بسم الله الرحمن الرحیم

دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی و درمانی تهران

مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی تهران

درس‌نامه‌ی دوره‌ی
اخلاق پزشکی
برای دستیاران رشته‌های تخصصی پزشکی

نویسندگان:

دکتر باقر لاریجانی

دکتر حمیدرضا نمازی
دکتر فاطمه خانساری
دکتر منصوره مدنی
دکتر علیرضا میلانی‌فر
دکتر نازآفرین قاسم‌زاده
دکتر سیدنصرالله سیار
دکتر فاطمه‌سادات نیری
دکتر علیرضا پارساپور

دکتر علی‌اکبر نجاتی صفا
دکتر امیراحمد شجاعی
دکتر پونه سالاری
دکتر امیراحمد شجاعی
دکتر نیکزاد عیسی‌زاده
دکتر احد فرامرز قراملکی
دکتر مجتبی پارسا
دکتر کیارش آرامش

فهرست

اصول و مبانی اخلاق پزشکی ۱۵

راه‌های مواجهه با تعارضات اخلاقی در پزشکی ۲۷

مبانی حقوق ۴۷

تعهدات حرفه‌ای ۸۱

ارتباط پزشک و بیمار ۱۰۷

روابط پزشک با سایر اعضای تیم درمان ۱۴۷

ارتباط پزشک و جامعه ۱۶۹

ضوابط پوشش و آراستگی ۱۹۱

اتونومی و رضایت آگاهانه ۲۱۵

تعیین ظرفیت و تصمیم‌گیری جایگزین ۲۲۹

رازداری ۲۴۷

حریم خصوصی ۲۵۵

حقیقت‌گویی در ارتباط پزشک و بیمار ۲۸۷

گفتن خبر بد به بیماران ۲۹۵

درمان اجباری در روان‌پزشکی ۳۱۱

ملاحظات اخلاقی در مراقبت‌های پایان حیات ۳۲۵

عدالت در تخصیص منابع حوزه‌ی سلامت ۳۴۷

راه‌حل تعارض منافع و مصادیق آن در آموزش و پژوهش و درمان ۳۵۷

کمک‌باروری ۳۷۹
ملاحظات اخلاقی در آموزش بالینی ۴۰۵
نگاهی به قوانین و مقررات مهم برای شاغلان در بیمارستان‌ها ۴۳۹
درسنامه‌ی مبانی و قواعد فقه پزشکی ۴۸۷
خطای پزشکی ۵۲۵
اخلاق در انتشارآثار پژوهشی ۵۳۹
ضمائم و پیوست‌ها ۵۵۷

مقدمه

اگر به حسن تو باشد طبیب در آفاق
کس از خدای نخواهد شفای رنجوری[1]

اخلاق در طی قرون جزء مهمی از پزشکی محسوب شده است و حکما و اطبای ایرانی نیز به این مقوله توجه ویژه داشته‌اند (۱)؛ خصوصا آن که در فرهنگ دینی اسلام نیز ترغیب و تاکیدی فزونتر بر این موضوع وجود داشته است. اریک لووی[2]، یکی از محققین برجسته معاصر در حوزه اخلاق پزشکی جهان در کتاب خود، اخلاق پزشکی ایرانی در عهد باستان را ستوده است و آن را هم از حیث شناختی و هم رفتاری پیشرو دانسته است (۲). بسیاری از دانشمندان و پزشکان دوره اسلامی، از جمله ابن سینا، بخشی از کتب خود را به موضوع آداب اخلاقی و سیره و رفتار پزشکان اختصاص داده‌اند. علاوه بر سوگندنامه بقراط که قرون متمادی در بیمارستان‌های اسلامی الزامی بوده است، پندنامه علی ابن عباس اهوازی (۳۱۸-۳۸٤ ه.ق.) بطور جامع‌تری اخلاق را برای پزشکان دوره اسلامی تبیین نموده است (۳). اهوازی به عنوان بخشی از کتاب الملکی (کامل الصناعه الطبیه) این آیین پزشکی را نگاشته است.

اما از اوایل قرن هفدهم میلادی، اخلاق پزشکی[3] نوین از آداب پزشکی[4] متمایز شد (۲). در دهه ۱۹٦۰ میلادی اخلاق پزشکی یا اخلاق زیستی (که سایر گروههای پزشکی مرتبط را نیز شامل می‌شود) به‌عنوان یك رشته علمی و آکادمیك ظهور کرد. آنچه طی دهه‌های اخیر باعث توجهی خاص‌تر به اخلاق در پزشکی و مراقبت‌های سلامت شده است فناوری‌های نوین، چالش‌ها و سوالات اخلاقی جدید، افزایش آگاهی عمومی و رشد مطالبات اخلاقی در جوامع بوده است. لذا اخلاق پزشکی معاصر،

۱. غزلیات سعدی

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

3. Medical ethics

4. Medical etiquette

مقولـه‌ای عمل‌گرا و راهکاری کاربردی اسـت که در صدد اسـت پزشـکان و ارائه کنندگان خدمات سـلامت را یـاری کنـد تـا در پاسـخ به سـوالات اخلاقی هشـیارانه‌تر و قاعده‌مندتـر عمل نمایند (٤, ٥). شـاید ایـن تلقی وجود داشـته باشـد که پاسخ دادن به سـوالات اخلاقی در حوزه سلامت چنـدان متفـاوت از سـایر حوزه‌هـا نیسـت؛ اما حقیقت این اسـت که چون سـوژه اصلی در این حوزه، «انسـان» و پیچیدگی‌های خاص اوسـت، جـواب واحدی برای همه مـوارد وجود ندارد؛ لذا در برخـی مـوارد مشـاورین اخـلاق پزشـکی، به جای جـواب دادن، به سـوالات اضافـه می‌کنند و گاه این سـوالات، پایانی ندارند. اینجاسـت که قضاوت اخلاقی و مهارت تصمیم‌گیری اخلاقی، به رویکردهای فلسفی هم اتصال می‌یابد. مکاتب فضیلت‌گرای[1]، سـودگرای[2]، وظیفه‌گرای[3] و سایر مکاتـب فلسـفی موجـود، و نیـز اصـول و مبانی تعریـف شـده در قالـب مکتـب اصـول گرایانه[4]، رویکردهایـی هسـتند که در موارد چالشـی، گاه راه‌گشا هسـتند. (لذا در این درسنامه نیز بدان‌ها اشـاره شـده اسـت.) همچنین، دیـدگاه دینی و شریعت و فقه اسـلامی، در برخی موارد به کمک حرفه‌منـدان حوزه سـلامت می‌آیند تـا در تعامل نزدیـک دین و اخـلاق، «آنچه باید کـرد» و «آنچه نباید» را مشخص سازند.

در کشـور ما، دهـه هفتاد شمسـی نقطه عطف مهمـی در توجه به اخـلاق پزشـکی معاصر بوده اسـت (٦). همزمـان بـا ایجـاد دفتـر مطالعات و تحقیقـات اخلاق پزشـکی در معاونـت فرهنگی، دانشـجویی و مجلـس آن زمـان، اولیـن کنگـره اخلاق پزشـکی کشـور بـه صـورت بین‌المللی با حضـور اندیشـمندان داخلی و خارجی در سـال ۱۳۷۲ برگزار شد. در حاشیه این کنگره پراهمیت، متون زیادی تدوین، تالیف و ترجمه شد (۷). پس از آن، کنگره‌هـای ملـی و بین‌المللـی متعـددی برگزار شـده اسـت کـه امیـد مـی‌رود در ارتقای اخلاق پزشـکی در جامعـه و در میان حرفه‌مندان و بالینگـران پزشـکی مثمرثمر بوده باشـد. ایجاد مراکز تحقیقاتی اخلاق پزشـکی در دانشگاه‌های بزرگ کشـور و توجه به آموزش دانشگاهی اخلاق پزشکی و گسترش دوره‌های تحصیلات تکمیلی خصوصـا دکتـرای تخصصـی (PhD)، از جملـه فعالیت‌هایی بوده‌اند که به انجام رسـیده‌اند (۷). همچنیـن، کمیته‌های اخلاق در سـطوح ملی، و کمیته‌های متناظر در مناطق،دانشگاهها، مراکز تحقیقاتی و بیمارستان‌ها طی این سال‌ها تعریف شـده و ترکیب و وظایف و مسـئولیت‌های محوله به آنان تبیین شـده اسـت. علاوه بـر کمیته‌های اخـلاق در پژوهش که نظـارت کاملی بـر تایید و تصویـب طرح‌هـای تحقیقاتـی در کشـور دارند، کمیته‌هـای اخـلاق بالینی /بیمارسـتانی نیز در بسیاری از بیمارسـتان‌ها و مراکز درمانی تشکیل شـده و در مواجهه پزشـکان و سـایر اعضای تیم درمان و مراقبت با چالش‌های اخلاقی پیش روی،

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

مشـاور و همراه آنان هستند. طی بیش از دو دهه گذشته، موضوعات متعدد اخلاقی در حیطه‌های متنوع پزشـکی همچـون مبانی اخلاق پزشـکی (۸)، ارتباط با بیمار (۹-۱۱)، حقیقت‌گوئی (۱۲, ۱۳)، ژنتیـک (۱٤)، فناوری‌هـای کمک باروری (۱۵)، سقط جنین (۱٦)، پیوند عضو (۱۷, ۱۸)، سـلول‌های بنیـادی (۱۹, ۲۰)، آمـوزش اخلاق پزشـکی در ایـران (۲۱)، پژوهش‌هـای پزشـکی (۲۲)، و نیـز دیدگاههای دینی مرتبط مورد توجه و نقد محققین و اندیشـمندان کشـور قرار گرفته است.

آنچـه که در کشـور مـا تاکنون در حـوزه اخلاق پزشکی انجام شده و آنچه که دستور کار آینده این حوزه خواهد بود برنامه راهبردی اخلاق پزشـکی اسـت. این برنامه راهبردی با همت گروه بزرگی از اسـاتید و فرهیختگان کشـور تحت عنـوان اولین برنامـه راهبردی اخلاق پزشـکی، طـی دو کارگاه ملی در تبریز و مشـهد در سـال ۱۳۸۱تدوین شد (۲۳)؛ و سـپس در سـال ۱۳۹۵ مـورد بازنگری و تکمیل قرار گرفت کـه در نتیجه آن دومین برنامه راهبردی اخلاق پزشـکی تدوین و پس از بررسـی در شـورای عالی اخلاق پزشـکی کشـور تصویب شـد. دومین برنامـه راهبردی اخلاق پزشـکی ۸ هـدف عمـده را دنبـال می کنـد کـه اقدامات و فعالیتهایی نیز برای دستیابی به اهداف مورد نظر در آن تعریف و مشـخص شده اند. در این راستا و جهت رسیدن به شـاخص‌های موردنظر، تاکنون فعالیت‌های مبسـوطی به انجام رسیده است. به عنوان مثال، تدوین منشـور حقـوق بیمار (۲٤)، کدهـای اخـلاق پرسـتاری (۲۵)، راهنماهـای اخلاقـی و قوانین مرتبط (۲٦) و همچنین تدوین و ترجمه برخی کتب و متون درسی برای استفاده علمی و آموزشـی دانشجویان، دانش‌آموختگان و حرفه‌مندان حوزه سـلامت طی دهه اخیر صورت پذیرفته است (٤).

اما مسلم است که وجود منابع لازم و راهنماهای اخلاقی در کشـور نمی‌توانـد تضمین کننده عمل اخلاقـی باشـد. تحلیـل و ارائـه راه حـل بـرای چالش‌های اخلاقی، مسـتلزم کسب دانش لازم، بینـش اخلاقی، و مهارت تصمیم‌سـازی اسـت. تصمیم‌سـازی اخلاقی مهارت مهمی اسـت و به عوامـل متعدی از جملـه وجود دانـش اخلاقی، حساسـیت اخلاقی[1] در حرفه‌منـدان، و توانایی و مهارت کافی برای تحلیل اخلاقی وابسـته است. درسنامه حاضر با هدف افزایش دانش دستیاران پزشـکی در کلیه حوزه هـای تخصصی طراحی و تدوین شده اسـت و امید می‌رود که بتواند ضمن فراهـم آوردن دانـش لازم، بـا تقویت حساسـیت اخلاقـی پزشـکان متخصـص آینـده کشـور، راه را بـرای جسـتجوی مهارت‌هـای عملی و کسـب صلاحیت‌های بالینی لازم هموار نماید.

حساسـیت یا خودآگاهی اخلاقی، همان گونه که اشـاره شـد، پیش نیاز لازم برای تصمیم‌گیری اخلاقی اسـت؛ و شـاید مفهـوم آن همان چیزی باشـد که **امیر مومنـان علی علیه السـلام** در

1. Moral sensitivity/ sensibility

حدیثی فرموده‌اند که: «علم دو نوع است: علم طبعی و علم شنیداری؛ که اگر علم طبعی (فطری) نباشد، علم شنیداری بی‌فایده خواهد بود»[1]. حساسیت اخلاقی، شامل توانایی تشخیص و شناخت مسائل اخلاقی در حین عمل حرفه‌ای، و نشان دادن عکس العمل می‌باشد. در مقابل حساسیت اخلاقی، برخی صاحبنظران «نابینائی اخلاقی[2]» را مطرح کرده‌اند که باعث می‌شود پزشک وجود یک مشکل اخلاقی را تشخیص ندهد و لذا در فکر راه حل نیز برنیاید. در این حالت، پزشک ممکن است علیرغم نیت و خواست قلبی، کاری انجام دهد که حتی در تقابل با ارزش‌ها و مبانی اخلاقی خویش باشد (۲۷).

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

در کشورهای گوناگون، تقویت تعهد حرفه‌ای از طریق آموزش به شکل‌های مختلف پیگیری شده است؛ به عنوان نمونه، در کشور آمریکا همکاری سازمان‌هایی چون: انجمن دانشکده‌های پزشکی آمریکا[3] (AAMC)، کمیته‌ی ارتباطات آموزش پزشکی[4] (LCME) و شورای اعتباربخشی تحصیلات عالیه‌ی پزشکی[5] (ACGME)، تدوین برنامه‌ای تحول‌گرایانه را در آموزش اخلاق حرفه‌ای با عنوان «پروژه متعادل‌سازی و ادغام آموزش پزشکی[6] (PRIME)»، در دهه‌ی اخیر در پی داشته است (۲). در کشور ما نیز، همان گونه که ذکر شد، طی دهه‌های اخیر اهتمامی جدی در امر نهادینه‌سازی اخلاق در حوزه‌ی طب و زیست‌فناوری صورت پذیرفته است (۳). همسو با این هدف، به آموزش اخلاق پزشکی در سطوح مختلف دانشگاهی نیز توجهی ویژه شده است (۴). بند سیزدهم سیاست‌های کلان سلامت، بر «توسعه‌ی کیفی و کمی نظام آموزش علوم پزشکی به‌صورت هدفمند، سلامت‌محور، مبتنی

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

2. Moral blindness

3. The Association of American Medical Colleges (AAMC)
4. The Liaison Committee on Medical Education (LCME)
5. The Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)
6. The Project to Rebalance and Integrate Medical Education (PRIME)

بـر نیازهای جامعه، پاسـخگو و عادلانه و با تربیت نیروی انسـانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی حرفـه‌ای و دارای مهـارت و شایسـتگی‌های متناسب با نیازهای مناطق مختلف کشور» تأکید کرده اسـت. ارائـه آموزش هـای لازم درخصوص اخـلاق پزشـکی به حرفه‌منـدان علوم پزشـکی و نهادینه کردن ارزش های اخلاقی در بین آنان، که در واقـع ارائه کنندگان خدمت در آینده هسـتند، اثر بسـزایی در ارتقای نظام سلامت کشور خواهد داشـت. به فراخـور نیاز، این موضـوع در اولین و دومین برنامه‌ی راهبردی اخلاق پزشـکی کشـور کـه به عنوان نقشـه راه روشـنی در حـوزه اخلاق پزشـکی ملاک عمل قرار گرفته اسـت نیز مغفول نمانده و در شمار اهداف و اولویت های اصلی آن به شمار می رود.

از سـوی دیگـر، ازجملـه گامهای طـرح تحول نظام سـلامت، برنامه تحول و نـوآوری در آموزش علوم پزشـکی بود که این امر با تدوین بسته های تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشـکی به وقوع پیوسـت. ایـن طـرح در قالب ۱۱ بسـته متفاوت تدویـن شـده اسـت (۲۸) کـه بسـته‌ی اعتـلای اخـلاق حرفـه‌ای از آن جملـه اسـت و هـدف آن ایجاد بسـتر لازم برای تعالی جامعه‌ی پزشـکی، و ارتقای نحوه‌ی ارائه‌ی خدمات سلامت با تمرکز بر توسـعه یافتگی آموزش اخلاق پزشـکی به عنوان ششـمین هدف از برنامه راهبردی اخلاق پزشکی است.

محورهـای اصلـی بسـته‌ی اعتـلای اخـلاق حرفه‌ای عبارت‌اند از:

- محور اول: طراحی و اجـرای مدل بومی برنامه‌ی درسی مبتنی بر ارزش؛
- محـور دوم: طراحی و اسـتقرار نظـام دیده‌بانی، نیازسـنجی، آسیب‌شناسـی و ارتقـاء ارزش‌هـا و اخـلاق حرفه‌ای پزشـکی در نظام آمـوزش عالی سلامت؛
- محـور سـوم: تدویـن و اجـرای برنامـه‌ی جامـع مدیریـت کوریکولوم پنهـان برای نهادینه‌سـازی ارزش‌هـا و اخلاق حرفه‌ای در مؤسسـات آموزش عالی سلامت؛
- محـور چهارم: ترویج و توسـعه‌ی زیرسـاخت‌های اخـلاق حرفـه‌ای در مراکـز آمـوزش عالـی نظام سلامت.

تدویـن درس‌نامـه‌ی حاضـر بـا درنظرداشـتن مطالـب پیش‌گفته و با یاری اسـتادان و محققان و دانشـجویان حوزه‌ی اخلاق پزشـکی طی مدت بیش از سـه سـال به انجام رسـیده اسـت. برای تهیـه محتـوای کتـاب و عناوین مورد نظـر، ابتدا طی مرور مقالات و مطالعه نیازسـنجی که توسط سـرکار خانم دکتـر فریبا اصغـری دانشـیار مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشـکی دانشـگاه علوم پزشـکی تهران انجام شـد، یک سـری از عناوین و سـرفصلها کـه تدریس آنهـا در دوره دسـتیاری پزشـکی ضروری به نظر می رسـد به دسـت آمد. سـپس عناوین مربوطه در دو جلسه بحث گروهی با شرکت متخصصین اخلاق پزشکی مورد بررسی و تبـادل نظـر قرار گرفـت و در نهایـت ۲۴ عنوان نهایـی شـد. در ادامـه، اولویـت بنـدی و ترتیب موضوعی سـرفصلها با نظـر متخصصین مربوطه

صورت گرفت و روند تهیه محتوای درسی توسط دانشجویان دکترای تخصصی اخلاق پزشکی تحت نظر اساتید گرامی آغاز شد. پس از آن، پیش نویس اولیه درسنامه مورد داوری علمی قرار گرفت. برای این منظور از نظرات متخصصین و صاحب‌نظران اخلاق پزشکی استفاده شد. هر متن حداقل ۲ بار ارزیابی،داوری و اصلاح شده است. در نهایت متن کتاب مورد تایید نهایی قرار گرفت و ویراستاری ادبی شد. هرچند نگارش درسنامه‌ای که برای همه رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی در حوزه پزشکی بطور یکسان قابل استفاده و کاربردی باشد، مشکل است؛ اما سعی شده است در یک سیر و روال منطقی موضوعات اساسی و مهم در حیطه‌های مختلف پوشش داده شود. موضوعات متنوعی از مبانی فلسفی اخلاق پزشکی، حقوق و فقه پزشکی، تعهد حرفه‌ای (پروفشنالیسم)، تا روش‌های مواجهه با تعارضات اخلاقی، اخذ رضایت آگاهانه، تعیین ظرفیت و تصمیم‌گیری جایگزین، رازداری، حفظ حریم خصوصی، حقیقت‌گویی، تا بیان ملاحظات اخلاقی پایان حیات، فناوری های نوین کمک باروری، و بسیاری دیگر از چالش‌های اساسی مربوط به مادر و جنین، ملاحظات اخلاقی در فناورهای جدیدی چون ژنتیک، پیوند عضو و بافت، سلولهای بنیادی، و اخلاق در آموزش و پژوهش و برخی موضوعات دیگر به فراخور نیاز در این درسنامه آورده شده‌اند.

سعی و اهتمام نویسندگان هر فصل بر این بوده است که ضمن رعایت چارچوبی نسبتاً واحد در تدوین مطالب، مباحث و چالش‌های اساسی مطرح‌شده در ذیل هر موضوع را به‌طور جامعی بیان کنند. علاوه بر نویسندگان هر فصل، از سرکار خانم‌ها دکتر پونه سالاری، دکتر سمانه تیرگر، دکتر حمیده موسی‌پور، دکتر فرزانه زاهدی انارکی و دیگر همکارانی که در مراحل گوناگون نگارش و ویرایش و چاپ این درس‌نامه همکاری صمیمانه‌ای داشتند، بسیار سپاسگزاریم. امید که این اثر مورد عنایت اندیشمندان این حوزه قرار گیرد و در حوزه‌ی سلامت کشور منشأ اثراتی مفید باشد. بی‌تردید، نظرات و انتقادات استادان و دانش‌پژوهان در تقویت این مجموعه و رفع کاستی‌های آن بسیار مؤثر و ارزشمند خواهد بود.

دکتر باقر لاریجانی
استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
اسفند ۱۳۹۸

منابع

1. Bagher, Larijani & et al (2006). "An Introductory on Medical Ethics History in Different Era in Iran". DARU. Suppl. 1, P. 10-16.

2. Loewy, EH (1989). Textbook of Medical Ethics. Springer Science & Business Media; P. 4.

3. Syed, IB (2002). Islamic Medicine: 1000 years ahead of its times. JISHIM. 2, P. 2-9.

4. Bagher, Larijani (2013). The Physicians and Ethical Considerations (Pezashk va Molahezat-e Akhlaghi). Tehran: Baraye Farda.

5. Jonsen, AR & et al (2015). Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. 8th ed. USA: McGraw-Hill Education.

6. Bagher, Larijani; & Farzaneh, Zahedi (2008). "Contemporary Medical Ethics: An Overview From Iran". Dev World Bioeth. 8(3), P. 192-6.

7. Farzaneh, Zahedi. & et al (2009). "A Two-decade Review of Medical Ethics in Iran". Iran J public health. 38(Suppl. 1), P. 40-6.

8. Bagher, Larijani; & Farzaneh, Zahedi (2008). "Islamic Principles and Decision Making in Bioethics". Nat Genet. 40(2), P. 123.

9. Alireza, Milanifar; & et al (2014). "Breaching Confidentiality: Medical Mandatory Reporting Laws in Iran". J Med Ethics Hist Med. 7, P. 13.

10. Mojtaba, Parsa; & et al (2015). "Informal Payments for Health Care in Iran:Rresults of a Qualitative Study". Iran J Public Health. 44(1), P. 79.

11. Hamidreza, Namazi; et al (2016). "The Doctor-Patient Relationship: Toward a Conceptual Re-examination". J Med Ethics Hist Med. 9, P. 10.

12. Bagher, Larijani; & Farzaneh, Zahedi (2010). "Truth Telling Across Cultures: Islamic Perspectives". Iranian J Med Ethics Hist Med.3(5), P. 1-11.

13. Farzaneh, Zahedi (2011). "The Challenge of Truth Telling Across Cultures: A Case Study". J Med Ethics Hist Med.4, P. 11.

14. Bagher, Larijani; & Farzaneh, Zahedi (2006). "Medical Genetic Ethics, Islamic View and Considerations in Iran". DARU. Suppl. 1, P. 48-55.

15. Farzaneh, Zahedi; & Bagher, Larijani (2006). "Considerations of Third-party Reproduction in Iran". Hum Reprod. 22(3), P. 902.

16. Bagher, Larijani; & Farzaneh, Zahedi (2006). "Changing Parameters for Abortion in Iran". Indian J Med Ethics. 3(4), P. 130-131.

17. Bagher, Larijani; & et al (2004). "Ethical and Legal Aspects of Organ Transplantation in Iran". Transplant Proc. 36(5), P. 1241-1244.

18. Atieh, Pajouhi; & et al (2014). "Paid Living Kidney Transplantation in Iran: Rethinking the Challenges". Am J Bioeth. 14(10), P. 40-2.

19. Farzaneh, Zahedi; & Bagher, Larijani (2004). "Stem Cells: Ethical and Religious Issues". Bioethics in the 21st Century. InTech.

20. Bagher, Larijani; & Farzaneh, Zahedi (2004). "Islamic Perspective on Human Cloning and Stem Cell Research". Transplant Proc.36(10), P. 3188-3189.

21. Bagher, Larijani; & Elaheh, Motevasseli (2006). "Needs and Necessities of Medical Ethics Education". DARU. Suppl. 1, P. 21-27.

22. Farzaneh, Zahedi; & Bagher, Larijani (2012). "Research Ethics Committees: Need for Capacitating Members". Iranian J Med Ethics Hist Med. 5(1), 1-8.

23. Bagher, Larijani; & et al (2006). "Strengthening Medical Ethics by Strategic Planning in the Islamic Republic of Iran". Dev World Bioeth. 6(2), P. 106-110.

24. Alireza, Parsapoor; & et al (2014). "Patient's Rights Charter in Iran". Acta Med Iran. 52(1), P. 24-28.

25. Mahnaz, Sanjari; & et al (2008). "Ethical Codes of Nursing and the Practical Necessity in Iran". Iran J Public Health. 37(Supple 1), P. 22-7.

26. Bagher,Larijani (2008). "National Bioethical Legislation and Guidelines for Biomedical Research in the Islamic Republic of Iran". Bull World Health Organ. 86(8), P. 630-634.

27. Christian, Ineichen; & et al (2017). "Measuring Value Sensitivity in Medicine". BMC Med Ethics.18(1), P. 5.

۲۸. بـدون نام. بسـته های تحـول و نـوآوری در آموزش علوم پزشکی؛ مبتنی بر برنامه آموزش عالی حوزه سلامت، کمیته تحقیق و توسـعه معاونت آموزشـی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مهرماه ۱۳۹٤

اصول و مبانی اخلاق پزشکی

دکتر حمیدرضا نمازی، دکتر فاطمه خانساری

معرفی نمونه‌ی اول

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

معرفی نمونه‌ی دوم

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

۱. مقدمه

اصـول چهارگانه‌ی اخلاق پزشـکی در چند دهه‌ی اخیـر، بنیانی بـرای کنش‌های اخلاقـی در حوزه‌ی سـلامت برسـاخته اسـت. موضوع اخلاق پزشکی، شاخه‌ای بین‌رشته‌ای اسـت که بر حسب نگاه دینی یا سـکولار بـه آن، از تلفیق رشـته‌های مختلف مانند علـم اخـلاق، فلسـفه‌ی اخـلاق، اخـلاق حرفه‌ای، مدیریـت، روان‌شناسـی، فقـه، فلسـفه‌ی وجـودی، الهیـات و حتی فلسـفه‌ی تحلیلی پدید آمده اسـت. خاستگاه اخلاق پزشکی در تاریخ اسلامی‌ایرانی این دیار، نگاه حکمت‌آمیز به طب و مواجهه‌ی پزشـک و بیمار بوده است.

اما اخلاق پزشـکی نویـن، به موازات رشـد فناوری پزشـکی و ظهـور مسـائل نـو و بی‌سـابقه در طـب، بـا تأمـلات فلسـفی در بـاب موضوعـات نوپدیـد و چالش‌هـای اخلاقـی ناشـی از آن‌هـا شـکل گرفته اسـت. جنبـه‌ی کاربردی اخـلاق پزشـکی نوین، از دسـتورالعمل‌ها و بیانیه‌های متعـدد مانند «بیانیه‌ی نورنبـرگ»[1]، «هلسـینکی»[2] و «بلمونت»[3] آغاز شـده کـه هـر کـدام از ایـن بیانیه‌هـا، چنـد بـار تجدید و بازبینی شده اسـت. این بیانیه‌ها به دنبال خطاهای اخلاقی دانشـمندان هنگام پژوهش بر انسان شکل گرفتنـد؛ به تعبیـری، صدور این بیانیه‌ها، واکنشـی علیه افسارگسـیختگی اخلاقی پژوهشگران حوزه‌ی پزشکی بود.

از نظر تاریخی اولیـن بیانیه در این زمینه، بیانیه‌ی نورنبـرگ اسـت کـه در سـیر محاکمه‌های پزشـکان نازی صادر شـد. این پزشکان در جنگ جهانی دوم، اسـرا و زندانیان را سـوژه‌ی پژوهش کرده و از مسـیر اخلاق خارج شـده بودند. هفده سـال بعد (۱۹۶۴) در هجدهمین همایـش جامعه‌ی جهانی طب که در هلسـینکی برگزار شد، اصول اخلاق در پژوهش‌های پزشـکی تدوین و به بیانیه‌ی هلسینکی معروف شد. این بیانیه یازده سـال بعد بازنگری و «هلسینکی ۲» نامیده شـد. گزارش بلمونت که دسـتورالعملی برای اجرایـی و کاربردی‌کـردن بیانیه‌ی هلسـینکی بود، سـنگ بنای برسـاختن و تمایـز اصـول چهارگانه‌ی اخلاق پزشکی محسوب می‌شود (۱).

برخی شـروع اخلاق پزشـکی نوین را از ملاحظات پسینی در پژوهش‌های پزشکی می‌دانند؛ اما مبانی همیـن بیانیه‌ها بـه اخلاق بالینی هـم راه پیدا کرد و میان نگاه پدرسـالارانه به بیمـار و نگاهی که بیمار را در فراینـد درمان، تصمیم‌گیر فرض می‌کند، تفکیک بنیادین ایجاد کرد.

ایـن مبانـی به‌تدریـج در قالبـی اصل‌گرایانه جای گرفت و چهار اصل کلاسـیک اخلاق پزشکی، یعنی احترام بـه خودمختاری فـرد (بیمار)، سودرسـانی، ضررنرساندن و عدالت را ایجاد کرد. بی‌تردید اخلاق پزشـکی بـر خـلاف روی‌آورد سـنتی، از فروکاهـش فراتـر رفته اسـت و تنها در حیطه‌ی اخلاق پزشـکان نمی‌گنجد؛ مباحثی مانند اخلاق سازمانی یا اخلاق فنـاوری نیز به این مقوله وارد شـده اسـت. از سـوی دیگر باید روشـن سـاخت تفـاوت در مبانی فرهنگی و دینـی چـه تمایـزی در تفسـیر ایـن اصـول ایجاد می‌کند و آیا اصلاً این چهار اصل اخلاقی، می‌توانند همه‌ی شـئون حرفه‌های علوم پزشـکی را در همه‌ی فرهنگ‌هـا پوشـش دهنـد یا خیـر؛ ازاین‌رو بررسـی

1. Nurenberg
2. Helsinky
3. Belmont

گستره‌ی مدعای بیچامپ و چیلدرس[1]، مبدعان این چهار اصل و نویسندگان کتاب اصول اخلاق زیستی، و مطالعات تطبیقی مدعیات اصل‌گرایانه با فرهنگ ایرانی‌اسلامی ضروری می‌نماید.

۲. اصول اخلاق پزشکی

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

رویکرد چهار اصل بنیادی به اخلاق که بیچامپ و چیلدرس آن را مطرح کرده‌اند، مسلماً شناخته‌شده‌ترین و بانفوذترین نمونه‌ی رویکرد مبتنی بر اصول است. این رویکرد، چهار اصل کلیدی برآمده از تفکرات اخلاق مشترک[2] و سنت‌های پزشکی عصرها و قرن‌های گذشته را به رسمیت می‌شناسد. این چهار اصل در کنار هم دستورالعمل‌های کلی را فراهم می‌آورند و هر کدام به‌طور مجزا بر تعهدات و مسئولیت‌های خاصی تأکید می‌کنند؛ در مواردی که تعارضی میان هر کدام از این اصول به وجود می‌آید، برون‌رفت از این تعارض مستلزم ایجاد توازن و تعادل است. نظم ازپیش‌تعیین‌شده و نیز اولویت ارزشی بر این چهار اصل حاکم نیست و در نظر اول از حیث اهمیت مساوی‌اند (۳).

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

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

1. Beauchamp and Childress

2.Common Morality . اخلاقیات مشترکی است که Common Morality منظور از ، رفتار افراد غالب اجتماع آن را تعیین می‌کند.

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

۲- ۱. احترام به اتونومی

احترام به حریم انسانی و شخصیت مستقل بیماران و آزادی و خودمختاری آنان که گاه از آن به احترام به اتونومی[1] تعبیر می‌شود، یکی از اساسی‌ترین اصول اخلاق پزشکی است. استقلال بر مسئولیت شخصی فرد تأکید دارد و اینکه هر فرد مسئول و سکان‌دار زندگی خویش است: او حق دارد آنچه را که بدان تمایل دارد انتخاب کند؛ درباره‌ی مسائل زندگی خودش تصمیم بگیرد و آنچه را که انجام می‌دهد، تحت کنترل داشته باشد.

خودمختاری شامل ظرفیت فهم و درک اقدام و موقعیت پیش‌آمده و همچنین، توانایی انجام‌دادن آن و کنارآمدن با آن است. این اصل در واقع ارج‌نهادن به ارزش‌ها، افکار، اندیشه، علایق، تمایلات، اهداف و تجارب بیمار است. بنا بر این اصل، اعمال و انتخاب فرد باید کاملاً آزادانه، بدون اعمال فشار، تهدید و ترغیب از سوی دیگران باشد. این اصل پزشک را بر آن می‌دارد تا ضمن احترام به انتخاب بیمار، در مقابل ارزش‌ها، باورها، عقاید و مذهب، تمایلات و حتی واهمه‌های بیمار، رفتاری همدلانه پیشه کند (۳).

۲- ۱- ۱. کرامت ذاتی زندگی انسانی

یکی از پیش‌فرض‌های احترام به اتونومی آدمی، کرامت ذاتی انسان است. که در غرب از آن به human dignity یاد می‌شود. مراد از کرامت ذاتی، ارزش فی‌نفسه‌ی فرد به‌صِرف انسان‌بودن است. کرامت انسانی به شیوه‌ی ارزش‌گذاری دیگران درباره‌ی ما وابسته نیست؛ همه‌ی مردم از حقوق مسلمی برخوردارند که باید توسط جامعه‌ی مدنی و سیاست‌مداران به رسمیت شناخته شود و محترم و ارزشمند شمرده شود. این حقوق انسانی نه به فرد خاص و نه به پدر و مادر وابسته است و نه امتیازی برساخته‌ی توسط جوامع و دولت‌هاست. این حقوق متعلق به سرشت انسانی است و فضیلتی است که با شروع زندگی و خلقت انسان به او عطا می‌شود. با این دیدگاه منزلت انسان بی‌قید و شرط است.

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

۲- ۱- ۲. اجزای اتونومی

الف. رضایت[2] آزادانه و آگاهانه

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

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

1. Respect for Autonomy

2. Consent

لحـاظ کـرد و به قدر امکان و توانایی، او را از شـرایط و نتایج حاصل از اقدامات تشـخیصی و درمانی آگاه سـاخت. ایـن آگاه‌سـازی باید متناسـب بـا ظرفیت درک مطلـب[1] و تصمیم‌گیری بیمار صـورت گیرد، تا بیمار بتواند اطلاعاتی را که دریافت می‌کند به‌خوبی پردازش کند و بـا توجه به آن تصمیم بگیرد و عواقب تصمیمش را نیز در نظر آورد. بی‌تردید پزشـکان باید از ادبیاتـی بهره برند که مفهوم و فاقد عبارات مغلق و فنی پیچیده باشد.

مؤلفه‌ی سـوم یـا تصمیم‌گیـری داوطلبانـه به این معناسـت که بیمار باید آزادانـه، آگاهانه و بدون هیچ تهدیـد یا تطمیع یا فشـار روانـی و فیزیکی یا ترغیب غیرضروری و غیرمنطقی تصمیم بگیرد.

ب. آشکارسازی[2]

ارائه‌ی اطلاعات مرتبط با بیماری از سـوی پزشـک برای بیمار (مشـتمل بـر توضیح شـیوه و مدت‌زمان درمـان، اثـرات و عـوارض آن و سـایر درمان‌هـای جایگزیـن، مزایا و معایب آن‌ها) و درک این اطلاعات توسـط بیمـار دو جـزء اصلـی آشکارسـازی اسـت. آشکارسازی سبب مشارکت آگاهانه‌ی بیمار با پزشک در روند مراقبت‌های درمانی و اعتماد بیمار به پزشک خویش می‌شود.

ج. حقیقت‌گویی[3]

مبنای طب، صداقت و اعتماد است. حقیقت‌گویی بـه بیمـار، علاوه بـر ایجـاد اعتمـاد و اطمینـان در رابطه‌ی پزشک و بیمار روند درمان را تسهیل می‌کند و بیمار را برای پذیرش و طی مسـیر سلامت و درمان مهیا می‌سـازد. کتمان حقیقت، به هر طریق ازجمله دروغ‌گویـی، مبهم‌گویـی، حتـی به نیـت خیر محل مناقشـه اسـت. جز در موارد خاص و اندک که بیمار ظرفیـت شـنیدن خبر بـد را نـدارد، در سـایر موارد حقیقت‌گویـی به صلاح بیمار اسـت حتی اگر با رنج اولیه همراه باشد.

د. رازداری[4]

رازداری ستون حیات اجتماعی بشر است. پزشکان در مقـام حرفه‌مندان، در برابر حفظ اسـرار بیماران و مراجعان مسـئولیتی دوچندان دارند. مجال طبابت شـاید حریمـی اطمینان‌بخـش برای طـرح همه‌ی اسـرار زندگی از سوی بیماران باشد. اقتضای احترام به خواسـت و اتونومی بیماران آن است که پزشکان، نسـبت به حفـظ راز بیمـاران بیشـترین وسـواس را داشـته باشند و جز در موارد خاص و مطرح در قانون رازشکنی نکنند (۳).

۲- ۱- ۳. پدرسالاری[5] یا اتونومی[6]؟

تا اوایل قرن بیستم رویه‌ی معمول پزشکان، مبتنی بر روش پترنالیسـم یا پدرسـالارانه بود؛ یعنی پزشک حق داشـت با توجه به دانش، فهم و برداشت خود از گفته‌های فرد، آنچـه را به نفع بیمار بود انجام دهد و به‌عبارتـی از جانب بیمار بـرای او تصمیم بگیرد؛ اما امروزه با توجه به تحولات فراوان در عوامل مداخله‌گر اجتماعی و احساس نیاز به مباحث فلسفه‌ی طب به دلیل فاصله‌ی زیادی که بین تکنولوژی و ارزش‌های انسانی به وجود آمده است، توجه به اتونومی ضروری اسـت؛ البتـه پدرسـالاری در مـواردی نظیـر فوریت بیمـاری و در اورژانس‌هـای پزشـکی اجتناب‌ناپذیر است.

1. Competency
2. Disclosure
3. Truth Telling
4. Confidenciality
5. Paternalism
6. Autonomy

مبنـای فلسـفی رویکـرد پدرسـالارانه بـه بیمـار، مصلحت‌اندیشـی برای اوسـت. ازآنجاکـه طبیب بر بیمار تفوق علمی دارد، ممکن اسـت این‌گونه به نظر برسـد که او برای تصمیم‌گیری درباره‌ی روند درمانی بیمار صلاحیت بیشتری دارد؛ اما اقتضای احترام به کرامت انسانی و خواست بیمار حکم می‌کند حتی در مواردی که بیمار خواسته‌ای دارد که از نظر پزشک با مصالح او سازگار نیست جای آنکه رویکردی تحکمی و پدرسـالارانه اتخاذ شـود، بهتر اسـت بـا گفت‌وگو و مذاکـره‌ی مؤثر با بیمار، خواسـت او را تا مصلحت او برکشـیم و آگاهی‌اش را ارتقا دهیم. رویکرد نامناسب آن اسـت که بیمار را به بهانه‌ی کم‌سـوادی از میدان تصمیم‌گیری درمانی خارج کنند.

۲- ۲. اصل سودرسانی[1]

سودرسـانی را می‌تـوان آینده‌نگرانه‌تریـن اصل در میـان اصـول چهارگانه‌ی اخلاق پزشـکی برشـمرد. ادمونـد پلگرینـو[2] فیلسـوف و نظریه‌پـرداز حـوزه‌ی سـلامت بر ایـن باور اسـت که ایـن اصـل به‌تنهایی اخلاق پزشکی را کفایت می‌کند و می‌تواند ملاحظات اخلاق زیست پزشکی را در بر بگیرد. اخلاق کاربردی در جهان جدید به‌شـدت با مفهوم سودرسانی عجین شـده اسـت؛ چنان‌کـه ملاحظـات حرفه‌گرایـی و حرفه‌منـدی (کـه بنیانـی وظیفه‌گرایانـه دارند)، در سایه‌ی سودرسانی مبتنی بر سـودگرایی قرار دارند. البته هنگامی که از اصل سودرسـانی سخن به میان می‌آید، الزاماً مراد از این اصل مکتب فلسـفی خاص سـودگرایی و نتیجه‌گرایی نیست، بلکه می‌توان آن را در بستری فضیلت‌گرایانه یا وظیفه‌گرایانه نیز تحلیل کرد (۵).

ایـن رویکرد کـه «بیشـترین سـود را بیمـار زمانی می‌بـرد کـه بـر وظایـف اخلاقی پافشـاری شـود»، تفسـیری از اصل سودرسـانی در پرتـو وظیفه‌گرایی اسـت. این تلقی نیز که «بیشترین سود برای بیماران زمانی حاصل می‌شود که خدمت‌دهندگان سلامت، نیتـی خیرخواهانه داشـته و البتـه ورز اخلاقی پیدا کرده باشـند» تفسـیری فضیلت‌گرایانـه از این اصل اسـت. احتمـال اینکـه یـک فـرد خیرخـواه عملی خـوب انجـام دهد بسـیار زیاد اسـت. اگرچه ممکن اسـت خیرخواهـی همیشـه در مقـام عمـل به یک نتیجـه‌ی خوب منتهی نشـود. چنین کسـی ممکن اسـت خیرخواه باشـد، اما الزاماً سودرسـان نباشد. اگـر از اصـل سودرسـانی تفسـیری نتیجه‌گرایانه به دسـت دهیم، در آن صورت بایـد آن را در پرتو مکتب نتیجه‌گرایـی تحلیـل کـرد؛ بنابراین اصـل اقدامات پزشـکان و مراقبـان بهداشـتی بایـد در جهت حفظ منافع بیمار باشد؛ ازاین‌رو باید اطمینان حاصل کرد آنچه بـرای بیمار انجام می‌گیرد نتایج عملی و واقعی سـودمندانه‌ای در بر خواهد داشـت. البتـه ارزیابی سـودمندی درباره‌ی هـر بیمار منحصر به شـرایط و وضعیت اوست. به دیگر سخن، ممکن است اقدامی برای یک بیمار مؤثر و مفید باشـد، درحالی‌که همان اقدام دربـاره‌ی بیمار دیگر نتیجه‌ی منفی و صدمات جسمی و روحی به بار آورد. بدیهی است اولین شرط سودرسـانی به بیمار صلاحیت و کفایت دانش علمی و عملی پزشک است.

اصـل سودرسـانی، در کنـار اصـل ضررنرسـاندن یـا نازیان‌منـدی معنا می‌یابـد. گاهی ممکن اسـت یک اقـدام درمانی برای بیمار سـود فراوانی داشـته

1. Beneficence
2. Edmund Pellegrino

باشـد، اما ضرر محتمل آن نیز بسیار جدی باشد. از آن طـرف ممکن اسـت اقدام درمانی منجر به سـود کمتری شـود و ضرر محتمل آن نیز ناچیز باشـد. در کنار هم قراردادن این دو اصل ما را به اتخاذ شـیوه‌ی دوم راهنمایی می‌کند. به تعبیری اصل سودرسـانی قـرار نیسـت ضرر و زیان جـدی وارد به بیمـاران را به قیمت سود احتمالی بالا نادیده بگیرد (۳).

نکتـه‌ی دیگـری که بایـد لحاظ کـرد اهمیت اصل سودرسـانی در پرتـو عدالـت اسـت. موجـه نیسـت سودرسـانی بـه یـک فـرد، نتیجـه‌ی ضرر و زیـان به دیگـران باشـد؛ بلکـه بایـد بیشـترین سـود را برای عمـوم مراجعان و بیماران در نظـر گرفت. در مباحث عدالـت در تخصیـص منابـع، ایـن موضوع بیشـتر کاویده خواهد شـد. همچنین باید تفسـیری از سود به دسـت داد تا معنای آن واضح باشـد و هر اقدامی سودانگارانه فرض نشـود؛ به‌طور مثال در ملاحظات پایان حیات شـاید سـود بیمار در مـرگ آرام و خوش باشـد؛ درصورتی‌کـه در موقعیت‌هـای دیگـر ممکن اسـت سـود را طـور دیگـری تفسـیر کنیـم. اجماع پزشکان و سیاسـت‌گذاران حوزه‌ی سـلامت یکی از منابع تفسیر سود است.

از منظـر فقهـی، سودرسـانی در قالـب قاعـده‌ی احسـان بیان می‌شـود. مفـاد قاعده چنین اسـت: کسی که عمل خسـارت‌باری انجام دهد، در صورت ورود خسـارت به دیگری ضامن اسـت؛ امـا اگر این عمل با حسـن نیـت فاعل و به قصـد مراقبت از مال مالـک و بـه انگیزه‌ی خدمت به او بوده باشـد و آنگاه به‌طور اتفاقی موجب زیان و ضرر گردد، اقدام‌کننده ضامـن نیسـت؛ چـون در ایـن عمل قصد احسـان داشته اسـت. آنچه در قاعده‌ی احسان اهمیت دارد تشـخیص نیت اسـت و چون امکان احراز نیت وجود نـدارد، بـه لحاظ رعایت حقـوق بیمـاران، باید توجه حرفه‌مندان حوزه‌ی سـلامت را به اقدامات درمانی و عواقب آن‌ها معطوف کرد. شـأن حرفه‌ای طب چنان فرض می‌شـود که همه‌ی حرفه‌مندان بنابر احسـان عمـل می‌کننـد و بـه همیـن دلیل اسـت کـه قصور پزشکی باید اثبات شود (۶).

۲- ۳. اصل ضررنرساندن به دیگران[1]

مـراد از اصـل نازیان‌منـدی آن اسـت کـه حوزه‌ی سـلامت چـه به‌عنوان فـرد و چه در قالب سیسـتم و سـازمان از هرگونه آسـیب به بیمـاران بپرهیزد. این اصل در توازن با اصل سودرسـانی قرار می‌گیرد؛ اما از بعضـی جوانـب، می‌تـوان مبانی نظـری متفاوتی را بـرای آن فـرض کرد. همچنین در مقـام عمل نیز، مصادیق متمایزی با اصل سودرسـانی پیدا می‌کند. مفهوم بیماری با در معرض آسـیب و ضرربودن پیوند خورده است. این امر ممکن است به حساسیت‌زدایی پزشـکان و سـایر خدمت‌دهندگان حوزه‌ی سـلامت و زیانـی که به بیمار می‌رسـد منجر شـود. بـه تعبیر دیگر گاهی به خطا ممکن اسـت ضرر و زیان را امری بدیهـی و محتوم فرض کنیـم. آمیخته‌بـودن طب با اقداماتـی کـه در آن احتمال آسـیب به بیمار بسـیار اسـت، می‌تواند منجر به طبیعی‌انگاشتن بسیاری از خطاهای پزشکی شـود. اصل نازیان‌مندی به همین علـت به‌عنـوان اصلی بنیادیـن در نظر گرفته شـده است (۳).

ایـن پرسـش که چـرا بـا وجـود اصل سـودمندی (کـه نگاهـی ایجابـی و غایت‌نگرانـه دارد)، اصـل ضررنرسـاندن (که نگاهی سلبی دارد)، جای آنکه در

1. Non Maleficence

دل همان اصل فهم شـود در قالب یک اصل اخلاقی مجزا مطرح شـده اسـت، شـایان توجه است. طرح اصـل نازیان‌مندی هـم معطوف به مسـأله‌ی خطای پزشـکی اسـت و هـم معطـوف به رنـج ضـرر و زیان بیمارانی که به هوای سلامت به مرکز درمانی مراجعه می‌کنند.

در تشـریح این اصـل، مسـأله‌ای که غالبـاً مغفول می‌مانـد، موضـوع خطاهـا یـا اشـتباهات پزشـکی است. خطاهای پزشکی[1] سالانه هزینه‌های هنگفت جسـمی و روانـی و اقتصـادی بر افـراد و بـر جامعه تحمیل می‌کند. با اسـتناد به مطالعات انجام‌شـده، سـالانه بیماران فراوانی به علت اشـتباهات پزشـکی جـان خـود را از دسـت می‌دهنـد. با وجـود اینکه با پیشـرفت علـم و فناوری‌های پزشـکی از میـزان این خطاها نسبت به گذشته به مراتب کاسته شده است، از پزشـکان و کادر درمانـی انتظار مـی‌رود با افزایش حساسـیت اخلاقی و ارتقای سـطح علمی، هرکسی در مقام خود از میزان این خطاها بکاهد.

با نظر به مطالب ذکرشده می‌توان اصل نازیان‌مندی را از دو منظر بررسـی کرد: یکم، عامدانه‌بودن آسیب که بـه دلیل سـوءرفتار حرفـه‌ای رخ می‌دهـد و دوم غیرعامدانه‌بـودن آن، که یا مانند عـوارض دارویی یا عوارض جراحی پیش‌بینی‌شـدنی اسـت یـا به دلیل خطای پزشکی و پیش‌بینی‌ناشدنی است. مسئولیت حرفـه‌ای کادر پزشـکی ایجـاب می‌کنـد بـا انتخاب شـیوه‌های درمانی مناسـب و کم‌عارضه، آسیب‌های پیش‌بینی‌شـدنی را بـه حداقـل برسـانند و در رخدادهای اشـتباه و خطای پزشکی مسئولیت‌پذیر و پاسخ‌گو باشند و با شجاعت مسئولیت اشتباه خود را بر عهده گرفته، خسارت ایجادشده را تا حد امکان جبـران کنند. بعضی از متفکران اخلاق بر این باورند که اصـل نازیان‌منـدی آنچنان اهمیـت دارد که اگر سـه اصل دیگر را نادیده بینگاریم این اصل می‌تواند به‌تنهایـی گلیم اخـلاق را از آب طبابت بیرون کشـد (۷).

۲- ۴. اصل عدالت

عدالت[2] در شـمار اوصاف اخلاقی اسـت؛ ازاین‌رو بایـد از افعال اخلاقی متمایز شـود. عدالت ازآنجاکه وصـف اسـت، همـواره مقبـول همـگان اسـت و اسـتثناناپذیر به شـمار می‌رود و البتـه همین ویژگی نقطه‌ی تمایز و قوت این اصل اسـت. مساوات اولین تداعـی از واژه‌ی عدالت اسـت و از منظر ارسـطو نیز در معنای خاص کلمه برابرداشـتن اشـخاص و اشیاء اسـت؛ امـا این بـه معنـی تسـاوی سـاده‌انگارانه‌ی ریاضی نیست؛ بلکه «فضیلتی است که به موجب آن باید به هرکس آنچه را که حق اوسـت داد» (۸). عدل به معنای انصاف نیز به کار رفته اسـت. انصاف یعنی آنچه برای خود می‌پسـندی برای دیگران هم بپسند. این تلقی از عدالت تقریبـاً در همه‌ی مکاتب دینی و معنوی بشر تکرار شده است.

بـا توجه بـه اهمیـت موضـوع عدالـت در حرفه‌ی پزشـکی، شـرح ایـن مبحـث در فصـل عدالـت در تخصیـص منابع بـه تفصیل آمـده اسـت و در اینجا در مقام یکـی از اصول چهارگانه‌ی اخلاق پزشـکی، به‌اختصـار بـه موضوع اشـاراتی می‌کنیم. پزشـکان و مراجعـان بهداشـتی باید رفتاری همـراه با عدالت و احترام به حقوق سـایرین داشـته باشند و براساس قوانیـن و اصـول پذیرفته‌شـده‌ی اخلاقـی، میزان و

1. Medical Error

2. Justice

نحوه‌ی برخورداری از منابع کمیاب را توسط بیماران مشخص کنند.

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

۱. توزیع منصفانه‌ی سرمایه‌ها، منابع و امکانات محدود؛

۲. رعایت عدالت در حقوق مردم؛

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

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

در رویکرد ابزارانگارانه، امکانات پزشکی به منزله‌ی کالاست و شأنی هم‌تراز با سایر کالاهای موجود در بازار می‌یابد. این رویکرد در نهایت به تلقی ابزارانگارانه از گروه‌های هدف یعنی بیماران خواهد انجامید. این تلقی، تخصیص و تقسیم منابع سلامت را همان بازاریابی آن می‌داند. در مقابل، «رویکرد فرایندی» قراردارد. در رویکرد فرایندی به عدالت، پنج اصل اهمیت دارد: مسئولیت‌پذیری[1]، پاسخ‌گویی[2]، انصاف[3]، شفافیت[4] و گشودگی[5].

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

۳. نقدی بر اصول چهارگانه‌ی اخلاق پزشکی

رویکرد این چهار اصل، مبتنی بر اصل‌گرایی در اخلاق است. می‌توان اصل‌گرا نبود و اخلاقی زیست؛ به تعبیر دیگر، اصل‌گرایی[6] تنها شیوه‌ی سنجش اخلاق نیست؛ بلکه گروهی معتقدند باید خاص‌گرایی یا به تعبیر تسامحی اقتضاگرایی[7] را مد نظر قرار داد. مراد از خاص‌گرایی این است که آدمی هر موقعیتی را برحسب شهود خود، و نه برحسب اصول ازپیش‌موجود بسنجد. اخلاق پزشکی را می‌توان بدون درنظرگرفتن اصل‌گرایی نیز سامان داد؛ اما ازآنجاکه پزشکان، فیلسوفان اخلاق نیستند

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

و نیز ازآنجایی‌که کمک‌گرفتن از راهنما برای طبیبان امری مرسوم است، به نظر می‌رسد رویکرد چهار اصل موجه‌تر باشد.

۴. دیوید راس و اصول اخلاق پزشکی

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

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

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

توضیح نمونه‌ی اول

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

توضیح نمونه‌ی دوم

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

منابع

۱. لاریجانـی، باقـر و کیـارش آرامـش. (۱۳۹۲). پزشـک و ملاحظات اخلاقی. ج۱، تهـران: برای فردا، ص۱۴۴؛ ص۳۵؛ ص۱۸.

۲. اسـمیت، ترور. (۱۳۸۱). اخلاق در پژوهش‌های پزشکی. بـا مقدمه و زیـر نظر باقر لاریجانـی، ترجمه‌ی محمـد ضرغام، تهران: برای فردا، ص۲۵.

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

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

5. Pellegrino, Edmond. (1994). “The Four Principles and the Doctor-Patient Relationship: The Need for a Better Linkage”, In Principles of Health Care Ethics. London: John Wiley & Sons, P. 365.

٦. محقـق دامـاد، سـیدمصطفی. (۱۳۹۰). فقـه پزشـکی. مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشـکی: دانشـگاه پزشکی قم، ص۹۵.

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

۸. مطهـری، مرتضـی. (۱۳۷۰). عدل الهـی. تهران: صدرا، ص۲۵.

9. Raphael, David Daiches. (2001). Consept of Justics. Oxford University Press, P. 70.

10. Londman, Wililam, A. (2003). Ethics-Equitable Resource Allocatio. PPT.

راه‌های مواجهه با تعارضات اخلاقی در پزشکی

دکتر حمیدرضا نمازی، دکتر منصوره مدنی، دکتر فاطمه خانساری

معرفی نمونه‌ی اول

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

معرفی نمونه‌ی دوم

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

۱. واژه‌شناسی

«تعـارض» ترجمه‌ای نارسـا از واژه‌ی Dilemma اسـت. dilemma، کلمه‌ای اسـت که از ترکیب دو واژه‌ی Di بـه معنـای دو (Two) و Lemma بـه معنای مسـأله و موضوع[1] تشـکیل شـده اسـت و به معنـی گزینش بین دو بدیلی اسـت کـه هر دو به یك انـدازه نامطلوب هسـتند (۱). اهتمام واژه‌شناسـان و فلاسـفه‌ی اخلاق یافتـن ترجمه‌ی مناسـبی برای این واژه اسـت و کلماتی همچون دوراهه‌ی اخلاقی، تنگنـا یا بن‌بسـت در ترجمـه‌ی آن بـه کار رفته و در مقالات و ترجمه‌ها دوراهه‌ی اخلاقی در نظر اهل فن بیشتر مقبول افتاده است.

دوراهه‌ی اخلاقی، وضعیتی اسـت که در آن فاعل بایـد یکـی از دو یا چنـد گزینه‌ی اخلاقـی را اختیار کنـد. این گزینـش همان‌طور کـه از معنـای واژه‌ی Dilemma برمی‌آید، گزینش بین بد و بدتر اسـت. فـرد در یك بلاتکلیفی عملی قـرار می‌گیرد که ناچار بـه پذیـرش حداقل یکـی از راه‌هایی اسـت که همه غیراخلاقـی به نظر می‌رسـند (۲)؛ به‌عنـوان مثال، بیمار دچار سکته‌ی وسیع قلبی که به درمان رضایت نمی‌دهد و پزشـک در دوراهـه‌ی درمان اجباری و در نتیجـه نقـض حریم خصوصی فـرد و اسـتقلال او یا درمان‌نکردن و خطر مرگ او گرفتار آمده است.

تعارض یا بلاتکلیفی که معـادل واژه‌ی Conflict و واژه‌ی «تزاحـم»[2] در نظـر گرفتـه می‌شـود، بیانگر موقعیتـی اسـت که فـرد مجبور بـه ترك یکـی از دو وظیفه‌ی اخلاقی خود است (۳). مانند زمانی که یك جـراح فقط می‌تواند یکی از دو مجروح را نجات دهد و با نجات یکی، دیگـری خواهد مرد. برای ترجمه‌ی Conflict واژه‌ی «معضـل» نیـز در برخی منابع به کار رفته است.

۲. مقدمه

تعارضـات اخلاقی یکـی از مباحـث چالش‌برانگیز و اساسـی در فلسـفه‌ی اخـلاق در دهه‌هـای اخیـر اسـت. تعارضات اخلاقی به وضعیتی گفته می‌شـود کـه فـرد در دوراهـه‌ی تصمیم‌گیری قـرار می‌گیرد و ناچار به انتخاب یکـی از دو یا چند گزینه‌ی اخلاقی یا حتـی غیراخلاقی می‌شـود. به دیگر سـخن، فرد مجبور می‌شـود از بین دو یا چنـد وظیفه‌ی اخلاقی یکـی را انتخاب و بـه آن عمل کند یا ناچار به انتخاب عملـی غیراخلاقی از میان چند گزینه‌ی غیراخلاقی می‌شود؛ برای مثال، فرد در تعارض بین راست‌گویی و رازداری قـرار می‌گیـرد، به‌طوری‌کـه اگـر راسـت بگویـد بایـد رازی را افشـا کنـد و افشـای راز خلاف اخلاق اسـت؛ اگـر هم جانـب رازداری را رعایت کند بایـد حقیقتی را کتمان کند که ایـن نیز غیراخلاقی اسـت. همچنین پزشـکی که در شـرایط فوریتی در تعـارض بین قطع عضو یک بیمار ناهوشـیار و نجات جان او قرار گرفته اسـت، به‌طوری‌که اگر عضو بیمار را حفـظ کنـد جـان او در خطر جـدی می‌افتد و اگر عضو وی را قطع کند به سـبب هوشیارنبودن بیمار و بی‌اطلاعی از رضایت یـا نارضایتی او، بیم نارضایتی و حتـی شـکایت از وی مـی‌رود. در تمام ایـن موارد اولیـن خطای فـرد، افتـادن در دام دوراهی اسـت: راسـت‌گویی یـا رازداری، نجات جان یـا قطع عضو. البتـه تا زمانـی که بتـوان تعارضات را به مـدد چهار اصـل اخلاقی حل کرد کار چندان دشـوار نیسـت؛

1. Proposition
۲. تزاحم یک اصطلاح فقهی است که با واژه‌ی Conflict همپوشانی دارد.

برای مثال درباره‌ی قطـع عضو به بهای نجات جان، ضررنرساندن، قربانیِ سود بالاتری می‌شود که حفظ حیات اسـت. مشـکل اصلی زمانی رخ می‌نماید که بین چهار اصل اخلاقی، مناقشـات جدی رخ دهد و نتوان هیچ یک را بر دیگری برتری داد.

آفت شـایع ایـن دوراهـی، محدودکـردن ذهن فرد در انتخـاب یکی از دو گزینه‌ی مطرح و بسـتن ذهن بـر دیگـر انتخاب‌هـا و راه‌هـای برون‌رفت اسـت. در بسـیاری از دوراهه‌هـا و تعارضات اخلاقـی می‌توان به دنبال یافتن راه سـوم یـا چهارمی بود. در حرفه‌ی پزشکی، پزشـکان به تکرار با چنین شـرایطی روبه‌رو می‌شـوند که گاه سبب سـردرگمی در اتخاذ تصمیم می‌شود و در صورت نداشتن مهارت و دانش کافی در این زمینه چه‌بسـا در راه خطا و انتخاب تصمیم‌های غیراخلاقی درافتند. از سوی دیگر، نداشتن دانش و مهارت کافی در تصمیم‌گیری و حل مسـأله می‌تواند موجبـات سوءاسـتفاده از پزشـکان را نیـز بـه مـدد سـاختن موارد تعارض‌نما توسـط افراد غیرمسـئول فراهـم آورد. تعارضـات اخلاقـی در ابتـدای امـر به نظـر دوراهه‌هایی هسـتند که راه سـومی برای آن‌ها متصور نیسـت. آگاهـی از وجود تعارضـات اخلاقی در قـدم نخسـت، داشـتن بینـش صحیـح، افزایش حساسـیت اخلاقی و تمرین و ممارسـت در ساختن مـوارد تعارض‌برانگیز و یافتن راه‌های برون‌رفت از آن در تصمیم‌سـازی اخلاقـی در وضعیت‌های حقیقی تعارض بسیار راهگشاست (۴).

چنـد سـال قبـل یکـی از قضـات دیـوان عالـی کالیفرنیـا، در بـاب محرمانگـی بر سـر دوراهی قرار گرفته بود. ماجرا از این قرار بود که مردی در گفت‌وگو با درمانگرش تمایل به کشـتن زنی را ابراز کرده بود، اما پزشـک به واسطه‌ی رعایت محرمانگی آن زن را از تصمیم مرد مطلع نکرده بود. نظر قاضیان و دادگران این بود که درسـت اسـت که اصل محرمانگی به‌طور عام باید لحاظ شـود اما طبق اصل «میل عمومی به مصونیت از تعدی خشـونت‌آمیز»، پزشـک باید اصل محرمانگی را نقض می‌کرد. به تعبیری در اینجا حفظ افـراد از تعـدی خشـونت‌آمیز بر ملاحظـات اخلاق حرفه‌ای مقدم اسـت. در این پرونـده یکی از قضات البته نظر متفاوتی داشت و معتقد بود که نقض اصل محرمانگـی منجر به عـدم مراجعه‌ی مردمـان دچار اختلالات روانی به طبیبان خواهد شد و به دنبال آن، تعدی خشونت‌آمیز نیز بیشتر خواهد شد.

باید توجه داشت که دو نوع دوراهی اخلاقی را باید از هم تفکیک کرد: در شـکل اول، یک عمل اخلاقی هم دلایـل و شـواهدی دارد که بـر اخلاقی‌بودن آن دلالـت دارد و هـم از منظری دیگر شـواهد و دلایلی وجـود دارد کـه نشـانگر غیراخلاقی‌بـودن آن عمل اسـت؛ البته شـواهد و قـوت دلایل هیچ‌کـدام از دو طرف بسـنده نیست. مشـکل در این نوع از دوراهی اخلاقی، انجام‌دادن یا ندادن فعل و کاری مشـخص است. نمونه‌ی کلاسـیک این دوراهی، انجام‌دادن یا ندادن سـقط جنین اسـت که همیشـه برای مردمان دوراهی سنگینی است.

امـا شـکل دوم دوراهی اخلاقی، سـردرگمی میان دو کار اسـت نه یک کار. در شـکل دوم شـخص باور دارد کـه از منظـر اخلاق ملـزم به انجـام‌دادن چند عمل متعارض است که انجام‌دادن هر کدام از آن‌ها، او را از سـایر اعمـال باز مـی‌دارد. در این دوراهی‌ها، چند هنجار اخلاقی فرد را به انجام‌دادن فعل «الف» ترغیـب و ملـزم می‌کننـد، امـا هنجارهـای اخلاقی

دیگر، او را بـه انجام‌دادن فعـل «ب» وامی‌دارند. آن شـخص هم نمی‌تواند هر دو کار را با هم انجام دهد؛ ازاین‌رو، فـرد هر فعلی را انجام دهـد، برخی جوانب اخلاق را پاس داشـته و از برخی دیگر گذشته است. نمونـه‌ی کلاسـیک ایـن دوراهـی اخلاقـی، توقف اقدامـات درمانی در کسـانی اسـت کـه در وضعیت نباتی هستند.

نکتـه‌ی مهمی کـه باید به آن اشـاره کـرد تفکیک دوراهی‌های اخلاقی از دوراهی‌های روزمره و عملی است. دوراهی‌های روزمره زمانی رخ می‌دهد که فرد میـان پایبندی به الزامات اخلاقی و منافع شـخصی مردد است. بدیهی است که این را نمی‌توان دوراهی اخلاقـی نامیـد. بیوچامب و چیلـدرس معتقدند که «همیشه نمی‌توان مدعی شد که در دوراهی روزمره، باید اخلاق را پاس داشـت؛ مثلاً اگر یک پزشـک در شـرایط کمبود دارو میان حفظ جـان خود و بیماران بر سـر دوراهی تصمیم قرار بگیرد ممکن است حفظ جان خود بر وظیفه‌ی اخلاقی طبیبانه‌ی نجات جان بیمـاران مقدم باشـد.» (۵). گاه برخی دوراهی‌های اخلاقی، تعارضاتی حل‌ناشـدنی هستند و بر خلاف نظر کانت و نظریه‌ی فایده‌گرایان که به حل تعارضات اخلاقی در یک نظام سازوار اخلاقی معتقدند، گاهی ما بعد از انتخاب یک راه، همچنان قانع نمی‌شـویم. گویا حل یک تعارض به معنی برتری گزینه‌ی منتخب بر گزینه‌ی پذیرفته‌نشده نیست و در بسیاری از موارد بـا وجود حل تعارض، آدمی نسـبت به اخلاقی‌بودن آن قانع نمی‌شـود و همچنان مردد و مشـکوک باقی می‌مانـد. در همان مثال کمبود دارو، پزشـک ممکن است همیشه نسبت به تقدم جان خود بر بیمار مردد و مشکوک بماند.

درباره‌ی یافتن راه‌حل در دوراهی‌های اخلاقی باید به نکاتی توجه داشت:

الـف. در دوراهی اخلاقی به‌ویژه در دوراهی شـکل دوم، گاهـی اسـتفاده از راه سـوم می‌توانـد صورت مسـأله را منحـل، و نه حل، کند. آموزه‌های سـنتی، تعارضات اخلاقی را به وسـیله‌ی اصل «دفع افسد به فاسـد» حل می‌کنند؛ ازاین‌رو، فاسـد و بد را انتخاب می‌کنند تا از افسد و بدتر مصون باشند؛ اما به دلایلی ایـن اصل مـردود اسـت. اول اینکه در اغلـب موارد نمی‌توانیـم بین اهم و مهم و افسـد و فاسـد تفکیک قائل شـویم. گاهی یکی از تعهـدات آن‌قدر مهم‌تر از تعهدات دیگر اسـت که به‌آسانی می‌توان دانست چه باید کرد؛ اما نباید فراموش کرد که همیشـه این‌گونه نیسـت و چه‌بسـا آنچه کم‌خطرتر انگاشـته شده، در درازمـدت پرخطرتـر باشـد. دوم اینکـه در مواردی، بین دو امر هم‌سـنگ (و نه فاسـد و افسد) تعارض به میـان می‌آید؛ به‌گونه‌ای که ترجیحی وجود ندارد که یکی را رها کنیم و دیگری را انتخاب کنیم. اگر بر سر دوراهه‌ای قرار بگیریم که انتخاب هریک بر دیگری به اندازه‌ی یکسانی فسادانگیز باشد، چه باید کرد. سوم اینکه توسـل به روش دفع افسـد به فاسد، در بیشتر موارد چشـم فرد را از جستن راه سوم باز می‌دارد. به عبـارت دیگر ما خیال می‌کنیم که راه سـومی وجود نـدارد و ممکن اسـت راه‌های متعـدد دیگری وجود داشته باشـد؛ لذا روش پیشنهادی در حل تعارضات اخلاقی جست‌وجو از راه سوم است.

ب. یکـی از راه‌هـای برون رفـت از تعارض اخلاقی تبدیل مشـکل به مسأله اسـت. گاه تعارض در میان مشـکلات رخ می‌دهـد و همیـن که از دل مشـکل، مسأله‌ای استخراج می‌کنیم یا تعارض رخت می‌بندد

یا شـیوه‌ای سـاده و آسـان بـرای حل تعـارض یافت می‌شـود. مشکل معمولاً سـطحی، کلی و عام، قابل رؤیت توسـط عوام، ذهنی، مرکب، مبهم، فاقد روش بررسـی و حل‌ناشـدنی به نظر می‌رسـد؛ اما مسأله، ژرف، معین و مشخص، رصدکردنی توسط متخصص، عینی، واحد، روشـن، روش‌بردار و حل‌شدنی است. اگـر برای حل تعارض در حد مشـکل توقـف کنیم و بـه ژرفای مسـأله نرویم بـه راه‌حل ممتـاز و متمایزی نخواهیم رسید.

ج. در تصمیم اخلاقی توجه به روان‌شناسی اخلاق دارای اهمیت فراوان است. بسته به نوع روان‌شناسی آدمیان، واکنش آن‌ها پس از تصمیم اخلاقی متفاوت خواهـد بود. غیـر از مباحـث روان‌شناسـی اخلاق، مسأله‌ی تصمیم اخلاقی همچنین از منظر فیلسوفان وجودی (اگزیستانسیالیست‌ها) بسیار اهمیت دارد. اگزیستانسیالیسـت‌ها به‌طور کلی با اینکه به دیگران آمـوزش دهیـم چگونه عمـل کنند موافق نیسـتند؛ زیـرا عمل اخلاقی امری شـخصی اسـت و قواعد در ذات خـود غیرشـخصی‌اند. ادعای اینکـه می‌توانیم بـه دیگران یـاد بدهیم کـه چگونه رفتار کنند شـبیه ادعایی اسـت که سوفیسـت‌ها می‌کردنـد؛ این ادعا کـه حقیقت تعلیم‌دادنی اسـت. پس چـه باید کرد؟ به اعتقاد اگزیستانسیالیسـت‌ها تنهـا کاری که باید انجام داد این است که اوضاع و شرایط در نظر گرفته شود و تصمیمی که در آن موقعیت خاص لازم است، گرفته شـود. مهم این اسـت که این، تصمیمِ خود ما باشـد؛ ازاین‌رو، در این نظریه تصمیم جایگاهی ویژه دارد. شـاید بتـوان ایـن دیـدگاه را تصمیم‌گروی در میان نظریه‌های وظیفه‌گرایانه‌ی عمل‌نگر نامید. این نظریه می‌گوید آن موقعیتی را که در آن واقع شده‌اید راهنمای خود قرار دهید؛ این بدان‌معناسـت که باید به دقت نگاه کنیـد تا فقط ببینید که اوضاع و احوال چیسـت. یعنی باید مواظب باشـید کـه واقعیت‌ها را در اوضـاع و احوالتان به‌درسـتی دریابیـد. باید فقط انتخـاب کنید یـا تصمیم بگیرید. عمـلاً این انتخاب شماسـت که موجب درسـتی کارهاسـت. این نظریه بیـش از این دیگر چیزی برای گفتن ندارد. از همین روست که اگزیستانسیالیست‌ها منکر اخلاق ثابت‌اند و می‌کوشـند به جای آن، اثبات کنند که هر انسـانی مطابـق با دیدگاهش اخلاقی را می‌آفرینند. از دیدگاه آن‌ها، اخلاق تحت تأثیر عناصری از طبیعت انسانی نیسـت، بلکه کاملاً به میل و دلخواه انسـان بستگی دارد. باوجوداین، آن‌هـا می‌خواهنـد مسـئولیت را حفـظ کنند تا نشـان دهنـد که انسـان در برابر آنچه هسـت و آنچه می‌کند، مسئول اسـت. در این زمینه آن‌هـا ناکام‌اند؛ طبق گفتـه‌ی آنان، انسـان در برابر اعمالش در پیشـگاه خود مسئول است؛ اما ازآنجاکه هیـچ اخلاق مفروضی وجود ندارد، انسـان می‌تواند دائمـاً اصولی را کـه اعمالش بر آن‌ها مبتنی اسـت، تغییر دهد.

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

۳. ملاحظات اخلاقی و فلسفی

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

تعارضات اخلاقی را می‌توان در سه دسته‌ی عمده از مکاتب فلسفه‌ی اخلاق یعنی وظیفه‌گرایی، غایت (نتیجه)گرایی و فضیلت‌گرایی بررسی کرد. در مکاتب نتیجه‌گرا معیار فعل اخلاقی، خیر نسبی یا غلبه‌ی نسبی خیر بر شر است (٦)؛ درحالی‌که مکاتب وظیفه‌گرا صرف‌نظر از نتایج عمل، قائل به الزام یا خوبی خود عمل یا قاعده هستند. اخلاق فضیلت‌گرا، ملاك خوب و بد عمل اخلاقی را به منش و انگیزه‌های فاعل وابسته می‌داند.

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

این مکتب در استدلال‌های اخلاقی نقش اصول و قواعد اخلاقی را نمی‌پذیرد و بر این باور است که برای هر تصمیم اخلاقی خاصی، باید براساس تجزیه و تحلیل شرایط موجود و بدون توسل به قواعد و اصول عام، به شکل خاص حکم کنیم. قواعد اخلاقی مانعی برای تصمیم‌گیری ما هستند یا دست کم بی‌فایده‌اند. قائلین به اخلاق قاعده‌نگر برای تعیین صواب و خطا و تصمیم‌گیری اخلاقی، وجود معیار و قواعد کلی را ضروری می‌دانند. این قواعد، اصول کلی، بنیادین و تغییرناپذیری هستند که از استقرای[1] موارد جزئی گرفته نشده‌اند، بلکه موارد جزئی باید در پرتو این قواعد تعیین شوند (٧).

۴. اختصاصی‌کردن اصول

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

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

خلـط کـرد. رونـد اختصاصی‌شـدن البتـه به‌نحوی سلسله‌وار جلو می‌رود و برحسب موقعیت، جزئی‌تر و تخصصی‌تر می‌شـود. اما این فرآیند از نظر بیوچامب و چیلـدرس باید چنان باشـد که همچنـان ارتباط با اصل اولیه حفظ، ربط و نسـبت با آن مراعات شـود. برای روشن‌شدن موضوع چند مثال معمول را مطرح می‌کنیـم: یک مثال از اختصاصی‌کـردن، قاعده‌ای اسـت که به پزشـکان توصیه می‌کند تـا منافع بیمار را بر خود مقدم بدارند. در خیلی از کشـورهای دنیا، پزشک در جهت منافع بیمار، اطلاعات فرم‌های بیمه را دسـتکاری می‌کنـد یا دسـت‌کم دربـاره‌ی اوضاع بیمـاری اغراق می‌کند. از طرفـی می‌دانیم که تقدم منافـع بیمار به معنای گریز از قانون نیسـت. در این اوضـاع، دو قاعـده با هـم در تعارض قـرار می‌گیرد: یکـی قاعده‌ای کـه منافع بیمـار را مقدم مـی‌دارد و دیگـری قاعـده‌ای کـه دروغ و فریـب را غیراخلاقی می‌شـمرد. این دو قاعده، مطلق نیسـتند و هنگامی که در تعارض قرار گیرند باید اختصاصی شوند.

دنیس اچ نواک [1] و همکارانش در پژوهشـی نشـان می‌دهند که پزشکان چگونه این دو قاعده‌ی متعارض را با هم جمع می‌کنند و به‌طور کلی نگرش پزشـکان بـه ایـن تزاحـم چگونـه اسـت. نـواک و همکارانش پرسش‌نامه‌ای را تهیه کردند که چهار پرسش سخت و متعارض اخلاقی را در میان می‌گذاشت. یک پرسش این بود که پس از اینکه پزشـک، آزمایش ماموگرافی سـالیانه را برای بیمار ۵۲سـاله‌اش تجویـز می‌کند، بیمار شکوه می‌کند که سال گذشته نیز این آزمایش از طرف پزشـک تجویز شـده، اما بیمه آن را پرداخت نکرده اسـت. منشـی بخش می‌گوید چاره آن اسـت که پزشـک به جای «ماموگرافی غربالگری»، بنویسد ماموگرافـی بـرای تشـخیص سـرطان؛ گرچـه برای این بیمـار ماموگرافی تنها با هـدف غربالگری انجام می‌شـود و قراینی بـرای انجام ماموگرافـی به جهت کشف سرطان نیست. قریب به هفتاد درصد پزشکان در پاسـخ بـه این پرسـش، اظهار کردند کـه آن‌ها در شـرایط مشـابه علت ماموگرافی را تشخیص سرطان خواهند نوشـت تا بیمار بتواند مشـمول مزایای بیمه شود. نکته‌ی جالب اینکه ۸۵ درصد از این پزشکان، یعنـی ۸۵ درصـد از ایـن هفتـاد درصد، بـر این باور بودند که این کار، فریب محسوب نمی‌شود.

بیوچامب و چیلدرس معتقدند که این باور پزشکان مصداق بدفهمی از قاعده‌ی تقدم منافع بیمار است. بـه باور نویسـندگان، پزشـکان این اصل کلـی را، به غلـط، این چنیـن اختصاصـی کرده‌اند: «پزشـکان بایـد منفعت بیمـار را حتی با پنهان‌کـردن اطلاعات و فریـب‌دادن افـرادی که حـق و مالکیتی نسـبت به آن اطلاعـات ندارنـد همچـون شـرکت‌های بیمه که بـا سیاسـت‌های ناعادلانه‌ی خـود، صلاحیتی برای داشـتن اطلاعـات صحیـح ندارنـد، مقـدم بدارند و در اولویت قـرار دهند.» جالب آنکه پزشـکان در این پژوهش حتی بر سـر تعریف «فریب» با پژوهشـگران هم‌رأی نبودند. فریب از نظر پژوهشـگران «قبولاندن امـر ناصحیح به دیگـران با هـدف گمراه‌کردن آنان» بـود، اما از نظر پزشـکان فریـب به این معنـا بود که کسی، دیگری را «بدون توجیه» گمراه کند. به همین علت، از نظر پزشـکان، فریب شـرکت‌های بیمه که با سیاسـت‌های ناعادلانه‌شـان در مسیر تضییع حقوق بیماران حرکت می‌کنند، فریب محسوب نمی‌شود.

در بـاب اختصاصی‌کـردن اصـول، بیوچامـب و

1. Dennis H. Novack

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

با وجود اینکه فرآیند اختصاصی‌شدن، امر مهمی در کاربردی‌کردن اصول اخلاقی است، بیوچامب و چیلدرس نقدهایی بر فرآیند اختصاصی‌کردن اصول اخلاقی مطرح کرده‌اند:

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

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

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

۵. وزن‌دهی و توازن میان اصول و هنجارها

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

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

مثالی در این بخش آمده است که به روشن‌شدن بحث کمک می‌کند: پزشکی به علت شرایط اورژانسی به رغم تمام‌شدن زمان کشیکش، همچنان در بیمارستان می‌ماند و نمی‌تواند به وعده‌ی بردن فرزندش به پارک عمل کند. در این حال سؤالات متعددی ذهن و ضمیر پزشک را پر می‌کند؛ برای مثال اینکه رفتن به پارک چقدر اضطراری است؟ آیا بعداً مجال پارک‌رفتن فراهم خواهد شد؟ آیا طبیب دیگری در بیمارستان می‌تواند در حال حاضر نقش او را ایفا کند؟ مجموعه‌ی این تأملات ممکن است او را به این نتیجه برساند که تا آخر وقت در بیمارستان کنار بیمار بماند. در این حال پزشک به این نتیجه رسیده است که ماندن برای او تکلیفی مقدم است. می‌توانیم چنین فرض کنیم که پزشک برای ماندن، دلایل کافی پیدا کرده است. مثل این دلیل که زندگی یک همنوع در خطر است و کسی هم جز او نمی‌تواند از عهده‌ی درمانش برآید. وفانکردن به وعده‌ای که به فرزندش داده نیز دل‌آزار است؛ اما رسیدگی به حال بیمار اولویت اخلاقی دارد. از این مثال می‌توان چنین استنباط کرد که وزن‌دهی و توازن اصول اخلاقی نوعی اختصاصی‌کردن یک هنجار است.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

بیوچامب و چیلدرس در کتاب اصول اخلاق زیست پزشکی بر تمایز میان اختصاصی‌کردن و وزن‌دهی و توازن میان اصول اخلاقی تأکید می‌کنند. مراد از اختصاصی‌شدن مشخص‌کردن دایره و محدوده‌ی هر اصل در مقام عمل است؛ اما مراد از وزن‌دهی و توازن، مقایسه‌ی دو اصل با هم در هنگام تعارض است. در این بخش نویسندگان به‌شدت با «مسأله‌ی معیار»[1] و «مسأله‌ی ترکیب»[2] مواجه هستند.

۵- ۱. مسأله‌ی معیار

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

۵- ۲. مسأله‌ی ترکیب

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

1. Problem of Criteria
2. Problem of Combination

۶. ملاحظات فقهی

فقـه در مـوارد فراوانی با اخلاق همپوشـانی دارد و در باب وظایف مکلف، بسـیاری از وظایف اخلاقی را در قالب دسـتورات فقهی برمی‌شمرد. در علم اصول فقـه، مبحثـی با عنـوان تزاحـم وظایف وجـود دارد که با اندکی تسـامح می‌توان آن را معـادل تعارضات اخلاقـی دانسـت. تزاحـم، عـدم جمع دو گـزاره‌ی اخلاقی یـا دو حکم، اغلـب به دلیـل ناتوانی مکلف به جمـع بیـن دو عمل اسـت. ازآنجاکه تـرک هر دو حکم قبیح و غیرمشـروع و انجام هـر دو غیرمقدور و غیرممکن اسـت، مکلف باید یکی از آن‌ها را انتخاب کند. بدیهی است که حکم تزاحم، فقط زمانی جاری است که بین دو عمل الزامی، منع جمع وجود داشته باشـد. درصورتی‌که بتوان به طریقی، با تغییر عوامل تأثیرگـذار، بیـن دو عمل جمع کـرد، تزاحمی وجود ندارد و جمع هر دو الزامی است (۸).

در چنین مواردی، راه‌حل‌های ارائه‌شـده از سـوی فقها، مشـتمل بر هر دو شـیوه‌ی تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر اصول و توجه به جزئیات و شرایط زمینه‌ای موضـوع، حل مـوردی مسـأله و اولویت هـر کدام از وظایف اسـت. شـاید بتوان گفت کـه ارائه‌ی ضوابط کلی از سـوی فقهـا، به قصد ارائه‌ی راهـکار و تعیین چارچوبـی بـرای تفکـر صحیح اسـت؛ ولـی مکلف درهرحـال باید بتواند وظیفـه‌اش را نه‌تنها با مراجعه به قواعد، بلکه براساس مسائل عینی و شرایط خاص موضوع تشخیص دهد.

ازایـن‌رو، در تعارضات اخلاقی همـواره این امکان وجـود دارد کـه با بررسـی وضعیت موجود و شـرایط خـاص هـر زمـان، براسـاس ملاک‌هـای علمـی، راهکارهای مناسـبی را جسـت‌وجو کرد که براساس آن‌ها فـرد بتوانـد تصمیمی اتخاذ کند که از یک‌سـو منطبق با مبانی دینی بوده، از دیگر سو با مقتضیات خاص آن زمان هماهنگ باشد.

از طـرف دیگـر، فقـه بخشـی از نظـام ارزشـی برخـی پزشـکان اسـت و سـاختار رفتـار و منش فرد تصمیم‌گیرنـده را متأثر می‌سـازد؛ برای مثال، زمانی که نجات جـان بیماری منوط بـه پیوند عضو متوفی اسـت و ولیِ میت باید اجازه‌ی قطـع عضو او را برای پیوند صادر کند، جـواز فقهی این پیوند، برای اتخاذ تصمیم از سـوی یک پزشـک متشـرع ضروری است؛ یـا مثلاً زمانـی که پزشـک می‌داند که اگـر والدین را از نقـص عضو جنیـن آگاه کنـد، آن‌ها به سـقط آن جنیـن اقدام می‌کنند، ممکن اسـت احسـاس کند کـه بـا حقیقت‌گویـی، در کشته‌شـدن یـک انسـان مشـارکت کرده است. در این صورت جواز فقهی این حقیقت‌گویی می‌تواند تصمیم‌گیری پزشک را به‌کلی تحت تأثیر قرار دهد (۸).

در موارد تزاحم فقها روش‌هایی را برای حل مسـأله برشمرده‌اند:

۱. اولیـن وظیفـه‌ی مکلـف، جمع بیـن دو یا چند وظیفه اسـت. در بیشـتر مـوارد، با کسـب اطلاعات دقیق‌تـر و با تحلیل دقیق شـرایط، امـکان یافتن راه سـوم یا راهی برای انجام هر دو یا چند تکلیف وجود دارد که در این صورت موضوع تعارض به‌کلی منتفی اسـت. در صـورت بی‌توجهی به این مسـأله، اجرای نسـنجیده و عجولانه‌ی قاعده‌ی دفع افسد به فاسد، فرد مرتکب رفتاری غیراخلاقی شده است.

۲. اگـر به‌رغـم تمام تلاش‌ها، امـکان جمع بین دو وظیفه میسـر نشـد، قدم بعدی یافتـن عاملی عقلی یا شـرعی برای ترجیح یکی از طرفین اسـت. اگرچه

علمـا درصدد معرفی عوامـل مرجـح برآمده‌اند و در این زمینه، دقت نظر فـراوان به خرج داده‌اند، عامل مرجح، بسـته به شـرایط خاص زمانـی، می‌تواند هر عامل معقولی باشد؛ البته فردی که در نهایت تصمیم می‌گیرد، فردی اسـت که از یك‌سـو خود را مکلف به انجام وظیفه می‌داند و دغدغه‌ی اخلاقی‌بودن دارد و از سـوی دیگر، بنابر وظیفه، دانش لازم را برای انجام تکالیفش فرا گرفته اسـت و به قواعـد مورد نیاز خود مجهز شده است.

۳. در فرضی که هیچ عاملی برای رجحان یك طرف یافت نشـود، وظیفه‌ی مکلف تخییر اخلاقی اسـت. مـراد از تخییر انتخـاب و اختیار یکـی از گزینه‌های موجود بدون رجحان یکی بر دیگری است (۹).

۷. مشکلات و موانع حل تعارضات اخلاقی

در روابـط اجتماعـی و حرفه‌ای زندگی بشـر امروز، تعارضـات اخلاقـی به‌طـور مکـرر رخ می‌دهـد و ما ناگزیر از یافتن راه‌های برون‌رفت و حل این تعارضات هسـتیم. سـؤال اینجاسـت که چرا در بیشتر مواقع، تعارضات ما را دچار سردرگمی و بلاتکلیفی می‌کند؟ چـه موانعی بر سـر راه‌حل تعارضـات اخلاقی وجود دارد؟

۷- ۱. آشنایی اندک با علم اخلاق

قـدم اول در حـل تعارضـات اخلاقـی، آشـنایی با قواعـد و اصـول اولیه‌ی اخـلاق و ایجاد حساسـیت نسبت به موارد اخلاقی است. مادامی‌که ما با اصول علـم اخـلاق به‌طور مسـتند، علمـی و به واسـطه‌ی مطالعه در این زمینه آشـنایی کافی نداشـته باشـیم در چندراهه‌های تعارضات گرفتار می‌شویم و چه‌بسا متوجه چنین تعارضاتی هم نمی‌شویم.

گاه آشـنایی سطحی با شـعارهای کلی در حوزه‌ی اخـلاق و داشـتن یک تصـور مبهم ناقـص از اخلاق سـبب می‌شـود فرد در مواجهه با معضلات اخلاقی نیـازی به تفکـر و مشـاوره در خود احسـاس نکند و همین تصـور غلط و در پی آن تصمیم‌گیری اشـتباه معضل اخلاقی را تبدیل به یک بحران اخلاقی کند.

۷- ۲. اخلاق فضیلت‌محور

زمانـی اراده‌ی حـل تعـارض در مـا جوانـه می‌زند کـه به تعـارض اخلاقی مانند یک موضوع پژوهشـی رویکردی مسأله‌محور داشته باشیم نه موضوع‌محور. بیشـتر مـا در نگرش سـنتی به معضـلات اخلاقی، فضیلت‌محور و ارزش‌مدار هسـتیم و در جهت‌گیری در برابـر تعارضـات، کارآمـدی تصمیـم را لحـاظ نمی‌کنیم و بنای تصمیماتمان فضیلت‌گرایانه است. فضیلت‌گرایـی مـا را بـر آن مـی‌دارد کـه در مواجهه بـا تعارضات اخلاقـی، تنها فضیلت‌هـا و ارزش‌های اخلاقـی را یـادآوری کنیم و بـر آن‌ها اصـرار بورزیم. در چنین تصمیم‌سـازی‌هایی، احساسات و عواطف بیـش از تفکر و مهارت ایفای نقش می‌کنند. به دیگر سـخن، فضیلت‌گرایـی در واقـع رویکردی شـخصی است تا یک موضع‌گیری روشمند ناظر بر حل مسأله که نیازمند اسـتفاده از ملاک‌ها، معیارها و ابزارهای علمی و سـنجش‌گر است. رویکرد مسـأله‌محور ما را از انحراف از بایسـته‌های مسـأله و لغزش در مسـائل بی‌ارتباط به آن باز می‌دارد و در راستای حل آن پیش می‌برد.

۷- ۳. فقدان مهارت‌های حل مسأله

سـردرگمی و بلاتکلیفی فرد در مواجهـه با تعارض اخلاقـی، ناشـی از فقدان مهـارت در حل مسـأله و معضـل اخلاقی اسـت. به گمـان برخـی، قاعده‌ی

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

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

۷- ۴. نبود راهنما و کدهای اخلاقی

شاید عمده‌ترین مشکل پزشکان در مواجهه با تعارضات و معضلات اخلاقی، نبود راهنمای کاربردی و کارآمد دست کم در موارد معضلات شایع در رابطه با بیماران، همراهان آن‌ها و دیگر کارکنان و همکاران در مراکز درمانی و بهداشتی باشد. وجود خط‌مشی اخلاقی و روشن‌بودن مرزهای اخلاقی در نظام سلامت و مراکز درمانی از بروز بسیاری از تعارضات برای پزشکان پیشگیری می‌کند (۴).

۸. شیوه‌های حل مسأله در تعارضات اخلاقی پزشکان

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

۸- ۱. مدل‌های تصمیم‌گیری فلسفه‌محور

گروهی از مؤلفان تلاش کرده‌اند که تصمیم‌گیری‌های اخلاقی را بر نوعی نظر یا فلسفه مبتنی کنند. مدل تصمیم‌گیری هیر[1] از این دسته است. هیر معتقد است که تکیه بر شهود صِرف، برای حل تعارضات اخلاقی کافی نیست و برای حل تعارضات اخلاقی، به نوعی تفکر پیشرفته‌تر و غیرشهودی نیاز داریم. نمونه‌ی دیگر، گاتیل[2] و همکارانش بودند که فرایند تحلیل مرحله به مرحله‌ی تصمیم، تجزیه‌ی تصمیم به اجزای تشکیل‌دهنده و در پی آن ارزیابی صحت تصمیم را پیشنهاد کردند.

۸- ۲. مدل‌های تصمیم‌گیری عمل‌محور

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

1. Hare
2. Emile Gatel

مشـخص کـرده، در راهنمای تصمیم‌گیـری آن‌ها را لحاظ کنند. این مدل از نظر فلسـفی و نظری وضوح و شـفافیت کمتـری دارد؛ امـا کاربردی‌تـر اسـت؛ به‌عنوان مثال، اسـتدلر[1] معتقد اسـت که ارزش‌های فـرد تصمیم‌گیرنـده، به‌ویژه ارزش‌هـای غیراخلاقی ماننـد منافع مالـی، باید تا حد امکان محدود شـود. او بـرای ارزیابـی کلیـت، عمومیت و عدالـت رویه‌ی پیشـنهادی، یك تست اخلاقی به‌صورت زیر طراحی کـرد: ۱. آیا این عمل منصفانه اسـت؟ ۲. آیا آن را به نزدیکانم توصیه می‌کنم؟ ۳. آیا تمایل دارم که رفتارم عمومیت پیدا کند؟

یکـی از معروف‌تریـن مدل‌هـای تصمیم‌گیـری اخلاقی پزشـکان کـه در بسـیاری از تألیفات اخلاق پزشـکی، به‌عنـوان روشـی بـرای تصمیم‌گیـری، به آن اشـاره شـده اسـت، مدل چهار جزئی جانسون[2] و همکاران اسـت. مؤلفان این مـدل ضمن اذعان به اهمیت اصول اخلاقی در حل مسـائل پزشـکان، بر این باورند که پزشك، نیاز به روشی دارد که واقعیت‌ها و ارزش‌هـا را در یـك الگـوی منظـم سـامان دهـد و تصمیم‌گیری‌های اخلاقی را تسهیل کند (۱۰).

در این روش پیشـنهادی از پزشـک خواسـته شده اسـت چهار موضـوع را در کانون توجه قـرار دهد و با لحاظ‌کـردن آن‌هـا تصمیم نهایی را اتخـاذ کند. این مـدل از پزشـک می‌خواهـد به‌رغم اهمیـت یکی از آن‌ها در برخی شـرایط خاص، تـا حد امکان در تمام تصمیم‌گیری‌ها، همه‌ی چهار موضوع را تحلیل کند. ایـن چهار موضـوع عبارت‌اند از: اندیکاسـیون‌های طبی، ترجیحات بیمار، کیفیت زندگی و خصوصیات زمینه‌ای. یك قضاوت درسـت مسـتلزم آن اسـت که بتوانیم بـرای حل یك مسـأله‌ی اخلاقی کـه ترکیب پیچیـده‌ای از عوامـل مختلـف اسـت، چنـد اصـل اخلاقـی را در یـك موقعیـت خـاص بـه کار بگیریم. درنظرگرفتـن ایـن چهـار موضـوع، به پزشـك کمك می‌کنـد کـه بتوانـد اصـول را در پرتو مـوارد خاص، ارزیابی و تفسـیر کند. درسـت به همـان کیفیتی که پزشـك هنگام مواجه‌شدن با مشـکلات طبی بیمار، مسـائل گوناگونی را مد نظر قرار می‌دهد و براسـاس آن‌هـا از بیمـارش شـرح حال می‌گیـرد، ولـی تنها بخشـی از اطلاعات به‌دست‌آمده را در تصمیم‌گیری دخالت می‌دهد (۱۰).

کیچنـر[3] بـه تبعیـت از هیـر[4] اظهـار مـی‌دارد کـه قضاوت‌هـای اخلاقـی، اغلب به‌طـور خودبه‌خودی انجـام می‌گیرنـد و به وسـیله‌ی عواملـی برانگیخته می‌شـوند که در شعور آگاه جایگاه روشنی ندارد و به وسـیله‌ی شـهودهای اخلاقی مردم صورت می‌گیرد و در بهترین شـکل خـود، پیش‌بینی‌ناپذیـر و موقت هسـتند؛ درحالی‌که در حرفه‌ی پزشکی، تصمیمات اخلاقی، بایـد براسـاس قضاوت‌های ثابـت و پایدار و بـا تکیـه بر اصـول اخلاقـی و نه قضاوت شـهودی (فـردی) صورت بگیـرد. او روشـی را توصیه می‌کند که براسـاس آن موضوعات اخلاقی آگاهانه، با تعمق و سـنجیده تحلیل می‌شـود و ایـن روش را «قضاوت انتقادی‌سنجشـی در توجیـه هر تصمیـم اخلاقی» نام‌گـذاری می‌کنـد. او بـرای دسـتیابی بـه این نوع قضـاوت، نُـه مرحله را بـرای تصمیم‌گیـری اخلاقی تخصصـی و پرهیز از شـهود اخلاقـی غیرمتعارف و

1. Michael Stadler
2. Jonsen
3. Kitchener
4. Heer

فردی عنوان می‌کند:

مرحله‌ی یک: حساسیت اخلاقی ایجاد کنید و آن را توسعه دهید؛

مرحله‌ی دو: معماها و سؤالات اخلاقی را تعریف کنید؛

مرحله‌ی سه: به استانداردهای حرفه‌ای قوانین و مقررات موجود مراجعه کنید؛

مرحله‌ی چهار: از آرا و تألیفات صاحب‌نظران اخلاق استفاده کنید؛

مرحله‌ی پنج: اصول اخلاقی را نسبت به هر موقعیت به کار گیرید؛

مرحله‌ی شش: با استاد راهنما و همکاران خود مشورت کنید؛

مرحله‌ی هفت: با دقت و تفکر تصمیم‌گیری کنید؛

مرحله‌ی هشت: تصمیمات را به اجرا درآورید و مستند کنید؛

مرحله‌ی نُه: تجربه‌هایتان را جمع‌بندی کرده، دستاوردهای آن را مرور و تحلیل کنید (۱۱).

برنارد لو[1] در کتاب راهکارهایی در حل تعارضات اخلاقی در پزشکی نیز برای حل تعارضات اخلاقی رویکردی پنج مرحله‌ای به پزشکان توصیه می‌کند:

۱. به‌دست‌آوردن اطلاعات درباره‌ی بیمار و موقعیت او (اطلاعاتی مثل وضعیت بیمار از نظر درمانی، اینکه تصمیم‌گیرنده‌ی نهایی چه کسی است و او چه ترجیحات و ارزش‌هایی دارد)؛

۲. تحلیل ابعاد اخلاقی مربوطه و راهکارهای ممکن برای کمك به حل مسأله؛

۳. درنظرگرفتن ابعاد روانی و اجتماعی (مانند عواملی که موجب بروز اشکالاتی در اجرای تصمیمات اخلاقی ما می‌شود و برای برطرف‌کردن آن‌ها، اغلب به مشورت با همکاران و نیز گفت‌وگو با بیمار و همراهان او نیاز داریم)؛

۴. تلاش برای رسیدن به توافق؛

۵. کمك‌گرفتن از دیگران در صورت نیاز (۱۱).

مدل چهار اصلی اخلاق زیستی یعنی احترام به اتونومی، سودرسانی، ضررنرساندن و عدالت و بهره‌جستن از این چهار اصل در حل مسائل اخلاقی نیز که توسط چیلدرس و بیچامپ طراحی شد، در این دسته قابل طبقه‌بندی هستند.

۸- ۳. جست‌وجوی فرایندی برای تصمیم‌گیری

گروه سوم محققانی هستند که بدون ارائه‌ی یك مدل تصمیم‌گیری خاص، به ارائه‌ی فرایندی برای تصمیم‌گیری پرداخته‌اند. از این گروه می‌توان به راهکار هاندرت[2] اشاره کرد. هاندرت در مقاله‌ای تحت عنوان «مدلی عملی برای حل مسائل اخلاقی پزشکی»، بین اصول اخلاقی و رفتار اخلاقی تمایز قائل می‌شود. به عقیده‌ی او در تعارض اخلاقی، تعارضی در سطح اصول اخلاقی وجود ندارد.

1 Bernard Lo
2. Handert

از نظر هاندرت دانشجویان پزشکی تا زمانی که وارد عرصه‌ی عمل نشده‌اند، تنها به اصول مطلق اخلاقی فکر می‌کنند. زمانی که وارد فعالیت‌های عملی می‌شوند، در ابتدا فکر می‌کنند که می‌توانند با استثناءزدن به اصول اخلاقی، مشکل تزاحم و تعارض عملی اصول را حل کنند، مثلاً «تمام حقیقت را به بیمار بگو، مگر اینکه با منافع او در تضاد باشد.» یا «مادر حق دارد تقاضای سقط جنین کند، مگر اینکه این تقاضا به خاطر جنسیت جنین باشد.» ولی با افزایش تجربیات، مشاهده می‌شود که تعداد این استثناها، به مرور بیشتر و بیشتر می‌شود و با هر تجربه، ارزش‌های جدیدی خودنمایی می‌کند که با ارزش اولی در تعارض است و ما مدام مجبور به توازن بین آن‌ها هستیم. در واقع، هربار که با تعارض جدیدی روبه‌رو می‌شویم، تقسیم‌بندی جدیدی از ارزش‌های متعارض شکل می‌گیرد که نظام ارزیابی ما را تحت تأثیر قرار می‌دهد و ممکن است موازنه‌ی قبلی را تغییر دهد و ما را به سمت سازمان‌دهی دوباره‌ی تجربیات اخلاقی خود سوق دهد (۱۲).

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

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

هاندرت یك راه‌حل شهودی نیز ارائه می‌دهد و آن این است که ما از روی میزان اضطرابی که در انتخاب هریك از راه‌ها احساس می‌کنیم، می‌توانیم به اخلاقی‌تربودن یك انتخاب پی ببریم، بدین‌ترتیب که انتخاب گزینه‌ی اخلاقی‌تر، ما را به اضطراب کمتری مبتلا می‌کند.[1]

۹. اندیکاسیون‌های پزشکی

۹- ۱. سودرسانی و ضررنرساندن

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

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

۹- ۲. ارجحیت بیمار و احترام به اتونومی بیمار

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

۹- ۳. کیفیت زندگی(ضررنرساندن، سودرسانی و احترام به اتونومی بیمار)

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

۹- ۴. ویژگی‌های متنی (وفاداری و عدالت)

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

توضیح نمونه‌ی اول

در ابتدای امر چنین به نظر می‌رسد که شما در تعارض و دوراهه‌ی بین حقیقت‌گویی و رازداری گرفتار شده‌اید، به‌طوری‌که اگر حقیقت را بگویید و بیماری او را در فرم مربوطه بنویسید، راز بیمارتان را فاش کرده‌اید و البته همین افشای راز سبب بیکارشدن و آسیب روانی به بیمارتان می‌شود؛ از دیگر سو، اگر بر رازداری اهتمام ورزید و برگه‌ی سلامت را امضا کنید گواهی دروغ داده‌اید و این کار، علاوه بر غیراخلاقی بودن، غیرقانونی نیز است؛ اما شاید راه سومی هم باشد. می‌توانید با بیمارتان صحبت کنید و از پیامدهای ناگوار کتمان حقیقت برایش بگویید. اینکه رانندگی برای فرد مبتلا به صرع شغل خطرناکی است و چه‌بسا یک حمله‌ی تشنج در حین کار فاجعه به بار آورد و حتی زندگی خود او را تهدید کند. بیمار چندین‌ساله‌تان به شما اعتماد دارد و می‌توانید امیدوار باشید که

حرف‌های شـما را خواهد پذیرفت. از طرف دیگر، می‌توانید با توافـق بیمارتان نامه‌ی محرمانه‌ای به رئیس شـرکت مربوطه بنویسـید و بیماری، کنترل آن، شـرایط خانوادگی بیمار و نیاز وی به شـغل را تشـریح کنیـد و از او بخواهید بـرای بیمارتان کار دفتری و کم‌خطرتری را در نظر بگیرد.

توضیح نمونه‌ی دوم

انتخاب بین دو زندگی و برگزیدن یکی از آن دو، از مشکل‌ترین انتخاب‌هاست که در حرفه‌ی پزشکی و در بیمارسـتان به‌طـور مکـرر اتفـاق می‌افتـد. در ایـن نمونـه نیز به نظر می‌رسـد پزشـک بخش مراقبت‌های ویژه بایـد یکی از دو بیمار را برگزیند. یـک طرف بیمـار جوانی کـه با چنـد روز حمایت تنفسـی و درمـان حملـه‌ی میاسـتنی بـه زندگی معمـول بـاز خواهد گشـت و در طـرف دیگر مادر مسـن غیرهوشیار در آسـتانه‌ی مرگی که فرزندش در راه است تا برای آخرین بار با مادرش وداع کند. ضمـن اینکـه از نظـر قانونی و اخلاقـی نمی‌توان بیمـار تحت تهویه‌ی ونتیلاتـور را بی‌دلیل و تنها به خاطر نیاز بیمار دیگر از دستگاه جدا کرد.

دکتـر «س» موضوع را با سرپرسـتار بخش در میان گذاشت و از او خواست تا از دستگاه ونتیلاتور پرتابل برای بیمار جدید استفاده کنند؛ اما سرپرستار عنوان کـرد که ونتیلاتـور پرتابـل را برای بیمـاری در بخش جراحی فرسـتاده اسـت و گفت که فکـری برای حل این مشکل دارد. دکتر «س» بیمار جدید را در بخش پذیرش کرد. پرسـتارهای بخش بـه نوبت در فواصل زمانی نیم‌سـاعته تهویه‌ی تنفسی بیمار را با آمبوبگ تأمین کردند. دو ساعت بعد پسر خانم «الف» رسید و به مدت یک ساعت بر بالین مادر بود و با او وداع کرد و به دنبال سومین ایست قلبی‌تنفسی، خانم «الف» از دسـتگاه جـدا شـد و بیمـار جدید تحـت تهویه‌ی دستگاه ونتیلاتور قرار گرفت.

منابع

1. Richek, Margaret Ann. (1996). The World of Words. Houghton Mifflin Company, P. 271.

۲. قراملکـي، احدفرامـرز. (۱۳۸۸). درآمـدي بـر اخـلاق حرفهاي. تهران: نشر سرآمد، ص۱۹۶، ۲۹۵.

۳. آرمسترانگ، والتر سـینت. (۱۳۸۰). «فلسفهي اخلاق»، در: مجموعهمقالات برگرفته از دایرةالمعارف فلسفهي اخلاق، لارنس سـي بکر. ترجمه‌ی جمعی از مترجمان. قم: مؤسسه‌ی آموزشي و پژوهشي امام خميني، ص۱۳۰.

٤. قراملکي، احدفرامرز و رستم نوچه فللاح. (۱۳۸۶). موانع رشـد اخلاق حرفهاي در سـازمانها. تهران: مؤسسه‌ی فرهنگي دین‌پژوهي بشرا.

5. Tom L, Beauchamp. & Childress James F. (2001). Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press.

٦. فرانکنا، ویلیام کی. (۱۳۷۶). فلسـفهي اخلاق. ترجمه‌ی هادی صادقي. قم: مؤسسه‌ی فرهنگي طه، ص۴۷.

۷. ناوتـن، دیویدمک. (۱۳۸۰). بصیـرت اخلاقي. ترجمه‌ی محمـود فتحعلـي. قم: مؤسسـه‌ی آموزشـي و پژوهشـي امام خميني، ص۲۹۷و۲۹۸.

۸. هاشـمي شاهرودي، سـیدمحمود. (۱۳۸۴). فرهنگ فقه مطابـق آراي اهل بیـت(ع). قم: مؤسسـه‌ی دایرةالمعارف فقه اسلامي، ص۴۵۶.

۹. فاضل موحدی لنکراني، محمد. (۱۳۸۵). احکام پزشکان و بیمـاران. گردآوری غلامحسـین خدادادي، قـم: مرکز فقهي ائمه‌ی اطهار(ع)، ص۱۵۶.

10. Jonsen, Alber R. & et al. (2006). Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. McGrawHill, P. 1-10.

۱۱. فرهادي، یدالله. (۱۳۸۶). اخلاق حرفهاي در بهداشت روان. تهران: انتشارات اطلاعات، صص۳۵تا۳۷.

12. Handert, Edward M.. (1987). “A Model for Ethical Problem Solving in Medicine”. Am J Psychiatry, 144 (7), P. 839-846.

مبانی حقوق

دکتر علیرضا میلانی‌فر

۱. مبانی حقوق[۱]

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

الف. مبنای اصلی حقوق عدالت است؛ بدین‌ترتیب، هم قانونگذار باید از قواعد عدالت پیروی کند و هم پیروان قانون در صورتی ناگزیر از اجرای آن هستند که دستورهای حکومت را عادلانه بیابند. برپایه‌ی این نظر، قاعده‌ای که با مبنای اصلی خود (عدالت) در تعارض است، فقط صورت قانون را دارد و اگر به ظاهر نیز اشخاص ملزم به اطاعت از آن شوند، نزد وجدان خویش تکلیفی در این باب ندارند. به‌طور خلاصه، قاعده‌ای به‌عنوان «حقوق» محترم شمرده می‌شود که علاوه بر تأمین آسایش و نظم عمومی، حافظ عدالت نیز باشد.

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

---

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

۲. نیروهای سازنده‌ی حقوق

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

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

۳. حقوق و دولت

در زبان حقوقی ما «دولت» در دو معنای خاص و عام به کار می‌رود:

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

ب. دولت، در معنای عام که مترادف با «حکومت» است، شامل تمام سازمان‌های اداری و قضایی و قانونگذاری می‌شود و وصف بارز آن «حاکمیت» و سلطه در روابط داخلی و بین‌المللی است؛ برای مثال، هنگامی که گفته می‌شود «دولت جمهوری اسلامی ایران» یا دولت عهدنامه‌ی دوستی را با بلژیک امضا کرد یا دولت ایران عضو سازمان ملل متحد است، مقصود همین معنای عام آن است.

دولت، خواه به معنی خاص یا عام آن اراده شود، دارای «شخصیت حقوقی» است؛ یعنی دارای وجود اعتباری و صلاحیت‌هایی ویژه، جدا و مستقل از اعضا و مدیران آن است. در هر کشور، سلطه‌ی نهایی که منبع صلاحیت را در درون خود دارد، در اصطلاح «حاکمیت» نامیده می‌شود.

۴. قاعده‌ی حقوقی

برای قواعد حقوق اوصاف ذیل را برشمرده‌اند:

الف. قاعده‌ی حقوقی الزام‌آور است؛

ب. رعایت قاعده‌ی حقوقی از طرف دولت تضمین شده است؛

ج. قاعده‌ی حقوقی کلی و عمومی است؛

د. حقوق نظامی است اجتماعی: یعنی هدف آن تنظیم روابط اجتماعی است، نه پاکی روح و وجدان انسان.

البته درباره‌ی هیچ‌یک از آن‌ها اتفاق نظر وجود ندارد.

قواعد حقوقی ممکن است عمومی یا خصوصی باشند:

- قواعد حقوق عمومی امری است؛ یعنی اشخاص، حتی با تراضی بین خود نیز نمی‌توانند از آن‌ها

سـرپیچی کنند؛ درحالی‌که قواعد حقوق خصوصی بر مبنای احترام به اراده‌ی اشـخاص اسـتوار اسـت و هـدف آن تکمیل شـرایط قـرارداد و تعیین اراده‌ی احتمالی دو طرف است.

- هـدف قواعـد حقوق عمومـی حمایـت از منافع جامعـه اسـت؛ لیکن هدف حقـوق خصوصی تأمین نفع اشـخاص اسـت؛ ولـی باید دانسـت کـه در هر قاعـده‌ی حقوقی کم‌وبیـش منافع عمـوم مورد نظر اسـت. جـز اینکـه گاهـی قانونگـذار، راه تأمین این منافع را در حمایت از حقوق خصوصی دیده است.

جمعی دیگر از نویسندگان، حقوق عمومی را قواعد حاکم بر سازمان‌های دولتی و عمومی دانسته‌اند.

۵. شاخه‌های حقوق

شاخه‌های متعددی برای حقوق برشمرده‌اند:

الف. حقوق مدنی که در آن به اشـخاص و خانواده، مالکیت، ارث، قراردادها و مسـئولیت مدنی پرداخته می‌شود.

ب. حقـوق تجـارت مجمـوع قواعدی اسـت که بر روابط بازرگانان و اعمال تجارتی حکومت می‌کند.

ج. حقـوق اساسـی پایـه و مبنای حقـوق عمومی اسـت؛ زیرا در آن ساختمان حقوقی دولت و رابطه‌ی سـازمان‌های آن بـا یکدیگر مطرح می‌شـود. در این رشـته از حقـوق، دربـاره‌ی شـکل حکومـت و قوای سازنده‌ی آن (مقننه و مجریه و قضاییه) و طرز شرکت افـراد در ایجاد قوای سـه‌گانه و حقـوق و آزادی‌های آنـان در مقابل دولت گفت‌وگو می‌شـود. پس، نه‌تنها در عمومی‌بودن این شـعبه از حقوق تردید نمی‌توان کرد، بلکه باید آن را ریشه و اساس این قواعد به شمار آورد.

د. حقـوق اداری از حقـوق دربـاره‌ی اشـخاص حقوقـی‌اداری، تشـکیلات و وظایـف وزارتخانه‌هـا و ادارات دولتی و شـهرداری‌ها، تقسیم‌های کشوری و روابط این سازمان‌ها با مردم گفت‌وگو می‌کند.

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

و. حقـوق جـزا یا حقـوق جنایی مجمـوع قواعدی اسـت که بـر چگونگـی مجـازات اشـخاص از طرف دولـت حکومـت می‌کنـد. در ایـن رشـته از حقـوق سـخن از اعمالی اسـت که به منافـع و نظم عمومی زیان می‌رسـاند و اثر آن به‌قدری مهم و شـدید است که دولت باید، به‌وسـیله‌ی اعدام یا حبس و غرامت و تبعید، خطاکار را کیفر دهد.

ز. حقوق کار از آن رشـته‌هایی اسـت که ریشـه در حقـوق خصوصی دارد و دخالت دولت آن را در ردیف شعبه‌های حقوق عمومی درآورده است.

ح. حقوق داخلی یا ملی مجموع قواعدی است که بـر دولت معیـن حکومت می‌کنـد و در آن از روابطی گفت‌وگو می‌شـود که هیـچ عامل خارجـی در آن‌ها نیست.

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

۶. منابع حقوق

در هـر کشـور، حقـوق ناشـی از جایگاه یـا قدرتی اسـت کـه حق وضـع قواعـد و تحمیل رعایـت آن را دارد و همین جایگاه اسـت که «منبع حقوق» نامیده می‌شود. سـخن درباره‌ی انواع این منابع است. گاه

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

۶- ۱. قانون

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

۶- ۲. عرف

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

در تعریف عرف می‌توان گفت قاعده‌ای است که به‌تدریج و خودبه‌خود، میان همه‌ی مردم یا گروهی از آنان به‌عنوان قاعده‌ای الزام‌آور مرسوم شده است.

۷. اصول کلی حقوقی

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

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

۸. رویه‌ی قضایی

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

۸- ۱. نقص قانون

قانون وقتی ناقص است که نتواند اعمال و وقایع حقوقی را که به حکم عقل و انصاف باید مشمول آن باشد، در بر گیرد. در چنین مواقعی، دادرس می‌تواند با استفاده از هدف قانونگذار، متمم حکم ناقص او را بیابد؛ برای مثال، به موجب مواد

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

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

۸- ۲. سکوت قانون

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

۸- ۳. اجمال قانون

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

۸- ۴. تناقض قوانین

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

قلمرو اجرای هر یک از آن‌ها را معین کند و با توجه به روح قانون و عرف و عادت مسلم، راه جمع‌کردن یا حاکم قراردادن یکی را بر دیگری اعلام دارد.

۹. مفهوم حق

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

حق فردی را به سه گروه اصلی تقسیم کرده‌اند:

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

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

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

- حق غیرمالی امتیازی است که هدف آن رفع نیازمندی‌های عاطفی و اخلاق انسان است. موضوع این حق روابط غیرمالی اشخاص است، ارزش داد و ستد ندارد و به‌طور مستقیم امکان ارزیابی آن با پول و مبادله نیست؛ مانند حق زوجیت و ولایت.

- حق مالی امتیازی است که حقوق هر کشور، به منظور تأمین نیازهای مادی اشخاص به آن‌ها می‌دهد. این دسته از حقوق، برخلاف گروه نخست، امکان تبدیل‌شدن به پول را دارند؛ مانند حق مالکیت.

۱۰. اعمال و وقایع حقوقی

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

الف. وقایع حقوقی، دسته‌ای از وقایع است که آثار حقوقی آن نتیجه‌ی اراده‌ی شخص یا قرارداد نیست و به حکم قانون به وجود می‌آید؛ اعم از اینکه ایجاد واقعه مانند ازبین‌بردن مال غیر، ارادی باشد یا مانند فوت و تولد شخص غیرارادی باشد.

ب. اعمـال حقوقـی، کارهـای ارادی اسـت که به منظـور ایجـاد اثـر حقوقی خـاص شـکل می‌گیرد و قانـون نیز اثـر دلخواه را بر آن بـار می‌کند. به عبارت دیگر، عمل حقوقی کاری ارادی است که اثر حقوقی آن بـا آنچه فاعل می‌خواسـته منطبق اسـت؛ مانند قراردادها.

۱۰- ۱. قرارداد یا عقد

مطابـق مـاده‌ی ۱۸۳ قانون مدنـی: «عقد عبارت اسـت از اینکه یک یا چند نفر در برابر یک یا چند نفر دیگـر تعهد بر امری کنند و مورد قبول آن‌ها باشـد»؛ پس عملی را می‌تـوان عقد نامید که دارای دو صفت اساسی باشد: یک اینکه در اثر توافق دو یا چند نفر به وجود آید؛ عملی که با اراده‌ی یک تن واقع می‌شـود عقد نیسـت، هرچند کـه اراده‌ی دیگـری بتواند آن را از بیـن ببـرد؛ چنان‌که وصیت عهـدی در نتیجه‌ی اراده‌ی موصی واقع می‌شود و نیازی به اراده و اطلاع وصـی ندارد، اما در زمان حیات او وصی می‌تواند آن را رد کند؛ به همین جهـت، وصیت عهدی را باید در زمره‌ی ایقاعات شمرد.

دوم اینکه منظور از آن عقد، ایجاد تعهد باشـد: اگر دو شـخص به منظور ازبین‌بردن تعهدهای گذشته‌ی خـود با هم تراضـی کننـد، نتیجـه‌ی آن هرچند که ماهیت قراردادی دارد، «عقد» نامیده نمی‌شود.

از تعریـف مـاده‌ی ۱۸۳ چنیـن بر می‌آیـد که رکن اساسـی هـر عقـد توافـق دو اراده اسـت: یعنی در قـرارداد اراده‌ی کسـانی کـه آن را واقـع سـاخته‌اند مهم‌تریـن عامـل ایجاد حق اسـت؛ ازاین‌رو مشـهور شده اسـت که در عقود اراده‌ی افراد حاکمیت دارد. اصـل حاکمیـت اراده کـه ریشـه‌ی فلسـفی آن در گفته‌های فردگرایان است، در حقوق کنونی به آزادی قـراردادی تعبیر می‌شـود کـه مفهومی تعدیل‌شـده اسـت و در مـاده‌ی ۱۰ قانـون مدنی به ایـن عبارت بیان شـده اسـت: «قراردادهای خصوصی نسبت به کسانی که آن را منعقد کرده‌اند در صورتی که خلاف صریح قانون نباشد نافذ است» و از آن چهار نتیجه‌ی اساسی گرفته می‌شود:

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

ب. قـرارداد با تراضـی دو طرف محقق می‌شـود و تشـریفات خاصی ندارد و دو طرف عقد ملزم نیستند الفاظ مخصوصی را به کار ببرند.

ج. پس از انعقاد قرارداد دو طرف ملزم به رعایت آن هسـتند و بایـد تعهدهای ناشـی از آن را اجرا کنند و دادگاه نمی‌تواند به بهانه‌ی رعایت عدالت و انصاف، مدیون را از آنچه به‌عهده دارد معاف کند.

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

این چهـار نتیجه در حقـوق ما اسـتثناهای فراوان دارد و روزبـه‌روز نیـز اصـل حاکمیـت اراده (آزادی قراردادها) اهمیت پیشـین خود را از دست می‌دهد. بازرسـی دولت در قراردادها فزونـی می‌یابد و قوانین امری از هر سـو دامنـه‌ی آزادی معامـلات را محدود می‌سـازد. باوجوداین، می‌توان از این نتایج به‌عنوان «اصل» یـا «قاعده‌ی کلی» اسـتفاده کرد؛ یعنی هر جا که نسـبت به حدود آزادی دو طـرف و اثر قرارداد تردید به میان آید، این قواعد حکومت دارد تا خلاف

آن اثبات شود.

۱۰- ۱- ۱. صحت قرارداد

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

الف. قصد طرفین و رضای آن‌ها؛

ب. اهلیت طرفین؛

ج. موضوع معین که مورد معامله باشد؛

د. مشروعیت جهت معامله.

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

۱۰- ۱- ۱- ۱. قصد و رضای دو طرف.

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

در حقوق ما دو امر ممکن است اراده را زایل سازد: اشتباه و اکراه؛ اشتباه تصور نادرستی است که انسان از حقیقت پیدا می‌کند. اشتباه ممکن است نسبت به نوع عقد یا شخصیت طرف عقد یا موضوع معامله باشد. در قانون مدنی ما اکراه تعریف نشده است؛ ولی با توجه به شرایط آن می‌توان گفت که اکراه عبارت است از فشار غیرعادی و نامشروعی که به منظور وادارساختن شخص بر انجام‌دادن یک عمل حقوقی بر او وارد می‌شود.

۱۰- ۱- ۱- ۲. موضوع معامله

برای اینکه معامله درست باشد، مورد معامله باید دارای شرایط زیر باشد:

الف. موجود باشد؛

ب. انتقال‌پذیر باشد؛

ج. معلوم و معین باشد؛

د. تسلیم آن مقدور باشد؛

ه. ملک مدیون باشد.

۱۰- ۱- ۱- ۳. مشروعیت جهت معامله

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

برای تصور هر تعهد وجود چند رکن ضروری است:

الف. موضوع تعهد: یعنی امری که شخصی در برابر دیگری به عهده می‌گیرد. موضوع تعهد ممکن است یکی از این امور باشد: انتقال مال، انجام‌دادن کار، خودداری از انجام‌دادن کار؛

ب. اطراف تعهد؛

ج. رابطه‌ی حقوقی؛

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

۱۰- ۱- ۱- ۴. اهلیت و اختیار دو طرف

در زمینه‌ی قراردادها، واژه‌ی اهلیت و اختیار بیان‌کننده‌ی توان حقوقی شخص در معامله‌کردن است. باوجوداین، نباید آن‌ها را به جای هم به کار برد؛ اهلیت که با شخصیت و تکامل قوای دِماغی و شعور معامله‌کنندگان ارتباط دارد، نشانه‌ی آن است که شخص صلاحیت اداره‌کردن و تصمیم‌گرفتن را دارد؛ ولی اختیار یا داشتن سمت، ناظر بر موردی است که شخصی می‌خواهد برای دیگری معامله کند و برای او تصمیم بگیرد. در فرض انجام‌دادن معامله به نیابت است که می‌گویند طرف معامله باید دارای اختیار یا سمت باشد.

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

باید افزود که وضع جنین شباهت به صغیر غیرممیز دارد و از حقوق مدنی بهره‌مند می‌شود؛ مشروط بر اینکه زنده متولد شود (نک: ماده‌ی ۹۵۷ قانون مدنی). این قاعده درباره‌ی امکان تملک موضوع وصیت و ارث به‌صراحت اعلام شده است (نک: مواد ۸۵۱ و ۸۷۵).

۱۰- ۱- ۱- ۴- ۱. اهلیت

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

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

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

بـه موجب مـاده‌ی ۲۱۱ قانـون مدنی بـرای اینکه متعاملیـن اهل محسـوب شـوند، باید بالـغ و عاقل و رشـید باشـند. در ادامه شـرایط اهلیت تصرف را تا جایی که مربوط به انجام‌دادن اعمال حقوقی است، در سه بخش بلوغ و رشد و عقل، مطالعه می‌کنیم:

بلوغ

پیـش از اصـلاح قانـون مدنـی، مقصـود از بلـوغ رسـیدن به سـنی بود که به‌طور معمول هرکس سود و زیان خویش را می‌شناسـد و شعور دخالت مستقل در امور مالی و شخصی را پیدا می‌کند؛ بدین‌ترتیب، بلوغ رابطه‌ی خود را با بلوغ طبیعی از دست داده بود و به شـکل اماره‌ی قانونی ایجاد رشـد ظاهر می‌شد؛ یعنـی هرگاه سـخن از حجر صغیر می‌شـد، مقصود اهلیت‌نداشتن کسی بود که هنوز به سن هجده سال تمام نرسیده است؛ ولی سال ۱۳۶۱ همه چیز تغییر یافـت و تبصره‌ی یک ماده‌ی ۱۲۱۰ اصلاحی، سـن بلوغ را در پسـر پانزده سـال تمام قمـری و در دختر نه سـال تمام قمری معین کرد. ایـن حکم که از آغاز تصویب جنبه‌ی آزمایشی داشت، پنج سال اعتبار آن سپری شده و مجلس شورای اسلامی هنوز درباره‌ی تصویـب یـا رد نهایی آن تصمیم نگرفته اسـت (نک: اصل ۵۸ قانون اساسی).

صغیر ممیز و غیرممیز

صغیـر در تمام دوران حجر از حیث شـعور و بینش اجتماعی در یک حال نیسـت. نوزاد تا مدتی توانایی تشخیص سود و زیان را ندارد و مفهوم اعمال حقوقی و نتایـج آن را درک نمی‌کند. در این مرحله، صغیر از نظر طبیعی اسـتعداد انجام معاملـه را ندارد و قانون نیـز هیـچ اثری بـر اراده‌ی او نمی‌گـذارد؛ ولی، پس از ایـن دوره، زمانی فرا می‌رسـد که صغیر اسـتعداد فهـم معنی عقد را پیدا می‌کنـد و نفع و ضرر را از هم بـاز می‌شناسـد؛ منتها، چـون هنوز قادر نیسـت که به‌تنهایـی اموال خـود را اداره کند و بیـم آن می‌رود که در اثر بی‌تجربگی و خامی دارائی‌اش را از دسـت بدهـد، قانـون او را از انجـام‌دادن معاملـه منع کرده است.

صغیـر را در حالت نخسـت «غیرممَیـز» و در دوران دوم «ممَیز» می‌نامند. «صغیر ممیز» کسی است که قـوه‌ی تمیز دارد و با این وصـف قانونگذار لازم دیده است که تا مدتی از او حمایت کند؛ پس، حجر صغیر در ایـن دوران چهـره‌ی حمایتـی دارد و قابـل تنفیذ است.

در حقوق برخی کشـورها سـن تمیز را قانون معین کـرده اسـت؛ چنان‌کـه مـاده‌ی ۱۰۴ قانـون مدنی آلمـان هفت‌سـالگی را مبـدأ ایجـاد قـوه‌ی تمیز در طفل دانسـته اسـت. در حقوق ما قاعـده‌ی خاصی در این‌بـاره وجـود نـدارد و دادرس بایـد در هر مورد خاص تشـخیص دهد که کودک موضوع ممیز اسـت یا خام. عدم اهلیت صغیر عام اسـت؛ یعنی اعمال و گفته‌هـای او، جز در موارد اسـتثنایی، باطل و بی‌اثر اسـت (نـک: مـاده‌ی ۱۲۱۲ قانـون مدنـی). پس، درباره‌ی صغیر عدم اهلیت موافق قاعده است و فقط هنگامـی می‌توان اعمال او را نافذ دانسـت که قانون به‌صراحت اجازه داده باشـد. صغیـر غیرممَیز، چون از نظر طبیعی فاقد قصد اسـت، هیـچ‌گاه نمی‌تواند اعمـال ارادی را به‌درسـتی انجام بدهـد؛ ولی صغیر ممیـز در پاره‌ای از عقود می‌تواند، به‌طور مسـتقل یا با اجازه‌ی خود، شرکت کند؛ یعنی حجر صغیر ممیز بـرای حمایت از منافع اوسـت نه بر مبنای نداشـتن اراده و بـه همیـن دلیل هم می‌توانـد معاملاتی را که

احتمـال هیـچ ضرری در آن‌ها نیسـت انجـام دهد، مانند قبول هبه و صلح بی‌عوض.

رشد

«رشـید» کسی است که به شـیوه‌ی خردمندان در امـوال و حقـوق مالی خـود تصرف کند. عدم رشـد ممکن اسـت در اثر کمی سـن (صغر) یا نقص شعور در اشـخاص کبیر باشـد. این شـخص را در اصطلاح حقوقی «سـفیه» می‌نامند و متبادر از غیررشـید نیز هم اوست.

از تعریف ماده‌ی ۱۲۰۸ قانون مدنی معلوم می‌شود کـه اختلال دِماغی سـفیه چنان نیسـت کـه مانع از تصمیم‌گرفتن او شـود و قصد و رضایتش را بی‌اعتبار سـازد. سـفیه در روابـط غیرمالی خود با سـایرین به شـیوه‌ی عاقلان رفتـار می‌کنـد و در امـور مالی نیز معنـی معاملـه و آثـار آن را می‌فهمـد. منتهـا، چون ارزش پول را به‌درسـتی نمی‌داند و عقل معاش ندارد و ممکن است به سـبب افراط نابه‌جا اموال خود را از بیـن ببرد، قانونگذار اجازه‌ی تصرف مسـتقل را به او نداده است.

جنون

جنـون عارضـه‌ای دماغـی اسـت که مانـع از درک اعمال شـخص می‌شـود. اعمالی که مجنـون انجام می‌دهـد بـه فرمـان اراده‌ی او نیسـت و وجدانش از آنچـه می‌کنـد بی‌اطلاع اسـت. روان‌شناسـان برای جنـون درجه‌هـای گوناگون قائل شـده‌اند؛ زیرا این سرشکسـتگی گاه چنـان ضعیف و پنهان اسـت که اشخاص عادی قادر به درک آن نیستند و تنها پزشک می‌توانـد عارضه را تشـخیص دهـد. باوجوداین، در تمیـز عقل از جنون، داوری عـرف و وجدان عمومی نیز اثر فـراوان دارد؛ درجه‌ی اختلال مشـاعر باید به جایی برسـد که مردم عادی شخص را دیوانه بدانند. علم طب به‌تنهایی نمی‌تواند حد بین عقل و جنون را به‌دقت رسـم کند. از نظـر حقوقی هیچ امتیازی بین درجه‌های جنون نیست و ماده‌ی ۱۲۱۱ قانون مدنی برای پیشگیری از هرگونه تردید می‌گوید: «جنون، به هر درجه که باشد، موجب حجر است.»

۱۰-۱-۱-۴-۲. اختیار یا سمت

براسـاس اصـل آزادی قـراردادی هر شـخص تنها به رضـای خود متعهـد می‌شـود و اراده‌ی هیچ‌کس برای دیگری التزام ایجاد نمی‌کند. ظاهر این اسـت کـه هر شـخص برای حفـظ منافع و به حسـاب خود معاملـه می‌کند؛ بنابراین، هـرگاه دو تن با هم توافق کنند، فرض این اسـت که اصیل هستند. این فرض را مـاده‌ی ۱۹۶ قانـون مدنـی چنین بیـان می‌کند: «کسـی که معاملـه می‌کند آن معامله بـرای خود آن شـخص محسـوب اسـت، مگر اینکـه در موقع عقد خلاف آن را تصریح کند یا بعد خلاف آن ثابت شود.»

در قوانیـن ایران کنندگی به‌طور عام تعریف نشـده است؛ ولی با توجه به ملاک مواد ۶۵۶ و ۶۷۴ قانون مدنـی می‌توان گفت: «رابطه‌ی حقوقی اسـت که به موجـب آن کننده می‌تواند به نام و به حسـاب اصیل قـراردادی ببنـدد که آثار آن به اصیل برسـد پس، در این‌گونه معاملات، اعلام اراده و قصد انشـاء از طرف کننـده انجـام می‌شـود و اراده‌ی او اصیـل را ملتزم می‌کند.» به همین جهت، پاره‌ای از مؤلفان کنندگی را در شمار اسـتثناها و نتیجه‌ی انعطاف‌پذیری اصل نسبی‌بودن قراردادها می‌دانند.

اقدام غیر اصیل به اقسام زیر تقسیم می‌شود:

۱. قراردادی: عقد وکالت؛

۲. قانونی: ولی قهری؛

۳. قضایی: قیمومت.

۱۰- ۱- ۱- ۴- ۳. اثبات حق

برای استفاده از حق، وجود آن کافی نیست. اگر حق همراه با دلیل نباشد و به اثبات نرسد، اجرای آن منوط به میل بدهکار می‌شود و نمی‌توان از نیروی دولت در این راه یاری خواست. چه بسا حقوقی که به دلیل بی‌تجربگی یا حسن نیت صاحب آن از بین می‌رود و چه بسیارند کسانی که چون وسیله‌ی اثبات حق خود را ندارند، یا از دادخواهی منصرف می‌شوند یا دعوا را می‌بازند و به جبران خسارت متجاوز نیز محکوم می‌شوند. اثبات حق با کسی است که اجرای آن را از دادگاه می‌خواهد. این شخص را در اصطلاح «مدعی» یا «خواهان» می‌نامند.

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

الف. اقرار

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

ب. سند

بر طبق قانون مدنی «سند» عبارت است از هر نوشته که در مقام اثبات دعوا یا دفاع قابل استناد باشد. سند را به اعتبارهای گوناگون می‌توان تقسیم کرد: چنان‌که پاره‌ای از نوشته‌ها بدون امضا نیز اعتبار دارند (مانند دفاتر تجارتی)، دسته‌ی بزرگی از آن‌ها بی‌امضا پذیرفته نمی‌شود؛ ولی به لحاظ اعتبار و قدرت اجرایی و تشریفات تنظیم، اسناد به دو گروه تقسیم شده‌اند: «اسناد رسمی» و «اسناد عادی».

نوشته‌ای سند رسمی است که دارای سه شرط زیر باشد:

۱. به وسیله‌ی مأمور رسمی تنظیم شود؛

۲. مأمور رسمی برای تنظیم سند صالح باشد؛

۳. تشریفات سند رسمی رعایت شود.

هر سند غیررسمی، عادی تلقی می‌شود.

ج. شهادت

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

د. سوگند

سوگند اِخبار به حقی است که شخص برای خود و به زیان دیگری می‌کند و خداوند را گواه راستگویی خویش می‌گیرد.

ه. اَماره

در برخی امور، مدعی نمی‌تواند به‌طور مستقیم واقعه‌ی مورد استناد خود را ثابت کند؛ یعنی راهی برای پیداکردن علم به حقیقت وجود ندارد. از طرفی، به تجربه ثابت شده است که این واقعه در بیشتر مواقع با اوضاع و احوال دیگری همراه است، چنان‌که می‌توان گفت نوعاً هرگاه آن اوضاع و احوال وجود داشته باشد، واقعه‌ی مورد نظر نیز روی می‌دهد. در چنین مواقعی ناچار باید از آن

اوضـاع و احـوال بـرای اثبـات واقعه اسـتفاده کرد؛ بنابرایـن، هرگاه پدیده‌ای بنابر ظاهر و سـیر طبیعی امور نشـانه‌ی وجود واقعه‌ای باشد، آن را در اصطلاح اماره‌ی وجود آن واقعه می‌نامند.

۱۱. مسئولیت

۱۱- ۱. مسئولیت قراردادی

مسـئولیت قراردادی عبارت اسـت از التزام متعهد به جبران خسارتی که در نتیجه‌ی اجرانشدن قرارداد به طرف او وارد می‌شـود. این خسـارت به وسـیله‌ی دادن مبلغی پول جبران می‌شود. در بیان مسئولیت می‌توان گفت، جایی که طلبکار نمی‌تواند به موضوع التزام طرف قرارداد دسـت یابد، حق پیدا می‌کند تا خسارت ناشی از اجرانشدن عقد را از او بگیرد. ایجاد ایـن حق در صورتی اسـت که متعهد در اجرانشـدن عقد مقصر باشـد، یا به بیان دیگر، عدم اجرا منسوب به او باشد؛ پس، اگر ثابت شود که حوادث خارجی و قهری مانع از وفای به عهد شـده است، مدیون نیز از الزام به جبران خسارت معاف می‌شود.

در قانون مدنی، در دو مبحثی که به قواعد عمومی و خسارات حاصله از اجرانشـدن تعهدات اختصاص داده شده، سخنی از تقصیر مدیون و زیان‌های ناشی از آن دیده نمی‌شـود. همه جا سـخن از عهدشکنی اسـت؛ درحالی‌که تحلیل حقوقی این دو نهاد نشان می‌دهـد که مسـئولیت مبنای مشـترک دارد؛ نقض عهد نیز اگر به عمد صورت پذیرد یا آمیخته با تقصیر باشد، از دیدگاه قانونگذار خطایی نابخشودنی است که ضمان به بار می‌آورد. همان‌گونه که تجاوز از حکم قانون در خیانت در امانت و مجروح‌سـاختن دیگری ضمـان‌آور اسـت، بی‌اعتنایی بـه قرارداد نیـز ایجاد مسـئولیت می‌کند؛ هر دو تقصیر است و سرپیچی و تجاوز، با این تفاوت که یکی سرپیچی مستقیم است و دیگری تجاوز با واسطه.

تعهـدی را می‌توان مطالبه کرد کـه به حکم قانون، موجـود و مطالبه‌شـدنی باشـد و مدیـون نیـز بنا به دلایلـی از آن بـری نشـده باشـد؛ تعهـد باطـل را نه می‌توان اجرا کرد و نه از بابت تأخیر یا انجام‌ندادن آن خسارت خواسـت؛ ولی قطع نظر از این شرط کلی، دعوای جبران خسـارت در صورتی به نتیجه می‌رسد که چهار شرط در آن اثبات شود:

۱. موعد انجام‌دادن تعهد فرا رسیده باشد.

۲. مدیـون مفاد عقـد را اجرا نکرده باشـد (تقصیر قـراردادی). در بیـان قاعـده‌ی ایجـاد مسـئولیت، می‌توان گفت جایی اسـت که تعهد ناشی از قرارداد انجـام نمی‌شـود و عهدشـکنی منسـوب بـه متعهد اسـت؛ باوجوداین، چون عهدشـکنی مباح نیست و ایجاد مسئولیت می‌کند، باید پذیرفت که اجرانکردن عقد در نظر قانونگذار، خود تقصیر اسـت، مشـروط بر اینکه منسـوب به متعهد باشـد؛ ازاین‌رو متعهد در صورتی از دادن خسارت معاف می‌شود که ثابت کند مانـع اجرای عقد حادثـه‌ای خارجـی و احترازناپذیر بوده است و عهدشکنی را نباید به او نسبت داد.

۳. ضرر وارد شده باشد.

۴. تأخیـر یـا انجام‌ندادن تعهد، سـبب ضرر شـده باشد.

ضـرر می‌توانـد مسـتقیم یا باواسـطه باشـد؛ برای مثال، فرض کنیم کشـاورزی بـرای تغذیه‌ی دام‌های خود مقـداری علوفه می‌خرد و چون فروشـنده آن را در مدت معین تحویل نمی‌دهد، ناچار می‌شود که با بهـای گران‌تر از محل دیگـری علوفه را تهیه کند. در

میان این علوفه، سبزی مسموم وجود دارد و عده‌ای از گاوها می‌میرند؛ در نتیجه کشاورز نمی‌تواند زمین زراعتی خود را شخم بزند و تعهدی را که نسبت به فروش مقداری لبنیات داشته، انجام دهد؛ ازاین‌رو مقدار زیادی زیان می‌بینند.

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

۱۱- ۲. شرط عدم مسئولیت

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

- در مواردی که مدیون به عمد سبب اضرار شود یا عهدشکنی کند؛ برای مثال، اگر متصدی حمل و نقلی که از این شرط بهره‌مند است، به قصد اضرار به صاحب کالا یا برای تحصیل سود بیشتر، کالا را دیرتر به مقصد برساند یا مراقبت معمول را از آن نکند، مسئول خسارات ناشی از عمل خویش است.
- هنگامی که مسئولیت ناشی از صدمه‌های بدنی و لطمه، حقوق مربوط به شخصیت و شرافت اشخاص را از بین ببرد چراکه تن و روان انسان شریف‌تر از آن است که در بازار دادوستد وارد شود.

معاف‌شدن مدیون نیز شرایطی دارد؛ در صورتی مدیون از دادن خسارت معاف می‌شود که وجود این شرایط را اثبات کند:

۱. علت انجام‌نشدن تعهد، امری خارجی بوده و به او مربوط نبوده است.

۲. دفع حادثه‌ای که مانع از ایفای دین شده از قدرت او خارج بوده است و او به هیچ وسیله‌ای نمی‌توانسته مانع کار خود را از بین ببرد؛ زیرا دشواری دفع مانع و گرانی هزینه‌ی آن، به هر اندازه که باشد، التزام مدیون را از بین نمی‌برد.

۳. وقوع آن حادثه پیش‌بینی‌ناپذیر بوده است؛ زیرا اگر مدیون اجرای تعهد را با توجه به تمام خطرهای احتمالی آن به عهده بگیرد، دیگر نمی‌تواند به بهانه‌ی پیشامدی که از آغاز نیز وقوع آن را پیش‌بینی می‌کرده، از جبران زیان طلبکار، خودداری کند.

۱۲. مسئولیت مدنی

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

۱۲- ۱. اتلاف

هرکس مال کس دیگری را تلف کند ضامن است و باید مثل یا قیمت آن را بدهد؛ اعم از اینکه از روی عمد تلف کرده باشد یا بدون عمد و اگر آن را ناقص یا

معیوب کند، ضامن نقص قیمت آن مال است.

۱۲- ۲. تسبیب

در تسبیب شخصی به‌طور مستقیم مباشر و عامل تلف‌کردن مال نیست؛ ولی مقدمه‌ی تلف آن را فراهم می‌کند؛ یعنی کاری انجام می‌دهد که در نتیجه‌ی آن کار یا با همراهی علت‌های دیگر، مالی یا فردی تلف می‌شود. مثل اینکه کسی در معبر عموم چاهی می‌کَند و دیگری دراثر بی‌احتیاطی در آن چاه می‌افتد.

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

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

ب. در اتلاف، شخص به‌طور مستقیم و بی‌آنکه واسطه‌ای در کار باشد، مال دیگری را تلف می‌کند؛ ولی در تسبیب برای اتلاف مقدمه‌سازی می‌شود و احتمال دارد که آن مقدمه نیز هیچ‌گاه به اتلاف منجر نشود.

ج. اتلاف تنها با انجام‌دادن کار و فعل مثبت تحقق می‌پذیرد؛ درحالی‌که تسبیب ممکن است نتیجه‌ی انجام‌ندادن کار هم باشد. درصورتی‌که تلف در نتیجه‌ی همکاری مسبب و مباشر انجام شود، یعنی کسی سببِ تلف را فراهم آورد و دیگری مباشرِ تلف باشد، مباشر مسئول است نه مسبب؛ زیرا رابطه‌ی علیت بین کار مباشر و تلف، قوی‌تر است.

۱۲- ۳. تقصیر

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

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

۱۲- ۳- ۱. اختلاف در تعریف تقصیر

تعریف مرسوم تقصیر، کاری است نامشروع که قابل انتساب به مرتکب باشد. تعریف مشهور دیگر تجاوز از تعهدی است که شخص به عهده داشته، خواه این تعهد را قانون بر او تحمیل کرده باشد یا نتیجه‌ی قراردادی باشد که با دیگران بسته است. تقصیر عبارت است از ضرر زدن به دیگری، بدون اینکه شخص بتواند حقی معادل یا برتر از آن را در انجام‌دادن عملی مرتکب شده است، برای خود ثابت کند.

بر این مبنا، تقصیر عبارت است از انجام‌دادن کاری که شخص، به حکم قرارداد یا عرف، می‌باید از آن پرهیز کند یا خودداری از کاری که باید انجام دهد (تعدی و تفریط). تعدی تجاوزکردن از حدود اذن یا متعارف است نسبت به مال یا حق دیگری. تفریط

نیز ترک عملی است که به موجب قرارداد یا متعارف برای حفظ مال غیرلازم است.

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

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

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

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

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

۱۲- ۴. نظریه‌های مسئولیت مدنی

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

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

۲. همه‌ی پیروان نظریه‌ی ایجاد خطر که خود نیز شعبه‌های گوناگون یافته است، در اینکه تقصیر در زمره‌ی ارکان مسئولیت نیست، با هم موافق هستند.

۳. نظریه‌های مختلط و واسطه که برای تقصیر و ایجاد خطر، کمابیش سهمی قائل هستند و مبنایی معتدل‌تر را می‌پذیرند.

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

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

این تمایل نیز به وجود آمده که به جای مسئول‌شناختن کسی که از نظر اخلاقی سرزنش‌کردنی است، کسی که بهتر می‌تواند خسارت را تحمل کند مسئول قرار داده شود و رعایت عدالت اجتماعی در پاره‌ای زمینه‌ها، مانند

روابط کارگر و کارفرما، بر ضرورت‌های اخلاقی مقدم داشته شود.

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

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

نظریه‌ی تضمین حق، از این لحاظ که نشان می‌دهد تنها بر مبنای تقصیر یا انتفاع از خطر ایجادشده نمی‌توان تمام مسائل مربوط به مسئولیت مدنی را حل کرد، منطقی به نظر می‌رسد؛ زیرا در بسیاری مواقع قانونگذار به حفظ حقوق زیان‌دیده، بیش از ارزیابی کار واردکننده‌ی آن زیان اهمیت می‌دهد. باوجوداین، همان ایرادی که به نظریه‌ی تقصیر یا ایجاد خطر گرفته می‌شود بر نظریه‌ی تضمین حق نیز وارد است؛ زیرا این نظریه نیز در پی آن است که مبنای مشترکی برای همه‌ی مسائل گوناگون مسئولیت مدنی به دست آورد و در این راه به موانع اساسی برمی‌خورد. درباره‌ی خسارات بدنی و مالی، دشواری پذیرفتن این نظریه دوچندان است. در این فرض، تزاحم بین دو حق، به معنای واقعی خود، وجود ندارد. به‌طور خلاصه، نمی‌توان هیچ‌یک از نظریه‌های ابرازشده را به‌عنوان مبنای منحصر مسئولیت مدنی پذیرفت و بر پایه‌ی آن نظام عادلانه‌ای ایجاد کرد؛ ولی حقیقتی که در تمام آن‌ها نیز وجود دارد انکارناپذیر است. آنچه اهمیت دارد رسیدن به عدالت است و ابزارهای منطقی تنها وسایل راهیابی به این هدف هستند.

۱۳. تفاوت مسئولیت اخلاقی و مدنی

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

می‌گیرد؛ راه‌یافتن فکر ناشایسته در مغز انسان، از نظر اخلاق مکروه است و مسئولیت به بار می‌آورد. بر عکس، در جهان حقوق، تا فکری جنبه‌ی بیرونی نیابد و در انجام‌دادن یا خودداری از کاری تجسم پیدا نکند، نه خطایی محقق می‌شود و نه مسئولیتی به بار می‌آورد.

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

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

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

۱۴. تفاوت مسئولیت اخلاقی و کیفری

در نظام کنونی بین مسئولیت کیفری و مدنی نیز باید تفاوت گذارد: هدف از ایجاد این دو مسئولیت یکسان نیست؛ در حقوق جزا، چون مجرم به کاری دست زده است که از جهت نظم عمومی تحمل‌ناپذیر است، جامعه بدین‌سان از خود دفاع می‌کند و متجاوز را به کیفر می‌رساند. باوجوداین، باید پذیرفت که مسئولیت مدنی و کیفری در زمان ما هدف‌های مشترک نیز پیدا کرده‌اند که مهم‌ترین آن‌ها را در تحذیر و پیشگیری می‌توان خلاصه کرد.

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

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

قلمرو این دو مسئولیت هم متفاوت است: برخی جرایم، با اینکه مجازات‌هایی کم‌وبیش سنگین دارند، چون برای اشخاص خسارتی ایجاد نمی‌کنند، با مسئولیت مدنی همراه نیست؛ مانند بی‌احتیاطی در رانندگی، جرایم سیاسی و ولگردی. برعکس، پاره‌ای از مسئولیت‌های مدنی نیز جرم محسوب نمی‌شود. چنان‌که هرگاه مالکی در ملک خود تصرفی خارج از حدود متعارف کند و از این راه زیانی به همسایه برسد، از لحاظ مدنی مسئول است ولی مجرم نیست؛ اما در حقوق کیفری، جرم غیرعمد جنبه‌ی استثنا دارد و داشتن نیت بد یکی از عناصر

جرم است و موردی وجود ندارد که قانون کسی را بدون تقصیر مجرم بشناسد.

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

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

۱۵. دیه

۱۵- ۱. وصف حقوقی دیه

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

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

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

هنگامی که بین زیان‌دیده و مسبب، قراردادی بسته شده که به مناسبت اجرای آن ضرر وارد آمده، این پیمان سبب ارتباط بین دو طرف و ایجاد مسئولیت می‌شود. پس، چگونه می‌توان این رابطه را فراموش کرد و حادثه‌ی مورد نزاع را چنان‌که بین اشخاص بیگانه ممکن است رخ دهد، تابع قواعد عمومی ساخت؟ پزشکی (رادیولوژیست) در اثر بی‌مبالاتی بیماری را می‌سوزاند. درست است که مرتکب تقصیر شده و خسارت نیز در نتیجه‌ی همین

تقصیـر به بار آمده اسـت، ولی باید توجه داشـت که التـزام پزشـک به معاینـه‌ی بیمار ناشـی از قـرارداد بین دو طرف بوده اسـت و در مقـام اجرای این تعهد قراردادی بی‌مبالاتی رخ داده است.

اراده‌ی ضمنی قانونگذار بر این است که قلمرو این دو مسـئولیت از هم جدا باشد؛ زیرا نه‌تنها مسئولیت قـراردادی را ضمـن آثـار قـرارداد آورده اسـت، بلکه درآمیختن آن‌ها گاه قواعدی ویژه را که مسئولیت دو طرف را معین می‌کند بی‌اثر می‌سازد.

برهم‌زدن قواعد حاکم بر مسـئولیت، تعادل بین دو عوض و نظمی را که بر مبنای آن توافق شـده اسـت بر هم می‌زند.

مسـئولیت قراردادی و قهری، دو نهاد جداگانه و با قلمـرو خاص اسـت و هیچکدام بـر دیگری حکومت ندارد؛ پس، به جای بحث درباره‌ی ارتباط مسئولیت قهـری با نظم عمومی و چیرگی آن بـر مفاد قرارداد، باید قلمـرو هر یک از دو نظام را بازشـناخت و قواعد ویـژه‌ی آن را اجـرا کـرد. در نتیجـه، آنچـه در قلمرو مسـئولیت قـراردادی اسـت و نقض عهد محسـوب می‌شـود تابـع احـکام خاص آن اسـت و به اسـتناد قواعـد مسـئولیت قهری نمی‌تـوان از اجـرای آن‌ها خودداری کرد.

۱۶. تقصیر شغلی و مسئولیت حرفه‌ای

۱۶- ۱. ویژگی مفهوم این تقصیر

مقصـود از این تقصیر، خطایی اسـت که صاحبان مشـاغل در اجـرای کاری کـه حرفـه‌ی آنـان اسـت مرتکب می‌شـوند؛ مانند خطای پزشک در معالجه یا عمل جراحی، خطای وکیل در دفاع از دعوا و اشتباه دادرس در صـدور حکـم، خطای سـردفتر و مشـاور حقوقی در راهنمایی‌کردن و اشتباه معمار در ساخت ساختمان.

نکتـه‌ی مهمی که در تقصیر این‌گونه اشـخاص که از فنـون و مهارت‌هایی ویژه برخوردار هسـتند، باید در نظر داشـت تفاوت معیار تمیز آن‌هاسـت. در امور فنـی و تخصصی نمی‌تـوان رفتار انسـان متعارف را به‌عنـوان معیار تمیز خطا از صـواب پذیرفت. داوری عرف کـه به‌طور معمول به یاری ذوق و از راه اشـراق به دسـت می‌آید، گاه چنان بـا واقعیت‌های علمی و فنی ناسـازگار اسـت که به‌ناچار باید در نفوذ و اعتبار آن تردید کرد. به‌ویژه، از انسـانی که با مفاهیم علمی و قواعـد فنی ویـژه خو گرفته اسـت نمی‌توان انتظار داشـت کـه در واکنش‌های خود بسـان مـردم عادی باشـد. اجتماع نیـز از این انتظار طرفـی نمی‌بندد؛ زیرا به منزله‌ی انکار علم و ضرورت‌های تمدن است. پس، برای تمیز تقصیر پزشک، باید رفتار یک پزشک متعارف و محتاط را معیار قرار داد.

۱۶- ۲. مسئولیت پزشک، مفاد و طبیعت تعهد

دربـاره‌ی رابطه‌ی بیمـار و پزشـک، چنان‌که گفته شد، به چند نکته‌ی مهم باید توجه داشت:

این رابطه در شـکل مرسـوم خود قراردادی اسـت. بیمار به میل خود پزشک را انتخاب می‌کند یا پزشکی را کـه در بیمارسـتان به او توصیه می‌شـود می‌پذیرد و پزشـک بـا پذیرفتـن بیمـار، درمـان او را بـه عهده می‌گیرد. منتها، باید توجه داشت که امروزه رابطه‌ی قراردادی بیشـتر با شـخصیت حقوقی بیمارستان و درمانگاه ایجاد می‌شـود و پزشک به‌عنوان عضوی از آن شـخصیت یا کارشناس به درمان بیمار می‌پردازد. شـخصیت پزشـک در هیچ حـال بی‌اثر نمی‌شـود؛ لیکن مسئولیت شخص پزشک را باید بر طبق قواعد

عمومی بررسی کرد نه قرارداد با بیمارستان. وانگهی جز در مـوارد خـاص، بیمـار می‌توانـد درصورتی‌که خطای پزشـک هـر دو چهره‌ی قـراردادی و قهری را دارد به هر کدام که مایل است استناد کند.

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

ایـن قاعـده در فرضـی هـم کـه پزشـک رابطـه‌ی قـراردادی با بیمـار ندارد و تابع نظام حرفه‌ای شـغل خویش اسـت رعایت می‌شـود؛ برای مثال، پزشـکی که در مواقع اضطراری به درمان بیماری می‌پردازد یا از سوی بیمارستان طرف قرارداد دعوت به همکاری می‌شـود، وظیفـه‌ای بیـش از مواظبت و کوشـش و اِعمـال تخصص نـدارد. بدین‌ترتیب، اجـرای قواعد عمومـی در این باره ایجـاب می‌کند که اثبات تقصیر پزشـک به عهده‌ی بیمـار زیان‌دیده باشـد و در هیچ صـورت نتـوان او را برپایه‌ی نتیجـه‌ی درمان ضامن شـناخت؛ باوجوداین، چـون اثبات تقصیر پزشـکی در غالـب مواقع دشـوار اسـت، در بیشـتر نظام‌های حقوقـی تمایل بر این اسـت که مسـئولیت پزشـک به‌گونـه‌ای تنها بر تقصیر او اسـتوار نباشـد تا او را به دقـت و مواظبت بیشـتر وادار سـازد. دلیل دیگر این تمایـل، قطـع نظـر از دشـواری اثبـات، بـه کیفیت خطای پزشـکی ارتبـاط پیدا می‌کند کـه داوری را با موانـع اخلاقی و مذهبی و فلسـفی روبه‌رو می‌سـازد و به آن چهره‌ی نظری می‌بخشـد؛ برای مثال، سقط جنین، کشـتن بیماری که امید به بهبود او نیسـت و از زنده‌ماندن رنج می‌برد، کشـتن دردمندی که خود خواهان آسـودگی ابدی اسـت، پیوند اعضای بدن و تلقیـح مصنوعی و پـروردن لقاح آزمایشـگاه و ده‌ها مسـأله‌ی دیگر به خطای پزشـکی چهره‌ای پیچیده می‌دهـد و نیـاز به مطالعـات خاص را در ایـن زمینه ایجاب می‌کند.

تعهـد اصلی پزشـک در برابر بیمار ناظـر به درمان اوست؛ ولی رابطه‌ی مبتنی بر اعتماد و اسرار پنهانی کـه به ناچار نزد پزشـک بـه امانت می‌مانـد، تکالیف فرعی دیگـری را نیز برای او ایجاب می‌کند که تجاوز بدان‌هـا نیـز ضمـان‌آور اسـت و چهره‌ی ویـژه‌ای از تقصیرهای پزشـکی را آشکار می‌سـازد؛ برای مثال، نمی‌تـوان ایـن مسـأله را به‌آسـانی پاسـخ داد که آیا پزشـک در همـه حال موظف بـه پنهان‌کردن اسـرار بیماری اسـت یـا باید این تعهد را به رعایت سـلامت دیگران و مصالح عمومی محدود کرد؟ آیا پزشکی که با بیمـار مبتلا به ایدز روبه‌رو می‌شـود باید به تکلیف حفظ اسرار بیمار بیندیشد یا به سلامت همسر او؟ آیا روان‌کاوی که درمی‌یابد بیمار او قصد کشتن دیگری را دارد ناچار نیسـت موضوع را با کسی که جانش در خطر اسـت در میان بگذارد؟ آیا معیاری برای ترجیح یکی از این دو مصلحت و رجحان وظیفه‌ی شـغلی بر وظیفه‌ی انسانی پزشک وجود دارد؟

جـز در مواقع اضطـراری که اجازه‌گرفتـن از بیمار ممکن نیست و دخالت پزشک ضروری است، هرگونه عمـل جراحی یا درمان خودسـرانه تجـاوز به جان یا آزادی اوست و برای پزشک مسئولیت ایجاد می‌کند. منتها، این پرسـش هنوز پاسخی در خور نیافته است

که اگر اذن بیمار در مسئولیت پزشک اثر دارد و کار او را مباح می‌سازد، رضای بیمار در چه شرایطی نافذ است و تا چه اندازه باید به بیمار درباره‌ی وضع او و خطرهای ناشی از درمان پیشنهادی پزشک آگاهی داد؟ آیا رضای بیمار به عمل جراحی خطرناکی که از چگونگی آن هیچ اطلاعی ندارد و نمی‌تواند خطر آن را با خطر ناشی از ادامه‌ی بیماری مقایسه کند و تصمیم بگیرد ارزش حقوقی دارد یا اثر آن در مباح‌کردن دخالت پزشک منوط به دادن حداقل آگاهی‌های ضروری در حدود عرف و فهم اوست؟

بی‌گمان، حقوق‌دان نظر اخیر را تأیید می‌کند که باید هم نفوذ اراده‌ی بیمار را تأمین کند و هم به سلامت او ضرر نزند؛ اما آنچه در پرده‌ی ابهام باقی می‌ماند این است که معیار کفایت این آگاهی‌ها چیست؟ عرف پزشکی یا آنچه حقوق‌دانان برای نفوذ اراده کافی می‌دانند؟ اهمیت سؤال در این است که اگر عرف پزشکی معیار باشد، شتاب و بی‌احتیاطی پزشکان در این‌گونه امور همیشه توجیه‌پذیر است و عادتی ناپسند می‌تواند به‌صورت قاعده‌ای حقوقی بر یکی از مهم‌ترین روابط انسانی و اجتماعی حاکم شود؛ پس، باید معیاری نوعی از عرف پزشکان برگزید و آنچه را لازمه‌ی ایجاد علم اجمالی بیمار به سرنوشت خویش است، حداقل آگاهی‌های لازم برای نفوذ اذن او شمرد.

نتیجه‌ی دیگری که از ضرورت آگاهی بیمار گرفته می‌شود، بی‌اثر بودن اذن کودکان پیش از رسیدن به سن بلوغ و محجورانی است که قدرت تمیز هدف و چگونگی درمان را ندارند. در چنین مواقعی، رضای پدر و مادر یا قیم کودک می‌تواند جانشین اذن او شود و عمل جراحی را مباح سازد. تصمیم ولی یا قیم، در صورتی اعتبار دارد که به سود و مصلحت او باشد؛ بنابراین نباید برای آنان نسبت به خودداری از درمان حق مطلق قائل شد. ازاین‌رو، در موارد ضروری که بی‌گمان جان کودک در خطر است و امتناع پدر و مادر معقول نیست، پزشک می‌تواند با اجازه‌ی دادگاه یا در صورت اضطرار و فوریت و عدم دسترسی به دادگاه، با تشخیص خود، اقدام لازم را برای نجات جان او انجام دهد. تمیز نامعقول‌بودن امتناع پدر و مادر و اذن به اقدام پزشک با دادگاه است و درصورتی‌که پدر و مادر در دسترس پزشک نباشند، او می‌تواند به حکم اضطرار اقدام کند.

درصورتی‌که اذن بیمار، مقید به اجرای عمل جراحی به وسیله‌ی پزشکی معین با شیوه‌ای خاص و حدی مشخص باشد، تجاوز از آن خطا و ضمان‌آور است.

۱۶- ۳. پیشینه‌ی این مسئولیت در فقه

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

درمان، کمتر تردید شـده اسـت. ماده‌ی ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی به این بحث پایان بخشیده و پزشک را مسئول زیان‌های ناشی از درمان می‌داند، هر چند حاذق و مأذون باشد.

بنابـر ماده‌ی ۴۹۵ هـرگاه پزشـك در معالجاتی که انجام می دهد موجب تلـف یا صدمه‌ی بدنی گردد، ضامن دیه اسـت؛ مگر آنکه عمـل او مطابق مقررات پزشـکی و موازین فنی باشـد یا اینکه قبل از معالجه برائـت گرفتـه باشـد و مرتکـب تقصیـری هم نشـود و چنانچـه أخـذ برائـت از مریض بـه دلیـل نابالغ یا مجنون‌بودن او، معتبر نباشـد یـا تحصیل برائت از او به دلیل بیهوشـی و ماننـد آن ممکن نگردد، برائت از ولی مریض تحصیل می‌شود.

تبصره‌ی ۱. در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشـك در علـم و عمل برای وی ضمان وجـود ندارد هرچند برائت أخذ نکرده باشد.

تبصـره‌ی ۲. ولـیّ بیمار اعـم از ولی خاص اسـت مانند پدر و ولی عام که مقام رهبری اسـت. در موارد فقدان یا عدم دسترسـی به ولی خاص، رئیس قوه‌ی قضائیه با اسـتیذان از مقـام رهبری و تفویض اختیار به دادسـتان‌های مربوطه به اعطـای برائت به طبیب اقدام می نماید.

مفـاد ایـن مـاده تعهـد بـه مواظبـت پزشـک را به خـودداری از اضـرار (نتیجـه) تبدیل کرده اسـت تا پزشـک ضامن زیان‌هایی باشـد که به‌طور مستقیم یا به وسـیله‌ی دیگران به بار می‌آورد؛ البته سـایر افراد گروه‌های پزشکی هم مسئول هستند؛ ولی براساس مـاده‌ی ۴۹۶ کـه می‌گویـد پزشـك در معالجاتی که دسـتور انجام‌دادن آن را به مریض یا پرسـتار و مانند آن صـادر می نماید، در صورت تلف یا صدمه‌ی بدنی ضامن است مگر آنکه مطابق ماده‌ی ۴۹۵ این قانون عمل نماید.

تبصره‌ی ۱. در موارد مزبور، هرگاه مریض یا پرستار بداند که دستور اشـتباه است و موجب صدمه و تلف می‌شـود و باوجوداین به دسـتور عمل کند، پزشـك ضامن نیسـت بلکه صدمه و خسارت مستند به خود مریض یا پرستار است.

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

بایـد افزود که جز در مواقع اضطـراری که تحصیل اذن ممکن نیسـت، هرگونه مراقبت و درمان پزشکی باید به اذن بیمار یا کننده‌ی او صورت پذیرد؛ زیرا، از نظر اصول، تنها کسـی که می‌تواند درباره‌ی تصرف در بدن انسـان تصمیم بگیرد خود اوسـت؛ بنابراین، پیش از هر اقدامی که خطرآفرین است باید با تفهیم واقعیت و خطرهای احتمالـی از او اذن بگیرد و گرنه درهرحال ضامن اسـت. احکام این مواد را که استثنا بر قواعد عمومی اسـت باید تفسـیر محدود کرد و در نتیجـه بایـد پذیرفت که در مواقعی کـه اثبات رعایت احتیاط‌هـای لازم و اجـرای قواعـد فنـی پزشـکی رابطـه‌ی علیـت بین فعل طبیـب و ورود ضرر را قطع می‌سازد و آن را به طبیعت بیمار یا نقص علم منسوب می‌کنـد، از قلمرو ایـن ضمان خارج اسـت. به بیان دیگر، گاه پزشـک مباشر ورود ضرری است که سبب قوی‌تـر آن، نقص علم پزشـکی اسـت و طبق قاعده باید ضرر به سـبب اقوی نسبت داده شود و مباشر از مسئولیت در امان بماند (ماده‌ی ۳۳۲ قانون مدنی).

قانون در ماده‌ی ۴۹۵ توانسته به برائت پزشکی که همه‌ی احتیاط‌های لازم را رعایت کرده و فنونی را که

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

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

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

در فرضی که ادامه‌ی بیماری، خطر مرگ یا فلج‌شدن را با ظن قوی به دنبال دارد پزشک را نمی‌توان به خاطر برطرف‌نکردن همان خطر مسئول زیان شمرد؛ مثلاً اگر مرگ بیماری مبتلا به سرطان، در صورت جراحی‌نشدن قطعی باشد و آنگاه جراحی او را عمل کند و بمیرد، پزشک ضامن دیه‌ی بیمار نخواهد بود. پزشک محتاط هیچ احتمالی را برای نجات جان بیمار از دست نمی‌دهد و در این فرض رابطه‌ی علیت میان اقدام پزشک و مرگ بیمار وجود ندارد. منتها، تکلیف پزشک در چنین فرضی این است که به عمل بیهوده دست نزند و درجه‌ی احتمال توفیق در عمل را به بیمار اطلاع دهد تا او به انتخاب بپردازد. خودداری از اجرای این تکلیف می‌تواند سبب مسئولیت او درباره‌ی هزینه‌های بیهوده و زجری که بیمار ناآگاه تحمل کرده، بشود.

درصورتی‌که اذن بیمار شامل قطع دست و پا یا عضو دیگری باشد که به تشخیص پزشک برای احتراز از ضرر مهم‌تر ضروری است، مسئولیت پزشک منوط به اثبات تقصیر او در تشخیص نخستین یا اجرای نادرست عمل جراحی است و نمی‌توان او را، بدین بهانه که تحصیل برائت نکرده است، ضامن خسارت قطع عضو شمرد؛ زیرا در این فرض، اذن به درمان حاوی اذن به اتلاف نیز است. منتها، چون رضایت بیمار با اعتماد به تشخیص پزشک و کاردانی او داده شده است، کاهلی و بی‌مبالاتی و سوءاستفاده از این اعتماد سبب مسئولیت می‌شود. همچنین، در موارد اضطراری که اذن‌گرفتن از بیمار یا کسان او امکان ندارد و تأخیر در عمل، خطر مرگ بیمار را افزایش می‌دهد، پزشک ناچار می‌شود که خود به اقدام مناسب دست زند و عضوی را قطع کند.

ماده‌های ۴۹۲ و ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی شامل موقعیتی است که پزشک به مباشرت یا در اجرای دستورهایی که می‌دهد عضو سالمی را تلف یا ناقص کند؛ ولی هنگامی که نتواند عضو تلف یا

ناقص‌شـده را به حالـت طبیعـی درآورد، در صورتی ضامن اسـت که درمان شایسته‌ای انجام نداده باشد و ثابت شـود که نظام علمی و عرفـی را رعایت نکرده و خطاکار اسـت. به بیان دیگر، در فرض روبه‌روشدن بـا عضو ناقـص یا تلف‌شـده، تعهـد پزشـک ناظر به مواظبت و درمان اسـت. پس اگـر آن عضو به‌صورت پیشـین باقی بمانـد، در صورتی مسـئولیت دارد که ثابت شود امکان درمان در اثر خطای پزشک از بیمار گرفتـه شـده یا خطـر به وجود آمـده یا شـدت یافته باشد؛ زیرا اتلافی رخ نداده و بنا به فرض پزشک تنها در صورت اخیر سبب تلف می‌شود.

قدر متیقّـن از ضمان موضوع مـاده‌ی ۴۹۵ قانون مجـازات اسـلامی فرضی اسـت که پزشـک مباشـر درمان اسـت (ماننـد جراحی) یا دسـتور آن را صادر می‌کند؛ ولی هنگامی که پزشک با ظن به مفیدبودن دارویـی آن را توصیـه می‌کنـد (مانند اینکـه بگوید: گمان می‌کنم این دارو برای بیماری شما مفید باشد یا اگر به جای شما بودم چنین می‌کردم) و بیمار خود به انتخاب دسـت می‌زند و به دلیل اعتماد به پزشک راه‌حل توصیه‌شـده را بـه کار می‌بنـدد، پذیرفتن آن دشـوار و خـلاف اصل اسـت؛ همچنیـن، جایی که پزشـک از درمان قطعی بازمانده و خطر مرگ بیمار، او را به توصیه‌ی دارویی که گمان می‌برد مفید اسـت تشویق و وادار می‌سازد.

این نکته را باید افزود که در عهد قدیم سخت‌گیری بـا طبیبان بـا این منطق همـراه بود کـه حرف‌های بدیـن اهمیـت را هرکس می‌توانسـت پیشـه‌ی خود سـازد و ضمـان مطلق طبیب هشـداری بـرای لزوم کسـب معلومات و رعایت احتیاط بود؛ ولی امروز که پزشـکان باید دانشـکده‌ای ویژه را بگذراننـد و نظام خـاص این حرفه را رعایت کنند، آن منطق نیز از بین رفته و سـخت‌گیری نـاروا باعث ازدسـت‌رفتن قدرت ابتکار و جلوگیری از شکوفاشدن استعدادهاست.

ایـن اسـتثناها را روح بنـد ج مـاده‌ی ۱۵۸ قانـون مجـازات نیز به‌خوبـی توجیه می‌کند؛ زیـرا درباره‌ی اعمالـی کـه جرم نیسـت می‌گویـد: «هر نـوع عمل جراحی یا طبی مشـروع که با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرسـتان یـا نماینـدگان قانونی آن‌هـا و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام شود. در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نخواهد بود.»

معنی جرم‌نبودن این اسـت که دیه هم ندارد؛ البته دیه تنهـا، مجازات نیسـت و اماره‌ی وجود خسـارت هم اسـت. احتمال دارد در جهت مخالف گفته شود کـه مـاده‌ی ۱۵۸ ناظر به عمل جراح اسـت نه نقص عضو ناشـی از آن؛ یعنی از ماده‌ی ۱۵۸ بیش از این برنمی‌آید کـه قانون، عمل جراحی را جرم نمی‌داند؛ ولـی اگـر از ایـن عمل خسـارتی به بار آیـد و نقصی در اعضای بدن ایجاد شـود، مـاده‌ی ۴۹۵ حکومت می‌کند. هیـچ مانعی ندارد که اتلافی جرم نباشـد و سـبب ضمان هم بشـود. باوجوداین حذف مجازات دست کم تمایل قانونگذار را به حمایت از پزشکی که موازین علمی را رعایت کرده نشان می‌دهد.

۱۶- ۴. تحصیل برائت

مـاده‌ی ۴۹۵ از بیمـار بی‌پناهـی کـه بـه خدمـت پزشـکی نیـاز دارد حمایـت می‌کنـد و مانـع از آن می‌شود که پزشـک در بی‌مبالاتی خود را آزاد ببیند. اگـر تحمیـل مسـئولیت مطلق بر پزشـک بـه دلیل گرفتـن قدرت ابتکار از او زیان‌بار باشـد، آزادی او در ارتکاب هـر بی‌احتیاطی و تقصیر نیز ناروا و ناپسـند و زیان اجتماعی و انسـانی آن دوچندان است. برای

برقـراری اعتـدال میان منافع پزشـک و بیمـار، این حکم نیز باید تفسـیر محـدود شـود. در نتیجه، باید پذیرفت که:

- رضـای بیمار در پذیرش شـرط برائـت در صورتی نافذ اسـت کـه آگاهی‌های لازم دربـاره‌ی پیامدهای درمان یا جراحی به او داده شـده باشـد و او بتواند با آگاهـی و اختیار خطر را بپذیـرد. موضوع برائت باید روشـن و معین باشـد و بیمار بداند کـه موضوع اذن یا انشـای او چیسـت؟ همچنین، هرگونـه تدلیس و تقلـب و سوءاسـتفاده از اعتماد بیمار اثر شـرط را از بین می‌برد.

- شـرط برائـت در ایـن زمینـه نوعـی شـرط عدم مسـئولیت اسـت؛ پـس، دربـاره‌ی اضـرار عمـدی یـا آنچـه در حکـم عمـد اسـت (مانند جاگذاشـتن چاقـوی جراحی در شـکم بیمار یا عمـل جراحی در حال مسـتی) بر خلاف نظم عمومی و بی‌اثر اسـت. هیچ‌کـس، از جملـه پزشـک نمی‌توانـد در قـرارداد خود با دیگران جـواز اضرار به عمد یا ارتکاب هرگونه بی‌مبالاتی را به دسـت آورد و آسـوده‌خیال از تحمل مسـئولیت بـه دلخـواه رفتـار کنـد. اخـلاق و نظـم عمومی چنیـن امتیازی را تحمـل نمی‌کند (ماده‌ی ۹۷۵ ق. م). در بنـای دو طرف نیز شـرط برائت ناظر بـه ضررهـای ناخواسـته و پیش‌بینی‌شـده و ارتکاب خطاهایی اسـت که هر پزشـک متعـارف و بااحتیاط ممکن اسـت در تشـخیص بیماری و اجـرای قوانین پزشـکی بکند. هیچ انسـان عاقلـی چاقوی جراحی و جواز ارتکاب هر خطایی را با هم به دسـت پزشـک نمی‌دهـد و برای گفته‌ی خود حد و مرزی می‌گذارد. این مرز، درصورتی‌که مجمل و ناگفته بماند، حمل بر داوری عرف درباره‌ی خطای قابل اغماض می‌شود و خطاهای سنگین یا عمدی را در بر نمی‌گیرد.

- تحصیـل برائـت تنهـا بـرای اعمالی مؤثر اسـت کـه بـرای بیمار مفید اسـت و به همین هـدف انجام می‌شـود. پزشـک نمی‌تواند بـرای اعمـال غیرمفید یا خطرنـاک از بیمـار رضایت بگیرد، هـر چند که به منظور پیشرفت تحقیقات علمی باشد. نهایتاً همه‌ی اعمال و دسـتورهای پزشـک باید منطبـق بر موازین علمی و دانش پزشـکی باشـد و در این صورت برائت عملاً رنگ می‌بازد.

۱۶- ۵. نتیجه؛ فرض ضمان

از آنچـه گفته شـد این نتیجه به دسـت آمـد که در حقـوق ما نیز مسـئولیت پزشـکی ناشـی از تضمین سـلامت بیمار نیسـت. دسـت کم باید رابطه‌ی میان فعل پزشـک و اتلاف احراز شود تا بتوان او را مسئول شـناخت. از سـوی دیگر، اگر اثبات شود که پزشک، عامـل اجـرای قوانین پزشـکی بـر مبنـای وظیفه‌ی شـغلی خود بوده اسـت، نباید او را ضامن پیامدهای احتمالی درمان دانسـت؛ پس، بحث درباره‌ی معیار مواظبـت لازم بـرای معاف‌شـدن پزشـک به‌گونه‌ای خاص مطرح می‌شود؛ بدین‌ترتیب که پزشک ضامن خسارات است، مگر اینکه ثابت شود آنچه به بار آمده نتیجه‌ی نقص علم اسـت نه اجرای نادرسـت آنچه به پزشک مربوط می‌شود.

معیـار برائـت پزشـک در زمینه‌ی اجرای درسـت و قواعـد پزشـکی، اجـرای فنون شـایع و متعـارف آن اسـت؛ یعنی کار پزشـکی متعارف و محتاط، آن هم در شـرایطی که درمـان یا عمل جراحی انجام شـده اسـت. به عبـارت دیگر از او نمی‌توان انتظار داشـت که بهترین شیوه‌ی ممکن در جهان علم را به کار برد. حتی می‌توان گفت، از هر پزشک به تناسب تخصص

و سـنخ کارایی که عرف از او انتظـار دارد، باید توقع داشـت و بر پزشک عمومی نمی‌توان خرده گرفت که شیوه‌ی متخصصان را نمی‌داند. به بیان دیگر، پیروی از شـیوه‌ی درمان محلی و متداول نزد پزشکان، او را از مسـئولیت می‌رهاند و حتی پیروی از شیوه‌ی چند پزشـک حاذق و ماهر و مشـهور کافی است. اثر مهم شرط برائت در پیمان درمان این است که پزشک را از ضمان مفـروض در قانون معاف می‌کند و در صورتی مسـئول قـرار می‌گیرد کـه زیان‌دیده بتوانـد تقصیر نامتعارف و اغماض‌ناپذیر پزشـک را در اعمال قواعد اثبات کند.

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

۱۷. مبنای مسئولیت

توجـه بـه این نکتـه‌ی مهم نیـز ضروری اسـت که خطـای پزشـک در واقع خطری را ایجـاد می‌کند که احتمـال دارد به ورود ضرر منتهی شـود. پس، احراز رابطه‌ی علیت بین خطای پزشـک و ورود ضرر زمانی انجام می‌شود که آن احتمال تحقق یابد و به ورود ضرر بینجامد؛ برای مثال، اگر پزشـکی با تفسیر نادرست از پرتونـگاری اسـتخوان ترک‌خورده‌ی بیمـار، آن را سالم تشخیص دهد و او را از کارهای سنگین بر حذر نـدارد، در واقع، به ناروا خطری را ایجاد کرده اسـت که احتمال دارد به شکسـتگی استخوان و فلج بیمار منجر شـود. با تحقـق این احتمال، تردیـد در وجود رابطه‌ی سـببیت میـان خطا و ضرر از بیـن می‌رود و دادگاه می‌تواند پزشـک را ضامن تمام خسارت بیمار بداند؛ پس، نباید چنین تعبیر کرد که خطای پزشک تنهـا امکان درمـان و بخت معالجـه را از او می‌گیرد. این تعبیر نادرست سبب می‌شـود که نه‌تنها دادرس به دلیل احتمالی‌بودن وجود رابطه‌ی سـببیت در آن به تردید افتد، بلکه از جبران تمام خسارت زیان‌دیده نیـز بازماند؛ زیـرا بر فرض کـه ازدسـت‌رفتن امکان بهبـودی (قطع نظـر از درجـه‌ی احتمـال آن) ضرر محسوب شود، باید به نسـبت درجه‌ی احتمال ورود ضرر از میزان آن کاسـت؛ چون ازدسـت‌دادن امکان نـود درصد بهبودی یا ضایع‌شـدن احتمال ده درصد درمـان ارزش برابـر نـدارد و ناچـار باید بـرای حفظ تعادل از میزان خسـارت کاست. درحالی‌که تکیه بر خطر تحقق‌یافته هم تردید در وجود رابطه‌ی سببیت را از بین می‌برد و هم به دادرسـی امکان صدور حکم به تمـام خسـارت را می‌دهد. به‌هرحـال می‌توان بر این اسـتدلال ایراد کرد. بحث‌هـای حقوقی و به‌ویژه تطبیقی در این مسیر راهگشا خواهد بود.

۱۸. مسئولیت کیفری پزشک

مسـئولیت کیفری مبتنی بر قصد و سوءنیت است. در صورتـی فاعل فعـل زیان‌بار مجازات می‌شـود که فعل او جرم تلقی شود. هنگامی یک عمل جرم است کـه دارای عنصـر معنوی (سـوءنیت عام و سـوءنیت خـاص) و عنصر مادی باشـد. علاوه‌براین، قانون نیز باید آن عمل را جرم و مسـتوجب مجـازات بداند. در مسئولیت کیفری، علاوه بر مجنی‌علیه، جامعه نیز از وقوع جرم متضرر می‌شود؛ درحالی‌که در مسئولیت مدنی، متضرر یک شخص خصوصی است.

هنگامی پزشـک از لحاظ کیفری مسـئول است که عمل ارتکابی او، توأم با سوءنیت باشد و قانون نیز آن را مستوجب مجازات بداند. در قانون مجازات فرانسه،

درصورتی‌که پزشکان از کمک‌رسانی به افراد نیازمند درمـان خودداری ورزند یا به دلیل نداشـتن مهارت، بی‌احتیاطـی و بی‌مبالاتی، موجب مـرگ بیمار یا از کارافتادگی کامل او به مدت بیش از سـه ماه شـوند، مسـتوجب مجازات خواهند بود و مسئولیت کیفری (و بـه تبع آن جزای نقدی) آن‌ها، تخصصاً از مواردی کـه بیمه‌های مسـئولیت پزشـکی در فرانسـه، تحت پوشش قرار می‌دهند، خارج است (۱).

۱۹. مسئولیت انتظامی پزشک

پزشـکان ملزم به رعایـت نظامات طبـی و پرهیز از امور خلاف شـأن و حیثیت پزشـکی هستند. ماده‌ی ۱۴ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفـه‌ای شـاغلان حرفه‌هـای پزشـکی و وابسـته می‌گوید: «جذب بیمار، به‌صورتی‌که مخالف شـئون پزشـکی باشد، همچنین، هر نوع تبلیغ گمراه‌کننده از طریق رسـانه‌های گروهی و نصب آگهی در اماکن و معابـر، خـارج از ضوابـط نظـام پزشـکی، ممنوع اسـت. تبلیغ تجـاری کالاهای پزشـکی و دارویی، از سوی شاغلان حرفه‌های پزشـکی، همچنین، نصب علامت‌هـای تبلیغـی که جنبـه‌ی تجـاری دارند در محـل کار آن‌هـا، مجاز نیسـت.» انجـام امور خلاف شـأن پزشکی و ارتکاب اعمالی که براساس ماده‌ی ۳ قانون مذکور، موجب هتک حرمت جامعه‌ی پزشکی می‌شود، ممنوع است. همچنین، براساس ماده‌ی ۷ همین قانون تحمیل مخـارج غیرضروری به بیماران ممنوع اسـت و ایجاد رعب و هراس در بیمار با وخیم جلـوه‌دادن بیمـاری، موجـب مسـئولیت انتظامـی می‌شود.

۲۰. ماهیت قرارداد معالجه

بررسـی ماهیـت قـرارداد معالجـه، در تشـخیص مسـئولیت یا نداشتن مسـئولیت پزشکی، در حالتی کـه میان پزشـک و بیمـار، رابطه‌ی قـراردادی وجود نـدارد، اهمیـت فراوانی دارد. دیدگاه‌هـای مختلفی دربـاره‌ی ماهیـت قـرارداد معالجـه وجـود دارد کـه عبارت‌اند از:

۲۰- ۱. قرارداد اجاره‌ی اشخاص

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

۲۰- ۲. نظریه‌ی جعاله‌بودن عقد معالجه

برخـی فقهـا از قبیـل ابن‌قدامـه، معتقدنـد کـه قـرارداد میان پزشـک و بیمار نوعی جعاله اسـت که مجهول‌بودن عمل یا مدت، در آن امکان‌پذیر اسـت. ابن‌قدامه، اسـتدلال آن دسـته از افرادی را که شرط بهبودی ضمن عقد معالجـه را به دلیل مجهول‌بودن شـرط باطل می‌دانند، با اتکای بـه جعاله‌بودن عقد معالجه، صحیح می‌داند (۲). به نظر می‌رسد که عقد معالجـه، جعاله نیز نباشـد؛ زیرا در عقد جعاله، عامل وقتی مستحق جعل می‌شود که متعلق جعاله را تسلیم کرده یا انجام داده باشـد (ماده‌ی ۵۶۷ قانون مدنی)؛ اما در قرارداد معالجه، پزشک قبل از معالجه، حق‌العمل خود را دریافت می‌دارد و برخلاف قرارداد جعاله حصول نتیجه برای دریافت حق معالجه، شرط نیست.

۲۰- ۳. نظریه‌ی وکالت

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

۲۰- ۴. نظریه‌ی عقد نامعین

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

۲۱. قتل و صدمات بدنی شبه‌عمد

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

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

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

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

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

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

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

- ایراد ضرب به قصد تأدیب به‌نحوی که نوعاً سبب جنایت نمی‌شود ولی اتفاقاً موجب جنایت شود؛
- مباشرت طبیب در معالجه‌ی بیمار به‌طور متعارف و اتفاقی سبب جنایت‌شدن؛
- ایراد صدمه یا پرتاب دیگری منتهی به مرگ یا جرح.

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

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

۲۱- ۱. عناصر تشکیل‌دهنده‌ی قتل و صدمات بدنی شبه‌عمدی

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

۲۱- ۲. رابطه‌ی علیت

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

۲۲. مسئولیت قانونی پزشک و آثار آن

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

به جای مـی‌آورد و برای همین کار به او پول پرداخت می‌شـود؛ بنابراین، بیمار زیان‌دیده یا وارث او باید بر طبق قواعد حقوق عمومی مسـئولیت مدنی، تقصیر پزشـک را اثبـات کنند و لذا اگر پزشـک سـبب ورود خسارت باشد ضامن است.

در فرض اعمال حرفه مطابق موازین علمی و دانش پزشکی، پزشـک از هر جبران و ضمانی مبراست.در اینجا لازم اسـت به‌صـورت اجمالی بـه ماده‌ی ۲۹۵ قانون مجازات ایران نیز اشـاره شود که شکل خاصی از تقصیـر را مدنظـر قرار می‌دهد که بـا آنچه تا اینجا گفته شد تفاوت دارد.

بنابـر ماده‌ی ۲۹۵ هرگاه کسـی فعلی که انجام آن را بر عهـده گرفته یا وظیفه‌ی خاصـی را که قانون بر عهده‌ی او گذاشـته اسـت، ترک کند و به سـبب آن، جنایتی واقع شـود، چنانچه توانایی انجام آن فعل را داشته اسـت جنایت حاصل به او مسـتند می‌شود و حسـب مورد عمدی، شـبه‌عمدی، یا خطای محض اسـت؛ مانند اینکه مـادر یا دایه ای که شـیردادن را بر عهده گرفته است، کودك را شیر ندهد یا پزشک یا پرستار وظیفه‌ی قانونی خود را ترک کند.

۲۳. خطای پزشکی

بررسی مصادیق خطای پزشکی، که عنصر اساسی موضوع بیمه‌نامه‌های مسـئولیت پزشـکی را تشکیل می‌دهـد، بـدون مطالعـه‌ی مفهـوم و معیارهایی که برای سـنجش خطای پزشـکی به کار می‌رود، میسر نیسـت. هدف اصلـی این گفتار مطالعـه‌ی این امور است. بی‌گمان خطای پزشـکی در حقوق ایران باید در قالـب تقصیـر و قصـور قـرار گیرد. مـاده‌ی ۱۴۵ قانـون مجـازات اسـلامی می‌گویـد: تحقـق جرائم غیرعمـدی، منوط به احراز تقصیر مرتکب اسـت. در جنایات غیرعمدی اعم از شبه‌عمدی وخطای محض مقررات کتاب قصاص و دیات اعمال می‌شود.

تبصـره. تقصیر اعـم از بی‌احتیاطـی و بی‌مبالاتی اسـت. مسـامحه، غفلـت، نداشـتن مهـارت و رعایت‌نکـردن نظامات دولتی و مانند آن‌ها، حسـب مورد، از مصادیق بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی محسوب می‌شـود. بدین‌ترتیـب تجدیدنظـر در انـواع اعمال و اقدامات پزشـکی منجـر به خسـارت و واژه‌گزینی معتبـر و به‌روز در این امـر اجتناب‌ناپذیـر می‌نماید. خطا، اشتباه در تشخیص و/یا تجویز و تداوی، غفلت و مسـامحه، نداشتن مهارت و نظایر آن‌ها باید تعریف شود.

در آن سـوی مرزهـا نیـز تعـدد واژگان انتخابـی، علی‌رغـم نبـود اجمـاع در معانی و تعاریف، نشـانگر لزوم پرداختن به این امر است.

۲۳- ۱. مفهوم و معیار سنجش خطای پزشکی

حقوق‌دانـان میـان خطای شـغلی و خطای عادی تفکیـک قائل می‌شـوند. خطای حرفـه‌ای تخلف از موازین و الزاماتی است که در یک حرفه، صاحب فن بایـد آن را انجام دهد؛ ولی خطـای عادی، تخلف از اصول و قواعد عمومی اسـت، بـدون اینکه ربطی به حرفه‌ی خطاکار داشته باشد. ثمره‌ی تفکیک خطای شغلی از خطای معمولی این است که برای تشخیص خطای شـغلی، بایـد به عرف صاحبـان حرفه رجوع کرد ولی خطـای عادی را باید با عرف عام سـنجید. معیـار عمومـی بـرای سـنجش خطای یک شـخص متعارف از عموم مردم است (خواه خطا ناشی از عقد باشد یا ناشی از تقصیر)؛ خروج از رفتار متعارف خطا محسوب می‌شود. درباره‌ی خطای پزشک، عمل او با رفتار یک پزشک متعارف سنجیده می‌شود.

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

۲۳- ۲. مصادیق عمومی خطای پزشک

الف. مرحله‌ی تشخیص

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

ب. خطای در معالجه

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

ج. خطا در عمل جراحی

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

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

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

در حقوق کشورهای دیگر نیز درباره‌ی مسئولیت‌داشتن یا نداشتن پزشک، درصورتی‌که رابطه‌ی علیت میان ضرر و فعل پزشک به طریق مباشرت نباشد، اختلاف‌نظر وجود دارد.

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

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

دانیل از دکتر و رؤسای دانشگاه کالیفرنیا به دلیل قصور و سهل‌انگاری شکایت و ادعای خسارت کرد. دادگاه در جلسه‌ی دفاعیه‌ای که در این باب تشکیل شده بود، اعلام کرد که پزشک هیچ‌گونه وظیفه‌ای نسبت به بیماری‌های گروه سوم تشخیص‌ناپذیر ندارد. دادگاه تجدیدنظر کالیفرنیا، نظر دادگاه بدوی را رد کرد و اعلام کرد که در این مورد خاص هیچ‌گونه دلیلی بر عدم مسئولیت پزشک وجود ندارد. دادگاه استیناف برای بی‌اهمیت دانستن هویت گروه سوم در این مورد سه دلیل برشمرد: اول اینکه دانیل مدعی بود که خوانده وظیفه داشته به جنیفر اخطار کند و نه اینکه خوانندگان موظف بوده‌اند که مستقیماً به او (خواهان) اخطار کنند؛ دوم اینکه به دنبال استدلال دادگاه، مبنی بر اینکه هشداردادن به خواهان اقدامی است منطقی، به منظور اقامه‌ی معیارهایی که پزشکان ملزم به رعایت آن هستند، مسئولیت پزشک تنها محدود به قربانیانی نیست که بیماری آن‌ها قابل تشخیص و به همان میزان پیش‌بینی‌پذیر است؛ سوم اینکه دادگاه اعلام کرد: زمانی که پزشک سرگرم مداوای بیماری است که به یک بیماری مسری مبتلا شده است، لازم است تا وی دستورالعمل‌های لازم را برای پیشگیری از شیوع بیماری به بیمار خود بدهد. زمانی که پزشک از هشداردادن به بیمار خود مبنی بر آنکه در صورت برقراری رابطه‌ی جنسی، او می‌تواند عامل انتقال بیماری به شریک جنسی خود شود خودداری کند، در برابر شریک جنسی بیمار هم ضامن است. همچنین، دادگاه استدلال خوانندگان را مبنی بر اینکه در این مورد هیچ‌گونه مسئولیتی متوجه آن‌ها نیست به دلیل آنکه احتمال دارد دیگر شرکای جنسی «دانیل» نیز چنین ادعایی را مطرح کنند که در این صورت، سبب افزایش حق بیمه‌ی مسئولیت حرفه‌ای پزشک می‌شود، رد کرد و تأکیدکرد که چنانچه در موارد دیگری نیز مسئولیتی متوجه خوانده باشد، مانع از آن نمی‌شود که دادگاه در این باره، او را مسئول نداند.

منابع

۱. سیاح، احمد. (۱۳۹۰). فرهنگ بزرگ جامع نوین، عربی - فارسی. ج۱، تهران: اسلام، ذیل کلمه‌ی «جرم».

۲. شامبیاتی، هوشنگ. (۱۳۸۴). حقوق جزای عمومی. ج۱، تهران: نشر ژوبین، صص۲۱۳، ۲۲۶، ۲۳۶.

۳. ابوعزه، عبدالستار. (۱۴۱۱). بحوث فی الفقه الطبی. قاهره: نشر دارالاقضی، صص۵۱و۵۲.

٤. کاتوزیان، ناصر. (۱۳۷٤). مقدمه علم و ح÷قوق. تهران: شرکت سهامی انتشار.

۵. کاتوزیان، ناصر. (۱۳۹٦). دوره حقوق مدنی: اعمال حقوقی: قرارداد - ایقاع. تهران: گنج دانش.

٦. کاتوزیان، ناصر. (۱۳۹٦). وقایع حقوقی مسئولیت مدنی. تهران: گنج دانش.

۷. کاتوزیان، ناصر. (۱۳۸٦). حقوق مدنی: الزام های خارج از قرارداد (ضمان قهری): مسئولیت مدنی. تهران: دانشگاه تهران.

تعهدات حرفه‌ای

دکتر فاطمه خانساری، دکتر نازآفرین قاسم‌زاده

معرفی نمونه‌ی اول

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

معرفی نمونه‌ی دوم

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

۱. مقدمه

اقدامات یك پزشك به‌عنوان یك فرد حرفه‌ای، منحصر به دانش و مهارت او در درمان بیماری‌ها، تسکین درد و پیشگیری از بیماری نیست. بلکه برای هر کدام از این فعالیت‌ها پزشك باید از ویژگی‌هایی همسو با حرفه‌ی خود برخوردار باشد تا بتواند به تعهدات حرفه‌ی پزشکی پایبند بوده و در حرفه‌ی پزشکی موفق و خدمت‌رسان باشد. با این هدف در ابتدا ضروری است تعریف مناسبی از تعهد حرفه‌ای ارائه شود. تعهد حرفه‌ای عبارت است از «مهارت‌ها و هنجارهای رفتاری مورد نظر از یک فرد حرفه‌مند.» منظور از فرد حرفه‌مند فردی است که آموزش‌هایی را برای ارائه‌ی خدماتی ارزنده و خاص در جامعه دریافت کرده است و ملتزم به کدهای اخلاقی است که مانع از مخدوش‌شدن ارائه‌ی آن خدمت ارزنده می‌شود (۱). مفهوم «پروفشنالیزم»[1] و به عبارتی تعهد حرفه‌ای دارای سه بعد «پارامترهای حرفه‌ای»، «رفتار حرفه‌ای» و «مسئولیت‌های حرفه‌ای» است که برای درک کامل این مفهوم باید هر سه بعد به‌درستی در کانون توجه قرار گیرد. پارامترهای حرفه‌ای شامل مسائل اخلاقی و قانونی مرتبط با حرفه و به عبارتی چارچوب‌های اخلاقی و مقررات و قوانین حاکم بر حرفه است. رفتار حرفه‌ای دربردارنده‌ی دانش و مهارت‌های حرفه، ارتباط مناسب با ارباب رجوع و همکاران و داشتن ظاهر و نگرشی مقبول و مورد انتظار است. مسئولیت حرفه‌ای شامل مسئولیت در برابر حرفه و در قبال خود، کارفرما، ارباب رجوع (بیمار و خانواده‌ی بیمار) و جامعه است.

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

۲. مفاهیم مرتبط با حرفه‌ای‌گری

۲- ۱. قداست پزشکی

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

1. Professionalism

رهایی انسـان از مرگ نهفته اسـت، می‌توان ارزشـی مـادی در نظر گرفـت. وظیفه‌ی والای پزشـك در آن اسـت که بر کیفیت و کمیت عمر انسان ولو به میزان اندک بیفزاید تا انسـان لحظه‌ای بیشـتر هستی را در خویشتن خویش بیابد.

بی‌تردید شـغل پزشکی در تمام دوران تاریخ بشر از قداست و احترام خاصی برخوردار بوده است؛ چراکه با گرانبهاترین دارایی انسـان که جان اوست، سروکار داشته و دارد. این علم چنان قداستی دارد که پیامبر اکـرم(ص) آن را هم‌تراز علم دین معرفی کرد: «العلم علمان: علم الابدان و علم الادیان» و امام صادق(ع) فرمـود: «در جایـی که فقیـه دانشـمند و پرهیزگار، حاکـم مطاع و عـادل و طبیب حاذق و مـورد اعتماد وجود نداشـته باشـد جای زندگانی نیسـت». بر این اسـاس، طبیب همواره در جوامع بشری ارزش والا و احترام زیادی داشـته است. بدیهی است طبیب باید با پرهیز از خطراتی که او را تهدید می‌کند و گرایش به عواملی که شـأن حرفه را حفـظ و تثبیت می‌کند این جایگاه را پابرجا نگه دارد (۲).

پزشـك باید از نخسـتین روزی که به دانش پزشکی روی مـی‌آورد نیـت و هدف خود را رسـیدن بـه ابعاد معنوی این علم قرار دهد نه استغنای مادی. خدمت او بـه قـدری باارزش اسـت که بـا معیارهـای مادی جبران‌شـدنی نیسـت تـا حدی کـه خداونـد متعال می‌فرماید: «کسـی که جـان انسـانی را نجات دهد مانند این اسـت که جـان همه‌ی انسـان‌ها را حیات بخشـیده اسـت (و من احیاهـا فکانما احیـا الناس جمیعـاً)[1]». دانش پزشـکی مثل یك شمشـیر دولبه اسـت که اگر بُعد درست آن به کار رود انسان عبادتی فراتر از همه‌ی عبادت‌ها انجام داده اسـت و اگر بُعد بـد و نادرسـت آن به کار گرفته شـود انسـان مرتکب معصیـت بزرگـی شـده اسـت که جبـران آن بسـیار مشکل است.

بیمار دردمند بعد از خداوند، طبیب را ملجاء و پناه خویش می‌یابد و پزشـك در معرض جسم رنج‌دیده‌ی بیمار و ابعـاد روحی متأثر از بیماری او قرار می‌گیرد. ایـن وضعیـت، زمینه‌سـاز ارتبـاط فعال‌تـر حرفه‌ی پزشـکی نسـبت به مشـاغل دیگر در ارتباط با روح و جان انسان‌هاسـت. وجود شـناخت و بینش الهی و متناسب‌شـدن علم و عمل پزشك با این اصل، باعث حرکت تکاملی، تطهیر، رشـد و تعالی او و انسان‌های مرتبـط بـا او، در طـول حیـات و عرصـه‌ی هسـتی می‌شود.

طبیـب باید دارنـده‌ی بهترین اخـلاق و عالی‌ترین صفات انسانی باشد. چون به همان نسبت که امکان تحول فکری و دگرگونی شـناختی و رشد و سازندگی در ارتباط صحیح یك پزشـك بـا بیمار وجود دارد، در صورت مجهول‌بودن رسـالت پزشـك، ابعاد انحراف و اختـلال فزونی می‌یابد و امکان سـقوط و نابودی در شـغل طبابت بیشتر از سایر مشاغل می‌شود. مفهوم شـفا در ابعـادی ورای بُعـد جسـمی و روحی مطرح می‌شـود؛ «هوالشـافی» بیـان این مفهوم اسـت که خداوند متعال، تنها شفادهنده و طبیب نفوس برای تعالی و تکامل انسان‌هاسـت و پزشـك فقط وسیله‌ی فیـض او به بندگانش اسـت. در مقطع حیات دنیوی به پزشك فرصتی داده شـده است تا همسو با تجلی اراده‌ی خداونـد، رسـالت و مسـئولیت خویش را ادا کند؛ از همین روسـت که پزشـك باید وجـود خود و بیمار را در محضر خداوند احساس کند. این مطالب

1. قرآن کریم، سوره‌ی مائده، آیه‌ی ۳۲

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

۲- ۲. تاریخچه‌ی حرفه‌مندی

قدمت تاریخچه‌ی حرفه‌مندی به درازای قدمت طبابت است؛ چرا که در طول تاریخ جنبه‌ای مهم از طبابت و پزشکی، قداست و منزلت آن نزد جامعه بوده و این قداست جز با جلب اطمینان مردم و پیروی از اصول انسانی میسر نبوده است. کروس[1] اظهار می‌دارد که تاریخچه‌ی مفهوم حرفه‌مندی بسیار طولانی است و این واژه حداقل از دو هزار سال پیش کاربرد داشته است. اولین کاربرد آن به زمان پزشك رومی، اسکریبونیوس[2] بر می‌گردد که حرفه‌مندی را تعهد به تلاش برای تخفیف رنج بیمار تعریف کرد. ازآنجاکه پرداختن به تمام جنبه‌های تاریخی حرفه‌ی طبابت میسر نیست، به ذکر چند نکته پیرامون حرفه‌ی پزشکی در طول تاریخ ایران و برخی کشورها و همچنین، از نظر اسلام بسنده می‌کنیم.

تا پیش از دوره‌ی ساسانیان، شغل پزشکی با روحانیت یکی بوده است. به‌تدریج از اواسط دوره‌ی ساسانیان پزشکی از شغل روحانیت جدا شد و در نتیجه دو دسته دانشمند به وجود آمد. یك دسته که منحصراً شغل روحانی داشتند و به نام «مغ» یا «مگوس» یا «موبد» شهرت داشتند؛ دسته‌ای دیگر که بیشتر به شغل طبابت و درمان می‌پرداختند، «اتروان»[3] نامیده می‌شدند.

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

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

1. Cruess
2. Scribonius
3. Atrovan

دربـاره‌ی این حدیـث توضیـح می‌دهد کـه ازاین‌رو معالـج را طبیب نامیدند که معنـای آرامش‌دهنده یا پاکیزه‌کننـده را دارد. او دربـاره‌ی طبیـب می‌گویـد که طبیب در سـنت علمی قدیم باید بـه علم الهی و فلسـفه آشـنا بود؛ چرا که طبیب به درمـان بیماری جسـم و عالِم دین به درمان بیمـاری روح می‌پردازد. همچنیـن، پیغمبر اسـلام تأکیـد کرده‌اند که طبیب تـا آگاهی کامل از طب نداشـته باشـد نباید در امور طبی مداخله کند و اگـر بدون علم و آگاهی مداخله کند در برابر سرنوشـت بیمار مسئول است. این مورد بیان‌کننده‌ی مسـئولیت‌پذیری یك پزشـك به‌عنوان یکی از ویژگی‌های اصلی حرفه‌مندی است.

بـا نگاهی به زندگی‌نامه‌ی بزرگانی مانند ابن‌سـینا یـا محمـد زکریـای رازی می‌تـوان دریافت سرتاسـر زندگـی آنـان نمـادی از حرفه‌منـدی بـوده اسـت. ابوبکـر محمدبن‌زکریـای رازی را بـه دلیـل معاینات فیزیکـی، روش پژوهش گام‌بـه‌گام و نظام‌مند بالینی و مشـاهدات بالینـی‌اش به‌عنوان بزرگ‌ترین پزشـك در قلمرو تمدن اسـلام قلمـداد می‌کنند. او هم‌زمان با سـیر فلسـفی خـود، در تـن آدمی نیز بـه پژوهش می‌پردازد و در گسـتره‌ی جامعه، عمل‌گرایی اخلاق پزشکی را نشـان می‌دهد. نفیسی نقل می‌کند که از نظـر تاریخی اولین کسـی که طبیبـان را حتی برای کمك به بیمـاران علاج‌ناپذیر به حرکـت درآورد رازی بود؛ زیـرا می‌گفت «پزشـك باید همیشـه بیمار را به بهبودی خود امیدوار سـازد، اگرچه خود پزشـك هم در این مورد کاملاً مطمئن نباشـد.» شاید بتوان این عمل رازی را مقدمه‌ی طب تسکینی دانست (۳).

نگاهـی بـه تاریـخ سـایر کشـورها در ارتبـاط بـا حرفه‌منـدی نشـان می‌دهد که فیلسـوفان و رهبران متفکـر در طول تاریـخ مدون در رابطه با پزشـکان به تکرار یـادآوری کرده‌اند که ارزش‌هـای حرفه‌ی خود را حفظ کننـد. به‌رغم اینکه ایـن توصیه‌ها مربوط به شـرایط زمانی خاصـی بوده اسـت، بسـتر اخلاقی همـه‌ی آن‌هـا در طول زمـان ثابت مانده اسـت و آن اولویـت‌دادن بـه منافع بیمـار در برابـر منافع فردی پزشـك است. سـوگند بقراط که از زمان او تاکنون در سوگندنامه‌های پزشکی تقریر می‌شود، بیان می‌کند که پزشکان از هرگونه اقدام شرارت‌آمیز و فساد پرهیز کنند (۳).

سـر ویلیام اسـلر[1] نیز همواره به پزشکان یادآوری می‌کـرد کـه پزشـکی یـك شـغل نیسـت، بلکه یك دعـوت و فراخـوان اسـت. از زمانـی کـه تالکـوت پارسـونز[2]، جامعه‌شـناس آمریکایی، مفهـوم حرفه را در جامعه‌شناسـی تعریف کرد، تا امروز پزشکی یکی از عالی‌تریـن مصداق‌های این تعریف به شـمار آمده اسـت. تعریف پارسـونز چنین اسـت: «حرفه عبارت است از مجموعه‌ای از نقش‌های شغلی که دارندگان آن‌هـا، خدمت‌هـای خاصـی را انجـام می‌دهند که برای عموم جامعه باارزش اسـت، و به واسـطه‌ی این فعالیت‌هـا شـغلی تمام‌وقـت دارند و زندگـی خود را اداره می‌کنند.» در واقع پزشـکان در طول تاریخ به دلیل پایبندی به اخلاق حرفه‌ای خود از مزیت‌های خاصی از سـوی جامعه برخوردار بوده‌اند که شامل توانایـی تعیین معیارهـای لازم برای ورود به حرفه‌ی طبابت، تصمیم‌گیری راجع به آموزش پزشکان آینده و آزادی در تعیین و ارتقای اسـتانداردهای حرفه‌ی خـود اسـت. در قبـال اعطـای چنیـن امتیازاتـی،

1 Sir William Osler
2 Talcott Parsons

جامعـه انتظـار دارد کـه پزشـکان در برابـر منافـع جامعه قابل اعتماد باشـند. به همین دلیل حرفه‌ی پزشـکی در برابر جامعه متعهد می‌شود که مراقبتی را بـه جامعـه ارائه دهـد که بهترین و شایسـته‌ترین، منطقـی و بـه دور از به‌خطرانداختـن منافـع بیمار باشد. در عوض حرفه‌ی پزشکی نه‌تنها از استقلالی چشمگیر در پیوند با امور خود برخوردار است، بلکه از نظـر امنیـت مالـی و اجتماعـی نیـز از موقعیت خوبـی بهره‌مند اسـت. این فهم مشـترك، به‌عنوان قـراردادی اجتماعی بین جامعه و حرفه‌ی پزشـکی قلمداد می‌شود؛ بنابراین در زمینه‌ی چنین قرارداد اجتماعی است که حرفه‌ای‌گری معنا پیدا کرد (۳).

البتـه مفهـوم پروفشـنالیزم به معنـای واقعی خود بـرای اولین بـار در دهـه‌ی نـود میـلادی در ایالات متحـده مطـرح شـد و توجـه زیـادی بـه آن صورت گرفـت. در پایـان قـرن بیسـتم، تغییراتـی عمده در عمل به حرفه‌ی پزشـکی پدید آمد و اطمینان جامعه به حرفه‌ی پزشـکی کم‌رنگ شـد. در پی این معضل، گروهـی از اعضـای انجمن‌هـای مختلف وابسـته به حرفـه‌ی پزشـکی از قبیل بورد طب داخلـی آمریکا، بنیـاد پزشـکان کالـج آمریـکا و فدراسـیون اروپایی طـب داخلی گرد هـم آمدند و تـلاش کردند تعریفی عملیاتی از حرفه‌مندی ارائه کنند؛ تعریفی که بتواند با واقعیت‌های زمان معاصر همخوانی داشـته باشـد و درعین‌حـال اصـول بنیادین اخلاقـی را نیز رعایت کنـد؛ ازایـن‌رو سـه اصـل اساسـی اولویـت‌دادن به بهزیسـتی بیمار، استقلال بیمار و عدالت اجتماعی، به‌عنـوان زیربنای حرفه‌مندی تعیین شـد. این گروه تعهد ده‌گانه‌ای را برای پزشکان برشمردند که عبارت بـود از: شایسـتگی حرفه‌ای و حفـظ آن، صداقت با بیماران، رازداری، پرهیز از برقراری روابط نامناسـب بـا بیماران، گسـترش دانـش علمی خـود، عمل به وظایـف خـود در قبـال حرفه به‌طـور کامـل، بهبود کیفیـت مراقبـت از بیمـاران، بهبـود دسترسـی بـه مراقبت‌های پزشـکی، توزیع عادلانه‌ی منابع و جلب اطمینـان بیماران از طریق مدیریـت صحیح تعارض منافع (۲، ۳).

۲- ۳. تعریف حرفه و حرفه‌مندی[1]

در زبان فارسی واژه‌ی «حرفه» معادل پیشه و کسب و کار است. با این همه، بعضی از حرفه‌ها ویژگی‌هایی دارند که آن‌ها را از سـایر پیشه‌ها متمایز می‌کند. در زبان لاتین به این گروه از مشاغل«حرفه» می‌گویند. حرفه از واژه‌ی لاتین «پروفسـیو»[2] گرفته شـده که به معنـای اظهارنامه‌ای علنی همـراه با ضمانت اجرای یـك تعهد بوده اسـت. طبابـت، قضـاوت، روحانیت و تعلیـم و تربیـت از قدیمی‌تریـن حرفه‌ها محسـوب می‌شـوند. در دوران مدرن، حرفه‌هـای فراوانی پا به عرصه‌ی وجود گذاشته‌اند. حرفه‌ها در خدمت به یك خیر عالی هستند و آشکارا اعلام می‌کنند که اعضای آن‌هـا مطابق ضوابط مشـخصی عمل خواهند کرد و حرفـه با هـر عضوی که طبق روش اعلام‌شـده عمل نکند، برخورد خواهد کرد.

حرفه‌هـا سـه ویژگـی اساسـی دارنـد: ۱. احـراز صلاحیـت در یـك تشـکل تخصصـی مبتنـی بـر سلسـله‌مراتب معرفت و مهارت، ۲. اذعان به وظایف و مسـئولیت‌های خاص در قبال جامعه و مشـتریان، ۳. داشـتن حق تربیت، پذیرش، تنبیه واخراج اعضا به خاطر ناتوانـی در حفظ صلاحیت یا رعایت‌نکردن

1. Profession and Professionalism
2. Professio

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

ساش[1] در تعریف یک حرفه اظهار می‌کند که حرفه‌های برگزیده و نخبه مانند طب یا وکالت که قادر هستند برای خدمات خود بازار کار ایجاد کنند و با کنترل‌کردن استانداردهای عضویت، تعیین کنند چه کسی شایستگی عضویت یا ماندن در گروه را دارد؛ در واقع، با تعیین شرایطی مانند شرط آموزش مداوم، ثبت‌نام و غیره معیارهای عضویت آن حرفه را مشخص می‌کنند (۳).

پرکین[2] به نقل از نیکولس[3] یک جامعه‌ی حرفه‌ای را تحلیل کرده است. از دید او، چنین جامعه‌ای از سلسله‌مراتبی از مشاغل تخصصی تشکیل شده است که به واسطه‌ی شایستگی و براساس تخصص و آموزش انتخاب شده‌اند. اعضای حرفه‌ها همانند سایر مشاغل از طریق فعالیت مربوط به حرفه‌ی خود امرار معاش می‌کنند؛ البته یک خصوصیت مهم، حرفه‌مندان را از سایر اعضای مشاغل متمایز می‌کند: مشتریان حرفه‌ها ناگزیرند به اعضای حرفه‌ها به‌صورت یک‌جانبه اعتماد کنند. در مقابل، حرفه‌مندان نیز همیشه و در همه حال باید منافع حرفه را نسبت به منافع شخصی خود در اولویت قرار دهند و با دقت مراقب باشند تا اعتماد یک‌جانبه‌ی جامعه و مردم به حرفه‌ها مخدوش نشود. در نتیجه، تعریفی از حرفه‌مندی که بیشترین توافق بر روی آن وجود دارد عبارت است از «ابراز ارزش‌ها، باورها و رویکردهایی که نیازهای فرد دیگر را فراتر از نیازهای شخصی خود قرار می‌دهند.»

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

هویل[4] معیارهایی را برای حرفه برشمرده است. از دید هویل یک حرفه شغلی است که یک فعالیت اجتماعی مهم را انجام می‌دهد. این فعالیت مستلزم مهارت بسیار است. این مهارت در موقعیت‌های غیرمرسوم که در آن مسائل و مشکلات جدیدی باید حل شوند، به کار گرفته می‌شود. یک فرد حرفه‌ای باید از دانش نظام‌مند جامعی برخوردار باشد. کسب دانش و مهارت‌های لازم مستلزم طی مراحل آموزش عالی است. طی‌کردن مراحل آموزش عالی دربرگیرنده‌ی فرایند اجتماعی‌شدن و کسب ارزش‌های حرفه است. این ارزش‌ها که بر

1. Sachs
2. Perkin
3. Nicholls
4. Hoyle

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

۲- ۴. تعریف حرفه‌مندی در پزشکی

از دید موریسون[1]، حرفه‌مندی، مفهومی چندبعدی و واژه‌ای ارزشی است که دربرگیرنده‌ی انتظارات اجتماعی، مؤسسه‌ای، تاریخی و زمینه‌ای است. صاحب‌نظران و نویسندگان مختلف تلاش کرده‌اند که تعاریفی از حرفه‌مندی را در پزشکی ارائه دهند.

انجمن کالج‌های پزشکی آمریکا، حیطه‌های دربرگیرنده‌ی ویژگی‌های کلی حرفه‌مندی را در قالب ازخودگذشتگی، افتخار و شرافت، محبت و دلسوزی، احترام، مسئولیت‌پذیری، پاسخ‌گویی، تعالی، دانش‌پژوهی و رهبری برشمرده است. براساس تعریف فدراسیون طب داخلی اروپا حرفه‌مندی در تمام زمان‌ها می‌تواند به‌عنوان ابزاری تعریف شود که توسط آن پزشکان قرارداد حرفه‌ای خود را با جامعه انجام می‌دهند. در واقع، نقش حرفه‌ای پزشکان بر پایبندی آنان به تعهد خود در قبال جامعه از طریق رهبری قوی، قضاوت اخلاقی درست و عملکرد اخلاقی در طبابت دلالت دارد. ویژگی‌هایی که برای سال‌ها به‌عنوان نشانگر حرفه‌مندی مطرح بوده‌اند عبارت‌اند از: نوع‌دوستی، احترام، صداقت، امانت‌داری، وظیفه‌شناسی، شرافت، تعالی و پاسخ‌گویی. به گفته‌ی کوهن[2]، آشکارسازی عملیاتی این ویژگی‌ها به شرایط زمانی هر دوره‌ی تاریخی خاص بستگی دارد. ماهیت سیستم بهداشتی درمانی که در آن پزشکان کار می‌کنند، تکنولوژی‌های تشخیصی و درمانی موجود در هر زمان، نوع قراردادهای مالی بین بیمار و پزشک، طیف بیماری‌هایی که در جامعه وجود دارد، عواملی هستند که در هر دوره‌ی زمانی معیارهای حرفه‌مندی مورد انتظار از پزشکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۳).

شاچتر[3] ضمن بررسی ویژگی‌های حرفه‌مندی به این نکته اشاره کرده است که هر پزشکی باید از چنین ویژگی‌هایی برخوردار باشد. او موارد اختصاصی‌تری را برای حرفه‌مندی بیان می‌کند؛ به‌عنوان مثال، فردی حرفه‌ای است که بتواند به‌طور مستقل فکر کند و تصمیم‌گیری‌ها و قضاوت‌هایش براساس آموزش‌ها و تجربه‌هایش باشد. به‌عبارت دیگر، شایسته است او در تمام رفتارها و اعمال خود سنجیده عمل کند و حرفه‌اش را براساس موارد آموزش‌دیده و اصول صحیح پیش ببرد (۳).

بویکس[4] و همکاران در مقاله‌ی خود پیرامون چالش‌های آموزش حرفه‌مندی در پزشکی، تعاریف ارائه‌شده در مطالعات مختلف را جمع‌بندی کرده، فضایل حرفه‌مندی را در قالب وفاداری و مطمئن‌بودن، خیرخواهی، دلسوزی و محبت، صداقت خردمندانه، جرأت و شجاعت و راستگویی گنجانده است (۳).

1. Morrison

2. Cohen
3. Schachter
4. Buyx

هربرت سـویك[1] تعریف جامع خود از حرفه‌مندی را در ده گروه زیر طبقه‌بندی کرده است:

۱. اولویـت‌دادن بـه منافـع دیگـران در برابر منافع فردی؛

۲. پایبندی به استانداردهای اخلاقی بالا؛

۳. ابراز ارزش‌های والای انسانی؛

۴. تأمل درباره‌ی کارها و اقدامات خود؛

۵. پاسخ‌گویی؛

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

۷. تعهد به دانش‌پژوهی؛

۸. نشان‌دادن تعهد به تعالی؛

۹. پاسخ به نیازهای جامعه؛

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

آرامـش، محور اصلی تعهد حرفه‌ای را شـکل‌گیری نگرش‌هـا و رفتارهایی می‌داند که طـی آن‌ها منافع بیمار نسـبت به منافع شخصی پزشك در اولویت قرار می‌گیرند (۵).

۲- ۵. منشور حرفه‌مندی

چنان‌که از تعریف حرفه برمی‌آید اعضای یك حرفه، مجموعـه‌ای از دانش‌ها و مهارت‌های اختصاصی آن حرفـه را داراسـت و از آن‌هـا برای خدمت‌رسـانی به نفع سـایرین اسـتفاده می‌کنند. ماهیـت تخصصی و پیچیـده‌ی این‌گونـه مهارت‌ها، نوعی اسـتقلال را به حرفه می‌بخشـد کـه درعین‌حال نیازمنـد انتظام درونی برای حفظ قابلیت اعتماد و وجهه‌ی آن حرفه نـزد اجتماع اسـت (۶)؛ بنابراین، عجیب نیسـت که حرفه‌ی سـلامتی، منابـع و انرژی شـایان توجهی را بـرای بحث، تعریـف، تدریس، ارزیابی و مدل‌سـازی حرفه‌ای‌بودن هزینه کرده است.

از طرفی در سـه دهه‌ی اخیر، پرداختن به پزشـکی با ظهـور تعارضات اخلاقی در مراقبت‌های پزشـکی و تحقیقـات بالینی و تأکید فـراوان بر محوریت بیمار در روابـط پزشـك و بیمـار، پیشـرفت تکنولوژی‌های پزشـکی مصنوعـی و تأثیر فاکتورهای نظام سـلامت و قانون بر مراقبت‌های پزشـکی بسیار پیچیده شده اسـت؛ بنابراین آموزش رسـمی اخلاق پزشـکی، در برنامه‌ی درسـی بسیاری از دانشکده‌های پزشکی در کشـورهای مختلف گنجانده شـده اسـت. انتظارات اجتماعی و حرفه‌ای، درسـتی نیاز به آموزش اخلاق پزشکی و پروفشنالیسم را بیشـتر تأیید می‌کند (۶). از طرفی دیگر، جامعه‌شناسـان بـا تکمیل پیچیدگی و نیرومندی حرفه‌ای‌بودن پزشکی، از طریق لنزهای مختلـف، سـالیان متمـادی دربـاره‌ی آن مطالعـه کرده‌انـد. در سـال‌های اخیر، افراد بسـیاری بر این باورند که موضوع حرفه‌ای‌بودن پزشکی به موضوعی بـارز در اغلب مقالات، کتاب‌هـا و کنفرانس‌ها تبدیل شده اسـت؛ اما اکثر این مباحثات مبتنی بر مفاهیم بسـیار سـاده اسـت. علاوه بر توجـه به رفتـار و طرز برخوردهـای مناسـب، درك عمیـق از حرفه‌ای‌بودن نیازمند توجه به ابعاد اجتماعی، سیاسی و اقتصادی این مفهوم در هر دو سطح فردی و سازمانی است.

در دهه‌ی اخیر، به لحاظ پیشرفت تکنولوژی و تعامل شایان توجه صنایع با پزشکان، خطر خدشه‌دارشدن اعتماد به پزشکان بیش‌ازپیش احساس شده است و بدین لحاظ در سال ۱۹۹۵ بورد طب داخلی آمریکا[2]

1. Herbert M Swick

2. American Board of Internal Medicine (ABIM)

و انجمن طب داخلی آمریکا[1] به همراه فدراسیون طب داخلی اروپا[2] پروژه‌ای را در تدوین منشور حرفه‌مندی شروع کردند که مفاد آن تعهداتی است که تمام کارکنان خدمات سلامت باید به آن پایبند باشند. در تدوین این منشور فراگیربودن آن در تمام فرهنگ‌ها و مذاهب لحاظ شده است و طی مقاله‌ای به نظرخواهی تمام پزشکان و انجمن‌های پزشکی سراسر دنیا گذاشته شده است. طبق این منشور، پزشکان و سیستم‌های خدمات سلامت ملزم به رعایت منافع بیمار و عدالت اجتماعی هستند. این منشور شامل ده بند است که تعهداتی را هم برای کل سیستم سلامت و هم برای تك‌تك پزشکان فراهم می‌آورد (۲و۷):

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

- تعهد به صداقت با بیماران: پزشکان باید قبل از اخذ رضایت و در کل دوره‌ی درمانی اطلاعات مربوط به وضعیت سلامتی بیماران را کامل و صادقانه در اختیار ایشان قرار دهند. ارائه‌ی اطلاعات به میزانی لازم است که بیمار بتواند برای دوره‌ی درمانی خود تصمیم‌گیری کند. همچنین، در وقوع صدمه‌ی ناشی از خطای پزشکی، بیمار باید سریع از آن مطلع شود؛ زیرا در غیر این صورت اعتماد بیمار و جامعه نسبت به پزشکان به‌شدت خدشه‌دار می‌شود. گزارش و تجزیه و تحلیل خطا جزء لازم و ضروری نظام سلامت برای کنترل و پیشگیری از خطاست و برای جبران خسارت فرد صدمه‌دیده ضروری است.

- تعهد به رازداری: لازمه‌ی کسب اعتماد بیماران رعایت رازداری و حفاظت از اطلاعات بیماران است. امروزه، با گسترش استفاده از نظام‌های بایگانی الکترونیك اطلاعات و افزایش دسترسی به اطلاعات ژنتیك، رعایت این مهم بیش‌ازپیش لازم است.

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

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

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

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

پزشکان و نظام سلامت باید موانع دسترسی عادلانه به خدمـات را اعـم از موانـع حقوقـی، تحصیلاتی، اقتصادی، جغرافیایی و تبعیضات اجتماعی برطرف سازند. تعهد به عدالت شامل ارتقای سلامت عمومی و تقـدم منافـع جامعه بر منافـع فردی پزشـکان نیز می‌شود.

- تعهد به توزیع عادلانه‌ی منابع محدود: پزشـکان درعین‌حال که به نیاز فردی بیماران پاسخ می‌گویند مسـئول توزیـع خدمات محـدود بر مبنـای مدیریت معقول و هزینه‌ی اثربخش نیز هسـتند. بدین‌منظور لازم اسـت با سایر پزشکان، بیمارسـتان‌ها، بیمه‌ها و نظام سـلامت در تدوین راهنمای هزینه- اثربخشـی خدمات همکاری کنند. مسـئولیت حرفه‌ای پزشـك در توزیع متناسب منابع شامل اجتناب از آزمایش‌ها و عملکردهای غیرضروری و زیاده از حد است.

- تعهد بـه دانش علمی: پزشـکان وظیفه دارند در تولید دانش و اسـتفاده از آن و ارتقای استانداردهای علمی و پژوهشـی بکوشـند. حرفه‌ی پزشکی متعهد اسـت از صحت علـم تولیدشـده و مبتنی‌بودن آن بر شواهد علمی اطمینان یابد.

- تعهـد بـه حفـظ اعتمـاد بـه وسـیله‌ی مدیریـت تعارضـات منافـع: در بیشـتر مواقـع پزشـکان و سـازمان‌های خدمـات سـلامت در موقعیتـی قـرار می‌گیرند که منافع خـود را در اولویت می‌بینند و آن را بر منافـع بیمار ترجیح می‌دهنـد. این موقعیت‌ها اعتماد مردم و بیماران را به پزشـکان و نظام سـلامت به مخاطره می‌اندازد. پزشکان موظف هستند چنین موقعیت‌هایی را شناسـایی و با آن به شکل صحیحی برخورد کنند.

- تعهد به مسئولیت‌های حرفه‌ای: پزشکان به‌عنوان اعضـای یك حرفه باید با یکدیگـر همکاری کنند، به یکدیگر احترام بگذارنـد، در فرایندهای خودارزیابی از قبیـل تعیین رویه‌ای برای برخورد با پزشـکانی که رفتـار غیرحرفـه‌ای از خود نشـان می‌دهند شـرکت کنند تا کیفیت مراقبت از بیماران به حداکثر برسـد. پزشـکان همچنیـن، وظیفه دارنـد بـه ارزیابی خود بپردازند و با ارزیابی‌های بیرونی توسـط سازمان‌های ناظر بر عملکرد پزشکان صادقانه همکاری کنند.

حرفه‌مندی یکی از مهم‌ترین توانمندی‌هایی است که هر دانشـجوی پزشـکی باید آن را کسب کند و در عمـل و رفتارش آن را به کار گیرد. خصوصیات فردی که تجلـی پروفشنالیسـم در رفتار هر پزشـک (رفتار حرفه‌ای) است عبارت‌اند از:

نوع‌دوستی: پزشـك موظف اسـت به دنبال منافع بیماران خود باشد نه منفعت خود.

تعالـی: پزشـك متعهد بـه یادگیری علـم و مهارت پزشکی در تمام طول زندگی حرفه‌ای خود است.

وظیفه‌شناسـی: پزشـك باید به خدمت در حوزه‌ی حرفـه‌ی خـود متعهد باشـد و وظایف خـود را به‌طور کامل و به‌موقع انجام دهد.

۱. شـرافت و درسـتکاری: پزشـك بایـد انصـاف و صداقت و درسـتی را در تعامـلات خود با بیماران و حرفه‌اش رعایت کند.
۲. احتـرام: پزشـك موظـف بـه احترام‌گذاشـتن به بیماران و خانواده‌ی آن‌ها، سـایر پزشـکان و سایر اعضای تیم درمان و دانشجویان پزشکی است.
۳. عدالت: پزشک موظف به تسهیل ارائه‌ی عادلانه‌ی خدمات و رفع تبعیض در ارائه‌ی خدمات است.

در ادامـه بـه مصادیـق هـر یـک از اجـزای رفتـار

حرفه‌ای[1] اشاره می‌شود:

۱. نوع‌دوستی

- ارجحیت‌دادن منافع بیمار بر منافع خود؛
- توجه نشان‌دادن به خواسته‌های بیمار؛
- صرف وقت و حوصله برای ارائه‌ی اطلاعات به بیمار؛
- صرف وقت و حوصله برای آرامش‌بخشیدن به بیمار ناخوش؛
- تلاش برای کاستن از رنج و درد بیمار از طریق همه‌ی راه‌های ممکن؛
- دلسوزانه گوش‌دادن به نگرانی‌های بیمار؛
- مشارکت در سازمان‌های حرفه‌ای محلی و ملی؛
- پیشنهاد کمك به سایر اعضای تیم؛
- داوطلب‌شدن برای انجام کار فرد دیگری که نمی‌تواند کارش را انجام دهد؛
- در اختیار دیگران قراردادن دانش و مهارت‌های خود.

۲. وظیفه‌شناسی

- به‌موقع رسیدن؛
- معتمد بودن؛
- از سرپرست پیروی کردن؛
- انجام‌دادن وظایف محوله به‌طور کامل و به‌موقع؛
- پاسخ به‌موقع و سر وقت به نامه‌ها، احضارها، تلفن‌ها و پست‌های الکترونیک؛
- رعایت‌کردن ضوابط و مقررات؛
- همکاری مناسب در کار تیمی؛
- انجام‌دادن وظایف و در دسترس بودن در زمان تماس؛
- انتقال وجود تعارض منافع به تیم یا سرپرست؛
- گزارش دقیق و کامل مراقبت‌های انجام‌شده برای بیمار؛
- انتقال درست و کامل مسئولیت مراقبت از بیمار؛
- اطلاع‌دادن به دیگران در زمانی که برای انجام وظیفه نمی‌تواند حاضر شود و اطمینان از وجود جایگزینی برای خود؛
- شناسایی و گزارش خطاها و رفتار نامناسب همکاران با پرهیز از بی‌اعتبارکردن غیرمنصفانه‌ی شهرت ایشان؛
- تکمیل مراقبت بیماران قبل از مرخص‌کردن آن‌ها؛
- انتقال خطای پزشکی به تیم یا سرپرست؛
- مشارکت در فعالیت‌های خودنظارتی حرفه؛
- اجتناب از سوءمصرف دارو و الکل؛
- ارائه‌ی نقد مؤثر به جای غر زدن.

۳. تعالی

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

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

- مطالعه براساس بیماران مراجعه‌کننده به او.

۴. احترام

- برقراری تفاهم با اعضای تیم؛
- حفظ حریم‌های لازم در موقعیت‌های شغلی و آموزشی؛
- معرفی خود و اعضای تیم به بیمار و خانواده‌اش؛
- مخاطب قراردادن بیمار به شکلی مناسب؛
- استفاده از اصطلاحات آشنا و مفهوم برای بیمار در صحبت با او؛
- احترام و حفظ شأن انسانی بیماران و خانواده‌های ایشان چه در حضور آن‌ها و چه در غیاب ایشان در بحث با سایر اعضای تیم درمان؛
- احترام به حق استقلال فردی بیمار از طریق ارائه‌ی اطلاعات درباره‌ی انتخاب‌های درمانی به ایشان یا قیم او؛
- ارائه‌ی مشاوره به خانواده یا قیم قانونی بیمار، در صورت اهلیت‌نداشتن او برای تصمیم‌گیری؛
- احترام‌گذاشتن به رازداری و حریم خصوصی بیمار؛
- حفظ حریم‌های لازم در ارتباط با بیمار؛
- ارتباط خوب و مناسب با دانشجویان زیردست در محیط آموزشی؛
- ارتباط خوب و مناسب با استادان در محیط آموزشی؛
- ارتباط خوب و مناسب با شاغلان سایر حرفه‌های مرتبط با سلامتی؛
- تحمل و صبوری نشان‌دادن در مقابل طیفی از رفتارها و عقاید؛
- تبعیض قائل‌نشدن در تعاملات خود با دیگران براساس خصوصیاتی مانند سن، نژاد، رنگ پوست، عقاید سیاسی، وضعیت تأهل، ناتوانی‌های جسمی و روحی، جنس، تمایل جنسی (همجنس‌گرا یا غیرهمجنس‌گرا) یا محکومیت‌های کیفری یا جنایی؛

۵. درستی و شرافت

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

۶. عدالت

- توزیع عادلانه‌ی منابع مراقبت سلامتی؛

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

۳. چالش‌های رفتار حرفه‌ای

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

۳- ۱. سوءاستفاده از قدرت

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

- تعامل با بیمار و همکاران: احترام و اعتماد بیمار و همکاران به پزشک بسیار اهمیت دارد و باید ارتقا پیدا کند؛ نه اینکه از آن سوءاستفاده شود. اجازه‌ندادن به بیمار برای بیان خواسته‌ها یا شرکت در تصمیم‌گیری، تأثیر رقابت‌های دانشگاهی و مالی بر روی ارزیابی صادقانه از همکار یا دانشجو، استفاده از همکار جوان (رده‌پایین) برای افزایش آثار و پیشرفت شغلی علمی، به‌تأخیرانداختن عمدی پیشرفت همکاری که رتبه‌ی پایین‌تری دارد برای بی‌اثرکردن تلاش او و بی‌جهت بدنام‌کردن او، سوءاستفاده از قدرت است.
- تبعیض: همه‌ی اعضای یک حرفه در برابر فراهم‌کردن محیطی که در آن همه‌ی همکاران از مشارکتشان لذت ببرند و بتوانند بدون درنظرگرفتن ناتوانی‌ها، وضعیت قومیت، جنسیت، نژاد و مذهب برای شکوفایی استعداد و توانایی بالقوه‌ی خود گام بردارند، مسئول هستند. این مسئولیت شامل حذف‌کردن بی‌انصافی‌های کوچک و بزرگی است که باعث تبعیض ضد پیشرفت‌های فردی و حرفه‌ای افراد می‌شود.
- نقض رازداری: بیماران اعتماد دارند که اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه نگه داشته می‌شود. سوءاستفاده از این اعتماد غیراخلاقی است. اظهارنظرهای غیرضروری یا بحث‌کردن درباره‌ی جزئیات وضعیت بیماران در جمع (به‌عنوان مثال در یک آسانسور شلوغ یا مهمانی) سوءاستفاده از رازداری محسوب می‌شود. پزشک باید اعتماد بیماران را حفظ کند و فقط در شرایطی خاص بر مبنای مصالح بیمار یا به‌منظور رفع خطر جانی از شخص ثالث یا در صورت ضرورت قانونی، راز را افشا کند.

۳- ۲. تکبر

تکبر تظاهر ناخوشایند برای برتری و جلوه‌دادن خود است. تکبر موجب غرور، خودبینی، توهین و تحقیر می‌شود. همه‌ی این خصوصیت‌ها به‌تدریج ارزش حرفه‌ای را تنزل می‌دهد. پزشکی و فرایند

آمـوزش آن می‌توانـد خودبزرگ‌بینـی را در پزشـك تقویت کند. آموزش پزشـکی طولانی و دشـوار است و اطلاعات پزشـکی بسیار گسـترده و دست‌نیافتنی بـه نظر می‌رسـد؛ ازاین‌رو، گروه پزشـکی را مسـتعد خودبزرگ‌بینی و ایجاد چنین باوری می‌کند.

تکبـر، تعهـد حرفـه‌ای را بـه سـه شـیوه مخدوش می‌کنـد: نخسـت توانایـی فکرکـردن پزشـك را بـه عملکـرد خود کاهـش می‌دهـد؛ دوم، همـدردی با بیماران را مشـکل می‌کند؛ سوم اینکه تعهد حرفه‌ای را با ازبین‌بردن نقش مفید «شك به محفوظات خود» تخریب می‌کند.

۳- ۳. طمع

طمـع زمانـی پیش می‌آیـد که پـول به یـك عامل هدایت‌کننـده در طبابـت تبدیل می‌شـود؛ ازاین‌رو، تعهـد حرفه‌ای را به‌شـدت مخـدوش می‌کند. طمع می‌توانـد آرزوی ناشایسـت از شـهرت، قـدرت یـا پول باشـد. اگر پزشـکان طماع باشـند، جایی برای درك، دلسـوزی یـا سـایر خصوصیت‌هـای لازم برای حرفـه‌ی التیام‌دهنـده‌ی پزشـکی باقـی نمی‌ماند. زمانـی کـه طمع وجود داشـته باشـد نوع‌دوسـتی، مراقبت، بخشش و درستکاری به‌طور شایان توجهی کم‌رنگ می‌شـود. حذف طمع مستلزم تشخیص آن اسـت. پزشـك باید به‌طور مـداوم از خود بپرسـد که آیـا عملکردش تحـت هدایـت منافع بیماران اسـت یـا منافـع شـخصی خـود؟ درمـان طمع، مسـتلزم خـودکاوی مداوم و پرسـش دربـاره‌ی انگیزه‌ی خود اسـت تـا اطمینـان یابیم کـه عملکردمان براسـاس منفعت‌های شخصی نیست.

۳- ۴. بی‌صداقتی

بی‌صداقتـی در رفتار حرفه‌ای شـامل دروغ‌گویی و فریب اسـت. دروغ‌گویی یعنی آگاهانه حرف راسـت را نگوییـم؛ بنابراین، صِرف گزارش غیرواقع نیسـت. از سـویی هر گفتار نادرسـت نیز دروغ‌گویی نیست. دروغ، اظهـار خـلاف بـاور اسـت. فریب نیـز اظهار نادرسـت و عمدی یك واقعیت با هـدف گمراه‌کردن افـراد اسـت. دروغ‌گویی به‌طـور کلی به نفـع بیمار نیست؛ حتی زمانی که به‌منظور کمك به بیمار باشد. فریـب، هم در طبابت و هم در تحقیقات می‌تواند رخ دهد. دروغ‌گفتـن درباره‌ی کارهایی کـه انجام داده می‌شـود به‌منظـور اینکه مبلغی را از شـرکت بیمه به دست آورند، اظهار نادرسـت داده‌های آزمایشگاهی یا دروغ درباره‌ی مداخلات پژوهشـی که انجام شده است نمونه‌هایی از فریب هستند.

۳- ۵. ناتوانی

پزشـکی که توانایی انجام وظایـف حرفه‌ای خود را ندارد، باید از مسـئولیت‌پذیری در مراقبت از بیماران صرف‌نظر کند و همکاران او نیز باید مراقب باشند که این اسـتانداردها حفظ شـود. اختلال در کار پزشك همه یا هیچ نیسـت؛ به این معنی کـه یا کاملاً وجود داشته باشـد یا اصلاً نباشـد. درجات شدید اختلال به‌راحتی تشـخیص‌دادنی است؛ ولی موارد خفیف و مرزی آن ممکن است به‌آسانی قابل تشخیص نباشد. بنابرایـن، هر پزشـکی باید آمـوزش ببیند تـا بتواند تمام انـواع ناتوانی (به‌ویژه در مراحـل اولیه‌ی آن) را به‌خوبی تشـخیص دهد و نیز راهکارهای مداخله در آن را بشناسـد. پزشـکانی که ناتوانی دارند در اغلب مـوارد محدودیت‌های خـود را تشـخیص نمی‌دهند و ممکن اسـت قادر به اعتراف به وجـود این ناتوانی نباشـند؛ بااین‌حـال، ممکـن اسـت دیگـران به‌طور واضح بتواننـد آن را ببینند. در واقع، ناتوانی ناشـی

از سوءمصرف مواد، وابستگی به دارو، الکلیسم، دمانس یا بیماری‌های روانی به‌طور عمده فراتر از توانایی تشخیص خود پزشك آسیب‌دیده است و در بیشتر موارد خارج از توان او برای حل مشکل است.

بی‌رغبتی پزشکان به اولین فرد بودن در گزارش ناتوانی یک همکار به مسئولان مربوط، شاید بزرگ‌ترین مشکل در پیوند با این جنبه از تعهدات حرفه‌ای باشد. به محض شك همکار فرد به اینکه ممکن است او ناتوانی داشته باشد، به‌سرعت خیلی از سؤالات و توجیهاتی که فرد را از اقدام سریع و مناسب باز می‌دارد، به ذهن آن همکار متبادر می‌شود؛ مثلاً «شاید من اشتباه می‌کنم»، «او فقط روز بدی داشته است»، «اگر مشکلی داشته باشد، بهتر است شخصی که او را می‌شناسد گزارش کند»، «اگر ناتوانی او را گزارش کنم همکاران چه فکری درباره‌ی من خواهند کرد؟» «او مسئولیت یك خانواده را بر عهده دارد من نمی‌توانم باعث به فقر کشیده شدن آن‌ها شوم»، «اگر متحد باشیم می‌توانیم ناتوانی او را جبران کنیم، ما اجازه نمی‌دهیم اتفاق بدی برای بیماران او بیفتد» و....

دورکردن بهانه‌های واهی گزارش‌نکردن سخت است؛ درعین‌حال، برای عمل به وظایف حرفه‌ای و حفاظت از منافع عمومی ضروری است. دلیل‌تراشی برای گزارش‌نکردن ناتوانی همکار، خروج از رفتار حرفه‌ای است؛ برای نمونه، با تشخیص به‌موقع و اقدام سریع برای بازتوانی می‌توان از مرگ اجتناب‌پذیر یک همکار به خاطر مصرف دوز بالای دارو پیشگیری کرد. همچنین، این باور که باید به پزشك وابسته به مواد مخدر یا الکل یا دچار اختلال ذهنی اجازه داده شود که از بیمارانی که به او سوءظن ندارند مراقبت کند، التزام به رفتار حرفه‌ای را مخدوش می‌سازد.

۳- ۶. نبود وجدان کاری

وجدان کاری، قبول مسئولیت حرفه و اساس تعهد حرفه‌ای است. پزشکی را در نظر بگیرید که خود را متعهد به انجام حداقل کار می‌داند. در این صورت، خلاصه‌ترین شرح حال را می‌گیرد یا به جای اینکه خودش رادیوگرافی را ببیند منتظر گزارش رادیولوژی می‌شود؛ به تلفن‌های بستگان بیمار جواب نمی‌دهد یا به جای اینکه بیمار را ببیند، چارت پزشکی او را می‌بیند؛ به جای استفاده از منابع معتبر علمی از نمایندگان شرکت‌های دارویی آخرین اطلاعات را می‌گیرند؛ افزون‌براین می‌توان به پزشکی اشاره کرد که وقت و انرژی زیادی برای پژوهش صرف می‌کند و نمی‌تواند مسئولیت‌های آموزشی‌اش را درست انجام دهد: دیر سر راند حاضر می‌شود؛ نمی‌تواند در جلسات مربیان با دانشجویان شرکت کند؛ مراقبت از بیماران را به کارآموزانی محول می‌کند که هنوز آماده‌ی انجام این مسئولیت بدون سرپرستی استاد نیستند؛ سؤال‌های آسان را انتخاب می‌کند؛ در کمیته‌ی کاری‌اش شرکت نمی‌کند یا در جلسات حاضر می‌شود اما در بحث‌ها شرکت نمی‌کند.

۳- ۷. تعارض منافع

تعارض منافع، موقعیتی است که در آن احتمال تأثیر نامطلوب منافع فردی بر هدف حرفه‌ای وجود دارد. این امر به‌خودیِ خود غیراخلاقی نیست؛ اما تصمیمی که پزشک می‌گیرد اخلاقی یا غیراخلاقی‌بودن آن را تعیین می‌کند. به دیگر سخن، تأثیرگذاشتن منافع فردی بر تصمیم‌گیری حرفه‌ای، نادرست و غیرحرفه‌ای است. اولین قدم

برای حل این مشکل تشخیص آن است. پزشك باید از قرارگرفتن در موقعیت‌هایی که منافع خودش را بالاتر از منافع بیمار قرار می‌دهد، اجتناب کند. تعدادی شایان توجه از مسائل مربوط به تعارض منافع، به اعتبار شغلی پزشکی صدمه زده‌اند؛ ازاین‌رو، باید برای آموزش دانشجویان پزشکی و نیز پزشکان در این زمینه کوشید و موارد تعارض منافع را در روابط پزشك- بیمار و پزشك- جامعه و ضرورت و شیوه‌ی اجتناب از آن را به آنان شناساند.

دریافت هدایا از تولیدکنندگان داروها یا تجهیزات پزشکی می‌تواند سبب تعارض منافع بالقوه شود. پزشك ممکن است ادعا کند که ارزش هدیه پایین بوده و تأثیری در تجویز دارو نداشته است؛ اما قبول هدایا به‌طور بالقوه این تأثیر ناخواسته را دارد؛ به‌ویژه اگر هدایا دارای ارزش مادی بالاتر باشد.

ارجاع بیمار برای انجام‌دادن تست‌های آزمایشگاهی، اقدامات تشخیصی یا درمانی به شرکت یا آزمایشگاهی که پزشك در آن منافع مادی دارد، نمونه‌ای بارز از تعارض منافع (ارجاع به خود) است. بیشتر پزشکانی که چنین منافعی دارند معتقدند که مشارکت آن‌ها دسترسی بیمار به مراکز یا کیفیت درمان را بهبود می‌بخشد؛ اما نتایج مطالعات نشان داده است در مواردی که پزشکان، سهام‌دار شرکت‌ها یا آزمایشگاه‌ها هستند، استفاده‌ی بیش‌ازحد از تست‌های تشخیصی و درمانی بیشتر دیده می‌شود. خودارجاعی ممکن است بر هزینه‌های مراقبت بیفزاید؛ همچنین می‌تواند بر رفاه جسمی و مادی بیمار اثرگذار باشد.

درمان نابجا، ویزیت‌های پی‌درپی در بیمارستان و مطب زمانی که برای پیگیری علائم یا وضعیت بیمار نیازی به آن‌ها نیست، محصول سوءمدیریت تعارض منافع هستند. اگر اضافه‌کار و حقوق پزشك با کاهش هزینه‌های بیمار از طریق محدودکردن دسترسی به مشاوره‌های فوق‌تخصصی و انتخاب‌های درمانی گران‌قیمت ارتباط مستقیم داشته باشد، پزشک را در تعارض منافعی قرار می‌دهد که می‌تواند منجر به عدم دسترسی بیمار به حد مطلوب مراقبت شود (۲).

۴. چهار محدوده‌ی رفتار حرفه‌ای

برای پزشکان طیفی از رفتارهای احتمالی را می‌توان پیش‌بینی کرد. در ذیل یک مدل فرضی از دسته‌بندی این رفتارها آورده شده است:

۴- ۱. رفتار ایده‌آل

- بخشندگی و گذشت در برابر همکاران، بیماران و خانواده‌ی بیماران؛
- نوع‌دوستی نسبت به دیگران؛
- خوش‌خلقی و انعطاف‌پذیری؛
- فروتنی نسبت به موفقیت‌های خود؛
- داشتن اشتیاق به آموزش یادگیرندگان و پرسش‌های ایشان؛
- دستگیری از بیماران، کارکنان و مشاوران؛
- خدمت بیشتر از میزان وظایف تعیین‌شده؛
- فرونشاندن عصبانیت و اضطراب بیماران و کارکنان؛
- الگو بودن در داخل و خارج از محیط کار؛
- انجام‌دادن کارِ درست فقط به دلایل اخلاقی.

۴- ۲. رفتار مطلوب

- به‌موقع رسیدن و آماده‌شدن برای کار؛
- اولویت‌دادن به منافع بیمار؛

- تکمیل مراقبت بیمار قبل از مرخص‌کردن آن‌ها؛
- حفاظت از منافع و رازداری بیمار؛
- برخورد محترمانه با بیماران و خانواده‌ی آن‌ها، کارکنان، همکاران؛
- آموزش سایر اعضای تیم (دانشجویان، کارکنان، دستیاران)؛
- بحث درباره‌ی مسائل مشکل (انتخاب‌های درمانی، تصمیم‌گیری، خاتمه‌ی حیات، حقیقت‌گویی) به شکل مهربانانه با بیمار، خانواده و سایر کارکنان؛
- پذیرش انتقادهای استادان و کارکنان با گشاده‌رویی.

۴- ۳. رفتار نامطلوب

- دیررسیدن یا دیر آماده‌ی کار شدن؛
- افشای اطلاعات بیماران؛
- عدم مسئولیت‌پذیری در مراقبت از بیمار؛
- بیان کلمات یا اطلاعات اهانت‌آمیز و آزاردهنده؛
- پذیرش هدایای در خور توجه از شرکت‌های دارویی؛
- انجام‌دادن اقدامات پزشکی غیرجراحی بدون اخذ رضایت معتبر از بیمار؛
- ارجاع به خود؛
- تبعیض میان دانشجویان یا بیماران براساس نژاد، جنس، مذهب یا سایر خصوصیات عینی؛
- تعامل غیرمحترمانه با بیماران، خانواده‌ی آن‌ها یا کارکنان؛
- ذکر نامناسب نام یا نادیده‌گرفتن زحمات دیگران در آموزش یا تحقیق؛
- اجرانکردن توصیه‌ها یا تعالیم استاد؛
- تغییر برنامه‌ها به نفع خود؛
- استفاده از نوع‌دوستی به‌عنوان بهانه در سرباززدن از سایر وظایف.

۴- ۴. رفتار قبیح

- رهاکردن بیمار؛
- دردسترس‌نبودن در زمان تماس؛
- دروغ‌گویی مکرر، تقلب یا دزدی؛
- سوءمصرف مواد یا اعتیاد؛
- درس‌نگرفتن از خطای گذشته؛
- ایجاد خطر تهدیدکننده برای سلامت بیمار یا کارکنان؛
- توهین زبانی یا جسمی به بیماران، خانواده‌ی آن‌ها یا کارکنان؛
- تحریف در گزارش‌های پزشکی یا داده‌های پژوهش؛
- دزدی دارو یا وسائل پزشکی؛
- تعرض جنسی به بیمار یا همکاران (۲و۸).

۵. آموزش و ارزشیابی حرفه‌مندی

رفتار حرفه‌ای طی دهه‌ی اخیر به‌طور ویژه در کانون توجه مسئولان آموزش پزشکی قرار گرفته است و توانمندی مهم و باارزشی در آموزش پزشکی محسوب می‌شود. در پروژه‌ی اهداف دانشکده‌های پزشکی[1] آمده است که هدف آموزش پزشکی باید تربیت پزشکان باسواد، متبحر، نوع‌دوست و مسئولیت‌پذیر باشد. انجمن ارزیابی کیفیت برنامه‌های دستیاری پزشکی آمریکا[2] نیز حرفه‌مندی را یکی از توانمندی‌های عمومی برای دستیاران دانسته و بیان کرده است از دستیاران توقع می‌رود

1. Medical School Objectives Project
2. Accreditation Council on Graduate Medical Education (ACGME)

احتـرام، دلسـوزی، شـرافت، پاسـخ‌گویی بـه نیـاز بیمـاران و جامعه و تقدم‌داشـتن آن بـر منافع خود، مسـئولیت‌پذیری در قبـال بیمار، جامعـه و حرفه‌ی پزشـکی و تعهـد به ارتقـای توانمندی‌هـای علمی و مهارتی را در رفتار خود نشان دهند.

شـورای عمومـی پزشـکی انگلسـتان در راهنمای طبابـت خـوب[1]، اصـول و ارزش‌هایی را کـه طبابت خوب بر آن‌ها پایه‌ریزی شده و در عمل دستورالعملی بـرای حرفه‌منـدی اسـت، بـرای راهنمایـی طبابت پزشـکان تدویـن کـرده اسـت. مسـتند «پزشـکان فـردا»[2] نیـز درسـتکاری و رابطه‌ی مناسـب بـا بیمار را از پیامدهـای ضـروری آموزش پزشـکی می‌داند. امـروزه، حرفه‌مندی به‌عنوان جـزء ضروری در طرح درس آمـوزش پزشـکی پذیرفته شـده و پژوهش‌ها و مقاله‌های فراوانی به نحوه‌ی آموزش و ارزشـیابی آن پرداخته‌اند (۲).

توجیه اساسـی برای تدریـس حرفه‌مندی و اخلاق پزشـکی بالینـی برپایـه‌ی مشـارکت در مراقبـت از بیمار اسـت؛ بنابراین هدف اصلی آن ارتقای کیفیت مراقبـت از بیمار در طول مراقبـت و نتیجه‌ی درمان اسـت. اگر پزشکان جوان مجهز به توانایی‌های مورد نیاز اخلاقی در روند درمانی بیمارانشان باشند، شأن بیماران نیز حفظ می‌شود (۶).

۵- ۱. تدریس اخلاق پزشکی و پروفشنالیسم

تدریس اخلاق پزشـکی و پروفشنالیسم دارای چند محور است:

۵- ۱- ۱. اهمیت پروفشنالیسم پزشکی

- می‌توانـد چرخـه‌ی بی‌اعتمـادی عمومـی و بی‌احترامی به پزشکان و پزشکی را از بین ببرد؛
- می‌توانـد بـه حرفـه‌ی پزشـکی و پزشـکان بـرای کسـب زمینه‌هـای اخلاقی در کشـاکش مداوم با پرداخت‌کننـدگان مالی (سـازمان‌های مراقبتی یا دولت‌ها) کمك کند؛
- می‌توانـد رونـد و نتیجـه‌ی مراقبـت از بیمـاران را بهبود بخشد (۶).

۵- ۱ - ۲. چرایی ضرورت تدریس این درس

- شـناخت قلمـرو مباحـث اخلاقـی در پزشـکی و جنبه‌های مختلف پروفشنالیسم؛
- آگاهـی از ارزش‌هـا (خـود/ بیمـار/ اجتماعـی/ حرفه‌ای) و تعارضات اخلاقی؛
- کسـب دانش درباره‌ی قوانین، الزامات حرفه‌ای و اصول اساسی اخلاقی؛
- کسـب مهـارت در اسـتدلال‌های بالینـی و تصمیم‌گیری با استفاده از اصول و چارچوب‌های اخلاقی و الزامات حرفه‌ای؛
- آشناکردن دانشجویان با دانش ضروری و کاربردی دربـاره‌ی مباحثی کـه اغلب در ارتبـاط با بیماران رخ می‌دهد؛ این مباحث شـامل رضایت آگاهانه، حقیقت‌گویـی، رازداری، حفاظت از انسـان‌ها در تحقیقات و مراقبت‌های پایان حیات اسـت؛ البته تنها به این موارد ختم نمی‌شود.
- تشـویق دانشـجویان برای بناکـردن آموخته‌های خـود در طـول عمـر برپایه‌هـای اخلاق پزشـکی بالینی؛
- معرفـی اهمیـت ارتباط پزشـك و بیمـار و راه‌های برقـراری ارتبـاط و تصمیمـات اخذشـده در ایـن ارتباط؛
- پیشـرفت مهارت‌هـای ارتباطـی بـرای افزایـش

1. Good Medical Practice
2. Tomorrow's Doctors

رابطه‌ی بیمار و پزشك برای حل تعارضات؛

- آگاهی از تخصیص منابع سلامتی، عدالت و نقش پزشك در حمایت از تغییرات سازمانی؛
- تحریك و تشویق دانشجویان برای آگاهی و متمایزنمودن رفتارهای حرفه‌ای/ غیرحرفه‌ای همتایان و همکاران و الگوها؛
- بینش و فراست بر ویژگی‌های شخصی و اشراف بر قوت‌ها و ضعف‌ها و به‌کاربستن آن‌ها در کار گروهی و بالینی؛
- یادگیری استراتژی‌های ممانعت از رفتارهای غیرحرفه‌ای (۶، ۹، ۱۰).

۶. اهمیت تعهدات حرفه‌ای از دیدگاه اسلام

ارزش هر علم به شرافت موضوع و غایت آن علم بستگی دارد؛ هر چه موضوع علمی پراهمیت و غایت آن مقدس‌تر باشد، آن علم از ارزش و اهمیتی بیشتر برخوردار خواهد بود. موضوع دانش پزشکی، بدن انسان و هدف آن تأمین سلامتی و تندرستی آدمی است. اهمیت سلامتی و حیات انسان در اسلام به حدی است که اگر انجام‌دادن برخی فرایض و تکالیف به صحت و سلامت انسان لطمه بزند، نه‌تنها انجام‌دادن آن‌ها از نظر شرع لازم نیست، بلکه در چنین شرایطی انجام‌دادنشان حرام است.

پزشك همواره با انسان‌ها سروکار دارد؛ انسان‌هایی بیمار و رنج‌دیده که خود را در اختیار پزشك قرار می‌دهند و به توجه و مراقبت او نیاز فراوان دارند. واضح است شرافت والای این حرفه برای شاغلان آن مسئولیت‌های سنگینی ایجاد می‌کند. از امام حسین(ع) روایت شده که حضرت مسیح(ع) فرموده است: «کسی که مداوای شخص زخمی را ترك کند به ناچار شریك زخم‌زننده است و چون زخم‌زننده خواستار فساد مجروح است، کسی که از درمان او دوری کند خوبی او را نمی‌خواهد؛ پس اگر خوبی او را نمی‌خواهد به‌ناچار خواستار فسادش شده است» (۲). جهت تبیین اهمیت حرفه طبابت در دین مبین اسلام، مواردی از اجزاء حرفه‌مندی که در احادیث اسلامی نیز مورد تاکید قرار گرفته‌اند در ادامه آمده است.

۶- ۱. تعالی شغلی

اگر پزشک نادان و غیرمتبحر به مداوای مریض بپردازد و به جای اصلاح سبب فساد شود، از نظر عقلی و عرفی و شرعی مسئول است. بنابر قاعده‌ی ضمان باید دیه‌ی خطا را بر هر تلف‌شده‌ای ضمانت کرد. این امر بین فقها نیز متداول است. پیامبر اکرم(ص) در لزوم تبحر و تعالی شغلی پزشکان می‌فرمایند: «کسی که بدون اطلاع کافی از علم طب، طبابت کند، ضامن است» (۲)؛ ازاین‌رو، پزشک باید همیشه در حفظ دانش و توانمندی خود و ارتقای آن بکوشد. از امامان معصوم(ع) ما نقل شده است که فرموده‌اند: «مطالب سودمند را یاد بگیرید؛ زیرا دانش گمشده‌ی مؤمن است. پس آن را طلب کنید، گر چه نزد مشرك باشد؛ چرا که شما مستحق و اهل آن هستید نه آنان» (۲).

۶- ۲. امانت‌داری، خوش‌رویی و دوری از تکبر

امام صادق(ع) می‌فرمایند: «هر صاحب صنعت و حرفه‌ای برای مورد توجه واقع‌شدن به سه خصلت نیاز دارد: در کار خود حاذق و ماهر باشد، در آن کار حق امانت را ادا کند و نسبت به مراجعان خوش‌رو و مهربان باشد.» حدیث امام صادق(ع) ناظر به ضرورت درستکاری و شرافت پزشکان و تعالی شغلی

و نوع‌دوستی ایشان است. در ضرورت اجتناب از تکبر و خودپسندی، امام رضا(ع) از امام علی(ع) نقل می‌فرمایند: «اثر بارز علم که برای تو بس است خشیت از خداوند است» (۲). اگر علم منشأ عُجب و خودپسندی شود این خود نشانه‌ی جهل است و حکایت از آن دارد که علم به معنای واقعی برای انسان حاصل نشده است. امام صادق(ع) می‌فرماید: «اثری که علم از خود می‌گذارد خشیت الهی است و کسی که از خشیت الهی بهره‌ای نداشته باشد، نمی‌توان او را عالم خواند، هر چند در مسائل علمی موشکافی کند» (۲).

امام باقر(ع) نیز می‌فرمایند: «سه صفت و حالت انسان را به هلاکت و عذاب می‌کشاند: حرص و طمعی که انسان از آن اطاعت کند، هوی و هوسی که از آن پیروی شود و خودبینی و خودپسندی آدمی» (۲).

۶- ۳. پزشک ناتوان

بر پزشک لازم است به هنگام نیاز و ضرورت، آنچه را که از دیگران می‌خواهد انجام ندهند، خود مرتکب نشود و آنچه را به دیگران توصیه می‌کند، خود انجام دهد و اگر قدرت نداشت خودش را قبل از دیگران معالجه کند؛ پس به‌درستی که ناصح برای دیگران نیست.

از حضرت عیسی(ع) روایت شده که فرموده‌اند: «پس وقتی دیدید که طبیبی دردی به خودش رسیده به او شک و تردید کنید و بدانید که این طبیب خیرخواه غیر نیست» (۲).

۶- ۴. تقوا

امام علی(ع) می‌فرمایند: «کسی که بیماران را طبابت می‌کند باید تقوای الهی پیشه کند و خیرخواه باشد و برای بهبودی بیمار تلاش کند» (۲). از این حدیث بر می‌آید که پزشک باید وارسته، بریده از هوای نفس، فداکار و مسئولیت‌پذیر باشد. به واسطه‌ی تقوای الهی، غش، دشمنی، دغل‌بازی، سهل‌انگاری و تعلل در درون انسان باقی نمی‌ماند و به وسیله‌ی تقواست که انسان برای واجبات شرعی و انسانی‌اش اقدام می‌کند.

امیرالمؤمنین علی(ع) صفات متقین و پارسایان را این‌گونه بیان می‌کند: «سخنانشان راست، منش آنان میانه‌روی، راه‌رفتنشان با تواضع و فروتنی، مردم از آزارشان در امان، درخواست‌هایشان اندک، نفسشان عفیف و دامانشان پاک است. از طمع پرهیز می‌کنند و اعمال نیکو انجام می‌دهند. بردباری را با علم، و عمل را با سخن درمی‌آمیزند. مردم به خیرشان امیدوار و از آزارشان در امان‌اند. نیکی‌های آنان به همه رسیده است و ستمکار خود را عفو می‌کند. مردم را با لقب‌های زشت نمی‌خوانند، در مصیبت‌های دیگران شاد نمی‌شوند، در کار ناروا دخالت نمی‌کنند، از محدوده‌ی حق خارج نمی‌شوند» (۲).

به لحاظ برتری ذاتی پزشکان در رابطه با بیمار، شرایط بسیاری برای سوءاستفاده از قدرت رخ می‌دهد و ممکن است حرص و طمع سبب ترجیح منافع پزشک بر منافع بیمار شود؛ ازاین‌رو، شایسته است پزشک تقوا پیشه کند و به مراقبه‌ی نفس خود بپردازد و قبل از هر اقدام، انگیزه‌ی خود را از هر تصمیم ارزیابی کند. استمرار و توکل به لطف خداوند لازمه‌ی موفقیت در این مراقبه و خودارزیابی است. خداوند در قرآن از زبان یوسف پیامبر(ص) می‌فرماید: «من هیچ‌گاه نفس خود را از تمایل به

گناه مبرا نمی‌دانم، به حقیقت نفس، آدمی را به اعمال ناروا وادار می‌کند؛ مگر اینکه لطف و رحمت پروردگارم مانع آن شود. به‌راستی، پروردگارم آمرزنده و مهربان است»[1] (۲).

۷. مباحث حقوقی

قانون به اقتضای ماهیت حقوقی تعریف ضابطه‌ای از مسئولیت پزشکی دارد. با توجه به اینکه قانون کف اخلاق و به بیانی پشتوانه‌ی اخلاق است، برخی موارد اخلاقی در حرفه‌ی پزشکی که اهمیتی فراتر از توصیه‌های صنفی داشته، لباس حقوقی بر تن کرده و در صورت رعایت‌نکردن این نکات، مجازات‌هایی برای آن‌ها تعیین شده است (۲، ۱۱).

۷- ۱. نوع‌دوستی

براساس بند اول ماده‌واحد قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومان و رفع مخاطرات جانی سال ۱۳۵٤ «هرکس شخصی یا اشخاصی را در معرض خطر جانی مشاهده کند و بتواند با اقدام فوری خود یا کمک‌طلبیدن از دیگران یا اعلام فوری به مراجع یا مقامات صلاحیت‌دار از وقوع خطر یا تشدید نتیجه‌ی آن جلوگیری کند بدون اینکه با این اقدام، خطری متوجه خود او یا دیگران شود یا به وجود استمداد یا دلالت اوضاع و احوال بر ضرورت کمک، از اقدام به این امر خودداری کند، به حبس جنحه‌ای یا جزای نقدی تا پنجاه هزار ریال محکوم خواهد شد. در این باره اگر مرتکب از کسانی باشد که به اقتضای حرفه‌ی خود می‌توانست کمک مؤثری بکند به حبس جنحه‌ای از سه ماه تا دو سال یا جزای نقدی از ده هزار ریال تا یک‌صد هزار ریال محکوم خواهد شد» (۱۲).

مسئولان مراکز درمانی، اعم از دولتی یا خصوصی که از پذیرفتن شخص آسیب‌دیده و اقدام به درمان او یا کمک‌های اولیه امتناع کنند به حداکثر مجازات ذکرشده محکوم می‌شوند.

بنابر ماده‌ی ۱۲ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته «شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلف‌اند در مواقعی که به‌منظور پیشگیری از بیماری‌های واگیر یا در هنگام بروز بحران و سوانح از سوی سازمان نظام پزشکی یا مراجع قانونی ذی‌ربط اعلام می‌شود، همکاری ممکن و لازم را معمول دارند» (۱۱).

طبق ماده‌ی ۲۷ همین آیین‌نامه «شاغلان حرفه‌های پزشکی مکلف‌اند در موارد فوریت‌های پزشکی اقدامات مناسب لازم را برای نجات بیمار بدون فوت وقت انجام دهند» (۱۱).

۷- ۲. وظیفه‌شناسی

بنابر ماده‌ی ۱۸ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته «پزشک معالج مسئول ادامه‌ی درمان بیمار خود در حد توانایی و تخصص به استثنای موارد ضروری است، مگر اینکه بیمار یا بستگان او مایل نباشند» (۱۱).

براساس ماده‌ی ۲۳ همین آیین‌نامه «نظارت بر امور فنی مؤسسات پزشکی در تمام ساعت‌ها بر عهده‌ی مسئولان فنی آن‌هاست» (۱۱).

همچنین در ماده‌ی ۲۸ این آیین‌نامه آمده است «مسئولان فنی مؤسسات پزشکی اعم از دولتی، خصوصی و خیریه مکلف‌اند علاوه بر قوانین و

---

۱. قرآن کریم، سوره‌ی یوسف، آیه‌ی۵۳.

مقـررات موجـود در آیین‌نامه‌هـای مصـوب وزارت بهداشـت، درمان و آموزش پزشـکی و سازمان نظام پزشـکی، ضوابط علمی و حرفه‌ای ذی‌ربط را رعایت کنند» (۱۱).

۷- ۳. تعالی شغلی

بنابـر مـاده‌ی ۲۵ آیین‌نامـه‌ی انتظامی رسـیدگی بـه تخلفات صنفـی و حرفـه‌ای شـاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته «به‌کارگیری و استفاده از افراد فاقد صلاحیـت در امـور پزشـکی و حرفه‌های وابسـته در مؤسسات پزشکی و مطب ممنوع است» (۱۱).

براسـاس قانـون آموزش مـداوم جامعه‌ی پزشـکی کشـور مصوبـه‌ی ۱۳۷۵/۳/۱ مجلـس شـورای اسـلامی، ماده‌ی ۱، به‌منظور ارتقای سـطح دانش و مهارت‌های شـغلی جامعه‌ی پزشـکی کشور، وزارت بهداشـت، درمان و آموزش پزشـکی موظف است از تاریخ لازم‌الاجراشدن این قانون، با همکاری سازمان نظـام پزشـکی جمهوری اسـلامی ایران، نسـبت به آمـوزش مـداوم جامعه‌ی پزشـکی کشـور (پزشـك، دندان‌پزشـك، دکتـر داروسـاز، دکتـرای حرفـه‌ای و متخصصـان علـوم آزمایشـگاهی تشـخیص طبی و دکتـرای علـوم بهداشـتی) و برگـزاری و ارزشـیابی آمـوزش مداوم ایـن جامعـه، در طول هر پنج سـال اقدام کند (۱۳).

۷- ۴. شرافت و درستکاری

براسـاس ماده‌ی ۳ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسـیدگی بـه تخلفات صنفـی و حرفـه‌ای شـاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسـته «شـاغلان حرفه‌های پزشکی باید طبـق موازیـن علمـی و شـرعی و قانونی بـا رعایت نظامات دولتی، صنفی و حرفه‌ای انجام وظیفه کرده و از هرگونـه سـهل‌انگاری در انجـام وظایـف قانونی بپرهیزند» (۱۱).

ماده‌ی ۶ همین آیین‌نامـه تصریح می‌کند: «انجام امور خلاف شئون پزشکی توسط شاغلان حرفه‌های پزشـکی ممنوع اسـت و باید از ارتـکاب کارهایی که موجـب هتـک حرمـت جامعه‌ی پزشـکی می‌شـود خودداری کنند» (۱۱).

همچنین در ماده‌ی ۱۱ این آیین‌نامه آمده اسـت: «حرفه‌های پزشـکی و وابسـته حق ندارند از بیماران هیچ‌گونه وجه یا مالی را، علاوه بر وجوهی که توسط مسـئولان مؤسسـه‌ی درمانی ذی‌ربط طبق مقررات دریافت می‌شود، وصول نمایند» (۱۱).

طبق ماده‌ی ۵ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی «هیچ‌یک از مؤسسـات پزشـکی و دارویی و صاحبان فنون پزشکی و داروسازی و سایر مؤسسات مطـرح در ماده‌ی اول این قانون، حق انتشـار آگهی تبلیغاتـی را که موجب گمراهی بیمـاران یا مراجعان به آن‌ها شـود یا به تشخیص وزارت بهداری بر خلاف اصول فنی و شـئون پزشـکی یا عفت عمومی باشـد ندارند و استفاده از عناوین مجهول و خلاف حقیقت روی تابلو و سر نسخه یا طرق دیگر و دادن وعده‌های فریبنده ممنوع است» (۱۴).

بنابـر مـاده‌ی ۱۴ آیین‌نامـه‌ی انتظامی رسـیدگی بـه تخلفات صنفـی و حرفـه‌ای شـاغلان حرفه‌های پزشـکی و وابسـته «جذب بیمار به‌صورتی‌که مخالف شـئون حرفه‌ی پزشـکی باشـد و همچنیـن، هر نوع تبلیـغ گمراه‌کننـده از طریـق رسـانه‌های گروهی و نصـب آگهی در اماکن و معابر، خارج از ضوابط نظام پزشکی ممنوع است. تبلیغ تجاری کالاهای پزشکی و دارویـی از سـوی شـاغلان حرفه‌هـای پزشـکی، همچنیـن، نصب اعلانات تبلیغی که جنبه‌ی تجاری

دارند، در محل کار آن‌ها مجاز نیست» (۱۱).

افزون‌براین در ماده‌ی ۱۵ آن آمده است: «انتشار مقالات و گزارش‌های پزشکی و تشریح مطالب فنی و حرفه‌ای که خارج از ضوابط علمی پزشکی بوده و جنبه‌ی تبلیغاتی گمراه‌کننده داشته باشد، ممنوع است» (۱۱). در ماده‌ی ۱۶ این آیین‌نامه تصریح شده «استفاده‌ی شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته از عناوین علمی و تخصصی غیرتأییدشده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ممنوع است» (۱۱).

طبق ماده‌ی ۵۳۹ قانون مجازات اسلامی، هرگاه طبیب برای معافیت شخصی از خدمت در ادارات رسمی یا نظام وظیفه یا برای تقدیم به مراجع قضایی، درباره‌ی آن شخص تصدیق‌نامه‌ای بر خلاف واقع بدهد به حبس از شش ماه تا دو سال یا سه تا دوازده میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شد» (۱۵).

۷- ۵. احترام

براساس ماده‌ی ۴ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته «شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته، حق افشای اسرار و نوع بیماری بیمار، مگر به موجب قانون مصوب مجلس شورای اسلامی را ندارند» (۱۱).

۷- ۶. عدالت

بنابر ماده‌ی ۷ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته «تحمیل مخارج غیرضروری به بیماران ممنوع است» (۱۱). همچنین در ماده‌ی ۱۷ این آیین‌نامه آمده است: «تجویز داروهایی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در فارماکوپه (فهرست دارویی کشور) اعلام نشده باشد، بدون توجیه علمی مورد تأیید توسط سازمان نظام پزشکی یا انجمن‌های علمی‌تخصصی مربوط، مجاز نمی‌باشد» (۱۱).

۷- ۷. تعارض منافع

براساس ماده‌ی ۱۳ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای حرفه‌های پزشکی و وابسته «جذب و هدایت بیمار از مؤسسات بهداشتی‌درمانی دولتی و وابسته به دولت و خیریه به مطب شخصی یا بخش خصوصی اعم از بیمارستان و درمانگاه و... و بالعکس به‌منظور استفاده‌ی مادی توسط حرفه‌های پزشکی و وابسته ممنوع است» (۱۱).

همچنین در ماده‌ی ۲۰ این آیین‌نامه آمده است: «فروش دارو، محصولات آرایشی و بهداشتی، تجهیزات و لوازم پزشکی و محل طبابت توسط شاغلان حرفه‌های پزشکی بدون اخذ مجوز رسمی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ممنوع است» (۱۱).

۸. نتیجه‌گیری

بحث نظری درباره‌ی تعریف و شناخت اجزای تعهد حرفه‌ای در پزشکی در نیمه‌ی راه خویش است. به نظر می‌رسد که نمی‌توان تعهد حرفه را بدون برشمردن اجزای متعدد آن و ارائه‌ی تعریفی برای هر جزء به‌طور کامل تعریف کرد. با وجود اینکه در حال حاضر تعریف ارائه‌شده از سوی بورد طب داخلی آمریکا بیشترین مقبولیت عمومی را به دست آورده، لیکن مشارکت تمامی رشته‌های علوم بالینی

و پایـه برای دسترسـی بـه تعریف جامع لازم اسـت. سـازمان‌های معتبر فارغ‌التحصیلی و سـازمان‌های حرفـه‌ای در پزشـکی بر این باورند کـه دانش اخلاق پزشـکی و اسـتفاده‌ی کاربـردی از مهارت‌هـای اسـتدلال‌های اخلاقـی بالینـی از اجـزای اساسـی پزشك‌بودن است. اخلاق پزشکی و پروفشنالیسم در دانشـکده‌های پزشکی تدریس می‌شـود؛ بااین‌حال دربـاره‌ی اینکه آیـا تدریس ایـن درس موجب بهبود کیفیت مراقبت از بیماران گشـته یـا اینکه آیا ارتباط بیمار و پزشك تحکیم یافته است، اطلاعات محدودی وجـود دارد. علی‌رغـم اینکه در پیونـد با هدف غایی پروفشنالیسـم که خلق پزشـك خوب اسـت، اجماع نظـر وجـود دارد و در پزشـکی آکادمیـك بر ضرورت آمـوزش پروفشنالیسـم به دانشـجویان و دسـتیاران پزشکی به‌صورت گسـترده توافق شده، نکته‌ی مهم این است که دانشجویان پزشکی و دستیاران در طی آموزش خود تعارضات اخلاقی را تجربه کنند و نسبت به ارزش‌ها و اهداف پروفشنالیسـم و آموزش اخلاق خوش‌بین باشـند و به حرفه‌مندی، تمایل، احساس نیاز و باور داشته باشند تا رفتار و نگرش‌های لازمه‌ی یک پزشک خوب را کسب کنند و مورد اعتماد جامعه باقی بمانند.

توضیح نمونه‌ی اول

ایـن موقعیـت، نمونه‌ی تعارض منافع اسـت که در آن وظیفـه‌ی حرفـه‌ای در تعارض با منافع شـخصی پزشـک قرار گرفته است. براسـاس اصل نوع‌دوستی پزشـک موظف اسـت منافـع بیمار را بـر منافع خود ترجیـح دهد؛ البتـه این بـه منزلـه‌ی رعایت‌نکردن اصـول ایمنـی و وظیفه‌ی سـازمان در فراهـم‌آوردن امکانـات ایمنـی بـرای کارکنـان خدمـات سـلامت نیسـت. باوجوداین، مـا اغلـب بـرای اجتنـاب از صدماتی که ممکن اسـت متوجه ما شود، پیامدهای نامطلـوب وظیفـه‌ی حرفـه‌ای خـود را بیـش از حد واقعی تخمین می‌زنیم و به این شـکل پرهیز از انجام وظیفه‌ی حرفـه‌ای خود را توجیـه می‌کنیم. بیماران برای سـلامتی خود به خدمـات ما نیاز دارنـد و ما با انتخـاب این حرفه پذیرفته‌ایم که این خدمات را ارائه دهیـم. هر حرفـه در موقعیت‌هایی خاص درجاتی از خطر را برای ارائه‌ی خدمات خود می‌پذیرد؛ به‌عنوان مثـال، در اپیدمی‌های واگیر مثل آنفولانزا و سـارس حتی خود پزشکان نمی‌پذیرند که از مراقبت بیماران مبتلا سـر باز زنند. در این نمونه، انترن برای مراقبت از بیمار موظف به انجام‌دادن ABG با رعایت اصول حفاظتی و ایمنی است.

توضیح نمونه‌ی دوم

طبـق اصـل مسـئولیت‌پذیری و وظیفه‌شناسـی پزشـك موظف است از تداوم مراقبت از بیمار و حفظ اطلاعات مربوط به بیماری او اطمینان حاصل کند؛ بنابرایـن، رزیدنـت بیمار مسـئول حفـظ و نگه‌داری MRI بیمـار اسـت که بـه امانـت از او گرفته شـده اسـت. در این نمونه استاد به جای تذکر این اصل به دسـتیار و تأکید برای پیداکردن آن، هزینه‌ی اضافی تکـرار MRI دوبـاره را بـه بیمـار تحمیـل می‌کند. رزیدنت برای اجتنـاب از برهم‌خوردن نظم درمانگاه و معطل‌شـدن بیمارانـی کـه وقت ویزیت داشـته‌اند موظف بـود که برای ملاقـات همراه بیمـار و تحویل MRI، وقـت قبلی در نظـر می‌گرفت. موضوع دیگر مشاجره‌ی رزیدنت با پرستار بخش است که متناسب

با ارائـه‌ی خدمات گروهـی نبوده و نقـض احترام به همکار است.

یادداشت

نویسـندگان بیـان می‌دارنـد کـه بیشـتر محتوای مطالب ایـن بخش برگرفته و در خیلـی از موارد عیناً از دو منبـع اصلـی شـامل: درس‌نامـه‌ی تعهـدات حرفـه‌ای دانشـگاه علوم پزشـکی تهران، نوشـته‌ی دکتـر فریبا اصغری و کتـاب حرفه‌ای‌گری و برنامه‌ی درسی پنهان در آموزش پزشکی، نوشته‌ی دکتر نیکو یمانی، دکتـر طاهره چنگیز و دکتـر پیمان ادیبی از انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، جمع‌آوری شـده اسـت که بدین‌وسـیله از موافقـت و مجوز این نویسندگان محترم تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1. HCPC (Health Care and Professions Council)(2014). Professionalism in Healthcare Professionals. Research Report. Available at http://www.hpc-uk.org/assets/documents/10003771Professionalisminhealthcareprofessionals.pdf(accessed in 2014).

۲. بی‌نـا. (بی‌تـا). درس‌نامه‌ی تعهد حرفه‌ای دانشـگاه علوم پزشکی تهران. بی‌جا

Available at http://medicine.tums.ac.ir/filegallery/Professionalism.pdf (accessed in 2010)

۳. یمانـي، نیکو و همکاران. (بی‌تا). حرفه‌ای گری و برنامه‌ی درسـي پنهـان در آمـوزش پزشـكي. اصفهان: دانشـگاه علوم پزشكي اصفهان

Available at http://zums.ac.ir/files/education/Education_art/professionalism_and_hidden.pdf (accessed in 2018).

4. Swick, Herbert M. (2001). Professionalism: a Key to Weathering the Storm. Obstet Gynecol; 98 (1), 156-161.

۵. فراتـي كاشـاني، مهدی و همـكاران. (۱۳۸۹). «بررسـي تعهد حرفه‌اي دستياران تخصصي دانشگاه علوم پزشكي تهران از ديـدگاه بيماران»، مجله‌ی ایرانی تاریخ و اخلاق پزشـكي، ۳ (۴)، صص۴۶تا۵۶.

٦. قاسـم‌زاده، نازآفريـن و همـكاران. (۱۳۸۸). «اخـلاق حرفـه‌ای در آمـوزش پزشـکی»، در: دهمین اجلاس آسـیایی اخلاق زیسـتی و چهارمین نشست آسیا ـ اقیانوسیه یونسکو در حوزه‌ی اخلاق (مجموعه‌ی سخنرانی). تهران. صص۵۷و۵۸.

7. Agha, Riaz A. (2012). “Annals of Medicine and Surgery – Educating and Developing Leading Physicians and Surgeons”. Ann Med Surg. 1, P. 1–6

8. Frenk, Julio & et al. (2010). “Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World”. Lancet. 376 (9756), P. 1923-1958

9. . Eckles, Rachael E. & et al. (2005). “Medical Ethics Education: Where are we? Where should we be Going? A Review”. Acad Med. 80 (12), P. 1143-1152.

10. Huddle, TS. (2005). “Teaching Professionalism: Is Medical Morality a Competency?”. Academic Medicine. 80 (10), P. 885-891.

۱۱. سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۹۰). آیین‌نامـه‌ی انتظامي رسـيدگي بـه تخلفات صنفـي و حرفه‌اي شـاغلين حرفه‌هاي پزشكي و وابسته در سـازمان نظام پزشكي در قوانين پزشكي. تهران: پيشگامان توسعه. صص۵۳تا۶۱.

۱۲. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. «قانون مجـازات خـودداری از کمـک بـه مصدومین و رفـع مخاطرات جانی» مصوب ۱۳۵۴، دست‌یافتنی در http://rc. majlis. ir/fa/law/show/97285 (1392 تاریخ بازیابی)

۱۳. مرکـز پژوهش‌هـای مجلـس شـورای اسـلامی. «قانون آموزش مداوم جامعه‌ی پزشکی کشور»، دست‌یافتنی در http://rc. majlis. ir/fa/law/show/92667 (تاریخ بازیابی ۱۳۹۲)

۱٤ مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. «قانون مربوط به مقررات امور پزشكي و دارويي»، دست‌یافتنی در http://rc. majlis. ir/fa/law/show/94734 (تاریخ بازیابی ۱۳۹۲)

۱۵. منصـور، جهانگیـر. (۱۳۸۰). قانون مجازات اسـلامی. تهران: نشر دیدار

ارتباط پزشک و بیمار

دکتر نازآفرین قاسم‌زاده، دکتر سیدنصرالله سیار

معرفی نمونه‌ی اول

آقـای «ک» ۴۵ سـاله، مدیرعامـل کارخانـه، با درد شـدید در ناحیه‌ی شـکم به مطب دکتـر «م» (جراح) مراجعـه می‌کنـد. دکتر «م» بعد از معاینه‌ی کامل، با تشـخیص کوله سیستسـت حاد و بعـد از توضیحات کامل پیشـنهاد جراحی اورژانسی می‌دهد و آقای «ک» می‌پذیرد. جراحی لاپاراسکوپیک با موفقیت انجام می‌شـود و آقای «ک» بعد از بسـتری کوتاهی با حال عمومی خوب مرخص می‌شـود. بعد از دو هفته آقای «ک» وارد مطب دکتر «م» می‌شـود و بعد از احوالپرسـی‌های اولیه جعبه‌ای کوچک به‌عنوان هدیه به دکتر «م» می‌دهـد. درون جعبـه کلید یک اتومبیل گران‌قیمت اسـت. آقای «ک» توضیـح می‌دهد که در قبال آن هیـچ انتظـاری از دکتر «م» ندارد و صرفاً برای قدردانی از زحمات و برخورد انسـانی دکتر دوسـت دارد هدیه‌ای در شأن دکتر به او بدهد. دکتر «م» سکوت می‌کند.

معرفی نمونه‌ی دوم

خانم «س» ۴۵ سـاله دچار نارسـایی کلیه اسـت؛ اما به‌طور مکرر، در نوبت مقرر خود برای دیالیز مراجعه نمی‌کنـد و نیـاز به دیالیز اورژانسـی پیدا می‌کند. او همچنیـن، رژیم غذایی خود را نیـز رعایت نمی‌کند و داروهایـش را هـم مرتب اسـتفاده نمی‌کنـد. افزون‌براین، بـه دلیل مصرف مـواد مخدر چندیـن بار دچار مسـمومیت شـده و به کارکنـان بخش دیالیز حمله‌ور شـده و الفاظ ناشایسـت به‌کار برده اسـت. پزشـک نفرولوژیست با او قرار گذاشته است که اگر بیمار رژیم غذایی‌اش را رعایت کند و داروهایش را مرتب مصرف کند و سر موعد برای دیالیز بیاید و برای درمان سوءمصرف مواد به مراکز مربوطه یا روان‌پزشک مراجعه کند، دیالیز او را انجام خواهد داد. پس از مدتی به دلیل سرپیچی بیمار از قراری که با پزشک گذاشته، پزشک به او اعلام می‌کند که دیگر حاضر به ارائه‌ی خدمات درمانی به او نیست؛ البته فهرستی از نفرولوژیست‌های منطقه را هم به او ارائه می‌دهد. اکنون خانم «س» به سبب هیپرکالمی و نارسایی احتقانی قلب به اورژانس همان مرکز آورده شده است و نیاز به دیالیز اورژانس دارد. نفرولوژیست چه باید بکند؟ چرا؟

۱. مقدمه

طبـق تعریـف حرفـه‌ی پزشـکی مجموعـه‌ای از اقدامات، ارزش‌ها، رفتارها و توجهاتی است که برای حفظ منافع بیمار به‌عنوان فردی از کل جامعه به کار گرفته می‌شـود. ارتباط پزشـک و بیمـار یک مهارت بالینـی پایه اسـت و محـور تمامی اقدامـات بالینی اسـت. از میان چهار اصل بنیادین اخلاق پزشـکی، احترام به اتونومی بیـش از بقیه‌ی اصول در رابطه‌ی پزشـک و بیمار جلوه می‌کند. حساسیت و مسئولیت حرفـه‌ی پزشـکی ایجـاب می‌کند پزشـک در ارتباط خود بـا بیمار بسـیار محتاط و دقیق باشـد؛ ازاین‌رو ارتباطات حرفه‌ای در طب از اهمیتی بسزا برخوردار اسـت (۱). در واقع، ارتباط پزشك با بیمار جوهره‌ی اصلی طبابت اسـت. این ارتبـاط یك ارتباط دوطرفه و پویاسـت. برقراری ارتباط، لازمه‌ی کسب اطلاعات درباره‌ی بیماری و تشخیص صحیح و درمان مناسب اسـت. بیمار باید در حضور پزشـك احساس راحتی کند و به او اعتماد داشته باشد، از طرف دیگر، پزشك باید شـنونده‌ی خوبی باشد و با زبانی قابل فهم برای بیمار دربـاره‌ی بیماری‌اش و اقدامـات لازم، توضیح دهد تـا او در تصمیم‌گیری دربـاره‌ی بیماری خود با دیدی باز عمل کند. مهارت در این امر باعث رضایت بیمـار و پزشـك، همـکاری بهتر در درمـان و کاهش ادعای درمان نادرست می‌شود (۲).

هنگامی کـه بیماری برای کمك به پزشـك مراجعه می‌کند مقدمات ایجاد رابطه بین آنان آغاز می‌شود؛ در رابطه‌ی پزشـک و بیمار صداقـت مهم‌ترین عنصر تحکیـم اسـت. ایـن ارتباط بسـیار سـاده که منشـأ عبور از مسـیری کوتاه یا طولانی بـرای درمان بیمار اسـت، فراز و نشـیب‌های بسـیاری خواهد داشـت. نکات ریز و برجسـته‌ای که پیرامـون این رابطه وجود دارد، باعـث تقویت یـا تضعیف اهداف تشـخیصی-درمانـی می‌شـوند. توجـه بـه جوانب و نـکات مهم ایجاد رابطه‌ی صادقانه می‌تواند پزشـکان را در ایجاد رابطه موفق کرده و در نهایت از آنان یك پزشـك مبرز و موفق بسـازد. پزشـکان در موقعیت‌هـای خاص به تصمیم‌گیری‌هـای دقیـق و تعیین‌کننده نیـاز دارند (۳)؛ البتـه خصوصیات مسـأله و مشـکل بیمـار، از جمله نوع و شدت بیماری و همچنین، مکان فیزیکی که ارتباط در آن شـکل می‌گیرد (بیمارستان، مطب، خانه و...) در تعیین ارتباط پزشک و بیمار مؤثر است (۴).

دانشـجویان نیز در دوران تحصیل با طیفی وسـیع از بیمـاران، خانواده‌هـای آنـان، پزشـکان و سـایر ارائه‌کننـدگان خدمت تمـاس دارند؛ ازایـن‌رو، برای برقراری ارتباط بین‌فردی به کسب مهارت نیاز دارند. از طـرف دیگر، آن‌ها شـاهد تنوع سـنی، جنسـی، فرهنگی، وضعیـت اقتصادی‌اجتماعی، شـخصیت و ابعـاد روانـی، اعتقـادات مذهبـی و ادراك بیماران هسـتند. ایـن تنـوع، حساسـیت و انعطاف‌پذیـری پزشـك را می‌طلبـد تـا رضایت بیمـار و پزشـك را به ارمغان آورد (۲).

داشـتن ارتبـاط مناسـب با بیمـار، مسـتلزم ارتقاء دانش و نگرش در کنار مهارت است. دانش، مفاهیم پایـه‌ی برقـراری ارتبـاط (ماننـد مدل‌هـای ارتباط، پیام‌هـای مسـتقیم و غیرمسـتقیم، انـواع و عملکرد ارتباط غیرکلامی) و واژگان پایه را برای کسب مهارت ارائـه می‌کنـد. نگرش مناسـب شـامل درك اهمیت برقراری ارتباط مؤثر، نیاز بـه دیدن بیماران به‌عنوان

فـردی از افراد جامعه به جـای یك «مورد بیماری»[1] و همکاری با سـایر اعضای تیم مراقبت‌های سـلامتی اسـت (۲)؛ به‌عنـوان مثـال، کاسِـل[2] در ایـن زمینه معتقد اسـت «هر آنچه که پزشکان در گذشته همراه بـا مهر، همـدردی، صبر و از روی علاقه‌ی شـخصی انجـام می‌داده‌اند و توجـه اصلی آن‌ها بـه فرد بوده اسـت و نه بیمـاری، هم‌اکنـون دیگر به مسـأله‌های فرعی تبدیل شده است.»

پزشـکی به شـیوه‌ی علمـی و جسـت‌وجوی نتایج مبتنی بر شواهد، این خطر را به وجود آورده است که توجه اصلی پزشـکی به بیماری معطوف شود و نه به کلیت وجود یک فـرد (۵). اعتماد دوطرفه، پذیرفتن دیگـری و درک قابلیـت اثرگـذاری پزشـک به خاطر تخصص، از ملزمات ارتباط پزشـک- بیمار است. در این ارتباط، رفتار پزشـک همیشه باید توسط نگرانی او برای بیمارش کنترل شـود. پزشـکان همیشه باید حساسـیت احترام به اشـخاص، احترام بـه اتونومی و حـق محرمانگـی را در خـود تقویـت کننـد (۴) و مسـائلی چون: گرفتـن رضایت آگاهانـه، رازداری و حقیقت‌گویی را در این ارتباط مدنظر قرار دهند (۶).

۲. تاریخچه‌ی ارتباط پزشک و بیمار

مطرح‌شـدن موضـوع ارتبـاط پزشـک و بیمـار بـه سـوگندنامه‌ی بقراط بر می‌گردد. بقراط اولین کسی بود که مبانی اخلاقی را با طب در قالب سـوگندنامه درهم‌آمیخت. در ایـران امتزاج اخلاق و طب قدمتی دیریـن دارد و حتـی در برخـی متـون قدمـت آن به دوران قبـل از بقـراط می‌رسـد. به‌طوری‌کـه در آن دوران از اخلاق پزشـکی پارسـیان با عنوان «مدرن» یـاد می‌شـده اسـت. طـب باسـتان ایرانی بـا آیین زرتشـتی و تعلیمـات آن پیوند داشـت و پزشـکان در آن دوران از طبقـه‌ی روحانیـان انتخـاب می‌شـدند و طـب و الهیـات را هم‌زمـان تحصیـل می‌کردند. با ظهور اسـلام دانشـمندان مسـلمانی ماننـد ابوعلی سـینا و زکریای رازی گام‌های بزرگی در تلفیق اخلاق و طب برداشـتند. اولین بـار برزویه‌ی طبیب رابطه‌ی اخلاقـی بین پزشـک و بیمـار را مطرح کـرد. بعد از او زکریـای رازی در نامـه‌ای بـه یکی از شـاگردانش، در قالـب رسـاله‌ای کم‌بـرگ ولـی پر محتـوا و مفید، جوانـب مختلـف رابطـه‌ی پزشـک و بیمـار و حتـی وظایـف بیمـار در قبال پزشـک را برشـمرد. رازی در ایـن رسـاله به تفصیل بـه موضوع احتـرام به کرامت انسـانی، رازداری، رفتار همدلانه، آداب تجویز دارو، پیگیری بیمار بعد از مصـرف دارو، آداب درمان‌های مداخله‌ای و جراحی سـرپایی و حتی شـیوه‌ی رفتار با تهیدسـتان و افـراد عادی و ثروتمنـد و فرمانروایان پرداخته است (۷).

همچنیـن، ارتبـاط بیـن پزشـک و بیمار بـا «مدل بیمـاری»[3] غالـب در هـر دوره‌ی زمانـی، ارتباطـی عمیق داشته اسـت؛ به‌طور مثال، در قرن هجدهم، علائـم[4] همان بیماری بـود و مدل بیماری براسـاس تفسـیر علائـم شـخصی هر بیمـار شـکل می‌گرفته اسـت. لازمـه‌ی این مـدلِ علائم‌محـور، پرداختن به حفظ حاکمیت بیمار در این دوران بوده اسـت؛ اما با ظهور بیمارستان‌ها در اواخر قرن هجده و رشد سریع دانـش میکروبیولـوژی و مهارت‌هـای جراحی، مدل

1. Case
2. Cassell
3. Model of Illness
4. Symptoms

زیست‌پزشکی[1] بیماری، جایگزین مدل علائم‌محور شد و حاکمیت بیمار به حاکمیت پزشک بدل شد. اصطلاح «پزشک همچون دارو» که بَلینت[2] در سال ۱۹۶۴ ارائه کرد، حاکی از طبیعت دینامیک ارتباط پزشک و بیمار در نظر اوست؛ او معتقد است که قدرتمندترین وسیله‌ای که پزشک در اختیار دارد، خود اوست. او همچنین، اصطلاح «سرمایه‌گذاری دو طرفه»[3] را در ارتباط پزشک و بیمار مطرح کرده و بر این باور است که این سرمایه‌گذاری به مرور زمان به هر دو طرف (پزشک و بیمار) سود می‌رساند. در قرن نوزدهم و نیمه‌ی اول قرن بیستم نیز مدل قدیمی ارتباط پزشک- بیمار مبتنی بر وابستگی بیمار به سلطه‌ی حرفه‌ای پزشک ادامه یافت و باور چنین بود که بیمار از عملکردهای پزشک سود خواهد برد و لذا آنچه بیمار ترجیح می‌داد، اغلب مغلوب یا نادیده گرفته می‌شد. در طول نیمه‌ی دوم قرن بیستم، ارتباط پزشک و بیمار به‌صورت یک «مدل تصمیم‌سازی مشترک»[4] تکامل یافت که در این مدل، بیمار یک عامل خودمختار[5]، با باورها و ارزش‌های شخصی محسوب می‌شد. درست به همین دلیل است که بعضی نویسندگان، در پیش‌انداختن کلمه‌ی «بیمار» در اصطلاح «ارتباط بیمار- پزشک» تعمد داشته‌اند. به‌طور کلی، ارتباط پزشک- بیمار به نحوی است که بدون یکی، دیگری استقلال معنایی ندارد. بدون وجود بیمار، پزشک و علم پزشکی به کار نمی‌آید و بدون وجود پزشک و علم پزشکی نیز هیچ بیماری سودی عایدش نخواهد شد و تنها طبیعت است که به احوال او حکمرانی خواهد کرد. این چنین است که برخی نگارندگان مقاله‌ها، این ارتباط دوجانبه را یک ارتباط دوقطبی[6] نام نهاده‌اند (۸).

باور بر این است که انتظارات بیماران از پزشکان در نیمه‌ی دوم قرن بیستم به‌صورت شدیدی تغییر یافته است. این امر به واسطه‌ی تغییرات فرهنگی ایجاد شده که در نهایت رابطه‌ی میان پزشک و بیمار را تحت تأثیر قرار داده است. برای درک بهتر این موضوع بهتر است به گذشته بازگردیم و انتظارات و نوع رابطه در آن زمان را بررسی کنیم. پزشکان در گذشته واژه‌ی «بیمار» را برای مشتریان خود از طبقه‌ی بالای جامعه که می‌توانستند دستمزد آن‌ها را بپردازند، به کار می‌برده‌اند؛ درحالی‌که برای دیگران که توانایی پرداخت دستمزد آن‌ها را نداشتند از واژه‌هایی دیگر چون: «مریض فقیر و بیچاره» استفاده می‌کرده‌اند. کتاب توماس پرسیوال[7] که در سال ۱۸۰۳ و در زمینه‌ی اخلاق پزشکی نوشته شده تأثیری بسیار مهم در پی داشته است؛ زیرا در این کتاب تمام افراد مریض «بیمار» خطاب شده و توصیه شده است که تمام افراد جدای از موقعیت و جایگاهشان باید احترام برابری دریافت کنند و برای همگان باید التزامات اخلاقی یکسانی به کار گرفته شود. در کتاب پرسیوال همچنین، به ویژگی‌های شخصیتی یک پزشک شایسته نیز اشاره شده است. به اعتقاد او پزشک باید تعادلی میان ترحم و قدرت برقرار کند و عطوفت و استقامت را یک‌جا بیامیزد.

امروزه، باور بر این است که پزشک باید در برابر

1. Biomedical Model
2. Balint
3. Mutual Investment
4. Shared Decision Making Model
5. Autonomous Agent
6. Dimer
7. Thomas Percival

احساسات و عواطف بیمار نیز حساسیت نشان دهد و از ترس‌ها و اضطراب‌های او آگاه باشد و به جای درمان صِرفِ بیماری فرد، به کلیت او توجه شود؛ البته در برخی کتب اخلاق پزشکی تحلیلی و خیراندیشانه‌ی معاصر، برخی از چنین انتظاراتی بی‌جا و تعدادی نیز ناشی از فروتنی انگاشته شده‌اند.

طبق نوشته‌های پرسیوال، پزشک باید اعتمادبه‌نفسی همراه با صمیمیت داشته باشد و شرایط بیمار خود را دوستانه زیر نظر بگیرد و در صورت بروز رویدادی تأسف‌بار به نرمی و عطوفت اعضای خانواده‌ی او را برای پذیرش آن متقاعد سازد. به اعتقاد او، نباید اطلاعات بسیار پیچیده در اختیار مریض قرار داده شود. از گذشته‌های دور به پزشکان آموخته‌اند که همواره امید و روحیه‌ی بیماران خود را بالا نگه دارند و با بازگونکردن رویدادهای ناخواسته، مانع از اضطراب و نگرانی آن‌ها شوند. به پزشکان توصیه می‌شده است که «عمر بیماران نه‌تنها در اثر اتفاقات و واقعیات، بلکه در اثر گفته‌های پزشک نیز کوتاه می‌شود؛ ازاین‌رو، بر تمام پزشکان فرض است که از بازگوکردن هر آنچه می‌تواند منجر به ناامیدی و افسردگی بیمار گردد، اجتناب کنند.» این توصیه‌های اخلاقی پزشکان را متقاعد ساخته که تنها آنچه را که برای بیمار سودمند است بیان کنند و آن‌ها را وارد بطن موضوع و انتخاب نکنند (۵).

البته از منظر دیدگاه‌های امروزی چنین کاری در واقع به‌نوعی تجسم هم‌زمان جنبه‌های مثبت و منفی پدرمآبی پزشکی است؛ زیرا در طی آن پزشک درباره‌ی احوالات بیمار اندیشناک است، اما با همه‌ی آن‌ها برخورد یکسانی ندارد. جالب توجه آن است که کتاب پرسیوال در کشوری پذیرفت شده که بعدها حقوق بیمار را قائم بر اراده‌ی او دانسته است. این کتاب اساس کدهای اخلاقی سال ۱۸۴۷ انجمن پزشکی ایالات متحده را تشکیل می‌دهد که در فصل اول آن با «وظایف پزشک نسبت به بیمار» و «الزامات بیمار نسبت به پزشک» برخورد یکسانی می‌شود؛ البته شایان ذکر است که در ادامه‌ی کدهای اخلاقی انجمن پزشکی امریکا، به موضوع الزامات و مسئولیت‌های بیمار در قبال پزشک نیز پرداخته شده؛ اما چنین امری در بریتانیا وجود نداشته است. از جمله مواردی که می‌تواند دال بر وقوع چنین تغییراتی باشد می‌توان به انتشار سند همکاری شورای مصرف‌کنندگان اسکاتلند در زمینه‌ی حقوق و مسئولیت‌های بیمار در سال ۲۰۰۳ اشاره کرد. در این سند علاوه بر تأکید بر حقوق بیمار، مبنی بر دسترسی به دانش تخصصی و گزینه‌های ثانویه‌ی درمانی، خدمات ترجمه و اطلاعات دقیق درباره‌ی زمان انتظار درمان، به مسئولیت‌های او نیز پرداخته شده است (۵).

ویژگی الزامات اخلاقی منتهی به افزایش سودمندی و به حداقل رساندن ضررهای وارده به بیمار، تا یک قرن پس از پرسیوال باعث شد که پزشک بتواند تحت لوای خیرخواهی برای بیمار اطلاعات هراسناک را از او بپوشاند و از طرف خود برای او تصمیم بگیرد؛ اما از دهه‌ی ۱۹۵۰ چنین تفسیری به‌تدریج اعتبار خود را از دست داد و تا دهه‌ی ۱۹۸۰ دیگر به‌صورت کامل از میان برداشته شد. نیت اصلی از چنین رفتار پدرمآبانه‌ای در خیرخواهی و حمایت از بیمار است؛ اما باعث ناتوان انگاشته‌شدن بیمار و سلب حق انتخاب از او می‌شود. در تمام موارد اخلاقی امروز

بیمار به‌عنوان ذی‌صلاح‌ترین مرجع تصمیم‌گیری براساس منافع تلقی می‌شود و بدین‌منظور باید تمام اطلاعات لازم در این زمینه به آن‌ها داده شود. تأکیدِ همواره بر استقلال بیمار، حاکی از آن است که پزشکان باید بیماران را در اتخاذ مناسب‌ترین تصمیمات برای خود یاری رسانند و هیچ‌گاه برای همه‌ی آن‌ها اهداف یکسانی لحاظ نکنند. چنین توصیه‌ای درباره‌ی تمام بیمارانی که به کسب اطلاعات در این زمینه اشتیاق دارند صدق می‌کند؛ البته همه‌ی بیماران در این دسته قرار نمی‌گیرند. ممکن است بیماران بسیار بدحال، از رابطه‌ی پزشک و بیمار انتظاراتی داشته باشند که بسیار با گفته‌های پرسیوال مشابهت دارد. ممکن است این دسته از افراد به اطلاعات مفصل یا فهرستی از تمام گزینه‌های موجود نیاز نداشته باشند و برخی دیگر نیز علاقه ندارند تمام تصمیمات را به‌تنهایی بگیرند؛ ازاین‌رو، باید به انواع حمایت‌های مورد انتظار بیمار نیز توجه شود. ممکن است تصمیمات او تغییر یابد یا توصیه‌های انجام‌شده را نپذیرد؛ هم‌چنین، در مواردی نیز لزومی ندارد پزشک جزئیات چندانی ارائه دهد.

تغییرات ایجادشده در نقش پزشکان عمومی و مشاوران بیمارستان‌ها این نگرانی را به وجود آورده است که ممکن است این افراد در رابطه‌ی خود با بیمار به جای الگوهای واقعی، برخوردی فنی داشته باشند. کاسل از این روش تحت عنوان «پزشکی کافه‌تریایی» یاد می‌کند که در آن پزشک جدای از موقعیت موجود و به‌صورت انعطاف‌ناپذیری، فهرستی از گزینه‌های موجود را به بیمار ارائه می‌کند. از جمله پرسش‌هایی که از انجمن پزشکی به عمل آمده این است که آیا ضرورت دارد با تمام بیماران علی‌الخصوص آن دسته که به امراض منتهی به مرگ دچارند، درباره‌ی احیای قلبی‌ریوی گفت‌وگو شود یا خیر.

برخی پزشکان معتقدند باید با بیمارانی که به‌وضوح در آن‌ها خطر مرگ وجود دارد، در زمینه‌ی احیای قلبی‌عروقی گفت‌وگو کرد؛ هر چند که بیان این موضوع می‌تواند هراسناک باشد. بیمار باید از تصمیمات درمانی گرفته‌شده درباره‌ی خودش آگاه باشد؛ اما ترس از بی‌احترامی به بیمار یا بی‌توجهی به استقلال او نمی‌تواند بدین معنا باشد که بتوان روش کار یکسانی را در تمام موارد به کار برد. همان‌گونه که در بحث مربوط به نگه‌داری و مراقبت از بیمارانی که در مراحل انتهایی حیات خود هستند نیز مشخص می‌شود، انجمن پزشکی برای مطرح‌کردن مواردی که هیچ سودی برای بیمار ندارد، ضرورتی ایجاب نکرده است؛ بلکه توصیه کرده که درباره‌ی هرکدام از افراد برخوردی منحصربه‌فرد انجام شود؛ البته برای ارائه‌ی توضیح یا گزینه‌ای به بیمار، صحیح نیست که تنها به صِرفِ مواردی چون: سن بیمار یا احتمال موفقیت گزینه‌ی درمانی تصمیم گرفت (۵).

۳. انتظارات در حال تغییر در رابطه‌ی میان پزشک و بیمار

امروزه، آنچه بیماران از پزشکان خود انتظار دارند با انتظارات اجداد و گذشتگان آن‌ها بسیار متفاوت است. این موضوع به علت تغییرات اجتماعی و دگرگون‌شدن مفاهیمی چون منفعت، ضرر و برترین منافع یا مصلحت می‌تواند روی داده باشد. برخلاف گذشته که در آن پزشکان براساس ضوابط درمانی

تصمیمـات لازم را اتخاذ می‌کردند، امـروزه، بیماران در تعییـن آنچه برایشـان سـودمند و مطلوب اسـت نقشـی مهم ایفا می‌کنند؛ البته انتظارات پزشکان از نقش خود نیز تغییر یافته است. تمام اصول و قوانین اخلاقی سازمان‌هایی چون: انجمن جهانی پزشکی بـر خیرخواه‌بودن پزشـک تأکید دارنـد؛ اما آنچه که به‌عنـوان عمل خیرخواهانه در نظر گرفته می‌شـود، بسـیار تغییر کرده اسـت. همچنین، تأکید روزافزون بـر حقـوق بیمـار بـر برداشـت‌های عمومـی در این زمینه تأثیر گذاشته است؛ به‌عنوان مثال، در ابتدای سـال ۲۰۰۱، قاضی ارشـد دادگاه‌های بریتانیا و ولز ابراز داشـت کـه در گرایش‌های اجتماعـی تغییراتی عظیـم به وجود آمـده؛ به نحوی که بـه دعاوی علیه پزشـکان افزوده شده اسـت و گویی جامعه بر حقوق لازم‌الاجرای افراد تأکیـد دارد. به اعتقاد او جامعه به سـوی حق‌محوری پیش رفته اسـت و امروزه به جای پزشـکان، این دادگاه‌ها هسـتند که درباره‌ی مسائل مطرح‌شـده در زمینـه‌ی اخلاق پزشـکی رأی صادر می‌کنند و برخلاف گذشـته، دیگـر در این دادگاه‌ها فرض ابتدایـی بر مفیدبودن امور درمانی و پزشـکی استوار نیست (۵).

پزشکی در واقع نوعی علم و البته هنر است؛ هرچند گفتـه می‌شـود جنبه‌ی علمی آن برجسـته‌تر شـده اسـت. شورای پزشکی عمومی علاوه بر مهم‌دانستن برخورداری از تخصص کافی و بهره‌گیری از شـواهد موجـود، بـر ضـرورت شـکل‌گرفتن ویژگی‌های یک پزشک شایسته در پزشکان نیز تأکید می‌کند. برخی از تحلیلگـران در ایالات متحـده مراتب انتقاد خود را نسبت به تأکید و توجه صِرف بر جنبه‌ی تکنیکی کار و بی‌توجهی به جنبه‌ی انسانی بیمار ابراز داشته‌اند.

در این زمینه یکی از رؤسای پیشین انجمن پزشکی بریتانیا معتقد اسـت: «تنها دویسـت سـال پیش که انجـام درمانـی واقعاً مؤثـر برای بیمـاری امکان‌پذیر نبوده اسـت، آسوده‌سـاختن بیمار و متقاعدکردن او برای پذیـرش بیماری و مرگ یا همان هنر پزشـکی، قابلیت مهمی به شـمار می‌رفته است؛ اما امروزه که اغلب بیمارانی که سـابقه‌ی ابتلا به امراض کشـنده داشته‌اند، از پزشـکی انتظار دارند که بتواند آن‌ها را دوباره به زندگی معمـول و طبیعی بازگرداند و به این ترتیب علم اهمیت پیدا کرده اسـت؛ اما باوجوداین، کمـاکان بیماری‌های رایج معضلات فراوانی به دنبال دارنـد و هنـوز درمانی برای بسـیاری از بیماری‌های مهم کشف نشده اسـت و میزان مرگ در نهایت برای همه یک‌درصد است؛ ازاین‌رو نیز کماکان همان هنر پیشین ویژگی بسیار مهمی برای یک پزشک شایسته محسوب می‌شود» (۵).

۴. اهمیت ارتباط پزشک و بیمار

ارتباط بین پزشـک و بیمار در ارائه‌ی موفق خدمات اولیه‌ی سـلامت و پزشـکی بالینی، نقشـی محوری دارد. یـک ارتبـاط مؤثر بـه بیمار کمـک می‌کند که نه‌تنها احسـاس بهتری داشته باشد، بلکه به سلامت کامل نیز نزدیک‌تر شـود؛ ارتبـاط مؤثر غالباً منجر به افزایـش رضایت شـغلی پزشـک نیز می‌شـود (۱۱-۹). اهمیت یـک ارتباط صحیح بین پزشـک و بیمار را هرگـز نمی‌تـوان نادیده گرفـت؛ چراکـه در غالب مواقـع، تشـخیص صحیح و درمـان مؤثر مسـتقیماً وابسـته بـه کیفیت این ارتباط اسـت. توسـعه‌ی این ارتبـاط در نهایت به بیمار اجازه می‌دهد که درباره‌ی شخصی‌ترین و خصوصی‌ترین موضوعات زندگی‌اش،

در یک محیط امن و سازنده لب بگشاید. دیرزمانی نیست که فارغ‌التحصیلان و دست‌اندرکاران حرفه‌ی پزشکی به اهمیت یک ارتباط خوب درمانی در کنار دانش و مهارت بالینی، محتوای درمان، مدیریت اطلاعات، کار تیمی و سیستم‌های بهداشتی‌درمانی پی برده، بیش‌ازپیش توجه نشان داده‌اند (۱۲). ارتباط مؤثر بین پزشک و بیمار پیامدهای مهم دیگری نیز دارد که از آن میان می‌توان به پیامدهای زیر اشاره کرد:

- افزایش تمایل بیمار به انجام درمان‌های تجویزشده؛
- تقویت میزان مراقبت‌های مشخص بیمار؛
- افزایش میزان فهم اطلاعات داده‌شده توسط پزشك؛
- افزایش میزان رضایت بیمار از درمان‌های انجام‌شده؛
- افزایش میزان رضایت پزشك؛
- افزایش ظرفیت پزشکان در نگاه غیرابزاری به بیمار (۳).

۵. ویژگی‌های خاص ارتباط پزشک و بیمار

ارتباط پزشک و بیمار سنگ بنای حرفه‌ی پزشکی و در نتیجه اخلاق پزشکی است. در بیانیه‌ی ژنو پزشکان متعهد می‌شوند که «سلامت بیمار نخستین هدف و ملاحظه‌ی پزشک خواهد بود» و کد بین‌المللی اخلاق پزشکی تأکید می‌کند که «یک پزشک به بیمار خود وفاداری کامل و به‌کارگیری تمام منابع علمی‌اش را مدیون است». همان‌طور که بیان شد تفسیر سنتی روابط پزشک بیمار از نوع پترنالیستی یا پدرسالارانه، که در آن پزشک تصمیم‌گیرنده بود و بیمار در برابر آن تسلیم می‌شد، در سالیان اخیر به‌طور گسترده‌ای هم در اخلاق و هم در قانون مردود شده است؛ اما ازآن‌جایی‌که بسیاری از بیماران یا قادر به تصمیم‌گیری برای مراقبت‌های پزشکی مربوط به خود نیستند یا بدین امر تمایلی ندارند، اتونومی بیمار در این موارد اغلب مشکل‌ساز است.

جنبه‌های دیگر این ارتباط همچون تعهد پزشک به حفظ اسرار بیمار در عصر ذخیره‌سازی رایانه‌ای سوابق پزشکی و مراقبت‌های مدیریت‌شده، یا وظیفه‌ی پزشک برای حفظ حیات در مواجهه با تقاضای تسریع و تسهیل مرگ (اتانازی) نیز به همین میزان مسأله‌سازند. همچنین، در این ارتباط احترام و درمان و رفتار مساوی، ارتباط و رضایت، تصمیم‌گیری برای بیماران فاقد ظرفیت، رازداری، موضوعات مرتبط با آغاز حیات و موضوعات مرتبط با پایان حیات می‌توانند باعث مشکلات آزاردهنده‌ای در عملکرد روزانه‌ی پزشک شوند (۱۳).

در مجموع، عمده‌ترین عواملی را که در ارتباط پزشک و بیمار واسطه قرار می‌گیرند می‌توان به‌صورت ذیل خلاصه کرد: تقاضا (ی دریافت‌کننده‌ی خدمات سلامت از طرف بیمار)، اطلاعات تخصصی پزشکی، تجربه و تکنیک‌های حرفه‌ای، گفت‌وگوی دوطرفه، درک و فهم مطالب و خواسته‌های طرفین، عقاید فرهنگی، باورهای مذهبی و اعتقادات شخصی، تفاوت‌های جنسیتی، نیاز دوسویه به یکدیگر، وقت‌گذاشتن، انتظارات طرفین، رعایت قوانین عرفی و حرفه‌ای و انتظامی مانند حفظ راز بیمار یا احترام به پزشک، ایجاد و حفظ اعتماد متقابل، احترام به کرامت انسانی دیگری، پذیرفتن

نقـش همراهان بیمار در درمـان، هزینه‌های درمان، بیمـه و.... ماحصل این ارتبـاط نیز یک فرایند موفق درمانی اسـت که مـا آن را بهترین گزینـه‌ی درمانی ممکـن و موجـود با توجـه بـه شـرایط و ویژگی‌های بیمـار و امکانات در دسـترس تعریف می‌کنیم؛ بدان معنـا که بـرای یک بیمار خاص در این شـرایط، بهتر از ایـن درمان انتخاب‌شـده، وجود نداشـته اسـت. امانوئـل[1] و دابلر[2] رابطه‌ی ایده‌آل پزشـک بیمار را در شـش محور انتخاب، شایستگی، محاوره و گفت‌وگو، دلسـوزی، تـداوم[3] و عـدم تعـارض منافع دانسـته و معتقدند که خدشه‌دارشـدن ارتباط پزشک و بیمار را در عصر مراقبت‌های مدیریت‌شده[4] باید در این موارد جست‌وجو کرد (۱۴).

کورکیـل[5] نیـز اجـزای ضـروری یک ارتبـاط خوب پزشـک بیمار را شـامل محاوره و گفت‌وگـو، احترام، رازداری، صداقـت حرفـه‌ای[6] و اعتمـاد می‌دانـد. او معتقد اسـت که پزشـک و بیمار هر دو در این ارتباط سهم دارند؛ اما ازآنجاکه در این ارتباط پزشک شخص حرفه‌ای اسـت و تشـخیص، درمان یا راهنمایی از او خواسته می‌شود و به ازای آن پول پرداخت می‌شود، او مسـئول اطمینان‌بخشـی برای حصـول هر یک از این اجزاست (۱۰).

مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که در هر مشاوره، بسـیاری از ویژگی‌های ارتباط پزشـک و بیمار ممکن اسـت بر نتایج آن مشـاوره اثرگذار باشد؛ از آن جمله می‌تـوان به مدت ارتباط بین پزشـک و بیمار یا طول مدت درمان، میزان توافق بین پزشـک و بیمار بر سر مسأله‌ی موجود و نحوه‌ی مدیریت آن، اعتماد بیماران به پزشک برای درنظرگرفتن بهترین خواسته‌ی آن‌ها و توانایی پزشک برای توانا ساختن بیمار برای مراقبت از خود اشـاره کرد (۹). والیس[7]، سـوکول[8] و ریس[9]، گفت‌وگو و محاوره، حقیقت‌گویی و فریب‌ندادن را در ارتباط پزشـک و بیمار محوری می‌دانند (۱۷-۱۵)؛ لارسـون[10] و یائو[11] نیز همدلی با بیمـاران را به‌عنوان یک کار احساسـی مهم دانسته‌اند (۱۲) و داگدِیل[12] و همکاران بر مدیریت زمان در ارتباط پزشـك و بیمار تأکیـد دارند (۱۸)؛ همچنیـن پالمیری[13] و همکاران دروغ را از عوامـل مخـل در ارتبـاط پزشـک و بیمـار معرفی کرده‌اند (۱۹). یولریچ[14] و اسـچیندر[15] هم به اهمیت نقش اقتصاد در روابط پزشـک- بیمار، اشاره داشته‌اند (۲۰).

کدهـای اخلاقـی مختلـف نیز بـه اهمیـت ارتباط مناسـب پزشـک بیمار اشـاره کرده و عناصر اثرگذار در آن را برشـمرده‌اند. از آن جملـه کدهـای اخلاقی انجمن پزشـکی کاناداسـت کـه می‌گویـد در ارائه‌ی خدمات پزشـکی نباید بین بیماران براساس مسائلی چون: سـن، جنس، وضعیت تأهل، شرایط پزشکی، قومیت و ملیـت، ناتوانی ذهنی و فیزیکی، ارتباطات سیاسـی، نـژاد، مذهـب، جهت‌گیـری جنسـی یـا وضعیـت اقتصادی‌اجتماعی تبعیضی قائل شـوند. ایـن کدهـا همچنیـن، مسـئولیت‌پذیری حرفـه‌ای پذیرفتنـی در قبـال یک بیمـار را تا زمانـی می‌دانند

1. Emanuel
2. Dubler
3. Continuity
4. Managed Care
5. Corkill
6. Professional Honesty
7. Wallis
8. Rees
9. Sokol
10. Larson
11. Yao
12. Dugdale
13. Palmieri
14. Ulrich
15. Schneider

که ارائـه‌ی خدمات به بیمار ادامه یابـد تا اینکه خود بیمار دیگر خواسـتار این خدمات نباشـد یا پزشـکِ شایسـته‌ی دیگری این مسـئولیت را بر عهده بگیرد یا به بیمار به اندازه‌ی کافی آگاهی داده شـده باشد که به‌عنوان یک پزشـک این ارتباط را خاتمه خواهید داد (۲۱). به‌طـور کلـی، می‌تـوان اذعـان داشـت که احتـرام[1]، ارتباط گشـوده و صادقانـه[2]، اعتماد[3]، و دلسـوزی و شـفقت[4] پایه‌هـای اصلـی ایـن ارتباط هستند (۱۳).

۶. عناصر اصلی ارتباط پزشک و بیمار

بایـد اذعـان داشـت کـه طبابـت و ارتبـاط بالینی میان بیمار و پزشـک اساسـاً امری اخلاق‌مدار است و فلسـفه‌ی ایـن ارتباط ضـرورت مراقبـت از بیمار و تسـکین درد و آلام اوسـت. رابطـه‌ی میان پزشـک و بیمار عموماً متعاقـب توافقی متقابل میان او و بیمار (یـا نماینـده‌اش) بـرای رفـع نیازهای بیمار شـکل می‌گیرد. در برخـی مواقع مانند موارد اورژانسـی یا درخواسـت پزشـک معالج بیمار، این توافق تلویحی اسـت و در مواقعـی نـادر نیـز درمان بـدون رضایت بیمار و به دنبال دستور دادگاه انجام می‌شود. در هر صورت، در هر یک از این موارد، تعهد پزشک در برابر بیمار خود پابرجا می‌ماند. ازآنجایی‌که رابطه‌ی میان پزشـک و بیمار مبتنی بر اعتماد اسـت، پزشک الزام اخلاقی دارد که سـلامت بیمار را بر منافع شـخصی خود ترجیح داده و مدافع سلامت او باشد و براساس قضـاوت بالینی صحیـح مبتنی بر ارجحیـت منافع بیمار اعمال حرفه کند (۲۲).

همچنین، از عصر باسـتان، پزشکان دریافته‌اند که سلامت و تندرستی و رفاه بیماران به همکاری متقابل میـان آن‌هـا و بیماران بسـتگی دارد. در مسـئولیت تأمین سلامت بیمار، پزشک و بیمار هر دو سهیم‌اند. رابطه‌ی میان بیمار و پزشک زمانی می‌تواند بیشترین سـود را برای بیمار در پی داشـته باشـد که او بتواند به‌موقـع توجه پزشـک را به مشـکلات پزشـکی که با آن روبه‌روسـت، جلب کند؛ همچنین به بهترین وجه ممکن اطلاعـات لازم را در زمینه‌ی وضعیت بیماری خـود، در اختیار او قرار دهد و محترمانه و صادقانه با او همکاری متقابل داشـته باشد و به توافقات خود با پزشک پایبند باشد. پزشک نیز با عمل‌کردن به‌عنوان حامی بیمار و لحاظ‌کردن حقوق زیر می‌تواند در این همکاری سهیم شود:

۱. بیمار از حق دریافت اطلاعات از پزشک، گفت‌وگو در زمینـه‌ی مزایـا و خطـرات و هزینه‌های مربوط بـه روش‌های مناسـب درمانی موجـود برخوردار اسـت (۲۲)؛ این اطلاعات باید به شکل مطلوب و به میـزان کافـی در اختیار او قرار گیـرد (۲۳). بیمـار برای انتخاب بهتریـن مراقبتِ ممکن، باید از راهنمایی‌هـای پزشـک بهره‌منـد شـود. بیمار همچنیـن، از حق دریافت رونوشـت یا خلاصه‌ی پرونـده‌ی پزشـکی، پاسـخ‌گویی بـه سـؤالاتش، اطـلاع از تعارض منافع احتمالی پزشـک معالج، دسترسـی به نظرات مشـورتی حرفه‌ای مسـتقل درباره‌ی خود برخوردار است (۲۲).

۲. بیمـار از حـق تصمیم‌گیـری و انتخـاب درباره‌ی خدمـات سـلامت مطرح‌شـده از سـوی پزشـک برخوردار اسـت؛ بنابراین، بیمـار می‌تواند درمان مطرح‌شده را رد کند یا آن را بپذیرد (۲۲).

1. Respect
2. Open and Honest Communication
3. Trust
4. Compassion

۳. ارائه‌ی خدمات سلامت شایسته‌ی شأن، منزلت و کرامت انسانی و مبتنی برپایه‌ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی و احترام به ارزش‌ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی بیمار و فارغ از هرگونه تبعیض، حق بیمار است. خدمات سلامت باید براساس دانش روز و توجه به موقع به نیاز بیمار ارائه شوند (۲۲، ۲۳).

٤. حفظ حریم خصوصی و اسرار بیمار جزء حقوق او محسوب می‌شود. پزشک مجاز نیست بدون کسب رضایت بیمار اطلاعات و ارتباطات محرمانه‌ی او را فاش کند؛ مگر در مواقعی که قانون یا حفظ سلامت فرد و منافع عمومی آن را استثناء کرده باشد (۲۲).

۵. بیمار از حق استمرار و تداوم خدمات سلامت برخوردار است. پزشک ملزم است در هماهنگ‌کردن مراقبت پزشکی مشخص‌شده با سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت دخیل در درمان بیمار، همکاری کند. پزشک قبل از مشخص‌شدن روش درمانی دیگر و فراهم‌آمدن فرصت لازم برای بیمار در جهت تعیین تمهیدات لازم برای درمان جایگزین، مجاز به قطع درمان جاری بیمار نیست (۲۲).

٦. دسترسی عادلانه و دریافت مطلوب خدمات سلامت، حق بیمار است. پزشکان و سایر نهادهای مسئول موظف به ادامه‌ی فعالیت برای نیل به این هدف هستند. تأمین این حق بیمار باید به نحوی صورت پذیرد که هیچ بیماری صرفاً به واسطه‌ی ناتوانی در پرداخت هزینه‌ی مراقبت، از مراقبت‌های ضروری محروم نشود. پزشکان باید به تعهدات سنتی و اصیل حرفه‌ای خود مبنی بر پذیرش بخشی از مسئولیت درمان بیمارانی که برای تأمین هزینه‌ی مراقبت‌های درمانی ضروری، توانایی مالی ندارند، پایبند باشند. پزشکان در برخورد با اشخاص و نهادهای ثالث باید حامی بیمار باشند (۲۲).

۷. دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات، حق بیمار است. خسارت ناشی از خطای پزشکی باید پس از رسیدگی و اثبات، مطابق مقررات در کوتاه‌ترین زمان ممکن جبران شود (۲۳).

۷. مؤلفه‌های رفتار اخلاقی در ارتباط پزشک و بیمار

در سال ۱۹۸۳، رِست[1] چارچوبی را برای درک مفاهیم رفتار اخلاقی تعریف کرد. طبق تعریف او عمل اخلاقی، انجام هرگونه رفتاری است که منجر به رفاه دیگران شود. بنابر نظر او رفتار اخلاقی از چهار مؤلفه‌ی اساسی شامل: حساسیت اخلاقی، استدلال اخلاقی، تصمیم‌گیری برای انجام‌دادن راه‌حل‌های اخلاقی و در نهایت انجام‌دادن عمل اخلاقی تشکیل شده است.

حساسیت اخلاقی به معنای تشخیص مفاهیم و استنباط‌ها یا دلایل رفتار فرد در ارتباط با بیمار، همکاران و افراد جامعه است. استدلال اخلاقی، انتخاب مناسب‌ترین و درست‌ترین گزینه از بین چند گزینه‌ی موجود است. بعد از اینکه شخص گزینه‌ها را ارزیابی و تعیین می‌کند که کدام گزینه اخلاقی‌تر است، زمان تصمیم‌گیری اخلاقی است که آیا این کار را انجام بدهد یا نه. آخرین مؤلفه‌ی فرایند اخلاقی انجام‌دادن یا تثبیت عمل اخلاقی

1. Rest

است. انجام‌دادن عمل اخلاقی نیازمند ویژگی‌هایی همچون: ثبات شخصیت و شجاعت اخلاقی است. ممکن است شخص حساسیت اخلاقی داشته باشد، استدلال اخلاقی درستی بکند، برای انجام‌دادن آن نیز تصمیم بگیرد؛ ولی در عمل قادر به انجام‌دادن عمل اخلاقی نباشد (۲۴).

۸. الگوهای رفتار ارتباطی در ارتباط پزشک و بیمار از منظر روان‌شناختی

روان‌شناسان براساس چهار مؤلفه‌ی صداقت، صراحت، احترام و مهارگری چهار نوع الگوی رفتار ارتباطی را بیان کرده‌اند (۲۵):

الف. رفتار سلطه‌گرانه: در این رفتار، فرد برای رسیدن به نتیجه‌ی مطلوب به شیوه‌های مختلف سعی می‌کند بر اطرافیان چیره شود. مشخصه‌ی اصلی این الگو، یک نگاه غیرانسانی و ابزارگرایانه به انسان‌هاست. این‌گونه افراد به دنبال مهار و کنترل دیگران برای تأمین منافع خود هستند. اگر پزشک یا بیمار در ارتباط درمانی سلطه‌گر باشند، فریب‌کاری و مهارگری در این ارتباط چیره خواهد شد.

ب. رفتار سلطه‌پذیرانه: افراد سلطه‌پذیر افرادی هستند که توان مخالفت و بیان خواسته‌ی خود را ندارند. به بیان ساده‌تر این افراد نمی‌توانند «نه» بگویند. این افراد در واقع گروه هدف افراد سلطه‌جو در رساندن آن‌ها به اهدافشان هستند. این الگو هم درباره‌ی پزشکان و هم درباره‌ی بیماران صدق می‌کند. درصورتی‌که بیمار سلطه‌پذیر باشد، ارتباط پزشک و بیمار به سمت پدرسالاری پزشکی رفته و درصورتی‌که پزشک سلطه‌پذیر باشد، ارائه‌ی درمان بیهوده و نابه‌جا ماحصل آن خواهد بود.

ج. رفتار پرخاشگرانه: برخی افراد در صورت مخالفت با خواسته‌هایشان به خشونت و پرخاش‌کردن به اطرافیان متوسل می‌شوند. افراد پرخاشگر، همواره در رقابت با دیگران هستند؛ آن‌ها همیشه فکر می‌کنند که حق با آن‌هاست و این دیگران هستند که مسأله و مشکل درست می‌کنند. در واقع، هدف اصلی این افراد، زورگویی و کنترل است که به نحوی آشکار و مستقیم ابراز می‌شود. این الگو در ارتباط پزشک و بیمار آرامش را بر هم زده و محیط درمانی را پُرتنش می‌کند.

د. رفتار قاطعانه: در اصل مطلوب‌ترین شیوه‌ی رفتاری است که فرد با قاطعیت خواسته‌های افراد را براساس منطق می‌پذیرد یا رد می‌کند. قاطعیت، هنر برقراری ارتباط و ارسال پیام به ترتیبی است که هم «مستقیم» و هم «محترمانه» باشد. در واقع، فرد قاطع هم به خود احترام می‌گذارد، هم به دیگران؛ حقوق خود و دیگران را رعایت کرده و در بیان خود از صداقت و صراحت برخوردار است؛ مفهوم و متناسب صحبت می‌کند و در گوش‌دادن به سخنان دیگران موفق است. این الگو به‌عنوان نمونه‌ی سالم ارتباطی گره‌گشای بسیاری از تعارضات اخلاقی بوده و مانع از بداخلاقی‌های پزشکی می‌شود.

۹. حق انتخاب و تعهد در رابطه‌ی پزشک و بیمار

۹- ۱. آیا بیماران می‌توانند پزشک خود را انتخاب کنند؟

در بخش مراقبت‌های اولیه، بیمار می‌تواند پزشک عمومی معالج خود را انتخاب کند؛ اما در عمل در صورت پُربودن ظرفیت بخش‌های موجود در محل،

بیمار باید ضرورتاً به بخشی مراجعه کند که ظرفیت پاسخ‌گویی به او را داشته باشد. بیمار در صورت دستگیری یا حبس، علی‌رغم ثبت‌نام‌کردن برای پزشکان عمومی مورد نظر خود، از حق انتخاب پزشک محروم می‌شود. زندانیانِ در انتظار محاکمه و افرادِ دستگیرشده توسط پلیس (مظنونان) می‌توانند درخواست ملاقات پزشک عمومی خود را اعلام دارند. پزشک عمومی در بیمارستان، بیمار را برای درمان به مناسب‌ترین مشاور بیمارستان ارجاع می‌دهد؛ اما در بیمارستان‌های دولتی ممکن است بیماران از فهرست انتظار شلوغ یک مشاور به فهرست مشاور دیگر انتقال داده شوند؛ البته باید در این زمینه به بیمار اطلاع داده شود و از این حق نیز برخوردار باشد که در صورت تمایل در انتظار دیدن مشاور مدنظر خود بماند. در مواقعی که بیمار حالت اورژانس یا فوریت پزشکی دارد، ممکن است در بیمارستان تمهیدات لازم برای درمان بیمار توسط پزشکی مناسب فراهم شود و امکان برآورده‌کردن خواست بیمار وجود نداشته باشد. در بخش خصوصی بیماران از انتخاب‌های بیشتری برخوردارند؛ اما اگر هزینه‌ی درمان توسط بیمه تأمین شود ممکن است شرکت بیمه، محل درمان یا مشاور خاص خود را داشته باشد (۵).

۹- ۲. آیا پزشکان می‌توانند بیماران خود را انتخاب کنند؟

در برخی مواقع پزشکان ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی استاندارد، ممکن است تمایل داشته باشند بیماران خود را انتخاب کنند؛ البته در قالب خدمات دولتی، پزشک موظف است به‌صورت یکسان در برابر بیماران جدید خدمات درمانی ارائه دهد. بدین‌معنی که آن‌ها صرفاً برای سبک‌تر کردن کار خود نمی‌توانند از درمان بیمارانی که به حمایت بیشتر نیاز دارند، امتناع ورزند یا وقت مختص به آن‌ها را صرف بیماران دیگر کنند. عواملی چون: سن بیمار، سبک زندگی یا هزینه‌ی خدمات درمانی نباید به‌عنوان معیار پذیرش یا رد بیمار در نظر گرفته شود.

در صورت پُرنبودن ظرفیت، دلایلی چون: پذیرش صرفِ بیماران هم‌زبان، نپذیرفتن پناهندگان یا بیماران سرای سالمندان، به‌هیچ‌وجه پذیرفتنی نیست. در صورت تکمیل‌نبودن ظرفیت نباید بدون ارائه‌ی دلیل موجه بیمار را رد کرد؛ البته درباره‌ی بیمارانی که سابقه‌ی رفتار خطرآفرین دارند ممکن است لازم باشد جابه‌جایی صورت گیرد. در بخش خصوصی نیز پزشکان نمی‌توانند، صِرفِ سلیقه یا تمایل خود یا براساس تبعیض، بیماران را انتخاب کنند. در محیط بیمارستان نیز از پزشکان انتظار می‌رود با تمام بیماران به‌صورت برابر و بدون پیش‌داوری برخورد کنند؛ به‌عنوان مثال، پزشک بیمارستان، فاقد چنین مسئولیتی است که وضعیت مهاجرتی افراد ارجاع‌داده‌شده را بررسی و تأیید کند.

در مواقعی نیز ممکن است رابطه‌ی میان پزشک و بیمار از بین رفته باشد و یکی از طرفین یا هردوی آن‌ها ایجاد یک تغییر را ضروری بپندارند. گاهی نیز براساس سابقه‌ی بیمار ممکن است مشاور به این نتیجه برسد که امکان برقراری رابطه‌ای سازنده با بیمار وجود نخواهد داشت. حتی در مواردی که برای ارجاع بیمار به پزشکی دیگر دلیل کافی وجود داشته باشد، مشاور موظف است تمهیدات لازم را برای ارجاع او به همکار مناسب دیگر فراهم کند. در مواقعی پزشکان کم‌تجربه یا افرادی که

مسـئولیت مشـاوره‌ای ندارند در برخورد با بیماری با مشـکل روبه‌رو شده و احساس می‌کنند در برخورد با ایـن بیماری خاص تجربه‌ی کافـی ندارند. در چنین مواردی آن‌ها باید از مشـاور مسئول درخواست کنند تا به این مسـأله رسـیدگی کند و امکانات مناسـب را فراهم آورد (۵).

از طرفـی، بسـیاری از پزشـکان، مخصوصـاً آن‌ها کـه در بخـش دولتـی کار می‌کنند، اغلـب درباره‌ی بیمارانی که درمان می‌کنند، قدرت انتخابی ندارند. برخـی بیماران خشـن هسـتند و سـلامت و امنیت پزشـکان را به خطر می‌اندازنـد. برخی دیگر به دلیل طرز برخورد و رفتار ضداجتماعی‌شان، برای اجتماع مضـر شـناخته می‌شـوند. آیـا در چنین مـواردی از پزشـکان انتظـار مـی‌رود که بـرای برقـراری و حفظ رابطه‌ی درمانی، تلاش بیشـتر یا حتی قهرمانانه‌ای از خود نشـان دهند؟ یا اینکه آن‌ها را از حق درمان و احترام مسـاوی مستثنی کنند؟ در واقع، در مواجهه با چنین بیمارانی، پزشـکان باید بین مسئولیتشـان در حفـظ ایمنی و سـلامتی خـود و همکارانشـان و وظیفه‌شـان در قبال سـلامت بیماران تعـادل برقرار کنند. آن‌هـا باید تلاش کنند راه‌هایی بیابند تا به هر دو وظیفه‌شـان عمل کنند. در صـورت ناممکن‌بودن ایـن امر، آن‌ها باید تلاش کنند بـرای مراقبت از این بیماران راه‌حل‌های دیگری پیدا کنند (۱۳).

به‌طور کلی پزشـکان حق انتخاب بیمار را در موارد ذیل ندارند (۲۲):

۱. بیمـاران اورژانـس کـه پزشـک باید تـا جایی که می‌تواند به آن‌ها خدمات ارائه کند.

۲. پزشـک نباید بـا رویکردی تبعیض‌آمیـز از پذیرش بیماری بـه خاطر نژاد، جنس[1]، قومیت، آلودگی، گرایـش جنسـی، هویـت جنسـی و مسـایلی از این قبیل سـر باز زند. همچنیـن، نمی‌تواند علیه بیماران عفونی تبعیض قائل شـود (مانند بیماران HIV+).

۳. پزشـک حاذق دیگری در دسـترس بیمـار وجود نداشته باشد.

٤. پزشك نمی‌تواند از مراقبت از بیمارانی که طی یك قرارداد مسـئولیت مداوای آن‌ها را به عهده گرفته سـر باز زند؛ مگر اینکه مراقبت بیمار به‌وسـیله‌ی قـرارداد به مخاطـره بیفتد. لیکن در شـرایط زیر پزشـك می‌تواند از نظر اخلاقـی از پذیرش بیمار سر باز زند:

الف. مواردی که صلاحیت درمان آن را ندارد و درمان درخواست‌شده فراتر از مهارت پزشك باشد؛

ب. درمان از نظر علمی معتبر نباشـد، اندیکاسـیون نداشته باشد و سودی شامل حال بیمار نشود؛

ج. درمان‌هـا یا خدمات خواسته‌شـده بـا باورهای مذهبی و اخلاقی پزشک منافات دارد (۲۲).

۱۰. ارائه‌ی اطلاعات به بیمار

مطالب بسـیار جامع و البته پیچیـده‌ای در ارتباط بـا برقـراری ارتبـاط میان پزشـک و بیمار در دسـت اسـت که بخـش عمده‌ی آن‌هـا به نحـوه‌ی انتقال و ابـراز خطرات موجـود به بیمار پرداخته اسـت؛ البته مقصـود از برقراری ارتبـاط نه‌تنها انتقـال اطلاعات بلکـه برقـراری رابطه‌ای مثبـت بین پزشـک و بیمار اسـت. بنابـر توصیه‌های شـورای پزشـکی عمومی،

۱. درباره‌ی جنس، درصورتی‌که مورد اورژانسی نباشد یا پزشک همجنس در دسترس باشد اگر مبتنی بر اعتقادات و باورهای شرعی پزشک است می‌تواند از پذیرش بیمار غیرهمجنس سر باز زند.

پزشـکان باید نهایت سـعی خود را بنماینـد تا بدانند بیمـار درخواسـت چـه اطلاعاتـی دارد و می‌خواهد از چه مـواردی در زمینـه‌ی روش درمـان و موقعیت خود آگاه باشد. پزشـکان باید تلاش کنند اولویت‌ها و خواسـت‌های به‌خصوص بیمار را نیـز دریابند؛ زیرا گاه اعتقـادات فرهنـگ یـا شـغل بیمـار می‌تواند بر تصمیم‌گیری او اثر داشته باشد.

بیماری‌هـای مزمن به طرق مختلـف بر جنبه‌های گوناگون زندگی فرد اثر می‌گذارند؛ ازاین‌رو بیمار باید با توجه به خواسـت‌ها و سبک زندگی‌اش، اطلاعات لازم را برای مدیریت شرایط مختلف در اختیار داشته باشـد. هر چقدر که تعـادل در اتخاذ تصمیم درمانی به سـمت بیمار متمایل‌تر می‌شود، مسئولیت پزشک امـری فراتـر از ارائـه‌ی صـرف گزینه‌هـای موجود را ایجـاب می‌کنـد. برخـی بیمـاران نیز ممکن اسـت دربـاره‌ی مؤثرتریـن و بهتریـن روش درمـان خـود پرسـش داشـته باشـند. بیمار علاوه بر درخواسـت شواهد موجود برای توصیه‌های پزشک، ممکن است دربـاره‌ی محدودیت‌های اثبات‌پذیـری روش درمان مانند علمی‌نبودن یا عدم‌قطعیت پزشـک نیز پرسش مطرح کند.

باور بر آن است که ارائه‌ی اطلاعات کتبی می‌تواند برای بیمار بسـیار سـودمندتر واقع شـود؛ زیرا باعث افزایـش رضایتمنـدی بیمـار و کاهـش گلایه‌هـای او می‌شـود و میـزان پایبنـدی او را بـه روش درمانی افزایش می‌دهد؛ افزون‌برایـن باعث افزایش و بهبود عملکرد بیمار در محافظت و مراقبت از خود می‌شود و از تنش روانی و اضطراب می‌کاهد.

باوجوداین، ممکن است بر سر راه ارائه‌ی اطلاعات، مشـکلاتی نیز وجود داشـته باشـد؛ به‌عنوان مثال، برخـی به این نکته توجه دارند کـه آیا واقعاً حقیقتی وجـود دارد کـه بتوان آن را به بیمـار انتقال داد؟ زیرا اطلاعـات و دانـش موجـود در زمینـه‌ی پزشـکی و درمان اغلب بحث‌برانگیز اسـت، هـر چند که از نظر آماری نیز مطلوب تلقی شـود. چنیـن بحثی ممکن است توسط متخصصانی مطرح شده باشد که تصور می‌کنند برخـی از بیمـاران علاقه دارنـد اطلاعاتی بیـش از آنچه خود به‌عنوان بیمـار تجربه می‌کنند به دست آورند.

گاه در بروشـورهای درمانـی بـه ایـن نکتـه توجـه نمی‌شـود که یک روش درمانی یـا آزمایش می‌تواند برای بیمار نامطلوب، یا حتی دردآور باشـد؛ ازاین‌رو، گاه گفته می‌شود بهتر است بروشورهای اطلاع‌رسانی توسط گروه‌هایی از بیماران تهیه شود؛ البته دیگران نیز اسـتدلال می‌کنند چنین گروه‌هایی ممکن است بینش یا موضع‌گیری‌های سیاسـی خاص خود را در کار داشـته باشـند. از نظر آن‌ها اطلاعاتـی که بیمار به‌صـورت کلامـی دربـاره‌ی موقعیت خـود دریافت می‌کند گاه با اطلاعات ارائه‌شـده در این بروشـورها متفاوت به نظر می‌رسد.

از طرفـی، در گفت‌وگوهـای رودررو بیـن بیمـاران مختلـف می‌توان دریافت در میزان واقعیاتی که برای گنجانـدن در بروشـورها انتظـار دارنـد، تفاوت‌هایی دیده می‌شود. این حالت به‌ویژه در موارد بیماری‌های منتهی به مرگ روی می‌دهد. از منظر انجمن پزشکی باید ابزارهای متعددی فراهم شوند تا علاوه بر ارائه‌ی اطلاعـات در زمینـه‌ی جنبه‌هـای مختلـف بالینـی بیماری‌های موجود، درباره‌ی تجربه‌ی سایر بیماران نیـز در ایـن زمینـه اطلاعاتـی فراهم شـود. بدیهی اسـت که توجـه بیمـاران اغلب به توضیحاتی اسـت

که درباره‌ی تجربه‌ی فرد تحت درمان ارائه می‌شود؛ اما در کل برای آگاه‌شدن از نحوه‌ی مطلوب ارائه‌ی اطلاعات به بیمار، انجام‌دادن مطالعات گسترده ضرورت دارد (۵).

از نکات مهمی که درصورت پذیرش بیمار در بیمارستان باید بررسی شود آن است که آیا بیمار تمایل دارد که دیگران نیز از وضعیت او اطلاع حاصل کنند یا در صورت ناتوانی او برای برقراری ارتباط، از فرد معرفی‌شده برای اتخاذ تصمیم استفاده شود؟ از تمام بزرگ‌سالانی که در بیمارستان پذیرش می‌شوند خواسته می‌شود یکی از آشنایان نزدیک خود را معرفی کنند. در این هنگام به آن‌ها اطلاع داده می‌شود که ضرورتی ندارد این فرد با او ارتباط خانوادگی داشته باشد یا صرفاً شماره تلفنی از او وجود داشته باشد، بلکه از او خواسته می‌شود کسی را معرفی کند که در صورت لزوم برای تصمیم‌گیری، تمایل به همکاری داشته باشد. ممکن است بسیار بدیهی باشد که درباره‌ی فرد باید با چه کسی مشورت کرد؛ اما هیچ‌گاه نباید با این پیش‌فرض‌ها به سراغ موضوع رفت. ممکن است افرادی که با بیمار رابطه‌ی نزدیک دارند، با او نسبت خانوادگی نداشته باشند؛ به‌عنوان مثال، دوست مجرد همدیگر یا دوستان جنس مشابه آن‌ها باشد. در هنگام پذیرش باید بروشوری حاوی توضیحات مختصر درباره‌ی ضرورت معرفی آشنایان به بیمار داده شود و برای او توضیح داده شود که در صورت لزوم آن فرد به‌جای او تصمیم خواهد گرفت. همچنین، باید به بیمار تذکر بدهند اگر فردی را به‌عنوان آشنای خود معرفی می‌کنند حتماً او را نیز در جریان این موضوع بگذارند (۵).

مسلماً میان پزشکانی که به بیمار توصیه‌های درمانی ارائه می‌دهند و آن دسته که درباره‌ی دیدگاه اخلاقی خود با بیمار گفت‌وگو می‌کنند تفاوت‌هایی وجود دارد. پزشکان ضرورتاً باید به اصول اخلاقی خود پایبند باشند؛ اما جز در مواقعی که از آن‌ها پرسش شود، درباره‌ی آن چیزی نگویند. در موارد خاصی که پزشک درمی‌یابد ممکن است باورها و اعتقادات او بر درمان بیمار یا توصیه‌های درمانی او تأثیر بگذارد، می‌تواند این موضوع را برای بیمار توضیح دهد و از او بخواهد که به پزشک دیگری مراجعه کند. همچنین، شورای پزشکی عمومی تأکید دارد که پزشکان نباید اجازه دهند دیدگاه آن‌ها در زمینه‌ی سبک زندگی، فرهنگ، اعتقادات، نژاد، رنگ، جنسیت، وضعیت جنسی، سن یا شرایط اقتصادی و اجتماعی بیمار بر درمان او اثر بگذارد. این موضوع که اعمالِ خود بیمار منجر به بیماری او شده است نباید به‌عنوان علتی برای رد یا قبول درمان او مبنا قرار گیرد. گاهی ممکن است برخی جنبه‌های زندگی شخصی بیمار همانند مصرف سیگار و الکل بر اثربخشی روش درمان اثرگذار باشد؛ در چنین مواردی باید اطلاعات لازم جمع‌آوری و در این باره با بیمار گفت‌وگو شود (۵).

اغلب بیماران تمایل دارند که به سخنان آن‌ها گوش فرا داده شود؛ البته با وجود تفاوت‌های میان افراد مختلف، برخی تمایل ندارند بیش از حد وارد فرایند تصمیم‌گیری درمانی شوند. ممکن است بیماران در مراحل مختلف درمان، اطلاعات کمتر یا بیشتری درخواست کنند؛ به‌ویژه اطلاع‌رسانی درباره‌ی اخبار نامطلوب گاه به حمایت و وقت بیشتر نیاز دارد. تمام افراد به یک اندازه به جزئیات ارائه‌شده نیاز ندارند.

هرگاه فردی اذعان کند که به اطلاعات کمی نیاز دارد نمی‌توان به‌اجبار اطلاعات را در اختیار او قرار داد؛ در این صورت، باید تنها موارد اصلی به او ارائه شود.

بیمار ممکن است بر سر آن دسته از روش‌های درمانی که از هدف آن‌ها مطلع است توافق داشته باشد؛ اما به دریافت جزئیات بیش‌ازحد درباره‌ی آن‌ها تمایلی نداشته باشد. البته بیماران دارای صلاحیت را می‌توان به کسب اطلاعاتی که برای حفظ سلامت آن‌ها ضروری است، تشویق کرد. این اطلاعات می‌تواند درباره‌ی وضعیت سلامت، روش درمان و اثرات ناخواسته‌ی احتمالی آن باشد؛ البته این افراد نیز ممکن است از دریافت جزئیاتی که مدنظر آن‌ها نیست، اجتناب کنند. گاه ممکن است بیمار اتخاذ یک تصمیم و اطلاعات لازم برای آن را به شخص دیگری محول کند. در هنگام ارائه‌ی اطلاعات، واژگان باید با خواسته‌های بیمار هماهنگ باشند و درعین‌حال اطلاعات اصلی را نیز در اختیار او قرار دهند. ممکن است خویشاوندان بیمار به دنبال دریافت اطلاعاتی باشند که باید از بیمار پنهان نگه داشته شود؛ اما به‌هرحال، گوش فرادادن و توجه به گفته‌های خود بیمار از اولویت اصلی برخوردار است.

ارائه‌نکردن اطلاعات لازم می‌تواند باعث نامعتبر ساختن رضایت بیمار شود. مخصوصاً مواقعی که از روش‌های درمانی ابتکاری یا خطرآفرین استفاده می‌شود، بیمار حتماً باید در جریان خطرهای احتمالی موجود قرار گیرد؛ البته گاهی گفت‌وگو درباره‌ی خطرات، احتمال و شدت آن دشوار است؛ به‌ویژه درصورتی‌که بیمار توانایی درک آن‌ها را نداشته باشد. توصیه می‌شود در این مواقع همواره این امکان برای بیمار فراهم شود تا بتواند سؤالش را مطرح کند، موارد مبهم را روشن سازد و درخواست اطلاعات بیشتر کند و در صورت فراهم‌نبودن وقت مناسب برای این کار، باید تغییراتی در برنامه‌ی زمانی کاری ایجاد شود (۵).

اطلاعاتی که بیمار برای تصمیم‌گیری آگاهانه به آن‌ها نیاز دارد، عبارت‌اند از:

- شواهد موجود برای تشخیص و پیش‌آگهی ارائه‌شده و محدودیت‌های موجود در آن؛
- گزینه‌های درمانی موجود برای بیماری اعم از گزینه‌های درمانی موجود در مراکز دولتی و غیردولتی؛
- کاربرد، معایب و پیامدهای ناخواسته‌ی احتمالی هر یک از روش‌های درمانی؛
- روش‌های جایگزین از جمله عدم درمان و کاربرد هر کدام از آن‌ها؛
- در صورت لزوم ارائه‌ی منابعی برای کسب اطلاعات بیشتر یا معرفی گروه‌هایی برای حمایت‌های آتی از بیمار.

۱۱. حقیقت‌گویی و صداقت در گفتار پزشکان

از جمله مسئولیت‌های پزشک آن است که از اعاده‌ی حق تصمیم‌گیری به بیمار در حدی که امکان‌پذیر باشد، اطمینان حاصل کند و به واسطه‌ی ارائه‌نکردن اطلاعات مهم، چنین حقی را از او دریغ نکند. در گذشته تصور بر این بوده است که آگاه‌کردن بیماران از برخی موارد که ممکن است هراس‌انگیز باشد و کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد و رابطه‌ی میان بیمار و پزشک را متأثر سازد، جایز نیست.

فـرض نادرسـت چنیـن دیدگاهـی آن اسـت کـه برخی افراد یارای روبه‌رو شـدن بـا واقعیت را ندارند. در جامعه‌ی ما به راسـتی و شـفافیت بسـیار اهمیت می‌دهنـد؛ اما انتظـار صداقـت این‌چنیـن از بیمار امـری نوظهـور اسـت. در گذشـته پزشـکان سـعی می‌کردنـد واقعیـت را از بیمـار پنهان دارنـد؛ «البته آن‌ها این کار را به واسـطه‌ی نیت سوء اخلاقی انجام نمی‌دادند؛ بلکه در نظر خود جز خوش‌بینی به بیمار اعطـا نمی‌کردنـد. همچنین، در آن زمان مشـکلات شـخصی متعاقب بیماری‌ها یا عدم صداقت پزشـک هماننـد ازدسـت‌دادن امیـد، ناراحتـی، اضطراب، بی‌حوصلگـی، غـم و غصـه، مـرگ و ماتـم همگـی مسائلی خصوصی در نظر گرفته می‌شدند که باید از دیگران پنهان می‌ماندند» (۵).

مسلم اسـت که امروزه دیگر بسـیاری از این موارد تغییـر یافته‌اند و بیمـاران در مواقع اضطراب، انتظار پاسـخ‌های صادقانه و حمایت‌های پزشـک را دارند. یکی از توصیه‌های مهم ارائه‌شـده آن است که «باید به بیمـاران در رویارویی با اضطرابـی که اغلب در اثر دانش زیاد ایجاد می‌شود، یاری رسانده شود» (۵).

بیماران خود اهدافی برای زندگی دارند و به همین دلیـل نیـز می‌خواهنـد اطلاعـات دقیقـی از آنچـه می‌توانند به آن دسـت یابند داشته باشند؛ البته باید درباره‌ی محدودیت‌های بالینی با بیمار سخن گفت؛ اما پزشـک بایـد دربـاره‌ی عوامل احتمالـی دیگری کـه ممکن اسـت فرایند درمـان یا زمـان آن را تحت تأثیـر قرار دهد بـا بیمـار گفت‌وگو کنـد. گاه حرکت به سـوی اهدافـی خارجـی بـرای درمـان می‌تواند منجـر بـه واردشـدن اختـلال در برنامـه‌ی زمانـی برخـی فرایندهای درمانی دیگر شـود و این موضوع نبایـد از افرادی که از آن متأثر می‌شـوند، پنهان نگه داشـته شـود. متخصصان سـلامت اطلاعات لازم را بـرای بیمار فراهم می‌آورند تـا او بتواند انتخاب‌هایی آگاهانه داشته باشـد و این موضوع حتی در مواقعی که تعـداد گزینه‌های موجود بسـیار اندک اسـت نیز صدق می‌کند. بدیهی اسـت که در ارائه‌ی اطلاعات هراسـناک باید نهایت حساسـیت به کار گرفته شود. در گذشته پزشـکان از ابراز هرگونه شک و تردید منع می‌شـدند و این کار را منافـی اخلاق برخورد با بیمار می‌دانستند؛ اما امروزه مشخص شده است که بیمار تنها آن زمان دچار اسـترس و اضطراب می‌شـود که درمی‌یابد اطلاعاتی از او پنهان نگه داشته می‌شود.

گاه ارائه‌ی برخی اطلاعات منجر به ایجاد اضطراب در فرد می‌شـوند و برای همین نیز آگاه‌سـاختن او از رویدادهای بد، کاری دشـوار اسـت؛ به همین دلیل نیـز انجمن پزشـکی به‌طـور جـدی تأکیـد دارد که تمام متخصصان سـلامت باید انجـام‌دادن این کار را به‌خوبی فرا گیرنـد و بتوانند در چنین موقعیت‌هایی حمایت‌های لازم را انجام دهند.

از جملـه محل‌های اختلاف آگاه‌سـاختن بیمار از خبرهـای بدی چـون: ناتوانی گـروه درمانی یا خود او در تغییـر موقعیـت نامطلوب موجـود و نبود روش مداخلـه‌ی مؤثـر اسـت. در سـال ۲۰۰۰، برخـی به نحـوه‌ی پرسـش از بیمـاران مسـن دربـاره‌ی انجام احیـای قلبی‌عروقـی در صـورت ایسـت تنفسـی آن‌ها اعتراض کردند. بنابر باور آنان، مسـائل بسـیار تأثیرگذار و هیجان‌انگیزی برای چنین افراد حساسی مطرح می‌شـود. برخـی دیگـر نیـز گفت‌وگونکردن دربـاره‌ی آن را قبول‌نکردنـی می‌پندارنـد. از دیدگاه انجمن پزشـکی، پزشـکان همـواره باید بـرای بیمار

فرصت کافی فراهم آورند تا بتوانند درباره‌ی چنین موضوعاتی گفت‌وگو کند و از خود نیز برای این‌کار تمایل نشان دهد. درصورتی‌که بیمار تمایلی به استفاده از یک روش درمانی به‌خصوص ندارد یا بی‌نتیجه‌بودن آن آشکار است، متخصصان سلامت مجاز نیستند از آن استفاده کنند.

درباره‌ی کسب رضایت از والدین به منظور استفاده از روش‌های درمان ابتکاری بر روی نوزادان برای اهداف تحقیقاتی یا کسب رضایت از خویشاوندان متوفی برای نگهداری بافت‌های بدن او پس از انجام کالبدگشایی اختلاف‌نظرهای مشابهی وجود دارد. هر چند گفت‌وگو درباره‌ی چنین موضوعاتی می‌تواند بسیار دشوار باشد باید فرصت لازم برای انجام چنین کاری در اختیار افراد قرار داده شود (۵).

۱۲. نقش ارزش‌ها بر رابطه‌ی درمانی

تا مدت‌ها تصور بر این بود که علم پزشکی به‌طور صِرف مربوط به جسم است و در نتیجه ارزش‌ها و عقاید در آن وارد نمی‌شود. حال این سؤال مطرح است که آیا به واقع ارزش‌ها از درمان جدا هستند؟ اگر چنین نیست چه ارزش‌هایی وارد رابطه‌ی درمانی می‌شوند؟ ازآنجاکه پزشکان به‌عنوان انسان نه عاری از ارزش‌ها هستند و نه به لحاظ ارزشی خنثی یا منفعل‌اند، بنابراین مداخلات درمانی متکی بر ارزش‌های اساسی است. از سوی دیگر، بیماران با اعتماد به پزشک افکار، احساسات و اعمال خود را برای پزشک بازگو می‌کنند و نیز براساس همین باورها و ارزش‌ها خواستار نوعی خاص از رابطه یا حتی درمان هستند. به همین سبب پزشک باید علاوه بر آگاهی از دیدگاه ارزشی شخصی خود، به حق بیمار خود برای داشتن یک نظام ارزشی متفاوت احترام بگذارد و تا حد امکان شیوه‌ی تشخیصی و درمانی مناسبی را برگزینند (۲۴).

۱۲- ۱. کسب رضایت از بیمار

اولین قدم برای شروع رابطه‌ی پزشک و بیمار، رضایت بیمار برای انجام مداخلات پزشکی توأم با حفظ استقلال فردی بیمار است. بیمار حق دارد تمام اطلاعات مرتبط با بیماری خود و موارد درمانی را بداند و برای درمان خود تصمیم بگیرد. با وجودی که رابطه‌ی پزشک و بیمار با کسب رضایت آغاز می‌شود، به این معنی نیست که رضایت یک رویداد مقطعی است، بلکه جریانی است که در طول رابطه‌ی پزشک و بیمار تداوم دارد. آنچه از رضایت در ابتدا تداعی می‌شود بیشتر مفهوم پذیرش درمان است؛ درحالی‌که می‌تواند به معنی امتناع از درمان نیز باشد. بیمار حق دارد درمان پیشنهادی پزشک را نپذیرد. هیچ‌کس را نمی‌توان به درمانی خاص مجبور کرد. در واقع، کسب رضایت یکی از میوه‌های درخت تنومند اتونومی و احترام به کرامت انسانی است. نیازی به توضیح نیست که کسب رضایت با ارائه‌ی صحیح و مناسب اطلاعات به بیمار معنا پیدا می‌کند (۲۵).

۱۲- ۲. حریم خصوصی و رازداری

آدمی به دلیل اینکه از یک‌سو دارای استقلال فردی و از سوی دیگر موجودی اجتماعی است طبیعتی دوگانه دارد و به سبب همین ارتباط با دیگری و زندگی اجتماعی است که حریم خصوصی معنا می‌یابد و حفظ این حریم ارتباط تنگاتنگی با کرامت انسانی دارد. رعایت و حفظ کرامت انسانی یکی از

اساسی‌ترین اصول اخلاقی‌بودن رفتار آدمی است. در این میان رابطه‌ی پزشک و بیمار به سبب ماهیت ویژه‌ی آن و تا حدی الزام اعتماد بیمار به پزشک برای بیان درد و رنج خود، حساسیتی افزون را در رعایت کرامت انسانی و در نتیجه حفظ حریم خصوصی بیمار و رازداری، از سوی پزشک می‌طلبد. در اصل می‌توان گفت رازداری اصل اولیه و بی‌قیدوشرط در رابطه‌ی پزشک و بیمار است.

این حق در بیانیه‌ی سازمان بهداشت جهانی و نیز منشور حقوق بیمار وزارت بهداشت و درمان به این صورت آمده است: «ارائه‌ی خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد» (۲۳). در مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی می‌توان حریم خصوصی را در پنج گروه مجزا برشمرد:

الف. حریم خصوصی فیزیکی (مثل احترام به جسم انسان)؛

ب. حریم خصوصی اطلاعاتی (همچون: رازداری، محرمانگی و حفاظت از اطلاعات بیمار)؛

ج. حریم خصوصی معاشرتی (ایجاد محیطی صمیمی توأم با آرامش برای بیمار در لحظات بیماری، نقاهت و احتضار)؛

د. حریم خصوصی مالکیتی (احترام به حق مالکیت فرد بر اطلاعات بیماری، ژنتیکی، بافت‌های بدن و هویتی خویش)؛

ه. حریم خصوصی در تصمیم‌گیری (احترام به اتونومی و خودمختاری فرد در تصمیم‌گیری‌های درمانی) (۲۲).

بیان این پنج دسته ناظر بر این حقیقت است که حریم خصوصی افراد تنها حفظ حریم فیزیکی و جسمی بیمار نیست؛ بلکه ایجاد محیطی آرام و احترام به حق خودمختاری او در تمام مراحل درمانی از معاینه تا تشخیص و درمان و پس از آن را نیز شامل می‌شود. در حفظ حریم خصوصی افراد، باید به باورها و اعتقادات فرد به همان میزان حساسیت درباره‌ی حفاظت از اطلاعات و جسم او توجه کرد و احترام گذاشت (۲۶).

۱۳. نقش و وظایف بیمار

هنگام بیماری شخص نمی‌تواند وظایف خود را در قبال اجتماع و خانواده انجام دهد. از سویی، او مسئول ناتوانی خویش نیست و حق دریافت کمک دارد. گرچه این ویژگی‌ها امتیازاتی برای بیمار ایجاد می‌کند، این امتیازات مشروط هستند. صِرف تمایل و تصمیم به شفا، بهبود شخص امکان‌پذیر نمی‌شود. شخص بیمار موظف است در پی کمک‌گرفتن و درمان خویش باشد و با پزشکی که مسئول درمان اوست همکاری کند. بیمار باید در بیان مشکلات و بیماری خود تمام آنچه را که به نظر خودش مرتبط با بیماری است برای پزشک بازگو کند و از پنهان‌کاری بپرهیزد. گرچه جلب اعتماد بیمار در وهله‌ی اول بر عهده‌ی پزشک معالج است، بیمار نیز باید نسبت به پزشک دیدی خوش‌بینانه و عاری از پیش‌داوری داشته باشد. شخص بیمار بنا بر وظیفه، در قبال جامعه نیز که به سهم خود بار بیماری او را بر دوش می‌کشد مسئول است و به همین دلیل باید به دنبال مداوای خود باشد (۲۷).

در این میان از شروط مهم موفقیت در درمان بیماری، همکاری فعال متقابل بین بیماران و پزشکان است. این همکاری بدین‌معناست که هر دو

طرف دارای حقوق و مسئولیت هستند. همان‌طوری که پزشکان مسئول ارائه‌ی خدمات سلامت با تمام توان خود به بیماران هستند، بیماران هم مسئولند که با پزشك خود در ارائه‌ی اطلاعات لازم صادق بوده و در تصمیم‌گیری درباره‌ی تشخیص و درمان بیماری خود مشارکت فعالانه‌ای داشته باشند و برنامه‌ی درمانی توافق‌شده را اجرا کنند. اصل اتونومی این حق را به بیماران می‌دهد که در تصمیم‌گیری‌های مربوط به مسائل سلامت و درمان خود نظارت داشته و انتخاب‌کننده‌ی نهایی باشند؛ البته در مقابل قدرت انتخاب و هدایت، مسئولیت‌هایی هم برای بیماران تعیین شده که عبارت‌اند از (۲۲):

۱. ارتباط خوب اساس رابطه‌ی موفقیت‌آمیز پزشك و بیمار است. بیماران وظیفه دارند که صادق باشند و نگرانی‌های خود را به‌طور واضح و صریح با پزشك در میان بگذارند.
۲. بیماران موظف‌اند تا حد امکان درباره‌ی بیماری‌های قبلی، داروهای دریافتی، بستری‌شدن‌ها، سابقه‌ی خانوادگی بیماری‌ها و سایر مواردی که در ارتباط با مشکل فعلی آن‌هاست، شرح حال کاملی به پزشك ارائه دهند.
۳. بیماران وظیفه دارند درصورتی‌که نسبت به توضیحات و اطلاعات ارائه‌شده درباره‌ی وضع سلامت یا درمانشان توجیه نشده‌اند توضیحات بیشتری از پزشك بخواهند تا مسأله برایشان حل شود.
٤. وقتی بیماران و پزشکان درباره‌ی یك برنامه و اهداف درمانی به توافق رسیدند، بیمار موظف به اجرای دستورات پزشك و ادامه‌ی درمان است. پذیرش دستورات پزشك برای سلامت خود فرد و جامعه است. بیماران درصورتی‌که طبق پروتکل‌های درمانی عمل نکردند، باید موارد نقض را به پزشك یادآور شده و تعیین کنند که از چه زمانی مجدداً تجدیدنظر کرده و طبق دستورات پزشك عمل کرده‌اند.
۵. بیماران موظف هستند هزینه‌های پزشکی خود را پرداخت کنند یا اگر توانایی پرداخت آن را ندارند با پزشك خود در میان بگذارند. بیماران باید به ارزش خدمات و محدودیت امکانات نظام سلامت آگاه باشند و منابع را با دقت مصرف کنند.
٦. بیماران باید تصمیمات مربوط به مراحل پایانی حیات خود را با پزشکان خود مطرح کرده و خواسته‌هایشان را مشخص سازند. این موارد می‌تواند به‌صورت مکتوب در قالب دستورات قبلی یا وصیت‌نامه‌ی پزشکی ارائه شوند.
۷. بیماران باید به حفظ سلامتی خود از طریق رعایت ضوابط سلامت متعهد باشند؛ چرا که با رعایت بهداشت و سبک زندگی سالم، می‌توان از بسیاری از بیماری‌ها پیشگیری کرد.
۸. بیماران باید متوجه اثر سوء بیماری‌شان بر دیگران باشند و از کارهایی که سلامت دیگران را به خطر می‌اندازد پرهیز کنند. بیماران باید درباره‌ی چگونگی انتقال بیماری‌های عفونی اطلاعات کسب کنند و به بهترین وجه برای جلوگیری از انتقال آن به دیگران عمل کنند.
۹. مشارکت در آموزش پزشکی به نفع بیماران و همچنین، نظام سلامت است. در این روش بیماران تشویق می‌شوند برای مشارکت در

آموزش‌هـای پزشـکی، تحـت نظارتی مناسـب از دانشـجویان و رزیدنت‌هـای پزشـکی بـرای درمان استفاده کنند. بیمار یا تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزیـن طـی فرایند رضایـت آگاهانـه، برای نپذیرفتـن مداخلـه‌ی هر یـك از اعضـای گروه درمان آزاد است.

۱۰. بیمارانی که به اهدای عضو تمایل دارند باید در این خصوص با پزشـك خود مشـورت کنند و در صـورت تمایل به این امر، بـرای انجام اقدامات لازم درخواسـتی مکتوب تنظیم کنند. بیمارانی که منتظـر دریافـت پیوند هسـتند نبایـد برای دسـتیابی زودتـر بـه عضو مـورد نیاز، خـارج از قوانین عمـل کنند. نظام تخصیـص منابع باید عادلانه رفتار کند تا اعتماد جامعه را کسـب کند و بایـد به جامعـه اطلاع دهد کـه منابع محدود است.

۱۱. بیمـاران نبایـد تحـت تأثیـر تبلیغـات درمانـی فریب‌کارانه قـرار گیرند و باید مـوارد غیرقانونی و غیراخلاقی پزشـکان یا سـایر کادر درمان را به مراکز قانونی گزارش کنند.

۱۴. نقش و وظایف پزشک

در رابطـه‌ی پزشـک و بیمار بیشـترِ بایدهـا متوجه شـخص پزشـک اسـت. علاوه بـر بایدهایـی چون: حقیقت‌گویـی، رازداری، احتـرام بـه کرامـت انسـانی و اتونومی، توجـه به اعتقـادات بیمار، عدم بهره‌جویی‌هـای مادی، جسـمی یـا روانـی، ارائه‌ی اطلاعـات کافی و صحیح و کسـب رضایـت آگاهانه و آزادانـه، بدیهی‌تریـن و بدوی‌ترین انتظـاری که از پزشـک می‌رود صلاحیت علمی و عملـی و حرفه‌ای اوسـت. صلاحیت پزشک شامل سـه مؤلفه‌ی اصلی است:

۱. دانش که مسـتلزم کسب علوم مربوط، با دقت و حساسـیت لازم از یک پزشک است. روزآمدکردن این دانش با اسـتمرار و تداوم در خودآموزی و در صورت لزوم انجام‌دادن مشـاوره‌های تخصصـی امکان‌پذیر است.

۲. مهـارت کـه نه‌تنهـا درتشـخیص و شـناخت روش‌هـای درمانی، بلکـه در مداخـلات درمانی نیز ضروری است.

۳. پشتکار که سـومین مؤلفه از صلاحیت حرفه‌ای اسـت و مفهـوم آن توجه مـداوم به نیازهـای بیمار و مقدم‌شمردن نیاز بیمار بر نیاز سایرین و خود پزشک است (۲۷).

بنابراین، در یك وضعیت مطلوب، پزشك

- تمامی توجهش به بیمار است؛
- محیطی را ایجاد می‌کند کـه بیمار اعتمادبه‌نفس خوبی داشته باشد؛
- بـرای ایجاد صمیمیت، بیمار را برای گفتن حقایق تشویق می‌کند؛
- احسـاس نگرانـی واقعـی خـود را در خصـوص سلامتی بیمار بیان می‌کند؛
- در حفـظ نقـش حمایت‌کننـده از بیمـار دقـت می‌کند؛
- حقوق بیمار را که شـامل برخـورداری از صداقت، ارائه‌ی اطلاعات (مرتبط با بیماری، درمان‌ها، عدم درمان و دسترسـی به اطلاعات)، احترام (برخورد محترمانه، کلام قابل فهم، حفظ پوشـیدگی بدن، احتـرام به عقایـد و...)، حفظ حریـم خصوصی و رازداری، حق انتخاب (پذیرش یا ردکردن درمان)،

دسترسی عادلانه و تداوم خدمات است، رعایت می‌کند (۳).

۱۵. اتونومی بیمار

رابطه‌ی پزشک و بیمار باید مبتنی بر تعاون و همکاری باشد. تصمیمات درمانی، به‌صورت ایده‌آل از طریق گفت‌وگو با بیمار گرفته می‌شود و در طی آن فرد متخصص سعی می‌کند با توجه به خواست‌ها و نیازهای بیمار گزینه‌های لازم را در اختیار او قرار دهد. رضایت بیمار در این تبادل درمانی نقش اساسی دارد. بیماران در تمام رده‌های سنی و سلامت باید برای شرکت در تصمیم‌گیری درمانی ترغیب شوند. از جمله‌ی این موارد می‌توان به درخواست مداخلات تخصصی‌درمانی از سوی بیمار یا انصراف از برخی توصیه‌های پزشک بدون آسیب‌رساندن به رابطه‌ی پزشک و بیمار اشاره کرد. در این موقعیت مهم‌ترین نقش پزشک ارائه‌ی اطلاعات، تشریح گزینه‌های درمانی موجود و رفع سوءتفاهم‌های احتمالی است (۵).

۱۶. اتونومی پزشک

مفاهیم رضایت و استقلال تنها برای بیمار تعریف نمی‌شوند. پزشکان صرفاً به علت درخواستی که از آن‌ها می‌شود، درمان را ارائه نمی‌کنند؛ بلکه درمان مذکور از نظر آن‌ها به لحاظ بالینی نیز مناسب شناخته می‌شود. توصیه‌های پزشک باید مبتنی بر شواهد و به بهترین نحو ممکن باشد؛ هرچند شاید ضرورتاً با انتظارات بیمار از او نیز همخوانی نداشته باشد؛ همانند مواقعی که بیمار از پزشک تجویز آنتی‌بیوتیک را درخواست می‌کند.

پزشک با توجه به خواست بیمار و امکانات و منابع موجود، بهترین گزینه و مداخلات را به بیمار پیشنهاد می‌دهد. در ارتباط درمانی، مسئولیت اصلی پزشک، درمان بیمار است و نه مدیریت منابع موجود؛ اما گاه در مواقعی که بیمار درمان ارزان‌تر را رد می‌کند و درمانی پرهزینه‌تر را درخواست می‌کند مشکلات و سؤالات سختی را ایجاد می‌کند.

پیروان برخی گروه‌های مذهبی همانند شاهدان یهوه ممکن است تنها پذیرش برخی موارد درمانی را مجاز بشمارند. در چنین مواردی باید سعی شود در صورت امکان گزینه‌ی پذیرفتنی از سوی بیمار در نظر گرفته شود. بدیهی است به منظور درک بهتر دیدگاه بیمار و ارزشی که برای انتخاب‌های خود قائل است، باید همواره با او گفت‌وگو شود و از پیش‌داوری و فرضیات درباره‌ی آن‌ها پرهیز شود؛ البته پزشک نمی‌تواند گزینه‌هایی را در اختیار بیمار قرار دهد که برای او آسیب‌رسان هستند؛ از این میان می‌توان به درخواست مهارکننده‌های اشتها مشابه آمفتامین یا استروئیدها از طرف ورزشکاران و بدنسازان اشاره کرد. رابطه‌ی میان پزشک و بیمار زمانی به‌خوبی عمل می‌کند که توانایی‌های پزشک با خواست بیمار تناسب داشته باشد و درخواست‌های بیمار فراتر از توانایی‌های قانونی و اخلاقی و عملی او نباشد. شایان ذکر است پزشک علاوه بر بیمار خود در قبال جامعه نیز مسئولیت دارد؛ البته بیماران باید در کانون توجه خاص او باشند. پزشک قدرتی شایان توجه دارد؛ او نه‌تنها می‌تواند برای درمان بیمار تصمیمی نگیرد، بلکه به‌صورت درخور توجهی می‌تواند بر گزینه‌های انتخابی بیمار نیز تأثیر بگذارد (۵).

۱۷. رابطه‌ی دوگانه

رابطـه‌ی دوگانـه بین پزشـک و بیمار زمانـی ایجاد می‌شـود که پزشـک علاوه بـر رابطه‌ی درمانـی یا به بیـان دیگر صرفـاً رابطه‌ی پزشـک- بیمـار، رابطه‌ی دیگری نیز با او داشـته باشـد. رابطـه‌ی دوگانه انواع گوناگونـی دارد؛ به‌عنوان مثال، درمان یک دوسـت یا همـکار می‌تواند رابطه را از حالت رابطه‌ی پزشـک بیمـار صِـرف خـارج کنـد. رابطـه‌ی دوگانـه بالقوه پرخطر است؛ اما همیشه غیرحرفه‌ای یا غیراخلاقی نیست؛ ولی درعین‌حال برخی روابط دوگانه، آشکارا سـودجویانه و مضرنـد. سـه عامـل اساسـی، روابط دوگانه‌ی پزشک و بیمار را تهدید می‌کند:

الـف. عامل اول تعارض بین منافع پزشـک و بیمار اسـت؛ در این صورت پزشـک با توجه بـه نفع خود، اصل سودرسـانی به بیمار را زیر پا می‌گذارد یا دست کم خدشه دار می‌کند.

ب. عامـل دوم ارزش و اهمیت پزشـک برای بیمار اسـت. اعتماد بیمار به پزشـک و اطمینان از توانایی او در درمان عوامل بنیادین در درمان موفق هستند. هنگامی که پزشـک علاوه بر درمانگری نقشی دیگر می‌یابـد، ممکن اسـت از ارزش و اهمیـت او در دید بیمار کاسته شود و اعتماد بیمار به او به خطر بیفتد.

ج. عامل سـوم تفاوت قدرت پزشـک و بیمار است. تفـوق و سـنگین‌بودن کفه‌ی ترازوی رابطه به سـمت پزشـک و فرادسـتی[1] او جـزء ذاتی ارتباط پزشـک و بیمار اسـت و به‌ویژه در رویکرد پدرسالارانه‌ی پزشک، این عدم تعادل قدرت، به شکلی افسارگسیخته بیمار را تسلیم خواسته‌های پزشک می‌کند و چه بسا بیمار نگران باشـد که در صورت نپذیرفتن نقش‌های دیگر پزشک، از ادامه‌ی فرایند درمان محروم شود یا درمان با همان دقت و کمال قبلی انجام نشود (۲۴). روابط دوگانه‌ی پزشـک و بیمـار را می‌توان در چهار دسـته طبقه‌بندی کرد (۲۴):

۱. ترکیـب روابط شـخصی‌حرفه‌ای: ممکن اسـت پزشـک بـا بیمـارش رابطـه‌ی دوسـتانه یـا رابطه‌ی اجتماعی برقرار کند.

۲. قبول هدیـه از بیمار: بیماران بـه دلایل مختلف بـرای پزشـکان خود هدیـه می‌آورنـد. هدایـا اغلب به‌عنوان ابـزار قدردانی و سپاسـگزاری یا بازتاب یك رسـم فرهنگی است که می‌تواند روابط پزشك و بیمار را بهتـر کنـد. بعضـی هدایا به‌طـور بارز بـه نیازهای روانـی بیمار بـرای جلب توجه خاص پزشـك اشـاره دارد. برخـی بیمـاران تصـور می‌کنند بـا هدیه‌دادن جایگاه خاصی نزد پزشک پیدا می‌کنند یا می‌توانند روند درمان را تسریع یا بهتر کنند. تعدادی از بیماران از هدایای گرانبها به‌عنوان رشـوه استفاده می‌کنند. بعضی بیماران تصور می‌کنند با هدیه‌دادن به پزشك می‌تواننـد اطمینـان یابند که او بهتریـن نوع درمان را بـرای ایشـان در نظـر می‌گیرد و بدین‌وسـیله آنان احساس امنیت بیشتری می‌کنند.

قبول چنین هدایایی به سلامت رابطه‌ی بین بیمار و پزشك خدشه وارد می‌کند. پزشك باید به‌طور صریح و شـفاف به بیمار تذکر دهد که دادن چنین هدایایی به وظیفه‌ی پزشـکی او که دادن خدمـات عادلانه به همگان است، خدشه وارد می‌کند (۲۲). پزشک باید با درایت و وارستگی، قصد و نیت بیمار را از هدیه‌دادن دریابد. زمانی که هدیه در مقابل انجام‌دادن خدماتی خاص یا بهتر در آینده داده می‌شود یا زمانی که هدیه بسیار گرانبهاسـت به‌گونه‌ای که پزشک را تحت تأثیر

1. Superiority

قرار می‌دهد پذیرفتن آن صحیح نیست (۲۴)؛ البته ضابطه‌ای دقیق و مشخص وجود ندارد که تعیین کند چه زمانی پزشك می‌تواند یا نمی‌تواند یك هدیه را بپذیرد. به‌هرحال ارزش هدیه متناسب با شرایط پزشك و بیمار است؛ اما در هر صورت این هدیه نباید ارزش مادی فراوانی داشته باشد. حداقل ضابطه‌ای که پزشك در موقع پذیرش هدیه می‌تواند تا حدودی به آن متکی باشد آن است که اگر همکاران او یا جامعه متوجه قبول هدیه شوند، او ناراحت و خجالت‌زده نشود یا اینکه حاضر باشد پذیرش آن هدیه را به سایرین اعلام کند (۲۲)؛ اما هنگامی که هدیه به‌عنوان قدردانی از یک درمان موفق یا به‌جاآوردن یک سنت و رسم فرهنگی باشد، پذیرفتن آن غیراخلاقی نیست. به‌طور کلی، اگر هدیه دارای شرایط ذیل باشد، پذیرفتن آن غیراخلاقی نخواهد بود:

الف. افزایش رفاه بیمار بیش از در معرض خطر بودن او باشد؛

ب. به بی‌طرفی پزشک در درمان بیمار لطمه وارد نکند؛

ج. تمایز میان حق بیمار و رضایت او لحاظ شود؛

د. به‌عنوان نشانه‌ای از قدرشناسی باشد و از نظر مالی گران‌قیمت نباشد (۲۴).

اگر بیماری فوت کند و قبل از فوت هدیه‌ای را برای پزشك کنار گذاشته باشد، در مواقعی که پذیرش هدیه باعث مشکلات اقتصادی یا روانی برای خانواده‌ی متوفی می‌شود، پزشک باید از قبول آن خودداری کند. تعامل بین این عوامل مختلف پیچیده است و لازم است که پزشك با حساسیت ویژه‌ای به آن‌ها توجه کند (۲۲).

۳. مبادله و معامله‌ی کالا در رابطه‌ی پزشک-بیمار: پزشکان باید از قبول کالا یا خدمات در ازای درمان خودداری کنند؛ زیرا چنین رفتارهایی موجب تعارض منافع، سوءاستفاده و تحریف در رابطه‌ی حرفه‌ای می‌شود (۲۴).

۴. رابطه‌ی عاشقانه یا جنسی با بیمار: نوعی از رابطه‌ی دوگانه که اخلاق حرفه‌ای آن را در هر زمینه‌ای و به‌ویژه در پزشکی ممنوع کرده، رابطه‌ی جنسی با بیمار است. این روابط به علل متعدد و از نظر اخلاقی و حرفه‌ای ناپسند است. بیماران همواره آسیب‌پذیرتر از پزشکان هستند. بیمار رابطه‌ی خود را با پزشک، برپایه‌ی اعتماد بنا می‌نهد و گاه خصوصی‌ترین مسائل زندگی خود را با پزشک در میان می‌گذارد. پزشکی که رابطه‌ی نامناسبی با بیمار دارد به این اعتماد اولیه‌ی بیمار خسارتی جبران‌ناپذیر وارد می‌کند.

پراهمیت‌ترین مسأله در این‌باره و هر رابطه‌ی دوگانه‌ی دیگر، قدرت ناعادلانه‌ی پزشک و بیمار است. پزشک از اعتبار، عنوان و قدرت برخوردار است؛ درحالی‌که یک بیمار دارای مشکلات متعدد، احتمالاً دارای احساس عدم امنیت و حتی سردرگمی است. بیمار از پزشک می‌خواهد تا به او و مشکل او توجه کند، در شناخت و حل مشکل به او کمک کند و با او همدلانه رفتار کند؛ بنابراین، مزین‌بودن به زینت اصول اخلاقی و رعایت آن برای سوءاستفاده‌نکردن از این نابرابری قدرت، راهگشای پزشک در انجام خدمات صحیح و اخلاقی خواهد بود (۲۸).

ارتباط عاشقانه یا جنسی بین پزشك و بیمار از اهداف رابطه‌ی بیمار و پزشك می‌کاهد و

باعث آسیب‌پذیری بیمار می‌شود؛ همچنین با مخدوش‌کردن قضاوت عینی پزشک از وضعیت مراقبت‌های سلامت بیمار، به روند بهبود او آسیب می‌رساند. اگر پزشک به دلایلی باور داشته باشد که ارتباط غیرجنسی با بیمار ممکن است به‌عنوان ارتباط جنسی درک شود یا منجر به چنین تماسی شود، باید از ارتباط غیرجنسی نیز اجتناب کند یا در حضور فرد سومی از جنس بیمار این امر صورت گیرد. کمترین وظیفه‌ی اخلاقی پزشکان، قطع ارتباط پزشک و بیمار قبل از شروع روابط عاشقانه یا جنسی با بیمار است. برقراری ارتباط جنسی بین پزشک و بیمار سابقش می‌تواند به‌طور نادرستی تحت تأثیر رابطه‌ی قبلی پزشک و بیمار قرار گیرد. ارتباط جنسی با بیمار سابق درصورتی‌که پزشک از اعتماد یا احساسات بیمارش سوءاستفاده کند یا نشأت‌گرفته از ارتباط حرفه‌ای قبلی او باشد، غیراخلاقی است (۲۲).

۱۸. رابطه‌ی مالی پزشک و بیمار و تعارض منافع

تلاش بیشتر پزشکان بر این است که بیمارانشان را درمان کنند، زندگی آن‌ها را طولانی‌تر کنند و دردشان را تسکین بخشند؛ اما از سوی دیگر پزشکان هم، همانند مردمان دیگر، نیازهای مالی دارند. طبابت اغلب به‌ناچار پزشکان را در کشمکش بین تعهد به درمان بیماران و منافع اقتصادی‌شان قرار می‌دهد.

جرج برنارد شاو[1] در کتاب دوراهه‌ی پزشک[2] ادعا کرد که پزشکان درباره‌ی منافع شخصی و به‌ویژه منافع مالی هیچ تفاوتی با دیگران ندارند. از نظر او همه‌ی حرفه‌ها علیه عوام توطئه می‌کنند و در حرفه‌ی پزشکی نیز اساس قضاوت پزشکان در ارائه‌ی خدمات، دستمزد خدمات پزشکی است و همین امر قضاوت آنان را مخدوش می‌کند و این مشکل کاملاً تحت تأثیر شیوه‌ی سازمان‌دهی جامعه در ارائه‌ی خدمات پزشکی و پرداخت دستمزد پزشکان است (۲۹).

جامعه از پزشکان انتظار دارد براساس منافع بیمار عمل کنند؛ البته بیماران هم منافع متعدد و گاه متناقض دارند و در این میان پزشکان نیز منافع و گاه تعهداتی دارند که آن‌ها را بر آن می‌داردکه گاه عملی را انجام دهند که چندان مطلوب بیماران نیست. هنگامی که منافع پزشک و بیمار واگرا می‌شود، خطر سوءاستفاده‌ی پزشکان از اعتماد بیمار رخ می‌دهد. در واقع، زمانی که منافع یا تعهدات کاری پزشکان در مقابل قضاوت بی‌طرفانه یا وظیفه‌شناسی و صداقتشان نسبت به بیمار قرار می‌گیرد، تعارض منافع پیش آمده است. این تعارضات عمدتاً وظیفه‌شناسی و تعهد پزشک را بین دو یا چند بیمار یا بین بیمار و شخص ثالث همچون بیمارستان یا بیمه تقسیم می‌کند (۲۹).

یکی از برجسته‌ترین تعارضات منافعی که پزشکان با آن روبه‌رو می‌شوند تعارض منافع مالی است. تعارض منافع مالی را می‌توان در سه دسته‌ی عمده بررسی کرد: خودارجاعی[3]، سهم‌خواری[4] و پرداخت‌های غیررسمی[5] شامل: زیر میزی[6] و قبول

1. George Bernard Shaw
2. Doctor's Dilemma

3. Self Referral
4. Fee Splitting
5. Informal Payments
6. Under-the-Table

هدیه از بیمار یا شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی. این موارد می‌توانند باعث بی‌اعتمادی عمومی به حرفه‌ی پزشکی شوند.

همان‌طور که پیش‌تر بیان شد یکی از روش‌های حفظ قداست حرفه‌ی پزشکی و نیز حفظ اعتماد بین بیمار و پزشک آن است که محور ارتباط بیمار و پزشک براساس تعهدات اخلاقی باشد، نه براساس منافع مادی؛ بنابراین، شایسته است خدمات پزشکی براساس قضاوت بالینی معتبر و سالم ارائه شود و توان پرداخت مالی بیمار معیار درمان قرار نگیرد. ارتباط پزشک و بیمار براساس یک تعهد مبتنی بر اعتماد[1] بنا نهاده شده و به موجب آن پزشک موظف است در تمامی شرایط و بدون توجه به وضعیت اجتماعی‌اقتصادی بیمار بهترین اقدام درمانی را برای بیمار انجام دهد (۳۰). پزشک در این ارتباط باید منافع بیمار را بر منافع خود ترجیح دهد و نهایت سعی خود را به کار گیرد تا به‌گونه‌ای عمل کند که اعتماد بیمار و جامعه را نسبت به شرافت و تمامیت حرفه‌ی پزشکی حفظ کند (۳۱).

ازاین‌رو، در بسیاری از کشورها حذف ارتباط مالی بین بیمار و پزشک، بهترین شیوه‌ی مدیریت تعارض منافع مالی در نظر گرفته شده و هزینه‌های بیماران از طریق سیستم سلامت یا بیمه‌ها پرداخت می‌شود. به‌طور کلی، اصل بر این است که پزشکان نباید تعمداً به‌گونه‌ای خدمات ارائه دهند تا این امر منجر به دریافت مبالغ بالاتر شود یا خدمات سلامت غیرضروری را برای بیمارشان تأمین کنند؛ بنابراین، هرگونه تجویز یا ارائه‌ی خدمات سلامت که نفع مشخصی برای بیمار ندارد حتی درصورتی‌که بنا بر درخواست بیمار باشد مصداق سوءاستفاده‌ی پزشکی و غیراخلاقی است (۲۲).

۱۹. برقراری ارتباط و معاینات حساس و نواحی محرمانه

اهمیت برقراری ارتباط مناسب با بیمار پیش از انجام معاینات محرمانه و همچنین، پس از آن بر هیچ‌کس پوشیده نیست. ارائه‌ی توضیحات کافی درباره‌ی هدف و چرایی کار و سپس کسب رضایت بیمار در این زمینه ضرورت‌های اساسی هستند (۵). در معاینات بالینی خصوصاً معاینه‌ی غیرهمجنس و مناطق حساس بدن او، به لحاظ اخلاقی و رعایت جنبه‌ی احتیاط حضور همراه تحت شرایط مناسب توصیه می‌شود. این‌کار با هدف احترام به شأن و کرامت بیمار و تلاش برای ایجاد فضایی ایمن و راحت برای بیمار انجام می‌شود.

فراهم‌آوردن لباس مخصوص، تعبیه‌ی موقعیت و مکان مناسب و محرمانه برای تعویض لباس، استفاده‌ی مناسب و مؤثر از پرده‌ها و ارائه‌ی توضیحات کامل درباره‌ی تمام مراحل معاینه از دیگر مسائلی است که پزشک ملزم به رعایت آن‌هاست. درخواست بیمار مبنی بر داشتن همراه باید محترم شمرده شود؛ مگر در مواقعی که این اقدام با مصالح عالیه‌ی بیمار یا سایر بیماران در تعارض باشد. در تمام بخش‌های خدمات سلامت، نیاز بیمار به همراه باید به‌صورت شفاف و واضح به بیمار اعلام شود و امکان درخواست همراه از طریق استفاده از علائم کاملاً روشن و مشخص توسط پرستار و پزشک در هنگام پذیرش، یا در اولین ویزیت به بیمار اطلاع داده شود.

1. Covenant of Trust

در صورت لزوم و ترجیحاً براساس تمایل بیمار، حرفه‌مندان مجاز سلامت مانند پزشك، پرستار و... می‌توانند به‌عنوان همراه بیمار عمل کنند. در این مواقع پزشک باید انتظارات صریح خود مبنی بر حفظ حریم خصوصی و موارد محرمانه‌ی بیمار را به اطلاع همراه برساند و از او بخواهد به این موارد پایبند باشد. پزشک باید در حضور همراه، برای اخذ شرح حال و طرح پرسش‌های لازم به‌ویژه درباره‌ی مواضع حساس در حداقل زمان ممکن اقدام کند. در صورت ضرورت باید فرصتی برای گفت‌وگوی خصوصی بیمار و پزشک در غیاب همراه فراهم شود (۲۲)؛ البته بیمار نیز باید از این حق برخوردار باشد که در صورت مشاهده‌ی برخورد نامناسب از سوی پزشک آن را اطلاع دهد. هدف آن است که بتوان در بیمار اعتمادی کافی به وجود آورد تا در زمان آشفتگی یا برافروختگی در اثر رویدادهای مختلفی که در حین عمل انجام می‌گیرند، بتواند نگرانی‌های خود را اعلام کند و در صورت لزوم توضیحات کافی را به دست آورد (۵).

۲۰. برقراری ارتباط و ترجمه‌ی هم‌زمان

در برخی مواقع حضور شخص ثالث برای برقراری ارتباط میان افراد لازم و اجتناب‌ناپذیر است. در برخی مراکز درمانی اطلاعات به زبان‌های متعددی ارائه می‌شود و این موضوع سبب می‌شود که بیماران درصورت نیاز به زبان‌های دیگر یا کمک در امضاکردن اسناد به‌سهولت بتوانند این کار را انجام دهند. بروشورهای اطلاع‌رسانی برای بیماران نیز به‌صورت فزاینده‌ای به زبان‌های مختلف تهیه می‌شوند. در بعضی مواقع بیمار با خود، فردی را برای ترجمه همراه دارد یا اینکه اعلام می‌کند در صورت مطرح‌شدن پرسشی، اعضای خانواده‌اش به جای او پاسخ خواهند داد. در کل، جایز نیست که کودکان برای بزرگسالان ترجمه‌ی هم‌زمان انجام دهند؛ به‌ویژه اگر موضوع گفت‌وگو مسائل بسیار حساس باشد. متخصصان بهداشتی‌درمانی باید از اینکه حریم شخصی تمام بیماران حفظ می‌شود، اطمینان حاصل کنند؛ البته گاه برخی بیماران به این موضوع تمایل چندانی نشان نمی‌دهند. هرگاه بیمار فردی را به همراه خود نیاورده باشد باید درصورت امکان مترجم حرفه‌ای در اختیار او قرار گیرد و از افراد دیگری مانند کارمندان بیمارستان در این زمینه استفاده نشود (۵).

۲۱. موانع ارتباط پزشك و بیمار

موانع زیادی در ایجاد رابطه‌ی مؤثر بین پزشك و بیمار وجود دارد. گاهی ممکن است بیماران احساس کنند که وقت باارزش پزشك را تلف می‌کنند؛ ازاین‌رو ممکن است مقداری از شرح حال خود را که غیرمهم تشخیص می‌دهند حذف کنند یا از گفتن برخی نکات که آن‌ها را در وضع نامطلوب قرار می‌دهد خجالت بکشند؛ گاه نیز ترمینولوژی پزشك را نمی‌فهمند یا بر این باورند که پزشك به آن‌ها گوش نمی‌دهد؛ بنابراین، اطلاعاتی را که برای تصمیم‌گیری مهم هستند در اختیار پزشك قرار نمی‌دهند (۳۲). پزشک برای شکل‌گیری رابطه‌ی بین خودش و بیمار می‌تواند اقدامات گوناگونی را انجام دهد. پزشك باید

الف. روبه‌روی بیمار بنشیند؛

ب. به راحتی بیمار توجه کند؛

ج. با او ارتباط چشمی برقرار کند؛

د. بدون انقطاع به صحبت‌های بیمار گوش دهد؛

ه. توجه خود را با حرکات غیرزبانی مثل تکان‌دادن سر نشان دهد؛

و. هنگامی که بیمار دنبال کلمات می‌گردد ساکت باشد؛

ز. احساسات بیمار را تصدیق و مشروعیت بخشد (با بیمار همدلی کند)؛

ح. هنگام معاینات توضیحات کافی داده و به بیمار اطمینان دهد؛

ط. صریحاً بپرسد که آیا موارد دیگری برای نگرانی او وجود دارد (۳۲).

۲۲. عدم توافق بین پزشک و بیمار

یک‌سوم تا نیمی از بیماران توصیه‌های درمانی پزشکان را به کار نمی‌گیرند. طبقه‌بندی‌کردن این بیماران به‌عنوان بیماران «نافرمان» حمایت ضمنی از روش پترنالیسم است. بیماران براساس باورهای خود دستورات پزشکان را گزینه‌ای انتخاب می‌کنند. در واقع، آن‌ها درباره‌ی ممکن یا مطلوب‌بودن انجام‌دادن توصیه‌های پزشکان در زندگی روزانه‌ی خود تصمیم می‌گیرند.

استفاده از روش مشارکت در تصمیم‌گیری، پذیرش بیماران را بهبود می‌بخشد؛ برای مثال، پزشک می‌تواند بگوید: «من می‌دانم که ماندن در رختخواب برای باقی دوران حاملگی سخت است. بگذارید در این خصوص صحبت کنیم که چه حوادثی ممکن است رخ بدهد و چگونه می‌توانیم آن‌ها را حل کنیم.» یا بگوید: «من می‌توانم دارویی به شما بدهم تا علائم شما را تخفیف دهد؛ ولی من گمان می‌کنم، اگر شما صبر کنید علائم بهبود خواهد یافت، حالا شما ترجیح می‌دهید دارو را مصرف کنید یا کمی صبر کنید؟» همچنین می‌تواند بگوید: «من می‌فهمم که شما هنوز آمادگی مشاوره را ندارید، آیا شما تمایل دارید که این اطلاعات را کسب کرده و اعلام کنید که گروه مشاوره چه تاریخی به شما مراجعه کنند؟» یا بگوید: «گاهی مصرف دارو خیلی سخت است، هر چند شما می‌دانید مصرف آن‌ها خیلی مهم است. چه چیزی باعث می‌شود که مصرف دارو برای شما مشکل شود؟»

بیماران دارای صلاحیت حق دارند مداخله‌ی پزشکی را رد کنند. مسأله‌ی غامض یا دوراهی اخلاقی، وقتی پیش می‌آید که بیمار مداخله‌ی طبی را رد می‌کند ولی نقش یك بیمار را رد نمی‌کند؛ برای مثال، بیماری با جفت سرراهی کامل که در زمان زایمان، روش سزارین را رد می‌کند، تقریباً هیچ انتخابی را برای پزشکش در ادامه‌ی درمان باقی نمی‌گذارد. انتخاب‌های بیماران دارای صلاحیت، هنگامی که نمی‌توان متقاعدشان کرد، باید محترم شمرده شود (۳۲).

۲۳. چگونگی ارتباط پزشك با بیمار ناکام[1]

گاهی پزشکان با بیمارانی روبه‌رو هستند که نیازها و درخواست‌هایشان ارتباط درمانی را دچار تنش می‌کنند. در اکثر اوقات یك مباحثه‌ی صادقانه با بیمار در خصوص محدودیت‌های ارتباط، می‌تواند این سوءتفاهم را برطرف کند. پزشك می‌تواند بحث را این‌گونه آغاز کند: «من می‌دانم که شما نگرانی‌های زیادی در خصوص سلامتی خود دارید،

1. Frustrating Patient

متأسفانه قرار ما امروز فقط برای پانزده دقیقه تنظیم شده است؛ پس بیایید امروز در خصوص ضروری‌ترین مشکل شما بحث کنیم و قرار دیگری با زمان بیشتری برای شما تنظیم کنیم. بدین‌ترتیب ما می‌توانیم مطمئن شویم که به تمام نگرانی‌های شما را توجه کرده‌ایم.» یا بگوید: «من می‌دانم که تنظیم این قرار ملاقات با من، برای شما مشکل بوده، اما استفاده از ادبیات ناپسند و توهین‌آمیز نسبت به کارکنان نیز پذیرفتنی نیست. شما فکر می‌کنید که چگونه می‌توان نیازهای همه را برآورده کرد؟»

موقعیت‌هایی وجود دارد که بین بیمار و پزشک توافق مطلوبی حاصل نمی‌شود و پزشک هم نمی‌تواند بیمار را به حال خود بگذارد. هنگامی که رابطه‌ی پزشک و بیمار در حال گسسته‌شدن باشد، پزشک متعهد است تا بیمار را با منابعی جدید مواجه سازد که مراقبت‌های پزشکی جاری او را ادامه دهد (۳۲).

۲۴. انتخاب یک روش درمانی خاص یا نادیده‌گرفتن خواسته‌ی بیمار

در هر موقعیت خاص پزشک ناچار است عملکردهای خاصی را انتخاب کند. هنگامی که پرهیز از درمان یک بیماری مخاطره‌آمیز است و انجام‌دادن روش درمانی با خطر کمی همراه است، پزشک ناچار است بدون اجبار یا وادارکردن، بیمار را به انتخاب روش درمانی و خودداری از کنارکشیدن از درمان ترغیب کند.

ممکن است گاهی تصمیمات محدودکننده به نحوی به بیمار تحمیل شوند. هر چند چنین موقعیت‌هایی به‌ندرت پیش می‌آید. تصمیمات محدودکننده و اجباری ممکن است در مواردی محدود نمود پیدا کنند؛ مثلاً اگر در دوران حاملگی مادر یا فرزند در معرض خطر باشند یا هنگامی که فردی فاقد صلاحیت در تصمیم‌گیری باشد یا هنگامی که باید درباره‌ی یکی از والدین تصمیم‌گیری صورت پذیرد. این موارد غالباً براساس دستور دادگاه انجام می‌شوند (۳۲).

۲۵. ارتباط یک پزشک با چندین عضو یک خانواده

پزشکانی که با چندین عضو یک خانواده مرتبط هستند، در مقابل حفظ راز هر عضو خانواده دچار چالش می‌شوند. گاهی موارد مشکل مثل خشونت‌های خانوادگی، در حفظ بی‌طرفی پزشک چالش ایجاد می‌کنند. در بسیاری مواقع پزشکان، خانواده‌های مشکل‌دار را به طرف بهبود روابط راهنمایی می‌کنند. گاهی پزشکان با یکی از اعضای خانواده وارد مشاوره و کمک می‌شوند و گاهی هم به‌عنوان یک تسهیل‌گر در یک گروه بزرگ کمک می‌کنند. هر چند اگر پزشک احتمال خطر قریب‌الوقوعی را می‌دهد، موظف است رازداری را کنار بگذارد. پزشکان می‌توانند به‌عنوان اعضای فعال در تغییر روابط خانواده نقش بازی کنند؛ آگاهی‌دادن به نوجوانی که می‌تواند مسائلش را با پزشک در میان بگذارد، می‌تواند نمونه‌ای برای نقش مهم پزشکان باشد (۳۲).

۲۶. نقش دانشجویان در فرایند ارتباط پزشک و بیمار

دانشجویان ممکن است در خصوص نقش خود

در مراقبت از بیمار نامطمئن باشند. هر چند روش برخورد دانشجو با این حقیقت، در شکل‌گیری بهتر مسیر تشخیص و درمان اهمیتی عمده دارد. صادق‌بودن دانشجو در خصوص نقش او در این مسیر (به‌عنوان پزشک در حال آموزش) و ذکر این نکته که بیمار در مسیر آموزش به دانشجو کمک می‌کند در تنظیم این رابطه‌ی صحیح اثرگذار است.

در برخی مراکز پزشک یا دستیار مسئول، نقش دانشجو را برای بیمار توضیح می‌دهند و گاهی هم خود دانشجو مجبور است خودش را معرفی کند. بسیاری از بیماران هنگام بستری‌شدن بسیار به دانشجویان نزدیک می‌شوند؛ زیرا اصولاً دانشجویان می‌توانند وقت بیشتری برای بیمار صرف کنند و به‌خوبی به تاریخچه و مشکلات او گوش فرادهند؛ بیماران هم برای این توجه ویژه ارزش قائل می‌شوند. بنابراین، دانشجویان باید سعی کنند تسهیل‌کننده‌ی ارتباط پزشک و بیمار باشند و از مداخله‌ی نامناسب در این ارتباط اجتناب ورزند (۳۲).

۲۷. خاتمه‌دادن به رابطه‌ی پزشک و بیمار

دلایل متعددی برای یک پزشک وجود دارد تا خواهان پایان‌دادن به رابطه با یک بیمار باشد؛ به‌عنوان مثال، انتقال پزشک به محل دیگر یا توقف طبابت، امتناع یا ناتوانی بیمار برای پرداخت دستمزد پزشک، بیزاری بیمار و پزشک از یکدیگر، امتناع بیمار از پذیرفتن نصایح و انجام‌دادن دستورات درمانی پزشک و غیره. این دلایل ممکن است کاملاً مشروع یا کاملاً غیراخلاقی باشند. هنگام بررسی چنین عملی، پزشکان باید به کدهای اخلاقی و راهنماهای مربوطه مراجعه کرده و انگیزه‌های خود را دقیقاً ارزیابی کنند. آن‌ها همچنین، باید برای توجیه تصمیمشان برای خود و بیمارشان و در صورت لزوم برای یک شخص ثالث آماده باشند. اگر انگیزه‌ها مشروع باشند، پزشک باید به بیمار در یافتن یک پزشک مناسب دیگر کمک کند، یا اگر ممکن نبود، باید اخطارهای کافی را درباره‌ی عواقب ترک خدمات درمانی به بیمار بدهد تا بیمار بتواند مراقبت‌های درمانی جایگزین را پیدا کند؛ اما اگر انگیزه‌ای غیرمشروع مثل تبعیض نژادی داشته باشد، پزشک باید راهی برای مواجهه با این مسأله پیدا کند (۱۳).

بنابراین، پزشکان به تداوم مراقبت از بیمارانشان متعهد هستند؛ آنان می‌توانند ارتباطشان را با بیمار قطع کنند، اما باید پیشاپیش به بیمار، بستگان یا افراد مسئول او اطلاع دهند و این زمان باید به قدر کافی طولانی باشد تا بیمار بتواند کادر درمانی دیگری را انتخاب کند (۲۲)؛ البته بیمار حق دارد که این رابطه را یک‌طرفه قطع کند.

۲۸. دیدگاه فقهی و اسلامی

از منظر فقهی ارتباط پزشک و بیمار در قالب قراردادی درمانی است که ویژگی‌های عقد لازم، معوض و رضایی را دارد. برخی از فقها ماهیت این قرارداد درمانی را اجاره، برخی جعاله و برخی آن را از نوع نامعین می‌دانند. همچنین، در فقه شیعه در باب مسئولیت پزشک با عنوان «ضمان طبیب» دو نظریه‌ی عمده مطرح است. اکثر فقها (مشهور)، پزشک حاذق و ماهر را اگرچه مرتکب تقصیری نشده باشد، ضامن می‌دانند؛ در مقابل، اقلیت

فقها (غیرمشـهور) او را ضامن نمی‌دانند؛ البته فقها از قواعـد فقهـی اجرت بـر واجبات، غـرور، اتلاف و تسـبیب، نفی حرج، نفـی ضرر، احسـان، اضطرار، اذن و برائـت جهـت اثبات یا مسـقط ضمان پزشـک استفاده کرده‌اند (۳۳).

در منابـع اسـلامی، اعتمـاد از ویژگی‌هـای مهـم طبیب در رابطه‌ی پزشک و بیمار است؛ چنان‌که امام جعفر صـادق(ع) طبیب حاذق و معتمـد را در ردیف فقیه بصیر و جامع به شمار آورده‌اند و خصلت اعتماد را هم‌پایـه‌ی حاذق‌بودن پزشـک آورده‌انـد. از طرفی مسـئولیت‌پذیری، خوش‌رفتـاری، خیرخواهـی، رحـم و مهربانی، حفظ اسـرار بیمـاران و اجتناب از حرص‌ورزی از بایسـته‌های اخلاقی مطرح در روابط پزشـک و بیمار در منابع اسلامی است که بسیاری از این‌گونه امور در سـوگندنامه‌های پزشکی به بهترین وجـه بیان شـده اسـت. این بایسـته‌ها تابـع زمان و مکانی خاص نیسـت، بلکه روابط پزشک و بیمار باید در هر عصر و زمانی بر این اصول استوار باشد (۳۴). در واقع، این بایسـته‌های اخلاقی هسـتند که باعث مورد وثوق قرارگرفتن پزشـکان می‌شـوند؛ بنابراین، در منابع اسـلامی موضوع رابطه‌ی پزشـك با بیمار از ابعاد گوناگون بحث و بررسی شده است:

۱. حفـظ تقـوا در حرفـه‌ی طبابت: امـام علی(ع) می‌فرمایـد: «مـن تطبـب فلیتـق اللـه و لینصـح و لیجتهـد»: «کسـی کـه بیمـاران را طبابـت می‌کند باید تقوای الهی پیشـه کند و خیرخواه باشـد و برای بهبـودی بیمار تـلاش کند.» تقوا در هـر حرفه‌ای به معنای رعایت قوانین الهی در انجام‌دادن آن اسـت؛ بنابراین، تقوای پزشکی شامل همه‌ی آداب و احکام اسـلامی درباره‌ی این حرفه اسـت. لیکـن در تقوای پزشـکی، دو نکته از اهمیتـی فوق‌العـاده برخوردار اسـت: یکی خیرخواهی برای بیمار و دیگری تلاش برای درمان او. «نصح» که در این سـخن بدان اشاره شـده اسـت به معنای خیرخواهـی و «اجتهـاد» به معنـای به‌کارگیـری همـه‌ی تـوان اسـت؛ بنابراین، تقوای پزشـکی بدین معناست که پزشك برای حسن انجام وظیفه اولاً باید سـود بیمـار را در نظر بگیرد نه سـود خود را، ثانیاً باید از همه‌ی توان فکری و علمی خود برای درمان او استفاده کند. پزشك باتقوا کسی اسـت که در صرف وقت برای تشـخیص بیماری، در تجویز دارو، در طول درمان و چگونگی آن، به چیزی جز سود بیمار نیندیشد (۳).

۲. ایجـاد امیـدواری: یـأس و نومیـدی، موجـب تشـدید بیماری اسـت و بیش از بیماری برای بیمار، رنج‌آور اسـت. به گفته‌ی امام علـی(ع) «اعظم البلاء انقطاع‌الرجـا»: «سـخت‌ترین بـلا گسسـتن امیـد اسـت.» گاه نومیـدی سـبب مـرگ بیمار می‌شـود؛ چنان‌کـه امام علـی(ع) می‌فرمایـد: «قَتَـلَ القنوط صَاحِبَـه»: «نومیـدی، آن کـس را کـه دامنگیـرش بشـود، می‌کشـد» (۳). همچنین، پیامبر اکرم(ص) می‌فرماینـد: «لا تدیمـوا النظـر الـی اهـل البلاء و المجذومیـن فانه یحزنهم»: «از نگاه‌های پیوسـته به مبتلایان و جذامیان پرهیز کنید چراکه موجب اندوه و نگرانی آنان می‌شود.» (۳۴).

۳. مسـئولیت‌پذیری: از مهم‌تریـن و اصلی‌تریـن بایسـته‌های اخلاقی در روابط پزشـک و بیمار، حس مسـئولیت‌پذیری اسـت؛ زیرا همین احسـاس است کـه پزشـک را به رعایـت وظایف اخلاقـی و قانونی و شـرعی خود درباره‌ی درمان بیمار وا می‌دارد. منظور از مسـئولیت‌پذیری، موظف‌بـودن به انجـام کاری و

مؤاخذه و بازخواست از آن است؛ پزشک باید خود را در پیشگاه خدا و در برابر وجدان خود مسئول بداند و در رسیدگی و درمان بیماران چیزی را فرو نگذارد. حس مسئولیت‌پذیری نسبت به بیماران، نمودی از تقوای پزشکی است. امام صادق(ع) از قول حضرت مسیح(ع) درباره‌ی مسئولیت پزشک می‌فرماید: «هرکس به درمان مجروحی اقدام نکند در واقع شریک جرم کسی است که او را مجروح کرده است؛ چون ضربه‌زننده، تباهی مجروح را خواسته و نفر دوم با رهاکردن درمان و بهبودی مجروح، در واقع به تباهی او کمک کرده است». این سخن متکی بر منطق روشنی است که نه‌تنها پیروان اسلام و مسیحیت، بلکه هیچ پزشک باوجدانی نمی‌تواند آن را انکار کند (۳۴).

بنابراین، پزشک مسئولیت اخلاقی دارد و نمی‌تواند نسبت به بیمارانی که به او مراجعه می‌کنند، بی‌توجه باشد یا از پذیرش و درمان آنان خودداری ورزد؛ چون این بی‌توجهی و کوتاهی پزشک، به معنای سهیم‌بودن او در بیماری یا هلاکت بیمار است. همچنین، پزشک در برابر خطاهایی که از روی عمد یا کوتاهی و سهل‌انگاری از او سر می‌زند، مسئولیت دارد و موظف است خسارت‌های وارده بر بیمار را جبران کند (۳۴).

بیمار و پزشک هر دو انسان‌اند؛ با این تفاوت که مسئولیت پزشک در اسلام به سبب دانشی که دارد سنگین‌تر است؛ پزشک برخوردار از نعمتی است که شکر آن همان پاسخ‌گویی به حاجات بیماران است و مصداق بارز آن جمله‌ی امام حسین(ع) است که می‌فرماید: «نیازمندی‌های مردم به شما از جمله نعمت‌های الهی است، از انجام‌دادن آن‌ها خسته نشوید»؛ بنابراین، هرگونه سوءاستفاده، کم‌کاری و اهمال در این نعمت، مردود و مستوجب عقوبت خواهد بود؛ البته بیمار نیز مسئولیت‌هایی دارد و در کمک به پزشک برای انجام وظیفه‌ی پزشکی بسیار تشویق شده است. چنان‌که امام علی(ع) می‌فرماید: «مَن کَتَمَ مَکنونَ دائهِ عَجَزَ طَبیبه عَن شِفائهِ»: «هر کس دردش را کتمان کند، طبیبش از شفایش عاجز است» یا «هر کس مرضش را از پزشکان پنهان کند، به بدنش خیانت کرده است»؛ بنابراین، عقل انسان حکم می‌کند که هنگام بیماری به پزشک مراجعه کرده و با عمل به دستورات او از خداوند طلب شفا کند؛ زیرا درمان و شفا را اسبابی است که باید از طریق آن برآورده شود. پزشک برای بیمار به منزله‌ی ابر رحمت برای کشاورز است. بیمار و کشاورز هر دو تشنه‌ی آب حیات‌اند؛ ولی طلب باران و درمان از خداوند بدون وسایط و اسباب، نادرست و بر خلاف حکمت الهی است.

۴. مهربانی: پزشک باید به بیماران محبت کند؛ چون باعث امیدبخشیدن به زندگی بیماران می‌شود. بهترین پزشکان مهربان‌ترین آنان نسبت به بیماران هستند. خداوند متعال در حدیثی قدسی می‌فرماید: «اَلْخَلْق عِیالی فَاَحَبهمْ اِلَی اَلْطَفهمْ بِهِمْ وَاَسْعَاهمْ فی حَوَائِجِهِمْ»: «یعنی مردم خانواده‌ی من هستند؛ پس محبوب‌ترین آنان نزد من کسی است که نسبت به آنان مهربان‌تر و در [برآوردن] نیازمندی‌هایشان کوشاتر باشد» (۳۴).

پیامبر اکرم(ص) نیز می‌فرماید: «إِنَ اللّه رَحیمٌ یحِب الرَحیمَ یضَع رَحمَتَه عَلی کلِ رَحیمٍ»: «خداوند مهربان است و انسان‌های مهربان را دوست دارد و رحمتش را بر هر انسان مهربانی فرو می‌فرستد.»

امـام صـادق(ع) نیـز فرموده‌انـد: «اَلنـاس رَجلانِ مبْتَلـی وَ معافـی فَارْحَمـوا المبْتَلـی و اَحْمَـدوا اللهَ عَلی العافیةِ»: «مردم دو دسـته هستند یک دسته به بیماری مبتلا هسـتند و دسـته‌ی دیگر در سلامت به سر می‌برند؛ بنابراین، نسبت به مبتلایان مهر بورزید و از آنان دلجویی کنید و بر عافیت و سلامتی خداوند را سـپاس گوییـد.» همچنین، از ایشـان نقل شـده است که پیامبر گرامی اسلام فرموده‌اند: «برای بیمار دعا کنید و این‌چنین بگویید: "اللهم اشـفه بشفائک و داوه بدوائـک و عافـه من بلائـک"»: «خداوندا او را به شفای خود شـفا بخش و به دوای خود مداوا کن و بیماری او را به عافیت و سلامتی مبدل ساز».

امام علی(ع) با تبیین رابطه‌ی مشفقانه‌ی پزشک با بیمار، دیگران را به چنین رابطه‌ای در میان خودشان سـفارش می‌کند: «کنْ کَالطبیبِ الرفیقِ [الشفیقِ] الذی یـدَع الـدوَاءَ بِحَیث ینْفَـع»: «همچون طبیبی رفیق [مهربان] باش؛ همان طبیبی که بیمارش را با دوایی سودمند معالجه می‌کند.» رابطه‌ی محبت‌آمیز پزشک با بیمار در امیدبخشی و بهبودی بیمار تأثیری نیکو دارد (۳۴).

امام‌خمینـی (قـدس سـره) می‌فرماینـد: «چیزی که بسـیار اهمیت دارد و برای پزشـکان و پرستاران و آن‌هایی که با مریض‌هـا و بیمارها و مجروح‌ها تماس دارند، این اسـت که روح عطوفت در آن‌ها باشد. این نکته را باید در نظر داشـته باشند که عطوفت به آن‌ها و امیـددادن به آن‌ها و وعده‌ی سـلامت بـه اذن الله بـرای آن‌ها، کمـک می‌کند به صحـت آن‌ها» (۳۴). افزون‌براین به پزشکان و پرستاران می‌فرمایند: «باید مثل پدری کـه فرزندش را معالجـه می‌کند و مادری که اولادش را پرستاری می‌کند، شما مریض‌ها را مثل اولاد خودتـان، مثل فرزندان خودتـان بدانید و آن‌ها را بـا مهـر و محبت پذیرایی کنید و آن‌ها را پرسـتاری کنید» (۳۴).

۵. خیرخواهی: از دیگر بایسته‌های اخلاق پزشکی در ارتبـاط بـا بیمـاران، «نصح» اسـت. نصـح یعنی خیرخواهی و مصلحت‌اندیشی صادقانه و واقع‌بینانه نسبت به دیگران؛ در برابر غش و خدعه که به معنای بدخواهـی و فریـب و خیانت اسـت. راغب اصفهانی می‌گوید: «نصیحت، انتخاب کردار یا گفتاری اسـت که به صلاح رفیق و دوسـت انسـان باشـد». رسـول خـدا(ص) می‌فرماید: «یجِب لِلْمؤْمِـنِ عَلَی الْمؤْمِنِ النصیحَه لَه فِی الْمَشْهَدِ وَالْمَغیبِ»: «بر مؤمن واجب اسـت که در حضـور و غیاب، خیرخـواه مؤمن دیگر باشد.»

تقوای پزشـکی ایجاب می‌کند که پزشک در صرف وقت برای تشـخیص بیماری، تجویز دارو، چگونگی درمان و طول آن، به چیزی جز سود بیمار نیندیشد. امام علی(ع) می‌فرماید: «هرکس طبابت را پیشـه‌ی خود سـازد باید بـرای مردم خیرخواهـی کند». امام صـادق(ع) می‌فرمایـد: «عَلَیکـمْ بِالنصْـحِ للـهِ فـی خَلْقِـهِ فَلَنْ تَلْقَـاه بِعَمَلٍ اَفْضَلَ مِنْه»: «بر شـما باد به خیرخواهـی خلق خدا برای رضایـت او؛ زیرا هرگز با عملی برتر از آن خدا را ملاقات نخواهید کرد.»

پزشـک مؤمـن و متعهد بـرای جلب منافـع مادی، هرگـز اقدامـی بـه ضـرر بیمـاران انجـام نمی‌دهد. پزشـکی که بیشـتر به فکر مادیات است و همّ خود را به آن معطوف می‌سازد، نمی‌تواند خیرخواه بیماران باشـد و خوب انجـام وظیفه کند. چنیـن طبیبی به عالمـی می‌ماند که برای دنیای خـود تلاش می‌کند و از خیرخواهـی برای مردم بهـره‌ای ندارد. چنان‌که

حضرت عیسی(ع) فرمود: «اَلدینَار دَاء الدینِ وَالْعَالِم طَبیب الدین، فَاِذَا رَأَیتم الطبیبَ یجر الدَاءَ اِلیَ نَفْسِهِ فَاتهموهوَاعْلَموا انه غَیر نَاصِحٍ لَغَیرِه»: «دینار [مادیات] درد دین است و عالم، طبیب دین. پس هرگاه دیدید طبیب درد را به سوی خویش می‌کشاند او را متهم سازید و بدانید که خیرخواه دیگران نیست» (۳۴).

۶. عفت: یکی از مصادیق مهم تقوای پزشکی، عفت است که حالتی نفسانی است که از غلبه‌ی شهوت جلوگیری می‌کند. در روایات، از پاکدامنی به‌عنوان برترین عبادت یاد شده است (اَفْضَل الْعِبَادَه عِفه الْبَطْنِ وَالْفَرْجِ). امام علی(ع) می‌فرمایند: «مَا الْمجَاهِد الشهید عِنْدَاللهِ بِاَعْظَمَ اَجْراً مِمنْ قَدَرَ فَعَف لَکَاد الْعَفیف اَنْ یکونَ مَلَکاً مِنَ الْمَلاَئِکَة»: «پاداش مجاهد شهید در راه خدا بیشتر از کسی نیست که می‌تواند گناه کند؛ ولی بر اثر پاکدامنی از آن پرهیز می‌کند. نزدیک است که انسان پاکدامن فرشته‌ای از فرشتگان خدا باشد.»

پزشک باتقوا نه‌تنها به خود اجازه‌ی سوءاستفاده‌ی جنسی از بیمار را نمی‌دهد، بلکه در معاینه نیز، حدود اسلامی را رعایت می‌کند و هنگام نیاز به نگاه‌کردن به بیمار برای تشخیص بیماری، به اندازه‌ی ضرورت اکتفا می‌کند. همچنین، امیرمؤمنان(ع) عفت را از ویژگی‌های پسندیده در اخلاق حرفه‌ای برشمرده و بیان داشته‌اند: «اَلْحِرْفَه مَعَ الْعِفه خَیرٌ مِنَ الْغِنیَ مَعَ الْفجور»: حرفه‌ای که با پاکدامنی همراه باشد، بهتر است از توانگری با عصیان» (۳۴).

۲۹. دیدگاه قانونی

در قوانین حکومتی در خصوص روابط پزشک و بیمار الزاماتی وجود دارد که برخی از آن‌ها درباره‌ی ایجاد ارتباط و استحکام آن است؛ اما اکثر آن‌ها درباره‌ی لوازم و شرایط ارتباط و مشکلاتی است که در پیوند با رعایت‌نکردن نظامات دولتی به وجود می‌آید و منجر به خطای پزشکی می‌شود. آنچه اهمیت دارد این است که وجود ارتباط صمیمانه بسیاری از شکایت‌های پزشکی را کاهش داده و بالعکس برخوردهای نامناسب، خطاهای جزئی را هم بزرگ جلوه می‌دهد (۳). شایان ذکر است که اخذ رضایت آگاهانه و برائت از بیمار و حفظ اسرار بیماران در قوانین مجازات اسلامی در کانون توجه و مداقه قرار گرفته و جبران خسارت بیماران ناشی از خطاهای پزشکی در قوانین مسئولیت مدنی لحاظ شده است.

در سال‌های اخیر نیز قوانینی در خصوص حقوق و مسئولیت‌های بیماران در اکثر کشورها تدوین شده است و در بیمارستان‌ها بر رعایت آن‌ها تأکید می‌شود. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی نیز منشور حقوق بیمار را در کشور ما بازبینی کرده و منشور تجدیدنظرشده را به مراکز درمانی ابلاغ کرده‌اند (۳).

همچنین، در آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته در سازمان نظام پزشکی (۳۵) نیز مواد ذیل همسو با حقوق بیمار و برای ارتباط پزشک و بیمار تدوین شده است:

ماده‌ی ۲) شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلف‌اند بدون توجه به ملیت، نژاد، مذهب و موقعیت اجتماعی، سیاسی و اقتصادی بیماران حداکثر تلاش ممکن را در حدود وظایف حرفه‌ای

خود به‌کار ببرند.

ماده‌ی ۳) شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته باید طبق موازین علمی و شرعی و قانونی با رعایت نظامات دولتی، صنفی و حرفه‌ای انجام وظیفه کرده و از هرگونه سهل‌انگاری در انجام وظایف قانونی بپرهیزند.

ماده‌ی ۴) شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته حق افشای اسرار و نوع بیماری بیمار، مگر به موجب قانون را ندارند.

ماده‌ی ۵) شاغلان حرفه‌های پزشکی موضوع ماده‌ی ۱ قانون، موظف به پذیرش آن تعداد بیمار هستند که بنا به تشخیص و اعلام سازمان نظام پزشکی، حسب مورد، انجام خدمات آنان در یك زمان مناسب، میسر باشد.

ماده‌ی ۶) انجام‌دادن امور خلاف شئون پزشکی که مصادیق آن توسط سازمان نظام پزشکی اعلام خواهد شد توسط شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته ممنوع است و باید از ارتکاب کارهایی که موجب هتك حرمت جامعه‌ی پزشکی می‌شود خودداری کنند.

ماده‌ی ۷) تحمیل مخارج غیرضروری به بیماران ممنوع است. تعیین مصادیق مخارج غیرضروری براساس نظر کمیته‌ی کارشناسی تخصصی دادسراها و هیئت‌های انتظامی است.

ماده‌ی ۸) ایجاد رعب و هراس در بیمار با تشریح غیرواقعی وخامت بیماری یا وخیم جلوه‌دادن بیماری ممنوع است و پزشك می‌تواند به نحو مقتضی بیمار و بستگان را در جریان خطرات، وخامت و عواقب احتمالی بیماری قرار بدهد.

ماده‌ی ۱۰) شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلف‌اند در بخش غیردولتی تعرفه‌های خدمات پزشکی مصوب سازمان نظام پزشکی و در بخش دولتی تعرفه‌های خدمات پزشکی مصوب هیئت دولت (موضوع بند ك و تبصره‌ی ماده‌ی ۳ قانون) را رعایت کنند.

ماده‌ی ۱۱) شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته حق ندارند علاوه بر وجوهی که توسط مسئولان مؤسسه‌ی درمانی ذی‌ربط طبق مقررات دریافت می‌شود، هیچ‌گونه وجه مالی را از بیماران وصول کنند.

ماده‌ی ۱۷) تجویز داروهایی که از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در فارماکوپه (مجموعه‌ی دارویی کشور) اعلام نشده باشد، بدون توجیه علمی تأییدشده توسط سازمان نظام پزشکی یا انجمن‌های علمی‌تخصصی مربوط مجاز نیست.

ماده‌ی ۱۸) پزشك معالج مسئول ادامه‌ی درمان بیمار خود در حد توانایی و تخصص به استثنای موارد ضروری است، مگر اینکه بیمار یا بستگان او تمایل نداشته باشند.

تبصره: موارد اورژانس از شمول این ماده مستثنی است و پزشك مکلف به انجام هرگونه اقدام درمانی بدون توجه به نظر و اذن بیمار یا همراهان اوست.

ماده‌ی ۲۷) شاغلان حرفه‌های پزشکی مکلف‌اند در موارد فوریت‌های پزشکی اقدامات مناسب و لازم را برای نجات بیمار بدون فوت وقت انجام دهند.

۳۰. جمع‌بندی

به‌طورکلی، مطالب پیش‌گفته را می‌توان در محورهای زیر جمع‌بندی کرد:

- پزشکان مسئولیت اختصاصی مراقبت از بیمار را

بر عهـده دارند؛ اما همه‌ی تعاملات میان پزشـک و بیمـار بایـد مبتنی بـر صداقـت و ادب و احترام متقابل باشد.

- پزشک مسئولیت اصلی را در ایجاد امکان ادامه‌ی رابطه بر عهده دارد؛ اما بیمار نیز مسـئولیت‌هایی می‌پذیرد.
- مشـخص‌کردن محدوده‌هـا و مرزهـای ارتبـاط ضروری است.
- بـرای برقراری ارتباط مناسـب، هـر دو طرف باید بـه صحبت‌های هم گـوش کنند، با هـم گفت‌وگو کنند و در صورت مبهم‌بودن نکات، از طرف مقابل سؤال کنند.
- پزشکان باید در اتخاذ تصمیم بیمار نیز، به او یاری رسانند.
- ایـن کار بایـد به‌صـورت حمایتی انجـام گیرد و نه صِـرف ارائـه‌ی فهرسـتی از گزینه‌هـای درمانـی موجود.
- بایـد بـه درخواسـت‌ها و انتخاب‌های بیمـار توجه شـود؛ امـا در ایـن زمینـه پزشـک بایـد به‌صورت واقع‌بینانه محدودیت‌های موجود را نیز شرح دهد.
- ارائه‌ی اطلاعات به بیمار:

اطلاعـات لازم باید در اختیار بیمار قـرار گیرد؛ اما نمی‌تـوان آن‌ها را بـه دریافت جزئیـات مفصل وادار کـرد. بایـد تمهیدات لازم بـرای ارائـه‌ی اطلاعات به نحوی که برای بیمار درک‌کردنی باشـد فراهم شـود. ایـن موضـوع دربـاره‌ی ترجمـه نیز صـدق می‌کند. همچنیـن باید به پرسـش‌های بیمار تـا حد ممکن با صداقت پاسخ داده شـود. صداقت و راستگویی باید بر تأمین مالی، سـهمیه‌بندی یا روش درمانی اولویت داده شود.

- تعهدات بیمار:
  - ارائه‌ی شرح حال صحیح و کامل؛
  - تهیه‌ی فهرستی از سؤالات و نگرانی‌هایی که بیمار انتظار دارد پزشک به آن‌ها جواب دهد؛
  - آگاه‌کردن پزشک از نگرانی‌ها و سؤالاتش؛
  - تبادل‌نظر در خصوص سـوابق پزشکی به اندازه‌ی کفایت و با دقت ممکن؛
  - بیان‌کردن نیازهای حمایتی خود با وضوح کامل؛
  - تعیین‌کردن مرزی مشخص برای میزان اطلاعاتی که باید به اطرافیان گفته شود؛
  - طـرح سـؤال هنگامی کـه اطلاعات داده‌شـده یا کاری را که از او انتظار می‌رود متوجه نشده است؛
  - پیگیری درمانی مورد توافق دوطرف؛
  - حضور در قرار ملاقات بعدی؛
  - اظهـار صادقانـه‌ی میـزان پیـروی از دسـتورات پزشکی؛
  - گزارش هر تغییر غیرمنتظره در وضعیت بیماری؛
  - رعایت حق سلامت دیگران با رعایت بهداشت؛
  - بهبود سطح سلامت خود با رعایت شیوه‌ی زندگی مطلوب؛
  - رعایت احترام.
- وظایف پزشک:
  - تجویزنکردن درمان‌های بی‌حاصل و مضر؛
  - مقدم‌نداشتن سود شخصی بر درمان بیماران؛
  - دادن اطلاعات لازم برای تصمیم‌گیری بیمار؛
  - راستگویی و حقیقت‌گویی؛
  - احترام به تصمیم بیمار؛
  - رازداری؛
  - پذیرفتن نقص دانش و اعتراف به خطا و اشتباه؛
  - مراقبت از بیماران؛

- گوش‌دادن به سخن آنان؛
- رفتار صادقانه، محترمانه و صبورانه؛
- مددرسانی به بیماران؛
- اجتناب از آسیب‌رساندن به بیماران؛
- استفاده از دانش پزشکی برای ارتقای بهداشت و سلامت مردم؛
- کمک به بیماران بدون درنظرگرفتن منزلت یا خاستگاه اجتماعی آنان.

توضیح نمونه‌ی اول

تقدیم هدیه از سوی بیمار به نیت‌ها و دلایل متعددی انجام می‌شود. با اینکه گاه ممکن است منظور بیمار از تقدیم هدیه، دادن رشوه برای انجام درخواستی نابه‌جا یا حتی توجه بیشتر باشد، در بسیاری از مواقع تنها نشانگر قدردانی بیمار است. بااین‌حال به نظر می‌رسد قبول هدیه، مشروط به برخی مؤلفه‌های اخلاقی است. قبول هدایای گرانبها حتی اگر به منظور قدردانی صِرف باشد ممکن است سبب سوگرایی پزشک نه‌تنها درباره‌ی آن بیمار خاص بلکه درباره‌ی سایر بیماران شود.

با اینکه آقای «ک» فرد متمکنی است و هدیه‌دادن اتومبیل برای او عادی است، این هدیه برای دکتر «م» در حکم یک هدیه‌ی معمولی نیست. دکتر «م» ضمن تشکر از لطف و قدردانی آقای «ک»، محترمانه از او خواست تا مبلغ خرید اتومبیل را به حساب صندوق حمایت از کودکان سرطانی واریز کند.

توضیح نمونه‌ی دوم

درباره‌ی بیماری که از دستورات درمانی پیروی نمی‌کند، پزشک مجاز است که ادامه‌ی درمان او را رد کند؛ مشروط بر اینکه از ابتدا با او این قرار را گذاشته باشد و به او اطلاع دهد که به دلیل نقض دستورات، رابطه‌ی درمانی پزشک با او قطع خواهد شد؛ همچنین او را به مراکز دیگر معرفی کند و برای برقراری رابطه‌ی درمانی با پزشک دیگر، به او فرصت کافی بدهد؛ افزون‌براین باید توجه داشت که وضعیت بیمار در موقعیت اورژانس نباشد. در این‌باره با توجه به اورژانسی‌بودن وضعیت بیمار، پزشک موظف به ارائه‌ی خدمت به بیمار است؛ هر چند از قبل تمام مقدمات ختم رابطه‌ی پزشک و بیمار را فراهم کرده باشد.

منابع

۱.لاریجاني، باقر. (۱۳۸۳). پزشک و ملاحظات اخلاقي. ج۱، تهران: براي فردا.

۲.پارساي، سوسن و همکاران. (۱۳۸۵). «تماس زودرس با بیمار»، در: جامع بهداشت عمومي، ج۳

. Available at http://www. elib. hbi. ir/persian/ PUBLIC_ HEALTH_EBOOK/14_02. htm

۳.امامي رضوي، سیدحسن. (بی‌تا). درس‌نامه‌ی رابطه‌ی پزشک و بیمار. دانشگاه علوم پزشکي تهران.

4.Hornby, Albert Sydney. (2000). Oxford Advanced Learner's Dictionary of Current English. Oxford University Press.

5.English, Veronica & et al. (2004). Medical Ethics Today: The BMA's Handbook of Ethics and Law. London: BMJ Publishing Group.

٦.لاریجاني، باقر. (۱۳۸۳). پزشک و ملاحظات اخلاقي. ج۲، تهران: نشر براي فردا

۷.مصلحي شاد، ابراهیم. (۱۳۷۳). تاریخچه و مباني اخلاق پزشکي؛ مجموعه‌مقالات پزشکي. تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکي.

۸.آسماني، امید. (۱۳۹۱). «نگاهي به مدل‌های ارتباطي پزشک و بیمار و چالش‌های مرتبط با آن». مجله‌ی ایراني اخلاق و تاریخ پزشکي، دوره‌ی ۵، ش۴، صص۴۴تا۵۷.

9.Kerse, Ngaire & et al. (2004). “Physician-Patient

Relationship and Medication Compliance: a Primary Care Investigation". Ann Fam Med. 2, P. 455-461.

10.Corkill, Caroline. (2011). "The Doctor-Patient Relationship", In: Cole's Medical Practice in New Zealand, P. 34-40.

11.Stewart, Moira A. (1995). "Effective Physician Patient Communication and Health Outcomes: A Review". Can Med Assoc J. 152, P. 1423-1433.

12.Larson, Eric B. & X Yao. (2005). "Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship". JAMA. 293 (9), P. 1100-1106.

۱۳.ویلیامز، جان رنلد. (۱۳۹۰). انجمن جهاني پزشكي: دستنامهی اخلاق پزشكي. ترجمهی نازآفرین قاسمزاده و نریمان سپهروند، رشت: گپ، صص۴۲تا ٦٥.

14.Emanuel, Ezekiel J. & Nancy Neveloff Dubler. (1995). "Preserving the Physician-Patient Relationship in the Era of Managed Care". JAMA. 273 (4), P. 323-329.

15.Wilde-Menozzi, Wallis. (2008). "Communication as Fundamental to Doctor-Patient Relationship". Acta Bio Medica Atenei Parmensis. 79 (1), P. 52-56.

16.Rees, Alan M. (1993). "Communication in the Physician-Patient Relationship". Bull Med Liber Assoc. 81 (1), P. 1-10

17.Sokol, Daniel K. (2006). "How Doctor's Nose has Shortened Over Time; A Historical Overview of the Truth-Telling Debate in the Doctor-Patient Relationship". J R Soc Med. 99, P. 632-636.

18.Dugdale David C. & et al. (1999). "Time and the Patient–Physician Relationship". J Gen Intern Med. 14 (Suppl 1): S 34–S40.

19.Palmieri, John J. & Theodore A Stern. (2009). "Lies in the Doctor-Patient Relationship". Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 11 (4), P.163-168.

20.Schneider, Udo & Volker Ulrich. (2008). "The Physician-Patient Relationship Revisited- the Patient's View". Int J Health Care Finance Econ. 8 (4), P. 279-300.

21.College of Physicians and Surgeons of Alberta. (2005) Physician/Patient Relationship. CPSA guideline. Available at http://www. cpsa. ab. ca/Libraries/Policies_ and_Guidelines/Physician Patient_Relationships. sflb. ashx. (accessed in 2010).

22.American Medical Association. (2005). AMA's Code of Medical Ethics. Available at http://www. ama-assn. org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/ code-medical-ethics. page. (accessed in 2006).

۲۳.دفتر امور حقوقي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي. (بیتا). منشور حقوق بیمار. دستیافتنی در //: Http lowoffice. mohme. gov. ir

۲٤.ریچموند، ویرجینیا پی و جیمز سی مک کروکسي. (۱۳۸۷). رفتار غیرکلامي در روابط میانفردي؛ درسنامهی ارتباطات غیرکلامي. ترجمهی فاطمهسادات موسوي و ژیلا عبدالهپور. تهران: نشر دانژه.

۲۵.کیاروچي، جوزف و همکاران. (۱۳۸۵). هوش هیجاني در زندگي روزمره؛ کندوکاوی علمی. ترجمهی جعفر نجفي زند. تهران: سخن.

۲٦.قراملکي، احد فرامرز. (۱۳۸۹). اخلاق کاربردي در ایران و اسلام. تهران: نشر پژوهشکده مطالعات فرهنگي و اجتماعي.

۲۷.آدام، فیلیپ و کلودین هرتسلیک. (۱۳۸۵). جامعهشناسي بیماري و پزشكي. ترجمهی لورانس دنیا کتبي، تهران: نشر ني.

۲۸.حسینیان، سیمین. (۱۳۸۵). اخلاق در مشاوره و روانشناسي (مباني و اصول). تهران: کمال تربیت.

29.Rodwin, Marc A. (1993). Medicine, Money, and Morals: Physicians' Conflicts of Interest. Oxford: Oxford University press.

30.Cassel, Christine K. (1996). "The Patient-Physician Covenant: An Affirmation of Asklepios". Ann Intern Med. 124 (6), P. 604-606.

31.Thompson, Dennis F. (1993). "Understanding Financial Conflicts of Interest". N Engl J Med. 329 (8), P. 573-576.

32.Ludwig, Maryjo.(1998). Physician – Patient Relationship. Ethics in Medicine. University of Washington School of Medicine. Available at http:// depts. washington. edu/bioethx/topics/physpt. Html. (accessed in 2012).

۳۳.محقق داماد، سیدمصطفی. (۱۳۸۹). فقه پزشكي. تهران: انتشارات حقوقي

۳٤.یوسفیان، نعمتالله. (۱۳۹۰). اخلاق پزشكي. قم: سپاه پاسداران انقلاب اسلامي، نمایندگي ولي فقیه، پژوهشکدهی تحقیقات اسلامي؛ انتشارات زمزم هدایت، صص۲۸تا۳۲. دستیافتنی در

http://www. noorlib. ir/View/fa/Book/BookView/ Text/15941/1/8

۳۵.سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۹۰). آییننامهی انتظامي رسیدگي به تخلفات صنفي و حرفهاي شاغلین حرفههاي پزشكي و وابسته در سازمان نظام پزشكي در قوانین نظام پزشکی. تهران: پیشگامان توسعه. صص۵۳تا۶۱.

روابط پزشک با سایر اعضای تیم درمان

دکتر نازآفرین قاسم‌زاده، دکتر فاطمه خانساری

معرفی نمونه

دکتر «سی»، یک متخصص بیهوشی است که به‌تازگی در یک بیمارستان شهری استخدام شده و نگران رفتار یکی از جراحان ارشد بیمارستان در اتاق عمل است. از یک طرف جراح از تکنیک‌های منسوخی استفاده می‌کند که باعث طولانی‌شدن عمل و در نتیجه بیشترشدن درد بیمار پس از عمل و طولانی‌شدن زمان به‌هوش‌آمدن می‌شود. از این گذشته، او با بیماران شوخی‌های بی‌ادبانه‌ی متعددی دارد که این امر به‌طور واضح باعث آزار همکاران پرستارش می‌شود. دکتر «سی» به‌عنوان یک عضو تازه‌وارد، به انتقاد شخصی از این جراح یا گزارش کار او به مراجع بالاتر تمایلی ندارد. از طرف دیگر، او احساس می‌کند که باید برای بهترکردن وضعیت کاری انجام بدهد.

۱. چالش‌های اختیار و اقتدار پزشکی

پزشکان به حرفه‌ای تعلق دارند که چه در میان خود و چه در بیرون، عرفاً در یک نظام سلسله‌مراتبی شدید فعالیت می‌کنند. از نظر درون‌سیستمی، سه نظام دارای تلاقی وجود دارد:

- اولی، بین متخصصان تمایز ایجاد می‌کند و برخی را دارای پرستیژ و البته دستمزد بیشتر نسبت به دیگران قرار می‌دهد؛

- دومی، در بین متخصصانی است که نسبت به شاغلان در بخش خصوصی یا دولتی، در دانشگاه‌های دارای تأثیر و نفوذ بیشتر کار می‌کنند؛

- سومی، مربوط به مراقبت از بیماران خاص است. در این‌باره ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه در بالاترین سطح سلسله‌مراتب قرار دارند و دیگر پزشکان، حتی آن‌هایی که قدیمی‌تر و دارای مهارت بیشترند صرفاً طرف مشورت قرار می‌گیرند. مگر اینکه بیمار برای مراقبت به آن‌ها ارجاع شود.

در خارج از این حوزه هم، پزشکان عرفاً در رأس سلسله‌مراتب ارائه‌کنندگان مراقبت‌های سلامت، بالاتر از پرستاران و دیگر متخصصین یا حرفه‌های سلامت قرار می‌گیرند. در این بخش از کتاب، به آن دسته از موارد اخلاقی که در هر دو حوزه‌ی داخل و خارج از سلسله‌مراتب رخ می‌دهند، پرداخته خواهد شد. بعضی موضوعات در بین هر دو حوزه مشترک هستند؛ بقیه فقط در یکی و/یا دیگری یافت می‌شوند. بسیاری از موضوعات به‌نسبت جدید هستند و به دنبال تغییرات اخیر در پزشکی و مراقبت پزشکی ایجاد شده‌اند. با توجه به اینکه این تغییرات چالش‌های عمده‌ای پیشِ روی فعالیت سنتی اختیار پزشکی قرار می‌دهند، توضیح مختصر درباره‌ی این تغییرات ضروری است. با رشد سریع دانش علمی و کاربردهای بالینی آن، پزشکی به میزانی فزاینده پیچیده شده است. پزشکان احتمالاً به‌تنهایی، نتوانند در تمامی بیماری‌ها و درمان‌های بالقوه برای بیماران خویش تخصص کسب کنند و به مساعدت دیگر متخصصان پزشکی و نیز گروه‌های آموزش‌دیده در زمینه‌ی سلامت نظیر پرستاران، داروسازها، فیزیوتراپیست‌ها، تکنسین‌های آزمایشگاه و فعالان اجتماعی و بسیاری دیگر نیاز دارند. پزشکان باید نحوه‌ی دستیابی به مهارت‌هایی را که بیمارشان به آن‌ها نیازمند است، ولی خودشان در آن‌ها تخصص ندارند بدانند (۱).

همان‌طور که بحث شد، پدرسالاری پزشکی (دیدگاه سنتی پزشکی) به‌تدریج و با افزایش شناخت حقوق بیماران در اتخاذ تصمیم پزشکی خویش رو به انزوا رفته و در نتیجه، الگوی مشارکتی اتخاذ تصمیم، جای الگوی مستبدانه و پدرسالارانه‌ی پزشکی سنتی را گرفته است. مشابه این تغییر، در روابط بین پزشکان و دیگر متخصصین سلامت نیز در حال اتفاق‌افتادن است. دیگر حِرَف بهداشتی به میزانی فزاینده، به اجرای دستورات پزشکان بدون دانستن علت این دستورات بی‌میل هستند. آنان خویش را متخصصانی با مسئولیت‌های اخلاقی خاص در برابر بیماران می‌بینند و اگر این احساس مسئولیت در تضاد با دستورات پزشکان قرار گیرد، آن‌ها احساس می‌کنند که باید از پزشک سؤال کنند یا با دستورات او به چالش برخیزند. ازآنجایی‌که در

الگـوی سلسـله‌مراتبی مشـاغل، هیـچ‌گاه درباره‌ی اینکـه چـه کسـی مسـئول اسـت و در صـورت بروز تضاد، تصمیم چه کسـی باید اجرا شود، شکی وجود ندارد، الگوی مشـارکتی می‌تواند بـه بحث درباره‌ی مراقبـت مناسـب بـرای بیمـار بیفزاید. ایـن چنین پیشـرفت‌هایی، قواعد بـازی را در روابط پزشـکان با همکاران پزشـک خـود و دیگر متخصصین سـلامت تغییر می‌دهند. در ادامه برخی جنبه‌های مسأله‌ساز این روابط مشـخص و راه‌هایی برای رسیدگی به آن‌ها پیشنهاد می‌شود (۱).

۲. ارتبـاط بـا پزشـکان همـکار، اسـتادان و دانشجویان

به‌عنوان عضو حرفه‌ی پزشـکی، عرفاً انتظار می‌رود پزشکان با یکدیگر همانند اعضای یک خانواده رفتار کننـد، نه همانـنـد غریبه‌ها یا حتی مثل دو دوسـت. بیانیـه‌ی ژنو انجمن جهانی پزشـکان[1]، شـامل تعهد به این اسـت کـه «همکاران من، خواهـران و برادران من خواهند بود.» تفسـیر این تعهدات از کشوری به کشـور دیگر و در طول زمان متفاوت است؛ به‌عنوان مثال، در جایی که دسـتمزد در برابر خدمت[2] شـکل اصلی یا تنها شکل پرداخت دستمزد پزشکان است، عرف تواضع و ادب حرفه‌ای[3] وجود دارد که به موجب آن پزشـکان از همکاران خویش در قبال درمان طبی هزینـه‌ای دریافت نمی‌کنند. این امر در کشـورهایی که بازپرداخت از طریق شـخص ثالث (منظورسازمان است) وجود دارد، کاهش یافته است.

در کنـار الزامـات مثبـت بـرای رفتـار محترمانه با همکاران و همکاری برای رسیدن به حداکثر مراقبت از بیمار، کد بین‌المللی انجمن برای اخلاق پزشـکی شامل دو محدودیت در روابط بین پزشکان با یکدیگر است:

الـف. پرداخت یا دریافت وجه یا هر نوع ملاحظه‌ی دیگـری منحصـراً بـرای به‌دسـت‌آوردن بیمـاران ارجاعی؛

ب. دزدیـدن بیمـار از همـکاران. الـزام سـوم نیـز دربـاره‌ی گـزارش رفتـار غیراخلاقـی و ناشایسـت همکاران است که در ادامه درباره‌ی آن بحث خواهد شـد. در سـنت بقـراط دربـاره‌ی اخـلاق پزشـکی، پزشـکان برای اسـتادان خویش احترامـی ویژه قائل هسـتند. بیانیه‌ی ژنـو آن را این‌گونه مطرح می‌کند: «من به اسـاتید خویش احترام گذاشـته و سپاسگزار آنـان خواهـم بود، کـه این حـق آن‌هاسـت.» امروز آموزش پزشـکی شـامل روابط متعدد استاد دانشجو در مقایسـه بـا آمـوزش نفربه‌نفـر در دوران گذشـته اسـت؛ بااین‌حال، این موضوع هنوز به اراده‌ی خوب و فداکاری پزشـکانی وابسته است که اغلب حتی در برابر فعالیت‌های آموزشی خویش دستمزدی دریافت نمی‌کننـد. دانشـجویان و دیگر کارآموزان پزشـکی، قدردانی عمیقی به اسـتادان خویش، یعنی کسانی که بدون آن‌ها آموزش پزشـکی به سـطح خودآموزی تنزل می‌کرد، وام‌دارند. اسـاتید نیز به سهم خویش، ملـزم به رفتـار احترام‌آمیز با دانشـجویان هسـتند و باید به‌عنوان الگویی مناسـب برای دانشـجویان، در ارتبـاط با بیماران نقـش ایفا کنند. آنچـه کاریکولوم یا برنامه‌ی درسـی پنهان[4] در آموزش پزشـکی و غیره نامیـده می‌شـود، یعنـی اسـتانداردهای رفتاری که باید توسط پزشـکان آموزش‌دهنده ارائه شود، بسیار

1. WMA
2. Fee-for-Service
3. Professional Courtesy
4. Hidden Curriculum

مؤثرتر از برنامه‌ی درسی صریح‌اللهجه‌ی اخلاق پزشکی است؛ تا آنجا که اگر تضادی بین الزامات اخلاقی و گرایش‌ها یا رفتارهای استادان دیده شود، دانشجویان پزشکی احتمالاً بیشتر الگوی استاد خویش را دنبال خواهند کرد.

استادان الزامات خاصی دارند که دانشجویان را درگیر کارهای غیراخلاقی نکنند. نمونه‌ی چنین کارهایی که در مجله‌های پزشکی گزارش شده‌اند، عبارت‌اند از:

- دریافت فرم رضایت از بیماران برای درمان توسط دانشجویان پزشکی در شرایطی که یک متخصص کاملاً شایسته باید این‌کار را انجام دهد؛
- انجام‌دادن معاینات لگنی در بیماران بیهوش یا تازه فوت‌شده بدون کسب رضایت؛
- انجام‌دادن اعمال و فرایندهای بدون نظارت هرچند بی‌اهمیت (مثل تزریق IV) توسط بعضی دانشجویانی که صلاحیت انجام‌دادن چنین کارهایی را ندارند.

با توجه به یکسان‌نبودن قدرت بین دانشجویان و اساتید و در نتیجه بی‌میل بودن دانشجویان به سؤال یا امتناع از دستورات، لازم است اساتید اطمینان داشته باشند که دانشجویان را وادار به کار غیراخلاقی نکرده‌اند.

در بسیاری از دانشکده‌های پزشکی نمایندگی‌های کلاس یا انجمن‌های دانشجویان پزشکی وجود دارد که علاوه بر دیگر نقش‌هایشان ممکن است قادر باشند که توجه به موضوع اخلاق در آموزش پزشکی را ارتقا دهند. دانشجویانی که نگران جنبه‌های اخلاقی آموزش خود باشند، می‌توانند به چنین مکانیسم‌هایی مراجعه کنند و بدون اینکه لزوماً به‌عنوانِ افشاگر این عمل غیراخلاقی شناخته شوند، اخلاق مدنظر خود را ارتقا داده و همچنین، در صورت ضرورت برای فرستادن موضوع به یک فرایند رسمی‌تر از حمایت مناسب بهره‌مند شوند (۲).

انتظار می‌رود دانشجویان پزشکی به سهم خویش، استاندارد بالایی از رفتار اخلاقی را چنان‌که شایسته‌ی پزشکان آینده است به نمایش بگذارند. آنان باید با دیگر دانشجویان، همانند همکاران خود رفتار کنند و در صورت نیاز، برای ارائه‌ی کمک به آن‌ها از جمله توصیه برای اصلاح رفتارهای غیرحرفه‌ای خود را آماده کنند. همچنین، در پروژه‌ها و وظایف مشارکتی از جمله تکالیف آموزشی و خدمات آنکال[1] به‌طور کامل همکاری کنند (۱).

۳. گزارش عملکردهای غیرایمن و غیراخلاقی

پزشکی به دلیل حالت خودتنظیمی که دارد، همواره ستایش شده است. در مقابلِ امتیازهایی که جامعه برای آن در نظر گرفته است و اطمینانی که بیماران به اعضای آن دارند، حرفه‌ی پزشکی استانداردهای والایی از رفتار و فرایندهای واجد دیسیپلین (آیین‌نامه‌ی انتظامی) را برای اعضایش برقرار کرده است تا به اتهامات مطرح‌شده در خصوص بدرفتاری اعضا رسیدگی و در صورت نیاز، متخلفان را مجازات و تنبیه کنند. این سیستم خودتنظیمی اغلب دچار مشکل می‌شود. در سالیان اخیر گام‌هایی برداشته شده تا اعضای این حرفه را بیشتر مسئولیت‌پذیر کنند؛ انتصاب اعضای عامی و

1. On-Call

غیرپزشک به‌عنوان مسئولان تصمیم‌گیرنده در این حوزه یکی از این گام‌هاست.

التزامِ عمده‌ی خودتنظیم‌بودن این حرفه، حمایت قلبی پزشکان از اصول آن، تمایلشان به شناسایی فعالیت‌های غیرایمن و غیراخلاقی و اقدام درباره‌ی آن‌هاست. الزام به گزارش‌کردن ناکارآمدی، نقصان، ضعف و بداخلاقی همکاران در کدهای اخلاق پزشکی تأیید شده است؛ به‌عنوان مثال، بیانیه‌ی انجمن جهانی درباره‌ی اخلاق پزشکی اعلام می‌کند: «پزشکان باید سعی کنند تا پزشکانی را که عملکرد غیراخلاقی یا فاقد صلاحیت دارند یا آن‌هایی را که فریب‌کاری و کلاهبرداری کرده‌اند به مسئولان ذی‌ربط گزارش کنند.» به‌کارگرفتن این اصل، اغلب آسان نیست. از طرفی ممکن است پزشکی وسوسه شود که شهرت و اعتبار همکارش را به خاطر انگیزه‌های نادرست شخصی مثل حسادت یا در تلافی توهینی که از یک همکار مشاهده کرده، از بین ببرد.

همچنین پزشک ممکن است به دلیل دوستی یا حس همدردی، در برابر گزارش‌کردن سوءرفتار همکارش بی‌میل باشد (همه در چنین شرایط سختی گرفتار می‌شوند). نتیجه‌ی چنین گزارشی می‌تواند برای گزارش‌کننده بسیار زیان‌بار باشد و از طرف بخش یا از سوی دیگر همکاران، متهم و دشمن تلقی شود. با وجود چنین مشکلاتی گزارش تخلفات، وظیفه‌ی حرفه‌ای پزشکان است. نه‌تنها پزشکان، مسئول حفظ آبرو و اعتبار مثبت این حرفه‌اند، بلکه اغلب اوقات، تنها کسانی هستند که بی‌کفایتی، نقصان و سوءاخلاق را (در حوزه‌ی خویش) تشخیص می‌دهند. باوجوداین، گزارش همکار به مراجع انضباطی، به‌طور طبیعی آخرین چاره و تدبیر پس از امتحان‌کردن تمامی راه‌های دیگر و ضروری دانستن آن است. شاید نخستین مرحله، نزدیک‌شدن به همکار متخلف و گفتن این امر است که به نظر شما رفتار او غیرایمن و غیراخلاقی است. اگر مسأله در همین سطح حل شود، شاید دیگر نیازی به ادامه‌دادن نباشد؛ وگرنه، مرحله‌ی بعد، شاید صحبت‌کردن با سوپروایزر (ناظر) یا فرد متخطی و واگذاری تصمیم اقدام بعدی به عهده‌ی آن شخص باشد. اگر این روش عملی نباشد یا مفید واقع نشود، شاید لازم باشد آخرین مرحله را که آگاه‌کردن مراجع انضباطی است، عملی کرد (۱).

۴. پزشک ناتوان

پزشکان از نظر اخلاقی وظیفه دارند که بیماران را در برابر پزشک ناتوان محافظت کرده و از طرفی به همکاران ناتوان نیز کمک کنند. پزشک نباید به خاطر ترس از اشتباه و از طرفی معرفی به دادگاه، شناسایی همکار ناتوان را به تعویق بیندازد؛ پزشک می‌تواند این مسأله را با رئیس مرکز در میان بگذارد.

ناتوانی در نتیجه‌ی استفاده از عواملی مانند الکل و مواد روان‌گردان یا به دنبال بیماری‌های روان‌پزشکی، فیزیولوژیک یا رفتاری حاصل می‌شود. از طرفی، بیماری‌هایی که بر مهارت‌های شناختی و حرکتی نیز اثر بگذارند می‌توانند در نحوه‌ی مراقبت‌های سلامتی بیمار از سوی پزشک تأثیر بگذارند؛ ازاین‌رو، شایسته است که پزشک، ناتوانی همکارش را به مراجع ذی‌صلاح گزارش دهد. همچنین پزشکان باید به همکاران ناتوانشان برای

دستیابی به راه‌های درمانی مناسب کمك کنند و در حین درمان پزشك ناتوان، باید وضعیت او به‌صورت راز پنهان بماند (۳).

۵. ارزیابی همکاران

غیراخلاقی است که پزشکی بدون داشتن مدارك کافی، توانایی‌ها، اطلاعات، قابلیت‌ها و نحوه‌ی خدمت‌رسانی یك پزشك به بیماران را زیر سؤال ببرد؛ خصوصاً اگر این کار را برای جلب آن بیمار به سوی خودش انجام بدهد. پزشك از نظر اخلاقی وظیفه دارد که هرگونه کلاهبرداری، رفتار ناشایست و ناتوانی همکارش را گزارش دهد. با توجه به اعتمادی که بیماران و عموم جامعه به گروه پزشکان دارند، اطلاع‌رسانی خطاها باید به مراجع ذی‌صلاح و به بیماران در مواقع اورژانسی و برای جلوگیری فوری از خطر صورت بگیرد.

پزشکان از نظر اخلاقی وظیفه دارند که در ارزیابی همکارانشان شرکت کنند. ترس از تلافی، انزوا و ارجاع‌نکردن بیماران به آن‌ها نباید مانع از این کار شود. همچنین در نبود مدرك موجه دال بر ناتوانی و غفلت و تخلف پزشك، غیراخلاقی است که پزشکان برای برکنارکردن همکارانشان از طبابت یا ایجاد ضرر به ارزیابی آن‌ها و نحوه‌ی طبابت آن‌ها بپردازند (۳).

۶. رابطه‌ی پزشک با دیگر متخصصان سلامت

روابط پزشک با بیماران، با بحثی در خصوص اهمیت فراوان احترام و رفتار برابر در روابط پزشک بیمار شروع می‌شود. اصولی که در آن بحث به کار گرفته شده، به همان ترتیب درباره‌ی رابطه با همکاران نیز تناسب دارد. به‌ویژه ممنوعیت تبعیض و تفاوت‌گذاشتن 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 پزشک با تمامی کسانی که حین مراقبت از بیماران و دیگر فعالیت‌های حرفه‌ای روبه‌رو می‌شود، اجراشدنی هستند (نک: بیانیه‌ی ژنو انجمن جهانی پزشکی).

تفاوت‌نگذاشتن یک ویژگی ناآگاهانه و غیرفعال از یک ارتباط است. درحالی‌که احترام‌گذاشتن امری فعال و مثبت‌تر است. در خصوص سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مثل پزشکان، پرستاران، امدادگران و غیره، این امر متضمن قدردانی از مهارت‌ها و تجربه‌های ایشان تا جایی است که آن‌ها می‌توانند در مراقبت از بیماران نقش داشته باشند. اگرچه تمامی فراهم‌کنندگان خدمات سلامت، در زمینه‌ی تحصیلات یا طی دوره‌های آموزشی برابر نیستند؛ ولی همگی در برخورداری از حقوق اساسی انسانی و نیز نگرانی درباره‌ی سلامت بیمار سهیم و برابرند.

همان‌طور که پزشک می‌تواند براساس دلایل مشروع، رابطه‌ی درمانی خود را با بیماران خاتمه دهد، می‌تواند در مواردی که زمینه‌های موجه و مشروعی برای امتناع‌ورزیدن از رابطه با دیگر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت وجود دارد که غالباً مربوط به حفظ سلامت بیماران است، از شروع رابطه با گروه یادشده خودداری کرده یا به آن رابطه پایان‌دهد. این زمینه‌ها عبارت‌اند از: عدم اطمینان به توانایی و درستکاری شخص دیگر و تعارض و برخوردهای شخصیتی جدی یا ناسازگاری‌های عمیق شخصیتی. افتراق بین این زمینه‌های مشروع و انگیزه‌های کم‌ارزش‌تر، مستلزم حساسیت اخلاقی بسیار زیاد پزشک است (۳).

۷. همکاری و تعاون

پزشکی درعین‌حال که حرفه‌ای بسیار فردی است، تا حد زیادی نیز مبتنی بر همکاری است. از طرفی پزشکان مالکان مطلق بیماران خویش‌اند. با دلایل مناسب، عنوان شده که رابطه‌ی فردی بین پزشک و بیمار بهترین راه دستیابی به اطلاعات درباره‌ی بیمار و ادامه‌ی مراقبت‌هایی است که برای پیشگیری و درمان بیماری مناسب‌ترین راه هستند. همچنین بقای بیماران، از نظر اقتصادی به پزشکان سود می‌رساند. درعین‌حال، همان‌طور که توضیح داده شد، پزشکی حرفه‌ای بسیار پیچیده و تخصصی است؛ بنابراین، به همکاری نزدیک بین پزشکان با علوم و مهارت‌های متفاوت ولی مکملِ 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 و حق رایج و سنتی بیماران برای اطلاع از نظر فرد دیگر (دوم) که شامل مراجعه به دیگر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت که ممکن است نیازهایشان را بهتر برآورده سازند، گسترش یافته است. طبق بیانیه‌ی انجمن درباره‌ی حقوق بیماران، پزشک ملزم است تا در تناسب و هماهنگی مراقبت‌های سلامت مدنظر در درمان بیمار، با دیگر فراهم‌کنندگان خدمات سلامت همکاری کند. بااین‌حال همان‌طور که ذکر شد، پزشکان نباید در ازای این همکاری به وسیله‌ی سهم‌خواری (تسهیم درآمد) سود ببرند. این محدودیت، درباره‌ی مالکیت پزشک روی بیماران، باید با دیگر اقداماتی که قصد حمایت از رابطه‌ی پزشک بیمار را دارد، در تعادل قرار گیرد؛ به‌عنوان مثال، درباره‌ی بیماری که توسط چندین پزشک درمان می‌شود، همان‌طور که معمولاً در بیمارستان اتفاق می‌افتد، باید در صورت امکان، یک پزشک مراقبت‌ها را هماهنگ کرده و بیمار را از پیشرفت کلی درمان آگاه و به او در تصمیم‌گیری کمک کند.

درحالی‌که عموماً قوانین خوب و شناخته‌شده‌ای در روابط میان پزشکان حاکم است، روابط پزشکان و دیگر متخصصین سلامت در حالتی از تغییر پی‌درپی قرار دارند و اختلاف‌نظر چشمگیری درباره‌ی اینکه نقش مربوط به هر یک چه باید باشد، وجود دارد. همان‌طور که ذکر شد بسیاری از پرستاران، داروسازان، فیزیوتراپیست‌ها و دیگر حرفه‌ها، خود را در رشته‌ی خویش و در خصوص مراقبت از بیماران، نسبت به پزشکان دارای صلاحیت بیشتری می‌پندارند؛ بنابراین، دلیلی نمی‌بینند با آن‌ها همانند پزشکان رفتار نشود. آن‌ها به روش تیمی مراقبت از بیمار تمایل دارند. در روش تیمی، نظر تمامی مراقبت‌کنندگان به‌طور برابر در نظر گرفته می‌شود و آن‌ها خود را نسبت به بیمار مسئول می‌دانند و نه نسبت به پزشک. در طرف مقابل، بسیاری از پزشکان احساس می‌کنند، حتی اگر روش تیمی پذیرفته شود، باید یک شخص مسئول باشد و پزشکان با توجه به آموزش‌ها و تجربه‌هایشان بهترین فرد برای این امر هستند.

اگرچه ممکن است بعضی پزشکان در مقابل چالش‌های ایجادشده برای اقتدار سنتی و تقریباً مطلقشان مقاومت نشان دهند، به نظر می‌رسد که

نقش آن‌ها در پاسخ به تقاضای هر دو گروه بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، برای شرکت بیشتر در فرایند تصمیم‌گیری قطعاً تغییر خواهد کرد. پزشکان باید بتوانند توصیه‌های خویش را برای دیگران توجیه و آن‌ها را برای قبول این توصیه‌ها ترغیب کنند. علاوه‌براین مهارت‌های ارتباطی، پزشکان باید توانایی حل تعارضات پدیدآمده بین دیگر اعضای درگیر مراقبت از بیمار را داشته باشند.

یک چالش جدی برای همکاری در زمینه‌ی مصالح عالیه‌ی بیماران، از مراجعه برخی از بیماران به فراهم‌کنندگان طب سنتی یا طب آلترناتیو (تحت عنوان شفاگران) ناشی می‌شود. بخشی انبوه از جمعیت آفریقا، آسیا و به‌صورت روزافزون در اروپا و آمریکا، از این گروه مشورت می‌گیرند. ممکن است بعضی افراد این دو روش را مکمل هم در نظر بگیرند؛ اما در بسیاری از موقعیت‌ها ممکن است این دو روش با هم ناسازگار باشند. ازآنجاکه برخی مداخلات سنتی یا آلترناتیو، تأثیر درمانی نیز می‌گذارند و بیماران نیز به دنبال این‌گونه معالجات می‌روند، پزشکان باید برای همکاری با درمانگرانشان راهی 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 (۱).

۸. حل و فصل تعارضات و اختلافات

پزشکان ممکن است با همکارانشان یا دیگر فراهم‌کنندگان خدمات سلامت، در خصوص طرز اداره مطب یا دستمزد و مانند آن‌ها، تعارضات مختلف و زیادی را تجربه کنند؛ اما در اینجا تعارض و اختلافاتی در کانون توجه است که در پیوند با مراقبت از بیمار ایجاد می‌شوند. به‌طور ایده‌آل، تصمیمات درمانی باید انعکاسی از توافق بین بیمار، پزشکان و همه‌ی افراد مؤثر در امر مراقبت از بیمار باشد. باوجوداین، عدم قطعیت در پزشکی و دیدگاه‌های گوناگون ممکن است اختلاف‌نظرها را درباره‌ی اهداف درمان و راه‌های رسیدن به این اهداف افزایش دهند.

منابع درمانی محدود و سیاست‌های سازمان‌دهی‌شده نیز ممکن است رسیدن به توافق را مشکل سازند. توافق‌نداشتن ارائه‌دهندگان خدمات سلامت بر سر اهداف مراقبت و درمان و ابزار رسیدن به این اهداف باید به وسیله‌ی یکی از اعضای تیم درمانی روشن و حل شود، بدون اینکه از بیماران برای میانجیگری در روابطشان استفاده کنند. اختلاف بین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و مدیران با توجه به تخصیص منابع، باید به وسیله‌ی مؤسسات یا آژانس‌ها حل شود و در حضور بیمار مجادله‌ای صورت نگیرد. ازآنجاکه هر دو اختلاف، پایه‌ی اخلاقی دارند، برای حل‌کردن آن‌ها در صورت امکان و دسترسی، می‌توان از توصیه‌ی کمیته‌ی اخلاق بالینی یا مشاور اخلاقی استفاده کرد. راهنمای زیر می‌تواند در حل چنین اختلافاتی مفید باشد:

- این تعارضات تا جایی که ممکن است باید به‌صورت غیررسمی حل شود؛ برای مثال، از طریق گفت‌وگو و مذاکره بین اشخاصی که هم‌رأی و یک‌نظر نیستند و درصورتی‌که روش‌های غیررسمی کارساز نباشند، می‌توان از فرایندهای رسمی‌تر

استفاده کرد.

- دیدگاه تمامی کسانی که به‌طور مستقیم درگیرند، استخراج و به‌طور محترمانه در نظرگرفته شود.

- انتخاب آگاهانه‌ی بیمار یا تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین درباره‌ی نحوه‌ی درمان، باید نخستین ملاحظه در حل مباحثات و منازعات باشد.

- اگر بحث درباره‌ی آن دسته از انتخاب‌های درمانی است که باید به بیمار توصیه شوند، معمولاً انتخاب‌های وسیع‌تر نسبت به موارد محدودتر ارجحیت دارد. اگر به دلیل محدودیت منابع درمان ارجحی موجود نیست، طبیعتاً بیمار باید از این موضوع آگاه شود.

- اگر پس از تلاش مناسب و از طریق گفت‌وگو، توافق یا مصالحه به دست نیامد، تصمیم کسی که حق یا مسئولیت تصمیم‌گیری با اوست، باید پذیرفته شود. اگر معلوم نباشد چه کسی حق یا مسئولیت تصمیم‌گیری را دارد یا این امر بحث‌برانگیز باشد، باید به دنبال میانجیگری، حکمیت و داوری بود.

اگر فراهم‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی نتوانند تصمیمی را بر اساس قضاوت حرفه‌ای یا اخلاق شخصی بپذیرند، باید به آن‌ها اجازه داده شود تا پس از حصول اطمینان از اینکه فرد دریافت‌کننده‌ی مراقبت در معرض آسیب یا سهل‌انگاری یا خطر رها شدن نیست، از مشارکت در اجرای تصمیم کناره‌گیری کنند (۱).

۹. رابطه‌ی پزشک با سایر پزشکان

پزشکان متعهدند که همراه با گروهی از پزشکان دیگر به مراقبت از بیماران بپردازند. توانایی تیم پزشکی برای مراقبت مؤثر از بیمار، به توانایی افراد آن برای برخورد صادقانه، شرافتمندانه و با احترام و بدون توجه به نژاد، مذهب، ملیت، جنس، سن و ناتوانی بستگی دارد. از طرفی باید به تأثیر قدرت بر رابطه‌ی پزشکان مانند رابطه‌ی استاد و رزیدنت یا پزشک و پرستار بسیار توجه شود (۲).

۱۰. رابطه‌ی بین پزشک و پرستار

ارتباط بین پزشکان و پرستاران از نگرانی‌های مشترک همه‌ی بیماران است. بخشی از ارائه‌ی مناسب خدمات بهداشتی، توسط پرستاری که دستورات پزشک را انجام می‌دهد محقق می‌شود.

- چنانچه دستورات پزشکی از دید پرستار اشتباه یا مخالف طبابت رایج پزشکی و پرستاری به نظر آید، پزشک از نظر اخلاقی باید انتقادپذیر باشد و به نظرات و نگرانی‌های پرستار توجه کند؛ همچنین شایسته است پزشک توضیحات لازم را درباره‌ی دستور داده‌شده ارائه داده و در صورت لزوم قضاوت‌های بالینی خود را تغییر دهد.

- پزشک اخلاق‌مدار نباید انتظار داشته باشد که پرستاران دستوراتی را که مغایر با استانداردهای مراقبت‌های مناسب پزشکی و پرستاری هستند یا اقداماتی را که از وظایف تعریف‌شده‌ی پزشکان یا خارج از توانایی‌های پرستاران است انجام دهند.

- در موارد اورژانس که به اقدامات فوری نیاز است، چنانچه پزشک در دسترس نباشد، منطقی است که پرستار برای محافظت از بیمار، اقداماتی را بر خلاف سفارش‌های دائمی پزشک[1] انجام دهد.

- تصمیم‌گیرنده‌ی نهایی برای تشخیص و درمان بیمار، پزشک است؛ اما اخلاقی است که پزشک از

1. Standing Orders

نظـرات پرسـتاران نیـز به علـت تماس بیشـتر آن‌ها با بیماران بسـتری و آشـنایی بیشـتر بـا علایق آنان استفاده کند.

- پزشـك موظـف اسـت کـه آن بخـش از اقدامات بالینـی را که قرار اسـت پرسـتار انجام دهـد، به‌طور واضح و مفهـوم برای او توضیح دهد و راهنمایی‌های لازم را به پرستار بکند.

- پزشك نباید انتظار داشته باشد پرستاران اقدامات غیربالینـی مربـوط به سـایر کارکنان بخـش را مانند جمع‌آوری اطلاعات یا فرستادن دعوت‌نامه برای یك گردهمایی، بر عهده بگیرند.

- پزشك موظف اسـت محیطی دوستانه ایجاد کند تـا همه‌ی کارکنان برای همکاری در جهت مراقبت از بیمار تشویق شوند.

- اخلاقی اسـت که پزشـك برای آموزش پرستاران بکوشـد و به سـؤالات آن‌ها پاسخ بگوید تا چنانچه در دسترس نباشد، پرسـتار قادر به ارائه‌ی مراقبت‌های لازم باشد.

- اگر پرسـتار دستورات پزشـك را سهوی یا عمدی درسـت انجـام ندهـد، پزشـک بایـد او را از خطـا یا اشـتباهش آگاه سـازد و در صورت ایجـاد ضرر برای بیمار به مراجع ذی‌صلاح اطلاع دهد.

- ارتباط بین پزشـک و پرسـتار باید توأم با احترام و صداقت باشد؛ اخلاقی نیست که پزشك یا پرستار در برابر بیمار به بدگویی از طرف مقابل بپردازد و سـعی کند در ارتباط پزشك یا پرستار با بیمار اختلال ایجاد کند.

- چنانچه پرسـتار متوجه شـود که پزشـك مرتکب اشـتباه یا خطایی شـده اخلاقی اسـت که پزشك را مطلع کنـد و در صـورت قانع‌نشـدن او، باید مراجع بالاتر را مطلع سازد.

- اخلاقـی نیسـت که پزشـکان از طریـق پرداخت پول به پرسـتاران، آن‌ها را بـه پذیرش یا عدم پذیرش بیماران در سرویس خود ترغیب کنند (۲و۴و۵).

۱۱. رابطـه‌ی بیـن پزشـک و سـایر مراقبـان بهداشتی

در اغلـب مواقع پزشـکان مراقبت‌های بهداشـتی را بـا همـکاری شـاغلان بهداشـتی دیگـر ماننـد اپتومتریسـت‌ها، تکنسین‌های بیهوشی، ماماها و... به بیمـاران ارائه می‌دهند؛ ازاین‌رو، پزشـکان باید به موارد زیر توجه کنند:

- اخلاقی اسـت که پزشـك بـا مراقبان بهداشـتی برای مراقبت از بیماران و ارتقای خدمات بهداشـتی همـکاری کرده و با آن‌هـا با صداقت و احتـرام رفتار کند.

- اخلاقی است که پزشك برای طبابت، از مشاوره و به‌کارگیری شاغلان بهداشتی دیگر نیز بهره ببرد؛ به شرطی که آن‌ها آموزش‌های مناسب را دیده باشند و دارای پروانه‌ی لازم برای انجام آن کارها باشند.

- پزشـکان وظیفـه دارند کـه برای ارتقـای کیفیت آموزشی مراقبان بهداشـتی دیگر، در مراکز آموزشی آن‌ها به تدریس بپردازند.

- چنانچـه مراقبـان بهداشـتی بـه انـدازه‌ی کافی آموزش ندیده‌اند یا فاقد گواهی مناسب برای ارائه‌ی خدمات پزشکی هسـتند، اخلاقی نیست که بخشی از خدمات پزشك را به جای او بر عهده بگیرند.

- اخلاقی نیست که بین پزشک و مراقبان بهداشتی دیگر برای معرفی بیمار به آن‌ها، رابطه‌ی مالی وجود داشته باشد (۲).

۱۲. روابط بین‌حرفه‌ای

۱۲- ۱. متخصصان غیرعلمی

از نظر اخلاقی درست نیست که پزشک درمانی را که پایه‌ی علمی ندارد و خطرناک است به کار برد یا افراد را به انجام‌دادن آن تشویق کند؛ همچنین شایسته نیست درمانی که با ایجاد امید کاذب باعث فریب بیمار می‌شود یا باعث تأخیر در ارائه‌ی مراقبت‌های مناسب به بیمار شود (یا باعث تأخیر در درخواست بیمار برای دریافت مراقبت‌های مناسب می‌شود) ارائه شود.

پزشک نباید افراد فاقد پروانه را در ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی شرکت دهد و همین‌طور افرادی که برای ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی دارای پروانه‌ی خاصی هستند، نباید فراتر از پروانه‌شان خدمات ارائه دهند؛ پزشک نیز نباید خدمات پزشکی را توأم با خدمات مربوط به افراد فاقد پروانه یا دارای پروانه‌ی محدود ارائه دهد.

پزشکان آزادند صرف‌نظر از اینکه چه کسی بیمار را به آن‌ها معرفی کرده، به ارائه یا عدم ارائه‌ی مراقبت‌های لازم به بیمار بپردازند (۲).

۱۲- ۲. ارجاع بیماران

چنانچه پزشکی تشخیص دهد که ارجاع بیماران به نفع آن‌هاست، می‌تواند بیمار را برای انجام‌دادن اقدامات تشخیصی یا درمانی به پزشکی دیگر یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی که از نظر قانونی دارای پروانه‌ی ارائه‌ی آن خدمات هستند ارجاع دهد. در موارد ارجاع به متخصصان پزشکی، ارجاع باید براساس وجود قابلیت‌های شخصی فرد متخصص و توانایی انجام‌دادن خدمات لازم به بیمار صورت گیرد. چنانچه پزشک از توانایی‌ها و استانداردهای علمی و قانونی فرد یا محل ارجاع مطمئن نباشد، نباید بیمار را به آن فرد یا مکان ارجاع دهد (۲).

۱۲- ۳. کایروپراکتیک[1]

اخلاقی است که پزشک با کایروپراکتیک‌ها ارتباطات حرفه‌ای داشته باشد؛ البته به شرطی که پزشک مطمئن باشد که این ارتباط به نفع بیمارش است. پزشک می‌تواند بیمار را برای انجام‌دادن اقدامات تشخیصی، درمان و دریافت خدمات لازم به یک فرد متخصص کایروپراکتیک که دارای پروانه‌ی قانونی است ارجاع دهد؛ البته اگر معتقد باشد این کار باعث سودرسانی به بیمار می‌شود. اخلاقی است که پزشکان در مراکز آموزشی به آموزش کایروپراکتیک‌ها بپردازند (۲).

۱۲- ۴. متخصصان طب ورزشی

پزشکان باید به ورزشکاران کمک کنند تا درباره‌ی شرکتشان در ورزش‌های آماتور و حرفه‌ای که ممکن است برای آن‌ها خطرات و آسیب‌های جسمانی به دنبال داشته باشد، تصمیم آگاهانه‌ای بگیرند. متخصص طب ورزشی که مسئول خدمت‌رسانی در مسابقات ورزشی است وظیفه دارد از سلامت شرکت‌کنندگان محافظت کند. تمایل تماشاچیان، گردانندگان مسابقه یا حتی خود ورزشکار آسیب‌دیده برای منتقل‌نشدن از محل مسابقه، نباید بر تصمیم متخصص تأثیر بگذارد. قضاوت پزشک باید تنها براساس ملاحظات پزشکی صورت گیرد (۲).

۱۳. اصول اولیه‌ی رابطه‌ی پزشک عمومی و

1. Chiropractic

متخصصان

الف. سلامتی و منافع بیمار باید دغدغه‌ی اصلی تمامی پزشکان باشد.

ب. همه‌ی پزشکان به‌عنوان اعضای یک حرفه وظیفه دارند نسبت به یکدیگر با صداقت، شرافت و احترام رفتار کنند.

ج. تمامی پزشکان وظیفه دارند به‌طور مناسب و عاقلانه‌ای از منابع موجود درمانی و تشخیصی استفاده کرده و از هرگونه مشاوره‌ی غیرضروری پرهیز کنند.

د. پزشکان باید در مواقعی که احساس می‌کنند برای مراقبت از بیمار به کمک نیاز دارند از مشاوره‌ی همکاران استفاده کنند. در صورت درخواست بیمار برای ارجاع، چنانچه پزشک لزومی به انجام‌دادن این کار نمی‌بیند، باید دلایل پزشکی خود را برای بیمار توضیح دهد، به نگرانی‌ها و اضطراب بیمار برای دادن این پیشنهاد توجه کند و سرانجام به یک توافق دوطرفه مطابق با خواسته‌های بیمار و قضاوت حرفه‌ای خود برسد.

ه. اگر مسئولیت مراقبت بیمار به‌طور رسمی به پزشک دیگری منتقل شود، مسئولیت نهایی مراقبت بیمار بر عهده‌ی پزشک ارجاع‌دهنده است. درخواست مشاوره از سوی پزشک متخصص که صرفاً به منظور دستیابی به موردی آموزشی یا پژوهشی باشد کاملاً غیراخلاقی است (۶).

۱۴. وظایف اخلاقی پزشکان برای مشاوره و ارجاع

وظایف مشترک ارجاع‌دهنده و پزشک مشاوره‌دهنده به قرار زیر است:

الف. هر دو پزشک با همکاری بیمار، مسئول هستند که اهداف درمانی و تشخیصی را مشخص کرده و وظایف مربوط به هر فرد را در مراقبت‌های بیمار تعریف کنند.

ب. هر دو پزشک باید همدیگر را به موقع و به‌طور کامل از اطلاعات مربوط به بیمار آگاه کنند و هرگونه تغییر شایان توجه در مراقبت‌های بیمار را با وضعیت بیمار به اطلاع هم برسانند.

ج. هر دو پزشک باید نسبت به رابطه‌ی بیمار با پزشک دیگر احترام قائل شوند.

د. هر دو پزشک باید برای دستیابی به خواسته‌های بیمار، اختلافات بین خود را حل کنند (۲و۶).

۱۵. وظایف پزشک ارجاع‌دهنده

الف. پزشک ارجاع‌دهنده باید همه‌ی انتخاب‌ها را برای مراقبت‌های تخصصی برای بیمار توضیح دهد تا او خود نیز درباره‌ی روند مراقبتش تصمیم بگیرد.

ب. چنانچه پزشک ارجاع‌دهنده، بدون اینکه قبلاً با پزشک مدنظر صحبت کرده باشد، بیمار را برای ارجاع می‌فرستد، باید در نوشته‌ای میزان مشاوره، زمان و نحوه‌ی ارتباط دو طرفه‌شان را کامل توضیح دهد. او باید در این نوشته مشخص کند که هدف از ارجاع تنها یک‌بار ویزیت یا مراقبت طولانی‌مدت است؛ همچنین پزشک باید به‌طور واضحی آن دسته از سؤالات بالینی را که پزشک دوم خواستار دانستن آن است، بیان کرده و درباره‌ی تاریخچه‌ی بیماری او توضیح کافی ارائه دهد.

ج. پزشک ارجاع‌دهنده باید قبل از ارجاع اطمینان حاصل کند که تمام هماهنگی‌های لازم برای انجام مشاوره و ارزیابی یا درمان مؤثر بیمار با مرکز درمانی مربوطه انجام شده باشد. همچنین باید از وجود

امکانـات لازم برای انجام اقدامات مدنظر در آن مرکز اطمینان یابد.

د. پزشـک ارجاع‌دهنـده بایـد بـه حـق پزشـک مشاوره‌دهنده برای درخواست جبران مالی در قبال انجـام مشـاوره احتـرام بگـذارد و از توانایی‌هـای او سوءاستفاده نکند.

ه. پزشـک ارجاع‌دهنده مختار اسـت هر زمانی که لازم بداند از پزشـک مشـاوره‌دهنده‌ی دیگر استفاده کند. در این مواقع، پزشـک ارجاع‌دهنده باید پزشک مشـاوره‌دهنده‌ی اول را آگاه کـرده و نقـش او را در مراقبت‌های آینده مشخص کند (۶).

۱۶. وظایف پزشک مشاوره‌دهنده

الـف. پزشـک مشـاوره‌دهنده بایـد بـه برنامه‌های مراقبتـی که همـراه با پزشـک ارجاع‌دهنـده تنظیم شـده اسـت، احترام بگذارد؛ ولی اگر به تشخیص او مراقبـت دیگری لازم باشـد، باید به‌صورت مسـتقل قضـاوت بالینی خود را با توجـه به منافع بیمار انجام داده و آن را به پزشک اول ارائه دهد.

ب. پزشـک مشاور باید با دقت و احترام پیشنهادات خـود را بـرای پزشـک ارجاع‌دهنـده توضیـح داده و موافقـت او را بـرای انجـام روندهـای عمـده‌ی درمانی‌تشـخیصی یـا برای مشـاوره‌های دیگر جلب کند.

ج. چنانچـه لازم باشـد پزشـک مشـاور به‌صـورت موقتی، مسئولیت مراقبت از بیمار را بر عهده بگیرد، باید همکاری و موافقت پزشـک ارجاع‌دهنده را جلب کند.

د. بعد از اتمام مشـاوره، پزشـک مشاور باید بیمار و تمامی اطلاعات مناسـب مربوط به او را برای پزشـک ارجاع‌دهنده بفرستد.

ه. پزشـک مشـاوره‌دهنده باید برای آموزش پزشک ارجاع‌دهنـده ارزش فراوانـی قائل باشـد تـا کیفیت مراقبت از این بیمار و بیماران بعدی ارتقا یابد.

و. پزشـک مشـاور بایـد دلیـل منطقـی ارجـاع را تشـخیص دهد و در مواقعی که پزشـک درخواسـت مشـاوره‌ای غیرضروری کرده اسـت، این مسأله را به اطلاع او رسانده و او را راهنمایی کند (۶).

۱۷. نکاتی درباره‌ی روابط بیمارستانی

۱۷- ۱. مراقبان بهداشتی

مراقبـان بهداشـتی در بیمارسـتان مسـئول انجـام‌دادن اقدامات پزشـکی هسـتند؛ امـا ممکن است اغلب آن‌ها در اسـتخدام تمام‌وقت بیمارستان نباشـند. مراقبان بهداشـتی ممکن اسـت نه‌تنها در بیمارسـتان مشغول به کار باشند، بلکه در کنار آن در کارهـای اجرایی و مدیریتی یا با توجه به علایقشـان در قسـمت‌های دیگری نیز مشـغول به کار باشـند. این مسـأله درصورتی‌کـه با مراقبت از بیمـار و قانون مغایرتی نداشته باشد، اخلاقی است (۲).

۱۷- ۲. روابط قراردادی پزشک و بیمارستان

توافقات قراردادی یا مالی مختلفی بین پزشـکان و بیمارسـتان وجود دارد؛ به‌عنوان مثال پزشک ممکن اسـت در اسـتخدام بیمارستان باشـد یا متخصصی باشـد کـه در ارتبـاط بـا بیمارسـتان کار می‌کنـد یا به‌صورت غیروابسـته با بیمارستان همکاری می‌کند. نـوع توافقـات قـراردادی یـا مالـی بیـن پزشـک و بیمارسـتان به نحوه‌ی کارکردن پزشک در بیمارستان بستگی دارد. ممکن است پزشک به‌گونه‌ای استخدام شده باشد که به ازای کار در بیمارستان، در هر سال،

مقـدار مالی ثابتی دریافت کند یـا مبلغی به ازای هر سـاعت کار دریافت کند یا بنابر خدمات حرفه‌ای که ارائه می‌دهد، مهارت‌ها، تحصیلات، تجارب و زمانی کـه خـود را درگیر می‌کند قـراردادش با بیمارسـتان متفاوت باشد.

هدف هر دو گروه بیمارسـتان و مراقبان بهداشتی، ارتقـای کیفیت و مؤثربـودن خدمات بـرای بیمار در بیمارسـتان اسـت. تصمیم‌گیری برای امتیازدهی به بیمارسـتان باید براساس میزان تحصیلات، تجارب و توانایی‌های آن‌ها و همین‌طور فراهم‌بودن تسهیلات و امکانـات کلی پزشـکی موجـود در بیمارسـتان که مـورد نیـاز جامعـه، بیمارسـتان و خصوصـاً بیماران اسـت صورت گیرد. امتیازدهی نباید براساس تعداد بیمـاران پذیرش‌شـده در بیمارسـتان یـا وضعیـت اقتصادی یا بیمه‌ی بیماران مراجعه‌کننده باشد (۲).

۱۷- ۳. ارتباط پزشک و بیمارستان

- رسـالت پزشـکان این اسـت که نیازهای بهداشتی بیماران را تأمین کنند؛ در مقابل، بیمارستان نیز وظیفه دارد کـه پزشـکان را بـرای خدمت‌رسـانی بـه بیماران حمایت کند.

- چنانچـه در حیـن خدمت‌رسـانی بـه بیمـار، بین مراقبـت از بیمار و قوانین موجود تعارض ایجاد شـود، بیمارستان وظیفه دارد در وهله‌ی اول با توجه به منافع بیمار و مراقبت از او تصمیم‌گیری کند.

- مسئولان بیمارسـتان باید نیازهای پزشکان شاغل در بیمارستان را شناسایی کنند و در رفع آن‌ها بکوشند.

- درصورتی‌که پزشك در چند بیمارستان کار می‌کند، باید رازداری را رعایت کند و نباید اطلاعات مربوط به یك بیمارستان را در اختیار بیمارستان‌های دیگر قرار دهد.

- پزشـکانی که در بیمارستان کار می‌کنند باید سعی کننـد در صـورت لـزوم از تصمیم‌گیری‌هـای یك‌نفره جلوگیـری کـرده و به‌صـورت گروهـی همراه با سـایر پزشکان برای بیمار تصمیم بگیرند.

- اخلاقی اسـت که از پزشـکان شاغل در بیمارستان برای پسـت‌های اجرایی و تصمیم‌گیری‌های مدیریتی بیمارستان استفاده شود.

- وظیفه‌ی اولیه‌ی مراقبان بهداشتی در بیمارستان، محافظـت از کیفیـت مراقبت‌هـای ارائه‌شـده در بیمارستان است؛ آن‌ها باید اقدامات ضروری را به‌نیابت از بیمارسـتان و مطابق با قوانین کاری خود در شرایط مقتضی انجام دهند.

- انجـام‌دادن عمدی مراقبت‌ها به‌صـورت ناکافی یا بیش از حد، غیراخلاقی محسـوب می‌شـود. مراقبان بهداشـتی وظیفه دارنـد از طبابت‌های اسـراف‌کارانه و درمان‌هـای نابجـا کـه منجـر بـه ایجـاد هزینه‌های غیرضروری می‌شود جلوگیری کنند.

- در شـرایطی کـه منافـع اقتصـادی بیمارسـتان با سلامتی بیمار در تعارض است، سلامتی بیمار باید در ارجحیت قرار گیرد.

- اخلاقی نیسـت که پزشـك بـرای اقدامات کوچك و غیرپزشـکی کـه بـه منظور سـهولت پذیـرش بیمار در بیمارسـتان انجـام می‌دهـد از بیمـار حق‌الزحمـه درخواست کند.

- درآمد پزشـکان باید با توجه به مراقبت‌ها و خدماتی کـه ارائـه داده‌اند و براسـاس تعرفه‌های نظام پزشـکی تعریف شود.

- عضویت پزشـکان در سـازمان‌های مربـوط به خود و امتیازدهـی به آنان نبایـد به انجـام‌دادن آزمون‌های اجباری مشروط باشد.

- وقتی که پزشـك مسـئولیت خدماتی را که توسـط

رزیدنت یا دانشجو برای بیمار در بیمارستان انجام می‌شود به عهده می‌گیرد، از نظر اخلاقی باید انجام‌دادن این خدمات زیر نظر مستقیم و مدیریت خود او صورت گیرد.

- پزشک با توجه به علایقش می‌تواند به‌جز در بیمارستانی که در آن مشغول به کار است، در مکان‌های دیگری نیز کار کند (۲).

۱۸. وظیفه‌ی اخلاقی پزشک در مواجهه با خطای پزشکی همکاران

بارها پیش می‌آید که پزشک بیماری را ویزیت می‌کند که قبلاً توسط پزشک دیگر تحت درمان یا عمل جراحی قرار گرفته است و در مواقعی ممکن است اقدام درمانی پزشک قبلی، به نظر پزشک جدید براساس موازین علمی نبوده و منجر به عارضه‌ای در بیمار شده است. وظیفه‌ی اخلاقی پزشک در چنین مواردی چیست؟ در چنین مواقعی ممکن است راه‌حل‌های متفاوتی مطرح شود؛ از قبیل اینکه موضوع خطای پزشکی را به‌طور مستقیم با بیمار درمیان بگذارد یا بدون تفاوت از کنار موضوع بگذرد و درمان‌های لازم را برای بیمار انجام دهد یا با پزشک معالج بیمار موضوع را مطرح کرده و با ارجاع بیمار نزد او، بخواهد مشکل یا عارضه‌ی پیش‌آمده را برطرف یا جبران کند؛ البته راه‌حل‌های دیگری نیز مطرح است. آنچه مسلم است در چنین مواردی پزشک معالج فعلی بیمار از یک‌طرف از نظر اخلاقی در مقابل بیمار مسئول است و از طرف دیگر نیز در قبال پزشک معالج قبلی، به‌عنوان عضوی از جامعه‌ی پزشکی وظیفه‌ی اخلاقی دارد؛ او موظف است به شکلی عمل کند تا بیمار و همچنین، پزشک معالج قبلی از این حیث حداقل آسیب را متحمل شوند.

طبیعی است که بسته به مورد و نوع قصور یا عارضه‌ی به‌وجودآمده، می‌توان برخوردهای متفاوتی انجام داد؛ به‌عنوان مثال، آیا خطای پزشکی منجر به عارضه‌ای نزد بیمار شده است؟ عارضه جزئی بوده و برطرف شده است؟ عارضه جبران‌شدنی است یا منجر به آسیب جدی یا نقص عضو شده است؟ و در نهایت اینکه در مواردی ممکن است خطای پزشکی در حال شکل‌گیری و ایجاد عارضه برای بیمار باشد؛ مثلاً تجویز داروی اشتباه یا تداخلات دارویی، تجویز داروی تراتوژن و غیره که بیمار در حال مصرف آن است.

بدیهی است وقتی فکر می‌کنید خطای پزشکی توسط یکی از همکاران اتفاق افتاده است، این نظر شماست و نباید تا مطمئن نشده‌اید در این خصوص اقدامی عجولانه انجام دهید؛ زیرا ممکن است به آسیب و عارضه برای بیمار و همچنین، تبعاتی برای پزشک معالج منجر شود؛ لذا در مواقعی که خطای پزشکی منجر به عارضه‌ی شایان توجهی برای بیمار نشده یا عارضه جبران‌شدنی است، بهترین حالت این است که موضوع با پزشک معالج در میان گذاشته شود و در صورت امکان با ارجاع بیمار به پزشک معالج یا بسته به مورد، شخصاً در خصوص رفع آن اقدام شود. در این صورت علاوه بر درمان بیمار، رفع یا جبران خسارت از طرف پزشک معالج، جنبه‌ی آموزشی نیز دارد و می‌تواند از اشتباهات بعدی جلوگیری کند.

در حالتی که خطای پزشکی در حال ایجاد عارضه یا مشکل برای بیمار است، باید هر چه سریع‌تر برای رفع آن اقدام و سپس متناسب با موضوع و مشارکت

پزشـك معالج در رفع عارضه تصمیم منطقی، علمی و اخلاقـی اتخاذ کرد. بدیهی اسـت چنانچه پزشـك معالـج در خصـوص خطـای پزشـکی روی‌داده و عـوارض حاصـل از آن، همکاری مناسـب و اخلاقی نداشته باشد، ازآنجایی‌که هرگونه اقدام درمانی روی بیمار باید با اخذ رضایت آگاهانه از بیمار انجام شـود و رضایـت آگاهانـه مسـتلزم اطلاع بیمـار از ماهیت مشـکل موجود و روش‌های درمانی متفاوت اسـت، باید با اولویت حفظ سـلامتی بیمار تصمیم اخلاقی و علمی و پزشکی متناسب با مشکل اتخاذ شود (۷).

۱۹. رویکرد به خطای پزشکی همکاران

در مواقعی که پزشـک مسـئولیت درمـان عوارض ناشی از خطای پزشکی همکار خود را به عهده دارد، براسـاس مسـئولیت باید تصمیمی بگیرد که بهترین نتیجه را برای بیمار داشته باشد و برای رضایت بیمار به درمان، تمام اطلاعات مربوط به خطای رخ‌داده را بـا حفظ احترام پزشـک اول و نیز حفظ اعتماد بیمار به جامعه‌ی پزشکی در اختیار او قرار دهد.

در مواقعی که پزشک ناظر خطای همکارش است، می‌تواند انتخاب‌هایی متعدد داشته باشد:

- با بی‌تفاوتی منتظر بماند که پزشک دیگری خطا را برای بیمار فاش کند؛
- پزشـک خاطی را برای اظهار خطا به بیمار ترغیب کند؛
- موضوع را به‌طور مستقیم با بیمار در میان بگذارد؛
- جلسه‌ای به منظور بحث و بررسی با حضور پزشک خاطی و بیمار ترتیب دهد؛

در دنیـای ایده‌آل اخلاقی، پزشـک وظیفـه دارد با پزشک مسـئول خطا تماس بگیرد و با او در خصوص موضوع صحبت کـرده، از او بخواهد خطای رخ‌داده را به اطلاع بیمار برسـاند یا در جلسه‌ای که با حضور او و بیمار برگزار خواهد شد برای بحث و تبادل‌نظر در خصوص خطای روی‌داده، شـرکت کند. اگر پزشـک حاضر بـه اظهار خطا به بیمار نشـد، پزشـک دوم از نظـر اخلاقی موظف اسـت بـه او بگوید کـه به حکم وظیفه‌ی اخذ رضایت آگاهانـه، بیمار را از خطا آگاه خواهد کرد (۷).

۲۰. روابط پزشـک با سایر اعضای تیم درمان از منظر فقهی

پزشـکان، پرسـتاران و دیگر کسـانی کـه در درمان بیمـاران نقش ایفا می‌کنند، مسـئولیت‌ها و اهدافی مشترک و مقدس دارند. برخی از بایسته‌های اخلاقی روابط پزشکان با یکدیگر و دیگر همکارانشان که آنان را در رسـیدن به این اهداف مقـدس کمک می‌کند، عبارت است از:

الـف. صمیمیت: روابط اعضای جامعه‌ی پزشـکی همچـون خانـواده‌ای اصیل و مذهبـی باید بر صفا و صمیمیت اسـتوار باشد. افراد این جامعه باید نسبت به یکدیگر علاقه‌مند و بامحبت باشند؛ به‌گونه‌ای که مردم با مشاهده‌ی ارتباط آن‌ها، اعتمادشان نسبت به جامعه‌ی پزشکی جلب شود. محبت افراد به یکدیگر نشـانگر میزان دیانت آنان در عرصه‌هـای اجتماعی است. هر که انس بیشتری با برادران دینی‌اش دارد، پایبندی او به دینش بیشـتر است. علی‌بن‌جعفر(ع) می‌گویـد: «بـه حضـرت موسـی‌بن‌جعفر(ع) عرض کـردم: "کدامیـک از مـا دینـش را بیشـتر دوسـت مـی‌دارد؟ آن حضـرت پاسـخ داد: آن کـه رفیـق [و همکار] خود را بیشتر دوست می‌دارد» (۸).

چگونه می‌توان فضایی صمیمی در محیط کار خود ایجاد کرد؟ پاسخ این پرسش را از روایات معصومان(ع) درمی‌یابیم. رسول خدا(ص) خوش‌اخلاقی را باعث ایجاد جو دوستی دانسته است: «حسْن الْخلْقِ یثْبِت الْمَوَدةَ»: «خوش‌اخلاقی، دوستی را مستحکم می‌سازد.»

امیرمؤمنان(ع) می‌فرماید: «طَلاقَه الْوَجْهِ بِالْبِشْرِ وَ الْعَطِیةِ، وَ فِعْل الْبِر و بَذْل التحِیة دَاعٍ اِلی مَحَبة الْبَرِیة»: «گشاده‌رویی با شادمانی و بخشش، نیکی و سلام‌کردن، موجب جلب محبت مردم می‌شود.» همچنین می‌فرماید: «اِن اَحْسَنَ مَا یأْلِف بِهِ الناس قلوبَ اَوِدائِهِمْ، وَنَفَوْا بِهِ الضغَنَ عَنْ قلوبِ اَعْدَائِهِمْ، حسْن الْبِشْرِ عِنْدَ لِقَائِهِمْ، وَ التفَقد فی غیبَتِهِمْ، وَ الْبَشَاشَه بِهِمْ عِنْدَ حضورِهِمْ»: «بهترین چیزی که مردم با آن دل دوستانشان را به دست می‌آورند و کینه را از دل دشمنانشان دور می‌کنند، خوش‌رویی هنگام دیدار آنان، سراغ‌گرفتن هنگام نبودنشان و خنده‌رویی درحضورشان است» (۸).

ب. احترام متقابل: رابطه‌ی پزشک با دیگر پزشکان و همکاران باید براساس احترام متقابل استوار باشد. رسول خدا(ص) در برشماری حقوق مؤمنان نسبت به یکدیگر می‌فرماید: «هر مؤمنی بر مؤمن دیگر هفت حق دارد که از جانب خداوند بزرگ بر او واجب شده است: [یکی از آن‌ها عبارت است از:] احترام‌کردن به او در پیش رویش.»

از مسائل مهم در روابط پزشکان، احترام به پیشکسوتان و حفظ حرمت بزرگ‌ترهاست. پزشکان جوان نباید به پزشکی که سال‌ها خدمت کرده و دارای شأن و موقعیتی است، بی‌اعتنایی و بی‌حرمتی کنند. حضرت محمد(ص) درباره‌ی احترام به شخصیت سال‌خوردگان می‌فرماید: «مِنْ اِجْلالِ اللهِ اِجْلالَ ذِی الشیبَه الْمسْلِمِ»: «از [جمله صورت‌های] تعظیم خداوند، احترام به سال‌خوردگان است» (۸).

ج. وحدت: جامعه‌ی پزشکی برای ارائه‌ی خدمات بهتر به بیماران باید با یکدیگر وحدت داشته باشند و برای مسائل کم‌اهمیت و جزئی با یکدیگر درگیر نشوند. امیرمؤمنان(ع) می‌فرماید: «وَ اِنمَا اَنْتمْ اِخْوَانٌ عَلی دینِ اللهِ، مَا فَرقَ بَینَکمْ اِلاَ خبْث السرَائِرِ، وَ سوءالضمَائِرِ»: «شما برادران دینی یکدیگرید و چیزی جز زشتی درون و سوءنیت شما را از هم پراکنده نمی‌سازد» (۸).

د. همکاری: درمان بیماران، همکاری پزشک و پرستار و دیگر دست‌اندرکاران مراکز درمانی را می‌طلبد. اگر در محیط درمانی فضایی دوستانه حاکم باشد، بدون تردید بر همکاری توأم با محبت آنان تأثیر خواهد گذاشت. امام علی(ع) می‌فرماید: «اِذا نَبَتَ الْود وَجَبَ الترافد وَالتعَاضد» «هرگاه [بذر] دوستی رویید، کمک به یکدیگر و پشتیبانی از یکدیگر واجب می‌شود» (۸).

ه. پرهیز از آفت‌های اخلاقی: پزشک باید در روابط خود با همکارانش از آفت‌های اخلاقی اجتناب ورزد. برخی از مهم‌ترین این آفت‌ها عبارت‌اند از:

- حسد: یکی از بزرگ‌ترین رذایل اخلاقی، حسادت است که دین و دنیای آدمی را تباه می‌سازد و جسم و جان او را به رنج می‌افکند. این بیماری روحی ریشه‌ی بسیاری از جنایت‌ها، زشتی‌ها و گناهان است. امام صادق(ع) پیروانش را از این آفت اخلاقی بر حذر می‌دارد: «اِتقوا اللهَ وَ لاَ یحْسد بَعْضکم بَعْضا»: «از خدا بترسید و بر یکدیگر حسد نورزید.» همچنین می‌فرماید: «آفَةالدینِ

الْحَسَـد وَالْعُجْب وَالْفَخْر»: «حسادت، خودبینی و فخرفروشی، آفت دین است» (۸).

پزشک مؤمن با مشاهده‌ی پیشرفت دیگر پزشکان و همکاران غبطه می‌خورد، ولی هرگز حسـد نمی‌ورزد و زوال نعمـت آنـان را از خدایـش نمی‌خواهـد. امام صادق(ع) می‌فرمایـد: «همانا مؤمن غبطه می‌خورد و حسـد نمی‌ورزد. (فرق حسـد با غبطه این اسـت: حسـد آرزوی زوال نعمت از کسـی اسـت که سـزاوار داشـتن آن نعمت اسـت؛ ولی غبطه آرزوی داشـتن نعمت اسـت، بدون آنکـه زوال آن را از صاحب نعمت آرزو داشته باشد. به عبارت دیگر، اهل غبطه هنگامی که نعمت و فضیلتی را در دیگران مشاهده می‌کنند، می‌گوینـد: ای کاش مـا هم از این نعمـت برخوردار بودیـم و در راه تحصیـل آن کوشـش می‌کننـد، ولی هیـچ‌گاه آرزوی زوال نعمـت از دیگـران نکـرده و در صدد رفع آن بر نمی‌آیند) ولی منافق حسـد می‌ورزد و غبطه نمی‌خورد.»

- غیبـت: در قـرآن مجیـد و روایـات معصومان(ع)، به‌شـدت از غیبت نهی شـده و کیفرهای سـختی برای آن بیان شـده اسـت. پزشـک حق نـدارد از همـکارش غیبت کنـد و از این طریق آبـروی او را ببـرد. در قرآن کریم آمده اسـت: «وَیلٌ لِکل همَزَة لمَزَه»[1]: «وای بر هر عیب‌جوی هرزه‌زبان.»

رسـول خـدا(ص) درباره‌ی اثـر این آفـت اخلاقی می‌فرمایـد: «اَلْغَیبَة اَسْـرَع فی‌دینِ الرجلِ الْمسْـلِمِ مِـنَ الْاَکِلَة فی‌جَوْفِهِ»: «اثـر غیبت در [تباهی] دین مسـلمان از [زیـان بیماری] خوره در درون سـریع‌تر اسـت.» پزشک نه‌تنها نباید غیبت کند، بلکه به هیچ بیماری اجازه ندهد که پشـت سـر همکارش او را به بـدی یاد کنـد و اگر به مناسـبتی سـخنی از یکی از همکارانـش پیش آمـد، سـخنان غیبت‌کننـدگان را به‌گونـه‌ای تأییـد نکند که شـخصیت همکارش خرد شـود. حضـرت محمـد(ص) می‌فرمایـد: «هرکـس غیبـت بـرادر مؤمنش را در مجلسـی بشـنود و از آن جلوگیـری کند، خداوند هزار بدی را در دنیا و آخرت از او بـر می‌گرداند و اگر از آن جلوگیری نکند و از آن شـگفت‌زده شـود، گناه او مانند غیبت‌کننده است» (۸).

- تمسـخر: از جملـه آفت‌هایـی کـه ممکـن اسـت دامنگیـر پزشـکان شـود، تحقیـر و تمسـخرکردن همـکاران اسـت. خداونـد متعـال در قـرآن کریم می‌فرمایـد: «یا اَیهَا الذینَ اَمَنوا لاَ یسْـخَرْ قَوْمٌ مِنْ قَـومٍ عَسـی اَنْ یکونوا خَیراً مِنْهمْ وَلاَ نِسَـاءٌ عَسـی اَنْ یکنَ خَیـراً مِنْهـن.»[2]: «ای کسـانی کـه ایمان آورده‌اید، هیچ گروهی از شما گروه دیگر را مسخره نکند. شاید ایشان [گروه دوم] از آن‌ها [گروه اول] بهتر باشـند و زن‌هایـی، زن‌های دیگر را مسـخره نکنند. شاید ایشان از آن‌ها بهتر باشند» (۸).

امـام زین‌العابدین(ع) می‌فرمایـد: «وَالذنوب التی تنْزِل النقَـمَ... وَالْاِسْـتِهْزَاء بِهِـمْ وَالسـخْرِیه مِنْهم»: «[از] گناهانی که عذاب و عقوبت را فرود می‌آورند:... اسـتهزای مردم و مسـخره‌کردن آنان‌است.» پزشک حـق ندارد همـکار خود را تحقیر و تمسـخر کند و به بی‌سـوادی متهم سـازد؛ چـون این‌گونـه برخوردها سبب بدبینی مردم و کاهش اعتماد آنان به جامعه‌ی پزشکی می‌شود (۸).

همچنیـن، در خلاصـه‌ی الحکمـه در بیـان خصوصیات پزشک آمده است:

1. قرآن کریم، سوره‌ی همزه، آیه‌ی ۱.

2. قرآن کریم، سوره‌ی حجرات، آیه‌ی ۱۱.

- آنکه در هنگام معالجه خداوند متعال را شافی دانسته و دائماً از فیوضات و برکات خداوندی مدد بخواهد و اساتید و معلمان خود را بستاید. همچنین خطای همکاران را مایه افتخار و تعزز خود نشمارد بلکه از آنها پند گیرد تا خود آن خطاها را تکرار نکند.
- به هنگام طبابت در بیمارستان و مواضعی که بیماران بسیار باشند از مذاکره و مشورت با استادان حاذق و اطباء ماهر بهره‌مند شود و سخنان حق و صادقانه آنها را قبول کند و در صورتیکه اشتباه وی را به او اعلام داشتند از آن متنبه شود و اصرار بر خطا و اشتباه خود نکند.
- در مواردی که تدابیر درمانی او مؤثر واقع نمی‌شود، در معالجه لجاجت نکند و بیمار را به پزشک حاذق‌تر ارجاع دهد.
- آنکه منت ننهد بر شاگردان و بیماران، بلکه بر خود منت نهد که آن‌ها را موضوع صنعت خود قرار می‌دهد.
- آنکه قانع و شاکر و راضی و سخی و عالی‌همت باشد و طامع و حریص و مولع و بخیل نباشد و طمع بر مال و منال شاگردان و مریضان نکند (۹).

۲۱. محدوده‌ی ارتباط با مجموعه‌ی همکاران

محیط بیمارستان و درمانگاه صبغه‌ی اجتماعی دارد و افراد براساس تعاملات جمعی با یکدیگر زندگی می‌کنند؛ چنین مجموعه‌هایی باید از قوانین شرعی ارتباط‌های اجتماعی تبعیت کنند. ارتباط با دیگر انسان‌ها در دو بعد عاطفی و گفتاری شکل می‌گیرد که حدود تعریف‌شده‌ای دارد (۱۰).

۲۱- ۱. ارتباط عاطفی با همکاران

اثرگذارترین نوع ارتباط، شکل عاطفی و روانی آن است. در ارتباط عاطفی بین همکاران غیرهمجنس باید به سه اصل اعتدال، ضرورت و اکتفا توجه ویژه داشت. نوع نگاه، از سوی مرد و زن، و حرکت دست و اعضای چهره نیز ایجاد ارتباط می‌کند، که اگر بنا بر اصول یادشده نباشد، مفاسدی را در پی دارد. اصل اساسی و مهم ضرورت نیز در برخوردهای روانی و عاطفی دارای جایگاه ویژه است. نگاه مهربان، لبخند ملیح و گیرا و اشارات دوستانه و صمیمانه از نشانه‌های فرد مؤمن و صاحب ارتباط نیکو با افراد است؛ اما هنگام مواجهه با نامحرم این رفتارها باید نظام‌مند و تعریف‌شده و در محدوده و چارچوب مشخص قرار گیرد. اگر نتوان ضرورتی برای رفتارهای عاطفی یافت، باید منتظر پیامدهای مفسده‌انگیز آن بود؛ زیرا قضاوت و داوری فرد مقابل درباره‌ی ما تغییر می‌یابد؛ پس باید از اصل اولیه‌ی حرمت نگاه به نامحرم استفاده کرد. اکتفا به این معناست که هنگام احساس ضرورت ایجاد رابطه‌ی عاطفی با افراد و مجموعه‌ی همکاران، به میزان لازم، و نه بیشتر، اکتفا شود؛ برای مثال، شکل‌های گوناگون نگاه به جنس مخالف عبارت است از:

الف. نگاه عادی برای شناخت و ادای احترام به او؛

ب. نگاه ملیح برای ابراز همدردی و همدلی و نوع‌دوستی؛

ج. نگاه نافذ برای ابراز محبت، ترحم.

باید به این مسأله توجه کرد که افراد ظرفیت‌های گوناگون دارند و نمی‌توان آن‌ها را یکسان دید، از این‌رو شایسته است که متناسب با حدود و حریم شرعی و عرفی در حد رساندن پیام به فرد مخاطب،

در حـد نیاز و اکتفـا و به میـزان لازم، از ابزاری چون نگاه اسـتفاده شـود؛ بنابرایـن، از نگاه‌های نوع دوم و سـوم، خارج از حد ضـرورت و اکتفا، کـه می‌تواند مقدمه‌ای برای نگاه‌های آلوده باشـد، باید به‌صورت جدی پرهیز شود (۱۰).

۲۱- ۲. ارتباط گفتاری

حضـور طولانـی، مـداوم و همیشـگی در محیـط اشـتغال، احسـاس نیـاز بـه ارتباط بـا همـکاران را برمی‌انگیزد و راه ایجاد ارتباط کلامی را می‌گشـاید. ابتـدا از تبـادل اطلاعـات علمـی و تجربـه‌ی کاری آغـاز شـده و تا مـرز ورود بـه حریم خصوصـی ادامه می‌یابـد. گفت‌وگـو دربـاره‌ی ویژگی‌های شـخصی، علاقه، سلیقه، خاطره، مزاح، شوخی و... پیامدهای منفـی و مشـکلات فراوانی را بـه وجود مـی‌آورد. ما منکـر اجتماعی‌بـودن انسـان و نیـاز طبیعـی او بـه هم‌کلام‌شدن با افراد و تعامل و همکاری نیستیم و به آن احترام می‌گذاریم؛ اما تأکید سـخن بر جهت‌یابی صحیـح و سـالم روابط اسـت. افراد یـک مجموعه‌ی کاری بایـد آسـیب‌های رابطه‌هـای محیـط درمانی (فرصت‌هـای طولانـی حضـور همـکاران در محیط کار، نداشـتن برنامه‌هـای سازمان‌دهی‌شـده بـرای اسـتفاده از فرصت‌ها و پوشش نامناسب) را شناخته و راهبردهـای آفت‌زدایی و احیـای ارزش‌ها را در این موارد بدانند (۱۰).

۲۲. روابط پزشک با سایر اعضای تیم درمان از منظر قانونی

حق دریافت مشاوره در غالب منشور حقوق بیماران جهان مطرح شـده اسـت؛ بـرای مثـال، در بیانیه‌ی حقوق بیمار اجلاس اروپایی سازمان بهداشت جهانی درآمستردام در سال ۱۹۹۴ آمده است: «بیماران باید امکان دسترسـی به نظر دوم (منظور پزشك دیگر) را داشته باشـند.» همچنین، در منشور حقوق بیماران در رم در سـال ۲۰۰۲ در خصوص حق برخورداری از ایمنی بیماران بیان شـده کـه «همه‌ی تخصص‌های بهداشـتی باید کاملاً نسـبت به ایمنی تمام مراحل و درمان پزشکی مسـئولیت‌پذیر باشند.» افزون‌براین، در منشور حقوق بیمار انجمن بیمارستان‌های آمریکا (۱۹۷۳ تجدیدنظـر ۱۹۹۲) آمده اسـت کـه «بیمار حق دارد درباره‌ی ارتباطات کاری بین بیمارسـتان، مؤسسـات آموزشـی و افراد حرفـه‌ای کـه در درمان و مراقبـت وی دخیـل هسـتند آگاهی‌هـای لازم را کسـب کند.» در منشـور حقـوق بیماران ایـران، در محـور دریافت مطلـوب خدمات سـلامت حق بیمار اسـت، بیان شـده که «ارائه‌ی خدمات سـلامت باید مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد» و همچنین، در محور احترام به حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه‌ی بیمـار در دریافـت خدمات سـلامت، حـق بیمار در خصوص انتخاب و نظرخواهی از پزشك دوم به‌عنوان مشاور قید شده است.

در آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شـاغلان حرفه‌های پزشـکی و وابسـته در خصوص مشاوره و همکاری گروه پزشکی، محدودیت ارتباط و انجـام اعمال خلاف شـئون حرفه‌ای موارد ذیل آمده است:

مـاده‌ی ۶) انجـام امور خلاف شـئون پزشـکی که مصادیـق آن توسـط سـازمان نظـام پزشـکی اعلام خواهد شـد، توسـط شـاغلان حرفه‌های پزشـکی و وابسـته ممنوع اسـت و بایـد از ارتـکاب کارهایی که

موجب هتك حرمت جامعه‌ی پزشکی می‌شود خودداری کنند.

ماده‌ی ۷) تحمیل مخارج غیرضروری به بیماران ممنوع است. تعیین مصادیق مخارج غیرضروری براساس نظر کمیته‌ی کارشناسی تخصصی دادسراها و هیئت‌های انتظامی است.

ماده‌ی ۱۳) جذب بیمار از مؤسسات بهداشتی‌درمانی دولتی و وابسته به دولت و خیریه به مطب شخصی یا بخش خصوصی اعم از بیمارستان و درمانگاه و... و برعکس به منظور استفاده‌ی مادی توسط شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته ممنوع است.

ماده‌ی ۱۹) در مواردی که مشاوره‌ی پزشکی لازم باشد، انتخاب پزشك مشاور با پزشك معالج است. درصورتی‌که بیمار یا بستگان او مشاوره‌ی پزشکی را درخواست کنند، مشاوره‌ی پزشکی با نظر پزشك معالج به عمل می‌آید؛ اما اجرای دستورات پزشك مشاور با نظر پزشك معالج است و چنانچه بیمار یا بستگان او بدون موافقت پزشك معالج، از پزشك دیگری برای درمان بیمار دعوت به عمل آورند، در این صورت پزشك معالج اول می‌تواند از ادامه‌ی درمان بیمار در موارد غیراورژانسی خودداری کند.

ماده‌ی ۲۰) فروش دارو و محصولات آرایشی و بهداشتی و تجهیزات و لوازم پزشکی در محل طبابت توسط شاغلان حرف پزشکی بدون اخذ مجوز رسمی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ممنوع است.

ماده‌ی ۲۱) مشخصات و طرز استفاده‌ی داروهای تجویزشده به بیمار باید توسط پزشك با خط خوانا و انشای قابل فهم در نسخه قید شود.

تبصره: دکتر داروساز موظف به توضیح و درج چگونگی تجویز دارو طبق نسخه‌ی پزشك است.

ماده‌ی ۲۳) مسئولان فنی مکلف‌اند در تمام ساعات موظف بر امور فنی مؤسسات پزشکی نظارت کنند.

ماده‌ی ۲۵) به‌کارگیری و استفاده از افراد فاقد صلاحیت در امور پزشکی و حرفه‌های وابسته در مؤسسات پزشکی و مطب ممنوع است (۱۱).

توضیح نمونه

دکتر «سی» حق دارد از رفتار جراح ارشد در اتاق عمل ناراحت باشد. او نه‌تنها سلامت بیمار را به مخاطره می‌اندازد، بلکه هم به بیمار و هم به همکاران خویش بی‌احترامی می‌کند. دکتر «سی» وظیفه‌ی اخلاقی دارد که این رفتار را نادیده نگیرد و درباره‌ی آن کاری انجام دهد. در نخستین مرحله، او نباید هیچ‌یک از رفتارهای آزاردهنده‌ی جراح را مثلاً با خندیدن به جوک‌های او تشویق کند. اگر فکر می‌کند صحبت‌کردن با جراح درباره‌ی موضوع مؤثر خواهد بود، باید پیش او رفته و این‌کار را انجام دهد. در غیر این صورت، او باید مستقیم به مراجع بالاتر در بیمارستان مراجعه کند. اگر آن‌ها به مداخله در این موضوع، بی‌میل بودند، او باید به دستگاه مناسب در خصوص صدور پروانه‌ی پزشکان مراجعه کرده و رسیدگی به موضوع را درخواست کند.

منابع

۱. ویلیامز، جان رنلد. (۱۳۹۰). انجمن جهاني پزشكي: دستنامه‌ی اخلاق پزشكي. ترجمه‌ی نازآفرین قاسم‌زاده و نریمان سپهروند. رشت: گپ، صص۸۵تا۹۸.

2. American Medical Association.(2005). AMA's Code

of Medical Ethics. Available at http://www. ama-assn. org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics. page.(accessed in 2010).

3. American College of Physicians. ACP Ethics Manual Sixth Edition. Available at https://www.acponline.org/clinical-information/ethics-and-professionalism/acp-ethics-manual-sixth-edition/acp-ethics-manual-sixth-edition(accessed in 2014).

4. Fagin, Leonard & Antony Garelick. (2004). “The Doctor–Nurse Relationship”. Advances in Psychiatric Treatment, 10(4), P. 277-286.

5. Snelgrove, Sherrill & David Hughes. (2000). “Interprofessional Relations between Doctors and Nurses: Perspectives from South Wales." Journal of Advanced Nursing, 31(3), P.661-667.

6. Pearson, Steven D. (1999). “Principles of Generalist–Specialist Relationships”..J Gen Intern Med,14. S1,P.13-20.

7. تقدســی‌نژاد، فخرالدین. (بی‌تا). درس‌نامه‌ی خطای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران.

8. یوســفیان، نعمت‌الله. (۱۳۹۰). اخلاق پزشکی. قم: سپاه پاسداران انقلاب اســلامی، نمایندگی ولی فقیه، پژوهشکده‌ی تحقیقات اسلامی؛ انتشارات زمزم هدایت، صص۳۲تا۳۶.

9. عقیلی خراسانی شیرازی، محمدحســین. (۱۳۸۵). خلاصه‌الحکمه. ج۱، تصحیح و ویرایش اســماعیل ناظم، به ســفارش مؤسسه‌ی مطالعات و تاریخ پزشکی طب اسلامی و مکمل، قم: اسماعیلیان، صص۱۹تا۲۶.

10. طیبی، ناهید. (۱۳۸۷). «اخلاق پزشــکی و موازین شرعی و حقوقی». مجله‌ی نامه‌ی جامعه، س۵، ش۵۱، صص۲۸تا۳۴.

11. ســازمان نظام پزشکی جمهوری اســلامی ایران. (۱۳۹۰). آیین‌نامه‌ی انتظامي رســیدگي به تخلفات صنفي و حرفه‌اي شاغلين حرفه‌هاي پزشكي و وابسته در سازمان نظام پزشــكي در قوانين نظام پزشكی. تهران: پیشگامان توسعه، صص۵۳تا۶۱.

ارتباط پزشک و جامعه

دکتر نازآفرین قاسم‌زاده، دکتر فاطمه خانساری

معرفی نمونه‌ی اول

دکتر «م» از دست بیمارانی که قبل یا بعد از مشاوره با دیگر پزشکان به او مراجعه می‌کنند تا از صحت تشخیص یا مشاوره‌ی ارائه‌شده اطمینان حاصل کنند، بسیار ناراضی و مستأصل شده است. دکتر «م» این امر را اتلاف منابع در حوزه‌ی سلامت و نیز به ضرر بیماران می‌داند. او تصمیم می‌گیرد به بیمارانش اخطار دهد که چنانچه برای درمان همان بیماری به پزشکان دیگر مراجعه کنند از درمان آن‌ها خودداری خواهد کرد. او همچنین تصمیم دارد از سازمان نظام پزشکی بخواهد فکری برای این مشکل کنند و در نشست‌هایی که با سیاست‌گذاران نظام سلامت کشور دارند، تمهیداتی را برای جلوگیری از این‌گونه شیوه‌ی نادرست استفاده از منابع نظام سلامت و هدررفتن آن‌ها بیندیشند.

معرفی نمونه‌ی دوم

خانم دکتر «س» از پزشکان متعهد و حاذق بیمارستان «م» است و با وجود تعداد کشیک‌های فراوان و گاه بی‌خوابی‌های طولانی، همچنان رفتار خوب و همدلانه‌ای با بیماران و همکاران خود دارد؛ اما روز گذشته اوضاع روحی او خوب نبوده است. حواسش پرت بوده و نمی‌توانسته تمرکز کند. دوستش دکتر «ی» علت را جویا شده و دکتر «س» گفته است همسرش به او گفته از این وضع خسته شده است و او باید بین خانواده و کار یکی را انتخاب کند.

۱. مقدمه

طبابت‌کردن پلی بر فراز شکاف میان علم پزشکی و جامعه است. در واقع، استفاده از دانش علمی برای سلامت انسان از جنبه‌های مهم طبابت بالینی است و پزشکان عاملی مهم برای ظهور و بروز دانسته‌های علمی هستند؛ اما پزشکی فراتر از مجموع دانش ما درباره‌ی بیماری است. پزشکی با تجارب، احساسات و درک‌های مختلف آدمیان در شرایط اغلب نامتعارفی از ترس و اضطراب و تردید مواجه است. در چنین موقعیت بسیار آسیب‌پذیری، حرفه‌مندی پزشکی اعتماد مردم به پزشکان را پی‌ریزی می‌کند (۱).

پزشکی از زمان بقراط به‌صورت یک حرفه در آمد و از آن پس پزشکان در برابر عموم، سوگند می‌خوردند که منافع بیمارشان را بر منافع خود ترجیح دهند. امروزه، اخلاق پزشکی به میزان زیادی تحت تأثیر گسترش مفهوم حقوق بشر قرار گرفته است. در جهان تکثرگرا[1] و چندفرهنگی حاضر، علی‌رغم وجود بسیاری از عقاید و سنت‌های اخلاقی متفاوت، توافق‌نامه‌های مهم بین‌المللی درباره‌ی حقوق بشر توانسته‌اند شالوده‌ای برای اخلاق پزشکی ایجاد کنند که در ورای مرزهای ملیتی و فرهنگی پذیرفتنی باشد؛ افزون‌براین، پزشکان در مواردی با گونه‌ای از مشکلات پزشکی مواجه می‌شوند که در نتیجه‌ی نقض برخی مؤلفه‌های حقوق بشر، همچون مهاجرت اجباری و شکنجه ایجاد می‌شود؛ ازاین‌رو، پزشکان با این تردید مواجه می‌شوند که آیا دسترسی به خدمات سلامت یک حق انسانی و بخشی از حقوق بشر است؟ پاسخ به این سؤال در بسیاری کشورها، تعیین می‌کند که چه افرادی باید به مراقبت‌های سلامت دسترسی داشته باشند (۲).

همان‌گونه که جامعه به پزشکان امتیازات حرفه‌ای اعطا کرده تا آن‌ها را در جهت منفعت بیماران به کار گیرند، پزشکان نیز باید در برابر جامعه، نسبت به فعالیت‌های حرفه‌ای خود مسئول و پاسخ‌گو باشند. جامعه برای هر پزشکی حقوق، امتیازات و وظایف مربوط به ارتباط پزشک و بیمار را پذیرفته است؛ در نتیجه، جامعه حق دارد که از پزشکان بخواهد دانش و صلاحیت لازم را داشته باشند و بیمار را به‌عنوان یک شخص در نظر بگیرند. از طرفی پزشکان در برابر جامعه نیز تعهداتی دارند که در بسیاری از جهات موازی با تعهداتشان نسبت به بیمار است.

با توجه به اینکه پزشکی در جامعه به‌عنوان یک حرفه‌ی خدمتگزار است که پزشکان را مورد اعتماد و احترام قرار می‌دهد، رفتار و منش پزشکان به‌عنوان حرفه‌مندان و شهروندان یک جامعه باید به‌گونه‌ای باشد که سزاوار احترام جامعه باشند. همه‌ی پزشکان در برابر حمایت از سلامت و بهزیستی[2] عمومی مسئولیت جمعی دارند. بدین‌منظور آنان باید بیماری‌هایی را که طبق قانون، مشمول گزارش اجباری هستند به مسئولان مرتبط گزارش دهند. همچنین، باید اطلاعات دقیق و صحیحی در خصوص مراقبت‌های سلامت به عموم جامعه ارائه داده و بتوانند با اظهارنظرهای تخصصی، آگاهی مردم را در خصوص سلامت اصلاح، حفظ و ارتقا دهند. آنان همچنین، همسو با تعهدات خود در برابر جامعه و ارتقای حرفه‌ی پزشکی و سلامت عمومی، باید در تعامل با رسانه‌های خبری، اطلاعات صحیحی را به رسانه‌ها بدهند؛ اما در این مواقع باید

1. Pluralistic

2. Well- Being

مراقب رازداری و حفظ اسرار بیماران نیز باشند.

پزشکان باید برای شناسایی و کنترل علل اجتماعی و محیطی بیماری‌ها به اجتماع کمک کنند. آنان همچنین، باید اطمینان حاصل کنند که تمامی افراد جامعه به خدمات سلامت دسترسی دارند و برای رفع کاستی‌های موجود در زمینه‌ی دسترسی به خدمات سلامت و کیفیت آن در جامعه تلاش کنند (۳). گاهی پزشکان در انجام‌دادن تعهدات خود در مقابل بیمار و جامعه، در مواردی مانند تخصیص منابع و گزارش بیماری‌های خاص، دچار دوگانگی تعهدات می‌شوند و به تصمیم‌سازی اخلاقی نیاز دارند (۲). آن‌ها باید بتوانند تعارض بین سلامت جامعه و منافع بیمارشان را تشخیص داده و بهترین راه را انتخاب کنند؛ البته تدوین راهنماهای اخلاقی ملی مانند ممنوعیت شرکت در شکنجه، موارد مجاز نقض رازداری، راهنماهای اخلاق در پژوهش و تصمیم‌گیری در بحران‌ها و حوادث طبیعی می‌توانند در این تصمیم‌سازی‌ها کمک‌کننده باشند (۲، ۳).

۲. ویژگی‌های رابطه‌ی پزشک با جامعه

پزشکی یک حرفه[1] است. واژه‌ی حرفه دو معنی مجزا و درعین‌حال نزدیک به هم دارد:

الف. شغلی که با ویژگی‌هایی مانند ازخودگذشتگی برای سلامت دیگران، معیارهای بالای اخلاقی، بدنه‌ای از دانش و مهارت‌ها و استقلال زیاد مشخص می‌شود؛

ب. تمام افرادی که شاغل در این شغل هستند.

بنابراین، «حرفه‌ی پزشکی» می‌تواند هم به معنای طبابت‌کردن و هم به معنای پزشکان به‌طور کلی باشد. تعهدات حرفه‌ای پزشکی تنها در ارتباط پزشک با بیمار یا ارتباط با همکاران و دیگر حرفه‌مندان سلامت خلاصه نمی‌شود و ارتباط با جامعه را نیز در بر می‌گیرد. این ارتباط می‌تواند به‌صورت یک قرارداد اجتماعی توصیف شود. به دیگر سخن، جامعه امتیازاتی از جمله مسئولیت انحصاری یا اولیه‌ی ارائه‌ی خدمات خاص و نیز درجه‌ای بالا از استقلال و خودتنظیمی را به این حرفه واگذار می‌کند و در مقابل، حرفه‌ی پزشکی نیز موافقت خود را برای استفاده از این امتیازات در درجه‌ی اول برای منفعت دیگران و در درجه‌ی دوم برای منفعت خویش اعلام می‌کند (۲).

امروزه، پزشکی بیش از اینکه یک فعالیت فردی صِرف باشد، فعالیتی اجتماعی است و در بستر سازمان‌های دولتی و صنفی و تجاری ایفای نقش می‌کند. پزشکی امروز برای گسترش دانش پایه و درمان بیماری‌ها، بر پژوهش‌های پزشکی عمومی و تخصصی برای تولید فراورده‌های لازم متکی است و برای بسیاری از این فرایندها به مؤسسات سلامت مختلف نیازمند است. پزشکی بیماری‌ها و ناخوشی‌هایی را درمان می‌کند که به همان میزان که منشأ بیولوژیک دارند، منشأ اجتماعی نیز دارند (۱).

سنت نیک بقراط در اخلاق پزشکی، به موضوع ارتباط پزشک با جامعه نپرداخته است. برای فرهنگ آن دوران و پررنگ‌بودن جنبه‌ی فردی پزشکی در آن زمان، سوگندنامه‌ی بقراط، در تاریخ پیشرفت فضایل انسانی بشر لوحی پرافتخار و ارزشمند است و اخلاق پزشکی امروز به دلیل بنانهادن این سنت

1. Profession

مبـارک، وام‌دار بقـراط اسـت؛ اما با ارتقـای فرهنگ در جوامع بشـری و افزایش حساسـیت‌های اخلاقی و در پی ایجاد بیمارسـتان‌ها و مؤسسـات پزشـکی، پژوهش‌هـا، تجهیزات پزشـکی و حتـی بیماری‌های واگیـر و همه‌گیری‌هـا، حرفـه‌ی پزشـکی درگیـر موضـوعاتی فراتر از ارتباط فردی پزشک و بیمار شده و اخلاق ویژه‌ی آن موضوعات را طلب کرده است.

هنـگام صحبت‌کردن درباره‌ی نقـش «اجتمـاعی» پزشـکی، بلافاصلـه این سـؤال پرسـیده می‌شـود کـه منظـور از جامعـه چیسـت؟ کلمـه‌ی «جامعه» ناظـر بر «اجتماع»[1] یـا «ملت»[2] اسـت و مترادف بـا دولـت نیسـت. دولت‌ها باید نماینده‌ی منافع جامعه باشند که غالباً این‌گونه نیست؛ ولی حتـی هنـگامی کـه این‌چنین نیز عمـل می‌کنند، بـرای جامعه کار می‌کنند و نه به‌عنوان جامعه (۴).

پزشـکان روابط متعددی با جامعـه دارند. ازآنجاکه جامعه و محیط فیزیکی آن، عوامل مهمی در سلامت بیماران هسـتند، هم حرفه‌ی پزشـکی به‌طور کلی و هـم خود پزشـکان بـه‌صـورت انفرادی، در سـلامت عمومی، آمـوزش سـلامت، حفاظت محیط، قوانین مؤثر بر سـلامت یا رفاه جامعه و شـهادت در مراحل قضایی نقشی مهم دارند. به‌طوری‌که بیانیه‌ی انجمن جهانی پزشـکی[3] (WMA) درباره‌ی حقوق بیماران می‌گویـد «هـرگاه قانونگذار، دولت یا هر مؤسسـه یا سـازمان دیگـری، حقوق بیمـاران را نادیـده بگیرد، پزشـک باید به دنبال راه‌های مناسب برای تضمین، حفـظ و بازگردانـدن این حقـوق به بیماران باشـد.» همچنیـن، از پزشـکان خواسـته شـده اسـت که در تخصیص منابع کمیاب بهداشتی جامعه نقشی مهم ایفا کنند و گاه حتی موظف‌اند از دسترسـی بیماران بـه خدماتی که مسـتحق آن‌هـا نیسـتند جلوگیری کننـد. اجرای چنیـن مسـئولیت‌هایی به‌ویژه هنگام بـروز تعارض بیـن منافع جامعـه با منافـع بیمـاران، باعث ایجاد تعارضات اخلاقی برای پزشکان می‌شود (۲).

۲- ۱. وفاداری دوگانه

پزشـکان هم در برابر بیماران و هم در برابر اشخاص ثالث[4] مسـئولیت‌هایی دارند و باید پاسـخ‌گوی آن‌ها باشند و زمانی که این مسئولیت‌ها و پاسخ‌گویی‌ها با همدیگر سازگار نباشند، پزشکان خود را در وضعیتی از «وفاداری دوگانه»[5] یا دوگانگی تعهدات می‌یابنـد. اشـخاص ثالثی کـه از پزشـکان انتظار دارند به آن‌ها وفادار و متعهد باشـند، شـامل دولت‌ها، کارفرمایان (مثـل بیمارسـتان‌ها و سـازمان‌های مراقبت‌هـای سلامتی مدیریت‌شده)، شرکت‌های بیمه، مسئولان نظامی، پلیس، مسئولان زندان‌ها و اعضای خانواده هسـتند. در کـد بین‌المللی اخلاق پزشـکی انجمن جهانی پزشـکی آمده اسـت: «پزشـک موظف است کاملاً به بیمارانش وفادار باشـد»؛ بااین‌حال، این امر هم پذیرفته شـده که گاهی پزشکان در موقعیت‌های اسـتثنایی، مجبور هسـتند منافع دیگران و جامعه را بر منافع بیمـاران ترجیح دهند. در چنین موقعیتی، تصمیم‌گیـری درباره‌ی زمان و چگونگـی حمایت از بیمار در برابر فشارهای شخص ثالث، چالش اخلاقی است.

وضعیـت وفـاداری دوگانه شـامل طیفی اسـت که

1. Community
2. Nation
3. World Medical Association
4. Third Party
5. Dual Loyalty

در یـک سـوی آن منافع جامعـه ارجحیـت دارد و در سـوی دیگر طیف منافع بیمار حاکم است. بـین دو سـر طیف، ناحیه‌ی وسیعی از منطقه‌ی خاکستری[1] وجـود دارد کـه عملکرد صحیح در آن به تشـخیص و درک درست موقعیت و درایت فوق‌العاده نیاز دارد. در یک سوی این طیف، الزاماتی برای گزارش اجبـاری بیمارانـی وجـود دارد کـه از بیماری‌هـای خاصی رنج می‌برند؛ مانند کسـانی که به واسـطه‌ی بیماری صلاحیـت رانندگی ندارند یا کسـانی کـه مظنـون به کودک‌آزاری هستند. پزشکان باید این موارد را بدون هیـچ تردیدی گزارش کنند؛ البتـه خود بیماران باید از موضوع گزارش مطلع شوند. در سوی دیگر طیف، درخواست‌ها یا دستورات پلیس یا نیروی نظامی قرار دارد که از پزشک می‌خواهد در اقداماتی شرکت کند که به حقوق اساسـی انسان‌ها تجاوز می‌کند؛ ماننـد مشارکت در شکنجه (۵).

انجمن جهانی پزشـکی در قطعنامه‌ی سال ۲۰۰۳ در خصـوص «مسـئولیت پزشـکان در محکوم‌کردن و اعلام شـکنجه یـا رفتـار بی‌رحمانه، غیرانسـانی و تحقیرکننـده در مـواردی کـه پزشـکان از آن آگاه می‌شـوند»، راهنمایـی اختصاصـی برای پزشـکانی کـه در چنین شـرایطی قـرار می‌گیرنـد، تدوین کرد (۲). بدین‌منظور از پزشـکان خواسته شده در مقابل مستندسـازی هماهنـگ و دقیـق، اعمال شـکنجه و محکوم‌کـردن آن اقـدام کننـد؛ بـه عبـارت دیگر، نشانه‌های شکنجه و بدرفتاری را در پرونده‌ی پزشکی ارزیابی و مستند کنند تا بدین‌وسیله از به‌خطرافتادن بازداشت‌شـدگان جلوگیـری کننـد. همچنیـن، اطمینـان حاصـل کننـد کـه قربانیـان شـکنجه یـا بازداشت‌شـدگان از مراقبت‌های سـلامت مستقل و فوری بهره‌مند هسـتند (۶). پزشکان باید با شکنجه مخالفـت کرده و به هر دلیلی در شـکنجه مشـارکت نکننـد. مشـارکت در شـکنجه شـامل فراهم‌کـردن هرگونـه خدمـات، وسـیله یا آگاهـی برای تسـهیل شـکنجه اسـت؛ اما محدود به آن نمی‌شود. پزشکان نباید در محل اجرای شکنجه حاضر باشند. پزشکان می‌تواننـد زندانیان یـا بازداشت‌شـدگان را در جهت مصالح عالیه‌ی آنان درمان کنند؛ اما نباید افراد را به منظور تأیید سلامت آنان برای آغاز یا ادامه‌ی شکنجه درمان کنند. پزشکانی که قربانیان شکنجه را درمان می‌کنند نباید تحت ستم قرار گیرند. پزشکان باید از قربانیان شـکنجه حمایت کنند و تا حد امکان، برای تغییر موقعیتی که در آن شـکنجه صورت می‌گیرد یا احتمال بالقوه‌ی اجرای شـکنجه در آن زیاد اسـت، تلاش کنند (۷).

به‌طـور خاص، پزشـکان باید از اسـتقلال حرفه‌ای خویـش برای تعیین بهترین منافع بیمار دفاع کنند و تا حد امکان الزامـات اخلاقی معمول را در خصوص کسـب رضایت آگاهانـه و رازداری مدنظر قرار دهند. هرگونـه نقـض این اصول بایـد برای بیمـاران توجیه و آشـکار شـود. پزشـکان بایـد هرگونـه مداخله‌ی غیرموجه در امر مراقبت از بیمارانشـان را به مقامات مربوطه گزارش کنند؛ به‌ویژه اگر حقوق اساسی بشر نادیده گرفته شـده باشـد. اگر مقامات در این موارد پاسـخ‌گو نبودنـد، می‌تـوان از انجمن‌های پزشـکی ملی، انجمن جهانی پزشـکی و سازمان‌های حقـوق بـشر کمک گرفت (۲).

در قسـمت میانی طیف یادشده، برخی برنامه‌های مراقبـت سـلامت مدیریت‌شـده قـرار گرفته‌انـد که

1. Grey Zone (منطقه‌ی خاکستری یک اصطلاح است یعنی منطقه‌ی مرزی و مبهم و نامعلوم)

استقلال بالینی پزشکان را در تعیین نحوه‌ی درمان بیماران محدود می‌کنند. اگرچه این برنامه‌ها الزاماً در تضاد با منافع و مصالح عالیه‌ی بیماران قرار نمی‌گیرند، گاهی می‌توانند این‌گونه باشند؛ بنابراین، پزشکان باید این امر را به هنگام مشارکت در چنین برنامه‌هایی به‌دقت در نظر بگیرند. اگر آن‌ها در این زمینه انتخاب دیگری نداشته باشند، به‌عنوان مثال جایی که هیچ برنامه‌ی جایگزینی برای این برنامه‌های محدودکننده موجود نیست، باید از بیماران خویش و از طریق انجمن‌های پزشکی از نیازهای همه‌ی بیمارانی که به وسیله‌ی چنین سیاست‌های محدودکننده‌ای تحت تأثیر قرار می‌گیرند، قاطعانه حمایت کنند.

شکل خاصی از وفاداری دوگانه که پزشکان با آن روبه‌رو می‌شوند، تعارض بالقوه[1] یا بالفعل[2] بین منافع یک سازمان تجاری و منافع بیمار و/ یا جامعه است. شرکت‌های دارویی، سازندگان لوازم پزشکی و دیگر سازمان‌های تجاری به‌طور مکرر به پزشکان هدایا و مزایایی پیشنهاد می‌کنند که دامنه‌ای از نمونه‌های رایگان تا امکان سفر و اقامت و شرکت در همایش‌های آموزشی تا پاداش گزاف برای فعالیت‌های تحقیقاتی را در بر می‌گیرد. انگیزه‌ی اصلی رایج برای چنین سخاوت‌هایی از طرف شرکت‌ها، قانع‌کردن پزشکان برای تجویز یا مصرف محصولات آن‌هاست که ممکن است قدم اول درمانی یا بهترین گزینه برای بیماران نباشد یا به‌صورت غیرضروری به هزینه‌های سلامت جامعه بیفزاید. بیانیه‌ی سال ۲۰۰۴ انجمن جهانی پزشکی، راهنمایی برای ارتباط بین پزشکان و تشکیلات تجاری فراهم کرده است و بسیاری از انجمن‌های پزشکی ملی نیز راهنماهای مختص به خود را دارند. اصل اولیه‌ی اخلاقی در این راهنماها این است که پزشکان باید هرگونه تعارضی بین منافع خود و بیمارانشان را به نفع بیماران حل و فصل کنند (۲).

۲- ۲. تخصیص منابع

در هر کشوری حتی کشورهای ثروتمند، بین نیازها و تقاضاهای خدمات سلامت و منابع در دسترس برای فراهم‌کردن این خدمات، شکافی وسیع و در حال گسترش وجود دارد. وجود چنین شکافی مسئولان را ملزم می‌کند منابع موجود سلامت را به‌گونه‌ای منطقی سهمیه‌بندی کنند. جیره‌بندی خدمات سلامت یا به دیگر سخن «تخصیص منابع» در سه سطح اتفاق می‌افتد:

۱. در سطح عالی (کلان)[3] دولت‌ها تصمیم می‌گیرند که چه میزان از کل بودجه باید به بخش سلامت تخصیص داده شود، کدامیک از هزینه‌های خدمات سلامت باید رایگان شوند و کدامیک از هزینه‌ها به‌طور مستقیم و توسط خود بیمار یا غیرمستقیم و توسط بیمه‌ی خدمات پزشکی آن‌ها پرداخت شود. همچنین چه مقدار از بودجه‌ی سلامت صرف پرداخت دستمزد پزشکان، پرستاران و دیگر پرسنل نظام سلامت شود یا اینکه صرف سرمایه‌گذاری و هزینه‌های اجرایی بیمارستان‌ها و دیگر مؤسسات، پژوهش، آموزش حرفه‌های مختلف مرتبط به سلامت، درمان وضعیت‌های خاص مثل

1. Passive
2. Actual
3. Macro

توبرکلوزیس[1] و AIDS و غیره شود.

۲. در سطح مؤسسه‌ای (میانی)[2] که شامل بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها، آژانس‌های مراقبت سلامت و غیره است؛ مدیران تصمیم می‌گیرند که منابع خود را چگونه و به چه مواردی تخصیص دهند و چه خدماتی را عرضه کنند. آنان تعیین می‌کنند چه مقدار از منابع را برای کارکنان، تجهیزات، امنیت، دیگر هزینه‌های اجرایی، نوسازی، توسعه و غیره صرف کنند.

۳. در سطح بیمار (خرد)[3]؛ ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به‌ویژه پزشکان تصمیم می‌گیرند که چه آزمایش‌هایی باید درخواست شود؟ آیا ارجاع به پزشک دیگر لازم است؟ آیا بیمار باید بستری شود؟ آیا به غیر از داروهای ژنریک موجود، به دارویی با مارک تجاری خاص نیاز است؟ و.... تخمین زده شده است که پزشکان، مسئول هزینه‌کردن هشتاد درصد از هزینه‌های مراقبت سلامت هستند و به‌رغم رشد مراقبت‌های مدیریت‌شده، هنوز پزشکان در تعیین اینکه بیمارانشان به چه منابعی باید دسترسی داشته باشند، صلاحیت و نقشی چشمگیر دارند (۸).

انتخاب‌هایی که در هر یک از این سطوح صورت می‌گیرد، ازآنجایی‌که مبتنی بر ارزش‌ها هستند و پیامدهای مهمی را برای سلامت و رفاه افراد و جوامع در بر دارند، دارای مؤلفه‌ی اخلاقی هستند. هرچند پزشکان از تصمیمات گرفته‌شده در هر سطح تحت تأثیر قرار می‌گیرند، بیشترین درگیری و مداخله را در سطح خرد دارند. به همین دلیل توجه ما بیشتر متمرکز بر همین سطح خواهد بود.

در اخلاق پزشکی سنتی، از پزشکان انتظار می‌رفت بدون توجه به نیاز دیگران، تنها در جهت منافع بیماران خویش عمل کنند. در آن زمان ارزش‌های اولیه‌ی اخلاقی مثل شفقت، صلاحیت و خودمختاری در جهت خدمت به نیازهای بیماران بود. این رویکرد فردگرایانه به اخلاق پزشکی، حتی با گذر از پدرسالاری پزشکی به طرف خودمختاری بیمار همچنان باقی است؛ به‌طوری‌که فرد بیمار، در تعیین اینکه چه منابعی را باید دریافت کند، عامل اصلی است؛ اما به‌تازگی عدالت، عامل مهمی در تصمیم‌گیری پزشک شده است (۲، ۸) و این مستلزم نگرشی اجتماعی‌تر در توزیع منابع است؛ به‌طوری‌که نیاز بیماران دیگر نیز باید به همان نسبت در نظر گرفته شود. براساس این نگرش، پزشکان فقط مسئول بیماران خویش نیستند، بلکه در حد معینی، مسئول دیگران نیز هستند. این برداشت نو از نقش پزشکان در تخصیص منابع، در بسیاری از بیانیه‌های اخلاقی انجمن‌های پزشکی ملی کشورهای دنیا و همچنین، در بیانیه‌ی انجمن جهانی پزشکی درباره‌ی حقوق بیماران آمده است و اظهار می‌کند: «هر زمان قرار باشد بین بیماران نیازمند به یک درمان خاص که دارای منابع محدود است، انتخابی انجام گیرد، تمامی بیماران حق شرکت در فرایند انتخاب منصفانه برای آن درمان را دارند و این انتخاب باید براساس معیارهای پزشکی و بدون هرگونه تبعیضی انجام شود.»

یکی از راه‌هایی که پزشکان می‌توانند مسئولیت خویش را برای تخصیص منابع انجام دهند، پرهیز از اقدامات بی‌فایده و غیرمؤثر است؛ حتی اگر

1. Tuberculosis
2. Meso
3. Micro

بیمار آن‌ها را درخواست کند. استفاده‌ی بی‌رویه از آنتی‌بیوتیک‌ها نمونه‌ای از یک عمل بی‌فایده و مضر است. از طرفی کارآزمایی‌های بالینی تصادفی، نشان داده‌اند که بسیاری از درمان‌های متداول برای شرایطی که استفاده می‌شوند، بی‌تأثیرند (۲).

راهنماهای عملی بالینی برای بسیاری از موقعیت‌های پزشکی وجود دارند که برای تشخیص بین درمان‌های مؤثر و غیرمؤثر به کار می‌روند. پزشکان باید برای حفظ منابع و فراهم‌کردن درمان بهینه برای بیماران با این راهنماها آشنا شوند. نوعی از تصمیم‌گیری پزشکان درباره‌ی تخصیص منابع، انتخاب بین دو یا چند بیمار است که به یک منبع کمیاب، مثل توجه کارکنان اورژانس، استفاده از تنها تخت باقی‌مانده‌ی بخش مراقبت‌های ویژه، تأمین عضو برای پیوند، آزمایش‌های رادیولوژیک با فناوری بالا و داروهای خاص بسیار گران‌قیمت نیاز دارند. پزشکانی که مسئول کنترل چنین منابعی هستند، باید با توجه به اینکه محروم‌شدن این افراد از دریافت امکانات ممکن است باعث آسیب‌دیدن و حتی مرگ آنان بشود، تصمیم بگیرند که کدام بیمار باید از این منابع استفاده کند و کدام بیمار باید در دسترسی به این منابع در اولویت قرار گیرد.

برخی پزشکان در تخصیص منابع با تعارضات مضاعفی مواجه می‌شوند. این در مواردی است که آن‌ها در قانونگذاری و تعیین آن دسته از سیاست‌های کلی که بیمارانِ آن‌ها را نیز همچون دیگران تحت تأثیر قرار می‌دهد، نقش دارند. این تعارض در بیمارستان‌ها و مؤسساتی اتفاق می‌افتد که پزشکان در موقعیت اجرایی (اداری) قرار می‌گیرند یا در کمیته‌های توصیه‌کننده یا تعیین‌کننده‌ی سیاست‌ها، خدمت می‌کنند. اگرچه بیشتر پزشکان می‌کوشند از اشتغال ذهنی به بیماران خویش پرهیز کنند، برخی از آنان ممکن است سعی کنند از موقعیت خویش برای مقدم قراردادن بیماران خود بر دیگر بیماران با نیازهای بیشتر و شدیدتر، استفاده کنند (۲).

در ارتباط با موضوع تخصیص منابع، پزشکان نباید فقط اصول دلسوزی و عدالت را در نظر بگیرند، بلکه در هنگام تخصیص منابع باید تصمیم بگیرند که کدام رویکرد برای رسیدن به عدالت مطلوب‌تر است. رویکردهای مختلفی در این موقعیت وجود دارد که برخی از آن‌ها در ادامه آمده‌اند:

- آزادی فردی[1]: منابع باید مطابق با اصول بازار توزیع شوند (انتخاب فرد براساس توانایی و تمایل فرد به پرداخت هزینه‌ها همراه با مراقبت‌های محدود خیریه برای افراد بی‌بضاعت).
- فایده‌گرایان[2]: منابع باید مطابق با اصل بیشترین منفعت برای همه توزیع شوند.
- مساوات‌گرایان[3]: منابع باید دقیقاً مطابق با نیازها توزیع شوند.
- اصلاح‌گرایان یا جبرانی[4]: منابع باید در بین افرادی که براساس سوابق اجتماعی به‌طور غیرمنصفانه از دسترسی به منابع محروم شده‌اند، توزیع شود.
- پزشکان به‌تدریج از فردگرایی سنتی اخلاق پزشکی که مدنظر طرفداران آزادی فردی است، دور شده و به سوی مفهومی اجتماعی‌تر از نقششان پیش

1. Libertarian
2. Utilitarian
3. Egalitarian
4. Restorative

می‌روند. حتی اگر رویکرد آزادی فردی به‌طورکلی رد شود، متخصصان اخلاق پزشکی به‌هیچ‌وجه درباره‌ی اینکه کدامیک از سه روش دیگر برتر است، به توافق و اجماع نرسیده‌اند. هر یک از این رویکردها در هنگام به‌کارگیری و تصمیم‌گیری درباره‌ی اینکه چه آزمایشی باید درخواست شود یا اینکه آیا ارجاع به پزشک دیگری لازم است یا اینکه چه کسی باید عضو پیوندی را دریافت کند و مواردی از این دست، نتایج متفاوتی را در بر خواهند داشت. در عمل، روش فایده‌گرایان دشوارترین روش اجرا برای پزشکان است؛ زیرا این روش به اطلاعاتی وسیع درباره‌ی نتایج احتمالی مداخلات مختلف نیاز دارد که نه فقط مربوط به بیمارانِ خود پزشک بلکه در ارتباط با تمامی بیماران است (۹).

- انتخاب بین دو رویکرد باقی‌مانده (یا سه رویکرد اگر طرفداران آزادی فردی را هم اضافه کنیم) به خصوصیات اخلاقی شخصی پزشکان و همچنین، جو اجتماعی‌سیاسی محیط کارشان بستگی دارد. برخی کشورها همچون ایالات متحده‌ی امریکا رویکرد آزادی فردی را می‌پسندند، برخی دیگر مثل سوئد به مساوات‌گرایی شناخته شده‌اند؛ درحالی‌که هنوز برخی کشورها مثل آفریقای جنوبی برای جبران تلاش می‌کنند.
- بسیاری از برنامه‌ریزان سلامت، روش فایده‌گرایی را ترویج می‌کنند. به‌رغم تفاوت‌ها، اغلب دو یا چند مفهوم عدالت به‌طور هم‌زمان در نظام‌های سلامت کشورها حضور دارند و در این کشورها پزشکان می‌توانند شیوه‌ای را که با ویژگی‌های اخلاقی خودشان تطابق بیشتری دارد (عمومی یا خصوصی) برگزینند. علاوه بر نقش‌هایی که ممکن است پزشکان در تخصیص منابع موجود سلامت داشته باشند، مسئولیت دفاع از توسعه‌ی این منابع را نیز در جاهایی که منابع موجود برای نیازهای بیماران کافی نیست، به عهده دارند. این امر، معمولاً همکاری پزشکان با یکدیگر را در انجمن‌های حرفه‌ای می‌طلبد تا تصمیم‌گیرندگان دولتی و غیردولتی را درباره‌ی وجود این نیازها و شیوه‌ی تأمین آن‌ها، چه در داخل کشور خودشان و چه در سطح جهانی، توجیه کنند (۱۰).

۳. سلامت عمومی

حرفه‌ی پزشکی در قرن بیستم شاهد جدایی تأسف‌آوری بین سلامت عمومی و دیگر مراقبت‌های سلامت (احتمالاً سلامت «خصوصی» یا «فردی») بود. این مسأله از این نظر تأسف‌آور است که جامعه از افراد تشکیل شده است و معیارهایی که برای حمایت و افزایش سلامت عمومی طراحی می‌شوند، در نهایت منافع سلامتی افراد را نیز در پی خواهند داشت.

سردرگمی زمانی ایجاد می‌شود که سلامت عمومی[1] به منزله‌ی «خدمات سلامتی سرمایه‌گذاری‌شده توسط دولت» (یعنی خدماتی که هزینه‌های آن توسط نظام مالیاتی کشور یا نظام بیمه‌ای همگانی اجباری، تأمین می‌شود)، در مقابل «خدمات سلامتی سرمایه‌گذاری‌شده توسط بخش خصوصی» (یعنی خدماتی که هزینه‌ی آن توسط افراد یا بیمه‌های خصوصی سلامت پرداخت می‌شوند و در دسترس عموم مردم نیستند) در نظر

1. Public Health

گرفته شود. عبارت «سلامت عمومی» هم بر سلامت جامعه ناظر است و هم تخصصی در پزشکی است که به سلامت از دیدگاه جمعیتی می‌پردازد نه از دیدگاه فردی. هر کشوری به تعداد زیادی متخصص در این رشته نیاز دارد تا به حمایت و دفاع از سیاست‌های عمومی مناسب مروج سلامت بپردازند و همچنین، در فعالیت‌های مربوط به حفاظت مردم در برابر بیماری‌های مسری و سایر خطرات سلامت شرکت کنند.

اجرای سلامت عمومی (که گاه «پزشکی سلامت عمومی» یا «پزشکی اجتماعی»[1] نیز نامیده می‌شود) بسیار بر علم اپیدمیولوژی[2]، که همان مطالعه‌ی پراکندگی و عوامل تعیین‌کننده‌ی سلامت و بیماری در جوامع است، تکیه دارد. برخی پزشکان، برای اینکه پزشک اپیدمیولوژیست شوند، آموزش دانشگاهی ویژه‌ای را دریافت می‌کنند؛ باوجوداین، تمامی پزشکان باید از عوامل تعیین‌کننده‌ی اجتماعی و محیطی اثرگذار بر وضعیت سلامت تک‌تک بیمارانشان آگاه باشند. چنان‌که انجمن جهانی پزشکی در بیانیه‌ی ترویج سلامت ذکر می‌کند: «پزشکان و انجمن‌های حرفه‌ای آن‌ها وظیفه‌ی اخلاقی و مسئولیت حرفه‌ای دارند تا در همه‌ی اوقات در جهت بهترین منافع بیمارانشان عمل کنند و این مسئولیت را با توجه گسترده‌تر در جهت ترفیع و تضمین سلامت عموم تکمیل کنند.»

معیارهای سلامت عمومی مثل انجام واکسیناسیون و واکنش فوری در مقابل شیوع بیماری‌های واگیردار، از عوامل مهم در سلامت افراد هستند؛ اما عوامل اجتماعی مثل مسکن و تغذیه و اشتغال هم اگر از اهمیت بیشتری برخوردار نباشند، به همان اندازه حائز اهمیت هستند. پزشکان به‌ندرت می‌توانند علل اجتماعی بیماری‌های بیماران خویش را درمان کنند و در چنین مواقعی باید بیمار را به خدمات اجتماعی موجود ارجاع دهند؛ البته گفتنی است که پزشکان با مشارکت در فعالیت‌های سلامت عمومی و آموزش بهداشت، پایش و گزارش خطرات محیطی، شناسایی مشکلات اجتماعی مثل سوءرفتار و خشونت، اطلاع‌رسانی در خصوص اثرات مضر این عوامل بر سلامت جامعه به عموم مردم و حمایت از ارتقای خدمات بهداشت عمومی می‌توانند به راه‌حل‌های بلندمدت رفع این مشکلات به‌صورت غیرمستقیم کمک کنند. گاهی اوقات، منافع سلامت عمومی ممکن است با منافع بیماران در تعارض قرار گیرد؛ به‌عنوان مثال می‌توان به زمانی اشاره کرد که واکسیناسیونی عوارضی نامطلوب به دنبال دارد و تنها از انتقال بیماری از فرد پیشگیری می‌کند، اما از ابتلای فرد به آن بیماری جلوگیری نمی‌کند. یا زمانی را می‌توان مثال زد که به گزارش بیماری واگیردار خاصی یا مواردی مانند کودک یا سالمندآزاری نیاز است؛ یا هنگامی که پزشک با فردی روبه‌رو می‌شود که عهده‌دار مشاغلی چون رانندگی یا خلبانی هواپیماست و از طرفی بیماری خاصی دارد که خدمت در این مشاغل را برای خود فرد و دیگران خطرناک می‌سازد. در واقع این مثال‌ها، نمونه‌هایی از وفاداری دوگانه هستند که پزشکان تعهدات خود را در برابر بیمار، در تعارض تعهداتشان نسبت به جامعه می‌بینند؛ البته روش‌های رویارویی با چنین موقعیت‌هایی

1. Community Medicine
2. Epidemiology

در مباحث مربوط به «رازداری»[1] نیز توضیح داده شده است. به هر روی، پزشکان باید تلاش کنند برای به‌حداقل‌رساندن آسیب‌هایی که بیماران در نتیجه‌ی الزامات سلامت عمومی متحمل می‌شوند، راه‌هایی بیابند؛ برای مثال، وقتی لازم است گزارشی انجام شود، ضمن عمل به تعهدات قانونی، باید راز بیمار در بالاترین حد ممکن حفظ شود. نوع دیگری از تعارض بین منافع بیماران و جامعه هنگامی ایجاد می‌شود که بیماران از پزشکان بخواهند تا آن‌ها را در دریافت مزایایی که مستحق آن‌ها نیستند، مثل پرداخت هزینه‌های بیمه یا مرخصی استعلاجی یاری کنند. مراجع امر این مسئولیت را بر عهده‌ی پزشکان گذاشته‌اند تا وضعیت پزشکی بیمار را برای دریافت مزایای لازم تأیید کنند. برخی پزشکان به ردکردن تقاضای بیماران برای تأیید مزایایی که به آن‌ها تعلق نمی‌گیرد، تمایلی ندارند. بااین‌حال، بهتر است پزشکان به جای خدشه‌دارکردن شرافت حرفه‌ی پزشکی، بیماران را در پیداکردن راه‌های حمایتی دیگر که به انجام رفتار غیراخلاقی نیازی نداشته باشند، یاری کنند (۲).

۴. سلامت جهانی

در سالیان اخیر، مسئولیت‌های پزشکان در قبال جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند گسترش یافته و در قالب مسئولیت در برابر سلامت جهانی در آمده است. «سلامت جهانی»[2]، مشکلات و مسائل و نگرانی‌های سلامتی ورای مرزهای ملی است و ممکن است تحت تأثیر شرایط یا تجارب دیگر کشورها باشد؛ بنابراین از طریق اقدامات و راه‌حل‌های مشارکتی در سطح بین‌المللی بهتر می‌توان به مسائل سلامت جهانی رسیدگی کرد. البته باید توجه کرد که سلامت جهانی بخشی از جنبش وسیع‌تر جهانی‌سازی[3] است که شامل تبادل اطلاعات، تجارت، سیاست، گردشگری و بسیاری فعالیت‌های دیگر انسانی است.

اساس جهانی‌شدن در به‌رسمیت‌شناختن این امر است که افراد و جوامع به‌طور فزاینده‌ای به هم وابسته‌اند. چنان‌که گسترش سریع بیماری‌هایی مثل آنفلوانزا یا SARS نشان داد، این امر به‌خصوص درباره‌ی سلامت انسان کاملاً مشهود است. کنترل چنین اپیدمی‌هایی به اقدامات بین‌المللی نیاز دارد. ضعف و ناتوانی یک پزشک در تشخیص و درمان بیماری‌های بسیار مسری در کشوری می‌تواند اثرات ویرانگری روی بیماران در دیگر کشورها داشته باشد. به همین دلیل، تعهدات اخلاقی پزشکان فراتر از بیماران آن‌ها و حتی جوامع و ملت‌هایشان است. به‌رغم اقدامات گسترده در مبارزه با مرگ‌ومیر زودرس و عوارض ناتوان‌کننده در فقیرترین کشورها که منجر به موفقیت‌های عمده‌ای مثل حذف آبله و (با کمی امیدواری) فلج اطفال شد، شکاف بین وضعیت سلامتی در کشورهای پردرآمد و کم‌درآمد همچنان رو به افزایش است. این امر تا حدی ناشی از بیماری HIV/AIDS است که بدترین اثرات را در کشورهای فقیر داشته است؛ اما ناتوانی کشورهای کم‌درآمد در بهره‌مندی از افزایش ثروتی که دنیا در کل، طی دهه‌های گذشته تجربه کرده است، از دلایل دیگر این امر است. اگرچه علل

1. Confidentiality
2. Global Health
3. Globalization

فقر بیشتر سیاسی و اقتصادی بوده و در نتیجه خارج از کنترل پزشکان و انجمن‌های آن‌هاست، پزشکان مجبورند به حال سلامت بیمارانی که در نتیجه‌ی فقر بیمار شده‌اند، فکری بکنند.

در کشورهای کم‌درآمد، پزشکان منابع کمی برای عرضه به بیماران خود دارند و همواره با چالش تخصیص منابع به منصفانه‌ترین صورت، روبه‌رو هستند؛ حتی در کشورهای با درآمد متوسط و بالا نیز، پزشکان با بیمارانی مواجه می‌شوند که به‌طور مستقیم تحت تأثیر فرایند جهانی‌شدن قرار گرفته‌اند، مثل پناهندگان و کسانی که گاهی از بخشی از منابع پزشکی که شهروندان آن کشورها از آن‌ها استفاده می‌کنند، بی‌بهره‌اند.

یکی دیگر از خصیصه‌های جهانی‌شدن، مهاجرت و تغییر مکان شاغلان حرفه‌های سلامت از جمله پزشکان در کشورهای مختلف و در سطح بین‌المللی است. خروج پزشکان از کشورهای درحال‌توسعه به کشورهای صنعتی، هم برای پزشکان و هم برای کشورهایی که پزشکان به آن وارد می‌شوند مفید است؛ درحالی‌که برای کشورهای صادرکننده این چنین نیست.

انجمن جهانی پزشکی در راهنمای اخلاقی خود برای استخدام بین‌المللی پزشکان می‌گوید: «پزشکان نباید از ترک وطن و کشور متبوع خویش برای رسیدن به فرصت‌های شغلی بهتر منع شوند. بااین‌حال همین راهنما، کشورها را به انجام نهایت سعی خود در آموزش تعداد کافی پزشک و مهیاکردن نیازها و منابع آن‌ها و تکیه‌نکردن بر مهاجران دیگر کشورها فرا می‌خواند.»

پزشکان کشورهای صنعتی در ارائه‌ی تجارب و مهارت‌هایشان به کشورهای درحال‌توسعه تاریخچه‌ای طولانی دارند. این امر به شیوه‌های گوناگون انجام می‌شود: کمک‌های پزشکی اورژانسی که سازمان‌هایی مثل صلیب سرخ، هلال احمر و پزشکان بدون مرز ارائه می‌کنند، انجام‌دادن جراحی‌های کوتاه‌مدت برای درمان مشکلاتی مثل آب‌مروارید (کاتاراکت) و شکاف کام[1]، ملاقات با اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های پزشکی، انجام پروژه‌های تحقیقاتی پزشکی کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت، فراهم‌کردن داروها و تجهیزات پزشکی برخی از خدمات پزشکان کشورهای صنعتی به دیگر کشورهاست. این برنامه‌ها نمونه‌هایی از جنبه‌ی مثبت جهانی‌شدن هستند و دست‌کم تا حدودی، خسارت ناشی از مهاجرت پزشکان از کشورهای فقیرتر به ثروتمندتر را جبران می‌کنند (۲).

۵. مسئولیت پزشک در برابر خود و خانواده

گاه صحبت از مسئولیت‌های اخلاقی پزشکان در قبال بیماران، همکاران، جامعه و محیط‌زیست چنان برجسته می‌شود که خود پزشک و خانواده‌اش فراموش می‌شوند. در بسیاری از نقاط جهان، مردم، پزشک‌شدن را مستلزم وقف پزشک به این حرفه و خدمت‌کردن او به سلامت مردم و بی‌توجهی به رفاه و سلامت خود می‌دانند و بسیاری از فرهنگ‌ها این رفتار را به‌عنوان نوعی ازخودگذشتگی مثبت می‌ستایند. در چنین جوامعی کارکردن پزشک به میزان شصت تا هشتاد ساعت در هفته به‌هیچ‌وجه غیرمعمول نیست و رفتن به سفرهای تعطیلاتی نوعی خوش‌گذرانی غیرضروری و گاه بی‌توجهی

1. Cleft Palate

به بیماران تلقی می‌شود. گرچه بیشتر پزشکان در چنین مواقعی هم به‌خوبی کار می‌کنند، ممکن است این حد از تراکم کاری، خانواده‌ی آن‌ها را متأثر و ملول سازد. علاوه‌براین، خود پزشکان نیز از این شیوه‌ی زندگی رنج می‌برند (۲).

در مطالعه‌ای نشان داده شد که در سال‌های اخیر رضایت شغلی پزشکان، به‌شدت کاهش یافته است. این مطالعه همچنین، بیان می‌کند که رضایت شغلی پزشکان ارتباط چندانی با میزان درآمد آنان ندارد و شرایط محیط کار و همکاران و امنیت شغلی در افزایش میزان رضایت شغلی مؤثرتر است؛ برای مثال، پزشکانی که در شهرهای کوچک یا نواحی روستایی طبابت می‌کنند زندگی آرام و رضایت شغلی بیشتری دارند. یک مطالعه در ایالت کالیفرنیا نیز نشان داد که متخصصان رشته‌های اطفال، سالمندان و پوست به‌طور فاحشی نسبت به متخصصان رشته‌های زنان و زایمان، چشم‌پزشکی، ارتوپدی و گوش و حلق و بینی رضایت شغلی بیشتری دارند. نارضایتی شغلی می‌تواند طیفی وسیع از اختلالات و نتایج، از خستگی مزمن گرفته تا سوءرفتار جزئی و حتی خودکشی را به بار آورد. همچنین، نارضایتی شغلی سیکل معیوبی ایجاد خواهد کرد که می‌تواند منجر به حوادث فاجعه‌باری شود. پزشکان آسیب‌دیده و ناراضی خطری برای بیماران خویش‌اند و در خوش‌بینانه‌ترین حالت خستگی مزمن، عاملی مهم در بروز حوادث ناگوار است (۱۱).

در برخی کشورها، به منظور اطمینان از ایمنی بیماران، افزایش کیفیت روند تشخیص و درمان و نیز ارتقای سبک زندگی پزشکان، تعداد ساعات فعالیت پزشکان و تعداد و ساعات کشیک‌های کارآموزان و کارورزان و دستیاران پزشکی محدود شده است. در برخی دیگر از دانشگاه‌های علوم پزشکی برای پزشکان خانمی که به دلایل خانوادگی ناچار به ایجاد وقفه در تحصیل یا کار می‌شوند، امتیازاتی در نظر گرفته شده است. گرچه تصمیمات و تمهیداتی از این دست، در افزایش کیفیت خدمات سلامت به بیماران و نیز بهبود سبک زندگی پزشکان مؤثر است، در نهایت، مسئولیت اصلی مراقبت از خود، بر عهده‌ی شخص پزشک است. یک پزشک بیش از افراد عادی جامعه در قبال سلامت خویش مسئول است و در کنار پرهیز از عوامل ثابت‌شده‌ی مخاطره‌آمیز همچون مصرف دخانیات، سوءمصرف مواد مخدر یا تغییردهنده‌ی سطح هوشیاری و کار بیش‌ازحد و خستگی، باید سایر عوامل استرس‌زا و فاکتورهای خطر را شناسایی و از آن‌ها دوری کند (۲).

۶. دیدگاه فقهی

قواعد فقهی لاضرر و لاضرار و حرمت اضرار به نفس و وجوب دفع ضرر، مصلحت جمعی و قیاس اولویت از مباحثی است که می‌توان در ارتباط پزشک و جامعه لحاظ کرده و در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با تزاحم منافع جامعه و بیمار، از آن‌ها استفاده کرد. بهره‌مندی جامعه از طبیبان آگاه و معتمد برای نیل به سلامت عمومی همواره در اسلام اهمیت خاصی داشته است؛ به‌گونه‌ای که امام صادق(ع) می‌فرمایند: «لایسْتَغْنی اَهْل کل بَلَدٍ عَن ثَلاثَةٍ-یفْزَع اِلَیهِمْ فی اَمْرِ دنْیاهمْ وَ آخِرَتِهِمْ، فَاِنْ عَدِموا ذلِكَ کانوا هَمَجاً: فَقیهٍ عالِمٍ وَرِعٍ، وَ اَمیرٍ خَیرٍ مطاعٍ، وَ طَبیبٍ بَصیرٍ ثِقَةٍ»: «مردم هیچ آبادی‌ای از سه گروه بی‌نیاز

نیستند، تا در کار دنیا و آخرت خویش به آن‌ها پناه برند، به‌گونه‌ای که اگر آنان را نداشته باشند امورشان مختل خواهد شد: فقیه دانشمند و پرهیزکار، حاکم مقتدر و نیکوکار، طبیب آگاه و مورد اعتماد.»

از این روایت، افزون بر ضرورت و ارزش وجودی این سه دسته برای جامعه، بایسته‌های اخلاقی آنان در ارتباط با مردم فهمیده می‌شود. فقیه، مسئولیت ارشاد و هدایت دینی و معنوی و اخلاقی مردم را بر عهده دارد؛ حاکم موظف به تأمین امنیت در اجتماع است؛ طبیب مسئول بهداشت و سلامت جامعه است. فقیه باید دانا و پارسا باشد تا بتواند مسئولیتش را در ارتباط با هدایت مردم به شایستگی انجام دهد. حاکم باید مقتدر و نیکوکار باشد تا بتواند امنیت را برای مردم به ارمغان آورد و به مردم ستم نورزد. طبیب نیز باید متخصص و مورد اعتماد باشد تا سلامت جسم و روح مردم را فراهم سازد (۱۲). همچنین، در ارتباط پزشک با مردم می‌توان به مواردی مانند مسئولیت همگانی، بصیرت، مورد وثوق بودن، انصاف، سودرسانی و تقوا به شرح زیر اشاره کرد:

الف. بصیرت: پزشک باید بصیر باشد؛ بصیرت در پزشکی یعنی آگاهی و تخصص، قوه‌ی ادراک و فهم، توان تمییز و تشخیص. همان‌گونه که هر فقیهی قادر نیست سعادت اخروی مردم را تأمین کند و هر حاکمی نمی‌تواند امنیت و سعادت دنیوی مردم را تأمین کند، هر طبیبی نیز نمی‌تواند سلامت جامعه را تأمین کند؛ مگر اینکه آگاه، کارشناس و متخصص در پزشکی باشد و راه درمان را بشناسد. پزشکانی که در کسب این فضیلت نمی‌کوشند، توفیق چندانی در درمان بیماران و تأمین سلامت جامعه نخواهند داشت و اگر در اثر ناآگاهی و نداشتن تخصص به بیمار صدمه بزنند یا سبب مرگ او شوند، ضامن خواهند بود. رسول خدا(ص) می‌فرمایند: «مَنْ تَطَببَ وَ لَمْ یعْلَمْ مِنْه طِب قَبْلَ ذَلِکَ، فَهوَ ضَامِنٌ»: «کسی که بدون [تخصص و] سابقه‌ای در درمان، به طبابت بپردازد، [شرعاً] ضامن است» و نیز فرموده‌اند: «مَنْ تَطَببَ وَ لَمْ یکنْ بِالطب مَعْروفاً، فَاَصابَ نَفْساً فَمَادونَهَا، فَهوَ ضَامِنٌ»: «هرکس درحالی‌که به طبابت شناخته شده نیست، عهده‌دار آن شود و موجب فوت کسی یا صدمه‌ای کمتر از آن شود، ضامن است.» امام علی(ع) می‌فرماید: «یجِب عَلَی الْاِمَامِ اَنْ یحْبِسَ الْفساقَ مِنَ الْعلَمَاءِ، وَالْجهالَ مِنَ الْاَطِباء» (۱۲): «بر حاکم شرع واجب است که دانشمندان فاسق (که به علم خود عمل نمی‌کنند) و طبیبان جاهل و ناآگاه (که بدون دانش کافی طبابت می‌کنند) را زندانی کند.»

ب. معتمدبودن: پزشک باید مورد اعتماد و به تعبیر امام صادق(ع) «ثقه» باشد و بتواند با دانش و مهارت، ایمان و صداقت، دلسوزی و خیرخواهی، امانت و رازداری، تقوا و خودنگهداری و اخلاق و رفتار خود، اعتماد همه را به سوی خود و همکارانش جلب کند و مایه‌ی افتخار و سربلندی جامعه‌ی پزشکی باشد. امام علی(ع) می‌فرماید: «اَلْمؤْمِن هَینٌ لَینٌ سَهْلٌ مؤْتَمَن»: «مؤمن، ساده، لطیف و مهربان، رام و مورد اعتماد [مردم] است.»

پزشک مؤمن، امین مردم است و هرگز به جان، مال، ناموس و اسرار مردم خیانت نمی‌ورزد وگرنه امین آن‌ها نخواهد بود. حضرت علی(ع) می‌فرماید: «اِن اللهَ تَبَارَکَ وَ تَعَالی یحِب الْمحْتَرِفَ الْاَمینَ»: «همانا خداوند متعال، پیشه‌ور امین را دوست

مـی‌دارد.» از ایـن روایـت می‌توان اسـتفاده کرد که در اسـلام امانت، تنهـا در مال مطرح نیسـت؛ بلکه رعایـت امانـت در همه‌ی شـئون اعم از جـان، مال، آبـرو، نامـوس، وقت و عمـر مطرح اسـت؛ بنابراین، پزشک مؤمن و متعهد همان‌گونه که امین جان و مال و ناموس مردم اسـت نسـبت به وقت و عمـر آنان نیز امین شمرده می‌شـود. پزشـک باید به‌گونه‌ای رفتار کنـد که مردم هنگام بروز بیمـاری با اطمینان خاطر بـه او مراجعـه کننـد. امـام صـادق(ع) می‌فرمایند: «انسان، امین شمرده نمی‌شود، مگر اینکه درباره‌ی سه امانت (اموال، اسرار و ناموس مردم) مورد اعتماد قرار گیـرد و [حق] آن‌ها را ادا کند، به‌گونه‌ای که اگر از دو امانت محافظت کند و دیگری را تباه سازد امین نخواهد بود» (۱۲).

ج. سـودمندی: حضـرت عیسـی‌بن‌مریم(ع) می‌فرمایـد: «وَجَعَلَنی مبَـرَکاً اَینَ مَا کنْـتَ...»[۱]: «و مرا هـر جا که باشـم مبـارک گردانیده اسـت.» امام صادق(ع) در تفسـیر ایـن آیه می‌فرمایـد: «مقصود از «جَعَلَنـی مبَـارَکاً»، «جَعَلَنـی نَفاعاً» اسـت؛ یعنی [حضـرت عیسـی می‌فرمایـد:] خداونـد مـرا برای مردم بسیار سـودمند قرار داد.» رسول خدا(ص) نیز می‌فرمایند: «اَلْخَلْق عِیال اللهِ فَاَحَب الْخَلْقِ اِلَی اللهِ مَـنْ نَفَعَ عِیالَ اللـهِ وَ اَدْخَلَ عَلی اَهْلِ بَیتٍ سـرورا»: «مردم عائله‌ی خدا هسـتند. محبوب‌تریـن آنان نزد خدا کسـی است که سـودش به عائله‌ی خدا برسد و خانـواده‌ای را خوشـحال کند.» از رسـول خدا(ص) پرسیدند: «محبوب‌ترین مردم کیست؟ فرمود: کسی که وجودش برای مردم سودمندتر باشد» (۱۲).

د. جوانمردی: جوانمردی صفتی اسـت که همه‌ی فضایل و خوبی‌ها را در بر می‌گیرد و جوانمرد کسـی اسـت که دارای خصلت‌های نیک و پسـندیده مانند بخشـندگی، گذشـت، دلیـری و کمـک بـه دیگران باشـد. امام علی(ع) می‌فرماید: «اَلْمروة اسْمٌ جَامِعٌ لِسَـائِرِ الْفَضَائِلِ وَ الْمحَاسِـنِ»: «مروت اسـمی است کـه همـه‌ی فضیلت‌هـا و خوبی‌هـا را در بـر دارد.» جوانمردی پزشـک مؤمن از اولین برخورد بیماران با او بـروز می‌کند. او بیماران را بـا خوش‌رویی ملاقات می‌کنـد، سخنانشـان را با صبر و حوصله می‌شـنود و تنهـا به فکـر درمان آنان اسـت. حضـرت علی(ع) می‌فرمایند: «اَول الْمروة طَلاَقَة الْوَجْهِ وَ آخِرهَا التوَدد اِلَی النـاسِ»: «سـرآغاز جوانمردی، گشـاده‌رویی و سرانجام آن دوستی با مردم است» (۱۲).

ه. انصاف: واژه‌ی «انصاف» از ریشه‌ی «نصف» (به ضمه و فتح نون) گرفته شـده که بـه معنی چیزی را نصف‌کردن یا به‌نصف‌رساندن است. انصاف در روابط اجتماعـی یعنی سـود و زیان را میان خـود و دیگران نصف‌کـردن و در مقـام داوری، حقـوق طرفین دعوا را به‌طـور برابـر رعایت‌کردن. انصاف از روح گذشـت و احترام به حقوق دیگران ناشـی می‌شـود. پزشـک منصف کسـی اسـت که برای مردم حقوق برابر قائل باشـد. توجـه و مهـرورزی پزشـک بـه ثروتمنـدان و کم‌توجهـی و بی‌تفاوتـی بـه فقیـران، از انصاف دور اسـت. رسول خدا(ص) انصاف را از نشانه‌های مؤمن واقعی شـمرده اسـت: «مَنْ وَاسَـی الْفَقیـرَ وَ اَنْصَفَ الناسَ مِنْ نَفْسِـهِ فَذَلِکَ الْمؤْمِن حَقا»: «کسـی که با فقیـر همدردی [یا از او دسـتگیری] کنـد و درباره‌ی مردم باانصاف باشد، مؤمن واقعی است» (۱۲).

۱. قرآن کریم، سوره‌ی مریم، آیه‌ی ۳۱.

۷. دیدگاه قانونی

قوانین مرتبط با موارد ضمان پزشک، رازداری، صدور گواهی خلاف واقع، مجازات سقط جنین در قانون مجازات اسلامی، قانون تعزیرات حکومتی در امور بهداشتی و درمانی از مواد ۱ تا ۱۲، قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی، قانون مجازات خودداری از کمك به مصدومان و رفع مخاطرات جانی، قانون آموزش مداوم جامعه‌ی پزشکی کشور، گزارش اجباری بیماری‌ها، قانون حمایت از کودکان و نوجوانان و آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته، همگی با هدف حفظ سلامت جامعه تدوین شده‌اند که در قسمت‌های دیگر این درس‌نامه به آن‌ها اشاره می‌شود.

۸. نتیجه‌گیری

پزشکان در بیانیه‌ی ژنو انجمن جهانی پزشکی متعهد شده‌اند که اولین دغدغه‌ی آن‌ها سلامت بیمارشان باشد، از طرفی آن‌ها نباید از حفظ و ارتقای سلامت جامعه و فراتر از آن سلامت جهانی غافل شوند. همین موضوع باعث شده است که پزشکان در موقعیت‌هایی قرار گیرند که منافع بیمارشان را با منافع و سلامت جامعه یا جهان در تعارض می‌بینند (۱۳)؛ مانند رازداری در مواردی که بیمار خطری جدی برای جامعه دارد یا در مواقعی مانند بحران‌ها و حوادث طبیعی مانند زلزله که با پدیده‌ی تریاژ و نجات جان انسان‌ها روبه‌رو می‌شوند یا در سطوح بالاتر که پزشکان با تصمیم‌گیری در خصوص تخصیص منابع محدود نظام سلامت و تعیین بازپرداخت هزینه‌های درمانی توسط بیماران و خدمات رایگان و بیمه‌ای یا گزارش رسمی جهانی اپیدمی یک بیماری مهم مواجه هستند؛ البته در برخی از این موارد دستورالعمل‌های خاصی به‌صورت مصوبه یا بخشنامه‌های قانونی تدوین شده است که پزشکان را در تصمیم‌گیری صحیح کمک و هدایت می‌کند؛ بااین‌حال مواردی هم هستند که درباره‌ی آن‌ها الزامات قانونی وجود ندارد؛ ولی کدهای اخلاقی یا راهنماهایی وجود دارند که به پزشکان در حل تعارضات و تزاحم وظایفشان کمک می‌کنند. البته پزشکان باید توجه کنند غالباً اخلاق، استانداردهای والاتری از رفتار را در مقایسه با قانون تجویز می‌کند و گاهی رعایت اخلاق مستلزم آن است که پزشک قانونی را که او را مجبور به کار غیراخلاقی می‌کند گزارش یا حتی فراتر سرپیچی کند. از طرفی قانون هر کشوری با کشور دیگر متفاوت است؛ درحالی‌که با تدوین راهنماهای اخلاقی برای پزشکان می‌توان ضمن تبیین شرافت حرفه‌ی پزشکی به رفتارهای درست در پزشکی دست یافت و سلامت جهانی، جامعه و نهایتاً فرد را حفظ و ارتقا بخشید. این نکته نیز گفتنی است که رسیدن به توافق بین‌المللی درباره‌ی مسائل اخلاقی جدال‌برانگیز، حتی در گروه نسبتاً همگن و منسجمی مانند پزشکان، ساده نیست؛ بنابراین نیاز است هر پزشکی توانمندی تصمیم‌سازی اخلاقی را کسب کند و مسئولیت تصمیمات و اعمال خود را بر عهده گیرد. در زیر راهنماهایی برای هدایت تصمیمات پزشکان برای حفظ سلامت جامعه و خود بیان شده است:

۸- ۱. وظایف گروه پزشکی در برابر جامعه

گروه پزشکی از جایگاهی والا در اجتماع

برخوردارنـد. جامعـه ایـن افـراد را در جایگاهی قرار داده است که برای سـایر افراد جامعه رسیدن به این جایگاه مقدور نیسـت. در مقابل، جامعه از این گروه انتظار دارد که از این جایگاه ارزشـمند برای خدمت به بیماران و نشان‌دادن تعهدشان به ارزش‌های والای اخلاقی در رفتارشان استفاده کنند. پزشکان باید در خدمات اجتماعی شـرکت کـرده و از حرفه‌ی خود و سایر منابع ممکن که برای کسب منافع عمومی مورد نیاز است، استفاده نمایند. این موضوع با عمل‌کردن پزشکان به موارد زیر نمود عینی می‌یابد:

الف. پزشـکان باید برای افراد جامعه الگو باشـند و با ایمان به ارزش‌های انسانی و سلامت، امور مربوط به سـلامت انسان‌ها را از سـوءظن و بدگمانی مصون نگاه دارند؛ به عنوان مثال اگر یک پزشـک به مسائل سـلامتی پایبند نباشـد و خـود دخانیات اسـتعمال نمایـد، باعـث می‌شـود افـراد سـیگاری جامعه این موضـوع را بهانـه قـرار داده و سیگارکشـیدن خود را توجیه کنند.

پزشـکان عضوی از جامعه هسـتند و جایگاهی که درآن قـرار دارند، این امکان را به آن‌ها می‌دهد که در اصلاح جامعه نقش اساسـی داشـته باشند. پزشکی کـه در زندگـی شـخصی خـود فاقـد ارزش اخلاقی اسـت، نمی‌توانـد در حرفـه‌ی خـود ادّعـای ارزش اخلاقی داشـته باشـد؛ حتّی اگر دارای مدارج عالی آکادمیک باشـد. پزشـکان افراد مؤثری در جامعه‌ی خود هستند و با مسائل اجتماعی عمومی یا محلّی، به‌طور مسـتقیم برخورد دارند؛ بنابراین نباید در برج عاج (گوشـه‌ی خلوت) و به دور از مشکلات و مسائل جامعه زندگی کنند.

ب. پزشـکان بایـد بداننـد کـه جامعـه و محیـط، در سـلامت افـراد و کمـک به جامعـه بـرای غلبه بر بیماری‌ها بسیار مؤثرند.

ج. انجـام‌دادن حرفـه بـا بالاتریـن سـطح دانـش دردسـترس، همـراه با اثربخشـی و به‌صـورت کامل و بی‌نقـص از طریـق به‌روزبـودن و آگاهـی از آخرین پیشرفت‌ها در زمینه‌ی تخصصی، از دیگر بایسته‌های حرفه‌ی پزشکان است.

د. پزشـکان همـواره بایـد مسـئولیّت خـود را در برقراری عدالت بین افراد جامعه در استفاده از منابع سلامت مدنظر قرار دهند.

ه. همچنیـن آنـان بایـد بـه مسـئولیّت‌های خـود بـرای حفـظ منابع سـلامت و بهره‌گیـری از آن‌ها به بهتریـن شـیوه‌ی ممکن توجـه کنند؛ ازایـن‌رو، باید از پژوهش‌ها، معاینات، مشـاوره‌ها یـا تجویز دارو در مواقع غیرلازم خودداری کنند.

و. سخت‌کوشـی در بهره‌گیـری از مهارت‌هـا، علم و دانـش و تخصـص با هـدف ارتقـای اسـتانداردها و کیفیّـت خدمـات پزشـکی موجـود در جامعه، چه در محـل کار و چـه در حالت کلـی و عمومی از دیگر مؤلفه‌های ضروری حرفه‌ی پزشکان است.

ز. آنـان باید به مسـئولیّت‌های خود در پیشـرفت و پیشبرد سیاست‌های نظام سلامت، با ارائه‌ی نظرات مثبـت چه به‌صورت فردی و چه در قالب انجمن‌های تخصصـی توجـه کننـد، ؛ به‌خصـوص آنانـی که در موقعیت‌های معتبری قرار دارند؛ لذا پزشـکان نباید در جایـگاه مثبت و سـازنده‌ی خـود در برابر تصویب قوانین یا بهبود سیاست‌های سلامت بی‌میلی نشان دهند.

ح. پزشـکان بایـد از طریـق آمـوزش سـلامت کـه متناسـب بـا محـدوده‌ی اثرگـذاری آنـان اسـت، به

سلامت عمومی رسیدگی کنند و در برنامه‌های پیشگیرانه‌ای که از محیط‌زیست محافظت می‌کنند، مشارکت کنند.

ط. همچنین شایسته است به منظور ارائه‌ی اطلاعات صحیح به جامعه، پزشکان در شبکه‌های اجتماعی حساب کاربری داشته باشند.

ی. زمانی که اطلاعات علمی به جامعه ارائه می‌شود، پزشکان باید بدانند که در برابر ارائه‌ی گزینه‌های صحیح که به‌طور تخصصی پذیرفتنی‌اند، مسئولیّت دارند و باید به‌طور واضح روشن سازند که کدام پیشنهاد یا ایده به‌طور علمی و تخصصی پذیرفتنی است.

ک. افزون‌براین بهتر است پزشکان در مطالعه و تحقیق درباره‌ی مسائل و مشکلات جامعه، مشارکت کنند و راه‌حل متناسب با آن‌ها را ارائه دهند؛ مثل پژوهش و ارائه‌ی راهکار در موضوعاتی از قبیل استعمال سیگار، سوءمصرف مواد مخدّر (داروها)، تصادفات جاده‌ای، بیماری‌های واگیردار و....

ل. همچنین آنان با گزارش‌های بیماری‌های واگیردار و اپیدمی‌ها یا رویدادهای مجرمانه، متعهّد به انجام‌دادن کارهای صحیح برای حفظ سلامت یا امنیت جامعه هستند.

م. ارائه‌ی شهادت و گواهی پزشکی مخصوصاً توسط متخصصان می‌تواند برای دادگاه مهم باشد تا درباره‌ی خدمات ارائه‌شده به بیمار یا وضعیت او اطلاع یابد. در این مواقع، پزشکان باید گزارشی صادقانه از واقعیّت‌های پزشکی ارائه دهند. در زمانی که مدارک و شواهد به دادگاه ارائه می‌شود، پزشک باید بر مسئولیّت خود برای کمک به دادگاه جهت حصول عدالت و واقعیّت، واقف باشد.

ن. پزشکان باید از هرگونه عملی که به جامعه صدمه وارد می‌کند، خودداری کنند و از حمایت یا شرکت در هر کاری که حقوق بنیادین انسانی و شرعی اسلامی را نقض می‌کند، اجتناب کنند.

س. از پزشکی نباید به‌عنوان ابزاری برای تضعیف جسمی یا روحی و فکری یک انسان استفاده شود. همچنین پزشک نباید در کارهایی که فردی از جامعه در آن‌ها شکنجه یا تحقیر می‌شود، مشارکت کند یا از گزارش‌دادن آن‌ها چشم بپوشد. حتّی اگر فرد مظنون، متّهم یا مجرم باشد، پزشک نباید در اجرای مجازات شرکت کند مگر در آن بخشی که توسط شریعت اسلامی یا دادگاه شرعی حکم شده است.

ع. پزشک باید در صدور هرگونه گواهی، مثل گواهی حضور یا ترخیص بیمار، صادق باشد. پزشک شاهدی است که باید در شهادت خود منصف باشد و نباید تحت تأثیر علایق خانوادگی و قوم و خویشی یا هوای نفس و امیال مادّی قرار گیرد. او باید از ارائه‌ی گواهی مغایر با صداقت و واقعیت، بیم داشته باشد و بداند غیبت غیرموجّه یک کارمند (و...) از کار می‌تواند به مصالح عمومی جامعه ضرر برساند (۱۴).

۸- ۲. وظایف پزشکان در برابر خودشان

پزشکان علاوه بر وظایفی که در برابر دیگران دارند، در برابر خودشان نیز وظایفی دارند که در ادامه به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود:

الف. پزشک باید کارها و ازخودگذشتگی‌هایش را در وظایف تخصصی خود به خاطر رضای خداوند انجام دهد. او باید هر کار و تلاشی که انجام می‌دهد، برای رسیدن به قرب الهی باشد و نیت و اعمال او قرب الهی باشد. همان‌گونه که پیامبر اکرم(ص)

فرموده‌انـد: «اعمال و کارها به نیّت بسـتگی دارند و پـاداش هر کاری به نیّت آن بسـتگی دارد.» بنابراین یک پزشـک مسـلمان می‌کوشـد تا بـا مهربان‌بودن بـا بیمـار و آمـوزش مطالبی که بـه دیگـران منفعت می‌رساند، رضایت الهی را کسب کند.

ب. پزشـک بایـد تزکیـه‌ی نفـس داشـته باشـد و منضبط و منظم باشد. پیامبر اکرم(ص) می‌فرمایند: «آگاه باشـید که در بدن انسـان تکه گوشتی‌ست که اگـر اصلاح شـود، تمام بـدن اصلاح می‌شـود و اگر فاسد شود، کلّ بدن فاسد و ضایع می‌شود و آن قلب اسـت.» خداوند متعال در قـرآن نیز می‌فرماید: «هر کس نفس خود را پاك و تزکیه کرده، موفق و رسـتگار شده؛ و آن کس که نفس خویش را با معصیت و گناه آلوده ساخته، نومید و محروم گشته است.»[1]

از متـون مذهبـی چنیـن برمی‌آیـد کـه انسـان‌ها بـرای تمامی کردار و اعمالی که توسـط اعضای بدن خـود انجام می‌دهند، پاسـخ‌گو هسـتند و این بدان معناسـت که این امـکان وجود دارد انسـان اعضای بـدن خود را کنتـرل کرده و آنـان را از انجـام اعمال غیرانسـانی بر حذر دارد. خداوند متعال می‌فرماید: «هر روح و نفسـی به خاطر کردارش مسئول است.» این متون و سایر جملات نشان می‌دهد که انسان در کنترل رفتار و خشـم خود نقش بزرگی دارد. خداوند نیز به کسـانی که برای تزکیه‌ی نفـس و اصلاح خود می‌کوشـند و بـه راه و روش الهی (سـبیل‌الله) که از سـوی پیامبر اکرم(ص) ابلاغ شـده، متعهد هستند، قول یاری و کمک داده است. خداوند می‌فرماید: «و کسانی که در راه ما کوشش (جهاد) می‌کنند، ما آنان را بـه راه خود هدایت می‌کنیم و خداوند با نیکوکاران اسـت.»[2] پیامبـر خـدا(ص) ایـن مطلـب اصـلاح و تزکیـه‌ی نفـس را در حدیثی مختصـر خلاصه کرده است و می‌فرماید: «دانش با یادگیری، صبر با طاقت و بردباری به دست می‌آید و هرکس که خیر بخواهد، بـه او خواهنـد داد و هرکـس که از شـیطان فرار کند از او محافظت می‌شـود.» موارد زیر از شـاخص‌های تزکیه‌ی نفس است:

- کنتـرل خود برای قناعت و رزقی که از سـوی خدا به او داده شـده و قناعـت و کفایت به هر چه که از راه حلال کسب می‌کند و کسب‌نکردن پول و ثروت از هر راه ممکن.
- محافظت از زبان و به‌زبان‌نیاوردن سـخنان زشـت و ناپسـند یـا سـاکت‌ماندن. پیامبـر اکـرم(ص) می‌فرمایند: «هرکس که به خدا و روز قیامت ایمان دارد، خوب حرف می‌زند یا سـاکت می‌ماند»؛ زیرا اکثـر سـخنان درباره‌ی مردم و مسـائل شـخصی آن‌هاسـت که می‌تواند شـخصیت آن‌ها را تخریب کند چه آن فرد بداند و چه نداند.
- از وظایـف پزشـکان در برابـر خـود، عمل‌کردن به اوامر الهی با میل و اراده‌ی قوی است؛ به‌خصوص نمازگـزاران بایـد مطمئـن شـوند کـه کار آن‌ها به عبادات و مسـائل عبادی‌شـان لطمـه‌ای نمی‌زند و در انجـام عبـادات تأخیـر نمی‌کننـد؛ همچنین عبـادت و نمازخوانـدن نبایـد آن‌هـا را از شـرایط اورژانسـی غافل کند و بهانه‌ای بـرای غفلت آن‌ها از کار باشد.
- بـدون اسـراف و ولخرجـی، آراسـته باشـید. باید مطمئن شـوید که لباس خوب و پاک پوشـیده‌اید و خوشـبو هسـتید. پیامبر اکرم(ص) می‌فرمایند:

1. قرآن کریم، سوره‌ی شمس، آیات ۹و۱۰.
2. قرآن کریم، سوره‌ی عنکبوت، آیه‌ی ۶۹.

«خداوند زیباست و زیبایی‌ها را دوست دارد.» و بدون شک، غفلت از این مسأله، در روابط با بیماران و سایر همکاران تأثیر منفی خواهد داشت.

- ازآنجایی‌که جامعه جایگاه خاصی برای پزشکان قائل است، آنان باید به هنجارهای عمومی متعهّد باشند و رفتار متناسب پیشه کنند و از مسائل نامناسبی که باعث ایجاد افکار سوء و منفی درباره‌ی آن‌ها می‌شود، اجتناب کنند. همین‌طور، او باید به قوانین و ملزومات عمومی و کلّی سازمان‌های کشوری و حکومتی، احترام بگذارد و به آن‌ها خدشه وارد نکند؛ زیرا این کار ممکن است روی اعتبار و خوشنامی و حرفه‌ی او تأثیر بگذارد.
- آنان باید به کوشش و پشتکار در یادگیری، افزایش دانش از طریق مطالعه‌ی مداوم و شرکت در کنفرانس‌های ملی و بین‌المللی متعهد باشند و به اهمیت خودآموزی در ارتقای دانش و مهارت‌ها و غریزه‌ی مسئول‌بودن در قبال خودآموزی توجه کنند.
- همچنین آنان باید با سازمان‌ها و انجمن‌های علمی در حوزه‌ی تخصصی خود همکاری و مشارکت داشته باشند و نظرات کارشناسی و آثار مثبت آن‌ها را در ارتباطات علمی و حرفه‌ای بپذیرد.
- مراقبت از سلامت جسمی و روحی نیز از دیگر بایسته‌های مهم تزکیه‌ی نفس است؛ چراکه سلامتی هدیه‌ای است بسیار گرانبها که باید حفظ شود. سلمان فارسی حدیثی از پیامبر اکرم(ص) نقل کرده است که در آن فرموده‌اند: «خداوند بر شما حق دارد، خانواده بر شما حق دارد و بدن شما نیز بر گردن شما حق دارد. حقّ هر یک را ادا کنید.» سلامت روحی و جسمی در کیفیت خدماتی که به بیماران و حرفه و جامعه ارائه می‌شود، بسیار تأثیر دارد (۱۴).
- توجه به اصول ایمنی برای حفاظت خود از خطرات احتمالی و کاهش خطرپذیری هنگام انجام وظیفه بسیار ضروری است؛ زیرا سلامتی پزشک برای جامعه بسیار مهم است و باید از او محافظت شود.
- آشنایی پزشک با قوانین و مقرّراتی که در حرفه‌ی او تنظیم و وضع شده و تعهّد به آن‌ها از طریق ثبت و امضای ملزومات برای انجام‌دادن کار بسیار اهمیت دارد.
- کمک‌گرفتن برای حل آن دسته از مشکلات شخصی که می‌توانند بر روی خدمات ارائه‌شده به بیمار، جامعه یا حرفه تأثیر منفی بگذارند.
- پزشکان باید بدانند که در قبال بیماران و وظایف محوّل‌شده به آن‌ها مسئول هستند؛ پس باید با شناسایی محدودیت‌های خود، در ارتقای توانایی‌هایشان بکوشند و در مواقع نیاز از افراد با دانش بیشتر کمک بگیرند. بنابراین پزشک ملزم به استفاده‌ی نامحدود از قابلیّت‌های خود یا کمک‌گرفتن از افراد داناتر در تمام لحظه‌هاست (۱۴).

توضیح نمونه‌ی اول

بنا بر تحلیلی که از روابط پزشک جامعه در این فصل بیان شد، دکتر «م» حق دارد به تأثیر رفتار بیمارانش بر جامعه توجه کند. حتی اگر مشاوره‌ی بیمار با پزشکان دیگر، در خارج از آن سیستم بهداشتی باشد که دکتر «م» در آن کار می‌کند

و در نتیجه هزینه‌ی مالی اضافه‌ای بر جامعه تحمیل نمی‌کند، باز هم بیمار وقت دکتر «م» را که می‌توانست به بیماران نیازمندتری اختصاص یابد، گرفته است. باوجوداین، پزشکانی مانند دکتر «م» باید در چنین شرایطی هوشیارانه عمل کرده و با احتیاط رفتار کنند. بیماران اغلب به دلایل متعدد قادر نیستند تصمیمات کاملاً معقولی بگیرند و شاید به زمان و آموزش سلامت شایان توجهی نیاز داشته باشند تا به این سطح از درک مطلب برسند که بهترین منافع برای آن‌ها و دیگران چیست. همچنین، دکتر «م» برای رسیدن به یک راه‌حل جامعه‌شناسانه برای این مشکل حق دارد با انجمن پزشکی خود گفت‌وگو کند؛ زیرا این مسأله نه فقط خود او و بیمارانش را، بلکه سایر پزشکان و بیماران را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد.

توضیح نمونه‌ی دوم

با وجود اینکه دکتر «س» پزشک حرفه‌مندی است، به خود و خانواده‌اش توجه کافی ندارد و فراموش کرده است که در کنار پزشک‌بودن، مادر یک کودک پنج‌ساله است که به او نیاز دارد؛ البته مادر دکتر «س» بیشتر مواقع در خانه‌ی آن‌هاست و به کودک او رسیدگی می‌کند؛ ولی همسر او از اینکه او شب‌های متعددی در خانه نیست و مسئولیت خانواده را به‌تنهایی به دوش می‌کشد، خسته شده است. دکتر «س» با راهنمایی دوستش دکتر «ی» با همسرش صحبت کرد، از کم‌توجهی به خانواده عذرخواهی کرد و از او فرصت خواست تا جبران کند؛ سپس با رییس بخش درباره‌ی مشکلش صحبت کرد و از او خواست تعداد کشیک‌ها و به‌ویژه کشیک‌های شبانه‌اش را کم کند. بعد از یک ماه با تمهیدات رئیس بخش و همکاری سایر پزشکان، دکتر «س» اغلب در روزهای کاری و تا عصر در بیمارستان حضور دارد و همسرش نیز از این شرایط راضی است.

منابع

1. Working Party of the Royal College of Physicians. (2005). “Doctors in Society. Medical Professionalism in a Changing World”. Clin Med (Lond) , 5 (6 Suppl 1),P. S 5-40.

۲. ویلیامز، جان رنلد. (۱۳۹۰). انجمن جهانی پزشکی: دست‌نامه‌ی اخلاق پزشکی. ترجمه‌ی نازآفرین قاسم‌زاده و نریمان سپهروند، رشت: گپ، صص۶۷تا۸۵و۱۱۵تا۱۲۱.

3. American Medical Association. (ND). American College of Physicians -The Physician and Society. Available at http://www. ama-assn. org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/about-ethics-group/ethics-resource-center/educational-resources/federation-repository-ethics-documents-online/american-college-physicians/acp-physician-and-society. page (accessed in 2013).

4. Collier, Roger. (2012). “Professionalism: The Good Doctor Discussion”. CMAJ, 184 (10), P. 517&518.

5. Blackmer, Jeff. (2007). “Professionalism and the Medical Association”, World Med J, 53(3),P.58-73.

6. World Medical Association (WMA). (2007). Resolution on the Responsibility of Physicians in the Documentation and Denunciation of Acts of Torture or Cruel or Inhuman or Degrading Treatment. Available at http://www. wma. net/en/30publications/10policies/t1/ (accessed in 2013).

7. American Medical Association. (2005). AMA’s Code of Medical Ethics. Available at https://www.ama-assn.org/delivering-care/ama-code-medical-ethics (accessed in 2006).

8. Rawls, Jhon. (1971). A Theory of Justice. Oxford University Press, P. 150-156.

۹. استوارت میل، جان. (۱۳۸۸). فایده‌گرایی. ترجمه‌ی مرتضی مردیها. تهران: نشر نی، ص۱۰.

10. ABIM Foundation. American Board of Internal Medicine. ACP-ASIM Foundation. (2002). “American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millennium: A

Physician Charter". Ann Intern Med, 136 (3), P. 243-246.

۱۱. فرهمنـد، فریبـا و رکسـانا شـریفیان. (۱۳۸۴). «میزان رضایت شـغلی کارکنان واحد پذیرش بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی». نشریه‌ی مدیریت: مدیریت اطلاعات بهداشت و درمان، ۲ (۲)، صص۵۵تا۶۱.

۱۲. یوسـفیان، نعمت‌اللـه. (۱۳۹۰). اخـلاق پزشـکی. قم: انتشارات زمزم هدایت، صص۲۲تا۲۶. دست‌یافتنی در http://www. noorlib. ir/View/fa/Book/BookView/Text/15941/1/8

13. Thomasson, Catherine. (2014). "Physicians' Social Responsibility". Virtual Mentor. 16 (9), P.753.

14. The Saudi Commission for Health Specialties Department of Medical Education & Postgraduate Studies. (ND). Code of Ethics for Healthcare Practitioners. Available at

ضوابط پوشش و آراستگی

دکتر نازآفرین قاسم‌زاده، دکتر فاطمه‌سادات نیری

معرفی نمونه

پزشك آقایی که لباس تی‌شرت سفید آستین‌کوتاه و شلوار جین به تن دارد و بوی ملایم عطر یاس می‌دهد با گوشـی پزشکی که بر دور گردن انداخته است و تا حدودی در بین موهای بلندش ناپیداست، در مرکزی آموزشـی‌درمانی اقدام به معاینه‌ی بیماران می‌کند. ارزیابی‌ها نشـان می‌دهد بیماران تمایل ندارند که این پزشک، آنان را معاینه کند و دستورات او را نیز کمتر می‌پذیرند.

۱. مقدمه

پوشـاك از نیازهای اولیه و اساسی بشری است (۱) و اعتقاد و شـخصیت افـراد را به نمایـش می‌گذارد. در واقع، به‌نوعی، پرچم وجودی انسـان اسـت (۲) و حاوی راز و رمز و پیام‌هایی اسـت که خود برخاسـته از باورها، آداب، سـنن و خاسـتگاه قومـی ملت‌ها و جوامع اسـت (۱)؛ همچنین پوشـاک مبین تحولات جامعه و تفاوت‌هایی اسـت که میان اقشار آن جامعه وجـود دارد (۳). محیـط، شـرایط اقلیمـی، نقـش طبقات اجتماعی و نیز مشـاغل و وظایف وابسـته به آن‌هـا در شـکل‌دهی ظاهر و جنس پوشـاك و سـیر تحولـی آن مؤثـر بـوده اسـت (۱، ۴). همان‌طور که پوشـش و لباس مـردم در هر جامعه‌ای برخاسـته از عـرف و قانون و دین اسـت (۵)، پوشـش پزشـکان و گروه پزشـکی نیز مستثنی نبوده و از زمان‌های کهن آراسـتگی و ظاهـرِ دارنـدگان این حرفـه‌ی مقدس، اهمیت و جایگاهی ویژه داشـته اسـت (۴). با توجه به اینکه ظاهر انسـان به‌عنـوان نماد قوی غیرکلامی می‌توانـد ارتباط با دیگران را تسـهیل یا دشـوار کند (۲، ۶، ۷)، ظاهر پزشـك نیز می‌تواند ارتباط پزشـك و بیمار را تحـت تأثیر قرار دهد (۸)؛ ازاین‌رو به رفتار، اخـلاق، پوشـش و آراسـتگی ظاهـری پزشـکان در

جوامع مختلف توجه و دقت شده (۸) و در بسیاری از جوامع، روپوش سفید به‌عنوان نماد پزشکی شناخته شده است (۹)؛ همچنین بیشتر دانشگاه‌های جهان برای پوشش، آراستگی و رفتار پزشکان و گروه پزشکی ضوابط خاصی تدوین کرده‌اند.

سؤال اساسی این است که چه چیز خاصی در پزشکی وجود دارد که می‌تواند استقلال این گروه را حتی در انتخاب نوع لباس، آراستگی ظاهری و رفتار محدود کند؟ هدف از تدوین ضوابط پوشش گروه پزشکی چیست؟ و اصولاً این ضوابط دربردارنده‌ی چه مضامینی است و قابلیت اجرای آن‌ها چگونه است؟ (۷)

۲. تعریف، اهداف و اهمیت ضوابط آراستگی

پزشکی حرفه‌ای مقدس شناخته شده (۱۰) و حرفه‌مندی نیز از مبانی و آموزش‌های این حرفه است. از پزشکان انتظار می‌رود که منافع بیمار و جامعه را بر منافع خود ترجیح دهند و رفتار مناسب شأن پزشکی را در سلوك، رفتار، گفتار و آراستگی خویش به‌عنوان مصادیق درستی، شرافت، وظیفه‌شناسی و حرفه‌مندی به نمایش بگذارند (۱۱).

هامر[1] و همکاران حرفه‌مندی را به‌عنوان چرخ دوچرخه‌ای توصیف کرده‌اند که اصول ارزشی آن مثل نوع‌دوستی، صداقت، وظیفه‌شناسی و مراقبت در قسمت مرکزی چرخ قرار گرفته است و رفتارهای حرفه‌ای مثل احترام، مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گویی، همدلی، شفقت و مهربانی پره‌های این چرخ را تشکیل می‌دهد و در نهایت نحوه‌ی لباس پوشیدن و آراستگی، دقت در کار و ادب و نزاکت، لاستیك و نماینده‌ی این چرخ و تعهدات حرفه‌ای است (۱۲).

در واقع رفتار، اخلاق و آراستگی ظاهری پزشکان تجلی حرفه‌مندی بوده و در جلب اعتماد بیماران مؤثر است (۱۱)؛ بنابراین، با وجود تفاوت‌های فرهنگی بین ملل مختلف، در طول تاریخ پزشکی همواره بر تأثیر ظاهر پزشك بر تصویر حرفه‌ای او و نیز تأثیر سلوك و اخلاق پزشك بر اعتبار حرفه‌ای او، تأکید شده است (۱۳). به‌گونه‌ای که ضوابط آراستگی جزء مهم حرفه‌مندی بوده و تقریباً در تمامی کدهای حرفه‌مندی کشورهای مختلف لحاظ شده است.

حرفه‌ی پزشکی از سویی در ارتباط درمانی با مردم، بیماران و جامعه است و از سوی دیگر سلامت جامعه به مؤثربودن این پیوند درمانی وابسته است؛ بنابراین، تدوین قواعد چگونگی آراستگی و رفتار حرفه‌ای در بیمارستان یا دانشگاه یا محیط کار با نام ضوابط پوشش[2] برای گروه پزشکی ضروری است (۷). این قواعد در ایجاد اولین ذهنیت مطلوب از بیمارستان در بیماران، همراهان و ملاقات‌کنندگان و تصور آنان از توانمندی پزشك و به تبع آن اثرپذیری و پیروی آنان از دستورات پزشکی (۱۴، ۱۵) دارای اهمیت بسیار است. احترام به بیمار، حرفه‌ی پزشکی، کارکنان و جامعه (۱۶)، ایجاد و حفظ ظاهر حرفه‌ای (۱۴)، تحت تأثیر قراردادن رفتار کارکنان و دانشجویان و تمایل به سمت رفتار حرفه‌ای، نمود ظاهر حرفه‌ای سازمان، ارتقای کیفی سازمان، جلب اعتماد افکار عمومی (۱۷)، ایجاد ارتباط درمانی مؤثر و

1. Hammer

2. Dress Code

جلـب اطمینان و اعتماد بیمـار، آرامش روحی‌روانی بیمـار، ایمنی بیمار و گروه پزشـکی (۶و۱۸)، ایجاد محیط درمانی مناسـب بـرای کار تیمی (۶)، وضوح استانداردهای پوشش، ایجاد قوانین کنترل سلامت و عفونت، ایجاد اسـتانداردهای حرفه‌ای، شناسایی سـریع و راحـت کارکنـان بـرای بیمـار و مراجعـان و همـکاران سـازمان، آرامش، راحتـی و رضایت بیمار (۱۹) اهـداف مهـم تدویـن ایـن ضوابـط اسـت که می‌توان آن‌ها را به‌صورت اهداف زیر خلاصه کرد:

- حفـظ شـأن و حرمـت حرفـه‌ی پزشـکی و محیط علمی دانشگاه (۱۵، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲)؛
- ارتقای ایمنی پزشـکان و بیمـاران (۱۸، ۲۰تا۲۳، ۲۵تا۲۷)؛
- برانگیختـن حـس احتـرام، آرامـش و اعتمـاد در خدمت‌گیرندگان (۱۸، ۲۰تا۲۴)؛
- کمـک بـه جلوگیـری از انتقـال عفونت‌هـای بیمارستانی (۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۶)؛
- امکان اجرای کامل تمامی وظایف (۲۷).
- در نهایـت ایـن ضوابط، پذیرش و پیـروی بیمار از توصیه‌هـای درمانی را افزایـش داده (۲۸) و منجر بـه موفقیـت در درمـان، تأمین و ارتقای سـلامت جامعـه خواهد شـد. در مطالعات تجربـی نیز این نتایج تأیید شـده‌اند. به‌طوری‌که مطالعات نشـان داده‌انـد، اولین برخورد با بیمار در برقراری ارتباط پزشـک و بیمـار و در نتیجـه مراقبت بیمـار نقش حیاتی دارد. اولین تصور بیمار از پزشک، براساس ارتباط کلامـی یا غیرکلامی او و برخی ویژگی‌های شخصی مانند نحوه‌ی لباس‌پوشیدن و آراستگی و بهداشت او، در همان اولین مشاوره شکل می‌گیرد (۲۹). به‌طوری‌که والش[1] در این‌باره پیشنهاد کرده اسـت: «ظاهر مناسـب به‌عنوان بخشی از عناصر ضـروری بـرای گسـترش ارتبـاط حرفـه‌ای موفق اسـت» (۳۰). روان‌شناسـان نیز اغلـب بر اهمیت ظاهر فیزیکی و تأثیر آن در ارتباطات بین‌شخصی و اولیـن برداشـت فرد تأکید دارنـد؛ چراکه همین تصور اولیه می‌تواند بر شـکل‌گیری قضاوت بیمار از سـطح مهـارت و کفایـت پزشـک و همچنیـن، انتظار او از کیفیت خدمات تأثیرگذار باشد (۳۰).
- بدین‌ترتیـب، به همـان میزان که پوشـیدن لباس پلیس، آتش‌نشـانی و فوتبال بـه دلیل ماهیت این حرفه‌هـا و مشـاغل، جایگاه و کاربـردی ویژه دارد و درخواسـت پذیـرش در این حرف و مشـاغل به معنـی قبول لبـاس آن‌هاسـت، حرفه‌ی پزشـکی نیـز که قداسـتی دیرینه دارد، به‌عنوان سـردمدار حرفه‌مندی، از این امر مستثنی نیست و داوطلبان ورود به این حرفه ملزم به رعایت پوشش و آراستگی شایسته‌ی این حرفه‌اند؛ ازاین‌رو دانشگاه‌ها، مراکز درمانی و انجمن‌های پزشـکی کشورهای مختلف فلسفه‌ی تدوین ضوابط آراسـتگی گروه پزشکی و اجبار به رعایت آن‌ها را موجه می‌دانند (۷).

۳. پیشینه‌ی تاریخی آراستگی پزشکان

در جامعه‌های نخسـتین بشری شـفاگران وقتی به انجام شعائر و شفا مشغول می‌شدند لباس تشریفاتی مخصـوص می‌پوشـیده و خـود را بـا انواع وسـایل و طلسم‌ها آرایش می‌کرده‌اند (۳۱). پزشکان در تمدن مصـر باسـتان منظـم و مرتـب بوده‌اند و بـا توجه به دسـتورالعمل‌هایی که از پاپیروس‌ها به دسـت آمده،

1. Walsh

از آنان انتظار می‌رفته است که موهای سر و ریششان را روزانه بتراشند، گوشت خوك نخورند و لباس سفید بپوشند تا آلودگی آن به‌خوبی نمایان باشد (۳۲).

در هند باستان پزشکان هر روز حمام می‌رفتند، مو و ناخن‌هایشان را همیشه کوتاه می‌کردند، لباس سفید می‌پوشیدند و قول می‌دادند که به اعتماد بیماران نسبت به خودشان نهایت احترام را بگذارند. در کتاب ودا[1] صفات عالیه‌ی طبیب چنین بیان شده است: «طبیب باید لباس خود را تمیز و پاکیزه نگاه دارد، صورت خود را خوب بتراشد و ناخن‌هایش را کوتاه نگه دارد، جامه‌ی سفید و کفش بپوشد، عصا و چتر در دست داشته باشد و با نگاه ملایم و ملاطفت‌آمیز که حاکی از دوستی او نسبت به تمام مخلوقات است به مردم نگاه کند و با ایشان به گردش و تفریح برود و از رفاقت و معاشرت با زنان صرف‌نظر کند و مخفیانه با آن‌ها مذاکره نکند و از شوخی‌کردن با آنان بپرهیزد. کسی می‌تواند از بیمار پرستاری کند که رفتارش مطبوع و خوشایند باشد، از هیچ‌کس غیبت نکند و چشم پاک و روح پاک داشته باشد» (۳۳).

در یونان باستان در سوگندنامه‌ی معروف بقراط، پاکی و تقدس و عفت، حافظ زندگی و هنر پزشکی مطرح شده است و بقراط در کتاب «مجموعه‌ی آثار»، در فصل اول «رساله» بیان می‌کند که پزشك باید سالم بوده و شرایط جسمانی و ظاهری مناسب و شایسته داشته باشد، تمیز باشد، لباس پاکیزه بپوشد، روغن خوشبو به بدن خود بمالد، زندگی ستودنی و عاری از گناه داشته باشد، جدی، مهربان و سخت باشد اما خشن نباشد، در حضور بیمار در خندیدن و خنداندن افراط نکند، حد اعتدال را رعایت کند و خودکنترل باشد (۳۴). همچنین، بقراط در کتاب اپیدمی‌ها بیان کرده است که پزشك وقتی بر بالین بیمار وارد می‌شود، باید آداب و طریقه‌ی نشستن، لباس‌پوشیدن، رفتار و سلوك معتبر، ایجاز در صحبت، متانت و آرامش کامل، توجه جدی و پاسخ به اعتراض و مخالفت بیمار را بداند و در هنگام رویارویی با مشکل بتواند خود را کنترل و آرام کند (۳۴). بقراط در بخشی از وصیت خود می‌گوید: «پزشك باید نیك‌فطرت، جوان، دارای قامت معتدل، خوش‌فهم، خوش‌صحبت، عفیف و شجاع باشد و نقره‌دوست نباشد و تحمل ناسزا را داشته باشد. موی سر خود را همیشه منظم نگاه دارد، نه بتراشد و نه آن را انبوه بگذارد، ناخن انگشتان خود را بگیرد، به‌گونه‌ای که نه از ته بگیرد و نه آنکه بگذارد از گوشت سر انگشتان بلندتر شود، لباس سفید، پاکیزه و نرم بپوشد و در راه‌رفتن عجله نکند و تند راه نرود» (۳۵).

در ایران باستان قبل از اسلام، پزشك باید خداترس بوده و با صبر و حوصله به سخنان بیمار گوش داده و به حفظ پاکیزگی بسیار اهمیت می‌داده است (۳۶). بروزیه‌ی طبیب در کلیله و دمنه تناسب شعار و دثار و آراستگی ظاهر و باطن به علم و عمل و پاکیزگی ذات و عفت را توصیه کرده است (۳۷). در ایران بعد از اسلام، علی‌بن‌سهل طبری در کتاب فردوس الحکمة فی الطب آورده است: «پزشك نباید بوی بد بدهد و نیز نباید در ابری از عطر غرق شده باشد، لباس وی نیز نباید نامناسب و خودنما باشد» (۳۸). رازی، پزشك را چنین توصیف می‌کند: «پزشک باید ظاهری آراسته داشته باشد، چهره، اندام،

1. Veda

موها و لباس‌هایش مناسب و تمیز باشد، گشاده‌رو و خوش‌گفتار باشد، لحن ملایم داشته باشد، در اخلاق و برخورد، نیکو باشد و از ترش‌رویی، شتاب‌زدگی و بی‌پروایی در کارهایش خودداری کند» (۳۹). علی‌بن‌عباس مجوسی اهوازی نیز در پندنامه‌ی اهوازی بیان داشته که پزشك باید پاك و خداپرست و خوش‌زبان و نیکوروش باشد و از گناه و پلیدی و ناپاکی دوری گزیند (۳۱).

در دوره‌ی عباسیان پزشکان لباس مشخص داشتند و ردا و پیراهن سفید پوشیده، کلاه مخصوص بر سر گذاشته، موهای سر خود را می‌تراشیدند. همچنین، پزشکان درباری عمامه‌ی سیاه داشته‌اند؛ البته به‌جز در دوران حکومت مأمون که به سیر مقتضیات سیاسی به رنگ سبز تبدیل شده بوده؛ در موارد رسمی و تشریفاتی نیز نیم‌تنه‌ی زردوزی به‌نام «مطوف» یا «مطرف» می‌پوشیدند. پزشکان ثروتمند لباس‌های خود را با کافور و گلاب و صندل معطر می‌کردند. در این دوره افرادی که در رشته‌ی حقوق، طب و فقه اسلامی کار می‌کردند بالاپوشی به‌نام «طیلسان» بر تن می‌کردند که بالاپوش پزشکان معمولاً از ابریشم سیاه بود. از زمان مغول به بعد پوشیدن روپوش مخصوص طبی معمول شد (۴۰).

در تاریخچه‌ی روپوش پزشکی آمده است: «در قرن شانزدهم میلادی اعمال جراحی در فرانسه توسط سلمانی‌های ملبس به دامن کوتاه انجام می‌گرفت، در این زمان آمبرو پاره[1] متولد پاریس و پدر جراحی، به دانشکده‌ی پزشکی فرانسه رفت و با پرداخت شهریه، آناتومی فرا گرفت. وی به علت شروع جنگ‌های داخلی کاتولیك و پروتستان و جنگ‌های فرانسه با کشورهای دیگر، بیشتر عمر خود را به جراحی و طبابت در میدان جنگ پرداخت و برای اینکه خود را از سلمانی‌های دیگر جدا کند روپوش بلند پوشید و پیشنهاد کرد سلمانی‌ها چهار سال دوره‌ی آناتومی (علم تشریح) بگذرانند و دامن لباس خود را بلند کنند. بدین‌وسیله «انجمن جراحان دامن‌بلند» را تأسیس کرد و این انجمن توسط پادشاه به رسمیت شناخته شد و روپوش پزشکان بلندتر از لباس‌های معمول شد» (۳۲، ۴۱).

از طرفی در تاریخ آمده است تا اواخر دهه‌ی سوم ۱۸۰۰ میلادی مراجعه به پزشکان به‌ندرت برای بیماران مفید بود؛ درمان در پزشکی ناچیز بود و طبابت بیشتر حالت دروغین داشت و تا اواخر قرن نوزدهم پزشکان تعامل با بیمار را مانند ارتباط کشیش و روحانی با مردم، به‌عنوان موضوعی رسمی و جدی تلقی می‌کردند و از طرفی ازآنجاکه مراجعه به پزشك به‌عنوان آخرین چاره و منادی مرگ در نظر گرفته می‌شد، بنابراین، پزشکان تا این زمان لباس مخصوص سیاه بر تن می‌کردند (۹)؛ اما هم‌زمان با ایده‌ی جلوگیری از رشد باکتری‌ها، اهمیت پاکیزگی و استفاده از مواد ضدعفونی‌کننده در پزشکی در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم، طبابت مبنای علمی یافت و سپیدی، تمیزی و پاکی این علم در لباس ویژه‌ی پزشکان و پرستاران انعکاس یافت. بدین‌ترتیب همان‌گونه که اساس تمامی انجمن‌های حرفه‌ای را سفیدی، صداقت، درستی و پاکی تشکیل می‌دهد، در اواخر قرن نوزدهم روپوش سفید به‌عنوان نماد پزشکی و پوشش حرفه‌ای پزشکان برگزیده شد تا بیانگر صداقت، پاکی، خلوص و تقدس این حرفه باشد (۹). برای اولین‌بار

1. Ambroise Pare

دکتر آرنولد گلد[1]، در سال ۱۹۹۳ مراسم پوشاندن روپوش سفید را بر تن دانشجویان پزشکی، به‌عنوان «جشن روپوش سفید» مطرح کرد تا در آن پاکی، سفیدی، خلوص، حرفه‌مندی و تقدس پزشکی به دانشجویان منتقل شود (۶، ۹). در همین ایام، در اکثر دانشگاه‌های جهان ضوابط خاصی برای پوشش و رفتار پزشکان تدوین و لباس‌های رسمی معرف گروه پزشکی متناسب با دانشگاه و مراکز درمانی مشخص شد. این بیانگر آن است که پزشکان نسبت به پوشش خود، حساس‌تر از بیماران بوده و هستند (۷)؛ به‌گونه‌ای که امروزه روپوش سفید برای بیماران، لباس شفقت و مهربانی به شمار می‌آورد و آن را نمادی از مراقبت و دریافت خدمات می‌دانند (۹). همچنین، در سال ۱۹۴۸ میلادی، پزشکان در بیانیه‌ی انجمن جهانی پزشکی در ژنو به حفظ شرافت و رسوم اصیل حرفه‌ی پزشکی متعهد شدند (۱۰). یکی از سنت‌های باارزش پزشکی حفظ تقدس آن با رعایت ظاهر حرفه‌ای و پایبندی به توصیه‌های بقراط حکیم است (۶).

آنچه در اصول بنیادین تدوین ضوابط خاص بر نحوه‌ی آراستگی و رفتار پزشکان در طول تاریخ مشاهده می‌شود، قداست حرفه و شرافت موضوع علم پزشکی و اهمیت ضررنرسانی در آن است؛ بنابراین، در تمامی ادوار تاریخ تلاش شده تا این قداست، پاکی و شرافت در ظاهر پزشکان تجلی نماید.

۴. مفاد مقررات آراستگی پزشکان و گروه پزشکی

در بیشتر دانشگاه‌ها و مراکز درمانی جهان این ضوابط مشابه و به‌صورت ذیل است:

۴- ۱. صورت و موها

موهای سر باید خشک، تمیز، مرتب و برای آقایان کوتاه باشد، به اندازه‌ای که اگر انگشتان دست در آن فرو روند انگشتان محو نشود (۱۱، ۲۴، ۴۲، ۴۳)؛ همچنین گوش‌ها باید نمایان باشند و حداکثر بلندی موها تا یقه‌ی گردن باشد و روی چشم را نپوشاند (۱۵، ۱۶، ۱۸، ۲۵، ۴۴-۴۸) تا با حفظ دید مناسب در روند مراقبت از بیمار اختلال ایجاد نشود و بیمار نیز به رؤیت کامل فرد قادر باشد. خانم‌ها باید در صورت داشتن موهای بلند آن‌ها را جمع کنند تا باعث انتقال آلودگی و اختلال در مراقبت و نگه‌داری از بیمار نشود (۱۸، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۴۹) و نیز در تماس با بیمار و تجهیزات پزشکی نباشند (۵۰). موهای بلند باز از نظر بیماران خوشایند نیست و مراقبت توسط پرستاران با موی کوتاه و تمیز و ظاهر پاکیزه را بیشتر می‌پسندند (۵۱). موها باید به رنگ طبیعی باشند (۱۴، ۲۱، ۴۲)؛ رنگ کردن موها با رنگ‌های غیرطبیعی و غیرمتعارف و های‌لایت‌کردن آن‌ها در دانشگاه‌ها و مراکز درمانی ممنوع است (۲۵، ۴۲، ۴۴، ۴۸، ۵۲).

موها نباید مرطوب باشند و استفاده از موادی مانند ژل که ظاهر موها را مرطوب و براق کرده و باعث انتقال عفونت می‌شود ممنوع است (۲۴، ۴۲). در صورت استفاده از سنجاق سر باید از نوع ساده و هم‌رنگ با موها انتخاب شود (۴۷). استفاده از پوشش سر به دلیل مذهبی و کلاه درصورتی‌که به دلیل طبی باشد مجاز است (۲۰، ۲۵، ۴۴، ۴۶، ۵۳)؛ البته در برخی دانشگاه‌ها استفاده از کلاه در داخل بخش‌ها ممنوع است (۲۱و۴۹). همچنین، استفاده از نقاب

1. Arnold P. Gold

و چـادر و روبنـد نیـز به ایـن دلیل که بیمار شـخص مراقبت‌کننده را نمی‌بیند و دچار اضطراب می‌شـود ممنوع اسـت (۵۴). اسـتفاده از عینك محافظ برای جلوگیـری از پاشیده‌شـدن ترشـحات مجـاز اسـت (۵۵)؛ ولی عینك دودی در فضای داخلی مسقف در اکثر دانشـگاه‌ها و مراکز درمانی ممنوع اسـت؛ مگر اینکه به دلیل طبی استفاده شود (۱۴، ۵۱، ۵۳).

موهـای صورت شـامل ریش و سـبیل بایـد مرتب، کوتـاه و تمیـز باشـند (۱۴-۱۶، ۲۱، ۲۵، ۴۳، ۴۴، ۴۶، ۴۷، ۴۹، ۵۰، ۵۵-۵۸). در بعضـی بیمارسـتان‌ها و دانشـگاه‌ها، به دلیل کنترل عفونت و ایمنی در بخش‌هایی خاص، گذاشتن ریش ممنوع اسـت (۴۹، ۵۰، ۵۷) یا باید پوشـانده شـوند (۵۷). خط ریش نباید از میانه و نرمه‌ی گوش پایین‌تر باشد یا به گونه برسـد (۴۸، ۵۸). همچنین، سـبیل نباید از گوشه‌های دهان پایین‌تر باشد (۴۸). در مجموع، موهـای سـر و صورت بایـد به‌گونه‌ای تمیز و آراسـته شوند که ظاهر حرفه‌ای فرد را منعکس کرده و ضمن حفـظ ایمنی بیمـار و همکاران و پزشـک، به دلایلی ماننـد نداشـتن دید مناسـب و تماس موها بـا بیمار و لوازم پزشـکی، مانـع از انجـام‌دادن برخی وظایف نشوند (۱۵، ۲۲، ۵۵، ۵۷).

۴- ۲. آرایش

آرایش‌کـردن در برخی دانشـگاه‌ها و مراکز درمانی مجـاز نیسـت (۵۹). در برخـی از آن‌هـا نیـز آرایش خفیف مجاز اسـت، مشـروط بر اینکه در حد اعتدال بوده، نامتعارف نباشـد و برای بهبـود زیبایی و ظاهر طبیعـی فرد بـه کار رفته باشـد و در ظاهـر حرفه‌ای فرد نقصـان ایجاد نکنـد (۱۴). خال‌کوبی روی بدن ممنوع اسـت و در صورت وجود خال‌کوبی باید روی آن‌ها پوشـانده شـود (۱۴تـا۱۶، ۲۲، ۲۴، ۴۴، ۴۶، ۴۷، ۴۹، ۵۳، ۵۵، ۵۶، ۶۰) تـا ظاهر حرفـه‌ای فـرد حفظ شود (۵۱).

۴- ۳. ناخن

ناخن‌ها باید کوتاه و مرتب و تمیز باشند (۱۶، ۲۱، ۲۵، ۴۷، ۵۱)؛ همچنیـن بلنـدی آن‌هـا باید در حد متعارف و مناسـب باشد و طولشـان از نوك انگشتان بیش از نیم اینچ نباشد؛ افزون‌براین، باید فاقد لبه‌ی تیز و به‌طور کامل سـوهان‌زده شـده باشـند (۱۴) تا در انجـام وظایف اختلالی ایجـاد نکنند (۱۶و۲۱) و باعث آزردگی بیمار نشـوند. استفاده از لاك ناخن به دلیل اینکه تراشـه‌های لاك ناخـن و ناخن‌های بلند محل تجمع و رشـد باکتری است ممنوع است (۱۶، ۱۸، ۲۱، ۲۲، ۴۵، ۴۶، ۵۶)؛ ناخـن مصنوعـی نیز به دلیل محل تجمع میکروارگانیسم‌ها (۴۹) و انتقال عفونـت و تداخل با وظایف ممنوع اسـت (۱۶، ۱۸، ۲۱، ۲۲، ۲۶، ۲۷، ۴۶، ۴۷، ۵۱، ۵۵، ۶۱).

۴- ۴. جواهرات و زیورآلات

اسـتفاده از زیـورآلات و جواهرات به اسـتثنای یك یا دو حلقه‌ی سـاده در انگشـت یا حلقـه‌ی ازدواج و گوشـواره‌ی ساده، ممنوع است (۱۴، ۱۶، ۲۵، ۴۳، ۴۵، ۴۷، ۵۶، ۶۲). انگشـتر و به‌ویژه انگشـتر دارای نگین به دلیـل انتقال عفونت و تداخـل در وظایف و احتمـال پارگـی دسـتکش ممنوع اسـت (۱۸، ۲۶، ۴۷تا۴۹). گوشـواره‌ی بلند و آویزان نیز ممنوع است (۱۸، ۲۳، ۴۷). این‌گونه گوشواره‌ها به دلیل احتمال برخورد با لوازم پزشـکی و کشیده‌شـدن توسط بیمار بدحال، می‌توانند برای خود گروه پزشکی مخاطراتی ایجـاد کنند (۵۱). همچنین، اسـتفاده از گوشـواره در اتـاق عمل بـه علت احتمـال افتـادن روی زمین

یا مناطق استریل ممنوع است (۴۳). استفاده از گوشواره‌ی ریش نیز ممنوع است (۴۳). سوراخ‌کردن اعضای بدن درصورتی‌که رؤیت‌کردنی باشند، مثل بینی، ناف، ابرو و زبان به منظور استفاده از زیورآلات روی این اعضا ممنوع است (۱۴تا۱۶، ۲۰، ۲۱، ۲۳تا۲۵، ۴۴، ۴۶، ۴۸، ۵۶، ۶۰)؛ تحقیقات نشان داده است چنین گوشواره‌هایی باعث کاهش اعتماد بیمار به پزشک می‌شوند (۵۱و۶۳). ساعت مچی با عقربه‌ی ثانیه‌شمار در اکثر دانشگاه‌ها مجاز است (۲۷)؛ ولی در کشور انگلستان به دلیل انتقال عفونت ممنوع است (۵۱). استفاده از گردنبند مشروط بر اینکه در هنگام انجام‌دادن وظایف در زیر لباس قرار داده شود مجاز است (۴۷).

۴- ۵. لباس

لباس‌ها باید بلند، ساده، تمیز، اتوکرده و متناسب با اندام و آزاد باشند (۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۰تا۲۳، ۴۶، ۵۳، ۵۵، ۵۶، ۶۰). همچنین، لباس‌های باز، بدن‌نما و تنگ ممنوع هستند (۱۴، ۱۵، ۲۲، ۲۳، ۴۲تا۴۴، ۴۸، ۴۹، ۵۳، ۵۵، ۶۴تا۶۶). تاپ، تی‌شرت، سوئیشرت، دامن چاک‌دار، شلوار کوتاه و شلوارک مجاز نیست (۱۴، ۲۱، ۲۷، ۴۲، ۴۷، ۵۳، ۵۵، ۶۴). لباس ژنده، نامرتب، پاره و مندرس نیز ممنوع است (۱۶، ۲۱، ۲۶، ۴۷، ۵۳، ۵۵، ۶۰، ۶۲). شلوار لی، جین آبی و پاره، بریده‌شده و سنگ‌شور مجاز نیست (۲۳، ۲۷، ۴۲، ۴۸، ۵۳، ۵۹، ۶۴، ۶۶)؛ ممنوعیت شلوار جین به علت شست‌وشوی کمتر در طول سال و همچنین، شناخته‌شدن آن به‌عنوان شلوار کار است. شلوار کتان، کماندویی، کشی، ورزشی، بادگیر، دارای جیب‌های فراوان و شلوار با پایین تاخورده و سائیده‌شده نیز ممنوع است (۱۴، ۱۵، ۱۸، ۲۳، ۲۴، ۴۷، ۵۵، ۶۰).

شلوار و دامن و بلوز و روپوش سفید تنگ ممنوع است (۴۴، ۵۵). در کل، اندازه‌ی لباس باید متناسب باشد و نباید جلوی حرکات آزادانه‌ی بدن را بگیرد (۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۴۴، ۴۷، ۶۰)؛ یعنی حداقل به میزان سه اینچ از محل سینه و باسن فاصله داشته باشد (۴۴) تا هم انجام کامل وظایف ممکن شود و هم ایمنی بیمار و گروه پزشکی به خطر نیفتد (۲۱). طول دامن نباید کوتاه‌تر از یک اینچ بالای زانو باشد (۴۲) و بهتر است سه اینچ زیر کت سفید قرار گیرد و اگر بدون جوراب پوشیده می‌شود حداقل سه اینچ زیر زانو باشد (۱۶، ۴۳). گشادی و بلندی شلوار نباید به‌گونه‌ای باشد که روی زمین کشیده شود و باید تا مچ پا باشد (۱۶، ۲۱، ۴۶، ۴۸، ۴۹، ۵۳). لباس‌های زیر نباید از زیر روپوش سفید نمایان باشند (۱۶، ۲۱، ۶۶) و لباس‌های محرک ازآن‌جایی‌که توسط برخی افراد مجوزی برای دعوت به سخنان و اعمال نامناسب تلقی می‌شوند، ممنوع است (۱۹و۲۳). لباس‌ها باید تک‌رنگ و به رنگ‌های متعارف باشند و نباید حاوی پیام، علائم، نشانه‌ها، تصاویر و علائم تبلیغی باشد (۱۸تا۲۴، ۴۹، ۵۳، ۶۲، ۶۶). لباس‌های بدون آستین، نافنما، توری و مدل ورزشی ممنوع است. این‌گونه لباس‌ها توهین به افراد تلقی می‌شود (۱۸) و باعث حواس‌پرتی دانشجو و دیگران می‌شود (۵۸). در برخی دانشگاه‌ها، استفاده از کراوات به‌عنوان لباس رسمی مجاز است(البته بیشتر در دوره‌ی علوم پایه مدنظر است) (۲۳، ۴۳، ۴۴، ۶۴)؛ ولی استفاده از کراوات در انگلستان، به دلیل فایده‌نداشتن در مراقبت از بیمار و احتمال آلودگی بیشتر آن به دلیل استفاده‌ی

روزانـه و شست‌وشـوی کمتر در طول سـال، ممنوع است (۵۱)؛ همچنین، مطالعه‌ای در بیمارستان‌های آمریکا نشـان داده اسـت که پنجاه درصد کراوات‌ها، حامل حداقل یکی از میکروارگانیسـم‌های عفونت‌زا هستند (۶۷)؛ پزشکان مالزی نیز استفاده از کراوات را خطرناک توصیف کرده‌اند (۶۸).

در سـایر بخش‌هـا و محیط‌هـای بالینی پوشـیدن روپـوش سـفید الزامـی اسـت (۱۸، ۲۰، ۲۳، ۲۷، ۴۳)؛ امـا در بخش‌های کـودکان و روان‌پزشـکی در پوشـیدن یا نپوشیدن روپوش سـفید، باید ضابطه‌ی بخش رعایت شود. روپوش سفید باید همیشه پاکیزه تا زانو بلند و با دکمه‌های بسـته باشد (۲۰، ۲۳، ۴۳، ۴۷، ۵۶). اتاق عمل، اتاق زایمان، اورژانس، ICU، اندوسـکوپی و cath lab تنهـا مکان‌هایی هسـتند که پوشـیدن اسـکراب در آن‌ها مجاز است؛ خارج از این محیط‌ها نباید اسکراب بر تن داشت؛ در صورت پوشیدن اسـکراب، پوشیدن روپوش سـفید روی آن لازم است (۴۳، ۴۷).

پزشکان در انگلستان براساس ضوابط جدید پوشش و به منظور جلوگیری از انتقال عفونت، نباید روپوش سفید سـنتی بپوشند؛ آستین لباس آن‌ها باید بالای آرنج بوده و کوتاه باشد و نباید از ساعت مچی استفاده کننـد (۵۱). کوتاه‌بودن آسـتین و نداشـتن سـاعت مچی باعث می‌شـود که پزشـکان در شست‌وشـوی مؤثـر دسـت‌ها بهتـر و راحت‌تـر عمل کننـد (۶۹)؛ ضمن اینکه احتمال آلوده‌شـدن سرآستین‌های بلند و انتقال آلودگی نیز وجود نخواهد داشت (۵۱، ۶۹). البته پژوهش‌های میدانـی انجام‌گرفته درباره‌ی این ضوابط نشـان می‌دهد کنترل آلودگی باید بیشـتر از طریق شست‌وشـوی دست‌ها انجام شود و نپوشیدن روپـوش سـفید در این زمینـه چندان مؤثر نیسـت؛ همچنین براساس نظرسنجی‌های انجام‌شده، تمایل بیماران بیشـتر بر آن است که توسط پزشکان ملبس به لباس رسـمی و با آستین‌های بلند تحت مراقبت و درمان قرار گیرند (۷۰).

در بعضی از کشـورها مثل اسـترالیا لباس پزشکان می‌تواند غیررسمی‌تر از آمریکا و انگلیس باشد؛ آنان می‌توانند روپوش سفید نپوشند و از کراوات استفاده نکننـد. ایـن پزشـکان در مناطق محـروم می‌توانند جیـن و آسـتین کوتاه بپوشـند؛ البتـه همین لباس غیررسـمی باید مرتب و تمیز باشـد (۷۱). در اسپانیا هم پزشـکان می‌توانند روپوش سـفید با شلوار جین بپوشند (۷۲).

در برخی کشورهای اسلامی، ضوابط پوشش گروه پزشکی براساس فرهنگ اسلامی تدوین شده است. در این کشـورها آقایـان ضمن الزام به داشـتن موی کوتاه، نباید از جواهرات و شـلوارک اسـتفاده کنند؛ زنـان نیز بایـد از لباس گشـادی که پاها و دسـت‌ها را می‌پوشـاند اسـتفاده کننـد (۶۵). روپوش سـفید پزشکان در این کشـورها باید آستین‌بلند و تا زیر زانو باشد (۵۹).

۴- ۶. جوراب و کفش

پوشـیدن کفش و جوراب (ترجیحاً به رنگ سـفید) به دلیـل ایمنی و رعایت سـلامتی و ظاهـر حرفه‌ای الزامـی اسـت (۱۶، ۲۱، ۲۲، ۲۵، ۴۷). همچنیـن کفش‌هـا باید تمیز و مرتب و واکس‌زده باشـند (۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۲۵، ۴۳، ۴۷، ۵۵). به منظور ایمنی، حفظ سـکوت و آرامشِ بخش، راحتی بیمار و ایمنی خـود کارکنـان و دانشـجویان از صدمـات احتمالی ناشـی از فرورفتن سوزن، پوشیدن کفش پاشنه‌بلند،

پاشنه‌فلزی، پاشنه‌سوزنی، جلوباز و پشت‌باز در بخش‌های بیمارستان و دانشگاه ممنوع است (۱۵، ۱۸، ۲۰تا۲۳، ۲۶، ۴۳، ۴۵، ۵۱، ۵۵، ۵۶، ۶۶). پاشنه‌ی کفش نباید از یک تا سه اینچ بلندتر باشد (۱۴، ۴۶، ۵۳، ۵۶). کفش تخت بدون صدا انتخابی ایده‌آل است (۱۸، ۲۷، ۶۶). کفش ورزشی، کتانی، چوبی، پلاستیکی، صندل و دمپایی ممنوع است (۱۴، ۱۸، ۲۱تا۲۶، ۴۲، ۴۷، ۵۵). بند کفش‌ها باید تمیز باشند و روزانه تعویض شوند (۱۶). جوراب‌ها نباید هیچ طرح و نقشی داشته باشند؛ البته چکمه و پوتین در زمستان مجاز است (۴۳).

۴- ۷. بهداشت فردی

بهداشت روزانه شامل نظافت بدن، موها، دندان‌ها و لباس‌ها و نیز استفاده از خوشبوکننده‌های ضدتعریق است (۱۴و۲۵). استفاده از عطر در بیشتر مواقع به دلیل حساسیت تنفسی بیماران ممنوع است (۱۵، ۱۶، ۲۷، ۵۰، ۵۵، ۵۶). عطر فقط هنگامی مجاز است که بوی ملایم داشته باشد و برای مخفی و پنهان‌کردن بوی بدن نباشد (۱۴، ۱۶، ۲۵). قبل و بعد از تماس با هر بیمار باید از محلول ضدعفونی‌کننده‌ی دست استفاده شود (۶۱).

۴- ۸. سایر موارد

داشتن کارت شناسایی روی لباس الزامی است؛ چون افراد دوست دارند بدانند چه کسانی از آن‌ها مراقبت می‌کنند (۱۴، ۱۶، ۲۱، ۲۷، ۴۳، ۴۹، ۵۱، ۵۹). جویدن آدامس هنگام تماس با بیماران و عموم مردم و داشتن پوشش رسمی و روپوش سفید ممنوع است (۴۳، ۴۷). استفاده از سیگار، الکل و مواد مخدر نیز ممنوع است (۱۴). شیوه‌ی صحبت‌کردن باید محترمانه و حرفه‌مند و آرام باشد. تلفن همراه و پیجر در کلاس درس ممنوع است (۴۳).

۵. سیاست کشورهای مختلف در اجرای ضوابط آراستگی در گروه پزشکی

هر دانشگاه و مرکز درمانی و انجمن پزشکی به منظور موفقیت در اجرای مقررات پوشش و آراستگی، ابتدا به تعریف و تبیین سیاست و خط‌مشی خود در این زمینه می‌پردازد؛ سپس ضوابط مذکور را به اطلاع مشمولان می‌رساند و آن‌ها را آموزش می‌دهد و در نهایت کاربرد این ضوابط، نحوه‌ی اجرا و مکانیسم اجبار و پیروی از آن‌ها را مشخص می‌کند (۴۸، ۷۳). همچنین برای ارزیابی رعایت این ضوابط توسط پزشکان و کارکنان و دانشجویان، سیستمی نظارتی را تدوین کرده‌اند که غالباً سوپروایزرهای بیمارستان‌ها این نظارت و ارزیابی را انجام می‌دهند (۲۱، ۴۹، ۵۰). در این خصوص مراکز مشاوره‌ای نیز وجود دارند که در صورت درخواست افراد درباره‌ی سیاست و نوع پوشش پزشکان خدمات مشاوره‌ای ارائه می‌کنند (۱۶، ۲۱، ۴۹).

هدف از آموزش و مشاوره‌ی این ضوابط، انتقال ارزش‌های حرفه‌ی پزشکی و جامعه‌ی علمی به کارکنان و دانشجویان است تا دانشجویان ابتدایی‌ترین مسئولیت‌ها و تعهدات خود را بپذیرند و پوشش آراسته و موقرانه را احترام نسبت به دانش، استادان، دانشجویان دیگر، بیماران، جامعه و تصویر یك فرد دانشگاهی بدانند (۱۸، ۲۰). در واقع، تلاش بر این است که دانشجویان با هر زمینه‌ی فرهنگی و ارزشی که وارد دانشگاه می‌شوند، در دستیابی به علم و مهارت پزشکی، هم‌زمان حرفه‌مندی، نوع‌دوستی، پاکدامنی و ازخودگذشتگی را نیز باور کنند و احترام

به خویشتن و جامعه و انتخاب بهترین رفتار و سلوك و شیوه‌ی زندگی را فراگیرند. همچنین، تأثیر این ضوابط را بر ایمنی و سلامتی خود و بیماران، کنترل عفونت، کسب اعتماد بیمار و طبابت موفق احساس کنند.

بنابراین، در دانشگاه و مراکز درمانی تلاش می‌شود در آموزش کاربرد ضوابط آراستگی، علت و چرایی و تأثیر هر کدام از ضوابط تدوینی را برای کارکنان و پزشکان و دانشجویان شفاف و مشخص کنند و عقل سلیم را به‌عنوان بهترین معیار انتخاب لباس و آراستگی معرفی نمایند؛ افزون‌براین، برای پذیرش پیشنهادات و انتقادات و مشاوره برای رفع ابهامات و سؤالات در خصوص نحوه‌ی پوشش مورد نیاز هر بخش و هنگام بروز حوادث، مراکز ویژه‌ای را اعلام و به شیوه‌های مختلف به افراد اطلاع‌رسانی کنند. در بعضی دانشگاه‌ها به منظور تهیه‌ی لباس مورد قبول، مراکز خرید ویژه‌ای مشخص شده و خرید از بعضی کارخانه‌ها را به‌دلایل کم‌بودن هزینه‌ی شاغلان آن‌ها و استثمار کارگران ممنوع کرده‌اند.

در دانشگاه‌ها ضوابط و مقررات آراستگی و نحوه‌ی برخورد با تخلفات در بدو ورود به اطلاع دانشجویان و والدین آن‌ها رسانیده می‌شود و فرم‌های خاصی را مبنی بر آگاهی از شرایط مذکور به‌صورت امضاشده از آنان دریافت می‌کنند (۶۶). برای برخورد با متخلفان در دانشگاه‌ها روش‌های مختلفی وجود دارد؛ تذکردادن، فرستادن فرد خاطی به منزل برای تعویض لباس، تماس با والدین، ثبت در پرونده، عدم اجازه‌ی حضور در کلاس، ترك کلاس و غیبت غیرموجه، بازداشت در دانشکده، ترك بخش‌های بالینی و دخالت در نمره‌ی کارآموزی بالینی و نمرات دانشجو و اخراج موقت و دائم برخی از روش‌های برخورد با متخلفان است. تنبیه دانشجوی خاطی در دانشگاه‌های مختلف، به عهده‌ی معاونت دانشجویی، معاونت آموزشی، استاد بالینی، سوپروایزر یا دفتر منابع انسانی است (۱۶، ۲۱، ۶۶).

دانشگاه‌ها و مراکز درمانی به منظور تسهیل اجرای کدهای پوشش و آراستگی تلاش می‌کنند تا این ضوابط با فرهنگ و شرایط جغرافیایی منطقه همخوانی داشته باشد و نیازهای مذهبی و نیز واقع‌گرایانه و مبتنی بر شواهد را رفع کنند. بر این اساس، دانشگاه‌ها به‌طور متناوب این ضوابط را بازبینی می‌کنند (۱۶، ۲۹، ۳۸).

۶. ضوابط پوشش و آراستگی در ایران

نظارت و کنترل حکومت بر حوزه‌ی پوشش به‌خودی‌خود پسندیده است؛ اما باید با توجه به ارزش و کرامت والای انسان صورت گیرد. رویکرد قانونگذار ایران به لباس مردم به‌ویژه در حوزه‌ی کیفری چه در دوره‌ی قبل از انقلاب و چه بعد از آن، نمونه‌ای از مدل‌های حکومتی است.

۶- ۱. قبل از انقلاب

با روی‌کارآمدن حکومت پهلوی و شروع قانونگذاری در ایران، دو مصوبه در خصوص وضعیت لباس افراد به تصویب رسید که یکی از آن‌ها اساس‌نامه‌ی لباس رسمی مأموران کشوری بود که در سال ۱۳۰۷ هجری شمسی به منظور متحدالشکل‌کردن لباس رسمی مأموران دولتی، در هفده ماده به تصویب مجلس شورای ملی رسید؛ مصوبه‌ی دیگر، قانون متحدالشکل‌کردن البسه‌ی اتباع ایران در داخل مملکت بود که در همان سال ۱۳۰۷ به تصویب

رسـید. تخلف از این قوانین، مجازات کیفری (جزای نقـدی به میزان یـك تا پنـج تومان، حبـس از یك تا یازده روز) و تنبیه انضباطی و انتظامی در پی داشـت (۵). پس از آن، نظام‌نامه‌ی لباس مستخدمان توسط وزارت معارف در یازده ماده تصویب شد که در آن نوع پوشش مستخدمان به سه طبقه‌ی «اداری، تعلیماتی و جزء» تقسـیم شـده بود و به‌ترتیب شامل نیم‌تنه‌ی دو طرفه‌ی چهار تکه و شـلوار، نیم‌تنه‌ی باز سـه تکه و شـلوار و نیم‌تنه‌ی یقه‌بسـته معروف به یقه‌ی عربی با تکه‌های فلزی سـفید ساده و شـلوار بود (۷۴). به دنبال آن در تاریخ ۱۷ اردیبهشت ۱۳۱۵ نظام‌نامه‌ی لبـاس تمام‌رسـمی دانشـگاه در بیست‌وسـومین جلسـه‌ی شـورای دانشـگاه تهران به تصویب رسـید که در این نظام‌نامه لباس رسـمی دانشگاه به‌صورت لبـاده‌ی آستین‌گشـاد بود که روی شـانه‌ها و پشـت آن چیـن‌دار بـود و از جلو تا پایین دکمـه می‌خورد و از پارچه‌ی ابریشـمی مشـکی به همراه پیش‌سینه‌ی سـفید چین‌دار با یقه‌ی لب‌شکسـته‌ی آهاری سفید و سرآسـتینی بـه رنگ مخصوص دانشـگاه و کمربند ابریشـمی موج‌دار به رنگ دانشـکده و کلاه مشکی شـش‌گوش (بـا منگولـه‌ی طلایـی بـرای اسـتاد و سـفید برای دانشـیار) بـود که رنگ ایـن لباس‌ها در دانشـکده‌ی طب و داروسازی و دندان‌سازی نارنجی بود (۷۵).

در مـاده‌ی ۲۹ مقـررات مربـوط به آمـوزش بالینی دانشـگاه تهـران، پوشـیدن روپـوش سـفید بـرای دانشجویان الزامی اعلام شده و در فصل آیین‌نامه‌ی کیفر انتظامی، مجازات تخلف از مقررات و دستورات و انتظامـات و نظامـات بیمارسـتان به‌صـورت توبیخ شفاهی، توبیخ کتبی، توبیخ کتبی با درج در پرونده، نصـب آگهـی در دانشـکده، انفصـال از کارورزی تا اخراج دائم از دانشگاه اعلام شده است (۷۶).

۶- ۲. بعد از انقلاب اسلامی

اولین قانون در خصوص پوشش زنان، تحت ماده‌ی ۱۰۲ قانون تعزیرات در سـال ۱۳۶۲ تصویب شد (در حال حاضر به‌صورت تبصره‌ای به ماده‌ی ۶۳۸ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۵ الحاق شده است) و در مـاده‌ی ۴ قانـون، نحوه‌ی رسـیدگی به تخلفات و مجازات فروشـندگان لباس‌هایی که استفاده از آن‌ها در ملأ عام خلاف شـرع است بیان شده است. طبق این ماده کسـانی که وضـع لباس‌پوشـیدن و آرایش آنـان در انظار عمومی خلاف شـرع یـا موجب ترویج فسـاد یـا هتك عفـت عمومی باشـد قابـل توقیف و محاکمه هستند و تخلف از این موارد برای کارمندان عـلاوه بر مجازات مقرر در قانون، انفصال موقت تا دو سال و اخراج و انفصال از خدمات دولتی و محرومیت استخدام به مدت پنج سال نیز دارد.

وزارت کشـور طـی دو بخش‌نامه[1] مصادیق البسـه و علائـم غیرمجـاز را اعـلام کـرده که شـامل آرایش غیرمجاز، اسـتفاده از انواع وسـایل آرایشی از قبیل سـایه‌ی چشـم، رژ لـب و رژ گونـه، ریمل، روسـری غیرمجاز (نازك، کوتاه که موها و گردن را نپوشـاند)، شـلوارهای کوتـاه و انـواع جـوراب کوتـاه، گیپـور و عینك‌های نمایشی (گربه‌ای، خرگوشی، چراغ‌دار)، کراوات و پاپیون اسـت. نحوه‌ی مجازات متخلفان نیز در قانون به‌صراحت اعلام شده است (۵).

بدیهی اسـت شـرایط اعلامـی پوشـش در قوانین کشـوری، در داخل دانشگاه و مراکز آموزشی‌درمانی نیز باید رعایت شود؛ اما آنچه اکنون مشاهده می‌شود

1. شماره‌ی ۶۸۷۷ مورخ ۷۱/۲/۱۹ و بخش‌نامه‌ی ۱/۴/۲۹/۲۰ مورخ ۷۶/۴/۲

به علت دخالت بیش‌ازحد مقنن در اِعمال سلیقه‌ی شخصی افراد جامعه و تعارض بین حقوق فرد و جامعه، امروزه، این قوانین در خصوص پوشش مردم، به قوانین متروکه‌ای تبدیل شده‌اند به‌گونه‌ای که دخالت‌دادن ضمانت‌های اجرایی کیفری در حوزه‌ی قواعد رفتاری را مورد سؤال قرار داده‌اند. به همین دلیل به نظر می‌رسد دخالت دولت و حکومت در امر پوشش مردم به شرطی موفق خواهد بود که اول، متناسب با ارزش و کرامت والای انسان، قلمرویی حداقلی از آزادی‌های شخصی او را محفوظ بدارد و متفاوت‌بودن را بپذیرد؛ دوم، بستر فرهنگی صحیح در کنار ضمانت‌های اجرایی قهرآمیز ایجاد شود و در واقع جرم‌زدایی و کیفرزدایی شود؛ سوم، وقتی قانونی در این باره تصویب شد اغماض مجریان در اجرای آن به‌گونه‌ای نباشد که اصل قانون به سخره گرفته شود.

۷. ضوابط آراستگی مراکز دانشگاهی ایران بعد از انقلاب اسلامی

پس از تعطیل‌شدن رسمی دانشگاه‌ها و تشکیل ستاد انقلاب فرهنگی در سال ۱۳۵۹، روند تربیت و گزینش استاد و دانشجو و اسلامی‌کردن جو دانشگاه‌ها در چند مرحله انجام شد. ابتدا در تاریخ ۶۴/۵/۱ در بیست‌ونهمین جلسه‌ی شورای عالی انقلاب فرهنگی، آیین‌نامه‌ی انضباطی دانشجویان دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی تصویب شد.

در این آیین‌نامه، دانشجو مکلف شده در تمام مدت تحصیل، کارآموزی، کارورزی و دستیاری، آیین‌نامه‌ی انضباطی را رعایت کرده و عملی خلاف شئون و حیثیت دانشجویی انجام ندهد؛ ضمناً رسیدگی به رعایت‌نکردن پوشش اسلامی و تخلفات سیاسی و اخلاقی طبق ماده‌ی ۴ این آیین‌نامه در حیطه‌ی اختیارات و وظایف کمیته‌ی انضباطی قرار گرفت.

در تاریخ ۶۶/۵/۶ در جلسه‌ی ۱۲۱ شورای عالی انقلاب فرهنگی آیین‌نامه‌ی حفظ حدود و آداب اسلامی در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی به تصویب رسید که در فصل اول آن در حفظ حدود اخلاق اسلامی آمده است: «دانشجویان زن و مرد لازم است در کلاس‌های درس در دو ردیف جداگانه بنشینند، در بیمارستان‌های آموزشی و آزمایشگاه‌ها و بخش‌های تزریقات، بخش‌های زن و مرد جدا شده و تا حد امکان بیماران زن و مرد توسط همجنس مراقبت شوند. دانشجویان زن و مرد از سالن‌های تشریح و اتاق کامپیوتر و غیره تا حد امکان در نوبت‌های خاص و جداگانه استفاده کنند و کارهای گروهی خود را در گروه‌های مجزا انجام دهند مگر اینکه مجزاکردن منجر به مختل‌شدن کار و تعطیلی آن شود. در محیط‌های اداری دانشگاه‌ها از اختلاط غیرضروری زن و مرد جلوگیری شود تا جایی که منجر به اختلال و تعطیلی کارها نشود؛ مسئولان مرد باید از منشیان مرد استفاده کنند، اماکن عمومی مثل کتابخانه، خوابگاه و غذاخوری برای زنان و مردان جدا باشد، روابط میان استادان و دانشجویان و کارمندان مطابق مقررات دانشگاهی و ضوابط اخلاق اسلامی باشد و در صورت مشاهده‌ی خلاف آن بر مبنای اصل نهی‌ازمنکر به متخلف تذکر داده می‌شود و اگر تذکر مؤثر واقع نشود مراتب به مقامات مسئول دانشگاه اطلاع داده می‌شود. زنان در محیط کار و تحصیل از پوشش اسلامی استفاده کرده، از پوشیدن لباس تنگ و زننده و آرایش و تبرج

پرهیـز کننـد و مردان نیـز نباید از لباس‌هـای زننده اسـتفاده کنند و مسئول اجرای این آیین‌نامه رؤسای دانشگاه‌ها و مدارس عالی خواهند بود که می‌توانند به کمك کمیته‌های انضباطی یا هیئت‌های رسیدگی به تخلفات اداری به تخلفات رسیدگی کنند» (۷۷).

در تاریخ ۷۴/۴/۲۰ در جلسه‌ی ۳۵۴ شورای عالی انقـلاب فرهنگی آیین‌نامه‌ی انضباطی دانشـجویان تصویب شـد که در آن عدم رعایت پوشـش اسـلامی یا اسـتفاده از پوشـش یا آرایش مبتذل جزء تخلفات اخلاقـی نام برده شـده اسـت و دانشـجو را مکلف و موظـف به خودداری از ارتکاب اعمال خلاف شـئون دانشـجویی کرده اسـت و تنبیهـات لازم را درباره‌ی تخلـف در مـاده‌ی ۷ همیـن آیین‌نامـه از احضـار و اخطار شـفاهی تا اخراج از دانشگاه بیان کرده است (۷۸). همسـو با این هدف، «کمیته‌ی اسلامی‌کردن دانشـگاه‌ها» در سـتاد انقـلاب فرهنگی و براسـاس جلسـه‌ی ۴۰۲ شـورای عالـی انقـلاب فرهنگـی، «شـورای اسلامی‌شـدن» تشـکیل شـد. در تاریـخ ۷۶/۱۱/۱۴ اصـول و مبانـی و روش‌هـای اجرایـی گسـترش فرهنـگ عفاف تصویب شـد تا بـه احیاء و حفـظ فرهنگ اصیل اسـلامی در محیط‌های علمی و حفظ عفاف در مراکز آموزشی پرداخته شود (۷۷).

۸. ضوابط آراستگی در دانشگاه‌های علوم پزشکی

به دنبال نامه‌ی مقام معظم رهبری به وزیر بهداشت وقت، جناب آقای دکتر مرنـدی در ارتباط با نحوه‌ی ارائه‌ی خدمات و آموزش‌های پزشـکی در بخش‌های بیماری‌هـای زنـان و زایمان، برای اولین بار در سـال ۱۳۶۸، بخش‌نامه‌ی انطباق امور پزشـکی با موازین شرعی به دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز درمانی سراسـر کشـور ابلاغ شـد؛ سـپس مجدداً در سـال ۱۳۷۱ از طریـق معاونت فرهنگی حقوقی و مجلس، بخش‌نامـه‌ای بـا محتـوای تأکیـد بـر اجـرای آن به دانشـگاه‌های مذکور ابلاغ شـد. آیین‌نامه‌ی انطباق امـور فنی پزشـکی با موازین شـرع مقدس به‌صورت مجلـد در مهرماه سـال ۱۳۷۲ توسـط معاونت امور فرهنگی، حقوقی و مجلس وزارت بهداشـت و درمان و آموزش چاپ شـد که در بخـش دوم این آیین‌نامه، توضیحاتـی درباره‌ی پوشـش کارکنـان و بیماران در اتاق عمل ارائه شـده اسـت. طبق ماده‌ی ۴ پوشش کارکنان مرد، شـلوار بلند تا مچ پا با گشـادی مناسب (حداقل پانزده سانتی‌متر)، قد پیراهن تا روی باسن با گشـادی مناسب، قد آستین تا ده سانتی‌متر بالاتر از آرنـج، یقه‌ی گـرد (کاملاً دور گردن) با شـکافی به طـول ده تا پانزده سـانتی‌متر در جلو که با سـجافی پنج سـانتی‌متری روی هم قرار گیرد و کلاه مناسـب که تمام موها و سر را بپوشاند و کفش مخصوص اتاق عمل (پوتین با رنگ سـفید) اعلام شد. طبق ماده‌ی ۵ همین آیین‌نامه، پوشش خانم‌ها به‌صورت شلوار با همان مشخصات، مانتوی گشاد و بلند تا سر زانو، قد آسـتین تا مچ و سـر مچ‌ها که باید به‌صورت کش‌باف جمع شود و یقه‌ی گردن همانند یقه‌ی آقایان، مقنعه به رنگ مناسـب تا روی سـینه که بـا دکمه‌های مانتو ثابت شـود، جـوراب سـفید ضخیم و سـاده و کفش مخصوص (مشابه کفش آقایان) است.

بنابر مواد ۲۱تا۳۰ بخش سوم این آیین‌نامه، رعایت پوشش کامل اسلامی برای کارکنان زن و مرد الزامی است و استفاده از هرگونه زینت‌آلات و لوازم آرایشی و مواد معطر و همچنین، داشتن ناخن بلند و استفاده

از بـرق ناخن بـرای کارکنان زن اکیداً ممنوع اسـت. همچنین در این بخش آمده اسـت کـه رفتار و گفتار همـکاران زن بایـد بسـیار متیـن و موقـر و در حدود انجام وظایف محوله باشـد. رفتار و گفتار کارکنان زن و مـرد در حین انجـام‌دادن عمل جراحـی نیز باید با رعایت شئونات اسلامی باشد (۷۹).

از سـویی نیـز در مـاده‌ی ۳ آیین‌نامـه‌ی انتظامـی رسـیدگی بـه تخلفـات صنفـی و حرفه‌ای شـاغلین حرفه‌هـای پزشـکی و وابسـته چنین آمده اسـت که «شـاغلان حرفه‌هـای پزشـکی و وابسـته بایـد طبق موازیـن علمی و شـرعی و قانونی و نظامـات دولتی صنفـی و حرفـه‌ای انجام وظیفـه کـرده و از هرگونه سـهل‌انگاری در انجام وظایف قانونی بپرهیزند.» در مـاده‌ی ۶ آیین‌نامـه‌ی مذکور بیان می‌شـود «انجام امور خلاف شـئون پزشکی توسـط شاغلان حرفه‌ای پزشـکی ممنوع اسـت و باید از ارتـکاب کارهایی که موجـب هتـك حرمـت جامعه‌ی پزشـکی می‌شـود خودداری کنند» (۸۰).

از میـان دانشـگاه‌های علوم پزشـکی ایـران، فقط دانشـگاه علـوم پزشـکی شـیراز و مازنـدران دارای کـد آیین‌نامـه‌ی اجرایی «پوشـش مناسـب و اخلاق حرفه‌ای» در محیط‌های آموزشـی و بالینی هسـتند کـه آیین‌نامه‌ی مذکـور در شـیراز در تاریخ ۸۷/۶/۷ در هیئت رئیسـه‌ی دانشـگاه (۸۱) و در مازندران در اول مهرماه سـال ۱۳۸۹ تصویب شـده است (۸۲). مصوبه ششمین نشست دوره چهارم شورای دانشگاه علوم پزشـکی تهران مـورخ ۹۳/۳/۲۵ نیز راهنمای «راهنمای پوشـش حرفه‌ای» اسـت. این آیین‌نامه‌ها شـامل کلیات، نحـوه‌ی پوشـش، موازیـن رفتاری و چگونگـی نظـارت بـر اجـرا و پیگیری مـوارد تخلف آیین‌نامه است و مفاد آن در خصوص نحوه‌ی پوشش و رفتار و زیورآلات مانند دانشگاه‌های معتبر دنیاست؛ البته آیین‌نامه‌ی این دو دانشـگاه‌ها با دانشگاه‌های کشـورهای دیگـر تفاوت‌هایـی دارند کـه عبارت‌اند از: اسـتفاده از مانتـو و مقنعـه و رعایـت شـئونات و ضوابط شـرعی در پوشـش خانم‌ها و در درجه‌ی بعد آقایان، جویدن آدامس در حضور اسـتادان، پرسنل، کلاس درس و آزمایشـگاه‌های آموزشـی و بیمـار. در کشـورهای دیگر عـلاوه بر این مـوارد، ممنوعیت جویدن آدامس در حضور بیماران و در تماس با عموم اهمیت بیشـتری دارد. در هر دو دانشگاه مسئولیت نظارت به عهده‌ی رئیس و معاون آموزشـی است؛ اما در دانشگاه مازندران کارشناسان آموزشی‌دانشجویی دانشکده نیز مسئولیت این‌کار را بر عهده دارند.

در دانشگاه‌های دیگر کشور فقط آیین‌نامه‌ی عفاف و حجاب وجود دارد که در آن پوشش شرعی متناسب با ضوابط الزامی اسـت. اخیراً معاونت دانشـجویی و فرهنگی وزارت بهداشـت و درمان و آموزش پزشکی بـه تهیه و ابـلاغ آیین‌نامه‌ی رفتار و پوشـش حرفه‌ای دانشجویان اقدام کرده است.[۱]

۹. لباس و نوع پوشش از منظر اسلام

قـرآن مبحـث پوشـش را در ضمن آیـات مربوط به آفرینش انسـان اولیه، حضرت آدم، آورده است و آن را به‌عنوان نعمـت الهی از طرف خدا معرفی می‌کند (۸۳): «یـا بَنِـی‌آدَمَ قَـدْ أَنْزَلْنَـا عَلَیکمْ لِبَاسًـا یوَارِی سَـوْءَاتِکمْ وَ رِیشًـا وَ لِبَاس التقْوَیَ ذَلِكَ خَیرٌ ذَلِكَ مِنْ آیـاتِ اللهِ لَعَلهمْ یذکرونَ»[۲]: «هـان ای فرزندان آدم!

۱. در تاریخ نگارش این درس‌نامه، آیین‌نامه‌ی پوشش ابلاغ نشده بود.
۲. قرآن کریم، سوره‌ی اعراف، آیه‌ی ۲۶.

ما برای شما جامه‌ای فرو فرستادیم که اندام شما را پوشیده می‌دارد و [جامه‌ای که برایتان زیبایی و] زینتی است، و جامه‌ی پرواپیشگی است که از هر [جامه و پوششی] بهتر [و پرشکوه‌تر] است این از نشانه‌های [قدرت] خداست، باشد که به خود آیند [و پند گیرند].»

«وَ اللـه جَعَلَ لَکمْ مِما خَلَقَ ظِلالاً وَ جَعَلَ لَکمْ مِنَ الْجِبالِ أَکْناناً وَ جَعَلَ لَکمْ سَرابِیلَ تَقِیکمُ الْحَرَ وَ سَرابِیلَ تَقِیکمْ بَأْسَکمْ کَذلِکَ یتِم نِعْمَتَه عَلَیکمْ لَعَلَکمْ تسْلِمونَ»[1]: «خداوند آنچه را آفریده است برای شما سایه‌ای قرار داده و از کوه‌ها پناهگاهی برای شما ساخته و برایتان لباسی را آفریده که شما را از گرما و جنگ حفظ می‌کند و این چنین نعمتش را بر شما تمام می‌کند شاید که تسلیم شوید.» بنابراین، قرآن لباس را به‌عنوان یك نعمت الهی معرفی کرده و برای آن ویژگی‌هایی را بیان داشته است (۸۳):

- لباس، پوشاننده‌ی عیوب و زشتی‌هاست: «یا بَنِی‌آدَمَ قَدْ أَنزَلْنَا عَلَیکمْ لِبَاسًا یوَارِی سَوْءَاتِکمْ...»؛
- لباس مایه‌ی زیبایی، زینت انسان و آراستگی و موجب حفظ حیثیت وی است (۸۴): «یا بنی‌آدم قد انزلنا علیکم لباساً سَوْءَاتِکمْ و ریشاً...»؛
- لباس موجب حفظ بدن در برابر سرما و گرما و سختی‌ها و عوارض طبیعی است (۸۴): «و جعل لکم سرابیل تقیکم الحر... ».

بنابراین، پوشش انسان، به اندازه‌ی تاریخ آفرینش او قدمت دارد و استفاده‌ی صحیح و مناسب از این نعمت الهی، شکر نعمتی است که در قرآن کریم و روایات بر آن تأکید شده است تا زمینه‌ی رشد شخصیت فردی و اجتماعی انسان فراهم شود (۸۳).

استفاده‌ی نامناسب از لباس، انحراف از فلسفه‌ی وجودی آن است (۸۴). بر طبق روایات لباس، نماد و سمبل اعتقاد انسان است و زبان گویای اوست که از سرّ درون انسان پرده برمی‌دارد (۸۳) و به مثابه هویت اوست (۸۵). در واقع، لباس با نفس انسان ارتباط نزدیکی دارد، هم حجاب نفس است و هم مایه‌ی ظهور و انکشاف آن (۸۵)؛ بنابراین، در روایات حتی نسبت به جنس و رنگ و شکل لباس حساسیت نشان داده شده است (۸۳).

لباس‌پوشیدن نوعی قانون و دستور دینی است و انسان براساس دستورات دینی خود، به پوشیدن لباس متناسب اقدام می‌کند. لباس نشانگر ارزش‌ها و روش‌های زندگی فرد و اجتماع است و آیینه‌ای از نگرش‌ها و بینش‌هاست و تجلی‌گاه روحیات حاکم بر آن قوم است (۸۳).

۹- ۱. ویژگی‌های لباس از نظر روایات

در روایات برای رنگ و جنس و شکل لباس مناسب ویژگی‌هایی بیان شده است:

۹- ۱- ۱. رنگ لباس

رنگ‌ها علاوه بر شکوه و زیبایی که به لباس‌ها می‌دهند، در کاربرد اجتماعی نیز انعکاسی از ارزش‌های پذیرفته‌شده و فرهنگ مردم جامعه هستند (۸۵). اثر رنگ بر بینندگان، یك موضوع علمی ثابت‌شده است. تنوع رنگ‌ها، از حکمت خداوند حکایت می‌کند و ترکیب رنگ‌ها به زندگی تنوع می‌بخشد. رسول‌الله(ص) فرموده‌اند: «اِلبِسوا البَیاض فَانه اطیب و اَطهَر»؛ یعنی «لباس سفید بپوشید که آن طیب‌تر و پاک‌تر است» (۸۴). رنگ سفید دارای آثار مفرح و نشاط‌آور است و در روح و جسم انسان اثر سلامت‌بخشی دارد (۸۴)؛ زیرا رنگ

۱. قرآن کریم، سوره‌ی نحل، آیه‌ی ۸۱.

سـفید کمتـر از رنگ‌هـای دیگـر نور جـذب می‌کند (۸۳). همچنین، آلودگی و چرکی را به‌سرعت نمایان می‌کند و انسـان را به تمیزکـردن آن و رعایت نظافت وامی‌دارد.

در آیات قـرآن و روایات به تأثیـر رنگ‌های دیگر هم اشاره شده است:

- «إنَّها بَقَرَة صَفْرَاء فَاقِعٌ لوْنهَا تَسـر الناظِرِينَ»[۱] «آن ماده‌گاوی اسـت زرد یك‌دسـت و خالـص، که رنگش بینندگان را شـاد می‌کند.» رنـگ زرد، زنده و فعال و محرك است و مایه‌ی سرور و شادمانی انسان می‌شود (۸۳).

- «وَ یلْبَسـونَ ثِیاباً خضْراً مِنْ سنْدسٍ وَ اِسْتَبْرَقٍ»[۲]: «و لباس‌هایی سـبزرنگ و زیبا از دیبای نازك و دیبای سـتبر، در بر می‌کنند.» رنگ سـبز، حد واسـط بین رنگ‌هاست و اثری ملایم و آرام‌بخش دارد. سبز رنگ مناسـب زندگی اسـت و به‌عنـوان لباس بهشـتی‌ها نیز بیان شـده اسـت: «متکِئِینَ عَلَی رَفْـرَفٍ خضْرٍ وَ عَبْقَرِی حِسَـانٍ»[۳]: «بر بالش سـبز و فرش نیکو تکیه زده‌اند» (۸۳).

البته اسـتفاده از بعضی رنگ‌هـا نیز به خاطر اثرات سـوء آن‌ها، توصیه نشـده است. رنگ سـیاه یکی از رنگ‌هایی است که نباید در لباس‌ها به کار برود. امام علـی(ع) می‌فرماید: «لَا تَلْبَسـوا السـوَادَ فَإنه لِبَاس فِرْعَـوْنَ»: «لبـاس سـیاه نپوشـید که لبـاس فرعون است.» رنگ سـیاه بر حالات روانی انسان آثار منفی دارد؛ زیرا سیاهی نماد فقدان و کمبود است و انسان را از حالت‌های نشاط و سرور باز می‌دارد (۸۳). البته در احادیث داریم که لباس سیاه مکروه است مگر در سه مورد کفش، عمامه، عبا یا قبا[۴]، [۵].

۹- ۱- ۲. جنس لباس

جنس لباس اثرات گوناگونی بر سلامت جسم و روح انسان دارد. تماس مستقیم لباس با بدن می‌تواند در سـلامت انسان، آثاری سـریع و دائمی ایجاد کند که در ادامه به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود (۸۳):

الف. تولید و انتقال بـار الکتریکی: برخی لباس‌ها همچـون لباس‌هـای نایلونی ضخیم که در زمسـتان از آن‌ها اسـتفاده می‌کنیـم مولـد و انتقال‌دهنده‌ی بار الکتریکی هسـتند. افزایش بار الکتریکی در بدن موجب افزایش رفتار غیرارادی، عصبانیت و اضطراب می‌شـود؛ پس لباسی که بار الکتریکی کمتری تولید کنـد بـرای پوشـش مناسـب‌تر اسـت. ایـن نکته در ارتباط با پوشاندن سر، بیشتر اهمیت دارد و خانم‌ها باید برای روسـری از جنسی استفاده کنند که دارای بـار الکتریکی کمتـری باشـد (۸۳). بعضی لباس‌ها خودشـان بار الکتریکی تولید نمی‌کننـد ولی عامل انتقال آن به بدن هستند و بارهای الکتریکی موجود در طبیعت را به بدن منتقل می‌کنند. برخی لباس‌ها نیـز رطوبـت را جـذب می‌کننـد و موجـب تخلیه‌ی بـار الکتریکی در بدن می‌شـوند و موجب سسـتی و بی‌حالی می‌شـوند. کراهت مرطوب‌کـردن لباس در ماه مبارك رمضان به همین دلیل است (۸۳).

در برخی روایات سـفارش شـده که لباس پنبه‌ای و کتانی بپوشـید. از امیرمؤمنان(ع) بازگو شده است: «اِلبِسـوا ثِیـابَ القطـنِ فَانه لِبـاس رَسـول‌الله و هوَ لِباسنا»: «لباس پنبه‌ای بپوشید که آن، لباس پیامبر خدا و لبـاس ما [اهل بیت] اسـت.» امام صادق(ع)

۱. قرآن کریم، سوره‌ی بقره، آیه‌ی ۶۹.
۲ قرآن کریم، سوره‌ی کهف، آیه‌ی ۱۳.
۳ قرآن کریم، سوره‌ی الرحمن، آیه‌ی ۹۶.
۴. کلینی، فروغ کافی، جلد ۶، کتاب الزی و التجمل، باب لبس السواد، روایت ۱، صفحه ۴۴۹.
۵. وسائل الشیعه، جلد ۳، اب کراه الصلاه، صفحه ۲۸۰.

می‌فرمایند: «الکنان مِن لباسِ الانبیاءِ وَ هوَ ینبت اللحمَ»؛ یعنی «لباس کتان از لباس‌های انبیاست و آن موجب [صحت و سلامت و] روییدن گوشت است» (۸۶).

ب. قابلیت نفوذ پوشاك: دومین خصوصیت جنس لباس مربوط به قابلیت نفوذپذیری آن است. پوست بدن علاوه بر اینکه اعضای درونی بدن را می‌پوشاند، سه وظیفه‌ی مهم جذب اکسیژن، دفع سموم و تعریق را برای بدن انجام می‌دهد. جذب اکسیژن از طریق پوست ویژگی انسان نیست؛ بلکه حیوانات و نباتات هم از این ویژگی برخوردارند. پوست نه فقط جذب اکسیژن، بلکه دافع بعضی از سموم یا مواد زاید شیمیایی موجود در بدن نیز است و با عمل تعریق مواد زاید بدن را خارج می‌کند. بعضی از لباس‌ها مانع رسیدن اکسیژن به پوست می‌شوند و تنفس پوستی کمتری انجام می‌شود (۸۳).

ج. بازتاب و دفع تشعشعات درونی و بیرونی: جنس لباس، در سلامتی و رفاه و تأمین آسایش و طول عمر انسان اثر مستقیم دارد. بدن انسان در اثر فعالیت‌های جسمی حرارت فراوانی را تولید می‌کند. اگر لباس بتواند این حرارت و انرژی مازاد بر نیاز بدن را به‌طور مناسب دفع کند، مایه‌ی سلامتی و رفاه است و اگر نتواند این انرژی را دفع کند به‌عنوان سم در بدن باقی می‌ماند و سلامتی انسان را به خطر می‌اندازد» (۸۳). ائمه نیز بر مبنای این حکمت برای انتخاب لباس توصیه‌هایی کرده‌اند: «قال الصادق(ع): یلبس الرجل الحریر و الدیباج الا فی الحرب»: «انسان لباس ابریشم نازك و ضخیم جز در جنگ نمی‌پوشد.»

۹- ۱- ۳. شکل لباس

شکل پوشاك در زندگی انسان آثار بهداشتی و اجتماعی و اخلاقی دارد؛ به‌ویژه در زمان ما که پوشاك نماد و سمبل تفکر و اعتقاد پوشنده‌ی آن است. بلندپروازی انسان سبب تغییر و تحول در شکل پوشاك شده است. انسان استعداد کمال‌طلبی دارد و به دنبال پوشیدن مدل‌های جدید لباس است؛ اما این روحیه وقتی حالت انفعالی و تقلیدی به خود می‌گیرد به یك ابزار ویرانگر تبدیل می‌شود و انسان را به مدپرستی و تقلید از دیگران سوق می‌دهد. همانندسازی و «تشبه» در یک فرهنگ، وسیله‌ای برنده در دست فرهنگ مهاجم است و زمینه‌ی ازبین‌رفتن فرهنگ ملی را فراهم می‌کند. امام صادق(ع) در این باره می‌فرماید: «أَوْحَی الله إِلَی نَبِی مِنَ الْأَنْبِیاءِ أَنْ قلْ لِقَوْمِكَ لَاتَلْبَسوا لِبَاسَ أَعْدَائِی وَ لَا تَطْعَموا مَطَاعِمَ أَعْدَائِی وَ لَاتشَاكِلوا بِمَا شَاكَلَ أَعْدَائِی فَتَكونوا أَعْدَائِی كَمَا همْ أَعْدَائِی» (۸۳): «خداوند به یکی از پیامبرانش وحی فرمود که به قومت بگو لباس دشمنان مرا نپوشند و غذای دشمنان مرا نخورند و خود را به شکل دشمنان من در نیاورند (یعنی به شکل مشرکان و کفار)؛ چون اگر این کار را بکنند، آن‌ها هم دشمنان من هستند. همان‌طوری که آن کفار و مشرکان دشمن من هستند.» همچنین، ایشان روایتی از امام علی(ع) نقل می‌کنند که در آن فرموده‌اند: «لاتَزال هذهِ الامة بخیرٍ ما لَم‌یلبِسوا لِباسَ العَجم، و یطعِموا أطعِمة العَجمِ، فَإذا فَعَلوا ذلكَ ضَرَبَهم الله بالذل»؛ «این امت همیشه در نیك‌بختی به سر برند تا وقتی که لباس بیگانگان را نپوشند و غذای بیگانگان را نخورند؛ اما وقتی چنین کردند خداوند آنان را به خواری اندازد.» و بر این نکته

تأکید می‌کند که تقلید و همانندسازی، زمینه‌ی ازبین‌رفتن فرهنگ بومی را فراهم می‌سازد (۸۳).

۹- ۲. آراستگی از دیدگاه معصومان(ع)

آراستگی در برقراری و استحکام روابط مؤثر است و پیشوایان ما به اهمیت آن اشاره داشته و خود پیش از هر شخص دیگری به آن مقید بوده و از محبوبیت آراستگی نزد خداوند خبر داده‌اند: «اللّه یحِب الجمالَ و التجمیل و یکره البؤسَ و التباؤسَ»: «خداوند زیبایی و آراستن را دوست دارد و از نپرداختن به خود و خود را ژولیده نشان‌دادن، کراهت دارد. پیامبر اکرم(ص) نیز می‌فرماید: «ان اللّه یحِب مِن عبیده اذا خرج الی اخوانه ان یتَهَیأَ لهم وَ یتَجَملَ»: «خداوند دوست می‌دارد که چون بنده‌اش به سوی برادرانش بیرون می‌آید، خود را برای آن‌ها آماده و زیبا سازد» (۸۷)؛ بنابراین، اگرچه آراستگی از آداب فردی به شمار می‌رود، در بطن آن، توجه به اطرافیان نیز در نظر گرفته شده است؛ زیرا یك فرد مسلمان باید به احساسات و انتظارات اطرافیان خود توجه داشته باشد. در واقع، شاید بتوان گفت آراسته‌بودن در مقابل دیگران، یکی از حقوق اجتماعی طرف مقابل است (۸۸). آراستگی خود بر دو نوع است: روحی و ظاهری (۸۷). آراستگی روح یا باطن را می‌توان به سه بخش تقسیم کرد (۸۷):

الف. آراستگی اندیشه: این آراستگی را می‌توان به سه زینت اساسی خلاصه کرد: علم و حکمت و ادب (۸۷). امام علی(ع) می‌فرمایند: «العلم زین الأغنیاء وغنی الفقراء»: «دانش زینت‌دهنده‌ی ثروتمندان و بی‌نیازکننده‌ی فقراست (منظور از ثروتمندان، عالمان و منظور از فقرا جاهلان هستند.)» همچنین ایشان در حدیثی دیگر فرموده‌اند: «العلم اشرف حلیة و عطیة»؛ یعنی «دانش والاترین زیور و هدیه است.» درباره‌ی حکمت نیز آمده است: «علیک بالحکمة فانها الحلیة الفاخره»: «حکمت زیوری است گرانبها که بر تو لازم است آن را به دست آوری.» حکمت به معنای قوه‌ی تمییز بین زشت و زیبا و عنصر حرکت‌دهنده‌ی انسان به سوی نیکی‌ها و بازدارنده‌ی او از بدی‌هاست. همچنین امیرالمؤمنین(ع) درباره‌ی ادب می‌فرمایند: «احسن الادب زینة العقل»: «ادب نیکو، زیور و زینت خرد و عقل است.»

ب. آراستگی گفتار: منظور از آراستگی در گفتار، دروغ‌نگفتن، ناسزانگفتن، دشنام‌ندادن، غیبت‌نکردن، تهمت‌نزدن، آبرونریختن و مانند این‌هاست (۸۷).

ج. آراستگی رفتار: منظور از آراستگی در رفتار، انصاف، وفا و بردباری، سخاوت و... است. در این زمینه روایات فراوانی وجود دارد؛ برای مثال امام صادق(ع) می‌فرماید: «رأیت الوفاء یزَین الرجال»: «چنین است که وفا، مردان را زینت می‌دهد.» امام علی(ع) می‌فرماید: «و زین المصاحبة الاحتمال»؛ یعنی «زینت دوستی، تحمل است.» ایشان همچنین فرموده‌اند: «السخاء یکسِب المَحَبة و یزَین الاخلاقَ»: «سخاوت محبت می‌آورد و اخلاق را زینت می‌بخشد» (۸۷).

اما در آراستگی ظاهری بیشتر به پاکیزگی، رسیدگی به ظاهر، اجتناب از ژولیدگی و نامرتب‌بودن اشاره شده است و هدف از آن منظم و مرتب‌بودن است (۸۸). تمیزی و پاکیزگی علاوه بر تأثیر بر سلامت شخصی و اجتماعی انسان، موجب دلپذیری و جلب

نظـر بیننده می‌شـود. تمیزی یکی از خواسـته‌های فطری انسـان است و با سرشـت انسان آمیخته شده اسـت و در کلام معصومـان(ع) پاکیزگـی جزئـی از ایمان اسـت؛ چنان‌که پیامبر اکـرم(ص) می‌فرماید: «النظافـة من الایمـان»: «پاکیزگی جزئـی از ایمان اسـت»؛ یعنی یکی از نشـانه‌های مؤمن، پاکیزگی و آراستگی اسـت. همچنین، امام رضا(ع) می‌فرماید: «مِـنْ اَخْلاقِ الأنبیاء التنَظـف»: «پاکیزگی از اخلاق انبیاسـت.» در حدیثـی از قـول پیامبـر اکـرم(ص) درباره‌ی شـخصی آلوده چنین آمده است: «ان الله تعالـی یبغِـض الوَسِـخَ و الشَـعِثَ»: «خداوند متعال شخص آلوده و ژولیده را دشمن می‌دارد» (۸۷).

بدین‌ترتیـب، در متون اسـلامی ضمن سـفارش به حفـظ وقـار و خوش‌خویی بر پوشـش لبـاس تمیز و سـفید تأکید شده و روایت شـده است نه‌تنها سخن، نـگاه، نشـاط، انبسـاط، انقبـاض و دیگـر حـالات گوناگون طبیب در بیمار اثری بسزا دارد، بلکه لباس سـفید طبیـب نیز سـبب شـکفتگی بیمار می‌شـود چنان‌که سیاه موجب گرفتگی او (۸۹).

۱۰. جمع‌بندی

دانشگاه محل تحصیل علم و دانش و معرفت است و برای تربیت دانشـجویان و شـکل‌گیری شـخصیت انسـانی در آنان، باید برنامه‌های مدون داشته باشد. این امر، دانشـگاه‌های جهان را بر آن داشته است تا ضوابط و مقرراتی را برای پوشـش و آراسـتگی تدوین کننـد و بدین‌وسـیله وقار و شـأن و منزلت اجتماعی حرفه‌مندی را بـه نمایش بگذارنـد. ازآنجاکه ضوابط پوشش در این کشورها آزادتر از جامعه‌ی ایران است، مراکز آموزشی دانشگاهی به‌ویژه در حرفه‌ی پزشکی تـلاش می‌کنند تـا ارزش‌های اصیـل حرفه‌مندی را بـه دانشـجویان با هر زمینـه‌ی فرهنگـی و اعتقادی منتقل کنند و در این میـان پایبندی به رعایت ظاهر حرفه‌ای و متناسـب با شأن اجتماعی و درك اهمیت آن را از مبانی تثبیت حرفه‌مندی دانسـته، به آموزش آن همـت می‌گمارنـد. از طرفی، با توجـه به ماهیت ارتباطی در رشته‌ی پزشکی، با تدوین ضوابط پوشش و آراسـتگی مبتنـی بر ارزش‌های حرفه‌ی پزشـکی و شواهد علمی تلاش می‌کنند سطح سلامت جامعه را ارتقا دهند؛ بنابراین، هدف از کد پوشش محدودیت آزادی نیست، بلکه تأمین راحتی بیمار، ایجاد ارتباط مؤثـر درمانـی، افزایـش اعتمـاد و اطمینـان بیمار، احترام به دیگـران، ایمنی بیمار و پزشـکان و ارائه‌ی بهترین خدمات سلامتی به جامعه است.

در ایران از همان ابتدای انقلاب اسـلامی به ایجاد ارزش‌های اصیل اسـلامی در جامعه پرداخته شـده است. با توجه به غنای مذهب اسلام در توجه ویژه به پوشش و آراستگی و شـرافت علم پزشکی، باید برای حفـظ ایـن ارزش‌ها و تقویـت آن‌ها در دانشـگاه‌ها، تلاش کـرد و بـه منظـور سـعادت جامعـه، تربیت و تزکیه‌ی پزشـکان را در کانون توجه قـرار داد. تدوین و تبیین ضوابط آراستگی حرفه‌ای با ضمانت اجرایی و مطابق با فرهنگ و شرایط جغرافیایی منطقه، برای دستیابی به هدف پیش‌گفته راهگشا بوده و می‌تواند پاسـخ‌گوی نیاز مذهبی و فرهنگی جامعه باشـد؛ از دیگر سـو، بازبینی متناوب ایـن ضوابط نیز ضروری است.

توضیح نمونه

ازآنجاکه ظاهر حرفه‌ای افـراد در حقیقت تصویری از آن حرفـه را ایجـاد می‌کنـد و در حرفه‌ی پزشـکی

باعث برقراری ارتباط مناسب با بیمار، اعتماد بیمار به پزشک، راحتی بیمار در برخورد با گروه پزشکی و افزایش پیروی او از دستورات پزشک می‌شود و در تأمین سلامت بیمار و گروه پزشکی نقش اساسی دارد؛ بنابراین، به عهده‌ی گروه پزشکی است که در تحقق این تصویر حرفه‌ای کوشا باشند. در این باره نیز انتظار و پیش‌فرض مردم از پزشك، تناسب ظاهری او با حرفه‌ی پزشکی است؛ اغلب افراد روپوش سفید را نماد پزشکی می‌دانند. پزشك مربوطه باید با روپوش سفید پزشکی، بدون عطر (به علت تداخل در وظایف و نیز احتمال ایجاد مشکلات تنفسی برای بیماران آسماتیك و غیره) و با ظاهر و موهای مناسبی که در شأن پزشکی و تجلی حرفه‌مندی است اقدام به معاینه‌ی بیماران کند.

منابع

۱. متین، پیمان. (۱۳۸۶). پوشاك ایرانیان. تهران: دفتر پژوهش‌های فرهنگی، صص۱تا۳۰.

۲. شایسته، نیلوفر. (۱۳۸۹). «چه بپوشیم؟ چگونه بپوشیم؟». دست‌یافتنی در پایگاه اطلاع‌رسانی هفته نامه‌ی سپید

Available at http://salamatiran. com/NSite/FullStory/ ?Id= 41147&type=3 (accessed in 2010)

۳. غیبی، مهرآسا. (۱۳۸۷). هشت هزار سال تاریخ پوشاك اقوام ایرانی. تهران: هیرمند، صص۱۴تا۱۸.

4. de la Garza-Villaseñor, Lorenzo. (2010). “Origin of Three Symbols in Medicine and Surgery”. Cir Cir,78 (4), P. 362-368.

۵. اسدی، لیلا. (۱۳۸۴). «بررسی قوانین کیفری ایران در امر پوشش مردم». ندای صادق، دوره‌ی۱۰، ش۴۰، صص۴۸تا۷۳.

6. Brandt, Lawrence J. (2003). “On the Value of an Old Dress Code in the New Millennium”. Arch Intern Med, 163 (11), P. 1277-1281.

7. Rothschild, Henry & et al. (1989). “Medical Conundrums: Dress Code: Are They Appropriate for Medical Education?”. Am J Med Sci, 297 (4), P. 265-270.

۸. قاسم‌زاده، نازآفرین و همکاران. (۱۳۸۷). «مروری بر کدهای پوشش و آراستگی پزشکان و دانشجویان و نقش اخلاقی و اجتماعی این کدها در آسایش پزشکان و اعتماد بیماران»، در: خلاصه‌ی مقالات دومین کنگره‌ی کشوری اخلاق پزشکی قم. صص۶۲و۶۳.

9. Hochberg, MS. (2007). “The Doctor's White Coat - an Historical Perspective”. Virtual Mentor, 9 (4), P. 310-314.

۱۰.. ویلیامز، جان رنلد. (۱۳۹۰). انجمن جهانی پزشکی: دست‌نامه‌ی اخلاق پزشکی. ترجمه‌ی نازآفرین قاسم‌زاده و نریمان سپهروند، رشت: گپ، ص۲۷.

۱۱. بی‌نام. (بی‌تا). تعهد حرفه‌ای پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی تهران.

12. Bumgarner, Gary W. & et al. (2007). “Using the Humanities to Strengthen the Concept of Professionalism among First-Professional Year Pharmacy Students”. Am J Pharm Educ, 15, 71 (2), P. 28.

13. Rowland, Pamela A. & et al. (2005). “Factors Affecting the Professional Image of Physicians”. Curr Surg, 62 (2), P. 214-219.

14. The University of Texas Medical School at Houston. (ND). Demeanor and Dress Standards. Available at http://med. uth. tmc. edu/students-current/policy-dress-code. html. (accessed in 2010).

15. Arkansas State University. (ND). “Arkansas State University College of Nursing & Health Professions Clinical Laboratory Science Department”. Student Handbook. Available at http://www. astate. edu/college/conhp/departments/clinical-laboratory-sciences/files/CLS Student Handbook 2011-12.pdf. (accessed in 2010).

16. The Ohio State University. (ND). Clinical Dress Code. Available at http://studentweb. con. ohio-state. edu/sa/Graduate Admit Entry Packet/Clinical_Dress_Code. pdf. (accessed in 2010).

17. Nonyang Technoligical University. (ND). Dress Code for Staff and Students on Campus. Available at http://www. ntu. edu. sg/SAO/Pages/DressCodeforStaffandStudentsonCampus. Aspx. (accessed in 2010).

18. University of Bristol. (ND). COMP2 UNIT MEDICINE FOR OLDER PEOPLE, DERMATOLOGY, PRIMARY CARE. Block 2, 2012-2013. Available at http://www. bristol. ac. uk/primaryhealthcare/docs/teaching/

handbooks/year4comp2handbook. pdf. (accessed in 2010).

19. Woolwine, H. (ND). “Dress Code will Help Identify Health Care Role”. Medical Center Dress Code (MUSC) Medical University of South Carolina. Available at https://depthtml. musc. edu/catalyst/2005/co10-28dress. Html. (accessed in 2010).

20. University of Bristol. (2011). Rules, Policies & Procedures. v. 2. Available at http://www. bristol. ac. uk/medical-school/staffstudents/rulesandpolicies/rulesandpolicieshandbook11-12. pdf. (accessed in 2010).

21. “Saint Elizabeth Regional Medical center”. Lincoln Nebraska. Personnel Policy Manual. Dress Code. Available at www. saintelizabethonline. com/downloads/HR/1110_Dress_Code. Doc. (accessed in 2010).

22. Virginia Tech Carilion School of Medicine and Research Institute. (ND). Virginia Tech Carilion School of Medicine, Student Handbook 2011-2012. Available at www. vtc. vt. edu/education/... /2011-2012_Student_Handbook. pdf. (accessed in 2010).

23. University College Dublin. School of Medicine and Medical Science. (ND). Dress Code for Clinical Areas. Available at http://www. ucd. ie/t4cms/Clinical_Dress_Code_logo. pdf. (accessed in 2010).

24. Texas A&M. Health Science Center. College of Medicine Center. (ND). Handbook for College of Medicine Students. Available at http://www. tamhsc. edu/about/accreditation/sacs/docs/handbooks/COM_Student_Handbook. pdf. (accessed in 2010).

25. Loma Linda University. (ND). Operating Procedure Category: Human Resource Management Subject: Administrative Directive for Dress and Appearance. Available at http://www. llu. edu/pages/handbook/lluahsc_policies/I-Human درصد20Resource درصد20Management/I-07A درصد20Admin درصد20Directive درصد20and درصد20Dress درصد20for درصد20Appearance. pdf. (accessed in 2010).

26. University of Adelaide. (ND). Third Year Medicine Clinical Skills Program Student Handbook. Available at https://future.ask.adelaide.edu.au/app/answers/detail/a_id/2671/~/medicine-program-structure-and-curriculum. (accessed in 2010).

27. “Stanford University. Stanford Hospital and Clinics. Dress Code Guideline”. (ND). Available at http://stanfordhospital. org/clinicsmedServices/medicalServices/rehabilitation/interns/dressCodeGuidelines. Html. (accessed in 2010).

28. University of Ottawa. (ND). Appropriate Appearance at Clinical Encounters. Available at http://www. med. uottawa. ca/electives/assets/documents/1sr-2nd درصد20appropriate درصد20-20 درصد20elective درصد20yr درصد20appearance. Pdf. (accessed in 2010).

29. Rehman, Shakaib U. & et al. (2005). “What to Wear Today? Effect of Doctor’s Attire on the Trust and Confidence of Patients”. Am J Med, 118, P. 1279-1286.

30. McKenna, G. & et al. (2007). “Patient Preferences for Dental Clinical Attire: A Cross-Sectional Survey in a Dental Hospital”. Br Dent J, 203 (12), P. 681-685.

۳۱. نفیسی، ابوتراب. (۱۳۷۱). تاریخ اخلاق پزشکی. اصفهان: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان؛ معاونت پژوهشی، صص۱۳تا۲۴ و ۱۸۹.

32. Garland, Joseph. (1949). The Story of Medicine. Boston: Houghton Mifflin Co, P. 10- 100.

نجم‌آبادی، محمود. (۱۳۴۱). تاریخ طب ایران. ج۱، تهران: هنربخش، ۳۳. صص۴و۱۱۷.

34. Sigerist, HE. (1961). A History of Medicine. New York: Oxford University Press, vol 2, P. 304-310.

۳۵. روزنتال، فرانتس. (۱۳۸۵). میراث کلاسیك اسلام. ترجمه‌ی علیرضا پلاسید. تهران: طهوری، صص۲۱۹تا۲۲۱.

۳۶. معاونت فرهنگی. (۱۳۷۰). اخلاق پزشکی به انضمام مختصری از تاریخ پزشکی. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ص۳۰۷.

۳۷. منشی، نصرالله‌بن‌محمدبن‌عبدالحمید. (۱۳۷۴). متن کامل کلیله و دمنه؛ براساس طبع استاد عبدالعظیم قریب. با مقدمه و حواشی و تعلیقات منوچهر دانش‌پژوه. تهران: هیرمند، ص۵۱.

۳۸. سهیلی‌پور، سعید. (۱۳۸۶). «سیری بر تاریخ اخلاق پزشکی در ایران»، در: مجموعه‌مقالات همایش اخلاق پزشکی. ارومیه، صص۳۳تا۳۶.

۳۹. طباطبایی، سیدمحمود. (۱۳۸۷). «برخی معیارهای اخلاق پزشکی از دیدگاه محمدبن‌زکریای رازی». اخلاق و تاریخ پزشکی، س۱، ش۲، صص۱تا۶.

۴۰. الگود، سیریل لود. (۱۳۸۶). تاریخ پزشکی ایران و سرزمین‌های خلافت شرقی. ترجمه‌ی باهر فرقانی. تهران: امیرکبیر، صص۲۹۰تا۲۹۵.

41. Guthrie, Douglas . (1945). A History of Medicine. London: Thomas Nelson and Sons Ltd, P. 1482-1488.

42. Health science center Texas A&M. College of medicine center. (ND). Dress Code Policy. Available at http://medicine. tamhsc.edu/dean/policies/dress-code. html(accessed in 2010).

Student Education. Available at http://www. uvm. edu/medicine/mededucation/documents/studenthandbook. Pdf. (accessed in 2010).

53. Medical University of South Carolina. (ND). Student Policies and Procedures manual. Available at http://academicdepartments.musc. edu/chp/pa/student_policy_manual_2013. Pdf. (accessed in 2010).

54. Hebert, K. (2005). “Cover up. Student”, 13: 298–299. Available at http://student. bmj. com/issues/05/07/life/298 php. (accessed in 2010).

55. University Hospital, UMDNJ (University of Medicine and Dentistry of New Jersey). (ND). Dress Code. Available at http://www. uhnj. org/uhnetweb/customersvc/docs/UH-Dress_Code_4_10_2. PDF. (accessed in 2010).

56. “Texas A&M University-Corpus Christi (TAMU-CC. Student Dress Code”. Available at http://www. conhs. tamucc. edu/shb/scr/Uniforms,_Patches,_Name_Tags. html. (accessed in 2010).

57. University of Washington, Medical Center, UW Medicine. (ND). Administrative Policies and Procedures - Professional Image Policy.Available at http://depts. washington. edu/lend/trainees/registration/imagepolicy. Pdf. (accessed in 2010).

58. Robert College. (ND). Dress Code. Available at http://webportal. robcol. k12. tr/Student-Life/Dress-Code/Pages/default. aspx. (accessed in 2010).

59. Jabarti, Somayya. (2004). “No High-Heels for Saudi Nurses”. Arab News, 2004/9/15. Available at http://www. arabnews. com/node/255249. (accessed in 2010).

60. Allen Academy. (ND). Dress Code and Uniforms. Available at http://www. allenacademy. org/parent-information/uniform-policy. (accessed in 2010).

61. University of Adelaide. (ND). Student Manual. Available at http://health. adelaide. edu. au/rural/current/BrokenHill. Pdf. (accessed in 2010).

62. The University of Sint Eustatius School Of Medicine. (ND). Student Handbook. Available at http://dev. eustatiusmed. edu/wp-content/uploads/usesom-student-handbook. pdf (accessed in 2010).

63. Nair, Balakrishnan R. & et al. (2002). “Evidence-Based Physicians’ Dressing: A Crossover Trial”. Medical J Aust, 177 (11), P. 681–682.

64. Sheikh Khalifah Medical Center. (ND). General Information, Dress Code. Available at http://www. ihrcanada. com/hospital/uae/ sheikskhalifa_mc. Html. (accessed in 2010).

43. Columbia University. College of Physicians and Surgeons. (ND). Medical Student Dress Code. Available at http://ps-handbook. com/2008/node/162. (accessed in 2010).

44. Bob Jones University. Available at http://www. bju. edu/prospective/expect/general. html. Student Handbook 2012–13. www. bju. edu/student-life/student-handbook. Pdf. (accessed in 2010)

45. University of St Andrews. (ND). Medical School Handbook- School of Medicine Dress Code. Available at http://medicine. st-andrews. ac. uk/documents/handbooks/001_04_03_03. pdf http://www. sehd. scot. nhs. uk/mels/CEL2010_42. pdf- dcm10 22/08/2011. http://medicine. tamhsc. edu/dean/policies/dress-code. Html. (accessed in 2010).

46. East Carolina University College of Nursing. Undergraduate Student Handbook. Available at http://www. nursing. ecu. edu/download/ug_handbook. pdf. (accessed in 2010).

47. Allen College.(ND). Allen College Academic Catalog & Handbook. Available at http://www. allencollege. edu/images/pdf/Catalog-Handbook. pdf. (accessed in 2010).

48. Idaho-Brigham Young University. (ND). Spiritual Environment Brigham Young University–Idaho 2011-2012. Principles of Personal Honor. Available at http://www. byui. edu/Documents/catalog/2012-2013/University20درصدStandards. pdf. and Honor Code Faculty Information. "Dress and Grooming Standards". Available at http://facultycenter. byu. edu/honor-code-faculty-information?destination=node2درصدF220. (accessed in 2010).

49. Montana State Hospital Policy and Procedure. Dress Code Standards. Available at http://www. dphhs. mt. gov/msh/volumei/humanresources/dresscodestandards. Pdf.

50. University of Wisconsin School of Medicine and Public Health Department of Medicine. (ND). UW Health Dress Code and Appearance Policy. Available at http://www. medicine. wisc. edu/hr/dresscode. (accessed in 2010)

51. National Health Service. Department of Health. (ND). Uniforms and Workwear. An Evidence Base for Developing Local Policy 2007. Available at http://www. dh. gov. uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4069253(accessed in 2010).

52. University of Vermont College of Medicine. (ND). Medical Student Handbook 2012-2013 Office of Medical

65. King Khalid National Group Hospital. (ND). General Information, Dress Code. Available at http:// www. ihrcanada. com/hospital/saudi/kkjeddah. Html. (accessed in 2010).

66. Northern Nebraska Area Health Education Center. (ND). Health Careers Club. Available at http://nnahec. org/HCC2013. Pdf. (accessed in 2010).

67. Anonymous. (2007). "Fighting Hospital Infections by Changing the Dress Code". FierceHealthcare. 2007/9/18 Available at http://www. fiercehealthcare. com/ story/fighting-hospital-infections-changing-dress-code/2007-09-18. (accessed in 2010).

68. Anonymous. (ND). "Dangerous Ties. Student BMJ". Available at http://student. bmj. com/issues/07/06/ news/219. php. (accessed in 2010).

69. Barbieri, Robert L. (2008). "The Hospital has a New Dress Code for its Vectors – er, Doctors". OBG Management, 20 (11), P. 6-8.

70. Bond, L. & et al. (2010). "Patients' Perceptions of Doctors' Clothing: should we Really be 'Bare below the Elbow'?". J Laryngol Otol, 124 (9), P. 963-966.

71. Anonymous. (ND). "The Healthcare System". Available at htttp://www. imrmedical. com/ aboutaustraliahealthcare. Html.(accessed in 2010).

72. "Cacha Medical Spanish Institute. What to Bring". Available at http://www. cachamsi. com/checklist. Html. (accessed in 2010).

73. "Image Resource Group. Dress Code Image Consulting in Healthcare". Available at http://www. professionalimagedress. com/healthcare-consulting-dress-code. Html.(accessed in 2010).

۷۴. بی‌نام. (۱۳۱۳). «قسمت رسمی: نظام‌نامه‌ی لباس مستخدمین». نشریه‌ی تعلیم و تربیت، دوره‌ی اول، ش۹، صص۵۶۱و۵۶۲.

۷۵. شورای دانشگاه. (۱۳۱۵). «نظام‌نامه‌ی لباس تمام‌رسمی دانشگاه». نشریه‌ی تعلیم و تربیت، دوره‌ی اول، ش۷۵، صص۲۲۸و۲۲۹.

۷۶. صالح، جهانشاه. (۱۳۳۲). راهنمای دانشکده‌ی پزشکی، دندان‌پزشکی، داروسازی، پرستاری. تهران: دانشگاه تهران، صص۱۰۴تا۱۳۴.

۷۷. قوی، نیره. (۱۳۸۸). نیم‌نگاهی به ضوابط پوشش در دانشگاه‌های جهان. تهران: ساحل اندیشه، صص۱۵۶تا۱۶۵.

۷۸. فلاحی‌گنزق، نادر و همکاران. (۱۳۸۳). حقوق دانشجویی در آیینه‌ی قوانین و مقررات. تدوین نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه‌ها، معاونت فرهنگی-اداره‌ی مطالعات فرهنگی. تهران: نشر معارف، صص۱۵۹تا۱۶۳.

۷۹. معاونت امور فرهنگی، حقوقی و مجلس وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۷۲). آیین‌نامه‌ی انطباق امور فنی پزشکی با موازین شرع مقدس. تهران: چاپخانه‌ی رستمخانی، صص۱تا۲۰.

۸۰. سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۹۰). آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته در سازمان نظام پزشکی. در قوانین نظام پزشکی. تهران: پیشگامان توسعه. صص۵۳تا۶۱.

۸۱. دانشگاه علوم پزشکی شیراز. (بی‌تا). آیین‌نامه‌ی اجرایی پوشش مناسب و اخلاق حرفه‌ای دانشجویان دانشگاه در محیط‌های آموزشی. دست‌یافتنی در: http://education. sums. ac. ir/rules/dresscode. Html به تاریخ بازیابی ۱۳۹۲.

۸۲. دانشگاه علوم پزشکی مازندران. (بی‌تا). آیین‌نامه‌ی اجرایی پوشش و اخلاق حرفه‌ای دانشجویان در محیط‌های آموزشی. دست‌یافتنی در: http://mazums. ac. ir/ Dorsapax/userfiles/file/869. pdf http://mazums. ac. ir/Dorsapax/userfiles/file/249. pdf- به تاریخ بازیابی ۱۳۹۲.

۸۳. کاملی، ابراهیم. (۱۳۸۶). «لباس از نگاه قرآن و عترت». روزنامه‌ی کیهان، ۱۹ دی.

۸۴. محدثی، جواد. (۱۳۸۱). «لباس و پوشش در سیره‌ی نبوی». فرهنگ کوثر، ش۴۹، صص۹۷تا۱۰۲.

۸۵. الهی، محبوبه. (۱۳۸۹). «لباس به مثابه هویت». مطالعات ملی، ش۴۲، صص۳تا۳۰.

۸۶. صانعی، سیدمهدی. (۱۳۹۰). پاکیزگی و بهداشت در اسلام. قم: مؤسسه‌ی بوستان کتاب، دست‌یافتنی در: https://rasekhoon. net/article/show/665469/ زیبایی-های-طبیعت-و-آثار-بهداشتی-آن

۸۷. بهرامی، ناصر. (۱۳۸۶). «آراستگی از دیدگاه معصومان علیهم السلام». فرهنگ کوثر، ش۶۹، ص۷۵.

۸۸. رضوان‌فر، احمد. (۱۳۸۲). فرهنگ اخلاقی‌تربیتی معصومین علیهم‌السلام (حرف «آ»). قم: مرکز پژوهش‌های اسلامی صداوسیما، دست‌یافتنی در: http://pajuhesh. irc. ir/Product/book/show/id/897/book_keyword//occasion//index/1/ indexId/114240.

۸۹. حسن‌زاده آملی، حسن. (۱۳۸۳). طب و طبیب و تشریح. تهران: الف. لام. میم، ص۲۲.

اتونومی و رضایت آگاهانه

دکتر علیرضا پارساپور

معرفی نمونه

آقـای «د» ۵۵ سـاله معلـم بازنشسـته‌ی آموزش و پرورش، با تشـخیص سـرطان مری با انـدازه‌ی پانزده سـانتی‌متر و تهاجم به خارج از عضله‌ی مری و شـرایط مناسب قلبی‌ریوی بستری شده است. درمان‌های ذیل با نتایج نزدیك به هم برای او مطرح است: الف. ازوفاگوژوژنوستوم توراسیک[1]، ب. ازوفاگوگاسترکتومی[2] + کولون اینترپوزیشن[3]؛ ج. کمورادیاسیون[4]

حال دو پرسش مطرح می‌شود: یک اینکه برای اقدام به درمان، چه اطلاعاتی، به چه میزان و چگونه باید در اختیـار آقای «د» قـرار گیرد؟ دیگر اینکه اگر آقای «د» با درمان‌های جراحی و شـیمی‌درمانی موافقت نداشـت و تنهـا خواهان رادیوتراپی بـود وظیفه‌ی دکتر درمانگر چیسـت؟ پدر دکتر درمانگر بازنشسـته‌ی آمـوزش و پـروش بوده و سـیزده سـال پیش در اثر ابتلای به کانسـر معـده و درمان دیرهنگام، در شـرایط سختی فوت کرده است. دکتر درمانگر نگران است که آقای «د» تصمیم درستی درباره‌ی خود نگیرد؛ لذا با امیدوارکردن او به تأثیر فراوان درمان «ج» و ذکر عوارض و ریسك کمتر از واقع آن، او را برای درمان متقاعد می‌کند. اقدام دکتر درمانگر را چگونه تحلیل می‌کنید؟

1. Esophagogogenostomy
2. Esophagogastrostomy
3. Colon Interposition
4. Colon Interposition

۱. مقدمه

معمولاً واژه‌ی «رضایت آگاهانه»[1] در عرصه‌ی بهداشت و درمان یادآور فرم بلند و بالایی یا عریض و طویلی است که پشت در اتاق عمل در مقابل همراه مریض قرار می‌گیرد و انجام عمل را به امضای آن منوط می‌کنند. در تلقی دیگر، رضایت آگاهانه یادآور پزشك محتاطی است که برای سلب مسئولیت از خود و پیشگیری از دردسرهای قانونی، پیش از مداخلات پزشکی از بیمار به‌صورت کتبی رضایت اخذ می‌کند. از منظر پژوهشی این واژه می‌تواند تداعی‌کننده‌ی فرم رضایت‌نامه‌ای باشد که در پژوهش‌های مداخله‌ای با سوژه‌ی انسانی باید به همراه طرح‌نامه ارائه شود و در نهایت رضایت آگاهانه می‌تواند پزشك نوع‌دوستی را که برای آزادی و حق انتخاب بیمار احترام قائل است و به خود اجازه نمی‌دهد پیش از اطلاع او از ماهیت و اهداف اقدام درمانی، مداخله‌ای را انجام دهد به ذهن متبادر نماید.

«رضایت آگاهانه» یکی از کلیدی‌ترین مفاهیم مطرح در اخلاق پزشکی است. دیدگاه‌های مختلف به فراخور مبانی نظری خویش، مواضع متفاوتی در برابر موضوع اتخاذ کرده‌اند. این بخش با مروری بر نظرات ارائه‌شده، به بحث پیرامون این موضوع براساس مبانی کشور اسلامی ایران پرداخته است. مروری بر تاریخچه و مطالعات گذشته، عناصر رضایت آگاهانه و پیشنهاد رویکردی منطقی در برابر موضوع رضایت آگاهانه در روند درمان بیماران در این مبحث ارائه می‌شود.

۲. تاریخچه

در عموم اسناد و مدارکی که از پیشینیان (نوشته‌های بقراط در قرن چهار و پنج قبل از میلاد) تا اولین کدهای اخلاقی انجمن پزشکی امریکا[2] (۱۸۴۶و۱۸۴۷) در دست است، پزشکان غالباً خود را متعهد به ارائه‌ی اطلاعات به بیماران و جلب مشارکت ایشان در تصمیم‌گیری ندانسته و با انگیزه‌ی جلوگیری از آسیب به بیماران، آن‌ها را از واقعیت بیماری مطلع نمی‌کردند. توماس پرسیوال[3]، وضعیت را در قرن نوزدهم بدین‌گونه ترسیم می‌کند: «در این زمان توجه خاصی به جلب رضایت بیماران و احترام به تصمیمات وی اعمال نمی‌شد.» پرسیوال خود مدافع حقیقت‌گویی بود؛ اما باوجوداین معتقد بود که حقیقت‌گویی باید در چارچوب وظیفه‌ی پزشك در نفع‌رسانی به بیمار باشد و بر این اساس به پزشك اجازه نمی‌دادند که با بیان حقایق بیماری باعث نگرانی بیمار شود. این رویکرد تا نیمه‌ی قرن بیستم هم ادامه داشت.

طرح جدی اصطلاح رضایت آگاهانه در دهه‌ی پنجاه میلادی، خصوصاً به دنبال برملاشدن سوءاستفاده‌های به‌عمل‌آمده توسط پژوهشگران آلمانی در اثنای جنگ جهانی دوم و بیشتر در حوزه‌ی پژوهش‌های انسانی بود. تا دهه‌ی هفتاد رضایت آگاهانه غالباً در حوزه‌ی پژوهش‌های پزشکی مطرح بود؛ اما در دهه‌ی هفتاد به دنبال اقبال عمومی به مباحثی چون آزادی فردی و عدالت اجتماعی و حقوق بشر، این واژه وارد عرصه‌ی درمان نیز شد. نتایج این حرکت این بود که برای نخستین

---

۱. بخشی عمده از این مبحث برگرفته از مقاله‌ی «رضایت آگاهانه، مفهوم، شرایط و راهکارهای اجرایی»، منتشرشده در ویژه‌نامه‌ی مجله‌ی دیابت و لیپید ایران (۱۳۸۴، دوره‌ی ۵، شماره‌ی ۱) است.

2. American Medical Association
3. Thomas percival

بار در سال ۱۹۸۱ توسط انجمن پزشکی امریکا، ضرورت کسب رضایت آگاهانه به‌عنوان یك حق اجتماعی و ضروری برای توانمندکردن بیمار برای انتخاب، مطرح شد.

علی‌رغم اینکه از آن زمان تاکنون ضرورت توجه به اخذ رضایت آگاهانه در فرایندهای تشخیصی و درمانی مورد پذیرش و اتفاق‌نظر مجامع پزشکی است، در بسیاری از شرایط، پزشکان برای قضاوت درباره‌ی این امر، ضرورت و حدود آن با تردیدهای جدی روبه‌رو می‌شوند. از سوی دیگر، با وجود اینکه موضوع رضایت در مقام نظر مورد اتفاق مجامع است، در مرحله‌ی عمل با شرایط مطلوب فاصله‌ی زیادی دارد و بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند که مبانی رضایت آگاهانه ایجاب می‌کند که گستره‌ی رضایت آگاهانه بسیار وسیع‌تر از آن چیزی باشد که به‌طور معمول در تصمیم‌های معمول بالینی مدنظر قرار می‌گیرد (۱).

رضایت آگاهانه موضوعی مهم در تصمیم‌گیری بالینی است و تیم پزشکی به وفور در معرض آن قرار می‌گیرد. مطالعه‌ای که راجع به ویزیت‌های معمولی در مطب صورت گرفت نشان داد که به‌طور متوسط ۲/۳ از تصمیم‌های بالینی در هر ویزیت اتخاذ می‌شود که به‌طور شاخص، شامل تجویز دارو یا آزمایش‌های تشخیصی است.

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که بیماران تمایل دارند وضعیت طبی خود را بدانند و در تصمیمات مربوط به درمان خود شرکت کنند (۲تا۴)؛ اما این تمایل در عمل به‌نحو مطلوبی برآورده نمی‌شود. در مطالعه‌ای که روی دویست بیمار بستری در بیمارستان‌های آموزشی تهران انجام شد، تنها ۴۱ درصد ایشان از اطلاعاتی که درباره‌ی بیماری‌شان داده شده بود اظهار رضایت کردند (۵).

در مطالعه‌ی دیگری که به‌صورت مقایسه‌ای در خصوص نگرش بیماران و پزشکان و پرستاران درباره‌ی ضرورت رعایت مفاد منشور حقوق بیمار میان سه بیمارستان آموزشی و خصوصی و دولتی صورت گرفت مشخص شد که میزان مطالبات برآوردشده‌ی بیماران از دریافت اطلاعات و حق تصمیم‌گیری و انتخاب در سطح مطلوبی نبوده و برآورد گروه ارائه‌کننده‌ی خدمات از این میزان به مراتب از میزان واقعی آن کمتر بود (۶).

برادک[1] و همکارانش به منظور ارزیابی میزان اخذ رضایت آگاهانه در تصمیم‌های بالینی سرِ پایی، به ضبط نوارهای صوتی از ویزیت‌هایی که به‌طور معمول در مطب و برای مراقبت‌های اولیه صورت می‌گرفت پرداخته و دریافتند که ارائه‌ی توضیح درباره‌ی روش‌های جایگزین در چهارده درصد تصمیم‌گیری‌ها، بحث درباره‌ی خطرات و مزایا در نه درصد، و ارزیابی میزان درک بیمار در دو درصد موارد انجام شده است. مطالعات متعدد دیگر نیز، نشان‌دهنده‌ی ناکافی‌بودن میزان اخذ رضایت آگاهانه در درمان‌های بالینی است (۵تا۸). این وضع، مایه‌ی تأسف است؛ زیرا مطالعات متعددی از برقراری نوعی ارتباط بین اخذ رضایت آگاهانه‌ی بیمار و حصول نتایج بالینی سودمندتر از قبیل همکاری بهتر بیمار در مصرف داروها و رضایتمندی او از درمان حکایت دارند (۹تا۱۱). براساس نتایج یك مطالعه، ۷۴ درصد استادان و رزیدنت‌های بیمارستان‌های آموزشی شیراز، تشخیص بیماری

1. Braddock

مزمـن لاعلاج را به هیچ‌وجه به بیمار خود نمی‌گویند و بیماران از پیش‌آگهی بیماری و تصمیماتی که برای آن‌ها گرفته می‌شوند بی‌اطلاع هستند (۸).

۳. تعریف رضایت آگاهانه

رضایـت در لغـت بـه معنـی خرسـندی باطنـی، خشـنودی قلبی، پسـندیدگی، میل و موافقت است (۲). «رضـا» در اصطـلاح «قصد انجـام عملی بدون شائبه‌ی اکراه و اجبار» است (۴).

برخـی دیگـر در تعریـف رضـا گفته‌انـد: «رضـا در اصطـلاح حقوقـی، میـل و اشـتیاق شـخص بـه انجام‌دادن عمل اسـت هنگامی که سود و زیان آن و برتری سـود و زیان آن سـنجیده شـود و سود بر زیان برتری داشته باشد، اشتیاق و تمایل به انجام آن عمل پدیـد می‌آید که به این اشـتیاق، رضا گفته می‌شـود (۱۰)». با این همه، رضایت به درمان، از رضایتی که شـرط اعتبار قراردادهاسـت و حتی در قرارداد بیمار و پزشـک نیز باید وجود داشـته باشد، متفاوت است. منظور از رضایت به درمان، رضایتی است که دخالت پزشک را برای درمان بیماری مشروع می‌سازد.

در جامع‌ترین تعریف، رضایت آگاهانه عبارت است از موافقـت آزادانـه و ابطال‌پذیـر فرد واجـد ظرفیت (بیمار) مبنی بر مشـارکت در تصمیم‌گیری درمانی[1] (یا تحقیقاتـی) به دنبال آگاهـی از ماهیت، هدف و پیامدهـای آن، بـا اعتقـاد بـر تأثیر این مشـارکت در انتخاب مؤثرترین و مفیدترین روش درمانی.

اگرچـه رضایـت بـه انـواع مختلفـی چـون صریح (رضایتی که بیمار با گفتار یا نوشـتار بدون هیچ‌گونه ابهامـی ابراز می‌دارد)، ضمنی یـا تلویحی (رضایتی که بـا رفتاری چـون بالازدن لبـاس بـرای معاینه آن را ابـراز می‌دارد) تقسـیم می‌شـود، آنچه شـرط لازم بـرای نفـوذ رضایـت اسـت آگاهانه‌بودن آن اسـت. آگاهانه‌بودن جزء رضایت نیست؛ اما شرط اعتبار آن اسـت؛ به این معنی که رضایت از روی آگاهی به امر درمان مشروعیت می‌بخشد.

۳. عناصر اصلی رضایت در رضایت آگاهانه

ارکان رضایـت آگاهانـه شـامل ظرفیـت و آزادی و آگاهی است.

۳- ۱. ظرفیت

ظرفیت توانایی دریافـت اطلاعات، فهم و پردازش آن، تأمل و مشورت‌کردن و سرانجام بیان انتخاب اول از سوی بیمار اسـت. این موضوع به‌طور جداگانه در فصل دیگری از کتاب بررسی شده است.

۳- ۲. آزادی

دومیـن شـرط بـرای اعتبـار رضایـت، آزادی رضایت‌دهنـده اسـت. بدون تردید، اخـذ رضایت در شـرایطی کـه آزادی فرد تأمین نشـده اسـت، معتبر نیسـت؛ همچنان‌کـه رضایـت فـرد فاقـد ظرفیـت، بی‌حاصـل اسـت. آزادی فـرد تحـت تأثیر دو دسـته عوامل عمده‌ی داخلی و خارجی است:

الـف. عوامـل داخلـی: عواملـی را کـه وابسـته به خود بیمار اسـت و از جسـم یا ذهنیت او سرچشـمه می‌گیرد، عوامل داخلی گویند. مهم‌ترین این عوامل عبارت‌اند از:

- درد: معمـولاً فـردی که از درد شـدید رنـج می‌برد بـرای خلاصـی از آن ممکن اسـت به هـر اقدامی رضایت دهـد. رضایت در چنیـن هنگامی تنها در مواقعی معتبر اسـت کـه موکول کـردن اخذ آن به

1. Shared Dicision Making

پس از کنترل درد ممکن نباشد؛ به‌عنوان مثال، به نظر می‌رسد اجازه‌ی اقدام جراحی برای بیماری که دچار حملات کولیکی شدید سنگ کلیه است، مقبولیت ندارد و چنین مجوزی پس از کنترل درد بیمار از اعتبار بیشتری برخوردار است.

- اضطراب: بسیاری از افراد به دلیل ناآگاهی نسبت به بیماری یا شکایت خود، دچار اضطراب نامتناسب با مشکل خویش می‌شوند. این بیماران نیز امکان دارد به هر مداخله‌ای پاسخ مثبت داده یا به دلیل نگرانی بیش‌ازحد، متقاضی اقدامات غیرمعمول طبی باشند؛ به‌عنوان مثال، خانمی که دردهای زایمانی را در اولین زایمان تجربه می‌کند به دلیل اضطراب زیاد ممکن است به‌سرعت به پیشنهاد سزارین جواب مثبت دهد یا اصرار بر انجام‌دادن آن داشته باشد. به نظر نمی‌رسد چنین رضایتی مقبولیت داشته باشد؛ چراکه آزادی او در این تصمیم‌گیری مخدوش شده است.
- تمایل به مورد تقدیر یا توجه واقع‌شدن: تیم درمانی با موارد بسیاری مواجه می‌شوند که بیمار به دلیل نگرانی از اینکه نپذیرفتن پیشنهاد درمانی باعث خشم پزشک یا اطرافیان او شود، علی‌رغم خواست باطنی، رضایت خویش را به اقدام پیشنهادی اعلام می‌کند. گاهی نیز بیمار تصور می‌کند اطاعت و تسلیم کامل او در برابر خواست اطرافیان و تیم درمانی، باعث تقدیر آنان از او می‌شود؛ ازاین‌رو، علاقه‌ی او به تحسین‌شدن سبب می‌شود به خواست تیم درمانی یا خویشاوندانش بیشتر از خواست خودش اهمیت بدهد؛ به‌عنوان مثال، مردی با چهار فرزند به‌واسطه‌ی نگرانی از شماتت اطرافیان نسبت به بستن لوله‌های رحمی همسر خویش رضایت داده و همسرش به‌واسطه‌ی جلب رضایت شوهر خویش یا نگرانی از ناراحتی او، علی‌رغم میل باطنی به این امر تن در می‌دهد.
- حس احترام و قدرشناسی به پزشک: احساس قدرشناسی بیمار نسبت به پزشک به‌ویژه درباره‌ی بیماران مزمن که دیرزمانی با پزشک خویش در ارتباط هستند، عاملی تعیین‌کننده برای احساس این بیمار به پزشک است. از مهم‌ترین مظاهر این احساس زمانی است که پزشک برای اقدامی که منافع مستقیم بیمار را در پی ندارد، مثل پژوهشی درباره‌ی آن بیماری نیاز به همکاری او دارد. در این شرایط بیمار به خاطر حس قدرشناسی، به هرگونه همکاری رضایت داده و خود را در اختیار پزشک قرار می دهد؛ علی‌رغم اینکه در ذهن خود، منافعی را برای خویش در این همکاری تصور نکرده و حتی ممکن است از زیان‌های محتمل نیز چشم‌پوشی کند. این احساس قدرشناسی می‌تواند از سوی یک دانشجو در برابر استاد یا حتی از سوی یک بیمار در برابر جامعه باشد. چنین رضایتی نیز مقبول نیست.
- ذهنیت نادرست درباره‌ی امکان مداخله در تصمیم‌گیری: بسیاری از بیماران متوجه ظرفیت خویش برای مشارکت و مداخله در تصمیم‌گیری درمانی نیستند. پیش‌فرض ذهنی این گروه، اطاعت محض از پزشک و تیم درمانی است. در واقع، ایشان به آزادی خویش در انتخاب درمان واقف نیستند. نکته‌ی ظریف این است که بسیاری از افراد معتقدند که مراجعه‌ی بیمار به پزشک از جنس مراجعه‌ی جاهل به عالم است و مصلحت بیمار در عمل‌کردن به توصیه‌های پزشک است.

این گروه علی‌رغم علم بـه آزادی انتخاب خویش، خـود را در اختیـار درمانگر می‌گذارنـد. این گروه موضـوع بحـث نیسـتند، بلکـه افـرادی مدنظرند کـه با ذهنیت غلـط خویش، خود را بـه اطاعت از خواسـته‌های پزشك مجبور می‌دانند. رضایت این گروه نیز پذیرفتنی نیست.

بـرای حذف‌کـردن عوامـل داخلی سـلب‌کننده‌ی آزادی، به فراخور عامل باید عمل کرد. عقب‌انداختن تصمیم‌گیـری به زمان پس از کنترل درد و اضطراب، حمایت روانی از بیمار و رفع نگرانی‌های او از ناراحتی دیگران، اخذ رضایت توسـط فردی که بیمار نسـبت به او احسـاس دین ندارد و آگاه‌کردن بیمار درباره‌ی حیطـه‌ی آزادی‌های فـردی او و از جملـه راهکارهای حذف عوامل پیش‌گفته است.

ب. عوامـل خارجـی: عواملـی هسـتند کـه سرچشمه‌ای غیر از بیمار دارند:

- زور و اجبـار[1]: ایـن امـر می‌توانـد تجلـی فیزیکی داشته باشد؛ مانند بسـتن بیمار به تخت و گرفتن دسـت و پـای بیمـار؛ یـا مثـل فشـار خانـواده و عصبانیت پزشـک، باری روانی باشـد که اختیار را از بیمار سـلب کرده است؛ برای مثال هنگامی که زنی به دلیل توصیه‌ی تحکم‌آمیز پزشـک یا دستور همسرش، به بستن لوله‌ها رضایت می‌دهد، عامل خارجی ظهور می‌یابد.
- تهدید[2]: آسـیب‌پذیری بیمار در مواجهه با بیماری و عدم تـوازن قدرتی که همواره بر روابط پزشـك و بیمـار حکم‌فرماسـت، جو اجبار و تهدیـد را ایجاد می‌کند؛ به‌عنوان مثال، اگر پزشـك به بیمار بگوید که داروی A بسـیار مؤثر و ایمن است، ولی داروی B مشـکلات زیـادی به دنبـال دارد، هـر بیماری اجـازه‌ی انتخـاب داروی B را به خـود نمی‌دهد. چنین عاملی وقتی بیشـتر نمود می‌یابد که پزشك بیمار را تهدید می‌کند که در صورت موافقت‌نکردن با درمان پیشنهادی، او به رابطه‌اش با بیمار خاتمه خواهد داد (۱).

در پایان این قسمت ذکر این نکته ضروری است که براساس نگرش الهی، رضایت، زمانی معتبر است که انگیزه‌ی اصلی آن حفظ سـلامت و منافع فرد باشد. بـه عبـارت دیگر، همان‌طـور که ولایت پـدر بر فرزند صغیر تا زمانی معتبر اسـت که ولی در تصمیم‌گیری خویـش، منافع صغیر را مدنظر قرار داده و در صورت احـراز اتخـاذ تصمیم بـر خلاف آن، ولایت او سـاقط خواهد شد، در تصمیم‌گیری فرد درباره‌ی خویش نیز پیش‌فـرض فوق وجود دارد. شـرع مقدس، علاوه بر احترام ویژه به حق انتخاب و اختیار انسـان درباره‌ی جسـم خود، نه‌تنها در زمـان حیات بلکه پس از مرگ او نیز حرمت ویژه‌ای برای جسـمش قائل است (۷) و هیچ انسـانی، حتی خود فرد اجازه‌ی آسـیب‌زدن به آن را ندارد. بر این مبنا رضایت فرد با هدف آسیب به خود، علی‌رغم داشتن شرایط ظرفیت و آزادی، معتبر نیست.

۳- ۳. آگاهی

رضایـت بـه درمان بایـد از روی آگاهی باشـد. این آگاهـی محصـول ارائـه‌ی اطلاعـات لازم و انتقـال مناسـب آن بـه بیمـار اسـت. بـه لحـاظ اخلاقـی رضایتـی مقبول اسـت کـه برپایه‌ی آگاهـی مطلوب رضایت‌دهنده دربـاره‌ی مداخله‌ی پزشـکی حاصل شـده باشـد. تفاوت ظریف و اساسـی منظر حقوقی

1. Force and Coercion
2. Threat

و اخلاقی به مقوله‌ی رضایت آگاهانه نیز در همین حقیقت نمایان می‌شود. به لحاظ حقوقی، پزشکی که پیش از جراحی، فرم رضایت‌نامه و برائت را برای عمل مورد نظر از بیمار اخذ می‌کند، در برابر عوارض اقدام خویش منوط بر اینکه نتیجه‌ی سهل‌انگاری یا اشتباه او نباشد مسئول نیست؛ اما به لحاظ اخلاقی این سلب مسئولیت تنها زمانی حاصل می‌شود که پزشک آگاهی مناسب و متناسب را در اختیار بیمار گذاشته باشد.

به بیان دیگر، از نظر حقوقی، این بیمار است که باید پیش از امضای رضایت‌نامه، درباره‌ی مداخله‌ی مقرر اطلاع کافی کسب کرده و سپس آن را تأیید کند؛ درحالی‌که از نظر اخلاقی این پزشک است که باید پیش از انجام‌دادن کاری، نسبت به آگاهی کافی بیمار[1] به مداخله اطمینان یابد. این نکته مسئولیت پزشک را مضاعف می‌کند. راهکارهای پیشنهادی برای احراز این اطمینان و اقناع اخلاقی پزشک نسبت به ارائه‌ی مناسب اطلاعات و کسب آگاهی کافی بیمار درباره‌ی مداخله به شرح ذیل است.

۴. نقش و اهمیت خواست بیمار در تصمیم‌گیری

فلسفه‌ی این شاخص، بی‌اطلاعی بسیاری از بیماران درباره‌ی حق خویش برای تصمیم‌گیری در خصوص روند مداخله‌ی پزشکی است. این موضوع به‌ویژه در جامعه‌ی ما برجسته است. نکته‌ی درخور توجه، تفکیک این امر از متابعت بیمار از پزشک است. بسیاری از بیماران با علم به اینکه حق انتخاب برای ایشان مفروض است به پزشک مراجعه می‌کنند؛ اما ازآن‌جایی‌که مراجعه‌ی خود را به طبیب از سنخ مراجعه‌ی جاهل به عالم می‌دانند از دستورات پزشک تبعیت می‌کنند. این امر با بیماری که اصولاً برای خود حق انتخاب قائل نیست، متفاوت است. در گروه اول، پزشک از نظر اخلاقی موظف است با کسب اطلاعات شخصیتی، به بهترین شکل از این اعتماد در تصمیم‌گیری خویش استفاده کند؛ به‌عنوان مثال، پزشک باید در انتخاب بین دو روش درمانی که از لحاظ کارایی تفاوت فاحشی با هم ندارند، تنها به علم خویش متکی نباشد و شرایط اقتصادی بیمار، باورهای فرهنگی و مذهبی او را نیز مدنظر قرار دهد. برای توضیح نقش بیمار در تصمیم‌گیری، عبارت‌های زیر پیشنهاد می‌شود:

ـ تمایل دارم با هم درباره‌ی درمان تصمیم‌گیری کنیم.

ـ خواست و تمایل شما در تصمیم‌گیری من مهم است.

بیان شفاف مسأله، گفت‌وگو در خصوص جنبه‌های بالینی و ماهیت تصمیمی[2] که باید گرفته شود، به تصمیم‌گیری بیمار بسیار کمک می‌کند و پزشک را از نگرش بیمار به مسأله مطلع می‌سازد. عبارت‌های ذیل می‌تواند تأمین‌کننده‌ی نیاز فوق باشند:

ـ این چیزی است که باید راجع به آن تصمیم بگیریم.

ـ مسأله‌ی امروز، این است که....

۴- ۱. بحث درباره‌ی راه‌های جایگزین[3]

عمده‌ی مشکلات طبی راه‌حل‌های متفاوتی دارند؛ از ساده‌ترین مداخله گرفته که تجویز دارو به‌صورت قرص، شربت یا آمپول است تا پیچیده‌ترین

1. Adequate Information

2. Nature of the Decision

3. Relevant Decision Alternatives

آن‌ها مانند جراحی باز، بالون و.... اغلب پزشک با چند گزینه‌ی درمانی روبه‌روست. این حق بیمار است که از این گزینه‌ها مطلع شود و در انتخاب هر کدام با پزشک همفکری کند.

۴- ۲. بحث درباره‌ی نظرات موافق و مخالف موجود درباره‌ی راه‌های جایگزین[1]

در بسیاری مواقع پزشکان روش‌های جایگزین را ذکر می‌کنند، اما در بیان منافع و کاستی‌های هر روش، سهل‌انگاری می‌کنند. آنان غالباً بنابر سلیقه‌ی خویش، روشی را انتخاب می‌کنند و بیشتر، درباره‌ی منافع آن روش و کاستی‌های سایر روش‌ها سخن می‌گویند. رعایت امانت و صداقت در بیان ضعف‌ها و قوت‌های هر روش، به بیمار امکان می‌دهد تصمیم آگاهانه‌تری بگیرد؛ به‌عنوان مثال، داروی جدید گران‌تر است اما باید یک بار در روز مصرف شود یا غربالگری سرطان روده‌ی بزرگ با استفاده از نوار مدفوع برای شما آسان‌تر است؛ اما انجام سیگموییدوسکوپی[2] از دقت بیشتری برخوردار است.

۴- ۳. گفت‌وگو در خصوص ابهام‌های موجود[3]

با اینکه بیان ابهام‌ها و تردیدهای موجود درباره‌ی مداخله‌های درمانی دشوار است، به نحو مؤثری باعث افزایش اطمینان و ترغیب بیمار به متابعت از پزشک می‌شود. عبارت‌های زیر به همین نکته اشاره دارد:

- «احتمال سودمندبودن این دارو بسیار زیاد است.»
- «بیشتر بیمارانی که دچار چنین وضعی هستند به این دارو خوب جواب می‌دهند اما نه همه‌ی آن‌ها.»

۴- ۴. ارزیابی میزان درک بیمار[4]

هدف نهایی از بیان اطلاعات با ویژگی‌های مذکور، آگاه‌کردن بیمار است. پزشک باید درباره‌ی میزان دریافت بیمار از مطالب ارائه‌شده و نقش خود در تصمیم‌گیری آگاه شود. تأکید بر درک بیمار به شکل بنیادین، ماهیت تصمیم‌گیری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اگر هدف از رضایت آگاهانه صرفاً مطلع‌کردن بیمار به اندازه‌ی کافی باشد، آنگاه ممکن است مکالمه‌ای یک‌طرفه که در آن پزشک به شرح خطرات، منافع و گزینه‌های موجود می‌پردازد نیز کفایت کند؛ اما اگر درک بیمار مدنظر باشد، ملاک عمل، مکالمه‌ای خواهد بود که در آن پزشک میزان درک بیمار را می‌سنجد و ضمن پرسش از او، به تشریح و شفاف‌سازی آنچه گفته شده است می‌پردازد.

غالباً می‌توان میزان این نوع درک را با طرح پرسش‌هایی ساده نظیر «آیا متوجه معنی این می‌شوید؟» سنجید. سؤال‌های عمیق‌تر چون: «با کلام خود برایم توضیح بده که از آنچه گفتم چه فهمیدی؟» به‌طور دقیق‌تری میزان درک بیمار را مشخص می‌کند.

دومین سطح درک، مربوط به لزوم فهم بیماران از نقش خود در تصمیم‌گیری است. اگر تلاشی برای تفهیم صریح نقش بیماران انجام نگیرد، بسیاری از بیماران چنین تصور می‌کنند که نقش آن‌ها در تصمیم‌گیری نقشی منفعلانه است. در مراقبت‌های اولیه، پزشک قادر است در ابتدای رابطه‌ی خود با بیمار، دیدگاه خود را راجع به نقش بیمار در

1. Pros and Cons (Risk or Benefits)
2. Sigmoidoscopy
3. Proposed Intervention
4. Assessment of Understanding

تصمیم‌گیری مطرح و بدین‌ترتیب الگویی برای تصمیم‌گیری‌های بعدی ایجاد کند.

۴- ۵. پی‌بردن به تمایل بیمار[1]

پزشک نباید تصور کند که بیماران در صورت مخالفت با یک تصمیم، آشکارا نظر خود را بیان می‌کنند. غالباً باید نظر بیماران را جویا شد و به آن‌ها فهماند که مخالفت آنان یا درخواست زمان بیشتر برای تصمیم‌گیری نهایی، مشکلی در رابطه‌ی پزشک و بیمار ایجاد نمی‌کند؛ به‌عنوان مثال، «آیا به نظر شما این منطقی است؟» یا «شما چه فکر می‌کنید؟»

۵. تناسب آگاهی‌دادن با پیچیدگی تصمیم بالینی

وجود رضایت آگاهانه در هر مداخله‌ی طبی ضروری است؛ ولی میزان آگاهی‌دادن به تناسب پیچیدگی مداخله متفاوت است. جدول شماره‌ی ۱، این رابطه را در اقدامات ساده و متوسط و پیچیده نشان می‌دهد (۶).

جدول شماره‌ی ۱- رابطه‌ی میزان آگاهی‌دادن با پیچیدگی مداخله‌ی پزشکی

	ساده	متوسط	پیچیده
توضیح نقش و اهمیت خواست بیمار در تصمیم‌گیری	+	+	+
گفت‌وگو در خصوص جنبه‌های بالینی و ماهیت تصمیمی که باید گرفته شود	+	+	+
بحث درباره‌ی راه‌های جایگزین		+	+
بحث درباره‌ی نظرات موافق و مخالف موجود درباره‌ی راه‌های جایگزین		+	+
گفت‌وگو در خصوص ابهامات خود			+
ارزیابی میزان درک بیمار		+	+
پی‌بردن به تمایل بیمار	+	+	+

۶. میزان اطلاع‌رسانی

ضروری است اطلاعات لازم برای مشارکت بیمار در اتخاذ تصمیم‌های درمانی به او ارائه شود.[2] سؤالی که در اینجا مطرح می‌شود، میزان و نوع این اطلاعات ضروری است. برای پاسخ به این سؤال، مدل‌های مختلفی ارائه شده است:

الف. جامعه‌ی متخصصان «معیار طبابت حرفه‌ای»[3]: در این مدل میزانی از اطلاعات که در عرف جامعه‌ی متخصصان در آن رشته توصیه می‌شود به‌عنوان ملاک معرفی می‌شود. مهم‌ترین نقد این مدل، بی‌توجهی به نیاز هر بیمار به مقتضای دانش و سطح اجتماعی‌اقتصادی اوست. از دیگر سو، ممکن است جامعه‌ی متخصصان ضرورت

1. Opportunity to Express a Perference

2. Disclosure
3. Professional Practice Standard

کمتری برای ارائه‌ی اطلاعات به بیمار احساس کنند و در واقع به‌شراکت‌گذاشتن اطلاعات ناکافی به ملاك عمل مبدل شود. این استاندارد در انگلستان و بیشتر ایالت‌های آمریکا مورد استفاده‌ی قانون قرار می‌گیرد.

ب. معیار فرد معقول[1]: این معیار که گاه به‌عنوان معیار فرد معقول یا معیار عموم بیماران به شمار می‌رود در کانادا و بعضی ایالت‌های آمریکا رسمیت قانونی دارد. بر این اساس، میزان اطلاعاتی که یك انسان معقول دانستن آن را ضروری می‌داند، به‌عنوان ملاك شناخته می‌شود. اشکال عمده‌ی وارد به این معیار این است که باورها و اولویت‌های اطلاعاتی مختلف افراد را در نظر نمی‌گیرد و برای بیمار به‌عنوان یك فرد، احترام قایل نمی‌شود؛ گرچه این معیار نسبت به معیار قبلی اطلاعات بیشتری را به شراکت می‌گذارد و همسو با منافع بیمار است.

ج. معیار فردی[2]: در این معیار بسته به ویژگی‌های فردی هر بیمار، اطلاعات لازم در اختیار او قرار می‌گیرد؛ به‌عنوان مثال، در فردی که احتیاط و حساسیت بیش از معمول دارد بیان اطلاعاتی مانند عوارض نادر دارو یا اقدامی که به‌طور معمول ضروری به نظر نمی‌رسد، مهم و ضروری است. این استاندارد، منطبق با تفسیر دقیق الگوی تصمیم‌گیری مشترك در رضایت آگاهانه است و چنین اقتضا می‌کند که نیازهای اطلاعاتی منحصربه‌فرد، مبنای شراکت‌گذاری اطلاعات قرار گیرد.

د. معیار شفاف‌سازی[3]: نخستین‌بار هاروارد برودی[4] این معیار را پیشنهاد کرد. مطابق این استاندارد، فراهم‌سازی اطلاعات هنگامی کافی تلقی می‌شود که تفکر پزشك برای بیمار شفاف شود، به نحوی که بیمار بتواند استدلال پزشك را در تصمیم‌گیری بفهمد و آن را دنبال کند. در عمل، پزشکان فرایند تصمیم‌گیری خود را با بیماران در میان می‌گذارند، آنان را از تصمیم‌های جایگزین و نیز برتری‌ها، کاستی‌ها و ابهام‌های موجود در هر یك باخبر می‌سازند و سپس توصیه‌ی حرفه‌ای خود را به بیمار ابراز می‌کنند. پزشك در این رویکرد از طریق «شفاف‌سازی» منطق و ملاحظات مربوط به تصمیم خویش، به تعهد اخلاقی خود در جلب رضایت بیمار عمل کرده است. تفاوت این رویکرد با رویکرد فردی در این است که در رویکرد فردی پزشك با ارائه‌ی اطلاعات متناسب، بیمار را در تصمیم‌گیری کمك می‌کند؛ درحالی‌که در رویکرد شفاف‌سازی، پزشك با ارائه‌ی توضیحات کافی و متناسب، استدلال و نحوه‌ی تفکر خویش را برای بیمار شفاف می‌سازد و بیمار را در موضع قضاوت و سرانجام رضایت قرار می‌دهد.

۷. مشارکت در تصمیم‌گیری، هدف نهایی رضایت آگاهانه[5]

انتخاب واژه‌ی رضایت[6] که به مفهوم مشارکت آگاهانه اشاره دارد، به‌جای واژه‌ی موافقت[7] که مفهوم اجازه‌دهی منفعلانه[8] را می‌رساند، حاکی از این است که مشارکت فعال، هدف نهایی رضایت فعالانه

1. Reasonable Person Standard
2. Subjective Standard
3. Transparency Standard
4. Haward Brody
5. Informed Participitation
6. Consent
7. Assent
8. Passive Authorization

اســت. اگرچه اخذ موافقت بیمــار در هر مداخله‌ای ضروری اســت، کافی نیســت. هنگامی این ضرورت محقق می‌شــود کــه این موافقت بــر تعاملی عمیق و مشارکت در تصمیم‌گیری میان پزشك و بیمار استوار شده باشد؛ محصول این نوع موافقت، رضایت است. مشــارکت در رضایت آگاهانه یك ارتباط متقابل است نــه تشــریفات، و تبــادل اطلاعــات و گفت‌وگوهــا در آن، زاییده‌ی تعهدی اســت کــه درمانگر برای تقویت حس مشــارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمانی حس می‌کند. منشأ این تعهد، باور درمانگر به این حقیقت اســت که منافع بیمار در پرتو ایــن امر به بهترین نحو محقق می‌شود.

این مشارکت به بیمار اجازه می‌دهد سود و ضرر هر مداخله‌ای را از دیدگاه خود ارزیابی کند و با همفکری پزشــك درباره‌ی درمان خویش تصمیم بگیرد. بر این اســاس، «رضایت آگاهانه» را می‌توان معادل عبارت «مشــارکت در تصمیم‌گیری» دانست. تصمیم‌گیری مشترك علاوه بر اینکه به اصل خودمختاری و احترام بــه آزادی فــردی توجهی ویــژه دارد، به بیمــار اجازه می‌دهد تا در تعیین مفهوم «سودمندبودن» و ماهیت انتفاع بالینی از یك مداخله‌ی پزشکی تصمیم‌گیری کند؛ بــرای مثــال، اگرچه کنترل فشــار خون، خطر بیماری‌های قلبی‌عروقی را به‌طور چشــمگیر کاهش می‌دهــد، در برخی شــرایط عــوارض جانبی دارو آن چنان کیفیت زندگی بیمار را تغییر می‌دهد که بیمار، دیگر تلقی «سودمندی» از آن ندارد.

۸. نقدی بر فرم‌های رضایت‌نامه

باید بیــن رضایت آگاهانه و امضــای صِرفِ یك فرم رضایت‌نامــه تمایز جدی قائل شــد. مســلماً امضای یــك فرم رضایت‌نامه از این لحاظ که می‌تواند مبنایی بــرای ازســرگرفتن گفت‌وگویــی بــرای مشــارکت در تصمیم‌گیری باشــد ارزشمند است؛ اما قلمدادکردن آن به‌عنوان رضایت آگاهانه اشتباه است.

رویکــرد اخلاقــی بــه رضایــت آگاهانــه رویکــرد رخدادی[1] نیســت بلکــه رویکردی فرایندی[2] اســت؛ بــه بیان دیگر، در ایــن رویکرد، اخــذ رضایت یکی از مراحل درمان نیســت که در آن بیمار باید مطالبی از یك فرم رضایت‌نامه را بخواند یا اطلاعاتی را بشــنود و در نهایت پایین فرم را امضا کند؛ بلکه پزشــك موظف اســت در تمام فرایند درمان، سایه‌ی رضایت آگاهانه را بگســتراند و این تعامل سازنده را در تمامی مراحل حفــظ کنــد. فــرم رضایت‌نامه عمدتــاً بــرای مقاصد حقوقــی کاربرد دارد و هرگز به‌عنوان جایگزینی برای رضایت آگاهانه معنی‌دار نیست.

۹. موارد استثنای کسب رضایت آگاهانه

اگر مرور مجددی بر تعریف رضایت آگاهانه داشــته باشیم موارد استثنای کسب رضایت آگاهانه مشخص می‌شود[3]:

الــف. اورژانس[4]: در موقعیــت اورژانس فرد ظرفیت مشــارکت در تصمیم‌گیــری را ندارد و از ســوی دیگر تأخیــر در اقــدام باعث آســیب به بیمار خواهد شــد. براســاس مــاده‌ی ۵۹ قانــون مجــازات اســلامی، در مواقــع اورژانــس اخذ رضایــت ضروری نیســت[5]. در

1. Event Model
2. Process Model
۳. نکتــه‌ی درخــور توجه درباره‌ی بیمارانی اســت که اهلیــت رضایت‌دادن ندارند؛ مانند کودکان. این موارد اســتثنای رضایت آگاهانه نیستند؛ زیرا در هر صورت از ولی یا قیم ایشان رضایت اخذ می‌شود.
۴. منظور از اورژانس مواردی اســت که علاوه بر فوریت، بیمار هشــیاری و صلاحیت تصمیم‌گیری را ندارد.
۵. بنابــر مــاده‌ی ۵۹ قانون مجــازات اســلامی، اعمال ذیل جرم محســوب نمی‌شــود: هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا کنندگان قانونی آن‌ها و رعایت موازین علمی و فنی و نظامات

ایـن موقعیـت، اصـل سودرسـانی، اصل احتـرام به خودمختاری را تحت‌الشعاع خویش قرار می‌دهد.

ب. مصونیـت درمانی[1] (رجحـان درمانی): عبارت اسـت از مواردی که ارائه‌ی اطلاعـات به بیمار باعث آسـیب و رنج جـدی بیمار می‌شـود (۹). اسـتناد به مصونیـت درمانی در توجیـه ارائه‌نکردن اطلاعات به بیمار بسیار خطیر است. این استناد تنها در مواقعی توجیه‌پذیر اسـت که احتمال آسـیب فـراوان و خطر جدی وجود داشـته باشـد. برای نمونه، نمی‌توان به بهانه‌ی اینکه بیمار به واسـطه‌ی اطلاع از ابتلایش به سـرطان، نگران و غمگین می‌شـود این حقیقت را از او پنهـان کرد. از نظر حقوقی، اخـذ نظر کمیته‌های اخلاقـی بیمارسـتان بـرای چنیـن مـواردی معقول خواهد بـود. ضمن اینکه هنر پزشـك اقتضا می‌کند بنا به شدت استرس خبر و متناسب با ظرفیت بیمار، برای بیان موضوع از روشی مناسب بهره گیرد.

ج. انصراف: بسـیاری از بیماران می‌خواهند پزشك نقش تصمیم‌گیرنده را داشـته باشد. در مواردی نادر کـه بیمار آشـکارا از حق خود برای شـرکت در فرایند رضایت آگاهانه چشم‌پوشی می‌کند، پزشك می‌تواند نسـبت به انجـام مداخله‌ی پیشـنهادی خـود اقدام کنـد. در شـرایط غیرمعمول و هنگامی کـه تردیدی وجود دارد، مشاوره با کمیته‌ی اخلاق یا وکیل توصیه می‌شود.

شـایان ذکر اسـت پزشـك در چنین مواقعـی باید ابتـدا اطمینـان حاصل کند که بیمار نسـبت به حق خویش برای مشـارکت در تصمیم‌گیری واقف است و امتناع بیمار از مشارکت به دلایلی چون: بی‌اطلاعی و بی‌علاقگی و دستپاچگی او نباشد. پزشك با وجود بی‌علاقگـی بیمار بـرای مشـارکت در تصمیم‌گیری یا پذیـرش کامل توصیه‌هـای او، باید سـعی کند در حد مقـدور بیمار را بـه نحوی فعـال در روند درمانی مشارکت دهد.

۱۰. دیدگاه‌هـای منفـی دربـاره‌ی رضایـت آگاهانه

منتقدان رضایت آگاهانه، به دلایل زیر ضرورت اخذ آن را زیر سؤال می‌برند:

ازآنجایی‌کـه اکثـر بیمـاران متوجـه اطلاعـات داده‌شـده‌ی پزشـکی نمی‌شـوند، بیـان مسـائل به ایشـان بـه جز سـردرگمی بیشـتر، نفعی بـرای آنان نخواهـد داشـت. بسـیاری از بیمـاران تمایلـی بـه مشـارکت در تصمیم‌گیـری ندارند؛ گاه نیـز بیماران در صورت مشـارکت در تصمیم‌گیـری، تصمیماتی را می‌گیرنـد که به مصلحت ایشـان نیسـت. برخی نیز می‌گویند مقوله‌ی رضایت آگاهانه جنبه‌ی تشریفاتی و شـعاری دارد و در عمل اجراشـدنی نیست. با تأمل در مطالب پیش‌گفته در این نوشـتار، به نظر می‌رسد دیدگاه‌هـای منفـی ارائه‌شـده در خصـوص رضایت آگاهانه مبنای منطقی ندارند. این درسـت است که غالـب بیمـاران اطلاعات زیادی از مسـائل پزشـکی ندارنـد و به‌طور اولیه قادر به تصمیم‌گیری نیسـتند، امـا ایـن هنر و وظیفه‌ی پزشـك اسـت که مشـکل و راه‌حل‌های ممکن را با زبانی سـاده و همه‌فهم، بیان کند و او را در تصمیم‌گیری مشارکت دهد.

تمایل‌نداشـتن بسـیاری از بیماران برای مشـارکت در تصمیم‌گیـری، نتیجـه‌ی بی‌اطلاعـی ایشـان از امکان این مشـارکت اسـت. از سـوی دیگر، پزشـك

دولتی انجام شود. در موارد فوری نیز اخذ رضایت ضروری نخواهد بود.
1. Therapiutic Privillage

موظف است با توضیحات خود و بیان منافعی که این مشارکت در پی دارد زمینه‌ی آن را مهیا سازد. از سوی دیگر، از دید پزشک، بیمار ممکن است تصمیمی را اتخاذ کند که به زیان اوست؛ اما در واقع این تصمیم براساس معیارهای سود و زیان بیمار، می‌تواند به نفع او باشد؛ البته پزشك می‌تواند با بیان ضعف‌ها و قوت‌های هر انتخاب از این امر پیشگیری کند.

در نهایت، ذکر این حقیقت ضروری است که انجام اصولی هر اقدامی در نظر اول ممکن است پیچیده‌تر و مشکل‌تر از روش‌های غیراصولی به نظر برسد؛ اما به واسطه‌ی مبنای قوی‌تر آن در درازمدت، ثبات بیشتر و عوارض سوء کمتری را متوجه فاعل آن خواهد کرد. مانند بنایی که زمان و هزینه‌ی زیادی را صرف ایجاد پایه‌های آن می‌کنند اما در عوض، در طول زمان دوام و بقای بیشتری دارد.

توضیح نمونه

به نظر می‌رسد آقای «د» توانایی کافی دریافت اطلاعات، فهم و تصمیم‌گیری در خصوص وضعیت خود را دارد؛ بنابراین، آقای دکتر موظف است ضمن بیان بیماری به ایشان، البته به روش صحیح که در مبحث «گفتن خبر بد» آمده، روش‌های معتبر درمانی را با او در میان بگذارد تا بیمار با توجه به شرایط خویش یکی را انتخاب کند. حداقل میزان ارائه‌ی اطلاعات، مطابق استاندارد فرد معقول است؛ اما بسته به علاقه و اهمیتی که آقای «د» در برابر دریافت اطلاعات از خود نشان می‌دهد باید اطلاعات تکمیلی در اختیار او گذاشته شود.

اگرچه رضایت آگاهانه‌ی بیمار شرط لازم برای اقدام به درمان است، شرط کافی نیست. به بیان دیگر، پزشك در اقدام به هر روش درمانی تابع بیمار نیست؛ بلکه حوزه‌ی انتخاب بیمار محدود به روش‌های معتبر و پذیرفتنی است. در این‌باره چون آقای «د» از رادیوتراپی در قیاس با روش‌های پیشنهادی سود لازم را نمی‌برد، دکتر درمانگر در صورت شکست در متقاعدکردن بیمار برای انتخاب یکی از چهار روش مفید و مقبول، می‌تواند از ادامه‌ی رابطه‌ی درمانی انصراف دهد.

اقدام آقای درمانگر با نیتی خیرخواهانه صورت گرفته، ولی پذیرفتنی نیست؛ چراکه اصولاً نوعی فریبکاری است و نیز در نهایت باعث کاهش اعتماد عمومی جامعه به ارائه‌کنندگان خدمات درمانی خواهد شد.

منابع

1. Sugarman, Jeremy. (2000). Ethics in Primary Care. Mc Grow Hill; 255-329.

۲. الجرجانی، علی‌بن‌محمدبن‌علی. (۱۴۱۳). التعریفات حققه و قدم له ابراهیم الابیاری. بیروت: دارالکتاب العربی، ص۱۴۸.

۳. دهخدا، علی‌اکبر. (۱۳۲۵). لغت‌نامه. ج۷، تهران: دانشگاه تهران، ص۱۰۶۷۲.

۴. وزارة الاوقاف و الشئون الاسلامیه. (۱۴۱۲). الموسوعه الفقهیه. ج۲۲، الکویت: ذات السلاسل، ص۲۲۸.

۵. فلاحیان، معصومه و همکاران. (۱۳۷۹). «بررسی وضعیت موجود ارتباط پزشک با بیمار در بیمارستان‌های آموزشی تهران ۱۳۷۸». مجله‌ی پژوهش حکیم، ش۳، صص۱۹۹تا۲۰۵.

۶. پارساپور، علیرضا و همکاران. (۱۳۸۶). نگرش بیماران، پزشکان و پرستاران بیمارستان‌های امام خمینی(ره)، آتیه و ضیائیان در خصوص رعایت مفاد منشور حقوق بیمار و میزان رعایت آن در سال ۱۳۸۵و۱۳۸۶. پایان‌نامه‌ی دوره‌ی MPH، دانشکده‌ی بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، ص۵۸۵.

۷. صفایی، سیدحسین و سیدمرتضی قاسم‌زاده. (۱۳۷۵). حقوق مدنی اشخاص و محجورین. تهران: سازمان مطالعه و تدوین مکتب علوم انسانی دانشگاه‌ها، ص۱۷۴.

۸. موسوی‌نسب، سیدمسعود و مریم جلالی جهرمی.

(۱۳۸۱). «بررسی نگرش اساتید و دستیاران بالینی دانشکده‌ی پزشکی شیراز در رابطه با گفتن تشخیص به بیماران غیرقابل‌درمان». پزشکی قانونی، ش۲۷، صص۳۴تا۳۸.

۹. لاریجانی، باقر. (۱۳۸۳). پزشك و ملاحظات اخلاقی. تهران: برای فردا.

۱۰. قنواتی، جلیل و همکاران. (۱۳۷۹). حقوق قراردادها در فقه امامیه. ج۱، زیر نظر سیدمصطفی محقق داماد. تهران: سمت، ص۲۳۱.

۱۱. جعفری‌تبار، حسن. (۱۳۷۷). «از آستین طبیبان؛ قولی در مسئولیت مدنی پزشکان». مجله‌ی دانشکده‌ی حقوق و علوم سیاسی، دوره‌ی ۴۱، شماره پیاپی ۱۰۵۴، ص۶۲.

تعیین ظرفیت و تصمیم‌گیری جایگزین

دکتر علیرضا پارساپور، دکتر علی‌اکبر نجاتی صفا

معرفی نمونه‌ی اول

آقـای «ت»، هفتادسـاله، مبتلا به آلزایمر خفیف اسـت و درباره‌ی آن با پزشـک خانواده‌ی خود مشـورت می‌کند. پزشـک می‌گوید آلزایمر مثل سـرطان درمان‌نشـدنی اسـت؛ ولی من هر کاری که لازم باشد برای کاهش سـرعت پیشـرفت آن انجام خواهم داد. آقای «ت» می‌پرسـد: «چه کاری می‌توانید برای من انجام دهید؟» پزشک درمان با ویتامین E و داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی[1] (NSAIDs) را مطرح می‌کند. آقای «ت» درباره‌ی مصرف داروی ضدالتهابی غیراستروئیدی که اثر آن در آلزایمر کاملاً ثابت نشده است، با توجه به خطر خونریزی گوارش توأم با مصرف آن مردد است؛ ولی با مصرف ویتامین E مخالفتی ندارد.

معرفی نمونه‌ی دوم

دکتـر جـراح در بخش اورژانس با پدری روبه‌روسـت که با انتقال فرزند پنج‌سـاله‌اش به اتاق عمل موافقت نمی‌کند؛ درحالی‌که کودک با تشـخیص آپاندیسـیت بستری شده است. معاینات بالینی و CBC بیمار، از ضرورت جراحی فوری بیمار حکایت دارد. تمام تلاش جراح برای متقاعدکردن پدر برای موافقت با جراحی کودک بی‌فایده است و همچنان وی بر درمان طبی فرزندش اصرار دارد.

1. Non Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs)

معرفی نمونه‌ی سوم

سارا دختر دوازده‌ساله با شکایت پرنوشی و پرادراری و کاهش چشمگیر وزن همراه با معلم خود به مطب پزشک متخصص داخلی مراجعه کرده است. پزشک براساس شرح حال اولیه‌ی او با احتمال زیادی، به دیابت کنترل‌نشده مشکوک است. سارا اظهار می‌کند علی‌رغم پیگیری‌های مکرر صورت‌گرفته از سوی اولیای مدرسه مبنی بر ضرورت پیگیری درمان او از سوی والدین، ایشان اعتقادی به پزشکی نوین ندارند؛ همچنین به نظر نمی‌رسد پزشک یا دیگران بتوانند نظر ایشان را تغییر دهند. خانواده‌ی سارا معتقدند مشکل سارا با کمک جوشانده‌های محلی برطرف خواهد شد. معلم سارا با تقبل کلیه‌ی هزینه‌های درمانی از پزشک انتظار دارد درمان دارویی مناسب او را آغاز کند.

۱. مقدمه

ظرفیت- کفایت یکی از ارکان اصلی رضایت آگاهانه‌ی معتبر است که لازمه‌ی اتخاذ تصمیمی صحیح و مبتنی بر منافع بیمار از سوی اوست. در اکثر موقعیت‌ها، پزشک در مشخص‌کردن ظرفیت بیمار در تصمیم‌گیری بالینی مشکلی ندارد؛ اما به‌هرحال گاهی اوقات با موقعیت‌هایی مواجه می‌شود که ارزیابی ظرفیت و کفایت بیمار آسان نیست.

مفهوم ظرفیت تصمیم‌گیری با درنظرگرفتن برخی بیماری‌ها که در سطح جامعه و به‌ویژه مراکز درمانی شیوعی چشمگیر دارند، بیشتر اهمیت پیدا می‌کند؛ به‌عنوان مثال، بیماری دمانس در یک نفر از هر هشت نفر جمعیت بالای ۶۵ سال مشاهده می‌شود. این آمار در نگاه اول ناچیز به نظر می‌رسد؛ اما اگر این شاخص با درنظرگرفتن شیوع بالای بیماری‌ها در گروه سالمندان و افزایش مراجعات به مراکز درمانی در این سنین ارزیابی شود، بسیار تأمل‌برانگیز خواهد بود. همچنین، مشکلات روان‌پزشکی که در برخی شرایط با فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری همراه هستند، در مراجعان به مراکز درمانی با شیوعی شایان توجه دیده می‌شود. از جمله‌ی این اختلالات می‌توان به افسردگی شدید، روان‌پریشی و اختلال دوقطبی اشاره کرد؛ بنابراین، تعیین ظرفیت تصمیم‌گیری موضوعی نیست که فقط در کتب اخلاق پزشکی و پزشکی قانونی به آن پرداخته شود و جنبه‌ی نظری صرف داشته باشد؛ بلکه مسأله‌ای روزمره است که هر روز پزشکان و سایر ارائه‌کنندگان مراقبت‌های سلامت با آن مواجه هستند.

مطالعات مختلفی درباره‌ی شیوع فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری و میزان شناسایی آن توسط کادر درمانی انجام شده است. هاوستی[1] و ملدن[2] در پژوهشی که در سال ۲۰۰۲ در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌ها انجام دادند متوجه شدند که سی درصد از بیماران فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری هستند و از این تعداد تنها سی درصد شناسایی می‌شوند (۱). هاروود[3] و همکاران در مطالعه‌ی دیگری نشان دادند که تنها ۵۴ درصد از افراد فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری شناسایی می‌شوند (۲).

بارتُن[4] و همکارانش نیز در بررسی خود دریافته‌اند

1. Hustey
2. Meldon
3. Harwood
4. Barton

کـه معمـولاً بـه فقـدان ظرفیـت تصمیم‌گیـری در سالمندان ساکن خانه‌ی سالمندان توجه نمی‌شود؛ درحالی‌که حدود ۴۵ درصد افراد بررسی‌شده در این مطالعه فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری بودند (۳).

ظرفیـت تصمیم‌گیـری[1] (DMC) اصطلاحـی درباره‌ی حوزه‌ی عملکرد فردی اسـت. توانایی بیمار توصیف‌شـده در نمونـه‌ی اول، بـرای تصمیم‌گیـری دربـاره‌ی نپذیرفتـن درمـان بـا داروی ضدالتهابـی غیراستروئیدی با هدف کنترل بیماری آلزایمر مثالی از ظرفیـت تصمیم‌گیـری اسـت. ظرفیـت، توانایی دریافـت اطلاعـات، فهم و پـردازش آن‌هـا، تأمل بر آن‌ها، مشـورت‌کردن و در نهایت بیان انتخاب اول از سوی بیمار اسـت. عموماً اصل بر صلاحیت‌داربودن افراد است مگر اینکه خلاف آن ثابت شود.

اساسـی‌ترین اصـل در موضوع ظرفیـت، توجه به نسـبی‌بودن ماهیـت آن اسـت. به بیـان دیگر، هیچ فردی را نمی‌توان به‌طور مطلق دارای ظرفیت یا فاقد آن دانسـت. ظرفیت تصمیم‌گیری در کنار مداخله‌ی مـورد نظر معنی پیدا می‌کند. افراد در قبال طیفی از مداخلات، ظرفیت لازم برای تصمیم‌گیری را دارند و در برابـر طیفی دیگر، فاقد این ظرفیت هسـتند. در ایـن فصل اسـتانداردهای اتخاذ تصمیـم، چگونگی بررسـی آن و راهکارهـای پیشـنهادی کـه پزشـکان بتواننـد چالش‌هـای اخلاقـی رایـج را در مواجهه با چنین شـرایطی مشـخص سازند شـرح داده خواهد شد.

۲. اصول کلیدی

پزشـکی که توانایی تصمیم‌گیری را بررسی می‌کند وظیفه‌ی مهمی در ابعـاد درمانی، قانونی و اخلاقی بـه عهده می‌گیـرد. نمود این امـر در برگه‌ی رضایت آگاهانـه‌ی بیمار بروز می‌یابد. این فـرم به بیماران با ظرفیت تصمیم‌گیری مناسب اجازه می‌دهد درباره‌ی رونـد سـلامتی و درمان خـود انتخاب‌هایی داشـته باشند. به بیان دیگر، برگ رضایت آگاهانه صرفاً برای بیمارانی اسـت که از توانایی اتخاذ تصمیم مناسـب برخوردارنـد. احراز ظرفیت بیمـار این اطمینان را در پزشکان ایجاد می‌کند که توازن بین اتونومی بیمار و منافع درمانی حفظ شده است.

گرچـه مفهـوم ظرفیـت تصمیم‌گیـری، در علـم اخلاق و حقوق ریشـه دارد، وظیفه‌ی بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری مشابه روش‌های تشخیصی در پزشکی است. برای بررسی دقیق آن، پزشکان باید چگونگی تأثیر ناراحتی‌های طبی را در توانایی‌های شناختی[2] و عاطفی[3] درك کنند و از مهارت‌های قوی تشخیصی و ارتباطـی و مصاحبه‌ای برخوردار باشـند؛ بنابراین، پزشکان دقیقاً مثل مواقعی که افسردگی یا پنومونی را تشـخیص می‌دهند، باید نحوه‌ی بررسـی ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار را بدانند.

پزشکان در سطوح پایین‌تر ارجاع باید از محدوده‌ی دانـش خـود در این‌گونـه بررسـی‌ها آگاه باشـند و همان‌طوری‌کـه بیمار مبتلا به افسـردگی مـاژور[4] یا آمپیم[5] را بـه یك متخصص ارجـاع می‌دهند، در این موارد نیز از همکارانی با مهارت کافی استفاده کنند. ظرفیت تصمیم‌گیری، نماد بالینی عملکرد شناختی و عاطفـی بیمـار اسـت. ایـن نمـاد دربرگیرنـده‌ی

1. Decision Making Capacity

2. Cognitive
3. Affective
4. Major Depression
5. Empyema

مجموعه‌ای از توانایی‌ها مانند حافظه، قضاوت، توجه، بصیرت، زبان، محاسبه و برقراری ارتباط است.

این توانایی‌ها ممکن است به درجات مختلف تحت تأثیر قرار گیرند. در یك فرد بزرگسال انواع مختلف ناراحتی‌ها می‌تواند در توانایی او تأثیر گذاشته و منجر به اختلالاتی در ظرفیت تصمیم‌گیری شود. این ناراحتی‌ها شامل دمانس، باورهای هذیانی، سوءمصرف مواد و اختلالات روان‌پزشکی مثل افسردگی، اضطراب و اسکیزوفرنی است. پزشك مسئول باید ابتدا درباره‌ی اینکه «آیا بیمار دچار یکی از این ناراحتی‌هاست؟» بررسی لازم را انجام دهد. فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری ممکن است عارضه‌ی یکی از این ناراحتی‌ها باشد. ناراحتی‌های مختل‌کننده‌ی ظرفیت، شیوع فراوانی دارند؛ به‌طوری‌که قطعاً پزشکان با این بیماران مواجه می‌شوند. در کشور ما به دلیل افزایش روبه‌رشد افراد مسن، دمانس رو به افزایش است. در آمریکای شمالی شیوع دمانس متوسط یا شدید در افراد بیش از ۶۵ سال ۵/۴ تا ۲/۱۰ درصد است.

در ایالات متحده تخمین زده می‌شود که چهار میلیون نفر دچار دمانس هستند و حدس زده می‌شود که تا سال ۲۰۵۰ به دوازده میلیون نفر برسند. اختلال تصمیم‌گیری در بیماران مبتلا به آلزایمر بسیار شیوع دارد و علت مهم آن دمانس است؛ چراکه در دمانس یك یا چند اختلال عملکردی در بُعد شناختی (مثل حافظه و زبان) رخ می‌دهد.

از سوی دیگر، اختلالات روان‌پزشکی به‌طور غیرمستقیم سبب اختلال در ظرفیت تصمیم‌گیری می‌شوند؛ برای مثال، بیماری با افسردگی ماژور ممکن است توجهی به پیامد تصمیم‌گیری نداشته باشد یا بیماری با اختلال اضطرابی ممکن است قادر نباشد به اطلاعات لازم برای انجام یك تصمیم‌گیری توجه کند. افسردگی و اسکیزوفرنی و اضطراب، از اختلالات شایع روان‌پزشکی هستند.

ارتباط بین بیماری‌های تهدیدکننده‌ی زندگی و بیماری‌های مزمن با بیماری‌های خُلقی خصوصاً افسردگی بیانگر این حقیقت است که این بیماران نیز ممکن است اختلال در تصمیم‌گیری داشته باشند؛ برای مثال، افسردگی در ۲۵ درصد از بیماران مبتلا به سرطان گزارش شده است. تجربه‌ی بالینی و تحقیقات نشان داده است که این بیماری‌ها مثل دمانس می‌توانند در ظرفیت تصمیم‌گیری افراد، اختلالی شایان توجه ایجاد کنند. باوجوداین، باید توجه داشت که اگرچه بیماری‌هایی مثل دمانس یا اسکیزوفرنی احتمال اختلال ظرفیت تصمیم‌گیری را مطرح می‌سازد، در بسیاری از مواقع ممکن است ظرفیت تصمیم‌گیری بیماران را مختل نسازند؛ بنابراین، پزشکان نباید تصور کنند که هر بیماری که یك عامل خطر برای بروز اختلال دارد، قطعاً فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری است؛ ازاین‌رو، افسردگی حتماً اختلالی در ظرفیت تصمیم‌گیری به وجود نمی‌آورد. دقیقاً مثل بیماری عروق محیطی که همواره توأم با بیماری شریان کرونر نیست.

۳. مبانی نظری

پزشکان باید ضمن اینکه سلامتی بیماران را ارتقا می‌دهند، به حق انتخاب بیماران دارای ظرفیت نیز احترام بگذارند. در نظام سلامت این اصل به‌خوبی

در فرایند رضایت آگاهانه متجلی می‌شود. همچنین یك اصل اخلاقی است که براساس آن افراد باید از صدمه محافظت شوند و به سوی بهبودی سوق داده شوند. پزشکی که چنین اصولی را پیگیری می‌کند ممکن است با این تعارض روبه‌رو شود که آیا انتخاب بیمار را محترم شمارد یا اینکه بیمار را از انتخاب‌های خطرناك محافظت کند؟

به‌هرحال، بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری می‌تواند راه‌حلی برای این تعارضات باشد. به بیماران دارای قدرت تصمیم‌گیری باید اجازه‌ی انتخاب داد؛ حتی اگر براساس ذهنیت پزشك انتخاب آن‌ها بهترین نباشد. برعکس، درباره‌ی بیماران فاقد ظرفیت که انتخاب‌های خطرناکی را برمی‌گزینند نیازی به دادن چنین اجازه‌ای نیست؛ البته این امر بدین‌خاطر نیست که پزشك مخالفتی با انتخاب بیمار دارد، بلکه به این دلیل است که بیمار قادر به انتخاب صحیح نیست. به عبارت دیگر، بیمارانی که دارای ظرفیت تصمیم‌گیری هستند باید از تحمیل تصمیم‌های دیگران محافظت شوند و بیمارانی که فاقد قدرت تصمیم‌گیری هستند باید از صدمه‌ی ناخواسته محافظت شوند.

۴. ماهیت متغیر[1] ظرفیت تصمیم‌گیری

پزشك باید سطح مناسب ظرفیت را بر مبنای خطرات احتمالی و فواید تصمیم‌گیری تعیین کند. براساس این مقیاس متغیر، پزشکان هنگامی که بیمار، مسیر خطرناکی را انتخاب کرده یا روش درمانی با خطر کمتر را رد می‌کند باید بررسی‌های نسبتاً جدی‌تری را برای احراز ظرفیت او انجام دهند؛ به‌عنوان مثال، زمانی که روش تشخیص یا درمان، خطرات کمتر و منافع بیشتری برای بیمار دارد، احراز کفایت بیمار بسیار راحت‌تر و سریع‌تر از وقتی است که روش تشخیصی یا درمانی پرعارضه یا منافع حاصل از آن کمتر است.

این مسأله درباره‌ی آقای «ت» که مبتلا به بیماری آلزایمر است صدق می‌کند. زمانی که بیمار ویتامین E را با خطر پایین و فوائد اثبات‌شده انتخاب می‌کند، در مقایسه با زمانی که درمان NSAIDs را با خطر بیشتر و فواید مشکوك انتخاب می‌کند، به بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری نیاز کمتری دارد؛ بنابراین، معیارها برای مشخص‌کردن ظرفیت تصمیم‌گیری در این دو انتخاب متفاوت خواهد بود.

۵. معیارهای بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری

بحث قبلی دو نکته را مطرح می‌کند: اول اینکه انتخاب معیار برای تعیین ظرفیت تصمیم‌گیری اثری شایان ملاحظه در نتیجه‌ی آن خواهد داشت؛ دوم، دقت و جدیت در بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری، به خطرات و فواید آن تصمیم بستگی دارد؛ بنابراین، پزشکان باید نحوه‌ی به‌کارگیری انواع مختلف معیارها را بدانند. بسته به موقعیت، چهار تا پنج معیار پذیرفته‌شده برای تعیین ظرفیت تصمیم‌گیری وجود دارد.

جدول شماره‌ی ۱- معیارهایی برای بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری

توانایی انجام‌دادن یك انتخاب و بیان آن
توانایی اتخاذ یك انتخاب معقول درمانی
توانایی ارزیابی شرایط خود و پیامدهای تصمیم
توانایی استنتاج صحیح و منطقی و توضیح علل

1. Sliding Scale

انتخاب بر مبنای اهداف و ارزش‌های خود

جدول شماره‌ی ۲- مدل استاندارد برای بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری

موقعیت (S) (Situation): بیمار وضعیت خود را درک می‌کند.

درمان (T) (Treatment): بیمار درمان پیشنهادی را درک می‌کند.

انتخاب‌های درمانی دیگر (A) (Alternative): بیمار انتخاب‌های درمانی دیگر را درک می‌کند.

امتناع از درمان (No) (No-Treatment): بیمار پیامدهای امتناع از درمان را درک می‌کند.

تصمیم (رأی) (D) (Decision): بیمار می‌تواند تصمیمی را بیان کند.

ارزیابی (A) (Appreciate): بیمار می‌تواند تصمیم و پیامدهای آن را ارزیابی کند.

استدلال (R) (Rational): بیمار می‌تواند به‌طور معقول اطلاعات را پردازش و استدلال کند.

پایداری (D) (Durable): تصمیم بیمار برای مدت طولانی پایدار است.

۵- ۱. توانایی انجام‌دادن یک انتخاب و بیان آن

در این معیار بیمار باید گزینه‌ای را از میان گزینه‌های موجود انتخاب و آن را بیان کند. در این سطح، نیازی به بررسی کیفیت تصمیم بیمار توسط پزشک نیست. برعکس، فقط باید بررسی شود که تصمیمی گرفته شده است یا خیر؟ این توانایی می‌تواند به وسیله‌ی ناراحتی‌های طبی مختل شود؛ مثلاً اضطراب شدید که می‌تواند منجر به تغییرات مکرر در یک تصمیم شود. بیماران همچنین، ممکن است گزینه‌ای را انتخاب کنند اما قادر به بیان آن انتخاب نباشند مثلاً دچار ناتوانی در تکلم باشند.

۵- ۲. توانایی اتخاذ یک انتخاب معقول درمانی

این استاندارد نیازمند این است که بیماران قادر به گرفتن تصمیمی باشند که یک فرد معقول در همان شرایط آن را اتخاذ می‌کند. به عبارت دیگر، اگر بیماری از یک انتخاب معقول کم‌خطر که نفع زیادی دارد امتناع کند، او فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری است. اختلالات قضاوت که توسط دمانس یا بیماری‌های خلقی (مثلاً افسردگی یا اضطراب) ایجاد می‌شود می‌تواند توانایی بیمار را برای دسترسی به این سطح مختل کند. برپایه‌ی این معیار، داوری‌کردن درباره‌ی بیمار نه براساس فرایندهای شناختی یا منطقی او در تصمیم‌گیری، بلکه صرفاً براساس انتخابی است که او انجام داده است و اینکه این انتخاب چقدر توسط افراد معقول پذیرفتنی است؛ بنابراین، مشکلی که در این معیار وجود دارد این است که شاید فردی که انتخابش مثل انتخاب افراد معقول بوده واقعاً دارای ظرفیت نباشد؛ اما دارای ظرفیت تلقی شود. برعکس، در مواقعی به دلیل ارزش‌های منحصربه‌فرد، ضریب بالای خطرپذیری یا اعتقادات مذهبی، افراد ممکن است از استانداردهای معمول افراد معقول پیروی نکنند و از روش‌های درمانی مفید امتناع کنند و براساس این معیار دارای ظرفیت تصمیم‌گیری نباشند.

۵- ۳. توانایی ارزیابی شرایط خود و پیامدهای تصمیم

در این معیار بیماران باید نسبت به بیماری خود آگاه باشند و بتوانند عوارض، خطرات و فواید انتخاب‌های درمانی‌شان را ارزیابی کنند. این معیار، فراتر از معیار دوم (توانایی انتخاب درمان معقول) است؛ زیرا مسیری را که بیماران با گذر از آن

تصمیمات خود را اتخاذ می‌کنند، مشخص می‌کند. این معیار مستلزم آن است که بیماران بتوانند شرایط موجود را تحلیل کنند.

پزشک می‌تواند سؤالات زیر را از بیمار بپرسد:

- بیماری شما چیست؟
- چه درمانی (یا تست تشخیصی) به شما توصیه شده است؟
- منافع و زیان‌های این درمان (یا تست تشخیصی) چیست؟
- چه روش‌های درمانی (یا تشخیصی) دیگری برای بیماری شما وجود دارد؟ منافع و زیان‌های این روش‌ها چیست؟
- اگر اصلاً درمان (یا تست تشخیصی) را انجام ندهید چه اتفاقی می‌افتد؟
- فرض کنیم که عارضه‌ی X در اثر درمان (تست تشخیصی) اتفاق بیفتد، شما این عارضه را چگونه می‌بینید؟

ناتوانی بیمار در ارزیابی بیماری خود یا تمرکزنداشتن روی مجموعه‌ی خاصی از ارزش‌ها می‌تواند این معیار را مختل سازد. این حالت در بیماری‌هایی که درک واقعیت را مختل می‌کند دیده می‌شود؛ مثل اختلالات هذیانی، اضطراب زیاد و دمانس با اختلال عملکرد لوب فرونتال.

۵- ۴. توانایی استنتاج صحیح و منطقی و توضیح علل انتخاب بر مبنای اهداف و ارزش‌های خود

این معیار نیازمند این است که بیماران مفهوم اساسی یك تصمیم را درك کنند. این معیار بالاترین معیاری است که در قانون به کار می‌رود و مبنای خودمختاری در تئوری رضایت آگاهانه است. همچنین، بالاترین پیچیدگی در این معیار نهفته است؛ زیرا درك «مفهوم اساسی» وضعیتی است که عناصر شناختی و هنجاری[1] را تلفیق می‌کند. پزشك می‌تواند با سؤالات زیر این توانایی را در بیمار بسنجد:

- چطور به این نتیجه رسیدید که این درمان (یا تست تشخیصی) را انتخاب کنید؟
- چه عوامل مهمی در تصمیم‌گیری شما نقش داشتند؟
- شما چگونه بین این عوامل مختلف تعادل برقرار کردید و نهایتاً موفق به تصمیم‌گیری شدید؟

واژه‌ی «درك» به معنی توانایی بیمار برای توجیه انتخاب خود با توجه به ارزش‌هایش است. وظیفه‌ی پزشك قضاوت یا دخالت درباره‌ی درستی یا نادرستی این ارزش‌ها نیست؛ بلکه مشخص‌کردن این است که آیا بیماران دلایل خود را به کار گرفته‌اند و این دلایل هماهنگ با باورها و منطق بیمار است؟

۶. کاربرد معیارها

پزشك می‌تواند ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار را بر حسب معیار با یکی از این دو روش بررسی کند: بررسی ساختاریافته یا مصاحبه‌ی بالینی

۶- ۱. بررسی ساختاریافته

در بررسی ساختاریافته پزشك از یك فرم یا پرسش‌نامه برای تعیین ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار استفاده می‌کند. از جمله ابزارهای خاص ارزیابی ظرفیت بیمار می‌توان به «پرسش‌نامه‌ی کفایت»[2] اشاره کرد. این نحوه‌ی بررسی برای ارزیابی ظرفیت بیمار، در زمان تکمیل فرم رضایت برای بستری

1. Normative
2. Competency Questionnaire

در بیمارستان و نیز سنجش ظرفیت تصمیم‌گیری افراد مورد مراقبت در یك مرکز نگه‌داری شبانه‌روزی می‌تواند مفید باشد.

ابزارهای فوق مفیدند؛ زیرا می‌توانند قضاوت را درباره‌ی ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار معیارمند کنند. از سوی دیگر، ازآنجاکه این بررسی‌ها مستند اخلاقی و درمانی خواهند بود، بسیار مهم است که پزشکان این‌گونه تصمیم‌گیری‌ها را صحیح و منصفانه انجام دهند. مزیت عمده‌ی این روش عینی‌بودن آن است؛ برعکس مصاحبه‌ی بالینی که ذهنی[1] است.

علی‌رغم مزیت‌های پیش‌گفته، بیشتر صاحب‌نظران طرفدار ارزیابی ظرفیت بیمار خاص در شرایط خاص، توسط پزشك و به‌صورت ارزیابی ذهنی با مصاحبه‌ی بالینی هستند.

۶- ۲. مصاحبه‌ی بالینی

پزشکان برای ارزیابی ظرفیت بیمار وسیله‌ای را به کار ببرند یا خیر، باید مصاحبه‌ی بالینی را انجام دهند. اینکه پزشک در این مصاحبه‌ها باید چه معیارهایی را به کار ببرد، پرسش مهمی است که با توجه به محدودیت زمانی اکثر پزشکان، پاسخ‌دادن به آن دشوار است.

۶- ۲- ۱. راهکارهای عملیاتی

الف. ضرورت بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری

متغیرهای گوناگون تشخیصی و بالینی ضرورت بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری را برای یك پزشك مطرح می‌سازد. متغیرهای تشخیصی آن بیماری‌هایی است که بُعد عاطفی و شناختی بیمار را مختل می‌کنند؛ مثل دمانس، هذیان، افسردگی، اسکیزوفرنی، مانیك‌دپرسیو و سوءمصرف دارو. این پیش‌فرض درست نیست که هر بیماری که هر یك از این تشخیص‌ها را دارد، ظرفیت تصمیم‌گیری ندارد؛ ولی این تشخیص‌ها باید شك درباره‌ی فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری را بیشتر کند. سایر موضوعاتی که ضرورت بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری را برای پزشك مطرح می‌سازد عبارت‌اند از: امتناع از درمان استاندارد، تغییرات سریع در تصمیم‌گیری‌ها، رفتار سخت یا مخرب، تغییر در فعالیت شناختی یا عاطفی بیمار (به اصطلاح وضعیت ذهنی).

ب. چگونگی بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری

همان‌طوری‌که یك پزشك در انجام معاینه‌ی فیزیکی مراحلی را طی می‌کند، در انجام ظرفیت تصمیم‌گیری نیز باید مراحلی را طی کند. هنگامی که پزشک با بیمارانی روبه‌رو می‌شود که فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری هستند باید قضاوت‌های تشخیصی را به کار گیرد. مثل مهارت‌های دیگر تشخیصی، ممارست و تجربه بسیار مهم است. یك پزشك برای اینکه مهارت پیدا کند باید بررسی‌های زیادی روی بیماران با بیماری‌های مختلف انجام داده باشد؛ همچنین بتواند این یافته‌ها را به همکارانش منتقل کند. این بخش توصیه‌ها و پیشنهاداتی عملی را برای ایجاد این مهارت‌ها در پزشکان ارائه می‌دهد.

چنان‌که در بالا توصیف شده است دو رویکرد برای بررسی وجود دارد: بررسی ساختاریافته و مصاحبه‌ی بالینی. مراحل مصاحبه‌ی بالینی در جدول شماره‌ی ۳ درج شده است. پس از انجام‌دادن این بررسی، براساس مراحل فوق پزشك باید قضاوت کند. در این مرحله سؤال این است که آیا این بیمار با توجه به شرایطی که با آن روبه‌روست، برای اتخاذ تصمیم هدفمند توانایی کافی دارد؟ پاسخ به این

1. Subjective

پرسش مشخص‌کننده‌ی این است که او از ظرفیت تصمیم‌گیری کافی برخوردار است یا خیر.

جدول شماره‌ی ۳. مراحل بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری

- داشتن یك دلیل روشن درباره‌ی ضرورت بررسی
- تأیید توانایی بیمار در برقراری ارتباط
- تصحیح هرگونه مسائل طبی یا وضعیتی (مثل اضطراب، عیوب متابولیك یا علایم شدید) مختل‌کننده‌ی توانایی تصمیم‌گیری بیمار
- آگاه‌کردن بیمار از هدف مصاحبه
- بررسی عاطفه و شناخت، توجه، محاسبه، زبان، قضاوت و حافظه

نتایج این بررسی پیشنهاددهنده‌ی دلایل احتمالی اختلال خواهد بود (نک: جدول شماره‌ی ۴).

جدول شماره‌ی ۴. آزمون‌های بالینی معیارمند ظرفیت تصمیم‌گیری

- حالات عاطفی (Affect): ارزیابی پاسخ‌ها به پرسش‌های باز ساده (مثلاً آیا افسرده هستند؟ آیا مضطرب هستند؟). در صورت لزوم از مقیاس افسردگی افراد مسن استفاده کنید.

- حافظه (Memory): بیمار را طی پنج دقیقه با یادآوری سه لغت تست کنید. از بیمار درباره‌ی تاریخ (منظور روز و تاریخ) و آدرس و شماره تلفن بپرسید.

- زبان (Language): از بیمار بخواهید چیزهایی را در مدت یك دقیقه نام ببرد یا از او بخواهید درباره‌ی نام تمام حیواناتی که می‌تواند تصور کند، بگوید.

- دیداری فضایی (Visuospatical): از بیمار درخواست کنید که صفحه‌ی یک ساعت را کشیده و ساعت ۲:۳۰ را مشخص سازد (درخواست را در صورت لزوم تکرار کنید. این یك تست حافظه نیست).

- قضاوت (Judgment): برای ارزیابی قضاوت بهتر است بیمار را در یک موقعیت اجتماعی فرضی قرار دهید و درباره‌ی قدم بعدی از او بپرسید؛ به‌عنوان مثال، «شما اگر از خیابان عبور کنید و ببینید که کودکی در لبه‌ی پنجره‌ای ایستاده و احتمال سقوط او می‌رود چه کار می‌کنید؟»

- توجه و محاسبه (Attention and calculation): از بیمار بخواهید مثلاً لغت دنیا (World) را به‌صورت برعکس هجی کرده یا از عدد ۱۰۰ سه تا سه تا کم کند و به‌طور معکوس بشمرد.

در نهایت می‌توانید بررسی را به‌صورت یك دیالوگ با پرسش‌های باز تنظیم کنید (نک: جدول شماره‌ی ۵)

جدول شماره‌ی ۵- نمونه‌ای از پرسش‌ها برای انجام‌دادن مصاحبه‌ای بالینی از نظر ظرفیت تصمیم‌گیری

- توانایی تصمیم‌گیری و بیان یك انتخاب «تصمیم شما چیست؟»

- توانایی اتخاذ یك انتخاب معقول درمانی

- «تصور می‌کنید یك شخص معقول در شرایط مشابه چه کاری انجام می‌داد؟ اگر کسی اظهار کند انتخاب شما معقول نیست، چگونه او را متقاعد می‌کنید؟»

- توانایی ارزیابی شرایط خود و پیامدهای تصمیم «برای من بگویید چه مشکلی دارید و انتخاب‌های شما برای پیدا کردن راه حل چیست؟»

- توانایی استنتاج صحیح و منطقی و توضیح علل انتخاب بر مبنای اهداف و ارزش‌های خود؛ «می‌توانید بگویید چرا این گزینه را انتخاب کرده‌اید؟» با کلمات خود کل مطلب و نتیجه‌ی آن را بگویید.

پس از گذراندن مراحل پیش‌گفته، نوبت به تحلیل پاسخ‌های بیمار به پرسش‌های مختلف معیارهای ظرفیت تصمیم‌گیری می‌رسد تا ظرفیت بیمار با جمع‌بندی پاسخ‌های او به سؤالات معیارهای مختلف مشخص شود (نک: جدول شماره‌ی ۱).

آگاه‌کردن بیمار از نتایج بررسی و ثبت نتایج گام‌های دوم و سوم است. در گام بعدی، به نحوه‌ی برخورد با بیمار هنگامی که انتخابی غیرمعقول دارد، پرداخته می‌شود. یکی از مهم‌ترین چالش‌ها در بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری زمانی است که

بیمار انتخابی نامعقول انجام می‌دهد. خیلی سخت خواهد بود که انتخاب نامعقول را از انتخابی که انعکاس‌دهنده‌ی ارزش‌ها یا اعتقادات خاص فرد است تشخیص داد. باید توجه داشت که دومی معیاری برای فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری نیست. در اینکه انتخاب نامعقول علامتی از اختلال در تصمیم‌گیری است اختلاف‌نظر وجود دارد؛ اما مسلم است که انتخاب‌های نامعقول، برای قطعی‌دانستن فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار کافی نیست.

قاعده‌ی کلی این است که تصمیمات باید منطقی بوده و ارائه‌دهنده‌ی ارزش‌های بیمار باشند؛ حتی اگر از دید دیگران (با ارزش‌های متفاوت) این تصمیم منطقی به نظر نرسد؛ برای مثال، درباره‌ی فردی که صرفاً دعاکردن را برای درمان سرطان خود انتخاب کرده است پزشک باید بیشتر به پایه‌ی اعتقادی او در دعاکردن، طول مدت و تناسب ایمان او به دعاکردن با سایر اعتقادات او توجه نماید. نوع پاسخ‌ها ممکن است تصویر مردی را ارائه دهد که طبق ایمان خود زندگی کرده است؛ اما اگر پزشک دریابد که او اعتقادات تازه‌ای ارائه می‌دهد که قبلاً به آن‌ها معتقد نبوده است، زمینه‌ای برای تجدیدنظر و بررسی دقیق تمام معیارهای ظرفیت تصمیم‌گیری را به‌وجود می‌آورد. پیامدهای این بررسی ممکن است این باشد که پزشک و بیمار ارزش‌ها و اهداف یکدیگر را بیشتر درک کنند.

چالش دیگر این است که چگونه باید بیماری را که از بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری امتناع می‌کند مدیریت کرد. پزشکان نباید با این فرضیه که بیمار فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری است، کار را شروع کنند. لازم است پزشکان اطلاعات را از اشخاص ثالث مثل خانواده یا سایر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت نیز جمع‌آوری کنند. پزشکان برای رسیدن به بهترین قضاوت از ظرفیت بیمار، اطلاعات مربوط به توانایی‌های تصمیم‌گیری بیمار را توأم با زمینه‌ی تصمیم (خطرات و فواید آن) بررسی می‌کنند؛ سپس بیمار را از این قضاوت و پیامدهای آن آگاه می‌سازند. بیمار را باید تشویق کرد تا این اطلاعات را با پزشک مطرح کند.

باید توجه داشت که بررسی ظرفیت تصمیم‌گیری، حتی وقتی که بیمار به‌طور کامل همکاری دارد، کاری مشکل است. این وظیفه بدون کسب اطلاعات مهم از بیمار امکان‌پذیر نیست. ازآنجایی‌که قضاوت درباره‌ی ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار می‌تواند عواقب مهم طبی و قانونی داشته باشد، با امتناع از شرکت در این جریان، آنان ممکن است فرصت مهمی را از دست بدهند. در برخی مواقع، برای تعیین ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار، احتمالاً باید از یك روان‌پزشك و حتی مشاور قانونی کمک گرفت.

گاهی نیز عضوی از خانواده‌ی بیمار با قضاوت انجام‌شده درباره‌ی ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار توسط پزشك موافق نیست و این مسأله نیازمند برخورد مناسب و منطقی پزشک است. قضاوت درباره‌ی بیماری که فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری است بر عهده‌ی پزشك معالج و مشاوران طبی دیگر است. ممکن است موقعیتی پیش بیاید که عضوی از خانواده با این قضاوت موافق نباشد؛ برای مثال، ممکن است یك خانواده مدعی شود که ما به علت ارتباط نزدیك با بیمار باید قضاوت کنیم که بیمار دارای ظرفیت تصمیم‌گیری است یا خیر. این مسأله‌ای جدی است که می‌تواند مانع از

مراقبت مناسب از بیمار شود. وظیفه‌ی پزشك است که تعیین کند چه مقدار از عدم توافق با خانواده، مربوط به پیچیدگی‌های ارزیابی ظرفیت بیمار یا احتمالاً اشتباه او در ارزیابی ظرفیت است. مرحله‌ی بعدی یافتن راه‌حل است. شخص ثالث مثل کمیته‌ی اخلاق یا پزشك دیگر می‌تواند کمك کند که این اختلاف‌نظر برطرف شود؛ البته هر دو گروه باید تابع نظر شخص ثالث باشند.

گاهی نیز مشاوره با متخصص ضرورت پیدا می‌کند. قضاوت درباره‌ی اینکه بیمار فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری است می‌تواند برای بیمار پیامدهای واضح اخلاقی و درمانی داشته باشد. با توجه به اهمیت این تصمیم، یك پزشك ممکن است به دلایل گوناگون، با یك متخصص مشورت کند (نک: جدول شماره‌ی ۶).

جدول شماره‌ی ۶. دلایل کسب مشاوره در تعیین ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار

- کسب عقیده‌ی فرد دوم هنگامی که نتیجه‌ی ارزیابی این‌گونه است که بیمار فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری است.
- کمك به تشخیص اختلال شناختی یا عاطفی که از نظر تشخیص یا درمان مشکل باشد.
- روشن‌ساختن جنبه‌های مشکل‌تر ارزیابی؛ مثلاً یك متخصص گفتار می‌تواند اشکالات مربوط به بیان را مشخص سازد یا یك مشاور مذهبی می‌تواند نگرانی‌های معنوی را برطرف سازد.
- حل‌کردن موقعیت‌های چالش‌برانگیز مانند هنگامی که اعضای خانواده موافق تصمیم‌گیری بیمار نیستند.

دانش و مهارت‌های یك پزشك کمك می‌کند که ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار را در روند اقدامات درمانی، خوب بررسی کند. پزشکان نیاز دارند که ظرفیت تصمیم‌گیری همه‌ی بیماران را بررسی کنند. یك پزشك همان‌طور که باید دانش و مهارت شناسایی و پیگیری علائم بیمار را داشته باشد، باید دانش و مهارت بررسی توانایی‌های بیمار برای دسترسی به هر یك از معیارهای ظرفیت تصمیم‌گیری را نیز داشته باشد. برای انجام‌دادن این کار ابزارهای مناسبی وجود دارد؛ ولی آن‌ها نمی‌توانند جانشین قضاوت حرفه‌ای در این رابطه شوند.

۷. موارد خاص در تعیین ظرفیت

۷- ۱. بیماران روان‌پزشکی

نکته‌ی مهم درباره‌ی تعیین ظرفیت در بیماران روان‌پزشکی این است که صِرف ابتلا به یك بیماری روان‌پزشکی به معنی نداشتن ظرفیت تصمیم‌گیری نیست. باوجوداین، اکثر پزشکان این‌گونه بیماران را فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌پندارند که این موضوع ناشی از نوعی سوگیری ذهنی است. این سوگیری به این علت است که شایع‌ترین علل عدم ظرفیت تصمیم‌گیری اختلالاتی مانند دلیریوم، دمانس و برخی اختلالات دیگر روان‌پزشکی است. بیماران روان‌پزشکی نیز باید مانند سایر بیماران از نظر ظرفیت تصمیم‌گیری دقیقاً ارزیابی شوند (۴).

۷- ۲. عقاید و باورهای آیینی و مذهبی

گاه بیمار از دریافت درمان امتناع می‌کند و علت اصلی این امتناع اعتقادات خاص مذهبی یا قومی است؛ به‌عنوان مثال، در آمریکای شمالی اقوامی زندگی می‌کنند که تزریق خون در مذهب ایشان گناه محسوب می‌شود. در این حالت اگر دلیل امتناع از پذیرش تزریق خون، با وجود دانستن فواید درمان و مضرات پرهیز از درمان، همین اعتقاد مذهبی باشد باید نظر بیمار را پذیرفت و او را فاقد

ظرفیت تصمیم‌گیری تلقی نکرد. به‌طور کلی، درباره‌ی ظرفیت تصمیم‌گیری بر مبنای باورهای خاص مذهبی یا آیینی می‌توان الگوی جدول زیر را مورد استفاده قرار داد (۵):

جدول شماره‌ی ۷- الگوی ظرفیت تصمیم‌گیری بر مبنای باورهای خاص مذهبی و آیینی

بیمار	درک مناسب شرایط بیماری	باور پذیرفتنی و مقبول	وجود ظرفیت تصمیم‌گیری
الف	بله	بله	بله
بژ	بله	خیر	خیر
ج	خیر	خیر	خیر
د	خیر	بله	خیر

منظور از درک مناسب از شرایط، آگاهی کامل از وضعیت بیماری و فواید و زیان‌های تصمیم‌گیری درمانی است. همچنین منظور از باور پذیرفتنی و مقبول، باوری است که براساس عقاید مذهبی یا قومی گروهی عظیم از افراد جامعه باشد و این باور به مدت کافی در جامعه وجود داشته باشد و با دیگر عقاید سنتی پذیرفته‌شده در آن جامعه سازگار باشد.

۷- ۳. خودکشی

پزشک و بیمار یک هدف مشترک دارند و آن کمک به حفظ سلامتی و ادامه‌ی زندگی بیمار است؛ اما در زمان خودکشی بیمار به ادامه‌ی زندگی تمایل ندارد و این هدف مشترک از بین می‌رود؛ در واقع تضادی بین هدف پزشک و بیمار به وجود می‌آید.

درباره‌ی تدابیر درمانی در خودکشی، اصل اخلاقی سودرسانی مقدم بر اصل اتونومی قرار می‌گیرد؛ بنابراین، اگر برای بیماری که خودکشی کرده یا قصد خودکشی دارد قرار باشد تصمیم درمانی خاصی گرفته شود و او به دلیل اینکه تمایلی برای ادامه‌ی زندگی ندارد با درمان مخالفت کند، علی‌رغم مخالفت او باید درمان انجام شود. چنین بیمارانی معمولاً فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری در نظر گرفته می‌شوند (۶).

۷- ۴. سن و صلاحیت

از مهم‌ترین شاخص‌هایی که برای احراز صلاحیت افراد بیان می‌شود سن است. قانون پزشک را موظف کرده که اقدامات درمانی برای کودکان را با اذن ولی ایشان انجام دهد. رابطه‌ی سن و صلاحیت را می‌توان از دو منظر حقوقی و اخلاقی در کانون توجه قرار داد.

۷- ۴- ۱. ارتباط سن و صلاحیت از دیدگاه حقوق

«صغیر» در لغت به معنی خرد و کوچک است و در اصطلاح فقهی و حقوقی به کسی گفته می‌شود که به سن بلوغ نرسیده و کبیر نشده است. صغیر به دو نوع «ممیز» و «غیرممیز» تقسیم می‌شود. صغیر غیرممیز شخص نابالغی است که دارای قوه‌ی درک و تمیز نیست و زشت را از زیبا و سود را از زیان تشخیص نمی‌دهد؛ اما صغیر ممیز قوه‌ی درک و تمیز را به‌طور نسبی دارد. در فقه امامیه، هفت‌سالگی را سن تمیز ذکر کرده‌اند. در حقوق مصر، سوریه و عراق سن تمیز هفت سال، در مراکش دوازده و در تونس سیزده سال است. در حقوق ایران مانند فرانسه سن خاصی برای تمیز مشخص نشده و تشخیص آن با دادگاه است.

بلوغ در لغت به معنی رسیدن است و بالغ کسی

است که دوره‌ی صغر (کودکی) را پشت سر گذاشته و قوای جسمی و غریزه‌ی جنسی او نمو کافی یافته است. شافعیان و حنبلیان سن بلوغ را در دختر و پسر پانزده سال قمری، مالکیان هفده سال، حنفیان هفده سال در دختر و هجده سال در پسر می‌دانند. قانون مدنی ایران به پیروی از قول مشهور فقهای شیعه در تبصره‌ی ۱ ماده‌ی ۱۲۱۰ اصلاحی، سن بلوغ را در پسر پانزده سال تمام قمری و در دختر نُه سال تمام قمری می‌داند؛ البته انتقادات جدی و متعددی به این تصمیم قانون‌گذار وارد شده است که مجال آن در این نوشتار نیست. بر این اساس، در نمونه‌ی سوم که در ابتدای مقاله به وضعیت آن اشاره شد، به نظر می‌رسد با توجه به احراز سن بلوغ در دختر مبتلا به دیابت کنترل‌نشده رضایت او برای شروع درمان نافذ خواهد بود (۷).

برای خروج صغیر از حجر، حصول بلوغ کافی نیست و رشد نیز شرط است. نویسنده کتاب جواهر الکلام در این زمینه می‌گوید «اما صغیر تا زمانی که دو صفت بلوغ و رشد برای او حاصل نشده محجور است و در آن اختلافی نیافته‌ام، بلکه اجماع به هر دو گونه‌اش (منقول و محصل) بر آن است و کتاب و سنت نیز بر آن دلالت دارند.» مقصود (۹) از رشد این است که شخص توانایی اداره‌ی اموالش را به نحو عقلایی داشته باشد.

در حقوق اسلام سن خاصی را به‌عنوان سن رشد معین نکرده‌اند و علت آن نیز تفاوت زمان رشد در افراد مختلف به فراخور وضع جسمی، روحی و اوضاع و احوال اجتماعی و اقتصادی و حتی تعلیم و تربیت است؛ البته در قرآن و احادیث، رشد قبل از بلوغ به هیچ عنوان پذیرفته نیست و برای احراز رشد، بلوغ شرط است. تعیین سن رشد به ولی یا قاضی واگذار شده است تا بر حسب مقتضیات زمان و اوضاع و احوال فردی و اجتماعی اقدام به احراز آن کنند. در حقوق رم، ابتدا سن چهارده سال برای پسر و دوازده سال برای دختر و سپس سن ۲۵ سال به‌عنوان رشد پذیرفته شده است. قانون قدیم مصر هجده سال و سپس ۲۱ سال را پذیرفت و در آخرین قانون مدنی مصر، مصوب ۱۳۵۲ این سن به هجده سال تقلیل یافت. ماده‌ی ۴۶ قانون مدنی سوریه، مصوب ۱۹۴۹ نیز هجده سال را پذیرفته است. این سن در بسیاری از کشورها از جمله فرانسه، اسکاتلند، انگلیس، کشورهای عضو جامعه‌ی مشترک‌المنافع و عراق نیز هجده سال است.

در حقوق ایران ماده‌ی ۱۲۰۹ قانون مدنی آمده است: «هر کس دارای هجده سال تمام نباشد، در حکم غیررشید است. بااین‌حال، درصورتی‌که بعد از پانزده سال تمام رشد کسی در محکمه ثابت شود از تحت قیمومیت خارج می‌شود.» این ماده ابتدا به موجب قانون مصوب ۱۰/۸ /۱۳۶۱ و سپس به موجب اصلاح موادی از قانون مدنی مصوب ۱۳۷۰/۸/۱۴ حذف شد. به‌هرحال، در حقوق کنونی ایران سن خاصی برای رشد وجود ندارد؛ هرچند که در عمل، هجده سال را مبنای رشد و خروج از حجر می‌دانند.

۷- ۴- ۲. ارتباط سن و صلاحیت از دیدگاه اخلاق

از دیدگاه اخلاقی کودک به فراخور درک و فهم خود باید در تصمیم‌گیری‌های پزشکی مشارکت یابد و پزشک باید به ظرفیت‌های اختصاصی کودک حساس باشد. از سوی دیگر، واجد سن قانونی‌شدن فرد، به

معنـی جواز انجام هرگونه اقدام پزشـکی پس از اخذ رضایت از او نیسـت؛ چراکه بسیاری از افراد با وجود داشـتن سـن قانونی صلاحیت تصمیم‌گیـری برای طیفـی از اقدامـات را ندارنـد و بسـیاری از اقدامات طبی، طیفی از افراد اعم از اطرافیان و حتی جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برای تصمیم‌گیری مناسـب برای افراد فاقد سـن قانونی این افراد را به سـه گروه تقسیم می‌کنند:

الف. نوزادان و خردسـالان: در این سـنین معمولاً والدیـن، نقش تصمیم‌گیرنده را بر عهده دارند؛ البته این امر به معنی مالکیت فرزند نیست. تصمیم‌گیری بایـد براسـاس ارزیابـی منافـع فرزنـد و نـه منافـع تصمیم‌گیرنـده باشـد. در صورت احـراز خلاف این مهم، اختیار تصمیم‌گیری از ایشان سلب می‌شود.

ب. کـودکان دبسـتانی: اگرچـه تصمیم‌گیرنده‌ی نهایـی در این گروه والدین هسـتند، ضروری اسـت مشـارکت کـودکان نیز در ایـن تصمیم‌گیـری جلب شـود. در این سـنین ضروری اسـت موافقت کودک حتی‌الامـکان و بـا روش‌هـای گوناگـون جلـب و مخالفت‌هـای پایدار و شـدید او جدی گرفته شـود. جلب نظر کودک با دادن هدیه، مشـارکت‌دادن او در انتخاب روش‌هـای موجود و معتبر درمانی (به‌عنوان مثـال، داروی خوراکی و تزریقـی) از جمله اقداماتی است که والدین و تیم درمانگر به لحاظ اخلاقی ملزم به انجام آن هستند.

ج. نوجوانـان: در ایـن سـنین بـا پیچیده‌تریـن تصمیم‌گیری‌هـا روبه‌رو هسـتیم؛ صلاحیت نوجوان کامـلاً بـه توانایی‌هـای فـردی او در درک، تحلیـل، تفکر، انتخاب و ارزیابی سـود و زیان وابسـته اسـت. بلـوغ و رشـد عقلـی نوجوان بـه فراخـور زمینه‌های تربیتـی و محیطـی در ایـن سـنین کامل می‌شـود. اگرچـه قانونگـذار سـن مشـخصی را به‌عنوان سـن قانونی برگزیده اسـت، بسـیاری از نوجوانان پیش از این سـن به صلاحیت تصمیم‌گیری می‌رسند و البته برخی دیگر با وجود رسـیدن به سن قانونی فاقد این صلاحیت هستند. بی‌تردید، از نظر اخلاقی توجه به خواسـت نوجوان در این سنین متناسب با رشد درک او، از اهمیتـی فوق‌العـاده برخـوردار اسـت. اگرچه پزشـك از نظر قانونی برای اقدامات پزشـکی در این سـنین، به رضایت والدین نیـاز دارد، این امر به هیچ عنوان تعهـد اخلاقی او در خصوص مشـارکت‌دادن نوجوان در تصمیم‌گیری‌ها و جلب موافقت او را برای این اقدام سلب نمی‌کند. بهره‌گیری از کمك والدین، مربیان، روحانیان و سایر اقشار ذی‌نفوذ در نوجوان، تیم درمانگر را برای جلب نظر او یاری می‌دهد (۸).

۷- ۵. زوجیت و صلاحیت

به نظر می‌رسـد بـا عنایت به اسـتقلال مالی زوجه و نبـودن دلیلی مبنی بر اینکه زن بـا عقد زوجیت از حـق طبیعـی خویـش در محافظت از سـلامتی‌اش صرف‌نظر کرده اسـت، رضایت زن بـرای انجام‌دادن هر عملی از انواع معالجه کفایت می‌کند. دین مبین اسـلام نیز قائل به تساوی حقوق برای زوجین است؛ گرچه برای زوج ریاست خانواده و حق تدبیر را در نظر گرفته اسـت. اگر زوج نسـبت به امر معالجه‌ی زوجه مخالفـت کنـد، ازآنجایی‌که شـوهر حـق صدمه‌زدن به همسـر را ندارد مخالفت او نافذ نیسـت (۱۰). در آییـن اخلاق پزشـکی ایران آمده اسـت: «رضایت بر درمـان حق بیمار اسـت؛ مگـر بر فـرض حجر وی و درمـان هیچ‌یك از زوجین، مشـروط بـه اذن یا اجازه یا موافقت همسـر نیسـت»؛ بنابراین، از نظر عقلی،

شـرعی، اخلاقی و حقوقی اخذ چنین اجازه‌ای لازم نیسـت؛ امـا در نظام درمانی ما متأسـفانه به شـکل عرفی همچنان این اخذ اجازه از شـوهر بیمار انجام می‌شود.

گفتنی مهم دیگر این است که در مواقعی که بیمار فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری است از روش تصمیم‌گیری جایگزین استفاده می‌شود. فرد جایگزین نه براساس ملاک‌هـا و معیارهای خود، بلکه براسـاس ملاک‌ها و معیارهـای بیمار بایـد تصمیم بگیرد. فـرد جایگزین بایـد بداند کـه اگر بیمـار در شـرایط کنونی ظرفیت تصمیم‌گیری داشـت چـه تصمیمـی می‌گرفت و در واقـع از منظـر بیمـار تصمیـم بگیـرد؛ هرچنـد این تصمیـم مخالف نظـر خـود او و حتی پزشـک معالج باشد. کسـی که به‌عنوان تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین عمل می‌کند، باید خود دارای ظرفیت تصمیم‌گیری باشد (۵).

پرسشـی کـه اکنون به ذهـن می‌آید این اسـت که چـه کسـانی می‌تواننـد به‌عنـوان تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزیـن در کنار بیمار باشـند؟ نخسـت کسـی که خـود بیمار قبلاً او را به‌عنـوان صاحب اختیار در این شـرایط معرفی کرده است؛ سـپس، همسر، والدین، فرزندان، نوه یا نوادگان، دیگر اقوام، دوسـتان، افراد هم‌قبیلـه و هم‌عشـیره می‌تواننـد تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین باشند (۸).

۸. حل اخلاقی تصمیم‌گیری نامناسب والدین برای کودکان

پزشـکان حین ارائـه‌ی خدمات درمانـی با مواردی از تصمیم‌گیـری والدین بـرای کودکان خـود مواجه می‌شوند که به‌طور مشخص با منافع عالیه‌ی[1] کودک همسـو نیسـت. بـا تأملی بر دلایـل انتخـاب والدین به‌عنوان تصمیم‌گیرنـده‌ی جایگزین کودک می‌توان دریافـت کـه مسـئولیت‌پذیری و خیرخواهی والدین نسـبت به کـودک و تصمیم‌گیری ایشـان بـر مبنای بالاترین منافع کودک دو پیش‌فرض اساسی در چنین تفویض اختیاری اسـت. بر این اسـاس، در شرایطی کـه پیش‌فرض‌هـای مذکـور منتفـی شـود، بـه نظر می‌رسد صلاحیت والدین به‌عنوان تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین برای کـودک از نظر اخلاقی مردود خواهد بـود (۱۱، ۱۲). هرچند اختلاف‌نظر در تعیین معیار دقیـق بالاترین منافـع کودک امری طبیعی اسـت، معیـار «ضرورت حفاظت از اطفال از آسـیب جدی و رنج و مرگ» برای متخصصان اطفال راهنمای خوبی به نظر می‌رسد (۱۳، ۱۴). در ضوابط تعیین‌شده در متون اخلاق پزشکی هم علاوه بر محدودیت‌هایی که بر قلمرو اتونومی فرد بزرگ‌سـال بـرای تصمیم‌گیری درمانی نسـبت به خود وجود دارد (مثل بی‌اعتباری خواسـت فرد به خودکشـی)، قلمرو اتونومی والدین درباره‌ی فرزند با محدودیت‌های مضاعفی روبه‌روست (۱۱)؛ به‌عنـوان مثال، با وجود اینکه در بسـیاری از کشـورها افـراد حق امتنـاع از درمان‌هـای حیاتی را دارنـد، چنین اختیـاری را در خصوص تصمیم‌گیری بـرای فرزندان خود ندارنـد (۱۴). همین‌طور والدین نمی‌تواننـد به دلیـل باورهای مذهبی خـود، کودک خویـش را از درمان‌های حیاتی محـروم کنند (۱۵). پدر و مادر از نظر اخلاقی موظف هسـتند نه براساس میـل و مصالح خود، بلکه براسـاس بهترین مصلحت سـلامت کـودک تصمیم‌گیـری کننـد و اگر پزشـک

1. Best Interest

تصمیم‌گیری والدین را بر خلاف مصالح کودک بداند تشخیص مرجع صالح که یا دادگاه یا کمیته‌ی اخلاق است می‌تواند به شکل بی‌طرفانه‌ای به حفظ حقوق کودک کمک کند.

در شرایطی مانند نمونه‌ی دوم، که نظر والدین در خصوص درخواست یا امتناع از یک روش درمانی به‌وضوح با مصالح کودک در تعارض است پزشک موظف است با بیان توضیحات لازم، والدین را نسبت به پیامدهای تصمیم خود آگاه سازد و به یک توافق مشترک برسد (۱۶). در مواقعی که پزشک موفق به تغییر نظر ایشان نمی‌شود، ارجاع موضوع به کمیته‌ی اخلاق می‌تواند راهگشا باشد. به‌ندرت در مواردی چون شک به کودک‌آزاری و غفلت از کودک ممکن است ارجاع موضوع به دادگاه نیز ضرورت پیدا کند (۱۷).

موارد پیش‌گفته در شرایطی است که کودک در وضعیت اورژانس یا با شرایط تهدیدکننده‌ی حیات مواجه نباشد. در موارد اورژانس با وجود مخالفت والدین، پزشک می‌تواند تا حدی که شرایط تهدیدکننده را برطرف کند، مداخله‌ی فوری درمانی انجام دهد (۱۸).

به لحاظ فقهی نیز ولی یا قیّم طفل باید در نگه‌داری از او، صرفاً مصلحت طفل را در نظر بگیرد و در حدود متعارف از هیچ‌گونه اقدامی که حیات طفل متوقف بر آن است دریغ نورزد. چه اصولاً ولایتی که به آن‌ها داده شده به همین منظور است (۴، ۱۹).

چنین برداشت اخلاقی در خصوص قلمرو حق تصمیم‌گیری والدین درباره‌ی فرزندان به نظر براساس نظام حقوقی ایران نیز پذیرفتنی است. مطابق ماده‌ی ۱۱۸۴ قانون مدنی «هرگاه ولی قهری طفل رعایت غبطه‌ی صغیر را نکند و مرتکب اقداماتی شود که موجب ضرر مولی‌علیه شود به تقاضای یکی از اقارب (نزدیکان) یا به درخواست رئیس حوزه‌ی قضایی پس از اثبات، دادگاه ولی مذکور را عزل و از تصرف در اموال صغیر منع و برای اداره‌ی امور مالی طفل فرد صالحی را به‌عنوان قیم تعیین می‌کند». شایان ذکر است که ظاهر ماده‌ی یادشده ناظر به امور مالی طفل است؛ ولی به طریق اولی می‌توان آن را در ارتباط با آن دسته از اموری که به‌طور قطع اهمیتی به مراتب بیشتر از امور مالی دارند تسری داد.

همچنین، براساس ماده‌ی ۱۱۷۳ قانون مدنی «هرگاه در اثر عدم مواظبت یا انحطاط اخلاقی پدر یا مادری که طفل تحت حضانت اوست، صحت جسمانی یا تربیت اخلاقی طفل در معرض خطر باشد، محکمه می‌تواند به تقاضای اقربای طفل یا به تقاضای قیم[1] او یا به تقاضای رئیس حوزه‌ی قضایی هر تصمیمی را که برای حضانت طفل مقتضی بداند، اتخاذ کند.» چنین قوانینی لازمه‌ی تداوم ولایت ولی را رعایت غبطه‌ی طفل یا به تعبیری دیگر مصالح عالیه‌ی کودک می‌داند. نکته‌ی درخور توجه آن است که در فقه امامیه در صورت ثبوت خیانت یا بی‌لیاقتی ولی قهری، به قاضی اجازه‌ی عزل او داده شده است. نویسنده‌ی کتاب جواهر الکلام که از مراجع مهم فقهی امامیه است در این‌باره بر این باور است که «چنانچه برای حاکم حتی با قرائن و اوضاع و احوال معلوم شود که پدر یا جد پدری موجب ضرر طفل یا مجنون شده‌اند باید آنان را رأساً از تصرف در امور محجور منع کند» (۲۰). شایان ذکر است

1 Guardian

که در این‌گونه موارد که «امور حسبی» گفته می‌شود دادگاه‌ها باید رأساً و بدون اینکه منتظر اختلاف و شکایتی باشند به موضوع رسیدگی کنند و تصمیم بگیرند (۲۱).

در استفتای به‌عمل‌آمده در خصوص جواز انجام اقدام ضروری پزشکی (و البته نه فوری) بر کودک، از اقدام نسبتاً ساده‌ی تجویز آنتی‌بیوتیک گرفته تا جراحی، گرچه غالب نظرات به‌دست‌آمده (آیت‌الله صافی گلپایگانی، آیت‌الله مکارم شیرازی، آیت‌الله موسوی اردبیلی) از عدم جواز انجام اقدام پزشکی بدون اجازه‌ی ولی کودک حکایت داشت، به نظر ایشان در صورت حیاتی‌بودن اقدام (خطر جانی برای کودک)، جواز اقدام پزشک حتی با وجود مخالفت ولی کودک درست و تأییدشدنی است.

۹. اشتباهات رایج در مبحث تعیین ظرفیت تصمیم‌گیری

- اشتباه ۱: «فقدان ظرفیت تنها در کسانی مطرح می‌شود که توصیه‌های پزشك را نپذیرند.»

نپذیرفتن توصیه‌های پزشکی به معنی نداشتن ظرفیت نیست و تمام کسانی نیز که توصیه‌های پزشکی را می‌پذیرند، لزوماً ظرفیت تصمیم‌گیری را ندارند.

- اشتباه ۲: «ظرفیت تصمیم‌گیری یك پدیده، همه یا هیچ است.»

نداشتن ظرفیت تصمیم‌گیری در یك موقعیت درمانی به معنی نداشتن ظرفیت درباره‌ی سایر موقعیت‌های درمانی نیست؛ به‌عنوان مثال، یك بیمار مبتلا به دمانس ممکن است درباره‌ی درمان آنتی‌بیوتیکی برای عفونت ادراری که به آن مبتلاست ظرفیت تصمیم‌گیری داشته باشد، اما همان بیمار برای تصمیم‌گیری درباره‌ی جراحی مغز خود ظرفیت نداشته باشد.

- اشتباه ۳: «اختلال شناختی مساوی است با فقدان ظرفیت. »

در این‌باره قبلاً توضیح داده شد (نک: مثال بیمار مبتلا به دمانس).

- اشتباه ۴: «فقدان ظرفیت در یك بیمار پدیده‌ای دائمی است. »

این عقیده نیز اشتباه است؛ به‌عنوان مثال، بیماری که در حالت دلیریوم است چون علائم او نوسان دارد ممکن است در یك زمان فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری و در زمان دیگر واجد آن باشد.

- اشتباه ۵: «بیماران حتی اگر هیچ اطلاعاتی درباره‌ی بیماری دریافت نکرده باشند می‌توانند از نظر ظرفیت ارزیابی شوند. »

از بیماری که درباره‌ی روش‌های درمانی اطلاعات کافی دریافت نکرده یا اطلاعات دریافتی او متناقض بوده نمی‌توان انتظار داشت که تصمیم‌گیری آگاهانه‌ای داشته باشد.

- اشتباه ۶: «تمام بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری هستند. »

در این‌باره نیز قبلاً توضیح داده شده است.

- اشتباه ۷: «بیمارانی که به اجبار دادگاه بستری شده‌اند فاقد ظرفیت هستند. »

اگرچه این بیماران به دلیل ناتوانی در اداره‌ی امور خود یا خطراتی که برای خود یا دیگران دارند به دستور دادگاه بستری می‌شوند و احتمالاً خیلی از آن‌ها فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری هستند، این موضوع درباره‌ی همه‌ی آن‌ها صدق نمی‌کند و این

افراد نیز باید در تصمیم‌گیری درمانی مشارکت داده شوند.

- اشـتباه ۸: «تنها افراد خبره در زمینه‌ی سـلامت روان (روان‌پزشکان و روان‌شناسان) می‌توانند بیماران را از نظر ظرفیت تصمیم‌گیری ارزیابی کنند. »

با وجودی که افراد خبره در زمینه‌ی سـلامت روان دربـاره‌ی تعیین ظرفیت مهارت بیشـتری دارند، هر فردی که کار بالینی می‌کنـد می‌تواند این ارزیابی را انجام دهد و برای هر تصمیم‌گیری به مشاوره با افراد خبره در زمینه‌ی سلامت روان نیاز نیست (۲۲).

یادداشت

بخشی شـایان توجه از این نوشتار برگرفته از فصل هجدهم کتاب Ethics in Primary Care است.

Jeremy, sugarman. (2000). Ethics in primary Care. Mc Grow Hill.

منابع

1. Husty, Fredric & Stephen Meldon. (2002). “The Prevalence and Documentation of Impaired Mental Status in Elderly Emergency Department Patients”. Ann Emerg Med, 39 (3), P. 248-253.

2. Harwood, Daniel & et al. (1997). “Cognitive Impairment in Medical Inpatients. II: Do Physician Miss Cognitive Impairment”. Age Ageing, 25 (1), P. 37-39.

3. Barton, Dennis & et al. (1996). “Clinician’s Judgement of Capacity of Nursing Home Patients to Give Informed Consent”. Psychiatr Serv, 47 (9), P. 956-960.

4. Ganzini Linda & et al. (2004). “Ten Myths about Decision-Making Capacity”. J Am Med Dir Assoc, 5 (4), P. 263-267.

5. Monagle, John & David Thomasma. (2005). Health Care Ethics: Critical Issues for The 21st Century. Toronto: Jones and Bartlett.

6. Miller, SS & DB Marin. (2000). “Assessing Capacity”. Emerg Med Clin North Am, 18, P. 233–241.

7. Parsapoor, Alireza & et al. (2005). “Informed Consent, Contents, Conditions and Practical Methods”. Iran J Diabet Lipid Dis, (Supp:1), P. 1-15.

۸. لاریجانـی، باقر و همکاران. (۱۳۸۳). پزشـك و ملاحظات اخلاقی. ج۲، تهران: برای فردا، صص۵۰تا۸۵.

۹. طباطبایـی حکیـم، سیدمحسـن. (۱۴۱۰). منهـاج الصالحیـن. ج۲، دارالتعـارف للمطبوعـات، بیـروت - لبنـان، ص۱۲۵.

۱۰.. شـجاع‌پوریان، سـیاوش. (۱۳۷۳). مسـئولیت مدنـی ناشـی از خطای شـغلی پزشـك. تهران: انتشـارات فردوسـی، ص۱۸۹.

11. Canadian Paediatric Society. (2004). “Treatment Decisions Regarding Infants, Children and Adolescents ”. Paediatr Child Health, 9 (2), P. 99–103.

12. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. (2000). “Guidelines on Forgoing Life Sustaining Medical Treatment ”. Pediatrics, 106, P. 1151–1153.

13. Woolley, Robert. (2005). “Children of Jehovah’s Witnesses and Adolescent Jehovah’s Witnesses: What are their Rights? ”. Arch Dis Child, 90, P. 715-719.

14. Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. (1997). “Religious Objections to Medical Care”. Pediatrics, 99, P. 279–281.

15. Hickey, Kenneth & Lauri Lyckolm. (2004). “Child Welfare Versus Parental Autonomy: Medical Ethics, the Law, and Faith-Based Healing ”. Theor Med Bioeth, 25, P. 265–276.

16. Cummings, Christy & Mercurio, Mark. (2010). “Ethics for the Pediatrician: Autonomy, Beneficence, and rights ”. Pediatr Rev, 31, P. 252-255.

17. American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics. (1995). “Informed Consent, Parental Permission, and Assent in Pediatric Practice”. Pediatrics, 95, P. 314-317.

18. Consent to Treatment-Children and Young People. Available at http://www. nhs. uk/Conditions/Consent-to-treatment/Pages/Children-under-16. Aspx. Accessed May 18,2018.

۱۹. علامـه حلـی. (۱۳۷۲). تذکـرة الفقهـاء. ج۲، مکتبـه الرضوية لاحياء الآثار الجعفريه، ص۸۰.

۲۰. شهید ثانی. (۱۴۱۶). مسالك الافهام. ج۸، قم: مؤسسه المعارف الاسلامیه، ص۴۲۱.

۲۱. نجفـی، شـیخ محمدحسـن. (۱۹۸۱). جواهـر الکلام. ج۲۶، بیروت: دار احياء التراث العربی، ص۱۰۲.

۲۲. جعفـری لنگـرودی، محمدجعفـر (۱۳۷۲). ترمینولوی حقوق. تهران: کتابخانه‌ی گنج دانش، ص۸۳.

رازداری

دکتر امیراحمد شجاعی، دکتر پونه سالاری

معرفی نمونه

در شـهری کوچـک کـه تقریباً همـه همدیگر را می‌شناسـند، بیماری بـه دلیل عفونت مقاوم تنفسـی در بیمارسـتان بسـتری شـده و آزمایش‌ها، ابتلای او را به ایدز ثابت کرده اسـت. بیمار به محض اطلاع‌یافتن از بیمـاری خـود رضایـت داده و تصمیم به خـروج از بخش می‌گیـرد. او همچنین تقاضـای دریافت تمام آزمایش‌های انجام‌شده را نیز دارد و اصرار می‌ورزد که کسی موضوع بیماری او را فاش نکند.

پرسنل بخش همه از بیماری او مطلع شده‌اند و او و خانواده‌اش را نیز می‌شناسند. برخی از پرسنل مصمم می‌شوند که به خانواده‌اش خبر دهند و برخی نیز می‌خواهند مراتب را به مرکز بهداشت گزارش کنند؛ اما سرپرستار معتقد است فقط به ریاست بیمارستان گزارش شود و بس.

۱. مقدمه

رازداری[1] یکی از برجسته‌ترین اصول اخلاقی است که با کرامت و شخصیت انسانی عجین گشته و ریشه در احترام به انسان‌ها و استقلال آن‌ها دارد و یکی از مهم‌ترین عناصر ایجاد اعتماد بین پزشک و بیمار است. همان‌گونه که حرفه‌ی پزشکی با صداقت گره خورده است و بی‌آن بقا نمی‌یابد، بدون رازداری و سرپوشی بر اسرار بیماران نیز نمی‌توان به ارتباط مناسب پزشک و بیمار امیدوار بود (۱). رازداری از ضرورت‌های حرفه‌ی پزشکی است که چهارصد سال قبل از میلاد مسیح، بخش مهمی از سوگندنامه‌ی بقراط را به خود اختصاص داده است و چونان قانونی برای پزشکان درآمده است. در این سوگندنامه چنین آمده است که: «آنچه در حین انجام‌دادن حرفه‌ی خود و حتی خارج از آن درباره‌ی زندگی مردم خواهم دید یا خواهم شنید و نباید فاش شود، به هیچ‌کس نخواهم گفت؛ زیرا این قبیل مطالب را باید به گنجینه‌ی اسرار سپرد.»

رازداری از مصادیق برجسته‌ی اخلاقی است که در روایات اسلامی نیز تأکید بسیاری بر آن شده است؛ حضرت سجاد(ع) ضعف در رازداری را از صفات بد دانسته‌اند. حضرت صادق(ع) نیز تضییع رازداری را معادل با تضییع همه چیز دانسته‌اند و این نشانگر اهمیت و تأثیر رازداری بر همه‌ی تعاملات انسانی است. همچنین امیرالمؤمنین(ع) در روایات بسیاری بر رازداری تأکید کرده‌اند و از افشای اسرار دیگران نهی فرموده‌اند و رازداری را نشانه‌ی رأی و تدبیر به حساب آورده‌اند (۲).

در پندنامه‌ی اهوازی نیز که اولین آیین‌نامه‌ی جامع اخلاقی پزشکی پس از اسلام به شمار می‌رود، بر اهمیت رازداری تأکید شده و چنین آمده است: «طبیب باید راز بیماران را محفوظ دارد و از افشای سرّ آن‌ها به خودی و بیگانه و نزدیکان و دوران، دوری جوید؛ چراکه بسیاری از بیماران، بیماری خود را از پدر و مادر و کسان خود مستور می‌دارند ولی آن را به طبیب می‌گویند؛ پس طبیب باید از خود بیمار در کتمان بیماری دقت بیشتری کند.» (۳).

در سوگندنامه‌ی پزشکی ژنو که در سال ۱۹۴۸ به تصویب مجمع عمومی انجمن پزشکی جهانی رسیده، عبارت زیر دیده می‌شود: «من راز کسی را که مرا محرم اسرار خود دانسته همواره نگاه خواهم داشت» (۴). همچنین، در مصوبات سومین مجمع جهانی پزشکی که در اکتبر ۱۹۴۹ در لندن تشکیل شده بود، در ارتباط با اسرار پزشکی آمده است: «پزشک باید مطلقاً راز بیمار خویش را فاش نکند؛ خواه آن قسمت که بیمار مستقیماً در اختیار او گذاشته یا خود از راه‌های دیگر به‌دست آورده است» (۵). در حال حاضر، فارغ‌التحصیل رشته‌ی پزشکی به خداوند تبارک و تعالی سوگند یاد می‌کند و شرف و وجدان خویش را گواه می‌گیرد که همواره در پیشه‌ی خود راز بیماران را هیچ‌گاه فاش نسازد و آن‌ها را به گنجینه‌ی اسرار خود بسپرد (۶).

امروزه، رازداری به‌عنوان وظیفه‌ی پزشکان و درمانگران شناخته می‌شود. رازداری یک عمل ارزشمند اخلاقی است و در شکل‌گیری اعمال و صفات اخلاقی دیگر نیز نقشی مهم و پرتأثیر ایفا می‌کند؛ به‌عنوان مثال رازداری پزشک تضمینی است برای سودمندی و عدم اضرار که چنانچه رازداری از میان برود هرگز اصول فوق محقق نمی‌شوند.

1. Confidentiality

همچنین رازداری، احترام به اتونومی و حفظ حرمت فـردی بوده و دلیلی اسـت بـرای آنکه بیمـار خود را صاحب کرامت و شـأن انسـانی بداند و بـر آن مبنا و همسو با استقلال شخصی نسبت به کسب آگاهی و سپس مشارکت در تصمیم‌گیری، اقدام کند. رازداری موجـب اعتماد متقابل بین پزشـك و بیمار می‌شـود و خـود نقـش بسـزایی در افزایش اثربخشـی درمان به‌عهـده خواهد داشـت. رازداری پزشـك، اطمینان لازم را در بیمـار ایجـاد می‌کند تا تمام نکات و اسـرار مربوط به بیماری‌اش را با او در میان بگذارد. این امر گامی مفید در تشـخیص و درمان مؤثرتر اسـت (۳)؛ به‌عنـوان مثال، اگر بیمار اعتیاد خود به الکل یا مواد مخدر را پنهان کند و با پزشک در میان نگذارد، مسیر تشخیص و درمان ممکن است به انحراف برود (۷).

۲. تحلیل مفهوم راز

راز از جنس آگاهی و خبر است. مالکیت راز متعلق بـه صاحـب راز اسـت. در نظام سـلامت، بـه همه‌ی اطلاعـات بیمار کـه در جریـان ارائه‌ی شـرح حال، انجـام اقدامـات پاراکلینیک و تشـخیص بیماری به دسـت می‌آید «راز بیمار» اطلاق می‌شـود. افشـای اسـرار بیماران از نظر اخلاقی مجاز نیست؛ مگر آنکه بنا به مصلحت بیمار، مصلحت شخص ثالث یا جامعه یا به حکم قانون، پزشک مجبور به افشای اسرار بیمار شـود؛ البته شـرایط افشای راز بسـیار خاص است و به‌راحتی امکان‌پذیر نیست.

در تحلیل رازداری پزشـکی باید به این نکته‌ی مهم توجه داشـت که در گذشته، پزشـک تقریباً به‌تنهایی خدمـات پزشـکی را ارائه می‌کرد؛ بنابرایـن، در تمام سـوگندنامه‌های پزشکی مسـأله‌ی ضرورت رازداری پزشـکان مطرح شده اسـت. لیکن امروزه با توجه به اینکه افراد بسیاری در ارائه‌ی خدمات سلامت دخیل هسـتند و از طـرف دیگر، سـازمان‌دهی و نگهداری اسـرار پزشکی به مسـئولان مدارک پزشـکی سپرده می‌شـود، همه‌ی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید بـه تعهد خود بر حفظ اسـرار بیماران پایبند باشـند؛ لذا با توجه به اهمیت مسأله‌ی رازداری و حفظ اسرار بیمـار، آشـنایی و رعایـت موازین اخلاقـی و قانونی در این حیطه برای پزشـکان و همـه‌ی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت ضروری است (۸).

۳. نگاه اخلاقی به رازداری پزشکی

از دیـدگاه اخلاقـی رازداری وظیفـه‌ای مطلـق شـناخته می‌شـود. اما درعین‌حال نظام اخلاقی در مـواردی می‌پذیـرد که بـرای حفظ مصلحـت بیمار، مصلحت جامعه یا شـخص ثالـث و نیز به حکم قانون شـاید بتوان اطلاعاتـی از بیمار را افشـا کـرد. آنچه که در اینجـا مصلحت بیمار، جامعه یا شـخص ثالث نامیـده می‌شـود در واقع به معنی دفع خطر اسـت؛ خطـری کـه فوری، جـدی و واقعـی باشـد و به هیچ طریـق دیگـر نتـوان آن خطـر را از بیمـار، جامعه یا شخص ثالث دفع کرد. در چنین شرایطی تنها کسی کـه می‌توانـد اطلاعـات بیمار را افشـا کند شـخص پزشـک است و بقیه‌ی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت مجاز به افشـای اطلاعات نیسـتند. علاوه‌براین، فرد دریافت‌کننـده‌ی اطلاعـات و مقـدار اطلاعاتـی که می‌تواند فاش شـود نیز باید تعریف شوند. درهرحال حداقـل مقدار اطلاعـات مورد نیاز باید فاش شـود. در سـایر مواقـع، بیمار باید رضایت خـود را درباره‌ی افشای اطلاعات به‌صورت مکتوب اعلام کند. اصول

چهارگانه‌ی اخلاق زیستی نیز که شامل سودرسانی، عدم اضرار، اتونومی و عدالت هستند، از رازداری حمایت می‌کنند. بنا بر اصل سودرسانی، چنانچه رازداری موجب افزایش اطمینان و اعتماد بیماران به پزشک شود، پذیرش بیمار نسبت به درمان بهتر و بیشتر خواهد بود.

نقض رازداری موجب بروز آسیب‌های فراوان معنوی و گاه مادی در بیماران می‌شود؛ بنابراین اصل عدم اضرار نیز با ممانعت از آسیب‌رسانی به بیماران بر رازداری تأکید می‌کند. براساس اصل اتونومی، بیمار درباره‌ی کلیه‌ی اطلاعات و موضوعات مرتبط به خویش، می‌تواند آزادانه تصمیم بگیرد و فرد دیگری نباید به اسرار و اطلاعات بیمار دسترسی یابد (۹).

۴. نگاه فقهی به رازداری پزشکی

در روایات اسلامی حفظ اسرار سنتی است که انسان‌ها از پروردگار متعال آموخته‌اند؛[۱] ازآنجاکه خداوند متعال ستارالعیوب و پوشاننده‌ی اسرار است و اسرار بندگان را برای دیگران فاش نمی‌کند و آبروی آنان را حفظ می‌کند، بایسته است انسان مؤمن نیز این صفت پسندیده و ممدوح باری‌تعالی را سرلوحه‌ی خود قرار داده و اسرار بندگان خدا را حفظ کند و عیب‌های آنان را بر دیگران بپوشاند. در آموزه‌های دینی بر افشانکردن اسرار و عدم تجسس در زندگی و اسرار دیگران تأکید فراوان شده است. در شریعت مقدس اسلام آشکارکردن اسرار دیگران حرام است و پوشیده نگه‌داشتن اسرار از کرامت انسان به‌حساب می‌آید؛ اما در حیطه‌ی پزشکی و در ارتباط پزشک و بیمار، هم گفتن اسرار به پزشک لازم است و هم تجسس پزشک برای دستیابی به اطلاعات مفید؛ حتی به فرموده‌ی حضرت امیر(ع) هر کسی مریضی خود را از پزشک معالجش پنهان دارد به خودش خیانت کرده است (۱۰).

۵. دلایل وجوب حفاظت از اسرار پزشکی

حکم وجوب حفظ اسرار و حرام‌بودن غیبت پشت سر دیگران، شامل پزشک و همه‌ی کادر درمانی و حتی غیردرمانی مرتبط با اسرار بیماران می‌شود. خداوند متعال مؤمنان را به حفظ امانت‌ها و رعایت عهد توصیف کرده است؛[۲] بنابراین اطلاعات بیمار به پزشک به‌عنوان امانت سپرده شده و مریض هرچند موظف به گزارش بوده است، در عین آگاهی به رازداری پزشک و کادر درمانی آن اطلاعات را ارائه کرده است؛ لذا افشای آن اسرار خیانت در امانت است. پزشک براساس تقدس حرفه‌ای خویش موظف به حفظ اسرار است و افشاگری او تخلف از سوگندی است که یاد کرده است و پیمان‌شکنی محسوب می‌شود که علاوه بر گناه، موجب کفاره نیز می‌شود. فاش‌کردن اسرار بیماران بر خلاف مضمون قراردادی است که پزشک با مریض یا سازمان دارد و متعهد به اجرای مقررات (که از قبیل حفظ اسرار است) شده است (۱۱). گاهی پزشکان بین وجوب و حرمت افشای اسرار دچار تردید می‌شوند. بدین‌معنا که افشای اسرار گرچه مصداق کار حرام است، برای

۱. امام رضا(ع) در حدیثی فرموده است: «مؤمن، مؤمن نخواهد بود مگر اینکه سه خصلت داشته باشد: سنتی از پروردگار و سنتی از پیامبر(ص) و سنتی از امام؛ اما سنت پروردگار کتمان اسرار است، اما سنت پیامبر(ص) مدارا با مردم است و اما سنت امام شکیبایی در برابر ناراحتی‌ها و مشکلات است: «لا یَکونُ الْمُؤْمِنُ مُؤْمِنًا حَتّی تَکونَ فیهِ ثَلاثُ خِصال، سُنَّةٌ مِنْ رَبِّهِ وَ سُنَّةٌ مِنْ نَبِیِّهِ وَ سُنَّةٌ مِنْ وَلِیِّهِ فَأَمَّا السُّنَّةُ مِنْ رَبِّهِ فَکِتْمانُ سِرِّهِ وَ أَمَّا السُّنَّةُ مِنْ نَبِیِّهِ فَمُدارَاةُ النّاسِ وَ أَمَّا السُّنَّةُ مِنْ وَلِیِّهِ فَالصَّبْرُ فِی الْبَأساءِ وَ الضَّرّاءِ.»

۲. «وَالَّذِینَ هُمْ لِأَمَانَاتِهِمْ وَعَهْدِهِمْ رَاعُونَ: و کسانی که به امانت‌ها و عهد خود پایبندند» (قرآن کریم، سوره‌ی مؤمنون، آیه‌ی ۸).

جلوگیری از آسیب‌رسانی به جامعه یا شخص ثالث (درصورتی‌که خطر فوری، جدی و واقعی باشد) واجب است؛ یعنی هر دو طرفِ تصمیم، حکمی الزام‌آور قرار گرفته است. در اینجا به اصطلاح فقها، تزاحم مطرح می‌شود و آن حکمی که ملاك در او قوی‌تر است، مقدم داشته می‌شود (۱۲)؛ بنابراین، کادر پزشکی باید بررسی کند که مصلحت و ملاك در کدامیك قوی‌تر است و بین اهم و مهم، اهم را برای اجرا انتخاب کند. و اگر اهم را کشف نکند، رازداری مقدم است و باید به آن عمل کند (۱۱).

۶. نگاه قانونی به رازداری پزشکی

در کشور بریتانیا نقض رازداری فقط زمانی مجاز است که یا رضایت بیمار باشد یا رأی صادره از سوی دادگاه حکم کند یا حفظ منفعت عمومی ایجاب کند. در کشور آمریکا مقرراتی تنظیم شده است که پزشکان و بیمارستان‌ها می‌توانند درصورتی‌که اطلاعات بیمار مربوط به ارائه‌ی خدمات سلامتی باشد، بدون اجازه‌ی کتبی بیمار، آن اطلاعات را در اختیار شرکت‌های بیمه، سازمان‌های مسئول و داروخانه‌ها قرار دهند. در کانادا و کشورهای اروپایی نیز قوانین حفاظت از اطلاعات شخص و رازداری وجود دارد (۱۳).

در کشور ما در ماده‌ی ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی به رازداری اشاره شده است. در این ماده مقرر شده است: «اطبا و جراحان و ماماها و داروفروشان و همه‌ی کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه‌ی خود محرم اسرار می‌شوند، هرگاه در غیر از موارد قانونی، اسرار مردم را افشا کنند، به سه ماه و یک روز تا یک‌سال یا به یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی، محکوم می‌شوند» (۱۴).

قانونگذار مرتکبان جرم افشای سِرّ را همه‌ی کسانی می‌داند که به مناسبت شغل خود محرم اسرار مردم می‌شوند و مردم به خاطر اعتمادی که به آنان دارند، گاه اسرارشان را برای آنان بازگو می‌کنند یا اینکه آنان به‌طور طبیعی پی به رازهای مردم می‌برند و سپس آن‌ها را افشا می‌کنند و این افشای اسرار در نهایت متوجه جامعه می‌شود؛ زیرا مردم به واسطه‌ی بی‌اعتمادی، تا حد امکان، به پزشک یا روان‌شناس یا وکیل و... مراجعه نمی‌کنند و در نتیجه‌ی مراجعه‌نکردن به این افراد، سلامت و امنیت جامعه به خطر می‌افتد؛ لذا قانونگذار این موارد را جرم تلقی کرده است تا سلامت و امنیت جامعه حفظ شود. با توجه به همین ملاک، پاره‌ای حقوق‌دانان بر این باورند که این جرم دارای جنبه‌ی عمومی است و تعقیب آن منوط به شاکی خصوصی نیست (۱۵).

همچنین طبق ماده‌ی ۱۰۶ قانون تعزیرات، اگر اطبا و جراحان که به مناسبت شغل یا حرفه‌ی خود محرم اسرار می‌شوند، غیر از مواقعی که بر حسب قانون ملزم به افشای اسرار هستند، اسرار مردم را آشکار کنند به ۷۴ ضربه شلاق محکوم می‌شوند؛ البته اخیراً به موجب تصویب شورای عالی قضایی حبس و جریمه‌ی نقدی هم به آن اضافه شده است (۱۶).

برخی امراض به علت اهمیتی که دارند می‌باید تحت کنترل قرار گیرند؛ ازاین‌رو همه‌ی اطبا مکلف هستند به محض مشاهده‌ی بیماری، مراتب را به مراکزی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین می‌کند، گزارش کنند تا در آن مراکز درباره‌ی

علـل پیدایش بیماری و پیشـگیری از سـرایت آن به سایر افراد جامعه اقدام لازم صورت گیرد.

مـاده‌ی ۴ آیین‌نامـه‌ی انتظامـی سـازمان نظـام پزشـکی نیز مقرر کرده است که شـاغلان حرفه‌های پزشـکی و وابسـته، حق افشای اسـرار و نوع بیماری بیمـار، مگر به موجب قانون مصوب مجلس شـورای اسـلامی را ندارند. براسـاس قانون مصـوب مجلس شورای اسـلامی امراضی که پزشکان مکلف هستند آن‌ها را گزارش کنند بر چند دسـته تقسیم می‌شوند که عبارت‌اند از:

الف. بیماری‌های آمیزشی

مقصـود از بیماری‌هـای آمیزشـی در ایـن بحـث سـوزاک، کوفـت (سـیفلیس)، آتشـک (شـانکرنرم) اسـت، در هر نقطه از بدن که واقع باشند. به موجب مـاده‌ی ۳ آیین‌نامـه‌ی جلوگیـری از بیماری‌هـای آمیزشـی و واگیـردار مصـوب سـال ۱۳۲۰، همـه‌ی پزشکانی که بیماری‌های آمیزشی را درمان می‌کنند باید دفتر مخصوص داشـته باشند و در آن اطلاعاتی را چون: نام بیمار، شماره‌ی شناسنامه، نشانی محل سـکونت، تاریـخ ابتلا به بیمـاری، امتحاناتـی که از بیمار شده، نتیجه‌ی آزمایش، همچنین، درمان‌هایی کـه برای او انجام شـده و موعدی را کـه برای درمان او معین شـده اسـت ثبت کننـد؛ علاوه‌برایـن، باید سـتون مخصوصی بـرای ثبـت اخطارهـای درمانی به بیمار یا ارجاعات و مشـاوره‌های پزشـکی داشـته باشـد و در صورت امکان در همان دفتر شیوه‌ی ابتلا و نام و نشـان شـخص مبتلاکننده را نیـز ثبت کنند. این دفتر را پزشـک باید همیشـه مخفی نگاه دارد تا کسـی بر محتویات آن آگاهی نیابد و سـر بیمار افشا نشـود. (این دفتر که شـماره‌ی اوراق آن معین است از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به پزشکانی که تقاضا کنند، داده خواهد شد).

همـه‌ی پزشـکان و مراکز درمانـی (اعـم از دولتی و خصوصـی) عـلاوه بـر اقداماتـی که بـرای درمان بیمـاری انجـام می‌دهنـد، لازم اسـت حتی‌المقدور به کشـف کانون ابتـلا و عمل مبارزه بـا بیماری‌های آمیزشی، کمک و مسـاعدت کنند؛ افزون‌براین، آنان باید بکوشند به وسیله‌ی پرسش از بیمار، طرز ابتلای شخص مبتلاکننده را معین کنند و در صورت امکان نام و نشـانی شخص بیمارکننده را با اطلاعاتی کافی به بخش بیماری‌های آمیزشی ارسال دارند.

ب. بیماری‌های واگیردار

بـه موجـب مـاده‌ی ۱۹ قانـون طـرز جلوگیـری از بیماری‌های آمیزشی و واگیردار مصوب سال ۱۳۲۰ و اصلاحیه‌ی آن مصوب سال ۱۳۴۷، هر پزشک معالج مکلف اسـت هنگام مشـاهده‌ی یکی از بیماری‌های واگیردار وبا و اسـهال وبایی‌شـکل، طاعون، تب زرد، مطبقه (تیفوئیـد)، محرقه (تیفـوس اگزانتماتیک)، آبلـه، مخملـک، سـرخچه، حنـاق، اسـهال خونی، سرسـام واگیر (مننژیت سـر برو اسپیتالل)، تب عرق گز (سوئت می‌لویر)، مالاریا، فلج اطفال و تب مالت، فـوراً مراتب را به وزارت بهداشـت، درمـان و آموزش پزشکی اطلاع دهد.

علاوه بـر بیماری‌های فوق‌الذکـر، درصورتی‌که در مراکـز پرجمعیـت از قبیـل مـدارس، کارخانجـات، زنـدان و... یکـی از بیماری‌های سیاه‌سـرفه، جذام، باد سـرخ، ورم غده‌ی بناگوش، سـل سـینه، گریپ، ذات‌الریـه، (پنومونـی)، تراخم، تـب راجعه (تیفوس دکورانـت)، آبلـه مرغـان، هپاتیت‌هـای ویروسـی و مسـمومیت غذایی دیده شود، پزشـک مسئول آنجا

می‌باید مراتب را به اداره‌ی بهداشت محل گزارش کند.

ج. سرطان

به موجب ماده‌واحده‌ی قانون، راجع به ثبت و گزارش اجباری بیماری‌های سرطانی مصوب سال ۱۳۶۳، به منظور بررسی و تحقیقات اپیدمیولوژیک و پیشگیری منطقه‌ای و تنظیم آمار بیماری‌های سرطانی، همه‌ی مؤسسات درمانی، آزمایشگاه‌های آسیب‌شناسی و تشخیص طبی اعم از دولتی و غیردولتی مکلف‌اند در مناطق معینی از کشور که امکانات لازم موجود است، هر بافت و نمونه‌ای را که به هر عنوان «تشخیص، درمان و تجسس» از بدن انسان زنده نمونه‌برداری می‌شود، آزمایش کنند و چنانچه به موارد سرطانی یا مشکوک به سرطان برخوردند، نتیجه‌ی آزمایش و اطلاعات لازم را محرمانه به مراکزی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معین می‌کند ارسال کنند.

چون اجرای قانون فوق‌الذکر مستلزم وجود آزمایشگاه‌ها و مراکز درمانی مجهز هر شهری است، اجرای آن در همه‌ی مناطق کشور فعلاً اجباری نیست و به موجب تبصره‌ی ۲ ماده‌ی مذکور، تشخیص و تعیین مناطقی که این قانون در آن‌ها اجرا خواهد شد بر عهده‌ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است (۱۷).

۷. بحث و نتیجه‌گیری

مصونیت از افشای اسرار بیماران به‌عنوان یك قاعده‌ی پذیرفته‌شده‌ی اخلاقی و یك اصل مسلم حقوقی در همه‌ی جوامع و سیستم‌های گوناگون حقوقی به رسمیت شناخته شده و بخشی از حقوق بیماران محسوب می‌شود؛ تنها استثنائی که می‌تواند بر این قاعده‌ی حقوقی تخصیص زند، اراده‌ی قانونگذار است و اهمیت موضوع تا بدان‌جاست که حتی در پاره‌ای از سیستم‌های حقوقی، با وجود تصریح قانونگذار، پزشك می‌تواند در قبال محکمه و قاضی سکوت کند و سخنی به زبان نیاورد.

رازداری در حرفه‌ی پزشکی هم تأمین‌کننده‌ی منافع فردی است و هم مصالح اجتماعی و البته استثنائاتی بر آن وارد است؛ برای مثال دامنه‌ی رازداری در کشورهای اسکاندیناوی بسیار محدود است، چون مصالح فرد بر مصالح جامعه ترجیح بیشتری دارد؛ درحالی‌که در کشورهای اروپای شرقی دایره‌ی استثنائات وارده بر این اصل بسیار وسیع و گسترده است. به عبارت دیگر، در این کشورها مصالح اجتماعی ارجح و اولی بر منافع افراد است.

به‌طور کلی استثنائات وارده بر اصل افشانکردن اسرار بیماران عبارت‌اند از:

- رضایت صاحب راز؛
- اعلام بیماری‌های واگیر به موجب قانون مصوب مجلس شورای اسلامی؛
- اعلام ولادت و فوت؛
- شهادت نزد محاکم با حکم قانونی و درخواست قاضی؛
- تصمیم بیمار به ارتکاب جرم؛
- افشای اسرار در مقام دفاع از خود؛
- حفظ مصالح دیگران (۱۸).

توضیح نمونه

در موقعیت بیماری که در ابتدای مطلب وضعیت او معرفی شد، وظیفه‌ی اخلاقی پزشک و کلیه‌ی

پرسنل بیمارستان حفظ رازداری است؛ بنابراین هیچ فردی حق افشای راز او را به سایرین ندارد. علاوه‌براین، باید تمهیداتی اندیشیده شود تا نتیجه‌ی آزمایش‌های حساس در صورت امکان به‌صورت محرمانه در دسترس بیمار قرار گیرد تا مانع از افشای راز او شود. ازآنجاکه بیماری ایدز از مواردی است که به موجب قانون باید به مراجع ذی‌صلاح گزارش شود، پزشک موظف است ضمن اطلاع بیمار از لزوم گزارش اجباری، موارد را به مبادی ذی‌ربط اطلاع دهد. مصلحت همسر بیمار نیز به‌عنوان شخص ثالث ایجاب می‌کند که پزشک، ضمن ارائه‌ی اطلاعات کافی درباره‌ی بیماری و نحوه‌ی انتشار آن به بیمار، او را به افشای راز به همسر خود تشویق و ترغیب کند. علاوه‌برآن، در چنین مواقعی همسر او نیز باید تحت آزمایش غربالگری قرار گیرد. برای کمک به بیمار در خصوص افشای بیماری به همسر خود، شایسته است پزشک و تیم درمان موضوع را پیگیری و کمک کنند تا از همسر بیمار رفع خطر شود؛ خطری که جدی و واقعی است اما فوری نیست.

منابع

۱. جولیوس، سیم. (۱۳۸۶). تصمیم‌گیری اخلاقی در درمان. ترجمه‌ی زهرا حقیقی. تهران: مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی.

۲. کلینی، محمدبن‌یعقوب. (۱۳۸۷). اصول کافی. ج۴، ترجمه‌ی محمد باقرکمره‌ای. تهران: نشر اسوه، صص۶۵۵تا۶۶۷.

۳. لاریجانی، باقر و کیارش آرامش. (۱۳۹۲). پزشک و ملاحظات اخلاقی. ج۱، تهران: برای فردا. ص۱۳۷.

4. Rancich, Ana María & et al. (2005). “Beneficence, Justice, and Lifelong Learning Expressed in Medical Oaths”. J Contin Educ Health Prof, 25, P. 211–220.

5. Sobal, J. & Stunkard AJ. (1989). “Socioeconomic Status and Obesity: A Review of the Literature”. Psychol Bull, 105 (2), P. 260-275.

6. Kaji, Sritharan & et al. (2001).“Medical Oaths and Declarations a Declaration Marks an Explicit Commitment to Ethical Behavior”. BMJ. 323 (7327), P. 1440–1441.

۷. لاریجانی، باقر و کیارش آرامش. (۱۳۹۲). پزشک و ملاحظات اخلاقی. ج۲، تهران: برای فردا. ص۱۴۶.

۸. آسمانی، امید و صدیقه ابراهیمی. (۱۳۹۲). «رازداری در علوم پزشکی». مجله‌ی ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، ج۶، ش۶، صص۶۴تا۷۶.

9. Beauchamp & Childress. (2001). Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, P. 454.

۱۰. سیدرضی. (۱۳۸۵). نهج‌البلاغه. ترجمه‌ی عزیزالله جوینی، تهران: نشر دانشگاه تهران، حکمت ۲۲۲.

۱۱. مهدوی‌نژاد، غلامحسین. (۱۳۸۷). «رازداری و حدود آن در حرفه‌ی پزشکی». اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره‌ی ۱، ش۴، صص۱۳تا۲۰.

۱۲. محقق داماد، سیدمصطفی. (۱۳۸۹). فقه پزشکی. تهران. انتشارات حقوقی. ص۶۹.

۱۳. پارسا، مجتبی. (۱۳۸۸). «حریم خصوصی و رازداری در پزشکی و جنبه‌های مختلف آن». اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره‌ی ۲، ش۴، صص۱تا۱۴.

۱۴. ماده‌ی ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی. دست‌یافتنی در http://rc.majlis.ir/fa/law. به تاریخ بازیابی اردیبهشت ۱۳۹۷.

۱۵. قماشی، سعید. (۱۳۸۵). «بررسی جرم افشای اسرار حرفه‌ای». دادرسی، ش۵۸، ص۳تا۶.

۱۶. مبحث چهارم در تعزیرات قانون مجازات اسلامی. دست‌یافتنی در http://rc.majlis.ir/fa/law/. به تاریخ بازیابی اردیبهشت ۱۳۹۷.

۱۷. آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته. دست‌یافتنی در http://rc.majlis.ir/fa/law/show/۱۱۹۳۹۵ به تاریخ بازیابی اردیبهشت ۱۳۹۲.

۱۸. عباسی، محمود. (۱۳۸۳). حقوق پزشکی. ج۳، تهران: انتشارات حقوقی، ص۵۳.

حریم خصوصی

دکتر نازآفرین قاسم‌زاده، دکتر نیکزاد عیسی‌زاده

معرفی نمونه‌ی اول

کودکانی که در یک حادثه‌ی آتش‌سوزی در دبستان محل تحصیل خود دچار سوختگی شده‌اند، برای مراقبت به بیمارستان آورده شده‌اند. این حادثه به‌عنوان بحران ملی محسوب می‌شود؛ بنابراین، چند تن از مسئولان کشوری و عده‌ای از خبرنگاران برای مصاحبه با آنان در بیمارستان حاضر می‌شوند. چه اقدامی خواهید کرد؟

معرفی نمونه‌ی دوم

خانمی برای سزارین به بیمارستان ارجاع شده است. او تقاضا دارد که گروه پزشکی اتاق عمل همه مؤنث باشند و نیز همسرش در اتاق عمل حضور یابد. چه اقدامی خواهید کرد؟

معرفی نمونه‌ی سوم

آقای «ب» شصت‌ساله از بخش اورژانس با تشخیص حمله‌ی قلبی در CCU بستری شده است و شما او را ویزیت می‌کنید. بیمار دچار سکته‌ی وسیع در ناحیه‌ی قدامی و تحتانی قلب است و پیش‌آگهی بدی دارد. بیمار هوشیار است و از شما می‌خواهد در این‌باره با همسرش صحبت نکنید و درباره‌ی شدت بیماری و پیش‌آگهی آن اطلاعی به همسرش ندهید؛ چون می‌داند همسرش طاقت شنیدن این خبر بد را ندارد. بعد از ویزیت، همسر آقای «ب» شما را در راهروی بیرون CCU می‌بیند و درباره‌ی بیماری همسرش می‌پرسد. چه می‌گویید؟

۱. مقدمه

وقتی انسانی در ارتباط با دیگری قرار می‌گیرد، سه اصل احساس و گفتار و تعقل در شکل‌گیری این ارتباط مؤثر است. براساس اصل احساس، فرد در برابر درد و رنج دیگری عکس‌العمل نشان می‌دهد؛ براساس اصل دوم با او وارد گفت‌وگو می‌شود و می‌خواهد بداند که او کیست، از کجا آمده، چگونه می‌اندیشد و چه اهدافی دارد و چه مسائلی را مهم می‌انگارد، زیرا معتقد است دیگری منبعی از علایق، رویکرد و باور است و علاقه دارد به چگونگی آن‌ها پی برد؛ براساس اصل سوم، منافع، دانش و باورهای خود را در مقابل منافع و باورهای دیگری زیر سؤال می‌برد و ارزیابی می‌کند (۱).

در این فضای ارتباطی است که حریم خصوصی تجلی می‌یابد، حدود این سه اصل را مشخص می‌کند و محدوده‌ی ارتباط را شکل می‌دهد. این اصول در ارتباط پزشک و بیمار و به تبع آن در ارتباط ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و گیرندگان خدمات نیز وجود دارد؛ اما با توجه به اینکه ماهیت این ارتباط، درمانی و مبتنی بر اعتماد است، بیماران از حریم خصوصی خود به منظور دستیابی به نفعی بالاتر دست برداشته، آن را قربانی می‌کنند (۲) و دیگری را (پزشک یا ارائه‌دهندگان خدمات سلامت) وارد منطقه‌ی امن خود می‌کنند و محدوده‌ی ارتباط را به او می‌سپارند. لذا بایسته است ارائه‌دهندگان خدمات بتوانند اصول ارتباطی را براساس محدوده‌ی مجاز ورود به حریم خصوصی بیمار به کار برند. اگرچه اهمیت حریم خصوصی در سیستم سلامت بیشتر در ارتباط پزشک و بیمار نمود عینی دارد، گستره‌ی واقعی آن از زمان قبل از تولد تا پس از مرگ است.

امروزه، حریم خصوصی بیش از رازداری که سابقه‌ای دیرین در اخلاق پزشکی دارد، در کانون توجه قرار گرفته و به یکی از دغدغه‌های اصلی در درمان، مراقبت و پژوهش در عرصه‌ی سلامت تبدیل شده است (۳) و روزبه‌روز نیز بر اهمیت آن در مباحث مرتبط با سلامت افراد، خانواده و مؤسسات افزوده می‌شود (۲). در واقع، حریم خصوصی مفهومی غنی و پرمحتواست که در ارزیابی مراقبت‌های سلامت و قوانین و سیاست‌های نظام سلامت نقشی مهم دارد و کوتاهی‌های بخش‌های عمومی و خصوصی را در برآوردن تمایلات افراد نسبت به حفظ حریم خصوصی‌شان را نقد می‌کند (۲). این امر باعث شده است که حفظ حریم خصوصی بیماران، در سطح جهانی، در بیانیه‌های اخلاقی و منشور حقوق بیماران در کانون توجه قرار گیرد. کشور ایران نیز از این امر مستثنی نبوده و حفظ حریم خصوصی بیماران را در بند چهارم منشور حقوق بیماران کشور[1] لحاظ کرده است.

۲. تعریف و چیستی مفهوم حریم خصوصی

از واژه‌ی حریم خصوصی در زبان محاوره‌ای، مباحث سیاسی و فلسفی و حقوقی، بسیار استفاده شده است؛ باوجوداین، هنوز تعریف واحد یا تحلیلی از معنای این واژه وجود ندارد (۴). اما این موضوع نیاز به ارائه‌ی تعریفی دقیق از حریم خصوصی در برخی شرایط ضروری را مرتفع نمی‌کند؛ خصوصاً در مواقعی که تدوین سیاست‌هایی به‌عنوان روش‌های

۱. ارائه‌ی خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.

جلوگیـری از تجـاوز بـه حریـم خصوصـی ضـروری می‌نماید. در واقع، با دستیابی به این تعریف تدقیقی اسـت کـه سیاسـتمداران می‌توانند شـرایطی را که به‌عنـوان تجاوز بـه حریم خصوصی یا ازدسـت‌دادن آن تلقی می‌شـوند، به‌دقت برشـمارند و براساس آن سیاسـت‌های خود را در جهت حمایت و حفظ حریم خصوصی اتخاذ و انشا کنند (۳). نظام سلامت نیز از این امر مسـتثنی نیسـت و به تعریفی جامع و فراگیر از حریـم خصوصـی نیـاز دارد تا بتوانـد حفظ حریم خصوصـی را در سیسـتم خدمات سـلامت تضمین کند.

منطق‌دانـان بـر ایـن باورند کـه برای دسـتیابی به تعریفی فراگیر ضروری است به مباحث واژه‌شناسی، مفهوم‌شناسـی و مصداق‌شناسـی موضوع پرداخته شود تا از ایهام لفظ و ابهام ذهن رها شده و بتوان آن شـیء را از اغیارش در عالم واقع بازشـناخت (۵). بر این اسـاس، شایسته است که ما نیز در تعریف حریم خصوصی از این منطق سود جوییم.

۲- ۱. واژه‌شناسی

واژه‌ی Privacy در اواخـر قرن چهاردهم میلادی از کلمه‌ی لاتین «privatus» مشـتق شـده اسـت. privatus خود به معنی مجزاکردن، متعلق به خود، عدم تعلق به دولت اسـت و با واژه‌های publicus و communis تضاد دارد. ریشه‌ی واژه‌ی privatus در کلمـه‌ی privare و بـه معنـی محروم‌کـردن، بی‌نصیب و بی‌بهره‌کردن اسـت. ایـن واژه برگرفته از کلمـه‌ی privus به معنی مال خود و فرد، برگرفته از ریشه‌ی لاتین pri با همان معناست (۶). همچنین، واژه‌ی Privacy از ریشـه‌ی priv کـه همـان Privilege بـه معنی امتیاز ویـژه یا فرصتی دلخواه و مطلوب است، گرفته شده است (۷).

در کتـب مرجع و فرهنگ‌هایی چون: آکسـفورد[1] و وبسـتر[2] با واژگان گوناگون، تعاریف نسـبتاً یکسانی از حریم خصوصی ارائه شـده و بیشـتر بـه موقعیتی اطـلاق شـده کـه در آن فـرد در خلوت خـود، تنها و بـه دور از انظـار بـوده و از هرگونه نـگاه و مداخله‌ی بـدون اجازه‌ی دیگران در امور شـخصی خـود رها و آزاد اسـت (۸و۹). در فرهنگ‌هـای پزشـکی ماننـد چرچیل[3] و موزبی[4] از آن به‌ترتیب به معنی حق بیمار در کنترل میزان بیان اطلاعات و انتشـار آن‌ها (۱۰) و همچنین، مفهومی فرهنگی برای تنظیم رفتارهای مداخله‌گرایانه (۱۱) یاد شده است.

اما اصطـلاح «حریـم خصوصـی» واژه‌ای مرکب و اصطلاحی جدید اسـت که در هیچ‌یك از کتاب‌های لغت عربی‌فارسـی معنایی برای آن ذکر نشـده است (۱۲)؛ بنابراین، باید بـه تعریف اجزای آن پرداخت. واژه‌ی «حریـم» واژه‌ای ترکـی، برگرفتـه از کلمـه‌ی عربـی «حَـرَم» بـه معنی منطقـه‌ی ممنوعـه و امن، بسـیار مقدس، خلوتگاه، مکان مقدس تعرض‌ناپذیر و محل نگهـداری زنان، متعه‌ها و کنیزان با ریشـه‌ی «ح ر م» اسـت (۱۳، ۱۴). در فرهنـگ معیـن نیز به معنـای پیرامـون، گرداگـرد خانه و مکانی اسـت که حمایت و دفاع از آن واجب است (۱۵). واژه‌ی حریم همچنین، از نظر لغت‌شناسـان عرب به معنای آنچه حرام شـده و نباید به آن نزدیك شـد یا دست زد یا هر آنچه احترام به آن واجب اسـت، آمده اسـت.[5] واژه‌ی «خصوصـی» در لغـت، مقابـل واژه‌ی عمومـی و به

1. Oxford
2. Webster
3. Churchil
4. Mosby
۵. «الحریم الّذی حرّم مسّـه فلا یدنی منه: حریم چیزی است که مسّ (تماس با) آن حرام است و به آن نزدیک نمی‌شوند» (لسان‌العرب، ج۱۲، ص۱۲۰).

معنـای ویژه و اختصاصی اسـت (۱۲). به‌طور کلی، شـاید بتوان معنای لغوی حریـم خصوصی را چنین تعریف کرد: «منطقه‌ای امن، مقدس، محترم، به دور از اغیـار و انظـار و صرفاً متعلق به خود فـرد که ورود دیگران به آن ممنوع است و دفاع از آن واجب است.»

۲- ۲. مفهوم حریم خصوصی

مفهوم حریم خصوصی، ریشه‌های تاریخی عمیقی در مباحث انسان‌شـناختی و جامعه‌شـناختی دارد و نشـان می‌دهد که چگونـه در فرهنگ‌هـای مختلف برای حریم خصوصی ارزش قائل شده و به حفاظت از آن پرداخته‌اند. بااین‌حال، استفاده‌ی تاریخی از این واژه یکسـان نبوده اسـت؛ به‌گونه‌ای که باعث نوعی سرگشـتگی در معنـا، ارزش و گسـتره‌ی مفهـوم آن شده است (۴). همین امر موجب شده نظریه‌پردازان معاصـر درباره‌ی چگونگـی تعریـف، ارزش‌گذاری و حمایت از حریم خصوصی اختلاف‌نظر داشته باشند (۲) و از نظـر فلسـفی دو رویکرد مختلـف را درباره‌ی استقلال هویت حریم خصوصی بیان کنند:

الـف. گـروه تحول‌گرایـان: نظریه‌پردازانی که برای حریم خصوصی، هویت مستقل قائل نشده و به حق حریم خصوصـی، نظری شـکاکانه و انتقادی دارند. ایـن گروه معتقدند از هر نـوع نفعی که به‌عنوان نفع حاصـل از حریم خصوصـی ملحوظ شـود، در قالب سایر حقوق یا منافع دیگر به‌ویژه مثل حق مالکیت و حق امنیت جسـمانی حمایت شده است؛ در نتیجه حریـم خصوصـی فاقد هرگونـه مطلب و مفـاد تازه و اختصاصـی اسـت و از آن نمی‌تـوان به‌عنوان حقی مستقل یاد کرد. این گروه تحت عنوان تحویل‌گرایان مشهورند (۴).

ب. گروه انسجام‌گرایان: نظریه‌پردازان این گروه که به انسـجام‌گرایان معروف‌اند، بـرای حریم خصوصی هویتـی مسـتقل قائـل هسـتند و معتقدنـد حریـم خصوصی به‌تنهایی مفهومی معنادار و باارزش است. در این دیدگاه عده‌ای بر این باورند که بین مباحث و مطالب مرتبط با حریم خصوصی ارتباط، پیوسـتگی و همگونـی وجود دارد (نظریه پیوسـتگی) و عده‌ای نیز توجیه اخلاقی ادعای حریم خصوصی را منوط به حصول اصولی مسـتقل از حریم خصوصی می‌دانند (نظریه‌ی تمایز) (۴).

در این میان نظریه‌پردازان رشته‌های فلسفه، اخلاق زیسـتی و حقوق نیـز به توصیف معنـا و ارزش حریم خصوصـی پرداخته‌انـد (۲)؛ امـا به نظریـه‌ای واحد کـه دارای مقبولیـت جهانی باشـد دسـت نیافته‌اند (۴). اگرچـه بسـیاری از آنـان بـر اسـتفاده از حریم خصوصی در مفاهیم جسمانی، اطلاعاتی، مالکیتی و تصمیماتـی اتفاق‌نظر دارنـد، در این مفاهیم نیز به یك تعریـف مورد اجمـاع و توافق نرسـیده‌اند؛ البته باید اشـاره کـرد برخی از ایـن توصیف‌ها بیشـتر به منظـور شفاف‌سـازی جزئیـات، اهـداف، قوانیـن و سیاسـت‌های عمومی مرتبط با سـلامت به منصه‌ی ظهور رسیده‌اند (۲).

رهیافت دسـتیابی بـه تعریف حریـم خصوصی در میان دانشمندان گوناگون است:

- برخـی معتقدند حریـم خصوصی بایـد به‌عنوان یـك ارزش و ادعای اخلاقی تعریف شـود (Innes)؛ ازایـن‌رو توصیفـی هنجـاری مبتنی بـر ارزش حریم خصوصـی و حدودی که باید از آن‌ها حمایت شـود، ارائه می‌دهند (۴).

- عـده‌ای دیگـر حریم خصوصـی را به‌عنـوان یك حقیقت یـا حق قانونی تعریف می‌کنند (Gavison)

و بـه توصیـف مـواردی کـه در واقـع و در عمـل باید به‌عنوان امور خصوصی شـناخته شـوند، می‌پردازند (۴).

- برخی نیز معتقدنـد تعاریف حریم خصوصی باید کاربردهای واقعی آن را مشخص سازد (Allen).

- گروهـی دیگـر بـر ایـن باورند کـه تعریـف حریم خصوصی باید کاربردهای آرمانی آن را نمایان سـازد (Gavison) (۴).

بدین‌ترتیـب، تعاریف متعـددی از حریم خصوصی ارائه شـده و گستره‌ی آن بسـیار وسیع است؛ تعریف «حریـم خصوصـی» از تعریف بسـیار کلی سـاموئل وارن[1] و لوئیس براندیس[2] به معنای «تنها گذاشـتن» گرفتـه تا تعریـف جزئی‌تر آلن وسـتین[3] تحت عنوان «حـق افـراد، گروه‌ها یا مؤسسـات بـرای تعیین این موضوع که چه زمانـی، چگونه و تا چه حد اطلاعات مرتبـط با آن‌ها با دیگران مراوده شـود» متغیر اسـت (۲).

بسـیاری از تعاریف حریـم خصوصـی در ارتباط با مفاهیم اطلاعاتی و جسمانی حریم خصوصی بوده و بر حالتی دلالت دارند که در آن دسترسـی به جسم و ذهن و اطلاعات فرد محدود شـده است. تا جایی که طبق نظر روت گاویسون[4] «درحریم خصوصی کامل، هیچ‌کـس اطلاعاتـی دربـاره‌ی فرد X نـدارد، به X توجه نمی‌کند و دسترسی فیزیکی به X ندارد» (۲). براسـاس ایـن تعابیر، حریم خصوصی بـه یك مفهوم اصلی و مادر تبدیل شـده که خانـواده‌ای از مفاهیم را در بـر می‌گیـرد و هر یـک از این مفاهیـم به‌نوعی نشـانگر دسترسـی محدود به دیگران اسـت. گرچه دربـاره‌ی ترکیب فهرسـت اجزای تشـکیل‌دهنده‌ی خانـواده‌ی حریـم خصوصـی اختلاف‌نظـر وجـود دارد، بر سـر حضور مفاهیم انـزوا، تنهایی، گمنامی، محرمانگـی، عفت، صمیمیـت، رازداری و تحفظ در این فهرست توافق کرده‌اند (۲). به منظور آشنایی با عناصر تعاریف حریم خصوصی به چند تعریف اشاره خواهیم کرد.

تومـاس کولـی[5] اولیـن شـخصی اسـت کـه حریم خصوصـی را بـا تعبیر «حق نسـبت بـه تنهاماندن» تعریف می‌کند (۱۶). هلـن نیس بام[6] به جای حریم خصوصـی حق خلوت را به کار بـرده و می‌گوید حق خلـوت آدمیان متضمن یک پناهگاه امن یا منطقه‌ی حفاظت‌شـده بـرای آدمیـان اسـت که مـردم در آن می‌تواننـد از بازرسـی دقیق و موشـکافانه و احتمالاً نکوهش درباره‌ی امور شخصی خود رها و آزاد باشند (۱۷). ادوارد بلوشتاین[7]، حریم خصوصی را علاقه به شخصیت انسانی می‌داند. به باور او حریم خصوصی از شـخصیتِ محترم شمرده‌شده، اسـتقلال فردی، منزلت و استحکام شخصیت حمایت می‌کند (۱۸).

در کنفرانـس نـروژ (۱۹۶۷) بیان شـده کـه حریم خصوصـی حقـی اسـت نسـبت بـه تنهامانـدن، زندگی‌کردن با سـلیقه‌ی خود و با حداقل مداخله‌ی دیگـران. همچنیـن، شـورای اروپـا (۱۹۷۰) در قطعنامـه‌ی حریم خصوصی، آن را داشـتن زندگی با سلیقه‌ی خود و با حداقل مداخله‌ی دیگران می‌داند. حریـم خصوصـی در کمیتـه‌ی یانگـر انگلسـتان (۱۹۷۲) نیـز، آزادی از تعـرض به جسـم، مسـکن،

1. Samuel Warren
2. Louis Brandeis
3. Alan Westin
4. Ruth Gavison
5. Judge Thomas Cooley
6. Helen Nissenbaum
7. Edward Bloustein

خانـواده و ارتباطات افراد قلمداد شـده؛ همچنین، حق تصمیم‌گیری درباره‌ی اطلاعات شـخصی را که چگونـه و تا چـه اندازه بـه دیگران ارائه شـود، حریم خصوصی دانسـته است (۱۷). کنفرانس حقوق بشر در تعریـف خـود بـرای حریـم خصوصی، احتـرام به زندگی خصوصی افراد در رابطه با تکنیک‌های ضبط و حفظ شـخصیت و اصالت بدنی و ذهنی انسـان در رابطه با پیشـرفت‌های بیولوژی و پزشکی و بیوشیمی را آورده است (۱۹).

به‌طـور کلـی، تعاریـف مختلـف مربـوط بـه حریم خصوصی را می‌توان در شش دسته طبقه‌بندی کرد:

۱. حق تنهاماندن؛

۲. محدودکـردن دسترسـی به خـود و توانایی ایجاد مانع در برابر دسترسی ناخواسته به انسان؛

۳. محرمانگی و پنهان‌سازی برخی امور از سایرین؛

٤. حمایت از شخصیت و کرامت؛

٥. کنترل‌داشتن بر اطلاعات شخصی؛

٦. صمیمیت و نزدیکی (۲۰و۲۱).

پـر واضح اسـت کـه بین ایـن تلقی‌ها هم‌پوشـانی وجود دارد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود برخی از این تعاریف برای دستیابی به مفهوم حریم خصوصی بـه وسـیله و برخی دیگر به هدف متوسـل شـده‌اند (۱۷). بعضـی تعاریف، حریم خصوصـی را به‌عنوان «حـق اخلاقـی» و برخـی به‌عنـوان «نفـع» معرفی کرده‌انـد (۴). علاوه‌برآن، برخـی تعاریف، در تعیین ماهیـت حریـم خصوصـی مضیـق عمـل کرده‌اند؛ به‌گونـه‌ای که پاره‌ای از جنبه‌هـای زندگی را که نوعاً خصوصی شناخته می‌شوند، از دایره‌ی تعریف خارج کرده‌اند و برخی دیگر بـه تعریف حداکثری پرداخته و جنبه‌هایی از زندگی را که نوعاً خصوصی نیسـتند، مشمول تعریف کرده‌اند (۱۷).

از طرفـی، می‌توان گفت برخی تعاریف، بیشـتر بر کنترل عامل[1] نسـبت به دسترسـی بر خـود متمرکز شـده‌اند. ایـن امـر باعث شـده که در تعریـف حریم خصوصـی سـردرگمی ایجـاد شـود؛ بدین‌معنی که منظـور از حریم خصوصی حالت یا شـرایطی اسـت کـه در آن دسترسـی به فرد با کنتـرل عامل بر حریم خصوصی خود محدود شـده اسـت یـا اینکه حق بر حریـم خصوصی، متضمـن حق عامـل در کنترل بر دسترسـی اسـت. در حقیقت، این تعاریـف به جای آنکه به خود حریم خصوصی بپردازد، بیشتر بر قدرت یا حقوق فرد متمرکز شده‌اند؛ درحالی‌که یک شخص می‌توانـد دارای حریم خصوصی باشـد بـدون اینکه روی دسترسـی دیگران بر خود کنترلی داشته باشد، مانند بیماران خارج از بیمارسـتانی که از تسـهیلات مراقبت‌هـای طولانی‌مدت بهره‌مند می‌شـوند (۳). کـودکان، افراد فاقد هوشـیاری و اجسـاد نیز دارای حریـم خصوصی هسـتند؛ بـا وجود اینکـه به‌عنوان «عامل» شناخته نمی‌شوند.

در کشـور ما نیز حریـم خصوصی غالبـاً مترادف با «حـق خلوت» در نظر گرفته شـده که به نظر ناشـی از برداشـت حقوقـی واژه‌ی حریم خصوصی اسـت؛ امـا همان‌گونـه که بحث شـد و در مصادیـق خواهد آمد حق خلـوت فقط یکی از ابعـاد حریم خصوصی اسـت و دربردارنـده‌ی جامعیـت و فراگیـری مفهوم حریـم خصوصـی نیسـت. در ادبیات نظام سـلامت نیـز ماهیـت، مفهـوم و مصادیـق حریـم خصوصی مشخص نشـده است؛ لذا بایسته اسـت که در ابتدا سیسـتم سلامت، دیدگاه خود را در برابر انواع و ابعاد

1. Agent

و مصادیـق حریم خصوصی توصیـف و تبیین کند تا بتوانـد تعریفی جامع از حریـم خصوصی ارائه دهد؛ چراکه در بیان مفهوم تدقیقی حریم خصوصی نه‌تنها باید نوع و وسـعت دسترسـی مشـخص شـود، بلکه باید بیان شـود چه کسـی، از چه طریقـی و به کدام جنبـه‌ی شـخصی دسترسـی یابد، مصـداق کاهش حریـم خصوصی محسـوب می‌شـود (۳). بنابراین، تعریفی که شاید مناسب به نظر می‌رسد عبارت است از: «حالت یا شـرایطی از دسترسـی محـدود یا عدم دسترسـی دیگران که نوعاً، عرفاً و شـرعاً مورد انتظار اسـت». در واقع در این تعریف کوشـش شده، ارزش بیـش از آنکـه بـر کنترل عامـل یا کنترل دسترسـی بنا شـود، بر «حالت» اسـتوار شـود. بدیهی است که این تعریـف، باید براسـاس محـدوده‌ی دقیق حریم خصوصی در نظام سلامت تکمیل شود.

۳. مصادیـق و ابعـاد حریـم خصوصـی در پزشکی

در حوزه‌ی پزشـکی حریـم خصوصـی از مصادیق بنیادیـن اصـل اتونومی (اسـتقلال و اختیـار) بیمار است و برآوردن انتظاراتی همچون تمامیت جسمانی، حفظ عفت، تسـلط بر خود و رعایت اصل رازداری را می‌طلبد (۴).

آنیتـا آلـن[1] چهـار شـکل از حریم خصوصـی را که به‌نوعـی دسترسـی بـه فـرد را محـدود می‌کننـد، شناسایی کرده که عبارت‌اند از:

الـف. حریم خصوصی جسـمانی که بر اشـخاص و سپهر شخصی آن‌ها تمرکز دارد؛

ب. حریـم خصوصی اطلاعاتی کـه غالباً در اخلاق زیست پزشکی بر آن تاکید شده است؛

ج. حریـم خصوصـی تصمیم‌گیـری کـه مرتبـط با انتخاب‌های شخصی است؛

د. حریـم خصوصی مالکیتی کـه دارایی‌ها و منافع مالکیتی شخص انسان در آن مهم است.

بیچامـپ و چیلدرس[2] نیز شـکل پنجمـی از حریم خصوصی را بـا عنوان «حریم خصوصـی ارتباطی یا معاشـرتی» پیشـنهاد کرده‌انـد. این شـکل از حریم خصوصی شـامل خانواده و روابط صمیمانه‌ی مشابه اسـت که در آن افراد تصمیم‌های خـود را در پیوند با دیگران اتخاذ می‌کننـد (۳). لینوکلیپی[3] و همکاران نیـز حریم خصوصی را بـه ابعاد جسـمانی، روحی و روانی، اجتماعی و اطلاعاتی تقسیم کرده‌اند (۷).

در نظـام سـلامت ما، براسـاس بند چهارم منشـور حقوق بیمـاران وزارت بهداشـت و درمـان و آموزش پزشـکی که بیـان داشـته «ارائه‌ی خدمات سـلامت باید مبتنـی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلـوت) و رعایت اصـل رازداری باشـد» (۳۳)، حق خلوت و رازداری از ابعاد حریم خصوصی است.

۳- ۱. حریم خصوصی جسمانی[4]

مشـهورترین کاربـرد حریـم خصوصـی و معنـای نخست آن، همین حریم جسمانی است. بدین‌معنی که فرد از تماس با دیگران آزاد و دسترسـی دیگران به او محدود شده باشد؛ همچنین برای او امکان خلوت و تنهایی وجود داشـته باشـد و در نتیجه او به آرامش ذهنی و خصوصی دست یابد (۲). در واقع، درجه‌ای از حریـم خصوصی اسـت کـه فرد را از نظـر فیزیکی در دسـترس دیگران قرار می‌دهد. ایـن بُعد از حریم

1. Anita Allen

2. Beauchamp and Childress
3. Leino-Kilpi
4. Physical Privacy

خصوصی با مفهوم فضای شخصی و قلمروگرایی[1] ارتباط نزدیکی دارد؛ به‌گونه‌ای که در بسیاری از مطالعات، فضای شخصی را لازمه‌ی شکوفایی مفهوم حریم خصوصی دانسته و آن را شرط لازم برای حفظ حریم خصوصی مطرح کرده‌اند (۷).

منظور از فضای شخصی، فضای رؤیت‌ناپذیری است که اطراف بدن انسان‌ها وجود دارد و با جداکردن آن‌ها از دیگران، نوعی منطقه‌ی ایمن و امن برای آن‌ها ایجاد می‌کند. این فضا به خود فرد متصل است و با فرد به هر جایی منتقل می‌شود؛ درحالی‌که قلمروگرایی مالکیت یك منطقه است و از نظر جغرافیایی یك چیز کاملاً ثابت و غیرمتحرك است (۷). تنظیم فضای شخصی امری پویاست که طی آن فرد اجازه‌ی دسترسی به «خود» را در شرایط متفاوت می‌دهد. بدیهی است که این فضا برای شخص بسیار خصوصی و متعلق به خود اوست و اگر کسی مرز آن را بدون اجازه زیر پا بگذارد، باعث استرس و نگرانی و پرخاشگری صاحب آن می‌شود (۷).

در تنظیم محدوده‌ی فضای شخصی عواملی همچون: سن، جنس، مراحل رشد و بلوغ، اختلالات شخصیتی (اختلالات اجتماعی‌روانی مثل بیماران روانی، عصبی، وابسته به دارو)، شخصیت (برون‌گرا، درون‌گرا و مضطرب)، عوامل فرهنگی و روابط شخصی (دوستان و خویشاوندان) و عوامل موقعیتی (موقعیت رسمی، غیررسمی، آشنا یا بیگانه و مکان‌های مختلف) مؤثر هستند؛ به‌عنوان مثال، اصولاً مردها در مقایسه با زنان، فضای شخصی گسترده‌تری دارند (۷).

اگرچه بعد جسمانی حریم خصوصی نسبت به بعد اطلاعاتی آن کمتر در کانون توجه فلاسفه قرار گرفته، در بخش‌های ارائه‌ی خدمات سلامت، مطب پزشکان و بیمارستان‌ها این بُعد از حریم خصوصی برای گروه بیماران بسیار مهم است و آن را نیازی اساسی برای آرامش و کرامت و امنیت خود می‌دانند (۲۳). همین امر موجب شده در بیمارستان‌ها برای برآوردن نیازهای روحی‌روانی و جسمانی بیماران و دستیابی آنان به آرامش ذهنی و تنهایی، قوانین خاصی ایجاد شود (۲). حریم خصوصی جسمانی در پزشکی خود دارای اشکال گوناگون است:

الف. خلوت و تنهایی[2]

بیماران نمی‌خواهند تنها و رهاشده باشند؛ اما دوست دارند فضای شخصی و زمانی را برای تنهابودن داشته باشند. این تنهایی زمانی را برای آن‌ها ایجاد می‌کند تا درباره‌ی اهمیت بیماری، آسیب خود و گزینه‌های درمانی پیش روی خود تفکر کنند. البته افرادی که بیماری وخیمی دارند ممکن است هم اشتیاق به تنهایی و خلوت داشته و هم از خلوت و تنهایی بهراسند؛ زیرا در خلوت با واقعیت بی‌رحم وقوع مرگ رودررو می‌شوند. بااین‌حال، ممکن است وقتی در جمع قرار می‌گیرند، احساس گناه یا سرباری برای خانواده و دوستانشان نیز به سراغشان آید (۲۳). بیماران وقتی با درد ناشی از زایمان، جراحی، آسیب و مرگ دست‌وپنجه نرم می‌کنند احساس می‌کنند لازم نیست دیگران را در چنین شرایطی بپذیرند. به این‌گونه تمایلات بیماران، مبنی بر تنهایی و خلوت در هنگام بیماری یا رویارویی با مرگ، براساس هنجارهای اجتماعی باید

1. Territoriality

2. Solitude

احترام گذاشت. این در حالی است که سیستم‌های نظارتی و پایشی موجود در بیمارستان‌ها، آسایشگاه‌ها و مراکز نگهداری و زندان‌ها مانع از تحقق این خواسته‌ی بیماران می‌شود. این شکل از حریم خصوصی در اخلاق پزشکی بیشتر در کانون توجه قرار گرفته است (۲۳).

ب. عفت تن[1]

این شکل از حریم جسمانی در اخلاق مسیحیت و اخلاق فضیلت‌گرا، یک فضیلت اخلاقی به شمار می‌رود و در اخلاق پزشکی نیز از اهمیتی خاص برخوردار است. در خدمات سلامتی مدرن فرض بر این است که بیماران و گروه پزشکی، برهنه‌بودن، مشاهده و لمس‌شدن را به‌عنوان جزء لاینفك درمان، آزمایش‌ها، جراحی و بستری‌شدن پذیرفته‌اند. در واقع، بیماران اگر خواستار مراقبت‌ها و درمان‌های خوب هستند، باید به گروه پزشکی اجازه دهند که بدن آن‌ها را برهنه و معاینه کنند. در اورژانس‌های شلوغ، درمانگاه‌های نزدیك و مجاور هم و بیمارستان‌های آموزشی که دانشجویان و محققان در درمان بیماران مشارکت می‌کنند، احترام به عفت تن کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. از طرفی نیز پزشکان خسته، گاهی آداب معاینه را فراموش کرده و از رعایت عفت تن غفلت می‌کنند؛ اما باید دقت کرد که عفت جسمانی برای بسیاری از افراد به‌عنوان یك فضیلت اخلاقی مهم است و مطابق با آن عمل می‌کنند.

همچنین، در میان برخی ادیان مانند مسلمانان و یهودیان ارتودکس، عفت تن لازمه‌ی ایمان است و درخواست برهنه‌شدن حتی به دلایل منطقی مانند معاینات ضروری، زیرپاگذاشتن این عقیده و فضیلت اخلاقی به شمار می‌رود و برای بیمار نامطلوب است. بیماران نیز به دلیل تمایل خود به حفظ این حریم ترجیح می‌دهند در اتاق‌های خصوصی و توسط پرسنل همگن مراقبت شوند (۲۳). اصولاً تدابیر مختلفی برای حفظ «عفت جسمانی» انجام می‌شود؛ مثلاً لباس‌ها و ملحفه‌های مخصوصی برای جلوگیری از برهنگی بیش از حد تهیه شده است و فقط آن قسمتی از بدن که باید معاینه شود، تنها برای زمانی کوتاه برهنه می‌شود. همچنین، اگر تأمین اتاق شخصی برای هر بیمار امکان‌پذیر نباشد، از پرده‌هایی برای جداکردن تخت‌ها استفاده می‌شود. افزون‌براین، برای معاینات و بیماری‌هایی خاص مثل بیماری‌های زنان، پزشکان و متخصصان همجنس با بیمار در نظر گرفته می‌شود (۲۳).

ج. تمامیت جسمانی[2]

آزمون‌های ارزیابی سلامت و آزمایش‌های اجباری، تمامیت جسمانی افراد را نقض کرده و آن‌ها را مجبور می‌کند که بدن خود را در برابر مشاهدات و لمس‌های ناخواسته تسلیم کنند (۲۳). آزمایش‌های اجباری نمونه‌های ادرار دانش‌آموزان و شاغلان، غربالگری مصرف الکل در رانندگان، تست‌های دروغ‌سنجی (۲۳)، تفتیش حفرات بدن (۲) که به منظور سلامت، ایمنی و امنیت جامعه و کنترل بزهکاری در جامعه انجام می‌شوند، به‌عنوان تجاوز به تمامیت جسمانی افراد مطرح می‌شوند. این موضوع از نظر فلسفی این سؤال را مطرح می‌کند که آیا می‌توان این حق دولت را که به‌نوعی تداخل با تمایلات افراد برای کنترل جسم، نمونه‌های بافتی و مایعات مترشحه بدنشان

1. Bodily Modesty

2. Bodily Integrity

است، محدود کرد؟ قطعاً در این رابطه اضطرارهای قانونی وجود دارد؛ اما این اجبارها باید مبتنی بر اصول و محدودیت‌های اخلاقی دیگر باشند (۲۳).

حفظ تمامیت جسمانی در اجساد نیز مطرح است. برداشتن عضو قبل از مرگ مغزی یا مرگ قلبی به‌نوعی تجاوز به این حریم است. همچنین، استحصال اسپرم از جسد فرد، به تمامیت جسمانی فرد خدشه وارد می‌کند (۲۳). بیماران بستری در بیمارستان نیز درمان‌های بدون اجازه، حضور غیرضروری گروه پزشکی، ناظران و وجود دوربین‌ها را تعرض به حریم جسمانی خود می‌دانند (۲).

۳- ۲. حریم خصوصی اطلاعاتی[1]

این عبارت، نخست محرمانه‌بودن اطلاعات بیمار را تداعی می‌کند؛ درحالی‌که این بعد از حریم خصوصی علاوه بر محرمانگی اطلاعات، موضوعاتی چون رازداری، بی‌نام‌بودن و مواردی از این دست را نیز در بر می‌گیرد. گاه حریم خصوصی اطلاعاتی شانه‌به‌شانه‌ی اتونومی فرد گام برمی‌دارد و نقض یکی، گویی نادیده‌انگاشتن دیگری نیز است (۲۳). به‌هرحال، حریم خصوصی اطلاعاتی، کاربرد دوم حریم خصوصی است و مترادف با رازداری، محرمانگی، گمنامی و حفاظت از داده‌ها قرار می‌گیرد (۲).

در حریم خصوصی اطلاعاتی دسترسی دیگران به اطلاعات شخصی فرد محدود می‌شود. اگرچه این نوع حریم خصوصی، در ارتباط پزشک و بیمار بیشتر بر محرمانه‌ماندن این ارتباط و محدودیت دسترسی به سوابق پزشکی و بیمه‌ی بیماران تأکید دارد (۲)، در حال حاضر، فراتر از صِرف محرمانگی اطلاعات است و اشکال زیر را نیز در بر می‌گیرد:

الف. محرمانگی[2]

محرمانگی به معنی محدودکردن دستیابی به اطلاعات، با اجازه‌ی مالک اطلاعات است که به سکوت حرفه‌مندان و امنیت مدیریت داده‌ها نیاز دارد. پزشکان و متخصصان اخلاق پزشکی و اخلاق زیستی بر این اعتقادند که این محرمانگی موجب ارتقای سطح سلامت افراد و جامعه می‌شود؛ زیرا تا زمانی که تعهد به محرمانگی در میان افراد مسئول وجود داشته باشد، بیماران با خیال آسوده‌تر، به‌طور کامل و بدون احساس شرم، مشکلات جسمی و ذهنی خود را با گروه پزشکی در میان می‌گذارند (۲، ۲۳). همین امر موجب موفقیت در درمان، تشخیص زودرس بیماری و در نهایت ارتقای طب پیشگیری و سلامت جامعه خواهد شد و از طرفی نیز حافظ جان و مال انسان‌هاست. در واقع، اگر در ارتباط گروه سلامت با بیماران تعهد به محرمانگی وجود نداشته باشد، بیماران برای آزمایش‌ها و معاینات معمول و منظم مراجعه نمی‌کنند و این موضوع در نهایت منجر به افزایش شدید هزینه‌های مراقبت سلامت و بیمه‌ها خواهد شد (۲۳).

همین تعهد به محرمانه‌ماندن اطلاعات است که استقلال و کرامت فرد را ارتقا داده و باعث می‌شود که مردم در تحقیقات پزشکی و ارتقای علوم پزشکی شرکت کنند. مجموعه‌ای از عوامل مانند الزامات اداری، مراقبت‌های مدیریت‌شده در سیستم سلامت، ورود اشخاص و سازمان‌های ثالث در تصمیم‌گیری‌های پزشک، از این محرمانگی می‌کاهد. از طرفی نیز آزمایش‌های اجباری دولت

1. Informational Privacy

2. Confidentiality

و نهادهـا، گزارش‌هـای اجباری تعییـن هویت (۲)، آزمایش‌های HIV همراه با مشـخصات، کارت‌های اجبـاری هویتـی بیمه‌ی سـلامت نیز بـر مخاطرات کاهش حریم خصوصی اطلاعاتی می‌افزاید.

حفـظ حریـم خصوصـی اطلاعاتـی در زمینـه‌ی مراقبت‌هـای سـلامت افـراد، گاهـی در زمینـه‌ی آزمایش‌هـای ژنتیکی از خود فرد فراتر رفته و شـامل حفظ حریم اطلاعات ژنتیك خانواده‌ی او در زمینه‌ی سـلامتی و اسـتعدادهای آن‌ها می‌شود؛ به‌خصوص کـه ترسـیم ژنوم افـراد از مباحث مطرح در سیسـتم سلامت جهان است (۲)؛ بنابراین، تدوین برنامه‌های مشـخص امنیتی و حفاظـت محرمانگـی اطلاعات سـلامت افـراد از ضرورت‌هـا و دغدغه‌هـای نظـام سـلامت هر کشـوری اسـت. دولت‌ها هم با تصویب قوانیـن مربوط، با توجه به انتظـارات مردم از دولت، در آسـودگی خاطر مردم نقشـی بارز ایفـا می‌کنند؛ البته حفظ محرمانگی همیشـه در سیسـتم درمانی مطلوب نیسـت و پزشکان استثنائاتی را برای این امر در نظر گرفته‌اند: گزارش موارد سوءاستفاده و غفلت از کودکان (مثل شکستگی‌های وسیع توجیه‌ناپذیر و سـوءتغذیه)، مواردی که عموم مردم حق دانستن آن و رسـانه‌ها حق اعلام آن‌ها را دارنـد (مثل تصادفات اتومبیل) و آگاه‌کـردن پلیس و قربانی‌های احتمالی اقدامات خطرناک و خشن بیماران روانی نمونه‌هایی از این استثنائات هستند (۲۳).

ب. رازداری[1]

سیسـلا بـک[2] ایـن مـورد را به‌عنـوان پنهان‌کردن عمدی تعریف کرده اسـت. بسـیاری از افراد مسائل

و ناراحتی‌های سـلامتی خود را حتی با افراد بسـیار نزدیك خود مثل خانواده و دوستان صمیمی در میان نمی‌گذارنـد. آن‌ها ممکن اسـت از علائـم و بیماری خود مدت‌ها قبل از افراد فامیل یا مراجعه به پزشـك آگاهی داشته باشـند، ولی به خاطر ترس از ناتوانی و مرگ، مشـکلات مالـی و بیمه، شـغل و تحصیل یا ترس از انگ اجتماعی، خجالت یا طردشـدگی آن‌ها را پنهان کرده باشند. در این‌گونه مواقع، خصوصاً در پیوند بـا بیماری‌هایی مثل ایدز یا مسـائل ناباروری، سـؤالات فراوانـی دربـاره‌ی رازداری یـا افشـای راز پزشکان و دندان‌پزشکان مطرح است.

در رازداری قیم‌مآبانه بیان می‌شـود که می‌توان کل حقایـق را در اختیار خانواده‌ی بیمـار قرار داد بدون اینکه خود بیمار چیزی درباره‌ی آن بداند؛ زیرا گاهی والدین کودك بیمار یا فرزندان یك فرد مسـن، صلاح بیمارشـان را در ندانسـتن حقایـق می‌بیننـد؛ البته گاهی حقیقت از خود ایـن افراد هم پنهان می‌ماند. همچنین، هیچ تضمینی وجود ندارد که شـنونده‌ی اخبـار، آن‌ها را بـاور کند و بپذیرد؛ زیـرا بعضی افراد بـاور دارند که فکرنکردن به بدی و بیماری و داشـتن افکار مثبت، آن‌ها را از گزند بیماری مصون می‌دارد. بااین‌حـال، فریبِ بیماران غیراخلاقی اسـت. برخی اعمال پزشـکی مانند جراحی‌های زیبایی (که سعی می‌شود اسکار جراحی در نواحی خاصی مثل پشت گوش مخفی شـوند)، تغییر جنسیت، سقط جنین، عقیم‌سـازی و درمان‌های باروری نیـز در محدوده‌ی این رازداری یا پنهان‌کاری عمدی قرار دارند (۲۳).

ج. حفاظت و امنیت داده‌ها[3]

بازتاب اهمیت اخلاقی حریم خصوصی را می‌توان

1. Secrecy
2. Sissela Bok
3. Data Protection and Security

در قوانین حفاظت و امنیت داده‌ها در سطح جهانی مشاهده کرد. این قوانین درباره‌ی نحوه‌ی جمع‌آوری، ذخیره، کیفیت و درمیان‌گذاشتن داده‌های مربوط به سلامتی مثل پرونده‌ی الکترونیکی سلامت، الزاماتی را بیان کرده‌اند. براساس این قوانین، در صورت راضی‌نبودن بیماران، افشای اسرار آنان درست نیست؛ البته در مواقعی که افشای اسرار به صلاح و سلامت جامعه است، اسرار بازگو می‌شوند. الکترونیکی‌کردن اطلاعات سلامتی افراد، کمك بزرگی به جامعه‌ی پزشکی کرده است؛ به‌گونه‌ای که می‌توان اطلاعات مربوط به بیماران را در کامپیوترها ذخیره کرد. البته افرادی که مسئول محافظت از این اطلاعات هستند، باید در قبال فاش‌شدن آن‌ها مسئول و جواب‌گو باشند. از طرفی، این مخاطره وجود دارد که اطلاعات ذخیره‌شده در کامپیوتر در اثر دزدیده‌شدن یا غفلت مسئولان فاش شده یا از بین برود. اینکه در این مواقع چگونه باید آسیب و خسارت حاصله را جبران کرد، موضوعی است که از نظر اخلاقی مهم است (۲۳).

د. گمنامی

این موضوع در انواع تحقیقات پزشکی و حوزه‌های سلامت عمومی از اهمیت خاصی برخوردار است. اگرچه بعضی افراد به‌راحتی ژنوم خود را در اختیار عموم قرار می‌دهند، سفارش شده است که از بیان مشخصات کامل افراد مورد پژوهش خودداری شود؛ اما درباره‌ی اینکه آیا گمنامی[1] می‌تواند حریم خصوصی افراد را حفظ کند یا نه، هنوز بحث است. گمنامی از حقوق افرادی دفاع می‌کند که از فاش‌شدن اسرار خود نگران هستند؛ البته نباید چنین برداشتی کرد که برپایه‌ی گمنامی، می‌توان بیماری فرد را پنهان کرد و شرایط خطرساز را به وجود آورد؛ مثلاً فردی که ایدز دارد نباید به بهانه‌ی پیروی از گمنامی، بیماری خود را از شریك جنسی خود پنهان کند (۲۳).

ه. پاسخ‌گویی[2]

محرمانگی به‌عنوان وظیفه‌ای قانونی و عمل حقوقی و قضایی در حال پیشرفت است؛ بااین‌حال، گرایش‌های داوطلبانه‌ای به سمت بازگویی و بیان اطلاعات پزشکی دیده می‌شود. رفته‌رفته اطلاعات و اقدامات پزشکی به‌عنوان موضوعات پذیرفتنی در بحث‌های روزانه‌ی افراد مطرح می‌شود. جامعه کم‌کم مردم را به سمت صحبت‌کردن درباره‌ی بیماری AIDS یا اختلالات جنسی، دمانس و بزرگی پروستات و سرطان سینه سوق می‌دهد. این فاش‌شدن‌ها که سی سال پیش به‌عنوان انگ و بی‌نزاکتی به شمار می‌رفت، امروزه خیلی آزادانه با آن برخورد می‌شود. در واقع، پاسخ‌گویی یک ویژگی زندگی مدرن است. طرز تفکر مردم درباره‌ی بیماری‌های مسری خفیف و جدی به‌عنوان شرایطی که پاسخ‌گویی اجتماعی را ارتقا می‌دهد، تغییر یافته است؛ مثلاً در ژاپن افرادی که آنفولانزا یا سرماخوردگی دارند از ماسك استفاده می‌کنند تا از گسترش بیماری بین سایر مردم جلوگیری شود (۲۳).

و. هنجارهای حرفه‌ای[3]

وظیفه‌ی محرمانگی به‌عنوان یك هنجار مهم مورد اجماع در مراقبت‌های بهداشتی است. از طرفی،

1. Anonymity

2. Accountability
3. Professional Norms

همگان بر این موضوع توافق دارند که کارهای اداری باید طوری طراحی شوند که اطلاعات شخصی ارباب رجوع محفوظ بماند؛ مثلاً پزشکان و مسئولان مربوطه نباید اطلاعات بیماران را در پست الکترونیک قرار دهند یا نباید درباره‌ی آن‌ها، در مکان‌های عمومی تلفنی صحبت کنند.

امروز فیلم‌برداری از رویه‌های درمانی، توسط خانواده‌ی بیمار، امری شایع است که یك حرکت غیراخلاقی به شمار نمی‌رود. بعضی پزشکان بر این باورند این حرکت، اثرات درمانی مثبتی در روند بهبود حال بیمار دارد. همچنین، این عمل پزشك را تشویق می‌کند که در نگهداری و درمان بیمارش بیشتر دقت کند؛ زیرا این فیلم مانند سندی از تمام خطاهای پزشکی و حالت‌های بیمار است؛ البته، این کار معایبی از قبیل تجاوز به حریم خصوصی بیمار و عدم بیان احساسات او خواهد داشت و همچنین، پزشکان در ارائه‌ی خدمات احساس راحتی نخواهند کرد (۲۳).

۳- ۳. حریم خصوصی مالکیتی[1]

این حریم، کاربرد سوم حریم خصوصی است که با لحاظ‌کردن این حق، بافت‌ها و اعضای بدن، ژن‌ها و ساختار ژنومی فرد بخشی از حریم فرد محسوب می‌شود و حق مالکیت فرد را بر اعضا، بافت‌ها و اطلاعات ژنتیکی خود بدیهی می‌کند (۲۳). نظریه‌پردازان اخلاق و حقوق بین «حریم خصوصی» و «مالکیت» و به تبع آن «حق حریم خصوصی» و «حق مالکیت» ارتباط قائل هستند. فلاسفه از آن به‌صورت حق مالکیت بر خود که شامل خود جسمانی (ذهن و جان) است، یاد می‌کنند. در واقع، شخص با مالکیت بر خود می‌تواند احساس وجود داشته باشد و خویشتن را شایسته‌ی حب ذات بداند. برخی فلاسفه، شخص را مالك جسم خود و برخی دیگر شخص را به‌عنوان متولی و کارگزار جسم و نه مالك آن می‌دانند (۲).

مفهوم مالکیتی حریم خصوصی در زمینه‌ی پزشکی بدین‌معنی است که افراد مالك اعضا و اجزای بدن خود مانند ژن‌ها، ژنوم، بافت‌های ذخیره و DNA خود هستند؛ اما نباید اجزای بدن خرید و فروش شوند و جنبه‌ی تجاری به خود بگیرند (۲). در تکنیك‌های نوین کمك‌باروری نیز اینکه آیا گامت، زیگوت و رویان‌های منجمد در تصاحب انسان هستند و حق تعیین سرنوشت آن‌ها را دارند از مباحث مطرح‌شده در حریم خصوصی مالکیتی است؛ درحالی‌که اکثر دادگاه‌ها، رویان منجمد را در شمار اموال نمی‌دانند و پیشنهاد می‌کنند که سرنوشت رویان‌ها باید در وقایعی مانند طلاق، مرگ، جدایی، جابه‌جایی و تغییر عقیده‌ی افراد مشخص شوند (۲).

همچنین، استفاده از اسم، تصویر یا هویت هر فردی، تجاوز به حریم خصوصی مالکیتی او محسوب می‌شود. بر این اساس، استفاده از فیلم‌ها و عکس بیماران بدون رضایت آن‌ها، نوعی تجاوز به حریم خصوصی آن‌هاست. علاوه‌برآن، ازآنجایی‌که ژن‌های یك فرد کلید بیولوژیك هویت شخصی اوست و حاوی اطلاعات سلامتی فرد است، باید به‌طور صحیحی توسط فرد کنترل شوند؛ لذا تصاحب DNA افراد بدون رضایت آن‌ها به‌نوعی تجاوز به حریم خصوصی مالکیتی است. بنابراین، آزمایش‌های ژنتیکی اجباری برای تشکیل سیستم بانکی اطلاعات

1. Proprietary Privacy

DNA یا سـایر بیماری‌هـای ژنتیکی، تجـاوز به این حریم اسـت و افراد می‌توانند در برابر این آزمایش‌ها تقاضای جبران خسارت کنند (۲).

۳- ۴. حریم خصوصی تصمیماتی[1]

گرچه در بیشتر مواقع این مبحث ذیلِ اصل اتونومی و اختیـار بیمار مطرح می‌شـود، حـق تصمیم‌گیری فـرد در مسـائل مرتبـط بـا بیمـاری و درمـان، جزء جدایی‌ناپذیـر حریـم خصوصی اوسـت. هـر فردی حق دارد درباره‌ی مسـائلی چـون: تنظیم خانواده، روش‌هـای کمک‌بـاروری، رحـم جایگزیـن (۲۳) یا امتنـاع از پذیـرش برخی شـیوه‌های درمانـی مانند احیـای قلبی‌ریـوی، درمان‌هـای طولانی‌کننـده‌ی حیـات، جراحـی و انتخـاب یـک شـیوه‌ی درمانـی خاص، از بین مـوارد مطرح و معقول، آزادانه تصمیم بگیرند و تصمیم خویش را اِعمال کنند (۲۳).

افـراد، خانواده‌هـا و اعضـای خانـواده بعضـی از تصمیمات شـخصی و رفتارهـای خاص را تصمیمات خصوصی و رفتارهـای صمیمانه و خودمانی توصیف می‌کننـد. تحت ایـن شـرایط، کاربرد چهـارم حریم خصوصـی تجلـی می‌یابـد و نشـانگر انتخاب‌هـای مسـتقل و اتونومـی مربـوط بـه امـور شـخصی یـا محرمانـه‌ای اسـت کـه زندگـی خصوصـی افـراد را تشکیل می‌دهد.

در واقع، حریم خصوصی تصمیماتی عبارت اسـت از: توانایـی یـك فرد در اخذ تصمیمـات خود و عمل براساس آن تصمیمات، فارغ از دخالت دولت و سایر دخالت‌های ناخواسـته؛ ازاین‌رو، به نظر می‌رسد که این نوع از حریـم خصوصی، با اتونومی و اختیار فرد در تصمیمـات مربوط به سـلامتی خود هم‌پوشـانی و یکسـانی دارد (۲۳). ایـن نـوع حریـم در حوزه‌ی سـلامت، به مسـئولیت‌پذیری برای اخـذ تصمیمات مهـم درباره‌ی درمان، ختم درمـان، تخصیص منابع نـادر و علـوم پزشـکی مربوط اسـت. عـدم توافقات اخلاقـی و قانونـی در همین حوزه، دربـاره‌ی اینکه «چه کسـی حق تصمیم‌گیری دارد؟» و «چه کسـی حق انتخاب دارد؟» گاهی منجر به این شـده اسـت کـه بیمـاران، پزشـکان، پرسـتاران، بیمارسـتان‌ها، خانواده‌هـا، محققان و قانونگـذاران تبدیل به رقبای همدیگر و طرفین دعوا شوند (۲).

حق تصمیم‌گیری در حریم خصوصی تصمیماتی، در مواردی مانند سـقط جنین، درمان بیماران بسیار ناتـوان، یـا در مراحـل پایانـی حیات یـا در وضعیت نباتـی پایدار، چالش‌هـا و مناقشـاتی را ایجاد کرده اسـت. ایـن نـوع حریـم در تصمیم‌هـای خانوادگی مانند تشـکیل خانواده، درخواست والدین درباره‌ی تصمیم‌گیـری آزاد در خصـوص نحـوه‌ی تربیـت، آموزش و مراقبت‌های پزشـکی فرزندشان نیز جاری اسـت. در ایـن نـوع حریـم، تصمیم‌هایـی از قبیـل آزادبـودن درمان‌هـای روان‌درمانی، فـروش و پیوند اعضـا، رفتارهای باروری و اعتصاب غذا جای بحث و تأمل دارد. برخی از مصادیق مهم‌تر این نوع حریم را می‌توان در موارد زیر مطرح کرد:

الف. تنظیم خانواده[2]

کنترل تولد و سـقط، اقدامات رایجی اسـت که در کل دنیـا صورت می‌گیرد. در گذشـته، این اقدامات در زمینـه‌ی پزشـکی و اخلاقـی، جنایت‌کارانه تلقی می‌شـد؛ اما امـروزه به‌طـور عمومی (تحت شـرایط خاص) در دسـترس هسـتند. فلاسـفه‌ی فمنیست

1. Decisional Privacy

2 Birth Control

درباره‌ی اهمیت استفاده از مفهوم حریم خصوصی و حق بر آن، برای به‌دست‌آوردن ظرفیت کنترل زنان بر باروری‌شان بحث و مناظره‌ای گسترده دارند. مفهوم حریم خصوصی، در محدویت زن‌ها در نقش رایج خود به‌عنوان همسر و مادر تحت اختیار و قدرت مرد در خانواده، نقشی بزرگ ایفا می‌کند؛ حال آنکه کاترین مک کینون[1] استدلال می‌کند که حقوق حریم خصوصی، شأن و منزلت زنان را با درخواست و تلاش بیشتر برای تساوی جنسی ارتقا می‌دهد. فمنیست‌های دیگر درباره‌ی نقش پررنگ و مؤثر حقوق حریم خصوصی، در به‌دست‌آوردن اتونومی جنسی و هموارکردن راه برای تساوی شغلی و تحصیلی، استدلال می‌کنند.

بعضی افراد تحت تأثیر اعتقادات مذهبی، بر این باورند که استفاده از هرگونه دارو، وسیله و اقدام برای پیشگیری از بارداری یا ختم حاملگی از نظر اخلاقی نادرست است. یکی از استدلال‌های آنان این است که زندگی بشر از همان لحظه‌ی لقاح تخمك و اسپرم آغاز می‌شود؛ بنابراین، انواع کنترل تولد که ممکن است از تکامل تخمك لقاح‌یافته و تبدیل‌شدن آن به نوزاد جلوگیری کند، مثل قرص‌های ضدبارداری اورژانسی پس از روابط جنسی ناخواسته یا تجاوزات جنسی، سقط تلقی می‌شود، حتی اگر حاملگی تأییدنشده باشد (۲۳).

ب. سقط جنین[2]

پزشکان درباره‌ی پرسش‌های مربوط به اخلاقی‌بودن سقط اختلاف‌نظر دارند. جودیت تامسون[3] مفهوم حق بر کنترل استفاده از بدن هر فرد را در دفاع بلندآوازه از حق سقط به کار برد. گرایش به سقط، در سیاست جامعه‌ی آمریکا به سال ۱۹۷۰ برمی‌گردد و به نظر می‌رسد در اکثر کشورهای اروپایی به توافق اخلاقی تبدیل شده است. قانون در آمریکا به زن‌ها، اجازه‌ی سقط آزادانه در سه‌ماهه‌ی اول را می‌دهد؛ اما آن را در سه‌ماهه‌ی دوم و سوم محدود می‌کند. الگوهای مقرراتی که براساس افکار اجتماعی و اخلاقیات، درباره‌ی سقط در سطح جهان وجود دارد به چهار شکل است:

- مدل ممنوعیت که سقط جنین‌ها در کل یا غالباً توسط قوانین کیفری ممنوع شده‌اند؛
- مدل کسب مجوز که در آن براساس معیارهای مشخص، مجوز سقط داده می‌شود؛
- مدل تجویزی که در آن سقط جنین نه‌تنها مجاز است، بلکه مورد تشویق نیز قرار می‌گیرد؛
- مدل حریم شخصی یا آزاد که در آن زنان، برای انجام‌دادن سقط آزاد هستند و به داشتن معیار و شرایط خاص نیازی ندارند (۲۳). در واقع، طیف مقررات موجود (از ممنوعیت مطلق تا جواز مطلق) براساس نگاه حداقلی و حداکثری به حریم خصوصی شکل گرفته‌اند. در ایران انجام‌دادن سقط جنین زمانی امکان‌پذیر است که سقط درمانی باشد. ماده‌واحده‌ی آن نیز در روز سه‌شنبه مورخ دهم خردادماه ۱۳۸۴ در مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ بیست‌وپنجم همین ماه به تأیید شورای نگهبان رسید.[4] براساس این ماده «سقط درمانی با تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری

1. Catherine Mackinnon
2. Abortion
3. Judith Thomson

۴. قانون سقط درمانی، دست‌یافتنی در http://rc. majlis. ir/fa/law/show/۹۷۷۵۶

جنین، به علت عقب‌افتادگی یا ناقص‌الخلقه‌بودن موجب حرج مادر است، یا بیماری مادر که با تهدید جانی مادر توأم باشد قبل از ولوج روح (چهار ماه) با رضایت زن مجاز است و مجازات و مسئولیتی متوجه پزشک مباشر نخواهد بود.»

ج. بند قانونی ملاحظات مذهبی یا عقیدتی[1]

در بسیاری از کشورها، جامعه برای اقدامات پزشکی به جواز کار پزشکان و بیمارستان‌ها متکی است. در آمریکا قوانین ایالتی و فدرال، برای رهانیدن پزشکان از انجام وظیفه و ارائه‌ی آن دسته از خدمات پزشکی که از باورها و عقاید مذهبی و اخلاقی طبابت آن‌ها تخطی می‌کند، تصویب شده است. مدافعان این قوانین، از عدم پذیرش بیمار توسط پزشکان و داروسازان به منظور حفظ حریم خصوصی وابسته به آزادی تفکرات و اعتقادات مذهبی‌شان دفاع می‌کنند؛ اما آیا پزشک حق نپذیرفتن بیمار را دارد؟ اکثر متخصصان اخلاق زیستی موافق این هستند که در شرایط اورژانس پزشکی، پزشک حق نپذیرفتن بیمار را ندارد؛ برای مثال می‌توان به ختم حاملگی لوله‌ای تهدیدکننده‌ی حیات مادر اشاره کرد (۲۳).

د. تکنیک‌های نوین کمک‌باروری[2]

بعضی از مفسران قانونی و پزشکان نظر به این دارند که زنان و مردان نابارور از حق حریم خصوصی باروری برخوردارند. استفاده از تکنولوژی‌ها برای بچه‌دارشدن، انتخاب ART مثل انتخاب عقیم‌سازی، سقط و کنترل تولد به‌عنوان حق حریم خصوصی مطرح است؛ اما از نظر اخلاقی نگرانی‌هایی را به وجود آورده است. یکی از آن‌ها امیدواری‌های کاذب است که ART در جهانی ایجاد می‌کند که تکنولوژی گران‌قیمت و شانس موفقیت آن کم است. این برنامه‌ها در خانواده‌ها کشمکش‌هایی را به وجود آورده‌اند. گزارش‌های زیادی از زنانی در دسترس است که از سوی خانواده‌شان تحت فشار قرار گرفته‌اند تا موقعیت‌های آزاردهنده‌ای را برای باردارشدن تحمل کنند. امروزه، تعیین جنسیت فرزندان نیز ممکن است غیراخلاقی باشد. طرفداران انتخاب جنسیت، اعتقاد دارند که تعیین جنسیت فرزند توسط والدینش حق اخلاقی و قانونی والدین است. بعضی خانواده‌ها جنسیت خاصی را مدنظر دارند یا گاهی جنسیت فرزندانشان را براساس جنسیت فرزند دیگر خانواده، تعیین می‌کنند. در واقع، انتخاب جنسیت بچه، به‌نوعی تبعیض جنسیتی شمرده می‌شود و می‌تواند اثرات زیان‌بار تبعیض را افزایش دهد. با آزادگذاشتن انتخاب جنسیت جنین، توازن جامعه یا حتی جهان از نظر جنسیتی به هم می‌خورد. همچنین، والدین می‌توانند اهداکننده‌های تخمک و اسپرم را از نظر نژاد، ضریب هوشی و خصوصیات خاص انتخاب کنند (۲۳).

ه. سبک زندگی ناسالم[3]

در مواردی که مردم زندگی خود را با استفاده از روش‌های ناسالم مانند مصرف زیاد مواد قندی و پرچرب، کشیدن سیگار، استفاده‌نکردن از کلاه ایمنی و... به خطر می‌اندازند، باید چگونه با آنان مواجه شد؟ آیا باید قوانینی در جامعه ایجاد و این اعمال را ممنوع کرد؟ یا اینکه تا کجا به حق انتخاب آن‌ها باید احترام گذاشت؟ اگرچه در بادی امر به نظر

۱. بند قانون که برخی را به خاطر ملاحظات مذهبی یا عقیدتی یا قید وجدان معاف می‌کند (Conscience Clauses)

2. Assisted Reproductive Technology (ART)

3. Medically Unhealthy Life-Styles

می‌رسد این انتخاب‌های آنان بیشتر برای خودشان مضر است، با کمی دقت مشخص می‌شود که این سبک‌های زندگی باعث کاهش نیروی مولد، تحمیل هزینه‌های درمان بر جامعه، تأثیر بر روند تکامل و سلامت جنین و کودکان می‌شود؛ لذا می‌توان آزادی افراد را برای انتخاب‌های ناسالم زیستی محدود کرد؛ البته در اینجا باید به این سؤال هم پاسخ داده شود که آیا سلامتی حق است یا تکلیف (۲۳)؟

و. حق امتناع از درمان[1]

بیمارانی که مشکلات روحی‌روانی دارند برای دستیابی به یك زندگی عادی، نیاز دارند داروهایی مصرف کنند؛ اما مسأله این است که این درمان‌ها چگونه باید ادامه یابند و حق انتخاب این بیماران تا کجاست؟ بعضی از این بیماران که اختلالات شدید روانی دارند قابلیت تصمیم‌گیری و ادامه‌ی درمانشان را ندارند؛ اما برخی دیگر که اختلالات جزئی دارند ممکن است برای مصرف‌نکردن دارو استدلال‌های خوبی داشته باشند. موضوع دیگر درباره‌ی حق مردن و حق تعیین مرگ و زندگی توسط انسان است و اینکه آیا این مسأله نقش خدا را بازی‌کردن است؟ (۲۳). اگرچه می‌توان به حق امتناع از درمان بیمار دارای ظرفیت تصمیم‌گیری که در شرایط غیر اورژانس، پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد درمان، با امتناع از درمان فقط به خود آسیب وارد می‌کند، احترام گذاشت، اما باید توجه کرد در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد این حق پذیرفته‌شده نیست (۲۲)؛ چراکه در دین مبین اسلام حیات موهبتی الهی است که به انسان امانت داده شده است و تنها با خواست و اراده‌ی خداوند قادر و متعال خاتمه می‌یابد؛ ازاین‌رو، حفظ حیات واجب است و دخالت در مرگ نفس محترمه به هر نحوی که باشد جایز نیست.

۳- ۵. حریم خصوصی معاشرتی[2]

احترام به خواسته‌های بیمار و فراهم‌کردن فضایی صمیمی و درخور برای او در موقعیت‌های خاص همچون: به‌دنیاآوردن نوزاد، دوره‌ی نقاهت یا زمان احتضار، در این بُعد از حریم خصوصی مطرح و بررسی می‌شود. بیماران در تقابل با درد و رنج و لحظات بحرانی مثبت و منفی مانند تولد و مرگ تمایل دارند تا افراد خاصی را در کنار خود داشته باشند. ممکن است بیمار هنگام به‌دنیاآوردن نوزاد یا ساعات انتهایی حیات بخواهد افراد خاصی، بدون مزاحمت کادر درمان در کنارش باشند. فراهم‌کردن چنین تسهیلاتی بر عهده‌ی کادر درمان و مسئولان مراکز درمانی است (۲۳).

۴. حریم خصوصی و محرمانگی

اگرچه محرمانگی و حریم خصوصی[3] دو طرف یک سکه هستند، با هم تفاوت‌هایی دارند (۲۴). حریم خصوصی که قلمرویی از زندگی انسان و مصون از مداخله‌ی دیگران است، جزء اخلاقیات شخصی است و نفعی است که اکثر مردم به آن ارج می‌نهند و در میثاق‌های اجتماعی و قانونی از آن حمایت می‌کنند؛ درحالی‌که محرمانگی که در اصطلاح عرف پزشکی ما به «رازداری» معروف است، وظیفه‌ای است که طی رابطه‌ای مبتنی بر

1. The Right to Refuse Care

2. Associational Privacy
3. Privacy and Confidentiality

اعتماد مانند رابطه‌ی پزشک و بیمار، وکیل و موکل و کشیش و معترف، بر طرف مورد اعتماد گذاشته شده و قانون نیز بر آن تأکید دارد. می‌توان گفت محرمانگی وظیفه‌ی اخلاقی ویژه‌ی بعضی از حرفه‌ها مانند وکلا، حسابداران، کتابداران و پزشکان براساس ماهیت حرفه‌ای آن‌هاست و در جامعه اطلاق عمومی ندارد.

در حقیقت، محرمانگی مانع افشای مجدد اطلاعاتی می‌شود که بیمار یک‌بار طی چشم‌پوشی از حریم خصوصی اطلاعاتی خود، آن‌ها را به منظور دستیابی به نفعی بالاتر برای پزشک یا ارائه‌دهندگان خدمات سلامت افشا کرده است (۲۴، ۲۵) و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت نیز متعهدند این اطلاعات را در جهت خدمت‌رسانی به صاحبان آن‌ها استفاده کنند (۲۴)؛ بنابراین، در نظام سلامت، محرمانگی وظیفه‌ای گروهی است و نیازمند فضایی امن و امکانات ویژه برای حفاظت از اطلاعات خصوصی افراد است (۲۴). حریم خصوصی اصولاً مورد تعرض و تجاوز قرار می‌گیرد، درحالی‌که محرمانگی نقض می‌شود (۲۵)؛ به‌عنوان مثال، وقتی فردی وارد سیستم کامپیوتری اطلاعات بیماران در بیمارستان می‌شود به حریم خصوصی اطلاعاتی بیماران تجاوز کرده است، ولی مرتکب نقض محرمانگی نشده است.

۵. حریم خصوصی: حق مثبت یا منفی

یکی از تعابیر مهم و مؤثر از حقوق اخلاقی برپایه‌ی گفته‌های امانوئل کانت[1]، فیلسوف قرن هجدهم، شکل گرفته است. از نظر کانت، همه‌ی انسان‌ها محترم و مستحق کرامت‌اند و همین امر دیگران را از رفتارهای سودجویانه یا برخلاف میل افراد بر حذر می‌دارد. اصولی که کانت ذکر کرد غالباً هم برای توجیه و تبیین شق بنیادی حق، یعنی حق آزادی انتخاب و عمل و هم حقوق مرتبط با این حق بنیادی به کار می‌رود. این حقوق مرتبط در دو دسته جای می‌گیرند: حقوق مثبت و منفی.

حقوق منفی مثل حق داشتن حریم خصوصی، حق مصونیت از کشته‌شدن، یا حق مالکیت، حقوقی هستند که از برخی اشکال آزادی و اختیار فردی حمایت می‌کنند و ازاین‌رو حقوق منفی نامیده می‌شوند که خواستار انجام‌دادن یک وظیفه‌ی «منفی» یا به دیگر سخن، انجام‌نشدن عمل توسط دیگران است. حقوق منفی از دیگران می‌خواهد تا در فعالیت‌های یک شخص در یک حوزه‌ی خاص دخالت نکنند؛ به‌عنوان مثال، حق داشتن حریم خصوصی ما را موظف می‌کند مزاحم فعالیت‌ها و عملکردهای افراد در سپهر خصوصی‌شان نشویم.

در مقابل حقوق منفی که به موجب تأکید آن بر عدم انجام فعل، بار منفی به ذهن متبادر می‌کند، حقوق مثبت یا به دیگر سخن حقوق رفاهی با بار «مثبت»، بر کمک‌های مثبت دیگران در تحقق اساسی‌ترین نیازهای آسایش و رفاه انسانی مانند بهداشت و آموزش و پرورش تأکید دارد؛ بنابراین، حقوق مثبت حقوقی است که آسایش و رفاه حداقلی مردم را در جوامع کنونی تأمین کند؛ همچون حق آموزش، حق غذا، حق مراقبت‌های پزشکی، حق مسکن یا حق داشتن شغل. حقوق مثبت وظیفه‌ی مثبتی را بر ما تحمیل می‌کند تا فعالانه در داشتن چیزی یا انجام‌دادن عملی به افراد کمک کنیم (۲۶). به نظر

1. Immanuel Kant

نگارنـده چنین می‌آیـد که حق حریـم خصوصی در جامعه بیشتر به‌صورت حقی منفی قلمداد می‌شود؛ اما در سیسـتم سـلامت کـه بیمـار خـود به‌اجبار تا حـدودی از حریم خصوصی خود دسـت برمی‌دارد، نگاه منفی به این حـق، نوعی کوتاهی در حق بیمار است.

همچنیـن، بـا مداقـه در بنـد ۴- ۲ منشـور حقوق بیمارکه بیان داشـته «در کلیه‌ی مراحل مراقبت اعم از تشـخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشـته شـود. ضـروری اسـت بدین‌منظور کلیه‌ی امکانـات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم شـود.» چنین مستفاد می‌شود که حفظ حریـم خصوصی به‌عنوان حق مثبت دانسـته شـده است.

۶. نسبی‌بودن حریم خصوصی

در بعضی جوامع تأکیدی بر حریم خصوصی نشده اسـت؛ بااین‌حال، می‌تـوان رفتارهـای مرتبط با آن را در فرهنـگ هـر جامعه‌ای یافت. تمایل به داشـتن حریـم خصوصی و میزان توانایـی جامعه در برآوردن ایـن تمایـل در جوامـع گوناگـون انسـانی متفـاوت اسـت. آنچه در یک جامعه خصوصی تلقی می‌شـود ممکن اسـت در جامعه‌ی دیگر خصوصی نباشد. در یک فرهنگ ممکن اسـت آداب مذهبی، شـیردادن بـه کـودک و روابط جنسـی در خفا انجام شـود و در فرهنگـی در ملأ عام؛ به‌عنوان مثال، اروپاییان غربی و آمریکاییـان شـمالی اطلاعات مربوط به سـلامت، محکومیت‌های جنایـی، اقدامـات انتظامی، عقاید مذهبی، عقاید سیاسـی، اصالت نژادی، عضویت در اتحادیه‌های تجاری و مسـائل جنسی زندگی خود را شـخصی تلقی می‌کنند و آن را جزء حریم خصوصی خود می‌دانند (۲).

همچنیـن، در برخـی جوامع مثل انگلیس سـؤال از زندگـی شـخصی را گسـتاخانه می‌داننـد و بـرای گسـتره‌ی حریـم خصوصـی، دامنـه‌ای فـراخ قائل هسـتند؛ لیکن در برخی جوامع ماننـد آمریکا که به زندگی شـفاف و روراسـت اعتقاد دارند، دامنه‌ی این حریم تنگ اسـت ول پنـد و انـدرز را در این دامنه‌ی محدود برنمی‌تابنـد (۲۷). از طرفی نیز در جامعه‌ی امـروزی بنیـان روابـط حرفـه‌ای، شـخصی، تجاری بـه میزانـی چشـمگیر به خودافشـایی و دسترسـی جسـمانی وابسته شـده که در جوامع مختلف میزان آن متفاوت است.

نسـبیت فرهنگی در حریم خصوصی اطلاعاتی نیز مؤثـر اسـت؛ به‌گونه‌ای کـه در جوامـع گوناگون، در ارائـه‌ی اطلاعات مربوط به بیمـاران به خانواده‌های آن‌هـا، تصمیم‌های متفاوتی اتخاذ می‌شـود. برخی حریم خصوصی را برای شـکوفایی روابط بین آدمیان ضـروری می‌داننـد و آن را به‌عنـوان ارزشـی بـرای کنتـرل روابط انسـانی و دسترسـی دیگـران به خود مطـرح می‌کنند. از دیگر سـو، برخـی مفهوم حریم خصوصـی را بـا نگاهـی حداکثـری تا پیشـینیان و مردگان و مومیایی‌ها می‌گسترانند و تحقیق درباره‌ی آن‌هـا را چنـدان اخلاقـی نمی‌داننـد. سـورن هلم[1] سـردبیر مجله‌ی اخلاق پزشـکی در لندن می‌گوید: «افـراد معروف هنـوز به‌نوعی حیات دارنـد.» به باور او زندگـی این افراد به پایان نرسـیده اسـت و چنین مطالعاتـی می‌توانـد بر شـهرت آن‌ها اثرگذار باشـد (۲۸)؛ بنابراین، قلمرو حریم خصوصی نسـبی است

1. Soren Holm

و دامنـه‌ی آن در هـر فرهنـگ و نظـام اجتماعـی و موقعیت، متفاوت و متأثر از هنجارها و عرف و مذهب آن جامعه است (۲۷).

۷. حریم خصوصی: مشروط یا نامشروط

در تعریـف حفـظ حریـم خصوصـی، برخـی بـه تعاریف حداقلـی مانند حق اجتناب از ورود به حریم خصوصی و برخی با نـگاه حداکثری همچون ایجاد زمینـه و ابزار مناسـب بـرای حفظ حریـم خصوصی مثل تقویت فرهنگ پرداخته‌انـد (۲۷). این موضوع نیـز براسـاس نگـرش جامعـه در خصـوص منفی یا مثبت‌پنداشـتن حـق بر حریـم خصوصی بـه وجود آمده اسـت. گفتنی است با وجود تعریف‌های متعدد و ارزش ذاتی حریم خصوصی، حریم شـخص مطلق نیسـت و باید با نیازهای درمانی و قابلیت دسترسـی به منابع متناسب باشد (۲۹)؛ ازاین‌رو، می‌توان برای حریم خصوصی شروطی در نظر گرفت.

مـرز حریم خصوصـی، نداشـتن تعارض بـا حریم عمومی یا به دیگر سـخن نبود تعارض بین کیان فرد و کیان جمع اسـت. حفظ حریم فـرد منوط به توازن میـان نهاد حق و نهاد مصلحت اسـت. از دیگر سـو، گاه مداخله در حریم خصوصی اجتناب‌ناپذیر است. در مـواردی همچون امنیت ملی، سـلامت عمومی، رفـاه اقتصـادی کشـور، جلوگیـری از بی‌نظمـی و پیشـگیری از جـرم، حمایـت از سـلامتی و حمایت از اخـلاق حسـنه، از محدودکـردن حریم خصوصی گریـزی نیسـت. بااین‌حـال، ایجـاد محدودیـت در حریـم خصوصـی باید بـه قـدر ضـرورت و مطابق با قانـون و با هدف مشـروع باشـد؛ بنابراین، بر خلاف حفـظ کرامت و احترام انسـان که مشـروط نیسـتد، رعایت حریم خصوصی مشـروط بـه قوانین، مقررات و مسئولیت‌های اخلاقی اسـت؛ البته ارائه‌ی ملاک برای نقض‌کردن آن در نظام سـلامت نیز مهم اسـت (۱۷).

۸. ارزش‌های اخلاقی حریم خصوصی

احترام به حریم خصوصی به افراد اجازه می‌دهد تا در یک فضا و مکان امن روانی، افکار و احساسات خود را بـدون تـرس از کج‌فهمی یا قضاوت‌های نادرسـت بیـان کنند. ایـن موضوع بـه انـدازه‌ی بنیادی‌ترین مسـائل فرد همچون مذهب و باورهـا دارای اهمیت است؛ چراکه در ارتباط مستقیم با تصمیمات درمانی پزشـک و در پـی آن تصمیمات درمانی بیمار اسـت (۳۰). پایبندی بـه حفظ حریم خصوصی، نظارت‌ها و افشـاگری‌هایی را کـه برای سـلامتی انسـان مضر اسـت، محدود می‌کنـد و در نتیجه سـلامتی را ارتقا می‌بخشد.

روان‌شناسـان معتقدنـد اگر افراد از داشـتن حریم خصوصـی اجتماعی محروم شـوند، سـلامتی آن‌ها نیـز در معـرض تهدید قرار خواهد گرفـت؛ لذا حریم خصوصـی باعـث بهبـود سـلامت روانـی جامعه نیز می‌شـود. فیلسوفان بر این باورند که احترام‌گذاشتن بـه حریـم خصوصـیِ جسـمانی و اطلاعاتـی و تصمیماتـی، برتریـن اعتبار برای احتـرام به کرامت، شـخصیت انسـانی، اسـتقلال اخلاقـی و زندگـی اجتماعی کارآمد اسـت. حقوق‌دانان نیز معتقدند که ارزش اخلاقی حریم خصوصی، مبنا و اساس حقوق اخلاقی و شایسته‌ی حمایت قانونی است (۲).

دانشمندان درباره‌ی بهترین شیوه‌ی مشخص‌کردن ارزش‌هـای اخلاقی حریـم خصوصـی اختلاف‌نظر

دارند. یک محـور اختلاف آن‌ها درباره‌ی این اسـت کـه آیـا حریم خصوصی نشـانگر یک ارزش اسـت یا یـک حالت از امور؟ محور دوم اختلاف مربوط به این اسـت که حریم خصوصی، مفروض بـه یک حالت از امور، مشـروعیت اخلاقی الزامی دارد یا مشـروعیت اخلاقی صرفاً مشروط؟ محور سوم اختلاف درباره‌ی این اسـت کـه آیـا ارزش حریم خصوصـی، مفروض به معنـای یک حالـت از امور با مشـروعیت اخلاقی صرفاً مشـروط، باید براساس معیارهای نتیجه‌گرایان مانند ارتقای سـعادت جمعی یا کارآمدی یا براساس معیارهـای وظیفه‌گرایی مانند احترام به شـخصیت، هویت شخصی یا انسانیت سنجیده شود؟

از نظـر پیامدگرایـان، حریـم خصوصـی تـا زمانی ارزشـمند است که باعث سـلامت همگانی یا ارتقای منافـع متنوع افراد، گروه‌ها یا دولت شـود. از طرفی دانشـمندان بـر ایـن باورنـد کـه حریـم خصوصـی ازآنجایی‌کـه بـه انسـان هویـت می‌بخشـد و باعـث ایجـاد و ارتقـای شـخصیت انسـانی در نهادهـای لیبـرال اجتماعـی و سیاسـی می‌شـود، ارزشـمند اسـت. از طرفی، حفظ حریم خصوصی باعث تعالی فردانیـت و در نهایـت خودشناسـی می‌شـود که در جوامع دموکراتیک پیش‌فرض خودحکمرانی اسـت. همچنین، حفظ حریم خصوصـی باعث مهار قدرت دولت در فضایی می‌شـود که جان استوارت میل آن را با نام «مربوط به خود» معرفی می‌کند.

حریم خصوصی در ایجاد و ارتقای ارتباطات ارزش ابزاری دارد. اسـتدلال سـنتی بر این اسـت که تنها در حالـت انـزوا از دیگران، فرم مطلـوب صمیمیت و دوستی می‌تواند شکوفا شود. افراد یا خانواده‌ها اگر تنهـا بتوانند خود را از دیگران جـدا کنند، می‌توانند نیازهـای سـرکش اجتماعـی و عاطفی خـود را رفع کنند؛ البته در پاسـخ به این اسـتدلال بیان شده که شـیوه‌های حفظ حریـم خصوصـی می‌توانند باعث بیشترشـدن آزار و اذیـت زنـان و کـودکان شـوند و با مخالفت با مسـئولیت‌های فردی، در برابر آرمان‌های جمعی (مصالح) بی‌اعتنایی پیشه کنند. چالش‌های اخلاقی مطرح‌شـده در ایـن انتقاد عبارت اسـت از اینکه ترتیبات اجتماعی به‌شـدت از حریم خصوصی اطلاعاتی، جسمانی تحت عناوین فردیت، خلاقیت، خانـواده و ارتبـاط آزاد حمایـت می‌کننـد، ولـی به مباحـث تحـت سـلطه قرارگرفتـن (فرمانبـرداری)، بیگانگی از خود و دیگران نپرداخته‌اند. دانشـمندان گاهی اوقـات در توجیه حریم خصوصـی به اهمیت شخصیت و کرامت انسانی می‌پردازند.

این اسـتدلال باعث می‌شود بین دسترسی محدود اطلاعاتی و جسـمانی یا توانایـی تصمیم‌گیری مهم بـرای خود بـا ایـده‌ی اسـتقلال اخلاقـی عقلانی[1] ارتباط ایجاد شود؛ به‌عنوان مثال، اصل احترام برای اشـخاص، یک دلیـل اخلاقی برای عـدم دخالت در حریم خصوصی اشخاص را فراهم می‌کند (۲).

همچنین، در عین حمایت از قراردادهای اجتماعی حامی حریم خصوصی، باید بر این موضوع تأکید کرد که تحمل و مداراکردن دولت با سلایق و انتخاب‌های افراد در خصوص تولید مثل، روابط جنسـی و مذهب از ارزش‌های بنیادین هر جامعه است (۲).

1 Rational Moral Autonomy

استقلال اخلاقی عقلانی بدین معنی است که تصمیم‌گیری آزاد و انتخاب‌های مسـتقل فرد به‌عنـوان یک عامـل اخلاقی بر مبنـای اصول عقلـی و دلایل معقولانه‌ی وی به دسـت می‌آید. ایده‌ی اسـتقلال اخلاقی برخاسـته از آرای کانت اسـت؛ او معتقد بود که انسـان براسـاس عقـل و اراده‌ی آزاد توانایی خودفرمانی و تعیین ارزش‌هـای زندگی خود را دارد؛ ازاین‌رو، قابلیت وضع قوانین اخلاقی را دارد. به عبارت دیگر انسـان واجد اسـتقلال اخلاقی کسی است که اراده‌ی عقلانی او همه‌ی قوانین زندگی‌اش را وضع کند.

۹. حریم خصوصی در اسلام

در متـون دینی واژه‌های حریم خصوصی و رازداری به‌صراحـت ذکـر نشـده‌اند؛ بااین‌حـال از جملـه مقوله‌هایـی کـه در متـون روایـی و حقوقـی ارتباط تنگاتنگی با مفاهیم فوق دارند، لغات عِرض، کتمان السّر، شَین و عفّت است که به بیان آن‌ها می‌پردازیم:

- عِرض: عرض به معنی ناموس و آبرو اسـت (۳۱). امام زین‌العابدین(ع) در روایتی می‌فرماید: «کسـی کـه خودداری کنـد از عِرض مسـلمانان، خدا در روز قیامت لغزش‌های او را می‌پوشاند»[۱] (۳۲).

همچنیـن پیامبر اکـرم(ص) در روایتی فرموده‌اند: «کسـی که از حیثیت برادرش دفـاع کند، این عمل حجابی برای او از آتش جهنم اسـت»[۲] (۳۲). ایشان در روایت دیگری می‌فرمایند: «کسی که عِرض برادر مسـلمانش را حفظ کند، قطعاً بهشت برای او واجب است»[۳] (۳۲).

- کتمان السّر: امام علی(ع) در روایتی می‌فرمایند: «سـکوت داوری اسـت و سـکوت سـلامتی و کتمان بخشـی از سعادت اسـت»[۴] (۳۲). و امام رضا(ع) نیز می‌فرماید: «لا یکون المومـنُ مومناً حتی یکون فیه ثلاث خصال: سّـنةٌ من ربّه و سنّةٌ من نبیّه و سنّة من ولیّه فالسّـنّة من ربّـه کتمان سِـرّه»: «مؤمن، مؤمن نمی‌شـود مگراینکه سـه خصلت در او باشد: سنتی از خـدا و سـنتی از پیامبـر و سـنتی از ولـی یعنـی امیرالمؤمنیـن؛ سـنت خـدا کتمان سـرش اسـت» (۳۲). امیرالمؤمنین(ع) در روایتی دیگر فرموده‌اند: «سّر تو اسیر توست، اگر آن را افشا کردی تو اسیرش می‌شـوی»[۵] (۳۳). بنابر روایتی از امام صادق(ع) نیز « افشای سـرّ موجب سقوط انسان است»[۶] (۳۲). به دلیل اهمیت و حساسـیت این موضوع است که امام علی(ع) متذکـر می‌شـوند: «صَدر العاقِـلِ صُندوقُ سِـرّه؛ سینه‌ی انسـان عاقل صندوق اسـرار اوست» (۳۴).

- شَین: لغت «شَین» به معنی عیب در مقابل «زَین» به معنی زینت اسـت و در برخی روایات به آن اشـاره شـده اسـت؛ برای مثال امام صادق(ع) می‌فرماید: «یا معشـر الشیعه انکم قد نُسـبتم الینا کونوا لنا زَیناً و لاتکونوا علینا شـیناً»: «ای گروه شـیعه، شما با ما نسـبت داریـد؛ پس برای مـا زینت باشـید و برای ما عیب نباشـید. با مـردم با زبان خوش سـخن بگویید و زبان‌هـای خـود را حفـظ کنیـد» (۳۵). همچنین در روایـت دیگر می‌فرمایند: «معاشـر الشـیعة کونوا لنَا زینـاً و لاتَکونوا علینا شَـیناً قُولوا للناسِ حُسـناً و احفظوا أَلسنتکم و کُفّوها عن الفضول و قُبحِ القول»: «ای گروه‌های شـیعه برای ما زینت باشـید و برای ما عیب نباشـید و با مردم با زبان خوش سخن بگویید و زبان‌های خود را حفظ کنید و بازدارید زبان‌های خود را از حرف‌های زیادی و قول قبیح» (۳۲).

- عفّـت: خداونـد در آیـه‌ی ۲۶ سـوره‌ی اعـراف می‌فرماید: «یا بنی‌آدم قد انزلنا علیکم لباسـاً یواری سـوءاتکم و ریشاً...»: «ای فرزندان آدم ما لباسی که سـتر عورت شـما کند و جامه‌های (زیبـا و نرم) برای شـما فرسـتادیم.» لباس چیزی اسـت که انسـان از آن بـرای پوشـاندن خود اسـتفاده می‌کنـد. «یواری سـواءتکم» وصفی برای لباس است و نشان می‌دهد

۱. «مَن کَفَّ عن أعراضِ المُسلمین أقال الله عثرتَهُ یومالقیامة.»
۲. «مَن رَدَّ عن عِرضِ أخیه کان له حجاباً من النار.»
۳. «من ردّ عن عَرضَ اخیه المسلم وَجبت له الجنّةُ البتّة.»
۴. «الصمتُ حَکَمٌ وَ السّکوتُ سلامةٌ و الکتمان طرفٌ من السّعادة.»
۵. «سرُّک أسیرک فإن أفشَیتَهُ صِرتَ أسیرَهُ.»
۶. «إفشاءُ السِّرِسقوطُهُ.»

لبـاس پوششـی واجـب و لازم اسـت و آن را بـرای پوشـاندن عضوی که برهنه‌بودنش ناپسـند و مایه‌ی رسوایی است، به کار می‌برند (۳۶).

عفت، حالتی نفسـانی اسـت که از غلبه‌ی شهوت جلوگیری می‌کنـد. در روایات، از پاکدامنی به‌عنوان برترین عبادت یاد شـده اسـت: «اَفْضَلُ الْعِبَادَةِ عِفَّةُ الْبَطْـنِ وَ الْفَـرْجِ». امـام علـی(ع) می‌فرمایـد: «مَـا الْمُجَاهِدُ الشَّهِيدُ عِنْدَاللَّهِ بِاَعْظَمَ اَجْراً مِمَّنْ قَدَرَ فَعَفَّ لَـكَادُ الْعَفِيفُ اَنْ يكُونَ مَلَـكاً مِنَ‌الْمَلاَئِكَة»: «پاداش مجاهد شـهید در راه خدا بیشـتر از کسی نیست که می‌تواند گنـاه کند، ولی بر اثر پاکدامنی از آن پرهیز می‌کند. نزدیک است که انسان پاکدامن فرشته‌ای از فرشتگان خدا باشد» (۳۷).

در شـرع مقدس اسـلام رعایت عفت و حفظ حریم و حـدود حتـی در نگاه‌کـردن نیـز در کانـون توجـه قرار گرفته اسـت و تجاوز از آن حـدود، جز در مواقع اضطرار و به اندازه‌ی رفع ضرورت جایز نیسـت. یکی از مصادیق مهم تقوای پزشـکی، عفّت است. پزشک باتقوا، نه‌تنها به خود اجازه‌ی سوءاستفاده‌ی جنسی از بیمـار را نمی‌دهد، بلکه حتـی در نگاه‌کردن برای معاینـه، حـدود اسـلامی را رعایت می‌کنـد و هنگام نیـاز به نگاه‌کردن بـه بیمار برای تشـخیص بیماری، به انـدازه‌ی ضرورت اکتفـا می‌کنـد (۳۷)؛ بنابراین اگر پزشـک بـرای معالجه یـا اقدامات تشـخیصی از قبیل لمس نبض و... ناچار شـود بـدن بیمار را نگاه یا لمس کند، درصورتی‌که امکان تشخیص و معالجه از طریق نگاه غیرمستقیم مانند استفاده از آینه برای مشـاهده‌ی بـدن نامحـرم به‌ویژه مناطـق خصوصی بدن و لمس غیرمسـتقیم مانند استفاده از دستکش برای معاینه‌ی بدن بیمار نامحرم ممکن نباشد، لمس و نگاه اشـکال نـدارد؛ البتـه در این مواقـع، باید به مقدار ضرورت بسنده کرد؛ یعنی پزشک باید در نگاه یا لمس نیز به بخشـی محدود از بـدن بیمار که برای تشخیص و درمان ضرورت دارد، اکتفا کند و زیادتر از آن جایز نیست.

۱۰. حریم خصوصی در آیات و احادیث

حریم خصوصی در ایران در گذشته بیشتر جنبه‌ی عرفی داشـته و افراد در مناسبات اجتماعی مقید به حفظ آن بودند. با نظر به قدمت دین اسـلام در ایران و به‌ویـژه مذهب شـیعه از زمان صفویـه و آثار و نتایج آن بر فرهنگ مردم، مذهب نیز نقشـی پررنگ در این میان داشـته و در مواقع مبتلابه اسـتنادات بسیاری به آیات و روایات شـده است. در آیاتی متعدد از قرآن کریم و نیز سیره‌ی پیامبر و اولیا، بر لزوم رعایت حریم خصوصـی انسـان‌ها و پرهیـز از نقـض مصادیق آن تأکید فراوان شده است.

بسـیاری از ایـن آیـات و روایـات، در قالـب احکام تکلیفـی هسـتند تـا وضعـی؛ دسـتوراتی چـون: ممنوعیـت تجسـس و تفتیـش، ممنوعیـت ورود به منازل بدون اجازه و رضایت فرد، ممنوعیت اسـتراق سـمع و بصـر، ممنوعیـت سـب، هجو و قـذف و نیز ممنوعیت خیانت در امانـت همه مصادیقی از حریم خصوصی هسـتند. در این میان اصـل برائت و اصل مالکیت نیز اهمیت این موضوع را در اسـلام بیشـتر آشکار می‌کند (۱۷).

برای مثال درباره‌ی ممنوعیت تجسس و تفتیش در قرآن کریم آمده اسـت: «یا اَیهَا الذیـنَ آمَنوا اجْتَنِبوا کَثِیـراً مـنَ الظن إن بَعْـضَ الظـن إثْمٌ وَ لاتَجَسسـوا وَ لایغْتَـبْ بَعْضکـمْ بَعْضَـاً أیحِـب أحَدکـمْ أنْ یـأکلَ

لَحْـمَ أَخِيهِ مَيتـاً فَكَرِهْتموه وَ اتقوا اللـهَ إن اللهَ تَواب رحِيمٌ»: «ای کسـانی که ایمان آورده‌اید! از بسیاری از گمان‌هـا دوری کنیـد؛ زیـرا بعضـی گمان‌ها گناه اسـت. (و در کار دیگـران) تجسـس نکنیـد و بعضی از شـما دیگـری را غیبـت نکند، آیا هیچ‌یک از شـما دوسـت دارد که گوشـت برادر مرده‌ی خود را بخورد! پـس آن را ناپسـند می‌دانید و از خداونـد پروا کنید، همانا خداوند توبه‌پذیر مهربان است.»[1]

همچنین خداوند درباره‌ی ممنوعیت ورود به منازل بدون اجـازه و رضایت فـرد نیز در قـرآن می‌فرماید: «یـا ایها الذین آمنوا لاتدخلـوا بیوتاً غیربیوتکم حتی تستأنسوا و تسـلموا علی اهلها ذلکم خیر لکم لعلکم تذکـرون. فان لم‌تجدوا فیها احـدا فلاتدخلوها حتی یؤذن لکم و ان قیل لکم ارجعوا فارجعوا هو ازکی لکم و اللـه بما تعملون علیم»: «شـما که ایمـان دارید به خانه‌ی هیچ‌کس غیر از خانه‌های خود داخل نشوید تا آنکه آشنایی دهید و بر اهلش سلام کنید این برای شما بهتر است امید است که پند گیرید. و اگرکسی را در خانه نیافتید داخل نشوید تا شما را اجازه دهند، و اگر گفتند برگردید برگردید که این برای شما پاکیزه‌تر است و خدا به اعمالی که می‌کنید داناست.»[2]

خداونـد در قـرآن کریـم در آیـه‌ی ۱۱۸ سـوره‌ی آل‌عمران می‌فرمایـد: «يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُـواْ لاتَتَّخِذُواْ بِطَانَةً مِّـن دُونِكُـمْ لاَ يَأْلُونَكُمْ خَبَالًا وَدُّواْ مَـا عَنِتُّمْ قَدْ بَدَتِ الْبَغْضَاء مِـنْ أَفْوَاهِهِمْ وَ مَا تُخْفِي صُدُورُهُمْ أَكْبَرُ قَدْبَيَّنَّـا لَكُمُ الآيَـاتِ إِن كُنتُمْ تَعْقِلُونَ»: «ای کسـانی که ایمـان آورده‌ایـد از غیر خودتان دوسـت و همراز مگیریـد آنان از هیـچ نابکاری در حق شـما کوتاهی نمی‌ورزند. آرزو دارند که در رنج بیفتید و دشـمنی از لحن و سخنشـان آشکار اسـت و آنچه سینه‌هایشان نهان می‌دارد بزرگ‌تر است. در حقیقت ما نشانه‌های دشـمنی آنـان را برای شـما بیـان کردیم اگـر تعقل کنیـد.» در ایـن آیه‌ی شـریفه به جـای «ولیجه»[3] از «بطانة»[4] اسـتفاده شده (هر دو به معنی محرم اسرار اسـت)؛ زیرا، چنین شـخصی به باطن آدمی مطلّع و از رازهـای درونی او باخبر اسـت و خداوند خطاب به مؤمنـان می‌فرمایـد: «غیرمؤمنان را محرم سّـر خود قرار ندهید» که اشـاره به لزوم حفظ اسرار و نکوهش افشای سّر دارد (۳۸).

در آیات سـوم و چهارم سـوره‌ی تحریم نیز خداوند، برخی همسران پیامبر(ص) را که در رازداری کوتاهی کرده‌اند سرزنش نموده است.[5] آیات فوق بر پایبندی بـه رازداری و فضیلـت حفـظ اسـرار دلالـت دارد. همچنین در آیات هشـت تـا یازده سـوره‌ی مؤمنون بـه فضیلـت رازداری اشـاره شـده و می‌فرمایـد: «وَ الَّذِيـنَ هُـمْ لأَمَانَاتِهِمْ وَ عَهْدِهِمْ رَاعُـونَ... اولئک هم الوارثـون الذین یرثون الفردوس هُـم فیها خالدون»: «و کسـانی کـه به امانت‌هـا و عهد خـود پایبندند... اینان میراث‌بران هسـتند که بهشت را که همواره در آن جاویدان هستند به میراث می‌برند». در آیه‌ی ۲۷ سـوره‌ی انفال نیز چنین آمده است: «ای کسانی که ایمان آورده‌اید به خدا و رسول و امانت‌هایتان خیانت نکنید؛ درحالی‌که می‌دانید این کار شـما نادرسـت است» (۳۹).

همچنیـن حضـرت یعقـوب خطـاب بـه فرزنـدش

۱. قرآن کریم، سوره‌ی حجرات، آیه‌ی ۱۲.
۲. قرآن کریم، سوره‌ی نور، آیات ۲۷و۲۸.
۳. شخصی که مورد اعتماد و اطمینان انسان است اگر از اهل بیت او نبود.
۴. پیراهن چسبیده به بدن
۵. إِذْ أَسَـرَّ النَّبِيُّ إِلَى بَعْضِ أَزْوَاجِهِ حَدِيثًا فَلَمَّا نَبَّأَتْ بِهِ وَأَظْهَرَهُ اللَّهُ عَلَيْهِ عَرَّفَ بَعْضَـهُ وَأَعْرَضَ عَن بَعْضٍ فَلَمَّا نَبَّأَهَا بِهِ قَالَتْ مَـنْ أَنبَأَكَ هَذَا قَالَ نَبَّأَنِيَ الْعَلِيمُ الْخَبِيرُ؛ إِن تَتُوبَا إِلَى اللهِ...

می‌فرماید: «قالَ یا بُنَیَّ لا تَقصُص رُؤْیاکَ عَلی إخوَتِکَ فَیَکیدُوا لَکَ کَیداً إنَّ الشَّیطانَ لِلانسانِ عَدُوٌّ مُبینٌ»[1]: «فرزندم! خواب خود را برای برادرانت بازگو مکن که برای تو نقشه‌ی خطرناک می‌کشند؛ چراکه شیطان دشمن آشکار انسان است». این آیه نیز درس حفظ اسرار را به ما می‌آموزد. علاوه‌براین، در آیه‌ی ۱۴۸ سوره‌ی نساء، خداوند انسان‌ها را از بازگوکردن بدی‌های دیگران منع نموده و می‌فرماید: «لایحبّ اللّه الجهر بالسوء من القول الا من ظلم و کان اللّه سمیعاً علیماً»؛ یعنی «خداوند دوست ندارد کسی با سخنان خود، بدی‌های دیگران را اظهار کند، مگر آن کس که به او ستم شده باشد و همانا خداوند شنونده‌ی داناست.»

این مهم در روایات دیگری نیز در کانون توجه قرار گرفته است که در ادامه به بعضی از آن‌ها اشاره می‌شود؛ امام رضا(ع) در حدیثی می‌فرمایند: «مؤمن، مؤمن نخواهد بود مگر اینکه سه خصلت داشته باشد: سنتی از پروردگار و سنتی از پیامبر(ص) و سنتی از امام؛ اما سنت پروردگار کتمان اسرار است، سنت پیامبر(ص) مدارا با مردم و سنت امام شکیبایی در برابر ناراحتی‌ها و مشکلات است»[2] (۳۲). در حدیث دیگر از امام صادق(ع) می خوانیم: «سرک مِنْ دمک فَلَا یجرین مِنْ غیر أوداجک»: «اسرار تو همچون خونت است که باید تنها در رگ‌های خودت جریان یابد» (۳۲). امام علی(ع) نیز فرموده‌اند: «جَمَعَ الدنیا وَ الاخرة فی کتمان السِّرِّ وَ مُصَادَقَةِ الاخیار، وَ جَمَعَ الشَّرُّ فی الاذاعة وَ مُوَاخَاةَ الاشرار»؛ یعنی «تمام خیر دنیا و آخرت در دو چیز نهفته شده: کتمان اسرار و دوستی با نیکان و تمام شر در این دو چیز نهفته شده: افشای اسرار و دوستی با اشرار» (۳۲). «لا تَخُن مَنِ ائتَمَنَکَ وَ إن خانَکَ وَلا تَذِع سِرَّهُ وَ إن أَذاعَ سِرَّکَ»: «به کسی که تو را امین قرار داده است خیانت مکن؛ هرچند او به تو خیانت کرده باشد و راز او را فاش مساز اگرچه او راز تو را فاش ساخته باشد» (۴۰).

و امام علی(ع) می‌فرماید: «لَیَکُن أَبعَدَ رَعیّتِکَ مِنکَ، وَ أَشنَاهُم عِندَکَ، أَطلَبُهُم لِمَعَائِبِ النّاس؛ فإنَّ فِی النّاسِ عُیوُباً، الوَالِی أَحَقُّ مَن سَتَرَهَا، فَلَا تَکشِفَنَّ عَمَّا غَابَ عَنکَ مِنها فَإنَّما عَلَیکَ تَطهیرُ مَا ظَهَرَ لَکَ، وَ اللّهُ یَحکُمُ عَلیَ مَا غَابَ عَنکَ، فَاستِرُ الَعورَةَ مَا استَطَعتَ یَستُرِ اللهُ مِنکَ مَا تُحِبُّ سَترَهُ مِن رَعیتِکَ، أَطلِق عَنِ الناسِ عُقدَةَ کُلِّ حِقدٍ، وَ اقطَع عَنکَ سَبَبَ کُلِّ وِترٍ، وَ تَغَابَ عَن کُلِّ مَا لَا یَضِحُ لَکَ، وَ لَا تَعجَلَنَّ تَصدِیقِ سَاعٍ، فَإنَّ السّاعِیَ عاشٌ، وَ إن تَشَّبهَ بِالنَّاصِحِینَ»: «از رعیت، آنان را که عیب‌جوترند از خود دور کن؛ زیرا مردم عیوبی دارند که رهبر امّت در پنهان‌داشتن آن از همه سزاوارتر است؛ پس مبادا آنچه بر تو پنهان است آشکار گردانی و آنچه که هویداست بپوشانی، که داوری در آنچه از تو پنهان است با خدای جهان است. پس چندان که می‌توانی زشتی‌ها را بپوشان تا آن را که دوست داری بر رعیّت پوشیده ماند، خدا بر تو بپوشاند. گره هر کینه‌ای را در مردم بگشای، و رشته‌ی هر نوع دشمنی را قطع کن، و از آنچه که در نظر روشن نیست کناره گیر، در تصدیق سخن‌چین شتاب مکن؛ زیرا سخن‌چین گرچه در لباس اندرزدهنده ظاهر می‌شود، اما خیانت‌کار است» (۴۱).

۱. قرآن کریم، سوره‌ی یوسف، آیه‌ی ۵.
۲. لایکون المؤمن مؤمناً حتی تکون فیه ثَلاثُ خِصَال سُنَّةٌ مِنْ رَبِّه وَ سُنَّةٌ مِنْ نبیه وَ سُنَّةٌ مِنْ ولیه (علیه السَّلامُ) فاما السُّنَّةُ مِنْ رَبِّهِ فکتمان السِّرِّ وَ أَمَّا السُّنَّةُ مِنْ نبیه فَمُدَارَاةُ النَّاسِ مَنْ ولیه فَالصَّبْرُ فی الباساء وَ الضَّرَّاءِ.

۱۱. جایگاه حریم خصوصی در فقه

از جمله ادله‌ی مستند در مباحث فقهی قرآن، سنت و اجماع و عقل است. با توجه به اینکه در رأس این ادله قرآن قرار دارد، در قسمت قبل آیاتی از قرآن که به نحوی به حریم خصوصی توجه کرده‌اند، بیان شدند؛ البته در فقه، تعریفی از حریم خصوصی وجود ندارد. بنابراین برای استنباط احکام در این‌گونه مواقع، یکی از راه‌ها نگاه به مصادیق آن است؛ برای مثال به نظر می‌رسد مناسب‌ترین قاعده‌ای که می‌توان در این باب به آن استناد کرد، قاعده‌ی معروف فقهی «لا ضرر و لا ضرار فی الاسلام» است که یکی از مشهورترین قواعد فقهی است که خود مستند بسیاری از مسایل فقهی است؛ بنابراین هر عملی که مستلزم زیان‌رساندن به دیگران باشد، اجراکردنی نخواهد بود، خواه این زیان جانی باشد یا مالی یا معنوی و روحی. با توجه به اینکه واژه‌ی ضرر به‌صورت عام به کار برده شده است می‌توان استدلال کرد که حریم خصوصی افراد نیز مشمول این قاعده خواهد بود. از طرفی براساس قاعده‌ی فقهی «تسلیط» و مطابق با جمله‌ی «الناس مسلطون علی انفسهم»، مردم مسلط به نفس خود هستند و مفهوم مخالف آن این است که مسلط بر نفس دیگران نیستند.

مستند فقهی بعدی «قیاس اولویت» است؛ قیاس اولویت بدین شرح است که اگر دلیلی که موجب اثبات حکم در یک موضوع خاص شده در موضوع دیگر آن دلیل اقوی باشد، حکم دلیل اول را باید به حکم دلیل دوم تسری داد. بنابر اینکه حرمت مال مؤمن کَحُرمَةِ دَمِهِ، تصرف‌کردن در اموال دیگران ممنوع و حکم به تحریم آن شده است، به طریق اولی این حکم به حریم افراد نیز تسری‌دادنی است. برای شفافیت بیشتر مطلب می‌توان گفت بر طبق قیاس اولویت وقتی به پدر و مادر نمی‌توان اف گفت (لاتقل ما لیس لهما اف) به طریق اولی کتک‌زدن آن‌ها نیز حرام است؛ بنابراین چون در مال افراد نمی‌توان تصرف کرد، به طریق اولی در جان و حریم آن‌ها نیز نمی‌توان تصرف کرد. علاوه بر مستندات شرعیه، دلیل عقل نیز بر حفظ حریم خصوصی صحه می‌گذارد (عقل نیز یکی از مقوله‌هایی‌ست که فقها در استناد احکام آن را می‌پذیرند)؛ البته عقل نیز حکم می‌کند که بهره‌مندی یک فرد یا گروه از این حق، نباید مستلزم زیان‌رساندن به دیگران باشد.

۱۲. دیدگاه قانونی

از دیدگاه حقوقی یکی از بنیادی‌ترین و اساسی‌ترین حقوق بشری که با شخصیت انسان ارتباط تنگاتنگ دارد، حریم خصوصی است. تنهابودن انسان، با خود بودن او، دوری از نگاه کنترل‌کننده‌ی دیگران و رهایی از تجسس و تفتیش سایرین حقی است که لازمه‌ی یک شخصیت مستقل است (۲۱). در ماده‌ی ۲۱ اعلامیه‌ی جهانی حقوق بشر مصوب ۱۹۴۸ اعلام شده است که «حریم خصوصی، خانواده، مکاتبات، آبرو، حیثیت افراد نباید مورد تعرض و مزاحمت واقع شود.» همچنین مصادیق ده‌گانه‌ی تعرض به حریم خصوصی نیز در قطعنامه‌ی کنگره‌ی بین‌المللی حقوق‌دانان در استکهلم (۱۹۶۷) بدین‌ترتیب بیان شده است:

الف. مداخله در زندگی خصوصی و داخلی افراد؛

ب. تعرض به تمامیت جسمانی و روانی و ایجاد محدودیت اخلاقی و معنوی؛

ج. تعرض به حیثیت و شرافت و شهرت افراد؛
د. تفسیر نابجا از گفته‌ها و اعمال اشخاص؛
ه. استفاده از اسم، هویت و عکس افراد برای مقاصد تجاری‌تبلیغاتی؛
و. افشای امور ناراحت‌کننده‌ی مربوط به زندگی خصوصی افراد؛
ز. اقدام به جاسوسی و تحت نظر گرفتن افراد؛
ح. توقیف یا بازرسی مکاتبات فرد؛
ط. سوءاستفاده از مکاتبات کتبی یا شفاهی؛
ی. افشای اطلاعات شغلی و حرفه‌ای (۴۰).

مطابق قانون، همه‌ی افراد بشر صرف‌نظر از تابعیت، سن یا اهلیت مدنی یا توانایی ذهنی از حق حریم خصوصی برخوردارند. تمام افراد حقیقی چه شهروندان و چه اتباع خارجی دارای این حق هستند. حق انسان بر حریم خصوصی یک حق اساسی مدنی است و از سن فرد اثر نمی‌پذیرد؛ انسان به صِرف انسان‌بودن و بلافاصله پس از تولد، مشروط به تولد زنده، دارای این حق می‌شود. طبق قانون ۹۵۷ قانون مدنی حتی مشروع و نامشروع‌بودن طفل نیز به‌عنوان شرط دارابودن این حق لحاظ نشده است و هیچ‌کس حق دخالت در شیوه‌ی انعقاد نطفه‌ی نوزاد و افشای اسرار او را ندارد.

گستره‌ی این حق به‌قدری گسترده است که اشخاص حقوقی را نیز به اعتبار اینکه در جامعه مانند افراد حقیقی فعالیت دارند، در بر می‌گیرد. با وجود اینکه در حقوق ایران چه در قانون اساسی و چه در قوانین عادی اشاره‌ی صریحی به مفهوم حریم خصوصی نشده، در بسیاری از مواد قانونی به مصادیق حریم خصوصی پرداخته شده است که البته بیشتر آن‌ها جزء موضوعات پزشکی بوده و بر بالین بیمار مصداق می‌یابند. از آن جمله می‌توان به تمامیت جسمانی افراد اشاره کرد. اسرار مربوط به تمامیت جسمی بیشتر جنبه‌ی پزشکی دارد. ممکن است فردی مبتلا به نوعی بیماری باشد که در فرهنگ حاکم آن جامعه این بیماری نوعی انگ اجتماعی محسوب می‌شود و فرد نمی‌خواهد کسی از بیماری او مطلع شود یا فرد به صرف حفظ اعتمادبه‌نفس و تظاهر به سلامت چنین خواسته‌ای دارد.

اصل ۲۲ قانون اساسی کشور ما نیز اشعار می‌دارد: «حیثیت، جان، مال، مسکن و شغل اشخاص از تعرض مصون است مگر در مواردی که قانون تجویز کند.» دو مقوله‌ی حیثیت و جان در این اصل به‌طور ضمنی حریم خصوصی جسمانی افراد را مد نظر قرار داده و به حمایت از آن پرداخته است. جنبه‌های مرتبط با سلامت جسمی و روحی و نیز مشخصات و خصوصیات محرمانه‌ی بدنی افراد را می‌توان در پرتو این اصل قرار داد.

از این قانون می‌توان چنین نتیجه گرفت که معاینه و لمس بدون اجازه‌ی بیمار به‌نوعی تعرض به تمامیت جسمانی فرد تلقی می‌شود و به موجب قانون ممنوع است. از دیگر سو، انسان دارای حیات دوگانه‌ی مادی و معنوی است. اگر حیات مادی او را در جسمش خلاصه کنیم حیات معنوی او نیز در مبانی فکری و عاطفی و در ابعاد فردی و اجتماعی‌اش گسترده است و گاه برای فرد بسیار مهم‌تر از تمامیت جسمی او جلوه می‌کند. قانون نیز این مهم را از نظر دور نداشته و در ماده‌ی ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی به آن پرداخته است: «اطبا، جراحان، ماماها، داروفروشان و کلیه‌ی کسانی که به مناسبت شغل یا

حرفه‌ی خود محرم اسـرار می‌شـوند هرگاه در غیر از موارد قانونی اسـرار مردم را افشـا کنند به مدت سـه مـاه و یک روز تا یک سـال حبس یا بـه یک میلیون و پانصد هزار تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم می‌شـوند.» البته همان‌گونه کـه در قوانین موصوف مشاهده می‌شود، مقنن استثنائاتی قانونی در حفظ حریم خصوصی و اسـرار را بیان داشـته اسـت که در واقـع مربـوط به همـان مشـروط‌بودن حفـظ حریم خصوصـی افـراد و ایجـاب مصلحت عمومی اسـت. قانـون مدنی ایـران نیز تصرف در حریـم را به منظور جلوگیری از ضرر به صاحب حریم، منع کرده و میزان حریـم را نیز به انـدازه‌ای معین کرده اسـت که برای دفع ضرر کافی باشد.

۱۳. مصادیق حفظ حریم خصوصی

حفظ حریم خصوصی بخشـی از سیاست، عملکرد و قانون سلامت هر کشور است (۲). در حال حاضر، به دلیل کثرت بیماران و کمبود امکانات کافی به‌ویژه نبود زمان و مکان مناسـب برای معاینه، حفظ حریم افراد به شـکل ایده‌آل و مطلوب، بسـیار دشوار و چه بسـا غیرممکن است. بااین‌حال، می‌توان با بالابردن حساسـیت اخلاقی و مددگرفتـن از خلاقیت خود با شیوه‌هایی سـاده و کم‌هزینه، بیشـتر به حریم افراد احترام گذاشـت. بـرای این منظور می‌تـوان فضایی برای بیماران تأمین کرد که بتوانند احساسات خود را بروز دهند. با استفاده از پاراوان یا وسایل مشابه حتی در اتاق‌های چندنفره و نیز پوشـاندن قسمت‌هایی از بـدن بیمار با ملحفه و لباس، هنگامی که به برهنگی نیازی نیست، می‌توان حریم بیمار را حفظ کرد.

اجازه‌گرفتـن بـرای واردشـدن بـه اتـاق بیمـار، احترام‌گذاشـتن بـه عقایـد مذهبـی و فرهنگـی او (باورهـای مذهبـی، ملـی، قومـی، فرهنگـی و اخلاقـی)، حفـظ و مراقبـت از حریم شـرعی بیمار، خطاب‌کـردن محترمانـه‌ی او، معرفی‌کـردن خـود و ارائه‌ی مشـخصات حرفه‌ای و نام و مشـخصات افراد تیـم مراقبتـی، گرفتن رضایت از بیمار بـرای معاینه، مشـاهده و درمـان و مراقبت، حفاظـت از اطلاعات بیمـار و دادن اطلاعـات لازم بـه او، گوش‌کـردن به نگرانی‌هـای او، ارائـه‌ی اطلاعـات کافـی دربـاه‌ی بیمـاری و پیش‌آگهـی بـه زبـان سـاده، احتـرام به اسـتقلال بیمـار در تصمیم‌گیری‌هـای درمانـی، اطمینـان‌دادن بـه بیمـار دربـاره‌ی محرمانه‌بـودن اطلاعاتش و موارد احتمال نقض رازداری، اجتناب از صحبت‌کردن‌های بی‌جا و نامطلوب بالای سر بیمار، اجتنـاب از لمس غیرضـروری بدن او، بازنگذاشـتن درِ اتـاق بیمـار و همراهـی معتمـد بیمـار در هنگام معاینه، نمونه‌هایی اسـت که شاید بیش از امکانات، بـه حساسـیت اخلاقی پزشـک و نـگاه محترمانه به بیمار به‌عنوان یک انسـان نیاز دارد. به این نمونه‌ها، می‌توان مثال‌هـای متعدد دیگری ماننـد برهم‌نزدن اسـتراحت و خواب بیمار، جابه‌جانکردن وسـایل او، ننشسـتن روی تخت بیمار، نپرسیدن سؤالات بسیار خصوصـی، نـگاه امیـن و پـاک در مراحـل معاینه و درمان و پوشـش مناسـب بیمار و پرسنل را نیز افزود. تا حد امکان می‌توان تلاش کرد، مصاحبه و معاینه‌ی بیمـار در مقابل دیگران انجام نشـود و برای بیمارانی که با کارکنان و پرستاران غیرهمجنس معذب هستند از همکاری پرسنل همگن بهره گرفت.

۱۴. جمع‌بندی

براساس آنچه گفته شد مکاتب و نظریات مختلف، گستره‌ی متفاوتی برای حریم خصوصی قائل هستند؛ بااین‌حال همه بر بدیهی‌بودن و الزام رعایت آن اتفاق‌نظر دارند. ضمن اینکه حریم خصوصی و لزوم رعایت و احترام به آن نه‌تنها مغایر با آموزه‌های دینی و مذهبی ما به‌عنوان قائلان به اسلام نیست، بلکه بر این اصل، تقید ما را به رعایت آن، بیش‌ازپیش می‌طلبد. در حیطه‌ی پزشکی که اعتماد به پزشک، بنیان و خشت اول بنای رابطه‌ی پزشک و بیمار است رعایت این اصل مستلزم حساسیتی دوچندان است.

توضیح نمونه‌ی اول

با توجه به اینکه این افراد به‌صورت غیراختیاری معروف شده‌اند، نباید از حریم خصوصی آنان چشم پوشید. در این‌گونه مواقع ممکن است افراد از لحاظ روحی و روانی برای مصاحبه آماده نباشند و مطالبی را بیان کنند که بعدها از ذکر آن‌ها پشیمان شوند؛ لذا اجازه‌ی ملاقات و مصاحبه حتماً باید با صلاحدید پزشک معالج و مسئولان بیمارستان و رضایت بیماران و اولیای آنان و ترجیحاً با فاصله‌ی زمانی مناسب داده شود.

توضیح نمونه‌ی دوم

درخواست بیمار با توجه به حفظ حریم خصوصی نوع جسمانی و معاشرتی جزء حقوق او بوده و باید به تقاضای او احترام گذاشت. در صورت وجود شرایطی که احتمال اجابت درخواست بیمار به علت کمبود پرسنل همجنس و عدم امکان جایگزین‌کردن پرسنل کشیک مونث خصوصاً در موارد اورژانس ممکن نباشد، موارد باید با ذکر دلایل به بیمار اعلام شود.

توضیح نمونه‌ی سوم

وظیفه‌ی حفظ محرمانگی و رازداری در این باره بسیار قوی جلوه کرده است. در این نمونه افشانکردن اطلاعات به‌طور مستقیم در تقابل با سلامت، ایمنی یا رفاه دیگران نیست و مشکلی برای دیگران ایجاد نمی‌کند. هیچ خطر قریب‌الوقوعی هم مطرح نیست. درعین‌حال نمی‌توان این موضوع را نادیده گرفت که همسر بیمار قطعاً از سلامت و پیش‌آگهی بیمار اثر می‌پذیرد؛ بنابراین، بهتر است پزشک تمام تلاش خود را برای بازشدن باب صحبت بین آن دو به کار گیرد. بدیهی است این مهم، خود جزء مسئولیت‌های یک پزشک متعهد است.

منابع

۱. محمودیان، محمدرفیع. (۱۳۹۰). «جهانی آرمانی: وضعیت آرمانی رابطه‌ی خود با دیگری»، در: فلسفه‌ی اخلاق، ارغنون، ش۱۶، تهران: سازمان چاپ و انتشارات، صص۹۸تا۲۹۱.

2. Post, Stephen Garrard. (2004). Encyclopedia of Bioethics. New York: Macmillan Reference USA, P. 2120-2130, 494-496, 2633-2716.

3. Beauchamp, Tom L. & James F Childress. (2009). Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press, P. 296-311.

4. DeCew, Judith. (2006). “Privacy”. Stanford Encyclopedia of Philosophy, Available at http://plato. stanford. edu/entries/privacy/ (accessed in 2012)

۵. قراملکی، احد فرامرز. (۱۳۸۸). روش‌شناسی مطالعات دینی. مشهد: انتشارات دانشگاه علوم اسلامی رضوی، ص۱۶۱.

6. Harper, Douglas. (2001). Online Etymology Dictionary. Available at http://www. etymonline. com/index. php?term=private&allowed_in_frame=0 (accessed in 2012).

7. Leino-Kilpi, Helena & et al. (2000). Patient's Autonomy, Privacy and Informed Consent. Amsterdam: Washington, D. C. : IOS Press, P. 79-109.

8. Stevenson, Angus. (2010). Oxford Dictionary of English, Oxford University Pres, P.1413.

9. Gove, Philip B. (1984). Merriam-Webster's Dictionary of Synonyms: A Dictionary of Discriminated Synonyms with Antonyms and Analogous and Contrasted Words. Merriam-Webster, P. 639-675.

10. Churchil. (1991). Churchill Livingstone's Medical Word Guide. Elsevier-Health Sciences Division.

11.O'Toole, Marie T. (2012). Mosby's Medical Dictionary. Elsevier Mosby, P. 1457.

۱۲. اسکندری، م. (۱۳۸۹). «ماهیت و اهمیت حریم خصوصی». حکومت اسلامی، س۱۵، ش۴، صص۷۶تا۱۴۷.

13. Harper, Douglas. (2007). Online Etymology Dictionary. Available at http://www. etymonline. com/index. php?term=harem&allowed_in_frame=0 (accessed in 2012).

14. Wikipedia. Harem. Available at http://en. wikipedia. org/wiki/Harem. (accessed in 2012).

۱۵. معین، محمد. (۱۳۸۱). فرهنگ معین. ج۱، تهران: آدنا: کتاب راه نو، ذیل حرف ح، ص۱۶۸.

16. Schafer, Arthur. (1980). "Privacy: A Philosophical Overview", In: Sharp JML, Gibson D: Aspects of Privacy Law: Essays in Honor of John M. Sharp. Toronto: Butterworth, P. 1-20.

۱۷. انصاری، باقر. (۱۳۸۶). حقوق حریم خصوصی. تهران: انتشارات سمت، صص۱۱تا۳۰۳.

۱۸. نمک‌دوست، حسن. (۱۳۸۵). «اخلاق حرفه‌ای، حریم خصوصی و حق دسترسی به اطلاعات». مجله‌ی رسانه، س۱۷، ش۲، صص۱۹۷تا۲۳۲.

19. Final Act of the International Conference on Human Rights. (1968). Tehran, 22 April to 13 May 1968. Available at http://legal. un. org/avl/pdf/ha/fatchr/Final_ Act_of_TehranConf. Pdf.(accessed in 2012).

20. Beauchamp, Tom L. (2000). "The Right to Privacy and the Right to Die". Social Philosophy and Policy, 17 (02), P. 276.

۲۱. انصاری، باقر. (۱۳۸۳). «حریم خصوصی و حمایت از آن در حقوق اسلام، تطبیقی و ایران». مجله‌ی دانشکده حقوق و علوم سیاسی، ش۶۶، صص۱تا۵۴.

۲۲. دفتر امور حقوقی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. منشور حقوق بیمار. دست‌یافتنی در http: // lowoffice. mohme. gov. ir (accessed in ۲۰۱۲).

23. Allen, Anita. (2009). "Privacy and Medicine". Stanford Encyclopedia of Philosophy, Available at http://plato. stanford. edu/entries/privacy-medicine/ (accessed in 2006).

24. Paola, Frederick & et al. (2010). "Medical Ethics and Humanities". Sudbury, Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers, p. 145-160.

25. Kipnis, Kenneth. (2007). "Medical Confidentiality", In: Rhodes, Rosamond & et al: The Blackwell Guide to Medical Ethics. Oxford, Basil Blackwell, P. 104–127.

26. Guyer, Paul & Immanuel Kant. (2004). Routledge Encyclopedia of philosophy. Taylor and Francis, Available at http://www. rep. routledge. com/article/ DB047.

۲۷. قراملکی، احد فرامرز. (۱۳۸۸). اخلاق سازمانی. تهران: انتشارات سرآمد، صص۶تا۲۰۴.

28. Strickland, Eliza. (2010). Mummy Rights: Do Ancient Dead People Deserve Medical Privacy?. Available at http://blogs. discovermagazine. com/ discoblog/2010/09/13/mummy-rights-do-ancient-dead-people-deserve-medical-privacy (accessed in 2011).

29. American Medical Association. (2005). AMA's Code of Medical Ethics. Opinion 5. 059 - Privacy in the Context of Health Care. Available at https://www. ama-assn. org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion5059. page? (accessed in 2006).

30. English, Veronica & et al. (2004). Medical Ethics Today: The BMA's Handbook of Ethics and Law. London: BMJ Publishing Group, P. 23-40.

۳۱. دهخدا، علی‌اکبر. (۱۳۴۱). لغت‌نامه‌ی دهخدا. ج۳۸، انتشارات مهر، ذیل حرف ع، ص۱۶۸.

۳۲. مجلسی، محمدباقر. (بی‌تا). بحارالانوار. بیروت: مؤسسه الوفا، ج۷۲، صص۲۵۶، ۲۵۳، ۲۵۴؛ ج۷۵، ص۶۸؛ ج۷۲، ص۶۸؛ ج۷۵، ص۲۲۹؛ ج۶۸، ص۳۱۰؛ ج۷۲، ص۷۱.

۳۳. تمیمی آمدی، عبدالواحدبن‌محمد. (۱۳۶۶). غررالحکم و دررالکلم. قم: ناشر دفتر تبلیغات اسلامی، ص۳۲۰.

۳۴. سیدرضی. (۱۴۱۴). نهج‌البلاغه. قم، حکمت۵، ص۴۷۰.

۳۵. طبرسی، علی‌بن‌حسن. (۱۳۸۵). مشکاة‌الانوار فی غررالاخبار. نجف: نشر حیدریه، ص۶۷.

۳۶. طباطبایی، سیدمحمدحسین. (بی‌تا). تفسیر المیزان. ترجمه‌ی سیدمحمدباقر موسوی همدانی. قم: دفتر انتشارات اسلامی، ج۸، ص۸۶.

۳۷. یوسفیان، نعمت‌الله. (۱۳۹۰). اخلاق پزشکی.

قم: سپاه پاسداران انقلاب اسلامی، نمایندگی ولی فقیه، پژوهشکده‌ی تحقیقات اسلامی؛ انتشارات زمزم هدایت، ص۲۸تا۳۲.
۳۸. طباطبایی، سیدمحمدحسین. (۱۳۷۰). تفسیر المیزان. ج۳، ترجمه‌ی عبدالکریم نیری بروجردی. مرکز نشر فرهنگی رجاء، ص۶۲۸.
۳۹. طباطبایی، سیدمحمدحسین. (۱۳۶۶). تفسیر المیزان. ج۱۸، ترجمه‌ی محمدباقر موسوی همدانی، مرکز نشر فرهنگی رجاء، ص۵۱۲.
۴۰. محدث نوری، میرزاحسین. (بی‌تا). مستدرک‌الوسایل و مستنبط‌المسایل. ج۹، بیروت: ناشرآل‌البیت، حدیث ۱۰۴۷۶، ص۱۳۶.
۴۱. سیدرضی. (۱۳۷۹). نهج‌البلاغه. ترجمه‌ی محمد دشتی. قم: انتشارات مشرقین، صص۵۶۸و۵۶۹.
۴۲. ناصرزاده، هوشنگ. (۱۳۷۲). اعلامیه‌های حقوق بشر. تهران: جهاد دانشگاهی، ص۴۱۰.

حقیقت‌گویی در ارتباط پزشک و بیمار

دکتر امیراحمد شجاعی، دکتر احد فرامرز قراملکی

معرفی نمونه

جوان ۲۵ساله‌ای از یك هفته قبل متوجه بروز برخی ضایعات تیره‌رنگ پوستی روی ساق پای راست خود می‌شـود. همراه مادرش به پزشـك عمومی مراجعه می‌کند و آزمایش‌هایی انجام می‌دهد. پزشـك عمومی پـس از دیـدن آزمایش‌ها، او را به یك فوق‌تخصص خون و سـرطان معرفی می‌کند؛ اما از ارائه‌ی توضیحات کافی به آن‌ها خودداری می‌کند و دلیل ارجاع را بررسی بیشتر عنوان می‌کند. آن فوق‌تخصص هم بیماران بسیاری با نوبت‌های طولانی دارد؛ ازاین‌رو، پس از چندی بیمار را ویزیت می‌کند و تشخیص سرطان بدخیم خون را مطرح می‌کند و از درمان بسـیار ضعیف و ناممکن آن خبر می‌دهد. پزشـك عوارض شیمی‌درمانی و احتمال عود را نیز صریحاً عنوان می‌کند. بیمار بسـتری می‌شـود و خانـواده‌ی بیمار از همان روز عزادار می‌شوند. بیمارشان اولین دوره‌ی شیمی‌درمانی را دریافت می‌کند و مرخص می‌شود. ده روز بعد عود می‌کند و پزشك از پیش‌آگهی بسیار بد بیمار خبر می‌دهد. آن‌ها نیز از دوره‌های بعدی شیمی‌درمانی سر باز می‌زنند و یك ماه بعد فرزندشان را از دست می‌دهند.

۱. مقدمه: حقیقت‌گویی چیست؟

۱- ۱. تعاریف

صدق در لغت، راست‌گفتن و راست‌کردن وعده است و در این موضوع (اخلاق) مراد راستی است؛ هم در گفتن و هم در نیت و عزم و هم در وفای به آنچه زبان وعده کرده باشد و هم در تمامی حال‌ها که پیش آید (۱).

گروهی صداقت را به معنای بیان و درمیان‌گذاشتن همه‌ی حقایق بدون هیچ کم‌وکاست و پنهان‌کاری می‌دانند؛ عده‌ای نیز آن را در معنای حفظ قول از دروغ و غیبت و بعضی دیگر در معنای موافقت سرّ با سخن به کار می‌گیرند؛ همچنین برخی صداقت را شفافیت در عین پوشاندن و منتشرنکردن همه‌ی جزئیات [هر راست نباید گفت] و عده‌ای وفاداری و راستی وعده در روابط به شمار می‌آورند.

۱- ۲. مفاهیم

صدق به دو معنا به کار رفته است: ۱. مطابقت خبر با اعتقاد مخبر؛ ۲. مطابقت خبر با واقع؛ یعنی صدق و کذب اخلاقی (مخبری) و صدق و کذب منطقی (خبری). لذا در منطق از صدق[1] صدر اخلاق از صداقت[2] سخن می‌گوییم. به عبارت دیگر در کاربرد منطقی کلمه هر سخن خلاف واقع کاذب است و هر گفتار مطابق با واقع صادق است. صدق اخلاقی وصف گوینده است؛ بدین‌معنا که گوینده، قضیه‌ای را بر زبان جاری می‌کند که خود به صدق آن و مطابقت آن با واقع و نفس‌الامر اعتقاد دارد. در علم اخلاق و به مفهوم اخلاقی کلمه نمی‌توان شخصی را که سخن مطابق با واقع گفته است راست‌گو و شخصی را که سخن غیر مطابق با واقع گفته است دروغ‌گو نامید؛ زیرا اگر کسی سخن خلاف واقع را به دلایلی مطابق با واقع بداند و براساس باور خود سخنی را به زبان بیاورد که گمان می‌کند مطابق با واقع است، دروغ‌گودانستن او در مفهوم اخلاقی جای تردید دارد.

با توجه به تمایز صدق و کذب منطقی و اخلاقی و تعریف آن‌ها می‌توان گفت صداقت و حقیقت‌گویی متفاوت‌اند؛ زیرا صادق ممکن است حرفی بزند که خود فکر می‌کند مطابق با واقع است، درحالی‌که حقیقت را نگفته است؛ زیرا حقیقت‌گویی یعنی مطابقت با واقع.... لذا برخی صداقت و حقیقت‌گویی را بر مبنای دروغ تعریف می‌کنند و در عوض بیان مؤلفه‌های حقیقت‌گویی، به بیان دروغ و مبانی آن می‌پردازند. از دروغ چهار تعریف گوناگون می‌توان ارائه کرد که عبارت‌اند از:

الف. خبر غیرمطابق با واقع؛

ب. خبر غیرمطابق با واقع همراه با علم و آگاهی به آن و نه سهوی؛

ج. خبر غیرمطابق با باور گوینده؛

د. خبر غیرمطابق با باور گوینده که موجب فریب شود (۲).

۲. مصادیق حقیقت‌گویی در ارتباط پزشک و بیمار

در پزشکی نیز حقیقت‌گویی به طرق مختلف تبیین شده است؛ برای مثال حقیقت‌گویی، دادن اطلاعات صحیح به بیمار است؛ همچنین حقیقت‌گویی عبارت است از دادن اطلاعات لازم به بیمار برای ایجاد توانایی اخذ تصمیم‌های آگاهانه.

1. Truth
2. Honesty

آگاه‌ساختن بیمار از وضعیتی که در آن قرار دارد نیز حقیقت‌گویی محسوب می‌شود.

در اینجا دو سؤال مطرح می‌شود: یك اینکه چگونه ممکن است حقیقت‌گویی در ارتباط پزشك و بیمار محقق نشود؟ در پاسخ به این سؤال چهار احتمال را دخیل می‌دانیم که عبارت‌اند از:

الف. به بیمار اطلاعات ندهیم و او را از دریافت اطلاعات محروم کنیم؛

ب. پاره‌ای از اطلاعات را به بیمار بدهیم و پاره‌ای را پنهان کنیم؛

ج. به بیمار اطلاعات دروغ و مغایر با واقعیت بدهیم؛

د. همه یا پاره‌ای از اطلاعات را به‌گونه‌ای به بیمار بدهیم که موجب کج‌فهمی او شود.

و سؤال دوم اینکه آیا همه‌ی احتمالات بالا، از نظر اخلاقی مشابه هم هستند؟ البته پاسخ منفی است؛ چون حالت سوم و ارائه‌ی اطلاعات دروغ و غیرواقع هیچ‌گونه توجیهی نمی‌تواند داشته باشد و کاملاً مذموم است و رابطه‌ی پزشك و بیمار را تخریب می‌کند. از سویی حالت چهارم نیز مصداق فریب است و هرچند که صراحتاً دروغی عنوان نشده، فریب بیمار را به دنبال داشته و چندان توجیه‌پذیر نیست (۳)؛ اما دو حالت اول و دوم که برخی پزشکان به این دو گونه عمل می‌کنند و عمل خود را نیز توجیه می‌نمایند، به بحث بیشتر نیاز دارد که به مرور آن می‌پردازیم.

۳. دلایل حقیقت‌گویی در رابطه‌ی پزشك و بیمار

حقیقت‌گویی و راست‌گویی از صفات پسندیده‌ی انسانی هستند که به‌دلیل آن‌ها نیازی نیست؛ اما پاره‌ای توضیحات به درك اهمیت آن‌ها کمك می‌کند. حقیقت‌گویی در وهله‌ی اول، احترام به کرامت و شأن انسانی بیمار است و در غیر این صورت، بی‌احترامی به او و همه‌ی انسان‌ها تلقی می‌شود. راست‌گویی و حقیقت‌گویی از صفات برجسته‌ی انسان‌هاست که در همه‌ی تعاملات مبتنی بر صلح و دوستی و شفقت نمودار می‌شود و خلاف آن را نمی‌توان انتظار داشت؛ مگر آنکه ارتباطات انسانی را مخدوش و اعتمادناپذیر کند.

حقیقت‌گویی احترام به استقلال و اتونومی بیمار است تا او بتواند با دریافت اطلاعات لازم، قابلیت تصمیم‌گیری آگاهانه پیدا کند. حقیقت‌گویی جزئی ضروری از رابطه‌ی پزشك و بیمار است و از ماهیت خاص رابطه‌ی آن‌ها نشأت می‌گیرد. حقیقت‌گویی اگر نقض شود، دیر یا زود آشکار شده و تبعاتی جبران‌ناپذیر به دنبال می‌آورد. حقیقت‌گویی موجب افزایش اعتماد بیماران به پزشك و جامعه‌ی پزشکی می‌شود. گفتن حقیقت به تحقق هدف درمان کمك کرده و موجبات تسریع و تسهیل‌شدن آن را فراهم می‌کند (۴).

۴. تقریر حقیقت یا تقلیل مرارت؟

یکی از مهم‌ترین مراتب مرتبط با حقیقت‌گویی در ارتباط پزشك و بیمار، گفتن خبر بد است که همواره موجب جدال و محل اختلاف بوده است. برخی معتقدند که همه‌ی حقایق از جمله خبر بد را باید به بیمار گفت و دلایل خود را نیز به این شرح عنوان می‌کنند:

- این حق بیمار است که حقیقت را بداند.

- بدون دانستن حقایق، بیمار ممکن است اقدامات درمانی را به‌طور مناسب پیگیری نکند.
- بدون دانستن حقایق، بیمار قادر نخواهد بود تصمیم‌های مناسب بگیرد.
- در صورت بیان‌نشدن حقایق، بیمار و جامعه اعتماد خود را به پزشك و تیم پزشکی از دست می‌دهند.

برخی دیگر که معتقدند حقیقت را نباید به‌صورت مستقیم به بیمار گفت، دلایل خود را چنین می‌دانند:

- تیم پزشکی مهارت لازم را در انتقال اطلاعات و خبر بد ندارند.
- آن‌ها دوست ندارند امید بیمار را از بین ببرند و او را افسرده کنند.
- هیچ‌کس دوست ندارد اولین کسی باشد که خبر بد را به بیمار می‌دهد.
- خود بیمار به شنیدن خبر بد تمایل ندارد.
- اعتقادات فرهنگی یا دینی مانع از بیان حقایق به بیمار می‌شود.
- خانواده‌ی بیمار ترجیح می‌دهند که بیمارشان از بیماری خود مطلع نشود.

بنابراین دیدگاه‌های متفاوتی درباره‌ی حقیقت‌گویی و انتقال خبر بد به بیمار، در فرهنگ‌ها وجوامع مختلف وجود دارد. به نظر می‌رسد که تفوق اصل اختیار فردی در غرب، الزام بیان حقیقت به بیمار را در جوامع غربی پذیرفتنی نموده است؛ اما در بسیاری از جوامع شرقی، به علت محوریت خانواده و اولویت اصل ضررنرساندن نسبت به اصل اختیار فردی، کتمان حقیقت بیماری امری رایج است. در این چالش مطرح‌شده، گفتن حقیقت چنانچه منجر به نگرانی و کاهش امید بیمار شود جایز نیست؛ اما حرکت جوامع به سوی تصمیم‌گیری آگاهانه مبتنی بر توانمندی‌های فردی است. آموزه‌های دین اسلام ضمن تأکید بر حق بیمار مبنی بر دانستن حقیقت و لزوم فراهم‌آوردن شرایط برای بهره‌گیری از روزهای پایان حیات، ملاحظات اخلاقی را در خصوص ایجادنکردن ترس و نگرانی بی‌جا در بیماران در کانون توجه جدی قرار می‌دهد؛ به‌خصوص وقتی بیمار در شرایط روحی‌روانی مناسبی نباشد.

کاهش امید در بیمار و ایجاد نگرانی و اضطراب، از عوامل اصلی خودداری از بیان حقیقت به بیمار هستند؛ در مقابل، دادن حق انتخاب و تصمیم‌گیری آگاهانه و تقویت اعتماد بین پزشك و بیمار، مهم‌ترین دلایل حمایت از حقیقت‌گویی هستند. مهم‌ترین مسائل دخیل در تصمیم پزشك مبنی بر بیان‌کردن یا کتمان‌کردن حقیقت عبارت‌اند از: شخصیت، فرهنگ، اعتقادات مذهبی و سنت‌های قومی.

ازآنجاکه تشخیص آنکه فرد آمادگی لازم را برای شنیدن حقیقت دارد یا نه مشکل است، برخی عقیده دارند مشورت با خانواده بهترین راه‌حل مشکل خواهد بود (۵).

در واقع هنوز نمی‌توان برای کادر پزشکی ایده‌ای یکسان و رویه‌ای ثابت را در خصوص گفتن یا نگفتن خبر بد مطرح کرد. عده‌ای معتقدند که اتونومی و کرامت انسانی حکم می‌کند که بیماران از همه‌ی آنچه مرتبط با خودشان است مطلع باشند و آنان را مستحق دانستن اطلاعات آن هم به‌طور کامل می‌دانند؛ اما برخی دیگر بر این حق مطلق تخصیص زده و برخی شرایط را استثنا می‌کنند. این عده علاوه بر آنکه از حق دانستن بیماران حمایت

می‌کنند، همزمان حق ندانستن را نیز برای آن‌ها محترم می‌شمارند؛ برخی نیز حقوق را از آن دسته می‌دانند که بیمار حق ندانستن آن‌ها را دارد و به عبارت دیگر بیمار نباید از آن‌ها آگاه شود (۶). حساسیت این موضوع در بیماری‌های ژنتیك و آن دسته از بیماری‌هایی که تشخیص داده می‌شوند، اما مشخص نیست که در این شخص معین چگونه بروزی خواهند داشت، بیشتر می‌شود (۷).

برخی بررسی‌ها نیز نشان داده است که دانستن همه‌ی اطلاعات، حق مطلق بیماران نیست و عوامل بسیاری در این زمینه دخیل هستند که ما آن‌ها را به دو دسته تقسیم می‌کنیم: عوامل اجتماعی و عوامل فردی.

عوامل اجتماعی از قبیل شرایط فرهنگی، مذهبی، عرفی و اجتماعی؛ عوامل فردی چون: تعلقات مذهبی، علایق عاطفی، ارتباطات خانوادگی، شرایط بیماری، شرایط روانی و... (۸).

۵. حقیقت‌گویی درآینه‌ی روایات

در آیات قرآن و کلام معصومان به کرات به حقیقت‌گویی اشاره شده است. خداوند متعال در قرآن کریم صدق را در سه ساحت آورده است:

الف. صدق در گفتار: صدق در هر آنچه که در مقام مخاطب به دیگران القا می‌کند؛ مثل نوشته‌ها و گفته‌ها که برحسب طرف گفت‌وگو متفاوت می‌شود. خواه طرف گفت‌وگو انسان دیگر باشد، خواه خداوند باشد و در مقام عبادت و تخاطب با خداوند قرار گرفته باشد و خواه خودش مخاطب خود باشد: «مَن صَدَق فی اقوالِه جَلّ قدرُهُ» (۹)، «من صَدَق مَقالُهُ زاد جَلالُهُ» (۹).

ب. صدق در کردار: تطابق زبان گفتاری با کرداری از نمونه‌های صدق در کردار است: «یا ایها الذین آمنوا لم‌تقولون ما لاتفعلون کبر مقتا عندا... إن تقولو ما لا تفعلون»: «ای کسانی که ایمان آورده‌اید، چرا سخنی می‌گویید که به آن عمل نمی‌کنید. نزد خدا بسیار خشم است که سخنی بگویید که عمل نکنید.»[1]

ج. صدق در پندار: تطابق نیت و فکر آدمی با اعمال و رفتار انسان از دیگر اقسام صداقت است: «قَدرُ الرَّجُل علی قَدرِ هِمَّتِهِ و عَمَلِهِ عَلَی قَدر نِیتِهِ»: «ارزش آدمی به اندازه‌ی همت اوست و عملش به مقدار نیتش.»[2] کَما لا یقُومُ الجَسَدُ اِلاّ بالنَّفسِ الحَیةِ کذلک لا یقومُ الدِّینُ إلا بالنِّیتَهِ الصَّادِقةِ و لا تَثبتُ النِّیة الصَّادِقةِ اِلا بالعقلِ (۱۰).

حضرت رسول(ص) می‌فرمایند: «چه خیانت بزرگی است که به برادرت چیزی بگویی که او تو را تصدیق کند و تو به او دروغ گفته باشی» (۱۱). شیخ کلینی نیز در الکافی از امام صادق(ع) روایت کرده است که «هرکس زبانش راست‌گوست، عملش پاکیزه و مقبول است»[3] (۱۲).

در الامالی و المجالس شیخ صدوق و کتاب جعفریات مروی نیز از رسول خدا(ص) نقل شده است که فرموده‌اند: «نزدیک‌ترین شما نزد من روز قیامت و آن‌که واجب‌تر است شفاعتش بر من از شماها، راست‌گوترین شماهاست در حدیث.»[4] (۱۳). همچنین حضرت صادق(ع) می‌فرمایند:

۱. قرآن کریم، سوره‌ی صف، آیات ۲و۳.
۲. غرر الحکم، ج ۴، ص ۵۰۰.
۳. عن ابوعبدالله علیه‌السلام قال: «من صدق لسانه زکی عمله»؛ همچنین نک: همان، ص۱۰۵، حدیث ۱۱
۴. حدیث کامل آن چنین است: «قال رسول الله صلی الله علیه و آله و سلم: ان اقربکم منی غدا و اوجبکم علی شفاعة اصدقکم لسانا و اداکم للامانة و احسنکم خلقا و اقربکم من الناس.»

«محبوب‌ترین مردم نزد خداوند تبارک و تعالی، به غایت راست‌گوست در سخنش، و نگاه‌دارنده‌ی نمازش و آنچه خداوند بر او واجب نموده با پس‌دادن امانت»[1] (۱۳) و نیز از آن جناب روایت شده که در ضمن خطبه‌ای طولانی فرموده‌اند: «ای مردم آگاه باشید، راست گوئید که خداوند با راست‌گویان است و کناره کنید از دروغ‌گویی که آن دور است از ایمان. آگاه باشید که راست‌گو در محل نجات و کرامت است و آگاه باشید که دروغ‌گو در کناره‌ی تباهی و هلاکت است» (۱۴).

از این دست احادیث، در باب اهمیت صداقت و مذمت کذب، بسیار است؛ اما برای پی‌بردن به وظیفه‌ی پزشک ناچاریم به برخی احادیث مرتبط دیگر نیز مراجعه کنیم. بعضی احادیث به رفق و مدارای پزشک با بیمار و اهمیت امید و دلگرمی می‌پردازندو برخی به معیار صدق و کذب، که در زیر مختصری به آن‌ها پرداخته خواهد شد.

از حضرت پیامبر(ص) روایت شده که به طبیبی فرمودند: «الله الطبیب، بل انت رجل رفیق، طبیبها الذی خلقها»: «خداوند طبیب است و تو رفیق و ملایمت‌کننده به مریض هستی» (۱۵). همچنین از امیرالمؤمنین علی(ع) روایت شده است: «قتل القنوط صاحبه»؛ یعنی «ناامیدی کشنده است.» و همچنین آمده است که «اعظم البلاء انقطاع الرجاء»: «بزرگ‌ترین بلا، قطع امید است» (۱۶). آری امید موجب تلاش و ناامیدی سبب آفت‌هاست.

در کتاب غررالحکم و دررالکلم از امیرالمومنین(ع) روایت شده است که «الصدق مطابقة المنطق للوضع الالهی و الکذب زوال المنطق عن الوضع الالهی»: «صدق همان مطابقت سخن با قرارداد الهی است و کذب ناهماهنگی سخن با قرارداد الهی است» (۱۷).

۶. جمع‌بندی

بنابر مطالب پیش‌گفته، آنچه با واقع یا قول یا فعل یا اعتقاد گوینده و فاعل مطابقت دارد، معیار راستی و درستی نیست؛ بلکه آنچه خداوند قرار دهد و بپسندد، معیار راستی و درستی است. حال اگر فعل یا قولی بر مبنای قرارداد الهی انجام شد و مطابق با واقع یا مبتنی بر باور گوینده بود چه بهتر؛ اما اگر هم نبود اشکالی ندارد و فعل یا قول شخص دروغ نخواهد بود. در تحلیلی منطقی درمی‌یابیم که برخی بیماران از شنیدن خبر بد گریزان‌اند؛ برخی بیماران با شنیدن خبر بد و آگاهی از حقیقت ناگوار ناامید و افسرده می‌شوند و زودتر از پا در می‌آیند و دست از مقاومت می‌کشند؛ اما این‌ها همه‌ی بیماران نیستند. از سویی پزشک موظف است همه‌ی تلاش خود را برای بهبود بیمار به کار گیرد و در این میان لازم است که از همه‌ی توان و مقاومت بیمار بهره برد. پس گویی پزشک برای هر بیمار یک دستورالعمل به‌خصوص دارد و تصمیم خود مبنی بر افشا یا کتمان حقیقت را، براساس تجربه و دانش خود، کمک همکاران، همکاری بیمار، خانواده یا همراهان بیمار خواهد گرفت. در مجموع به نظر می‌رسد اگر صداقت پزشک با مریض به‌صورت قاعده‌ی ثابت در نیاید و فرآیند تصمیم‌گیری در این باره به عهده‌ی پزشک گذاشته شود، فایده‌ی آن بیشتر خواهد بود؛ چون عکس‌العمل بیماران مختلف متفاوت

۱. حسین‌بن‌ابی علاء عن الصادق جعفربن‌محمد علیه‌السلام قال سمعته یقول: «احب العباد الی الله عزوجل رجل صدوق فی حدیثه، محافظ علی صلاته و ما افترض الله علیه مع اداء الامانة....»

اسـت و قاعده بر نمی‌دارد و پزشـك اگر عاقل باشـد می‌توانـد تصمیمی بهتر بگیرد. ایـن انعطاف‌پذیری در تصمیم‌گیری بسـیار بهتر از این اسـت که قانونی خشك و بی‌روح حاکم شود. ان‌شاءالله

در ایـن مـورد بالینـی، پزشـک متخصـص بـدون درنظرگرفتن شرایط خانواده و زمان و مکان مناسب، اقدام به حقیقت‌گوئـی می‌کند و با بیان خبر ناگوار، موجب ناامیدی و ناراحتی شدید خانواده را درهمان جلسـه اول فراهم می‌کند. در حالی که می‌توانسـت این حقیقت را با تأمل و درنگ بیشـتر و درنظر گرفتن شـرایط روحـی و روانـی خانـواده و طی گـذر زمان مطرح نماید.

منابع

۱. راغـب اصفهانـی، حسـین‌بن‌محمد. (۱۴۱۲). المفردات فی غریـب القـرآن. دمشـق: دارالعلـم دارالشـامیة، ص۶۲۶، مادّه‌ی «صدق»

۲. اسلامی، سیدحسـن. (۱۳۸۵). دروغ مصلحت‌آمیز. قم: مؤسسه‌ی بوستان کتاب، ص۱۱۳۸.

۳. سـیم، جولیـوس. (۱۳۸۶). تصمیم‌گیـری اخلاقـی در درمـان. ترجمه‌ی زهره حقیقی. تهـران: مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی. ص۱۳۷.

۴. اشـرفی، منصـور. (۱۳۸۴). اخلاق پزشـکی و سـوءرفتار حرفه‌ای. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران. ص۹۴.

۵. زاهـدی، فرزانه و باقر لاریجانی. (۱۳۸۹). «گفتن حقیقت بـه بیمار در فرهنگ‌هـای مختلف و بیان دیدگاه‌های اسـلام». مجلـه‌ی اخـلاق و تاریـخ پزشـکی؛ ویژه‌نامـه‌ی حقـوق بیمار. دوره‌ی ۳، شماره‌ی ۵و۱، ج۳، صص۱تا۱۱.

6. Beauchamp, Tom & James Childress. (2009). Principles of Biomedical Ethics. new york: oxford university press, P. 347.

7. wilson, Jane. (2005). “To Know or Not to Know? Genetic Ignorance, Autonomy and Paternalism”. Journal of Bioethics. 19 (5), P. 404-492.

۸. کاظمـی، عبدالحسـن و همـکاران. (۱۳۸۹). «بررسـی جوانـب حقیقت‌گویـی از دیـدگاه مجموعـه‌ی کادر پزشـکی دانشـگاه علوم پزشکی تبریز». مجله‌ی اخلاق و تاریخ پزشکی، س۳، ش۲، ص۵۴تا۶۳.

۹. تمیمی آمـدی، عبدالواحدبن‌محمد. (۱۳۷۳). غررالحکم و دررالکلم. با مقدمه و تعلیق میرجلال‌الدین حسـینی ارموی، تهران: دانشگاه تهران، ج۴، ص۲۹۶؛ ج۵، ص۲۷۸.

۱۰. علامـه مجلسـی. (۱۴۰۳). بحارالانـوار. ج۷۰، بیروت: مؤسسه الوفاء، ص۲۴۸.

۱۱. شـبر، سـیدعبدالله. (۱۳۸۹). اخلاق. ترجمه‌ی محمد جباران، قم: مؤسسه‌ی انتشارات هجرت، ص۲۳۳.

۱۲. کلینـی، محمدبن‌یعقـوب. (۱۳۷۵). اصول کافی. ج۲، تحقیق علی‌اکبر غفاری، تهران: دارالکتب الاسلامیه، ص۱۰۴، باب الصدق و اداء الامانة، حدیث۳.

۱۳. شـیخ صـدوق. (۱۲۸۵). الامالـی و المجالـس. قدم له شیخ حسین اعلمی، ص۴۱۱، مجلس۷۶، حدیث۵؛ ص۲۴۳، مجلس۴۹، حدیث۸.

۱۴. طبرسـی، علی‌بن‌حسـن. (۱۳۹۴). مشـکاة‌الانوار فی غررالاخبار. ترجمه‌ی مهدی هوشـمند، قم: مؤسسـه‌ی علمی فرهنگی دارالحدیث؛ سازمان چاپ و نشر، فصل ۱۹، ص۱۲۷.

۱۵. مجلسـی، محمدباقـر. (۱۳۶۴). بحـار الأنـوار. ج۱، ترجمه‌ی موسـوی همدانی، ترجمـه‌ی ج۶۷و۶۸، کتابخانه‌ی مسجد ولی عصر، ص۷۹.

۱۶. محمدی ری‌شـهری، محمـد. (۱۳۶۲). میزان‌الحکمة. ج۳، مکتب الاعلام، ص۱۷۳.

۱۷. تمیمی آمدی، عبدالواحدبن‌محمد. (۱۳۸۳). غررالحکم و دررالکلم. ج۱، قم: دارالحدیث، ص۳۹۵.

گفتن خبر بد به بیماران

دکتر مجتبی پارسا، دکتر کیارش آرامش

معرفی نمونه

خانم «الف» زن ۵۶ ساله‌ای است که به علت یرقان و آنمی در بیمارستان بستری شده است. بررسی‌ها نشان‌دهنده‌ی ابتلای او به کلانژیوکارسینومای[1] پیشرفته است. خانواده‌ی او اصرار دارند که نباید موضوع به خود بیمار گفته شود. آن‌ها معتقدند چنانچه بیمار از این موضوع اطلاع پیدا کند، امیدش را از دست می‌دهد و دچار مشکلات روحی‌روانی می‌شود؛ بنابراین، به کادر پزشکی می‌گویند اینکه بیمار نیاز دارد چه چیزی را بداند، به ما واگذار کنید. افزون‌براین، یکی از اعضای کادر پزشکی شنیده که یکی از بستگان بیمار به او می‌گفته است به زودی خوب خواهد شد و به منزل برمی‌گردد.

1. Cholangiocarcinoma

۱. مقدمه

همه‌ی پزشکان در طول عمر حرفه‌ای خود ناگزیر می‌شوند که اخبار نگران‌کننده‌ای را درباره‌ی وضع سلامتی بیماران خود بازگو کنند که ممکن است موجب نگرانی و ناراحتی بیماران شود. این‌گونه اخبار را اصطلاحاً اخبار بد[1] می‌نامند؛ مثلاً شنیدن خبر ابتلا به سرطان یا یك بیماری صعب‌العلاج یا لاعلاج برای بیماران، خبری سخت و ناخوشایند است و می‌تواند واکنش‌های روانی نامطلوبی در آن‌ها ایجاد کند (۱). خبر بد فقط در حوادث رخ‌داده و شرایط محقق‌شده‌ی نامطبوع خلاصه نمی‌شود. گاهی روی‌ندادن امری هم ممکن است ناخوشایند تلقی شود؛ به‌طور مثال برای زوجی که پس از گذشت سال‌ها از زندگی زناشویی و با وجود تمایل خانوادگی، صاحب فرزند نشده‌اند، اعلام سقط جنین مجدد یا شکست یك روند باروری مصنوعی، خبر بد تلقی می‌شود. در کنار این موضوع، تلقی و ارزیابی افراد مختلف از موقعیت سلامتی‌شان، متناسب با انتظارات و توقعات قبلی آنان و همچنین، استنباط آن‌ها از آن خبر خاص نیز ممکن است خبری خوب یا بد یا طبیعی قلمداد شود؛ برای مثال گفتن خبر ابتلا به بیماری دیابت به فردی که فاقد اطلاعات پزشکی کافی است و چندی قبل هم شاهد کوری یا قطع پای یکی از بستگان نزدیك خود به علت این بیماری بوده، ممکن است خبر بسیار ناخوشایندی باشد؛ درحالی‌که همین خبر برای فردی که دارای اطلاعات پزشکی کافی است ممکن است خبر چندان بدی نباشد (۲).

در تاریخچه‌ی طب یونانی، در خصوص اینکه پزشکان یونانی با وجود نگرش غالب پدرمآبانه‌ی[2] آن روزگار به بیماران اطلاعات نمی‌دادند یا اینکه اطلاعات غلط می‌دادند تا بیماران وادار به قبول درمان شوند، شواهد زیادی وجود ندارد؛ اما مسلم است که پزشکان یونان قدیم به جای آشکارکردن تشخیص، پیش‌آگهی بیماری را برای بیمار و خویشاوندان او آشکار می‌کرده‌اند. بخشی از دلیل کار آن‌ها این بود که آنان فاقد علم پاتوفیزیولوژی و ابزارهای تشخیصی بودند که بتوانند بیماری را تشخیص دهند و از طرف دیگر اعتقاد پزشکان یونان قدیم بر این بوده است که آشکارکردن آینده‌ی بیمار برای جلب همکاری و اعتماد او ضروری است (۳).

روزگاری نه‌چندان دور، اغلب پزشکان معتقد بودند درصورتی‌که بیمار درباره‌ی وضعیت خود کمتر بداند شانس بهبودی او بیشتر خواهد بود؛ لذا بسیاری از آن‌ها اطلاعات مربوط به مرگ‌های قریب‌الوقوع را از ترس اینکه آگاه‌شدن بیمار موجب ناامیدی و یأس او می‌شود، از بیمار پنهان می‌کردند. در بسیاری از مناطق دنیا هنوز همچنین رویه‌ای وجود دارد (۴)؛ به‌عنوان مثال، مروری بر متون دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ نشان می‌دهد که اکثر پزشکان تشخیص سرطان را به اطلاع بیماران نمی‌رسانده‌اند؛ به‌عنوان نمونه، در سال ۱۹۵۳، فیتس[3] و راودین[4] مطالعه‌ای بر ۴۴۲ پزشک در فیلادلفیا انجام دادند. در این مطالعه ۵۷ درصد از پاسخ‌دهندگان گفتند که معمولاً تشخیص سرطان را به بیماران نمی‌گویند و ۱۲ درصد هم گفتند که هرگز تشخیص سرطان را به بیماران نمی‌گویند. در مطالعه‌ی اوکن[5] نیز که در سال

1. Bad News

2. Paternalistic
3. Fitts
4. Ravdin
5. Oken

۱۹۶۱ انجام شد، ۸۸ درصد پزشکان مصاحبه‌شده گفتند که به‌طور کلی تشخیص سرطان را به بیماران نخواهند گفت؛ ولی در مطالعه‌ی نواک[1] در سال ۱۹۷۹ (تقریباً هجده سال بعد از مطالعه‌ی اوکن) ۹۸ درصد پزشکان مصاحبه‌شده بیان کرده بودند که تشخیص سرطان را به بیماران خواهند گفت (۵). سال ۱۹۵۱ در انگلیس، ۹۰ درصد از پزشکان حقیقت را برای بیماران سرطانی آشکار نمی‌کردند؛ درحالی‌که در سال ۱۹۷۷، همین درصد از پزشکان، حقیقت را برای بیماران آشکار می‌کردند (۶) که این نشان‌دهنده‌ی چرخش عمده در رفتار حرفه‌ای در زمینه‌ی حقیقت‌گویی در تشخیص سرطان است.

از موارد چالشی و بحث‌برانگیز همیشگی این بوده است که وقتی فردی دچار بیماری صعب‌العلاج یا لاعلاجی می‌شود آیا این موضوع باید به اطلاع خود او هم رسانده شود؟ نظرات پزشکان و بیماران و بستگان آن‌ها در این باب چیست؟ و اگر قرار است اطلاعاتی به بیماران داده شود میزان آن چقدر باید باشد؟ در ارائه‌ی این اطلاعات چه نکاتی را باید مدنظر داشت؟ یا جنبه‌های حقوقی و فقهی آن چیست؟

در این نوشتار سعی خواهد شد تا حدودی به این سؤالات پاسخ داده شود. لازم به ذکر است که بیشتر مطالعات انجام‌شده در زمینه‌ی خبر بد درباره‌ی انواع سرطان‌ها انجام شده است و این مقاله هم از این حیث مستثنی نیست.

۲. دیدگاه اخلاقی

۲- ۱.تأثیر فرهنگ در دادن خبر بد

فرهنگ جوامع در دادن اطلاعات به بیماران سرطانی بسیار اثرگذار است. در کشورهای اروپای شمالی و ایالات متحده، رویه‌ی معمول اکثر پزشکان این است که تشخیص بیماری را به خود بیمار می‌گویند؛ اما در کشورهای اروپای جنوبی و شرقی معمولاً چنین اطلاعاتی به بیمار داده نمی‌شود. البته در همان کشورهایی که امروزه رویه‌ی معمولشان، دادن چنین اطلاعاتی است تا چند دهه‌ی پیش، عکس این موضوع وجود داشته است و این نشان می‌دهد که این مسأله در طول زمان می‌تواند تغییر کند (۷). در ایران در مطالعه‌ای که دکتر کاظمیان و همکاران با عنوان بررسی نظر پزشکان درباره‌ی بیان حقایق مربوط به بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج انجام داده‌اند، ۳۵ درصد از پاسخ‌دهندگان معتقد بودند که بیماران حق دارند که راجع به بیماری خود بدانند و از آن اطلاع داشته باشند؛ در مقابل، ۶ درصد هیچ حقی در این زمینه برای بیماران قائل نبودند و ۵۹ درصد حق بیمار را منوط به موارد خاص و احراز شرایط خاص می‌دانستند. در این مطالعه سطح فرهنگی بیمار یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری پزشک ذکر شده است (۸). فرهنگ غالب در جامعه‌ی ایرانی به این صورت است که پزشکان ترجیح می‌دهند تا اطلاعات مربوط به بیماران را، به جای خود بیمار با خانواده‌ی آن‌ها در میان بگذارند (۹)؛ به‌عنوان مثال، در مطالعه‌ای که طاولی و همکاران در سال ۱۳۸۶ روی ۱۴۲ بیمار ایرانی در تهران انجام داده‌اند فقط ۴۸ درصد از بیماران دچار سرطان گوارشی، از تشخیص بیماری خود مطلع بودند (۱۰).

در مطالعه‌ی دیگری از شرکت‌کنندگان درباره‌ی

1. Novack

آشکارسازی سرطان توسط پزشکان پرسیده شده است. شرکت‌کنندگان در این مطالعه ژاپنی‌هایی بودند که در ژاپن و در ایالت هاوایی آمریکا زندگی می‌کردند. در این مطالعه تقریباً تمام کسانی که در آمریکا زندگی می‌کردند موافق آشکارکردن تشخیص سرطان توسط پزشکان بودند؛ درصورتی‌که تعداد کمی از افراد ساکن در ژاپن، از این‌کار حمایت می‌کردند. این نتیجه نشان‌دهنده‌ی تأثیر فرهنگ بر این موضوع است (۱۱).

۲- ۲. اختلاف‌نظر بین پزشکان و بیماران درباره‌ی دادن خبر بد

در تقابل با نظر بسیاری از پزشکان، مبنی بر نگفتن تشخیص سرطان، تعدادی از مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که بیماران، حتی در زمان بیماری با دیدگاه پزشکان موافق نیستند. در سه مطالعه‌ی جداگانه‌ای که روی بیماران سرطانی یا خانواده‌ی آن‌ها صورت گرفت و بین سال‌های ۱۹۵۰تا۱۹۵۷ به چاپ رسید، حداقل ۸۱ درصد بیماران می‌خواستند که تشخیص سرطان را بدانند که این موضوع بر خلاف رویه‌ی معمول پزشکان در آن زمان بوده است (۵). این اختلاف‌نظر بین پزشکان و بیماران فقط در ایالات متحده دیده نشده است؛ بلکه در مطالعه‌ی دیگری در سال ۱۹۶۴، از پزشکان ژاپنی مسیحی سؤال شد که هنگام ابتلای بیماران به سرطان چه خواهند گفت. فقط ۱۶ درصد از آن‌ها گفتند که تشخیص را به بیمار خواهند گفت؛ درحالی‌که ۷۶ درصد از آنان گفته‌اند که تشخیص را فقط به خانواده‌ی بیمار خواهند گفت و مستقیماً به بیمار نخواهند گفت.

در مقایسه، در مطالعه‌ی دیگری که در سال ۱۹۶۳ روی شهروندان ژاپنی انجام شد، ۹۰ درصد از آنان گفته بودند درصورتی‌که به سرطان مبتلا شوند، می‌خواهند از تشخیص بیماری‌شان مطلع شوند (۱۲). چندین مطالعه‌ی دیگر در ژاپن نشان داده است که اکثر مردم اگر سرطان داشته باشند می‌خواهند تشخیص سرطان به آن‌ها گفته شود (۱۳). امروزه، عموماً پذیرفته شده است که چنانچه بیماران مبتلا به سرطان باشند، باید تشخیص به خود آن‌ها گفته شود؛ ازاین‌رو، دستورالعمل‌های کنونی برای انکولوژیست‌ها در بیان اخبار بد، صرفاً درباره‌ی نحوه‌ی گفتن این نوع از اخبار است (۱۴). در دهه‌های اخیر تصمیم‌گیری در رابطه‌ی پزشک و بیمار، به‌طور مشترک انجام می‌شود و درباره‌ی اینکه چه چیزی به نفع بیمار است باید ارزش‌ها و انتخاب بیمار هم لحاظ شود و باید مقوله‌ی نفع بیمار را از نفع پزشکی متمایز کرد. بنابراین، پزشک نباید فرض را بر این بگذارد که زندگی طولانی بهترین گزینه برای همه‌ی بیماران است و ممکن است برای بیماری، زندگی کوتاه اما بدون درد و رنج بهترین گزینه باشد؛ لذا بیمار برای اتخاذ تصمیم نیاز دارد که از تشخیص، پیش‌آگهی و انتخاب‌های درمانی آگاه شود و بدون چنین اطلاعاتی نمی‌تواند در روند تصمیم‌گیری مشارکت داشته باشد؛ ازاین‌رو، امروزه سؤال این نیست که آیا بگویم یا نه، بلکه سؤال این است که چقدر بگویم (۱۵).

۲- ۳. میزان اطلاعاتی که باید به بیماران ارائه شود

مطالعات نشان داده‌اند که در میزان اطلاعاتی که بیماران می‌خواهند بدانند، اختلاف وجود دارد. میزان و محتوای اطلاعاتی که پزشک باید ارائه دهد، براساس شرایط هر بیمار متفاوت است.

عواملی مانند پیچیدگی درمان، خطراتی که همراه با درمان‌های طبی و جراحی وجود دارد و خواسته‌های شخصی بیمار در این موضوع تأثیرگذار هستند (۶). در مطالعه‌ی لاب[1] و همکاران درباره‌ی پیش‌آگهی سرطان پستان، نظر افراد مورد مطالعه در اینکه می‌خواهند چه نوع اطلاعاتی را بدانند و اینکه ترجیح می‌دهند به چه طریقی به آن‌ها ارائه شود، به‌طور تأمل‌برانگیزی با هم متفاوت بودند (۱۶).

البته معمولاً کادر پزشکی میزان اطلاعات مورد نیاز بیماران را کمتر از حد واقعی در نظر می‌گیرند؛ برای مثال، در مطالعه‌ای که روی بیماران، پزشکان و پرستاران بیمارستانی در نیویورک انجام شد، ۷۲ درصد از بیماران گفته بودند که می‌خواهند تمام جزئیات وضعیت آن‌ها برایشان گفته شود؛ درحالی‌که پزشکان گفته بودند فقط ۴۲ درصد از بیماران به دانستن تمام جزئیات وضعیتشان تمایل دارند؛ همچنین پرستاران هم گفته بودند که ۴۰ درصد از بیماران خواهان دانستن تمام جزئیات بیماری‌شان هستند (۱۷).

در مطالعه‌ی دیگری که رفتار بیماران را در کانادا و اسپانیا مقایسه کرده، نشان داده شده که اکثر بیماران کانادایی ترجیح می‌دهند اطلاعات کاملی به آن‌ها داده شود؛ درحالی‌که بیماران اسپانیایی ارزش کمتری برای برخورداری از اطلاعات کامل قائل بودند. در همین مطالعه اعضای خانواده‌های بیماران در کانادا، موافق دادن اطلاعات تفصیلی به بیماران بودند؛ درحالی‌که در اسپانیا ۸۹ درصد از اعضای خانواده‌های بیماران ذکر کرده بودند که آشکارسازی کامل برای بیمار اهمیت ندارد (۱۸).

همچنین یافته‌های مطالعه‌ای دیگر نشان می‌دهد بیمارانی که در کره متولد شده بودند، نسبت به بیمارانی که در آمریکا متولد شده‌اند، ترجیح می‌دادند اطلاعات کمتری به آن‌ها داده شود (۱۹).

در یک مطالعه‌ی ملی که در سال ۱۹۸۲، در ایالات متحده انجام شد ۸۵ درصد از آمریکایی‌ها گفته بودند چنانچه سرطانی داشته باشند که در مدتی کمتر از یک سال موجب مرگشان شود، می‌خواهند تخمینی واقع‌گرایانه از امید به زندگی[2] داشته باشند؛ ولی در همین سال، در یک نظرسنجی از پزشکان درباره‌ی نوع مواجهه‌شان با بیماری که مبتلا به سرطان پیشرفته‌ی ریه است، فقط ۱۳ درصد از پزشکان اعلام کرده بودند که صراحتاً پیش‌آگهی آماری[3] را به بیمار خواهند گفت. ۲۸ درصد از آنان نیز گفته بودند که به بیمار فقط خواهند گفت که پیش‌آگهی نامشخص است ولی در بیشتر نمونه‌ها بیماران بیشتر از یک سال زنده نمی‌مانند (۱۵)؛ لذا درباره‌ی اینکه چه میزان از اطلاعات باید به بیماران ارائه شود، همیشه به راهنمایی خود آنان نیاز است و باید همیشه بیمار را به دریافت اطلاعات به فراخور نیازهایش ترغیب کرد تا او قادر باشد در فرایند تصمیم‌گیری مشارکت کند (۱۶).

در اعلامیه‌ی حقوق بیمار[4] مربوط به انجمن بیمارستانی آمریکا[5]، در این زمینه آمده است: «بیمار حق دارد که اطلاعات کاملی درباره‌ی تشخیص، درمان و پیش‌آگهی را که به‌طور معقول برای او قابل فهم باشد از پزشک دریافت کند.» به‌طور مشخص

1. Lobb

2. Life Expectancy
3. Statistical Prognosis
4. Patient's Bill of Rights
5 AHA (American Hospital Assiciation)

حتی اگـر بیمـار اطلاعات مربـوط بـه بیماری‌های وخیـم و مرگ‌هـای قریب‌الوقـوع را نیـز درخواسـت نکـرده باشـد، بایـد اطلاعاتـی درباره‌ی آن‌هـا تهیه شـود. رویه‌های قانونی و دغدغه‌های اخلاقی نیز بر ایـن موضوع تأکید دارند؛ لذا پزشـکان و سـایر کادر پزشـکی نباید از عدم انتقال اطلاعات به بیمار با این توجیـه که بیمار نمی‌خواهد بداند یا اینکه نپرسـیده است دفاع کنند (۴).

۲- ۴. دلایل حقیقت‌گویی (حتی گفتن خبربد)

به دلایـل متعـدد، دادن اطلاعات بـه بیمار، حتی بازگویی خبر بد یکی از مهم‌ترین وظایف هر پزشـک است؛ برای مثال می‌توان به دلایل زیر اشاره کرد:

الف. حفظ و تقویت اعتمادی که بین پزشک و بیمار وجـود دارد، مهم‌تریـن موضوع در حرفه‌ی پزشـکی اسـت (۲۰)؛ بنابراین، آشکارسازی و دادن اطلاعات نه‌تنهـا به بیمـاران کمک می‌کند تا با مسـائلی که با آن‌ها دسـت به گریبان هسـتند، مواجهه‌ای صحیح داشته باشـد، بلکه به حفظ و ارتقای رابطه‌ی پزشک و بیمـار هـم یـاری می‌رسـاند (۲۱). در واقع نگفتن حقیقـت به بیمـاران می‌توانـد به معنـی فریب‌دادن آن‌هـا باشـد و ایـن فریـب‌کاری می‌توانـد زیربنـای رابطه‌ی پزشـک و بیمار و اعتمـاد عمومی به حرفه‌ی پزشکی را تخریب کند (۲۲).

ب. اینکـه مـا بتوانیـم پیشـگویی کنیـم کـه چـه اطلاعاتـی باعـث اضطـراب و آشـفتگی بیمـاران می‌شـود، بسیار مشکل است و در این خصوص فقط می‌توانیم حدس بزنیم؛ لذا اسـتناد بـه این احتمال کـه دادن اطلاعات می‌تواند باعـث عوارض روحی و روانی در بیمار شود، در بسیاری از موارد ممکن است درست نباشد (۲۲).

ج. نگفتن حقیقت ممکن اسـت باعـث زیان‌دیدن بیمـار شـود (۲۲)؛ مثـلاً ممکـن اسـت بی‌اطلاعی بیمار از حقایق، باعـث بی‌توجهی او به مراقبت‌های پزشـکی مورد نیازش شود. دیگر اینکه شاید بیماران با اطلاع‌یافتـن از این اطلاعات، بتوانند تصمیم‌های مهمـی در زندگی خود اتخاذ کنند کـه حالا به دلیل بی‌اطلاعـی، از گرفتـن چنیـن تصمیم‌هایی محروم خواهند بود (۲۱).

د. حقیقت‌گویـی موجب افزایش رضایـت بیماران می‌شـود. بیمارانی که اطلاعـات کافی به آن‌ها داده شده، نسبت به کسانی که این اطلاعات به حد کافی به آن‌ها داده نشـده است، از مراقبت‌های انجام‌شده راضی‌تـر هسـتند و احتمـال کمتری وجـود دارد که پزشک خود را تغییر دهند و به پزشک دیگری مراجعه کنند (۲۳).

به دلیل اهمیـت حقیقت‌گویی کدهای اخلاقی در بسیاری از مواقع، بر این امر تأکید کرده‌اند؛ به‌عنوان مثـال، کدهای اخلاقـی انجمن پزشـکی کانادا[1] به پزشکان توصیه کرده است که هرگونه اطلاعاتی را که بیماران برای اتخاذ تصمیم درخواسـت می‌کنند، به نحوی که برای آن‌ها درک‌کردنی باشد در اختیارشان قرار دهند (۲۴).

۳. استثنائات در گفتن خبر بد

۳- ۱. ایجاد آسیب روانی جدی در بیمار

بسـیاری از پزشـکان امکان ایجاد اختلالات روانی در بیمـاران را علـت مخالفـت خود بـا دادن خبر بد بیان می‌کنند. در مطالعه‌ای در پرتغال، ۷۱ درصد از پزشـکان بیان کرده بودند که آن‌ها همیشـه براساس

1. Canadian Medical Association (CMA)

تقاضای بیمار تشخیص سـرطان را آشکار می‌کنند؛ اکثر پزشـکانی که کمتر تشـخیص سـرطان را آشکار می‌کردنـد یا اصلاً آشـکار نمی‌کردند علـت کار خود را احتمال وقوع اختـلالات روانی در بیمار ذکر کرده بودند (۲۵). اما کندی و گراب[1] در مطالعه‌ای نشـان دادند با وجـود تمامی حـرف و حدیث‌های موجود، اینکه آگاه‌کـردن بیماران خطرناک‌تـر از آگاه‌نکردن آنان اسـت به نظر درسـت نمی‌رسـد؛ زیرا مستندات زیادی در این باره وجود ندارد که نشان دهد بیمارانی که دسـت به خودکشی زده‌اند یا دچار حملات قلبی شده‌اند یا دچار افسردگی‌های طولانی‌مدت شده‌اند، خبر بد به آن‌ها داده شـده است. به‌خصوص اگر این آگاه‌سـازی با ظرافت و با آداب آن انجام شود (۱۶). بر عکس، نشـان داده شـده اسـت وقتی به بیماران اطلاعات خواسته‌شده‌ی آن‌ها داده نمی‌شود از نظر روانی، بیشتر دچار مشکل می‌شوند (۲۶). همچنین در مطالعـه‌ی دیگـری روی بیمـاران ژاپنـی نشـان داده شـد کسانی که از تشخیص سـرطان خود آگاه نبوده‌اند، در مقایسـه با کسـانی که از سـرطان خود آگاه شده بودند اضطراب بیشتری داشتند (۲۷).

بنابرایـن، اولین وظیفه‌ی پزشـک آگاه‌کردن کامل بیمار درباره‌ی وضعیت سـلامتی اوسـت؛ مگر اینکه شـواهدی محکـم از امـکان آسـیب روانـی جدی به بیمار وجود داشـته باشد. یکی از این موارد، بیماری اسـت کـه در صورت شـنیدن اخبار ناگوار دسـت به خودکشـی خواهد زد (۲۸). در این خصوص انجمن پزشـکان عمومی[2] بریتانیا توصیـه می‌کند در مواقع خاص که پزشک تصمیم می‌گیرد اطلاعات لازم را به دلیل داشـتن عوارض مخرب بر سـلامتی بیمار به او منتقـل نکند، نظر او با ذکر دلایـل، باید در پرونده‌ی بیمـار ثبـت شـود و درهرحال پزشـک بایـد آمادگی توجیه تصمیم خود را داشته باشد (۱۶).

۳- ۲. امتناع خود بیمار از گرفتن اطلاعات

در این مـوارد بیمار باید به صراحـت امتناع خود را بیـان کند و پزشـک هـم باید مطمئن شـود که بیمار از صلاحیـت لازم برخـوردار اسـت و گفته‌های خود را می‌فهمـد. پزشـک باید در این مـوارد امتناع بیمار را مسـتند کنـد (۱و۲)؛ البتـه پزشـک بایـد اهمیت دانسـتن اطلاعات را بـرای بیمار تشـریح کند. بنابر توصیه‌ی انجمن پزشـکان عمومی و انجمن پزشـکی بریتانیـا[3]، چنانچـه بیمـار باز هـم امتناع کـرد، باید مجموعه‌ای از اطلاعات پایه[4] را به طریق مناسب به او ارائه کرد؛ زیرا بیماران بدون اطلاعات پایه نمی‌توانند مسـئولیت یـک انتخاب درسـت را به پزشـک محول کنند. میزان اطلاعات پایه بسـتگی به شرایط فردی، شـدت بیماری و خطرات همراه با درمان دارد. دیده شده وقتی بیماری به‌طور واضح و آشکار و داوطلبانه می‌گویـد آمادگی دریافت اطلاعات را ندارد، چنانچه از او حمایت شـود با وجـود اضطرابی کـه دارد قادر است انتخاب‌های مشـکل را انجام دهد. باید به این بیماران گفته شـود که ممکن اسـت دربـاره‌ی میزان اطلاعـات دریافتـی تغییر عقیده بدهنـد. همچنین ممکن اسـت بیمار در مرحلـه‌ای اطلاعات تفصیلی را نخواهـد، ولـی در مرحله‌ی دیگـری آن را بخواهد (۱۶). سـن و میـزان افسـردگی از عواملی هسـتند که در میـزان اطلاعات دریافتی بیمـاران محدودیت

1. Kennedy and Grubb
2. GMC (General Medical Council)
3. British Medical Council (BMC)
4. Basic

ایجاد می‌کنند. بیماران مسن‌تر اطلاعات کمتری طلب می‌کنند و کمتر در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت می‌کنند (۲۹).

۳- ۳. عدم کفایت (اهلیت)[1] بیمار

برای مثال ممکن است بیماری اصلاً به لحاظ ذهنی کفایت گرفتن اطلاعات را نداشته باشد؛ ازاین‌رو پزشک نتواند اطلاعات لازم را در اختیار او بگذارد.

۳- ۴. اورژانس‌ها

چنانچه بیمار وضعیت اورژانسی دارد و زمان به دلیل ارائه‌ی اطلاعات از دست می‌رود، ندادن اطلاعات توجیه‌پذیر است؛ البته بعد از اینکه بیمار وضعیت پایدار پیدا کرد باید اطلاعات لازم به او ارائه شود (۲۲).

۴. چگونگی بیان کردن اخبار بد و مهارت‌های لازم برای این کار

اگر دادن خبر به طریق نامناسبی انجام شود، بیماران و خانواده‌های آن‌ها هرگز پزشکان را نخواهند بخشید و اگر این کار به طریق درست انجام شود هرگز آنان را فراموش نخواهند کرد (۳۰)؛ لذا نحوه‌ی بیان خبر بد یکی از دغدغه‌های مهم پزشکان است. بنابر نتایج یک مطالعه‌ی انجام‌گرفته روی پزشکان، همه‌ی آن‌ها از اینکه باید خبرهای بد را به بیمار برسانند ناراضی بودند و علت عمده‌ی نارضایتی آن‌ها این بود که نمی‌دانستند چگونه باید این اخبار را منتقل کنند تا پیامدهای منفی این خبررسانی در بیماران به حداقل برسد (۳۱). برقراری ارتباط خوب بین پزشک و بیمار موجب بالارفتن دقت تشخیص بیماری، اتخاذ تصمیم‌های درمانی بهتر، کاهش کنکاش‌های غیرضروری، کاهش درمان‌های نامناسب، رضایت پزشک، کاهش اضطراب بیماران و نیز اطمینان و رضایت آن‌ها خواهد شد (۳۲).

در مطالعه‌ای که روی ۱۱۵ فلوی انکولوژی صورت گرفت، مهارت‌های ارتباطی آن‌ها در دادن خبر بد، قبل و بعد از یک کارگاه آموزشی روی بیمار استاندارد سنجیده شد. نتایج حاصل، موفقیت آموزش مهارت‌های ارتباطی را در این زمینه نشان داد (۳۳)؛ اما به نظر می‌رسد در برنامه‌های آموزش پزشکی، به اندازه‌ی کافی به نحوه‌ی بیان اخبار بد به بیماران توجه نشده است و با وجود آنکه تقریباً همه‌ی پزشکان در طول عمر حرفه‌ای خود ناگزیر از انجام‌دادن چنین کاری هستند، دانش لازم آن را ندارند. براساس نتایج یك مطالعه‌ی نظرسنجی روی دانشجویان پزشکی کانادا، ۸۲ درصد از افراد مورد مطالعه، برقراری دوره‌ی آموزشی را برای اطلاع‌رسانی اخبار بد لازم و مفید دانستند (۳۴). در مطالعه‌ی دیگری ۴۲ درصد از پزشکان پاسخ‌دهنده بیان کردند که هیچ‌گونه آموزش رسمی برای ارائه‌ی اخبار بد ندیده‌اند. در این مطالعه ۵۳ درصد از پزشکان توانایی خود در ارائه‌ی اخبار ناگوار را خوب و خیلی خوب ارزیابی کردند؛ درحالی‌که ۴۷ درصد از آنان توانایی خود را متوسط تا ضعیف ارزیابی کردند (۳۵). از جنبه‌ی دیگر، فقدان آموزش کافی پزشکان و پرستاران در انتقال اطلاعات به بیماران سرطانی می‌تواند منجر به بروز عوارض سایکولوژیک در بیماران شود. وقتی که نگرانی‌های بیمار رفع نشده یا بیمار احساس می‌کند اطلاعات کافی درباره‌ی بیماری به او داده نشده است، احتمال ابتلای او به

1. Incompetence

اضطراب و افسردگی بیشتر است (۲۶، ۳۶).

به‌طور کلی، آموزش مهارت‌های ارتباطی و به‌خصوص تکنیک‌های دادن خبر بد در برنامه‌های آموزش پزشکی مطالب جدیدی هستند (۳۷). درباره‌ی چگونگی گفتن خبر بد، دو روش فرضی گفتن تشخیص بیماری را در یک بیمار قرارگرفته در مراحل پایان عمر در نظر بگیرید:

- روش اول: شما یک نوع سرطان مغز به نام «گلیوبلاستوما»[1] دارید که درمان آن مشکل است؛
- روش دوم: شما یک نوع سرطان مغز به نام «گلیوبلاستوما» دارید که درمان آن مشکل است و شانس زنده‌ماندن در یک سال ۵۰ درصد و شانس مردن در دو سال ۷۵ درصد است. این جمله‌ی متأخر به بیمار اطلاعاتی می‌دهد که بتواند برای زندگی خود برنامه‌ریزی کند؛ اما بسیاری از پزشکان آن را کاری سخت و اضطراب‌آور می‌دانند و معمولاً به سؤالات بیمارهای این‌چنینی، جواب‌های مبهم یا جواب‌های دروغ و خوش‌بینانه می‌دهند (۳۸). در سرطان‌شناسی بالینی، دستورالعمل‌ها و توصیه‌های متعددی برای دادن خبر بد پیشنهاد شده است؛ مثل حضور سایر افراد کادر پزشکی در موقع دادن خبر بد، آگاه‌کردن صادقانه و بدون مقدمه‌چینی بیمار از تشخیص و پیش‌آگهی، نشستن نزدیک بیمار برای تسهیل‌شدن تماس فیزیکی و به‌کاربردن زبان ساده بدون استفاده از کلمات تخصصی؛ اما بیشتر این دستورالعمل‌ها بر مبنای نظرات پزشکان و تجربیات آنان است؛ برای مثال اکامورا[2] و همکاران در ژاپن دستورالعمل‌هایی را برای حقیقت‌گویی به بیماران سرطانی براساس نظرات متخصصان مطرح کردند. این دستورالعمل‌ها عمدتاً با رویکرد به اعضای خانواده و دستورالعمل‌های غربی مطرح شده‌اند.

مطالعات قبلی نشان داده بخشی از موضوعاتی که در این دستورالعمل‌ها ذکر شده، مانند حضور یک خویشاوند نزدیک یا یکی از افراد کادر پزشکی در هنگام مشاوره از سوی بیماران پذیرفته نمی‌شود (۳۹و۴۰)؛ بنابراین، محققان توصیه می‌کنند که دستورالعمل‌ها باید بر مبنای نظر بیماران[3] شکل بگیرد و نه براساس نظرات پزشکان؛ همچنین باید بر چیزهایی که ترجیح بیمار است تأکید شود. لازم به ذکر است که مهارت‌های ارتباطی تا حدودی وابسته به فرهنگ است و توجه به ویژگی‌های فرهنگی در طریقه‌ی گفتن حقایق در بیماران سرطانی مؤثر است؛ مثلاً در ژاپن به تصمیمات خانواده بیشتر از افراد احترام گذاشته می‌شود، در نتیجه، ممکن است بسیاری از مطالعات انجام‌شده در کشورهای غربی در ژاپن کارایی لازم را نداشته باشد (۳۹).

در دهه‌ی گذشته، مؤلفان متعددی توصیه‌ها و دستورالعمل‌هایی برای دادن اخبار بد منتشر کرده‌اند ولی نمی‌توان گفت که بهترین دستورالعمل چیست؛ چون اکثر آن‌ها براساس نظرات افراد است؛ ولی به‌عنوان نمونه می‌توان به دستورالعمل زیر اشاره کرد که دارای سه مرحله است:

الف. مرحله‌ی اول: مهیاسازی

1. Glioblastoma

2. Okamura

3. Patient-Based

- یک پزشک باتجربه (باتجربه‌ترین) باید هدایت گفت‌وگو را به عهده بگیرد؛
- پیشنهاد می‌شود یکی از اعضای خانواده‌ی بیمار حضور داشته باشد؛
- پزشک نباید اجازه دهد زمان منقطع شود؛
- اگر مشکل ارتباط زبانی وجود دارد، از یک مترجم پزشکی آموزش‌دیده کمک بگیرند؛
- یک مکان آرام و خلوت را برای گفت‌وگو انتخاب کنند؛
- اطلاعات پزشکی کلیدی را از لیست مرور کنند.

ب. مرحله‌ی دوم: گفت‌وگو

- پزشک نزدیک بیمار بنشیند؛
- بررسی کند که بیمار و خانواده‌ی او به چه میزان اطلاعات نیاز دارند؛
- آهسته، سنجیده و شفاف صحبت کند؛
- اطلاعات را با زبان ساده و صادقانه ارائه دهد؛
- درباره‌ی محورهای گفت‌وگو، آگاهی‌های منصفانه بدهد؛
- اطلاعات را در مقادیر کم ارائه بدهد؛
- درک بیمار را بسنجد؛
- با نوع نگاه و حرکات بدنی صمیمیت، همدردی، حمایت و اطمینان‌بخشی را به بیمار نشان دهد؛
- بیمار را تشویق کند تا احساسات خود را بیان کند؛
- هیجان‌های بیمار را با تصدیق آن‌ها تأیید کنند؛
- با ابراز همدردی به احساسات بیمار پاسخ دهند؛
- درباره‌ی انتخاب‌های درمانی با بیمار بحث کنند.

ج. مرحله‌ی سوم: جمع‌بندی

- پزشک باید از تصور اینکه هیچ کاری نمی‌تواند انجام دهد پرهیز کند؛
- به بیمار امیدواری بدهد؛
- به بیمار پیشنهاد کند که در گفتن خبر به دیگران به او کمک می‌کند؛
- درباره‌ی خدمات حمایتی اطلاعاتی را ارائه کند؛
- اطلاعات مهم را خلاصه کند؛
- زمانی را برای گفت‌وگوی مجدد در نظر بگیرد؛
- اطلاعات ارائه‌شده را مستند کند (۴۱).

۵. دیدگاه اسلامی

از منظر اسلام، هر فرد این حق را دارد که حقایق شخصی و مربوط به خود را بداند و مطابق بر ارزش‌های الهی، درباره‌ی آینده‌ی خود آزادانه و بدون اجبار و با آگاهی کامل تصمیم‌گیری کند. از سوی دیگر، اسلام تأکید ویژه‌ای بر آمادگی قبل از مرگ دارد؛ زیرا روزهای واپسین حیات برای مؤمنان می‌تواند فرصت مناسبی برای جبران مافات، رد امانات، رفع کدورت‌ها و حلالیت‌طلبی باشد. از دیدگاه قرآن، سختی و بلایای دنیوی، امتحان الهی است که پاداش اخروی در پی خواهد داشت[۱] و درک مقام رضا و تسلیم در مقابل خواست الهی، فرد را به مقامات والای معنوی خواهد رساند. از دیدگاه اسلام، مرگ پایان حیات انسانی نیست، بلکه شروع حیات واقعی و جاوید است؛ لذا تمهید مقدمات و بهره‌گیری بهینه از حیات دنیوی برای تأمین حیات معنوی و اخروی انسان بسیار کمک‌کننده است. به همین دلیل، بیمار می‌تواند روزها و هفته‌های پایانی حیات خود را بسیار غنیمت شمارد (۹).

همان‌طور که ذکر شد چنانچه بیماران از اطلاعات بیماری خود آگاه باشند، شاید تصمیم‌های مهمی در زندگی خود اتخاذ کنند که حالا به دلیل بی‌اطلاعی،

۱. نک: قرآن کریم، سوره‌ی بقره، آیات ۱۵۵تا۱۵۷.

چنیـن تصمیم‌هایی را اتخـاذ نخواهند کرد. نمونه‌ی بارز ایـن موضوع، وصیت‌کردن اسـت کـه در تعالیم اسـلامی نیـز بـدان توصیـه‌ی فراوان شـده اسـت. خداوند در آیه‌ی ۱۸۰ سـوره‌ی بقـره می‌فرماید: «بر شـما نوشته شده هنگامی که یکی از شما را مرگ فرا رسـد اگر چیز خوبی (مالی) از خود به جای گذارده، بـرای پـدر و مادر و نزدیـکان به‌طور شایسـته وصیت کند.» این حقی اسـت بر پرهیزگاران. در آیه‌ی ۱۰۶ سـوره‌ی مائده نیز می‌فرماید: «ای کسانی که ایمان آورده‌اید هنگامی که یکی از شما را (نشانه‌های) مرگ در رسید باید از میان خود دو عادل را در موقع وصیت به شـهادت میان خود فرا خوانید...» در متون روایی در حدیثـی از پیامبر اکرم(ص) نقل شـده اسـت که «وصیت‌نکـردن، ننگ دنیا و آتـش آخرت را می‌آورد» (۴۲)؛ لـذا چنانچـه بیمـاری بدانـد کـه در مراحـل نهایـی حیات به سـر می‌برد، ممکن اسـت وصایایی داشـته باشـد و مثلاً بخواهد عمل خیری انجام دهد یـا اینکه حق‌النـاس بر گـردن او باشـد و بخواهد به صاحبـش برگرداند یا اینکه فرایضی از او فوت شـده باشد و بخواهد بعد از مرگش کسی آن را انجام دهد یا حتی توبـه کند که همه‌ی این‌ها به دلیل بی‌اطلاعی بیمـار از مـرگ قریب‌الوقوع ممکن اسـت رخ ندهد. از امـام صادق(ع) یا از امـام باقر(ع) در حدیثی آمده اسـت: «همانا خداونـد عزوجل به حضـرت آدم(ع) فرمـود: "این مزیت را برای تو قـرار دادم که هر کس از فرزندانت مرتکب گناهی شود سپس استغفار کند او را می‌بخشـایم." حضـرت آدم(ع) عرض کرد: "ای پروردگار مـن، مرا بیش از ایـن ده." خداوند فرمود: "بـرای فرزندانـت توبه را قـرار دادم یا بـرای آنان باب توبه را گشـودم و گسـتراندم تا آن هنـگام که جان به گلویشـان رسـد." حضرت عرض کرد: "ای پروردگار من، مرا بس اسـت». در حدیث دیگـری امام محمد باقر(ع) از رسـول خدا(ص) نقل کرده‌اند که ایشـان فرمودند: «کسـی که یک سـال پیش از مردنش توبه کند خداوند توبه‌اش را می‌پذیرد؛ سپس فرموده‌اند: همانـا یـک سـال زیاد اسـت، کسـی که یك مـاه به مرگـش مانـده توبه کند خـدا توبـه‌اش را می‌پذیرد؛ سـپس فرمودنـد: یك ماه هم زیاد اسـت، کسـی که یـک روز پیش از مرگش توبه کنـد خداوند توبه‌اش را می‌پذیـرد؛ سـپس فرمودند: یك روز هم زیاد اسـت، کسـی که سـاعتی پیش از مـرگ توبه کنـد توبه‌اش پذیرفته می‌شـود؛ در نهایت فرمودند: یك ساعت هم زیاد اسـت، کسـی که توبه کند درحالی‌که جانش به اینجا رسـیده باشـد، و با دسـت مبارکش به گلویش اشاره فرمود، خداوند توبه‌اش را می‌پذیرد» (۴۳).

از امـام صـادق(ع) درباره‌ی گفتار خـدای عزوجل پرسـیده شـد کـه «خداونـد می‌فرمایـد: "بـرای آن کسانی که گناهان را مرتکب می‌شوند تا هنگامی که مرگ یکی از آنان فرا می‌رسـد می‌گویـد: اکنون توبه کـردم، توبـه‌ای در کار نیسـت (توبه‌ی آنـان پذیرفته نیسـت)."[1] حضرت فرمود: "این پذیرفته‌نشدن توبه مربوط به آن هنگامی اسـت که شـخص امر آخرت را به چشم خود می‌بیند"» (۴۳).

البتـه باید توجـه کرد که همه‌ی افـراد دارای ایمان مسـتحکمی نیسـتند تا پذیرش مرگ برایشان آسان باشـد؛ ازاین‌رو، رعایت وضعیـت روحی‌روانی بیمار و میزان آمادگی او برای شنیدن خبر بد اهمیت فراوانی دارد. این موضوع بر سیاسـت‌های جاری کشورهای اسـلامی کـه دارای زمینه‌هـای فرهنگـی متفاوتـی

۱. قرآن کریم، سوره‌ی نسا، آیه‌ی ۱۸.

هستند، تأثیرگذار بوده است؛ به شکلی که نحوه‌ی برخورد و تصمیم‌گیری درباره‌ی گفتن حقیقت به بیمار بیشتر تابع شرایط فرهنگی است تا دستورات دینی (۹).

۶. دیدگاه قانونی

گفتن حقیقت می‌تواند باعث کاهش اقدامات قانونی علیه پزشکان از جانب بیماران شود (۴۴). بیماران ممکن است در بسیاری از مواقع از اینکه اطلاعات کافی به آن‌ها داده نشده است، به‌خصوص وقتی که خسارتی نیز متوجه آن‌ها شده باشد، پزشکان را تحت پیگرد قانونی قرار دهند؛ مثلاً در موردی در ایالات متحده بیمار ۴۳ساله‌ای که مبتلا به کانسر پانکراس شده بود، به دلیل اینکه پزشک به او نگفته بود که ۹۵ درصد از کسانی که به این نوع سرطان مبتلا می‌شوند در طی پنج سال می‌میرند و از بیمار برای درمان تجربی رضایت گرفته بود از سوی دادگاه محکوم شد و دادگاه حکم کرد که پزشک باید اطلاعات آماری امید به زندگی و اینکه بیمار در مراحل انتهایی حیات به سر می‌برده را به بیمار منتقل می‌کرده است (۲۲)؛ بنابراین، در بسیاری از کشورها رویه‌های قانونی بر لزوم دادن اطلاعات به بیماران استوار است؛ مثلاً در ایالات متحده قانون به‌طور مشخص پزشکان را به ارائه‌ی اطلاعات به بیماران، به هر میزانی که آن‌ها درباره‌ی سیر یا درمان بیماری درخواست کنند ملزم کرده است (۳۵).

در کشور ما در ماده‌ی ۷ آیین‌نامه‌ی انتظامی پزشکی مصوب ۱۳۴۸/۲/۲۴ کمیسیون‌های مشترک دادگستری و بهداری نوشته شده بود: «...ایجاد رعب و هراس در بیمار از راه نشان‌دادن وخامت بیماری به منظور استفاده‌ی مادی ممنوع است و پزشک فقط می‌تواند در صورت وجود عواقب وخیم یا خطر مرگ با احتیاط لازم و درنظرگرفتن وضع روانی و عصبی بیمار تا حدودی که ضروری بداند به او گوشزد کند ولی به‌طور کلی پزشک باید نزدیکان بیمار را در جریان پیش‌بینی خطرات و وخامت بیماری بگذارد» (۴۵).

همان‌طور که از ادبیات این ماده مشخص است در آن زمان، دادن اطلاعات به خانواده‌ی بیمار ضروری بوده است و در این خصوص خانواده اولویت داشته‌اند و دادن اطلاعات به خود بیمار تا حدودی آن هم با صلاحدید پزشک مطرح بوده است؛ اما در ماده‌ی ۸ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌ای پزشکی و وابسته مصوب ۷۸/۴/۳۰ هیئت وزیران آمده است: «ایجاد رعب و هراس در بیمار با تشریح غیرواقعی وخامت بیماری یا وخیم جلوه‌دادن بیماری ممنوع است و پزشک می‌تواند به نحو مقتضی بیمار و بستگان را در جریان خطرات، وخامت و عواقب احتمالی بیماری قرار بدهد» (۴۶).

آن چیزی که از محتوای این ماده به ذهن متبادر می‌شود این است که حداقل بستگان بیمار در برخورداری از اطلاعات، تقدمی به بیمار ندارند هرچند پزشک در دادن اطلاعات به بیمار مختار است و در صورت صلاحدید می‌تواند این‌کار را انجام دهد. درهرحال، به نظر می‌رسد در ایران هم نیاز باشد تحقیقاتی گسترده به منظور آگاهی از خواست بیماران در هنگام ابتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج یا لاعلاج و نیز تبعات احتمالی دادن این اطلاعات

صورت پذیرد و قوانین و مقرراتی جامع‌تر در این زمینه وضع شود تا پزشکان بتوانند در این مواقع تصمیمات مناسب را اتخاذ کنند.

۷. جمع‌بندی

براساس مطالب پیش‌گفته، این تفکر که باید اخبار بد را به اطلاع بیماران رساند، حتی در کشورهایی که رویه‌ی معمول چنین است سابقه‌ی طولانی ندارد؛ اما امروزه، نظر غالب در بسیاری از کشورها این است که باید اخبار بد را به اطلاع بیماران رساند. همچنین در انتقال اخبار بد، بین بیماران و پزشکان اختلافاتی وجود دارد. بسیاری از پزشکان تمایلی به انجام‌دادن این کار ندارند که این موضوع، در اکثر مواقع بر خلاف تمایل بیماران است.

اختلافات فرهنگی در دیدگاه پزشکان در انتقال اخبار بد مؤثر است؛ مثلاً در کشورهای شمالی اروپا و ایالات متحده اکثر پزشکان به‌عنوان یک رویه‌ی معمول تشخیص را به بیمار می‌گویند، اما در کشورهای جنوبی و شرقی اروپا یا بسیاری از کشورهای آسیایی، چنین اطلاعاتی اغلب به بیماران داده نمی‌شود. به دلایل فرهنگی، در دیدگاه مردم نیز در اینکه پزشکان باید اخبار بد را برای بیماران آشکار کنند یا خیر تفاوت‌هایی وجود دارد. اکثر مردم در کشورهای غربی موافق این کار هستند؛ ولی در کشورهای دیگر همیشه دیدگاه مردم این نیست.

فرهنگ غالب در جامعه‌ی ایرانی، حمایت جدی از یک بیمار لاعلاج و شدیداً ناخوش را توصیه می‌کند؛ ازاین‌رو، پزشکان ترجیح می‌دهند تا اطلاعات مربوط به بیماران را با خانواده‌ی آن‌ها در میان بگذارند. از منظر اسلام، هر فرد این حق را دارد که حقایق شخصی مربوط به خود را بداند و مطابق بر ارزش‌های الهی، درباره‌ی آینده‌ی خود آزادانه و بدون اجبار و با آگاهی کامل تصمیم‌گیری کند.

حقیقت‌گویی و دادن خبر ابتلای بیمار به بیماری‌های وخیم می‌تواند فوایدی گوناگونی دارد که از آن میان می‌توان به حفظ و تقویت اعتماد بین پزشک و بیمار، جلوگیری از ضرررسیدن به بیمار، افزایش رضایت بیماران و کاهش اقدامات قانونی علیه پزشکان اشاره کرد. افزون‌براین، میزان و محتوای اطلاعاتی که پزشک باید به بیمار ارائه دهد، براساس شرایط هر بیمار متفاوت است و در این باره همیشه به راهنمایی بیمار نیاز است. از جمله مهم‌ترین موارد استثنا در دادن خبر بد به بیماران، ایجاد آسیب روانی جدی در بیمار مانند خودکشی و نیز امتناع خود بیمار از دریافت اطلاعات است. البته دادن خبر بد به بیمار، مهارت‌های ارتباطی خاصی نیاز دارد که کادر پزشکی باید آن‌ها را آموزش ببینند.

دستورالعمل‌هایی که درباره‌ی نحوه‌ی بیان اخبار بد به بیماران وجود دارد، بیشتر بر مبنای نظرات پزشکان و تجربیات آنان است؛ ولی محققان توصیه می‌کنند که این دستورالعمل‌ها باید بر مبنای نظرات بیماران شکل بگیرد. با توجه به اینکه ایران اختلافات فرهنگی عمده‌ای با بسیاری از کشورها، به‌خصوص کشورهای

غربـی دارد بایـد مطالعاتی مسـتقل در زمینه‌ی کسـب نظـر بیمـاران و خانـواده‌ی آن‌هـا و نیـز پزشکان انجام شود. مجموعه‌ای از این مطالعات می‌تواند دربـاره‌ی نحوه‌ی بیان اخبـار ناگوار به بیماران، اطلاعات مناسبی را در اختیار پزشکان قرار دهد.

توضیح نمونه

در این باره باید با خانم «الف» صحبت کرد که نظرش درباره‌ی اطلاع از نتیجه‌ی ارزیابی‌ها چیست؟ آیا می خواهد از تمامی جزئیات بیماری‌اش اطلاع پیدا کند یا اینکه ترجیح می‌دهد پزشکان ابتدا با خانواده‌اش صحبت کنند. درهرحال باید به خواسـته‌های بجای بیمار احترام گذاشت. وقتی این خواسته‌ها با دیدگاه بستگان یکی نیست، باید با خانواده‌ی بیمار درباره‌ی ضرورت اطلاع بیمار از این اطلاعات صحبت کرده و کمک کنند که حتی‌المقدور نظر خانواده با خواست بیمار منطبق شود.

منابع

1. Molleman, Eric & et al. (1984). “The Significance of the Doctor–Patient Relationship in Coping with Cancer”. Soc Sci Med, 18, P. 475-480.

۲. کاظمی، عبدالحسـین. (۱۳۸۶). «محیط پزشکی، بیمار و خبر بد». مجله‌ی گام‌های توسـعه در آموزش پزشکی، دوره‌ی چهارم، ش۲، صص۱۳۳تا۱۳۹.

3. Miles, Steven H. (2004). The Hippocratic Oath and the Ethics of Medicine. Oxford University Press, P. 126-135.

4. Ashely, Benedict M. & et al. (1997). Health Care Ethics: A Theological Analysis. Washington DC: Georgetown University Press, P. 405-407.

5. Angelos, Peter. (2008). Ethical Issues in Cancer Patient Care. New York: Springer Science, P. 15-17.

6. British Medical Association Ethics Department. (2004). Medical Ethics Today: The BMA’s Handbook of Ethics and Law. UK: BMJ Publishing Group, P. 78-82, 368-380.

7. Goncalves, Ferraz & et al. (2005). “Breaking Bad News: Experiences and Preferences of Advanced Cancer Patients at a Portuguese Oncology Centre”. Palliative Medicine, 19, P. 526-531.

۸. کاظمیـان، علی و علیرضا پارسـاپور. (۱۳۸۵). «بررسـی نظـر پزشـکان درباره‌ی بیـان حقایـق مربوط به بیمـاران مبتلا بـه بیماری‌هـای صعب‌العـلاج». فصلنامـه‌ی اخـلاق در علوم و فنـاوری؛ ویژه‌نامـه‌ی اخلاق پزشـکی، پیوسـت شـماره‌ی۱، صص۶۱تا۶۷.

۹. زاهـدی، فرزانه و باقر لاریجانی. (۱۳۸۹). «گفتن حقیقت به بیماران در فرهنگ‌های مختلف و بیان دیدگاه‌های اسـلام». مجلـه‌ی اخـلاق و تاریـخ پزشـکی؛ ویژه‌نامـه‌ی حقـوق بیمار، دوره‌ی سوم، صص۱تا۱۱.

۱۰. آزاده طاولـی و همـکاران. (۱۳۸۶). «نقـش اطـلاع از تشـخیص سـرطان در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سـرطان دستگاه گوارش». فصلنامه‌ی پایش، ش۳، صص۲۵۷تا۲۶۴.

11. Gotay, CC. & et al. (2004). “Cancer-Related Attitudes: A Comparative Study in Japan and the US”. Psycho- Oncology, 13, P. 665-672.

12. Akabayashi, Akira & et al. (1999). “Family Consent, Communication, and Advance Directives for Cancer Disclosure: A Japanese Case and Discussion”. J Med Ethics, 25, P. 296-301.

13. Seo, Mitsuru & et al. (2000). “Telling the Diagnosis to Cancer Patients in Japan: Attitude and Perception of Patients, Physicians and Nurses”. Palliat Med, 14, P. 105-110.

14. Audrey, Suzanne & et al. (2008). “What Oncologist Tell Patients about Survival Benefits of Palliative Chemotherapy and Implications for Informed Consent: Qualitative Study”. BMJ, 337, P. a725.

15. President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1982). Making Health Care Decisions: A Report on the Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship.

Available at http://bioethics. georgetown. edu/pcbe/past_commissions/making_health_care_decisions. pdf. (accessed in 2011).

16. Lobb, Elizabeth A. & et al. (1999). “Communicating Prognosis in Early Breast Cancer: Do Women Understand the Language Used?”. Med J Aust, 171, P. 290 -294.

17. Sullivan, Robert J. & et al. (2001). “Truth-Telling and Patient Diagnoses”. J Med Ethics, 27, P. 192-197.

18. Fainsinger, Robin L. & et al.(2003). “The Cultural Differences in Perceived Value of Disclosure and Cognition: Spain and Canada”. J Palliat Med, 19, P. 43-48.

19. Blackhall, Leslie J. & et al. (1995). “Ethnicity and Attitudes toward Patients Autonomy”. JAMA, 274, P. 820-825.

20. Cassel, Christine K. (1996). “The Patient-Physician Covenant: An Affirmation of Asklepios”. Ann Intern Med, 124, P. 604-606.

21. Herbert, Philip C. & et al. (1997). “Bioethics for Clinicians: Truth Telling”. Can Med Assoc J, 156 (2), P. 225-228.

22. Hebert, PC. (1994). “Truth-Telling in Clinical Practice”. Can Fam Physician, 40, P. 2105-2113.

23. Kaplan, Sherrie H. & et al.(1996). “Charasteristics of Physicians with Participatory Decision-Making Styles”. Ann Intern Med, 124, P. 497-504.

24. Canadian Medical Association. (1996). Code of Ethics. Can Med Assoc J, 155, 1176A-B.

25. Goncalves, J Ferraz & S Castro. (2001). “Diagnosis Disclosure in a Portuguese Oncological Centre”. Palliat Med, 15, P. 35-41.

26. Parle, Michel & et al. (1996). “Maladaptive Coping and Affective Disorder in Cancer Patients”. Psychol Med, 26, P. 735-744.

27. Horikawa, Naoshi & et al. (1999). “The Disclosure of Information to Cancer Patients and its Relationship to their Mental State in a Consultation-Liaison Psychiatry Setting in Japan”. Gen Hosp Psychiat, 21, P. 368-373.

28. Fischer, Conrad & Caterina Oneto. (2006). USMLE Medical Ethics: The 100 Cases you are most Likely to See on the Exam. New York: Kaplan, P. 131.

29. Cassileth, Barrie R. & et al. (1980). “Information and Participation Preferences among Cancer Patients”. Ann Intern Med, 92, P. 832-836.

30. Kirby, RS. (1998). “Breaking Bad News”. Prostate Cancer Prostatic Dis, 1, P. 177-178.

31. Ptacek, John & et al. (1999). “Breaking Bad News to Patients: Physicians Perception of the Process”. Support Care Cancer, 7 (3), P. 113-120.

32. Fallowfield, Lesley J. & et al. (1986). “Effects of Breast Conservation on Psychological Morbidity Associated with Diagnosis and Treatment of Early Breast Cancer”. Br Med J (Clin Res Ed), 293, P. 1331-1334.

33. Back, Anthony L. & et al. (2007). “Efficacy of Communication Skills Training for Giving Bad News and Discussing Transition to Palliative Care”. Arch Intern Med, 167 (5), P. 453-460.

34. Garg, Amit & et al. (1997). “Teaching Medical Student How to Break Bad News”. CMAJ, 156 (8), P. 1159-1164.

35. Bail, Walter F. & et al. (2002). “Oncologists’ Attitudes toward and Practices in Giving Bad News: An Exploratory Study”. J Clin Onco, 20, P. 2189-2196.

36. Fallowfield, LJ. & et al. (1990). “Psychological Outcomes of Different Treatment Policies in Women with Early Breast Cancer Outside a Clinical Trial”. BMJ, 301, P. 575-580.

37. Buckman, Robert. (1994). How to Break Bad News a Guide for Health Care Professionals. London: Papermac.

38. Christakis, Nicholas A. & Theodor J. Iwashyna. (1998). “Attitude and Self-Reported Practice Regarding Prognostication in a National Sample of Internists”. Arch Intern Med, 58, P. 2389-2395.

39. Fujimuri, Maiko & et al. (2005). “Good Communication with Patients Receiving Bad News about Cancer in Japan”. Psycho-Oncology, 14, P. 1043-1051.

40. Girgis, Afaf & Robert W. Sanson-Fisher. (1995). “Breaking Bad News: Consensus Guidelines for Medical Practitioners”. J Clin Oncol, 13, 2449-2456.

41. Kirshblum, Steven & Joyce Fichtenbaum. (2008). “Breaking the News in Spinal Cord Injury”. J Spinal Cord Med, 13 (1): P. 7-12.

۴۲. احمدیان، ابراهیم. (۱۳۸۵). راه‌گشای انسانیت؛ نهج‌الفصاحه. قم: گلستان ادب، ص۵۹۹.

۴۳. افراسیابی، علی. (۱۳۸۰). جهادالنفس وسائل‌الشیعه. قم: نهاوند، ص۳۴۱تا۳۴۵.

44. Ritchie, Jean H. & Sally C. Davies. (1995). “Professional Negligence: A Duty of Candid Disclosure?”. BMJ, 310: 888-9.

۴۵. کریمی، عباس. (بی‌تا). بهارستان؛ نرم‌افزار جامع تنقیح قوانین و مقررات ایران. بنیاد حقوقی دکتر عباس کریمی با شماره ثبت۱۶۹۳۶.

۴۶. هیئت وزیران. (۱۳۷۸). آئین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته. مصوب سال۱۳۷۸، دست‌یافتنی در

http://tarh. majlis. ir/

?ShowRule&Rid=509B6090-D73E-4E3E-B48F-BEBFD939D9ED (accessed in 2011).

درمان اجباری در روان‌پزشکی

علی صابر، سیدمحمود طباطبائی

معرفی نمونه

شما به‌عنوان پزشک عمومی در اورژانس (اسکرین) بیمارستان سرگرم ویزیت بیماران هستید. خانم بیست‌ساله‌ای به علت مصرف تعدادی قرص متنوع به قصد خودکشی (نیم‌ساعت پیش از مراجعه)، به همراه والدین پریشان و مضطربش، به شما ارجاع می‌شود. بیمار هوشیار و حال عمومی او خوب است و در معاینه به جز خُلق ا فسرده علامت آشکار دیگری ندارد. او اظهار می‌کند بیست عدد قرص متنوع ضدافسردگی را مصرف کرده است. به گفته‌ی والدین بیمار، او از ده سال قبل سابقه‌ی افسردگی شدید داشته است. شما دستور شست‌وشوی معده و گرفتن رگ وریدی و اعزام (یا بستری) به بیمارستان را صادر می‌کنید. والدین بیمار هم به بستری‌شدن و درمان فرزند خود اصرار دارند؛ علی‌رغم اصرار آنان برای بستری، بیمار حاضر به درمان و بستری‌شدن نیست. آیا علی‌رغم نارضایتی بیمار می‌توانید او را به اجبار درمان و بستری کنید؟

۱. مقدمه

در اکثر کشورهای پیشرفته برای حمایت از اشخاص مبتلا به اختلال روان‌پزشکی و حمایت از جامعه در مقابل رفتارهای ناهنجار آن‌ها، قوانینی مشخص وجود دارد. این قوانین با عنوان «قانون بهداشت روان یا سلامت روان»[1] نام‌گذاری شده است. در این قوانین درباره‌ی شرایط و ملاک‌های درمان و بستری‌کردن اجباری بحث شده است. روان‌پزشک باید مزایا و خطرات بستری‌شدن یا نشدن را برای گرفتن رضایت آگاهانه از بیمار برای او تشریح کند. درصورتی‌که بیمار متقاعد نشود، پزشک می‌تواند از بستگان او کمک بگیرد؛ همچنین درصورتی‌که باز هم موفق نشود، مداخله‌ی قانونی ضرورت دارد (۱).

گروه زیادی از بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی، دارای قدرت استقلال برای امور شخصی نیستند و ظرفیت تصمیم‌گیری و صلاحیت برای اظهار رضایت آگاهانه را برای اقدامات گوناگون پزشکی اعم از تشخیصی و درمانی و پژوهشی ندارند. با توجه به اینکه این بیماران غالباً به مداخلات متنوعی از قبیل محدودکردن فعالیت و رفتار نیاز دارند و به بستری اجباری نیازمند می‌شوند، لازم است هرگونه اقدام را در چارچوب ملاحظات اخلاقی به عمل آورد. در اینجا نخست به تعریف برخی واژه‌ها و اصطلاحات اصلی و مهم می‌پردازیم:

۱- ۱. تعاریف

- بستری‌کردن غیرارادی[2]: این اصطلاح در مواقعی به کار می‌رود که فردی غیر از بیمار، برای بستری‌کردن او اقدام می‌کند؛ البته خود بیمار معمولاً این اقدام و قضاوت پزشک را قبول دارد. در این موقعیت، به تأیید دادگاه نیازی نیست (۱).

- بستری‌کردن اجباری[3]: در این موقعیت، بستری‌شدن بیمار بر خلاف میل و خواسته‌ی اوست؛ ازاین‌رو، این کار با درخواست بستگان، افراد دیگر یا دستور مقام قضائی انجام می‌گیرد. این اقدام برای بیمار روان‌پزشکی به منظور جلوگیری از آسیب‌رساندن به خود و دیگران است.

- مهار فیزیکی[4]: استفاده از وسیله‌هایی شبیه کمربند (تسمه)، دستبند و ابزارهای مشابه که حرکات بیمار را محدود می‌کند و از هرگونه اقدام آسیب‌رسان به خود یا دیگران ممانعت به عمل می‌آورد، مهار فیزیکی قلمداد می‌شود. گاهی هم این اصطلاح برای استفاده از داروها یا درمان‌هایی است که حرکات و رفتار بیمار را در حد لازم کنترل می‌کند.

۱- ۲. اهمیت موضوع

محمد والی‌پور و همکارانش در یک مطالعه‌ی توصیفی درباره‌ی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد روان‌پزشکان درباره‌ی بستری اجباری بیماران روانی و قوانین آن در سال ۱۳۸۵ در بین روان‌پزشکان ایرانی به این نتیجه رسیده‌اند که درصدی چشمگیر (بیش از ۷۵ درصد) از روان‌پزشکان درباره‌ی قوانین بستری اجباری بیماران روانی، آگاهی ضعیف تا متوسطی دارند. نظر اکثر آن‌ها این بود که در تصمیم‌گیری برای بستری اجباری بیماران روانی، روان‌پزشک یا ترکیبی از روان‌پزشک و پزشک قانونی باید دخالت داشته باشد. حدود هفتاد درصد از

1. Mental Health Act
2. Involuntary Admission
3. Compulsory Admission
4. Physical Restraint or Mechanical Restraint

روان‌پزشکان قوانین موجود را برطرف‌کننده‌ی نیازهای فعلی نمی‌دانستند و حدود نود درصد از آن‌ها گزارش کرده‌اند که بیماران روانی را بدون اخذ رضایت از آن‌ها بستری می‌کنند. بسیاری از آنان نیز چندان به اخذ رضایت از قیم قانونی برای بستری اجباری بیمار پایبند نبودند؛ افزون‌براین، اغلب آنان قوانین موجود را راهگشای مشکلات فعلی نمی‌دانستند و معتقد بودند کشور به تدوین قوانینی جدید در خصوص بستری اجباری بیماران روانی نیاز دارد. اکثر آن‌ها پاسخ دادند که در بستری اجباری بیماران روانی نظرات خودشان را بر سایر مراجع مرتبط با بیمار ترجیح می‌دهند (۲).

۱- ۳. اهمیت اخلاقی موضوع

درمان اجباری موضوعی اساسی در اخلاق مراقبت‌های سلامت است و به‌طور کلی، یک «استثنای ناخواسته» در برابر «درمان استاندارد» است (۳). بیماران مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی از افراد آسیب‌پذیر جامعه به شمار می‌آیند و علاوه بر رنج ناشی از اختلال روانی، با انگ[1] ناشی از آن و طردشدن از جامعه، ازدست‌دادن موقعیت‌های اجتماعی، حرفه‌ای و درمانی مواجه هستند. اگرچه برای این بیماران، درمان بدون رضایت با اصل اتونومی، تناقض دارد، این افراد به دلیل نوع بیماری خود اصولاً قادر به دفاع از حقوق خودشان نیستند.

در بسیاری از کشورها برای بستری اجباری بیماران، قوانین سلامت روان وجود دارد. در همه‌ی ایالات آمریکا، انتقال اجباری بیماری که ممکن است به خود یا دیگران آسیب برساند و قادر به مراقبت از خویشتن نیست، مجاز شمرده شده و در بسیاری از کشورها هم بستری اجباری چنین بیمارانی در چارچوب قوانین سلامت روان، پذیرفته شده است (۱). برخی از بیماران روان‌پزشکی به علت ازدست‌دادن ظرفیت تصمیم‌گیری، می‌توانند به خود یا اطرافیانشان آسیب برسانند و ممکن است رفتارهایی را انجام دهند که خودشان بعدها از آن پشیمان شوند؛ برای مثال می‌توان به بی‌مبالاتی جنسی در بیمار مانیا یا اقدام به خودکشی در بیمار با افسردگی اساسی (پس از درمان) اشاره کرد؛ ازاین‌رو، باید در جست‌وجوی بهترین رویکرد در مواجهه با این افراد آسیب‌پذیر باشیم (۴).

۲. معیارهای لازم برای بستری‌کردن اجباری از چند دیدگاه معتبر

۲- ۱. سازمان بهداشت جهانی (WHO)

سازمان بهداشت جهانی، بستری‌کردن اجباری را در چند حالت ضروری می‌داند:

الف. اگر و فقط اگر یک روان‌پزشک واجد شرایط، تشخیص بدهد که احتمال دارد بیمار به خودش یا دیگران آسیب بزند یا اینکه بیماری روانی فرد جدی باشد و قضاوت بیمار را مختل کرده باشد و درصورت بستری‌نشدن وضعیت فرد بدتر می‌شود؛ پس روان‌پزشک به قصد انجام نوعی درمان که فقط به وسیله‌ی بستری‌کردن ممکن است، او را بستری می‌کند.

ب. اگر بستری‌کردن بیمار براساس جدی‌بودن بیماری روانی او و اختلال در قضاوت او صورت می‌گیرد، در صورت دسترسی به روان‌پزشک واجد شرایط دیگر (مستقل از روان‌پزشک اول) باید مشاوره انجام شود و انجام بستری توسط

1. Stigma

پزشک دوم نیز تأیید شود.

ج. در صورت امکان، یک مرکز روان‌پزشکی صلاحیت‌دار محلی بستری اجباری بیمار را تأیید کند (۵).

۲- ۲. آمریکا

در تمام ایالات آمریکا، نوعی بستری‌کردن اجباری پیش‌بینی شده است. چنین اقدامی معمولاً زمانی صورت می‌گیرد که شخص مبتلا به اختلال روان‌پزشکی، نسبت به خود یا افراد دیگر منبع خطر به شمار آید و میزان خطر به حدی باشد که درمان فوری در یک محیط بسته را ایجاب کند. به‌طور کلی چهار نوع پذیرش و بستری در مؤسسات روان‌پزشکی وجود دارد:

الف. بستری غیررسمی: در این مدل، بیمار طبق الگوی بیمارستان عمومی در واحد روان‌پزشکی بستری می‌شود. (با بیماران داخلی یا جراحی تفاوتی ندارد) و بیمار برای بستری یا ترخیص حتی بر خلاف توصیه‌ی پزشک، مختار است.

ب. بستری داوطلبانه: بیمار یا بستگان او تقاضای پذیرش در بیمارستان روان‌پزشکی را، به‌صورت کتبی ارائه می‌کنند. بیمار مختار است بیمارستان را ترک کند.

ج. بستری موقت: این نوع بستری درباره‌ی بیمارانی صورت می‌گیرد که به علت سن بالا یا سردرگمی[1] نیازمند بستری‌شدن هستند؛ اما خودشان قادر به تصمیم‌گیری نیستند یا بیمارانی که به علت آشفتگی حاد روانی به بستری‌شدن در بیمارستان روانی نیاز فوری دارند؛ بنابراین، براساس دستور مکتوب پزشک، بیمار بستری می‌شود. پس از پذیرش، تأیید روان‌پزشک مقیم بیمارستان نیز لازم است. موقت‌نامیدن این روش به این علت است که نمی توان بیمار را بر خلاف میل خود بیش از پانزده روز بستری کرد.

د. بستری‌کردن اجباری: این نوع بستری بر مبنای این سؤال صورت می‌گیرد که آیا بیمار در معرض خطر خودکشی یا دیگرکشی قرار دارد و در نتیجه برای خود یا دیگران خطرناک است یا خیر؟ درخواست پذیرش در بیمارستان را باید یکی از بستگان یا دوستان بیمار امضاء کنند. ضمناً تأیید دو نفر پزشک لازم است؛ البته پس از بستری، اطلاع کتبی به یکی از نزدیک‌ترین بستگان فرد و نیز دسترسی او به مشاوران قانونی الزامی است. هرگاه قاضی در صورت اعتراض بیمار نیاز به بستری‌شدن را لازم نداند، می‌تواند دستور ترخیص را صادر نماید. با این روش می‌شود بیمار را به‌مدت شصت روز نگاه داشت و هرگاه نیاز به تمدید باشد، وضعیت او باید به هیئتی از روان‌پزشکان، حقوق‌دانان، سایر پزشکان و افراد وابسته به مؤسسات روانی گزارش شود تا تحت بررسی قرار گیرد. درایالت نیویورک این هیئت «سرویس اطلاعات بهداشت روانی» نامیده می‌شود (۶).

در برخی ایالات آمریکا نوعی روش بستری‌نمودن مجرمان روانی تحت عنوان «بستری‌کردن به منظور مشاهده و بررسی»[2] پیش‌بینی شده و آن زمانی است که فردِ متهم به انجامِ جرم، برای مدتی

1. Confusion

2. Observational Commitment

محدود در بیمارستان پذیرفته می‌شود و پس از پایان معاینه‌ها و بررسی‌ها، بیمارستان نتیجه را به دادگاه ارائه می‌دهد. تأکید این بررسی‌ها بر تشخیص حالت جنون، توانایی دفاع از خود و مشاوره با وکیل است. در اغلب ایالات، این حق به پلیس داده شده تا در صورت لزوم به منظور حفظ سلامت جامعه برای بستری‌کردن افراد برای درمان اقدام کند.

در حال حاضر در ایالات متحده‌ی آمریکا، مسائل حقوقی مانند ترخیص اجباری، قطع اجباری درمان، واگذاری درمان یا حق درمان در روان‌پزشکی قانونی مطرح است و در هر حوزه استانداردهایی ارائه شده است که می‌تواند توسط هر یک از طرفین به‌ویژه بیماران موضوع درخواست حقوقی واقع گردد. در بین این موارد حفظ استاندارد کیفیت مراقبت درمانی از حقوق اساسی شمرده می‌شود.

در قوانین جدید که مفصل‌تر از قوانین قدیمی است، حق معاف‌بودن از مصرف زیاد یا غیرضروری دارو، حتی تنهابودن و حفظ شأن، حق برخورداری از محیط با حداقل محدودیت، حق نامحدودبودن ملاقات با بستگان، پزشکان خصوصی یا وکلا، حق معاف‌بودن از جراحی روانی و ترک درمان بدون رضایت آگاهانه مطرح است. همچنین حق رد درمان، مگر در موارد فوریت‌های پزشکی از حقوق بیماران شمرده می‌شود. نکته‌ی دیگری که امروزه موضوع دادخواست‌های حقوقی بیماران روان‌پزشکی را علیه پزشکان ومؤسسات درمانی تشکیل می‌دهد مسأله‌ی رضایت آگاهانه است. درباره‌ی همه‌ی حقوق مدنی بیماران در قوانین ایالات متحده پیش‌بینی به عمل آمده است. به‌طور مثال هر دو فرآیند اعلام بی‌کفایتی یا داشتن کفایت مجدد (اعلام حجر و رفع حجر) باید در جلسه‌ی دادگاه تعیین و اعلان شود. در این باره بستری‌بودن یا داشتن سابقه‌ی بستری‌شدن، خودبه‌خود و به‌تنهایی دلیلی بر بی‌کفایتی فرد برای قضاوت درست و اینکه بیماری روان‌پزشکی تا چه حد باعث اختلال قوه‌ی قضاوت در موضوع مربوط شده باشد، محسوب می‌شود (۱).

۲- ۳. انگلستان

انگلستان از نظر ایجاد سهولت بستری بیماران روان‌پزشکی یکی از پیشروترین کشورهای جهان است. با این هدف، قانون بهداشت روانی که تنظیم‌کننده‌ی نحوه‌ی مراقبت از بیماران روان‌پزشکی است در سال ۱۹۸۳ به تصویب رسید. این قانون پیونددهنده‌ی قانون بهداشت روانی ۱۹۵۹ و اصلاحیه‌ی آن در سال ۱۹۸۳ است. قانون مزبور، کمیته‌ی قانون بهداشت روانی را پیش‌بینی کرده است که اعضای آن به وسیله‌ی وزیر انتخاب می‌شوند و وظایف آن کمیته، محافظت از منافع و حقوق بیماران بستری از طریق بازدیدهای مکرر، تحقیق درباره‌ی شکایت‌ها، دریافت گزارش از نحوه‌ی درمان آنان و انتخاب پزشکان یا افراد دیگر برای اظهارنظر درباره‌ی درمان و سایر وسائل مربوط است. در انگلستان و ویلز، پیش‌بینی‌های لازم برای پذیرش و درمان اجباری در قانون بهداشت روانی ۱۹۸۳ انجام شده است. در ادامه به بخشی از این پیش‌بینی‌ها اشاره می‌شود.

۱. پذیرش به منظور ارزیابی به چند طریق است:

بند ۲. درخواست پذیرش برای ارزیابی به‌مدت ۲۸ روز:

الف. بیمار مبتلا به اختلال روان‌پزشکی باشد؛

ب. پذیرش در جهت تأمین سلامتی بیمار و ایمنی یا محافظت افراد دیگر باشد.

این نوع مستلزم:

الف. ارائه‌ی درخواست به وسیله‌ی نزدیک‌ترین فرد از وابستگان بیمار؛ همچنین باید یک مددکار اجتماعی مجاز بیمار را در طول دو هفته قبل دیده باشد.

ب. توصیه‌ی پزشکی به وسیله‌ی دو نفر پزشک که یکی از آنان باید طبق بند ۱۲ قانون مجاز باشد.

بند ۴. حکم ارزیابی فوری (۷۲ ساعته):

این بند اختیار نگهداری بیمار را در شرایط فوری تفویض می‌نماید. فرم مربوط معمولاً توسط پزشک خانواده و در خانه تکمیل شده و گاه این امر در بخش فوریت بیمارستان انجام می‌شود. این روش زمانی به کار می‌رود که وقت کافی برای یافتن پزشک مجاز قیدشده در بند ۲ نباشد؛ ولی بهتر است در اولین فرصت به دستور بند ۲ تبدیل شود.

بند ۵. تبدیل نگهداری اجباری (۷۲ ساعته):

این دستور برای نگهداری فوری بیماری که قبلاً به‌صورت داوطلب پذیرفته شده است و قصد ترک بیمارستان را دارد، صادر می‌شود. انجام‌دادن آن مستلزم توصیه از سوی پزشک بخش یا پزشک دیگری از همان بیمارستان است.

هرگاه دستور بند ۵ به‌فوریت دست‌یافتنی نباشد، یک نفر روان‌پرستار مجاز می‌تواند دستور نگهداری شش‌ساعته را درخواست نماید؛ ولی باید بلافاصله پس از آن پزشک دستور بند ۵ را امضاء کرده و دستور قبلی لغو شود.

بند ۱۳۶. درباره‌ی اشخاص مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی که در اماکن عمومی پیدا شده‌اند:

طبق این بند اگر یک افسر پلیس کسی را در اماکن عمومی بیابد که به نظر برسد مبتلا به اختلال روان‌پزشکی است و نیاز به مراقبت فوری دارد، می‌تواند او را به محلی امن که معمولاً مرکز پلیس یا بیمارستان است منتقل نماید. اختیارات این بند پس از انجام معاینه و درمان توسط پزشک و اجرای بندهای ۵۴ یا ۲ و حداکثر پس از ۷۲ ساعت لغو شود.

بند ۱۳۵. هر مددکار اجتماعی مجاز که معتقد است یک بیمار روان‌پزشکی قادر به انجام‌دادن و اداره‌ی امور خود نیست یا با او بدرفتاری می‌شود، می‌تواند بنا به دستور این بند حکم خارج‌ساختن بیمار را گرفته و او را به محل امن منتقل کند.

۲. پذیرش به منظور درمان (به مدت شش ماه):

اساس این حکم درازمدت این است که بیمار مبتلا به اختلال روان‌پزشکی، نقیصه‌ی عقلی شدید یا اختلال سیکوپاتیک به کیفیت و درجه‌ای است که درمان طبی را برای او مناسب می‌سازد یا درمان برای سلامت و ایمنی خود او یا اطرافیان او لازم است. انجام بند فوق و شرایط آن شبیه بند ۲ است.

تجدید حکم فوق، بار اول پس از شش ماه و در دفعات بعد هر یک‌سال یک‌بار امکان‌پذیر است.

۳. پذیرش بیماران درگیر اقدامات جنائی:

این بندهای قانون بهداشت روان به دادگاه‌ها اختیار می‌دهد که حکم مراقبت روان‌پزشکی را برای متهمان یا محکومانی که ممکن است مجازات زندان در انتظارشان باشد، صادر نمایند.

الف. حکم بستری‌شدن موقت و حفاظت موقت در بیمارستان:

قانون بهداشت روان به دادگاه‌ها اختیار می‌دهد که شخص متهم را برای تهیه‌ی گزارش طبی، به‌طور موقت در بیمارستان نگه دارند و حکم بستری موقت را برای او صادر کنند تا در صورت لزوم بستری‌شدن رسمی ارزیابی شود.

ب. بند ۳۷. حکم بیمارستان:

دادگاه می‌تواند برای بستری‌شدن اجباری یک مجرم بر پایه‌ای مشابه پذیرش، برای درمان طبق پیش‌بینی‌های بند ۳ قانون، حکم بیمارستان صادر نماید که طول مدت آن شش ماه است و برای این منظور توصیه‌ی پزشکی دو نفر پزشک که یکی از آن‌ها باید مجاز باشد، لازم است.

ج. بند ۴۱. حکم محدودیت:

وقتی دادگاه جزائی حکم بیمارستان صادر می‌کند، درعین‌حال می‌تواند با حکم مجدد ترخیص را ممنوع سازد. این محدودیت ممکن است برای مدتی مشخص یا نامحدود باشد. هرگاه مدت مشخص باشد پس از انقضای آن بیمار همچنان تحت حکم بیمارستان، ولی بدون محدودیت باقی خواهد ماند (۱).

۲- ۴. ایران

در حال حاضر براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در جمهوری اسلامی ایران، قانون مدون و رسمی درباره‌ی بهداشت روان تصویب نشده است و صدور دستور بستری اجباری توسط قاضی دادگاه امکان‌پذیر است (۷، ۸)؛ البته پیش‌نویس قانون بهداشت روان در تیرماه ۱۳۸۸ توسط گروهی از اندیشمندان در مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران تهیه شد و در دسترس است (۷).

برای آشنایی و نقدهای احتمالی، بخشی از پیش‌نویس قانون بهداشت روان جمهوری اسلامی ایران، در پیوست شماره‌ی ۱ این دست‌نوشته (در انتها)درج شده است (پیوست شماره‌ی ۱).

براساس منشور اخلاق حرفه‌ای روان‌پزشکی در ایران (ویراست اول: ۱۳۹۴)، روان‌پزشک درصورتی درمان اجباری را برای یک فرد توصیه می‌کند که او را خود، شخصاً، معاینه کرده و بیماری او را واجد ملاک‌های بستری و درمان اجباری تشخیص داده باشد (۸).

براساس ماده‌ی ۱۵۰ قانون مجازات اسلامی، هرگاه مرتکب جرم در حین ارتکاب، مجنون باشد یا در جرائم موجب تعزیر پس از وقوع جرم به جنون مبتلا شود، چنانچه جنون و حالت خطرناک مجنون با جلب‌نظر متخصص، ثابت و آزادبودن او مخل نظم و امنیت عمومی باشد به دستور دادستان تا رفع حالت خطرناک در محل مناسب نگهداری می‌شود.

شخص نگهداری‌شده یا خویشاوندان او می‌توانند در دادگاه به این دستور اعتراض کنند که در این صورت، دادگاه موضوع را با حضور معترض و با جلب‌نظر کارشناس در جلسه‌ای اداری رسیدگی می‌کند و با تشخیص رفع حالت خطرناک درباره‌ی خاتمه‌ی اقدام تأمینی و در غیر این صورت در تأیید دستور دادستان، حکم صادر می‌کند. این حکم قطعی است ولی شخص نگهداری‌شده یا خویشاوندانش، هرگاه علائم بهبود را مشاهده کردند حق اعتراض به این حکم را دارند. این امر مانع از آن نیست که هرگاه بنا به تشخیص متخصص بیماری‌های روانی، مرتکب، درمان شده باشد برحسب پیشنهاد مدیر محل نگهداری او دادستان دستور خاتمه‌ی اقدام تأمینی را صادر کند.

تبصره‌ی ۱. هرگاه مرتکب یکی از جرائم موجب حد، پس از صدور حکم قطعی دچار جنون شود حد ساقط نمی‌شود. در صورت عارض‌شدن جنون قبل از صدور حکم قطعی، در حدودی که جنبه‌ی حق‌الله دارد تعقیب و محاکمه تا زمان افاقه به تأخیر می‌افتد. نسبت به مجازات‌هایی که جنبه‌ی حق‌الناس دارند مانند قصاص و دیه و همچنین ضرر و زیان ناشی از جرم، جنون مانع از تعقیب و رسیدگی نیست.

تبصره‌ی ۲. قوه‌ی قضائیه موظف است مراکز اقدام تأمینی را در هر حوزه‌ی قضائی برای نگهداری افراد موضوع این ماده تدارک ببیند. تا زمان شروع به کار این اماکن، قسمتی از مراکز روان‌درمانی بهزیستی یا بیمارستانی موجود به این افراد اختصاص داده می‌شود (۹).

۳. نمونه‌های مطالعات انجام‌شده در ایران

مهرنوش عباسی و همکاران در مطالعه‌ای، نگرش پزشکان و پرستاران و بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب روان‌پزشکی شهر تهران را درباره‌ی حقوق بیماران روانی بررسی کرده‌اند. براساس این مطالعه، نود درصد از پزشکان و پرستاران، با بستری‌کردن بیمار روانی در اتاق‌های انفرادی و محدودکردن فعالیت‌های فیزیکی او برای درمان موافق بودند؛ درحالی‌که بیماران آن را ضروری نمی‌دانستند. ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشت روان با حداقل محدودیت از اصول مطرح‌شده در اصول بهداشت روان تصویب‌شده در وزارت بهداشت است. یافته‌های این پژوهش بر لزوم بررسی بیشتر این امر توسط مسئولان اشاره دارد تا حدود و شرایط آن را در قوانین و بیانیه‌های حقوقی مشخص سازند. نوع اختلال، شرایط لازم برای محدودکردن فیزیکی در کنار درمان، مدت محدودیت فیزیکی و روش‌های درمانی جایگزین از موضوعاتی است که باید بررسی شوند (۱۰).

استفاده از روش‌های فیزیکی اجباری مانند بستن بیمار یا تزریق اجباری برای درمان، در بعضی مواقع از نظر پزشکان و پرستاران ضروری بود؛ درحالی‌که بیماران آن را ضروری نمی‌دانستند. بیمارانی که بستری اجباری در بیمارستان را پذیرفته و حتی آن را در شرایط ذکرشده در این پژوهش ضروری می‌دانستند، با بستری‌شدن در اتاق‌های انفرادی و محدودیت فعالیت فیزیکی و همچنین استفاده از روش‌های فیزیکی اجباری موافق نبودند. این امر نشانگر آن است که بیماران خواهان درمان توأم با احترام هستند. این امر اهمیت رضایت بیمار از نوع درمان را برای ما آشکار می‌سازد (۱۰).

همچنین بنا بر یافته‌های پژوهش یداللهی و همکاران، با عنوان «دیدگاه روان‌پزشکان شهر تهران در مورد قوانین بهداشت روان در ایران»، بیست درصد از روان‌پزشکان، از قوانین موجود پیرامون بهداشت روان آگاهی ندارند و ۷۸ درصدشان بر این باورند که استانداردهایی برای مراقبت از بیمار روانی وجود ندارد؛ ۶۲ درصد از آنان نیز قوانین موجود را در زمینه‌ی بستری و ترخیص بیماران روانی نارسا می‌دانند. نتیجه آنکه قوانین مربوط به بیماران روانی در کشور، از دیدگاه روان‌پزشکان نارساست (۱۱).

با توجه به مطالعات پیش‌گفته، تغییر نگرش پزشکان و پرستاران نسبت به جنبه‌های اخلاقی و حقوقی درمان و بستری اجباری ضروری است.

از طرفی افزایش آگاهی بیماران و مردم درباره‌ی حقوق خویش موجب افزایش مطالبات آن‌ها از نظام سلامت خواهد گردید. امیدواریم با تسریع روند تصویب و ابلاغ قانون بهداشت روان جمهوری اسلامی ایران، حقوق بیماران روانی هرچه بیشتر تأمین گردد.

توضیح نمونه

پزشک وظیفه دارد به اختیار فرد (اتونومی) احترام بگذارد و پس از اخذ رضایت آگاهانه برای درمان او اقدام کند؛ اما از طرف دیگر براساس اصل عدم ضرررسانی، موظف به حفظ حیات بیمار و پیشگیری از خطر (خودکشی) است. ازآنجاکه بستری‌نشدن و درمان‌نکردن بیمار عواقب وخیمی را برای او به دنبال خواهد داشت، جلوگیری از ضرر به بیمار افسرده‌ای که اقدام به خودکشی کرده است، بر احترام به اختیار فردی او ترجیح دارد (۴)؛ زیرا درمان‌نشدن حیات بیمار را به خطر می‌اندازد؛ بنابراین پزشک می‌تواند به اجبار بیمار را درمان و بستری کند. در واقع بیمار به علت اقدام به خودکشی ظرفیت تصمیم‌گیری خویش را برای رضایت آگاهانه از دست داده است.

پیروان مکتب آزادی‌خواهی[1] اعتقاد دارند که هر فردی باید این حق را داشته باشد که به زندگی خود پایان دهد؛ ولی برخی دیگر در مقابل برای حق آزادی فردی استثنا قائل می‌شوند و می‌گویند زمانی که شخص، عقل انتقادی خود را از دست می‌دهد، (برای مثال در اقدام به خودکشی) حق آزادی فردی را از دست خواهد داد (۴).

1. Libertarian

پیوست ۱
بخشی از پیش‌نویس قانون بهداشت روان جمهوری اسلامی ایران

تعاریف

ماده‌ی ۵- ۱) آشفتگی روانی وضعیتی است که با اجتماع شرایط ذیل مشخص می‌شود: ابتلا به بیماری شدید روانی، خطر آسیب جدی رساندن به خود یا دیگران، وجود حداقل یکی از عوامل مؤثر در استمرار و وخامت بیماری فرد.

ماده‌ی ۹- ۱) بحران روانی وضعیتی است که با اجتماع شرایط زیر مشخص می‌شود: رفتار غیرمنطقی، خطر آسیب‌رساندن جسمی جدی به خود یا دیگران.

ماده‌ی ۱۰- ۱) هیچ‌یک از موارد زیر به‌تنهایی آشفتگی روانی یا بحران روانی تلقی نمی‌گردد: الف.مصرف مواد مخدر یا روان‌گردان و الکل یا هر نوع دارو یا ماده‌ی شیمیایی دیگر، ب. انحرافات و بی‌بندوباری جنسی، پ. رفتار غیراخلاقی یا غیرقانونی یا ضداجتماعی جامعه‌ستیز، ت. ترجیح جنسیتی یا سوگیری جنسی خاص، ث. نظر و عقیده یا فعالیت مذهبی، سیاسی، علمی یا فلسفی خاص.

ماده‌ی ۱۴- ۱) بستری اجباری نوعی از بستری است که بر خلاف میل فرد و اراده‌ی او صورت می‌گیرد. این بستری به دو صورت کوتاه‌مدت و بلندمدت است. بستری اجباری کوتاه‌مدت، حداکثر دو ماه و بستری اجباری بلندمدت حداکثر شش ماه است.

ماده‌ی ۱۷- ۱) مهار حرکتی عبارت است از محدودنمودن اجباری تحرک فرد با استفاده از

نیـروی انسـانی آموزش‌دیده و امکانـات و تجهیزات لازم بـر طبـق ضوابـط مصوبـه‌ی وزارت بهداشـت، درمان و آموزش پزشکی.

بستری اجباری

ماده‌ی ۱- ۳) اشخاص زیر، با رعایت شرایط مندرج در مـوارد آتی این فصل، می‌توانند دسـتور بسـتری اجباری صادر نمایند:

الف. روان‌پزشک یا پزشک آموزش‌دیده‌ی بهداشت روان بـر طبـق ضوابـط وزارت بهداشـت، درمـان و آموزش پزشکی؛

ب. مرجع قضایی

تبصـره. هیچ‌یک از اشـخاص مذکـور در این ماده نبایـد از وراث بالقـوه‌ی فرد باشـند. دیگر مـوارد رد دادرسـی بـه موجب سـایر قوانین، در ایـن ماده نیز لازم‌الاجراست.

مـاده‌ی ۲- ۳) بـا اجتمـاع شـرایط ذیـل، دسـتور بسـتری توسـط افـراد مذکـور در بنـد الـف ماده‌ی ۱- ۳ صـادر می‌گـردد: الـف. شـخصاً او را بلافاصله یـا با فاصلـه‌ی کوتاهی قبـل از تکمیل فرم بسـتری اجبـاری، معاینـه کرده یـا رفتارهای غیرعـادی او را مشـاهده نمـوده باشـند؛ ب. «آشـفتگی روانـی» یا «بحران روانی» توسـط پزشـک تشـخیص داده شده باشـد؛ پ. راه مناسـب دیگری برای درمان شـخص وجود نداشته باشد.

مـاده‌ی ۳- ۳) در صـورت ممانعـت شـخص ثالث یـا عـدم همـکاری فـرد بـرای بسـتری اجبـاری، بـه درخواسـت پزشـک، مرکـز مدیریـت حـوادث و فوریت‌های پزشـکی کشـور و در صورت لزوم، نیروی انتظامی موظف به همکاری در این زمینه هستند.

مـاده‌ی ۴- ۳) در هـر یـک از مـوارد ذیـل نیـروی انتظامی موظـف به همکاری برای بسـتری اجباری فرد است:

الـف. مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشـکی کشور موفق به کنترل بیمار نشود؛ ب. به تشخیص و تقاضای پزشک این دخالت ضروری باشد.

تبصره. نیروی انتظامی موظف است به درخواست پزشـک فقط در حد ضروری و نیز تا حدی که موجب صدمه به فرد نشود دخالت نماید.

ماده‌ی ۶- ۳) صدور دستور بستری اجباری توسط مرجـع قضائی، بـا جلب‌نظر پزشـک قانونـی انجام می‌گیـرد. مرجـع قضائـی باید در دسـتور بسـتری مشـخص نماید کـه فرد در صـورت ترخیـص به چه شخص یا مرجعی تحویل داده شود.

ماده‌ی ۷- ۳) در مواردی که شـواهدی وجود دارد که حاکـی از ضرورت ارزیابی برای بسـتری اجباری اسـت، ولـی فـرد از حضـور در محل مرجـع قضائی اسـتنکاف مـی‌ورزد یـا قادر بـه حضـور در آن مکان نیسـت، مرجع یادشـده نسـبت به صدور دسـتور به پزشکی قانونی جهت اعزام پزشک برای معاینه‌ی فرد در محل، به همراه نیـروی انتظامی اقدام می‌نماید. در صورت لزوم، پزشـک مذکور پس از معاینه، دستور بسـتری اجبـاری وی را می‌دهـد و فـرد بلافاصله به بیمارسـتان منتقل می‌گردد. پزشـک موظف اسـت نتیجـه‌ی اقدامـات را فوراً بـه اطلاع مرجـع قضائی برساند.

ماده‌ی ۸- ۳) اشـخاص زیر می‌توانند درخواسـت بسـتری اجباری فرد را به اشخاص مذکور در ماده‌ی ۱- ۳ و تحت شـرایط منـدرج در مواد ۸- ۳ تا ۱۰- ۳ تقدیم نمایند: نیروی انتظامی؛ هر یک از سرپرستان قانونی، کسـانی که با فرد در یک محل سکنی دارند

یا همکارند و بستگان نزدیک وی؛ سایر پزشکان و کارکنان آموزش‌دیده‌ی بهداشت روان.

ماده‌ی ۹- ۳) نیروی انتظامی موظف است فردی را که در حال اقدام به خودکشی یا رساندن آسیب جدی به خود باشد توقیف کرده، به کلانتری انتقال دهد تا رئیس کلانتری یا جانشین وی پس از تکمیل برگه‌ی مخصوص، فرد را به نزدیک‌ترین بیمارستان منتقل نماید.

ماده‌ی ۱۰- ۳) هر یک از سرپرستان قانونی، کسانی که با افراد در یک محل سکنی دارند یا همکار هستند و بستگان نزدیک وی می‌توانند فرد را به بیمارستان منتقل و بستری اجباری وی را درخواست نمایند. همچنین می‌توانند از مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی یا نیروی انتظامی برای انتقال فرد به بیمارستان درخواست کمک کنند. نیروی انتظامی در صورت وجود شرایط مندرج در ماده‌ی ۸- ۳ فرد را با درخواست انتقال فوق‌الذکر همراه با برگه‌ی مخصوص، مستقیماً به بیمارستان منتقل می‌کند.

ماده‌ی ۱۱- ۳) پزشکان و کارکنان آموزش‌دیده‌ی بهداشت روان شاغل در محل سکونت فرد در صورت تشخیص لزوم بستری اجباری باید درخواست کتبی مربوطه را به بیمارستان یا نیروی انتظامی ارائه نمایند. در این صورت نیروی انتظامی طبق شرایط مندرج در ماده‌ی ۹- ۳ اقدام می‌کند.

ماده‌ی ۱۲- ۳) برای بستری اجباری، پس از انتقال فرد به بیمارستان، وی باید توسط پزشک مقیم بیمارستان در حداقل زمان ممکن در همان شیفت کاری معاینه شود. اگر در معاینه، آشفتگی روانی یا بحران روانی تشخیص داده نشود، فرد بلافاصله ترخیص می‌گردد؛ اما اگر آشفتگی روانی یا بحران روانی تشخیص داده شود، فرد به‌طور موقت بستری می‌شود و ظرف حداکثر ۲۴ ساعت از زمان پذیرش باید توسط پزشک دوم معاینه شود.

تبصره‌ی ۱. پزشک دوم باید روان‌پزشک و در صورت عدم دسترسی به روان‌پزشک، پزشک آموزش‌دیده‌ی بهداشت روان باشد.

تبصره‌ی ۲. معاینه‌ها باید به‌طور جداگانه صورت گیرد و نمی‌تواند به‌طور هم‌زمان انجام شود.

تبصره‌ی ۳. درصورتی‌که ارجاع‌دهنده‌ی فرد به بیمارستان، روان‌پزشک یا پزشک آموزش‌دیده‌ی بهداشت روان یا پزشک قانونی یا مرجع قضائی باشد، پزشک مقیم بیمارستان به‌عنوان پزشک دوم محسوب خواهد شد.

ماده‌ی ۱۳- ۳) درصورتی‌که پزشک دوم تشخیص دهد که فرد دچار آشفتگی روانی یا بحران روانی نیست، حداکثر ظرف ۴۸ ساعت از زمان پذیرش، فرد باید توسط پزشک سوم که باید روان‌پزشک باشد معاینه شود. نظر پزشک سوم قطعی و لازم‌الرعایت است.

ماده‌ی ۱۴- ۳) درصورتی‌که پس از طی مراحل مذکور در مواد ۱۱- ۳ و ۱۲- ۳ بحران روانی تشخیص داده شد، فرد باید بستری شود. مدت این بستری حداکثر پنج روز است. این پنج روز از اولین معاینه‌ی پزشک مقیم بیمارستان آغاز می‌شود.

ماده‌ی ۱۵- ۳) درصورتی‌که بعد از طی مراحل مذکور در مواد۱۱- ۳ و ۱۲- ۳ آشفتگی روانی تشخیص داده شده، فرد باید بستری شود و در اسرع وقت، مراتب به مراجع قضایی اطلاع داده شود.

ماده‌ی ۱۶- ۳) در صورت لزوم، جابه‌جایی فرد

تحت ارزیابی یا معاینه، بین بیمارستان‌ها یا بخش‌ها بلامانع است.

ماده‌ی ۱۷- ۳) پس از بستری اجباری فرد اقدامات ذیل باید اجرا شوند:

الف. فرد باید حداقل هر ۲۴ ساعت یک‌بار توسط روان‌پزشک معاینه شود و درصورتی‌که روان‌پزشک تشخیص دهدکه فرد دیگر دچار بحران یا آشفتگی روانی نیست و از حمایت کافی برای بازگشت به جامعه برخوردار است، باید بلافاصله وی را ترخیص کند؛

ب. در صورت بستری اجباری فرد برای دوره‌های متوالی یا متناوب، باید تمامی معاینات و تشریفات مذکور در این قانون برای هر دوره تکرار شود.

تبصره. در صورت لزوم و با موافقت فرد، ادامه‌ی بستری وی به‌صورت اختیاری بلامانع است.

ماده‌ی ۱۸- ۳) در مورد ماده‌ی ۱۴- ۳ پزشک قانونی می‌تواند بر حسب شرایط فرد، هر یک از تصمیمات ذیل را اتخاذ نماید: ترخیص فرد با همراهی سرپرست قانونی و در صورت نبود وی، یکی از بستگان فرد؛ ترخیص فرد و صدور دستور درمان اجباری جامعه‌نگر؛ صدور دستور بستری اجباری کوتاه‌مدت.

ماده‌ی ۱۹- ۳) فرد، سرپرست قانونی و در صورت نبود سرپرست قانونی، بستگان یا آشنایان فرد حق دارند، در صورت تأیید ادامه‌ی بستری اجباری توسط پزشک قانونی، از روان‌پزشک معتمد بیمارستان ترخیص فرد را تقاضا نمایند. در صورت مخالفت روان‌پزشک معتمد بیمارستان با این درخواست، ادامه‌ی بستری فرد قطعی است. درصورتی‌که روان‌پزشک معتمد با درخواست لغو بستری اجباری موافقت کند، موضوع برای اخذ تصمیم قطعی در مورد تأیید یا لغو دستور بستری اجباری یا صدور دستور درمان اجباری جامعه‌نگر (موضوع فصل چهارم همین قانون) به کمیسیون پزشکی بیمارستان ارجاع شود.

ماده‌ی ۲۰- ۳) درصورتی‌که در پایان مدت بستری اجباری کوتاه‌مدت، پزشک معالج بستری اجباری بلندمدت را لازم بداند، مجوز کمیسیون پزشکی بیمارستان لازم است. در صورت تجویز بستری اجباری بلندمدت، تمدید آن نیز بر عهده‌ی همین کمیسیون است.

ماده‌ی ۲۱- ۳) پس از پذیرش فرد در بیمارستان، باید کلیه‌ی حقوق وی و تکالیف کادر درمانی در قبال او که در این قانون مندرج است در کوتاه‌ترین زمان ممکن و به‌صورتی‌که برایش قابل فهم باشد کتباً به وی اعلام گردد. اگر فرد در زمان پذیرش به دلیل شرایط خود، توانایی درک توضیحات مذکور را نداشته باشد، حقوق وی باید حداکثر تا ۲۴ ساعت قبل از معاینه‌ی پزشک قانونی به او و سرپرست قانونی‌اش و در صورت عدم حضور وی به بستگان یا آشنایان وی اطلاع داده شود.

ماده‌ی ۲۲- ۳) ترخیص فردی که به دستور مرجع قضایی بستری اجباری شده است، اما اکنون ملاک بستری اجباری را ندارد، باید با اطلاع مقام قضایی باشد و به شخص یا مرجع مشخص‌شده طبق ماده‌ی ۵- ۳ تحویل داده شود. درصورتی‌که شخصی برای تحویل فرد از سوی مرجع قضایی معین نشده باشد، فرد پس از ترخیص به سرپرست قانونی‌اش تحویل داده می‌شود.

مهار حرکتی و جداسازی

مـاده‌ی ۱- ۶) صدور و تمدید دسـتور مهار حرکتی یـا جداسـازی فقط بـر عهـده‌ی روان‌پزشـک معالج فرد یا پزشـک مقیم اسـت. کارکنان آموزش‌دیده نیز می‌تواننـد صرفـاً در مـوارد اورژانـس اقدام بـه مهار حرکتی یا جداسـازی کنند. در ایـن صورت باید این اقـدام را بلافاصلـه بـه روان‌پزشـک معالج یا پزشـک مقیم اطلاع دهند. روان‌پزشک معالج یا پزشک مقیم موظف است بلافاصله فرد را معاینه کند و نظر خود را کتباً اعلام نماید.

تبصـره. مهـار حرکتی یـا جداسـازی را می‌توان با درخواسـت فرد و تأیید روان‌پزشـک معالج یا پزشـک مقیم نیز انجام داد.

ماده‌ی ۲- ۶) مهار حرکتی یا جداسـازی صرفاً باید در بیمارستان یا مرکز توانبخشی بیماران مزمن روانی به انجام برسد.

مـاده‌ی ۳- ۶) مهار حرکتی یا جداسـازی منحصراً بـرای هـر یـک از مقاصد ذیـل انجـام گیـرد: الف. پیشـگیری از رفتـار آسـیب‌زننده‌ی قریب‌الوقوع فرد بـه خود یـا دیگران یـا متوقف‌کـردن این رفتـار؛ ب. متوقف‌کردن اختلال فرد در برنامه‌ی درمانی خودش یـا سـایر بیمـاران؛ پ. متوقف‌کردن تخریـب اموال توسـط فرد؛ ت. کمک به درمان فرد به‌عنوان بخشی از برنامه‌ی «رفتـار درمانی»؛ ث. کاهش تأثیر عوامل محیطی تحریک‌کننده‌ی فردی.

تبصـره‌ی ۱. مهـار حرکتـی یـا جداسـازی تنها در صورتـی اعمـال می‌گـردد کـه اقدامات دیگـری که آزادی فرد را کمتر محـدود می‌کنند اثربخش یا قابل اجرا نباشند.

تبصـره‌ی ۲. درمورد بندهای ت و ث صرفاً می‌توان از جداسازی استفاده نمود.

تبصـره‌ی ۳. مهار حرکتی یا جداسـازی برای تنبیه فرد یـا به علت کمبـود امکانـات یا کارکنـان ممنوع است.

مـاده‌ی ۴- ۶) در اسـتفاده از مهـار حرکتـی یـا جداسـازی رعایت موارد زیر ضروری اسـت: الف. در اولین فرصـت ممکن باید علت اعمـال این اقدامات را بـه فـرد توضیـح داد؛ ب. بلافاصله پـس از آرامش فـرد و توانایی کنترل بر خود، باید این اقدامات پایان پذیرند.

منابع

1. Mousavi Nasab, Seyed Masoud & Aliasghar Panahi Matin. (1993). Forensic Psychiatry. Shiraz: Shiraz University of Medical Sciences.

۲. پورضرغامـی، مهـران و همـکاران. (۲۰۰۷). «بررسـی میزان آگاهی، نگرش و عملکرد روان‌پزشـکان در مورد بسـتری اجبـاری بیماران روانی و قوانین آن در سـال ۱۳۸۵ در ایران». مجله‌ی دانشـگاه علوم پزشـکی مازندران، دوره‌ی ۱۷، ش۶۱، صص۱۴۸تا۱۶۰.

3. Sjöstrand, Manne & et al. (2015). “Ethical Deliberations about Involuntary Treatment: Interviews with Swedish Psychiatrists”. BMC Medical Ethics, 16 (1), P. 37.

4. Larijani, Bagher. (2013). Physician and Ethical Considerations. Tehran: Baray Farda, P. 552.

5. Pathare, Soumitra & Melvyn Freeman. (2005). WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation. World Health Organization.

6. Sadok, J & et al. (2015). Summary Kaplan Psychiatry Behavioral Sciences: Clinical Psychiatry. Tehran: Arjmand, P. 165-172.

7. Aramesh, Kiarash. (2009). “Research projects drafting of the Mental Health Act”, In: Tehran: Medical Ethics and History of Medicine Research Center.

8. Iranian Psychiatrists Association. (2015). “Charter of Professional Ethics of Psychiatry in Iran”. Tehran: Iranian Psychiatrists Association, P. 24.

9. Jahangir, Mansour. (2016). Islamic panel Code of Iran. Tehran: Didar.

۱۰. عباسـی، مهرنـوش و همـکاران. (۲۰۱۰). «نگـرش

پزشکان، پرستاران و بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب روان‌پزشکی شهر تهران در مورد حقوق بیماران روانی». مجله‌ی روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، دوره‌ی ۱۶، ش۳، صص۱۷۲تا۱۸۰.

۱۱. یداللهی، زهرا و همکاران. (۲۰۰۴). «دیدگاه‌های روان‌پزشکان شهر تهران درباره‌ی قوانین بهداشت روان در ایران». مجله‌ی روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، دوره‌ی ۱۰، ش۱و۲، صص۴۴تا۴۹.

ملاحظات اخلاقی در مراقبت‌های پایان حیات

دکتر مینا مبشر، دکتر علیرضا باقری

۱. مقدمه

یکی از پرچالش‌ترین موضوعات اخلاق پزشکی در دنیای کنونی، مسائل مربوط به پایان حیات و مراقبت‌های آن است. با افزایش میانگین سنی در جوامع مختلف و از طرف دیگر پیشرفت فناوری‌های پزشکی و دستیابی درمانگران به امکانات متنوع درمانی و مراقبتی، مراقبت‌ها و تصمیم‌های خاتمه‌ی حیات شکلی جدید به خود گرفته، با چالش‌های جدیدی روبه‌رو شده است. افرادی که گاهی حتی بدون تشخیص قطعی در خانه‌ی خود جان می‌باختند، حالا مورد انواع آزمایش‌های تشخیصی قرار گرفته، درمان‌های پیشرفته و تهاجمی دریافت می‌کنند؛ البته این نوع اقدامات، الزاماً نمی‌توانند بیمار را به یک زندگی طبیعی و فعال برگردانند. در بسیاری مواقع، در این فرایند به خواسته‌ی خود بیمار نیز توجه نمی‌شود و تنها با صلاحدید پزشک یا بستگان بیمار، برای ادامه و ختم حیات او تصمیم‌هایی گرفته می‌شود.

از طرف دیگر، پزشک نیز مطمئن نیست که این درمان‌ها تا چه حد موفقیت‌آمیزند؛ با وجود تمام فناوری‌های پیشرفته‌ی پزشکی، امکان پیش‌بینی وضعیت بیمار در اکثر مواقع وجود ندارد. در واقع، انسان در حال حاضر به واسطه‌ی دانش و فناوری‌های مدرن، گام‌هایی را به سوی طولانی‌ترکردن حیات دنیوی برداشته است؛ اما استفاده از آن‌ها گاه نجات‌بخش بیمار نیست و صرفاً طولانی‌کننده‌ی فرایند مرگ است. بدین‌ترتیب، بیماران در حال مرگ با چالش‌هایی پیچیده و منحصربه‌فرد روبه‌رو هستند که وضعیت جسمانی، روحی، روانی و معنوی آن‌ها را تهدید می‌کند. بسیاری بیماران مرگ‌های طولانی و دردناکی را تجربه می‌کنند و مراقبت‌های ناخواسته، گران‌قیمت و تهاجمی دریافت می‌کنند. بسیاری از

افـراد گرفتار این‌گونـه بیماری‌ها، طـی مرحله‌ای از بیماری و حیات خـود در وضعیتی قرار می‌گیرند که دانش گسترده و قدرتمند پزشکی تنها می‌تواند آنان را زنده نگـه‌دارد؛ ولی بیمار به زندگی فعال و طبیعی خود بـر نمی‌گـردد. گاهی مدت‌هـا در این وضعیت باقی می‌ماند.

در مواقعی بیمار به مراقبت‌های پیشـرفته‌ی مراکز مراقبت‌هـای ویـژه وابسـته اسـت؛ اما قلـب می‌تپد و تنفـس برقرار اسـت. این‌گونـه افـراد، «بیماران در مراحـل پایانی زندگی (انتهایی)» و مراقبت‌های آنان «مراقبت‌های پایان حیات» نامیده می‌شوند. مطابق تعریف اسـتاندارد، بیمـار انتهایی بیماری اسـت که دچـار یـك بیمـاری پیشـرفته‌ی ناعلاج اسـت که به اقدامات فعال درمانی پاسـخ نمی‌دهـد و بیماری به مرحله‌ای رسـیده است که درمان‌شـدنی و شفاپذیر نیسـت و نتیجـه‌ی آن مـرگ بیمـار طـی مدت‌زمان کوتاهی اسـت؛ البته می‌توان بـا اقدامات حمایتی، شرایط بهتر را برای زندگی بیمار تا هنگام مرگ فراهم کرد (۱).

تعریف انتهایی‌بـودن بیماری در انـواع بیماری‌ها، خاص همان بیماری است؛ ولی وجه مشترک همه‌ی آن‌ها، نبـود درمان اساسـی برای بیمـاری زمینه‌ای اسـت. در این مواقع، اگر بیماری سـیر طبیعی خود را طی کند عمر بیمار شـش ماه یا کمتر اسـت؛ البته تعییـن این مـدت تنها برپایـه‌ی داوری‌هـای فردی اسـت؛ لـذا کامـلاً مسـتند نیسـت. به همیـن علت پزشـکان محتاطانـه و در موارد محـدودی طول عمر بیمار را تخمین می‌زنند.

درمان‌های پزشکی به سـه شکل «معالجه‌کننده»، «طولانی‌کننـده‌ی حیـات» و «تسـکینی» انجـام می‌شـوند. گاهـی، عـوارض درمان‌هـای طولانی‌کننـده‌ی حیـات بیشـتر از منافع آن اسـت و بـه نظـر نمی‌رسـد اقدامـات درمانـی بـا موفقیت همـراه باشـند و قطـع آن‌هـا لازم اسـت. امـروزه، سیسـتم مراقبـت سـلامت بـا دوراهه‌هـای اخلاقی فراوانی دربـاره‌ی تصمیم‌های مراحل انتهایی حیات روبه‌روسـت و بحث‌هـای زیـادی در زمینـه‌ی انتقال درمان‌ها و مراقبت‌ها از شکل طولانی‌کننده‌ی حیات به شـکل تسـکینی وجود دارد؛ ازاین‌رو، طبق اصول اخلاق پزشکی، اتونومی، سودرسانی، ضررنرساندن و عدالـت مباحـث اخلاقـی در تصمیم‌گیری‌هـای خاتمه‌ی حیات بسـیار گسترده بوده و در پیوند با آن بحث‌هایی چون بی‌فایدگـی (بی‌نتیجه) درمان‌های پزشـکی، کیفیت حیات، عدالـت، ظرفیت، رضایت آگاهانه، خودمختاری بیمار، تصمیم‌گیری جایگزین، بهترین منافع بیمار و پدرسـالاری مطرح می‌شـوند. در مواقع زیـادی اقدامـات طولانی‌کننده‌ی حیات، نقش مراقبت‌ها و امکانات پیشـرفته‌ی پزشـکی را در بخش‌های مراقبت ویژه دچار ابهام کرده اسـت؛ زیرا ایـن مراقبت‌ها تنها فرایند مرگ را طولانی می‌کنند و مـرگ را از روند طبیعی خارج سـاخته و به پدیده‌ای مصیبت‌بار و ضد کرامت انسانی مبدل می‌سازند.

در تمـام دنیا یکی از مهم‌ترین و اثرگذارترین عوامل در تصمیم‌هـای اخلاقـی مراحـل انتهایـی زندگی، ارزش‌های دینی اسـت. تمامی ادیان نیز به مباحثی در مقوله‌ی مرگ و حرمت حیات انسـان پرداخته‌اند. رویکـرد غالـب اخلاق پزشـکی نوین در ایـن زمینه، توجه بـه آزادی انتخاب به‌عنـوان عامل اصلی اتخاذ تصمیم در پایان حیات است؛ اما در دیدگاه اسلامی، انسان مختار به هرگونه تصمیم برای خاتمه‌ی حیات

خود نیست. گو اینکه در شرایطی که به بهره‌مندی بیمار از درمان‌ها امیدی نیست، پزشک ملزم به ادامه درمان‌های بیهوده (بی‌نتیجه) نیست. از طرف دیگر، محدودیت منابع، همواره ما را در تنگنای انتخاب و اولویت‌بندی بیماران نیازمند قرار می‌دهد؛ بنابراین، بررسی و مطالعه‌ی چالش‌ها و تعارضات اخلاقی در مراقبت‌های پایان حیات حائز اهمیت است؛ چراکه پزشکان نجات‌بخش جان انسان‌ها و درمانگر بیماری‌ها و دردها و آلام آنان هستند و همواره با بیمارانی روبه‌رو می‌شوند که نجات جانشان غیرممکن است و ادامه یا قطع درمان‌های طولانی‌کننده‌ی حیات در آن‌ها مبهم و سؤال‌برانگیز است.

بخش اول: مراقبت‌های پایان حیات (۱)

معرفی نمونه‌ی اول

خانم «الف» بیماری ۸۲ ساله است که دچار دمانس متوسط تا شدید، نارسایی قلبی پیشرفته، آمفیزم[1] و دیابت قندی است. به علت عوارض دیابت بیمار در حال حاضر دچار نوروپاتی[2] و نفروپاتی[3] است. دو روز بعد از ترخیص از بیمارستان، او به علت مشکل تنفسی، باید دوباره در بیمارستان بستری شود. دفعه‌ی قبل نیز او به همین علت بستری شده و در بخش مراقبت‌های ویژه با استفاده از لوله‌گذاری، آنتی‌بیوتیک و دیورتیک درمان شده است. این دفعه بعد از پذیرش، درمان برای بیمار آغاز شده است. پزشک بیمار می‌داند که احتمال ایست قلبی‌تنفسی بیمار وجود دارد و با توجه به وضعیت بیمار می‌داند احیای قلبی‌ریوی برای او نجات‌بخش نیست. پزشک در ضمن می‌داند که فرزند بیمار از این موضوع آگاه نیست و همواره اصرار دارد که هر کاری ممکن است برای مادرش انجام شود. در همین حال، علی‌رغم انجام‌دادن اقدامات لازم، وضعیت تنفسی بیمار بدتر می‌شود و بیمار بعد از گذشت چند ساعت از بستری، دچار ایست قلبی‌تنفسی می‌شود. اگر شما پزشک معالج باشید چه تصمیمی می‌گیرید؟

معرفی نمونه‌ی دوم

در نمونه‌ی پیشین، فرزند و وابستگان نزدیک، با توجه به روند بیماری و بستری‌های مکرر بیمار، بعد از گذشت مدت کوتاهی از بستری، هنگامی که حال بیمار علی‌رغم اقدامات انجام‌شده روبه وخامت می‌گذارد تقاضای ترخیص او را دارند و از پزشک می‌خواهند در صورت ایست قلبی‌تنفسی، عملیات احیا انجام نشود. اگر شما پزشک معالج باشید چه تصمیمی می‌گیرید؟

۱. دیدگاه اخلاقی

تصمیم درباره‌ی قطع، آغازنکردن یا ادامه‌ی درمان نگه‌دارنده‌ی حیات، مثل جنبه‌های دیگر پزشکی به بررسی اخلاقی نیاز دارد. وقتی از پزشکان درخواست می‌شود برای انجام و ادامه‌ی مداخلاتی که می‌دانند سودی ندارند یا سود اندکی دارند اقدام کنند، احساس می‌کنند قادر به رعایت اصول تعهدات حرفه‌ای همچون: ضررنرساندن نیستند.

1. Emphysema
2. Neuropathy
3. Nephropathy

اختلاف‌نظر بین افراد در این خصوص، موجب ایجاد تعارضاتی می‌شود. ارائه‌دهندگان خدمات سلامت هر روز با چنین تعارضاتی روبه‌رو می‌شوند. یکی از مشکل‌ترین تعارض‌ها، رویارویی پزشکان با موقعیت‌های مربوط به درمان‌های غیرمؤثر بر حفظ حیات بیمار و تعارض با اعضای خانواده هنگام قطع یا آغازنکردن این درمان‌هاست.

۲. حقیقت‌گویی

یکی از مسائل و چالش‌های اخلاقی در مراقبت بیماران انتهایی، گفتن حقیقت به بیمار و وابستگان است. حقیقت‌گویی عبارت است از ارائه‌ی اطلاعات لازم به بیمار که می‌تواند برای اتخاذ تصمیم‌های آگاهانه در خصوص اقدامات درمانی و پزشکی و سایر جنبه‌های زندگی به بیمار کمک کرده و او را از وضعیت موجود آگاه سازد. اگرچه حقیقت‌گویی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر ایجاد اعتماد در رابطه‌ی پزشک و بیمار مطرح است، بعضی معتقدند که در بیان حقایق مربوط به بیماری‌های صعب‌العلاج یا مرگ‌بار به بیماران باید احتیاط کرد و در مواقعی که احتمال آسیب روحی برای بیمار وجود دارد از انتقال کامل اطلاعات خودداری کرد؛ اما بعضی دیگر بر این باورند به دلیل اینکه حقیقت‌گویی امری پسندیده است و منافع آن از کتمان حقیقت بیشتر است باید حقایق مربوط به بیماری و وضعیت بیمار به اطلاع او رسانده شود. از طرف دیگر، قاعدتاً بیمار برای اتخاذ تصمیم‌های آگاهانه به دریافت اطلاعات نیاز دارد. در ضمن، در جریان بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج، بیمار ممکن است از طریق افراد دیگری غیر از پزشک خود به حقایق بیماری پی ببرد و این باعث کاهش اعتماد به پزشک می‌شود.

البته یکی از عوامل مؤثر بر حقیقت‌گویی پزشک شرایط فرهنگی و اجتماعی است. در جوامعی که پزشکی بیشتر بر دیدگاه بیمارمحور استوار است و اطلاع بیمار از وضعیت بیماری به‌عنوان حق او تلقی می‌شود، پزشکان بیشتر در این امر آموزش می‌بینند و برای افشای حقایق می‌کوشد؛ اما در جوامعی که دیدگاه پدرسالارانه در رابطه‌ی پزشک و بیمار حاکم است، تمایل و آموزش پزشکان در بیان حقایق کمتر است و افشای بخش‌های مهمی از اطلاعات و چگونگی افشای آن نیز با صلاحدید آن‌ها انجام می‌شود. به‌گونه‌ای که حتی بدون آگاهی بیمار، اطلاعات لازم تنها در اختیار وابستگان نزدیک او قرار می‌گیرد (۲، ۳، ۴).

۳. تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین

در نظام‌های ارائه‌ی مراقبت‌های سلامت بیمارمحور، براساس تفکر احترام به استقلال فردی، مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های درمانی بسیار مهم است. چنانچه بیمار دارای ظرفیت تصمیم‌گیری باشد، بعد از دریافت اطلاعات و پیشنهادهای پزشک، خواسته و نظر خود را بیان می‌کند. در مواقعی که بیمار فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری است، وجود تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین می‌تواند کمک‌کننده باشد؛ زیرا برخی مواقع ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت با شرایطی روبه‌رو می‌شوند که خواست بیمار مشخص نیست و کسی نیز برای تصمیم‌گیری به جای بیمارِ فاقد ظرفیت وجود ندارد، مخصوصاً در مواردی که ادامه‌ی حیات بیمار مطرح است اتخاذ تصمیم برای آنان بسیار مشکل

است و منجر به نگرانی شدید آن‌ها از لحاظ اخلاقی می‌شود. در بسیاری مواقع، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌توانند بیمارانی را که در معرض خطر کاهش ظرفیت تصمیم‌گیری هستند، بشناسند. همچنین، آن‌ها قادر هستند بیمارانی را که در تضاد با خانواده بوده و احتمالاً در تصمیم‌گیری‌های آینده دچار مشکل خواهند شد، تشخیص دهند.

تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین، می‌تواند نماینده‌ی قانونی فرد، عامل ارائه‌ی خدمات سلامت، همسر، فرزندان بالغ، خواهران یا برادران بالغ بیمار باشند. تصمیم‌گیرندگان جایگزین معمولاً سعی می‌کنند به آنچه بیمار می‌خواهد توجه کنند؛ درحالی‌که واقعاً تمایلات خود را در نظر می‌گیرند. پژوهش‌ها ثابت کرده است که اعضای خانواده به‌سختی می‌توانند به ترجیحات افراد مورد علاقه‌ی خود را نسبت به درمان‌های حفظ‌کننده‌ی حیات توجه کنند (۵و۶).

تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین باید فرد یا افرادی باشند که بیشترین آگاهی را از خواسته‌های بیمار یا ارزش‌ها و باورهای او در موقعیت جدید داشته باشند. به‌طور کلی، وابستگان بیمار به‌عنوان تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین ترجیح داده می‌شوند؛ چراکه آن‌ها به اندازه‌ی کافی بیمار را می‌شناسند؛ البته گاهی ممکن است بیمار از همسر، والدین، فرزندان یا خواهر و برادرها دور باشد؛ ولی یك دوست تمایلات و علایق بیمار را بهتر بشناسد. گاهی تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین در دسترس نیست یا به نظر می‌رسد تصمیم گرفته‌شده با ترجیحات بیان‌شده‌ی قبلی بیمار یا منافع او در تعارض است؛ در این مواقع، باید تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین توسط یك مرجع قانونی تعیین شود.

تصمیم‌گیری توسط فرد جایگزین به این معنی نیست که اگر آن‌ها جای بیمار بودند، می‌خواستند چگونه درمان شوند، بلکه به این معنی است که جایگزین تعیین کند اگر بیمار در این شرایط قادر به تصمیم‌گیری و اظهارنظر بود، احتمالاً چه روش درمانی را انتخاب می‌کرد (۶). این مسأله بسیار مهم است و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باید اطمینان داشته باشند که جایگزین نقش خود را درك می‌کند. تصمیم باید براساس عوامل زیر گرفته شود:

الف. خواسته‌های خاص بیمار که قبلاً توسط او بیان شده‌اند.

ب. اگر خواسته‌های بیمار شناخته‌شده نیست، ارزش‌ها و باورهای بیمار مشخص شود.

ج. اگر خواسته‌های خاص بیمار و ارزش‌ها و باورهای او شناخته‌شده نیست، منافع او مشخص شود (البته از منظر معارف اسلامی، مصالح بیمار ارجحیت دارد).

حرفه‌مندان خدمات سلامت باید تصمیم‌گیرندگان جایگزین را درباره‌ی بررسی منافع بیمار یا خواسته و باورهای او راهنمایی کنند. اگر آن‌ها تشخیص دهند که تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین، انتخابی مشخصاً متفاوت با بیمار دارد، با موقعیتی دشوار روبه‌رو هستند و باید در جست‌وجوی نظر همکاران، مشاوران اخلاق یا دیدگاه قانونی موجود باشند (۷، ۸، ۹).

۴. درمان‌های طولانی‌کننده‌ی حیات و درمان‌های بیهوده (بی‌فایده یا بی‌نتیجه)

افزایش دستیابی به فناوری‌های حمایت‌کننده و حفظ‌کننده‌ی حیات (مثل تهویه‌ی مکانیکی) به

ایـن معنی اسـت که علم پزشـکی می‌توانـد مرگ را بـرای مدت کوتاهی به تأخیر اندازد؛ اما قادر نیسـت بیمـار را عـلاج کند یـا فراینـد فیزیولوژیـک مرگ را برگردانـد. بنابرایـن، یکـی از چالش‌هـای مهمی که پزشکان با آن روبه‌رو هسـتند تصمیم‌گیری درباره‌ی روند ادامـه‌ی درمان‌های بیماران انتهایی و بیمارانی اسـت که به مراحـل صعب‌العلاج یا لاعـلاج بیماری خود رسـیده‌اند؛ ازاین‌رو، اغلـب بیهودگی درمان در زمانـی مطرح می‌شـود کـه درمان به‌صـورت ارائه‌ی درمان‌هایی اسـت کـه پیش‌آگهی بیمـاری را بهبود نمی‌دهند یا بقـای بیمار را افزایش نمی‌دهند (۱۰). درمان بیهوده از گذشته‌های دور در علم طب مطرح بوده اسـت. بقراط یکی از اهداف درمانی را تخفیف رنـج و درد فـردی که بیمـاری بر او غلبه کرده اسـت می‌دانـد و یکی از وظایف پزشـکان را پرهیز از درمان بیمـاران مغلـوب بیماری ذکـر می‌کنـد (۱۱)؛ البته تعریف دقیق بیهودگی درمان مشکل است.

درمان بیهوده همواره باید براسـاس یک مداخله‌ی خاص و نتیجه‌ی حاصل از آن بررسـی شود. در سال ۱۹۹۰، اشـنایدرمن[1] و همکارانـش، لـزوم بررسـی مداخـلات پزشـکی و منافـع آن را مطـرح کرده‌اند. آن‌ها معتقد بودند که هدف درمان پزشکی اثرگذاری بر قسمتی از آناتومی، فیزیولوژی یا شیمی بدن بیمار نیسـت؛ بلکـه هدف منافـع بیمار به‌عنـوان یک کل است (۱۲). همچنین درمان بیهوده باید در زمینه‌ی اسـتانداردهای مراقبتـی تعریف شـود و حتی تأمین کمتریـن منافـع کیفی و کمـی ممکن بـرای بیمار، می‌تواند در دایره‌ی اهداف فعالیت‌های پزشکی قرار گیرد (۱۳).

بدین‌لحاظ دو نوع بیهودگی کمّی و کیفی را مطرح کردند. بیهودگی کمّی به این معنی اسـت که از نظر آماری، شـانس دسـتیابی به هدف (پاسخ به درمان) وجود دارد، ولی چنین نتیجه‌ای بسـیار غیرمحتمل اسـت و از نظـر کلی حاصل نخواهد شـد. پزشـکان درباره‌ی آسـتانه‌ی بیهودگی کمّـی اتفاق‌نظر ندارند (۱۴). مقاله‌هـای انتشـاریافته در ایـن زمینـه کـم هسـتند و متغیرهایی مانند شـدت بیمـاری یا دیگر مشکلات پزشکی همراه را نمی‌توان مدنظر قرار داد. بیهودگی کیفی، طبق نظر اشنایدرمن و همکارانش، شامل مداخله‌ای است که ممکن است شانس خوبی برای ایجاد اثری خاص داشـته باشد، اما اثر آن نفعی برای بیمار ندارد؛ البته دراین باب، مشـکل این است که منفعت بیمار، مفهومی با بار ارزشی است و ممکن اسـت ارزش‌هـای بیمـاران بـا ارزش‌های پزشـکان یکسـان نباشـد (۱۵)؛ به عنوان مثال اشـنایدرمن و همکارانش، بـا درنظرگرفتن بیمارانی کـه به مانیتور مـداوم، حمایت تنفسـی و مراقبت ویژه‌ی پرسـتاری نیاز دارند، درمی‌یابند که گاهی هدف ارزشـمند این بیماران، ادامـه‌ی زندگی برای خداحافظی با یکی از بسـتگان اسـت و قضاوت درباره‌ی اعتبار این هدف به شفقت پزشـک برمی‌گردد. بسیاری این دیدگاه را نوعی از دیدگاه‌های نپذیرفتنی پدرسالاری می‌دانند. از سـوی دیگر اقـدام به درمان بیهـوده و انجام‌دادن درمان‌های دارای عوارض فراوان برای بیمار در پایان زندگی‌اش نگران‌کننده اسـت؛ اما تعریف دقیق آن، همچنان مشکل است.

1. Schneiderman

۵. عوامل بروز تعارض در برخورد با درمان‌های بیهوده (بی‌فایده یا بی‌نتیجه)

۵- ۱. بیماران و بستگان

بروز تعارضات در برخورد با درمان‌های بیهوده نتیجه‌ی ارتباط ضعیف بین بیماران و بستگان آن‌ها و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت و شرایطی است که در مراکز ارائه‌ی خدمات مراقبت اورژانسی وجود دارد؛ برای مثال، گاهی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت اهداف درمانی مدنظر بیمار یا همراهان او را نمی‌شناسند و بنابراین در بحث‌هایی که با بیماران و خانواده‌ی آن‌ها دارند بیشتر بر مداخلات درمانی خاص تأکید دارند تا اهداف این مداخلات که ممکن است به آن دست پیدا نکنند.

پزشکان باید به روشن‌شدن اهداف بیماران کمک کنند و سپس درمان‌هایی را انتخاب کنند که آنان را در دستیابی به این اهداف یاری رسانند. به عبارت دیگر، اگر هدف بیمار افزایش طول عمر بدون توجه به کیفیت زندگی است، مداخله‌ی تهاجمی ممکن است اصلاً بیهوده نباشد. گاهی مشکل‌ترین وظیفه‌ی پزشک این است که به بیمار و خانواده‌اش کمک کند تا هدف درمانی را مشخص کنند؛ اما ممکن است تعیین هدف درمانی امکان نداشته باشد. گاهی بیماران یا خانواده‌ی آنان به‌طور غیرمعقولی متقاضی انجام مراقبتی خاص برای بیمار هستند؛ زیرا آن‌ها واقعیت‌های بالینی را نمی‌دانند. سردرگمی، یکی دیگر از دلایلی است که باعث می‌شود بیماران و خانواده‌های آنان درمان‌هایی را درخواست کنند که به نظر پزشکان بیهوده هستند. طبق شواهد موجود، پزشکان درباره‌ی درمان‌های بیهوده توافقی ندارند؛ بنابراین، بیمار یا خانواده‌ی او بعد از اینکه با پزشکان مختلف صحبت می‌کنند کاملاً سردرگم می‌شوند؛ زیرا هر یک از پزشکان درباره‌ی درمان بیهوده تفکر خاصی دارند. در مراکز پزشکی بزرگ، بیماران اغلب توسط مشاوران متخصص متعدد ویزیت می‌شوند که هر یک در زمینه‌ای مشخص تخصص دارند و ممکن است اطلاعاتی بدهند که در آن به پیش‌آگهی کلی بیمار خوب توجه نکرده باشند. مهم‌ترین راهکار حل تعارضات ایجادشده در مراقبت‌های پایان حیات این است که به همه‌ی افرادی که درگیر مراقبت بیمار هستند کمک شود تا با درک مشترکی از پیش‌آگهی واقعی بیماری عمل کنند و اهداف بیمار و خانواده را که دست‌یافتنی است در کانون توجه قرار دهند (۱۵). در مواقعی هم درخواست درمان‌های بیهوده ناشی از بی‌اعتمادی است؛ البته ممکن است در این زمینه عوامل فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی نیز بر برداشت‌ها و نگرش‌ها تأثیر بگذارد.

۵- ۲. پزشکان

پیشرفت‌های تکنولوژی پزشکی باعث شده است که تقریباً برای هر نوع نارسایی در ارگان‌ها بتوان مداخله‌ای مؤثر اعمال کرد؛ اما تقاضاهای بیماران و خانواده‌ی آنان و ترس از شکایت، منجر به بی‌توجهی دوباره به مفهوم درمان بیهوده در دهه‌های اخیر شده است و این در حالی است که پزشکان، بیماران، متخصصان اخلاق و اعضای خانواده‌ی بیماران متوجه می‌شوند که مداخلات انجام‌شده وضعیت بیماری و روند مرگ را تغییر نمی‌دهند؛ ازاین‌رو، تدوین دستورالعمل در حوزه‌ی درمان بیهوده، برای تغییر اهداف مراقبتی لازم است. با توجه به نبود منافع درمانی و حتی ایجاد ضرر، توجه به

اصل احترام به اختیار بیمار یا نظرتصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین، می‌توانند راهکارهای مناسبی در توجیه اخلاقی عدم به‌کارگیری درمان‌های بیهوده باشند. برخی مواقع، به اتونومی پزشک برای تجویز مداخلاتی که بیهوده تلقی می‌شوند، توجه نمی‌شود. از طرف دیگر، عدالت توزیعی نیز از نظر اخلاقی مهم است. منابع محدود باید در اختیار کسانی قرار بگیرد که از آن سود می‌برند و پزشکان نباید مداخلاتی را به کار گیرند یا ادامه دهند که منافعی برای بیمار ندارد (۱۶).

همه‌ی مطالعات یافته‌هایی را نشان می‌دهند که طبیعت پیچیده و وابسته به زمینه‌های اجتماعی در این تصمیمات را به ما یادآوری می‌کند و بر این امر تأکید می‌کند که در مراقبت‌های پایان حیات، صلاحیت، تعاون و همکاری، جامعیت و تعهد مراکز ارائه‌ی خدمات، تعهد ارائه‌دهندگان خدمات و خانواده‌ی بیمار ضروری هستند. آموزش همه‌ی افراد دخیل و ارتباط بین آن‌ها در مراقبت، از مهم‌ترین موضوعاتی هستند که باید بهبود یابند. راحتی جسمانی بیمار، توجه به عقاید مذهبی و سلامت روانی او، دسترسی بیمار و خانواده‌اش به اطلاعات، کنترل تصمیم‌های درمانی، سلامت روانی و معنوی و اجتماعی خانواده‌ی بیمار، ادامه‌ی مراقبت‌ها توسط ارائه‌دهندگان خدمات و مراکز مربوط و تعدیل احساسات خانواده پس از مرگ بیمار از عوامل کلیدی بهبود اثربخشی مراقبت‌ها هستند.

مطالعات متعدد در باب قطع درمان‌های بیهوده نشان می‌دهد که نظرات ارائه‌دهندگان این خدمات بسیار متفاوت است. موافقت بیشتر پاسخ‌دهندگان با قطع درمان‌های نگه‌دارنده و شروع درمان‌های تسکینی یا مواردی که قطع درمان‌های طولانی‌کننده‌ی حیات منجر به نجات جان فرد دیگری می‌شود، تأییدی بر تفاوت اخلاقی میان این انواع اتانازی است. به نظر می‌رسد در این حوزه به کاری جدی‌تر و تدوین راهنماهای عملی روشن و شفاف نیازمند هستیم تا جامعه‌ی بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت از سردرگمی در این باره رهایی یابند؛ زیرا از منظر اخلاقی، قطع‌کردن یا ادامه‌ندادن درمان‌های حمایتی زندگی، با خودکشی به کمك پزشك و اتانازی تفاوت‌هایی دارند.

۶. اتانازی

در حال حاضر، چارچوبی اخلاقی که بتواند به‌سادگی و بدون ابهام در جهت تصمیم‌گیری برای ادامه‌نیافتن درمان‌های حفظ‌کننده‌ی حیات به کار گرفته شود وجود ندارد. حتی در مواردی، بهترین تلاش‌ها و عاقلانه‌ترین تصمیم‌ها از نظر اخلاقی، مشکل‌ساز و از نظر احساسی غیرانسانی به نظر می‌رسند. تصمیماتی که در زمینه‌ی حفظ یا کوتاه‌کردن زندگی بیمار باید اتخاذ شوند، موضوعات اخلاقی بسیار زیادی را به دنبال دارند؛ از جمله مهم‌ترین آن‌ها، موضوع اتانازی[1] است. در دهه‌های ۱۹۶۰و۱۹۷۰، تشخیص بین اتانازی فعال[2] و غیرفعال[3] مطرح بود؛ استفاده‌نکردن از درمان‌های نگه‌دارنده‌ی حیات، به‌صورت توقف آن‌ها یا شروع‌نکردن این درمان‌ها، به‌عنوان اتانازی غیرفعال شناخته می‌شد. با توجه به اینکه با استفاده از اصطلاح اتانازی، به‌سرعت اتانازی فعال به ذهن

1. Euthansia
2. Active Euthanasia
3. Passive Euthanasia

متبادر می‌شود، بهتر است درباره‌ی ادامه‌نیافتن درمان‌های نگه‌دارنده‌ی حیات، اصطلاح اتانازی غیرفعال به کار نرود (۱۶).

اتانازی از دو واژه‌ی یونانی، eu به معنای خوب و Thanatos به معنای مرگ تشکیل شده است؛ بنابراین، اتانازی به معنای «به‌مرگی» و «مرگ راحت» ترجمه می‌شود. لغت‌نامه‌ی اکسفورد اتانازی را مرگی آرام و آسان ترجمه کرده است (۱۷).

انجمن جهانی پزشکی[1] اتانازی یا قتل با رضایت مقتول را چنین تعریف کرده است: «اتانازی اجرای آگاهانه و عمدی عملی است که به‌طور آشکار قصد خاتمه‌دادن به زندگی فرد دیگری را دارد و دربرگیرنده‌ی عناصر زیر است: فرد، بیمار صلاحیت‌دار و مطلع از بیماری لاعلاج خود است که به‌صورت داوطلبانه خواستار خاتمه‌ی زندگی خود شده و عامل قتل کاملاً به شرایط و تمایل فرد بیمار به مرگ، آگاه است و پزشک عمل کشتن یا تسریع مرگ او را با هدف اولیه‌ی خاتمه‌ی زندگی او انجام می‌دهد. این عمل با دلسوزی و بدون نفع شخصی بر عهده گرفته می‌شود» (۱۸). در اینجا به یکی از تعاریف جامع اتانازی که در منابع به آن توجه شده است، اشاره می‌شود (۱۹):

اتانازی فعال تزریق عمدی دارو یا انجام‌دادن عمدی اقداماتی است که منجر به مرگ بیمار شود. درصورتی‌که این اقدامات با درخواست صریح و رضایت آگاهانه و آزادانه‌ی بیمار انجام شود، اتانازی فعال داوطلبانه[2] و در صورت عدم صلاحیت و ظرفیت بیمار و عدم رضایت بیمار، اتانازی فعال غیرداوطلبانه[3] نامیده می‌شود. مسلماً در حالت داوطلبانه، بیمار و پزشک هر دو قصد خاتمه‌دادن به زندگی را دارند و در حالت غیرداوطلبانه پزشک یا تیم پزشکی، کمیته‌ی اخلاق پزشکی و خانواده‌ی بیمار یا قاضی برای انجام این اقدامات تصمیم‌گیری می‌کنند. اگر با وجود صلاحیت بیمار برای تصمیم‌گیری، بدون درخواست او تزریق عمدی دارو یا اقدامات عمدی منجر به مرگ بیمار صورت گیرد، اتانازی فعال اجباری[4] نامیده می‌شود. تمام متخصصان اخلاق این نوع اتانازی را معادل قتل محسوب می‌کنند و آن را مجاز نمی‌دانند.

اتانازی غیرفعال، شروع‌نکردن درمان یا درمان‌های لازم برای ادامه‌ی زندگی بیمار است. چنانچه بیمار خود از این درمان‌ها امتناع کند «اتانازی غیرفعال داوطلبانه» نامیده می‌شود. درصورتی‌که بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری را ندارد و شروع‌نکردن درمان‌ها یا قطع درمان‌های طولانی‌کننده و حفظ‌کننده‌ی حیات بر طبق مستندات پزشکی، با صلاحدید پزشک یا درخواست خانواده‌ی بیمار انجام شود، «اتانازی غیرفعال غیرداوطلبانه» نام دارد.

طبق تعاریف اتانازی، باید چند عامل وجود داشته باشد که بتوان عمل انجام‌شده را اتانازی دانست: یکی شخص انجام‌دهنده‌ی عمل اتانازی، دوم درخواست و رضایت فرد، سوم وجود درد کشنده و بیماری درمان‌ناپذیر و چهارم خیرخواهی و شفقت نسبت به درخواست‌کننده از عوامل شکل‌گیری اتانازی هستند. از نظر برخی فلاسفه‌ی اخلاق،

1. World Medical Association (WMA)
2. Voluntary Euthanasia
3. Non-Voluntary
4. Involuntary Active Euthanasia

اتانازی فعال و غیرفعال متفاوت هستند. نوع غیرفعال اتانازی پذیرفته‌شده است؛ زیرا بین کشتن یک فرد و انجام‌ندادن اقدامات زنده‌نگه‌دارنده‌ی او تفاوت وجود دارد. در واقع، کسی حق ندارد دیگری را بکشد ولی زنده نگه‌داشتن افراد تکلیف نیست (۲۰).

۷. وصیت پزشکی

در بعضی جوامع، در صورت عدم صلاحیت بیمار، ابزارهایی برای تصمیم‌گیری در نظر گرفته شده است که منجر به حفظ و احترام به استقلال فردی بیمار می‌شود. یکی از این ابزارها (خواسته‌ی قبلی) وصایای پزشکی نام دارد. راهکارهای قانونی مانند «خواسته‌ی قبلی بیمار»[1] روند تصمیم‌گیری را تسهیل می‌کند. واژه‌ی خواسته‌ی قبلی به‌معنای وصایای شفاهی یا کتبی فرد، درباره‌ی خواسته‌ها و آرزوهایش برای اقدامات طبی در آینده است و زمانی به‌کار می‌رود که دیگر فرد قادر به تصمیم‌گیری یا ابراز آن نیست. در این معنا در برخی کشورها، سه شیوه وجود دارد:

- اول، «وصیت زمان حیات»[2] که شامل وصیتی کتبی است که طی آن فرد نظر ترجیحی‌اش را برای استفاده از خدمات حمایت‌کننده از حیات، در زمانی که مراحل انتهایی بیماری را می‌گذراند، بیان می‌کند؛ مثلاً وصیت فرد مبنی بر عدم احیای قلبی‌ریوی در صورت توقف قلبی‌تنفسی.
- دوم، «وکالت مراقبت‌های سلامت»[3] که به معنای دادن وکالت قانونی و معتبر به فردی دیگر برای تصمیم‌گیری در امور مرتبط با سلامت است.
- سوم، «وکالت‌نامه‌ی دائمی»[4] که از دو نوع قبلی وسیع‌تر است و وکیل فرد حتی امور مالی و بانکی او را در دورانی که ظرفیت تصمیم‌گیری را از دست داده است به عهده می‌گیرد (۲۱)؛ البته با وجود حرکتی که در دنیای پزشکی به سوی توجه به خواست بیمار صورت گرفته است، هنوز حوزه‌ی مراقبت‌های پایان حیات و تصمیم‌گیری درباره‌ی آن بیشتر متعلق به پزشکان یا اعضای خانواده است.

در جوامع کنونی براساس فرهنگ، رسوم و مذاهب مختلف، مسأله‌ی استفاده از وصیت‌نامه‌ی پزشکی موضوعی بحث‌برانگیز است. افراد مورد علاقه‌ی بیمار ممکن است با محتوای توصیه‌نامه مخالفت کنند و معتقد باشند که نظر بیمار تغییر کرده است یا معتقد باشند که او اشتباه کرده است. امکان دارد عدم توافق‌ها به علت تفسیرهای متفاوت مستندات درمانی بیمار باشد. در این موقعیت، تأکید تصمیم‌گیرندگان بر آنچه بیمار می‌خواسته و اینکه چرا توصیه‌نامه نوشته شده است، کمک‌کننده است؛ اگرچه بهترین راه، همفکری در همه‌ی مسائل مخصوصاً درباره‌ی درمان‌های حفظ حیات است.

۸. دیدگاه حقوقی

اکثر نظام‌های قانونی، بین کارهایی که از روی قصد منجر به مرگ می‌شوند و اجازه‌دادن غیرفعال رخداد فرایند طبیعی مرگ، تفاوت قائل هستند. معمولاً قتل غیرعمد وقتی است که وظیفه‌ای قانونی بر حفظ حیات وجود داشته باشد. به‌هرحال،

1. Advance Directive
2. Living will
3. Health Care Proxy
4. Durable Power of Attorney

اگرچه پزشکان باید مراقبت‌های لازم را برای ادامه‌ی حیات بیمارشـان ارائـه دهند، معمولاً ملزم نیسـتند درمان‌هایـی انجـام دهنـد کـه برای حفظ سـلامت بیماران یا هوشـیاری آن‌ها بیهوده یـا غیرمؤثر تلقی می‌شوند.

تعـداد کمـی از مجامـع قضایی به پزشـکان اجازه داده‌اند که با درخواست‌های بیماران دارای ظرفیت، بـرای تخفیـف درد تحمل‌ناپذیـر از طریـق خاتمه‌ی زندگـی اقـدام کننـد. هلند از نظر پزشـکی پیشـرو القای مرگ است که البته محدود به بیماران انتهایی نیسـت (۱۳). این اقدامات از طریـق مجموعه‌ای از قواعـد دادگاهی در دهـه‌ی ۱۹۶۰ و قوانین مصوب در سـال ۲۰۰۰ انجام شـده اسـت. در ایالت اورگون آمریـکا و بلژیک بـرای ایجاد شـرایطی که پزشـکان بتواننـد درخواسـت‌های بیمـاران دارای ظرفیـت را بـرای انجام مداخـلات القای مـرگ بپذیرند، قوانین بازنگری شده‌اند. مشاوره برای خودکشی و کمک به آن، در اکثر مجامع قضایی، جرم محسـوب می‌شود. از نظر قانونی در بسیاری از کشورها، اتانازی و کمک به خودکشـی غیرقانونی اسـت و در بسیاری محاکم محکومیت زندان دارد (۱۳).

طبـق قانون مجازات اسـلامی در کشـور مـا، برای انجام اقدامـات درمانی یا جراحـی، رضایت بیمار یا نماینـدگان قانونی او لازم اسـت. برای افـراد نابالغ، پدر یا پدر بزرگ به‌عنـوان تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین در نظـر گرفته می‌شـوند؛ امـا در قانون مـا درباره‌ی فـرد فاقـد اهلیـت توضیحـی وجـود نـدارد. طبـق رویـه‌ی قضایـی ایران، اگـر فرد فاقـد اهلیت کودک باشـد پدر یا جد پدری، تصمیم‌گیرنـده‌ی جایگزین او می‌شـوند و اگر فـرد فاقد اهلیت بالغ باشـد، قیّم و تصمیم‌گیرنـده‌ی جایگزیـن بایـد از سـوی دادگاه تعیین شـود. در ضمن، بیمار نمی‌تواند از قبل، برای مواقعی که اهلیت خود را از دست خواهد داد، فردی را به‌عنـوان تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزیـن تعیین کند؛ زیـرا با ازبین‌رفتن اهلیت، طبـق قانون ایران، وکالت او نیز فسخ خواهد شـد و امکان وکالت دائمی وجود ندارد (۲۲).

۹. دیدگاه فقهی

از منظر اسـلامی حیـات ارزش و قداسـت ویژه‌ای دارد؛ چراکه موهبتی الهی اسـت که تنها با خواست و قـدرت لایزال او به انسـان عطا شـده اسـت و تنها بـا خواسـت و اراده‌ی او خاتمـه می‌یابـد؛ ازایـن‌رو، انسـان مجاز بـه خاتمه‌ی حیات بـا اراده‌ی خود یا با درخواست از دیگری نیست. بنابراین، هم بیمار و هم پزشک برای حفظ زندگی مسئول هستند و باید تمام تـلاش خود را برای حفظ حیات بیمـار به کار بندند. در آیه‌ی ۱۴۵ سـوره‌ی آل‌عمـران می‌خوانیم: «هیچ نفسـی جز به فرمان خدا نمی‌میرد و خداوند مرگ را به‌عنوان سرنوشـتی معین مقرر کرده اسـت و هر که پـاداش این دنیا را بخواهد بـه او می‌دهیم و به‌زودی سپاسـگزاران را پاداش خواهیم داد.» برخی علمای مسـلمان معتقدند که بـرای تصمیم‌گیـری درباره‌ی ادامـه‌ی درمان‌هایـی کـه زندگـی بیمـار را طولانی می‌سـازد، می‌توان نظر پزشک و خانواده را در کانون توجه قرار داد (۱۹، ۲۱).

با استناد به قاعده‌ی لاضرر و لاضرار، منافع درمانی برای بیماری که در مراحل انتهایی زندگی اسـت و با درمان‌هـای موردنظر شـفایافتنی نیسـت، در مقابل مضـاری که ایـن درمان‌ها بـرای جامعـه، خانواده و

بعضاً برای خود بیمار دارد قابل سنجش و بررسی است. مسلماً شروع‌نکردن مداخلات درمانی، هنگام پیشرفت سیر طبیعی مرگ با اتانازی فعال و کمک به خودکشی متفاوت است. چون هنگامی که سیر بیماری به‌گونه‌ای است که بیمار در مراحل پیشرفت طبیعی روند مرگ قرار می‌گیرد، پذیرش مرگ که آن نیز مشیت و خواست پروردگار است اجتناب‌ناپذیر است؛ لذا انجام‌ندادن اقداماتی که به لحاظ دانسته‌های پزشکی بیهوده تلقی می‌شود و نجات‌دهنده‌ی بیمار نیستند و نمی‌توانند روند مرگ را متوقف کنند (و فقط روند مرگ را طولانی‌تر می‌کنند)، مجاز شمرده می‌شود (۱۹، ۲۱).

از طرف دیگر، از منظر اسلامی طولانی‌شدن دوره‌ی احتضار نیز پذیرفته نیست و پزشک نباید تنها با ادامه‌ی درمان‌های حمایتی احتضار بیمار را طولانی کند و روند مرگ طبیعی را متوقف سازد؛ درحالی‌که هیچ امیدی به بهبودی نیست و بیمار و خانواده‌ی او نیز در رنج و عذاب به سر می‌برند (۲۰)؛ اما افتراق موارد و تشخیص بیهودگی درمان بسیار مشکل است و به بررسی توسط یك گروه تخصصی نیاز دارد؛ چراکه تمام لحظات حیات انسان باارزش هستند و چه‌بسا که در تحول و کمال انسان تأثیری شگرف داشته باشند. بنابراین، در مواردی که بیمار در مراحل انتهایی حیات است ولی انتظار می‌رود که با انجام احیاء قلبی‌ریوی مثلاً یک ماه به زندگی ادامه دهد، نمی‌توان به صِرف پیشرفته‌بودن بیماری و بی‌فایدگی درمان، اقدامات حمایتی و ادامه‌ی حیات را قطع کرد.

تصمیم‌گیری درباره‌ی چگونگی ادامه‌ی درمان‌های حفظ‌کننده‌ی حیات یکی از مشکل‌ترین موارد در حوزه‌ی تصمیم‌سازی‌های پزشکی است. در آموزه‌های دینی، بر درنظرگرفتن مصالح عالیه‌ی بیمار و منافع سلامتی او توسط تصمیم‌گیرندگان جایگزین تأکید شده است؛ اما در موارد عدم قطعیت و ثمربخشی درمان، تأمین منافع سلامتی مشکل و مبهم است؛ بنابراین، توجه به خواسته‌ی بیمار می‌تواند کمکی شایان توجه به حل تعارضات و دوراهه‌های اخلاقی درباره‌ی درمان‌های حفظ حیات بکند.

۱۰. جمع‌بندی

موضوعات اخلاقی مطرح در تصمیمات مربوط به مراقبت‌های پایان حیات، به این جهت که در رابطه با شرط حیات فرد هستند، بسیار غامض و درخور توجه هستند. یکی از مشکل‌ترین موقعیت‌های تصمیم‌گیری، رویارویی پزشکان با موقعیت‌های مربوط به درمان‌های مؤثر بر حفظ حیات بیمار و تعارض با اعضای خانواده هنگام قطع یا آغازنکردن این درمان‌هاست. از مهم‌ترین مسائلی که در اتخاذ تصمیمات اخلاقی در این مراقبت‌ها مطرح هستند، می‌توان به ارائه‌ی اطلاعات کافی و مناسب درباره‌ی بیماری فرد به خود بیمار و وابستگانش اشاره کرد؛ علاوه‌براین، چگونگی تصمیم‌سازی با توجه به نظرات بیمار، خانواده یا تصمیم‌گیرندگان جایگزین، انتخاب و به‌کارگیری امکانات درمانی پیشرفته توسط گروه درمانی از اهمیتی بسزا برخوردار است. ارتباط صحیح و صادقانه با بیمار می‌تواند زمینه‌ساز برخورداری بیمار و خانواده‌ی او از مراقبت‌های خوب و مؤثر باشد؛ بنابراین، گفتن حقیقت به بیمار در مراحل پایانی زندگی، رضایت گروه درمانی را از

اقدامات خـود بهبـود می‌بخشـد. تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین باید با راهنمایی افراد دخیل در امر مراقبت بیمـار، بتواند همسـو با منافع و خواسـته‌های بیمار اظهارنظر کند. از منظر اسـلامی توجه به خواسته‌ی بیمار، دال بر طولانی‌نشـدن احتضـار اهمیتی ویژه دارد.

بررسـی منافع و سـود و زیان درمان‌های ارائه‌شده توسـط گـروه درمانـی، خصوصـاً در مراحـل پایانی زندگـی می‌توانـد در امر تصمیم‌گیری بـرای ادامه یا قطع درمان‌های حافظ حیات بیمار، تسکین مناسب دردهـا و آلام او و خانواده‌اش، به پزشـکان و مراقبان بیمـار کمکـی شـایان توجه کنـد. دسـتیابی به این هدف با در کانون توجه قراردادن خواسـته‌های بیمار تسهیل می‌شود.

توضیح نمونه‌ها

هـر دو نمونـه، مـواردی از تعارضاتـی اسـت کـه درمانگران و ارائه‌دهندگان خدمات سـلامت روزانه با آن روبه‌رو هسـتند. این تعارض ناشی از اختلاف‌نظر بیـن افـراد در زمینـه‌ی تصمیم‌گیـری بـرای بیمـار اسـت. یکی از اسـترس‌آورترین ایـن موقعیت‌ها هم بـرای خانـواده و هم برای کادر درمانـی، در زمینه‌ی اتخاذ تصمیمـات لازم برای ادامه یا قطع درمان‌های حفظ‌کننـده‌ی حیـات اسـت. در چنیـن مواقعـی، اغلـب بیمار فاقد ظرفیت اسـت؛ بنابرایـن، نزدیکان بیمار خـود را در موقعیـت تصمیم‌گیـری می‌بینند. از طرفـی، اعضای خانـواده در موقعیت احساسـی و ویـژه‌ای در رابطه با فرد نزدیـک و عزیزان خود قرار می‌گیرنـد و می‌خواهند که پزشـکان هـر کاری برای بیمارشـان انجـام دهند؛ زیـرا هم اطلاعـات کاملی از رونـد و پیش‌آگهـی بیمـاری دریافـت نمی‌کنند و هـم گاهی نمی‌تواننـد آن را بپذیرنـد و فکر می‌کنند اگـر کاری برای بیمـار انجام نشـود، بعداً احسـاس گنـاه خواهنـد کـرد. از طـرف دیگـر، پزشـکان و کادر درمانـی تحـت فشـار و اضطراب ازدسـت‌رفتن بیمـار، از اقدامات درمانی و کمک‌هـای خود ناامید هسـتند و از شـکایت و درگیری با قانون و اینکه برای انجام‌نـدادن اقدامـات موجـود متهم شـوند، واهمه دارند؛ ازاین‌رو، تشـخیص جنبه‌های اخلاقی شامل تعهـدات حرفه‌ای، همـدردی، احترام بـه ارزش‌ها و عقاید بیماران و خانواده‌ها (که ممکن اسـت حتی با پزشـک متفاوت باشـند)، ظرفیت، صداقت و تواضع در وهله‌ی اول حائز اهمیت اسـت. تواضع و نقطه‌ی مقابل آن تکبّر، هنگامی که خانواده در زمینه‌ی بیان پیش‌آگهی و توصیه‌ها، به اعتماد به پزشک نیاز دارند، اهمیتی خاص دارد. مسـلماً از منظر اسلامی، تلاش برای حفظ حیات بیمار حائز اهمیت است؛ اما توجه به طولانی‌نشدن احتضار و مصائب خانواده‌ی بیمار باید مدنظر قرار گیرد. در هر دو نمونه‌ی ذکرشده، علی‌رغم آگاهـی پزشـک مبنـی بـر مؤثـر واقع‌نشـدن درمان، لوله‌گذاری تراشه برای بیمار انجام شد و بیمار به بخش مراقبت‌هـای ویژه انتقال یافت؛ ولی بیمار ظرف مدت کمتر از یک هفته به علت نارسـایی چندارگانی و عدم تأثیر درمان‌ها درگذشت.

منابع

۱. کاظمیـان، علیرضا. (۱۳۸۷). «بررسـی نگرش پزشـکان در مورد بیماران ترمینـال». مجله‌ی ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، س۱، ش۲، صص۶۱تا۶۸.

2. Hebert, Philip C. & et al. (1997). “Bioethics for Clinicians: 7. Truth Telling”. CMAJ, 156 (2), P. 225-228.

۳. کاظمیان، علیرضا و علیرضا پارساپور. (۱۳۸۵). «بررسی نظر پزشکان درباره‌ی بیان حقایق مربوط به بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج». فصلنامه‌ی اخلاق در علوم و فناوری؛ ویژه‌نامه‌ی اخلاق پزشکی، پیوست شماره‌ی ۱، صص ۶۱تا۶۷.

4. Mobasher, Mina & et al. (2013). “Ethical Issues in the End of Life Care for Cancer Patients In Iran”. Iranian Journal Public Health, 42 (2), P. 188-196.

5. Uhlmann, Richard F. & et al. (1988). “Physicians’ and Spouses’ Predictions of Elderly Patients’ Resuscitation Preferences”. J Gerontol, 43, P. 115-121.

6. Pearlman, Robert A. & et al. (2005). “Improvements in Advance Care Planning in the VA: Results of a Multifaceted Intervention”. Arch Intern Med, 165, P. 667-674.

7. Lazar, Neil M. & et al. (1996). “Bioethics for Clinicians: 5. Substitute Decision Making”. CMAJ, 155 (10), P.1435-1437.

8. Pearlman, Robert A. (2008). “Substitute Decision Making”, In: The Cambridge Textbook of Bioethics. Cambridge University Press, P 58-65.

9. Mobasher, Mina & et al. (2012). “Key Ethical Issues in Pediatric Research: Islamic Perspective, Iranian Experiences”. Iranian Journal of Pediatrics, 22 (4), P. 435-444.

10. Mohammed Shan & Peter Elizabeth. (2009). “Rituals, Death and the Moral Practice of Medical Futility”. Nurse Ethics, 16 (3), P. 292-302.

11. Lawson, Devon A. (2004). “The Elderly Futility”. Curr AnaesCrit Care, 15, P. 219-223.

12. Schneiderman Lawrence J. & et al. (1990). “Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications”. Ann Int Med, 112 (12), P. 949–954.

13. Brock Dan W. (2004). “Life Sustaining Treatment and Euthanasia”, In: Encyclopedia of Bioethics. New York: Macmillan Reference USA, Gale Group, vol. 2, P. 1410-1420.

14. McCrary, S.Van & et al. (1994). “Physician’s Quantitative Assessments of Medical Futility”. J Clin Ethics, 5, P. 100–105.

15. Youngner Stuart J. (1994). “Applying Futility: Saying No Is Not Enough”. J Am Geriat Soc, 42, P. 887–889.

16. Joseph, Roy. (2011). “Hospital Policy on Medical Futility- Does it Help in Conflict Resolution and Ensuring Good End of Life Care?”. Ann Acad Med Singapore, 40, P, 19-25.

17. Onions CUT. (1998). The Shorter Oxford English Dictionary. Oxford: Clarendon Press.

18. William, John Reynold. (2005). Medical Ethics Manual. France: World Medical Association, P: 58.

۱۹. پارساپور، علیرضا و همکاران. (۱۳۸۷). «اتانازی؛ تبیین موضوع و تحلیل اخلاقی». مجله‌ی ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره‌ی ۱، ش۴، صص۱تا۱۲.

۲۰. اسلامی، حسن. (۱۳۸۵). «حق به‌مرگی از دیدگاه مسیحیت و اسلام». فصلنامه‌ی علمی‌پژوهشی دانشگاه قم، دوره‌ی ۸، ش۱، صص۳۱تا۵۲.

۲۱. زاهدی، فرزانه و همکاران. (۱۳۸۶). «تحلیلی مبتنی بر دیدگاه اسلام در مباحث اخلاقی خاتمه‌ی حیات: مطالعه‌ی موارد بالینی». مجله‌ی دیابت و لیپید؛ ویژه‌نامه‌ی اخلاق پزشکی، دوره‌ی ۷، ش۲۴، صص۲۵تا۳۵.

۲۲. میرزایی، کمیل و همکاران. (۱۳۹۰). «دیدگاه بیماران ایرانی در مورد فرد تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین: چه کسی بهتر تصمیم می‌گیرد؟». مجله‌ی ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره‌ی ۴، ش۲، صص۷۳تا۸۱.

بخش دوم: مراقبت‌های پایان حیات (۲)

معرفی نمونه‌ی اول

آقای «ب» ۷۲ساله به علت سرطان پیشرفته و متاستاتیک ریه در بیمارستان بستری است. از چند روز قبل دچار دردهای شدیدی است. بعد از ویزیت پزشک معالج، پسر بیمار به پزشک مراجعه می‌کند و اظهار می‌دارد که از دردکشیدن پدرش بسیار عذاب می‌کشد و از پزشک می‌خواهد به هر طریق ممکن درمانی برای این وضعیت بیابد. اگر پزشک معالج باشید چه اقداماتی انجام می‌دهید؟

معرفی نمونه‌ی دوم

خانم «ج» ۳۵ساله دچار سرطان پیشرفته‌ی معده است. از چندی قبل دچار درد شدید و گاهی استفراغ‌های کنترل‌ناپذیر است.

بیمـار معتقد اسـت با انجـام شـیمی‌درمانی بدتر می‌شـود؛ ازاین‌رو، حاضر بـه انجام‌دادن مرحله‌ی بعدی شـیمی‌درمانی نیسـت. او از پزشـک معالج می‌خواهـد که چون تا پایـان حیات زمان چندانی نـدارد، شـیمی‌درمانی را قطـع کند و فقـط درد و علائـم او را بـه هر قیمـت و روش ممکـن، کنترل کند. اگر پزشـک معالج باشید چه اقداماتی انجام می‌دهید؟

۱. دیدگاه اخلاقی

چارچـوب اخلاقـی تصمیمات درمانـی در مراحل انتهایـی زندگـی، بایـد بـرای همـه‌ی اشـکال ایـن تصمیمـات و بـرای بیمـاران دارای ظرفیـت یـا فاقد آن کلیت داشـته و بر امـر قضاوت دربـاره‌ی کیفیت زندگی بیمار تأکید داشـته باشد. در واقع، طبق این چارچوب باید مشـخص شـود کیفیت زندگـی بیمار از آنچـه بـوده یا از زندگـی اکثر مردم یا براسـاس هر ارزیابی ارزشـی اجتماعـی، تنزل یافته اسـت. نگاه کلـی ایـن چارچوب اخلاقی این اسـت کـه بیمار یا تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین را باید در سنجش منافع و مضـار درمان‌های ممکن، عدم درمان طبق اهداف و ارزش‌های بیمار، انتخاب درمان‌های در دسـترس یا امتناع از هر درمانی، محق بدانیم. بدین‌لحاظ اصل احترام به استقلال فردی بیمار (اتونومی) و مشارکت او در تصمیمات درمانی در نظام‌های مراقبت سلامت در کانون توجه قرار می‌گیرد.

۲. اتونومی بیمار

مفهوم اتونومی در فلسفه و اخلاق زیستی به‌عنوان ظرفیـت انسـان بـرای خودمختـاری (خودآیینـی) پذیرفتـه شـده اسـت و به دنبـال آن، اصلـی مطرح می‌شـود کـه در آن بایـد بـه اتونومـی افـراد احترام گذاشـت. اتونومـی به‌عنوان ظرفیت اشـخاص، باید از اتونومـی به‌عنـوان یـك خصوصیـت عملکردی و تصمیم‌گیـری افتراق داده شـود. یك فـرد با ظرفیت اتونومـی، ممکـن اسـت غیراتونوم عمـل کند؛ مثل فـردی که تحت فشـاری اسـت و بـه اجبـار کاری را انجام می‌دهد. براساس مفهوم کلی اتونومی، عوامل خارجـی بـر آن تأثیـر گذاشـته و اتونومـی را مختل می‌کنند. در گذشـته اجبار و فریب از عوامل اثرگذار بـر اتونومی بودند؛ اما در دوره‌های جدیدتر، باورها و عقاید مذهبـی و محدودیت‌های طبیعی محیط‌های فیزیکـی و اجتماعی بـا اثرگذاری بـر اتونومی، آن را مختل می‌کنند. حداقل لازم برای احترام به اتونومی این اسـت که فرد مستقل باشد و لازمه‌ی آن آزادی از هر فشار و اجبار و مداخلات مشابه دیگر است (۱).

طبـق نظـر دو نویسـنده‌ی مشـهور آمریکایـی که نظریـه‌ی چهـار اصـل اخـلاق زیسـتی را مطـرح کرده‌انـد، براسـاس اهمیـت آزادی و انتخاب فردی، خودمختـاری و اتونومـی انسـان براسـاس آزادی از کنترل عوامل خارجـی، وجود ظرفیت ذهنی و درک و فهم، قصـد و اراده و ظرفیـت تصمیم‌گیری تعریف می‌شـود (۲). پزشـك ممکن اسـت معتقد باشد که یـك جراحی درمانی برای کاهش درد ناشـی از زخم مؤثـر اسـت، امـا بیمار بـه جراحـی بی‌میل باشـد و درمان دارویـی و محدودیت غذایـی را ترجیح دهد؛ بدین‌ترتیب، چنانچه هر دوره روش درمانی نتیجه‌ی یکسـانی نداشـته باشـد، درنظرنگرفتـن ترجیحات بیمار، احترام‌نگذاشتن به اتونومی او نیست.

در مراکـز ارائـه‌ی خدمـات بالینـی، اغلـب تعیین

اینکه آیا تصمیم بیمار یا تصمیم نماینده‌ی یك بیمار فاقد ظرفیت درباره‌ی درمان خودمختارانه است، بسیار اهمیت دارد. تعیین اینکه آیا عمل یا تصمیم خاصی خودمختارانه است مربوط به این موضوع است که چگونه سه جزء ظرفیت اتونومی (عمل، استدلال و مستقل‌بودن) در فرایند تصمیم‌گیری دخیل می‌شوند. اتونومی دارای درجاتی است؛ زیرا استدلال و منطقی‌بودن دارای درجاتی هستند.

هنوز برای بسیاری افراد، این اصل، ارزش اساسی نیست؛ مثلاً مطالعه‌ای درباره‌ی نگرش مردم چینی‌تبار به تصمیمات پایان حیات نشان داد که آن‌ها به برنامه‌ی مراقبت‌های پیشرفته در مراحل انتهایی زندگی نگرشی متفاوت دارند؛ بنابراین، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت باید با درنظرگرفتن رویکرد بیمارمحور، درباره‌ی اهداف بیمار در تصمیمات پایان حیات بحث کنند. اینکه آیا تصمیم بیمار با رضایت است یا امتناع او خودمختارانه است، بیشتر به توصیف بیمار از تصمیم و دلایل او بستگی دارد (۱). در مطالعه‌ی دیگری در مالزی نشان داده شد، اکثر افراد با اهمیت برنامه‌ریزی در زمینه‌ی مراقبت‌های پزشکی آتی خود موافق هستند؛ اما هنوز احساس می‌کنند که به وجود توصیه‌نامه‌ی کتبی و رسمی پزشکی نیازی ندارند. این وضعیت بیشتر با عقاید مذهبی توضیح داده می‌شود (۳).

پدرسالاری در حوزه‌ی خدمات سلامت، عبارت از این است که درمان بیمار خلاف خواسته‌هایش و براساس آنچه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت متعهدند، انجام شود تا منافع بیماران تأمین شود. بر این اساس است که ارائه‌دهندگان خدمات بهتر می‌دانند چه چیزی برای بیمار خوب است.

پدرسالاری توجیه‌شده، زمانی است که پزشك با امتناع بیمار از درمان‌های اورژانس موافقت نمی‌کند؛ به این دلیل که معتقد است بیمار در صورت درمان‌نشدن به‌طور قطع می‌میرد.

بعضی نویسندگان از مرکزیت و اولویت اتونومی در تصمیم‌گیری پزشکی انتقاد کرده‌اند. آن‌ها معتقدند که تعهد اولیه‌ی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، حفظ و برگرداندن سلامتی است. این ادعا دو جنبه دارد: اول اینکه اگر اتونومی بیمار بر تعهدات حرفه‌مندان پزشکی اولویت داشته باشد، پزشکان و دیگر ارائه‌دهندگان خدمات، تعهدشان را مبنی بر حفظ و برگرداندن سلامت بیماران نقض کرده‌اند؛ مثلاً بیماری که ممکن است از درمانی امتناع کند، زندگی‌اش حفظ نمی‌شود یا از شدت بیماری او جلوگیری نمی‌شود. این تعارضات بین اتونومی و منافع بیمار اغلب توسط مجامع قضایی بررسی می‌شود. دوم اینکه چگونگی به‌کارگیری اصل اتونومی، به ارزش‌ها و ساختار جامعه بستگی دارد. وقتی موضوع تخصیص منابع و مسائل اجتماعی مدنظر قرار می‌گیرد به نظر می‌رسد اتونومی نسبت به مفاهیم اخلاقی دیگر مثل عدالت، انصاف، مساوات و هزینه‌ی اثربخشی، کمتر در کانون توجه متون اخلاق پزشکی قرار گرفته است. این تغییر دید، نشانگر ازدست‌رفتن اهمیت اتونومی در اخلاق زیستی نیست (۱).

۳. کیفیت زندگی و درمان تسکینی

چارچوب اخلاقی تصمیمات درمانی در مراحل انتهایی زندگی، این است که بیمار یا تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین برای سنجش منافع و

مضـار درمان‌های ممکن، عدم درمـان طبق اهداف و ارزش‌های بیمار، انتخاب درمان‌های در دسترس، یـا امتنـاع از هر درمانـی حق دارند؛ لـذا، چارچوب تصمیم‌سـازی کـه اکنون به میـزان زیـادی پذیرفته شـده اسـت، وجه افتراق بین درمان‌هـای متداول و غیرمعمول اسـت. چگونگی انجام‌دادن و به‌کارگیری این جداسازی واضح و مشخص نیست و ممکن است براسـاس تفاوت آماری و میزان اسـتفاده، تهاجمی و غیرتهاجمی‌بودن، فناوری پیشـرفته یا غیرپیشـرفته صـورت گیـرد. در ضمـن، ارزیابـی اثربخشـی و سودمندی اقدامات درمانی نیز در روند تصمیم‌سازی نقشی بسزا خواهد داشت.

درمانی که از نظر آماری متداول است یا با به‌کارگیری فناوری پایین اسـتفاده می‌شـود، ممکن است برای بیمـاری در شـرایط خاص سـودمند باشـد، اما برای بیمـار دیگر در شـرایط دیگر نه‌تنها سـودی نداشـته باشـد که مضر هم باشـد؛ ازاین‌رو، اساسـاً نمی‌توان فهرسـتی از درمان‌های متداول یـا غیرمعمول، تهیه کرد. هر درمانی در شـرایطی ممکن اسـت سودمند باشـد و در شرایطی نباشـد؛ لذا ارزیابی سود و زیان، کاری اساسـی در ارزیابی درمان‌هاسـت که در واقع کیفیت زندگی بیمار را در مراحل پیشـرفته‌ی بیماری تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ البته کیفیت زندگی نیز تنها یك مفهوم پزشـکی نیسـت و باید در زمینه‌ی زندگی هر بیمار تعریف و درك شـود. این بدین معنی اسـت که کیفیت زندگی باید از نقطه‌نظر بیماری که تصمیم می‌گیرد، تعیین شود (۴).

مراقبت تسکینی که به معنای درمان و مراقبت کامل بیمـاران بـا بیمـاری درمان‌نشـدنی، تهدیدکننده‌ی حیات یا پیش‌رونده‌ی مزمن اسـت، در پی دستیابی بـه این هدف اسـت که کیفیت زندگـی بیمار در طی مراحـل بیمـاری تا مـرگ بهتـر باشـد؛ افزون‌براین، مراقبت تسـکینی بـه دنبال کاهش رنـج بیمار تا حد ممکـن و توجـه به جنبه‌هـای اجتماعـی و معنوی و مذهبی بر طبق خواسته‌ی بیمار است. کیفیت بالای مراقبت تسـکینی به دانـش و فرایندهـای عملی در مراقبت بیمار بسـتگی دارد. تـا حدی که امکان دارد این مراقبت در جایی که بیمار می‌خواهد انجام شود.

سازمان جهانی بهداشت، درمان تسکینی را چنین تعریف می‌کند: «مراقبت تسـکینی اقدامی است که کیفیت زندگی بیمار و خانـواده‌ی وی را در رویارویی با مشـکلات همراه با بیماری تهدیدکننده‌ی زندگی، بـا تشـخیص زودرس، ارزیابی کامل و درمـان درد و مشـکلات دیگـر در ابعاد جسـمانی، روانی و معنوی از طریـق جلوگیری یا کاهش رنج بهبود می‌بخشـد» (۵). درمان تسـکینی، مراقبت از خود ارائه‌دهندگان خدمـات را نیز در بر می‌گیرد (۶). مراقبت تسـکینی یك برخورد تکمیلی برای درمان‌های طولانی‌کننده‌ی زندگی اسـت و هـدف، ارائـه‌ی خدمـات لازم هم به بیمار و هم به خانواده‌ی بیمار است. بهترین شیوه‌ی مراقبت، ارائه‌ی خدمات توسط تیم مراقبت تسکینی بین‌رشـته‌ای اسـت کـه طـی آن هـر فـرد می‌تواند تخصـص خود را در جنبه‌های مختلف رنج و ناراحتی بیمار و معنی‌بخشیدن به کنترل آن‌ها به کار گیرد.

مهم‌تریـن زمـان مراقبت تسـکینی، زمانی اسـت که بیمار مـرگ را اجتناب‌ناپذیـر می‌بیند؛ ولیکن در مراحل اولیه، تقریباً به موازات سایر اقدامات درمانی باید ارائه شـود. اقدامات درمانی و مراقبت تسکینی، اغلـب یکدیگـر را تکمیل می‌کنند و بـا هم یك کل را تشـکیل می‌دهند؛ بنابراین، اغلب خط مرز واضحی

بین مراقبت درمانی و تسکینی وجود ندارد. ارزش‌ها و نگرش‌هایی که برای مراقبت تسکینی در کانون توجه هستند، حفظ کرامت و احترام به اتونومی بیمار هستند (۴).

مفهوم مراقبت تسکینی طبق فرهنگ‌ها و رسوم، متفاوت است. تعاریف مراقبت تسکینی، واحد نیستند؛ اما تسهیل مرگ از مراقبت تسکینی متفاوت است و اهمیت آن در عملکرد پزشکی محل بحث است (۴). وقتی اقدامات درمانی موفقیت‌آمیز نباشند، اغلب انتقال به مراقبت‌های متمرکز با هدف ایجاد راحتی برای بیمار و قطع بعضی درمان‌های رنج‌آور و غیرمؤثر لازم است. اگرچه دستورالعمل‌ها و استراتژی‌هایی برای درمان ضددرد طی قطع مداخلات ابقای حیات توسعه یافته‌اند، هنوز درباره‌ی چگونگی این انتقال درمانی بحث‌هایی وجود دارد. بیماران و خانواده‌هایشان انتظار دارند که کنترل درد به‌عنوان بخشی از مراقبت‌های پایان حیات، طی قطع درمان‌های ابقای حیات، به‌طور مؤثر و قطعی انجام شود (۷).

مراقبت تسکینی به سوی دانشی حرکت می‌کند که مکمل مراقبت‌های پزشکی ویژه است و مظهر شکست درمان‌ها نیست. امروزه، هر کاری انجام داده‌ایم تا فرایند مرگ را طولانی کنیم. در این مسیر وقتی از تکنولوژی پیشرفته‌ای مثل بخش‌های مراقبت ویژه (۸) به‌صورت نامناسبی استفاده می‌شود، هدف اصلی دچار ابهام شده است؛ زیرا در واقع با استفاده از این تکنولوژی، باید حمایتی کوتاه‌مدت با تکنولوژی بالا را فراهم سازند تا بهبودی بیمار به سطح عملکردی معقول بازگردد.

اما این تکنولوژی پیشرفته به‌صورت نامناسبی به کار گرفته می‌شود و ممکن است فرایند مرگ را به پدیده‌ای طولانی، مصیبت‌بار و ضد کرامت انسانی تبدیل کند؛ بنابراین، نه زندگی را حفظ می‌کند و نه کیفیت مراقبت را بهبود می‌بخشد (۹). برای رویارویی با این چالش‌ها، اصول فلسفی اخلاق با اصول جامعه‌شناختی ارائه‌ی خدمات سلامت انسانی باید تلفیق شود (۸).

۴. کنترل درد، اثر دوگانه و کمک به خودکشی

درد تجربه‌ای ناخوشایند، ناشی از آسیب‌های بافتی واقعی یا بالقوه، شایع‌ترین عامل مراجعه به مراکز درمانی است. طبیعت درد به‌گونه‌ای است که می‌تواند با تداخل در عملکرد بیمار، کیفیت زندگی او را تنزل دهد. کنترل درد به‌عنوان یکی از مهم‌ترین وظایف پزشکان و پرستاران در مراکز درمانی مطرح است؛ اما مطالعات گوناگون، نارسایی‌هایی را در این زمینه نشان داده است. به‌گونه‌ای که در بسیاری موارد بیمارانِ دچار دردهای شدید و طولانی‌مدت، به علل مختلف به شیوه‌ی صحیح درمان نمی‌شوند و به همین علت چنین بیمارانی زندگی را با کیفیتی پایین سپری می‌کنند. ناآگاهی و بی‌اطلاعی پزشکان و پرستاران از شیوه‌های علمی و صحیح کنترل درد یا استفاده‌نکردن آنان از این شیوه‌ها، از مهم‌ترین علل مسأله‌ی پیش‌گفته است (۱۰). از مهم‌ترین عوامل استفاده‌ی نادرست از درمان‌های کنترل درد، ترس از ایجاد مشکلات تنفسی در بیماران است؛ بنابراین، یک مشکل منحصربه‌فرد در مراقبت‌های پایان حیات وقتی است که بهترین تلاش‌های درمانی تیم درمان، به این علت، اتانازی

یا خودکشـی به کمک پزشـک به نظر می‌رسـند. در واقع، نمونه‌ی کلاسیک آن، تسریع مرگ با دوز بالای مرفین است.

ارائه‌دهندگان خدمات سـلامت در زمان مراقبت از بیمـاران در حال مرگ، اقداماتـی انجام می‌دهند که ممکن اسـت زندگی فرد را کوتاه کنـد؛ به‌طور مثال، تجویز دوز بالاتر مرفین درد بیمار را کاهش می‌دهد؛ درحالی‌کـه ایـن اقدام بـا خطر مهار تنفسـی همراه اسـت (دکترین اثـر دوگانـه). وقتی ایـن اقدامات با آگاهی بیمار یـا تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین و رضایت انجـام می‌شـوند، از نظـر اخلاقـی توجیه‌شـدنی هسـتند. در دیدگاه اخلاقی حق‌مدار، رضایت برای خطر، دشـوار اسـت. در دیدگاه وظیفه‌مدار، رضایت قربانی، عمل سـلب حیـات را توجیـه نمی‌کند؛ اما خط مرزی بین قصد داشتن و نداشتن، کشیده شده است (۱۱). توجه به جدایی و تمایز قصد انجام‌دادن عمل و پیش‌بینی مرگ، سابقه‌ای طولانی دارد.

در قرن سیزدهم فیلسـوف و دین‌شناس ایتالیایی، توماس اکویناس[1]، توجیه کشـتن را در دفاع از خود، مطـرح می‌کند؛ این جداسـازی براسـاس «دکترین اثر دوگانه» در دیدگاه کاتولیک اسـت و در بسـیاری مواقـع، در تفکر سـکولار درباره‌ی اخلاقیات سـلب حیـات به‌طـور معمـول طـرح می‌شـود. اکنـون دو سـؤال اساسی مطرح است: آیا این جداسازی، واقعاً می‌تواند و باید در تشـخیص اجازه‌ی اخلاقی سـلب حیـات به کار گرفته شـود؟ دوم اینکه چرا این تفاوت از نظـر اخلاقـی مهم اسـت؟ ضددردهـای مخدر یا داروهای دیگر برای تسکین درد بیمار تجویز می‌شود؛ امـا کاهـش طـول عمـر بیمـار و مـرگ او از عوارض درمان و پیامد آن اسـت (مانند استفاده از دوز بالای داروهای ضددرد مخدر که به مهار سیسـتم تنفسـی می‌انجامد). این وضعیـت که «اتانازی غیرفعال» نام دارد، عمدی انجام نمی‌شـود؛ اما تسریع مرگ بیمار را بـه دنبـال دارد. آنچه «اتانازی فعـال داوطلبانه» را از نوع غیرفعال آن افتراق می‌دهد نیت پزشك است. در حالت اول نیت پزشك خاتمه‌دادن به زندگی بیمار اسـت؛ اما در نوع دوم نیت پزشـك کاهش درد بیمار است (۱۲).

واضـح اسـت کـه در ضمن درمـان درد یـک بیمار دچار سـرطان، نیت اولیه و مسـتقیم پزشـک درمان درد اسـت؛ مرگ زودرس بیمار در اثـر تجویز مرفین، ثانویه و غیرمسـتقیم محسـوب می‌شـود و به‌وضوح پیش‌بینی‌شدنی اسـت؛ اما نتیجه مورد توجه و نیت پزشـک نیسـت. جدایی بین آنچه نیت پزشک است با آنچه پیش‌بینی می‌شـود ولی قصد پزشک نیست، همیشه واضح نیست. مثالی غیرمتعارف که این عدم وضوح را به تصویر می‌کشـد این است که فرض کنید یـک جراح، قلب و کبد فردی سـالم را بـرای پیوند به دو بیمـار دچار نارسـایی قلب و کبد که بـدون پیوند خواهند مرد بردارد. کشتن یک فرد حتی برای حفظ حیات تعداد بیشـتری از افراد، درسـت نیسـت؛ اما تصور کنید که جـراح ادعا کند که مرگ فرد اول نیت او نبوده و تنها پیش‌بینی‌شدنی بوده است. بنابراین، بعضی معتقدند طرفداران این جداسازی، راهی را که بتواند از این سوءتعبیرها و سوءاستفاده‌ها جلوگیری کند مطرح نکرده‌اند (۱۱).

نکتـه‌ی مهم در افتـراق اتانازی فعـال داوطلبانه از خودکشی با همکاری پزشـك، در رفتار پزشك نهفته اسـت. در خودکشی به کمک پزشك، درعین‌حال که

1. Tomas Aquainas

پزشک می‌داند قصد بیمار خودکشی است، داروها یا اقدامات لازم جهت خاتمه‌دادن حیات را برای بیمار فراهم می‌کند. در حالت اول پزشک به‌طور مستقیم اقدام به خاتمه‌ی زندگی بیمار می‌کند؛ درحالی‌که در حالت دوم پزشک مبادرت به اقدام مستقیم نمی‌کند. بنابراین در موضوع کنترل درد، توجه به هدف درمانگران برای کاهش رنج بیمار به‌عنوان بخشی از اهداف مهم درمانی حائز اهمیت است. از طرف دیگر همواره درمانگران با عوارض داروها و درمان‌های انجام‌شده روبه‌رو هستند. درباره‌ی کنترل درد نیز عارضه‌ی استفاده از داروهای ضددرد وجود خواهد داشت که مسلما با استفاده از شیوه‌های صحیح و علمی به حداقل ممکن می‌رسد.

۵. دیدگاه حقوقی

حیات انسان ودیعه‌ای الهی است که هیچ بهانه‌ای برای خاتمه‌دادن به آن پذیرفته نیست. خودکشی و قتل نفس جایز نیست و گناه شمرده می‌شود؛ ازاین‌رو، نپذیرفتن درمانی که بتواند ضرری به بیمار و زندگی‌اش وارد سازد پذیرفته نیست؛ گرچه در صورت عدم پذیرش و همکاری بیمار نمی‌توان او را به انجام‌دادن اقدامات درمانی مجبور کرد (۱۳). بنابراین، گروه درمانی باید برای جلب نظر بیمار به انجام اقدامات مؤثر درمانی بکوشند؛ علاوه‌براین، طبق آموزه‌های دین مبین اسلام، انسان یگانه موجود ممتازی است که این امکان و توانایی شگفت را دارد که در چارچوب یک سلسله قوانین قراردادی رفتار کند.

قوانین قراردادی که از طرف یک مقام صلاحیت‌دار وضع شده و به انسان تحمیل می‌شود. تحمل قانون باعث نوعی مشقت و زحمت به نام «تکلیف» می‌شود. انسان آنگاه قادر است تکلیفی را انجام دهد که از وجود آن آگاه باشد. به علاوه، انسان در صورت آزادی و داشتن اختیار مکلف به انجام کاری است. انسان قادر است عملی را که صددرصد با غریزه‌ی طبیعی و حیوانی او موافق است و مانع خارجی وجود ندارد، به حکم تشخیص و مصلحت‌اندیشی ترک کند؛ همچنین قادر است کاری را که صددرصد مخالف طبیعت اوست و هیچ‌گونه عامل اجبار خارجی هم وجود ندارد، به حکم مصلحت‌اندیشی و نیروی خرد، انجام دهد؛ اما اختیار انسان در حدی نیست که بتواند درباره‌ی مرگ و زندگی خود تصمیم بگیرد (۱۳).

٦. دیدگاه فقهی

در آموزه‌های اسلامی بر تلاش برای حفظ حیات تأکید شده است. در آموزه‌های قرآنی، درد و رنج وسیله‌ای برای امتحان الهی و ارتقای روحی انسان معرفی شده است. از طرفی تسکین درد و علائم ناخوشایند بیماری خصوصاً در مراحل پایانی زندگی، از وظایف مهم پزشکان و از دستورات اسلامی است (۱۳)؛ اما نباید به‌گونه‌ای انجام شود که حیات بیمار را به‌خطر اندازد. بنابراین، گاهی پزشکانی از ترس دخیل‌شدن در مرگ بیمار، دوز مناسب داروی مؤثر برکنترل درد بیمار را به کار نمی‌برند؛ در واقع آنان به نوعی تعارض منافع دچار هستند؛ زیرا از ساختارهای قانونی مسئولیت پزشکی در هراس‌اند. درحالی‌که با به‌کارگیری اصول صحیح درمان و کنترل درد و داروهای ضددرد، عوارض آن مانند هر نوع درمان و داروی دیگر در حداقل خواهد بود.

۷. جمع‌بندی

بیمـاران در حـال مرگ ممکن اسـت محـدوده‌ای وسـیع از هیجانات را نشـان دهند و پزشك باید قادر باشـد به‌طرز مناسـبی به آن‌ها پاسـخ دهد؛ به بیمار گوش فرادهد و برنامه‌های مراقبتی را طوری طراحی کند که به نیازها و خواسته‌های هر بیمار پاسخ دهد. اصولـی مثل احترام به اتونومی و رازداری در مراقبت بیمـاران در حال مرگ حائز اهمیت هسـتند؛ اما نیاز اسـت که با حساسیت، همدردی و همدلی به منظور ایجـاد محیطی حمایتـی برای بیمار جهـت آمادگی برای مرگ همراه شـوند. هر تلاشـی باید انجام شود تـا به بیمـار اجازه داده شـود حریـم خصوصی خود را داشـته باشـد یا بـرای بحث با خانواده یا پزشـکان امکانات لازم و تسـهیلات فراهم شود. بخش اساسی کیفیت خوب مراقبت بیماران در حال مرگ، تسکین کافی و مناسب درد و علائم است.

توضیح نمونه‌ی اول

در نمونه‌ی اول پس از تقاضای فرزند بیمار، پزشک وضعیـت بیمار را مجدد بررسـی و پس از مشـاوره با متخصصـان طب تسـکینی و روان‌پزشـک داروهای لازم را برای بیمار تجویز کرد. به این ترتیب، درد بیمار کاهشـی چشـمگیر یافـت و فرزند بیمـار از نگرانی و ناراحتی تا حدی رهایی پیدا کرد.

توضیح نمونه‌ی دوم

در نمونـه‌ی دوم، پزشـک بـا بیمـار ملاقـات کرد و ضمن معاینه و بررسی دقیق وضعیت بیمار و مشاوره با متخصص طب تسکینی، وضعیت پیشرفت بیماری را برای بیمار و خانواده‌اش توضیح داد. پزشک میزان اثربخشـی شـیمی‌درمانی را در این مرحله مشخص کـرد و توضیـح داد که شـیمی درمانـی می‌تواند در تخفیـف بیمـاری و جلوگیـری از پیشـرفت آن مؤثـر باشـد. در ضمن، او برای بیمار مشـخص کرد که باید شکیبا باشـد؛ زیرا او و گروه درمانی تمام تلاش خود را خواهند کرد و سـایر اقدامات لازم را برای تسـکین دردها و عوارض شـیمی‌درمانی انجام خواهند داد و بیمار به‌راحتی مرحله‌ی شـیمی‌درمانی را پشـت سر خواهد گذاشت.

منابع

1. Miller, Bruss L. (2004). “Autonomy”, In: Encyclopedia of Bioethics. New York: Macmillan Reference USA, vol. 1, P. 246-251.

2. Beauchmap Tom L & Childress James F. (2001). Principles of Biomedical Ethics. Oxford: Oxford University Press, P. 104-105.

3. Besirevic Violeta. (2010). “End of life Care in the 21st Century: Advance Directives on Universal Rights Discourse”. Bioethics, 24 (3), P. 105-112.

4. Kunz Ronald & Et al. (2006). Medical-Ethical Guidelines and Recommendations. Approved by the Senate of the SAMS, Center for the Study of Ethics in the Professions at IIT; Hermann Hall, Rm. 204 3241 S Federal Street Chicago [Internet]. 2012. Available at http://ethics. iit. edu/ecodes/node/4222.

5. Verkerk, Marian & et al. (2007). “A National Guideline for Palliative Sedation in the Netherlands”. J Pain Symptom Manage, 34, P. 666-670.

6. Sheldon, Tony. (2003). “Terminal Sedation Different from Euthanasia, Dutch Ministers Agree”. Bmj, 327, P. 465.

7. Steinhauser, Karen E. & et al. (2000). “Factors Considered Important at the End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers”. JAMA, 284, P. 2476-2482.

8. Garvin, Jonathan R. (2007). “Ethical Consideration at the End of Life in the Intensive Care Unit”. Crit Care Med, 35 (2 Suppl). S. 85-94.

9. Wood, Kelly A. & Paul E Marik. (2004). “ICU Care at the End of Life”. Chest, 126, P. 1403-1406.

۱۰. ممیشـی، نینا و همـکاران. (۱۳۸۵). «بررسـی دانش و نگرش پرستاران در زمینه‌ی تسکین درد در بیماران سرطانی». مجله‌ی دانشکده‌ی پرسـتاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره‌ی ۲، ش۱۲، صص۲۳تا۳۲.

11. Brock, Dan W. (2004). “Life Sustaining Treatment and Euthanasia”, In: Encyclopedia of Bioethics. New York: Macmillan Reference USA, vol. 2, P. 1410-1420.

۱۲. پارساپور، علیرضا و همکاران. (۱۳۸۷). «اتانازی؛ تبیین موضـوع و تحلیـل اخلاقـی». مجلـه‌ی ایرانی اخـلاق و تاریخ پزشکی، دوره‌ی ۱، ش۴، صص۱تا۱۲.

13. Mobasher, Mina & et al. (2014). “End of Life Care Ethical Decision Making: Shiite Scholars' Views”. Journal of Medical Ethics and History of Medicine, 7 (2), P.

عدالت در تخصیص منابع
حوزه‌ی سلامت

دکتر حمیدرضا نمازی، دکتر فاطمه خانساری

معرفی نمونه ی اول

در یک شب شلوغ در اورژانس یکی از اعضای هیئت‌مدیره‌ی بیمارستان با کودک بیمار خود وارد اورژانس می‌شود و از شما می‌خواهد خارج از نوبت و همان لحظه، کودک او را معاینه کنید. کودک گلودرد و قرمزی چشم دارد و آرام به نظر می‌رسد و هوشیار است. اتاق انتظار اورژانس پر از مریض است و تخت خالی وجود ندارد.

معرفی نمونه‌ی دوم

مرد جوان ۳۲ساله‌ی تصادفی و مرد ۶۴ساله‌ی بیهوشی با آمبولانس به اورژانس آورده شده‌اند. مرد ۳۲ساله در سانحه‌ی تصادف دچار ترومای سر، شکستگی استخوان مندیبول و فمور شده است، GCS بیمار در حد هشت ارزیابی شده است. تنفس بیمار سطحی است و لوله‌گذاری بیمار به علت شکستگی مندیبول مشکل است. سطح هوشیاری بیمار رو به کاهش است.

بیمار ۶۴ساله، توسط فردی ناشناس که با ۱۱۵ تماس گرفته و تنها گفته است که او به دیالیز فوری نیاز دارد به اورژانس آورده شده است. هیچ‌کدام از اعضای خانواده‌ی بیمار حضور ندارند و پرونده‌ی بیمار از بیمارستانی که در همان نزدیکی بود، بازیابی شد. تاریخچه‌ی بیمار شامل دیابت نوع دو به مدت طولانی و عوارض متعدد ناشی از دیابت از جمله نارسایی پیشرفته‌ی کلیه (مرحله‌ی پنج بیماری مزمن کلیوی)،

وابستگی به همودیالیز، آمپوتاسیون دو طرفه‌ی بالای زانو (AKA)، سابقه‌ی ایست قلبی با هیپوکسی مغزی پس از انجام احیا، سابقه‌ی چندین سکته و بیماری‌های قلبی با پذیرش متعدد به دلیل نارسایی قلبی در بیمارستان است. بیمار نزدیک به یک ماه است که دیالیز نشده است؛ اما در تماس با واحد دیالیز دوره‌های درمان قبلی وی در این واحد تأیید شد. ظاهراً بیمار در دوره‌های دیالیز خود به دلیل سوءرفتار کلامی و فیزیکی با سایر بیماران، خانواده‌ی آن‌ها و نیز کارکنان بخش دیالیز مشکلاتی داشته است. در ارزیابی اولیه‌ی اورژانس، بیمار دچار افزایش بحرانی سطح پتاسیم است. به دلیل خالی‌بودن یک ونتیلاتور، پزشک معالج باید یکی از این دو بیمار را برای لوله‌گذاری انتخاب کند.

۱. مقدمه

بحث در باب امکان و امتناع تحقق عدالت، به اندازه‌ی مناسبات اجتماعی قدمت دارد. دو تلقی عمده در میان متألهان همواره رواج داشته است. گروهی بر این باور بوده‌اند که عدالت، مفهومی درون‌دینی است و برای تعریف آن باید به سراغ متون دینی رفت و گروهی دیگر نیز معتقد بوده‌اند که عدالت مفهومی برون‌دینی است و برای تعریف آن باید ژرفنای عقل را کاوید؛ برای مثال، گروه دوم بر این باورند که «عدل حاکم بر احکام است نه تابع احکام. عدل اسلامی نیست بلکه اسلام عادلانه است» (۱).

از سوی دیگر، در موضوع پزشکی و سلامت، عدالت در چگونگی تخصیص امکانات موجود بین افراد نیازمند نیز مطرح می‌شود و گاهی تعارضات پیش‌آمده پزشک را در تنگنای اخلاقی قرار می‌دهد. در مفاهیم ارسطویی عدالت در تخصیص منابع «اختصاص نامساوی منابع نادر» است که با لحاظ‌کردن اصلِ اخلاقیِ سودرسانیِ مؤثر و توجه هم‌زمان به اصلِ عدم اضرار، محقق می‌شود. باری، آنچه در پی می‌آید گشتی در نظریات رایج جهان جدید در باب عدالت و سپس بحثی راجع به چالش‌ها و استلزامات تخصیص منابع در حوزه‌ی سلامت است.

۲. تاریخ و مسائل عدالت‌شناسی

یکی از مسائل مهم در فلسفه‌ی کنش[1] و فلسفه‌ی علوم اجتماعی شأن وصفی عدالت است. به دیگر سخن، عدالت در شمار اوصاف اخلاقی است؛ ازاین‌رو باید از افعال اخلاقی متمایز شود. عدالت ازآنجاکه وصف است همواره مورد قبول همگان است و استثناناپذیر به شمار می‌رود. شاید کسی را نتوان یافت که با عدالت سازگاری نداشته باشد یا آن را مذموم بداند؛ اما مشکل اوصاف اخلاقی آن است که مصادیق مشخص ندارند. در مقابل آن، افعال اخلاقی (راست‌گفتن، امانت‌داری، غیبت‌نکردن، پرهیز از سخن‌چینی و...) مصادیق مشخص دارند و عالم اخلاق در کشف آن‌ها با مانعی مواجه نیست؛ اما همان چیزی که قوت اوصاف اخلاقی به شمار می‌رود، ضعف افعال اخلاقی است؛ چراکه افعال اخلاقی استثناپذیرند و نمی‌توان همه جا از حسن آن‌ها سخن گفت.

نکته‌ی دیگر این است که عدالت به‌عنوان صفتی

1. Philosophy of Action

اخلاقی، موصوف‌های مختلف می‌پذیرد. گاهی معطوف به شخصیت حقیقی (انسان عادل) و گاه معطوف به شخصیت حقوقی می‌شود (نهاد یا نظام عادلانه). عدل به معنای انصاف نیز به کار رفته است. انصاف یعنی آنچه برای خود می‌پسندی برای دیگران هم بپسند. این تلقی از عدالت تقریباً در همه‌ی مکاتب دینی و معنوی بشر تکرار شده است. در تاریخ فلسفه، سقراط اولین‌بار انسان کامل را کسی دانست که حکیم، شجاع، عفیف و عادل باشد. نزد افلاطون این سخن سقراط تقریر دیگری پیدا کرد. در نظر افلاطون، فضیلت حکمت و شجاعت و عفت، با هدایت فضیلت عدالت است که در جای خود می‌نشیند و منسجم عمل می‌کند (۱). به بیان دیگر، عدالت همچون رهبر ارکستری است که موجب توازن و هارمونی بقیه‌ی فضایل (حکمت و شجاعت و عفت) می‌شود و هر چیز را در جای خود می‌نشاند.

نظر سقراط، در نزد ارسطو نیز بروز پیدا می‌کند. عدالت به معنای خاص کلمه از منظر ارسطو برابرداشتن اشخاص و اشیاست؛ اما این به معنی تساوی ساده‌انگارانه‌ی ریاضی نیست، بلکه «فضیلتی است که به موجب آن باید به هرکس آنچه را که حق اوست داد» (۲). ارسطو در کتاب اخلاق خود، عدالت را به «طبیعی» و «قانونی» تقسیم می‌کند. مراد او از عدالت طبیعی قواعدی است که از طبیعت و سرشت جهان ناشی می‌شود؛ اما عدالت قانونی بسته به امر و نهی‌های قانون است (۲).

۳. نظریات معطوف به عدالت در جهان جدید

همان‌گونه که آمد ارسطو نظریه‌ی خود را بر اصل تعادل و تناسب طبیعی استوار کرد. او دو شکل از عدالت را در روابط اجتماعی انسان‌ها قایل شد: یکی «عدالت توزیعی» و دیگری «عدالت تعویضی». عدالت توزیعی به توزیع منابع و سرمایه‌ها میان افراد جامعه اشاره می‌کند و عدالت تعویضی دادوستد میان دو طرف مبادله را لحاظ می‌کند (۳). این نظرات زمینه‌ای شد تا با تحولات جهان جدید در نیمه‌ی دوم قرن نوزدهم، زمزمه‌های عدالت اجتماعی به گوش برسد. زمزمه‌هایی که در قرن بیستم به سخن بلند همه‌ی متفکران علوم اجتماعی بدل شد.

از نظر فایده‌گرایان، انسان‌ها همواره به دنبال آن هستند تا لذت خویش را به حداکثر و رنج خود را به حداقل برسانند. از نظر فردی، عدالت به‌عنوان مهاری برای کنترل لذت‌گرایی و زیاده‌طلبی شخص در برخورد با دیگران اهمیت پیدا می‌کند و از جهت اجتماعی نیز عدالت به اصلاح نظام توزیع خیرات و مضرات اجتماعی یاری می‌رساند (۴).

مندویل[1]، پزشک انگلیسی، معتقد بود رذایل فردی، فضایل جمعی‌اند (۵). آدام اسمیت[2] نیز گرچه با رویکرد مندویل موافق نبود، به‌نوعی سخن او را تکرار کرد و گفت: «از سرخیرخواهی قصاب یا نانوا نیست که شام می‌خوریم بلکه به خاطر منفعت خود آنان است» (۶). در نظر اسمیت «دست نامریی» هنگامی که مردم در پی منابع خودخواهانه می‌روند اوضاع را تنظیم می‌کند. به تعبیر دیگر، خیر عمومی محصول ناخواسته‌ی تلاش خودخواهانه‌ی افراد است و تنها در این صورت، نظم خودانگیخته

1 Mandeville
2 Adam Smith

در جامعه ایجاد می‌شود. عدالت در نظر فایده‌گرایان باید در خدمت جامعه‌ی تجاری باشد و نیازهای اقشار فرودست را باید توسط انواع مختلف نهادهای خیریه جبران کرد و نه از سر عدالت توزیعی (۶)!

رالز[1] در پی آن است تا ما را به وضعیت گزینشی ایده‌آل برساند. وضع گزینشی ایده‌آل وضع مفروضی است که در آن می‌توان به اصول کلی عدالت رسید. مشابه این وضع را هنگام حصول اراده‌ی عمومی در فرد می‌توان دید. در اینجا نیز آدمی اراده‌ی خصوصی معطوف به منافع خویش را کنار می‌گذارد و نسبت به منفعت مشخص جاهل می‌شود؛ ولی از وضع کل بشر و منافع و علایق او اطلاع دارد. تو گویی که در وضعیت گزینشی ایده‌آل همگان حضور دارند. در اینجاست که افراد دو اصل را منصفانه بر می‌گزینند؛ اصل اول: «هر شخص قرار است از حق یکسانی نسبت به جامع‌ترین آزادی‌های اساسی هماهنگ با آزادی مشابه دیگران برخوردار باشد» (۷). با ملاحظه‌ی اصل اول که صبغه‌ای هنجاری[2] دارد، نابرابری‌های موجود لاجرم به ذهن آدمی متصور می‌شود؛ ازاین‌رو رالز اصل دوم را این‌گونه تقریر می‌کند: «نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی صرفاً در صورتی عادلانه‌اند که به سود جبرانی برای آن دسته از اعضای جامعه که از کمترین مزایا برخوردارند منجر شود.» نظریه‌ی رالز، ناظر به یک رویکرد کلی به‌عنوان شیوه‌ی تصمیم‌گیری عقلانی و نیز دو اصل مشخص است که عدالت توزیعی را توصیه می‌کند و نابرابری را تنها در صورتی می‌پذیرد که به مصلحت همگان باشد و البته از رنج اقشار فرودست بکاهد (۷).

نازیک[3] با طرح نظریه‌ی «عدالت استحقاقی» به مصاف نظریه‌ی عدالت توزیعی رالز می‌رود. در نظر نازیک توزیع مرکزی امکانات نباید در کار باشد؛ یعنی شخص یا گروهی وجود ندارد که حق داشته باشد منابع را ضبط و مهار و تدبیر و اداره کند و یک‌باره تصمیم بگیرد که چگونه توزیعشان کند. آنچه هر شخصی به دست می‌آورد از اشخاص دیگری دریافت می‌کند که یا در ازای چیز دیگر یا بلاعوض به او می‌دهند.

در یک جامعه‌ی آزاد، اشخاص مختلف ضبط و مهار و تدبیر و اداره‌ی منابع مختلف را در اختیار دارند و دارایی‌های جدید از مبادلات و اعمال اختیاری افراد پدید می‌آیند. نازیک از طرفی معتقد است اوضاع و احوال یا اعمال گذشته‌ی مردم و پدران و مادرانشان می‌توانند نسبت به چیزها، استحقاق یا شایستگی‌های متفاوت ایجاد کنند. او این نگرش را جایگزین‌کردن اصول تاریخی به‌جای اصول ناظر به اکنونِ رالز می‌نامد. به بیان خلاصه، بر خلاف رالز که به مداخله‌ی دولت و نقش آن در تنظیم عدالت، نگاه مثبت دارد، نازیک با دولت حداکثری مخالف است و حتی مالیات را نفی می‌کند (۸).

در نظر هایک[4] عدالت اجتماعی نتیجه‌ی خطایی آنتروپومورفیک[5] است که جامعه را موجودی صاحب اراده، تصمیم و مسئولیت می‌داند؛ غافل از آنکه جامعه نظم خودجوشی است که دست‌کاری در آن موجب قربانی‌شدن بسیاری از ارزش‌های دیگر می‌شود. هایک البته مخالفتی با دخالت حکومت در

1 Rawls
2. Normative

3 Nazik
4 Hayek
5 anthropomorphic

امر حمایت از افراد تهیدست ندارد، اما معتقد است که چنین کاری حتماً باید در خارج از چارچوب نظم اقتصادی و سازمانی و در قالب مؤسسات خیریه انجام گیرد (۹). مراد نگارنده آن است که نشان دهد میان تئوری‌های نظری و تلقیات اخلاق کاربردی ارتباطی گسترده است و راهنماهای عملی[1] بدون نظر به این مبانی به ناسازگاری و ناسازواری خواهد انجامید.

۴. نگاهی نو به عدالت در تخصیص منابع یا رویکرد مسأله‌محور

تخصیص منابع عبارت است از تقسیم و توزیع خدمات و امکانات میان گروه‌های هدف. این تعریف گرچه مشخص و واضح است، بسیار بیشتر از آنکه در بادی امر به نظر می‌آید مسأله می‌آفریند. اولین پرسشی که طرح می‌شود این است که سلامت در فلسفه‌ی پزشکی چه حدود و ثغوری دارد؟ پرسش دوم آن است که سطوح مختلف تخصیص منابع در مراقبت‌های بهداشتی چیست و عدم تفکیک این سطوح چه مشکلاتی را می‌آفریند؟ پرسش سوم آن است که در صورت محدودیت منابع کدامیک از متقاضیان را باید اولویت داد؟ پرسش چهارم آنکه دولت تا چه حد مجاز است در حوزه‌ی خصوصی بهداشت و درمان و در جهت تأمین عدالت عمومی دخالت کند؟ پرسش پنجم آنکه در فرایند تخصیص منابع چه اصول اخلاقی را باید رعایت کرد تا عدالت را در حوزه‌ی عمومی ایجاد کند؟ پرسش ششم اینکه تأثیر و تأثر گفتمان سلامت بر سایر گفتمان‌های جامعه چیست و چه نقشی در نحوه‌ی تخصیص منابع ایفا می‌کند؟ آنچه در ادامه می‌آید پاسخ به این پرسش‌ها و سؤال‌هایی از این دست است که در پرتو نظریات ارائه‌شده در باب عدالت به ذهن می‌آید.

۵. تعریف سلامت در فلسفه‌ی پزشکی

گرچه در فلسفه‌ی پزشکی سلامتی حق اساسی انسان به شمار می‌رود، مصادیق آن بر حسب تلقیات مختلف فرهنگی و اجتماعی متفاوت است. تمایز میان مفاهیم کسالت، بیماری، ناخوشی و سلامت موجب نوعی قراردادگرایی در رویکرد به بیماری شده است (۱۰)؛ به‌عنوان مثال، اعمال جراحی زیبایی همچون رینوپلاستی تحت پوشش بیمه‌ی خدمات درمانی قرار نمی‌گیرند. پیش‌فرض این رویکرد آن است که کسانی که (از نظر ظاهری) بینی نابهنجاری دارند در صورت طبیعی‌بودن سیستم عملکرد فیزیولوژیک آن به عمل جراحی نیاز ندارند. با وجود طبیعی‌بودن این عملکرد، برخی انسان‌ها از وضع موجود طبیعی ناراضی‌اند و احساس می‌کنند به تغییر نیاز دارند. پدیده‌ای که به‌طور روزافزونی رو به گسترش است. مارکس[2] بر این باور بود که تمایز میان جهان جدید و قدیم آن است که در جهان قدیم آدمیان در پی تفسیر طبیعت بودند، اما در جهان جدید در پی تغییر طبیعت‌اند. این رویکرد، به‌تدریج بر مفهوم سلامت و بیماری نیز اثر گذاشته و این مفاهیم را سیال و نامتعین کرده است. عدالت در تخصیص منابع باید مبتنی بر تعاریف هنجاری و توصیفی از سلامت و بیماری در جوامع باشد. این تعاریف گاه می‌تواند تشخیص نیازهای واقعی[3]

1. Guideline

2 Marx
3. Need

بیماران را از امیال[1] ایشان دچار مشکل کند.

۶. سطوح مختلف تخصیص منابع در مراقبت‌های بهداشتی

سه سطح متمایز را در تخصیص منابع بر شمرده‌اند:

۶- ۱. سطح کلان

در این سطح، رویکرد استراتژیک لحاظ می‌شود و عدالت بسته به منظری که اتخاذ می‌شود در سطح جامعه اجرا می‌شود. در نظر فایده‌گرایان، استراتژی برای کاهش فاصله‌ی درآمد میان شاغلان حوزه‌ی سلامت (به‌طور مثال پزشک و بهیار) نظم خودانگیخته را از میان می‌برد و امکان نیل به پیشرفت‌های فردی را کم می‌کند؛ اما از منظر رالز امری ستودنی است (۱۱). هایک و نازیک دخالت دولت در تعرفه‌های سلامت را عامل افول نظام سلامت می‌دانند؛ اما رالز آن را به شرطی که به مصلحت عمومی باشد بر می‌تابد.

اتخاذ استراتژی مناسب برای ارتباط و تعامل معنادار همه‌ی دست‌اندرکاران حوزه‌ی سلامت، اتخاذ استراتژی مناسب در روند بیمه‌شدن امکانات بهداشتی به‌طوری‌که به حداکثر سود برای گروه‌های هدف یا تنظیم هزینه‌ی میزان فایده[2] منجر شود و نیز اتخاذ استراتژی «حفظ سلامت» به‌جای «رفع بیماری» از ویژگی‌های این سطح است. یکی از مسائلی که در این خصوص مغفول مانده است، اولویت تخصیص عادلانه‌ی معرفت (آگاهی‌رسانی) بر تقسیم و تخصیص منابع فیزیکی است. هایک جدی‌گرفتن این مهم را، راه برون‌رفت از مشکل دخالت/ عدم دخالت دولت در منابع اقتصادی و اجتماعی می‌داند (۹).

۶- ۲. سطح میانی

در سطح میانی، عدالت در تخصیص منابع حوزه‌ی سلامت بین بیمارستان‌ها و واحدهای بهداشتی‌درمانی در کانون توجه قرار می‌گیرد. وضعیت بیمارستان‌های دولتی و خصوصی در این میان باید متفاوت باشد. بیمارستان‌های دولتی باید با حمایت از دولت، فعالیت‌های درمانی و پژوهشی خود را بر بیماری‌هایی متمرکز کنند که اولاً رایج است، ثانیاً هزینه‌بر است و ثالثاً اهتمام به آن‌ها سلامت عمومی را ارتقاء می‌دهد و از شیوع بیماری‌ها جلوگیری می‌کند.

اما درباره‌ی بیمارستان‌های خصوصی سطح نظارت دولت باید غیرمستقیم، انگیزشی و استراتژیک باشد. وظیفه‌ی اخلاقی بیمارستان‌های خصوصی ایجاب می‌کند که بخشی از امکانات مالی خود را در جهت ارتقای دانش سلامت و استفاده از تکنیک‌های نوین احیاناً گران‌قیمت که در آینده رایج و ارزان می‌شود به کار گیرند تا زمینه‌ی رشد علمی فراهم شود. تبدیل‌شدن بیمارستان‌های خصوصی به بنگاه‌های کسب‌وکار و استفاده‌ی نابجا از سلامت‌محوری[3] مردم با رواج رویکردهایی همچون چکاب سلامت (که در بسیاری موارد ضروری به نظر نمی‌رسد) موجب اخلال در سلامت عدالت‌محور و رواج رویکرد بازاریابانه خواهد بود.

۶- ۳. سطح خرد

در سطح خرد، تخصیص منابع در حد یک بیمار

1. Desire
2. Cost-Effectiveness
3. Health Orientation

صـورت می‌گیرد. در اینجا مسـأله‌ی معیار[1] پررنگ‌تر است؛ چراکه در بسیاری از موارد دچار تعارض منافع میـان بیمـاران مختلف و حتـی درباره‌ی یـک بیمار خاص می‌شـویم. رویکردهـای ذوقـی و دلبخواهانه در ایـن میانـه، آفتی اسـت که بی‌عدالتـی را تداعی می‌کنـد. آنچه در پـی می‌آید راهکارهایی اسـت که برای حل خلاقانه‌ی این تعارض ارائه می‌شود.

۷. تحویلی‌نگری، آفتی در تخصیص منابع

تحویلی‌نگری یا تقلیل‌انگاری[2] یکی از آفاتی اسـت که گاه در حوزه‌ی سـلامت رخ می‌دهد. فروکاسـتن نـگاه اسـتراتژیک و جامع‌نگرانه به نگاهـی که صرفاً تخصیص منابع را در سـطح خرد می‌بینند (تعارضات مربوط به اولویت‌بندی منابع برای بیمار) آفتی است کـه مانع تحقق عدالت در تخصیص منابع می‌شـود. تحلیـل گفتمانـی، فراتررفتـن از پارادایم پزشـکی و لحاظ‌کـردن آنچه در سـطح کلان موجـب آگاهی و معرفت آدمیان و ارتقای حساسیت و توجه بهداشتی سـلامت‌محور می‌شـود، بـر سـایر سـطوح حوزه‌ی سلامت اولویت استراتژیک دارد (۱۲). تحویلی‌نگری در سطح خرد نیز می‌تواند رخ دهد. فروکاستن گروه هـدف به بیمارانی که در اوضاع و احوال مرزی (ابتلا به بیماری‌های سـخت و وضعیت بحرانی) قرار دارند منجـر به عدم سیاسـت‌گذاری منسـجم برای سـایر بیمـاران (همچون مبتلایان بـه بیماری‌های دهان و دندان) می‌شـود و عدالت‌محوری را صرفاً به حوزه‌ی اورژانس (آن هم نه همه‌ی نمونه‌ها) تقلیل می‌دهد.

۸. مسأله‌ی معیار

تعارضاتـی که مسـأله‌ی اولویت‌بنـدی منابع ایجاد می‌کنـد ناشـی از قرارگرفتـن در موقعیت‌هایـی اسـت که بیمار از نظر سـن، جنس، مذهب، سـطح تحصیلات، موقعیت خانوادگی، فرهنگی، اجتماعی و نیـز مـواردی همچـون ناتوانـی و بدحالـی از دید پزشـک در وضعیت متمایـزی از دیگران قـرار دارد و در اینجا ما با مسـأله‌ی معیار مواجهیم. معیار ما برای اولویت‌دادن افراد در این موقعیت‌ها چیسـت؟ معیار ما برای جایگزین‌کردن نسـبت منفعت بیشتر / تعداد کمتر به‌جای منفعت کمتر / تعداد بیشـتر چیسـت؟ معیار ما بـرای زمانی که معیاری بـرای اولویت‌بندی پیدا نمی‌کنیم چیسـت؟ همه‌ی این پرسش‌ها طرح و بحث درباره‌ی راه‌های روشـن برون‌رفت را ضروری می‌نماید.

۹. مسأله‌ی ترکیب[3]

اصول چهارگانه‌ی اخلاق پزشـکی در نظر بیچامپ و چیلـدرس (عدالـت، عـدم اضـرار، اسـتقلال و سودرسـانی) برگرفتـه از اصول اخلاقـی دیوید راس اسـت. بـا ایـن تفاوت کـه راس بـرای حل مسـأله‌ی تعارضـات اخلاقـی وظایـف را بـه دو دسـته در نگاه نخسـتین[4] و در مقـام عمـل[5] تقسـیم می‌کنـد. اگر وظیفه در نگاه نخست با هیچ وظیفه‌ای تعارض پیدا نکند باید همان وظیفه انجام شود و اگر متعارض بود باید آن وظیفه‌ای که مهم‌تر و سنگین‌تر است برگزیده و وظیفـه‌ی دیگـر وانهاده شـود. چنین شـیوه‌ای را می‌تـوان در خصـوص اصول اخلاق پزشـکی نیز پی

1. Problem of Criteria
2. Reductionism
3. Problem of Combination
4. Prima Fascia Duties
5. Actual Duty

گرفت (۱۳). راه‌حلی که برای گذر از تعارضات اخلاقی و حل مسأله‌ی ترکیب پیشنهاد شده است، بناکردن قضاوت‌های اخلاقی بر شهودهای بین‌الاذهانی[1] است. اگر مدیران استراتژیک در بیمارستان‌ها، مؤسسات و سطوح کلان به تعبیر رالز، فارغ‌دلانه (در پس پرده‌ی جهل) و با احتراز از سهم خواری[2] به این مهم بپردازند می‌توانند با پدیدآوردن حوزه‌ی عمومی انتقادی به تعبیر هابرماس[3] به قضاوت بهتر و باز هم بهتر برسند (۱۴).

۱۰. دو رویکرد به تخصیص منابع با نظر بر حوزه‌ی عمومی

دو تلقی از تخصیص منابع می‌توان داشت: تلقی اول، منابع و امکانات بهداشتی را همچون کالا و فرآورده فرض می‌کند و تلقی دوم، امکانات پزشکی را همچون فرایندی مستمر می‌انگارد. نگارنده بر این باور است که می‌توان با تمیزکردن این دو رویکرد از ابزارانگاری[4] در حوزه‌ی سلامت کاست و به روی‌آورد عدالت‌محور نزدیک شد.

۱۰- ۱. رویکرد فرآورده‌ای[5]

در این رویکرد امکانات پزشکی کالا تلقی می‌شوند و شأنی هم‌طراز با سایر کالاهای موجود در بازار می‌یابد. آنچه در آغاز سخن درباره‌ی نظریات مختلف در باب عدالت آمد، میان عدالت در بازار و عدالت در حوزه‌ی سلامت تفکیکی ضمنی لحاظ می‌کرد. این رویکرد در نهایت به تلقی ابزارانگارانه از گروه‌های هدف یعنی بیماران خواهد انجامید.

1. Intersubjectivity
2. Fee Splitting
3 Habermas
4. Instrumentalism
5. Productive

این تلقی تخصیص و تقسیم منابع سلامت را همان بازاریابی آن می‌داند.

۱۰- ۲. رویکرد فرایندی[6]

ویلیام لاندمن الگوی RAFT را برای رویکرد فرایندی پیشنهاد می‌کند:

- مسئولیت‌پذیری[7]؛
- پاسخ‌گویی[8]؛
- انصاف[9]؛
- شفافیت و گشودگی[10].

در این رویکرد، تخصیص منابع فرایندی است که در سطح خرد و میانی پیش از نیاز بیمار شروع می‌شود و تا پس از رفع نیاز همچنان ادامه می‌یابد. در سطح کلان نیز استراتژی‌ها مبتنی بر اصول فوق می‌شود تا گفتمان عدالت‌محور را در حوزه‌ی سلامت پایدار کند و موجب قوام و دوام آن شود (۱۵).

۱۱. سخن پایانی

هدف غایی پزشکان و کادر درمانی، ارائه‌ی مناسب‌ترین و بهترین مراقبت و درمان به تک‌تک مراجعان و بیماران فارغ از موقعیت و شرایط است. با لحاظ امکانات محدود و حجم مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشتی و درمانی، نیل به این هدف نه‌تنها ساده نیست، بلکه دشوار و گاه بسیار بغرنج است. عدالت در تخصیص منابع حتماً باید مبتنی بر نظریه‌ای مشخص در باب عدالت باشد. نکته‌ی مهمی که در اینجا مطرح می‌شود اهمیت نگاه استراتژیک در سطح کلان به تخصیص منابع و پرهیز

6. Processive
7. Responsibility
8. Accountability
9. Fair
10. Transparency

از تحویلی‌نگری است. تحویلی‌نگری به معنای آن است که سیاست‌گذاری، صرفاً معطوف به بیمار (آن هم بیمار در اوضاع و احوال مرزی) شود و تحلیل گفتمانی و رویکرد جامع‌نگر فراموش شود. عدالت در تقسیم معرفت و آگاهی‌دادن از جنبه‌های مغفول‌مانده در تقلیل‌انگاری است. جایگزینی رویکرد فرایندی به تخصیص منابع به‌جای نگاه فرآورده‌ای نیز مسأله‌ی درخور توجهی است. این مهم عدالت را در حوزه‌ی عمومی بنیان می‌نهد و موجب قوام و دوام سلامت عدالت‌محور خواهد شد.

در این میان انتخاب روش‌های درمانی صحیح و استانداردشده و در نتیجه کاهش درخواست‌های پاراکلینیک و درمان‌های غیرسودمند و بیهوده، یافتن راه‌حل‌های عاقلانه و عادلانه در شرایط تعارض در تخصیص منابع نادر برپایه‌ی اصول اخلاقی و آشکارسازی محدودیت‌ها و منابع پزشکی و آگاه‌ساختن بیمار و همراهان او درباره‌ی شرایط موجود می‌تواند شیوه‌ی مناسبی برای پرهیز از بسیاری موارد تعارض در سطح خرد برای پزشکان باشد.

توضیح نمونه‌ی اول

نمونه‌هایی که در آن افراد مشهور یا با نفوذ از ما درمان خاصی را درخواست می‌کنند، باید معیارهای اخلاقی‌مان را درباره‌ی تخصیص منابع مرور کنیم. آیا برخی از مردم برای درمان خاصی «سزاوارتر» از دیگران‌اند؟ چه چیزی این ادعا را توجیه می کند؟ در این نمونه، شاید کارکنان اورژانس به دلیل جایگاه و موقعیت قدرتمند عضو هیئت‌مدیره و تحت تأثیر قراردادن او و نیز برای حفظ موقعیت کاری خودشان بخواهند بهترین کار را برای او انجام دهند؛ اما سایر افراد حاضر در اورژانس انتظار دارند معیارهای تریاژ براساس نیازهای پزشکی باشد. چشم‌پوشی از این معیارها به دلیل موقعیت اجتماعی افراد غیرعادلانه خواهد بود. باوجوداینکه ممکن است غیرواقعی به نظر برسد، شاید کسی عواقب بعدی منتظرماندن طولانی و خسته‌کننده‌ی عضو هیئت‌مدیره را در اتاق انتظار و همراه با افراد عادی در نظر بگیرد. به‌هرحال، شکایت ابرازشده توسط این شخص قدرتمند ممکن است در موقعیت شغلی فرد مؤثرتر از شکایت تعدادی از بیماران باشد. برای عملکرد بهتر باید احساس آسودگی خیال و آرامش داشته باشیم که البته به احتمال زیاد بخشی از تجربه‌های روزمره‌ی اورژانس نیست.

توضیح نمونه‌ی دوم

وضعیت هر دو بیمار بحرانی است؛ اما درمان این دو یکسان نیست. به‌رغم مشکل‌بودن لوله‌گذاری در شکسستگی فک تحتانی پزشک باید هرچه سریع‌تر به لوله‌گذاری بیمار تصادفی اقدام کند. بیمار دیالیزی به لوله‌گذاری اورژانس نیاز ندارد و چه‌بسا با انجام دیالیز اورژانس سطح هوشیاری بیمار بهبود یابد. ضمن اینکه در بسیاری مواقع، در حالات گذرای افت سطح هوشیاری می‌توان برای بیمار بدون اتصال به دستگاه ونتیلاتور، لوله‌ی تراشه تعبیه کرد و تا زمان بازگشت هوشیاری با آمبوبگ به بیمار تنفس داد، مانند نمونه‌ی بیمار دیالیزی که به احتمال زیاد بعد از انجام دیالیز هوشیاری‌اش بر می‌گردد. توجه به نیاز واقعی بیمار، رفتار و تصمیم‌گیری صحیح برپایه‌ی اصول علمی

و اخلاقـی و شـانه‌خالی‌نکردن از مسـئولیت خطیر سودرسـانی و عدم اضرار به بیمار بـه بهانه‌ی کمبود امکانـات، مهم‌ترین نکته‌ی شـایان توجه در مواجهه با هر بیمار است.

منابع

۱. افلاطـون. (۱۳۶۰). جمهـور. ترجمـه‌ی فـؤاد روحانـی، تهران: بنگاه ترجمه و نشر کتاب، ص۳۸.

۲. اوکانـر، دانیـل جـان. (۱۳۷۷). ارسـطو. ج۱، ترجمـه‌ی خشایار دیهیمی، تهران: نشر کوچک، ص۲۶.

۳. نوسباوم، مارتا. (۱۳۸۸). ارسطو. ج۲، ترجمه‌ی عزت‌الله فولادوند، تهران: طرح نو.

۴. اسـتوارت میـل، جـان. (۱۳۸۸). فایده‌گرایـی. ج۱، ترجمه‌ی مرتضی مردیها، تهران: نشر نی، ص۱۰.

5. Mandeville, Bernard. (1970). The Fable of The Bees. Oxford University Press, P. 83.

۶. کاتوزیان، محمدعلی. (۱۳۵۷). آدام اسمیت و ثروت ملل. تهران: کتاب‌های جیبی، ص۳۳؛ ص۵۱.

7. Rawls, John. (1971). A Theory of Justice. Oxford University Press, p. 150-156.

۸. نازیـک، رابرت. (۱۳۷۶). «عدالت و اسـتحقاق». مجله‌ی نقـد و نظـر، ترجمـه‌ی مصطفـی ملکیـان، س۳، ش۲و۳، صص۹۴تا۱۰۸.

۹. غنی‌نژاد، موسـی. (۱۳۸۱). درباره‌ی هایک. ج۱، تهران: نشر نگاه معاصر، ص۱۱۷.

10. Evans, Martyn. & et al. (2004). Philosophy for Medicine: Applications in a Clinical Content. Radcliff Medical Press, p. 15.

۱۱. بری، نورمن پی. (۱۳۸۷). نظم خودانگیخته. ترجمه‌ی خشایار دیهیمی، تهران: نشر نی.

۱۲. آرامش، کیارش. (۱۳۸۶). «بحثی پیرامون اصل عدالت در اخلاق پزشـکی». اخلاق در علوم و فناوری، س۲، ش۳و۴، صص۵تا۱۰.

13. Ross, David. (1927). “The Basis of Objective Judgment in Ethics”. Int J Ethics, 37, p. 113-127.

۱۴. هـولاب رابـرت و یورگـن هابرمـاس. (۱۳۸۶). نقـد در حوزه‌ی عمومی. ترجمه‌ی حسین بشیریه، تهران: نشر نی.

15. Landman, William A. (2003). Ethics – Equitable Resource Allocation. PPT, Aug.

راه‌حل تعارض منافع و مصادیق آن در آموزش و پژوهش و درمان

دکتر مجتبی پارسا

معرفی نمونه‌ی اول

آقای دکتر « الف» یک پزشک خانواده است که بیشتر در حوزه‌ی درمان بیماری‌های مزمن انسدادی ریه (COPD) کار می‌کند. او نامه‌ای از مدیر اجرایی یک طرح پژوهشی دریافت می‌کند که در آن نوشته شده آن‌ها در حال ارزیابی یک روش جدید نویدبخش در درمان این بیماری‌ها هستند و از آقای دکتر «الف» درخواست شده است که نام بیماران واجد شرایط را در اختیار آنان بگذارد و به ازای آن برای هر نفر بیست هزار تومان دریافت کند.

معرفی نمونه‌ی دوم

دکتر «ب» که یک روان‌پزشک و دارای مطب خصوصی است از سوی یک شرکت دارویی دعوت شده است که در یک کارآزمایی بالینی که به منظور بررسی کارآیی یک داروی جدید در درمان سایکوز حاد طراحی شده است با آن‌ها همکاری کند. در این مطالعه بیمارانی که دارای سایکوز حاد هستند و هیچ سابقه‌ی قبلی از سایکوز (یا درمان با داروهای آنتی‌سایکوتیک) نداشته‌اند از طریق مطب پزشکان یا بخش‌های اورژانس وارد مطالعه می‌شوند. بیمارانی که وارد مطالعه می‌شوند به‌صورت تصادفی (رندوم) به دو گروه دریافت‌کننده‌ی داروی جدید و دارو نما (پلاسبو) تقسیم می‌شوند و باید به مدت هشت هفته در بیمارستان بستری شوند. در این مدت بیماران نباید هیچ داروی آنتی‌سایکوتیک دیگری به غیر از داروهای مورد مطالعه در یافت کنند. افزون‌براین، هم از شرکت‌کنندگان در مطالعه یا تصمیم‌گیرنده‌های جایگزین آنان رضایت آگاهانه اخذ شده است؛ همچنین بیماران مورد مطالعه درصورتی‌که وضعیت بالینی آن‌ها بدتر شود ممکن است از مطالعه خارج شوند.

۱. مقدمه

در معاملات تجاری معمول مانند خرید و فروش یک کالا یا یک خدمت، دو طرف معامله بدون اعتماد به یکدیگر مراقب هستند که در معامله مغبون نشوند؛ اما بعضی از معاملات یا ارتباطات مانند آنچه در رابطه‌ی پزشک و بیمار وجود دارد از لحاظ قانون، از تجارت معمول و رایج متفاوت است. در واقع، بیماران در پی حفظ حیات یا سلامتی خود هستند که قابل چشم‌پوشی و صرف‌نظرکردن نیست و این خدمات را فقط پزشکانی که دارای صلاحیت و مجوز لازم هستند ارائه می‌کنند؛ لذا ارائه‌ی چنین خدماتی، انحصاری و در دست پزشکان است. در تجارت معمول، خریدار می‌تواند کالا را ارزیابی کند و پس از ارزیابی، آن را بخرد؛ ولی در رابطه‌ی پزشک و بیمار به دلیل اینکه بیمار برای ارزیابی خدمتی که قرار است به او ارائه شود اطلاعات کافی ندارد، امکان این ارزیابی را ندارد. ازاین‌رو، نه تشخیص و پیش‌آگهی را می‌داند و نه می‌داند که چه دارو یا روش‌های درمانی برای او مناسب است (۱).

به همین دلیل است که فعالیت پزشکان کسب و کار قلمداد نمی‌شود بلکه آن را حرفه[1] می‌نامند؛ ولی تجارت و کسب و کار را حرفه نمی‌دانند؛ ازاین‌رو، یکی از شاخص‌های مهم حرفه، خدمت‌محوری، مفیدبودن یا مطلوبیت اجتماعی است (۲).

از طرف دیگر، تأثیرات کنونی مشوق‌های تجاری چالش‌های فراوانی را برای اصول حرفه‌مندی (پروفشنالیسم)[2] در پزشکی ایجاد کرده است. تعهد پزشکان به نوع‌دوستی، در اولویت قراردادن منافع بیماران، عمل‌کردن برپایه‌ی موازین علمی و نداشتن سوگیری در تصمیمات پزشکی، مرتباً آن‌ها را در مقابل تعارض منافع مالی قرار می‌دهد که پرچالش‌ترین و بیشترین آن‌ها از ارتباط بین پزشکان با شرکت‌های سازنده‌ی دارو یا تجهیزات پزشکی ناشی می‌شود. این شرکت‌ها از طریق ارتقای محصولات خود در بالابردن آسایش و رفاه بیماران سهمی عمده دارند. سرمایه‌گذاری آن‌ها در کشف، توسعه و توزیع محصولات دارویی و تجهیزات پزشکی جدید برای بیماران فواید فراوانی دارد و بسیاری از شرکت‌ها هم از برنامه‌های آموزش پزشکی مداوم[3] حمایت می‌کنند؛ اما درهرحال آنان مسئولیت‌هایی هم در قبال سهام‌داران خود دارند و باید سود معقولی هم نصیب آن‌ها کنند (۳).

اهداف اولیه‌ی پزشکی، ارتقای سلامت جامعه از طریق ارائه‌ی مراقبت‌های پزشکی مؤثر به بیماران، هدایت پژوهش‌های پزشکی معتبر و ارائه‌ی آموزش پزشکی در حد عالی است. برای دستیابی به این اهداف فرد فرد شاغلان حرفه‌ی پزشکی، مراکز ارائه‌دهنده‌ی خدمات پزشکی و مراکز پژوهشی وظیفه دارند که در وهله‌ی اول و قبل از هر چیزی منافع بیماران را در اولویت قرار دهند، در پژوهش‌ها سوگیری نداشته باشند و به لحاظ رفتار حرفه‌ای الگویی مناسب برای دانشجویان باشند؛ اما به دلیل اینکه در پزشکی امروزی در بعضی مواقع این اهداف و وظایف تحت‌الشعاع منافع مالی یا سایر منافع فرعی و ثانوی قرار می‌گیرد مشکل تعارض منافع رخ می‌دهد (۴)؛ لذا، به‌طور کلی می‌توان گفت تعارض منافع در حرفه‌ی سلامت غالباً وقتی رخ می‌دهد که

1. Profession
2. Professionalism
3. CME (Continuing Medical Education)

منافع شخصی (که ممکن است مالی یا غیرمالی باشد) با مسئولیت حرفه‌ای شخص تعارض دارد (۵). به بیان دیگر، تعارض منافع بیانگر موقعیتی است که در آن فردی انگیزه‌ی کاری را در حیطه‌ی حرفه‌ی خود پیدا می‌کند که با وظایف بدیهی شغلی او مغایرت دارد (۶).

در بیشتر متون و تفاسیر، در خصوص تعارض منافع، بر ملاحظات مالی تأکید شده است (و بحث این نوشتار هم تعارض منافع مالی است)؛ اما این‌ها تنها منافعی نیستند که بر رفتار پزشک اثر می‌گذارند؛ بلکه بسیاری از چیزهای دیگر از جمله تمایل به پیشرفت حرفه‌ای یا حتی علم‌آموزی هم می‌تواند اثرگذار باشند. به نظر می‌رسد این تصور که مشوق‌های مالی و سایر مشوق‌ها تأثیری شایان توجه بر رفتار انسان دارند و گاهگاهی می‌توانند بر قضاوت حرفه‌ای پزشک غلبه کنند، انکارناشدنی باشد. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که دادن مشوق‌های مالی و هدایا از طرف بخش صنعت بر رفتار پزشکان تأثیری چشمگیر دارد. پزشکانی که در معرض چنین مشوق‌هایی هستند به میزان بیشتری بیماران را برای تست‌های آزمایشگاهی، رادیوگرافی، جراحی و بستری در بیمارستان ارجاع می‌دهند (۷).

در حرفه‌ی پزشکی تعارض منافع می‌تواند در حوزه‌ی پژوهش، درمان و آموزش رخ دهد. از نظر تاریخچه، نگرانی‌ها درباره‌ی تأثیر بالقوه‌ی مخرب صنایع خصوصی بر پژوهش، آموزش و درمان پس از دهه‌ی ۱۹۷۰ در آمریکا رو به تزاید گذاشت و در آن موقع کنگره‌ی ایالات متحده قوانینی را وضع کرد که توجه‌ها را به تعارض منافع در پزشکی جلب کند (۸). با توجه به اینکه در کشور ما نیز موضوع تعارض منافع از جمله موضوعات مهمی است که پزشکان و مؤسسات پزشکی به طرق مختلف با آن درگیر هستند و گاهی ممکن است به‌عنوان یک امر عادی نیز تلقی شود که قبحی بر آن مترتب نیست، این نوشتار بر آن است که با توضیح موضوع و ذکر برخی مصادیق، راه‌حل‌هایی را برای اجتناب از تعارض منافع ارائه دهد.

۲. دیدگاه اخلاقی و قانونی

۲- ۱. تعارض منافع چیست؟

۲- ۱- ۱. تعریف

طبق تعریفی که تامپسون[1] ارائه داده است تعارض منافع شامل مجموعه‌ای از حالاتی می‌شود که در آن قضاوت حرفه‌ای، راجع به یک منفعت اولیه یا اصلی (مانند رفاه بیمار یا اعتبار یک تحقیق) بی‌جهت و ناروا تحت تأثیر یک منفعت ثانویه یا فرعی (مانند بهره‌ی مالی) قرار می‌گیرد. منفعت اصلی با توجه به وظایف حرفه‌ای یک پزشک، محقق یا استاد تعیین می‌شود. اگرچه در تعیین خود این وظایف اختلاف وجود دارد، این وظایف هر چه که باشند باید ملاحظات اصلی و درجه‌ی اول در تصمیم‌گیری‌های حرفه‌ای یک پزشک یا محقق یا استاد باشد (۴).

۲- ۱- ۲. اجزای تعارض منافع

این تعریف دارای سه عنصر اصلی است:

منفعت اولیه (اصلی): منافع اولیه می‌تواند صیانت از درستی یک پژوهش، افزایش رفاه بیمار و ارتقای کیفیت آموزش پزشکی باشد. در واقع، پزشکان، محققان و استادان پزشکی تقدم این منافع را در حرفه‌ی پزشکی پذیرفته‌اند. این منافع اولیه بعضی

1. Thompson

اوقات با عناوین غایت یا اهداف[1] (مثل افزایش رفاه بیمار) یا وظایف (مانند وظیفه‌ی پزشک در افزایش رفاه بیمار) یا حقوق (مانند حق بیمار برای اینکه پزشک بر رفاه او بیفزاید) نیز بیان می‌شوند.

منفعت ثانویه: این منفعت می‌تواند مالی یا از نوع منافعی مانند تمایل به پیشرفت حرفه‌ای، شناساندن موفقیت‌های فردی به دیگران یا توجه به دوستان، خانواده، دانشجویان یا همکاران باشد؛ اما درهرحال تأکید بیشتر بر منافع و روابط مالی است. ولی دلیل این تأکید این نیست که منافع مالی مخرب‌تر از سایر منافع است، بلکه دلیل آن عینی و ملموس‌تر بودن وکمیت‌پذیری منافع مالی است؛ بنابراین، کنترل منافع مالی نیز مؤثرتر و آسان‌تر است. منفعت فرعی و ثانویه به‌طور ذاتی ممکن است نامشروع نباشد و حتی در عمل حرفه‌ای امری مطلوب و حتی یک ضرورت باشد؛ اما باید دید وزن نسبی این منفعت در تصمیمات حرفه‌ای کجاست؛ لذا هدف این نیست که منفعت‌های مالی یا سایر منافع فرعی (مانند ترجیح خانواده و دوستان یا به دنبال پرستیژ بودن و...) حذف شود یا به حداقل رسانده شود، بلکه هدف این است که در تصمیمات حرفه‌ای این منافع فرعی غالب نشوند و منافع اصلی را تحت‌الشعاع خود قرار ندهند.

تعارض[2]: تعارض به این معنی نیست که منفعت اولیه حتماً در معرض خطر است، بلکه مجموعه‌ای از شرایط یا روابط ممکن است باعث شود که به منفعت ثانویه بیش از حد معمول، توجه معطوف شود و در نتیجه منفعت اولیه به فراموشی سپرده شود؛ لذا وجود تعارض منافع به‌خودی خود در بسیاری از مواقع اجتناب‌ناپذیر است؛ اما یک شخص حقیقی یا حقوقی می‌تواند تحت تأثیر منفعت ثانویه قرار بگیرد یا نگیرد (۴و۹).

۲- ۱- ۳. تفاوت میان تعارض منافع و سایر تعارضات

تعارض منافع را باید از سایر تعارضات تشخیص داد. چون تمام تعارضات، تعارض بین یک منفعت اولیه و ثانویه نیستند.

تعارض وظیفه: در تعارض وظیفه[3] یک فرد یا یک مؤسسه وظایفی دارد که با یکدیگر همسو نیستند و در شرایط موجود فقط امکان انجام یکی از آن‌ها وجود دارد؛ دوراهه‌ها (دیلما)[4] در اخلاق پزشکی به این صورت هستند؛ یعنی انتخابی مشکل بین دو ارزش که هیچ‌یک بر دیگری تفوق ندارد. مثال بارز آن حفظ راز بیمار مبتلا به یک بیماری مسری است که حفظ راز او در تعارض با جلوگیری از ضررنرساندن به فرد دیگر است. در این مثال در واقع تعارض منافع نداریم؛ چون هم حفظ راز یک بیمار و هم ضررنرسیدن به دیگری هر دو منافع اولیه هستند و در واقع می‌توان گفت که دوراهه، تعارض بین منفعت‌های اولیه‌ی متفاوت است.

تعارض تعهدات: تعارض تعهدات[5] به موضوع تعارض منافع نزدیک‌تر است. این حالت تعارض بین مسئولیت‌های اولیه‌ی افراد یک سازمان در برابر تعهدات خارج از سازمان آن‌ها مانند خدمات اجتماعی داوطلبانه یا فعالیت در یک گروه سیاسی یا آموزش یا هدایت یک پژوهش در یک سازمان دیگر

1. Ends or Goals
2. Conflict
3. Conflict of Obligation
4. Dilemmas
5. Conflict of Commitment

است. در این مورد، مانند تعارض بین دو منفعت اولیه (تعارض وظیفه)، بین دو فعالیت که کاملاً محترم و موجه هستند تعارض داریم؛ ولی مانند تعارض منافع یک فعالیت بر دیگری تفوق دارد (۴).

۲- ۱- ۴. اهمیت تعارض منافع

از نظر اخلاقی اهمیت تعارض منافع از این جهت است که قضاوت بالینی پزشک را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ بنابراین، خطر آسیب‌زدن به اعتماد بین پزشک و بیمار و حتی عموم جامعه در آن وجود دارد. در واقع، بیماران انتظار دارند که پزشکان به دنبال هیچ‌گونه انگیزه‌ای به‌غیر از بهبودی بیماران خود نباشند. اگر بیماری احساس کند که پزشک او در موقعیت تعارض منافع قرار دارد، اعتماد او به پزشک و به‌طور کلی به حرفه‌ی پزشکی سست خواهد شد. بعضی اوقات منافع ثانویه آن‌قدر چشمگیر هستند که می‌توانیم پیش‌بینی کنیم که پزشک حتماً تحت تأثیر آن قرار خواهد گرفت (۱۰).

روان‌پزشکان، جامعه‌شناسان و اقتصاددانان معتقدند که رفتار انسان طوری است که روش‌های تجربی نو و ابتکاری را به کار می‌گیرد. تحقیقات آن‌ها نشان داده است که رفتار آدمی همیشه این‌طور نیست که کاملاً بر پایه‌ی عقل و انگیزه استوار باشد؛ بنابراین، افراد همیشه از انگیزه‌های خود باخبر نیستند و بدون اینکه درباره‌ی چیزی فکر کنند ممکن است رفتاری از آنان سر بزند. از طرفی، تحقیقات علوم اجتماعی نشان داده است که تمایل به عمل متقابل حتی در قبول هدایای کوچک در رفتار مردم خیلی زیاد است؛ مثلاً افرادی که هدیه‌ای دریافت می‌کنند اغلب نمی‌توانند بی‌تفاوت باقی بمانند و غالباً می‌خواهند طوری آن را جبران کنند. در این خصوص، محققان به‌طور خاص هدایای صنعت به پزشکان را بررسی و مطالعه کرده‌اند و نشان داده‌اند که قبول هدیه سبب‌ساز رفتار مثبت پزشکان با نمایندگان شرکت‌های دارویی می‌شود (۳)؛ به‌عنوان مثال، نتایج مطالعه‌ای که بین سال‌های ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۰ از استادان تمام‌وقت بیمارستان‌های آموزشی کلیولند[1] در آمریکا به‌عمل آمد، نشان داد پزشکانی که با نمایندگان شرکت‌های دارویی خاصی ملاقات کرده بودند یا برای شرکت یا سخنرانی در سمپوزیوم یا انجام تحقیقات از آن شرکت دارویی پول دریافت کرده بودند، داروهای ساخت آن شرکت را بیشتر نسخه می‌کنند (۱۱).

از طرف دیگر، با وجود اینکه بسیاری از پزشکان، هر ساله هدایای متعددی را از شرکت‌های دارویی دریافت می‌کنند، اغلب آن‌ها با وجود شواهد زیادی که خلاف آن را نشان می‌دهد، تأثیر این هدایا را بر خود انکار می‌کنند (۱۲). اکثر پزشکان معتقدند هدایا تأثیری در تجویزهای طبی خود آن‌ها ندارد؛ ولی همین پزشکان معتقدند که هدایا در همکارانشان تأثیرگذار است (۱۳)؛ به‌عنوان مثال، بنابر یافته‌های مطالعه‌ای که بر نگرش استادان و رزیدنت‌های داخلی صورت گرفت، اکثر آن‌ها موافق این بودند که قبول هدایای گران‌قیمت ممکن است قضاوت پزشک را در معرض خطر قرار دهد؛ البته اقلیتی از آن‌ها معتقد بودند که اطلاعاتی که توسط نمایندگان فروش شرکت‌های دارویی ارائه می‌شود بر روند تصمیم‌گیری خود آن‌ها مؤثر بوده است (۱۴). مسأله‌ی مهم دیگر این است که ممکن است در اثر قبول هدایای شرکت‌های دارویی، نگرش بیماران

1. Cleveland

نسبت به پزشکان تغییر کند؛ به‌عنوان نمونه، در مطالعه‌ای ۲۴ درصد از بیماران گزارش کردند که بعد از اینکه متوجه شدند که شرکت‌های دارویی به پزشکان هدیه می‌دهند احساس آن‌ها نسبت به پزشکان تغییر کرد (۱۳).

لذا اهمیت تعارض منافع به قدری است که در بسیاری از موارد، قانون برای اتونومی و آزادی افرادی که در یک رابطه‌ی مبتنی بر امانت[1] قرار گرفته‌اند، محدودیت‌هایی را وضع می‌کند. در این رابطه که بین یک فرد قوی‌تر یعنی پزشک و یک فرد ضعیف‌تر یعنی بیمار وجود دارد مقررات تعارض منافع خیلی جدی هستند؛ ازاین‌رو، در حوزه‌های قضایی بعضی از جوامع، از رابطه‌ی بین پزشک و بیمار تحت عنوان وظایف مبتنی بر امانت[2] نام برده می‌شود که پزشک را ملزم به حفظ اعتماد بیمار و اطمینان‌بخشیدن به عموم مردم می‌کند. در حوزه‌های قضایی که فاقد وظایف مبتنی بر امانت است، این کار توسط کدهای حرفه‌ای که شاید قدرت قانون را داشته باشد انجام می‌شود. کدهای حرفه‌ای پزشکان یا کدهایی که در بعضی صنایع وجود دارد، پزشکان یا صنایع را از فعالیت‌هایی که ممکن است موجب تخریب اعتماد بیماران یا عموم مردم به شاغلان حرفه‌ی سلامت شود منع می‌کند؛ برای مثال در قانون کنترل حرفه‌ی سلامت انتاریو[3] مصوب سال ۱۹۹۱ شاغلان این حرفه از عمل در جایی که در معرض تعارض منافع باشند منع شده‌اند (۱۰و۱۵).

با توجه به اینکه امروزه دانش پزشکی برای پیشرفت در عرصه‌های مختلف اعم از آموزش و پژوهش و درمان نیاز به سرمایه‌گذاری صنعت دارویی و تجهیزات پزشکی دارد و شیوه‌های کسب درآمد پزشکان نیز دچار تغییرات ساختاری و بعضاً پیچیده‌ای شده است، برای حفظ شأن و جایگاه پزشکان و از همه مهم‌تر حفظ جایگاه حرفه‌ی پزشکی در نظر عموم مردم، اتخاذ روش‌ها و رویکردهایی که بتواند تا حدودی معضل تعارض منافع را حل کند ضروری به نظر می‌رسد.

۳. رویکرد ما به تعارض منافع باید چگونه باشد؟

ارتباط بین پزشکان و صنعت به‌طور ذاتی غیراخلاقی نیست و بخش صنعت با حمایت از تحقیق و آموزش می‌تواند حامی خوبی برای بیماران باشد. تعارض منافع در هر قلمرویی از جمله دانش و پزشکی می‌تواند وجود داشته باشد. ولی قرارگرفتن در جایگاهی هم که در آن تعارض منافع وجود دارد به‌خودی خود غیراخلاقی نیست؛ اما مسأله‌ی جدی وقتی رخ می‌دهد که کسی از فهم این تعارض عاجز باشد و آن را یک وضعیت مطلوب قلمداد کند؛ لذا قدم اول در مواجهه با تعارض منافع آگاهی و شناخت آن است. پزشکان باید درک کنند که ممکن است تحت تأثیر تعارض منافع قرار بگیرند. تأییدکردن وجود تعارض منافع، اعتراف به یک نقص اخلاقی نیست بلکه ارزیابی واقعی از تأثیر احتمالی و بالقوه‌ی یک منفعت ثانویه است؛ بنابراین، اتکا به درست‌کاری فردی ضروری است اما کافی نیست؛ لذا باید دانشجویان و پزشکان را با روش‌هایی که شرکت‌های دارویی برای بازاریابی و ترویج محصولات خود به کار می‌برند آشنا کرد. این آموزش برای

1. Fiduciary Relationship
2. Fiduciary Duties
3. Regulated Health Professions Act of Ontario

کارکنان شرکت‌های دارویی نیز لازم است تا آن‌ها هم با محدوده‌ی تعاملات خود با پزشکان آشنا باشند (۱۰). بسته به نوع تعارض و احتمال آسیب وارده روش‌های متعددی برای برخورد با تعارض منافع در دسترس است که به آن‌ها اشاره می‌شود:

۳- ۱. تبدیل مشکل به مسأله

یکی از راه‌های برون‌رفت از تعارض اخلاقی تبدیل مشکل به مسأله است. گاه تعارض در میان مشکلات رخ می‌دهد و همین که از دل مشکل مسأله‌ای استخراج می‌کنیم، یا تعارض رخت برمی‌بندد یا شیوه‌ای ساده و آسان برای حل تعارض یافت می‌شود. مشکل، سطحی، کلی و عام، قابل رؤیت توسط عوام، ذهنی، مرکب، مبهم، فاقد روش بررسی و معمولاً حل‌نشدنی است؛ اما مسأله، ژرف، معین و مشخص، قابل رصد توسط متخصص، عینی، واحد، روشن، روشمند و حل‌شدنی است. اگر برای حل تعارض منافع در حد مشکل توقف کنیم و به ژرفای مسأله نرویم به راه‌حل ممتاز و متمایزی نخواهیم رسید (۱۶).

در اینجا برای تقریب ذهن، مثالی آورده می‌شود. فرض کنید در یک کارخانه عده‌ای از کارکنان اعتصاب کرده‌اند و سر کار خود حاضر نشده‌اند. آن چیزی که از ظاهر امر برمی‌آید و در واقع مشکل، اعتصاب کارکنان و وقفه در تولید کارخانه است. حال اگر موضوع ریشه‌یابی شود و مثلاً مشخص شود که علت این اعتصاب توهین یکی از مدیران به یکی از کارکنان بوده است، در واقع مشکل ما به مسأله تبدیل شده که حل‌شدنی است؛ مثلاً ممکن است با یک عذرخواهی ساده‌ی آن مدیر، موضوع فیصله یابد و مشکل حل شود.

۳- ۲. انتخاب راه سوم

آموزه‌های سنتی، تعارضات اخلاقی را به وسیله‌ی اصل دفع افسد به فاسد حل می‌کنند. در نتیجه، فاسد و بد را انتخاب می‌کنیم تا از افسد و بدتر مصون باشیم؛ اما به دلایلی این اصل مردود است:

- اول اینکه غالباً نمی‌توانیم بین اهم و مهم یا افسد و فاسد تفکیک قائل شویم. گاهی یکی از تعهدها آن‌قدر مهم‌تر از تعهدات دیگر است که به‌آسانی می‌توان دانست چه باید کرد؛ اما نباید فراموش کرد که همیشه این‌طور نیست و چه‌بسا آنچه کم‌خطرتر انگاشته شده است، در درازمدت پرخطرتر باشد.
- دوم اینکه در مواردی تعارض بین دو امر هم‌آورد (و نه فاسد و افسد) به میان می‌آید؛ به‌گونه‌ای که ترجیحی وجود ندارد که یکی را رها کنیم و دیگری را انتخاب کنیم. اگر بر سر دوراهه‌ای قرار بگیریم که انتخاب هر یک و برنگرفتن دیگری به اندازه‌ی یکسانی فسادانگیز باشد باید چه کار کرد؟
- و سوم اینکه توسل به روش دفع افسد به فاسد، غالباً چشم فرد را از جستن راه سوم باز می‌دارد. به عبارت دیگر، ما خیال می‌کنیم که راه سومی وجود ندارد و ممکن است راه‌های متعدد دیگری وجود داشته باشد؛ لذا یک روش پیشنهادی مؤثر در حل تعارضات اخلاقی، جست‌وجو از راه سوم است (۱۷).

۳- ۳. سلب صلاحیت

در سلب صلاحیت کسانی که در موقعیت تعارض منافع قرار می‌گیرند باید از تصمیم‌گیری در آن موقعیت اجتناب کنند و کس دیگری این‌کار را انجام دهد؛ به‌عنوان مثال، اگر یک قاضی در پرونده‌ای،

خود دارای منافعی است باید درباره‌ی آن پرونده‌ی خاص از خود سلب صلاحیت کند و کس دیگری این کار را انجام دهد.

۳- ۴. ارزیابی شخص ثالث[1]

حالتی را در نظر بگیرید که در آن سهام‌دار عمده‌ی یک شرکت سهامی بخواهد سهم مابقی سهام‌داران آن شرکت را که در اقلیت هستند بخرد. چه قیمتی عادلانه است؟ بدیهی است که این کار درستی نیست (و معمولاً غیرقانونی است) که سهام‌دار عمده قیمتی را پیشنهاد بدهد و هیئت مدیره (که معمولاً در کنترل سهام‌دار عمده هستند) این قیمت را تأیید کنند. چیزی که مرسوم است این است که شخص سومی را به کار بگیرند تا شرایط را ارزیابی کند و یک قیمت منصفانه پیشنهاد بدهد و بعد سهام‌دارانی که در اقلیت هستند به آن رأی بدهند.

۳- ۵. کدهای اخلاقی[2]

معمولاً کدهای اخلاقی تعارض منافع را ممنوع کرده‌اند؛ اما به‌هرحال در مواردی ممکن است اختلاف‌نظر وجود داشته باشد. کدهای اخلاقی با بیان میزان تعارضی که باید از آن اجتناب شود کمک می‌کنند که مشکلات تعارض منافع را به حداقل برسانیم (۱۸).

۳- ۶. ممنوعیت[3]

ممکن است دامنه‌ی تأثیرات مخرب بعضی از تعارض منافع‌ها خیلی زیاد باشد و بر اعتماد عموم مردم و بیماران به حرفه‌ی پزشکی اثراتی سوء داشته باشد یا اینکه برای بیمار منفعتی درخور توجه نداشته باشد؛ ازاین‌رو، باید ممنوع شوند.

۳- ۷. آشکارسازی[4]

آشکارسازی قاعده‌ای طلایی در تعارض منافع است؛ به‌عنوان مثال، ذکر شده است که سخنران‌ها در کنفرانس‌ها و نویسندگان مقالات در موقع ارائه‌ی مطالب خود باید هرگونه منافع یا ارتباطاتی را که با صنعت دارند آشکار کنند. در انتشار مجلات پزشکی هم باید آشکارسازی منافع حرفه‌ای و مالی صورت بگیرد. همچنین، درباره‌ی هدایا و مانند این‌ها نیز آشکارسازی لازم است؛ به‌عنوان نمونه انجمن پزشکان کانادایی (CMA) بیان می‌کند: «پزشک باید آماده‌ی آشکارسازی ماهیت روابط خود با صنعت به بیماران، برگزارکنندگان و حضار یک آموزش مداوم پزشکی در موقع سخنرانی یا موقعیت‌های مشابه باشد. برای اینکه کسی بخواهد بداند در موقعیت تعارض منافع قرار دارد یا خیر باید این سؤال را از خود بپرسد: اگر بیمار یا سایر افراد از منفعت من در این موضوع مطلع شوند آیا من دغدغه‌ی خاطری ندارم و راحت خواهم بود؟ اگر جواب به این سؤال خیر باشد پس آشکارسازی لازم است. بدیهی است اگر بیماران بفهمند که پزشکان منافعی را مخفی کرده‌اند اعتماد آن‌ها به پزشکان کمتر خواهد شد و بالعکس درصورتی‌که بفهمند که پزشک درباره‌ی این منافع شفاف است ممکن است حتی اعتماد آنان به پزشک افزایش هم پیدا کند» (۱۰، ۱۵، ۱۹).

تعارض منافع می‌تواند در حیطه‌های درمان، آموزش یا پژوهش وجود داشته باشد و برای حل آن هم می‌توان از شیوه‌های ذکرشده استفاده کرد؛ اما عمده راه‌حلی که معمولاً برای رهایی از تعارض منافع استفاده می‌شود آشکارسازی و نیز

1. Third-Party Evaluatios
2. Codes of Ethics
3. Prohibition
4. Disclosure

اجتناب‌کردن است.

۴. تعارض منافع در آموزش پزشکی

محیط‌های آموزشی در آموزش پزشکی در تمامی مقاطع و آموزش پزشکی مداوم هدف اصلی تأثیر صنعت است. محیط‌های آموزشی در پزشکی، شامل سالن‌های کنفرانس و سخنرانی، محل‌های مراقبت از بیمار (مانند بخش‌های سرپایی یا بستری)، آزمایشگاه‌ها و... تنوع بسیاری دارد. بعضی از برنامه‌های آموزش مداوم هم در رستوران‌ها، هتل‌ها یا مراکز تفریحی و سرگرمی برگزار می‌شود. در بیشتر طول مدت قرن بیستم شرکت‌های تولید محصولات پزشکی، در آموزش پزشکی مشارکت عمده‌ای نداشتند؛ تنها استثنا در این حوزه نمایندگان فروش این شرکت‌ها بودند که اطلاعاتی را درباره‌ی محصولات خود به رزیدنت‌ها، اساتید و پزشکان غیردانشگاهی ارائه می‌کردند؛ ولی در دهه‌های آخر قرن بیستم شرکت‌های تجهیزات پزشکی به‌طور فزاینده‌ای در اسپانسری آموزش مداوم پزشکی درگیر شدند و دانشکده‌های پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی، به حمایت صنعت از برنامه‌های آموزشی خود وابسته شدند (۴)؛ به‌عنوان مثال، در مطالعه‌ای ملی که در سال ۲۰۰۶ از ۱۲۵ دانشکده‌ی پزشکی و پانزده بیمارستان آموزشی در ایالات متحده به عمل آمد، مشخص شد که ۶۷ درصد از دپارتمان‌های دانشگاهی با صنعت، ارتباط داشتند (۲۰).

درباره‌ی برنامه‌های رزیدنتی هم، چنین وضعیتی وجود دارد؛ برای مثال، بنابر یافته‌های مطالعه‌ای که در میان مدیران برنامه‌های رزیدنتی طب اورژانس آمریکا انجام شد، چهل درصد از مدیران اجازه داده بودند که صنعت در برنامه‌های آنان سرمایه‌گذاری کند و همین درصد هم اجازه داده بودند که نمایندگان شرکت‌های دارویی به رزیدنت‌ها آموزش بدهند (۲۱).

در بریتانیا هم هزینه‌های بیش از نیمی از کل آموزش پزشکی فوق لیسانس[1] و بسیاری از آموزش‌های پرستاران از بودجه‌ی بازاریابی شرکت‌های دارویی است که البته به‌تنهایی خاص بریتانیا نیست و عمومیت دارد (۱۵).

روش‌های ارتباط صنعت با پزشکان یا دانشجویان به طرق مختلفی است که یکی از آن‌ها دادن هدیه به دانشجویان یا رزیدنت‌هاست که این هدیه می‌تواند دادن یک وعده‌ی غذایی یا نمونه‌های دارویی یا اقلام آموزشی و... باشد؛ برای نمونه، از نتایج مطالعه‌ای که از دانشجویان پزشکی سال سوم در هشت دانشکده‌ی پزشکی مهم در آمریکا به دست آمد، می‌توان دریافت تقریباً همه‌ی دانشجویان یک وعده‌ی غذایی یا یک هدیه‌ی دیگر از شرکت‌های صنعتی دریافت کرده‌اند و بیش از یک‌سوم آن‌ها در رخدادی که میزبان آن یک شرکت دارویی بوده حضور یافته بودند (۲۲).

در این زمینه در مطالعه‌ی دیگری که بین رزیدنت‌های کالج پزشکی ویرجینیا در سال ۲۰۰۰ انجام شد، مشخص شد ۹۸ درصد از آن‌ها در طول سال گذشته یک وعده خوراک با هزینه‌ی یک شرکت دارویی خورده بودند. در همین مطالعه وقتی که از رزیدنت‌ها خواسته شد که محتوای جیب روپوش‌های پزشکی خود را خالی کنند معلوم شد که

1. Postgraduate

۹۷ درصد از آنان حداقل یک قلم جنس (قلم، قلم نوری و...) که علامت تجاری یک شرکت دارویی روی آن حک شده بود در جیب خود دارند. درباره‌ی تأثیر این هدایا هم ۹۱ درصد از این رزیدنت‌ها اقرار کردند که ارتباطشان با شرکت‌های دارویی، بر نسخه‌نویسی آن‌ها اثرگذار است (۲۳).

نتایج مطالعه‌ی دیگری بر رزیدنت‌های پزشکی، که در سال ۱۹۷۷ انجام شد، نشان داد که ۳۲ درصد از داروهای موجود در کمدهای نمونه‌های دارویی که مورد استفاده قرار می‌گیرند، به‌طور مستقیم از نمایندگان شرکت‌های دارویی به دست آمده است (۲۴).

نکته‌ی مهم، تأثیر این هدایا بر روند آموزش است؛ به‌عنوان مثال، در مطالعه‌ای که به منظور تعیین نظر رزیدنت‌ها و اساتید درباره‌ی تأثیر صنعت دارویی بر آموزش پزشکی انجام شد، اکثر رزیدنت‌های طب داخلی و استادان آن‌ها معتقد بودند که صنعت در مراحل مختلف آموزش پزشکی اثرگذار است و این امر موجب تعارض منافع می‌شود؛ ازاین‌رو خواسته‌ی آن‌ها این بود که آموزش‌دهندگان، تمامی ارتباطات مالی خود را با صنعت آشکار کنند (۲۵).

در این خصوص توصیه‌ی انجمن کالج‌های پزشکی آمریکا[1] این است که مراکز علمی پزشکی، سیاست‌ها و خط‌مشی‌هایی الزام‌کننده طراحی کنند تا سرمایه‌گذاری صنعت در اعطای کمک هزینه‌های تحصیلی یا سایر چیزها به خود مرکز آموزشی واگذار شود و صنعت در انتخاب دریافت‌کنندگان آن دخالتی نداشته باشد و به‌هیچ‌وجه مستلزم مابه‌ازایی هم نباشد. در این توصیه ذکر شده که صنعت نباید با یک فرد خاص از دانشجویان یا کارآموزان ارتباط داشته باشد (۲۶). درباره‌ی پذیرش هدایا کدهای اخلاقی انجمن پزشکی آمریکا بیان می‌کند: «هدایایی که ارزش کمی دارند و مربوط به کار پزشک می‌شوند مانند یک قلم یا دفتر یادداشت یا هدایایی که نفع آن به بیمار می‌رسد و ارزشی درخور توجه ندارند قابل قبول هستند؛ اما یارانه‌های مستقیم از شرکت دارویی برای مسافرت یا اقامت برای حضور در کنفرانس‌ها یا گردهمایی‌ها قابل قبول نیستند.» نکته‌ی جالب اینکه هم کدهای اخلاق پزشکی انجمن پزشکی آمریکا هم انجمن اعتبارگذاری آموزش پزشکی مداوم[2] برای این استانداردهای خود یک استثنا قائل شده‌اند به این صورت که «کمک‌هزینه یا سایر اعتبارات مالی برای شرکت دانشجویان پزشکی، رزیدنت‌ها و فلوها در کنفرانس‌های آموزشی که با دقت انتخاب شده باشند، ممکن است اجازه داده شود، به‌شرطی‌که انتخاب کارآموز برای این برنامه‌ها توسط مؤسسه‌ی علمی یا اسپانسری معتبر که موافق کامل برنامه‌های آموزشی باشد صورت گرفته باشد.»

کالج پزشکان آمریکایی[3] نیز پذیرش بعضی از چیزها مانند قبول هدایای جزئی را از قبیل قلم یا کتاب، جبران هزینه‌های حضور یا صرف وقت برای شرکت در مطالعات یا حضور در نشست ارائه‌ی مقاله و نیز ضیافت‌های معمولی که همراه با رویدادهای آموزشی است، بدون مشکل دانسته است. در بریتانیا پزشکان فقط اجازه دارند هدایایی ارزان‌قیمت را که به پزشکی یا داروسازی مربوط هستند بپذیرند (۲۷).

1. AAMC (The Association of American Medical Colleges)

2. ACCME (Accreditation Council for Continuing Medical Education)

3. ACP (American College of Physician)

موضـوع مهم دیگـر، این اسـت که در بسـیاری از مواقـع ارتباط صنعت با محیط‌هـای علمی از طریق نماینـدگان آن‌ها صورت می‌گیـرد. توصیه‌ی انجمن کالج‌هـای پزشـکی آمریـکا در خصـوص دسترسـی نمایندگان فروش این شرکت‌ها به شرح زیر است:

بـرای حفاظـت از بیمـاران، دسترسـی نمایندگان شـرکت‌های دارویی به پزشکان باید به محل‌هایی که مربوط به مراقبت از بیمار نیست محدود باشد و فقط براسـاس قرار ملاقات و دعوت پزشـک باشد و مراکز علمـی اعتبارنامـه‌ی ایـن نماینـدگان را تأییـد کرده باشد.

درگیرشـدن دانشـجویان و کسـانی کـه در حـال آموزش هستند در چنین نشست‌هایی فقط می‌تواند برای اهداف آموزشـی و تحت نظارت یکی از اعضای دانشکده اتفاق بیفتد.

مراکـز علمـی پزشـکی بایـد مکانیسـم‌هایی را طراحـی کننـد که به موجـب آن نماینـدگان صنعت که می‌خواهنـد درباره‌ی محصولات خـود اطلاعات آموزشـی ارائـه بدهنـد، بتوانند با نظارت دانشـکده فرصـت ایـن کار را داشـته باشـند. بهتـر اسـت نمایندگانـی از صنعـت کـه دارای مـدارج دکتـرای پزشـکی یا داروسازی یا Ph.D هستند عهده‌دار این کار باشند.

نماینـدگان این شـرکت‌ها نباید در هنـگام مراقبت از بیمار، حضور داشـته باشـند؛ مگـر اینکه با اطلاع قبلی بیمار باشد و از او رضایت اخذ شده باشد و فقط هم در جهت آموزش یا کمک به اسـتفاده از وسایل و تجهیزات باشد (۲۷).

دربـاره‌ی آموزش پزشـکی مداوم نیـز تأثیر صنعت مشهود است. پزشکان متعهد هستند که برای حفظ مهارت‌هـا و دانش خود به‌طور دائـم آموزش ببینند؛ لـذا بسـیاری از انجمن‌هـای پزشـکی بـرای تمدید پروانـه‌ی اعضـای خـود آن‌هـا را ملزم بـه طی‌کردن دوره‌هـای آموزش مـداوم می‌کنند کـه از این جمله می‌توان به انجمن پزشکی امریکا[1] اشاره کرد (۲۸).

ارائه‌دهندگان آموزش مداوم پزشکی معتبر، نسبت بـه آمـوزش پزشـکی در دوره‌ی عمومـی یـا مقاطع لیسـانس و فوق لیسـانس بسـیار متنوع‌تر و بیشـتر هسـتند؛ به‌عنوان مثال، در تمـام ایالت‌های آمریکا، به غیر از کلرادو، ایندیانا، مونتانا، نیویورک، داکوتای جنوبی و ورمونت برای کسانی که می‌خواهند اعتبار پروانـه‌ی خـود را تمدید کننـد، گذرانـدن دوره‌های آموزش پزشکی مداوم معتبر الزامی است.

در آمریـکا انجمـن اعتباربخشـی آموزش پزشـکی مداوم[2] در مدیریت تعارض منافع برای سـازمان‌های تحت پوشـش خود از جمله انجمن نفرولوژی آمریکا یکی از راه‌ها را آشکارسازی می‌داند و درباره‌ی اینکه سـخنران چه چیزی را باید آشـکار کنـد توافق کلی وجود دارد؛ سخنران باید تمام ارتباطات مالی خود را با مؤسسـات تجاری در ابتدای سخنرانی آشکار کند (۲۹).

اطلاعـات به‌دسـت‌آمده از انجمـن اعتباربخشـی آموزش پزشکی مداوم در آمریکا حاکی از آن است که سـرمایه‌گذاری صنعت در آموزش پزشکی معتبر بین سـال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۷ بیش از ۳۰۰ درصد رشد داشـته است. انجمن اعتباربخشـی آموزش پزشکی مداوم، در پاسـخ به ایـن نگرانی‌ها، اسـتانداردهای جدیـد و سـخت‌گیرانه‌ای را منتشـر کرده اسـت که

1. AMA (American Medical Association)
2. ACCME (Accredited Council for Countinuing Medical Education)

براساس آن تعارض منافع طراحان و سخنرانان این نشست‌ها باید آشکارسازی شود. همچنین در این استانداردها، پزشکان را به بررسی محتوای آموزشی از لحاظ تورش (بایاس)های احتمالی و وجود تعارض منافع ملزم کرده است تا در صورت وجود، مثلاً سخنران جایگزین پیدا کرد یا اینکه تورش پدیدآمده را حذف کرد (۴).

مجمع عمومی سالیانه‌ی انجمن پزشکی جهانی هم در سال ۲۰۰۴ در توکیو، اولین دستورالعمل خود را در زمینه‌ی نحوه‌ی ارتباط پزشکان با مؤسسات تجاری منتشر کرد. در یکی از جملات این دستورالعمل آمده است وقتی که ملاحظات تجاری بر واقع‌بینی پزشک تأثیر بگذارد، تعارض منافع رخ می‌دهد. هدف کنفرانس‌ها باید تبادل اطلاعات علمی و حرفه‌ای باشد و ضیافت‌های جنبی باید موضوعی فرعی تلقی شود (۳۰).

۵. تعارض منافع در پژوهش

سرمایه‌گذاری صنعت در تحقیقات زیست‌پزشکی در دهه‌های اخیر رشدی چشمگیر داشته است و در حال حاضر صنعت، بزرگ‌ترین منبع سرمایه‌گذاری در ایالات متحده برای چنین تحقیقاتی است. بین سال‌های ۱۹۷۷تا۱۹۸۹ کل سرمایه‌گذاری در تحقیقات بالینی و غیربالینی که توسط صنعت انجام شده، از ۲۹ درصد به ۴۵ درصد افزایش یافته است (۳۱و۳۲).

تقریباً یک‌سوم محققان مؤسسات علمی، با اسپانسرهای صنعتی ارتباطات مالی شخصی دارند. مطالعات اخیر نشان داده است که ۳۷ درصد از محققان در دانشگاه ملی علوم[1] در آمریکا دارای وابستگی[2] دوگانه هم با دانشگاه‌ها و هم شرکت‌های صنعتی هستند (۳۳).

اما با وجود فواید ارتباط صنعت با تحقیقات زیست‌پزشکی، این ارتباط می‌تواند تعارض منافع ایجاد کند و در بسیاری از مواقع می‌تواند تحقیقات پزشکی را از اهداف اولیه‌ی خود دور کند؛ مثلاً طراحی مطالعه یا اهداف و نتایج مطالعه را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین، مفاد قراردادهای بسیاری از مراکز دانشگاهی با صنعت حاوی نکاتی است که به صنعت اجازه می‌دهد که بر انتشار و گزارش نتایج تحقیق کنترل داشته باشند (۴)؛ به‌عنوان مثال، در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۴ در مراکز دانشگاهی پزشکی آمریکا انجام شده، هفت درصد از پاسخ‌دهندگان گزارش کرده بودند که مؤسسات آن‌ها به اسپانسرهای صنعتی این اجازه را داده‌اند که نتایج مطالعه را بررسی کنند و بعد تصمیم بگیرند که مطالعه منتشر بشود یا نه (۳۴).

۶. انواع منافع مالی پزشکان پژوهشگر

پزشکان پژوهشگر می‌توانند در پژوهش‌های انجام‌شده، منافع مالی متعددی داشته باشند. بعضی از آن‌ها سهام‌دار شرکت‌هایی هستند که با اهداف تجاری، پژوهش می‌کنند. بسیاری دیگر ممکن است به‌عنوان مشاور در این‌گونه شرکت‌ها فعالیت کنند و بسیاری هم ممکن است در ازای دریافت مبالغی درخور توجه به‌عنوان سخنران در مجامع آموزشی و دانشگاهی حضور یابند و

1. National Academy of Sciences
2. Affiliation

به تبلیغ محصولات شرکت‌های دارویی بپردازند. بعضی اوقات هم به ازای معرفی افراد برای شرکت در پژوهش به پژوهشگر مبالغی پرداخت می‌شود که ممکن است به‌صورت فایندرز فی[1] باشد که به معنی پرداخت سرانه به ازای هر نفری است که در تحقیق شرکت داده می‌شود؛ همچنین ممکن است به‌صورت پاداش‌هایی برای سرعت‌بخشیدن در به‌کارگیری شرکت‌کنندگان یا حفظ آن‌ها در یک مطالعه باشد.

حتی در مواقعی که پزشک پژوهشگر شخصاً از شرکت در یک پروژه‌ی پژوهشی بهره‌ی مالی مستقیم نمی‌برد، مؤسساتی که آن‌ها به آن وابسته هستند می‌توانند با اسپانسرهای تجاری ارتباط تنگاتنگی داشته باشند که در این صورت می‌تواند تعارض منافع سازمانی ایجاد کند که به نوبه‌ی خود می‌تواند روی سیاست‌های سازمان اثرگذار باشد و پژوهشگر از این طریق تحت فشار باشد؛ بنابراین، منافع مالی اشخاصی که در مقام تصمیم‌گیری در سازمان هستند (مانند رؤسای دپارتمان‌ها یا مدیر یک طرح پژوهشی) می‌تواند تعارض منافع فردی را به تعارض منافع سازمانی تبدیل کند.

۷. اهمیت توجه به تعارض منافع در پژوهش

توجه به تعارض منافع در پژوهش از چند جنبه حائز اهمیت است:

۷- ۱. جنبه‌ی اخلاقی

الف. ایمنی و رفاه شرکت‌کنندگان در پژوهش: منافع مالی در پژوهش می‌تواند بر چگونگی به‌کارگیری و درمان شرکت‌کنندگان در پژوهش در طول یک کارآزمایی بالینی تأثیرگذار باشد؛ زیرا وقتی که برای به‌کارگیری بیشتر یا سریع‌تر سوژه‌های پژوهش، مبالغی چشمگیر هزینه می‌شود، ممکن است که پژوهشگر درباره‌ی لحاظ‌کردن معیارهای ورود افراد در پژوهش اغماض کند و در این زمینه سخت‌گیری نکند؛ افزون‌براین، ممکن است در زمانی که منافع شرکت‌کنندگان پژوهش در این است که آن‌ها از مطالعه خارج شوند یا اینکه مطالعه متوقف شود پژوهشگر اقدام لازم را انجام ندهد.

ب. درستی و اعتبار یک تحقیق: منافع تجاری از دو طریق می‌تواند درستی یک تحقیق را تهدید کند:

- اول اینکه منافع مالی می‌تواند بر طراحی مطالعه، نحوه‌ی اجرای مطالعه، تفسیر داده‌ها و ارائه و چاپ نتایج پژوهش اثرگذار باشد. مطالعات تجربی، یک ارتباط آماری معنی‌دار بین منابع سرمایه‌گذاری پژوهش و نتایج حاصل از آن را نشان داده است. پژوهشی که اسپانسر آن یک شرکت صنعتی است، نسبت به پژوهشی که اسپانسر آن یک منبع غیرتجاری است احتمال اینکه نتایج حاصله این باشد که داروی جدید نسبت به داروی استاندارد بهتر است بیشتر است (۱۵)؛ به‌عنوان مثال، در مطالعه‌ای که با مقایسه‌ی ۱۰۷ کارآزمایی بالینی انجام شد، معلوم شد که کارآزمایی‌هایی که با سرمایه‌گذاری یک شرکت دارویی انجام شده بود احتمال اینکه نتیجه گرفته شود که داروی جدید نسبت به داروی قدیمی بهتر است بیشتر بود (۱۰). مفسران می‌گویند احتمال چاپ‌شدن نتایج مثبت یک پژوهش، بیشتر از چاپ‌شدن نتایج منفی آن است و در پژوهش‌هایی که توسط صنعت درباره‌ی یک داروی جدید انجام می‌شود، معمولاً عوارض

1. Finder's Fee

جانبی آن گزارش نمی‌شود.

- دوم اینکه بررسی‌های اخیر نشان داده است که اسپانسرهای دارویی و پژوهشگران دانشگاهی آگاهانه در کنترل و حتی دست‌کاری سؤالات پژوهش و انتشار نتایج آن دخالت داشته‌اند.

ج. انحراف از بعضی برنامه‌های تحقیقاتی مورد نیاز جامعه: وقتی که منافع مالی و تجاری در تحقیقات غالب شود و اسپانسرها بتوانند مشوق‌های بیشتری را برای شرکت‌دادن افراد و محققان به کار بگیرند کار سختی خواهد بود که بتوان مطالعات دیگر را انجام داد؛ مثلاً مطالعه روی بیماری‌هایی که افراد کمی از جامعه را در بر می‌گیرد مثل افراد فقیر یا افراد یتیم.

۷- ۲. جنبه‌ی قانونی

واضح است که منافع مالی یک تحقیق نمی‌تواند توجیه‌کننده‌ی در معرض خطر قراردادن مستقیم شرکت‌کنندگان در یک پژوهش باشد؛ بنابراین، محققانی که سوژه‌هایی را که واجد شرایط ورود به مطالعه نیستند، صرفاً به دلیل پاداش‌های مالی وارد یک کارآزمایی بالینی می‌کنند در واقع هنجارهای اخلاقی یک پژوهش را نقض کرده‌اند. از طرف دیگر، کسانی که در پژوهش‌های دروغین شرکت می‌کنند یا اینکه یافته‌ی تحقیق را غیرواقعی ارائه می‌دهند در این خصوص گناهکار هستند؛ ازاین‌رو، در بسیاری مواقع در این خصوص مقرراتی وضع شده است و مؤسسات علمی یا مجلات یا مؤسسات سرمایه‌گذار که در معرض تعارض منافع هستند ملزم به آشکارسازی یا اجتناب از موقعیت‌های تعارض منافع شده‌اند؛ به‌عنوان مثال، انجمن کالج‌های پزشکی آمریکا توصیه می‌کند پژوهشگرانی که منفعت مالی شایان توجهی در پژوهش دارند، نباید در آن پژوهش درگیر شوند (۱۵).

در سال ۱۹۹۵، در پاسخ به نگرانی‌های موجود درباره‌ی تعارض منافع در پژوهش، خدمات سلامت عمومی[1] در ایالات متحده مقرراتی را وضع کرد که مؤسسات تحقیقاتی را که تأمین هزینه‌های تحقیق آن‌ها از طریق خدمات سلامت عمومی بود، ملزم می‌کرد که برای مقابله با تعارض منافع، تمامی ارتباط‌های بین محققان و صنعت را آشکار کنند.

در سال ۲۰۰۱، انجمن کالج‌های پزشکی آمریکا[2] توصیه‌هایی را به منظور جلوگیری از تعارض منافع در تحقیقاتی که سوژه‌ی انسانی دارد، به مراکز آکادمیک پزشکی پیشنهاد کرد. این توصیه‌ی کلیدی تحت عنوان «پیش‌فرض قابل ردکردن»[3] نامیده می‌شد و معنی آن این بود که پژوهشگران نباید هدایت پژوهش‌های با سوژه‌های انسانی را که در نتایج آن منافع مالی دارند به عهده بگیرند؛ اما زمانی که پژوهشگر به‌اجبار باید هدایت این پژوهش‌ها را به عهده بگیرد این پیش‌فرض قابل ردکردن است (۴).

بسیاری از دانشگاه‌ها، سازمان‌های حرفه‌ای و مجلات پزشکی دستورالعمل‌هایی را با رویکرد پیشگیرانه تدوین کرده‌اند. مقررات تعارض منافع بیشتر برای کنترل دارو و مؤسسات خدمات سلامت وضع شده‌اند. همچنین، توجه روبه‌رشدی هم به استفاده از قوانین جزایی و مقررات سوءرفتار حرفه‌ای در مواجهه با تعارض منافع شده است. رویه‌ای که این سازمان‌ها و مؤسسات به کار می‌گیرند شامل آشکارسازی تعارض منافع، بررسی

1. PHS (Public Health Services)
2. AAMC (Association of American Medical College)
3. Rebuttable Presumption

توسط کمیته‌های اخلاق در پژوهش یا کمیته‌های ویژه‌ی تعارض منافع، افزایش نظارت و ممنوعیت کامل است؛ ولی اساسی‌ترین روش در این خصوص آشکارسازی است. بسیاری از مجلات پزشکی سیاست‌های واضحی در زمینه‌ی آشکارسازی دارند و مؤلفان را ملزم می‌کنند که ارتباطات مالی خود را با اسپانسرها آشکار کنند (۱۵).

برای مثال، کمیته‌ی بین‌المللی ویرایشگرهای (ادیتورهای) مجلات پزشکی[1] در بخش تعارض منافع ذکر می‌کند وقتی که مؤلفان، نوشته یا مقاله‌ای را ارائه می‌کنند باید تمام روابط شخصی و مالی خود را که ممکن است ایجاد تورش (بایاس) کند آشکار کنند (۳۵).

۸. تعارض منافع در درمان

در حیطه‌ی درمان، تعارض منافع می‌تواند به شکل‌های مختلفی رخ دهد که به بعضی از اشکال آن اشاره می‌شود:

۸- ۱. دادن هدایا یا ضیافت (هاسپیتالیتی)[2] توسط شرکت‌های دارویی

دادن هدیه یا ضیافت یک روش ترویج و گسترش مصرف داروها توسط شرکت‌های دارویی است. از ۱۵/۷ میلیارد دلاری که شرکت‌های دارویی در آمریکا برای ترویج داروهای خود در سال ۲۰۰۰ هزینه کرده‌اند ۱۳/۲ میلیارد دلار آن فقط برای ترویج این داروها بین پزشکان از طریق دادن نمونه‌ی رایگان داروها، اعزام نمایندگان دارویی و آگهی در مجلات پزشکی صرف شده است (۳۶).

بنابراین، در توصیه‌های کالج پزشکان آمریکایی آمده است: «پزشکان نباید هدایا، ضیافت‌ها و سوبسیدهایی را که توسط صنعت داروسازی پیشنهاد می‌شود درصورتی‌که قضاوت بالینی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد قبول کنند» (۳۷).

در بعضی از ایالت‌های آمریکا مانند کالیفرنیا قوانینی وجود دارد که پزشکان را ملزم به آشکارسازی پرداخت‌های صورت‌گرفته از سوی شرکت‌های دارویی می‌کند. در ایالت‌های ورمونت و مینه‌سوتا آشکارسازی به معنی در دسترس عموم قراردادن است. در قانون ورمونت که در سال ۲۰۰۱ وضع شد، شرکت‌های دارویی ملزم شده‌اند که هرگونه هدیه یا پرداخت بیش از ۲۵ دلار را به پزشکان، بیمارستان‌ها، آسایشگاه‌های نگهداری افراد مسن[3]، داروسازها یا بیمه‌گرهای سلامت برای بازاریابی محصولات خود آشکار کنند. در قانون ایالت مینه‌سوتا که در سال ۱۹۹۳ وضع شده، شرکت‌ها از دادن هدایایی که بیش از پنجاه دلار ارزش داشته باشند به پزشکان یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت منع شده‌اند. این قانون الزام به آشکارسازی پرداخت‌های در حدود صد دلار یا بیشتر را نیز مطرح کرده است که البته نمونه‌های دارویی و مطالب و مواد آموزشی از این حیث مستثنی شده‌اند (۳۸).

در حال حاضر، در آمریکا، پنج ایالت و ناحیه‌ی کلمبیا قوانینی دارند که آشکارسازی پرداخت‌ها در آن‌ها اجباری است. در این خصوص انجمن پزشکی آمریکا توصیه می‌کند که این هدایا باید برای بیمار منافعی داشته باشد و ارزش آن هم از صد دلار تجاوز نکند (۳۹).

1. ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors)
2. Hospitality
3. Nursing Homes

در قانون آنتی‌کیک‌بک فدرالی در آمریکا آمده است که تولیدکننده‌های دارویی نباید به پزشک براساس میزان تجویز محصولات آن‌ها پاداشی بدهند. این قانون مجازات‌هایی را چون: پنج سال زندان و جزای نقدی تا ۲۵۰۰۰ دلار برای هرکسی که مرتکب این جرم شود و نیز کنارگذاشته‌شدن فرد یا شرکت مقصر از مشارکت در برنامه‌های مراقبت سلامت فدرال برای حداقل پنج سال در نظر گرفته است. در سال ۲۰۰۳، بیش از هزار محکومیت مربوط به جرائم مراقبت سلامت وجود داشت و بیش از پانصد فرد و مؤسسه از مشارکت در برنامه‌های فدرال مراقبت سلامت کنار گذاشته شدند (۴۰).

خود صنعت داروسازی نیز در زمینه‌ی هدایا دستورالعمل‌هایی را صادر کرده است؛ به‌عنوان نمونه، سازندگان و پژوهشگران دارویی آمریکا[1] کد PhRMA را در سال ۲۰۰۲ با الگوگیری از دستورالعمل اخلاقی سال ۱۹۹۸ انجمن پزشکی آمریکا در زمینه‌ی هدایای اهدایی از طرف بخش صنعت به پزشکان صادر کرد (۴۱)؛ مثلاً درباره‌ی مشورت‌های ارائه‌شده به آن‌ها ذکر می‌کند جبران معقول خدمات ارائه‌شده و نیز جبران معقول هزینه‌های سفر، اسکان و خوراک اشکالی ندارد؛ ولی هزینه‌های غیرمعقول پذیرفته نیست (۴۲). در انگلیس هم مقررات مدیسین ۱۹۹۴[2] پیشنهاد یا قبول هرگونه هدیه، سود یا بهره‌ی مالی را ممنوع کرده است؛ مگر اینکه چیز ارزان‌قیمتی باشد و مربوط به امور پزشکی یا دارویی باشد.

دستورالعمل‌های انجمن پزشکان عمومی (GMC)[3] هم بیان می‌کند: «وقتی که ارجاع یا مراقبت یا درمانی را انجام می‌دهید عملکرد شما باید به طریقی باشد که بیشترین منفعت را برای بیمار داشته باشد؛ به‌طوری‌که نباید هرگونه محرک، هدیه یا ضیافتی را که بر قضاوت شما اثرگذار است یا ممکن است تأثیر بگذارد قبول یا درخواست کنید.»

انجمن صنعت داروسازی بریتانیا یا ABPI[4] نیز درباره‌ی انواع هدیه‌هایی که دادن آن‌ها مجاز است توصیه‌هایی را به صنعت ارائه کرده است؛ لذا در کد شغلی[5] سال ۲۰۰۱ خود ذکر می‌کند که هدایا نباید بیش از شش پوند ارزش داشته باشد و از میان هدایای معقول و پذیرفتنی به قلم، دفترچه یادداشت، دستکش جراحی و... نام می‌برد؛ درحالی‌که پذیرفتن اجناسی مانند رومیزی یا دیسک فشرده‌ی موسیقی را غیرمجاز می‌داند چون مربوط به امور پزشکی و دارویی نیستند. در این کد ذکر شده که درباره‌ی قبول هزینه‌های سفر یک پزشک برای شرکت در یک کنفرانس علمی یا رخدادی که میزبان آن یک شرکت دارویی است منعی وجود ندارد درصورتی‌که:

کنفرانس به‌طور واضح دارای محتوای علمی باشد؛

سطح ضیافت پذیرفته‌شده معقول باشد؛

هدف اصلی کنگره را تحت‌الشعاع خود قرار ندهد؛

هزینه‌ها مختص کسانی باشد که صلاحیت حضور در کنگره را دارند و نه مثلاً همسر آن فرد (۳۶).

اتحادیه‌ی اروپایی متخصصان پزشکی (EUMS)[6] در زمینه‌ی تعارض منافع در خصوص ارتباط

1. PhRMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America)
2. The Medicines (advertising) Regulations 1994

3. General Medical Council
4. The Association of the British Pharmaceutical Industry
5. Code of Practice
6. European Union of Medical Specialists

نورولوژیست‌ها با صنعت دارویی دستورالعملی کاربردی وضع کرده است که در بعضی از مفاد آن ذکر شده است:

هر نورولوژیست وظیفه دارد قبل از ارائه‌ی یک مطلب، هرگونه تعارض منافع در ارتباط با صنعت دارویی را برای مخاطبان آشکار کند؛

از قبول هرگونه پول، هدایای گران‌قیمت و تفریح و سرگرمی‌های غیرمقتضی از صنعت باید اجتناب کند؛

دادن دستمزد به سخنرانان و جبران کار اضافی محققان، مشروط به اجازه از کمیته‌ی اخلاق مؤسسه مربوط است (۴۳).

۸- ۲. منفعت مالی پزشک در مؤسسات خارج از محل طبابت

در این خصوص به بعضی از مواردی که پزشک ممکن است دچار تعارض منافع شود اشاره می‌شود:

۸- ۲- ۱. سهم‌خواری

از نظر تعریف، سهم‌خواری[1] وقتی اتفاق می‌افتد که بیمار توسط پزشک به پزشکی دیگر یا مؤسسات درمانی یا پاراکلینیک ارجاع داده می‌شود و به ازای آن مبالغی از جانب آن‌ها به پزشک ارجاع‌دهنده صرفاً به‌خاطر ارجاعی که داده است، پرداخت می‌شود (۴۴).

در این خصوص، در بسیاری از کدهای اخلاقی انجمن‌های حرفه‌ای پزشکی به موضوع سهم‌خواری اشاره شده است که به بعضی از آن‌ها اشاره می‌شود. اصول اخلاق پزشکی انجمن پزشکی آمریکا (بخش‌های ۶و۷) که در سال ۱۹۷۱ پذیرفته شده است بیان می‌کند: «یك پزشك نباید خدمات خود را تحت‌الشعاع شرایط و حالاتی قرار دهد که در قضاوت بالینی آزادانه‌ی او خدشه‌ای وارد کند.... پزشك نباید هیچ کمیسیونی بابت ارجاع بیمار قبول یا پرداخت کند (۴۵). کدهای بین‌المللی اخلاق پزشکی انجمن پزشکی جهانی (WMA)[2] ذیل عنوان وظایف عمومی پزشکان می‌گوید: پرداخت یا دریافت هرگونه حق‌الزحمه یا پاداشی منحصراً برای فراهم‌آوردن ارجاع یك بیمار غیراخلاقی است. در بخش هفتم اصول اخلاق پزشکی انجمن پزشکی آمریکا سال ۱۹۵۷ ذکر شده است: «...پزشك نباید هرگز کمیسیونی بابت ارجاع بیمار بگیرد یا پرداخت کند.» اصول اخلاقی روان‌پزشکان وکدهای رفتاری انجمن روان‌پزشکی آمریکا در بخش ارجاعات و حق‌الزحمه‌ها (۰۷. ۶) ذکر می‌کند: «دریافت یا پرداخت پول توسط روان‌پزشکان یا تقسیم آن با حرفه‌های دیگر باید فقط براساس خدمات ارائه‌شده باشد و نه صرفاً براساس ارجاع بیمار.»

نظرات کنونی شورای امور اخلاقی و قضایی انجمن پزشکی آمریکا مربوط به سال ۲۰۰۲ در بخش مربوط به درآمدها و مطالبات مالی[3] ذکر می‌کند: «۰۲. ۶: پرداخت یا دریافت پول توسط پزشك صرفاً به دلیل ارجاع بیمار، سهم‌خواری و عملی غیراخلاقی است. پزشك نباید هیچ پولی را از شرکت‌های دارویی یا داروخانه‌ها، شرکت‌های اپتیکال یا شرکت‌های سازنده‌ی تجهیزات پزشکی به هر عنوانی به دلیل ارجاع بیمار جهت مصرف یا تجویز وسایل آن‌ها قبول کند» (۴۶). کدهای حرفه‌ای انجمن پزشکی مالزی که در سال ۱۹۸۷ به اجرا درآمد بیان می‌کند:

1. Fee Splitting

2. World Medical Association

3. Fee and Charges

«سهم‌خواری یا هرگونه پرداخت مالی غیرمجاز (کیک‌بک)[1] که با هدف ترغیب به ارجاع بیمار انجام می‌شود غیراخلاقی است... تخلف از این موضوع از نظر انجمن یك رفتار نامناسب حرفه‌ای است» (۴۷).

در جمهوری اسلامی ایران نیز در ماده‌ی ۱۷ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته مصوب سال ۱۳۷۳ هیئت وزیران ذکر شده بود: «شاغلان حرفه‌های پزشکی حق دریافت یا پرداخت هرگونه وجهی به هرعنوان بابت اعزام و معرفی بیماران به مطب و مؤسسات پزشکی را ندارند»؛ ولی متاسفانه در بازبینی این آیین‌نامه توسط هیئت وزیران در سال ۱۳۷۸ این ماده حذف شده است و فقط در ماده‌ی ۱۴ آن به‌طور کلی ذکر شده است: «جذب بیمار درصورتی‌که مخالف شئون حرفه‌ی پزشکی باشد... ممنوع است» (۴۴).

۸- ۲- ۲. خودارجاعی

واژه‌ی خودارجاعی[2] به وضعیتی اشاره دارد که پزشکان بیماران را به مراکز تشخیصی و درمانی (از جمله بیمارستان، آزمایشگاه، رادیولوژی، فیزیوتراپی و...) ارجاع می‌دهند که خود یا بستگان درجه اول آن‌ها مالک یا سهام‌دار آن هستند؛ لذا سود حاصل از ارائه‌ی خدماتی که این مراکز ارائه می‌کنند نصیب خود پزشکان ارجاع‌دهنده نیز می‌شود (۴۸).

کالج پزشکان و جراحان انتاریو (CPSO)[3] در کانادا درباره‌ی خودارجاعی در سال ۱۹۹۳ می‌گوید: برای هر یک از اعضای این کالج این یک نوع تعارض منافع است که انجام خدمات تشخیصی یا درمانی را به جایی ارجاع دهد که خودش یا یکی از اعضای خانواده‌ی او مالک آن هستند؛ مگر اینکه این مالکیت برای بیمار و کالج قبل از اینکه خدمات درخواستی انجام شود آشکار شود (۴۹).

طبق مقررات جدید دپارتمان سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده، پزشکان از ارجاع بیماران Medicare به مراکز ارائه‌ی خدمات سلامت مانند بیمارستان‌ها، مراکز تصویربرداری، داروخانه‌ها و تهیه‌کنندگان تجهیزات پزشکی که خود یا خانواده‌ی آن‌ها در آن دارای نفع مالی هستند منع شده‌اند (۵۰).

در سال ۱۹۹۲ که انجمن پزشکی آمریکا سیاست ممنوعیت خودارجاعی را اعلام کرد، استثنایی برای آن قائل شد که مرکز ارائه‌ی خدمات سلامت برای رفاه جامعه مورد نیاز باشد و تنها مرکز موجود باشد و بدون سرمایه‌گذاری پزشک ارجاع‌دهنده نتوان آن را دایر کرد. تقریباً در همین زمان کنگره، قانونی را وضع کرد که در آن ارجاع بیماران Medicare و Medicaid به یازده مرکز ارائه‌ی خدمات سلامت خاص از آزمایشگاه تشخیص طبی گرفته تا تهیه‌کنندگان اعضای مصنوعی که پزشک ارجاع‌دهنده یا خانواده‌ی درجه‌ی اول او یک ارتباط مالی با آن دارند ممنوع اعلام شد. تخلف از این قانون مجازات‌های سنگین و کنارگذاشته‌شدن از برنامه‌های Medicare و Medicaid را به دنبال داشت (۵۱). انجمن بیمارستانی آمریکا (AHA)[4] و فدراسیون بیمارستان‌های آمریکا از ممنوع‌شدن ارجاع بیماران به بیمارستان‌هایی که خود پزشکان در آنجا منافع شخصی دارند با استثنائات محدودی

1. Kickback
2. Self Referral
3. College of Physicians and Surgeons of Ontario
4. American Hospital Association

کـه سـرمایه‌گذاری سـخت‌گیرانه و وجـود قوانیـن آشـکارکننده در آن وجـود داشـته باشـد، حمایـت می‌کننـد. این ممنوعیت هم بـه نفع بیماران و هم به نفع اجتماع اسـت؛ چون باعث پایان‌دادن به تعارض منافع جدی پیش‌آمده می‌شود (۵۲).

۹. جمع‌بندی

مطالعـات صورت‌گرفته طیفی وسـیع از تعارضات را شـرح داده‌انـد کـه پزشـکان، محققـان پزشـکی و مؤسسـات پزشـکی را درگیـر می‌کنـد؛ ولـی پرچالش‌ترین و بیشترین این تعارضات از ارتباط بین پزشـکان با شـرکت‌های سـازنده‌ی دارو یا تجهیزات پزشکی ناشی می‌شود.

تعارض منافع شـامل مجموعه حالاتی می‌شود که در آن قضـاوت حرفه‌ای راجع به یـک منفعت اصلی (مانند رفاه بیمار یا اعتبار یک تحقیق) بی‌جهت و ناروا تحـت تأثیر یـک منفعت فرعی (ماننـد بهره‌ی مالی) قـرار می‌گیـرد. منفعت فرعـی و ثانویه ممکن اسـت به‌طور ذاتی نامشروع نباشد و حتی در عمل حرفه‌ای مطلوب و یک ضرورت باشـد؛ اما باید دید وزن نسبی ایـن منفعت در تصمیمات حرفه‌ای کجاسـت. هدف این نیسـت که منافع فرعی حذف شـود یا به حداقل رسـانده شود، بلکه هدف این است که در تصمیمات حرفه‌ای این منافع فرعی غالب نشوند و منافع اصلی را تحت‌الشعاع خود قرار ندهند.

روش‌هـای متعددی برای برخورد بـا تعارض منافع در دسترس اسـت که عبارت‌اند از: تبدیل مشکل به مسـأله، انتخاب راه سوم، سـلب صلاحیت، ارزیابی شخص ثالث، استفاده از کدهای اخلاقی، ممنوعیت و در نهایت آشکارسازی که به‌عنوان قاعده‌ی طلایی راه‌حل تعارض منافع شناخته می‌شود.

تعارض منافع در آموزش پزشکی و پژوهش و درمان می‌توانـد وجود داشـته باشـد. در موضـوع آموزش پزشـکی عمده‌ی تعارض منافع ایجادشده در ارتباط محیط‌های علمی با شـرکت‌های دارویی و تجهیزات ایجاد می‌شود که از جمله‌ی آن‌ها می‌توان اسپانسری صنعت در آموزش پزشـکی دانشجویان و نیز آموزش پزشـکی مداوم را نام برد. از دیگر راه‌های این ارتباط دادن هدیه به دانشـجویان یا رزیدنت‌هاسـت که این هدیه می‌تواند دادن یک وعده‌ی غذایی یا نمونه‌های دارویی یا اقلام آموزشی و... باشد.

در حیطه‌ی پژوهش، پزشـکان پژوهشگر می‌توانند سـهام‌دار یا مشاور شـرکت‌هایی پژوهشـی باشند یا به‌عنوان سخنران در مجامع آموزشی و علمی حضور یابنـد و بـه تبلیـغ محصـولات شـرکت‌های دارویـی بپردازنـد. بعضـی از اوقات هم بـه ازای معرفی افراد برای شرکت در پژوهش به پژوهشگر مبالغی پرداخت می‌شـود کـه تمامی این‌هـا می‌تواند تعـارض منافع ایجاد کند.

در حـوزه‌ی درمـان هـم ارتباط صنعت با پزشـکان مطرح است که از آن جمله می‌توان به دادن هدایا یا ضیافت توسط شرکت‌های دارویی و نیز منفعت مالی پزشـک در مؤسسـات خارج از محل طبابت از جمله سـهم‌خواری و خودارجاعـی اشـاره کـرد که همگی این‌ها می‌توانند موجب ایجاد تعارض منافع شوند.

توضیح نمونه‌ی اول

بـه دکتـر «الـف» در ازای دادن نام بیمـاران به یک شـخص ثالث پـاداش مالی پیشـنهاد شـده اسـت. چنین پاداشـی کـه در اصطـلاح Finder's Fees

گفته می‌شود از نظر قانونی و اخلاقی پذیرفته‌شده نیست. اگر پزشک دانش حرفه‌ای خود را برای منافع شخصی به کار بگیرد در تعارض منافع گرفتار شده است و در واقع رابطه‌ی مبتنی بر اعتمادی را که بین او و بیمارش وجود دارد، نقض کرده است. در این باره اولاً نام بیمار نباید بدون رضایت او به شخص ثالثی داده شود؛ بنابراین، چنانچه پزشک تصور می‌کند ورود بیمار به یک مطالعه برای او سودمند است باید در این خصوص از بیمار اجازه بگیرد. دوم اینکه پزشک نباید براساس تعداد نام‌هایی که ارائه می‌دهد پولی دریافت کند؛ بلکه جبران مالی فقط باید به جهت زمان و امکاناتی که برای مشاوره‌دادن و صحبت با بیماران اختصاص می‌دهد باشد خواه بیمار به شرکت در مطالعه رضایت بدهد یا ندهد.

توضیح نمونه‌ی دوم

از دکتر «ب» درخواست شده است که بیمارانش را در مطالعه‌ای با کنترل دارونما وارد کند؛ اما اینکه او به بیمارانش شرکت در چنین مطالعه‌ای را توصیه کند عملی اخلاقی است یا نه؟ جواب نه است. چون اخذ رضایت به‌تنهایی برای اخلاقی‌شدن شرکت‌دادن بیماران در یک مطالعه کافی نیست؛ بلکه باید بین فواید و مضرات شرکت در یک مطالعه تعادل معقولی وجود داشته باشد. پزشک فقط وقتی می‌تواند شرکت در یک مطالعه را توصیه کند که بین جامعه‌ی متخصصان بالینی درباره‌ی فواید مقایسه‌ای آلترناتیوهایی که در حال آزمایش‌شدن هستند، یک ابهام واقعی وجود داشته باشد؛ به بیان دیگر، هنگامی که در بین جامعه‌ی پزشکان درباره‌ی درمان ارجح ابهام واقعی وجود داشته باشد. وقتی که درمان مؤثر استاندارد برای بیماری‌ای مانند اسکیزوفرنی وجود دارد چون دادن پلاسبو، درمانی بی‌اثر است، غیراخلاقی است که بیمار را در معرض خطر درمان با پلاسبو به‌تنهایی قرار دهیم.

منابع

1. Dickens, Bernard M. & Richard J. Cook. (2006). “Conflict of Interest: Legal and Ethical Aspects”. Int J Gynecol Obstet, 92, P. 192- 197.

۲. قراملکی، احد فرامرز. (۱۳۸۷). درآمدی بر اخلاق حرفه‌ای. تهران: انتشارات سرآمد، ص۱۶۷.

3. Brennan, Troyen A. & et al. (2006). “Health Industry Practices that Create Conflict of Interest: A Policy Proposal for Academic Medical Centers”. JAMA, 295 (4), P. 429- 433.

4. Lo, Bernard & Marilyn J. Field. (2009). Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice. Washington DC: The National Academic Press, P. 44- 50.

5. Day, Lisa. (2006). “Industry Gifts to Healthcare Providers: Are the Concerns Serious?”. Am J Crit Care, 15 (5), P. 510- 513.

۶. زاهدی، فرزانه و باقر لاریجانی. (۱۳۸۵). «تسهیم درآمدها واخلاق پزشکی». مجله‌ی دیابت و لیپید ایران، دوره‌ی ۶، ش۱، صص۱تا۸.

7. MacKenzie, Charles Ronald & Bruce N. Cronstein. (2006). “Conflict of Interest”. HSSJ, 2 (2), P. 198-201.

8. Resnik, David B. (2010). “Conflict of Interest in Medical Research, Education and Practice”. Environ Health Prospect, 118 (2), P. A92.

9. Thompson, Dennis F. (1993). “Sounding Board: Understanding Financial Conflict of Interest”. N Engl J Med, 329, P. 573-576.

10. Lemmens, Trudo & Peter A. Singer. (1998). “Bioethics for Clinicians: 17. Conflict of Interest in Research , Education and Patient Care”. CMAJ; 159 (8), P. 960- 965.

11. Chren, Mary-Margeret & Charles Seth Landefeld. (1994). “Physicians' Behavior and their Interactions with Drug Companies: A Controlled Study of Physicians Who Requested Additions to a Hospital Drug Formulary”. JAMA, 271 (9), P. 684-689.

12. Mayniham, Ray. (2003). “Who Pays for Pizza? Redefining the Relationships between Doctors and

27. So, Anthony D. (1998). “Free Gifts: Redundancy or Conundrum?”. J Gen Intern Med, 13 (3), P. 213-215.

28. Continuing Medical Education and Careers. Available at http://www. ama-assn. org/ama/pub/education-careers/continuing-medical-education. shtml (access in 2010).

29. Stokes, John B. & et al. (2009). “Managing Conflict of Interest: The Road Ahead”. J Am Soc Nephrol, 20 (9), P. 1860-1862.

30. Kmietowicz, Zosia. (2004). “WMA Sets Rules on How Doctors Handle Industry Sponsorship”. BMJ, 329 (7471), P. 876.

31. Read, J Leighton & Paul M. Campbell. (1988). “Health Care Innovation: A Progress Report”. Health Affair, 7 (3), P. 174-185.

32. Read, J. Leighton & Keneth B. Lee. (1994). “Health Care Innovation: Progress Report and Focus on Biotechnology”. Health Affairs, 13 (3), P. 215-225.

33. Bekelman, Justin E. & et al. (2003). “Scope and Impact of Financial Conflict of Interest in Biomedical Research”. JAMA, 289 (4), P. 454-465.

34. Mello, Michel M. & et al. (2005). “Academic Medical Center's Standards for Clinical-Trial Agreements with Industry”. N Engl J Med, 352 (21), P. 2202-2210.

35. International Committee of Medical Journal Editors. (ND). Available at http://www. icmje. org/ethical _4conflicts. html. (accessed in 2011).

36. British Medical Association Ethics Department. (2004). Medical Ethics Today: The BMA's Handbook of Ethics and Law. UK: BMJ Publishing Group, P. 472-468, 598-599.

37. Gibbons, Robert V. & et al. (1998). “A Comparison of Physicians' and Patients' Attitudes toward Pharmaceutical Industry Gifts”. J Gen Intern Med, 13 (3), P. 151-154.

38. Charatan, Fred. (2007). “Drug Company Payments to Doctors still Hard to Access Despite Disclosure Laws”. BMJ, 334 (7595), P. 655.

39. Ross, Joseph S. & et al. (2007). “Pharmaceutical Company Payments to Physicians: Early Experiences with Disclosure Laws in Vermont and Minnesota”. JAMA, 297 (11), P. 1216- 1223.

40. Gunning, Thomas G. & Terry S. Coleman. (2005). “Harmonizing Legal and Ethical Standards for Interaction between Health Care Providers and Industry”. Fertil Steril, 84 (4), P. 861-866.

41. Chimonas Susan & David J. Rothman. (2005). “New Federal Guideline for Physician- Pharmaceutical Drug Companies. 1: Entanglement”. BMJ, 326 (7400), P. 1189-1192.

13. Steinman, Michael A. (2000). “Gifts to Physicians in the Consumer Marketing Era”. JAMA, 248 (17), P. 2243.

14. McKinney, W.Paul & et al. (1990). “Attitudes of Internal Medicine Faculty and Residents toward Professional Interaction with Pharmaceutical Sales Representatives”. JAMA, 264 (13), P. 1693-1697.

15. Singer, Peter A. & Adrian M. Viens. (2008). The Cambridge Text Book of Bioethics. Cambridge University Press, P. 266- 273.

۱۶. قراملکی، احد فرامـرز. (۱۳۸۳). اصول و فنون پژوهش در گسـتره‌ی دین‌پژوهی. قم: انتشـارات مرکز مدیریت حوزه‌ی علمیه‌ی قم، ص۱۰۸تا۱۱۴

۱۷. قراملکـی، احد فرامرز. (۱۳۸۳). اخـلاق حرفه‌ای. قم: انتشارات مجنون، ص۲۹۷تا۳۰۰.

18. Conflict of Interest. http://www. Answers. Com/topic/conflict of interest#recusal.

19. Zientek, David M. (2003). “Physician Entrepreneurs, Self- Referral, and Conflict of Interest: An Overview”. H E C Forum, 15 (2), P. 111-133.

20. Campbell, Eric G. & et al. (2007). “Institutional Academic-Industry Relationships”. JAMA, 298 (15), P. 1779-1786.

21. Keim, Samuel M. & et al. (2004). “Interaction between Emergency Medicine Programs and the Pharmaceutical Industry”. Acad Emerg Med, 11 (1), P. 19-26.

22. Sierles, Frederick S. & et al. (2005). “Medical Students' Exposure to and Attitudes about Drug Company Interactions: A national Survey”. JAMA, 294, P. 1034- 1042.

23. Sigworth, Stephen K. & et al. (2001). “Pharmaceutical Branding of Resident Physicians”. JAMA, 286 (9), P. 1024-1025.

24. Christie, Jason D. & et al. (1998). “Prescription Drug Use and Self-Prescription among Resident Physicians”. JAMA, 280 (14), P. 1253-1255.

25. Watson, Peter Y. & et al. (2005). “Resident and Faculty Perception of Conflict of Interest in Medical Education”. J Gen Intern Med, 20 (4), P. 357-359.

26. Report of the AAMC Taskforce on Industry Funding of Medical Education to the AAMC Executive Council. Available at https://services. aamc. org/publications/showfile. cfm?file=version114. pdf&prd_id=232&prv_id=281&pdf_id=114. (access in 2010).

Industry Relations: The Politics of Policy Formation". Health Affairs, 24 (4), P. 949- 960.

42. Lewis Katz School of Medicine. (ND). Available at http://www. temple. edu/medicine/cme/document/ phrma. pdf. (accessed in 2011).

43. Messis, C. (2008). "Practice Guidelineregarding Conflict of Interest in the Relationship between European Neurologist and Pharmaceutical Industry". UEMS 2008/39. Available at http:// admin. uems. net/ uploadedfiles/1204. pdf. (accessed in 2010).

۴۴. پارسا، مجتبی و باقر لاریجانی. (۱۳۸۸). «مروری بر سهم‌خواری از نظر مفهوم، تاریخچه و کدهای اخلاقی». مجله‌ی ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، س۳، صص۲۱تا۲۸.

45. Andereck, William S. (1994). "Fee Splitting: A Brief History". Healthc Forum J, 37 (5), P. 34.

46. Post, Stephan Garrard. (2004). Encyclopedia of Bioethics. USA: Macmillan Reference, P. 2657-2700.

47.Milton LUM. (2008). Hospital Charges and Fee Splitting. Available at http://thestar. com. my/health/story. asp?file=/2008/5/18/health/21269252&sec=health.

48. Choudhry, Sujit & et al. (2004). "Unregulated Private Markets for Health Care in Canada? Rules of Professional Misconduct, Physician Kickbacks and Physician Self-Referral". CMAJ, 170 (7), P. 1115-1118.

49. Cohen, Linne. (1996). "Issue of Fraud Raised as MD Self-Referral Comes under Spotlight in Ontario". CMAJ, 154 (11), P. 1744- 1746.

50. Josefson, Deborah. (2001). "US Doctors Face Curbs on Referrals". BMJ, 322 (7278), P. 72.

51. Baer, Nicole. (1997). "Fraud Worries Insurance Companies but should Concern Physicians too, Industry Says". CMAJ, 156 (2), P. 251-256.

52. Umbdenstock, Richard & C. Khan. (2009). "Banning Physician Self-Referral is an Important Step toward Health Reform". AHA News, 45, P. 5.

کمک‌باروری

دکتر رضا عمانی سامانی، حجت‌الاسلام دکتر محمدرضا رضانیا معلم

۱. مقدمه

پس از به‌دنیاآمدن اولین نوزاد حاصل از باروری آزمایشگاهی در سال ۱۹۷۸ (۱)، امید فرزندداشتن به میان زوج‌های نابارور آمد. تعریف ناباروری، شکست در فرزندآوری پس از یک سال نزدیکی منظم و بدون استفاده از وسایل جلوگیری است (۲) که در جهان در حدود نه درصد شیوع دارد؛ ولی در ایران آمار دقیقی از شیوع آن در دست نیست. وحیدی و همکاران طی پژوهشی در سال‌های ۸۳و۸۴، شیوع ناباروری اولیه را چهار درصد و شیوع برخورد با ناباروری در طول عمر را ۲۴/۹ درصد گزارش کرده‌اند (۳). این بدین‌معناست که یک چهارم زوج‌های ایرانی در طول عمر خود با ناباروری درگیر می‌شوند. حسینی و همکاران در پژوهشی که در سال ۸۹ و در چهار استان منتخب ایران انجام گرفته بود، شیوع ناباروری طول عمر را ۲۶ درصد گزارش داده‌اند (۴). ازآنجایی‌که ناباروری دارای داغ یا ننگ[1] است و فشار عاطفی و روانی دارد (۵) و حتی در برخی اخبار از آن به‌عنوان سومین عامل طلاق نام برده شده است (۶)، درمان این بیماری بسیار مهم و ضروری به نظر می‌رسد. علل آن معمولاً چهل درصد از جانب زن، چهل درصد از جانب مرد، ده درصد از طرف هر دو است؛ البته در ده درصد نمونه‌ها نیز هیچ علت مشخصی یافت نمی‌شود که به آن «ناباروری غیرقابل‌توضیح»[2] می‌گویند. ازآنجایی‌که در این روش‌ها، مسائل اخلاقی و حقوقی و مذهبی وجود دارد، در این نوشتار سعی شده پس از معرفی، این مسائل به‌صورت گروه‌بندی شده و ارائه شود.

۲. معرفی روش‌های پیشرفته‌ی کمک‌باروری

در برخورد با زوج نابارور، تمامی سعی پزشک در تصحیح اختلال موجود از طرق طبی و جراحی

1. Stigma
2. Unexplained Infertility

است. در صورت ناممکن‌بودن تصحیح عیب موجود و بـاروری از راه طبیعـی، به‌ناچار بایـد از درمان‌های کمک‌باروری استفاده کرد. این درمان‌ها مانند تزریق داخل رحمـی اسـپرم می‌تواند از نـوع غیرتهاجمی باشـد یـا ماننـد بقیـه‌ی روش‌هـای پیشـرفته‌ی کمک‌بـاروری کـه بـه دریافـت بیهوشـی و پانکچـر تخمدان نیاز دارد، تهاجمی باشد.

الف. تزریق داخل رحمی اسپرم[1]: این روش بیشتر برای ناباروری غیرقابل‌توضیـح و/یا با علت مردانه‌ی خفیف کاربرد دارد. در این روش اسـپرم شوهر گرفته شـده و پس از شست‌وشـو و جداسـازی اسپرم‌های زنـده، در زمـان تخمک‌گـذاری بـه رحم همسـرش تزریق می‌شود.

ب. باروری آزمایشگاهی[2]: در این روش که به IVF معـروف اسـت لقاح در آزمایشـگاه صـورت می‌گیرد و جنیـن پس از تشـکیل به رحـم مادر انتقـال داده می‌شود. ازآنجایی‌که زن در هر سیکل باروری معمولاً یـک تخمـک آزاد می‌کنـد و بـرای بالابردن شـانس حاملگـی به تعداد زیاد جنین نیاز اسـت، ابتدا زن را تحت تحریـک تخمک‌گذاری با داروهـای هورمونی قرار داده و زیر بیهوشـی تخمک‌های او برداشت و به آزمایشـگاه فرستاده می‌شـود. از طرف دیگر، اسپرم از شوهر او تهیه و شسته می‌شود. اسپرم و تخمک در محیط آزمایشگاه مخلوط شـده و در انکوباتور دمای بدن نگهداری می‌شـود و پس از ۴۸ الی ۷۲ ساعت، جنین‌های چهار تا هشت‌سـلولی آمـاده‌ی انتقال به رحم مادر است.

ج. تزریق داخل سیتوپلاسمی اسپرم[3]: در این روش تمامی مراحل (تحریک تخمک‌گذاری، تخمک‌گیری و تهیه‌ی اسـپرم) همانند لقاح آزمایشـگاهی صورت می‌گیرد؛ مگر قسـمت لقاح آن، کـه از طریق تزریق یک اسـپرم بـه داخل یـک تخمک انجـام می‌پذیرد. میزان ایجاد جنین در این روش بسیار بالاتر از IVF است و معمولاً برای ناباروری با عامل مردانه‌ی شدید تنها راه تلقی می‌شود.

د. انتقـال جنین: پس از تشـکیل جنین‌ها از میان آن‌هـا، دو الـی چهار جنین برحسـب وضعیت رحم، سن مادر، سابقه‌ی شکست درمانی و کیفیت جنین، بـه رحم مادر انتقـال داده می‌شـود. دو هفته بعد از انتقال، آزمایش حاملگی داده می‌شود.

ه. انجمـاد جنیـن: جنین‌هایـی کـه انتقـال داده نمی‌شـوند، منجمد شـده و بـرای اسـتفاده‌ی بعدی والدین آن نگهداری می‌شـوند. طول مـدت نگهداری از جنین‌های منجمد تعیین‌شـدنی نیست؛ کما اینکه نوزادی از جنینی پس از بیست سال انجماد به دنیا آمده است (۷) و نیز در مقام مقایسه، جنین منجمد، مساوی و حتی بهتر از جنین تازه دانسته شده است (۸).

و. کمک‌بـاروری بـا به‌کارگیری شـخص سـوم[4]: در شـرایطی که یکی یـا هر دو زوج توانایی ایجاد سـلول جنسـی را ندارند، کمک‌باروری با به‌کارگیری شخص سـوم انجام می‌شـود؛ بدین‌شکل که شـخصی به جز زوجین نابـارور در روند فرزندآوری درگیر می‌شـود که می‌توانـد به‌صورت اهـدای تخمک، اهدای اسـپرم، اهدای جنین یا رحم جایگزین باشـد. اهدای تخمک در مواقعـی که زن امـکان ایجاد تخمک نـدارد انجام می‌شـود. این کار اولین‌بار در سال ۱۹۸۴ گزارش شد (۹).

1. Intra Uterine Insemination (IUI)
2. In-Vitro Fertilization (IVF)
3. Intra Cytoplasmic Sperm Injection (ICSI)
4. Third Party Assisted Reproduction

ز. در این روش اهداکننده تحت تحریک تخمک‌گذاری قرار گرفته و تخمک‌ها از او گرفته می‌شود، اما با اسپرم زوج نابارور مخلوط شده و جنین حاصل به رحم زوجه‌ی نابارور انتقال می‌یابد؛ بنابراین، اهدای تخمک فرزند حاصل از لحاظ ژنتیکی، به خانمی اهداکننده وابسته است؛ ولی در رحم زوجهی نابارور پرورش یافته و زوجین نابارور فرزند را بزرگ خواهند کرد. اما اهدای جنین یعنی انتقال جنین‌های زوجی به زوج نابارور دیگر برای ایجاد حاملگی (۱۰) است که اولین‌بار در سال ۱۹۸۳ در استرالیا انجام شده است (۱۱). در این حالت فرزند از نظر ژنتیکی به زوجین اهداکننده وابسته است و زوج گیرنده، حاملگی و زایمان و نگهداری از فرزند را عهده‌دار هستند. در اهدای اسپرم که حدوداً از صد سال پیش رواج پیدا کرده است، اسپرم از مرد دیگری (معمولاً از بانک اسپرم) گرفته می‌شود. در رحم جایگزین، حاملگی و زایمان را زنی غیر از زوجه‌ی نابارور به عهده می‌گیرد و پس از زایمان فرزند را تحویل می‌دهد.

ح. تشخیص ژنتیکی پیش از لانه‌گزینی جنین[1]: وقتی که جنین حدود هشت سلول دارد این امکان وجود دارد که یکی از سلول‌ها جدا شده و بقیه‌ی جنین زنده نگه داشته شود. آزمایش‌های ژنتیکی یا کروموزومی بر تک‌سلول گرفته‌شده انجام شده و براساس آن درباره‌ی سرنوشت جنین تصمیم گرفته می‌شود. ازآنجایی‌که تشخیص کروموزوم X و Y نیز ممکن است، تعیین جنسیت جنین امکان‌پذیر است و متعاقب آن امکان انتخاب جنسیت وجود دارد.

1. Preimplantation Genetic Diagnosis

۳. چالش‌های اخلاقی

تولید مثل جزء خصوصی‌ترین وجوه زندگی انسان است که با نسل بعدی در ارتباط است. حضور دو پایه‌ی اصلی مسائل جنسی و نیز تولید نسل چالش‌های مذهبی و حقوقی و اخلاقی را به میان این درمان‌ها می‌آورد. این چالش‌ها، از پذیرش بیماران نابارور تا مشروعیت این درمان‌ها گسترش دارد. در بسیاری از مواقع، نمی‌توان یک رأی قطعی صادر کرد؛ اما می‌توان چالش‌ها را به میان آورده و رأیی را که بیشتر طرفدار دارد، ارائه کرد.

۳- ۱. پذیرش بیماران

زوجین نابارور بسیاری به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند؛ سؤال این است که آیا تمامی این زوج‌ها را باید پذیرفت یا می‌توان برای پذیرش زوج‌های نابارور شرایطی قائل شد. پیش از پرداختن به موضوع باید دو موضوع اساسی را مطرح کرد:

الف. آیا فرزندآوری یک حق است؟

ب. آیا بهزیوی[2] و رفاه کودک مسئولیت پزشک معالج است؟

۳- ۱- ۱. حق باروری

برخی معتقدند که فرزندآوری یک حق است (۱۲) و برخی با این عقیده مخالف‌اند (۱۳). به نظر می‌رسد اشخاصی که فرزندآوری را حق می‌دانند آن را از جنس حق منفی قرار می‌دهند (۱۴). حق منفی حقی است که در مقابل آن تکلیفی وجود ندارد و تنها نمی‌توان این حق را از افراد گرفت. از این نوع حق با نام حق آزادی نیز یاد شده است (۱۴و۱۵).

۲. برای کلمه‌ی Welfare ترجمه‌هایی مثل رفاه، آسایش، آسودگی و زندگی بهتر ارائه شده است؛ ولی هیچ‌کدام دربرگیرنده‌ی معنی آن نیست. کلمه‌ی بهزیوی توسط دکتر زهتاب پیشنهاد شده که داشتن یک زندگی خوب را بیان می‌کند که تقریباً به‌تمامی Welfare را توضیح می‌دهد. تنها اشکال این کلمه مصطلح‌نبودن آن است.

ایـن مطلب پذیـرش عمومـی دارد که هـر حقی که وجود دارد در کنار آن شـرایطی برای درخواسـت آن حق نیز تعیین شـده اسـت کـه این شـرایط معمولاً براسـاس مصلحت و توسـط جامعه تعیین می‌شود؛ برای مثال، مالکیت خانه حق شناخته شده است اما بـرای مالکیت خانه فرد باید سـفیه یا مجنون نباشـد و هجده سـال تمام داشته باشـد. با اینکه در رابطه با حق‌بـودن تولید مثل اجماع وجـود ندارد، طرفداران حق‌بودن آن بیشـتر اسـت و اکثر آن‌ها این حق را از نوع حق منفی می‌دانند.

۳- ۱- ۲. بهزیوی[1] کودک

رفاه، آسـایش، بهزیسـتی یـا بهتر از همـه بهزیوی کودک، مطلبی اسـت که همیشـه بحث‌برانگیز بوده است (۱۶و۱۷). مسأله‌ی چالش‌برانگیز اول آن است که بـرای فردی که هنوز به وجـود نیامده آیا می‌توان حقوقـی در نظر گرفت یا خیر؟ دوم اینکه مسـئولیت درنظرگرفتن بهزیوی یا رفاه فـرد به‌وجودنیامده آیا با پزشک است یا خیر؟ در نهایت اینکه چگونه می‌توان بهزیوی کـودک را تخمین زد؟ (۱۸) بزرگ‌ترین بحث مخالـف در مقابـل رعایـت بهزیـوی کـودک «آزادی تولیـد مثل»[2] اسـت. آزادی یا اختیـار در تولید مثل بدین‌معنی اسـت که آزادی و حریم شخصی فرد باید در مسـائل مربوط به تولید مثل محترم شمرده شود. تمامـی تصمیم‌گیری‌هـا در این زمینه تنهـا به خود افـراد نابارور منحصر شـده اسـت؛ مانند افـراد بارور که بـدون رعایـت هیچ مصلحـت مملکتی یـا قانون خاصـی فرزندآوری می‌کنند. در مقابل این نظر گفته می‌شـود کـه دخالت پزشـک صرفاً منحصر بـه افراد نابارور اسـت و بـدون این دخالت، فرزنـدی به وجود نمی‌آید؛ بنابراین، این دخالت برای او مسئولیتی در مقابـل فرزند حاصل می‌آورد. همچنین، گفته شـده که پزشـک باید در فعالیت خـود نتیجه‌ی عمل را که به‌دنیاآمدن یک انسـان اسـت، در نظر داشته باشد و به آن انسانی که به دنیا می‌آید به اندازه‌ی زوج نابارور اهمیـت بدهد. هرگز نباید فراموش کرد که نپذیرفتن یـک زوج بـرای درمان ناباروری چه آثـار روانی منفی روی آن‌هـا دارد (۱۹). دو دیـدگاه حداقلـی و حداکثری برای معیارهای والدین تصویر شـده است کـه در دیـدگاه حداقلـی، حداقـل معیارهایی دیده می‌شـود که فرزند نیاز دارد و در دیـدگاه حداکثری، یـک زندگی نسـبتاً ایده‌آل برای فرزنـد در نظر گرفته می‌شود (۱۸).

حـال با دو معیار حق تولید مثـل و بهزیوی کودک، می‌تـوان دربـاره‌ی معیارهای پذیرش بیمـاران برای ارائه‌ی خدمات کمک‌باروری صحبت کرد:

الف. ازدواج و زوجیت: مسأله‌ی استحکام خانواده و پذیـرش زوج‌هـای شـرعی و قانونـی هم‌اکنـون سـرلوحه‌ی کار مراکـز درمانـی ناباروری قـرار دارد. تقریبـاً در همـه‌ی مراکـز درمانـی نابـاروری، فقـط زوج‌هـای شـرعی و قانونـی بـا عقـد دائـم پذیرفته می‌شـوند؛ امـا ازآنجایی‌که عقد موقت از نظر شـرع مقـدس پذیرفته اسـت و مدارک قانونـی نیز برای آن صادر می‌شـود، مراجعان زیادی از این دسـت وجود دارنـد و قانونی برای نپذیرفتن این افراد وجود ندارد. در دنیا نیز هجوم افراد مجرد برای برخورداری از این خدمات وجود دارد (۲۰). بسـیاری از کشورها، برای پذیـرش افراد مجرد منعی ندارند و حتی انجمن‌های بین‌المللی برای پذیرش این افراد دستورالعمل‌هایی

1. Welfare of Child
2. Reproductive Autonomy

تدوین کرده‌اند (۲۱). هرچند مادر مجرد در ایران پذیرفته است و براساس دستورالعمل سازمان ثبت احوال برای فرزند زنی که زایمان کرده ولی پدر بچه مشخص نیست، شناسنامه به نام مادر صادر می‌شود، مراکز ناباروری فرد مجرد را نمی‌پذیرند. به نظر می‌رسد در هر دوی این برخوردها، بهزیوی کودک مدنظر است؛ چه فرزند به‌دنیاآمده که نیاز به شناسنامه و حقوق اجتماعی دارد و چه فرزند به‌وجودنیامده که به خانواده‌ی مستحکم نیاز دارد.

ب. ناهنجاری‌های جنسی: ازآنجایی‌که همجنس‌گرایی در ایران جرم است[1] به آن نمی‌پردازیم؛ اما مسأله‌ی روز دنیاست (۲۲)؛ اما موضوع در رابطه با تغییر جنسیت متفاوت است. اولین فتوا درباره‌ی تغییر جنسیت را امام خمینی (ره) در سال ۱۳۶۱ صادر کردند و پس از آن افراد توانستند به‌طور رسمی برای تغییر جنسیت مراجعه کنند. هم‌اکنون سالانه بیش از صد عمل جراحی تغییر جنسیت در ایران انجام می‌گیرد و پس از آن شخص می‌تواند تمامی مدارک خود را با نام و هویت جدید تغییر دهد. به نظر می‌رسد ازآنجایی‌که ایشان می‌توانند کاملاً قانونی ازدواج کنند، منعی برای پذیرش ایشان و ارائه‌ی خدمات باروری وجود ندارد.

ج. سن: مسأله‌ی روش‌های کمک‌باروری در سن بالا بسیار مطرح است؛ زیرا با به‌عرصه‌آمدن باروری آزمایشگاهی به‌خصوص با اضافه‌شدن روش‌های اهدا، محدودیت سنی باروری برای زنان از بین رفته است (۲۳) و حتی زایمان زن هفتادساله نیز گزارش شده است (۲۴)؛ اما آیا در هر سنی مُراجع را باید پذیرفت؟ این مسأله در دنیا از دو جنبه بررسی شده است: یکی سلامت حاملگی و دیگری بهزیوی کودک (۲۵). ثابت شده است که عوارض بارداری و زایمان در سنین بالاتر شایع‌تر و نیز شیوع بیماری‌ها در سنین بالا بیشتر است (۲۶). از طرف دیگر، فرزندی که مادرش سنی در حد مادربزرگ دارد، به علت توان کمتر مادر، احتمال بیماری و ناتوانی و امید به زندگی کمتر مادرش رفاه و آسایشی در حد نرم جامعه نخواهد داشت (۲۳). تخصیص منابع ملی برای فرزندآوری افراد مسن نیز جای سؤال دارد؛ زیرا موفقیت آن پایین و عوارض آن بسیار است (۲۷)؛ اما در حال حاضر دستورالعمل کشوری برای محدودیت سنی در پذیرش مراکز ناباروری وجود ندارد.

د. سلامت: رابطه‌ی سلامتی والدین با بهزیوی یا رفاه فرزند هرچند به نظر محرز است، اما اثبات این‌چنین رابطه‌ای بسیار مشکل است. اینکه سلامتی در والدین چگونه باشد تا ایشان را والدین «خوب» یا «مناسب» بدانیم، مطلبی است که به‌راحتی درباره‌ی آن نمی‌توان تصمیم‌گیری کرد (۲۸). درباره‌ی بیماری‌های واگیردار مثل ایدز بسیار بحث شده است و با درنظرگرفتن امکان داشتن فرزند سالم، در شرایط ابتلای تنها پدر به HIV از طریق شست‌وشوی اسپرم، پذیرش این بیماران منطقی به نظر می‌رسد (۲۹)؛ البته در صورت ابتلای پدر و مادر، راه‌های دیگری مثل اهدای جنین و فرزندخواندگی موجود است که متأسفانه بر سر راه آن موانع قانونی وجود دارد (۳۰). بیماری‌های مزمن و معلولیت‌ها، به‌عنوان معیار نپذیرفتن زوج‌ها، در دیدگاه حداکثری بهزیوی فرزند دیده می‌شود (۱۸)؛ اما حداقل بهره‌ی هوشی، بیماری‌های خطرناک روانی، سوءمصرف دارویی و اعتیاد و

۱. قانون مجازات اسلامی، ماده‌ی ۲۳۴ و ۲۳۹.

سوابق جرمی و جنایی مانند کودک‌آزاری، قتل و... به نظر جزء معیارهای حداقلی می‌آید.

۳- ۲. مشاوره، رضایت و ارائه‌ی آمار

مشاوره، اولین برخورد بیمار با سیستم درمانی است. در مشاوره‌های اولیه است که اطلاعات لازم درباره‌ی بیماری و سیر درمان در اختیار بیمار قرار می‌گیرد و از او رضایت گرفته می‌شود. نکته‌ی مهم، ارائه‌ی اطلاعات کافی و درست و بدون جهت‌گیری است. باید درباره‌ی سیر بیماری، نوع درمان، انواع دیگر درمان، مسائل و مشکلات احتمالی، طول مدت و مخارج احتمالی و نیز میزان موفقیت و شکست درمانی اطلاعات داده شود. مسأله‌ی مهم، ارائه‌ی آماری میزان موفقیت است که درصورتی‌که دقت نشود کاملاً ممکن است بیمار را به اشتباه بیندازد؛ به‌عنوان مثال، کافی است که مرکزی آمار خود را منحصراً در زنان زیر ۳۵ سال ارائه کند، دراین‌صورت، موفقیت آمار چندین برابر است و بیمار معمولاً به لفظ زیر ۳۵ سال چندان دقت نمی‌کند. موفقیت را می‌توان به ازای انتقال جنین، تخمک‌گیری، هر بیمار و... ارائه کرد؛ البته در حال حاضر توصیه می‌شود مراکز آمارشان را به ازای انتقال جنین[1] ارائه کنند که هم اخلاقی باشد و هم بیمار به اشتباه نیفتد. هرساله انجمن اروپایی و آمریکایی آمار را به‌صورت مقاله‌هایی ارائه می‌کنند (۳۱تا۳۳)؛ همچنین، آنان محدودیت پذیرش و ارائه‌ی آمار، براساس سن زیر ۳۵ یا ۳۷ را اخلاقی نمی‌دانند.

۳- ۳. معاینات و اجرای درمان

ازآنجاکه معاینات و درمان ناباروری وارد خصوصی‌ترین ابعاد زندگی می‌شود، رعایت اصول اخلاقی در این درمان ضروری است. توصیه می‌شود حتی‌المقدور درمانگر و پرستار همجنس برای بیماران قرار داده شود و اگر امکان‌پذیر نیست قبل از معاینه و درمان، مراتب به بیمار توضیح داده شود و رضایت او جلب شود. از نظر شرعی نیز نگاه و لمس در حد ضرورت پذیرفته شده است. همچنین، توصیه می‌شود در هنگام معاینه، غیر از پزشک و بیمار حتماً کس دیگری مثل همراه بیمار یا یک پرستار حضور داشته باشد؛ اما این مطلب در هنگام گرفتن شرح حال توصیه نمی‌شود، به این دلیل که راز بیمار باید محفوظ بماند. به نظر می‌رسد که درمان کمک‌باروری تنها درمانی است که باید از هر دو (زوج و زوجه) رضایت آگاهانه‌ی آن گرفته شود و حد رازداری نیز در حد زوجین حفظ شود (۳۴). علت این امر شراکت دو نفر در امر فرزندآوری بوده و آگاهی از علل و روند درمانی چون بین دو نفر مشترک است حق هر دو نفر است. اطلاع‌رسانی در این باره، باید در ابتدای مراجعه‌ی زوجین انجام شود تا از سوی هر یک از طرفین، درباره‌ی رازپوشی از طرف مقابل مطالباتی صورت نگیرد.

۳- ۴. انجماد گامت و جنین

درمان ناباروری مستلزم تولید تعداد زیاد جنین برای هر زوج است (۱۰) و از این تعداد معمولاً بین یک و حداکثر چهار جنین منتقل می‌شود (۳۵)؛ بنابراین، انجماد و نگهداری جنین‌های اضافی امری اجتناب‌ناپذیر است. این جنین‌ها را می‌توان تا مدت نامحدودی نگهداری کرد؛ اما نگهداری این جنین‌ها هزینه‌بر است و به صرف امکانات و منابع نیاز دارد. بنابراین، والدین جنین با عقد قراردادی، هزینه‌ی نگهداری را تقبل کرده و جنین‌ها را نگهداری

1. Per Transfer

می‌کننـد تـا اگـر حاملگـی رخ نداد در سـیکل‌های بعدی درمان از آن‌ها استفاده کنند (۳۶).

مسـائل اخلاقـی از آنجا آغاز می‌شـود کـه بدانیم جنین چیسـت؟ آیا مال اسـت؟ برخـی حقوق‌دانان جنین را مـال می‌دانند؛ زیرا تمامی خصوصیات مال را داراسـت و برخی حقوق‌دانان آن را مال نمی‌دانند (۳۷). مالـک جنیـن و/یـا تصمیم‌گیرنده بـرای این جنین‌ها نیز جای سؤال دارد. عده‌ای از حقوق‌دانان پدر را صاحـب اختیار جنین می‌دانند و عده‌ای مادر را؛ امـا اکثـر مراکز درمانـی هر دو را صاحـب اختیار جنیـن می‌داننـد و قرارداد انجماد جنیـن را با هر دو می‌بندنـد. طـول مدت نگهـداری از جنیـن نامعلوم اسـت. ریگس[1] و همکاران در پژوهشی روی ۱۱۷۶۸ جنین نشـان دادند که طول مدت نگهداری از جنین تأثیری در کیفیت و قابلیت زنده‌مانی آن ندارد (۳۸). همان‌طورکه قبلاً اشـاره شد، در سال ۲۰۱۱ گزارش شـده که جنینی پس از بیسـت سـال نگهـداری به حالـت انجماد، منجر به تولد نوزاد زنده شـده اسـت (۷)؛ بنابرایـن، طول مدت نگهـداری جنین منجمد محل قانونگذاری است و در حال حاضر هیچ قانونی در ایـن رابطـه وجـود ندارد و هـر یـک از مراکز برای خـود دسـتورالعملی دارنـد. شـایع‌ترین زمان‌بندی این قرارداد پنج سـال است که در اکثر کشورها و نیز بیشتر مراکز ملاک قرار داده می‌شود (۳۹).

در هنگام عقد قرارداد، باید والدین جنین سرنوشت آن را پـس از فسـخ یـا اتمام قـرارداد انجمـاد تعیین کنند که سه سرنوشـت اهدای جنین به زوج نابارور، اسـتفاده در پژوهش یا آموزش پزشـکی و دورریختن آن‌ها مطرح اسـت. مسـائلی هم ممکن اسـت پیش بیایـد که بایـد از قبل بـرای آن‌ها برنامه‌ریـزی کرد. دربـاره‌ی مسـائلی مثـل اختـلاف بیـن زوجیـن، پرداخت‌نکردن حق‌الزحمـه، تقاضای تحویل جنین توسط زوجین، به ارث رسیدن جنین، فسخ قرارداد، طـلاق و مرگ یکـی از زوجیـن بایـد پیش‌بینی‌های لازم صـورت بگیـرد تا در صورت بـروز، تصمیم‌گیری صحیح انجام شود (۴۰). انجماد گامت معمولاً وقتی درخواسـت می‌شـود که بیمار معمـولاً به‌دلیل ابتلا بـه سـرطان تحـت شـیمی‌درمانی و رادیوتراپی قرار می‌گیـرد و احتمال ازدسـت‌دادن قدرت بـاروری او وجود دارد (۴۱). انجماد اسپرم سال‌های سال است که انجام می‌شـده، اما انجماد تخمک نسـبتاً جدید اسـت (۴۲). بسیاری از نکات انجماد گامت و جنین شـبیه به هم اسـت؛ ازاین‌رو، تنظیم قراردادی دقیق را طلـب می‌کند. اخیراً مراجعه‌ی زنان میان‌سـال به مراکـز ناباروری بـرای انجماد تخمـک افزایش یافته اسـت؛ زیرا سن ازدواج بیشتر شـده و با درنظرگرفتن خطـرات ناهنجاری‌هـای کروموزومـی در تخمـک خانم‌های بالاتر از ۳۵ سال و کاهش قدرت باروری با افزایش سن، تمایل خانم‌ها به حفظ باروری به وجود آمده است که در بحث حفظ باروری به بحث گذاشته می‌شـود (۴۳). مسـئولیت مرکز درمانی در حفاظت از گامت‌هـا و جنین‌های منجمد و امکان بروز بلایای طبیعی و حوادث، مسـأله‌ی بیمه و جبران خسـارت را بـه میان مـی‌آورد که در حال حاضر تعریف نشـده است.

۳- ۵. حفظ باروری

همان‌طـور که گفته شـد سـن ازدواج در تمام دنیا افزایـش یافته و حتـی پس از ازدواج هم بسـیاری از خانم‌ها به دلایل تحصیل یا شـغل خاص، فرزندآوری

1. Riggs

خود را به تأخیر می‌اندازند (۴۴). ازآنجایی‌که قدرت باروری با افزایش سن افت می‌کند و این افت در سنین بالاتر سریع‌تر رخ می‌دهد (۴۵) و از طرف دیگر خطر ناهنجاری‌های کروموزومی تخمک با بیشترشدن سن افزایش می‌یابد (۴۶)، دختران تمایل پیدا کرده‌اند تا توانایی باروری خود را از طریق نگهداری تخمک‌های منجمد تا سنین بالاتر حفظ کنند.

خود این عمل، از نظر اخلاقی صرفاً امکانی را برای زنان ایجاد می‌کند و به نظر ایرادی ندارد؛ اما توجه به دو نکته در این خصوص لازم است: الف. معمولاً زنان در سنین بالاتر که از ناباروری خود می‌ترسند به فکر این کار می‌افتند که متاسفأنه در این سنین معمولاً نمی‌توان برای انجماد تخمک خوبی از ایشان به‌دست آورد؛ ب. برای اینکه خانم‌ها در سن مناسب (تا ۳۵سالگی) به این عمل اقدام کنند، می‌توان در رابطه با این امکان اطلاع‌رسانی کرد. تبلیغات و اطلاع‌رسانی به نوبه‌ی خود ممکن است باعث تغییر رویه‌ی اجتماعی شود. در این باره ممکن است سن ازدواج و فرزندآوری باز هم بالاتر رود؛ زیرا دیگر دغدغه‌ی ازدست‌دادن باروری در سنین بالاتر از بین می‌رود (۴۴). از طرفی در ارائه‌ی اطلاعات باید دقت شود؛ زیرا ممکن است تعارض منافع مراکز درمانی باعث اطلاع‌رسانی نادرست شود؛ کما اینکه در برخی سایت‌های مراکز درمانی اصطلاحاتی مانند «باروری خود را بیمه کنید» یا «تأمین باروری» دیده می‌شود که به تمامی درست نیستند. انجماد تخمک به‌هیچ‌وجه ضامن ایجاد فرزند نیست. حتی با تخمک باکیفیت و تازه نیز میزان موفقیت درمان‌های کمک‌باروری زیاد نیست؛ بنابراین، در ابتدا باید تمامی احتمالات و میزان موفقیت و نیز خطرات داروها و درمان ناباروری، برای درخواست‌کننده‌ی این روش‌ها کاملاً توضیح داده شود.

۳- ۶. باروری پس از مرگ

همان‌طور که گفته شد یکی از مسائلی که در انجماد ممکن است پیش آید مرگ یکی از زوجین با داشتن جنین منجمد است. در بسیاری از این‌گونه مواقع همسر که زنده است مراجعه می‌کند و تقاضای فرزندداشتن با جنین باقی‌مانده را مطرح می‌کند (۴۷). ممکن است سناریوی مشابه با گامت منجمد اتفاق بیفتد. از طرف دیگر، امکان گرفتن اسپرم تا ۳۶ ساعت پس از مرگ و نیز امکان گرفتن گامت در حالت مرگ مغزی و وضعیت نباتی سناریوهای بغرنج‌تری ایجاد می‌کند (۴۸). از نظر شرعی، با فتوای رهبر معظم انقلاب که همه‌ی صور باروری را پس از مرگ جایز دانسته‌اند، مشکلی وجود ندارد. در سؤال ۱۲۷۷ جواب الاستفتائات پرسیده شده است: «آیا در صورت‌های زیر تلقیح زن با نطفه‌ی شوهرش که از دنیا رفته، جایز است؟

الف. بعد از وفات شوهر ولی قبل از انقضای عده؛

ب. بعد از وفات او و بعد از انقضای عده؛

ج. اگر آن زن بعد از فوت شوهرش با مرد دیگری ازدواج کند، آیا جایز است خود را با نطفه‌ی شوهر اولش تلقیح کند؟ و آیا در صورت فوت شوهر دوم، جایز است خود را با نطفه‌ی شوهر اولش بارور کند؟

جواب: این عمل فی‌نفسه اشکال ندارد و فرقی نمی‌کند که قبل از انقضای عده باشد یا بعد از آن و همچنین فرقی نیست بین اینکه ازدواج کرده باشد یا خیر؛ در صورت ازدواج هم فرقی نمی‌کند که لقاح با نطفه‌ی شوهر اولش بعد از وفات شوهر دومش باشد

یا در حال حیات او؛ ولی اگر شوهر دوم او زنده باشد باید این‌کار با اجازه و اذن او صورت بگیرد.»

البته برخی دیگر از مراجع ایده‌های متفاوتی دارند. دیدگاه حضرت آیت‌الله‌العظمی مکارم شیرازی، مبنی بر جایزنبودن تولید مثل پس از مرگ است و ایشان فرزند حاصل را فرزند فرد متوفی نمی‌دانند و بنابراین، حقوق والد- فرزندی را از جمله ارث برقرار نمی‌شمارند. حضرت آیت‌الله خامنه‌ای نیز علی‌رغم پذیرش تولید مثل پس از مرگ، ارث را با متوفی برقرار نمی‌دانند.

در سؤال ۱۲۷۴ کتاب جواب الاستفتائات پرسیده شده است: «اگر نطفه از شوهر گرفته شود و بعد از وفات او با تخمک همسرش لقاح شده و سپس به رحم او منتقل شود، اولاً آیا این عمل شرعاً جایز است؟ ثانیاً آیا کودکی که متولد می‌شود فرزند آن مرد است و از نظر شرعی به او ملحق می‌شود؟ و ثالثاً آیا فرزندی که به دنیا می‌آید از صاحب نطفه ارث می‌برد؟» که ایشان در پاسخ فرموده‌اند: «عمل مذکور فی‌نفسه اشکال ندارد و کودک به صاحب تخمک و رحم ملحق می‌شود و الحاق آن به صاحب نطفه هم بعید نیست ولی از او ارث نمی‌برد.» البته دیدگاه‌های مثبتی درباره‌ی استفاده از جنین منجمد نیز وجود دارد؛ برای مثال، حضرت آیت‌الله‌العظمی مظاهری استفاده‌ی جنین منجمد زوج را پس از فوت یکی از زوجین برای دیگری به شرط اجازه از وراث صحیح می‌دانند و در طی زمان یا خارج از عده‌ی وفات‌بودن را در این عمل مؤثر نمی‌شمارند. حضرت آیت‌الله‌العظمی علوی گرگانی نیز استفاده‌ی جنین منجمد را پس از فوت جایز می‌دانند؛ اما از نظر اخلاقی به آن اشکال وارد می‌کنند.

از دیدگاه اخلاق، مسأله‌ی مهم به‌وجودآمدن فرزند بدون یکی از والدین است؛ زیرا احتمالاً فرزند بی‌پدر یا بی‌مادر نه‌تنها تحت داغ[1] و ننگ اجتماعی قرار می‌گیرد، بلکه در جامعه‌ی ایرانی نمی‌توان زندگی کاملاً خوبی برای او پیش‌بینی کرد. همین موضوع در کشورهایی در کانون توجه جدی قرار گرفته است که حتی شرط ازدواج برای پذیرش بیمار نابارور نداشته و زنان مجرد را می‌پذیرند (۴۹).

مورد اخلاقی دیگر، مالکیت گامت پس از مرگ است که حتی به نظر با ارائه‌ی رضایت یا وصیت در زمان حیات حل‌شدنی نیست (۵۰)؛ درصورتی‌که در بسیاری از کشورها رضایت آگاهانه‌ی فرد در زمان زندگی، برای گرفتن گامت او برای باروری پس از مرگ کافی است (۵۱). در کنار رضایت آگاهانه، مسأله‌ی مشاوره‌ی جامع و کامل پیش از انجام و نیز دادن وقت کافی (بیش از یک‌سال) برای تصمیم‌گیری صحیح به درخواست‌کننده‌ی باروری پس از مرگ مطرح شده است (۴۰). از نظر حقوقی، باروری پس از مرگ جایگاهی در حقوق ایران ندارد و حتی اگر در صورت گذشت بیش از ده ماه از فوت پدر، فرزندی به دنیا بیاید نمی‌توان او را به پدر نسبت داد (نک: قانون مدنی ماده‌ی ۱۱۵۹)؛ درصورتی‌که جنین منجمد را می‌توان تا مدتی نامحدود نگهداری کرد. علت این امر احتمالاً این است که قانون به باروری طبیعی نظر داشته است و تاکنون قانون جامعی درباره‌ی باروری آزمایشگاهی تدوین نشده است.

۳- ۷. تشخیص و غربالگری پیش از لانه‌گزینی[2] جنین

بنابر مطالب پیش‌گفته، این امکان وجود دارد که

1. Stigma
2. Implantation

در مرحله‌ی جنین چندسلولی، یک سلول آن را جدا کـرد (Embryo Biopsy) و بقیه‌ی جنین را زنده نگهداری کرد. آن سـلول به آزمایشگاه برده می‌شود و بـا روش‌هایـی کروموزوم‌ها و ژن‌های آن را بررسـی و آزمایـش می‌کنند؛ سـپس دربـاره‌ی انتقال جنین مذکـور براسـاس نتیجـه‌ی آزمایـش تصمیم‌گیـری می‌شـود. اگر جنین‌ها با این روش مـورد غربالگری قـرار گیرنـد بـه آن Pre-Implantation Genetic Screening یـا بـه اختصـار (PGS) و اگر به قصد آزمایش یک بیماری یا ناهنجاری خاص و تشـخیص آن آزمایش انجام شـود بـه آن Pre-Implantation Genetic Diagnosis یـا بـه اختصـار (PGD) گفته می‌شود. سـاده‌ترین آزمایش انجام‌شدنی روی سـلول به‌دست‌آمده روش Fluorescence In Situ Hybridization یا به اختصار (FISH) است (۵۲).

در ایـن روش کروموزوم‌هـای مورد نظر با اسـتفاده از پروب‌های مخصوص آن کروموزوم‌ها پدیدار شـده و در صورت وجـود ناهنجاری کروموزومی مشـخص می‌شـود. ازآنجاکـه در تکنیـک FISH تنهـا چنـد کروموزوم را می‌توان بررسـی کـرد و نیز انجام PGS و PGD میـزان تولد زنده را در باروری آزمایشـگاهی به‌طور چشمگیری کاهش می‌دهد (۵۳)، استفاده از این روش برای غربالگری توصیه نمی‌شـود؛ اما برای تشـخیص ناهنجاری کروموزوم خـاص هنوز جایگاه دارد. روش‌های پیشرفته‌ی دیگر مثل Macro Array و نیز Whole Genome Sequencing وجود دارند که متأسـفانه در ایران به‌آسانی در دسترس نیستند. علاوه‌براین، تفسـیر نتایج این روش‌ها بسیار پیچیده اسـت و به تجهیزات پیچیده و افراد باتجربه نیاز دارد و در بسـیاری از موارد تفسـیر نتایج حتی امکان‌پذیر نیست. کارآیی این روش‌ها هرچند ثابت شده است، به دلیـل گرانی و دیگر ضعف‌های این روش‌ها، هنوز به‌طـور قطع نمی‌توان آن‌ها را برای غربالگری توصیه کرد؛ اما باید دانسـت که این روش‌ها در حال حاضر بهترین روش‌های غربالگری هستند (۵۴).

روش PCR تک‌سلولی نیز برای تشخیص بیماری ژنتیکـی تک‌ژنی بـه کار مـی‌رود و کارآیی PGD در تشـخیص بیماری‌های تک‌ژنـی و کروموزومی باعث شـد که انجمن آمریکایی تولید مثل انسانی در سال ۲۰۰۸ این روش را از تشـخیص پیش از تولد و سقط متعاقب آن برتر بدانـد (۵۵). علی‌الاصول فعلاً برای PGS جایـگاه محکمـی به وجود نیامده اسـت؛ اما ازآنجاکـه احترام به اتونومی و آزادی بیمار جزء اصول اخلاق پزشـکی اسـت، در صورت رضایـت بیمار در شـرایط آگاهی کامل نسـبت به مزایا و معایب روش، ایـن کار انجام می‌پذیـرد. البته ترجیح با تشـخیص ژنتیکی اسـت و نه غربالگری ژنتیکی، مخصوصاً اگر ناهنجاری یا بیماری محتمل، وخیم باشد (۵۶).

۳- ۸. جایگاه اخلاقی جنین انسان

سـؤالات اصلـی عبـارت اسـت از: ماهیـت جنین انسـان چیست؟ زندگی انسـانی از کی آغاز می‌شود و از چـه زمانـی می‌توان به جنین انسـان، «انسـان کامل» گفت؟ در این باره رویکردهای مختلفی وجود دارد که اصلی‌ترین آن‌ها رویکرد الهیاتی اسـت. این رویکـرد مبنای زندگی انسـانی را ولوج روح می‌داند. مسـأله‌ی محـل اختـلاف بیـن ادیـان ابراهیمی در این باره زمان ولوج روح اسـت. مسـیحیان کاتولیک جنین را از همان سـلول اول (زیگـوت) دارای روح و در نتیجه انسان می‌دانند (۵۷). پروتستان‌ها در این بـاب ایده‌هـای متفاوتـی ارائه می‌کننـد؛ اما همه‌ی

آن‌ها با انسان‌دانستن سلول تخم مخالف‌اند (۵۸). یهودی‌ها نیز جنین را تا چهل‌روزگی دارای زندگی انسانی نمی‌دانند (۵۹). آن‌ها جنین را شروع زندگی انسانی و صاحب احترام دانسته، اما انسان کامل نمی‌دانند. در متون اسلامی جنین به معنای «پوشیده» آمده که منظور جنین موجود در فضای رحمی است (۶۰). اسلام مرز شروع زندگی انسانی را لانه‌گزینی جنین در رحم می‌داند (۶۱)؛ به همین دلیل در ماده‌ی ۷۱۶ قانون مجازات اسلامی، اولین دیه را برای ازبین‌بردن و سقط جنین، نطفه‌ی مستقر در رحم در نظر گرفته است (۶۲)؛ اما ولوج روح را معیار انسان کامل شدن می‌داند. در بین مذاهب اسلامی درباره‌ی زمان ولوج روح اختلافاتی وجود دارد. بیشتر علمای شیعه و برخی علمای اهل سنت ۱۲۰روزگی را زمان ولوج روح می‌دانند. براساس آخرین پریود خانم، این زمان برابر با نوزده هفته حاملگی می‌شود (۶۳). اخیراً دادگاه حقوق بشر آمریکا رأیی را صادر کرده است که براساس آن لانه‌گزینی[1] را معادل باروری[2] و مرز انسان‌شدن جنین اعلام کرده است (۶۴). به نظر می‌رسد که رسیدن به توافق در این زمینه محتمل‌تر شده است. هم‌اکنون اجماع نسبی در مساوی‌نبودن جنین آزمایشگاهی با انسان بسیار محتمل است.

۳- ۹. چندقلویی و کاهش جنین

دوقلویی حدوداً یک در هشتاد و سه‌قلویی یک در هشت هزار دیده می‌شود (۶۵). ایجاد چندقلویی در روش‌های کمک‌باروری به میزان بیست برابر حالت عادی در دوقلویی و چهارصد برابر در چندقلویی بیشتر است (۶۶). حاملگی چندقلویی عوارض زیادی برای نوزاد و مادر دارد (۶۷و۶۸). برای جلوگیری از این عوارض که در برخی موارد (مانند سقط) باعث ازبین‌رفتن جنین‌ها می‌شود، گاهی لازم است یک یا چند جنین از بین برده شود و تعداد جنین‌ها به دو عدد کاهش یابد؛ به این عمل کاهش جنینی[3] گفته می‌شود (۲). این روند توسط سوزن و با راهنمایی سونوگرافی انجام می‌شود و با تزریق کلرور پتاسیم در قلب جنین، از بین می‌رود. چون در طی روند، جنینی از بین می‌رود، عده‌ای آن را مشابه سقط جنین می‌دانند؛ اما چون هدف از کاهش جنینی، حفظ بارداری و به‌ثمررساندن آن است، به‌نوعی با سقط جنین متفاوت است. از نظر اسلامی فتوایی مبنی بر اباحه‌ی[4] آن صادر شده است (۶۹) که به نظر می‌رسد براساس اصل ضرورت[5] باشد؛ اما نکته‌ی اصلی این است که این ضرورت ممکن است قبلاً توسط پزشک دیگری با تحریک تخمک‌گذاری یا انتقال تعدادی جنین ایجاد شده باشد. از نظر اخلاقی، شایسته است بیش از پرداختن به ضرورت کنونی، به پیشگیری از ایجاد این ضرورت پرداخت. به نظر می‌رسد که انتقال جنینِ کمتر (حتی تک‌جنین) بهترین راه موجود است و پزشکانی که خارج از قاعده، جنین را منتقل می‌کنند مسئول خواهند بود.

۳- ۱۰. تشخیص و غربالگری پیش از لانه‌گزینی جنین

همان‌طور که ذکر شد این امکان وجود دارد که یک

1. Implantation
2. Conception

3. Fetal Reduction

۴. افعال اختیاری انسان در فقه به پنج حکم واجب، حرام، مباح، مستحب و مکروه تقسیم می‌شود. مسائل جدید که حکم حرام ندارند، معمولاً حکم اباحه دارند؛ یعنی مباح است و فرد می‌تواند آن عمل را انجام دهد.

۵. اصل ضرورت جزء اصول عملیه‌ی فقه است و مبنای آن این است که در حالت ضرورت برخی احکام ثانویه صادر می‌شود که حکم اولیه را نقض و عمل را مباح می‌کند.

سـلول از جنین هشت‌سـلولی موجود در آزمایشگاه جدا شـده و روی آن آزمایـش کروموزومی یا ژنتیکی انجام شـود. اولین نکته‌ی اخلاقی این است که این آزمایشـات را به چه کسی پیشنهاد کنیم؟ همان‌طور که می‌دانیم، میزان بروز ناهنجاری‌های کروموزومی در تخمک زنان از ۳۵سـالگی به بعد بیشـتر می‌شود (۴۶)؛ بنابراین، از این سـن به بـالا می‌توان آزمایش کروموزوم‌هایـی را کـه به‌طـور شـایع دچـار اختلال می‌شـوند توصیـه کـرد. همچنیـن، ناهنجاری‌های ساختمانی کروموزومی در والدین می‌تواند به جنین سـرایت کنـد و وجود ایـن نقایص نیز اندیکاسـیونی اخلاقـی بـرای PGD از طریق روش FISH اسـت؛ اما هم‌اکنون اسـتفاده از این روش بـرای غربالگری محل تردید و سـؤال است و به نظر می‌رسد که تمایل به تشـخیص‌های قبل از تولد، با اسـتقبال بیشتری همراه است (به‌عنوان مثال، در رابطه با سندرم داون) و از نظـر اخلاقـی این تشـخیص‌ها مقبول‌تر اسـت. آزمایش‌هـای تک‌ژنی[1] نیـز برای تشـخیص بیماری تک‌ژنـی کاربـرد دارد و در غربالگـری کلـی جایـی نـدارد. اگر به بیماری خاصی مثل فیبروز کیسـتیک شک وجود داشت، این روش وجود این بیماری را در جنین تشخیص می‌دهد.

بیماری‌هـای اتوزومـال غالـب و اتوزومـال مغلوب در ایـن گـروه هسـتند و نیز کسـانی کـه جابه‌جایی کروموزومـی[2] از نـوع متقـارن دارنـد (۵۵). هرچند روش‌های پیشـرفته‌تر به دید غربالگری بیماری‌های ژنتیک دیده می‌شـد، اما به دلیل دشـواری تفسـیر نتایـج، آن‌هـا نیز چنـدان موفق نبوده‌انـد و در حال حاضـر نمی‌توان آن‌هـا را به‌عنـوان وسـیله‌ی احراز سـلامت جنین معرفی کـرد (۷۰)؛ ازایـن‌رو، از نظر اخلاقی توصیه‌کردنی نیسـتند. هم‌اکنون این سؤال مطـرح شـده که آیـا زمان آن رسـیده اسـت که این روش‌هـا در اختیـار زوج‌های بارور نیز قـرار گیرد؟ به نظر می‌رسد فعلاً در دنیا، استفاده‌ی غربالگری پیش از لانه‌گزینی (PGS) چه در نابارورها و چه در بارورها از نظر اخلاقی محل بحث اسـت و تأیید نمی‌شـود؛ اما تشـخیص ژنتیکی (PGD) در زمانی که شـک به ژن معیوب وجود دارد در نابارورها تأیید شـده است. در پیونـد بـا بارورها اگـر احتمال ابتلا شـایان توجه باشـد ممکن است به تشـخیص پیش از تولد و سقط متعاقب آن ترجیح داشـته باشـد (۵۵)؛ اما در رابطه بـا ژن‌هایـی که محتمل اسـت در بزرگ‌سـالی ایجاد بیمـاری کنند مطلب فرق می‌کند. اگـر این بیماری بسیار محتمل باشد، راهی برای مدیریت و درمان آن موجود نباشـد و شدت بیماری زیاد باشد، غربالگری آن به وسـیله‌ی PGD اخلاقی دانسـته می‌شود. در غیـر از حالت‌های گفته‌شـده، هرچنـد آن را ممنوع نمی‌کنند، تأیید هم نمی‌شود (۵۶).

مـورد اخلاقی دیگـر فرزند نجات‌بخـش[3] یا خواهر و بـرادر نجات‌بخش اسـت. در شـرایطی کـه زوجی فرزنـدی دارند که مبتلا به بیماری مهلکی اسـت که بـا پیوند مغز اسـتخوان بهبـود می‌یابـد، می‌توان از طریق باروری آزمایشـگاهی تعدادی جنین برای این زوج تشکیل داد و از طریق PGD از بین آن‌ها جنین سـالمی را انتخـاب کـرد که سـالم و از نظـر آنتی‌ژن HLA به فرزند بیمار شـبیه باشد. آنگاه با انتقال این جنین به مـادر درصورتی‌که حاملگـی صورت گیرد،

1. Single Cell PCR
2. Translocation
3. Savior Child

پس از زایمان، خون بند ناف نوزاد جانشینی ایده‌آل برای مغز استخوان فرزند بیمار خواهد بود (۷۱)؛ البته در این روش، مسائل اخلاقی چندی وجود دارد. بزرگ‌ترین مسأله مشکلات احتمالی روانی در این فرزندان است. بر این مطلب همواره تأکید شده است که فرزندان بیمار همواره به این فرزندان به دید ناجی نگاه می‌کنند و در برابر آنان همیشه احساس دین دارند؛ اما در کنار این دین، می‌دانند که آنان دلیل به‌دنیاآمدن این خواهر یا برادر بوده‌اند و شاید منتی هم داشته باشند. منت‌گذاری در فرزند نجات‌بخش به مراتب بیشتر است. برخی از اخلاق‌دانان، ابزارانگاری تولید مثل و انسان را در این باره مطرح کرده‌اند. بنابر دیدگاه آنان، پدر و مادر به فرزند نجات‌بخش، تنها به‌عنوان وسیله‌ای برای نجات فرزند دیگر نگاه می‌کنند و با این رویکرد از قدر و ارزش انسانی او می‌کاهند. عده‌ای هم بر این عقیده‌اند که والدین بین این دو فرزند فرق می‌گذارند و یکی از آنان را بر دیگری ترجیح می‌دهند (۷۲). بحث مهم اخلاق پزشکی این است که آیا می‌توان این پیشنهاد را برای کسانی که فرزندشان مبتلا به بیماری خونی است مطرح کرد؟ در پاسخ به این سؤال باید گفت، نخست مهلک‌بودن بیماری مهم است، دیگر اینکه وزن بیمار باید زیر بیست کیلوگرم باشد؛ زیرا در حال حاضر میزان سلول‌های دریافتی از خون بند ناف به اندازه‌ای نیست که جایگزین مغز استخوان فردی با وزن بیش از بیست کیلو بشود و روش‌های کشت سلولی کنونی در این‌گونه موارد کارآمد نیست. در شرایط مؤثر به نظر می‌رسد که پزشک انکولوژیست موظف به پیشنهاد این روش به بیمار و خانواده‌ی بیمار است (۷۳).

۳- ۱۱. انتخاب جنسیت جنین

هم‌اکنون این امکان وجود دارد که از طریق PGD و روش FISH جنین‌های دختر و پسر را تشخیص داده و جنسیت دلخواه را برای انتقال انتخاب کرد (۷۴). این کار یا به دلایل پزشکی انجام می‌شود که ویژه‌ی بیماری‌های وابسته به جنس است و فقط در یک جنس بروز می‌کند، یا به‌دلایل غیرپزشکی یا اجتماعی انجام می‌شود. نوع پزشکی آن از نظر اخلاقی پذیرفته‌شده است؛ زیرا در مسیر سلامت نوزاد قدم بر می‌دارد. در نوع پزشکی، یک معضل اخلاقی همواره مطرح است: اینکه پزشک معالج وظیفه دارد والدین را از وجود این روش آگاه کند. بدون این آگاه‌سازی احتمالاً زوجین از وجود و کارآیی این روش‌ها خبردار نمی‌شوند. بر خلاف نوع پزشکی، نوع غیرپزشکی یا اجتماعی آن مخالفان و موافقانی دارد. مخالفان به برهم‌خوردن تعادل جمعیتی و توازن جنسیتی جامعه، رواج تبعیض میان مردان و زنان و دخالت در مشیت الهی اشاره می‌کنند و اعتقاد دارند چنین پدیده‌ای اخلاق و ارزش‌های انسانی را به بازی می‌گیرد و «انسان» را تابعی از «جنسیت» او می‌سازد. همچنین، معتقدند پذیرفتن چنین درخواستی، آغازی است برای به‌میان‌آمدن دیگر خواسته‌های بی‌پایان والدین خودخواه؛ خواسته‌هایی چون: تعیین رنگ چشم و مو، فیزیک بدنی و قد، میزان بهره‌ی هوشی و... ؛ بنابراین، ممنوع‌ساختن انتخاب جنسیت افزون بر اینکه اخلاق را نجات می‌دهد، پیشگیری نیز به شمار می‌آید (۷۵).

اما انتخاب جنسیت موافقانی نیز دارد که از آن دفاع می‌کنند. اینان به آزادی اراده و انتخاب والدین

ارج می‌نهند و اعتقاد دارند پدر و مادر حق دارند فرزندی را به‌دنیا آورند و تربیت کنند که دوست دارند. همچنین، آنان معتقدند انتخاب جنسیت، به‌خودی‌خود خطری را متوجه جامعه نمی‌کند، بلکه به گرایش‌های مردم جهت می‌بخشد؛ به‌عنوان مثال، اگر بپذیریم گرایش مردم به سوی فرزندان پسر است، فراهم‌آمدن امکان انتخاب جنسیت آن را تشدید نمی‌کند، بلکه برای آن ساختاری کم‌هزینه‌تر و انسانی‌تر می‌آفرینند: یعنی به جای اینکه فرزند ناخواسته‌ی خود را سقط کنند، از آغاز جنسیت آن را برمی‌گزینند. کاهش تعداد فرزندان ناخواسته‌ای که به‌دنیا می‌آیند اما هیچ‌گاه مطلوب نیستند، از دیگر دلایل موافقت برخی با این روش است. این گروه به دخالت در مشیت الهی و تحریک خواست سیری‌ناپذیر والدین و ضدارزشی‌بودن انتخاب جنسیت نیز معتقد نیستند (۷۶).

در میان این دو طیف مقابل، گزینه‌ی سومی هم وجود دارد: «تعدیل خانوادگی»[1] راهی است برای جمع میان این دو گرایش. در تعدیل خانوادگی، انتخاب جنسیت از حالت سلیقه‌ای درمی‌آید و معیاری اخلاقی و اجتماعی می‌یابد؛ ازاین‌رو ممنوع نیست. این معیار، بر نهاد خانواده تأکید دارد و تلاش می‌کند هدف از انتخاب جنسیت را به‌تعادل‌رسیدن خانواده قرار دهد. پس تنها خانواده‌هایی که از نظر جنسیت فرزندانشان، نامتوازن هستند می‌توانند از آن استفاده کنند (۷۶). تعدیل خانوادگی دارای شرایطی است که اصول آن به شرح زیر خلاصه می‌شود:

الف. انتخاب جنسیت تنها برای خانواده‌هایی مجاز است که فقط از یک جنس فرزند دارند و از جنس دیگر هیچ فرزندی ندارند.

ب. تنها باید برای انتخاب جنسیت فرزند سوم و بعد از آن به‌کار رود؛ مگر درباره‌ی افراد نابارور که استثنائاً برای فرزند دوم خویش نیز مجاز به انتخاب جنسیت هستند.

ج. تنها برای یک مرتبه‌ی موفقیت‌آمیز مجاز است. منتها اگر فرزند حاصل از عمل انتخاب جنسیت فوت کند، اقدام مجدد مجاز است.

۳- ۱۲. روش‌های پیشرفته‌ی کمک‌باروری با به‌کارگیری شخص سوم[2]

زمانی که یکی از زوجین یا هر دو توانایی تولید سلول زایا را ندارند، باید سلول زایا از شخص دیگر گرفته شود یا وقتی که مادر توانایی حاملگی ندارد شخص دیگری می‌باید حاملگی را به عهده بگیرد. به این روش‌ها به دلیل درگیرشدن فردی به غیر از زوج نابارور «روش‌های کمک‌باروری با به‌کارگیری شخص سوم» گفته می‌شود. این روش‌ها چهار شکل اصلی دارد: الف. اهدای تخمک؛ ۲. اهدای اسپرم؛ ۳. اهدای جنین و ۴. حمل جایگزین (یا حاملگی جانشین).

در سه روش اول اهداء، قسمتی از ژنوم فرزند حاصل یا تمامی آن به اهداکننده(ها) مربوط می‌شود؛ اما در روش حمل جایگزین، فرزند از نظر ژنتیکی به مادر حامل ارتباط پیدا نمی‌کند. در موارد خاص دیگر مثل حامل ژن معیوب بودن هم این روش‌ها کاربرد دارد. براساس قانون اهدای جنین مصوب ۱۳۸۲ و آیین‌نامه‌ی اجرایی آن که در سال ۱۳۸۴ ابلاغ شده است، اهدای جنین در ایران

1. Family Balancing

2. Third Party Assisted Reproduction

قانونی شـد و براسـاس آن زوج‌های شرعی و قانونی می‌تواننـد جنین‌هـای اضافـی خود را بـه زوج‌های نابـارور اهدا کننـد؛ البته قانـون، زوج‌های بـارور را اسـتثنا نکرده اسـت و هر زوج باروری هـم می‌تواند در روال کمک‌بـاروری شـرکت کـرده و جنین خود را اهدا کند که خود مسـائل اخلاقـی خاصی به دنبال دارد (۳۹). برخی نام اهـدای جنین را به اهدای هر دو گامـت تغییر داده تـا مجوز اخلاقـی انجام روش را به‌صورت تجاری داشـته باشـند؛ اما اهدای هر دو گامـت نیـز دارای مشـکلات اخلاقی خود اسـت که نمی‌تواند اهدای جنین حاصل را توجیه نماید (۷۷).

۴. قانون اهدای جنین

مـاده‌ی ۱) بـه موجـب ایـن قانـون کلیـه‌ی مراکز تخصصـی درمان ناباروری ذی‌صـلاح مجاز خواهند بود با رعایت ضوابط شـرعی شـرایط منـدرج در این قانون، نسـبت به انتقال جنین‌های حاصله از تلقیح خـارج از رحـم زوج‌هـای قانونـی و شـرعی پـس از موافقـت کتبی زوجین صاحب جنیـن به رحم زنانی کـه پس از ازدواج و انجام اقدامات پزشـکی ناباروری آن‌هـا (هر یك بـه تنهایی یا هر دو) به اثبات رسـیده است اقدام کنند.

مـاده‌ی ۲) تقاضـای دریافـت جنیـن اهدایی باید به‌طور مشـترک از طرف زن و شـوهر تنظیم و تسلیم دادگاه شـود و دادگاه در صـورت احراز شـرایط ذیل مجوز دریافت جنین را صادر می‌کند:

الف. زوجیـن بنا به گواهی معتبر پزشـکی، امکان بچه‌دارشـدن نداشته باشند و زوجه استعداد دریافت جنین را داشته باشد.

ب. زوجین دارای صلاحیت اخلاقی باشند.

ج. هیچ‌یك از زوجین محجور نباشند.

د. هیچ‌یـك از زوجیـن مبتـلا بـه بیماری‌هـای صعب‌العلاج نباشند.

و. هیچ‌یك از زوجین معتاد به مواد مخدر نباشند.

ز. زوجیـن باید تابعیت جمهوری اسـلامی ایران را داشته باشند.

مـاده‌ی ۳) وظایـف و تکالیـف زوجیـن گیرنـده‌ی جنین و طفل متولدشده، از لحاظ نگهداری و تربیت و نفقـه و احترام، نظیـر وظایف و تکالیف اولاد و پدر و مادر است.

مـاده‌ی ۴) بررسـی صلاحیـت زوجیـن متقاضـی در محاکـم خانـواده، خـارج از نوبت و بـدون رعایت تشـریفات آئین دادرسی مدنی صورت خواهد گرفت و عدم تأیید صلاحیت زوجین قابل تجدیدنظر است.

مـاده‌ی ۵) آیین‌نامه‌ی اجرایی این قانون ظرف مدت سه‌ماه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری وزارت دادگسـتری تهیه و به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید (۷۸).

۵. آیین‌نامه‌ی اجرایی قانون اهدای جنین

۵- ۱. فصل اول: تعاریف و کلیات

مـاده‌ی ۱) در این آیین‌نامـه، واژه‌ها و اصطلاحات زیر در معانی مشروح مربوط به کار می‌رود:

الف. قانون: منظور قانون نحوه‌ی اهدای جنین به زوجین نابارور (مصوب ۱۳۸۲) است.

ب. جنین: نطفه‌ی حاصل از تلقیح خارج از رحمی زوج‌های قانونی و شرعی است که از مرحله‌ی باروری تا حداکثر پنج روز خواهد بود. این جنین می‌تواند به دو صورت تازه و منجمد باشد.

پ. اهـدای جنین: واگـذاری داوطلبانـه و رایگان

یـک یا چند جنین از زوج‌های واجد شـرایط مقرر در قانـون و این آیین‌نامه به مراکز مجاز تخصصی درمان ناباروری بـرای انتقال بـه زوج‌هـای متقاضی دارای شرایط مندرج در قانون.

۵- ۲. فصل دوم: شرایط اهدا و دریافت جنین

ماده‌ی ۲) زوج‌های اهداکننده باید دارای شـرایط زیر باشند:

الف. علقه و رابطه‌ی زوجیت قانونی و شرعی؛

ب. سـلامت متعـارف جسـمی و روانـی و ضریـب هوشی مناسب؛

پ. نداشتن اعتیاد به مواد اعتیادآور و روان‌گردان؛

ت. مبتلانبودن بـه بیماری‌های صعب‌العلاج نظیر ایدز، هپاتیت و....

تبصـره. مراکـز مجـاز تخصصـی درمان نابـاروری مکلف‌انـد قبل از دریافـت جنیـن از اهداکنندگان، وجود شرایط مذکور در این ماده را احراز کنند.

مـاده‌ی ۳) اهدای جنین باید بـا موافقت و رضایت کتبی زوج‌های اهداکننده و در مراکز مجاز تخصصی درمان ناباروری، با احراز هویت آنان و به‌صورت کاملاً محرمانه انجام گیرد.

مـاده‌ی ۴) زوج‌های متقاضی جنیـن اهدایی باید واجد شرایط مقرر در ماده‌ی ۲ قانون باشند.

ماده‌ی ۵) رسـیدگی به درخواسـت دریافت جنین اهدایـی، در دادگاه صالـح و خـارج از نوبت و بدون رعایت تشریفات آیین دادرسی مدنی به عمل می‌آید. صـدور حکم به رد درخواسـت و عدم تأیید صلاحیت زوجین قابل تجدیدنظر است.

۵- ۳. فصـل سـوم: تکالیـف و وظایـف مراکـز مجاز درمان ناباروری

ماده‌ی ۶) مراکـز مجاز تخصصی درمـان ناباروری مکلف‌اند نسبت به موارد زیر اقدام کنند:

الـف. نگهـداری جنین‌هـای اهدایـی از سـوی اهداکنندگان مسلمان و غیرمسلمان به‌طور جداگانه و رعایت تناسب دینی و مذهبی زوج‌های متقاضی با جنین اهدایی در زمان انتقال؛

ب. دریافـت و نگهـداری رأی قطعی مرجع قضایی از متقاضی؛

پ. صدور گواهی و معرفی‌نامه‌ی لازم مبنی بر تأیید سـلامت جسـمی و روانی بـرای متقاضیـان دریافت جنین طبق مقررات قانون و این آیین‌نامه؛

ت. دریافت، نگهداری و انتقال جنین‌های اهدایی در شرایط کاملاً محرمانه؛

تبصـره. اطلاعات مربـوط به جنین‌هـای اهدایی، جزء اطلاعات به‌کلی سری طبقه‌بندی می‌شوند.

مـاده‌ی ۷) صـدور گواهـی عـدم توانایی بـاروری و همچنیـن، توانایـی زوجـه در زمینـه‌ی دریافـت و نگهداری جنین، پس از انجام تست‌ها و آزمایش‌های دقیـق پزشـکی در صلاحیت مراکز مجـاز تخصصی درمان ناباروری است.

۵- ۴. فصـل چهـارم: شـرایط لازم جهـت دریافت، نگهداری و انتقال جنین

مـاده‌ی ۸) هر یک از مراکز مجـاز تخصصی درمان نابـاروری می‌توانند طبـق دسـتورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بانک جنین دایر کنند. این بانک مسـئول دریافت و نگهداری جنین و انتقال آن‌ها به زوجین نابارور طبق مقررات مندرج در قانون و این آیین‌نامه است.

مـاده‌ی ۹) مرکز مدیریـت پیوند وزارت بهداشـت، درمـان و آمـوزش پزشـکی موظـف اسـت طبـق دستورالعمل‌های وزارت یادشـده نسبت به دریافت،

نگهداری و انتقال جنین نظارت دقیق اعمال کند.

مـاده‌ی ۱۰) ارائـه‌ی مدارک و اطلاعـات مربوط به اهداکننـدگان و دریافت‌کنندگان جنین اهدایی تنها بـا رعایت قوانیـن مربوط به حفظ و نگهداری اسـرار دولتی و به مراجع قضایی صلاحیت‌دار مجاز است.

بر خلاف اهدای جنیـن، درباره‌ی اهدای تخمک، اسـپرم و حمـل جایگزیـن، قانونی موجود نیسـت و مراکـز درمانی این روش‌ها را براسـاس فتاوی مراجع تقلید به کار می‌گیرند؛ البته اصل ۱۶۷ قانون اساسی به قضـات این اجازه را می‌دهد که در موارد سـکوت قانون از فتاوی مراجع به‌عنوان قانون استفاده کنند؛ امـا بایـد در نظر داشـت کـه در برخی مـوارد فتاوی مراجع با هم متفاوت است و هر فتوایی برای مقلدان آن مرجـع حجیـت دارد. حـال، قاضـی می‌بایـد به کدام فتوا به‌عنوان قانون بنگرد؟ این روش‌ها مسائل اخلاقی، حقوقی، فقهی و اجتماعی زیادی دارند که در ذیل مختصراً به آن‌ها اشاره می‌شود:

۱. نسـب، پـدری و مـادری و حقـوق والدفرزندی: وقتـی رونـد تولیـد مثل شـامل شـخصی بـه غیر از خانـواده‌ی بزرگ‌کننده‌ی فرزند می‌شـود، مسـأله‌ی مهم نسـب اسـت. این‌که پدر فرد کیسـت؟ مادر فرد کیسـت؟ و اهداکننده چه نسـبتی بـا فرزند دارد؟ از نظر اسلامی نسـب امری عرفی[1] است اما در کلیه‌ی متون اسـلامی بـرای آن مابـه‌ازای بیولوژیک در نظر گرفته‌اند (۷۹).

در برخی متون اسـلامی نسب را حاصل از رابطه‌ی فامیلـی یـا خونی (کـه احتمالاً اشـاره بـه ژن دارد) فـرض کـرده اسـت؛ بنابرایـن، ارتبـاط ژنتیکی فرد می‌تواند ملاک نسـب قـرار گیرد؛ ازایـن‌رو، احتمالاً نسـب پدری به صاحب اسپرم برمی‌گردد (۸۰و۸۱). از طرف دیگر، در اشـارات متعددی که در قرآن کریم و احادیث به رحم شده، مادر را به‌نوعی صاحب رحم می‌دانـد. بـا درنظرگرفتن مطالب گفته‌شـده نسـب مـادری این فرزنـدان جای بحـث دارد (۸۲). برخی صاحـب تخمک، برخی صاحب رحم و عده‌ای هر دو را مادر واقعی می‌دانند. ازآنجاکه حقوق والد فرزندی ماننـد حضانـت، ولایت، نفقـه، محرمیـت و ارث نیز به نسـب وابسـته اسـت، این حقوق نیز مورد چالش قـرار می‌گیـرد. این موضـوع در پیوند با ارث بسـیار برجسته‌تر است (۷۹).

۲. مسأله‌ی محرمانگی و ناشناسی: ازآنجاکه نسب محل اختلاف است، احتمال ایجاد مشکلات حقوقی بـرای خانـواده‌ی گیرنـده از طـرف اهداکننده(ها) وجود دارد؛ مثلاً ادعای فرزند خود را داشـته باشند و بخواهند فرزند را پس بگیرند یا ادعاها و بدعهدی‌های مالـی و.... ازآنجاکـه این مسـائل در صورتـی ایجاد می‌شود که اهداکننده و گیرنده یکدیگر را بشناسند، برخـی از مراکز این روش‌ها را به‌طور ناشـناس انجام می‌دهند؛ یعنـی هویت اهداکننده از گیرنده مخفی می‌شـود. این مطلب به‌عنـوان محرمانگـی نیز ذکر می‌شود (۸۳). در دنیا نیز با این موضوع برخوردهای متفاوتی شده اسـت: برخی مانند فرانسه و دانمارک هنـوز به ناشناسـی کامل معتقدند و برخی کشـورها مثـل انگلسـتان کامـلاً باز عمـل می‌کننـد و بعضی کشـورها مثل بلژیک براساس خواست مراجع هر دو نوع عملکرد را ارائه می‌دهد (۸۴).

این موضـوع در آیین‌نامه‌ی اجرایـی قانون اهدای

---

۱. «نسـب از جمله مفاهیمی اسـت که فاقد حقیقت شـرعیه اسـت. قبل از شـریعت مقدس اسـلام نیز تکون انسـان در اثر ترکیب نطفه مرد و زن منشأ نسـب تلقی شده اسـت. رابطه‌ای که بین کودک و صاحبان نطفه یعنی مرد و زن به‌صورت عرفی و اعتباری وجود دارد، نسب نام گرفته است.» (نک: منبع ۷۹)؛ «از نسب در فقه شیعه تعریفی ارائه نشده است» (نک: منبع ۸۲).

جنیـن به‌عنـوان محرمانگی آمـده اسـت و حتی از پرونده‌هـای اهـدای جنیـن به‌عنوان اسـناد به‌کلی سـری یاد شده اسـت که در حد اسـناد امنیت ملی است؛ اما برای سایر اهداها یا حمل جایگزین قانونی وجود ندارد و مراکز براساس دستورالعمل‌های داخلی خـود عمل می‌کنند. از طرف دیگر، حقی به نام حق شـناخت والد ژنتیکی در دنیا مطرح شـده است که دانسـتن هویـت اهداکننـده را حـق فرزنـد حاصل می‌داند (۸۵). براساس این نظریه، فرزند حاصل باید در جریـان اطلاعـات هویتی والد ژنتیکـی خود قرار گیرد. هم‌اکنون کشـورها بدین سو پیش می‌روند که ناشناسـی بین اهداکننده و فرزند حاصل را بردارند؛ اما به نظر می‌رسـد که ازمیان‌برداشـتن ناشناسـی، بـرای خانواده‌هـای ایرانی مشـکلات حقوقی ایجاد کنـد و حتی به‌نوعـی به حریـم خصوصـی خانواده تجـاوز کنـد (۸۶). همچنیـن، بـه محض شـناخت والـد ژنتیکی کلیه‌ی حقوق والد فرزندی بین ایشـان برقرار می‌شـود (۸۷). این مطلـب برای اهداکننده و خانواده‌ی گیرنده مطلوب نیست؛ زیرا تقریباً تمامی گیرنـدگان و اکثـر اهداکننـدگان بـرای اهداکننـده هویت والدی قائل نیستند.

۳. روابـط پولـی: روش‌هـای کمک‌بـاروری بـا به‌کارگیری شخص سوم به دو شکل «دگر دوستانه»[1] و «تجـاری»[2] انجـام می‌پذیـرد. برخورد کشـورهای مختلف با این دو نوع متفاوت اسـت. در بسـیاری از ایـالات آمریکا نوع تجاری آزادانه انجام می‌شـود؛ اما در کشـورهایی مثل استرالیا فقط نوع دگردوستانه‌ی آن انجـام می‌شـود. مخالفـان نوع تجاری مسـائلی مثل بهره‌کشـی، برده‌داری نوین و مخالفت با کرامت انسـانی را مطرح می‌کنند (۸۸). در ایران معمولاً در روش‌هـای کمک‌باروری با سـوم شـخص، در مقابل خدمتـی که انجـام می‌گیـرد پولی بـه اهداکننده یا حامل جایگزین داده می‌شود که به عقیده‌ی عده‌ای بایـد در آن تجدیدنظر صـورت گیرد (۸۹). هر جایی که پولی ردوبدل می‌شود مشکلات و مسائل حقوقی و اخلاقـی آن افـزون می‌شـود. در پیونـد بـا اهدای جنین لفظ رایگان در آیین‌نامه‌ی اجرایی آمده است؛ اما در پیوند با اهدای گامت و حمل جایگزین قانونی وجود ندارد و نیز ایـن روندها به‌صورت تجاری انجام می‌شـود؛ ازاین‌رو، مشـکلاتی از قبیـل آنچه در ذیل آمده است پدید می‌آید:

- قیمـت و قیمت‌گذاری: چون هیـچ قیمتی برای ایـن روندها تعیین نشـده اسـت و تعییـن قیمت به عهـده‌ی اهداکننده و گیرنده گذارده شـده اسـت، قیمت براساس «آنچه بشود!» گذارده می‌شود؛ یعنی اهداکننده‌هـا و حاملان جایگزیـن هرچه که بتوانند قیمت را بالا می‌برند. به نظر می‌رسـد که محرمانگی و ناشناسـی در روندهای اهـدا بتواند تا حد زیادی از این‌گونه مسـائل جلوگیری کند؛ زیرا تماسی بین دو طرف نیسـت و امـکان چانه‌زنی بر سـر قیمت وجود ندارد.

- دعواهـای مالـی: در سیسـتمی کـه اهداکننده و گیرنـده یکدیگـر را بشناسـند، احتمـال بحث‌هـا و دعواهـای مالـی وجـود دارد. در برخـی مراکـز، قراردادی بین اهداکننده و گیرنده بسـته می‌شـود؛ اما ازآنجاکه مسأله‌ی سلامت و اعضای بدن فرد است و این روندها شـامل درمان و دارو و عوارض هستند، این نوع قراردادها شامل تضمین قانونی نمی‌شوند؛

1. Altruistic
2. Commercial

بنابرایـن، بـرای اجرای تعهـدات نمی‌توان فشـاری آورد و فقط شـرایط فسـخ قـرارداد را می‌توان در نظر گرفـت. اقامـه‌ی دعواهای مالی هـم در این روش‌ها بسـیار پیچیـده اسـت، بـرای اینکه اجـرای تعهدها چنـدان قابل اثبات و نفی نیسـت و نیز بدون ضمان اجرایـی، اقامـه‌ی دعوا بی‌معنـی به نظر می‌رسـد؛ ازاین‌رو، اجرای محرمانگی و ناشناسـی به جلوگیری از این‌گونـه دعواهـا کمک می‌کند؛ زیرا در سیسـتم ناشـناس، اهداکننده تنها با مرکز نابـاروری برخورد دارد و تعهـدات بیـن فرد و مرکز اسـت. گیرنده نیز با مرکـز برخـورد دارد و بدین‌ترتیب جلوی بسـیاری از دعواها گرفته می‌شود.

- واسـطه‌ها و تبلیغـات: هـر جا که پولـی ردوبدل می‌شـود یا قرارداد مالی بسته می‌شـود، واسطه‌ها و دلال‌هـا به عرصه می‌آیند. واسـطه‌ها برای ناباروران، اهداکننـده یـا حامل جایگزیـن پیـدا می‌کنند و در مقابل، درصدی از حق و حقوق اهداکننده را دریافت می‌کنند (۹۰).

اصولاً تسـهیل معامله‌ای که مشـروع اسـت، بدون اشـکال به نظر می‌رسـد؛ اما از نظـر اخلاقی تبدیل این‌گونـه روش‌ها به یک معاملـه‌ی اقتصادی به نظر صحیح نیست. به همین دلیل است که در دنیا اصرار دارنـد که نام این روش‌ها بـه خرید و فروش و تجارت نزدیک نشـود؛ بـرای همیـن هزینه‌ای کـه پرداخت می‌شود هزینه‌ی جبرانی[1] نامیده می‌شود. در چنین شـرایطی حضور واسـطه‌ها مطلـوب نیسـت؛ اما آیا می‌توان از نظر قانونی و عملی جلوی آن‌ها را گرفت؟ از طـرف دیگر، در نوع تجاری ایـن روش‌ها رفته‌رفته اعـلام نیازمنـدی و نیـز تبلیغـات شـروع می‌شـود مانند آنچه در اهدای کلیه دیده می‌شـود. رفته‌رفته اهداکنندگان درباره‌ی سلامت، نیرو، زیبایی و هوش خـود تبلیغاتـی می‌گذارنـد و نیازمندی بـه گامت و حامل جایگزین به‌صورت نوشـتار در دیوارها یا حتی در جرایـد ممکن اسـت گذارده شـود؛ البتـه از نظر قانونـی منعی بـرای این کار وجود نـدارد؛ اما به نظر می‌رسـد مانند واسـطه‌گری، از نظر کرامت انسـانی بی‌اشکال نیست و نباید انجام شود. نمونه‌ی این‌گونه تبلیغات در ایالات متحده وجود دارد.

۴. اهـدای مکـرر: ازآنجاکه در اهـدای گامت نفع مالـی وجـود دارد، اهداکننده ممکن اسـت به قصد افـزودن به این منفعـت، مکرراً در روند اهدا شـرکت کنـد. این مسـأله از دو جنبه بررسـی‌کردنی اسـت: یکی تعداد فرزندهای به‌وجودآمده از یک اهداکننده اسـت کـه از نظـر ژنتیکـی خواهـر و برادر هسـتند و ممکن اسـت بـا هـم ازدواج کننـد. به ایـن خاطر انجمن‌هـا و مراکـز متفـاوت در این زمینـه قوانین و دسـتورالعمل‌هایی مصوب کرده‌اند؛ به‌عنوان مثال، انجمـن آمریکایـی تولیـد مثل انسـان[2] (ASRM) اجـازه‌ی ۲۵ فرزند به ازای هشـتصد هزار جمعیت از یک اهداکننده را مجاز می‌داند (۹۱). چین اجازه‌ی حاملگـی شـش زن را توسـط یـک اهداکننـده‌ی اسـپرم می‌پذیرد؛ انگلستان بیشـترین تولد را از یک اهداکننده، ده تولد قرار داده و در غرب استرالیا این تعداد به پنج می‌رسد (۹۲).

جنبـه‌ی تأمل‌برانگیـز دیگـر اهـدای مکـرر، در اهـدای تخمـک مطرح اسـت؛ زیرا اهـدای تخمک مسـتلزم مصـرف داروهای هورمونی بـا دوزهای بالا و نیز بیهوشـی و جراحی کوچک اسـت و این روندها

1. Compensation

2. American Society of Reproductive Medicine (ASRM)

دارای خطـرات کوتـاه و درازمـدت هسـتند. از ایـن جهت، به‌خطرانداختن اهداکنندگان با اهدای مکرر خطرناک تلقی می‌شـود و سـعی می‌شـود کـه برای اهداکننده محدودیتی در تعـداد اهدا در نظر گرفته شـود؛ به‌عنوان مثـال، انجمن آمریکایـی تولید مثل انسـانی (ASRM) حداکثـر تعـداد مجـاز اهدای تخمک را شـش بار تصویب کرده است (۹۳). به نظر می‌رسـد بـرای جلوگیـری از اهدای مکرر در کشـور عزیزمـان به سیسـتم دقیق ثبـت و ضبط اهـدا نیاز داریم.

۶. مشروعیت این روش‌ها

دین اسـلام دارای فقه پویایی اسـت و برای مسائل جدیـد (مسـتحدثه) راهکارهای فقهـی می‌یابد. در فقه شـیعه اصل اباجه وجـود دارد که هر عملی مباح اسـت مگر ادله‌ی قوی در فقه بر ضد آن یافت گردد. فقها موضع‌گیری‌های متفاوتی نسـبت به روش‌های کمک‌بـاروری دارنـد. اهـل سـنت در مجمـع الفقه الاسـلامی که وابسته به سـازمان کنفرانس اسلامی اسـت و ایران نیز به‌عنوان عضـوی از آن، نماینده‌ای در این مجمع دارد، در نشست سالانه‌ی خود در سال ۱۹۸۶، در اردن، روش‌های کمک‌باروری را از دید فقه اسـلامی بررسـی می‌کنند. در آن جلسه مشروعیت روش‌های کمک‌باروری تنها بین زن و شـوهر شرعی مجـاز و هرگونه کمک‌باروری با اسـتفاده از شـخص سـوم (اهدا و رحم جایگزین) ممنوع دانسـته شـده اسـت (۶۱). در این باره فقهای شـیعه نظرات نسبتاً متفاوت و بلکه متضادی دارند و نظر هر مرجعی برای مقلدان او حجت اسـت. نظر فقهای شیعه را می‌توان در شش گروه طبقه‌بندی کرد (۹۴):

الف. معتقـدان به جـواز مطلق اصـل باروری‌های پزشـکی در همـه‌ی انـواع و اقسـام آن: خلاصـه‌ی استدلال آن‌ها، نبود دلیل شرعی بر منع باروری‌های پزشـکی اسـت؛ البته پرهیـز از محرمـات را واجب و در صـورت ترتب عنوان خاص حـرام، اصل باروری را نیز ممنـوع می‌دانند. در این گروه، از فقهای شـیعه می‌تـوان به مقام معظـم رهبری آیت‌اللـه خامنه‌ای، آیت‌الله سیدحسـن طباطبایی قمی، آیت‌الله محمد یزدی، آیت‌الله سیدمحمد موسـوی بجنوردی اشاره کرد. از فقهای اهل سنت کسی که به این نظر معتقد باشد، یافت نشده است.

ب. معتقدان به ممنوعیت مطلق اصل باروری‌های پزشکی حتی اگر ضروری باشد. خلاصه‌ی استدلال آن‌هـا، انحصار تولید نسـل از راه معاشـرت طبیعی زوجین طبق آیات «نسـاؤکم حرث لکم فأ توا حرثکم أنی شـئتم»[1]؛ «خُلِـق من ماءٍ دافـق، یخرج من بین الصُلـب والترائـب»[2] و برخـی قواعـد فقهـی حاصل از روایـات ماننـد: «درءُ المفاسـد مقـدم علی جلب المصالـح»(۹۵) و «ما غلب ضـرره فهو ضرر محض» (۹۶) است.

از میان فقهای شـیعه آیت‌اللـه میلانی در این گروه قرار دارند که فرموده‌اند: «...از لحن الخطاب و ذوق فقهـی می‌تـوان گفت کـه یقینـاً جایز نیسـت.» و از فقهای اهل سنت این گروه نیز می‌توان از شیخ‌رجب تمیمـی، شـیخ‌ابراهیم شـقره، شـیخ‌عبدالله‌بن‌زید آل‌محمود نام برد.

ج. معتقـدان به جـواز مطلق باروری‌های پزشـکی بین زوجین و جواز مشروط بین بیگانگان. خلاصه‌ی

۱. قرآن کریم، سوره‌ی بقره، آیه‌ی ۲۲۳.
۲. قرآن کریم، سوره‌ی طارق، آیات ۶و۷.

استدلال آن‌ها، وجود رابطه‌ی زوجیت بین زوجین و نبود دلیل بر منع شیوه‌ی خاصی بین زوجین است و نسبت به دو بیگانه نیز باروری به شیوه‌ی IUI را مشمول روایات حرام مانند «قراردادن نطفه‌ی بیگانه در رحم زن بیگانه بالاترین گناه نزد پروردگار است» می‌دانند؛ اما درباره‌ی ترکیب اسپرم و تخمک دو بیگانه در خارج رحم با قطع نظر از ترتب حرام[1] آن را جایز دانسته و هیچ دلیلی برای منع آن اعلام نکرده‌اند. بنابراین از نظر ایشان انتقال جنین مباح، اما انتقال اسپرم حرام است و نیز پرهیز از محرمات را واجب و در صورت ترتب عنوان خاص حرام، اصل باروری را حتی میان زوجین ممنوع می‌دانند. آیت‌الله محمد مؤمن قمی، آیت‌الله محسن حرم پناهی از فقهای شیعه‌ی این گروه هستند. فقهای اهل سنت همان‌طور که بیان شد بر حرمت باروری بین بیگانگان اجماع کرده‌اند نه جواز مشروط آن.

د. معتقدان به جواز مطلق کمک‌باروری بین زوجین و منع مطلق آن بین بیگانگان. خلاصه‌ی استدلال آن‌ها، وجود معیار رابطه‌ی زوجیت و عدم آن است، یعنی باروری با تخمک و اسپرم زوجین را مجاز و غیر آن را حرام می‌دانند و شیوه‌ی به‌کارگیری‌شده (IUI یا IVF) را در جواز یا حرمت اصل موضوع دخالت نمی‌دهند. از فقهای شیعه امام خمینی(ره)، آیت‌الله خوئی، آیت‌الله منتظری و از فقهای اهل سنت شیخ‌مصطفی زرقا، شیخ‌عبدالله بسام، شیخ‌عبدالله آل‌محمود، شیخ‌عبدالسلام عبادی در این گروه جای دارند؛ البته بنابر مطالب پیش‌گفته اجماع حاصل‌شده در اردن در سال ۱۹۸۶ نیز پشتوانه‌ی رأی و نظر اهل سنت است.

ه. معتقدان به حرمت مطلق همه‌ی اقسام باروری‌های پزشکی حتی بین زوجین مگر در شرایط خیلی خاص. خلاصه‌ی استدلال آن‌ها، همان دلایل گروه دوم است، با این تفاوت که بین زوجین به جهت وجود قواعدی مانند «الضرورات تبیح المحظورات» باروری پزشکی بین زوجین تحت شرایطی مجاز می‌شود. از این گروه شاید بتوان میان فقهای شیعه از آیت‌الله بروجردی نام برد که تلقیح مصنوعی منی مرد اجنبی بر مرئه‌ی اجنبیه را حرام دانسته و در بعضی صور آن، احکام ولد زنا را برای آن ثابت می‌داند؛ اما تلقیح منی زوج به زوجه را محل تأمل و اشکال می‌داند. از فقهای اهل سنت، لجنه (هیئت) فتوای مصر و اردن و تعدادی از فقهای اهل سنت در این گروه هستند.

و. معتقدان به مسأله‌ی توقف در صدور فتوا در خصوص جواز یا حرمت اصل باروری آزمایشگاهی. خلاصه‌ی استدلال آن‌ها، وجود آثار مثبت و منفی و ناشناخته‌بودن همه‌ی ابعاد موضوع است. از فقهای شیعه کسی که به این نظریه معتقد باشد، یافت نشده است؛ ولی از فقهای اهل سنت شیخ‌عبدالعزیزبن‌عبدالله‌بن‌باز رئیس مجلس مجمع فقهی اسلامی در دوره‌ی هشتم (۱۴۰۵ق) و شیخ‌ابوبکر ابوزید از معتقدان این گروه هستند. همان‌طور که گفته شد در رابطه با کاهش جنین فتوای اباحه وجود دارد (۶۹) و همچنین، اهل سنت نیز در شرایط ضروری آن را مجاز دانسته‌اند (۶۱). انتخاب جنسیت و آزمایش‌های ژنتیکی قبل

۱. به این معنی است که این عمل به‌خودی‌خود محل بحث است و اینکه ممکن است مقدماتی داشته باشد که آن مقدمات خود ممکن است حرام باشد به این مقدمات پرداخته نمی‌شود و آن مقدمات و اعمال در جای خود به بحث گذارده می‌شود؛ مثلا اگر لمس دستگاه ژنیتال زن و نظر به آن، از نظر اسلام حرام است مگر در ضرورت، در اینجا به این کار که مقدمه‌ی باروری آزمایشگاهی است پرداخته نمی‌شود و به اصل باروری پرداخته می‌شود. در این‌گونه موقعیت‌ها اصطلاح صرف‌نظر از ترتب حرام آورده می‌شود.

از لانه‌گزینی نیز مشروع به نظر می‌رسد و در پیوند با انتخاب جنسیت، غیر پزشکی نظر قطعی وجود ندارد؛ ولی به نظر می‌رسد بر ضد آن نیز دلیلی نباشد، هرچند برخی از اهل سنت، آن را مجاز نمی‌دانند (۶۱). درباره‌ی باروری پس از مرگ از دیدگاه فقهی پیش از این صحبت شد و فتاوی ارائه شد.

۷. جمع‌بندی

روش‌های کمک‌باروری دارای چالش‌های اخلاقی و حقوقی و مذهبی متعددی است که در دوازده گروه ارائه شد. به نظر می‌رسد که از نظر شرعی این روش‌ها پذیرفته شده‌اند؛ اما در پیوند با احکام وضعی آن‌ها، و نیز چارچوب‌های اخلاقی و قانونی آن‌ها در کشور، باید قوانین و دستورالعمل‌هایی تدوین شود. این قوانین و دستورالعمل‌ها می‌تواند اختلاف‌های بین فتاوی را در استفاده از آن‌ها به‌عنوان قانون حل کند. به نظر می‌رسد که انجمن یا اتحادیه‌ی صنفی در این زمینه باید شکل گیرد تا عهده‌دار تدوین و تنظیم این دستورالعمل‌ها، پیشنهاد تصویب و تغییر قوانین و نیز نظارت بر اجرای صحیح آن‌ها در مراکز دارای مجوز باشد. همین انجمن های صنفی می‌توانند با رسیدگی به تخلفات، مجوز مراکز متخلف را باطل کنند.

منابع

1. Steptoe, Patrick Christopher & Robert G Edwards. (1978). “Birth after the Reimplantation of a Human Embryo”. Lancet, 2 (8085), P. 366.

2. Zegers-Hochschild, Fernando & et al. (2009). “International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary of ART Terminology, 2009”. Fertil Steril, 92 (5), P. 1520-1524.

۳. وحیدی، سراج‌الدین و همکاران. (۱۳۸۵). «بررسی شیوع ناباروری اولیه در جمهوری اسلامی ایران در سال‌های ۱۳۸۳و۸۴». مجله‌ی باروری و ناباروری، دوره‌ی ۷، ش۳، صص۲۴۳تا۲۵۱.

۴. حسینی، سیدجلیل و همکاران. (۱۳۹۱). «شیوع ناباروری اولیه و ثانویه در چهار استان منتخب کشور ۱۳۸۹». مجله‌ی زنان مامایی و نازایی ایران، دوره‌ی ۱۵، ش۲۹، صص۱تا۷.

۵. یونسی، سیدجلال. (۱۳۸۱). «استیگما و ناباروری در ایران؛ راهکارهایی برای مقابله». مجله‌ی باروری و ناباروری، دوره‌ی ۳، ش۴، صص۷۱تا۷۴.

۶. آخوندی، محمدمهدی. (۱۳۸۶). «رحم جایگزین منحصر به زوجین نابارور نیست». روزنامه‌ی همشهری، پنجشنبه سوم آبان.

7. Dowling-Lacey, Donna & et al. (2011). “Live Birth from a Frozen-Thawed Pronuclear Stage Embryo almost 20 Years after its Cryopreservation”. Fertil Steril, 95 (3), P. 1120 e1-3.

8. Roque, Matheus & et al. (2013). “Fresh Embryo Transfer Versus Frozen Embryo Transfer in Vitro Fertilization Cycles: A Systematic Review and Meta-Analysis”. Fertil Steril, 99 (1), P. 156-162.

9. Bustillo, Maria & et al. (1984). “Delivery of a Healthy Infant Following Nonsurgical Ovum Transfer”. JAMA, 251 (7), P. 889.

10. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2013). “Defining Embryo Donation: A Committee Opinion”. Fertil Steril, 99 (7), P. 1846-1847.

11. Trounson, Alan & et al. (1983). “Pregnancy Established in an Infertile Patient after Transfer of a Donated Embryo Fertilised in Vitro”. Br Med J (Clin Res Ed), 286, P. 835-838.

12. Boivin, Jacky & Guido Pennings. (2005). “Parenthood should be Regarded as a Right”. Arch Dis Child, 90 (8), P. 784-785.

13. Maclean, Mavis. (2005). “Parenthood Should Not be Regarded as a Right”. Arch Dis Child, 90 (8), P. 782-783.

۱۴. راسخ، محمد و امیرحسین خداپرست. (۱۳۹۳). «حق بر باروری». مجله‌ی ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره‌ی۷، ش۲، صص۲۷تا۳۵.

۱۵. راسخ، محمد. (۱۳۸۸). «نظریه‌ی حق». مجله‌ی باروری و ناباروری، دوره‌ی ۱۰، ش۴، صص۲۹۹تا۳۱۶.

16. Pennings, Guido & et al. (2007). “ESHRE Task Force on Ethics and Law 13: The Welfare of the Child

in Medically Assisted Reproduction". Hum Reprod, 22 (10), P. 2585-2588.

17. Blyth, Eric & Chris Cameron. (1998). "The Welfare of the Child. An Emerging Issue in the Regulation of Assisted Conception". Hum Reprod, 13 (9), P. 2339-2342.

18. Pennings, Guido. (1999). "Measuring the Welfare of the Child: In Search of the Appropriate Evaluation Principle". Hum Reprod, 14 (5), P. 1146-1150.

19. Pennings, Guido & Heidi Mertes. (2012). "Ethical Issues in Infertility Treatment". Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 26 (6), P. 853-863.

20. Omani Samani, Reza & et al. (2007). "Access to Fertility Treatments for Homosexual and Unmarried Persons, Through Iranian Law and Islamic Perspective". IJFS, 1 (3), P. 127-130.

21. Ethics Committee of American Sociey for Reproductive Medicine. (2009). "Access to Fertility Treatment by Gays, Lesbians, and Unmarried Persons". Fertil Steril, 92 (4), P. 1190-1193.

22. Penning, Guido. (2011). "Evaluating the Welfare of the Child in Same-Sex Families". Hum Reprod, 26 (7), P. 1609-1615.

23. Bray, Isabelle & et al. (2006). "Advanced Paternal Age: How Old is too Old?". J Epidemiol Community Health, 60 (10), P. 851-853.

24. Billari, Francesco C. & et al. (2011). "Social Age Deadlines for the Childbearing of Women and Men". Hum Reprod, 26 (3), P. 616-622.

25. Salihu, Hamisu M. & et al. (2003). "Childbearing beyond Maternal Age 50 and Fetal Outcomes in the United States". Obstet Gynecol, 102 (5 Pt 1), P. 1006-1014.

26. Sauer, Mark V. & et al. (1996). "Oocyte Donation to Women of Advanced Reproductive Age: Pregnancy Results and Obstetrical Outcomes in Patients 45 Years and Older". Hum Reprod, 11 (11), P. 2540-2543.

27. Carter, Drew & et al. (2013). "Should there be a Female Age Limit on Public Funding for Assisted Reproductive Technology?". J Bioeth Inq, 10 (1), P. 79-91.

28. Lee, Ellie & et al. (2014). "Assessing Child Welfare under the Human Fertilisation and Embryology Act 2008: A Case Study in Medicalisation?". Sociol Health Illn, 36 (4), P. 500-515.

۲۹. عـودی، مونـا و همـکاران. (۱۳۹۰). «به‌کارگیـری روش‌هـای کمک‌بـاروری در زوج‌هـای مبتـلا بـه HIV از نظـر اخلاقـی و پزشـکی». مجلـه‌ی ایرانی اخلاق و تاریخ پزشـکی، دوره‌ی ۴، ش۴، صص۱۱تا۲۰.

۳۰. شریعتی‌نسـب، صـادق. (۱۳۸۹). فرزندخواندگـی. تهران: انتشارات نشر دانش. صص۱۱۶و۱۱۷.

31. Zegers-Hochschild, Fernando & et al. (2014). "International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology: World Report on Assisted Reproductive Technology, 2005". Fertil Steril, 101 (2), P. 366-378.

32. Sunderam, Saswati & et al. (2013). "Assisted Reproductive Technology Surveillance - United States, 2010". MMWR Surveill Summ, 62 (9), P. 1-24.

33. Kupka, Markus S. & et al. (2014). "Assisted Reproductive Technology in Europe, 2010: Results Generated from European Registers by ESHREdagger". Hum Reprod, 29 (10), P. 2099-2113.

34. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and the Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. (2006). "Elements to be Considered in Obtaining Informed Consent for ART". Fertil Steril, 86 (5 Suppl 1), S272-3.

35. Hammarberg, Karin & Leesa Tinney. (2006). "Deciding the Fate of Supernumerary Frozen Embryos: A Survey of Couples' Decisions and the Factors Influencing their Choice". Fertil Steril, 86 (1), P. 86-91.

۳۶. آخوندی، محمدمهدی و همکاران. (۱۳۸۶). «آشـنایی با لقاح طبیعی، لقاح خارج رحمی و ضرورت اسـتفاده از گامت جایگزین در درمان ناباروری». مجله‌ی پایش، دوره‌ی ۶، ش۴، صص۳۰۷تا۳۲۱.

۳۷. قاسـم‌زاده، سـیدمرتضی. (۱۳۸۶). «شـرایط اساسـی صحـت قراردادهـای درمـان نابـاروری بـا اسـتفاده از گامت و جنین». مجله‌ی پایش، دوره‌ی ۶، ش۴، صص۴۱۹تا۴۳۷.

38. Riggs, Ryan & et al. (2011). "Does Storage Time Influence Postthaw Survival and Pregnancy Outcome? An Analysis of 11,768 Cryopreserved Human Embryos". Fertil Steril, 93 (1), P. 109-115.

39. Alizadeh, Leila & Reza Omani Samani. (2014). "Using Fertile Couples as Embryo Donors: An Ethical Dilemma". Iran J Reprod Med, 12 (3), 169-174.

40. ESHRE Task Force on Ethics and Law. (2004). "Taskforce 7: Ethical Considerations for the Cryopreservation of Gametes and Reproductive Tissues for Self Use". Hum Reprod, 19 (2), P. 460-462.

41. Adams, Erin J. & et al. (2013). "Fertility Preservation in Cancer Survivors: A National Survey of Oncologists' Current Knowledge, Practice and Attitudes". Br J Cancer, 108 (8), P. 1602-1615.

Update, 17 (4). P. 454-466.

54. Harper Joyce C. & et al. (2013). “Current Issues in Medically Assisted Reproduction and Genetics in Europe: Research, Clinical Practice, Ethics, Legal Issues and Policy. European Society of Human Genetics and European Society of Human Reproduction and Embryology”. Eur J Hum Genet, 21 Suppl 2, S1-21.

55. The Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology & Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2008). Preimplantation Genetic Testing: A Practice Committee Opinion. Fertil Steril, 90 (5 Suppl): S136-43.

56. Ethics Committee of American Society for Reproductive Medicine. (2013). “Use of Preimplantation Genetic Diagnosis for Serious Adult Onset Conditions: A Committee Opinion”. Fertil Steril, 100 (1), P. 54-57.

57. George, Robert P. & Patrick Lee. (2009). “Embryonic Human Persons. Talking Point on Morality and Human Embryo Research”. EMBO Rep, 10 (4), P. 301-306.

58. Birkhauser, Martin. (2013). “Ethical Issues in Human Reproduction: Protestant Perspectives in the Light of European Protestant and Reformed Churches”. Gynecol Endocrinol, 29 (11), P. 955-959.

59. Schenker, Joseph G. (2005). “Assisted Reproductive Practice: Religious Perspectives”. Reprod Biomed Online, 10 (3), P. 310-319.

۶۰. مشکینی، علی. (۱۳۷۹). مصطلحات الفقه. قم، دفتر نشر الهادی، ص ۱۹۰.

61. Serour, Gamal I. (2008). “Islamic Perspectives in Human Reproduction”. Reprod Biomed Online, 17 Suppl 3, P. 34-38.

۶۲. قوه‌ی قضائیه. (۱۳۹۲). روزنامه‌ی رسمی جمهوری اسلامی ایران: قانون مجازات اسلامی، ماده‌ی ۶۱۷، دست‌یافتنی در سایت روزنامه‌ی رسمی: www.rooznamehrasmi.Ir.

63. Shaw, Alison. (2014). “Rituals of Infant Death: Defining Life and Islamic Personhood”. Bioethics, 28 (2), P. 84-95.

64. Crockin, Susan L. & et al. (2013). “Costa Rica's Absolute Ban on in Vitro Fertilization Deemed a Human Rights Violation: Implications for U. S. Assisted Reproductive Technology Policy and "Personhood" Initiatives”. Fertil Steril, 100 (2), P. 330-333.

65. Cheong, May Anne & Catherine Swee Kian Tay.

42. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine & Practice Committee of Society for Assisted Reproductive Technology. (2008). “Ovarian Tissue and Oocyte Cryopreservation”. Fertil Steril, 90 (5 Suppl), S241-6.

43. Blyth, Eric & et al. (2013). “Freezing the Biological Clock: A Viable Fertility Preservation Option for Young Singapore Women?”. Ann Acad Med Singapore. 42 (9), P. 472-477.

44. Mertes, Heidi & Guido Pennings. (2011). “Social Egg Freezing: for Better, Not for Worse”. Reprod Biomed Online, 23 (7), P. 824-829.

45. American College of Obstetricians & Gynecologists Committee on Gynecologic Practice and Practice Committee. (2014). “Female Age-Related Fertility Decline. Committee Opinion No. 589”. Fertil Steril, 101 (3), P. 633-634.

46. Pellestor, Franck & et al. (2003). “Maternal Aging and Chromosomal Abnormalities: New Data Drawn from in Vitro Unfertilized Human Oocytes”. Hum Genet, 112 (2), P. 195-203.

47. Omani Samani, Reza & et al. (2008). “Postthumous Assisted Reproduction from Islamic Perspective”. Int J Fertil Stril, 2 (2), P. 96-100.

48. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2013). “Posthumous Collection and Use of Reproductive Tissue: A Committee Opinion”. Fertil Steril, 99 (7). P. 1842-1845.

49. Ahuja, Kamal. (2008). “The Need for a Father: Mixed Messages in the UK's New Legislation on Gamete Donors?”. Reprod Biomed Online, 17 (1), P. 7.

50. Alizadeh, Leila & et al. (2012). “Posthumous Assisted Reproduction: Patients’ Rights and Islamic View”. Iran J Med Ethics Hist Med, 5 (4), P. 25-35.

51. Middleton, Sara L. & Michael D Buist. (2009). “Sperm Removal and Dead or Dying Patients: A Dilemma for Emergency Departments and Intensive Care Units”. Med J Aust, 190 (5), P. 244-246.

52. Scriven, Paul N. & Caroline Mackie Ogilvie. (2007). “Fluorescence in Situ Hybridization on Single Cells. (Sex Determination and Chromosome Rearrangements)”. Methods Mol Med, 132, P. 19-30.

53. Mastenbroek, Sebastiaan & et al. (2011). “Preimplantation Genetic Screening: A Systematic Review and Meta-Analysis of RCTs”. Hum Reprod

(2014). “Application of Legal Principles and Medical Ethics: Multifetal Pregnancy and Fetal Reduction”. Singapore Med J; 55 (6), P. 298-301.

66. Dickens, Bernard M & Rebecca J. Cook. (2008). “Multiple Pregnancy: Legal and Ethical Issues. Int J Gynaecol Obstet”, 103 (3), P. 270-274.

67. Devine, Patricia C. & Fergal D. Malone. (2004). “Maternal Complications Associated with Multiple Pregnancy”. Clin Obstet Gynecol, 47 (1), P. 227-236.

68. Campbell, Doris. (2001). “A Review of Maternal Complications of Multiple Pregnancy”. Twin Res, 3 (4), P. 146-149.

۶۹. احمدی، سیدمهدی و همکاران. (۱۳۸۴). «کاهش جنین در حاملگی چندقلویی». مجله‌ی باروری و ناباروری، دوره‌ی ۶، ش۴، صص۴۴۱تا۴۴۹.

70. Hens, Kristien & et al. (2013). “Comprehensive Embryo Testing. Experts' Opinions Regarding Future Directions: An Expert Panel Study on Comprehensive Embryo Testing”. Hum Reprod, 28 (5), P. 1418-1425.

71. Dickens, Bernard M. (2005). “Preimplantation Genetic Diagnosis and 'Savior Siblings'”. Int J Gynaecol Obstet, 88 (1), P. 91-96.

72. Strode, Ann Elaine & Sheetal Soni. (2011). “Preimplantation Diagnosis to Create "Saviour Siblings": A Critical Discussion of the Current and Future Legal Frameworks in South Africa”. S Afr Med J, 1, P. 21-24.

73. Strong, Kimberly A. (2009). “Informing Patients about Emerging Treatment Options: Creating "Saviour Siblings" for Haemopoietic Stem Cell Transplant”. Med J Aust, 190 (9), P. 506-507.

74. Sills, Eric Scott & Gianpiero D Palermo. (2002). “Preimplantation Genetic Diagnosis for Elective Sex Selection, the IVF Market Economy, and the Child-aAnother Long Day's Journey into Night?”. J Assist Reprod Genet, 19 (9), P. 433-7.

75. Kalfoglou, Andrea L. & et al. (2013). “Ethical Arguments for and Against Sperm Sorting for Non-Medical Sex Selection: A Review”. Reprod Biomed Online, 26 (3), P. 231-239.

76. Dondorp, Wybo & et al. (2013). “ESHRE Task Force on Ethics and Law 20: Sex Selection for Non-Medical Reasons”. Hum Reprod, 28 (6), P. 1448-1454.

77. Omani Samani, Reza & et al. (2009). “Debate in Embryo Donation: Embryo Donation or Both-Gamete Donation?”. Reprod Biomed Online, 19 Suppl 1, P. 29-33.

۷۸. قوه‌ی قضائیه. (۱۳۸۲). روزنامه‌ی رسمی جمهوری اسلامی ایران: قانون اهدای جنین به زوج نابارور. قابل دسترسی در: http://rc.majlis.ir/fa/law/show/۹۳۹۴۳

۷۹. صادقی مقدم، محمدحسن. (۱۳۹۲). «نسب وارث جنین آزمایشگاهی». حقوق پزشکی، دوره‌ی ۷، ش۲۴، صص۶۵تا۸۲.

۸۰. نظری، اعظم. (۱۳۸۹). «بررسی فقهی نسب کودك پدیدآمده از تلقیح مصنوعی». مجله‌ی فقه و تاریخ تمدن، دوره‌ی ۲۳، ش۶، صص۱۴۹تا۱۷۸.

۸۱. طباطبایی حصاری، نسرین. (۱۳۸۷). «نسب ناشی از تلقیح مصنوعی». مجله‌ی تحقیقات زنان، دوره‌ی ۲، ش۲، صص۵۷تا۷۹

۸۲. مرقاتی، سیدطه. (۱۳۸۳). «نسب ناشی از لقاح مصنوعی با دخالت عامل بیگانه». مقالات و بررسی‌ها، دوره‌ی ۷۳، ش۳، صص۱۲۵تا۱۴۸.

۸۳. برهانی، نسیم و همکاران. (۱۳۸۸). «اصل بی‌نام‌بودن و محرمانگی در اهدای گامت و جنین، چالش هزاره‌ی سوم». مجله‌ی اخلاق پزشکی، دوره‌ی ۳، ش۸، صص۱۷۵تا۱۷۸.

84. Frith, lucy. (2001). “Gamete Donation and Anonymity: The Ethical and Legal Debate”. Hum Reprod, 16 (5), P. 818-824.

85. Ravelingien, An & Guido Pennings. (2013). “The Right to Know Your Genetic Parents: From Open-Identity Gamete Donation to Routine Paternity Testing”. Am J Bioeth, 13 (5), P. 33-41.

۸۶. عبداللهزاده، آزاده و همکاران. (۱۳۸۶). «محرمانگی در درمان ناباروری». مجله‌ی پایش، دوره‌ی ۶، ش۴، صص۳۵۵تا۳۶۳.

۸۷. پوربخش، سیدمحمدعلی. (۱۳۸۸). «درمان ناباروری و رازداری در اهدای گامت». مجله‌ی اخلاق پزشکی، دوره‌ی ۳، ش۷، صص۱۶۵تا۱۶۸.

88. Ramskold, Louise Anna Helena & Marcus Paul Posner. (2013). “Commercial Surrogacy: How Provisions of Monetary Remuneration and Powers of International Law can Prevent Exploitation of Gestational Surrogates”. J Med Ethics, 39 (6), P. 397-402.

89. Aramesh, Kiarash. (2009). “Iran's Experience with Surrogate Motherhood: An Islamic View and Ethical Concerns”. J Med Ethics, 35 (5), P. 320-322.

90. Heng, Boon Chin. (2006). “Advances in Oocyte Cryopreservation Technology will Eventually Blur the Ethical and Moral Boundaries between Compensated Egg Sharing and Commercialized Oocyte Donation”. Reprod Biomed Online, 12 (3), P. 280-281.

91. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and the Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. (2013). “Recommendations for Gamete and Embryo Donation: A Committee Opinion”. Fertil Steril, 99 (1), P. 47-62.

92. Gong, Dan & et al. (2009). “An Overview on Ethical Issues about Sperm Donation”. Asian J Androl, 11 (6), P. 645-652.

93. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine; Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. (2014). “Repetitive Oocyte Donation: A Committee Opinion”. Fertil Steril, 102 (4), P. 964-966.

۹۴. رضانیا معلم، محمدرضا. (۱۳۸۳). باروری‌های پزشکی از دیدگاه فقه و حقوق. قم: بوستان کتاب، ص ۱۲۰.

۹۵. خالد منصور، محمد. (۱۹۹۹). الأحکام الطبیة المتعلقة بالنساء فی الفقه اللاسلامی. اردن: دارالنفاس.

۹۶. عبدالنبی سلامه، زیاد احمد. (۱۹۹۶). الاطفال الانابیب بین الشریعه و العلم. عمان: دارالعربیه للعلوم.

ملاحظات اخلاقی در آموزش بالینی

دکتر نازآفرین قاسم‌زاده، دکتر طاهره چنگیز

معرفی نمونه‌ی اول

آقای دکتر «الف» فرزند سه‌ساله‌ی خود را به علت ابتلا به تنگی نفس و سرفه به بیمارستان آموزشی‌درمانی میم آورده است. به محض ورود کودك به اورژانس پنج نفر از کارآموزانی که در اورژانس بیمارستان حضور دارند به نزد او می‌روند و شروع می‌کنند به سؤال‌پیچ‌کردن همراه بیمار. این کارآموزان اولین هفته‌ی دوره‌ی خود را می‌گذرانند و خیلی مشتاق‌اند که صداهای ریوی غیرطبیعی را بشنوند. دکتر «الف» خود را معرفی می‌کند و کارورزی که همان زمان نزد دکتر «الف» می‌رود به دانشجویان می‌گوید که از این کار صرف‌نظر کنند. والدین چند کودکی که در ساعات قبل کودکانشان توسط این کارآموزان معاینه شده‌اند شاهد این صحنه هستند.

معرفی نمونه‌ی دوم

نوزادی چهارروزه به علت زردی به اورژانس یکی از مراکز آموزشی‌درمانی آورده شده است. دستیار از کارورز کشیك می‌خواهد که با توجه به دشواری خون‌گیری وریدی خون‌گیری شریانی از نوزاد انجام دهد. او سپس اورژانس را برای ویزیت بیماران بستری ترك می‌کند. کارورز که اولین روز کارورزی اطفال خود را می‌گذراند و تا به حال تنها شاهد چند نمونه خون‌گیری شریانی بوده و خود تجربه‌ای در این باره آن هم تجربه‌ی خون‌گیری از نوزاد را ندارد، دچار سردرگمی می‌شود. او پس از بارها تلاش برای خون‌گیری شریانی که با گریه و بی‌تابی شدید نوزاد و ناراحتی و تأثر شدید والدین او همراه است، بدون موفقیت به سراغ دستیار خود می‌رود و از او می‌خواهد تا این کار را خود انجام دهد.

معرفی نمونه‌ی سوم

بیمار خانم ۲۷ساله‌ای است که به منظور سزارین به اتاق عمل منتقل شده است. استاد بیهوشی حاضر در اتاق عمل متوجه می‌شود که دستیار بیهوشی در حال آماده‌سازی مقدمات برای قراردادن Arterial Line برای بیمار است. استاد با توجه به Stable بودن بیمار و کوتاه‌بودن طول مدت عمل، با تعجب از دستیار علت کارش را جویا می‌شود. دستیار در پاسخ این سؤال را مطرح می‌کند که «پس من کجا باید این پروسیجر را بیاموزم؟»

مقدمه

آموزش پزشکی فرایند پیچیده‌ای است که در آن فراگیری مهارت‌های حرفه‌ای، کسب صلاحیت، توانمندی و ارزش‌ها همانند دانش و زمینه‌ی ادراکی تخصصی از اهمیت خاصی برخوردار است (۱). بدیهی است دانشجویان پزشکی صرفاً از طریق خواندن کتاب و سخنرانی‌ها قادر به یادگیری مهارت‌های حرفه‌ای و بالینی نیستند و نیاز دارند این مهارت‌ها را در یک محیط واقعی فراگیرند (۱و۲). از قدیم‌الایام بیماران در تأمین این محیط نقش اساسی داشته‌اند (۳)؛ همچنین امروزه که بر آموزش مبتنی بر جامعه و به حداقل رساندن آسیب در بیماران تأکید شده (۲، ۴، ۵)، نقش افراد سالم در تأمین نیازهای آموزشی دانشجویان پزشکی در یک محیط واقعی یا شبیه‌سازی‌شده بارزتر شده است (۲، ۶، ۷). با وجود تمامی پیشرفت‌های تکنولوژیکی که در آموزش پزشکی صورت گرفته، مثل استفاده از سیمولاتورها و بیماران مجازی (۲)، هنوز آموزش مهارت‌های بالینی به تجربه‌ی عملی و واقعی بستگی دارد و مشارکت دانشجویان در مراقبت از بیماران در این زمینه اهمیتی حیاتی دارد و جزء لاینفک آموزش پزشکی است (۸)؛ هدف از این مشارکت و تعامل، این است که هم بیماران (امروزی و آینده) و هم جامعه‌ی پزشکی (دانشجویان پزشکی، پزشکان و کارکنان بخش سلامت) و در نهایت کل جامعه از مزایای آن منتفع شوند، بدون اینکه در این میان فردی دچار آسیب جسمی و روحی شود (۴، ۹، ۱۰)؛ بنابراین، دستیابی به این سود جمعی و موفقیت در آموزش پزشکی و در نهایت، تأمین پزشکان آزموده، ماهر و باصلاحیت در گرو ارتباط آموزشی بین افراد جامعه (چه سالم و چه بیمار) و جامعه‌ی پزشکی خواهد بود (۲و۱۰).

در چنین شرایطی لازم است استادان، سرپرستان و پزشکان از آموزش دانشجویان پزشکی به روش اخلاقی اطمینان یابند (۱۱) و در محیط آموزشی فرصتی برای دانشجویان فراهم کنند تا آن‌ها بتوانند بدون اینکه ارزش‌های انسانی و اخلاقی را فراموش کنند، مهارت‌های پزشکی خود را ارتقاء بخشند (۱). دانشگاه‌های علوم پزشکی، برای ایفای نقش دانشجویان به‌صورت رفتار و عملکرد حرفه‌ای، باید محیط یادگیری خوشایند و الگوهای مثبت قوی برای آنان فراهم کنند تا حرفه‌مندی در میان کارآموزان رشته‌های پزشکی، اعضای هیئت علمی و ناظران بالینی گسترش یابد (۱۲) و دانشجویان پزشکی برای مسئولیت خطیری که در آینده به عهده خواهند داشت به‌طور کامل آماده و مهیا شوند (۹).

شـواهد زیـادی وجـود دارد کـه نشـان می‌دهـد امروزه، برای دانشـجویان پزشـکی سخت‌تر است که مهارت‌هـای لازم را با کمک بیمـاران واقعی بیاموزند و تمریـن کنند؛ همچنین، این نگرانی وجود دارد که برخی از دانشـجویان، پزشك شوند درحالی‌که بر اثر شـکاف زیاد در تمریـن عملیِ آموخته‌هـای نظری، مهارت‌هـای لازم را کسـب نکرده‌اند. ایـن در حالی است که بین آنچه به‌صورت تئوری آموخته‌اند و آنچه در عمـل باید انجـام دهند تفاوت زیـادی وجود دارد (۲). از طرف دیگر، جامعه از پزشکان انتظار دارد که توانایی انجـام‌دادن تمامی پروسـیجرهای ضروری، لاینفـك و مورد نیاز عملکرد حرفه‌ای خوب را داشـته باشـند (۱). یکی از پاسخ‌های موجود در حل چالش مذکور استفاده از مراکز آموزشی مهارت‌های بالینی، بیمارنماها و بیماران استانداردشده (۲) و همچنین، تمریـن روی بیماران در محیطی نظارت‌شـده اسـت (۱۲).

با وجود مشـارکت و تمایل بالای بیماران در آموزش پزشکی (۱۳)، گاهی بیماران در این ارتباط آموزشی احسـاس فریب، سوءاستفاده و رنج می‌کنند یا حریم خصوصـی خـود را در مخاطـره می‌بیننـد و اعتماد خود را به این ارتباط و ادامه‌ی آن از دسـت می‌دهند (۴و۱۰). گاهی نیز دانشـجویان پزشکی و پزشکان، در حـدود اختیـارات و چگونگی آموزش، احسـاس اسـتفاده‌ی غیرمنصفانه از بیمـاران، تضاد ارزش‌ها، تعـارض بیـن اولویت‌هـای درمـان و آمـوزش دچار اسـترس و سـردرگمی می‌شـوند (۱، ۱۳تـا۱۵)؛ تا جایی‌که حفظ شأن و کرامت انسان، استفاده از انسان را به‌عنوان وسیله‌ای برای رسیدن به یك هدف عالی، مورد سـؤال قـرار می‌دهـد (۹). در چنین شـرایطی تضعیف این رابطه‌ی آموزشـی رخـدادی خواهد بود کـه آسـیب آن در کل جامعـه منتشـر خواهد شـد؛ پس برقـراری صحیح این رابطه و پایداری آن بسـیار اهمیـت دارد. این رابطه نیز ماننـد تمامی ارتباطات انسـانی نیازمند این است که تعهدات هم‌پیمانان در آن مشـخص و شرایط فیمابین پیش‌بینی‌پذیر شود تا افراد بـا آگاهی و به‌صورت داوطلبانـه در این ارتباط آموزشـی شـرکت کنند. در این بین تعییـن و رعایت اصول و اسـتانداردهای اخلاقی مرتبط با این حوزه، شفاف‌ترین وسیله‌ی تشـخیص تعهدات و حفظ این پیمان خواهد بود.

اخـلاق و آمـوزش از طریـق همتایـان (دانشجویان به‌عنوان بیمار جایگزین)

در این شـیوه، بـرای فراگیـری مهارت‌هـای پایه و بالینی، از دانشـجویان پزشـکی به‌عنوان جانشـین بیمار استفاده می‌شـود. در بسیاری از دانشگاه‌های علـوم پزشـکی، این شـیوه به‌صورت عملـی و بدون هیچ‌گونـه بحثی، به مـدت طولانـی در کانون توجه بوده اسـت. بـه دنبال عوامل اقتصـادی و اجتماعی و آموزشـی از قبیـل کاهش مـدت بسـتری بیماران در بیمارسـتان، تغییـر در جمعیت بیماران بسـتری، شـدت بیماری بیماران بسـتری، آگاهـی بیماران از حقوقشـان، افزایـش احترام بـه اسـتقلال بیمار در تصمیم‌گیـری و تغییـرات اخیر در آموزش پزشـکی، از ایـن روش اسـتقبال شـده و دارای طیفی وسـیع از گرفتـن فشـارخون سـاده تـا معاینـه‌ی کامـل قلبی‌عروقی اسـت (۱۶). از این شـیوه برای آموزش آناتومی سطحی نیز استفاده می‌شود و اساس آن، بر مبنای فایده‌گرایی و عمل‌گرایی است (۱۷).

استفاده از معاینه‌ی همتا[1] (PPE) به ارزش‌های فرهنگی و مذهبی دانشجویان بستگی دارد و براساس جنس، عوامل زمینه‌ای، تربیتی و تجارب قبلی آن‌ها از نظام سلامت متفاوت است؛ به‌عنوان مثال، اینکه گروه آموزشی ترکیبی از هر دو جنس است یا خیر، مربی بالینی چه کسی است و جلسه‌ی آموزشی کجا برگزار می‌شود، بر احساس راحتی دانشجویان درباره‌ی اینکه معاینات را روی یکدیگر انجام دهند اثرگذار است (۱۶). خصوصاً معاینه‌ی نواحی حساس بدن مثل قفسه‌ی سینه در خانم‌ها، دستگاه تناسلی و رکتوم راحت نیست (۱۷). همچنین، احساس ناامنی، جفت‌بودن و ارتباطات اجتماعی موجود بین دانشجویان، مسائل شخصی و فرهنگی یا دلایل مذهبی می‌تواند در این زمینه مؤثر باشد (۱۶و۱۷). این روش از منظرهای گوناگون دارای قوت‌هایی است که در زیر می‌توان به برخی از آن‌ها اشاره کرد:

- تشویق دانشجویان به همدلی و احترام به کرامت بیمار به‌عنوان یك شخص؛
- یادگیری احترام و حساسیت به نیازها و تمایلات بیماران، ارزش‌های افراد و چگونگی پذیرش آن‌ها؛
- پدیدآمدن حساسیت‌های اخلاقی در دانشجویان با ایجاد دوراهی‌های اخلاقی هنگام معاینه‌ی همتایشان و آموختن چگونگی حل‌کردن این دوراهی‌ها؛
- درک‌کردن نگرانی‌های اخلاقی استفاده از بیماران واقعی در آموزش بالینی (۱۶)؛
- آموزش راحت‌تر و بدون فشار در محیط راحتی که می‌توان در آن خطا کرد؛
- دریافت بازخورد از همتا و مربی در حین عمل؛
- ایجاد اعتماد و مهارت حرفه‌ای در دانشجویان؛
- درك ماهیت داوطلبانه‌بودن مشارکت در آموزش پزشکی و یادگیری دیدگاه‌های بیماران (۱۷)؛
- صلاحیت آموزشی افراد؛
- نداشتن هزینه؛
- یادگیری موارد طبیعی قبل از موارد غیرطبیعی؛
- محافظت بیماران از فراگیران بدون تجربه؛
- آشنایی دانشجویان با گرفتن رضایت کتبی رسمی و اصول آن (۱۸).

اما مخالفت اصلی در زمینه‌ی اخلاقی روش مذکور این است که دانشجویان کاملاً آزاد نیستند تا مشارکت در این روش را قبول نکنند؛ زیرا باور دارند که امتناع آنان ممکن است پیشرفت علمی، اعتبار و شهرت آنان را به‌عنوان دانشجوی همکار یا متعهد، به مخاطره می‌اندازد؛ در نتیجه خود را مجبور به مشارکت می‌دانند (چه به‌صورت صریح چه به‌صورت ضمنی). این احساس اجبار می‌تواند ناشی از امکان دستیابی به قدرشناسی اساتید در کلاس‌های درس، کارآموزی‌ها یا ارتباط بهتر با اعضای هیئت علمی و پزشکان ارشد و به امید آینده‌ی کاری بهتر باشد (۱۶). این موضوع، مشابه مباحث اخلاقی استفاده از دانشجویان به‌عنوان سوژه‌ی پژوهش است که مشارکت کاملاً آزادانه‌ی دانشجویان در پژوهش همیشه واضح و آشکار نیست؛ بنابراین، با استفاده از راهنماهای اخلاقی در پژوهش می‌توان احتمال اثر این اجبار را کاهش داد (۱۶). از طرفی، وجود اضطراب، حجب و حیا، فرهنگ، اعتقادات، بلوغ، جنس و احتمال شناسایی یافته‌های پاتولوژیك و

1. Peer Physical Examination (PPE)

غیرطبیعی در فرایند آموزشی نیز از مخاطرات این روش هستند (۱۷).

ازآنجاکه بحث‌های اخلاقی منفی مشارکت دانشجویان به‌عنوان بیماران جایگزین، قطعی و جدی نیست و این روش باعث می‌شود دانشجویان احترام به بیماران را به‌عنوان یك شخص یاد بگیرند و از طرفی منطقی به نظر نمی‌رسد دانشجویان تشویق شوند روی بیماران تمرین کنند و یاد بگیرند، ولی اجازه‌ی تمرین‌کردن روی همدیگر را نداشته باشند (۱۶)، بنابراین، با استفاده از راهکارهای مناسب مثل ارتقا و بهبود رضایت آزادانه و آگاهانه می‌توان از این روش استفاده کرد که راهنمای زیر در این خصوص پیشنهاد شده است:

اهمیت فرهنگ و حساسیت اجتماعی به نیازها و خواسته‌های دانشجویان به اعضای هیئت علمی آموزش داده شود. به دانشجویان اطمینان داده شود که دعوت به ایفای نقش بیمار یك دعوت عمومی است و نه برای دانشجویان خاص.

به حداقل رساندن اجبار از طریق اجازه‌دادن به دانشجویان که بدون حضور استادان، خودشان تعیین کنند که چه کسی نقش بیمار جایگزین را ایفا خواهد کرد.

در مواردی که دانشجویان نمی‌خواهند از هم به‌عنوان بیمار جایگزین استفاده کنند، استفاده از مدل‌های جایگزین مناسب مثل بازیگران واقعی امکان و ایجاد شود.

بحث درباره‌ی مسائل اخلاقی و فرهنگی و اجتماعی معاینه‌ی بالینی، بین دانشجویان ارتقا داده شود (۱۶).

رضایت آگاهانه‌ی کتبی رسمی از دانشجویان اخذ شود که در این فرم، اطلاعات مرتبط با مشارکت دانشجویان در امر آموزش از طریق همتا (از قبیل اینکه کدام قسمت بدن برهنه شده و معاینه می‌شود، چه خواهند پوشید و چگونه حریم خصوصی آنان حفظ خواهد شد، و اینکه احتمال شناسایی مشکلات بالینی و یافته‌های غیرطبیعی وجود داشته و این یافته‌ها به مربی نیز اظهار خواهند شد)، به دانشجویان ارائه شود تا ضمن کاهش اضطراب آنان، اصول صحیح رضایت آگاهانه را نیز بیاموزند (۱۷).

همان‌طور که پیش‌تر بحث شد استفاده از این روش به دیدگاه‌های آموزشی، حرفه‌ای، جامعه‌شناسی، اقتصادی و اجتماعی یك جامعه بستگی دارد (۱۶)؛ بنابراین، در استفاده از این روش باید فرهنگ، باورها و ارزش‌های مذهبی افراد جامعه مدنظر قرار گیرد.

آموزش از طریق بیمارنما[1] یا بیماران استانداردشده[2]

افزایش حقوق بیماران، خودمختاری و استقلال آنان، احترام به حفظ حریم خصوصی، استراحت و آسایش آنان از طرفی و تداوم نیاز دانشجویان پزشکی برای یادگیری از طرف دیگر، منجر به استفاده از روش‌های آموزشی نوین شد که بدین‌منظور استفاده از بیمارنما برای دانشجویان تازه‌کار به‌ویژه در بخش‌های ارتباطی، توسعه‌ی بین‌فردی و اعمال انعکاسی در کانون توجه قرار گرفت (۱۹)؛ بیماران استانداردشده که گاهی اوقات بیمارنما نامیده می‌شوند، در واقع بازیگرانی هستند که نقش بیمار

۱. بیمارنمایان افراد تعلیم‌دیده‌ای هستند که ممکن است سالم یا بیمار حقیقی باشند و به‌درستی تاریخچه‌ی بیماری، تاریخچه‌ی فردی، ساختار عاطفی، پاسخ‌ها و یافته‌های بالینی یک بیمار حقیقی را نمایش می‌دهند (۱۸).

۲. بیماران استانداردشده افراد تعلیم‌دیده‌ای هستند که همه‌ی خصوصیات بیمارنمایان را دارند؛ مضاف بر اینکه ایفای نقش آنان مشابه و تکرارپذیر و استاندارد است (۱۸).

را ایفـا می‌کنند کـه می‌توانند افراد سـالم یا بیماران واقعی باشند (۲۰).

اسـتفاده از بیماران استانداردشده به اوایل دهه‌ی ۱۹۶۰ توسـط هاوارد بـاروس[1] برمی‌گـردد (۶، ۱۹، ۲۱) و در پزشـکان کانادایـی بـرای اولین بـار، اوایل دهـه‌ی ۱۹۷۰ از آن در مـدارس پزشـکی اسـتفاده کردنـد (۲۱). امـروزه، بیـش از هشـتاد درصـد از مدارس پزشـکی به منظور آمـوزش و ارزیابی کارآیی متخصصـان حرفه‌هـای بهداشـتی از بیمارنماهـا اسـتفاده می‌کنند (۲۱و۲۲). همسـو بـا این هدف، مرکـز مطالعـات و توسـعه‌ی آمـوزش علوم پزشـکی دانشـگاه علوم پزشـکی تهران برای نخسـتین بار از سـال ۱۳۸۵ در سـطح کشـور، اقدام به تأمین دفتر تربیـت بیمـاران استانداردشـده کـرد (۱۸). باروس اولیـن چك‌لیسـت را برای بیمـاران استانداردشـده تدویـن کرد تـا بتوانند به‌طـور منظم تمامـی اعمال فیزیکـی را که کارآموز در طـول مواجهه با آنان انجام می‌دهد ثبت کنند. این تکنیك منجر شد که بیماران استانداردشـده به‌عنـوان آموزش‌دهنـده[2] (SPEs) شناخته شوند و SPE به یکی از مهم‌ترین روش‌های متحول‌کننده‌ی آموزش پزشکی تبدیل شود (۱۹).

ایـن روش فرصتـی در اختیـار دانشـجویان قـرار می‌دهـد تـا مهارت‌هـای ارتباطی مربوط بـه گرفتن شـرح حال، ثبت تاریخچه‌ی پزشـکی و تکنیک‌های معاینـه را در یـك محیط تحت حمایـت، دارای خطر کمتـر (در ارتباط با آسـایش و سـلامتی بیمـاران) و واقعـی و مبتنـی بر عمل یـاد بگیرنـد و تمرین کنند (۲۱). همچنین، دانشـجویان می‌توانند در محیطی غیرتهدیدآمیـز و کارآموزمحـور اشـتباه کـرده و اشتباهات خود را تشـخیص دهند و آن‌ها را تصحیح کننـد و در حین عمل، بازخوردی تکوینی و سـازنده دریافت کننـد. در نهایت اعتمادبه‌نفس آنان افزایش می‌یابـد و بیماران واقعی نیز از تعامـل با یك کارآموز بی‌تجربـه و بی‌کفایـت محافظـت می‌شـوند (۱۹). ایـن روش از منظر اخلاقی نیز مهم اسـت و به‌عنوان ضـرورت اخلاقی و سیاسـی برای کاهش آسـیب در بیماران، در تغییر برنامه‌ی آموزشی مطرح شده است (۲۳).

اگرچـه تمامی افـراد به شـرط داشـتن معیارهای لازم می‌تواننـد در برنامـه‌ی SP[3] شـرکت کننـد، بیشتر، کارکنان شـاغل و بازنشسته‌ی بخش سلامت به‌عنـوان SP شـرکت می‌کننـد. در برخـی منابع به اهمیت این موضوع که آنان بـرای ایفای نقش بیمار موفق‌تر هسـتند و باعث تسـهیل ایفـای نقش بیمار می‌شوند، اشـاره شده اسـت (۶). امروزه، در برخی دانشـگاه‌ها از اعضـای هیئـت علمی، دانشـجویان پزشـکی، دسـتیاران و مربیـان بالینی نیـز به‌عنوان بیمار استانداردشـده، اسـتفاده می‌کننـد (۲۲). از طـرف دیگر، بـا توجه به اهمیـت آمـوزش از طریق سیسـتم‌های مجـازی شبیه‌سازی‌شـده، اسـتفاده از بیمـاران استانداردشـده‌ی مجـازی[4] (VSP) نیز در حـال افزایش اسـت (۲۰)؛ البته هر یـك از موارد مذکـور دارای مزایـا و معایبی هسـتند؛ بـرای مثال، اسـتفاده از عضـو هیئـت علمـی به‌عنـوان بیمـار استانداردشـده[5] (FSP) می‌توانـد در زمینـه‌ی ارزشـیابی دانشـجویان از نظر پروفشنالیسم، اخلاق

1. Howard Barrows
2. Standard Patient Educators (SPEs)
3. Standard Patient (SP)
4. Virtual Standard Patients (VSPs)
5. Faculty Standard Patients (FSPs)

و رفتـار حرفـه‌ای، مهارت‌هـای ارتباطـی، چگونگی طـرح سـؤالات از بیمـار، میـزان احتـرام بـه بیمار، اسـتدلال بالینی و ایمنی بیمار، مفید واقع شود؛ اما عوامـل زمینه‌ای خصوصاً فرهنگ، زبان و محدودیت دسترسـی بـه اعضـای هیئت علمـی داوطلـب، در اسـتفاده از این روش اثرگذار است (۲۲). از طرفی، احتمـال بـروز معضـلات اخلاقـی هماننـد آنچه در آمـوزش از طریـق همتایان ذکر شـد وجـود دارد؛ از جمله حفظ حریم خصوصی، رازداری، کشف بیماری و یافته‌های پاتولوژیك، لمس ناخواسته و تأثیر شغلی و احسـاس اجبار صریح یا ضمنی که شـاید منجر به کاهـش تمایل اعضـای هیئت علمی به اسـتفاده از این روش شـود. بیمـاران استانداردشـده‌ی مجازی (VSPs) نیـز بـه دلیل هزینـه‌ی کمتر و اثربخشـی بهتـر، سـهولت دسترسـی، قابلیـت تکـرار، تغییـر معیارهای ارزیابـی، تأمین محیـط یادگیری مجازی ایمن برای بیمار و دانشجو، فقدان محدودیت زمانی و کاهـش نیـروی کاری توانسـته جایگزیـن بیماران استانداردشده (SPs) شود (۲۰و۲۴).

VSP در واقع یك شخص مجازی کامپیوتری است که مانند SP با دانشـجوی پزشکی به تعامل و تبادل اطلاعـات می‌پـردازد تا مهارت‌هـای ارزیابـی بیمار و مصاحبـه را بـه دانشـجو بیاموزد و آن‌هـا را ارزیابی کنـد (۲۰) و در آموزش انواع رشـته‌های پزشـکی از قبیل تروما، جراحی، بیماری‌های پوسـت و آمیزشی اسـتفاده می‌شـود (۲۰، ۲۴تـا۲۶). خصوصـاً در مواقعی که بنا بـه دلایل ملاحظات اخلاقی برخی از بیماران برای دانشجویان مناسب نیستند، این روش برای آموزش در زمینه‌ی حل مسـائل پزشـکی و طرز تفکر حرفه‌ای مناسب است (۲۴).

یکی دیگر از روش‌های SP اسـتفاده از بیمارنمای اینترنتـی یـا شـبکه‌ای[1] (Web-SP) اسـت کـه به منظـور تسـهیل اسـتفاده‌ی واقع‌گرایانـه و تعاملـی از بیمـاران مجـازی در آموزش پزشـکی و سـلامت و کاهش هزینه‌های آموزشـی طراحی شده است و در آن دانشجویان مهارت‌های بالینی را به‌طور مکرر و با تعمق انجـام می‌دهند و برای کاربـران در هر زمان و مکانی از دنیا در دسترس است (۲۴). در این شیوه، بـا توجه بـه اینترنتی و شـبکه‌ای‌بودن آن، چگونگی رعایت حریم خصوصی و حفظ اطلاعات افراد بسیار مهم است (۲۵).

از مـوارد اسـتفاده از SP، آمـوزش اخـلاق بالینی در مـواردی مثـل دادن خبـر ناگـوار، خودکشـی بـه کمـك پزشـك، گرفتـن تاریخچـه‌ی رفتارهـای جنسـی، معالجـه‌ی بیمـاران روانـی، مـوارد عـدم احیـا، خشـونت‌های خانگـی، تمایـلات درمانـی ازپیش‌اتخاذشـده (وصیت پزشـکی) و دستیاری در روان‌پزشـکی و اخذ رضایت آگاهانه اسـت (۲۷و۲۸) که هـم در کلاس تئوری و هـم در بخش‌های بالینی کاربرد دارد و باعث رشـد حرفه‌ای و شخصی دانشجو در زمینه‌ی اخلاق می‌شود (۲۷).

در تمامی تکنیک‌های اسـتفاده از SP خصوصاً در روش‌هـای آموزش مجـازی و اسـتفاده از کامپیوتر، خطراتـی که طـی مصاحبـه، معاینـه و مهارت‌های ارتباطی ممکن است برای بیماران واقعی ایجاد شود کاهـش یافته و از طرفی یادگیری و اسـتدلال بالینی بهبود می‌یابد و ارزشیابی رفتار حرفه‌ای، مهارت‌های ارتباطی و صلاحیت بالینی دانشـجویان که از طریق

1. Web-Based Simulation of Patients (Web-SPs)

آزمون اسکی OSCE[1] امکان‌پذیر است، از نظر ارتقای سطح سلامت، رعایت و حفظ اصول اخلاق پزشکی نیز مهم و مفید است (۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۴، ۲۵).

اگرچه در حال حاضر بیماران استانداردشده در مراکز آموزش مهارت‌های بالینی به کار گرفته می‌شوند (۲۹)، هنوز در این باره نگرانی‌های اخلاقی وجود دارد. این موضوع از منظر جامعه‌گرایی بسیار مهم است؛ زیرا شرکت افراد سالم در آموزش پزشکی مهم است و موجب می‌شود تا بار آموزش پزشکی در کل جامعه پخش شود و صرفاً محدود به بیماران نباشد (۱۰). در مواردی که آموزش مبتنی بر شبکه است، حتی با وجود دریافت رضایت آگاهانه هنوز تردیدهایی در خصوص گذاشتن اطلاعات در شبکه وجود دارد (۲۵) و در اینکه بیماران استانداردشده تحت شرایط برابر و منصفانه معاینه شوند (خصوصاً در معاینات دارای خطر بیشتر) و بتوانند درست نقش خود را ایفا کنند و بازخورد مفید به دانشجو دهند، هنوز جای بحث است (۲۱).

با توجه به انواع روش‌های آموزشی بیماران استانداردشده، که شامل اجرای نمایش، پخش نوارهای ویدئویی و ویدئوکلیپ، ایفای نقش برای آگاهی در زمینه‌ی تکنیک SP، مشاهده‌ی بیماران واقعی که توسط پزشکان مورد معاینه و مصاحبه قرار می‌گیرند و آموزش توسط SPsهای با تجربه یا بازیگران حرفه‌ای (۲۱) و با توجه به پرداخت حق‌الزحمه به SP و ضبط ویدیویی از مصاحبه‌ی آن‌ها (۳۰) و سطح تحصیلات، تنوع شغلی و فرهنگی آنان (۲۱) ملاحظاتی اخلاقی مانند ضرورت و چگونگی حضور آنان در بالین بیمار، مشاهده‌ی فیلم‌های بیماران، رعایت محرمانگی و رازداری درباره‌ی اطلاعات بیماران، دانشجویان و اعضای هیئت علمی و عدالت مطرح می‌شوند که سعی شده است با اخذ رضایت آگاهانه از بار اخلاقی موضوع کاسته شود؛ بنابراین، با توجه به اهمیت آگاهانه‌بودن رضایت اخذشده لازم است در برگه‌ی اطلاعات ارائه‌شده به بیماران استانداردشده موارد ذیل مدنظر قرار گیرند (۳۰):

الف. چه کسی حائز شرایط شرکت در برنامه‌ی SP است و مدت‌زمان برنامه چقدر است؟

ب. نحوه‌ی ایفای نقش SP چگونه بوده، هدف از برنامه‌ی SP و نتایج حاصله و فواید احتمالی برای SP و دیگران چیست؟

ج. چه آموزش‌هایی و توسط چه کسی ارائه خواهد شد و تعداد جلسات لازم، میزان ساعات جلسه آموزشی در روز و هفته چقدر است؟

د. شرکت در برنامه‌ی SP به معنی مراقبت پزشکی نیست.

ه. شرکت در برنامه‌ی SP به معنی تداخل با درمان‌های پزشکی نیست.

و. انتظار چه نوع فعالیت‌هایی از SP وجود دارد (شرکت در جلسات آموزشی کلاسی، آموزشی بالینی، فیلم‌برداری جهت اهداف آموزشی، راند بالینی، اجرا و ارائه‌ی پس‌خوراند شفاهی و کتبی در قالب چک‌لیست به دانشجو، استاد، مربی و ناظر بالینی و اینکه چه نقشی ایفا خواهد کرد).

ز. تعداد و موقعیت افرادی که حضور خواهند داشت (مثل مربی بالینی، استاد بالینی، دانشجو و با

1. OSCE (Objective Structured Clinical Examination) آزمون بالینی ساختاریافته‌ی عینی یا هدفمند

ذکر موقعیت و جایگاه آنان).

ح. اینکه اطلاعات مربوط به ویژگی‌های شخصی و سابقه‌ی پزشکی آنان در پایگاه اطلاعاتی داده‌ها نگاه داشته خواهد شد و امکان بازیابی صرفاً برای مسئول برنامه‌ی SP وجود خواهد داشت و همه‌ی موارد مربوط به SP محرمانه بوده و هر نوع نسخه‌برداری، اشاعه و تسهیم آموزشی یا ارزیابی موارد با هر فرد یا مؤسسه‌ی دیگری ممنوع است. اطلاعات قابل شناسایی به‌صورت کد خواهد بود و در هیچ جمع و نشریه‌ای استفاده نخواهد شد.

ط. مشخصات آموزش‌دهنده و شرکت‌کننده نیز محرمانه خواهد بود.

ی. ناراحتی‌های ممکن و خطرات احتمالی چه خواهد بود؟

ک. جبران آسیب چگونه خواهد بود؟ (البته انتظار آسیب وجود ندارد.)

ل. حق‌الزحمه‌ی پرداختی (برای هر جلسه‌ی آموزشی، جلسه‌ی معاینه و...) چقدر خواهد بود؟

م. اختیاری‌بودن شرکت در برنامه‌ی SP و ادامه‌ندادن آن در هر زمانی که SP خواهان آن شد.

ن. معرفی مرکزی برای پاسخ‌گویی به سؤالات یا مشکلات احتمالی با ذکر محل و شماره‌ی تماس.

پس از ارائه‌ی این برگ اطلاعاتی لازم است SP فرم رضایت‌نامه را با این مضامین که مطالب برگ اطلاعاتی را خوانده و مفاد آن را درک کرده، با ذکر تاریخ امضا کند: او باید اختیاری‌بودن شرکت در برنامه‌ی SP و آزادی در ترک برنامه در هر زمان ممکن را فهمیده باشد؛ به حفظ و بازیابی ویژگی‌های مشخص، شرایط پزشکی، صلاحیت‌ها، آموزش‌ها و معاینات در پایگاه اطلاعاتی تمایل داشته باشد؛ به شرکت در برنامه‌ی آموزش پزشکی مشتاق باشد و بداند در این فرایند احتمال گرفتن عکس، فیلم‌برداری و ضبط صدا وجود دارد؛ او همچنین باید بفهمد که از این فیلم‌ها و عکس‌ها فقط با هدف آموزشی استفاده خواهد شد و در جمع عموم برای اهداف تجاری و تبلیغاتی و غیرتجاری استفاده نخواهد شد؛ او باید بداند که دانشجویان پزشکی او را مشاهده و معاینه خواهند کرد و اهمیت و نقش برنامه‌ی SP را در ارزشیابی و آموزش دانشجویان پزشکی متوجه شده باشد؛ همچنین او باید بداند که اطلاعات مربوط به عملکردهای فردی دانشجویان و هویت مربیان و شرکت‌کنندگان و جزئیات سناریوی بیماران و سؤالات تستی و پاسخ‌های آن‌ها (چه تستی، چه شفاهی و چه کتبی) را محرمانه نگاه دارد؛ در نهایت او باید فرصت داشته باشد سؤالاتش را مطرح و جواب‌های قانع‌کننده دریافت کند؛ ضمناً او باید آزاد باشد تا هر شرط دیگری را که دارد بیان کند.

افزون‌براین، لازم است یک کپی از فرم مذکور و برگه‌ی اطلاعاتی به شرکت‌کننده داده شود؛ البته نام و امضاء شرکت‌کننده (SP)، گیرنده‌ی رضایت و در صورت نیاز مترجم باید در فرم رضایت‌نامه قید شود (۳۰). درصورتی‌که بیمارنماها بر مبنای آگاهی آن‌ها از نقش بیمارنما، انگیزه‌ی آنان از ایفای نقش، توانایی مهارت‌های ارتباطی و ادراکی آنان و توانایی اجرای نقش، در دسترس بودن و توانایی تکمیل چک‌لیست‌های هنگام ایفای نقش و توانایی آنان

در تکـرار نقش بیمار در شـرایط یکسـان که لازمه‌ی اعتبار و اعتماد علمی ایفای خوب نقش نیز هستند، انتخـاب شـوند (۶) می‌تـوان در انتخـاب آگاهانه‌ی افـراد برای شـرکت در برنامـه‌ی SP تأثیـر لازم را نیز گذاشت.

بـه نظـر می‌رسـد سـاختار فرهنگـی، شـرایط اقتصادی‌اجتماعـی و ارزش‌هـای مذهبـی جامعـه در پذیرش مشـارکت در یك برنامه‌ی آموزشـی SP و آگاهانـه و اختیاری‌بودن آن نیز اثرگذار باشـد (۳۱). در شـرایط مذهبی‌فرهنگی کشـور ما می‌تـوان افراد را بـر مبنای اصـول اعتقادی و مذهبـی (مثل ایثار و احسان) تشویق کرد تا در آموزش پزشکی به شیوه‌ی مذکور شـرکت کنند و از هرگونه آسـیب‌زدن به آن‌ها جلوگیری کرد؛ به‌گونه‌ای که دانشجویان و گروه‌های همجنس، بیمـاران استانداردشـده را معاینه کنند و اصول شـرعی و حریم خصوصی در معاینه‌ی مناطق حسـاس و محرمانـه به‌نحـو مقتضـی رعایت شـود. از طرفی، شایسـته اسـت بـر مبنای اصـول عدالت، امکان برخورداری از برنامه‌ی SP خصوصاً سیسـتم آموزش مجازی آن مثل VSP و Web-SP بر مبنای فرهنـگ منطقـه و اولویـت در تمامی دانشـگاه‌های علوم پزشکی کشور فراهم شود.

سؤال دیگری که هنوز جای بحث دارد این است که آیا دانشـجویانی که نمی‌توانند حداقل مهارت لازم را در ایـن زمینه (آموزشـی از طریق انواع مختلف SP) از خود نشـان دهنـد، باید به آن‌ها اجازه داده شـود کـه به مرحله‌ی بعـدی آموزش راه یابنـد و در نهایت فارغ‌التحصیـل شـوند (۱۹)؟ پاسـخ بـه این سـؤال چالش اخلاقی دیگـری را نیز مطرح می‌کند که باید از قبل در برنامه‌های SP تعیین شود.

بر مبنای اصل اساسـی آموزشی که هماهنگی بین ابزارهـای یادگیـری و ابزارهـای ارزیابـی را ضروری می‌دانـد (۳۱) و براسـاس متغیرهـای مخدوش‌گـر فـراوان در برنامـه‌ی SP مثل اطلاعات دانشـجو در محتـوای بالینـی، وظایـف بالینی، زمینه و تسـلط، توانایی و مهارت کافی در به‌کارگیری ابزارها، داشتن علاقـه به ابزار، تجربـه‌ی کاری، و دقت کافی نگرانی دیگر این اسـت که تسـلط پیداکردن بر مهارت‌ها در محیط آزمایشـگاهی یا به‌طور تئـوری ضرورتاً به این معنی نیست که دانشـجویان قادر خواهند بود از آن مهارت‌هـا در اعمـال بالینی اسـتفاده کننـد (۱۹). چالش‌هـای اخلاقـی دیگـری چـون: فیلم‌بـرداری آمـوزش، رعایـت محرمانگـی، مـرز بیـن مداخلات آموزشـی‌درمانی برای بیماران استانداردشـده وجود دارد کـه مشـابه چالش‌هـای اخلاقـی اسـتفاده از بیماران واقعی اسـت و در بخش مرتبط، درباره‌ی آن بحث شده است.

آموزش پزشکی بر بیماران

اسـتفاده از بیمـاران بـرای آموزش پزشـکی امری حیاتی است و بیماران همیشه بخشی از آموزش‌های پزشـکی بوده‌انـد (۳۲و۳۳). ایـن روش آمـوزش و یادگیـری از زمان‌هـای کهـن در کانـون توجـه بوده اسـت؛ به‌گونه‌ای که رازی، استاد بالینی دانشجویان طب، بـرای دانشـجویانی که از فراسـوی گیتی گرد آمـده و بـه دور او در راند بیمارسـتان حلقه می‌زدند، سـاعت‌ها به آمـوزش بالینـی می‌پرداخـت و طب را بـر بالین بیمـار می‌آموخت و بر بالیـن بیمار آموزش مـی‌داد (۳)؛ چراکـه طـب، علمـی تجربی اسـت و فراگیری مطلوب آن بر مبنای ملموسـات و یادگیری

مبتنی بر تکرار و تجزیه و تحلیل است (۳۴).

با وجود تمامی پیشرفت‌های موجود، هنوز آموزش یادگیری مهارت‌های پایه و بالینی پزشکی به کسب تجربه روی بیماران واقعی وابسته است؛ بدین‌معنی که آموزش پزشکی بر پایه‌ی یک پیمان و توافق نانوشته بین بیماران و حرفه‌ی پزشکی استوار است و دانشجویان روی بیماران واقعی تمرین می‌کنند تا زمانی که پزشك می‌شوند، همان بیماران بتوانند از مهارت آنان بهره‌مند شوند (۱).

یادگیری دانشجویان پزشکی از طریق مواجهه با طیفی گسترده از بیماران در طی دوران تحصیلشان اتفاق می‌افتد (۳۵). بیماران ممکن است به روش‌های مختلف، در مکان‌های مختلف و با درجات متفاوتی از سطوح نظارتی متخصصان در آموزش شرکت کنند (۱۰) و اکثر آنان در حدود ۹۰تا۹۸درصد به چنین مشارکتی تمایل داشته و حس مثبتی به آن دارند (۲، ۴، ۱۰، ۳۲، ۳۶). از این طریق دانشجویان، مهارت‌هایی مثل گرفتن شرح حال، معاینه و انجام پروسیجرهای تشخیصی و درمانی را می‌آموزند (۹و۱۰) و ازآنجاکه هر بیماری با بیمار دیگر متفاوت است (۳۷) بیماران می‌توانند با بیان تغییرات در وضعیت خود و فرایند بهبودی‌شان، آموزش پزشکی را تسهیل کرده و مهارت پزشکان را حفظ و ارتقا بخشند (۳۲)؛ بدین‌ترتیب پزشکان در طول زندگی حرفه‌ای خود مرتب در حال یادگیری از بیماران خود هستند (۱۰)؛ بنابراین، بیماران بزرگ‌ترین استادانِ دانشجویان و پزشکان هستند (۹).

بیماران و دانشجویان پزشکی هم‌پیمانانی طبیعی هستند که به یکدیگر نیاز دارند (۴). برای تداوم این پیمان و ادامه‌ی آموزش‌های پزشکی بر بالین بیمار، ضروری است که جامعه‌ی پزشکی به بیماران به‌عنوان ابزار و وسیله‌ی آموزش پزشکی ننگرد (۴، ۸، ۹) و به منظور آموزش و یادگیری مهارت‌های بالینی، ارزش‌ها و فضیلت‌ها را پایمال نکند (۱۱) و پزشکی را ماورای یادگیری دانش بالینی دانسته و پزشك‌شدن را مستلزم ایجاد و پرورش شخصیت اخلاقی بداند. بر این مبنا محیط‌های بیمارستانی که به مدارس پزشکی تبدیل شده‌اند، باید به مکانی مقدس که حقوق انسان‌ها و کرامت آن‌ها محترم شمرده می‌شود، تبدیل شوند (۳۳).

البته با تمرکزی که اخیراً بر خدمات اولیه و پیشگیری شده، بیماران به‌طور فزاینده‌ای، بخشی از مراقبت‌های سلامت را در منزل، اجتماع و محیط مدرسه دریافت می‌کنند (۳۸)، آموزش پزشکی نیز مبتنی بر جامعه شده است؛ بنابراین، رعایت و حفظ حقوق بیماران در سطح جامعه از اهمیت خاصی برخوردار است و این مهم به عهده‌ی استادان، سرپرستان و سایر پزشکان است که از آموزش دانشجویان پزشکی به روش اخلاقی اطمینان حاصل کنند (۱۱) تا دانشجویان هم پزشکی و هم حرفه‌مندی را بیاموزند (۳۶و۳۹) و بیماران را به‌عنوان یك انسان، نه یك نمونه‌ی آموزشی ببینند (۳۹). از طرفی، تعارض بین دو مسأله‌ی نیاز دانشجویان پزشکی به آموزش و تمایل بیماران به بهره‌مندی از بهترین و مجرب‌ترین کادر درمانی باعث ایجاد مسائل و پیچیدگی‌های اخلاقی زیادی شده است؛ از جمله اینکه دانشجویان، معاینه و پروسیجرها را طی فرایند آموزشی خود یاد می‌گیرند ولی به‌ندرت درباره‌ی همدلی و همدردی و انسانیت

تفکر می‌کنند (۴۰).

اگرچه بیش از سه دهه از زمانی که کورکوران[1] (۱۹۷۷) استفاده از بخش‌های خدمت‌رسانی را به منظور انجام فعالیت‌های یادگیری از منظر اخلاقی مورد سؤال قرار داد می‌گذرد، هنوز این نگرانی‌ها معتبر است و ادامه دارند (۳۸)؛ خصوصاً که هنوز هم هیچ فردی بدون تمرین عملی نمی‌تواند به سطوح عالی مهارتی دست یابد؛ پس یادگیری از بیماران انجام می‌شود ولی طی آن بیماران باید از هرگونه آسیب و صدمه محافظت شوند (۴۰). به‌هرحال، برای هر پزشکی یك اولین بار وجود دارد و جامعه نیز از پزشکان انتظار دارد که در هر عملی که انجام می‌دهند کاملاً ماهر باشند (۴۱)؛ افزون‌براین، از طرفی محدوده‌ی اختیار و داوطلبانه‌بودن بیماران در آموزش پزشکی و چگونگی احترام و اعتماد آنان به رابطه‌ی پزشک و بیمار مورد سؤال است (۴۰). برای کاهش نگرانی‌های مذکور باید به چند سؤال ذیل پاسخ داد:

الف. آیا بیماران ملزم به شرکت در آموزش پزشکی هستند؟

ب. حقوق و وظایف و مسئولیت‌های بیماران و دانشجویان و اساتید و کارکنان بخش سلامت در آموزش پزشکی چیست؟

با کاهش مدت بستری و اقامت بیماران در بیمارستان و ارائه‌ی خدمات در خارج از بیمارستان، فرصت آموزش بالینی، به‌طور ثابتی رو به کاهش است؛ در نتیجه، پزشکان نگران این موضوع هستند که با کمترشدن بیمارانی که در برنامه‌ی آموزشی همکاری می‌کنند، ظرفیت تحصیلی بخش بالینی با خطر مواجه شود (۴۱). بنابراین، موضوع مشارکت بیماران در آموزش پزشکی به‌عنوان یك وظیفه تحت بررسی قرار گرفت.

مطابق با اصل و قاعده‌ی کلی که بیان می‌دارد هر بیمار حق دارد از معالجه‌شدن توسط یك پزشك خاص یا هر شخص دیگری امتناع ورزد، بیماران می‌توانند از اینکه دانشجوی پزشکی آنان را مشاهده و معاینه و درمان کند، امتناع کنند (۱۰). هرچند اهمیت آموزش پزشکی به‌صورت گسترده پذیرفته شده است، نباید مردم را به زور و اجبار وادار کرد که جزئی از فرایندهای آموزش پزشکی قرار گیرند (۴۲). بهتر است مزایای آموزش پزشکی و مخاطرات شرکت‌نکردن افراد در آموزش پزشکی به آنان اعلام شود (۲و۴۲)؛ زیرا اگر بیماران در آموزش پزشکی مشارکت نکنند مهارت و شایستگی نسل بعدی پزشکان به مخاطره می‌افتد (۲و۱۰) و در نهایت بیماران و کل جامعه متحمل ضرر می‌شوند (۱۰). به همین دلیل پزشکان از بیماران می‌خواهند در مجاهدتی که هدف اولیه‌ی آن نفع‌رسانی به اجتماع، به‌عنوان یك کل و نه صورت فردی است، شرکت کنند (۸)؛ اما آیا استفاده از بیماران به‌عنوان وسیله برای رسیدن به هدف (هرچند هم مطلوب و مهم باشد)، نقض اصول اخلاقی احترام به افراد و شأن و کرامت انسانی نیست (۸و۹)؟ همچنین، در صورت اجبار آنان به شرکت در آموزش پزشکی، مهم‌ترین سرمایه‌ی پزشکی که اعتماد در رابطه‌ی پزشک و بیمار است نقض نمی‌شود (۴، ۳۳، ۳۷)؟ و بیماران از اینکه احتمالاً مورد سوءاستفاده قرار گیرند و بدون آگاهی و رضایت در آموزش پزشکی شرکت کنند دچار ترس نمی‌شوند (۴)؟ و از طرفی

1. Corcoran

دانشجویان نیز دچار تعارض و دوگانگی ارزش‌ها نمی‌شوند (۳۳)؟

البته استدلال‌هایی نیز وجود دارد که این الزام و وظیفه را توجیه می‌کند؛ برای نمونه، بر مبنای قانون طلایی کانت و وظیفه‌گرایی: «همان‌طور که ما می‌پسندیم دیگران برای سودرسانی به ما درآموزش پزشکی شرکت کنند پس ما نیز باید در آموزش‌های پزشکی برای سودرسانی به دیگران شرکت کنیم»؛ پس یک تعهد و اجبار اخلاقی برای تمامی افراد جامعه برای شرکت در آموزش پزشکی ایجاد می‌شود؛ همچنین نباید زمینه برای افراد سودجویی فراهم شود که در آموزش پزشکی شرکت نمی‌کنند، ولی از مزایای مشارکت دیگران بهره‌مند می‌شوند و به اصطلاح مفت‌خوری می‌کنند. در این صورت، هدف از شرکت مصلحت‌گرایی و فایده‌گرایی است تا وظیفه‌گرایی. از طرف دیگر، می‌توان انگیزه‌ی مشارکت در این وظیفه را نوع‌دوستی اخلاقی نیز تعبیر کرد (۲و۱۰).

استدلال دیگر، بحث ضرورت است که بر مبنای اصل جهان‌شمولی عمل بیان می‌کنند: «اگر در شرایط فعلی، تمامی افراد بدون هیچ دلیلی از مشارکت در آموزش امتناع کنند، دیگر نظام سلامت قادر به ادامه‌ی حیات نخواهد بود و دچار سقوط و اضمحلال می‌شود.» پس چنین عملی ازآنجایی‌که قابلیت تعمیم ندارد، غیراخلاقی است (۱۰)؛ اما باید اذعان کرد که نظام سلامت را می‌توان از طرقی دیگر مثل پرداخت حق‌الزحمه به بیماران داوطلب به شرکت در آموزش پزشکی، استفاده از بیماران استانداردشده و ایجاد محیط آموزشی ایمن، مطمئن و تحت نظارت حفظ کرد؛ به‌گونه‌ای که هزینه‌ی این پیشرفت در سلامت صرفاً توسط بیماران پرداخت نشود (۲و۱۰).

همچنین نتیجه‌گرایان، بر مبنای استدلال فایده‌گرایی، بیان می‌کنند که وقتی بیماران در آموزش شرکت می‌کنند هم بیماران، هم دانشجویان پزشکی و هم بیماران آینده سود می‌برند که بدین‌ترتیب بیشترین سودرسانی حاصل می‌شود (۱۰). برای پیشرفت علم و سودرسانی به جامعه، افراد می‌باید این اجازه را بدهند که از آن‌ها در آموزش پزشکی استفاده شود؛ چراکه اجازه‌ی صدمه به یك بیمار می‌تواند به نفع گروهی بزرگ‌تر از بیماران باشد (۴۰)؛ اما به دلیل آنکه انتزاع موضوعی ملموس نیست (۱۰) و با اتونومی بیماران ناسازگار است و به اعتماد بین پزشك و بیمار آسیب وارد می‌کند، در نتیجه، منفعت و خوبی چنین سیاستی بی‌اثر و نفی می‌شود (۳۷).

همچنین، استدلال جامعه‌گرایی مطرح می‌کند ازآنجاکه همه‌ی افراد از وجود نظام سلامت در جامعه سود لازم را به‌دست می‌آورند، بنابراین به‌عنوان عضوی از جامعه در برابر سودی که به‌دست می‌آوریم وظایفی نیز خواهیم داشت (۱۰). این نظر بیان می‌دارد بر مبنای اصول سودرسانی، عدم اضرار و عدالت، افراد باید به دیگران سودرسانی کرده، صدمه نزده و از طریق آسیب و ضرر به دیگران به خواسته‌های خود نرسند؛ حتی اگر اتونومی افراد به‌مخاطره بیفتد، افراد موظف‌اند در آموزش پزشکی شرکت کنند (۳۷). اما باید توجه کرد منفعت حاصل از وجود نظام سلامت برای تمامی افراد جامعه تفسیر می‌شود؛ پس تعهد و وظیفه‌ی بیماران نیز در حد بقیه‌ی افراد جامعه است نه بیشتر (۱۰). در واقع

افراد به‌عنوان شـهروند به جامعه کمك می‌کنند ولی نه به هر قیمتی (۴۳).

بـر مبنـای اسـتدلال جبـران ناتوانـی در پرداخت هزینه‌هـای پزشـکی، می‌تـوان گفـت بیمارانـی که قدرت پرداخـت هزینه‌هـای بیمارسـتانی و درمانی خود را ندارنـد، می‌توانند با مشـارکت در برنامه‌های آموزشـی، عـدم پرداخـت خـود را جبـران کننـد (۱۰و۴۳). در ایـن صورت عمـلاً افراد فقیر و ناتوانی کـه در بیمارسـتان‌های عمومـی و دولتـی و خیریـه بستری می‌شوند در آموزش مشارکت خواهند داشت (۲و۱۰) و افـرادی که در بیمارسـتان‌های خصوصی بستری می‌شوند در برابر پرداخت هزینه‌های درمانی خود، از شرکت در آموزش معاف می‌شوند (۱۰و۴۱). این موضوع باعث افزایش ناراحتی پزشکان شده و با سیسـتم تأمین بودجه و منابـع مالی مورد نیاز بخش سـلامت سازگار نیسـت و در نهایت باعث تحمیل بار اضافـی بـر دوش افراد فقیر شـده کـه از نظر عموم، مقبول نبـوده و مردود اسـت (۱۰)؛ همان‌طوری که واتربری[1] به آن معتقد بود (۱۰، ۴۴، ۴۵).

اسـتدلال تلافی و جبران دیـن، مطرح می‌کند اگر بیماران کنونی از خدمات پزشـکانی ماهر و باکفایت برخوردارنـد، به علت مشـارکت بیماران گذشـته‌ای اسـت که در آموزش پزشـکی شـرکت کرده‌اند؛ پس بیماران حاضر به‌نوعی مدیون آن‌ها هسـتند (۳۷) و باید در برنامه‌های مراقبتی بهداشـتی شرکت کنند. اما با دقت بیشـتر مشـخص می‌شـود کـه در چنین شـرایطی اولاً بیماران گذشته به‌طور مستقیم سودی نبرده‌انـد و ثانیـاً همه‌ی آنان نیز در آموزش پزشـکی مشارکت نکرده‌اند؛ از طرفی همه‌ی بیماران امروزی هم فرصت تلافی‌کـردن ندارند، پس الزام مشـارکت بیماران از این منظر نیز مردود است (۳۷و۴۵).

همان‌طور که مشخص شد هیچ‌یك از استدلال‌های پیش‌گفته نمی‌تواند بیماران را به شـرکت در آموزش موظـف کنـد. بـا مـروری بـر گذشـته‌ی پزشـکی و مشـارکت بالای بیماران در آموزش پزشکی مشاهده می‌شـود کـه شـرکت آنان بیشـتر بـر مبنـای حس نوع‌دوسـتی آنـان (۵، ۱۰، ۴۱، ۴۶) و تمایـل بـه ایثار بوده اسـت نه از روی اجبـار (۲)؛ به‌گونه‌ای که مطالعـات انجام‌شـده حاکـی از آن اسـت که ۹۳/۳ درصد از افراد، متمایل به شـرکت در آموزش پزشکی و پژوهـش در بیمارسـتان‌های دانشـگاهی بوده‌انـد (۴۷). براساس همین مطالعات، بیماران علت تمایل خـود را بـه مشـارکت در آموزش پزشـکی بـر مبنای نوع‌دوستی و سـود شـخصی (دریافت توجه بیشتر، احتمـال مشخص‌شـدن بیماری‌ها و ظهـور علائم و نشـانه‌های غفلت‌شـده، یادگیری دربـاره‌ی بیماری خـود، لطفـی در برابر خوبی، الـزام، جبران خدمات رایـگان، برخورداری از بهترین مشـاوران)، وظیفه‌ی شـهروندی و تعامـل اجتماعـی بیـان کرده‌انـد. در واقع، در حال حاضر، امتناع بیماران از مشـارکت در آموزش پزشکی، نسبت به مشارکت آنان کمتر بوده و معنی‌دار نیز نیسـت (۴۱). ایـن امتناع اکثراً به علت خسته‌بودن، شـدت بیماری، حفظ حریم خصوصی (خصوصـاً در بیمـاران مبتلا بـه STD و بخش‌های زنان)، شـرم و حیا و خجالت، درد و ناراحتی ناشی از معاینات مکرر، حساسـیت نسبت به معاینات مناطق حسـاس و محرمانه‌ی بدن، مرجح‌دانسـتن دریافت مراقبت‌هـای حرفه‌ای و تمایل‌نداشـتن بـه ارتباط با دانشجوست (۱و۴۱).

1. Waterbury

با وجود مشـارکت خوب بیماران در آموزش پزشکی (۳۲)، نگرانی‌های ما از امتناع بیماران از شـرکت در آموزش پزشـکی به‌قدری است که به یك ترس واقعی تبدیل شـده و آن اعتمادی را که انگیزه‌ی مشـارکت بیماران اسـت، از بین می‌برد (۴)؛ بنابراین، به جای الزام بیماران در مشـارکت آموزش پزشـکی، ضروری اسـت با مطالعات مشـخص علت‌های امتنـاع بیمار را که بیشـتر ناشـی از مهارت‌های ارتباطی ناکافی و بی‌توجهی به وضعیت عمومی بیمار و حقوق اوست، تحلیل و آن‌ها را برطرف کرد تا زمینه برای مشـارکت افـراد فراهـم شـود. همچنیـن، بایـد بـرای تأمیـن پیش‌فرض‌های لازم از قبیل برقراری ارتباط صادقانه و همراه با اعتماد، کسـب اجازه برای آموزش، ایجاد محیـط آموزشـی ایمـن، مطمئـن و تحـت نظارت، اطمینان‌دهی از مهارت و صلاحیت کارآموز، افزایش قـدرت و اختیـار بیمـاران، تبیین جایـگاه و اهمیت نقـش بیمـاران در آموزش پزشـکی و تهیـه و تدوین راهنمـای اخلاقـی بـرای اسـتادان و دانشـجویان و کارکنان بخش سلامت در محیط‌های آموزشی اقدام کنیـم و در یك کلام با گرفتن یـك رضایت آگاهانه‌ی جامـع (۳۲)، به حس نوع‌دوسـتی بیمـاران احترام گذاشـته و قدردان ایثار آنان باشیم که اقتصاد فعلی آموزش پزشـکی عمدتاً به این حس ارزشمند وابسته است (۲، ۱۰، ۱۴، ۴۳).

بـرای دسـتیابی به این هـدف، همچـون موفقیت حاضـر در بخـش اهـدای عضـو، می‌تـوان بـا فرهنگ‌سازی مؤثر در زمینه‌ی نقش حیاتی و لاینفك بیماران در آموزش پزشکی و وابستگی و همسوبودن منافع دانشـجویان و منافع بیماران، یادآوری کرد که بقـای سـلامت جامعه به تـداوم همـکاری آگاهانه و داوطلبانـه‌ی بیماران در این زمینه بسـتگی دارد و از مشـارکت بیماران در امر آمـوزش، از نظر فرهنگی و ارزش‌های مذهبی اعتقادی تقدیر کرد تا کل جامعه به شرکت درآموزش پزشکی نگاهی مثبت داشته و آن را باارزش بدانند. بدیهی اسـت کـه این امر به تأمین محیطـی ایمن و بـدون ضرر بـرای بیمـار در محیط آموزشی بستگی دارد.

ملاحظات اخلاقی آموزش پزشکی بر بیماران

اصـول کلـی اخلاقی کـه تمـام اعمال پزشـکی را هدایـت می‌کنـد، در حـوزه‌ی آمـوزش پزشـکی بـر بیماران نیز حاکم اسـت (۱۱). توجـه به این اصول، بـرای محافظـت از بیمـاران و دانشـجویان پزشـکی در برابـر آسـیب‌های جسـمی و روحی بسـیار مهم و کلیدی اسـت (۸و۳۳) و در رشـد اخلاقـی و هدایت مؤثر دانشـجویان در حل معضـلات اخلاقی آموزش از طریـق بیمـاران، خصوصـاً تعارض بیـن آموزش و مراقبت از بیمار، کمك‌کننده است (۸و۳۸).

بـر مبنـای اصـل احترام بـه شـأن و کرامـت ذاتی انسـانی و اتونومـی افـراد، اخـذ رضایـت آگاهانـه، رازداری، حفظ حریم خصوصـی و احترام به تصمیم بیمـار در مشـارکت در آمـوزش پزشـکی در کانـون توجـه جهانی اسـت (۸)؛ همچنین براسـاس اصول سودرسـانی و عدم اضرار، ارزیابی سـود و زیان برای کسب مهارت‌های بالینی و انجام پروسیجر، ضروری اسـت (۸و۴۸). بنابر اصل عدالـت، توزیع عادلانه‌ی بـار آمـوزش پزشـکی در کل جامعـه و جلوگیـری از بهره‌بـرداری نامناسـب از رابطـه‌ی نابرابـر آموزشـی بیـن فراگیـران، آموزش‌دهنـدگان و بیماران بسـیار اهمیـت دارد (۸، ۱۲، ۴۸). علاوه بـر این موارد، در

فرایند آموزش پزشکی چگونگی برخورد با خطاهای پزشکی پیش‌آمده و نقش الگوبودن استادان نیز باید مدنظر قرار گیرند (۱۱، ۱۴، ۱۵، ۳۸).

رضایت آگاهانه‌ی بیماران

از دورانی که در برنامه‌ی آموزش دانشجویان پزشکی مقبول بود که زخم‌های سطحی و جزئی افراد مست فاقد ظرفیت را در بخش‌های اورژانس و تصادفات بخیه بزنند یا روی زنان بیهوش که از آنان رضایت گرفته نشده بود معاینات واژینال انجام دهند زمان زیادی می‌گذرد (اگرچه هنوز هم شواهد زیادی مبنی بر ادامه‌ی این اعمال وجود دارد). امروزه، جامعه‌ی پزشکی پذیرفته است که باید از بیماران در برابر خطرات، تحقیر و توهین و اینکه بدون رضایت آنان و به‌طور ناخواسته و بی‌خبر، از آن‌ها به‌عنوان وسایل کار دانشجویان پزشکی از استفاده شود، حمایت کنند و از روش‌های کسب رضایت برای حمایت از آن‌ها بهره بگیرند (۲). همچنین این تصور که نام مراکز آموزشی‌درمانی یا بیمارستان‌های آموزشی حاکی از آموزشی‌بودن این مکان‌هاست و بر این اساس رضایت بیماران برای شرکت در آموزش پزشکی مفروض است، متقاعدکننده و پذیرفتنی نیست (۱۳، ۱۵، ۴۹). برای شروع آموزش و کسب مهارت‌های بالینی لازم است به منظور احترام به انتخاب افراد، از بیماران رضایت معتبر اخذ شود (۱۱و۳۶).

برای یک رضایت معتبر، ابتدا باید به بیماران اطلاعات لازم ارائه شود؛ برای مثال دادن این اطلاعات که چه کسانی در فرایند آموزش حاضر خواهند بود یا اینکه چرا آن‌ها حضور خواهند داشت و چه نقشی در عملی که انجام می‌شود، خواهند داشت (اگر نقشی داشته باشند) بسیار مهم و کلیدی است (۱). همچنین باید به بیماران گفت که اطلاعات بیماری آن‌ها برای آموزش ارزشمند است و دانشجویان به اطلاعاتشان دسترسی خواهند داشت (در محدوده‌ی مورد نظر و با رضایت بیماران و حفظ اصول رازداری)، بیماران در مشارکت آزاد هستند و در هر زمانی از فرایند آموزش حق کناره‌گیری دارند (۱۲، ۵۰، ۵۱)؛ دادن این اطمینان که خودداری‌کردن بیمار از شرکت‌کردن در آموزش یا صرف‌نظرکردن از آن، به‌هیچ‌وجه مراقبت از او را به خطر نمی‌اندازد (۴۱، ۵۰، ۵۱) ضروری است. جلب اطمینان بیمار درباره‌ی نظارت و سطح نظارت هنگام آموزش، بیان منافع و خطرات احتمالی و اینکه دانشجو یك پزشك واجد شرایط نیست (پزشك نیست) (۱۱و۴۰) و جنس دانشجو چه خواهد بود (۱۱) از دیگر اطلاعاتی است که باید به بیمار ارائه شود.

به‌طور کلی، لازم است تصویری کامل و روشن از نوع مشارکت و نتایج آن برای بیمار مشخص شود. بدین‌منظور برای شروع آموزش باید دانشجویان پزشکی معرفی شوند که چگونگی این معرفی نیز مهم است. اکثر آنان به‌عنوان دانشجویان پزشکی، پزشك‌دانشجو، پزشك در حال آموزش معرفی می‌شوند (۱۵)؛ اما آنچه در معرفی دانشجو مهم است این است که بیمار باید بداند دانشجویان پزشکی، پزشکان واجد شرایط نیستند (پزشك نیستند) (۱۱). گرچه در موارد اندکی اصطلاح پزشك‌دانشجو نیز شایع و شناخته‌شده است (۱۵)، لفظ دانشجوی پزشکی مناسب‌ترین و روشن‌ترین

اصطلاح برای معرفی دانشجوست (۱۱) که مورد توافق کلی نیز است. ضمن معرفی دانشجو، شایسته است وضعیت و جایگاه دانشجو (مبنی بر میزان مهارت و تجربه‌ی کاری او در زمینه‌ی آموزش حاضر) نیز به بیمار گفته شود (۲و۳۶).

تأکید شده است که دانشجویان و ناظران از معرفی ناکافی و نامناسب خود اجتناب کنند (۸)؛ زیرا با این نوع معرفی نمی‌توان اعتماد بیمار را جلب کرد (۱۵). پس از معرفی دانشجو، باید نحوه‌ی حضور او در فرایند آموزش نیز که شامل طیفی از مشاهده، مصاحبه، انجام پروسیجر درمانی است برای بیمار بیان شود. در واقع حتماً باید برای بیمار تبیین شود که دانشجو صرفاً مشاهده می‌کند یا بیمار را معاینه خواهد کرد یا در مراقبت او دخالت نیز خواهد کرد (۱۵و۴۱). همچنین، باید عملی را که دانشجو انجام خواهد داد و اینکه تحت چه سطحی از نظارت خواهد بود برای بیمار تشریح کرد (۱۲، ۱۴، ۳۶، ۵۰). در واقع، بیماران نیاز دارند بدانند که چه کسی رویه‌ی بالینی تهاجمی را روی آن‌ها انجام می‌دهد و اگر خطراتی متوجه آن‌هاست چه درصدی از آن را می‌توانند به کارآموزان نسبت دهند (۱۵). پس از ارائه‌ی این اطلاعات لازم است به بیمار فرصت سؤال‌کردن و درك مطالب داده شود (۱۲). بعد از این مرحله، بیمار حق دارد کلاً حضور دانشجویان پزشکی را نپذیرد یا بخواهد تعداد آن‌ها را محدود کند (۸، ۴۱، ۵۰)؛ محدودکردن تعداد دانشجویان خصوصاً در معاینه‌های نواحی حساس و محرمانه بدن هم از نظر بیمار و هم از نظر مؤسسه‌ی آموزشی مهم است (۴۱).

در حال حاضر اینکه رضایت توسط چه شخصی گرفته شود محل بحث و اختلاف‌نظر است. تعدادی آن را به منظور تقویت مهارت‌های ارتباطی و اخلاقی، راحتی امتناع بیمار، احتمال کسب اختیار بیشتر از طرف بیمار، بر عهده‌ی دانشجو می‌گذارند (۴۱و۵۱) و برخی به دلیل امتناع راحت‌تر بیمار و بی‌تجربه‌بودن دانشجو در گرفتن رضایت، این کار را مربوط به شخص سومی (پرستار، پزشك بالینی ارشد، حامی یا معتمد بیمار) می‌دانند (۳۶و۴۱)؛ بعضی نیز اخذ رضایت را وظیفه‌ی استاد بالینی می‌دانند. در نهایت، چنین پیشنهاد شده که بهتر است استاد بالینی قبل از حضور دانشجو رضایت را بگیرد و پس از حضور دانشجو مجدداً آن را مطرح کند تا دانشجو به اهمیت و اخذ آن پی برده و احساس نکند که استاد دچار رفتار غیراخلاقی شده است (۳۸).

برای اخذ یك رضایت معتبر، مؤسسات مراقبت سلامت می‌توانند درباره‌ی حضور دانشجویان پزشکی و سایر پزشکان در حال آموزش، طی معاینات و دخالت آنان در معاینه و درمان، پیش‌نویسی تهیه کنند (۱۱). همچنین، تدوین دستورالعمل‌هایی درباره‌ی مشخص‌کردن فرایندهای آموزشی که به کسب رضایت ضمنی و شفاهی و کتبی نیاز دارد، موجب تسهیل در امر آموزش مبتنی بر مشارکت داوطلبانه‌ی بیماران خواهد شد (۳۶و۵۰)؛ به‌عنوان مثال، در غالب معاینه‌های رکتال، واژینال و پستان توسط دانشجو باید با رضایت صریح و واضح بیمار انجام شود و همچنین، در مواردی که مصاحبه و معاینه صرفاً برای هدف آموزشی است، باید رضایت صریح و کتبی اخذ شود و با مفروض‌ندانستن حق امتناع بیماران، این حق به آن‌ها یادآوری شود (۴۴).

با وجود تمامی مطالب گفته‌شده، به مرور زمان مشاهده می‌شود دانشجویان به منظور ازدست‌ندادن فرصت آموزشی، نه‌تنها خودشان را معرفی نمی‌کنند، بلکه به این باور می‌رسند که معرفی خودشان غیرضروری است؛ به احتمال زیاد فکر می‌کنند بدون نظارت متخصصان باتجربه‌تر، توانایی مراقبت از بیماران را بدون اطلاع آنان و حتی در شرایط پیچیده دارند. دانشجویان گاهی دلیل معرفی‌نکردن خود را، حفاظت از نگرانی‌های بیهوده‌ی بیمار می‌دانند؛ درحالی‌که این دلیل پذیرفتنی نیست؛ چراکه مطالعات مختلف مثل مطالعه‌ی بن فیلد[1] نشان می‌دهد ۷۳ درصد از والدین نوزادان بخش NICU، رضایت خود را پس از ارائه‌ی اطلاعات برای شرکت در فرایند آموزشی دانشجویان اعلام کرده‌اند و در مطالعه‌ی دیگری از ۱۱۴ بیمار، ۱۰۲ نفر به شرکت در فرایند آموزشی رضایت داده بودند (۱).

براساس نتایج مطالعه‌ای که روی ۱۵۹۶ نفر از دانشجویان پزشکی در سال ۱۹۸۵ میلادی در ایالات متحده آمریکا انجام شد، آن دسته از دانشجویانی که آموزش آن‌ها غالباً در بیمارستان‌های غیرعمومی و خصوصی بوده است و دانشجویانی که از بیماران خصوصی مراقبت می‌کنند، بیشتر خود را به‌عنوان دانشجو و اینکه هنوز پزشك نشده‌اند، معرفی می‌کردند؛ درحالی‌که دانشجویانی که از بیماران غیرخصوصی در بیمارستان‌های عمومی مراقبت می‌کنند بیشتر خود را به‌عنوان دکتر (پزشك) معرفی کرده و هیچ اطلاعاتی از میزان حرفه‌ای‌بودنشان (مهارت‌هایشان) یا وضعیت تحصیلی خود ارائه نمی‌دادند (۴۱). یافته‌های یک مطالعه‌ی دیگر نشان می‌دهد رضایت آگاهانه در کل از ۹/۷ درصد از بیماران بیمارستان عمومی و ۴۷/۸ درصد از بیماران بیمارستان خصوصی گرفته شده بود (۵۲)؛ بنابراین، به نظر می‌رسد وضعیت اخذ رضایت در بیمارستان‌های خصوصی بهتر است (۴۱).

در تمامی موارد گفته‌شده، مهم این است که بیمار داوطلبانه و آزادانه در آموزش پزشکی مشارکت کند تا اعتماد او به سازمان‌های آموزش پزشکی از بین نرفته و انگیزه‌ی مشارکت او کاهش نیابد و از طرف دیگر گرفتن رضایت باعث تقویت مهارت ارتباطی دانشجو می‌شود؛ برای نمونه، انجمن سلطنتی زنان و زایمان، ارزش معاینه‌ی لگن تحت بیهوشی را به این دلیل که ترکیبی از ارتباط برقرارکردن و معاینه‌ی ماهرانه‌ی مشخص‌کننده‌ی لگن حساس را به دانشجویان آموزش نمی‌دهد، زیر سؤال برده است (۱۱).

یکی از مشکلات دیگر این است که مرز بین اقدامات آموزشی و درمانی، برخلاف رضایت در پژوهش که مرز بین درمان و پژوهش مشخص است، از هم تشخیص داده نمی‌شوند؛ بنابراین، اخذ رضایت در آن به سهولت اخذ رضایت در پژوهش نیست (۳۷). در اخذ رضایت آگاهانه باید به این نکته توجه کرد که اگر اقداماتی (اعم از مشاهده، مصاحبه، معاینه و انجام پروسیجر) که بر روی بیمار انجام می‌شود، صرفاً با هدف آموزشی است، حتماً باید از بیمار رضایت آگاهانه اخذ شود؛ همچنین اگر همراه با درمان باشد، به‌گونه‌ای که دانشجو جزء تیم مراقبتی بیمار باشد، اگرچه اخذ رضایت لازم است و باید به خواسته‌های بیمار احترام گذاشت، می‌توان

1. Benfiled

در حین اخذ رضایت، محدودیت‌های بیمارستان و ضرورت ارائه‌ی برخی خدمات درمانی توسط دانشجوی صلاحیت‌دار را به بیمار اعلام کرد.

شایان ذکر است اخذ رضایت آگاهانه‌ی معتبر با اجرای تمام پیش‌فرض‌های آن موجب بقای نظام آموزش پزشکی نیز خواهد شد؛ در حال حاضر نیز با اینکه بیماران می‌دانند که دانشجویان مشاهده، مصاحبه، معاینه و درمان را انجام می‌دهند، به آن رضایت داده‌اند و در مطالعات مختلف بارها در کلام آن‌ها کمک‌کردن به آموزش و نوع‌دوستی و ایثارشان مشهود بوده است.

حریم خصوصی و رازداری

یکی از چالش‌های موجود در آموزش پزشکی روی بیماران، چگونگی رعایت و حفظ حریم خصوصی بیماران است. در این مواقع، باید حریم خصوصی فیزیکی، اطلاعاتی، ارتباطی و مالکیتی بیماران حفظ شود (۵۲). ضمناً نحوه‌ی دسترسی دانشجویان به اطلاعات بیماران و چگونگی ورود آن‌ها به حریم خصوصی بیماران باید از قبل مشخص شود و با اجازه‌گرفتن از بیمار، به کرامت و شأن ذاتی آن‌ها احترام گذاشته شود (۱۵و۲۰).

یکی دیگر از چالش‌ها این است که پس از ورود دانشجویان به حریم خصوصی بیماران و دستیابی آنان به اطلاعات آن‌ها، ممکن است دانشجویان نشانه‌های جدیدی از بیماری یا یافته‌های پاتولوژیک دیگر یا نقص درمانی توسط بیمار را دریابند که باید آن‌ها را به استاد مربوطه یا ناظر بالینی خود اعلام کنند؛ دانشجو برای اعلام اطلاعات به تیم مراقبتی باید قبلاً از بیمار رضایت گرفته باشد و در صورت نارضایتی بیمار برای ارائه‌ی اطلاعات به دیگران، باید به دانشجوی پزشکی شیوه‌ی حل این تعارض اخلاقی آموزش داده شود تا دانشجو بتواند در جهت بهترین منافع بیمار اقدام کرده و او را از آسیب‌های بعدی حفظ کند؛ البته بیماران باید در روند درخواست رضایت برای حضور یا دخالت دانشجویان پزشکی، آگاه شوند که اطلاعات ضروری بیمار به‌عنوان قسمتی از فرایند آموزش با دانشجویان در میان گذاشته می‌شود (۱۱).

در ورود به حریم خصوصی بیماران چه از نظر مشاهده، مصاحبه، معاینه و انجام پروسیجرهای بالینی نظرات مختلفی وجود دارد: تعدادی بیان کرده‌اند اگر انجام عمل توسط دانشجو، ماهیت و هدف اقدام را دگرگون نمی‌کند لازم نیست به بیمار گفته شود که درمانگر دانشجوست؛ تعدادی نیز مشاهده‌ی تنها، مصاحبه و معاینه‌ی فاقد آسیب و آزار را مجاز دانسته و زیان آن را مشابه پزشک واجد شرایط می‌دانند، لیکن انجام پروسیجرهای بالینی را با رضایت و تحت نظارت اعلام کرده‌اند (۱۱)؛ گروهی نیز حتی مشاهده، مصاحبه و معاینه را باعث آزار و ناراحتی روحی بیمار دانسته و مجوز بیمار را ضروری می‌دانند (۵۲)؛ برخی صاحب‌نظران، در تمامی مراحل معاینه و انجام رویه‌های بالینی سطحی از نظارت را لازم دانسته‌اند (۱۵). افزون‌براین، در مواقعی که بیمار بخواهد تحت نظارت یک ناظر، مشاهده و معاینه شود باید به این درخواست او احترام گذاشته شود (۱۱و۴۴).

در صورت ورود به حریم شخصی بیمار، رفتارهایی از قبیل صحبت‌کردن درباره‌ی یک بیمار در حضور بیمار دیگر و اجازه‌دادن به دانشجویان برای

مشاهده‌ی فعالیت‌هایی مثل سوندگذاری و... بدون کسب اجازه‌ی بیمار، سؤالات و انتقادات بسیاری را در جامعه‌ی عمومی برانگیخته است، مخصوصاً که در این زمینه نقش الگوبودن استادان نیز زیر سؤال می‌رود (۳۸). میزان اطلاعاتی که از بیمار می‌توان در اختیار دانشجویان پزشکی گذاشت، باید بر مبنای قضاوت موارد مشابه مشخص شود و همچنین، تصمیم‌گیری شود که آیا اطلاعات باید در داخل تیم مراقبت سلامت مطرح و به شراکت گذاشته شود یا نه (۱۱). اطلاعات باید به اندازه‌ای در اختیار دانشجویان پزشکی قرار گیرد که برای صدور دستورات یا انجام اقدامات به‌صورت بی‌خطر و مؤثر نیاز است. در صورت نیاز دانشجویان به اطلاعات شخصی و محرمانه‌ی بیماران، که صرفاً به علت آموزش دانشجو مورد نیاز هستند، باید از بیماران رضایت آگاهانه اخذ شود و درصورتی‌که بیمار با آن مخالفت کرد باید به تصمیم بیمار احترام گذاشت؛ حتی اگر بیمار نیز رضایت داد اطلاعاتی که افشا می‌شود باید در حداقل مورد نیاز برای دستیابی به هدف آموزشی باشد (۱۱). درصورتی‌که صرفاً پرونده‌ی بیمار برای آموزش استفاده می‌شود، اطلاعات باید به‌صورت ناشناس باشند (۱۱) و دانشجویان و استادان و ناظران بالینی موظف‌اند از این اطلاعات و اسرار محرمانه‌ی بیمار محافظت کنند (۱۲و۵۱). همچنین، بیمار حق دارد در ارتباط با معاینات محرمانه مثل واژینال از حضور یك همراه به‌عنوان حامی یا معتمد بهره‌مند شود (۵۱) و درصورتی‌که این‌گونه معاینات آموزشی با باورهای فرهنگی و اعتقادی بیمار در تعارض است باید به خواست او احترام گذاشته شود (۵۳). در خصوص شرکت بیمار در یك آموزش گروهی یا جلسه‌ی نمایشی (مشاهده، مصاحبه، معاینه) نیز باید از بیمار رضایت بگیرند و به محرمانگی او احترام بگذارند (۱۲، ۵۰، ۵۱).

از موارد دیگری که به رعایت حریم خصوصی افراد نیاز دارد، فیلم‌برداری آموزشی و استفاده از روایت‌ها و تجارب بیماران است (۵۳و۵۴). در تهیه‌ی فیلم‌های آموزشی اخذ رضایت آگاهانه ضروری است و درصورتی‌که امکان آن از قبل وجود نداشته باشد، باید قبل از استفاده از فیلم رضایت اخذ شود و هنگامی که بیمار فاقد ظرفیت یا کودك باشد باید از پدر و مادر یا ولی قانونی بیمار رضایت گرفته شود (۵۳). در هنگام اخذ رضایت برای فیلم‌برداری آموزشی از بیمار باید تمام اطلاعات لازم از جمله: اهداف آموزشی فیلم مدنظر، منافع و مضرات احتمالی (نقض رازداری و شکستن حریم خصوصی) و داوطلبانه‌بودن آن و اینکه مشارکت‌نکردن بیمار در این موارد در مراقبت او تأثیری نخواهد گذاشت، به بیمار ارائه شود (۵۳). همچنین، در پخش فیلم‌های آموزشی بیماران، افراد بیننده باید در حفظ حریم خصوصی و رازداری بیمار کوشا باشند و فیلم منحصراً در جمع افراد متخصص حِرَف سلامت و دانشجویان این رشته‌ها پخش شود و اگر افرادی دیگر مثل SP مخاطبان فیلم باشند باید به اطلاع بیمار رسیده و رضایت او گرفته شود. در کل، فیلم آموزشی باید به‌طور کاملاً خصوصی و محرمانه حفظ و نگهداری شود (۵۳).

در استفاده از روایات و داستان‌های بیماران در خصوص تجارب آن‌ها طی بستری‌های قبلی خود، که باعث آموزش و یادگیری و یادآوری چرایی وجود و

وظایف کارکنان بخش سلامت می‌شود، باید به بیمار اطلاعـات کافی و قابل درك داده شـود تا بدون هیچ فشـاری روایت خود را بیان کنـد. بیمار باید بداند که داستان او چگونه نگهداری (یادداشت، ضبط، ویدئو) و اسـتفاده خواهد شد. همچنین، در این مواقع باید به ناشـناس باقی‌ماندن بیمار احترام گذاشـت؛ باید مطمئن شـد که بیمار متوجه شـده اسـت که اگر در داستان و شـرح ماوقع او خطری برای دیگران وجود داشـته باشـد گروه پزشـکی برای جلوگیری از خطر مجبـور به انجام‌دادن اقدامی ضـروری خواهند بود. همچنیـن، افرادی که داسـتان‌ها و تجـارب بیمار را دریافت می‌کنند نباید مستقیماً در درمان بیمار (چه در گذشـته و چه در آینده) شـرکت کنند. گاهی این روایات باعث تجارب عاطفی شـده که در این مواقع، بیمـار بـه حمایت نیـاز دارد تـا اضطـراب او کاهش یابـد؛ همچنیـن، باید به بیماران اجازه داده شـود تا در هر زمانی داسـتان خود را قطع کنند. در کل برای نحـوه‌ی حفظ روایـات بیماران و هرگونه اسـتفاده از آن‌ها باید رضایت آنان اخذ شـود (۵۴). بیمار ممکن اسـت تنها به یك‌بار اسـتفاده‌کردن آن‌ها از روایاتش رضایت داشـته باشـد؛ بنابرایـن، در هر مـوردی که رضایت گرفته می‌شـود این داستان‌ها باید در همان موقعیت اسـتفاده شوند و برای اسـتفاده‌ی مجدد یا اسـتفاده‌ی دیگر باید مجـدداً از بیمار رضایت گرفته شـود (۵۴). آنچه مشـخص اسـت تمامـی اقدامات ذکرشده همسـو با حفاظت از حریم خصوصی بیمار و به منظور احترام و اعتماد به رابطه‌ی پزشک و بیمار است؛ بنابراین، ارزش‌های فرهنگی و مذهبی جامعه در رعایت حریم خصوصی در آموزش پزشکی و بقای آن باید مدنظر قرار گرفته شوند.

۸. اخلاق و آموزش پزشکی با استفاده از کودکان

در بیشـتر دانشـکده‌های پزشـکی دنیـا، هفـت تا هشـت هفتـه از دوره‌ی بالینـی بـرای آمـوزش طب اطفـال اختصاص داده شـده و بیماری‌های کودکان قسـمت مهمـی از دروس دانشـجویان پزشـکی را تشـکیل می‌دهـد؛ امـا پـس از اینکـه دانشـجویان وارد بخـش اطفـال می‌شـوند درمی‌یابنـد بسـیاری از مهارت‌هایـی کـه دربـاره‌ی گرفتـن شـرح حال و انجـام معاینات فیزیکی بر روی بالغـان فراگرفته‌اند، هیچ‌کـدام به‌طور کامـل اجراشـدنی و تعمیم‌پذیر به کـودکان نیسـتند (۵۵). اکثـر آن‌هـا توانایی جذب اعتمـاد یـک کـودک خجالتی یـا بی‌میـل را ندارند. همین‌طور بسـیاری از دانشـجویان از آسیب‌رساندن بـه کـودکان در هراس‌انـد؛ بنابرایـن، مجمـوع این دلایل می‌تواند باعث شود که دانشجویان از دانشگاه فارغ‌التحصیل شـوند بدون اینکه مهارت‌های لازم را در زمینه‌ی طب کودکان به دست آورند (۵۶).

ازایـن‌رو، از دانشـجویان انتظـار مـی‌رود به‌عنوان قسـمتی از دوره‌ی آموزش بالینی خود روی کودکان نیز معاینـه انجام دهنـد. تهیه‌ی دسـتورالعمل‌های مشـخص در ایـن زمینـه می‌توانـد راهنمایـی برای دانشـجویان و راه‌حلـی بـرای بسـیاری از مسـائل اخلاقی باشـد (۵۷و۵۸). در این شـرایط چه از نظر اخلاقـی و چه قانونی لازم اسـت بـرای انجام معاینه توسـط دانشـجویان، از بیمار رضایت آگاهانه گرفته شـود (۵۶). در اکثـر مواقع بیمـاران کوچک‌تر از آن هسـتند که بتواننـد رضایت قابـل قبولـی درباره‌ی اجازه‌ی معاینـه بدهند؛ در نتیجه معمـولاً از والدین یا افرادی که مسـئولیت سرپرستی کودک را بر عهده دارند رضایت اخذ می‌شود؛ البته باید دقت کرد برای

والدیـن کودکی کـه آزرده و بیمار اسـت، درد دارد یا به‌تازگی پس از چندین سـاعت به‌خـواب رفته، آنچه مهم اسـت جلوگیری از هرگونه آسـیب یـا مزاحمت برای فرزندشـان اسـت (۵۶). در این مواقـع باید به مسائل ذیل دقت کرد:

- چگونـه می‌توان بر امتنـاع کـودک و والدین فایق آمـد و آن‌هـا را راضـی کرد؟بایـد دربـاره‌ی نقش دانشجویان پزشـکی و ماهیت درخواست به آن‌ها توضیحاتی سـاده و روشـن داده شود. درخواست باید به‌صورتی مطرح شود که امکان رد آن و امتناع از آن برای بیمار و والدین وجود داشته باشد (۵۶).
- چه کسـی باید از والدین رضایت بگیرد؟ پزشـکی که کودک را در بخش اورژانس یا به‌صورت سرپایی در درمانـگاه ویزیـت می‌کند، می‌توانـد از والدین دربـاره‌ی اینکـه آیا دانشـجویان می‌تواننـد بیمار را معاینـه کننـد سـؤال کنـد (۵۶). راه دیگـر این اسـت که خـود دانشـجو از بیمار رضایـت بگیرد، ولی چنانچه بیمار همکاری لازم را نداشـته باشـد بهتر اسـت این کار به پزشک یا پرستار محول شود (۵۸).

همچنیـن، اسـتادان و دانشـجویان بایـد بـه ایـن نکته دقت کنند که ممکن اسـت نظـر والدین با نظر کودک متفاوت باشـد (۵۶). کلید موفقیت در چنین مواقعـی احترام به کودک اسـت و اینکه بـه او اجازه دهیم دربـاره‌ی روش انجام معاینات آگاهی داشـته باشد. کودک ممکن است از اینکه فقط یک دانشجو و نـه تعداد بیشـتری او را معاینه کنند راضی باشـد و علاوه‌براین او می‌تواند معاینات را تنها به قسـمتی از بدن خود محدود کند (۵۹و۶۰).

- چـه کسـی بایـد در طـی معاینـه حضور داشـته باشـد؟ برخـی از راهنماهـا پیشـنهاد کرده‌اند که دانشـجویان حتماً باید کودکان زیر شـانزده سـال را در حضـور یکی از والدین یا افـراد صلاحیت‌دار تیـم پزشـکی معاینـه کننـد (۶۱و۶۲). در عمـل معمولاً اسـتاد حضور خواهد داشـت، در غیر این صـورت کـودک و والدیـن در صورت حضـور ناظر سوم ممکن است احساس راحتی بیشتری بکنند. یـک ناظر می‌تواند برای تضمیـن اینکه در صورت آزرده‌شـدن بیمار، دانشـجو معاینات را بیشـتر از آن ادامه نخواهند داد، بسـیار کمک‌کننده باشـد (۵۶). علاوه‌براین، هدف دیگر از لزوم وجود ناظر، حفاظت از دانشـجویان در برابر ادعاهای نادرست دربـاره‌ی رفتارهـای غیرحرفه‌ای سـرزده از طرف دانشجویان است (۵۷).

برای کودکان بزرگ‌تر مسـأله کمی پیچیده‌تر است. نوجوانـان معمـولاً نسـبت به بـدن خود حسـاس‌تر هسـتند و ایـن واقعیـت کـه ممکن اسـت دانشـجو اختلاف سنی زیادی با بیمار نداشته باشد، می‌تواند موجـب خجالـت و ناراحتی بیمار شـود، به‌خصوص اگـر از جنس مخالف باشـد (۶۳). همچنین، ممکن اسـت حضور یکی از والدیـن نیز برای نوجـوان زیاد خوشایند نباشد، به همین دلیل گرفتن رضایت برای معاینـه از یـک بیمار نوجوان سـخت‌تر از یک کودک خردسـال اسـت (۶۳). در مواقعی کـه بیمار کودک دختر بالاتر از ده سـال اسـت، بسیار توصیه می‌شود که دانشجوی پسر معاینات را حتماً در حضور یکی از افراد تیم پزشکی یا یک دانشجوی دختر انجام دهد. همچنین، درباره‌ی دانشـجویان دختر ترجیح بر این اسـت که هنگام معاینه‌ی بیمار پسر، ناظری در اتاق حضور داشته باشد (۵۷).

- چـه تعـدادی از والدین بـا معاینه‌ی کـودک خود توسـط دانشـجویان موافقت می‌کنند؟ مطالعات نشـان می‌دهـد کـه عمـوم مـردم پذیرفته‌انـد که دانشجویان به یادگیری نیاز دارند و والدین معمولاً اظهار می‌کنند که آن‌ها می‌دانند دانشجویان باید آموزش ببیننـد و در اکثر مواقع به این امر رضایت می‌دهنـد (۶۴و۶۵). در نهایت مهم اسـت بدانیم که دادن رضایت برای یک موقعیت خاص به معنی رضایت در تمام شـرایط و موقعیت‌ها نیست و تمام بیمـاران و والدین آن‌ها حق دارنـد در طول زمان، نظر خود را تغییر دهند (۵۶).

راهنمـای کلـی بـرای مشـارکت دانشـجوی پزشکی در مراقبت از بیمار

الف. در بـدو پذیرش، بیمار باید از ماهیت آموزشـی مرکز درمانی مطلع شـود و ضوابط و سطح‌بندی رسیدگی به بیمار به اطلاع او رسانده شود (۵۳).

ب. مراقبت‌هـای درمانـی منسـجمی کـه از سـوی گروه‌هـای درمانـی دربرگیرنـده‌ی دانشـجویان پزشکی ارائه می‌شود واجد منافعی برای بیماران و جامعه است؛ بنابراین، بخش عمده‌ی جامعه از وجود مراکز آموزشی و خدمات بهداشتی‌درمانی کشـور بهره‌مند هسـتند. بیمـاران در این مراکز باید از هویت و سـطح و مسئولیت آموزشی افراد شـرکت‌کننده در مراقبـت از آنان مطلع باشـند. دانشـجویان و ناظران آن‌ها، هنگام معرفی خود و توضیح موقعیت آموزشـی دانشـجویان باید از به‌کاربـردن اصطلاحاتـی که برای بیمـار ممکن است گیج‌کننده باشد، دوری جویند (۵۳).

ج. بیمـاران در انتخاب فردی که مسـئولیت مداوای آن‌ها را به عهده می‌گیرد آزاد هستند. در صورت مشـارکت دانشـجویان پزشـکی در مراقبـت از بیماران، افراد حرفه‌ای نظام سـلامت (استادان) باید فواید مشارکت دانشجویان پزشکی در فرایند درمان را بـرای بیماران توضیـح دهند و مطمئن باشند که آن‌ها به چنین مشارکتی تمتیل دارند. معمـولاً پزشـکان معتمـد (اسـاتید) به‌خوبی از عهده‌ی این مسئولیت برمی‌آیند.

د. آزادی انتخاب بیمار در انتخاب فرد مراقبت‌کننده از او، بـا توجه به سـطح‌بندی رسـیدگی به بیمار در مرکز آموزشی میسـر است؛ به‌عنوان مثال، او مجاز است دستیار مورد نظر خود را انتخاب کند (۵۳) نه اینکه تقاضای رسیدگی مستقیم توسط استاد را داشته باشد.

ه. در مواقعـی که بیمار ممکن اسـت در روند درمان به‌طـور موقـت فاقـد ظرفیـت (مثـلاً بیهوشـی عمومی) شـود درحالی‌کـه مداخله‌ی دانشـجو مدنظر اسـت، باید قبـل از اقدام بـه انجام‌دادن کار درمانـی، بیمـار از ایـن امـر مطلع شـود. به همیـن صـورت در مـواردی کـه بیمـار ظرفیت تصمیم‌گیری نـدارد، مداخله‌ی دانشـجو باید با جانشـین تصمیم‌گیرنـده‌ی بیمـار مطرح شـود (۵۳).

و. در مواقعـی که مداخله‌ی دانشـجویان با باورهای فرهنگـی و اعتقـادی بیمـار در تعـارض اسـت (به‌عنوان مثال، معاینه توسـط جنس مخالف) و توجیهات لازم از سوی سرپرست دانشجویان برای جلب موافقت بیمـار مؤثر نیسـت، محروم‌کردن بیمـاری که بـه واسـطه‌ی وضعیـت اجتماعی و اقتصـادی گزینـه‌ی دیگـری در انتخـاب مرکـز

درمانی غیرآموزشی ندارد غیراخلاقی است. در این موارد ارائه‌ی خدمات درمانی به بیمار مقدم بر آموزش است.

مداخله‌ی پزشکان دستیار و فلوها در مراقبت از بیمار

دانشجویان رزیدنتی و فلو ملزم به ایفای دو نقش هم‌زمان دانشجو و ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی هستند. در مرتبه‌ی اول آن‌ها پزشک هستند و باید اولویت اول را به منافع بیمار اختصاص دهند. به منظور تسهیل امر تحصیل این دانشجویان و همچنین، مراقبت از بیماران، پزشکان مسئول آموزش باید اطمینان یابند که جریان آموزش با حفظ احترام به بیمار بوده و کرامت و آسایش بیمار مدنظر قرار گرفته است (۵۳).

الف. بر طبق استانداردهای آموزشی، آموزش باید طوری برنامه‌ریزی شود که دستیاران و فلوها تحت نظارت مناسب کادر علمی و مشاوران دانشگاهی تحصیل کنند و مطابق با سطح آموزش و تبحر آن‌ها، مسئولیت‌ها به‌صورت تدریجی به ایشان محول شود و مسئولیت آن‌ها متناسب با سطح آموزش و تخصص آن‌ها باشد.

ب. ارتباط دستیاران و فلوها با بیماران باید صادقانه باشد. بر این اساس، دستیاران و فلوها باید خودشان را به‌عنوان اعضای تیم درمانی که زیر نظر هیئت علمی مربوطه هستند و نظارت می‌شوند به بیماران معرفی کنند.

ج. چنانچه بیماری از درمان توسط دستیار یا فلو امتناع کند باید پزشک مسئول در جریان قرار گیرد و پس از گفت‌وگو، نسبت به جایگزینی دستیار یا فلو اقدام کند. چنانچه پس از بحث، بیمار اصولاً تمایل نداشته باشد که جزء روند آموزشی باشد پزشک ممکن است دستیاران یا فلوها را از روند درمان بیمار حذف کرده یا در صورت لزوم، درمان بیمار را به پزشک دیگر یا سرویس غیرآموزشی انتقال دهد.

د. دستیاران و فلوها باید به‌طور کامل در برنامه‌های مقرر گزارش صبحگاهی، مرگ‌ومیر و تحلیل برنامه‌های آموزشی خودشان شرکت کنند. همچنین، آن‌ها باید برای گزارش خطا و تحلیل آن در برنامه‌ی آموزشی خود و نظام بیمارستان شرکت کنند، آن‌ها باید در آگاه‌ساختن بیمار از خطاهای پیش‌آمده با کادر علمی همکاری کنند.

ه. دستیاران و فلوها مثل تمام پزشکان موظف هستند که مراقب سلامتی خودشان باشند؛ زیرا خستگی و بیماری، توان آن‌ها را برای درمان مناسب بیماران، مختل خواهد کرد. دستیاران و فلوها باید توجه داشته باشند که فعالیت کاری بیش از زمان مجاز می‌تواند برای آنان و همچنین، بیمار، بالقوه صدمه‌زا باشد. فعالیت‌های دیگر که در ساعت استراحت آن‌ها مداخله‌ای ایجاد می‌کند ممکن است به همین صورت صدمه‌زا باشد و این امر باید مورد توجه مسؤولین و اساتید قرار گیرد.

و. برنامه‌های آموزش دستیاری باید دستورالعمل لازم را برای حل تعارض بین آموزش پزشکی و مراقبت از بیمار که در سیر آموزش رخ می‌دهد، پیشنهاد دهد. طرفین اختلاف در این مواقع، همگی باید به سلامت بیمار به‌عنوان اولویت

اصلی بیندیشند. حل این اختلاف نباید به‌صورت تنبیهی باشد، بلکه باید هدف آن یاری‌رساندن به دانشجویان در به‌پایان‌رساندن موفقیت‌آمیز دوره‌ی تحصیلی در نظر گرفته شود (۵۳).

مشاجره بین آموزش‌دهنده و گیرنده

سیاست‌های واضح برای حل شکایت‌های دانشجویان پزشکی، پزشکان دستیار و کادر دیگر باید برقرار شود. در این مواقع، حفظ رازداری و محرمانگی شاکیان اهمیت دارد؛ چرا که در این صورت برای ارائه‌ی شکایت و دفاع از خود مانعی نخواهد شد. دانشجویان پزشکی، پزشکان دستیار و کادر دیگر نباید از مشارکت در مراقبت از بیمار که به وسیله‌ی مسئول علمی آن‌ها دستورداده‌شده امتناع کنند؛ البته در مواردی نادر که معتقدند دستورات، ناشی از اشتباهات جدی در قضاوت بالینی یا اخلاقی یا ناتوانی پزشک است و می‌تواند موجب صدمه‌ای قریب‌الوقوع به بیمار یا دیگران شود، می‌توانند از مراقبت امتناع کنند. به‌شرطی‌که کناره‌گیری آنان، تهدیدی برای آسایش بیمار ایجاد نکند. همچنین، ایشان باید نظرات خود را به اطلاع پزشک مسئول یا در صورت لزوم به افراد مناسبی که بتوانند راه‌حلی برای این‌گونه اختلاف‌نظرها پیشنهاد کنند، برساند. برای حل این‌گونه اختلاف‌نظرها که به اقدام فوری نیاز دارد باید مکانیسم‌هایی پیش‌بینی شود. اشخاص ثالث در این‌گونه مشاجره‌ها می‌توانند رییس بخش، دستیار مسئول، کمیته‌ی اخلاق پزشکی یا مأمور ویژه‌ی خارج از مدیریت رسمی بیمارستان باشند (۵۳).

اقدامات تلافی‌جویانه یا تنبیه‌کننده علیه آن‌هایی که شکایت کرده‌اند غیراخلاقی است و می‌تواند به‌عنوان یك تخلف، عاملی برای تشکیل پرونده در کمیته‌ی مناسب باشد (۵۳).

انجام روش‌های درمانی با اهداف آموزشی در بیمار تازه فوت‌شده

پزشکان باید خط‌مشی‌های مؤسسه‌ای را که انجام اقدام درمانی با هدف آموزشی را در بیمار تازه فوت‌شده موجه می‌داند مشخص کنند. در این‌گونه خط‌مشی‌ها باید حقوق بیماران و خانواده‌ی آن‌ها، فواید این کار برای یادگیرنده‌ها و جامعه، همچنین آسیب بالقوه به حساسیت‌های اخلاقی یادگیرنده‌ها و خطرات محتمل متوجه کادر، مؤسسه و حرفه در ارتباط با انجام این اقدامات مراعات شود. ملاحظات ذیل باید پیش از انجام روش‌های درمانی در بیماری که تازه فوت شده است مدنظر قرار گیرد (۵۳):

الف. آموزش مهارت‌های حفظ زندگی باید حاصل برنامه‌ریزی منظم آموزشی باشد تا اینکه صرفاً به فرصت‌های اتفاقی اتکاء شود. آموزش باید تحت نظارت دقیق با سبك خاص و در محیطی انجام گیرد که علایق و ارزش‌های تمام افراد درگیر در نظر گرفته شود.

ب. پزشکان باید پیشاپیش از نظرات بیمار در این رابطه (تمایل برای انجام اقدامات درمانی با اهداف آموزشی قبل ازمرگ یا پس از آن) آگاه شوند. در صورت عدم وجود تمایل قبلی، پزشکان باید قبل از انجام چنین روش‌های درمانی با اهداف آموزشی این مجوز را از خانواده بگیرند. هنگامی که برای کشف پیشاپیش این‌گونه تمایلات از بیمار اقدامی

نشـده اسـت یـا فـردی ذی‌صلاح کـه بـرای چنین اقدامـات درمانی مجوز بدهد وجود ندارد، پزشـکان نبایـد روش‌هـای درمانـی را بـا اهداف آموزشـی در بیمارانی که به‌تازگی فوت شده‌اند انجام دهند.

ج. در صـورت انجـام روش‌های درمانـی با اهداف آموزشـی در فـردی که تـازه فوت شـده اسـت، این اقدامات باید در پرونده‌ی بیمار ثبت شود.

دیدگاه فقهی و اسلامی

براسـاس قاعده‌ی اضطرار «کل حـرام مضطر الیه، فهـو حـلال»، اختـلاط با نامحـرم در حـد ضرورت، برای دانشجویان پزشکی و همچنین، انجام معاینات و مشـاهدات نامحـرم مشـروط بر اینکـه نجات جان بیمـاران و حفـظ جان مـردم در آینده به آن وابسـته باشـد، بلامانع اسـت. بنـا بـر قاعده‌ی سـلطنت یا تسـلیط فرد بر اموال و نفس، لازم اسـت از بیمار اذن گرفته شود؛ اما براساس نظر برخی فقها، اگر ضرورت ایجـاب کند، یعنی نجـات جان انسـان‌ها متوقف بر آموزش پزشکی با استفاده از بیماران باشد، می‌توان بـدون اذن بیمار بـه انجام این کار اقـدام کرد؛ البته در آموزش پزشکی باید به قاعده‌ی غرور، نفی حرج، لاضرر و لاضرار و احسان نیز توجه کرد (۶۶).

در آموزه‌هـای دینـی، آداب و ویژگی‌هـای اخلاقی بسـیاری در زمینه‌ی فراگیری علوم به‌طور عام وجود دارد کـه در آموزش پزشـکی نیـز بـه کار می‌آیند که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از (۶۷):

الـف. اخـلاص در آموزش: آمـوزش پزشـکی باید بـا انگیزه‌ی الهـی و خالص برای خداوند باشـد؛ هم اسـتاد با انگیزه‌ی الهی آموزش دهد و هم شـاگرد با چنیـن نیتی فرا بگیـرد تا نتیجه‌ی مطلـوب برای هر یـک از آن‌ها حاصل شـود: «بِحسْـنِ النیـاتِ تنْجَح الْمَطَالِـب»: «مطلب‌هـا و خواسـته‌ها [ی دنیـوی و اخـروی]، بـه سـبب نیت‌هـای پسـندیده و خوب برآورده می‌شوند.» در همین ارتباط رسول خدا(ص) می‌فرماینـد: «کسـی که بـرای رضای الهـی در پی کسـب دانش باشـد، هـر بابـی از دانش که بـرای او گشوده می‌شود، ذلتش در برابر خویشتن، تواضعش در برابـر مـردم، ترسـش در برابر خداوند و تلاشـش در امـور دینـی افزایـش می‌یابد. چنین شـخصی از علمـش بهـره می‌برد، پس شـما نیـز از علـم او بهره گیرید. کسـی که برای دنیـا و جایگاه خوب نزد مردم و حاکمـان به دنبـال تحصیل دانش باشـد، هر بابی از دانش که برای او گشـوده می‌شـود، بزرگی‌اش در برابر خویشـتن، تکبـرش در برابر مـردم، غرورش در برابـر خداوند و سـتمکاری‌اش در حق دیـن، افزون می‌شـود. چنین فردی از علم خود بهره‌ای نمی‌برد» (۶۷).

ب. تقوا و پارسایی: آموزش پزشکی باید با پارسایی و تقوا همراه باشـد؛ هم اسـتاد و هـم فراگیر باید در فراینـد آمـوزش مراتب تقوا را رعایت کننـد تا بتوانند پاکیزه‌تریـن خدمـات را بـرای بیمـاران ارائـه دهند. چنانچه امام علی(ع) می‌فرمایند: «آیا دوسـت داری کـه از [گـروه] حزب‌اللـه و پیروزمند باشـی؟ تقوای خداونـد سـبحان را پیشـه‌کن و در همـه‌ی کارهایت نیکو عمل کن؛ زیرا خداوند با کسـانی اسـت که تقوا پیشه کرده‌اند و آنان همان نیکوکاران‌اند» (۶۷).

ج. احسـاس مسـئولیت: یکـی از وظایـف مهـم دانشگاه‌های علوم پزشکی، برنامه‌ریزی برای پرورش «احساس مسـئولیت» در دانشجویان پزشکی است. در دیـدگاه اسـلام، همـه‌ی افـراد جامعه نسـبت به

یکدیگر مسئولیت دارند و هرکس باید وظیفه‌اش را بشناسد و به آن عمل کند. این مسئولیت‌ها و وظایف متقابل در آموزه‌های اسلامی، در قالب حقوق مؤمنان بر یکدیگر، حق مسلمانان در برابر یکدیگر و خدمت به مردم بیان شده است. از جمله‌ی این مسئولیت‌ها، وظایف متقابل پزشک و بیمار است. دانشجوی رشته‌ی پزشکی باید به‌گونه‌ای تربیت شود که دلبسته‌ی خدمت به بیماران باشد و برآورده‌شدن حوایج بیماران را به دست خویش از نعمت‌های پروردگار در حق خود بداند و در بهره‌مندی از این نعمت، هرگز دلتنگ نشود. حضرت سیدالشهداء(ع) فرمودند: «اِعْلَموا اَن حَوائِجَ الناسِ اِلَیکمْ مِنْ نِعَمِ اللهِ عَلَیکمْ فَلاَ تَمَلوا النعَمَ»؛ یعنی «بدانید که حوایج مردم به سوی شما از نعمت‌های خداوند بر شماست؛ پس از این نعمت‌ها دلتنگ نشوید» (۶۷).

د. دانش‌اندوزی: اسلام تحصیل علم را واجب و آن را ارزش شمرده است. چنان‌که رسول‌خدا(ص) می‌فرماید: «طَلَب الْعِلْمِ فَریضَة عَلیَ کل مسْلِمٍ»: «فراگیری دانش بر هر مسلمانی واجب است.» در روایتی علم پزشکی در کنار علم ادیان ذکر شده است: «اَلْعِلْم عِلمَانِ: عِلْم الْاَدْیانِ وَعِلْم الْاَبْدَانِ»؛ یعنی «دانش بر دو قسم است: دین‌شناسی و پزشکی.» دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی باید با تلاش و پشتکار بر ناملایمات و سختی‌های دوران دانشجویی فایق آیند؛ چون به تعبیر امام علی(ع): «لاَیدْرَک الْعِلْم بِرَاحَة الْجِسْمِ»: «دانش با راحتی جسم (تنبلی و تن‌پروری) به‌دست نمی‌آید.» اگر دانشجوی پزشکی از دوران طلایی جوانی خوب بهره نگیرد و از کاروان علم عقب بماند، در حین طبابت نمی‌تواند خدمتی شایسته انجام دهد و مصداق این سخن رسول‌اکرم(ص) قرار خواهد گرفت که فرمود: «هر که بدون علم، عمل کند فساد و تباهی کارش از اصلاح آن بیشتر است» (۶۷).

ه. دانش‌افزایی: استاد باید بکوشد آخرین یافته‌های علم پزشکی را در اختیار دانشجو قرار دهد. دانشجویان نیز باید با تلاش و جدیت تمام، بر قدرت علمی خود بیفزایند تا برای طبابت در تشخیص و درمان بیماران دچار مشکل نشوند. امام علی(ع) می‌فرماید: «عَلَی المتَعَلمِ اَنْ یدْئَبَ نَفْسَه فیِ طلَبِ الْعِلْمِ، وَ لاَیمَل مِنْ تَعلمِه، وَ لاَیسْتَکْثِرَ مَا علِمَ»: «بر دانشجوست که خود را در طلب علم کوشا سازد، از آموختن خسته نشود و دانسته‌های خود را زیاد نشمارد.» دانشجوی پزشکی حتی پس از اشتغال به کار طبابت، باید دانشجو باشد و از دانش‌افزایی دست بر ندارد؛ چنان‌که رسول خدا(ص) می‌فرمایند: «خرد آدمی کامل نشود، مگر آنکه ده خصلت در او فراهم آید، [یکی از آن خصلت‌ها این است که:] تا زنده است از دانشجویی خسته و دلزده نشود» (۶۷).

و. مهارت‌افزایی: همت استاد باید این باشد که با اصول و روش‌های علمی روز و پیشرفته، تخصص لازم را به شاگردانش منتقل سازد. دانشجویان نیز باید بکوشند با تمرین و تکرار و به‌کارگیری دانسته‌های خویش، روزبه‌روز بر مهارت خود بیفزایند. مهارت یعنی «استادی، زبردستی و توانایی انجام‌دادن کاری به‌نحو شایسته، با استفاده از آگاهی و تجربه»، گرچه در هر حرفه‌ای کسب مهارت ضرورت دارد، در پزشکی که با جان مردم سروکار دارد، این ضرورت اهمیت خاصی دارد و اهمیت آن بر کسی پوشیده نیست. در واقع، پزشکی می‌تواند خادم مردم باشد و

توفیق خدمت را فراهم سازد که مهارت و توانمندی لازم را در حرفه‌ی خود داشته باشد.

بهترین پزشک کسی است که در کارش علاوه بر امین‌بودن برای مردم، توانمند و زبردست باشد. قرآن کریم از قول دخترِ حضرت شعیب(ع) نقل می‌کند که درباره‌ی به‌کارگیری حضرت موسی(ع) به پدرش عرض کرد: «یا اَبَتِ اسْتَأْجِرْه فَاِن خَیرَ مَنِ اسْتَأْجَرْتَ الْقَوِی الْاَمینَ»: «پدر، او را استخدام کن؛ چون بهترین کسی است که استخدام می‌کنی، هم نیرومند [و هم] درخور اعتماد است.» شاید بتوان از این آیه‌ی شریفه استفاده کرد که قوه، بر مهارت و تخصص دلالت می‌کند. بر این پایه، می‌توان گفت در آموزش پزشکی نیز باید بر رشد و پرورش این دو ویژگی در دانشجویان این رشته برنامه‌ریزی شود. امام صادق(ع) می‌فرماید: «کل ذی‌صَنَاعَة مضْطَر اِلی‌ثَلاثَة خِصَالٍ یجْتَلِب بِهَا الْمَکْسَبَ وَ هوَ: اَنْ یکونَ حَاذِقاً بِعَمَلِهِ، مؤَدیا لِلْأَمَانَةِ، مسْتَمیلاً لِمَنِ اسْتَعْمَلَه»؛ یعنی «سه خصلت برای هر صاحب حرفه‌ای ضروری است تا کسبش رونق گیرد: در کارش مهارت داشته باشد، در کارش امانت‌دار باشد و رضایت خاطر کسی را که به او سفارش کار داده، به دست آورد» (۶۷).

جمع‌بندی

هدف از برنامه‌های آموزش پزشکی آن است که پزشکان دانش و مهارت‌های لازم را برای طبابت در چارچوبی قانونی و اخلاقی به دست آوردند. همان‌گونه که بیان شد، پزشکان همواره با مسائل اخلاقی در کار خود روبه‌رو می‌شوند و برنامه‌های آموزش پزشکی باید مهارت و همچنین، اطمینان لازم را در آن‌ها برای برخورد مناسب با چنین مواردی فراهم آورد. با توجه به اینکه هدف از پزشکی ارتقای سلامت و بهبودی بیماران است، درصورتی‌که پزشکی حاذق که از دانش کافی نیز برخوردار است، عملی غیراخلاقی انجام دهد در واقع از نیل به چنین هدفی بازمانده است. بدین‌ترتیب، یک پزشک باید از دانش لازم در زمینه‌ی اخلاق و طبابت اخلاق‌مدار برخوردار باشد تا بتوان او را پزشکی شایسته نامید.

اصول کلی زیر در زمینه‌ی آموزش صادق‌اند:

دستیابی به شناخت لازم در زمینه‌ی اخلاق پزشکی و نحوه‌ی انجام طبابت اخلاق‌مدار، برای آنکه بتوان پزشکی را پزشک شایسته در نظر گرفت، ضرورت دارد.

در برنامه‌های آموزش پزشکی علاوه بر فراهم‌آوردن دانش لازم در زمینه‌ی اخلاق پزشکی و قوانین مربوطه ضروری است که مهارت و اطمینان لازم در پزشکان ایجاد شود تا بتوانند با مسائل اخلاقی غامض نیز رویارو شوند.

آموزش و یادگیری امری پیوسته در زندگی حرفه‌ای یک پزشک محسوب می‌شود.

استادان باید در این زمینه اطمینان حاصل کنند که فرایند آموزش، به‌صورت رسمی یا غیررسمی در حد مطلوب اخلاق‌مدار است. همچنین، باید در هنگام حضور دانشجویان در جلسات مشاوره‌ی پزشکی توجه خاصی به مقوله‌ی کسب رضایت از بیمار و همچنین، حفظ موارد محرمانه‌ی او انجام شود. هرگاه دانشجویان پزشکی عملکردی غیراخلاقی مشاهده کنند، موظف‌اند مراتب آن را اطلاع دهند.

نهادهای آموزشی موظف‌اند سازوکارهای لازم را

فراهـم آورند تا دانشـجویان بتوانند مسـائل اخلاقی موجـود در روند آموزش خـود از سـوی آن نهادها را بدون واهمه ابراز دارند.

در اسـتفاده از افـراد زنده در آموزش پزشـکی باید اذعـان کـرد تمامـی ایـن روش‌هـا و تکنیک‌هـا چه به‌صورت سـنتی و چـه به‌صورت مدرن بـرای تحقق هدف سـلامت جامعـه و منفعت عمومی و شـخصی افراد تدوین شده تا از طریق آن جامعه از مزایای وجود پزشـکان ماهر بهره‌مند شـود، بدون اینکه از انسـان به‌عنوان ابزار آموزشـی اسـتفاده شـود. بدین‌منظور در تمامـی روش‌هـای آموزش پزشـکی تلاش شـده تا شـأن وکرامت ذاتی انسـان حفظ شود. همچنین، بـه منظـور بقای حیـات آمـوزش پزشـکی مبتنی بر جامعه، در هر کشـوری متناسـب با فرهنـگ، باورها و ارزش‌هـای اعتقادی مردم، به‌گونـه‌ای برنامه‌ریزی شده تا مشـارکت جامعه در آموزش پزشکی به‌عنوان امری پسـندیده، معطوف به ارزش و تحسین‌برانگیز شـناخته شـود. بدیهی اسـت آنچه ضامن حفظ این رابطه‌ی آموزشـی اسـت تأکید بر ملاحظات اخلاقی مبتنی بر رعایت حقوق طرفین است که در این میان رضایت آگاهانه‌ی واقعی مبتنی بر ارائه‌ی اطلاعات، در جلـب اعتماد افـراد نقش کلیـدی دارد. در بحث اخلاق در آموزش پزشـکی نیـز می‌توانیم چهار اصل کلی اخلاق پزشکی را به کار گیریم:

حـق انتخـاب بیمار (بـرای اینکه Case آموزشـی باشـد)، اصل مفیدبودن (اگر برای بیمار بسـتری در بیمارستان آموزشی اقدامی صورت می‌گیرد و از این طریق آموزشی نیز به یك یا چند رده‌ی فراگیران داده می‌شـود در نهایـت آن اقـدام از لحاظ پزشـکی باید برای بیمار لازم باشـد)، اصل مضر نبودن (به‌هرحال اقدامـی کـه صورت می‌گیـرد و در آن ضمـن رعایت دو اصل بالا، قرار اسـت آموزشـی نیز بـه یك یا چند رده از فراگیـران داده شـود نباید خطـر غیرمعقول و غیرمعمولی به بیمار تحمیل شـود) و در نهایت اصل رعایـت عدالـت (به این معنـا که نباید صرفـاً از افراد خاصـی به‌عنـوان نمونه‌ی آموزشـی اسـتفاده کرد. این انتخاب ممکن اسـت به خاطر سطح اقتصادی، اجتماعی، نژادی، جنسیتی یا هر عامل دیگر باشد). تحلیل هر سـه نمونه‌ی ارائه‌شده در ابتدای این متن نیز بر همین اساس امکان‌پذیر است.

توضیح نمونه‌ی اول

رعایـت اصل عدالت در این نمونه مدنظر اسـت که به نظر می‌رسـد این اصل در آن رعایت نشـده است. بدیهی است این نوع عملکرد کادر پزشکی در نهایت موجب سلب اعتماد مردم به جامعه‌ی پزشکی خواهد شد. به‌هرحال، هر یك از ما به‌عنوان پزشك می‌دانیم که بیمارسـتان آموزشـی چه ویژگی‌هایـی دارد و اگر مایل نیسـتیم از خود یـا اطرافیانمان به‌عنوان case آموزشـی اسـتفاده شـود، راه ساده این اسـت که از مراجعه به بیمارستان آموزشی خودداری کنیم.

توضیح نمونه‌ی دوم

در ایـن نمونه صرف‌نظـر از بحث اساسـی رضایت بیمـار بـرای اینکـه از فرزنـدش به‌عنـوان Case آموزشـی اسـتفاده شـود، مورد اصلی Case، بحث ضرورت نظارت سـطوح بالاتر در مواقع انجام چنین پروسـیجرهایی اسـت. بـه تعبیـر دیگر اگـر در نظر بگیریم که انجام این اقدام برای بیمار مفید است، در آن‌صورت اگر قرار اسـت دانشـجوی پزشکی این کار

را انجـام دهد نباید به علت این امر، خطر غیرمعقول و غیرمعمولـی بیمـار را تهدید کند. لازمـه‌ی این امر نظارت صحیح و متناسب با نوع اقدام درمانی توسط سطوح بالاتر است.

در این نمونه مشـخص اسـت که کارورز در ابتدای دوره در شرایطی نیست که بتواند به‌طور مستقل این پروسـیجر را انجام دهد یا حداقل دسـتیار لازم است از اینکـه کارورز می‌توانـد ایـن کار را به‌طور مسـتقل انجـام دهد یا خیر، اطمینان حاصل کند و پس از آن و در صورت احراز شـرایط، محل را ترك کند؛ لذا لازم است که حتماً دستیار در محل بماند و بر کار دانشجو نظارت کند یا آنکه از یك نفر دیگر که مطمئن اسـت می‌تواند ایـن نظارت را انجام دهـد (مثل یك کارورز ورزیـده که مدتـی اسـت در بخش کـودکان فعالیت می‌کند) کمك بگیرد.

توضیح نمونه‌ی سوم

در ایـن نمونه نیز هدف اصلـی Case مطرح‌کردن بحـث اصل مفیدبودن اسـت. به ایـن معنا که صرف بستری بیمار در بیمارسـتان آموزشی و نیاز آموزشی یـك فراگیر نمی‌تواند بـرای اینکه یك اقـدام بر روی بیمـار صـورت گیرد دلیلـی موجه باشـد؛ درهرحال همیشه باید اندیکاسـیون علمی وجود داشته باشد. به نظر می‌رسـد دستیار در این case به این موضوع بی‌توجه اسـت و اسـتاد مربوط با پرسیدن این سؤال قصـد دارد او را متوجه این اصل کند. به‌طور طبیعی با توجه بـه نیازنداشـتن بیمار به این پروسـیجر لازم است با ارائه‌ی توضیحات لازم و در صورت ضرورت با الزام دستیار، جلوی این اقدام گرفته شود.

منابع

1. Gomes, Andréia Patrícia & et al. (2010). “Siqueira-Batista R. Bioethical Analysis of the Use of the Newly Deceased in Medical Training”. Rev Assoc Med Bras, 56 (1), P. 11-16.

2. Draper, Heather & et al. (2008). “Medical Education and Patient's Responsibilities: Back to the Future?”. J Med Ethics, 34 (2), P. 116-119. doi: 10. 1136/jme. 2006. 019257.

۳. نبی‌پـور، ایـرج. (۱۳۷۳). «زکریـای رازی معلـم اخـلاق پزشـکی ایـران»، در: سـوگندنامه‌های پرشـکی در آمـوزش و پژوهـش. مرکـز مطالعـات و تحقیقـات اخـلاق پزشـکی، صص۱۱۷تا۱۱۹.

4. Shooner, Caroline. (1997). “The Ethics of Learning from Patients”. CMAJ, 156 (4), P. 535–538.

5. Coleman, Katie & Elizabeth Murray. (2002). “Patients' Views and Feeling on the Community–Based Teaching of Undergraduate Medical Students: A Qualitative Study”. Family practice, Oxford University Press. 19 (2), P. 183-188.

۶. بی‌نـا. (بی‌تـا). «تعاریـف بیمارنمـا». مرکـز مطالعـات و توسـعه‌ی آموزش دانشـگاه علوم پزشـکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، دست‌یافتنی در
. http://edu.tums.ac.ir/content (accessed in 2010)

7. Stevens, Amy & et al. (2006). “The Use of Virtual Patients to Teach Medical Students History Taking and Communication Skills”. Am J Surg, 191 (6), P. 806-811.

8. Jagsi, Reshma & Lisa Soleymani Lehman. (2004). “The Ethics of Medical Education”. BMJ, 329, P. 332-334.

۹. لاریجانـی، باقـر و همـکاران. (۱۳۸۵). «ملاحظـات اخلاقـی در آمـوزش بالینـی». مجلـه‌ی دیابـت و لپیـد ایران؛ ویژه‌نامـه‌ی اخلاق در پژوهش‌های بالینی پزشـکی، دوره‌ی ۴، صص۱۰۵تا۱۰۹.

10. Lowe, Michael & et al. (2008). “Do Patients have an Obligation to Participate in Student Teaching?”. Med Educ, 42 (3), 237-241. doi: 10. 1111/j. 1365-2923. 2007. 02948. x. Epub 2008 Jan 24.

11. English, Veronica & et al. (2004). Medical Ethics Today: The BMA's Handbook of Ethics and Law. London: BMJ Publishing Group, P. 660-674.

12. Anonymous. (2003). “Faculty of Medicine /Affiliated Institutions Guidelines for Ethics & Professionalism”, In: Healthcare Professional Clinical Training and Teaching. Available at http: //www.md.utoronto.ca/Assets/FacMed+Digital+Assets/Undergraduate+Medicine+Ed

ucation+MD+Program/registrar/Guidelines+for+Ethics+in+Clinical+Training.pdf (accessed in 2010).

13. Basagaoglu, İbrahim & Nil Sari. (ND). “Patient Attitude about Ethical Issues Confronted During the Clinical Education of Medical Students”. Available at http:/ www.ishim.net/ishimj/jishim4_7_8/Vol4No7/ibrahim_sari. doc. (accessed in 2010).

14. Sethuraman, K. R. (2003). “Ethics of Patient Care by Trainee-Doctors in Teaching Hospitals”. J Postgrad Med, 49 (2), P. 159-162.

15. Lo, Bernard. (2009). Resolving Ethical Dilemmas: A Guide for Clinicians. P. 226-231.

16. Braunack-Mayer, Annette J. (2001). “Should Medical Students Act as Surrogate Patients for Each Other?”. Med Educ, 35 (7), P. 681-686.

17. Wearn, Andy & Harsh Bhoopatka. (2006). “Evaluation of Consent of Peer Physical Examination: Students Reflect on their Clinical Skills Learning Experience”. Med Educ, 40 (10), P. 957-964.

۱۸. شیرازی، ماندانا. (۱۳۸۷). «کاربرد بیمار استانداردشده در علوم پزشکی». رویش، ش۳، صص۱۲تا۱۵.

19. Ryan, C Anthony & et al. (2010). “Using Standardized Patients to Assess Communication Skills in Medical and Nursing Students”. BMC Med Educ, 10, P. 24. doi: 10. 1186/1472-6920-10-24. Available at http://www.biomedcentral.Com/1472-6920/10/24 pp:1.

20. Hubal, Robert C. & et al. (2000). “The Virtual Standardized Patient. Simulated Patient-Practitioner Dialog for Patient Interview Training”. Stud Health Technol Inform, 70, P. 133-138.

21. Perera, Jennifer & et al. (2009). “Training Simulated Patients: Evaluation of a Training Approach Using Self-Assessment and Peer/Tutor Feedback to Improve Performance”. BMC Medical Education, 9, P. 37. doi:10. 1186/1472-6920-9-37.

22. Abdelkhalek, Nahed M. & et al. (2009). “Faculty as Simulated Patients (FSPs) in Assessing Medical Students' Clinical Reasoning Skills”. Educ Health (Abingdon), 22 (3), P. 323.

23. Kneebone, R. L. & et al. (2004). “Simulation and Clinical Practice: Strengthening the Relationship”. Med Educ, 38 (10), P. 1095-1102.

24. Zary, Nabil & et al. (2006). “Development, Implementation and Pilot Evaluation of a Web-Based Virtual Patient Case Simulation Environment-Web-SP”. BMC Med Educ, 6, P. 10.

25. Wahlgren, Carl-Fredrik & et al. (2006). “Evaluation of an Interactive Case Simulation System in Dermatology and Venereology for Medical Students”. BMC Med Educ, 6, P. 40.

۲۶. شریعتی، محمد و همکاران. (۱۳۸۷). «بررسی تأثیر استفاده از بیماران مجازی در آموزش جراحی دانشجویان پزشکی؛ یک مطالعه‌ی مداخله‌ای تصادفی کنترل‌شده». مجله‌ی دانش و تندرستی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، دوره‌ی ۳، ش۱، صص۱تا۸.

27. Edinger, Walter & et al. (1999). “Using Standardized Patients to Teach Clinical Ethics”. Med Educ Online [serial online], 4, 4. Available at URL http://www. Med-Ed-Online. Org.

28. Leeper-Majors, Kristine & et al. (2003). “The Effect of Standardized Patient Feedback in Teaching Surgical Residents Informed Consent: Results of a pilot study”. Curr Surg, 60 (6), P. 615-622.

۲۹. جعفری، فرشاد و همکاران. (۱۳۸۰). «مرکز آموزش مهارت‌های بالینی چیست؟». مجله‌ی ایرانی آموزشی در علوم پزشکی، دوره‌ی۱، ش۳، صص۲۱تا۲۹.

30. National University of Singapore. (2009). “Participant Information Sheet & Consent form (for standardized patients)”, Version no;1, 1, P. 1-7. Available at http://www.docstoc.com/docs/26555602/Yong-Loo-Lin-School-of-Medicine-PARTICIPANT-INFORMATION-SHEET-CONSENT-FORM-FOR-STANDARDIZED-PATIENTS-1-Project-title-Standardized-Patient-Program-for-Medical-Education-2.

۳۱. صرافی‌نژاد، افشین. (۱۳۸۷). «تولید محتوای استاندارد در آموزش مجازی، یك نیاز ضروری؛ گام‌های توسعه در آموزش پزشکی». مجله‌ی مرکز مطالعات و توسعه‌ی آموزش پزشکی، دوره‌ی ۵، ش۲، صص۱۵۲تا۱۵۴.

32. Howe, Amanda & Janie Anderson. (2003). “Involving Patients in Medical Education”. BMJ, 327, P. 326-328.

33. Doyal, Len. (2001). “Closing the Gap between Professional Teaching and Practice”. BMJ, 322 (7288), P. 685-686.

۳۴. محققی، محمدعلی. (۱۳۷۳). «آداب تعلیم و تعلم در علم طب»، در: سوگندنامه‌های پرشکی در آموزش و پژوهش. مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی، صص۱۳۱تا۱۴۳.

35. Sayer, Melissa & et al. (2002). “Use of Patients in Professional Medical Examinations: Current UK Practice and the Ethicolegal Implications for Medical Education”. BMJ, 232, P. 404-407.

36. Hamilton, Patricia. (2006). “Ethical Dilemmas in Training Tomorrow's Doctors”. Paediatr Respir Rev, 7 (2), P. 129-134.

ccdhb.org.nz/patient/Rights_EGCT.html (accessed in 2010).

52. Humayun, Ayesha & et al. (2008). “Patients' Perception and Actual Practice of Informed Consent, Privacy and Confidentiality in General Medical Outpatient Departments of Two Tertiary Care Hospitals of Lahore”. BMC Med Ethics, 9, P. 14.

53. American Medical Association. (2005). AMA's Code of Medical Ethics. Available at http://www. ama-assn. org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics. page (accessed in 2006).

54. Anonymous. (2009). Guidance on the Use of Patient Stories. Available at http://www. wales. nhs. uk/sitesplus/documents/862/063GuidanceOnTheUseOfPatientStories. pdf (accessed in 2010).

55. Crowther, R. L. (1990). “A Medical Student’s View of Paediatrics”. J R Soc Med, 83 (11), P. 683–685.

56. Craze, J. & T. Hope. (2006). “Teaching Medical Students to Examine Children”. Arch Dis Child, 91 (12), P. 966-968.

57. Hope, Tony & et al. (2005). “Developing Guidelines for Medical Students about the Examination of Patients under 18 Years Old”. BMJ, 331 (7529), P. 1384-1386.

58. Guidelines to Medical Students about Proper Conduct with Regard to Physical Examination of Patients who are under the Age of 18 Years Old (Minors). (ND). Available at http://bmj.bmjjournals. com/cgi/content/full/331/7529/1384/DC1 (accessed in 2006).

59. West, Andrew & et al. (2001). “Learning Respect”. BMJ, 322 (7288), P. 743.

60. Nesheim, B-I. (2003). “Commentary: Respecting the Patient’s Integrity is the Key”. BMJ, 326 (7380), P. 100.

61. Tighe, MP. (ND). “Examination Best Practice”. Available at http:// bmj. com/cgi/eletters/ 331/7529/1384#124050 (accessed in 2006).

62. Kljakovic, Marjan & Chris Parkin. (2002). “The Presence of Medical Students in Practice Consultations. Rates of Patient Consent”. Aust Fam Physician, 31 (5), P. 487-489.

63. O'Flynn, Norma & et al. (1997). “Consent and Confidentiality in Teaching in General Practice: Survey of Patients' Views on Presence of Students”. BMJ, 315 (7116), P. 1142.

64. Monnickendam, Shlomo M. & et al. (2001). “Patients’ Attitudes towards the Presence of Medical Students in Family Practice Consultations”. Isr Med

37. Yentis, S. M. (2005). “The Use of Patients for Learning and Maintaining Practical Skills”. J R Soc Med, 98 (7), P. 299-302.

38. Gaberson, Kathleen & Marilyn Oermann. (2010). Clinical Teaching Strategies in Nursing. Springer Publisher, P. 89-99.

۳۹. یمانی، نیکو. (۱۳۸۸). «چگونه دانشجویان پزشکی حرفه‌ای‌گری را در بالین می‌آموزند؟؛ یک مطالعه‌ی کیفی از تجارب اساتید و کارورزان». مجله‌ی ایرانی آموزش علوم پزشکی، دوره‌ی۴، ش۹، صص۳۸۳تا۳۹۶.

40. Kalantari, S. P. (2003). “Ethics in Medical Education”. Indian J Anaseth, 47 (6), P. 435-436.

41. Grant, Valerie J. (1994). “Patient Involvement in Clinical Teaching”. J Med Ethics, 20 (4), P. 244-250.

42. Serour, Gamal I. (2006). “FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. Ethical Issues in Medical Education: Gifts and Obligations”. Int J Gynaecol Obstet, 93 (2), 189-190.

43. Chen, Xiaoyang & Tongwei Yang. (2004). “Ethical Issues of Clinical Teaching in Chinese Hospital: Informed Consent is of Great Significance to Clinical Teaching”. EJAIB, 14 (6), P. 216-218.

44. O'Flynn, Norma & Janice Rymer. (2003). “Consent for Teaching: The Experience of Women Attending a Gynaecology Clinic”. Med Educ, 37 (12), P. 1109-1114.

45. Evans, H. M. (2007). “Do Patients have Duties?”. J Med Ethics, 33, P. 689-694.

46. Chretien, Katherine C. & et al. (2010). “A Qualitative Study of the Meaning of Physical Examination Teaching for Patients”. J Gen Intern Med, 25 (8), P. 786-791.

47. Barnett, Alan T. & et al. (2009). “Informed Consent from Patients Participating in Medical Education: A Surrey from a University Hospital in Jamaica”. BMC Res Notes, 2, P. 252.

48. Rosenson, Jon & et al. (2004). “Teaching Invasive Procedures to Medical Students”. JAMA, 291 (1), P. 119-120

49. Berger, Jeffrey T. & et al. (2002). “Ethics of Practicing Medical Procedures on Newly Dead and Nearly Dead Patients”. J Gen Intern Med, 17 (10), P. 774-778.

50. Anonymous. (2002). “Guidelines for Ethics in Clinical Teaching, Final Draft”. Available at http://www.ctl.segi.edu.my/downloads/lecturer/Clinical_Ethics.pdf. (accessed in 2010).

51. Anonymous. (ND). “Ethical Guidelines: Involving Patients in Clinical Teaching”. Available at http://www.

Assoc J. 3 (12), P. 903-906.

65. Alcolado, John C. (2005). “Examination of Vulnerable Patients by Medical Students”. BMJ. 331, P. 1384.

۶۶. محقـق دامـاد، سـیدمصطفی. (۱۳۸۹). فقه پزشـکی. تهران: انتشارات حقوقی.

۶۷. یوسـفیان، نعمت‌اللـه. (۱۳۹۰). اخـلاق پزشـکی. قم: سـپاه پاسـداران انقلاب اسـلامی، نمایندگی ولـی فقیه، پژوهشـکده‌ی تحقیقـات اسـلامی، انتشـارات زمـزم هدایت، صص۳۷تا۴۱، دست‌یافتنی در http://www.noorlib.ir/View/fa/Book/BookView/Text/15941/1/8

نگاهی به قوانین و مقررات مهم برای شاغلان در بیمارستان‌ها

سیدعلی انجو، محمدعلی خورسندیان، مهرزاد کیانی، بهزاد شمس

معرفی نمونه‌ی اول

آقـای دکتـر دال که در بخش تروما فعالیت دارد، ماه‌ها پیش بیماری داشـته اسـت و همراهانش او را در حالـت افت هوشـیاری به بیمارسـتان آورده‌اند و چون همراهان اعـلام کرده بودند که او از ارتفاع سـقوط کرده اسـت، ایشان نیز در پرونده‌ی بیمار سـقوط از ارتفاع را به‌عنوان تشخیص اولیه اعلام کرده‌اند. بیمار پس از یک هفته بسـتری در بیمارسـتان فوت می‌کند. اکنون قاتل آن بیمار به قتل اعتراف کرده است و به علاوه در بازسـازی صحنه‌ی جرم و اظهارات قاتل و سـایر شـواهد معلوم شده اسـت که متوفی (مقتول) از طریق واردآمدن ضربه‌ی چماق به سـرش به قتل رسـیده اسـت. بازپرس ویژه‌ی قتل دکتر دال را به خاطر ثبت عبارت سـقوط از ارتفاع به‌عنوان تشـخیص اولیه‌ی بیمار، برای ارائه‌ی توضیحات به دادسرای جنایی احضار می‌کند.

معرفی نمونه‌ی دوم

بیماری با خونریزی گوارشـی شـفاف و فراوان از پایین دسـتگاه گوارش (Lower GI Bleeding) به دلیل نبودن دسـتگاه اندوسـکوپی، پس از هماهنگی با بخش گوارش بیمارستانی در مرکز استان و اخذ پذیرش بستری، با آمبولانس به آنجا آورده می‌شود. در راه، بیمار با سرم نرمال سالین هیدراته می‌شود و زمانی که به مرکز استان می‌رسد خونریزی شفاف و فراوان او به دلیلی نامعلوم قطع می‌شود. در اورژانس بیمارستان

به دلیل پایداربودن شرایط بیمار، او را از سرویس داخلی مرخص می‌کنند. همراه بیمار با خواهش و اصرار از یکی از پزشکان سرویس جراحی می‌خواهد که بیمارش را ویزیت کند و ازآنجاکه بیمار فتق اینگوینال هم داشته است به‌عنوان بیمار الکتیو بخش جراحی برای عمل فتق مغبنی بستری می‌شود.

فـردای آن روز بیمـار در بخش جراحـی پیش از آنکه برای عمـل به اتاق عمل ارجاع گـردد، مجدداً دچار خونریزی گوارشـی می‌شـود و توسط دسـتیار بخش جراحی درخواست مشـاوره‌ی داخلی برای او ارسال می‌شود. دستیار جراحی در فرم درخواست مشاوره براساس یک ذهنیت اشتباه اشاره می‌کند که «شرایط بیمار در اندوسکوپی که او در شهرستان انجام داده، پایدار و اندوسکوپی نرمال بوده است»؛ دستیار داخلی نیز بدون خواندن متن پرونده و به اسـتناد گزارش دسـتیار جراحی در پاسـخ مشاوره به اندوسکوپی نرمال بیمار در شهرسـتان اشـاره می‌کند. پس از آن بیمـار چندین‌بار بین بخش‌های داخلـی و جراحی جابه‌جا می‌گـردد و در این میان چندین مشـاوره‌ی داخلـی و جراحی برای او انجام می‌گیـرد و به جز یک رزیدنت داخلی و یک رزیدنت جراحی، همه‌ی دسـتیاران دیگری که به مشـاوره‌ها پاسـخ داده‌اند از اندوسـکوپی نرمال بیمار در شهرستان سخن گفته‌اند. اکنون همراه بیمار که خود پرستار است از تمامی دستیارانی که به اشـتباه در پرونده درباره‌ی اندوسـکوپی‌ای که هرگز در شهرسـتان انجام نشده بوده اظهارنظر کرده‌اند، شکایت کرده است.

معرفی نمونه‌ی سوم

آقای دکتر الف، پزشـک عمومی شـیفت جمعه‌شـب اورژانس بیمارسـتانی در یکی از شهرستان‌هاسـت. ایشـان پزشک حاذق و وظیفه‌شناسی هسـتند که به اصول اخلاقی در محدوده‌ی آگاهی و شناخت خود، پایبندند. سـاعت پنج صبح روز شـنبه، پس از یک شب بسیار شلوغ و سـخت، در حال رسیدگی به درمان بیماری اورژانسی با تشخیص‌های احتمالی CVA[1]، آنژین صدری ناپایدار و احتمالاً MI، exacerbation of asthma[2][3] و همچنین یک بیمار سـقوط از ارتفاع با کاهش سـطح هوشـیاری اسـت. در این بیمارستان شـرایط به گونه‌ای اسـت که پزشـک اورژانس شیفت شـب (به جز پنج‌شنبه‌شـب‌ها) از ساعت هفت صبح بیماران درمانگاهی شـیفت بعد را برای مراجعه به آزمایشـگاه، ویزیت کرده و برای آنان آزمایش‌های لازم را نسـخه می‌کند. رسـیدگی به چهار بیمار اورژانسـی تا ساعت ۷:۳۰ صبح طول کشـیده است. در طی این نیم‌ساعت بیماران زیادی پشت در اتاق ویزیت اورژانس جمع شده‌اند و در ورودی بیمارستان، بر سر نوبت، همهمه و گاهی نزاع در گرفته است.

یکی از مراجعان پیش می‌آید و خود را دادسـتان آن شهرسـتان معرفی می‌کند و ضمن اشـاره به اختلال ایجادشـده در نظم عمومی درمانگاه، از پزشـک می‌خواهد به وظیفه‌ی پاسـخ‌گویی به بیماران سـرپایی و

۱. حمله‌ی عروق مغزی (Cerebrovascular Accident یا CVA) بیماری است که در افواه عوام به آن سکته‌ی مغزی گویند.
۲. میوکاردیال اینفارکشن یا انفارکتوس همان سکته‌ی قلبی است.
۳. این اصطلاح مربوط به تشدید علائم بیماری است که دچار آسم است و هر از چند وقت، حمله‌های نفس‌تنگی ناشی از بیماری او بدتر می‌شود.

سروسامان‌دادن به وضعیت درمانگاه عمل نماید.

پزشک خسته و آشفته از کشیک سخت شب گذشته و نگران از وضعیتِ ناپایدار بیماران اورژانسیِ خود، با تندی با دادستان سخن می‌گوید و بیانی را اظهار می‌کند که محترمانه‌اش این است که شما هر مقامی در بیرون دارید، محترم هستید اما در اینجا کاره‌ای نیستید و من وظایف خودم را بهتر از شما متوجه می‌شوم.

دادستان هم که از بی‌حرمت‌شدن در مقابل همشهریانش جا خورده و ناراحت است خاطرنشان می‌کند که دادستان مدعی‌العموم و نماینده‌ی قانونی برای احقاق حق مردم است. پزشک که از مداخله‌ی او در کارهای درمانی عصبانی شده و البته زیاد هم تفاوت دادستان و فرماندار و بخشدار را به لحاظ ساختار قوانین کشور نمی‌داند با صدای بلند می‌گوید: «هرکس به خود اجازه می‌دهد در پزشکی دخالت کند؛ تو اگر نماینده‌ی مردمی دو تا آمبولانس برای این شهر بخر» و کلماتی را اضافه می‌کند که مضمون آن نادانستن و سردرنیاوردن دادستان از امور پزشکی است. پانزده دقیقه‌ی بعد درست، دقایقی قبل از کشیک طاقت‌فرسای یک جمعه‌شب شلوغ، دادستان با همراهی یک سرباز مسلّح و حکم جلب آقای دکتر الف، برای بردن ایشان به اورژانس بیمارستان می‌آید.

۱. مقدمه

هر شهروندی برای زندگی موفق فردی و شغلی در کشوری که در آن زندگی می‌کند نیاز دارد از قوانین آن کشور آگاهی داشته باشد و حقوقی را که به موجب آن قوانین از آن‌ها برخوردار شده و مسئولیت‌هایی را که به عهده‌ی او گذاشته شده است، در حدّ توان، امکان و لزوم بداند. پزشکان و پرستاران و کارکنان بیمارستان در جامعه با حقوق‌دانان، قضات، وکلا، کارکنان و مقامات دادگاه‌ها و دادسراها ارتباط‌هایی خواهند داشت. دانستن شیوه‌ی فکرکردن مقامات قضایی به کارکنان بخش درمانی کمک می‌کند که از سوءتفاهم‌ها جلوگیری شود و برای یافتن روش تعاملی بهتر جست‌وجوی بیشتر انجام گیرد؛ لذا این فصل با بیانی صمیمانه‌تر از منابع حقوقی و با توجه به اینکه مخاطب این فصل یک همکار بیمارستانی است، نوشته شده است.

ازآنجاکه بیان و نوشتار منابع و کتب علم حقوق بسیار با شیوه‌ی بیان کتاب‌های پزشکی و علوم تجربی متفاوت و در نتیجه برای خواننده‌ی ناآشنا با متن‌های حقوقی، مطالبی از این دست سنگین است، در این مقال تلاش شده تا ضمن حفظ صحت علمی‌مطالب از اصطلاحات ثقیل و سنگین حقوقی در حدّی که امکان‌پذیر است، اجتناب گردد و هر جا برای آموزش آن عبارت و واژگان ناگزیر از به‌کارگیری کلمات تخصصی حقوقی بوده‌ایم، تلاش کرده‌ایم که مفهوم آن را بازگشایی و شفاف‌سازی کنیم.

در ابتدای این نوشتار سه نمونه‌ی برخاسته از واقعیت با تغییراتی مختصر به‌نحوی‌که متضمن اشاره به اشخاص و همکاران مورد نظر نباشد، آورده شده است. گمان نویسندگان این است که همکارانی که با شرایط موجود در این نمونه‌ها مواجه شده بودند، اگر این فصل کتاب را خوانده بودند، دچار مشکل نمی‌شدند. پس از آشنایی با طرح سه نمونه‌ی یادشده، کلیات و واژگانی اولیه که برای فهم

مطالب حقوقی لازم است به‌طور خیلی مختصر و ساده توضیح داده شده‌اند؛ سپس تفاوت اخلاق و قانون و نیز تفاوت نگاه تدافعی به طب در مقایسه با نگاه مهربانانه، بررسی شده و بعد از آن عین مواردی از قوانین مرتبط با نظام سلامت آورده شده‌اند. بخش بعدی به آشنایی با برخی از اصطلاحات رایج فقهی حقوقی اختصاص داده شده و در انتها، فصل با بحث درباره‌ی نمونه‌های آغاز فصل به پایان رسانده شده است.

۲. مسئولیت به‌طور کلی

مسئولیت‌های افراد را به دو دسته‌ی مسئولیت‌های اخلاقی و مسئولیت‌های حقوقی تقسیم می‌کنند. ساده و مختصر اینکه مسئولیت اخلاقی، آن دسته از تعهدهایی است که اشخاص در برابر دیگران دارند؛ اما در قانون به آن پرداخته نشده (۱) و در قوانین کشور ضمانت اجرایی برای آن در نظر گرفته نشده است.

۲- ۱. مسئولیت مدنی و کیفری

مسئولیت حقوقی خود به دو دسته‌ی مسئولیت مدنی و مسئولیت کیفری تقسیم می‌شود که تفصیل آن و دسته‌بندی‌های جزئی‌تر آن در کتب و منابع علم حقوق در دسترس است (۲). واضح است که همان‌گونه که ما در قبال دیگران مسئولیت داریم، دیگران نیز در قبال ما مسئولیت‌هایی دارند که آن مسئولیت‌ها همان حقوق ما هستند. به بیان دیگر در روابط انسانی حق و مسئولیت دو روی یک سکه هستند. در ارتباط «من و شما» در واقع حقّ من، مسئولیت شما و مسئولیت من حقّ شماست (۳). این تعریف از مسئولیت به روابط بین افراد منحصر نیست؛ بلکه اشخاص حقیقی یا حقوقی به واسطه‌ی هریک از هویت‌های حقیقی یا حقوقی‌شان، مسئولیت‌ها (وظایف) و حقوقی خواهند داشت (۴).

به هر روی زمانی که یک شخص به‌صورت آگاهانه یا با غفلت جبران‌ناپذیر با بزهکاری خود نظم اجتماعی و اخلاق حسنه را نقض نماید، مسئولیت کیفری دارد؛ لذا باید به مجازات کاری که انجام داده است الزام شود. این مجازات که واکنش جامعه در برابر شخص بزهکار است می‌تواند چیزی مانند جریمه‌ی نقدی، سلب آزادی یا سلب حقوق اجتماعی باشد؛ اما مسئولیت مدنی جایی است که خسارتی به دیگری وارد شده است. در حقیقت مسئولیت مدنی، تکلیف شخص به انجام‌دادن تعهدی است که خود بر عهده گرفته یا التزام او به جبران خسارتی است که آگاهانه یا ناآگاهانه به دیگری وارد نموده است؛ ازاین‌رو ملاحظه می‌نمایید که مسئولیت مدنی با مسئولیت کیفری متفاوت است؛ جایی که شخصی خسارتی به دیگری وارد نموده و جبران خسارت می‌کند از باب مسئولیت مدنی است، اما جایی که کسی جرمی مرتکب شده و به زندان می‌رود از باب مسئولیت کیفری است. تفاوت‌های مهم این دو مسئولیت در چند چیز است:

۱. عناصر سازنده‌ی این دو مسئولیت چنان‌که خواهیم گفت متفاوت است. عناصر مسئولیت کیفری، انجام‌دادن یك عمل ناروا، نیت سوء و وجود ممنوعیت قانونی برای فعل انجام‌شده است؛ اما عناصر مسئولیت مدنی، وجود ضرر، ارتکاب یك فعل زیان‌بار به‌صورت غیرمتعارف و رابطه‌ی سببیت بین شخص و نتیجه است.

۲. هدف از مسئولیت کیفری دفاع از جامعه در

برابر خدشه در نظم عمومی و تنبیه مجرم است؛ اما هدف از مسئولیت مدنی جبران خسارت اشخاصی است که از رفتار شخص دیگر دچار زیان شده‌اند.

۳. جرم را فقط قانون معین می‌کند؛ اما مسئولیت مدنی می‌تواند تابع عرف باشد.

٤. مبنای مسئولیت کیفری همواره سوءنیت و رفتار بزهکارانه‌ی یک شخص است؛ اما مسئولیت مدنی می‌تواند بدون تقصیر و آگاهی مرتکب آن و حتی با حسن نیت یک شهروند خوب صورت پذیرد.

٥. نتیجه‌ی مسئولیت کیفری مجازات است اما ضمانت اجرای مسئولیت مدنی جبران خسارت است.

٦. رسیدگی به جرایم کیفری و صلاحیت دادگاه‌های رسیدگی‌کننده به آن متفاوت است. مرجع رسیدگی به تخلفات ناشی از نقض مسئولیت‌های کیفری دادگاه کیفری است. این دادگاه‌ها قضاتی متفاوت و گاهی بیش از یک نفر قاضی دارند. رسیدگی به این پرونده‌ها فوری است. پرونده‌ها نخست در دادسرا تشکیل می‌شوند و با ترتیب خاصی که در قانون آیین دادرسی کیفری نوشته شده است درباره‌ی آن‌ها تحقیقات مقدماتی انجام می‌شود. در این پرونده‌ها افزون بر شاکی خصوصی، دادستان نیز از طرف عموم مردم در برابر متهم اقامه‌ی دعوا می‌کند؛ اما مرجع نقض مسئولیت مدنی «دادگاه های مدنی» است که با یک قاضی تشکیل می‌شود و قواعد و مقررات رسیدگی براساس «آیین دادرسی مدنی» است. رسیدگی به این پرونده‌ها معمولاً طولانی است و دادگاه مدنی در نهایت حکمی‌مانند جبران خسارت، الزام به انجام‌دادن فعل یا ترک آن را صادر می‌کند؛ یعنی متخلف را وادار می‌کنند خسارت فرد زیان‌دیده را جبران کند یا عملی را که مسئول انجام آن بوده و انجام نداده است، به انجام برساند یا عملی را که انجام آن تخلف بوده و مرتکب می‌شده است دیگر انجام ندهد. در واقع دادگاه مدنی نمی‌تواند حکم زندان یا شلاق صادر کند (۵).

۲- ۲. مسئولیت انتظامی (حرفه‌ای)

در عرصه‌ی عمومی‌افراد ازآنجاکه شهروند کشوری هستند که در آن زندگی می‌کنند، به مثابه هریک از شهروندان آن کشور «مسئولیت‌های مدنی و کیفری» دارند. در کنار آن برخی اشخاص به واسطه‌ی مقررات حرفه‌ای که بدان مشغول هستند، نوع دیگری از مسئولیت را بر عهده دارند که به آن «مسئولیت انتظامی»گفته می‌شود؛ برای مثال کارکنان پلیس یا نیروهای مسلح یا قضات و وکلا وظیفه دارند به الزامات شغل خود پایبند باشند و در صورت سرپیچی از وظایفی که به مناسبت حرفه‌ی خود بر عهده دارند مشمول جریمه‌هایی می‌گردند. این جریمه‌ها می‌تواند از تذکر و توبیخ تا لغو مجوز اشتغال به آن حرفه باشد.

اتحادیه‌ها و سازمان‌های ناظر بر مشاغل نظام‌ها مقررات و دستورالعمل‌هایی برای شاغلان صنف خود وضع می‌کنند. واضح است که ضمانت اجرای این مقررات در حیطه‌ی قدرت، همان اتحادیه‌های صنفی است و تخلف از دستورالعمل‌های برآمده از مسئولیت‌های انتظامی، تخلف انضباطی شغلی تلقی می‌شوند (۶)؛ از جمله نظامات صنفی

و حرفه‌ای نظام پزشکی، نظام پرستاری، نظام مهندسی و اتحادیه‌هایی از این قبیل هستند. یک مهندس ناظر ساختمان برای اینکه بتواند شغل نظارت بر ساختمان را داشته باشد ملزم است طبق قواعد تهیه‌شده در نظام آن صنف، پروانه‌ی کار و مجوز دریافت کند و اگر از قواعد صنف خود تخطی کند، نظام مهندسی با قدرتی که در زمینه‌ی اعطای مجوزهای شغلی و تعیین سقف نظارت‌ها و... دارد می‌تواند او را تنبیه کند.

به همین طریق نظام پزشکی نیز در قبال پروانه‌ی طبابت و نیز پرونده‌ی مطب که برای اعضای خود صادر می‌کند مقرراتی وضع کرده و بر آن اساس تعهدات و مسئولیت‌هایی را برای اعضای خود در نظر می‌گیرد.

در صورت وجود شکایت در خصوص تخطی حرفه‌مندان از دستورالعمل‌های صنف، هیئت‌های بدوی یا تجدیدنظر انتظامی‌مسئول رسیدگی هستند. واضح است که نوع حکم صادرشده توسط هیئت‌های بدوی و تجدیدنظر انتظامی از جنس محدودیت‌های شغلی است (۷). در حوزه‌ی امور پزشکی مجازات‌های حرفه‌ای (انتظامی) بدین‌ترتیب است:

الف- تذکر یا توبیخ شفاهی در حضور هیئت مدیره‌ی نظام پزشکی محل؛

ب- اخطار یا توبیخ کتبی با درج در پرونده‌ی نظام پزشکی محل؛

ج- توبیخ کتبی با درج در پرونده‌ی نظام پزشکی و نشریه‌ی نظام پزشکی محل یا الصاق رأی در تابلوی اعلانات نظام پزشکی محل؛

د- محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته از سه ماه تا یك سال در محل ارتکاب تخلف؛

هـ- محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته از سه ماه تا یك سال در تمام کشور؛

و- محرومیت از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته از یك سال تا پنج سال در تمام کشور؛

ز- محرومیت دائم از اشتغال به حرفه‌های پزشکی و وابسته در تمام کشور.»[۱]

گفتنی است که محکومیت‌های بندهای «الف» و «ب» و «ج» به جزای نقدی نیز تبدیل می‌شوند. پرداخت این وجوه را نیز بیمه‌نامه‌های مسئولیت حرفه‌ای پزشکان تحت پوشش قرار نمی‌دهند.

۳. ارکان مسئولیت

برای اینکه در محکمه بتوان ثابت کرد مسئولیتی نقض شده است یا به عکس نشان داد مسئولیتی نقض نشده است به اجزاء یا عناصر یا ارکان مسئولیت استناد می‌کنند.

مسئولیت مدنی می‌تواند «قراردادی» یا «خارج از قرارداد» (قهری) باشد. مسئولیت قراردادی زمانی است که ما با اراده‌ی خودمان تعهداتی را بر عهده گرفته باشیم؛ در این صورت باید آن تعهد را انجام بدهیم و اگر آن را نقض کنیم دادگاه، ما را به پرداخت خسارت یا پذیرش نقضِ متقابل تعهدات طرف دیگر ملزم خواهد کرد؛ برای مثال پزشک یا بیمارستانی که با بیماری قرارداد درمان بسته است، مسئولیت مدنی قراردادی دارد. مسئولیت مدنی خارج از قرار داد جایی است که بدون نیاز به آنکه قراری با کسی

۱. ماده‌ی ۳۰ آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته

داشته باشیم، ملزم به جبران خسارت او بشویم؛ برای مثال با شخصی تصادف کنیم و خسارتی به خودرو یا بدن او وارد کنیم.

ارکان مسئولیت مدنی قهری عبارت‌اند از:

الف. «ضرر» که می‌تواند شامل ضرر مادی یا معنوی باشد؛ مانند ضرر بدنی که هم مادی است هم معنوی. همچنین عدم‌النفع و زیان‌های مسلم آینده هم در اینجا مطرح است.

ب. «وقوع یک کار زیان‌بار» که با تقصیر یا خروج از رفتار متعارف صورت گرفته باشد یا تنها برای شخصی دیگر ایجاد خطر شده باشد. این رکن ترك یك کار را هم که موجب خسارت به دیگری بشود شامل می‌شود؛ البته باید دانست که اجبار، اضطرار، غرور (فریفته‌شدن)، اجرای حق یا رضایت زیان‌دیده باعث می‌شود که مسئولیت شخصی که ضرری به دیگری زده است برداشته شود؛ اما درباره‌ی صدمه‌های عمدی به بدن و خطاهای سنگین و کارهای خلاف نظم عمومی، رضایت زیان‌دیده یا «شرط عدم مسئولیت» مؤثر نیست.

ج. «رابطه‌ی سببیّت» یعنی آنکه واردشدن ضرر ناشی از فعل پدیدآورنده‌ی زیان باشد نه ناشی از قوه‌ی قاهره[1] یا علت خارجی یا تقصیر خود زیان‌دیده (۸).

به بیان دیگر شخص شاکی که می‌خواهد خسارت بگیرد باید هر سه عنصر را در دادگاه اثبات کند: یعنی هم باید ثابت کند که دچار زیان شده است؛ هم باید اثبات کند که این زیان ناشی از رفتار شخص مقابل او که «خوانده» یا «متشاکی» نامیده می‌شود بوده است؛ همچنین ثابت کند این زیان ناشی از رفتار خود او یا شخص ثالث یا حادثه‌ی طبیعی اجتناب‌ناپذیر یا پیش‌بینی‌ناپذیری نبوده است. خوانده هم برای دفاع از خود باید دست کم یکی از این عناصر را انکار کند. شایان ذکر است شخص خوانده می‌تواند برای رهایی از عنصر دوم مسئولیت مدنی به برخی از موارد مهم، مانند آنکه توسط شخصی دیگر تهدید یا اجبار شده است یا آنکه میان او و زیان‌دیده توافقی مبنی بر عدم مسئولیت وجود داشته استناد کند؛ البته باید دانست که توافق دو شخص بر مسئولیت نداشتن دیگری در برابر خسارت‌هایی که به او وارد می‌کند شامل خسارت‌های سنگین و نامتعارف نمی‌شود. ارکان مسئولیت کیفری عبارت‌اند از:

الف. «عنصر قانونی» یا وجود ممنوعیت قانونی برای فعل انجام‌شده؛

ب. «عنصر روانی یا معنوی» یا داشتن قصد و آگاهی از ممنوعیت عمل (نیت سوء)؛

ج. «عنصر مادی» یا انجام پذیرفتن یک کار ناروا.

این ارکان نشان می‌دهند که اگر بخواهیم ثابت کنیم کسی جرمی[2] مرتکب شده است باید اوّلاً نشان دهیم چنین کاری در قانون صراحتاً جرم دانسته شده است (عنصر قانونی) و به علاوه نشان دهیم فرد متهم انگیزه و نیت انجام فعل مجرمانه روی شخص زیان‌دیده را داشته است (عنصر روانی یا معنوی) و ثالثاً اثبات کنیم به لحاظ مادی فعل مجرمانه واقعاً رخ داده است؛ چراکه به صرف اینکه کسی خیال انجام‌دادن جرمی را در سر می‌پرورانده نمی‌توان او را مجرم دانست (عنصر مادی) (۹).

1. Force Majeure

۲. نقض مسئولیت کیفری یا جزایی در اصطلاح «جرم» نامیده می‌شود.

رفتارهـای افـراد جرم نیسـت؛ مگـر اینکـه قانون به‌صراحـت آن را جرم تلقّی کرده باشـد. افراد مجرم نیسـتند؛ مگر اینکه عمل مجرمانـه‌ی مادی در عالم واقع رخ داده باشـد و افراد مجرم نیستند، مگر اینکه نیّـت و انگیزه‌ی مجرمانه داشـته باشـند. برای وقوع جرم هر سـه رکـن آن لازم اسـت؛ یعنی اگـر یکی از سـه عنصر فوق وجود نداشته باشد اثبات جرم کامل نمی‌شـود. به همین ترتیب شـخص متهـم می‌تواند بـا انـکار هر یک از ایـن عناصر از مجـازات و واکنش کیفری رهایی یابد.

ممکن اسـت گمان شود پزشک و پرستار و کارکنان بخـش درمـان بـه دلیـل نیـت خیرخواهانـه‌ای که در درمـان دارنـد هیـچ‌گاه به‌عنوان متهـم در نقض مسـئولیت‌های کیفـری یا بـه بیان دیگـر مظنون به ارتکاب جرم تحـت تعقیب و پیگرد قـرار نمی‌گیرند؛ امـا باید عـرض کنیم کـه این‌گونه نیسـت. در اینجا به مواردی از مسـئولیت‌های کیفری شاغلان مرتبط با حرفه‌ی پزشـکی که در قوانین و مقررات کشـور ما ذکر شده است و برای آن مجازات‌هایی در نظر گرفته شده است، اشاره می‌شود:

- واردکردن صدمه‌ی عمـدی به بیمار (قتل عمدی، جـرح، نقص عضو یـا ازبین‌بردن عمدی سـلامت بیمار)؛
- انجام‌دادن فعالیت درمانی بدون اذن بیمار آگاه و بالغ و عاقل یا بدون اذن ولی بیمار محجور؛
- انجام‌دادن فعالیت درمانی در مواقعی که شـخص تخصـص نـدارد (اشـتغال غیرمجـاز بـه حرفـه‌ی پزشکی)؛
- خـودداری از کمك به بیمار در حال خطر[1] (اهمال در درمـان یـا خـودداری از کمـك به مصـدوم) با مجازات حبس از شش ماه تا دو سال؛
- گواهـی خـلاف واقع دربـاره‌ی یک شـخص برای معافیت از خدمت در ادارات رسمی یا نظام وظیفه یا بـرای تقدیم بـه مراجع‌قضائـی (گواهی خلاف واقع برای ازدواج، نداشتن اعتیاد و...)[2]؛
- افشای اسرار بیمار و نوع بیماری (حبس سه ماه و یك روز تا یك سال یا مجازات نقدی)[3]؛
- عدم رعایت موازین شرعی در موارد غیراضطرار؛
- تجویز مواد مخدر و روان‌گردان بدون دلیل قانونی؛
- انجام‌دادن امور خلاف شئون پزشکی؛
- تحمیل مخارج غیرضروری به بیماران؛
- ایجاد رعب و هراس برای بیماران؛
- استفاده از عناوین تأییدنشده در امور پزشکی؛
- انجام‌دادن آزمایش‌های غیرقانونی؛
- جذب بیمار به مطب خصوصی و آگهی تبلیغاتی[4]؛
- ایجاد مؤسسـه‌ی پزشـکی غیرمجاز یا داروخانه‌ی

---

۱. مسمومیت، سوختگی، زایمان، اغما، خونریزی، شوک و تشنج از نمونه‌های فوریت هستند.

۲. بنابر ماده‌ی ۵۳۹ قانون مجازات اسلامی، گواهی خلاف واقع برای معافیت از خدمت اداری یا نظامی برای دادگاه باعث حبس از شـش ماه تا یک سـال یا جزای نقدی و در صورت اخذ وجه، مجازات رشـوه‌گیرنده اضافه می‌شود. «هرگاه طبیب تصدیق‌نامه‌ی بر خلاف واقع درباره‌ی شخصی برای معافیت از خدمت در ادارات رسمی یا نظام وظیفه یا برای‌تقدیم به مراجع قضایی بدهد به حبس از شـش ماه تا دو سال یا به‌سـه تا دوازده میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شـد و هـرگاه تصدیق‌نامه‌ی مزبور به واسـطه‌ی اخذ مال یا وجهی انجام گرفته، علاوه بر استرداد و ضبط آن به‌عنوان جریمه، به مجازات مقرر برای رشوه‌گیرنده محکوم می‌گردد.»

همچنین براسـاس ماده‌ی ۵۴۰ برای سـایر تصدیق‌نامه‌هـای خلاف واقع که موجب ضرر شخص ثالثی باشد یا آنکه خسارتی بر خزانه‌ی دولت وارد آورد مرتکب، علاوه بر جبران خسـارت وارده به شلاق تا ۷۴ ضربه یا به دویست هزار تا دو میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شد.

۳. بنابر ماده‌ی ۶۴۸ اطبا و جراحان و ماماها و داروفروشـان و همه‌ی کسـانی که‌به مناسـبت شـغل یا حرفه‌ی خود محرم اسرار می‌شـوند هرگاه در غیر از موارد قانونی، اسـرار مردم را افشـا کنند به سـه ماه و یک روز تا یک سـال حبـس یا به یـک میلیون و پانصد هزار تا شـش میلیون ریـال جزای نقدی محکوم می‌شوند.

۴. مـاده‌ی ۱۴ آیین‌نامـه‌ی انتظامی رسـیدگی به تخلفـات صنفی و حرفه‌ای شـاغلان حرفه‌های پزشکی نیز مقرر داشـته است :«جذب بیمار به‌صورتی‌که مخالف شـئون پزشـکی باشـد؛ همچنین، هر نوع تبلیغ گمراه‌کننده از طریق رسـانه‌های گروهی و نصب آگهی در اماکن و معابـر، خارج از ضوابط نظام پزشـکی، ممنوع اسـت. تبلیغ تجاری کالاهای پزشـکی و دارویی، از سوی شاغلان حرفه‌های پزشکی، همچنین نصب علامات تبلیغی که جنبه‌ی تجاری دارند در محل کار آن‌ها، مجاز نیست.»

فاقد مجوز؛
- به‌کارگیری افراد فاقد صلاحیت در امور پزشکی؛
- اسقاط جنین (دو تا پنج سال حبس و پرداخت دیه) یا دادن دارو برای سقط جنین (نک: ماده‌ی ۶۲۴ قانون مجازات اسلامی)[1]
- استنکاف از عرضه‌ی دارو، آماده‌کردن یا توزیع داروی فاسد یا تقلبی برای فروش و ساخت غیرمجاز دارو؛
- خودداری از ارائه‌ی گواهی ازدواج؛
- پنهان‌کردن جسد یا دفن جسد بدون اطلاع به مأموران قانونی[2]؛
- خودداری از اعلام وفات و معاینه‌ی جسد توسط پزشک.

۴. جنبه‌ی عمومی جرم

در صورت نقض مسئولیت‌های کیفری (وقوع جرم) صرفاً فرد زیان‌دیده متضرّر نمی‌شود، بلکه همه‌ی اجتماع از وقوع یک جرم آسیب می‌بینند؛ برای مثال کسی که دیشب از منزل همسایه‌ی ما دزدی کرده است فقط اموال همسایه را به تاراج نبرده است، بلکه امنیت و آسایش خاطر کلّ محلّه‌ی ما را از بین برده است؛ لذا در جرایم (نقض مسئولیت‌های کیفری) دو خسارت‌دیده‌ی متمایز وجود دارند: یکی فرد زیان‌دیده‌ی مستقیم که به او درصورتی‌که شکایت کرده باشد، «شاکی خصوصی» گویند و دیگری عموم مردم جامعه که آسایش و امنیت روانی‌شان مختلّ شده است. این بخش از جرم را «جنبه‌ی عمومی جرم» می‌گویند. به این مفهوم که اگر خسارت شاکی خصوصی پرداخت شود یا رضایت او به هر نحو جلب شود یا از شکایت خود صرف‌نظر کند، دادستان می‌تواند به نمایندگی از عموم (به‌عنوان مدّعی‌العموم) حقّ عمومی را از متهم مطالبه کند؛ لذا در چنین مواردی گفته می‌شود که پرونده‌ی فلان از منظر جنبه‌ی خصوصی مختومه شده اما از جنبه‌ی عمومی جرم همچنان مفتوح است.

پس اگر هریک از ما پزشک بیمارستان یک شهرستان باشیم و رفتار ما بتواند دست کم از منظر افراد غیرمرتبط به حوزه‌ی سلامت مصداق ایجاد اختلال در نظم عمومی باشد و اگر اختلال در نظم عمومی در قانون، جرم تلقی شده باشد، دادستان شهرستان به لحاظ قانونی می‌تواند و مجاز است به‌عنوان مدّعی‌العموم از پزشک پرسش کند.

۵. مبانی قانونی مسئولیت پزشک

خوشبختانه به دلیل فرهیختگی و تربیت خاصی که جامعه‌ی پزشکی از آن برخوردار است و همچنین نظام اسلامی که در کشور ما وجود دارد، از نظر آماری پزشکان، کمتر گرفتار مسئولیت کیفری می‌گردند و بیشتر پرونده‌های طرح‌شده در امور پزشکی، پرونده‌های تخلف انتظامی و پرداخت خسارت (دیه) است؛ ازاین‌رو در تکمیل آنچه درباره‌ی مسئولیت مدنی گفته شد، شایسته است در اینجا اندکی هم از ارکان تشکیل‌دهنده و مقررات قانونی حاکم بر مسئولیت حرفه‌ی پزشکی، که بیشتر مواردِ آن در حیطه‌ی مسئولیت‌های مدنی است، سخن بگوییم. ازآنجاکه قوانین ما در کنار بهره‌گیری از تجربیات جهانی در احکام شریعت آسمانی ریشه دارد،

۱. به‌صورت عمومی‌کمک به سقط جنین موجب مجازات شش ماه تا یک سال زندان است (نک: ماده‌ی ۶۲۳ قانون مجازات اسلامی)
۲. مطابق ماده‌ی ۶۳۶ قانون مجازات اسلامی مرتکب این کار به سه ماه و یک روز تا یک سال حبس مجازات خواهد شد. همچنین دفن بدون مجوز مشمول جزای نقدی است (ماده‌ی ۶۳۵ قانون مجازات اسلامی).

نخست چند قاعده‌ی مهم از حقوق اسلامی که دنیا نیز آن را پذیرفته است بیان می‌شود:

قاعده‌ی اتلاف: مطابق این قاعده هرکس مال، جان، سلامت یا عضو دیگری را از بین ببرد «ضامن» است و باید جبران کند. قاعده‌ی اتلاف عمومیت دارد و شامل طیفی وسیع از هر نوع اتلاف‌کننده، از اتلاف‌کننده‌ی عمدی یا بی‌مبالات گرفته تا اتلاف‌کننده‌ی ناآگاه یا با حسن نیت نیز می‌شود. دلیل محکومیت پزشکان به پرداخت دیه و خسارات به بیماران، قاعده‌ی اتلاف است. اتلاف خود می‌تواند به دو شکل صورت گیرد: «اتلاف به مباشرت» و «تسبیب». این دو اصطلاح در عنوانِ «مباشر و سبب» توضیح داده خواهد شد(۱۰و۱۱).

قاعده‌ی احسان: این قاعده برگرفته از آیه‌ی «ما علی المحسنین من سبیل»[۱] است. مطابق این قاعده نیکوکارِ محض یعنی کسی که کار او تنها از روی احسان صورت گرفته است (محسن)، مسئولیت کیفری و مدنی ندارد. در شرح مواد قانونی خواهیم گفت که در برخی از حالت‌ها کارِ کادر درمانی احسان است.[۲]

قاعده‌ی اقدام: هر کس اقدام به هر کاری می‌کند باید نتایج قانونی آن را پذیرا شود؛ برای مثال بیماری که با آگاهی عواقب بیماری را می‌پذیرد ممکن است از دریافت خسارت محروم شود.

قاعده‌ی لاضرر و قاعده‌ی نفی عسر و حرج (لاحرج): احکام و قوانین نخستین در حالت‌هایی که موجب زیان یا دشواری شدید بشوند برداشته می‌شوند و از این راه نظام قانونی انعطاف می‌یابد؛ برای مثال سقط جنین یا جدا کردن اعضای جسد در حالت عادی ممنوع است، اما در حالت ضرر و حرج با شرایطی مجاز شمرده می‌شود.[۳]

قاعده‌ی اضطرار: این قاعده نیز شبیه دو قاعده‌ی قبل احکام نخستین را بر می‌دارد و کاری را که در شرایط عادی نارواست مجاز می‌کند؛ البته این قاعده مسئولیت مدنی را بر نمی‌دارد. اضطرار وضعیتی است که باعث می‌شود انسان به‌صورت عمدی بدون آنکه بخواهد برای دوری از زیان بزرگ‌تر به خود یا شخصی دیگر خسارت برساند؛ برای مثال در حالت اضطرار که بیمار هوشیار نیست می‌توانیم بدون اجازه‌ی بیمار شروع به درمان کنیم یا لباس بیمار را پاره کنیم.[۴]

قاعده‌ی اجبار: به موجب این قاعده نیز اجبار هم بردارنده‌ی مسئولیت مدنی و هم بردارنده‌ی مسئولیت کیفری است؛ البته اجبار در صورتی مؤثر است که یک تهدید جدی مادی یا معنوی نامشروع و دفع‌نشدنی وجود داشته باشد که بخواهد انسان را وادار به کاری بکند که تمایل ندارد.

با دانستن مبانی یادشده، ضمن اینکه به مهم‌ترین مواد مرتبط با مسئولیت پزشکان در قانون مجازات اسلامی در صفحات بعد اشاره خواهد شد (مطالب انتهایی فصل تحت عنوان «رضایت بیمار» و مواد قانونی که بعد از آن عنوان طرح شده است)، به یکی

۱. قرآن کریم، سوره‌ی توبه، آیه‌ی۹۲.

۲. بنابر ماده‌ی ۵۱۰ قانون مجازات اسلامی، هرگاه شخصی با انگیزه‌ی احسان و کمک به دیگری لازم است رفتاری را برای حفظ مال، جان، عرض و ناموس او انجام دهد و همان عملی که انجام می‌دهد موجب صدمه یا خسارت شود، در صورت رعایت مقررات قانونی و نکات ایمنی ضامن نیست.

۳ نک: عمید زنجانی، ۱۳۹۰، ص۷۴و۱۰۸.

۴. بنابر ماده‌ی ۱۵۲ قانون مجازات اسلامی، هرکس هنگام بروز خطر شدید فعلی یا قریب‌الوقوع از قبیل آتش‌سوزی، سیل، طوفان، زلزله یا بیماری به منظور حفظ نفس یا مال خود یا دیگری مرتکب رفتاری شود که طبق قانون جرم محسوب می‌شود، قابل مجازات نیست؛ مشروط بر اینکه خطر را عمداً ایجاد نکند و رفتار ارتکابی با خطر موجود متناسب و برای دفع آن ضرورت داشته باشد.

تبصره: کسانی که حسب وظیفه یا قانون مکلف به مقابله با خطر هستند نمی‌توانند با تمسک به این ماده از ایفای وظایف قانونی خود امتناع کنند.

از مواد قانون مجازات اسلامی که درباره‌ی مسئولیت پزشکان وضع شده است می‌پردازیم:

براساس ماده‌ی ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی، ارتکاب رفتاری که طبق قانون جرم محسوب می‌شود، در موارد زیر قابل مجازات نیست:

«الف.... ب.... ج. هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی وی و رعایت موازین فنی و علمی‌و نظامات دولتی انجام می‌شود. در موارد فوری أخذ رضایت ضروری نیست.» براساس این ماده‌ی قانونی پزشک پیش از شروع درمان موظف است از بیمار یا سرپرست قانونی او (ولی) رضایت آگاهانه بگیرد و گرنه مرتکب جرم می‌گردد. اولیای قانونی اشخاص نابالغ و دیوانه یا بیهوش عبارت‌اند از پدر و جدّ پدری و در صورت نبود پدر یا جدّ پدری، وصی تعیین‌شده از طرف پدر و در صورت نبود وصی، قیّم که برای سرپرستی کارهای اشخاص نابالغ و مجنون از طرف دادگاه تعیین می‌شود. برای گرفتن رضایت به شروع درمان اجازه‌ی مادر یا سرپرست نیز معتبر است؛ اما اجازه‌ی زن پدر، شوهر مادر، جد و جدّه‌ی مادری یا جده‌ی پدری و معلم و مربی اعتبار ندارد (۱۲).

روشن است که مطابق قانون برای انجام حرفه‌ی پزشکی از شروع تا پایان این اشتغال اجازه‌ی قانونگذار لازم است؛ بنابراین باید گفت «محدوده‌ی صلاحیت پزشکان» در مرزهای زیر است:

الف. داشتن پروانه‌ی رسمی پزشکی که بعد از گذراندن دوره‌های نظری و عملی خاص در دانشکده‌ها و مراکز آموزش عالی کشور و اخذ مدرك پایانی، داده می‌شود. بدون داشتن پروانه‌ی رسمی، اقدام به اعمال پزشکی جرم محسوب می‌شود و مسئولیت کیفری به دنبال دارد و درصورتی‌که منجر به خسارت شود مسئولیت مدنی نیز خواهد داشت.

ب. جز در مواقع فوریت‌های پزشکی، طبیب نمی‌تواند در غیر رشته‌ی تخصصی خود وارد عمل شود و در زمینه‌ی تجویز داروها نیز محدوده‌ی عمل پزشك منحصر به داروهای مجاز است. رضایت بیمار هم نمی‌تواند مسئولیت پزشك را در صورت خروج از محدوده‌ی مجاز از بین ببرد.

ج. در مواقعی که پزشك مرتکب جرم تعزیری و عمدی شود، پروانه‌ی پزشکی او لغو می‌شود و در این صورت اگر به طبابت بپردازد عمل او به‌عنوان دخالت غیرمجاز در امور پزشکی تلقی می‌شود؛ بنابراین شروع، ادامه و ختم فعالیت پزشك را قانون مشخص نموده و عدم رعایت این محدوده، ایجاد مسئولیت می‌کند.

۶. اخلاق و قانون

منبع ایجاد قانون در یک جامعه چیست؟ نوع حکومت آن جامعه، فرهنگ مردم یا اخلاق؟ نسبت اخلاق و حقوق به چه ترتیب است؟ آیا حقوق از اخلاق نشأت می‌گیرد؟ یا اخلاق بر پایه‌ی حقوق[1] افراد است؟ این‌ها سؤالاتی هستند که در مقدمه‌ی هر بحثی که به اخلاق و قانون و مقررات می‌پردازد مطرح خواهد بود.

۱. بی‌شک واژگانی چون حقوق و اخلاق پیش از آغاز هر کلامی‌در این خصوص باید به‌درستی و دقّت معنا شود تا در درک و بیان مفاهیم دچار لغزش نگردیم؛ اما ازآنجاکه این مقدمه مدخلی برای بحثی دیگر است و آن مهم خود به‌تنهایی مجال و مقال دیگری نیاز دارد به این مختصر پرسش‌ها صرفاً به این منظور پرداختیم تا بر تاریکی‌های پیچیدگی مفاهیم مختصر روشنایی تابانده باشیم و همین قدر بسنده کنیم که این پرسش‌ها جای تأمل بسیار دارند.

بـه اجمـال می‌تـوان گفـت حقـوق، علـم اُبژه‌هـا یـا عینیـات یـا حداقل‌هـا و اخـلاق، علم سـوبژه یا انتزاعیات یا حداکثرهاست. اگر قانون دست کم برای ایجـاد نظـم در اجتماع قرار داده می‌شـود اخلاق به عدالت و ایفای حق تک‌تک افراد جامعه می‌اندیشـد و تلاش قانون‌نویسـان و تصحیح‌کننـدگان قانون، بر تطبیق‌دادن روزانه‌ی حقوق بر اخلاق اسـت و هرچه قانـون روزآمـد و تصحیـح می‌شـود به نظر می‌رسـد برای نزدیک‌ترشـدن قوانین به اخلاق است. ممیّزی اخلاقـی قوانین گاهی در خود قانـون در نظر گرفته می‌شـود و به‌صورت نهادی در سـاختار قانونگذاری دیده می‌شود.

در مباحث فلسفه‌ی اخلاق و حقوق به این تفاوت‌ها پرداخته می‌شـود. عده‌ای از اندیشـمندان معتقدند که اخلاق مجموعه‌ی گزاره‌هایی است که گزاره‌های حقوقـی زیرمجموعـه‌ی آن قـرار می‌گیرند. بخشـی دیگـر از متفکّـران نیز بر ایـن باورند کـه مجموعه‌ی گزاره‌های اخلاقی بـا مجموعه‌ی گزاره‌های حقوقی مشـترکات بسـیاری دارند؛ امـا گزاره‌هایـی در علم حقوق هسـت که در علم اخلاق نیسـت و گزاره‌هایی در اخلاق هسـت که به‌صورت قانـون در نیامده و در علم حقوق نیست.

الزامی‌که اخلاق برای انسـان ایجـاد می‌کند، الزام درونی است. یک انسان اخلاقی بدون اینکه از بیرون اجبار و محدودکننده‌ای داشـته باشـد، بـرای اینکه انسـان متعالی‌تری باشـد الزام‌هایی را در درون خود برای خود قرار می‌دهد. هیچ‌کس از بیرون نمی‌تواند او را مجبـور کنـد و هیـچ ضمانـت اجرایـی خارجی نیـز برای اخلاق مطرح نیسـت. همین‌کـه برای یک هنجـار، یا عرف اجتماعی یا قاعـده‌ی اخلاقی الزام و ضمانـت اجرای خارجی و بیرونی قرار داده شـود، آن هنجـار، عرف یا قاعده به اصـل یا ماده‌ی قانونی تبدیل می‌شود.

در اخلاق پزشـکی نیـز از واژه‌ی «اصل» اسـتفاده می‌شـود که با تعریف اصل در قانون اساسی کشورها شـباهت و تفاوت‌هایـی دارد. در مکاتـب اخـلاق پزشـکی، اصـول معمـولاً تعـداد محـدودی دارند و ممکن اسـت سـه، چهار یا پنج اصل داشـته باشیم؛ مثـلاً در مکتـب چهـار اصـل بیچامـپ و چیلـدرس همـه‌ی قاعده‌ها و الزام‌هـای اخلاقی از همان چهار اصلِ احتـرام به خودمختاری بیماران، سودرسـانی، ضررنرساندن و عدالت منشأ می‌گیرند.

«قاعـده‌ی اخلاقـی رازپوشـیِ اسـرار بیمـاران، برخاسـته از اصل اخلاقـی احترام بـه خودمختاری بیمار اسـت». این جمله یک گزاره در اخلاق پزشکی و فلسـفه‌ی اخلاق پزشـکی اسـت. تا اینجـا الزام به حفـظ راز بیمـاران یـک الزام درونی اسـت. پزشـک چـون فلسـفه‌ی اخلاقی چهـار اصـل را و احترام به خودمختاری را در درون خود می‌پذیرد براساس الزام درونـی خود به رازداری معتقد اسـت و در عمل آن را مراعـات می‌کند. حال اگر در ادامـه‌ی جمله‌ی قبل بگوییم: «در کشور ما در ماده‌ی ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی رازداری مطرح شده و برای آن مجازات نقدی و حبس از سـه ماه و یک روز تا یکسـال در نظر گرفته شـده اسـت.» از قاعده‌ی حقوقی صحبت کرده‌ایم. قاعـده‌ای که اصل و قاعده‌ی اخلاقی رازپوشـی را با یک الزام بیرونی و ضمانت اجرای خارجی (جریمه‌ی نقدی یا زندان) به یک ماده‌ی قانونی نیز تبدیل کرده است.

۷. پزشکی مهربانانه[1] در مقابل پزشکی تدافعی[2]

برخی از دلسوزان پزشکی و جوامع و همچنین اندیشمندان فلسفه‌ی پزشکی و اخلاق معتقدند که با تمرکز توجهات پزشکان، پرستاران و شاغلان در بیمارستان‌ها بر قوانین و تلاش آن‌ها برای گیر نیفتادن و محکوم‌نشدن در محاکم قانونی (۱۳) منجر به ازبین‌رفتن مهربانی، شفقت و دلسوزی در پزشکی شده است (۱۴). برخی دیگر از اندیشمندان حقوقی معتقدند اگر در بیمارستان حق و حقوق بیماران ضایع می‌شود با آگاه‌کردن بیماران درباره‌ی قوانین و افزایش شکایت‌ها، بیماران و مردم بیشتر می‌توانند به حق خودشان دست یابند و رفتارهای اخلاقی در بیمارستان‌ها بیشتر رواج خواهد داشت و اخلاق جدی‌تر گرفته خواهد شد. این متفکران معتقدند در بیمارستان‌ها اخلاق تا الزام بیرونی و مجازات و ضمانت اجرایی جدی نداشته باشد و به بیان دیگر تبدیل به قانون نشود اجرا نمی‌شود. در طرف مقابل، اندیشمندانی که عبارت پزشکی تدافعی را مطرح کرده‌اند بر خلاف این دیدگاه معتقدند که گرفتن مهربانی و دلسوزی از پزشکی با ترس از قانون، رابطه‌ی عاطفی و انسان‌دوستانه‌ی بین پزشک و بیمار را مخدوش می‌کند.

به نظر می‌رسد اگر صاحبان حرفه‌ی سلامت اعم از پزشکان، پرستاران، بهیاران، داروسازان، دندان‌پزشکان، همکاران توانبخشی، مددکاری و کارکنان سایر قسمت‌ها اعم از درمانی و اداری به‌طور جدی به رابطه‌ی اخلاقی و مهربانی با بیمار بپردازند نیاز به قانون برای احقاق حقوق ازدست‌رفته کمتر خواهد شد. به قول سعدی شیرین‌سخن: «پند است خطاب مهتران آنگه بند / چون پند دهند و نشنوی بند نهند» (۱۵).

۸. مراعات قانون یک قاعده‌ی اخلاقی است

ازآنجاکه مراعات قوانین، یک میثاق ملی بین شهروندان هر کشور است و کسی که در سرزمینی ساکن می‌شود در واقع قوانین مورد قبول مردم آن را پذیرفته است، به‌طور اخلاقی نیز ملزم است به قانون پایبند باشد. در مواقعی که قانون غیراخلاقی یا ظالمانه‌ای از منظر فرد یا گروه‌هایی در کشور وجود دارد، اخلاقی‌ترین کار پایبندی عملی به آن قانون تا زمان ملغی‌شدن آن و درعین‌حال تلاش برای لغو قانون از طریق روشنگری‌های مدنی و مسیرهای قانونی است.

۹. تفاوت‌های قانون اساسی با قوانین مجلس و سایر مقررات

قوانین کشورها در نوعی دسته‌بندی به «حقوق عمومی» و «حقوق خصوصی» تقسیم می‌شود. حقوق عمومی شامل «حقوق اساسی»، «حقوق اداری»، «حقوق مالیاتی»، «حقوق جزا»، «حقوق کار» و «حقوق دادرسی مدنی» است. حقوق خصوصی نیز «حقوق مدنی»، «حقوق تجارت» و «حقوق حمل‌ونقل» را در بر می‌گیرد (۱۶).

قوانین کشورها از نظر ارزش یکسان نیستند و اگر زمانی دو قانون مخالف یکدیگر، در کشوری وجود داشته باشد این سطحِ ارزشیِ آن قانون است که تعیین می‌کند کدام بر دیگری غلبه خواهد کرد یا به

1. Compassionate Medicine
2. Defensive Medicine

اصطلاح حاکم خواهد شد. قوانین و مقررات کشورها را براساس ارزش از بیشترین به کمترین می‌توان در دسته‌های زیر طبقه‌بندی کرد:

۱. قوانین اساسی کشورها؛
۲. قوانین مصوب پارلمان‌ها که به آن قانون عادی می‌گویند؛
۳. مقررات و آیین‌نامه‌ها و تصویب‌نامه‌های مصوب هیئت وزیران؛
٤. بخش‌نامه و دستورالعمل‌های مصوب وزارتخانه‌ها؛
٥. مصوبات نهادهای زیرمجموعه‌ی سازمان‌های دولتی.

۹- ۱. قانون اساسی

قانون اساسی با تشریفاتی خاص توسط خبرگان‌یا عالی‌ترین مجالس کشورها تدوین و بیشتر از طریق همه‌پرسی به رأی همه‌ی مردم گذاشته می‌شود. این قانون بر سایر قوانین حاکم است.

هر قسمت مجزای قانون اساسی را «اصل» گویند. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران (پس از بازنگری و همه‌پرسی سال ۱۳۶۸) در حال حاضر ۱۷۷ اصل دارد.

حقوق اساسی گرایشی از علم حقوق است که به قوانین اساسی کشورها، نظرات تشکیل‌دهنده‌ی آن‌ها (از قبیل تفکیک قوا و...)، مزایا و معایبشان، قوا و ساختارهای تشکیل‌دهنده‌ی حاکمیت کشور و روابط آن‌ها با یکدیگر، روابط حاکمیت با مردم و حقوق و آزادی‌های اساسی ملت و سایر مواردی از این دست می‌پردازد.

اصول قانون اساسی بر سایر قوانین کشورها حاکم است. بدین‌معنا که اگر دو قانون با هم تعارض داشته باشند و به‌عنوان مثال یکی از این دو قانونِ متعارض، اصلی از قانون اساسی کشور و دیگری ماده‌ای از قانون مصوب مجلس یا پارلمان باشد، اصل قانون اساسی بر قانون عادیِ مصوب پارلمان، مقدّم است و مادّه‌ی متعارض ملغی خواهد بود (واضح است که فرآیند الغای چنین ماده‌هایی و نیز مراجع احتمالی تشخیص‌دهنده و تصویب‌کننده‌ی موضوع الغای آن ماده‌ی قانونی هم، در سایر قوانین بالادستی کشورها آمده است در ایران این مرجع، طبق قانون اساسی شورای نگهبان است).

به همین تناسب قوانین مصوب مجلس بر بخش‌نامه‌ها و مقرّره‌های مصوب هیئت وزیران و مصوبات هیئت وزیران بر بخش‌نامه‌های درون وزارتی حاکم‌اند.

به نظر می‌رسد ارائه‌ی این توضیحات ابتدایی به زبانی ساده، بتواند به همکار محترم شاغل در بیمارستان که از او توقعی نیست که ترمینولوژی و واژگان تخصصی حقوقی را بداند، کمک کند که تفاوت اصل قانون اساسی، مادّه‌ی قانونی، مقرّرات و بخش‌نامه‌ها را تا حدودی تشخیص دهد و میزان بار ارزشی مصوبه‌ی هیئت وزیران را از بخش‌نامه‌ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و اصل قانون اساسی را از مصوبات صورت‌جلسه‌ی کمیته‌های بیمارستان تشخیص دهد.

۹- ۲. قوانین مصوب مجلس شورای اسلامی (قوه‌ی مقننه)

هر قسمت مجزای قانون مصوب مجلس را «ماده» گویند. ماده‌های مختلف قوانین مصوب مجلس شورای اسلامی که به تأیید شورای نگهبان رسیده و به دولت و سایر مراجع ذی‌صلاح برای اجرا ابلاغ

شـده اسـت، در دومیـن سـطح ارزشـی قوانیـن در کشـور قرار دارنـد؛ قوانینـی از قبیل قانـون مدنی، قانـون مجازات اسـلامی، قانون صـدور چک، قانون برنامه‌ی پنج‌سـاله، قانـون بودجه‌ی سـال و... از آن دسـته‌اند؛ لـذا اگـر ماده‌قانونی در مجلس شـورای اسلامی‌تصویب شود و با یکی از اصول قانون اساسی مغایر یا مخالف باشـد آن مـاده‌ی قانونی لغو خواهد شـد. فرآیند لغو چنین قانونی نیز در قانون اساسـی مشخص شده اسـت. بر طبق قانون اساسی شورای نگهبـان نهادی اسـت که وظیفه‌ی ایـن تطبیق و در صـورت لـزوم ابطـال مـاده‌ی قانونی متعـارض را بر عهـده دارد. عهدنامه‌هـای بین‌المللـی نیـز پـس از امضای نماینده‌ی کشـور و تصویب قـوه‌ی مقننه در حکم قانون عادی است.

۹- ۳. مصوبات مجمع تشخیص مصلحت نظام

بـه موجب اصـل ۱۱۲ قانـون اساسـی در مواقعی که شـورای نگهبان مصوبات مجلس را خلاف شـرع یا قانـون اساسـی تشـخیص بدهد مجلس شـورای اسـلامی‌می‌تواند اگـر تصویب قانـون را به مصلحت عمومی‌کشـور بداند، موضوع را به مجمع تشـخیص مصلحـت ارجـاع بدهـد. در این صـورت اگر مجمع ایـن نظـر را تصویـب کنـد نظـر مجمـع به‌عنـوان قانـون لازم‌الاجراسـت. مجمـع همچنیـن می‌تواند سیاست‌های کلی کشـور را پس از اینکه رهبری این کار را به مجمع ارجاع بدهند تصویب کند.

۹- ۴. مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی

پـس از مجلـس شـورای اسـلامی، شـورای عالی انقلاب فرهنگی بالاترین مرجع در سیاسـت‌گذاری، تعیین خط‌مشی، تصمیم‌گیری، هماهنگی و هدایت امور فرهنگی و آموزشی و پژوهشی کشور در چارچوب سیاست‌های کلی نظام است و تصمیمات این مرجع در حکم قانون در نظر گرفته می‌شـود؛ لذا مصوباتی که این شـورا در بحث آموزش پزشکی و پژوهش ارائه می‌دهد یکی از منابع حقوق پزشکی است.

۹- ۵. مصوبات هیئت وزیران

بسـیاری اوقـات قانـون مصـوب مجلـس کلیّـات موضوعـی را بیان می‌کند و تبیین، شـرح و جزییات آن را بـه عهـده‌ی دولـت می‌گـذارد. هیئـت وزیران آیین‌نامه‌هـای اجرایـی مرتبـط را تهیّـه و تصویـب می‌کنـد. واضح اسـت که ایـن مصوبـات لازم‌الاجرا هسـتند. هیئت وزیـران در کنار آیین‌نامـه، می‌تواند بـرای اجرای قانون به‌صورت مسـتقل نیـز برای امور اداری و اجرایـی کشـور آیین‌نامه صـادر کند؛ اما در آیین‌نامه‌ها نمی‌تواند حق یا تکلیف جدیدی را زاید بر آنچه قوه‌ی مقننه مقرر داشـته اسـت ایجاد کند. اگر مصوبـه‌ای از مصوبـات هیئت وزیران بـا مواد قانونی مصوب مجلس در تعارض باشـد آن مصوبه می‌تواند از طریق «دیوان عدالت اداری» لغو گردد.

مثلاً اگر هیئت وزیران پس از انجام کارشناسی‌های لازم در وزارت بهداشـت درمـان و آمـوزش پزشـکی مصوبه‌ای برای جمـع‌آوری معتادان از شـهرها تهیّه کنند که بـا قوانین مصوب مجلس یا قانون اساسـی در تعـارض باشـد این مصوبـه می‌تواند بـا مراجعه و شکایت هر شخصی به دیوان عدالت اداری از طریق این دیوان لغو گردد.

بـرای مثـال اگر هیئـت وزیران مصوب کرده باشـد کـه نیـروی انتظامی و دانشـگاه‌های علوم پزشـکی بـا همـکاری یکدیگر و بـا هماهنگی وزارت کشـور و اسـتانداری‌ها حق دارند معتادان را از سـطح شهرها جمع‌آوری کرده و به‌اجبار و علی‌رغم میلشان، از آنان

به مدت سه ماه در مراکزی نگهداری کنند با توجه به مخالفت این مصوبه با اصل ۳۲ قانون اساسی (ممنوعیت بازداشت افراد بیش از ۲۴ ساعت، بدون محاکمه) و اصل ۳۵ قانون اساسی (حق داشتن وکیل) و اصل ۳۶ قانون اساسی (صدور حکم بازداشت در دادگاه صالح) و قوانین مصوب مجلس، با مراجعه و شکایت از طریق دیوان عدالت اداری می‌توان لغو مصوبه‌ی هیئت وزیران را درخواست کرد. تصویب‌نامه‌های صادرشده از هیئت وزیران نیز همانند آیین‌نامه‌ها لازم‌الاجرا هستند. تصویب‌نامه‌ها معمولاً راجع به موضوعاتی معین و محدود هستند و به‌صورت متنی واحد در حد یک پاراگراف تصویب می‌شوند.

۹- ۶. بخش‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مصوب وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دولتی

بخش‌نامه‌ها دستورهای اجرایی هستند که توسط هر یک از وزیران یا رؤسای دستگاه‌های اجرایی دارای صلاحیت صادر می‌شوند و مخاطب آن همکاران زیرمجموعه‌ی آن‌هاست. بخش‌نامه می‌تواند بیان و تفسیر شیوه‌ی اجرای قوانین و آیین‌نامه‌ها باشد و می‌تواند برای تنظیم امور داخلی یک نهاد دولتی صادر گردد. بر خلاف بخش‌نامه‌ها مخاطب آیین‌نامه می‌تواند خارج از روابط اداری یک مؤسسه‌ی دولتی باشد. ضوابط مربوط به نحوه‌ی اجرای آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌ها «دستورالعمل» خوانده می‌شود که نسبت به بخش‌نامه، به مواردی جزیی‌تر و دقیق‌تر اشاره دارد و دربردارنده‌ی اطلاعات فنی و عملی است؛ مانند دستورالعمل چگونگی تشخیص مشاغل سخت و زیان‌آور.

همه‌ی بخش‌نامه‌ها و مصوبات ادارات دولتی به همین ترتیب ذکرشده، در طول قوانین بالادستی قرار می‌گیرند. تمام آیین‌نامه‌ها و مقرره‌هایی که در این سازمان‌ها تدوین می‌شود و تحت عنوان بخش‌نامه، دستورالعمل، مقرّره (مقررات)، آیین‌نامه و... ابلاغ می‌شوند جایگاهی مهم دارند و لازم‌الاجرا هستند؛ اما درعین‌حال تحت حاکمیت قوانین بالادستی خود هستند. همه‌ی شاغلان بیمارستان‌های عمومی و به‌ویژه دولتی از آن حیث که مستخدم بخش‌های عمومی هستند، مکلف‌اند مقررات حاکم بر رفتارهای شغلی و عمومی کارکنان دولت را مراعات کنند (۱۷).

نازل‌ترین مقرره در طیف مقررات اداری «دستور اداری» است. این دستور مقرره‌ای کتبی است که برای اجرای کارها، ارائه‌ی خط‌مشی اجرایی، رهنمود و راهنمایی یا برای اطلاع گروه‌های موظف، از طرف مقامات صلاحیت‌دار برای کارکنان دستگاه مربوط تهیه و برای اجرا ابلاغ می‌شود؛ برای مثال دستور اداری مربوط به آیین‌نامه‌ی طرح تکریم ارباب رجوع که توسط معاونت اداری دانشگاه علوم پزشکی ابلاغ شده است.

۱۰. آشنایی با برخی از قوانین مرتبط با بیمارستان

پس از توصیف جایگاه اصل و ماده و مقرره، مناسب است برخی از مقررات و قوانینی را که در بیمارستان‌ها می‌تواند در کانون توجه قرار گیرد، با هم مرور کنیم.

۱۰- ۱. برخی از اصول قانون اساسی مرتبط با بهداشت و درمان

۱۰- ۱- ۱. فصل اول: اصول کلی

بنابر اصل سوم قانون اساسی دولت جمهوری اسلامی ایران موظف است برای نیل به اهداف مذکور در اصل دوم، همه‌ی امکانات خود را برای امور زیر به کار ببرد: ...پی‌ریزی اقتصادی صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف‌ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه.

۱۰- ۱- ۲. فصل سوم: حقوق ملت

براساس اصل بیست‌ونهم، برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، درراه‌ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک‌یک افراد کشور تأمین کند.

۱۰- ۱- ۳. فصل چهارم: اقتصاد و امور مالی

در اصل چهل‌وسوم نیز آمده است: «برای تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه‌کن‌کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد، با حفظ آزادی او، اقتصاد جمهوری اسلامی ایران براساس ضوابط زیر استوار می‌شود:

یک. تأمین نیازهای اساسی مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه؛

دو. تأمین شرایط و امکانات کار برای همه به منظور رسیدن به اشتغال کامل و قراردادن وسایل کار در اختیار همه‌ی کسانی که قادر به کارند ولی وسایل کار ندارند، در شکل تعاونی، از راه وام بدون بهره یا هر راه مشروع دیگر که نه به تمرکز و تداول ثروت در دست افراد و گروه‌های خاص منتهی شود و نه دولت را به‌صورت یک کارفرمای بزرگ مطلق درآورد....

۱۰- ۱- ۴. فصل هفتم: شوراها

براساس اصل یکصدم برای پیشبرد سریع برنامه‌های اجتماعی، اقتصادی، عمرانی، بهداشتی، فرهنگی، آموزشی و سایر امور رفاهی از طریق همکاری مردم با توجه به مقتضیات محلی، اداره‌ی امور هر روستا، بخش، شهر، شهرستان یا استان با نظارت شورایی به نام شورای ده، بخش، شهر، شهرستان یا استان صورت می‌گیرد که اعضای آن را مردم همان محل انتخاب می‌کنند....

۱۰- ۲. برخی ماده‌های قانونی مصوب مجلس سنا (قبل از انقلاب) و مجلس شورای اسلامی (بعد از انقلاب) مرتبط با بهداشت و درمان و قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومان و رفع مخاطرات جانی

۱۰- ۲- ۱. مصوب۱۳۵۴/۳/۵ (مجلس سنا)

ماده‌واحده‌ی ۱) هرکس شخص یا اشخاصی را در معرض خطر جانی مشاهده کند و بتواند با اقدام فوری خود یا کمک‌طلبیدن از دیگران یا اعلام فوری به‌مراجع یا مقامات صلاحیت‌دار از وقوع خطر یا تشدید نتیجه‌ی آن جلوگیری کند بدون اینکه با این اقدام خطری متوجه خود او یا دیگران شود و باوجود استمداد یا دلالت اوضاع و احوال بر ضرورت کمک، از اقدام به این امر خودداری نماید، به حبس جنحه‌ای تا یک سال یا جزای نقدی تا پنجاه هزار ریال محکوم خواهد شد. در این باره اگر مرتکب از

کسانی باشد که به اقتضای حرفه‌ی خود می‌توانسته کمک مؤثری بنماید به حبس جنحه‌ای از سه‌ماه تا دو سال یا جزای نقدی از ده هزار ریال تا یکصد هزار ریال محکوم خواهد شد. مسئولان مراکز درمانی اعم از دولتی یا خصوصی که از پذیرفتن‌شخص آسیب‌دیده و اقدام به درمان او یا کمک‌های اولیه امتناع نمایند به حداکثر مجازات ذکرشده محکوم می‌شوند. نحوه‌ی تأمین هزینه‌ی درمان این قبیل بیماران و سایر مسائل مربوط، به موجب آیین‌نامه‌ای است که به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

ماده‌واحده‌ی ۲) هرگاه کسانی که حسب وظیفه یا قانون مکلف‌اند به اشخاص آسیب‌دیده یا اشخاصی که در معرض خطر جانی قرار دارند کمک نمایند از اقدام‌لازم و کمک به آن‌ها خودداری کنند، به حبس جنحه‌ای از شش ماه تا سه سال محکوم خواهند شد.

ماده‌واحده‌ی ۳) دولت مکلف است در شهرها و راه‌ها به تناسب احتیاج، مراکز درمان فوری (اورژانس) و وسایل انتقال مصدومان و بیمارانی را که به کمک فوری احتیاج دارند ایجاد و فراهم نماید.

ماده‌واحده‌ی ۴) مأموران انتظامی نباید متعرض کسانی که خود متهم نبوده و اشخاص آسیب‌دیده را به مراجع انتظامی یا مراکز درمانی می‌رسانند بشوند.

قانون فوق مشتمل بر یک ماده پس از تصویب مجلس شورای ملی در جلسه‌ی روز سه‌شنبه شانزدهم اردیبهشت‌ماه ۱۳۵۴، در جلسه‌ی روز دوشنبه پنجم‌خردادماه ۱۳۵۴ به تصویب مجلس سنا رسید.

۱۰-۲-۲. قانون مصوب ۱۳۷۹/۱/۱۷ مجلس شورای اسلامی درباره‌ی پیوند اعضای بیماران فوت‌شده یا بیمارانی که مرگ مغزی آنان مسلم است

ماده‌واحده: بیمارستان‌های مجهز برای پیوند اعضا، پس از کسب اجازه‌ی کتبی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، می‌توانند از اعضای سالم بیماران فوت‌شده‌ی بیمارانی که مرگ مغزی آنان بر طبق نظر کارشناسان خُبره مسلم باشد، به شرط وصیت بیمار یا موافقت ولی میت برای پیوند به بیمارانی که ادامه‌ی حیاتشان به پیوند عضو یا اعضای فوق بستگی دارد استفاده نمایند.

تبصره‌ی ۱. تشخیص مرگ مغزی توسط کارشناسان خبره در بیمارستان‌های مجهز دانشگاه‌های دولتی صورت می‌گیرد. این کارشناسان با حکم وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مدت چهار سال منصوب می‌شوند.

تبصره‌ی ۲. اعضای تیم‌های تشخیص مرگ مغزی نباید عضو تیم‌های پیوندکننده باشند.

تبصره‌ی ۳. پزشکان عضو تیم از جهت جراحات وارده بر میت مشمول دیه نخواهند گردید.

آیین‌نامه‌ی اجرائی این قانون به وسیله‌ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نماینده‌ی قوه‌ی قضائیه با هماهنگی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و بنیاد امور بیماری‌های خاص ظرف سه ماه از تاریخ ابلاغ این قانون تهیه و به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید. این قانون در تاریخ ۱۳۷۹/۱/۱۷ تصویب شده؛ البته شورای محترم نگهبان نظر خود را اعلام ننموده است.[۱]

۱. اگر شورای نگهبان در مهلت مقرر مخالفت خود را با ماده‌ای قانونی اعلام نکند آن ماده خود به خود تصویب خواهد شد. در واقع قوانین مصوب مجلس یا با تأیید یا با سکوت شورای نگهبان تصویب می‌شود و قانون پیوند اعضا با سکوت شورا تصویب شده است.

۱۰- ۲- ۳. قانون نحوه‌ی اهدای جنین به زوجین نابارور مصوب ۱۳۸۲/۴/۲۹ مجلس شورای اسلامی

ماده‌ی ۱) به موجب این قانون همه‌ی مراکز تخصصی درمان ناباروری ذی‌صلاح مجازخواهند بود با رعایت ضوابط شرعی و شرایط مندرج در این قانون نسبت به انتقال جنین‌های حاصله از تلقیح خارج از رحم زوج‌های قانونی و شرعی پس از موافقت کتبی زوجین صاحب جنین به رحم زنانی که پس از ازدواج و انجام اقدامات پزشکی ناباروری آن‌ها (هر یك به تنهایی یا هر دو) به اثبات رسیده اقدام نمایند.

ماده‌ی ۲) تقاضای دریافت جنین اهدایی باید مشترکاً از طرف زن و شوهر تنظیم و تسلیم دادگاه شود و دادگاه در صورت احراز شرایط ذیل، مجوز دریافت جنین را صادر می‌کند:

الف. زوجین بنا به گواهی معتبر پزشکی، امکان بچه‌دارشدن نداشته باشند و زوجه استعداد دریافت جنین را داشته باشد.

ب. زوجین دارای صلاحیت اخلاقی باشند.

ج. هیچ‌یك از زوجین محجور نباشند.

د. هیچ‌یك از زوجین مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج نباشند.

ه. هیچ‌یك از زوجین معتاد به مواد مخدر نباشند.

و. زوجین باید تابعیت جمهوری اسلامی ایران را داشته باشند.

ماده‌ی ۳) وظایف و تکالیف زوجین اهداگیرنده‌ی جنین و طفل متولدشده از لحاظ نگهداری و تربیت و نفقه و احترام نظیر وظایف و تکالیف اولاد و پدر و مادر است.

ماده‌ی ۴) بررسی صلاحیت زوجین متقاضی در محاکم خانواده، خارج از نوبت و بدون رعایت تشریفات آئین دادرسی مدنی صورت خواهد گرفت و عدم تأیید صلاحیت زوجین قابل تجدیدنظر می‌باشد.

ماده‌ی ۵) آئین‌نامه‌ی اجرائی این قانون ظرف مدت سه ماه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری وزارت دادگستری تهیه و به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

قانون فوق مشتمل بر پنج ماده در روز یکشنبه مورخ بیست‌ونهم تیرماه ۱۳۸۲ در جلسه‌ی علنی مجلس شورای اسلامی تصویب شده و در تاریخ ۱۳۸۲/۵/۸ به تأیید شورای نگهبان رسیده است.

۱۰- ۲- ۴. قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴/۳/۱۰ مجلس شورای اسلامی

ماده‌واحده: سقط درمانی با تشخیص قطعی سه پزشك متخصص و تأیید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری جنین که به علت عقب‌افتادگی یا ناقص‌الخلقه‌بودن موجب حرج مادر است و بیماری مادر که با تهدید جانی مادر توأم باشد قبل از ولوج روح (چهار ماه) با رضایت زن مجاز می‌باشد و مجازات و مسئولیتی متوجه پزشك مباشر نخواهد بود. متخلفان از اجرای مفاد این قانون به مجازات‌های مقرر در قانون مجازات اسلامی محکوم خواهند شد.

قانون فوق مشتمل بر ماده‌واحده روز سه‌شنبه مورخ دهم خردادماه ۱۳۸۴، در جلسه‌ی علنی مجلس شورای اسلامی تصویب شد و در تاریخ ۱۳۸۴/۳/۲۵ به تأیید شورای نگهبان رسید.

۱۰- ۳. آشنایی با برخی از مصوبات دولت

۱۰- ۳- ۱. آیین‌نامه‌ی اجرایی مصرف اعتبار

مربوط به درمان بیماران کلیوی، دیالیز و پیوند کلیه موضوع ردیف ۳۲ بند الف تبصره‌ی ۱۵ قانون بودجه‌ی سال ۱۳۶۷ کل کشور

هیئت وزیران در جلسه‌ی مورخ ۱۳۶۷/۳/۲۲ بنا به پیشنهاد مشترك شماره‌ی ۶ – ۹۶۴ الف مورخ ۱۳۶۷/۳/۱۱ وزارتخانه‌های بهداشت، برنامه و بودجه و امور اقتصادی و دارایی، آیین‌نامه‌ی اجرایی مصرف اعتبار را مربوط به درمان بیماران کلیوی دیالیز و پیوند کلیه موضوع ردیف ۳۲بند الف تبصره‌ی ۱۵ قانون بودجه‌ی سال ۱۳۶۷کل کشور به شرح زیر تصویب نمودند.

ماده‌ی ۱) اجازه داده می‌شود حداکثر تا مبلغ یك میلیارد ریال از اعتبار ردیف ۱.۲۹۰.۰۲ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعتبار مربوط به درمان یا بیماران کلیوی، دیالیز و پیوند کلیه (جهت درمان بیمارانی که برای دیالیز یا پیوند کلیه طبق ضوابط مصوب شورای دیالیز و پیوند کلیه واجد شرایط شناخته خواهند شد و برای آن‌ها کارت درمانی صادر شده یا بشود یا در واحدهای درمانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و مؤسسات خصوصی طرف قرارداد معالجه می‌شوند) و همچنین خرید تجهیزات و سایر امکانات لازم برای این امر بدون الزام به رعایت قانون محاسبات عمومی و سایر مقررات عمومی دولت و با رعایت قانون بودجه‌ی سال ۱۳۶۷ از جمله تبصره‌ی ۱۵و این آیین‌نامه براساس موافقت‌نامه متبارالیه با وزارت برنامه و بودجه و مطابق قانون نحوه‌ی هزینه‌کردن اعتباراتی که به موجب قانون از رعایت قانون محاسبات عمومی و سایر مقررات عمومی دولت مستثنی هستند مصوب۱۳۶۴/۱۱/۶ و آیین‌نامه‌ی اجرایی آن به شماره‌ی ۴۱۳۰ مورخ ۱۳۶۵/۲/۲۸ به مصرف برسد.

ماده‌ی ۲) وجوه مربوط به اعتبار موضوع این آیین‌نامه در حدود اعتبار تخصیص‌یافته‌ی ردیف ۱۲۹۰۰۲ قانون بودجه‌ی سال ۱۳۶۷براساس درخواست وجه ذی‌حساب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طرف خزانه به حساب بانکی مربوط که از طریق خزانه نزد بانك مرکزی جمهوری اسلامی ایران افتتاح شده یا می‌شود واریز خواهد شد. برداشت از حساب مذکور به امضای مشترك وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا مقام مجاز از طرف ایشان و ذی‌حساب وزارت مذکور مجاز است.

ماده‌ی ۳) وجوه لازم برای انجام هزینه‌های موضوع این آیین‌نامه و حداکثر تا ۵۰٪ اعتبار مذکور از طریق ذی‌حسابی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌صورت تنخواه گردان به حساب بانکی سازمان‌های منطقه‌ای بهداری استان‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی به همین منظور از طریق خزانه افتتاح شده یا می‌شود واریز خواهد شد.

برداشت از حساب مذکور به امضای مشترك مدیر عامل سازمان منطقه‌ای یا سرپرست دانشگاه علوم پزشکی و عامل ذی‌حساب مربوطه که با موافقت ذی‌حساب و با حکم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منصوب شده یا می‌شود مجاز خواهد بود. پرداخت‌های بعدی در قبال ارائه‌ی صورت‌حساب‌ها و اسناد هزینه‌های تنظیمی براساس بند «و» قانون نحوه‌ی هزینه‌کردن اعتباراتی که به موجب قانون از رعایت قانون محاسبات عمومی و سایر مقررات عمومی دولت مستثنی هستند مجاز است.

تبصره. هزینه‌ی مرکز دیالیز با تصویب شورای دیالیز و صورت‌حساب و هزینه‌های بیمارستان و مؤسسات خصوصی طرف قرارداد با تأیید مرکز دیالیز وتصویب شورای دیالیز قابل پرداخت خواهد بود.

ماده‌ی ۴) حق‌الزحمه‌ی کار اضافی پزشکان و سایر کارکنان که در بخش دیالیز انجام وظیفه می‌نمایند براساس تصویب نامه‌ی شماره‌ی ۱۷۹۹۰مورخ ۱۳۶۳/۴/۱۳ هیئت محترم وزیران قابل پرداخت است.

ماده‌ی ۵) بیماران دیالیزی و افراد دهنده‌ی کلیه طبق ضوابط محسوب شورای دیالیز و پیوند کلیه که با معرفی مرکز دیالیز در مؤسسات درمانی دولتی وطرف قرارداد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحت درمان دیالیز و پیوند یا اهدای کلیه قرار می‌گیرند هزینه‌های مربوط به دارو و مواد مصرفی پزشکی آنان طبق صورت‌حساب مؤسسات درمانی فوق الذکر (براساس تعرفه‌های مصوب شورای دیالیز و پیوند) و حق‌الزحمه‌ی کار و کار اضافی پزشکان و کارکنانی که در بخش مربوط این مؤسسات در ساعات اداری و در غیر ساعت کار موظف اداری انجام وظیفه می‌نمایند طبق ضوابط دستورالعمل مذکور در ماده‌ی ۴ این آیین‌نامه و با کسب مجوز از شورای دیالیز قابل پرداخت خواهد بود.

ماده‌ی ۶) بیماران کلیوی که طبق ضوابط مصوب شورای دیالیز و پیوند و با معرفی مرکز دیالیز در مؤسسات درمانی، خصوصی طرف قرارداد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با واحدهای مجری طرح خودکفایی تحت درمان دیالیز یا پیوند قرار می‌گیرند، هزینه‌های مربوط به آن‌ها همچنین هزینه‌های شخص دهنده‌ی کلیه براساس تعرفه‌ی درمانی دولتی یا قراردادهای فنی مابین قابل پرداخت خواهد بود.

ماده‌ی ۷) حق‌الزحمه‌ی اعضای تیم پیوند کلیه و اعمال عروق مربوط به دیالیز و مشاوران مربوط که به تأیید شورای دیالیز و پیوند رسیده باشد بدون درنظرگرفتن محل انجام عمل جراحی براساس صد درصد تعرفه‌ی درمانی دولتی و با رعایت مقررات قابل پرداخت است.

ماده‌ی ۸) هزینه‌های مربوط به دیالیز و پیوند کلیه‌ی بیماران بیمه‌شده‌ی تأمین اجتماعی و همچنین مشمولین قانون تأمین خدمات درمانی کارمندانی که مستقیماً از بودجه‌ی مربوط به خود پرداخت خواهد شد درصورتی‌که در موارد تفاوت فرانشیز[1] مطرح باشد از اعتبارات دیالیز قابل پرداخت خواهد بود.

ماده‌ی ۹) صورت‌حساب اسناد هزینه‌های انجام‌شده شهرستان‌ها و همچنین مرکز دیالیز همراه با اصل مدارك و نماینده‌ی اسناد (فهرست خلاصه هزینه‌های انجام‌شده) که به امضای مشترك رییس بیمارستان و عامل ذی‌حساب و مدیرعامل سازمان منطقه‌ای بهداری سرپرست دانشگاه علوم پزشکی استان و درباره‌ی مرکز دیالیز به امضاء مشترك رییس مرکز و عامل ذی‌حساب مربوطه رسیده است جهت واریز تنخواه گردان دریافتی و منظور نمودن به حساب هزینه‌های قطعی به ذی‌حسابی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارسال خواهد شد. همه‌ی اسناد هزینه‌های انجام‌شده‌ی موضوع

۱. فرانشیز (فغانشیز) یا فرنچایز به ترتیب تلفظ‌های فرانسه و انگلیسی واژه‌ی Franchise، به معنی حق امتیاز، حق رأی‌دادن، آزادکردن، حق مخصوص و... است. در اصطلاح بیمه به آن بخش از هزینه گفته می‌شود که پرداخت آن طبق قرارداد بیمه‌نامه، بر عهده‌ی سازمان بیمه‌گر نیست و خود بیمه‌گذار باید آن را پرداخت کند.

ایـن آیین‌نامه بـا رعایت مفاد بنـد «و» قانون نحوه‌ی هزینه‌کـردن اعتبـارات... مصـوب ۱۳۶۴/۱۱/۶ با امضـای وزیربهداشـت، درمان و آموزش پزشـکی یا مقام مجاز از طرف ایشان و ذی‌حساب ذی‌ربط قابل احتساب به هزینه‌ی قطعی خواهد بود.

ماده‌ی ۱۰) در اجرای بند «ج» تبصره ایجاد هرگونه تعهد از طریق اسـتخدام رسـمی از محل اعتبار این ردیف ممنوع می‌باشد.

مـاده‌ی ۱۱) اموالـی کـه از محـل اعتبـارات ایـن آیین‌نامه خریداری می‌شـود اموال دولتی محسـوب می‌گردد.

مـاده‌ی ۱۲) وزارت بهداشـت، درمـان و آمـوزش پزشـکی مکلف اسـت فهرسـت هزینه‌هـا و عملیات موضـوع ایـن آیین‌نامـه را هـر چهار مـاه یك بـار از طریق نخسـت‌وزیری به کمیسـیون برنامه و بودجه و سایر کمیسـیون‌های مربوط مجلس شورای اسلامی ارسال دارد.

مـاده‌ی ۱۳) مانده وجوه مصرف‌نشـده‌ی موضوع این آیین‌نامه باید تا پایان فروردین‌ماه سـال ۱۳۶۸ به خزانه واریز گردد.

۱۰- ۳- ۲. اعطـای مبلـغ ده میلیـون ریـال به‌عنـوان پاداش عمل خیر به منظور سـهولت امر مربوط به پیوند کلیه وتشویق اهداکنندگان کلیه توسـط بنیاد بیماری‌های خاص به آن‌ها مصوب ۱۳۷۵/۱۱/۱۴

هیئت وزیران در جلسـه‌ی مـورخ ۱۳۷۵/۱۱/۱۴ بنا به پیشنهاد شماره‌ی ۰۱-۵۰۱۰ س۱۰۲-۷۴۷۷ مورخ ۱۳۷۵/۱۱/۱۰ سـازمان برنامـه و بودجه و به اسـتناد اصل ۱۳۸ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، این مصوبه را تصویب نمود: «مبلغ ده میلیون ریال به‌عنـوان پاداش عمل خیر، به منظور سـهولت امـر مربـوط به پیونـد کلیـه و تشـویق اهداکنندگان کلیه، توسـط بنیاد بیماری‌های خاص به آن‌ها اعطا می‌شـود. اعتبار لازم در سـال ۱۳۷۵ و ۱۳۷۶ توسط سـازمان برنامه و بودجه تأمین شـده و به ردیف بنیاد بیماری‌های خاص افزوده می‌شود و در سال‌های بعد در قانون بودجه‌ی کل کشور پیش‌بینی خواهد شد.»

۱۰- ۴. پاره‌ای از آیین‌نامه‌های مهم وزارت بهداشت

۱۰- ۴- ۱. آیین‌نامه‌ی شرح وظایف کارورزان دوره‌ی دکترای عمومی‌پزشکی

کارورز پزشکی دانشـجوی مرحله‌ی پایانی دکترای عمومی پزشکی است که آموزش‌های نظری و دوره‌ی عملـی کارآموزی را به پایان رسـانده باشـد و مجاز به کاربرد آموخته‌های قبلی تحت نظارت اعضای هیئت علمـی برای کسـب مهارت‌های حرفـه‌ای برای اخذ مدرک دکترای پزشکی است.

مسـئولیت کارورزان در هـر گـروه یا بخـش با مدیر گروه یا رئیس آن بخش و در ساعات کشیک با پزشک معالج کشـیک یا عضو هیئت علمی آنکال یا دستیار کشـیک بخش یا بیمارستان اسـت. تشخیص موارد اورژانس در این آیین‌نامه بر عهده‌ی پزشـک معالج و در ساعات کشـیک بر عهده‌ی پزشک معالج کشیک یا عضو هیئت علمی‌آنکال یا دسـتیار ارشـد کشیک بخش یا بیمارسـتان اسـت. پزشـک معالـج به عضو هیئت علمی‌که بیمار تحت نظارت او در بیمارسـتان بستری می‌شود اطلاق می‌گردد.

بنـد «ب» آیین‌نامـه، در خصوص مراقبـت از بیمار و مدارک پزشـکی، وظایف زیر را بر عهده‌ی شـخص کارورز می‌داند:

- اخذ شـرح حال و انجام معاینه‌ی بالینی، ارزیابی و طرح برنامه‌ی تشخیصی درمانی از کلیه‌ی بیماران

بستری مربوط به خود در اوقات عادی و کشیک و مطرح‌نمودن تشخیص‌های افتراقی مناسب؛

- ویزیت بیماران بستری مربوط در بخش قبل از پزشک معالج و دستیار؛

- پیگیری جواب آزمایش‌ها (به شکل غیرحضوری مگر در موارد اورژانس) و بررسی آخرین گزارش‌های پاراکلینیک بیمار؛

- نوشتن برگه‌ی سیر بیماری؛

- نوشتن دستورات پزشکی تحت نظارت پزشک معالج یا دستیار؛

- نوشتن On & Off Service Note آغاز و پایان هر دوره؛

- نوشتن خلاصه‌ی پرونده زیر نظر پزشک معالج یا دستیار مسئول در بخش؛

- نوشتن برگه‌ی مشاوره با نظر پزشک معالج یا دستیار مسئول در بخش؛

- نوشتن برگه‌ی درخواست تصویربرداری از جمله ام.آر.آی، سی‌تی اسکن، رادیوگرافی، سونوگرافی، آندوسکوپی، آنژیوگرافی و کلیه‌ی برگه‌های درخواست پاراکلینیک دیگر، درصورتی‌که برابر مقررات آن گروه یا بیمارستان یا دانشکده به نگارش شرح حال بیمار در فرم مربوط نیاز باشد؛

- حضور بر بالین بیمارانی که احیا می‌شوند و انجام CPR؛

- حضور بر بالین بیماران بدحال و آن‌هایی که به مراقبت ویژه نیاز دارند و هر بیماری که در بخش به ویزیت مجدد نیاز داشته باشد؛

- کنترل علائم حیاتی و مراقبت از بیماران پس از انجام اقدامات تشخیصی تهاجمی نظیر بیوپسی کبد، بیوپسی کلیه، یا کسانی که برای آن‌ها تست‌های خطرناک نظیر محرومیت از آب یا تست تحمل گلوکز و انسولین انجام می‌شود، تحت نظارت پزشک معالج یا دستیار مسئول در بخش؛

- همراهی با بیماران بدحال که علائم حیاتی بی‌ثبات داشته باشند و بیمارانی که به مراقبت‌های خاص پزشکی نیاز دارند و امکان بروز عارضه‌ای آن‌ها را تهدید می‌کند، در انتقال به بخش‌های دیگر یا سایر بیمارستان‌ها با نظر پزشک معالج یا دستیار ارشد کشیک؛

در خصوص اقدامات تشخیصی درمانی، انجام اقدامات زیر بر عهده‌ی کارورز است:

گذاشتن لوله‌ی معده، گذاشتن سوند ادراری در بیماران ترجیحاً همجنس به جز در شیرخواران، گرفتن گازهای خون شریانی (ABG)، تهیه‌ی لام خون محیطی، نمونه‌برداری از زخم‌ها، نمونه‌گیری برای کشت گلو، بخیه‌زدن و کشیدن بخیه، انجام تست PPD و خواندن آن، تفسیر مقدماتی ECG و نوشتن آن در پرونده، انجام پانسمان‌هایی که نیاز به دبریدمان، شستشوی تخصصی (غیرروتین) یا بخیه‌ی مجدد طبق نظر پزشک معالج دارند یا عفونی شده باشند، انجام شست‌وشوی گوش، تامپون قدامی‌بینی، چک‌کردن مشخصات کیسه‌ی خون یا فراورده‌های خونی برای تزریق خون یا فراورده به بیمار.

انجام امور زیر تنها با موافقت و تحت نظارت مستقیم پزشک معالج یا دستیار ممکن است:

نوشتن نسخه‌های دارویی بیماران بستری خود، گذاشتن لوله‌ی تراشه و Air Way، گرفتن زایمان واژینال، انجام اینداکشن در زایمان، کنترل ضربان قلب جنین(FHR) و انقباضات رحم و حرکات جنین،

گذاشتن IUD، کورتاژ، خارج‌کردن جسم خارجی از گوش و حلق و بینی و چشم، کوتر خونریزی بینی، کارگذاشتن کشش پوستی، آتل‌گیری، گچ‌گیری ساده، انجام پونکسیون لومبار (LP)، آسپیراسیون و بیوپسی مغز استخوان، پونکسیون مفصل زانو، تزریق داخل نخاعی (Intrathecal) و داخل مفصلی، انجام جراحی‌های سرپایی ساده، ختنه، برداشتن توده‌های سطحی، خارج‌کردن In Growing Nail، تخلیه‌ی آبسه، نمونه‌گیری سوپرا پوبیک، گذاشتن Chest Tube، کشیدن (Tab) مایع آسیت و پلور، Colon Washout، تزریق داروهای خطرناک، تعویض لوله‌ی نفروستومی یا سیستوتومی، درناژ سوپرا پوبیک مثانه، گذاشتن کاتتر وریدی نافی و همکاری در تعویض خون نوزادان، سوندا‌ژ ادراری شیرخواران، کات دان و هر اقدام تشخیصی درمانی تهاجمی دیگر که ممکن است در برنامه‌ی آموزشی کارورزان پیشنهاد شده باشد.

۱۱. منشور حقوق بیمار در ایران

از جمله مصوبات ابلاغ‌شده‌ی وزارت بهداشت به ذی‌ربطان سراسر کشور منشور حقوق بیمار است که مفاد مهم آن به‌طور خلاصه در پنج محور زیر دسته‌بندی می‌شود:

الف. دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است؛

ب. اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد؛

ج. حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه‌ی بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود؛

د. ارائه‌ی خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد؛

ه. دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.[1]

متن ابلاغیه‌ی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مصوب آبان‌ماه ۱۳۸۸ را در زیر ملاحظه می‌فرمایید:

شماره‌ی ۳۸۷۹۵۶

تاریخ ۱۳۸۸/۸/۱۰

جناب آقای دکتر...

رئیس محترم دانشگاه علوم پزشکی

با سلام و احترام

با توجه به اینکه سلامت جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی از مهم‌ترین ابعاد وجودی هر فرد بوده و تأمین آن براساس اصل ۲۹ قانون اساسی از مهم‌ترین تعهدات حاکمیت در جمهوری اسلامی ایران است و بر این اساس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خود را در قبال ارائه‌ی مطلوب خدمات سلامت برای آحاد جامعه مسئول می‌داند. نظام سلامت کارآمد نیازمند مشارکت فعالانه و تعامل مناسب میان گیرندگان و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت است. مراکز ارائه‌ی خدمات سلامت، باید نهادی برای درك و احترام به حقوق و مسئولیت‌های گیرنده‌ی خدمت، خانواده‌ی آنان، پزشکان و سایر مراقبت‌کنندگان باشد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی امیدوار است در سایه‌ی تعهد

۱. متن کامل منشور در انتهای کتاب در دسترس علاقه‌مندان قرار داده شده است.

ارائه‌دهنـدگان و گیرندگان خدمات سـلامت در برابر وظایـف خـود و احترام بـه حقوق دیگری، سـلامت جامعه در بالاترین سـطح ممکن تأمین گردد. بر این اسـاس منشـور حقوق بیمـار با هـدف تبیین حقوق گیرندگان خدمات سـلامت و ارتقـای رعایت موازین اخلاقـی در یکـی از مهم‌تریـن عرصه‌هـای خدمات سـلامت که همان عرصه‌ی درمان اسـت با مشارکت صاحب‌نظـران و ذی‌نفعـان طی سـه سـال تدوین و پـس از تصویـب در شـورای سیاسـت‌گذاری وزارت بهداشـت، درمان و آموزش پزشکی به شرح پیوست ابـلاغ می‌گردد (نـک: پیوسـت). در جهـت اجرای جامع و مؤثر این منشـور انجام موارد ذیل ضروری به نظر می‌رسد:

الـف. در راسـتای عملیاتی‌شـدن هر چه سـریع‌تر مفاد منشـور، دانشـگاه‌های علوم پزشـکی و کلیه‌ی مراجـع ذی‌ربط، نظـرات خود را در خصـوص موانع و راهکارهای اجرایی‌شـدن هر حـق حداکثر تا پایان آذرماه تنظیم و به دبیرخانه‌ی شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشـت، درمـان و آموزش پزشـکی ارسـال نمایند.

ب. شـورای سیاسـت‌گذاری وزارت بهداشـت، درمان و آموزش پزشـکی پـس از جمع‌بندی نظرات به‌دسـت‌آمده با تشـکیل کارگروه مشـورتی مناسـب دسـتورالعمل اجرایی منشـور حقوق بیمار را تا پایان سال جاری تنظیم نماید.

ج. معاونـت سـلامت وزارت بهداشـت، درمـان و آموزش پزشـکی تا پایان سال جاری براساس منشور مصوب شـاخص‌های ارزیابی وضعیت حقوق بیمار را در مراکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سـلامت طراحی و از سال آینده آن را در ارزشیابی مراکز، عملیاتی نماید.

د. معاونت آموزشـی با همکاری معاونت سـلامت، برنامه‌ی آموزشـی حقوق بیمـار را در کوریکولوم‌های آموزشـی رشـته‌های مختلف علوم پزشکی به فراخور نیـاز گنجانـده و کارگاه‌هـا و سـمینارهای آموزشـی مناسب را در این خصوص طراحی یا حمایت نمایند.

ه. معاونـت تحقیقات و فنـاوری ضمن همکاری در انجام مواد ب و ج، از انتشارات و پژوهش‌های میدانی و بنیـادی صورت‌گرفتـه در حـوزه‌ی حقـوق بیمـار حمایـت نمایـد. همچنیـن در جهت فرهنگ‌سـازی مناسـب موضوع در سال ۸۹ سمینار کشوری حقوق بیمار را مبتنی بر تجربیات به‌دست‌آمده برگزار نماید.

امید است به یاری خداوند متعال و در ظل توجهات امـام علی‌بن‌موسـی‌الرضا(ع) در کوتاه‌تریـن زمـان ممکن شـاهد تحقق حقوق آحـاد جامعه در عرصه‌ی خدمات سلامت باشیم.

دکتر مرضیه وحید دستجردی

وزیر

در اجـرای مفاد این منشـور درصورتی‌کـه بیمار به هر دلیلـی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشـد، اعمال کلیه‌ی حقوق بیمار، مذکور در این منشور، بر عهده‌ی تصمیم‌گیرنده‌ی قانونی جایگزین خواهد بود؛ البته چنانچـه تصمیم‌گیرنـده‌ی جایگزین بـر خلاف نظر پزشـك، مانع درمان بیمار شـود، پزشـك می‌تواند از طریـق مراجـع ذی‌ربـط درخواسـت تجدیدنظـر در تصمیم‌گیـری را بنمایـد. چنانچـه بیمـاری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم‌گیری اسـت، اما می‌تواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود (۱۸).

۱۲. سایر آیین‌نامه‌ها و مصوبات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

به جز آنچه تاکنون به‌عنوان مثال‌هایی از مصوبات وزارت بهداشت ارائه گردید، باید گفت همچنین آیین‌نامه‌های متعددی توسط وزارت بهداشت مصوب و ابلاغ شده که به عناوین برخی از آن‌ها صرفاً اشاره می‌کنیم: «کدهای اخلاق در پژوهش»، «کدهای اخلاق در انتشارات پژوهش‌های پزشکی»، «دستورالعمل‌های تشکیل کمیته‌های بیمارستانی و نظام نوین» و مصوباتی از این دست که در وب‌سایت وزارت بهداشت قابل جست‌وجو و دستیابی است. همچنین در وب‌سایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پایگاهی تحت عنوان «پایگاه ملی قوانین و مقررات سلامت» تهیه و قرار داده شده است که کلیه‌ی قوانین و مصوبات مرتبط با نظام سلامت از جمله قوانین مرتبط با امور پزشکی، پرستاری و سایر حیطه‌ها از سال ۱۲۸۵ تا ۱۳۹۴ با قابلیت جست‌وجو در اختیار همگان قرار دارد (۱۹).

۱۳. قوانین و مقررات و کدهای بین‌المللی

پزشکان و پرستاران و سایر کارکنان بهداشت و درمان ازآنجاکه هم به لحاظ امکان سفر و ارائه‌ی خدمات در خارج از مرزهای کشور و هم به دلیل امکان معالجه، بستری و درمان بیماران غیرهموطن (توریست، دیپلمات، پناهنده، آوارگان جنگی و...) لازم است حداقلی از قوانین بین‌المللی مرتبط با بهداشت و درمان را بدانند.

به‌عنوان مثال ناآشنایی با تعاریف مصرح در قوانین مرتبط با قاچاق اعضا ممکن است افرادی را به‌طور نادانسته و ناخواسته گرفتار پیگردهای بین‌المللی کند.

برای مثال پیوندکردن بافت یا عضو پیوندی از بیماران با ملیت‌های مختلف می‌تواند مشمول قوانین قاچاق اعضا گردد که یک جرم بین‌المللی قابل پیگرد است. به‌عنوان نمونه‌ی فرضی عرض می‌شود که مثلاً اگر تحت عنوان توریسم پزشکی یا گردشگری سلامت یک بیمار دچار نارسایی کلیه‌ی اهل کویت به ایران مراجعه کند و یک دهنده‌ی کلیه‌ی اهل نپال یا فیلیپین نیز با خود به ایران آورده باشد، (تمام این موارد مثال و در جهت آموزش است و ذکر چنین مثال‌هایی الزاماً به مفهوم رخدادن آن نیست بلکه هشدار و آگاهی‌دادن و آموزش مفاهیم به زبان ساده مقصود مؤلفان بوده است) ناآگاهی همکاران ما از قوانین بین‌المللی بالقوه می‌تواند آن‌ها را دچار دامی از اتهام به قاچاق اعضا کند که نادانسته گرفتار عنوان مجرمانه‌ی سنگین آن گردند. همچنین در موارد مرتبط با درمان‌های ناباروری که مستلزم انتقال بافت جنین از / به شهروندان کشورهای بیگانه است دقت‌های این‌چنینی لازم است؛ مثلاً از سال ۲۰۰۲ در اروپا انتقال بافت‌های انسانی از یک کشور به کشور دیگر، همانند انتقال ارگان پیوندی (مثل کلیه، کبد و...) بین کشورها قاچاق اعضا و بافت[1] محسوب می‌شود[2]. این‌گونه قوانین و اسناد را می‌توان در پایگاه‌های اطلاع‌رسانی معتبر جهانی همچون سازمان جهانی

1. Tissue and Organ Trafficking
2. European Convention on Human Rights and Biomedicine Concerning Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin (2002) prohibits organ and tissue trafficking, deriving a financial gain or comparative advantage from the human body and its parts and calls on States to provide appropriate sanctions for such trafficking" (http://www. ungift. org/knowledgehub/en/about/trafficking-for-organ-trade. html)

سلامت (بهداشت)[1] و همچنین سازمان ملل متحد به‌ویژه دفتر ویژه‌ی این سازمان که مربوط به جرایم مرتبط با داروها و مواد مخدر است[2] جست‌وجو کرده و از به‌روزترین تغییرات آن‌ها مطلع شد (۲۰).

همچنین استادان دانشگاه‌های علوم پزشکی و دستیاران و دانشجویان تحصیلات تکمیلی که به واسطه‌ی پایان‌نامه و طرح‌های تحقیقاتی و پژوهش‌های دیگر خود مطالبی را در ژورنال‌های بین‌المللی منتشر می‌سازند لازم است به قوانین و مقررات بین‌المللی مرتبط با اخلاق در پژوهش و اخلاق در انتشارات پژوهش‌ها آگاهی لازم را داشته باشند. براساس کد اخلاق در پژوهش هلسینکی همه‌ی پژوهشگران علوم پزشکی در سراسر دنیا ملزم‌اند مفاد هلسینکی را مراعات کنند و به‌علاوه همه‌ی سردبیران ژورنال‌های علوم پزشکی موظف‌اند مقالاتی را که در پژوهش‌های مرتبط با آن‌ها کدهای اخلاق در پژوهش بین‌المللی از قبیل هلسینکی مراعات نشده یا نقض شده است نپذیرند[3] و اگر به هر دلیل و در هر زمانی بعد از چاپ مقاله مشخص گردد که در مسیر پژوهش منجر به آن مقاله قواعد و قوانین مذکور مراعات نشده است، پذیرش مقاله‌ی مذکور را ملغی اعلام و به اصلاح آن را ریتراکت[4] کنند (۲۱).

۱۴. چطور می‌شود از گروه پزشکی شکایت کرد؟

براساس قوانین موجود کشور برای شکایت از کادر پزشکی به مراکز متعددی می‌توان مراجعه کرد که سعی شده است اسامی آن‌ها و مختصری از وظایف و رسالت در نظر گرفته شده برای هریک را در زیر در کانون توجه قرار دهیم.

۱۴- ۱. قوه‌ی قضائیه

۱۴- ۱- ۱. دادسرای ویژه‌ی رسیدگی به جرایم پزشکی

مردم برای شکایت و تقاضای رسیدگی به پرونده‌های قضایی خود در ارتباط با قصور و تخلفات پزشکی در هر سطحی می‌توانند به این دادسرای ویژه مراجعه کنند و این امکان وجود دارد که از این طریق درخواست دیه (که عدد مشخصی است و برای برخی از اعضای بدن از قبل در قانون تعیین شده است) یا خسارت نمایند (خسارت با دیه متفاوت است؛ چراکه مبلغ خسارت درخواستی از پیش مشخص نیست و بسته به ادعای شاکی است، در واقع شاکی اگر بتواند ثابت کند که در اثر رفتار یا عدم انجام یک رفتار توسط پزشک یا کادر درمانی همکار او به اندازه ی مبلغ خاصی (از مبالغ اندک تا مبالغ بسیار کلان) متضرر شده می‌تواند به همان میزان تقاضای خسارت نماید) و اگر در این دادسرا ثابت گردد که پزشک مرتکب قصور شده است بیمار می‌تواند مجازات او را هم از دادگاه بخواهد. در تهران ۲۳ دادسرای عمومی‌و تخصصی وجود دارد که یکی از این دادسراهای تخصصی دادسرای عمومی و انقلاب ناحیه‌ی نوزده تهران ویژه‌ی رسیدگی به جرائم پزشکی است که در خیابان شهیدمطهری تهران واقع است و به جز آنچه ذکر شد به جرایم مربوط به امور دارویی، مواد خوراکی، همچنین به جرایم مرتبط با ثبت علائم تجاری، جرائم محیط زیست ناشی از نقض قوانین کار، جرایم ناشی از عدم رعایت استاندارد، جرائم ورزشی و شهرداری‌ها

1. WHO (World Health Organization)
2. United Nations Office on Drugs and Crime
3. Reject
4. Retract

نیز رسیدگی می‌کند. در آن دسته از شهرهای کشور که دادسرای ویژه ی رسیدگی به جرایم پزشکی وجود ندارد، شاکی می تواند به دادسرای عمومی مراجعه کند و شکایت خود را از آن مسیر پیگیری کند.

۱۴- ۱- ۲. دادگاه عمومی و کیفری

دادگاه‌های عمومی و کیفری نیز می‌توانند از مقاصد شاکیان از سیستم پزشکی باشند. به بیان دیگر اگر بیماران یا همراهان آنان از پزشکان یا هریک از اعضای دیگر تیم درمان به یکی از این دادگاه‌ها شکایت برند، این قاضی دادگاه است که بعد از بررسی صلاحیت دادگاه خود تصمیم می‌گیرد که آیا پرونده‌ی شکایت در آن شعبه بررسی شود یا به دادگاه دیگری که از نظر او واجد صلاحیت است ارجاع شود.

۱۴- ۱- ۳. شورای حل اختلاف (ویژه‌ی امور بهداشت)

به شورای حل اختلاف نیز می‌توان از اعضای تیم درمان شکایت کرد. درصورتی‌که مبلغ خواسته[1] یا محکومٌ‌به[2]، کمتر از پنج میلیون تومان باشد یا درصورتی‌که هر دو طرف در خصوص ارجاع پرونده به شورا توافق داشته باشند، در صلاحیت آن شوراست که به آن پرونده رسیدگی کند.

۱۴- ۱- ۴. سازمان پزشکی قانونی کشور

در پایگاه اطلاع‌رسانی سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۹۶ سامانه‌ای تحت عنوان سامانه‌ی ملی ارزیابی عملکرد و رسیدگی به شکایات طراحی شده بود و در آن یکی از موضوعات قابل رسیدگی «شکایت از رفتار و عملکرد پزشکان» بود؛ به‌علاوه در این پایگاه اطلاع‌رسانی انواع راه‌های طرح شکایت مراجعه‌ی حضوری، شکایت تلفنی از طریق سامانه‌های درنظرگرفته‌شده، ارسال نمابر و نیز مراجعه به پایگاه اینترنتی دانسته شده بود (۲۲). با تغییراتی که در وب‌سایت سازمان پزشکی قانونی کشور داده شده است، براساس آخرین مراجعه‌ی مؤلفان در اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۷ این سامانه فعلاً در پایگاه آن سازمان موجود نیست؛ اما براساس رویه‌های فعلی و آیین دادرسی کیفری برای طرح شکایت از هر فرد حقیقی یا حقوقی که مستلزم کارشناسی پزشکی قانونی باشد باید ابتدا به مراجع قضایی یا ضابطان آن (مانند نیروی انتظامی) مراجعه شود و در پاسخ به ارجاع یا استعلام آن‌ها پزشکی قانونی نظر کارشناسی و علمی خود را بیان خواهد کرد. همچنین اگر قاضی محاکم مذکور برای صدور حکم نیاز به نظر کارشناسی داشته باشد پرونده برای اظهارنظر به سازمان پزشکی قانونی ارجاع شده تا ضمن بررسی، در صورت نیاز در کمیسیون‌های تخصصی پزشکی قانونی مطرح گردد.

۱۴- ۱- ۵. کلانتری‌ها (ضابطان قوه‌ی قضاییه)

درصورتی‌که شاکی به کلانتری‌ها هم مراجعه کند، مقام مسئول در آن نهاد نیز این امکان را دارد که به‌عنوان ضابط قوه‌ی قضائیه پرونده‌ی شکایت را تنظیم کرده، به مراجع قضایی ذی‌صلاح ارجاع دهد.

۱۴- ۲. قوه‌ی مجریه

۱۴- ۲- ۱. وزارت دادگستری، سازمان تعزیرات حکومتی

سازمان تعزیرات حکومتی در مواردی از قبیل

۱. مبلغی که شاکی به عنوان خسارت درخواست کرده است.
۲. مبلغی که متشاکیٌ‌عنه (کسی که از او شکایت شده است) پس از محکومیت به پرداخت آن مبلغ محکوم شده است.

موارد مرتبـط با تعرفه‌های ارائه‌ی خدمات سـلامت، واردات و صادرات مواد دارویی و آرایشـی و بهداشتی و نیـز اتهامات مرتبط با قاچـاق کالا و ارز (و از جمله کالاهای مرتبـط با خدمات مراقبت‌های سـلامت) و به‌علاوه قاچاق اعضا شکایات مرتبط با پزشکان و تیم درمان را دریافت و رسیدگی می‌کند.

۱۴- ۲- ۲. وزارت بهداشـت، درمان و آموزش پزشکی، سامانه‌ی ۱۴۹۰

ایـن سـامانه در مقاطـع مختلـف بـا کارکردهـای متفاوتی به مردم معرفی شده است؛ به‌طور شایع این سـامانه تحت عنوان سـامانه‌ی دارو مسئول دریافت شـکایات از گران‌فروشـی داروهـا و مـواد غذایـی و آرایشی‌بهداشـتی و مرتبط با معاونت وقت غذا و دارو و سازمان فعلی غذا و داروی وزارت بهداشت، درمان و آمـوزش پزشـکی اسـت. در مقاطـع مختلـف و در وب‌سایت‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی در سراسر کشور کارکردهای تعریف‌شده‌ی دیگری نیز برای این سـامانه برشمرده‌اند که رسـیدگی و دریافت شکایات مرتبط با امور بیمارستانی و بهداشتی از جمله‌ی این کارکردهاست. همچنین در مقاطعی وزارت بهداشت ایـن سـامانه را مخصـوص دریافت شـکایات مردم از پزشـکان در خصـوص اخـذ زیرمیزی معرفـی کرده اسـت[1]. این سـامانه‌ی تلفنی در پایگاه اطلاع‌رسانی وزارتی، در دسته‌بندی وظایف خود ارائه‌ی اطلاعات دارویی و مسـمومیت‌ها و نیز اطلاع‌رسـانی درباره‌ی کمبودهـای دارویی و تهیه‌ی داروهـای کمیاب را در صدر فعالیت های خود بر شمرده است (۲۳).

۱۴- ۲- ۳. وزارت بهداشـت، درمان و آموزش پزشکی، سامانه‌ی ۱۶۹۰

در پایـگاه اطلاع‌رسـانی دولـت و نیـز پایگاه‌هـای تابعـه‌ی وزارت بهداشـت و دانشـگاه‌های علـوم پزشـکی سراسر کشـور این سـامانه برای تعرفه‌های پزشـکی بیـش از انـدازه و بـه قـول پایـگاه دولـت «زیرمیزی‌بگیرها» افتتاح شده است (۲۴).

۱۴- ۲- ۴. وزارت بهداشـت، درمان و آموزش پزشکی، نظارت بر درمان شبکه‌های بهداشت

سـاختار شـبکه‌های بهداشـت معاونت‌هایی دارد که یکی از آن‌ها معاونت درمان اسـت. در شـهرهای کوچک‌تـر گاهی معـاون درمان شـبکه همان رئیس بیمارسـتان شهرسـتان اسـت. در سـاختار معاونت درمان شبکه‌ی بهداشت واحد یا اداره‌ای تحت عنوان نظارت بر درمان وجود دارد که به شـکایات مرتبط با پزشکان و سایر درمانگران رسیدگی می‌کند.

۱۴- ۲- ۵. وزارت بهداشـت، درمان و آموزش پزشـکی، اداره‌ی نظارت و / یا معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی

متناظر با واحد یا اداره‌ی نظارت شبکه‌های درمان، دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز نوعاً در زیرمجموعه‌ی معاونـت درمان خود واحـد یـا اداره‌ای تحت عنوان نظـارت بـر درمـان دارند کـه مسـئول رسـیدگی به تخلفـات و شـکایات از گروه‌هـای درمانـی دولتی و خصوصی اسـت. اداره‌ی نظارت دانشگاه‌های علوم پزشـکی براسـاس بزرگی و کوچکی شهری که در آن قـرار دارند ممکن اسـت علاوه بـر اداره‌ی نظارت بر درمـان که مربوط بـه مراکز ارائه‌ی خدمـات درمانی از قبیل مطب‌هـا، درمانگاه‌ها و بیمارستان‌هاسـت، واحدهای مشـابهی از قبیل نظارت بر رادیولوژی‌ها، نظارت بر آزمایشگاه‌ها، نظارت بر دندان‌پزشکی‌ها و

۱. نک: مصاحبه‌ی منتشرشـده در تاریخ نوزده فروردین ۱۳۹۲ از دکتر فاطمه رخشانی، معاون وقت وزارت بهداشـت، درمان و آموزش پزشکی با باشگاه خبرنگاران به آدرس: https://www.yjc.ir/fa/news/۴۳۳۲۵۲۴

مواردی از این قبیل داشته باشند.

۱۴- ۲- ۶. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی، واحد تکریم ارباب رجوع

مانند هر دستگاه دولتی و با هدایت استانداری‌ها، در معاونت توسعه‌ی سرمایه‌ای و منابع انسانی دانشگاه‌های علوم پزشکی واحد تکریم ارباب رجوع نیز به شکایات مرتبط که بخشی از آن‌ها در دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌تواند مربوط به اعضای تیم درمانی باشد، رسیدگی می‌کنند.

۱۴- ۲- ۷. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی، واحدهای بازرسی و رسیدگی به شکایات

مانند هر دستگاه دولتی در زیرمجموعه‌ی ریاست دانشگاه‌های علوم پزشکی واحد بازرسی و رسیدگی به شکایات وجود دارد که در طول و زیرمجموعه‌ی واحد همنام خود در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

۱۴- ۲- ۸. کارشناس امور حقوقی و واحد رسیدگی به شکایات بیمارستان‌ها

براساس منشور حقوق بیمار ابلاغ‌شده توسط وزارت «دسترسی به نظام جامع رسیدگی به شکایات» حق بیمار است؛ لذا در بیمارستان‌ها واحد و فرآیندی تحت همین عنوان وجود دارد و به شکایات رسیدگی می‌کند. اگرچه در بیمارستان‌ها دفتر پرستاری (در موارد مربوط به پرسنل درمانی غیرپزشک) و نیز در بیمارستان‌های آموزشی معاونت آموزشی (در موارد مربوط به کارورزها و دستیاران تخصصی پزشکی) رسیدگی‌های مشابهی دارند.

۱۴- ۳. سازمان نظام پزشکی؛ نهاد صنفی غیردولتی

متولی امور پزشکی

در سازمان نظام پزشکی معاونتی تحت عنوان معاونت انتظامی وجود دارد که یکی از وظایف آن معاونت رسیدگی به شکایات مربوط به تخلفات اداری و انتظامی پزشکان است. در پایگاه اطلاع‌رسانی سازمان نظام پزشکی «هیئت عالی»، «اداره‌ی کل امور هیئت‌های انتظامی» و «مرکز پیشگیری از قصور و جرائم پزشکی» ارکان این معاونت برشمرده شده‌اند. «سازمان نظام پزشکی در مرکز (تهران) دارای هیئت‌های عالی انتظامی و در مراکز استان‌ها دارای هیئت‌های بدوی و تجدیدنظر و در شهرستان‌ها (ی غیر مرکز استان) دارای هیئت‌های بدوی انتظامی پزشکی است. در معیت هیئت‌های بدوی انتظامی، اعضای دادسرا مرکب از دادستان و تعداد مورد نیاز دادیار به تشخیص شورای عالی با رأی اعضای هیئت مدیره و حکم ریاست سازمان انتخاب می‌شوند.» و نتیجه‌ی آن برخورد انتظامی با پزشک خواهد بود که طیفی وسیع از اقدامات، از توبیخ کتبی تا لغو پروانه‌ی طبابت به شکل دائمی را در بر می‌گیرد (۲۵و۲۶) که درباره‌ی آن پیش‌تر در همین مقال بحث شده است.

۱۵. نگاهی به شکایات از پزشکان و سایر اعضای گروه‌های درمانی

برای اینکه بتوان تا حدودی درباره‌ی وضعیت شکایت بیماران از پزشکان و سایر اعضای گروه‌های درمانی در بیمارستان و غیر آن مطلع شویم نگاهی به شکایات از پزشکان و سایر اعضای گروه‌های درمانی که رسماً یا در پژوهش‌ها اعلام می‌شوند، راهگشاست.

در مطالعـه‌ی برزگر بفرویی و همـکاران از میان کل ۴۷۱۷ شکایت طرح‌شده در کمیسیون‌های پزشکیِ سـازمان پزشـکی قانونـی کشـور در بـازه‌ی زمانـی سه‌سـاله‌ی ۱۳۸۷تـا۱۳۸۹ متخصصـان ارتوپدی با نسـبت درصد معـادل ۴۳/۱۴ درصـد، متخصصان زنان و زایمان با ۹۱/۱۳ درصد و متخصصان جراحی عمومی با ۷۶/۱۰ درصد از کل شکایات سه رشته‌ی تخصصـی بودند که بیشـترین درصد شـکایات را به خود اختصاص داده بودند. در این مطالعه رشته‌های روان‌پزشـکی، نفرولوژی و پزشکی قانونی به ترتیب با ۵۵/۰ (کمتـر از یک درصـد)، ۴۵/۰ درصد و ۴۵/۰ درصـد کمترین درصد شـکایات را به خود اختصاص داده بودند. واضح اسـت که ایـن مطالعات می‌تواند براسـاس سال و محل بررسـی تغییر یابند. در همین مطالعـه بیشـترین میانگین شـکایات طرح‌شـده در سـطح کشـور در اسـتان تهران و سـپس استان‌های مازندران، فارس و اصفهان بوده اسـت. اسـتان‌های سیسـتان و بلوچسـتان، کهگیلویـه و بویراحمـد و سمنان کمترین میانگین شکایات را در کشور داشته اند (۲۷).

در مطالعه‌ی دیگری که میان همکاران دندان‌پزشک صـورت گرفته اسـت دندان‌پزشـکان عمومی۲/۸۷ درصـد از کل مجموع شـکایات ثبت‌شـده را به خود اختصاص داده‌اند؛ پس از آنان متخصصان معالجه‌ی ریشه با ۰۴/۴ درصد و متخصصان پریودونتولوژی با ۰۴/۲ درصد در رتبه‌های دوم و سوم هستند. در این مطالعه دانشـجویان کارورز دندان‌پزشـکی عمومی، متخصصـان دندان‌پزشـکی کـودکان، ارتدونسـی و ترمیمی‌بـا درصدهای مشـابه و برابـر ۸/۰ درصد در انتهـای لیسـت توزیـع فراوانی شـکایات رسـیده به سازمان نظام پزشکی مشهد قرار دارند (۲۸).

براسـاس نـوع و منابـع مـورد مطالعـه در میـان پژوهش‌های مختلف در این زمینه شـاید جمع‌بندی شـیخ‌آزادی و همـکاران از شـکایات سـازمان‌های پزشـکی قانونـی و نظام پزشـکی بررسـی جامع‌تر و نزدیک‌تـری بـه واقعیـت باشـد. یافته‌هـای پژوهش آنان نشـان داده اسـت کـه مهم‌ترین علل شـکایات از پزشـکان و دندان‌پزشـکان عبارت اسـت از: الف. عوامل رفتاری؛ ب. آگاهی‌ندادن به بیمار و همراهان درباره‌ی عوارض و خطـرات؛ ج. هزینه‌ی درمان؛ د. عامل رشـته‌ی تخصصی؛ ه. دخالت یا تحریک سایر همـکاران؛ و. نگرفتن شـرح حال کامل یـا معاینه‌ی دقیق یا ننوشـتن پرونده به‌شکل صحیح و عدم درج مستندات لازم؛ ز. قصور در مراقبت‌های بعد از عمل جراحی؛ ح. انتخاب اشـتباه بیمـار؛ ط. به‌روزنبودن اطلاعـات علمـی؛ ی. مجهزنبـودن بیمارسـتان، درمانگاه، کلینیک، مطـب ومانند آنها؛ ک. مدیریت نادرست، به‌کارگیری افراد فاقد صلاحیت یا تجهیزات نامناسـب؛ ل. بی‌توجهی به فرهنگ، سـنن، آداب و اعتقادات بیمار (۲۹).

در مطالعـه‌ای کـه توسـط زابلی و همـکاران انجام شـده است ۶۱٪ از شـکایات به خاطر دریافت وجوه خـارج از تعرفـه (۴۷٪ دریافت بیـش از تعرفه و ۱۴٪ زیرمیـزی) بوده اسـت. همچنیـن تأخیـر در ارائه‌ی خدمـات درمانـی ۱۴٪ و انجام درمان توسـط مراکز غیرمجاز ۱۳٪ از شـکایات را به خود اختصاص داده بودند (۳۰).

در پژوهش دیگری بیشترین میزان طرح شکایت به ترتیب مربوط به جراحان عمومی، پزشـکان عمومی و پیراپزشـکان بوده اسـت و شـایع‌ترین علت خطای

پزشکی بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی در انجام درمان و جراحی گزارش شده است (۳۱).

جعفریان و همکاران نشان داده‌اند که شایع‌ترین علت شکایت از منظر شکایت‌کنندگان به ترتیب خطای درمانی، بی‌توجهی، مسایل مالی، عدم تبحر پزشک، خطای تشخیصی، برخورد نامناسب، عدم توجیه کافی بیمار (ندادن اطلاعات لازم) و رعایت‌نکردن نظامات دولتی بوده است (۳۲). آنچه در این مقال کوتاه طرح شد تلاشی بود برای آشنایی با پژوهش‌های مرتبط با شکایت و قصور اعضای گروه درمانی و در صورت علاقه‌مندی می‌توان مقالات و اشارات بیشتری در این زمینه یافت که در حوصله‌ی بحث این کتاب نگنجیده است.

۱۶. رضایت بیمار

پیش‌تر زیر عنوان «مبانی قانونی مسئولیت پزشک» به ماده‌ی ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی اشاره کردیم و وعده داده شد که مابقی مواد قانونی مرتبط با موضوع در موعد مقرر ذکر خواهد شد. از جمله ماده‌های قانون مجازات اسلامی که به موضوع ضمان طبیب یا همان مسئولیت پزشک مربوط می‌شود، موادی از قانون هستند که در خصوص بحث اخذ رضایت آگاهانه از بیمار است. در باب گرفتن رضایت نیز باید گفت: «هر نوع رضایتی معتبر نیست و شرایط زیر لازم است»:

- نخست رضایت باید از شخصی که اذن او معتبر است صادر شده باشد. دیگر آنکه رضایت ممکن است به هر وسیله‌ای ابراز شود؛ اما وقتی این رضایت برای کادر درمانی سودمند است که در زمان بعد بتواند آن را اثبات کند.
- همچنین رضایت باید آگاهانه باشد. سه عنصر مهم برای رضایت آگاهانه آن است که پزشك اطلاعات لازم را درباره‌ی نوع بیماری، انواع درمان‌های ممکن، عواقب هر روش درمانی، به بیمار گوشزد کند و پس از آن بیمار رضایت بدهد. اگر پزشک با رفتار یا گفتار خلاف واقع، موجب جلب رضایت بیمار شود، رضایت مؤثر نیست و پزشک به‌عنوان طبیب فریب‌دهنده مسئول خواهد بود.
- درصورتی‌که اذن بیمار محدود باشد پزشک باید در همان محدوده عمل کند.
- درصورتی‌که پزشك قبل از درمان رضایت نگرفته باشد و بیمار بعداً گذشت کند، مسئولیت پزشك منتفی می‌شود.
- قانون، اخذ رضایت را در موارد اضطرار و فوریت‌های پزشکی که گرفتن اجازه ممکن نیست لازم ندانسته است؛ لذا در مواقع اضطرار، اخذنکردن رضایت باعث مسئولیت کیفری نیست (قاعده‌ی احسان).

ماده‌ی ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی: هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام می‌دهد موجب تلف یا صدمه‌ی بدنی گردد، ضامن دیه است؛ مگر آنکه عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا اینکه قبل از معالجه برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود. چنانچه اخذ برائت از مریض به دلیل نابالغ یا مجنون‌بودن او، معتبر نباشد یا تحصیل برائت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد، برائت از ولی مریض تحصیل می‌شود.

تبصره‌ی ۱. در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل برای او ضمان وجود ندارد، هرچند برائت اخذ نکرده باشد.

تبصره‌ی ۲. ولیّ بیمار اعم از ولی خاص است مانند پدر و ولی عام که مقام رهبری است. در موارد فقدان یا عدم دسترسی به ولی خاص، رئیس قوه‌ی قضائیه با استیذان از مقام رهبری و تفویض اختیار به دادستان‌های مربوطه به اعطای برائت به طبیب اقدام می‌نماید.

ماده‌ی ۴۹۶ قانون مجازات اسلامی: پزشک در معالجاتی که دستور انجام آن را به مریض یا پرستار و مانند آن صادر می‌نماید، در صورت تلف یا صدمه‌ی بدنی ضامن است؛ مگر آنکه مطابق ماده‌ی ۴۹۵ این قانون عمل نماید.

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

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

ماده‌ی ۴۹۷ قانون مجازات اسلامی: در موارد ضروری که تحصیل برائت ممکن نباشد و پزشک برای نجات مریض، طبق مقررات اقدام به معالجه نماید، کسی ضامن تلف یا صدمات وارده نیست.

مطابق با این مواد اگر پزشک در معالجات خود، عمداً موجب تلف جان یا عضو شود قصاص می‌شود؛ اما درباره‌ی خطای غیرعمدی که تحت عنوان «شبه‌عمد» آن را توضیح خواهیم داد چنانچه صدمه‌ای به بیمار وارد شود چند حالت تصور می‌شود:

الف. حالتی است که پزشک تنها برای شروع و ادامه‌ی درمان از بیمار رضایت گرفته است؛ اما با بیمار شرط عدم مسئولیت نکرده است (یا به عبارت قانونی برائت اخذ ننموده باشد). در چنین حالتی برای پزشک فرض تقصیر شده است؛ یعنی اگر مرگ یا نقص عضو رخ دهد اصل آن است که پزشک، مسئول پرداخت دیه است و برای آنکه بیمار مسئولیت پزشک را اثبات کند لازم نیست، اثبات کند که پزشک تقصیر کرده است چون اجازه‌ی مریض اجازه‌ی به درمان بوده است نه اتلاف؛ ازاین‌رو قاعده‌ی اتلاف جاری است؛ اما در این حالت پزشک اگر برای دادگاه مدارک پذیرفتنی داشته باشد می‌تواند عدم تقصیر خود را اثبات کند. یعنی چنان‌که اثبات کند که مقررات پزشکی و موازین فنی را کاملاً رعایت کرده و بی‌احتیاطی ننموده است از مسئولیت معاف می‌شود.

ب. اگر پزشک از بیمار یا ولی او برائت (شرط عدم مسئولیت) گرفته باشد بار اثبات جابه‌جا می‌شود؛ یعنی اصل آن است که پزشک مسئول نیست، مگر آنکه زیان‌دیده بتواند با دلایل معتبر در دادگاه تقصیر او را اثبات کند؛ ازاین‌رو شرط برائت، پزشک را معاف نمی‌کند، بلکه فقط بار اثبات تقصیر را جابه‌جا می‌کند که اهمیت فراوانی هم دارد.

باید دانست که برائت‌گرفتن از بیمار به‌تنهایی برای رفع مسئولیت مؤثر نیست، بلکه پزشك باید نظامات و موازین فنی را نیز رعایت کرده باشد.

همچنین بر خلاف رضایت که درباره‌ی افراد نابالغ می‌توانست از مادر نیز گرفته شود، گرفتن برائت فقط از ولی بیمار پذیرفتنی است نه از مادر و سرپرست او. درصورتی‌که ولی بیمار در دسترس نباشد و امکان گرفتن برائت از دادستان‌های قوه‌ی قضاییه به نیابت

از مقـام رهبـری وجود داشـته باشـد برائـت از مقام قضایی گرفته می‌شـود؛ زیرا مطابق قواعد اسلامی، ولی فقیه سرپرستی کسـانی را که ولی خاص ندارند عهـده‌دار اسـت. در سـایر کشـورها نیـز ایـن کار بر عهده‌ی دادگاه‌ها و مقامات عمومی است.

نکته‌ی دیگر آنکه برائت نیز مانند رضایت باید دارای عناصـر رضایت آگاهانه که شـرح داده شـد باشـد. همچنین به جز بیمار گرفتن برائت از کسـانی که در صورت وقوع خسـارت حـق تعقیب دارنـد نیز مفید اسـت؛ زیرا در صورت فوت بیمار، ورثه‌ی او می‌توانند خسـارات بدنـی و مـادی و معنـوی وارد بـه بیمـار و خسارات وارد به خودشان را مطالبه کنند؛ برای مثال افراد تحت تکفل بیمار می‌توانند برای خسارتی که به خودشان وارد شده است اقامه‌ی دعوا نمایند.

راه‌حل مهمی که در همه‌ی کشـورها برای پرداخت خسـارت و رفـع مشـکل افـراد زیان‌دیـده در نظـر گرفته شده اسـت، اجباری‌کردن و گسترش پوشش بیمه درباره‌ی تخلفات پزشـکی اسـت. ایـن راه‌حل درعین‌حال از ایجاد دشـواری بـرای کادر درمانی که ممکن اسـت موجب زیـان بیماران شـوند جلوگیری کرده و دسـت آنان را برای پذیرش ریسک روش‌های تهاجمی‌برای درمان بیماران تا حدودی باز می‌گذارد. باوجودایـن، در ایـن بیمه‌ها نیز اگر قصوری شـدید اتفاق افتاده باشـد بیمه‌گـر می‌تواند پس از پرداخت خسـارات در برابر کادر درمانی اقامـه‌ی دعوا نماید. این موضوع بسـته بـه نوع قرارداد بیمه‌ای اسـت که بسته می‌شود.

در مواقـع اضطـراری به اخـذ برائت نیاز نیسـت و پزشك از مسئولیت مدنی معاف خواهد بود؛ اما بعداً بایـد وجود اضطرار و متعارف‌بودن فعل خود را اثبات کند (قاعده‌ی احسان).

برای اینکه پزشـك بتواند به حالت ضرورت اسـتناد نمایـد و بـدون اخذ رضایـت و برائت اقـدام کند لازم است:

الف. بتواند وجود خطر شـدید جانی را اثبات کند؛ درصورتی‌کـه دربـاره‌ی وجـود فوریـت اختلاف‌نظر باشد، نظر پزشکی قانونی ملاك قرار می‌گیرد.

ب. بیمار قادر به اجازه‌دادن نباشد.

۱۷. آشنایی با برخی اصطلاحات رایج

در مطالب یادشـده و پاره‌ای از قوانین دیگر مرتبط با کار پزشـکان، از اصطلاحاتی مانند سبب و مباشر، عمد و شـبه‌عمد، دیه و... سخن گفته شده است که در اینجا درباره‌ی آن‌ها توضیح داده می‌شود:

۱۷- ۱. سبب و مباشر

گفته شد که اتلاف ممکن است مستقیم یا باواسطه صورت گیرد؛ حالت مسـتقیم آن «مباشرت» و حالت غیرمسـتقیم آن «تسبیب» گفته می‌شـود. در قانون سـقط درمانی هم از واژه‌ی مباشـر اسـتفاده شـده اسـت. در توضیح بایـد گفت گاهی بـرای وقوع یک جرم یا خسـارت، مجموعه‌ای از اسـباب در کنار هم قرار گرفته‌انـد و موجب رخدادن آن اتفاق شـده‌اند. بـه تک‌تـک آن اسـباب «سـبب» و به آن سـببی که مسـتقیم (بشره به معنی پوست است) با آن عمل در تماس بوده است «مباشر» می‌گویند؛ مثلاً اگر فردی کودکـی را وادار کنـد که به دیگری زخمـی وارد کند نـوع جرم واقع‌شـده جرح اسـت و فردی که دسـتور داده سبب (آمر) و کودکی که با دست خودش به بدن شخص سوم زخمی وارد کرده است مباشر است.

در قوانین، مجرم یا مسـئول اصلی کسـی است که

مباشر در انجام جرم یا خسارت باشد؛ مگر آنکه اثبات شود که سبب قوی‌تر از مباشر بوده است.[1] مثلاً اگر پزشک دارای شماره‌ی نظام پزشکی، دستیار رشته‌ی تخصصی زنان به دستور استادش سقط جنین مجرمانه انجام دهد، مجرم اصلی مباشر (دستیار) است و استاد سبب (آمر) محسوب می‌شود.

اگر در دادگاه مباشر بتواند نشان دهد که سبب از او قوی‌تر بوده است و او مجبور شده است که آن فعل را انجام دهد، مثل وقتی که کسی اسلحه روی شقیقه دیگری بگذارد و او را مجبور به دزدی کند، استثنائاً در چنین مواردی سبب مقصر اصلی قلمداد می‌شود.

مطابق ماده‌ی ۵۲۶ قانون مجازات اسلامی اگر دو یا چند نفر باعث صدمه به دیگری باشند و چند عامل مباشر و چند عامل سبب باشند، مباشر مسئول است؛ اما اگر همه مباشر باشند، هرکس به نسبت تأثیر رفتارش در حادثه‌ی روی‌داده مسئول است؛ بنابراین هر کدام از اشخاص به همین نسبت ملزم به پرداخت دیه و خسارات واردشده به زیان‌دیده می‌شوند. اگر یقین داشته باشیم خسارت توسط چند نفر ایجاد شده، اما میزان تأثیر کار هر یک از آن اشخاص را نتوانیم تعیین کنیم، در این هنگام همه‌ی آن‌ها باید دیه و خسارت‌های شخص زیان‌دیده را به‌صورت مساوی پرداخت کنند.

اگر عواملی متعدد موجب صدمه‌ی بدنی شده باشند و کار آن‌ها هم‌زمان نباشد، یعنی بین کار آن‌ها رابطه‌ی طولی باشد، بدین‌صورت که هر یک از سبب‌ها به‌ترتیب موجبات وقوع یک حادثه را فراهم آورده باشند، سبب مقدم در تأثیر، یعنی آخرین علتی که منجر به حادثه شده مسئول است؛ البته مسئولیت این شخص در صورتی است که عرف او را سبب اصلی خسارت بداند (۳۳)؛ وگرنه همه‌ی سبب‌ها به نسبت تأثیر کارشان مسئول هستند.

اگر شخص ثالث یا زیان‌دیده در ورود خسارت نقش داشته باشند[2] در این صورت به نسبت سهمی که این اشخاص در بروز حادثه داشته‌اند، از مسئولیت عامل زیان کاسته می‌شود؛ برای مثال بیماری که به‌صورت درست جراحی نشده و خودش نیز مراقبت‌های بعد از عمل را انجام نداده است، باید بخشی از خسارت را خودش متحمل بشود. همچنین اگر علاوه بر پزشک، داروساز نیز قصور کرده باشد خسارت تقسیم می‌شود.

۱۷- ۱- ۱. سبب مجمل در خسارت‌های واردشده به بدن

در خسارات بدنی اگر یقین به شراکت افراد نداشته باشیم، بلکه این‌گونه باشد که یقین اجمالی داشته باشیم که یکی از چند نفر موجب حادثه شده اما ندانیم که کدام‌یک بوده است، مسؤلیت پرداخت خسارت بدین‌ترتیب تعیین می‌شود که آیا عوامل مورد شک، نسبت به دخالت در حادثه (نه نتیجه) اقرار کرده باشند یا خیر. اگر عوامل اقرار به دخالت کرده باشند زیان‌دیده مخیر است از هر کدام از آن‌ها که بخواهد کل خسارت را بگیرد؛ اما اگر اقرار

۱. ماده‌ی ۳۳۲ قانون مدنی: «هرگاه یک نفر سبب تلف مالی را ایجاد کند و دیگری مباشر تلف‌شدن آن مال بشود، مباشر مسئول است نه مسبب؛ مگر اینکه سبب، اقوی باشد به‌نحوی‌که عرفاً اتلاف مستند به او باشد.»

۲. ماده‌ی ۴ قانون مسئولیت مدنی: «دادگاه می‌تواند میزان خسارت را در موارد زیر تخفیف دهد:
الف. هرگاه پس از وقوع خسارت، واردکننده‌ی زیان به‌نحو مؤثری به زیان‌دیده کمک و مساعدت کرده باشد.
ب. هرگاه وقوع خسارت ناشی از غفلتی بوده که صرفاً قابل اغماض باشد و جبران آن نیز موجب عسرت و تنگدستی واردکننده‌ی زیان شود.
ج. وقتی که زیان‌دیده به‌نحوی از انحاء، موجبات تسهیل ایجاد زیان را فراهم نموده یا به اضافه‌شدن آن کمک یا وضعیت واردکننده‌ی زیان را تشدید کرده باشد.»

نکرده‌اند و دخالت خود را با سوگند انکار می‌کنند در این صورت درباره‌ی خساراتی غیر از خسارت قتل، همه به تساوی مسئول هستند؛ اما هنگامی که قتل اتفاق افتاده است دیه‌ی شخص متوفی توسط دولت از محل صندوق خسارات پرداخت می‌شود.[1] برای مثال جسمی از پنجره‌ی یک ساختمان بیرون می‌افتد و باعث مجروحیت کسی می‌شود؛ اما نمی‌دانیم از کدام پنجره افتاده است یا بیماری در اتاق عملی که پنج پزشک حضور داشته‌اند در اثر یک قصور خاص کشته بشود که ندانیم به کدام پزشک انتساب دارد.

۱۷- ۲. عمد، شبه‌عمد، خطا

کشتن یا واردکردن ضربه یا زخم به دیگری یا ازبین‌بردن اعضا یا سلامت و مانند آن ممکن است به سه صورت رخ دهد:

الف. خطای محض: زمانی است که شخص مرتکب که به او جانی[2] گفته می‌شود نسبت به شخص زیان‌دیده (مجنی‌علیه) قصد کاری نداشته است و فعلی را که بر او واقع شده قصد نکرده است؛ برای مثال فردی تیری را برای شکار رها کرده و بدون اطلاع از حضور شخصی در تیررس، تیر به او اصابت کرده است.

ب. شبه‌عمد: جایی است که مرتکب قصد کاری را نسبت به شخص مقابل خود داشته که به‌صورت متعارف سبب جنایت نمی‌شود؛ اما به‌صورت اتفاقی خسارت (جنایت) رخ داده است. همچنین کارهایی که از روی بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی انجام می‌شود شبه‌عمد است. کارهای پزشکان نیز که موجب خسارت می‌شود از این دسته است.

ج. عمد: جایی است که کسی آگاهانه قصد کشتن دیگری یا ضرب و جرح او را داشته باشد یا کاری را انجام دهد که به‌صورت متعارف کشنده یا موجب جراحت است، هرچند قصد کشتن یا جراحت شخص مقابل خود را نداشته باشد. مجازات جنایت عمدی قصاص است و اگر شاکی خصوصی نداشته باشد مجازات عمومی‌مانند حبس نیز می‌تواند افزوده شود؛ اما مجازات جنایت خطایی و شبه‌عمد پرداخت دیه است.

۱۷- ۳. دیه و ارش

مطابق ماده‌ی ۴۵۰ قانون مجازات اسلامی «در جنایت شبه‌عمدی، خطای محض و جنایت عمدی که قصاص در آن جایز یا ممکن نیست، در صورت درخواست مجنیٌ‌علیه یا ولی دم، دیه پرداخت می‌شود مگر به‌نحو دیگری مصالحه شود.»

ماده‌ی ۴۴۸ قانون مجازات اسلامی: «دیه‌ی مقدر، مال معینی است که در شرع مقدس به سبب جنایت غیرعمدی بر نفس، عضو یا منفعت، یا جنایت عمدی در مواردی که به هر جهتی قصاص ندارد، مقرر شده است.»

در قانون برای ازبین‌رفتن هر یک از اعضا و تعدادی

---

۱. نک: صفایی سیدحسین و رحیمی حبیب‌الله. (۱۳۹۳). مسئولیت مدنی (الزامات خارج از قرارداد). تهران: انتشارات سمت، ص ۲۲۱. این موضوع برگرفته از مواد ذیل است: ماده‌ی ۴۷۷ قانون مجازات اسلامی: «در موارد علم اجمالی به ارتکاب جنایت، توسط یک نفر از دو یا چند نفر معین، در صورت وجود لوث بر برخی از اطراف علم اجمالی، طبق مواد قسامه در این باب عمل می‌شود و در صورت عدم وجود لوث، صاحب حق می‌تواند از متهمان مطالبه سوگند کند که اگر همگی سوگند یاد کنند در خصوص قتل دیه از بیت‌المال پرداخت می‌شود و در غیر قتل، دیه به نسبت مساوی از متهمان دریافت می‌شود.»
تبصره: هرگاه منشأ علم اجمالی، اقرار متهمان باشد، حسب مورد اولیای دم یا مجنیٌ‌علیه مخیرند برای دریافت دیه به هر یک از متهمان مراجعه کنند و در این امر تفاوتی بین جنایت عمدی و غیرعمدی و قتل و غیرقتل نیست.»
ماده‌ی ۴۷۹ قانون مجازات اسلامی: «هرگاه کسی در اثر رفتار عده‌ای کشته یا مصدوم شود و جنایت، مستند به برخی از رفتارها باشد و مرتکب هر رفتار مشخص نباشد، همه‌ی آن‌ها باید دیه‌ی نفس یا دیه‌ی صدمات را به‌طور مساوی بپردازند.»

۲. شایان ذکر است واژه‌ی جانی و جنایت در اصطلاح حقوقی، در معنای عرفی آن که رفتاری ناشایست و درخور سرزنش یک تبهکار است به کار نمی‌رود.

از زخم‌ها مقدار مشخصی دیه تعیین شده است؛ اما در مواردی که دیه تعیین نشده است «ارش» پرداخت می‌شود. مطابق ماده‌ی ۴۴۹ «ارش، دیه‌ی غیرمقدر است که میزان آن در شرع تعیین نشده است و دادگاه با لحاظ نوع و کیفیت جنایت و تأثیر آن بر سلامت مجنیٌ‌علیه و میزان خسارت وارده با درنظرگرفتن دیه‌ی مقدر و با جلب نظر کارشناس میزان آن را تعیین می‌کند. مقررات دیه‌ی مقدر درباره‌ی ارش نیز جریان دارد مگر اینکه در این قانون ترتیب دیگری مقرر شود.»

۱۷- ۴. قصور و تقصیر

چه موقع می‌گوییم فردی مرتکب قصور شده است؟ چه موقع گفته می‌شود طبیب مرتکب قصور پزشکی شده است؟ معنای لغوی قصور عبارت است از: «فروماندن، عاجزگردیدن، کوتاه‌آمدن، از کاری بازایستادن، واگذاشتن کاری از روی عجز و درماندگی»؛ اما برای آنکه بتوان گفت فردی مرتکب قصور شده باید:

- فردی که متهم به قصور می‌شود باید وظیفه یا مسئولیتی در قبال فرد دیگر داشته باشد؛
- باید در اجرای وظیفه یا مسئولیت فوق، کوتاهی کرده باشد؛
- در نتیجه کوتاهی‌نمودن در مسئولیتی که نسبت به فرد داشته، او دچار آسیب و زیان شده باشد.
- برای اطلاق لفظ «قصور پزشکی»:
- فرد باید بیمار پزشک باشد و در واقع پزشک مراقبت پزشکی و درمان او را پذیرفته باشد؛
- پزشک باید اعمالی انجام داده باشد که از نظر معیارهای پزشکی پذیرفتنی نباشد یا به‌طور شایع‌تر اعمالی را که به‌عنوان اقدامات پذیرفته‌شده‌ی پزشکی باید انجام می‌داد، انجام نداده باشد.
- در نتیجه‌ی انجام عملی که نباید انجام می‌شده یا انجام‌ندادن کاری که باید انجام می‌گرفته، بیمار متحمل آسیب شده باشد.

ماده‌ی ۱۴۴ قانون مجازات اسلامی تحقق جرائم عمدی را منوط به احراز تقصیر مرتکب می‌داند. در جنایات غیرعمدی اعم از شبه‌عمدی و خطای محض، مقررات کتاب قصاص و دیات مطرح است. در تبصره‌ی این ماده آمده است: «تقصیر اعم از بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی است. مسامحه، غفلت، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی و مانند آن‌ها حسب مورد از مصادیق بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی محسوب می‌گردد.» اگرچه در ادبیات و علم لغت، «قصور» به معنی کوتاهی‌کردن در انجام وظایف بدون داشتن تعمد و «تقصیر» به معنی کوتاهی متعمدانه است. با توجه به جمع تعریف قصور در آیین‌نامه‌ی انتظامی‌نظام پزشکی و تقصیر در ماده‌ی قانونی فوق به نظر می‌رسد در قوانین ما قصور و تقصیر پزشکی گاه به جای هم به کار گرفته شده‌اند.

۱۷- ۴- ۱. بی‌مبالاتی

اگر پزشک از انجام اعمالی که در مواجهه با بیمار و بیماری او، جزو اعمال پذیرفته‌شده‌ی ضروری است، غفلت نموده باشد، یعنی اموری را که لازم بوده انجام نداده باشد، بی‌مبالاتی رخ داده است. فردی دچار حادثه شده و توسط مسئول اورژانس ویزیت می‌شود (با این کار او مسئولیت بیمار را پذیرفته است).

برای مثال اگر مصدوم در اثر افتادن روی دستش از درد مچ دست شاکی است. پزشک با معاینه‌ی

بالینی ضرب‌دیدگی جزئی را اعلام کرده و با دستور داروئی او را مرخص می‌کند. مصدوم بعد از مدتی به علت استمرار درد و تورم ناحیه‌ی مچ دست به طبیب دیگری مراجعه می‌کند و در رادیوگرافی تشخیص شکستگی داده می‌شود و علی‌رغم درمان مقتضی، دست بیمار دچار عوارضی نظیر بد جوش‌خوردن، استئوارتریت و ازکارافتادگی می‌شود. در این مثال پزشک اورژانس از انجام رادیوگرافی غفلت کرده و مرتکب بی‌مبالاتی شده است.

همچنین اگر پزشک جراح روز بعد از عمل جراحی توسط پرستار کشیک، تلفنی از وخیم‌شدن حال بیمار مطلع شده و به صدور دستورات تلفنی اکتفا کرده باشد و از حضور بر بالین بیمار خودداری کند و به دنبال این غفلت پزشک، بیمار دچار عوارض شود یا فوت کند، پزشک مرتکب بی‌مبالاتی شده است.

درصورتی‌که پزشک در مواجهه با بیمار مارگزیده از انجام برخی اقدامات روتین نظیر تجویز آنتی‌سرم خودداری کند و به دنبال آن بیمار دچار عوارض گردد، پزشک مرتکب بی‌مبالاتی شده است.

۱۷- ۴- ۲. بی‌احتیاطی

طبیب، جراح یا سایرین با انجام اقداماتی در اثر بی‌توجهی و بی‌دقتی دچار اشتباه شده‌اند و در نتیجه بیمار دچار آسیب شده است (به عبارت دیگر کارهایی انجام داده‌اند که نباید انجام می‌شد)؛ برای مثال، جاگذاشتن وسایل جراحی یا گاز و امثال آن در داخل شکم بیماری که تحت عمل جراحی قرار گرفته، نوعی بی‌احتیاطی است.

پاره‌کردن روده در برخی اعمال جراحی شکم مثل جراحی کیسه‌ی صفرا و غیره، پاره‌کردن رحم حین کورتاژ، بستن حالب در هنگام برخی اعمال جراحی زنان، هرگونه دستکاری نابجا در اعضایی که در مجاورت عضو عمل‌شده قرار دارند، تجویز دارو با دوز اشتباهی بیش از میزان دوز درمانی، اشتباه در اتصال اکسیژن و سایر گازهایی که در اتاق عمل کاربرد دارند، تزریق وریدی دارویی که منع مصرف وریدی دارد، از دیگر نمونه‌های بی‌احتیاطی به شمار می‌روند.

۱۸. مراجع ذی‌صلاح برای رسیدگی به قصور پزشکی

مراجع قضایی (محاکم دادگستری) و مراجع انتظامی‌صنفی (سازمان نظام پزشکی) مراجعی هستند که شایستگی رسیدگی به قصور پزشکی را دارند.

اما پرسشی که اکنون به ذهن می‌آید این است که در چه شرایطی می‌توان نشان داد که قصور پزشکی رخ نداده است؟ نخست اینکه اقدامات پزشک قانونی باشد؛ همچنین قصد درمان داشته باشد (نداشتن سوءنیت)؛ سوم اینکه اقدامات درمانی، اخلاقی و مشروع باشد و در نهایت اینکه موازین علم پزشکی رعایت شده باشد.

به‌طور خلاصه باید گفت اقدامات پزشکی باید مبتنی بر موازین علمی و قانونی و اخلاقی باشند. در غیر این صورت حتی اگر از بیمار رضایت یا برائت‌نامه هم اخذ شده باشد، باز هم پزشک و کادر پزشکی مسئول خواهند بود.

۱۹. گواهی‌های پزشکی

یکی از مواردی که به سبب ناآگاهی همکاران بیمارستانی از مواد قانونی موجبات مشکل برای

آنـان را فراهـم می‌آورد صـدور گواهی‌های پزشـکی اسـت که به دلیلی دچار مشکل باشند. بنابر ماده‌ی ۵۳۸ قانـون مجـازات اسـلامی «هر کس شـخصاً یا توسط دیگری برای معافیت خود یا شخص دیگری از خدمـت دولت یا نظام وظیفه یا برای تقدیم به دادگاه گواهی پزشـکی به اسـم طبیب جعل کند، به حبس از شش ماه تا یك‌سـال یا به سه تا شش میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شد.»

بنابـر مـاده‌ی ۵۳۹ قانون مجازات اسـلامی هرگاه طبیـب، برای معافیت شـخصی از خدمت در ادارات رسـمی یـا نظـام وظیفـه یـا بـرای تقدیم بـه مراجع قضایـی، تصدیق‌نامـه‌ای بـر خـلاف واقـع بدهد به حبـس از شـش مـاه تا دو سـال یا به سـه تـا دوازده میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شد و هرگاه تصدیق‌نامـه‌ی مزبور به واسـطه‌ی اخذ مال یا وجهی انجـام گرفته، علاوه بر اسـترداد و ضبط آن به‌عنوان جریمه، طبیب به مجازات مقرر برای رشوه‌گیرنده نیز محکوم می‌گردد.

براساس ماده‌ی ۵۴۰ قانون مجازات اسلامی «برای سـایر تصدیق‌نامه‌هـای خلاف واقع کـه موجب ضرر شخص ثالثی باشد یا خساراتی بر خزانه‌ی دولت وارد آورد، مرتکب علاوه بر پرداخت خسـارت وارده تا ۷۴ ضربه شلاق یا دویست هزار تا دو میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شد.» بدین‌ترتیب گواهی‌های نـاروا که پزشـکان به اختیار خود یا بـه اصرار بیماران صـادر می‌نمایند عواقـب دشـواری را در پی خواهد داشت.

۲۰. جایگاه سازمان نظام پزشکی در تخلفات صنفی

طبق ماده‌ی ۲۸، «سـازمان نظام پزشکی به منظور رسـیدگی بـه تخلفـات صنفـی و حرفه‌ای شـاغلان حرف پزشـکی و وابسـته در مرکـز دارای هیئت‌های عالـی انتظامی پزشـکی، در مراکز اسـتان‌ها دارای هیئت‌هـای بـدوی و تجدیدنظـر و در شهرسـتان‌ها دارای هیئت‌های بدوی انتظامی‌پزشکی خواهد بود که مطابق مواد بعدی این قانون تشکیل می‌گردند.»

تبصـره‌ی ۱. عـدم رعایت موازین شـرعی و قانونی و مقررات صنفی و حرفه‌ای و شـغلی و سـهل‌انگاری در انجام وظایف قانونی به وسـیله‌ی شـاغلان حرف پزشکی و وابسته به پزشکی، تخلف محسوب می‌شود و متخلفـان با توجه به شـدت و ضعـف عمل ارتکابی و تعـدد و تکـرار آن، حسـب مـورد بـه مجازات‌هـای متنوعـی از تذکر یا توبیخ شـفاهی تا محرومیت دائم از اشـتغال به حرفه‌های پزشـکی در سراسـر کشـور محکوم می‌گردند.

بنابر مـاده‌ی ۲۹ نیز «در معیـت هیئت‌های بدوی انتظامی، اعضای دادسـرا مرکب از دادستان و تعداد مـورد نیاز دادیار به تشـخیص شـورای عالـی با رأی اعضای هیئت مدیره و حکم ریاست سازمان انتخاب می‌شوند.»

براسـاس مـاده‌ی ۳۵ هیئت‌هـای بـدوی انتظامی رسـیدگی بـه تخلفـات صنفـی و حرفـه‌ای هیئـت مدیره‌هـای نظـام پزشـکی، کـه مرجعـی اسـت صلاحیت‌دار با مسئولیت رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرف پزشکی و وابسته به پزشکی که از طرف دادسرای انتظامی طبق آیین دادرسی به آن‌هـا ارجاع می‌گردد و تعیین مجازات‌های انتظامی

مناسب برای آن‌ها را بر عهده دارند، متشکل از سیزده نفر به شرح ذیل خواهد بود:

الف. یک نفرقاضی به معرفی رییس قوه‌ی قضاییه؛

ب. مسئول پزشکی قانونی شهرستان مربوطه یا نماینده‌ی اوی؛

ج. پنج نفر از پزشکان شهرستان مربوطه؛

د. یک نفر از دندان‌پزشکان شهرستان مربوطه؛

ه. یک نفر از دکترهای داروساز شهرستان مربوطه؛

و. یک نفر از متخصصان علوم آزمایشگاهی یا دکترای علوم آزمایشگاهی تشخیص طبی شهرستان مربوطه؛

ز. یک نفر از کارشناسان پروانه‌دارگروه پزشکی یا بالاتر شهرستان مربوطه؛

ح. یک نفر پرستار به پیشنهاد سازمان نظام پرستاری؛

ط. یک نفر از لیسانسیه‌های گروه مامایی و بالاتر شهرستان مربوطه.

بنابر ماده‌ی ۳۶ «به منظور رسیدگی مجدد به پرونده‌هایی که پس از صدور رأی هیئت‌های بدوی انتظامی مورد اعتراض هر یک از طرفین قرارداد، هیئتی بنام هیئت تجدیدنظر انتظامی استان با ترکیب زیر در محل نظام پزشکی شهرستان مرکز استان تشکیل می‌گردد:

الف. یک نفر از قضات دادگاه های تجدیدنظر استان با معرفی رییس قوه‌ی قضاییه؛

ب. مدیرکل پزشکی قانونی استان مربوطه؛

ج. پنج نفر از پزشکان استان مربوطه؛

د. یک نفر از دندان‌پزشکان استان مربوطه؛

ه. یک نفر از دکترهای داروساز استان مربوطه؛

و. یک نفر از متخصصان علوم آزمایشگاهی یا دکترای حرفه‌ای علوم آزمایشگاهی استان مربوطه؛

ز. یک نفر لیسانس یا بالاتر پروانه‌دار گروه پزشکی استان مربوطه؛

ح. یک نفر از لیسانسیه‌های مامایی یا بالاتر استان مربوطه؛

ط. یک نفر از پرستاران استان مربوطه به پیشنهاد سازمان نظام پرستاری.»

مطابق با ماده‌ی ۳۸ «به منظور رسیدگی به اعتراضات و شکایات اشخاص (حقیقی و حقوقی) از طرز کار هیئت‌های بدوی و تجدیدنظر انتظامی موضوع مواد ۳۵و۳۶ این قانون، نظارت عالیه بر کار هیئت‌های بدوی و تجدیدنظر انتظامی و ایجاد هماهنگی بین آن‌ها و تجدیدنظر در احکام صادره از سوی هیئت‌های تجدیدنظر انتظامی، هیئت‌های عالی انتظامی با ترکیب ذیل در سازمان مرکزی نظام پزشکی تشکیل می‌گردد:

الف. یک نفر از قضات باتقوا و باتجربه به معرفی رئیس قوه‌ی قضائیه؛

ب. رئیس سازمان پزشکی قانونی کشور یا نماینده‌ی تام‌الاختیار او؛

ج. پنج نفر از پزشکان متخصص، مسلمان و خوش‌سابقه با تجربه‌ی کاری حداقل هفت سال در حرفه‌ی مربوطه؛

د. یک نفر از دندان‌پزشکان مسلمان و خوش‌سابقه با تجربه‌ی کاری حداقل هفت سال در حرفه‌ی مربوطه؛

ه. یک نفر از دکترهای داروساز مسلمان و خوش‌سابقه با تجربه‌ی کاری حداقل هفت سال در حرفه‌ی مربوطه؛

و. یک نفر از متخصصان یا دکترهای علوم

آزمایشگاهی تشخیص طبی مسلمان و خوش‌سابقه با تجربه‌ی کاری حداقل هفت سال در حرفه‌ی مربوطه؛

ز. یک نفر از لیسانسیه‌ها یا بالاتر دارای پروانه‌های گروه پزشکی مسلمان و خوش‌سابقه با تجربه‌ی کاری حداقل هفت سال در حرفه‌ی مربوطه؛

ح. یک نفر پرستار به پیشنهاد سازمان نظام پرستاری؛

ط. یک نفر از لیسانسیه‌ها یا بالاتر مامایی مسلمان و خوش‌سابقه با تجربه‌ی کاری حداقل هفت سال در حرفه‌ی مربوطه.»

حداکثر یک نفر از افراد مذکور در بندهای فوق می‌توانند از بین افراد متدین به یکی از ادیان مصرح در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران با شرایط مذکور باشند.

۲۱. شیوه‌های اثبات در مراجع قضایی و شبه‌قضایی

زمانی که درگیر شکایتی می‌شویم درمی‌یابیم اطلاعات و آگاهی‌هایی که ما از اعمال و رفتار خودمان و دیگران داریم با آنچه در دادگاه‌ها پذیرفته و ترسیم می‌شود گاه بسیار متفاوت است. حقوق و مسئولیت‌هایی که ما یا دیگران در عالم حقیقت و واقعیت داریم گاه در دادگاه اثبات‌شدنی نیستند و آنچه در دادگاه‌ها به تصویب می‌رسد گاه با حقیقت فاصله‌ی زیادی دارد. علت این امر آن است که شکایت‌ها معمولاً مربوط به رویدادهایی است که مدتی از آن گذشته است و دادگاه‌ها می‌کوشند واقعیت‌های گذشته را بازسازی کنند و این بازسازی ناگزیر از راه دلایل اسناد و شواهدی است که از گذشته باقی مانده است و چون گاه دلایل باقی‌مانده کافی نیست یا دلایلی در نظر گرفته می‌شود که به‌درستی حکایت از واقعیت ندارد، لذا بسیاری از اوقات، تصمیمات دادگاه‌ها فاصله‌ی زیادی از حقیقت دارد و موجبات گرفتاری و نارضایتی دست‌اندرکاران را فراهم می‌آورد.

بنابر مطالب پیش‌گفته مستندسازی و جمع‌آوری دلایل و مدارک، هنگام شروع به هر فعالیت اجتماعی ضروری می‌نماید. ازآنجاکه حرفه‌ی پزشکی نیز به‌صورت کامل با حقوق دیگران ارتباط دارد و فعالیت اصلی آن در حوزه‌ای است که ضروری‌ترین امر زندگانی انسان یعنی جان و سلامت در آن مطرح است، ضروری است که شاغلان به این حرفه برای تضمین حقوق بیماران و خود و دیگر کارکنان حرفه‌ی پزشکی در کنار هر فعالیتی به ثبت اسناد و مدارک فعالیت خود بپردازند؛ لذا باید دانست که هدف اصلی از مستندسازی و ثبت رویدادها در این حرفه تنها ثبت سیر درمان و کمک به درمان نیست، بلکه هدف دیگر محافظت از حقوق دو طرف درگیر این موضوع است.

۲۲. رسیدگی به جرائم کیفری

در جرائم کیفری مانند قتل و جرح، رسیدگی قضایی در دادگاه محل وقوع جرم آغاز می‌گردد. شروع رسیدگی می‌تواند به یکی از طریق زیر باشد:

الف. شکایت شاکی؛

ب. اعلام توسط ضابطان دادگستری مانند پلیس نیروی انتظامی یا مقامات رسمی یا اشخاص دیگری که ادعا کنند شاهد وقوع جرم بوده‌اند؛

ج. مشاهده‌ی جرم آشکار توسط دادستان یا

بازپرس؛

د. اقرار یا اظهار خود متهم؛

ه. اطلاع دادستان از وقوع جرم از راه‌های قانونی دیگر.

مطابق ماده‌ی ۶۶ قانون آیین دادرسی کیفری سازمان‌های مردم‌نهادی که اساس‌نامه‌ی آن‌ها درباره‌ی حمایت از اطفال و نوجوانان، زنان، اشخاص بیمار و ناتوان جسمی یا ذهنی، محیط‌زیست، منابع طبیعی، میراث فرهنگی، بهداشت عمومی و حمایت از حقوق شهروندی است، می‌توانند نسبت به جرائم ارتکابی در زمینه‌های فوق اعلام جرم کنند و در تمام مراحل دادرسی برای اقامه‌ی دلیل شرکت کنند و نسبت به آرای مراجع قضائی اعتراض نمایند. مدعی یا شاکی خصوصی یا دادستانی باید دلایل و مدارک جرم را به دادگاه رسیدگی‌کننده ارائه نماید. کشف جرم، تعقیب متهم، انجام تحقیقات، حفظ حقوق عمومی و اقامه‌ی دعوا درباره‌ی اجرای احکام کیفری، در دادسرا توسط دادیاران و بازپرسان حوزه‌ی قضایی محل وقوع جرم انجام می‌شود؛ اما در جاهایی که دادسرای خاص مربوط به جرائم امور پزشکی و دارویی وجود داشته باشد به این دادسراها مراجعه می‌شود.[1]

با ارجاع دادستان، بازپرس شروع به تحقیقات مقدماتی می‌کند. تحقیقات مقدماتی، مجموعه‌اقدامات قانونی است که برای حفظ آثار و علائم و جمع‌آوری ادله‌ی وقوع جرم، شناسایی، یافتن و جلوگیری از فرار یا مخفی‌شدن متهم انجام می‌شود.

تحقیقات مقدماتی به‌صورت محرمانه صورت می‌گیرد؛ مگر در مواردی که قانون به‌نحو دیگری مقرر نماید. همه‌ی اشخاصی که در جریان تحقیقات مقدماتی حضور دارند، موظف به حفظ این اسرار هستند و در صورت تخلف، به مجازات جرم افشای اسرار شغلی و حرفه‌ای محکوم می‌شوند. شاکی هم می‌تواند در هنگام تحقیقات، شهود خود را معرفی و ادله‌اش را اظهار کند؛ همچنین او می‌تواند در تحقیقات حضور یابد، صورت‌جلسه‌ی تحقیقات مقدماتی یا سایر اوراق پرونده را که با ضرورت کشف حقیقت منافات ندارد، مطالعه کند یا به هزینه‌ی خود از آن‌ها تصویر یا رونوشت بگیرد؛ اما چنانچه بازپرس مطالعه یا دسترسی به تمام یا برخی اوراق پرونده را منافی با ضرورت کشف حقیقت بداند، با ذکر دلیل، درخواست او را رد می‌کند.

یکی از کارهایی که بازپرس انجام می‌دهد تحقیق از محل جرم یا «معاینه‌ی محل» است. هنگام تحقیق محلی و معاینه‌ی محل، شهود و مطلعان نیز دعوت می‌شوند. در مواقع ضروری، بازپرس می‌تواند دیگر اشخاصی را که حضور آنان لازم است به محل دعوت کند. چنانچه اثبات حق به اظهارات اشخاص موضوع این ماده منحصر باشد و آنان بدون عذر موجه حاضر نشوند، بازپرس دستور جلب آنان را صادر می‌کند. کارشناسان رسمی یا خبره، از قبیل پزشک، داروساز، مهندس و ارزیاب نیز هنگامی‌دعوت می‌شوند که اظهارنظر آنان از جهت علمی یا فنی یا معلومات مخصوص لازم باشد. بازپرس می‌تواند در صورت لزوم از پزشک معالج نیز دعوت به عمل آورد.

۱. ماده‌ی ۲۵ قانون آیین دادرسی کیفری: «به تشخیص رئیس قوه‌ی قضائیه، دادسراهای تخصصی از قبیل دادسرای جرائم کارکنان دولت، جرائم امنیتی، جرائم مربوط به امور پزشکی و دارویی، رایانه‌ای، اقتصادی و حقوق شهروندی زیر نظر دادسرای شهرستان تشکیل می‌شود.»

مطابق ماده‌ی ۱۵۳ قانون آیین دادرسی کیفری، «مقامات و مأموران وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، مؤسسات دولتی، شرکت‌های دولتی، مؤسسات یا نهادهای عمومی غیردولتی و نهادها و شرکت‌های وابسته به آن‌ها، سازمان‌های نظامی‌و انتظامی، بانک‌ها و مؤسسات مالی و اعتباری، دفاتر اسناد رسمی و دستگاه‌هایی که شمول قانون بر آن‌ها مستلزم ذکر نام است مکلف‌اند اسباب و ادله و اطلاعات راجع به جرم و آن قسمت از اوراق و اسناد و دفاتری را که مراجعه به آن‌ها برای تحقیق امر کیفری لازم است، به درخواست مرجع قضائی در دسترس آنان قرار دهند، ... متخلف از این ماده، درصورتی‌که عمل وی برای خلاصی متهم از محاکمه و محکومیت نباشد، حسب مورد به انفصال موقت از خدمات دولتی یا عمومی از سه ماه تا یک‌سال محکوم می‌شود.»

بازپرس می‌تواند بخشی از موضوعات مورد تحقیق خود را به کارشناس ارجاع دهد یا برای مثال از پزشکان متخصص پزشکی قانونی یا هر پزشک متخصص دیگر یا نظام پزشکی سؤالاتی را مطرح کند.

بازپرس می‌تواند با شرایط قانونی که به‌صورت دقیق مشخص شده است، متهم، شاهدان یا افراد مطلع را احضار یا حتی جلب و «دستگیر» کند. همچنین متهم می‌تواند از اولین مرحله از حق حضور وکیل استفاده کند.

پس از پایان تحقیقات، اگر دادستانی اتهام را متوجه به متهم نداند تعقیب او را رها می‌کند وگرنه در صورت جرم‌بودن عمل ارتکابی و وجود ادله‌ی کافی برای انتساب جرم به متهم، برای متهم تقاضای کیفر نموده (کیفرخواست) و او را به دادگاه ارجاع می‌دهد.[1]

پس از صدور کیفرخواست و قبل از ارسال به دادگاه، هرگاه شاکی در جرائم بخشودنی، رضایت قطعی خود را به دادستان اعلام کند، در صورت وجود پرونده در دادسرا، دادستان از کیفرخواست می‌گذرد. در این صورت، قرار موقوفی تعقیب توسط بازپرس صادر می‌شود. در جرائم نابخشودنی هم، هرگاه شاکی رضایت قطعی خود را اعلام کند، دادستان در صورت فراهم‌بودن شرایط صدور قرار تعلیق تعقیب، می‌تواند از کیفرخواست عدول و تعقیب را معلق کند و درصورتی‌که در نتیجه‌ی رضایت شاکی نوع مجازات تغییر کند، دادستان از کیفرخواست قبلی عدول و بر این اساس کیفرخواست جدید صادر می‌کند. ادله‌ی اثبات در دادگاه عبارت است از:

الف. اقرار و اعترافات صریح متهم که با شرایط قانونی گرفته و ثبت شده باشد؛

ب. شهادت شهود؛

ج. علم قاضی؛

د. نظرات کارشناس و افراد خبره، اسناد و مدارک معتبر دیگر.

---

۱. بنابر ماده‌ی ۲۷۹ در کیفرخواست موارد زیر قید می‌شود:
الف. مشخصات متهم شامل نام، نام خانوادگی، نام پدر، شهرت، سن، شغل، شماره‌ی ملی، شماره‌ی شناسنامه، تابعیت، مذهب، محل اقامت و وضعیت تأهل او؛
ب. آزادبودن، تحت قرار تأمین یا نظارت قضائی‌بودن متهم و نوع آن یا بازداشت‌بودن او با قید علت و تاریخ شروع بازداشت؛
ج. نوع اتهام، تاریخ و محل وقوع جرم اعم از بخش، دهستان، روستا، شهر، ناحیه، منطقه، خیابان و کوچه؛
د. ادله‌ی انتساب اتهام؛
ه. مستند قانونی اتهام؛
و. سابقه‌ی محکومیت مؤثر کیفری متهم؛
ز. خلاصه‌ی پرونده‌ی شخصیت یا وضعیت روانی متهم.
تبصره: هرگاه در صدور کیفرخواست، سهو قلم یا اشتباه بیّن صورت گیرد، تا پیش از ارسال به دادگاه، دادستان آن را اصلاح و پس از ارسال کیفرخواست به دادگاه، موارد اصلاحی آن را به دادگاه اعلام می‌کند.

دادگاه‌های کیفری پس از شنیدن اظهارات دادستان و متهمان و شهود و کارشناسان و بررسی اسناد و مدارک اقدام به صدور رأی می‌نمایند. همچنین می‌توان به بسیاری از احکام کیفری در دادگاه‌های تجدیدنظر اعتراض کرد که البته ترتیبات خود را دارد. در شکایت‌های حقوقی که از جمله‌ی آن دعاوی مسئولیت مدنی، ضرر و زیان و خسارت‌های معنوی است سیر شکایت و رسیدگی متفاوت است. بسیاری از دعاوی حوزه‌ی پزشکی از آن دسته دعاوی هستند که موجب پرداخت دیه و خسارت به بیماران و اولیاء یا ورثه‌ی آنان می‌گردد.

۲۳. رسیدگی به دعوای مدنی

رسیدگی به دعوای مدنی با طرح شکایت (تقدیم دادخواست) توسط شخص دارای نفع یا وکیل یا قائم مقام یا نماینده‌ی قانونی اوست. شاکی می‌تواند قبل از طرح دادخواست نخست با ارسال یک «اظهارنامه»ی رسمی به طرف مقابل حق خود را از او مطالبه کند. طرف مقابل (خوانده) نیز می‌تواند با دریافت اظهارنامه نظر خود را مبنی بر رد یا قبول ادعای او به اظهارکننده اعلام کند.

دادخواست با تکمیل فرم مخصوصی که دادگستری در اختیار مراجعان قرار می‌دهد صورت می‌گیرد. از جمله مواردی که در دادخواست باید ذکر شود تعیین مورد ادعاست و چنانچه مورد ادعا مالی باشد باید میزان آن ذکر شود. همچنین در ستون دلایل و پیوست‌های دادخواست باید دلایل ادعا و مستندات آن ارائه گردد.

شرح دادخواست باید کوتاه و گویا و متکی به مستندات قانونی باشد. همچنین خواهان می‌تواند همراه شکایت خود محکومیت خوانده را به پرداخت خسارات دادرسی از دادگاه بخواهد. خسارات دادرسی عبارت است از هزینه‌های دادرسی که با تعرفه‌هایی معین با باطل‌کردن تمبر پرداخت می‌شود و همچنین حق وکالت و هزینه‌های دیگری که به‌صورت مستقیم به دادرسی ربط دارد و برای اثبات و دفاع لازم است؛ برای مثال هزینه‌ی گواهی پزشکی قانونی. پس از ارائه‌ی دادخواست و ابطال تمبر، دادخواست ثبت شده و به شعبه‌ی دارای صلاحیت ارجاع می‌شود. شعبه پس از دریافت دادخواست ممکن است برای تکمیل آن اعلام نقص بنماید. اگر دادخواست از نظر دادگاه پیگیری‌کردنی نباشد مثل آنکه شرایط قانونی را نداشته باشد رد می‌شود؛ اما اگر دادخواست کامل باشد اوراق دعوا برای ابلاغ به طرف مقابل (خوانده) ابلاغ می‌شود. خوانده پس از دریافت ابلاغ به دادگاه مراجعه می‌کند و در موعد مقرر رسیدگی انجام می‌شود. در جلسه‌ی دادرسی دو طرف، اظهارات، ادعاها و دفاعیات خود را با ارائه‌ی اسناد و مدارک بیان می‌کنند و در همان جلسه و اغلب پس از آن، اگر مدارک کافی باشد دادگاه اقدام به صدور رأی می‌کند. نوشته‌ای که دو طرف برای بیان اظهارات خود و دلایل به دادگاه ارائه می‌کنند «لایحه» نام دارد.

حضور پیدا نکردن هر یک از دو طرف یا وکیل آنان در دادگاه مانع رسیدگی و گرفتن تصمیم نیست؛ اما اگر خوانده یا نماینده‌ی قانونی او در هیچ‌کدام از جلسات حاضر نشود و لایحه‌ی کتبی هم نداده باشد حکم دادگاه غیابی خواهد بود. احکام غیابی قابل واخواهی یعنی تقاضای رسیدگی مجدد است؛ البته تقاضای واخواهی تا بیست روز بعد باید تسلیم شود.

دلایـل اثبات دعوا در دعاوی حقوقی عبارت اسـت از:

الف. اقرار خوانده؛

ب. اسناد رسمی و اسناد عادی؛

ج. شهادت شهود؛

د. معاینه‌ی محل و تحقیق محلی؛

ه. رجوع به کارشناس؛

و. سوگند.

توضیح نمونه‌ی اول

اگـر آقای دکتر دال در نوشـتن شـرح حـال بیمار به گفتـه‌ی همراه او اعتمـاد کند و به‌عنـوان واقع از سـقوط بیمـار از ارتفاع، سـخن گفته باشـد مرتکب اشـتباه شـده و به‌نوعی گواهی خلاف واقـع داده و مسـئول است؛ لذا بهتر است در چنین مواردی آنچه به‌عنوان نظر پزشـک نگاشته می‌شـود کلماتی باشد که از آن اطمینان حاصل کرده باشـد؛ مثل مولتیپل تروما، ضربه‌ی بلانت به سر، آسیب به سر و امثال این عبارات.

مثلاً به جای نوشتن بریدگی با شیشه یا چاقو یا هر چیز دیگری از این قبیل، بریدگی با جسـم تیز برنده را بنویسد؛ زیرا بریدگی با جسم تیز واقعیتی است که پزشک می‌تواند مشاهده و گواهی کند؛ اما ازآنجاکه در صحنـه‌ی حادثـه حاضر نبـوده اسـت نمی‌تواند درباره‌ی اینکه آن شـیء برنده، چاقو یا شیشه یا چیز دیگر بوده است اظهارنظر کند.

البتـه این بـه معنـی بی‌توجهی‌کردن بـه اظهارات همراهان بیمار نیست؛ افزون‌براین، می‌توان موضوع را بـه نقل از خود فرد شـرح‌حال‌دهنده گزارش کرد؛ مثلاً پزشـک اشـاره کند که همراه بیمار (آقای جیم) اظهـار می‌کنـد یا ادعـا می‌کند کـه بیمـار از ارتفاع سـقوط کرده اسـت یا همراه بیمار (آقـای ب) اظهار می‌کند که با تیغ موکت‌بری شکم بیمار زخمی شده است.

توضیح نمونه‌ی دوم

همـکاران محترمی‌کـه بـرای مشـاوره‌دادن بـه بیمـاران و پاسـخ بـه درخواسـت مشـاوره‌ی آنان به بخش‌هـای تخصصـی دیگـر مراجعـه می‌کنند لازم اسـت حتی‌المقدور ضمن مطالعه‌ی صحیح و دقیق پرونده و گرفتن شرح حال و معاینه، شخصاً اطلاعات مریض را جمع کرده و درباره‌ی او طرحی تشـخیصی و درمانـی تعییـن کنند تا مانند ایـن نمونه، به خاطر اعتمـاد ناصحیح به نوشـته‌ی همـکاری بی‌دقت، به دقـت و صحت معاینـات و طبابت‌های آنان خدشـه وارد نشود.

توضیح نمونه‌ی سوم

دربـاره‌ی موقعیت آقای الف هم می‌شـود از زوایای مختلـف به بحث پرداخت. نخسـت اینکه این رویّه‌ی نسـخه‌کردن آزمایش‌های روتین بدون اندیکاسـیون علمـی‌و بنـا بـه تشـخیص بیمـار رویـه‌ای ناصحیح اسـت و اگـر در نمونـه‌ی ذکرشـده چنیـن رویـه‌ای حاکم بوده باشـد خـلاف قانون اسـت. علاوه‌براین، بـه لحـاظ مدیریتی گذاشـتن بار چنین مسـئولیتی برای انتهای کشـیک شـب افراد، عاقلانـه و منطقی به نظر نمی‌رسـد و به فرض صحت اخلاقی و قانونی چنیـن کاری، بـه نظر می‌رسـد باید با تغییر سـاعت شـیفت‌ها یـا درنظرگرفتـن پزشـک ویزیت‌کننـده‌ی اختصاصی، موضوع را مدیریت کنند. تنظیم وظایف

و درنظرگرفتن پزشک کشیک پوشاننده و جایگزین یا آنکال برای مواقعی که اورژانس بیمارستان شلوغ و اداره‌ی اورژانس و درمانگاه سرپایی با هم غیرممکن می‌شود بر عهده‌ی مسئول فنی اورژانس و مدیران بیمارستان است. از همه‌ی این موارد گذشته، ناآگاهی پزشک اورژانس به جایگاه قانونی دادستان و مفهوم مدعی‌العموم باعث می‌شود او را تهییج کند که با توجه به خستگی ناشی از کار سنگین و بی‌خوابی و تنش ذهنی ناشی از نگرانی از وضعیت بیماران موجود، واکنش نامناسبی به ایشان نشان بدهد و ایشان را نیز از مسیر تصمیم‌گیری صحیح خارج سازد.

به‌هرحال اگر منِ پزشک بدانم که موظف به پاسخ‌گویی به مدعی‌العموم یا دادگاه هستم، اگر به هر دلیل نمی‌توانم بلافاصله پاسخ‌گو باشم و توضیح قانع‌کننده ارائه دهم، دست‌کم می‌توانم با ارائه‌ی توضیح مختصری درباره‌ی سختی شرایط، آن هم با بیانی محترمانه و مؤدبانه، او را با حفظ حرمت‌ها به شکیبایی دعوت کنم.

منابع

۱. اسماعیل آبادی، علیرضا. (۱۳۸۵). «مفهوم مسئولیت و ضمان- مسئولیت»، در: شرط برائت در قرارداد معالجه. تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران، ص۳۱.

۲. کاتوزیان، ناصر. (۱۳۸۲). «مفهوم مسئولیت مدنی»، در: الزام‌های خارج از قرارداد ضمان قهری مسئولیت مدنی غصب و استیفا. تهران: دانشگاه تهران، ص۴۶.

۳. سالاری، پونه. (۱۳۹۵). درس‌نامه‌ی اخلاق داروسازی. تهران: برای فردا. ص۲۰۹.

۴. جعفری، مجتبی. (۱۳۹۵). «مبانی و اصول مسئولیت کیفری اشخاص حقوقی در قانون مجازات اسلامی ایران»، پژوهشنامه‌ی حقوق کیفری، س۷، ش۲، صص۷تا۳۲.

۵. یزدانیان، علیرضا. (۱۳۷۹). «حقوق مدنی، قلمرو مسئولیت مدنی»، تهران: آیلار، صص۴۰تا۶۰.

6. Kiani, Mehrzad. (2014). “Medical Malpractice in IRAN: An Ethical and Legal Refelection”, In: Biomedical Ethics in IRAN. Bagheri Alireza, Christchurch, NZ: Eubios Ethics in Institute, P. 285-302.

۷. عباسی، محمود. (۱۳۷۹). «تخلفات انتظامی‌پزشکان»، در: مجموعه‌مقالات حقوق پزشکی. ج۲، تهران: حقوقی، صص۸۶و۸۷.

۸. یزدانیان، علیرضا. (۱۳۸۶). قواعد عمومی مسئولیت مدنی. ج۱، تهران: میزان، ص۵۰.

۹. کاتوزیان، ناصر. (۱۳۸۲). الزام‌های خارج از قرارداد ضمان قهری مسئولیت مدنی غصب و استیفا. تهران: دانشگاه تهران، صص۵۰تا۷۷.

۱۰. عمید زنجانی، عباسعلی. (۱۳۹۰). قواعد فقه؛ بخش مدنی. ج۱، تهران: سمت، ص۵۷.

۱۱. محقق داماد، سیدمصطفی. (۱۳۶۶) قواعد فقه بخش مدنی. ج۱، تهران: نشر علوم اسلامی، ص۱و۹.

۱۲. محقق داماد، سیدمصطفی. (۱۳۹۱). فقه پزشکی. تهران: حقوقی.

13. Reschovsky, James D. & Cynthia B. Saiontz Martinez. (2017). “Malpractice Claim Fears and the Costs of Treating Medicare Patients: A New Approach to Estimating the Costs of Defensive Medicine.” Health Services Research. [Epub ahead of print].

14. Davendralingam, Natasha & et al. (2017) “ ‘A Crisis in Caring’: A Place for Compassionate Care in Today’s Medicine.” Journal of the Royal Society of Medicine 110.6 (2017), P. 225-226.

۱۵. سعدی، مشرف‌الدین مصلح‌بن‌عبدالله. (۱۳۷۸). گلستان سعدی. تصحیح استادولی حسین، تهران: قدیانی، باب هشتم: در آداب صحبت، گفتار ۸۸.

۱۶. صدرممتاز، ناصر و حامد دهنوی. (۱۳۹۴). موازین حقوقی در نظام سلامت. تهران: برگا، صص۳۹تا۳۵.

۱۷. داوودی، احمد. (۱۳۸۶). آشنایی با قوانین و مقررات عمومی. تهران: مؤسسه‌ی عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی، صص۸۷تا۹۹.

۱۸. بی‌نام. (۱۳۸۸). منشور حقوق بیمار در ایران. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دست‌یافتنی در http://mehr. tums. ac. ir/ShowLaw. aspx?LawID=46

۱۹. بی‌نام. (۱۳۹۶). پایگاه ملی قوانین و مقررات سلامت از ۱۲۸۵ تا ۱۳۹۴ (آخرین ملاحظه توسط مؤلفان ۱۳۹۶). تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دست‌یافتنی در:

http://healthcode. behdasht. gov. ir/approvals/

۲۰. بی‌نام. (۲۰۱۵). ابزار ارزیابی قاچاق در اشخاص با هدف برداشت اعضا. وین: سازمان ملل، دست‌یافتنی در
https://www. unodc. org/documents/human-trafficking/2015/UNODC_Assessment_Toolkit_TIP_for_the_Purpose_of_Organ_Removal. Pdf

۲۱. بی‌نام. (۲۰۱۳). کد اخلاق در پژوهش هلسینکی دست‌یافتنی در:
https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/..

۲۲. بی‌نام. (بی‌تا). سامانه‌ی ملی ارزیابی عملکرد و رسیدگی به شکایات، وب سایت سازمان پزشکی قانونی کشور، دست‌یافتنی در:
http://lmo. ir/index. aspx?fkeyid=&siteid=1&fkeyid=&siteid=1 &fkeyid =&siteid=1&pageid=4251.

۲۳. بی‌نام. (بی‌تا). سامانه‌ی ۱۴۹۰، پایگاه اطلاع‌رسانی سازمان غذا و دارو، دست‌یافتنی در:
http://1490. fda. gov. ir/1490. fda. gov. ir/aid/1.

۲۴. بی‌نام. (بی‌تا). پایگاه اطلاع‌رسانی دولت، دست‌یافتنی در:
http://dolat. ir/detail/254210

۲۵. بی‌نام. (بی‌تا). ساختار سازمان، معاونت انتظامی، پایگاه اطلاع‌رسانی سازمان نظام پزشکی، دست‌یافتنی در:
http://irimc. org/Dynamic Content. aspx?mi=9d07bbb9-8d71-4840-87ba-0a2dfeba152b&ci=136a0477-77b4-4ffd-9569-0226843da126.

۲۶. عباسی، محمود. (۱۳۹۳). حقوق انتظامی پزشکی. تهران: حقوقی، صص۸۴تا۸۷.

۲۷. برزگر بفرویی، عبدالرزاق و همکاران. (۱۳۹۵). «بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته‌ی ارتوپدی در سازمان پزشکی قانونی کشور از ابتدای سال ۱۳۸۷ لغایت ۱۳۸۹». پزشکی قانونی ایران، دوره‌ی ۲۲، ش۱، صص۵۵تا۶۶.

۲۸. موحد، ترانه و همکاران. (۱۳۹۵). «بررسی پرونده‌های شکایات قصور دندان‌پزشکی موجود در سازمان نظام پزشکی مشهد از سال ۱۳۸۰ تا سال ۱۳۹۰». پزشکی قانونی ایران، دوره‌ی ۲۲، ش۱، صص۳۱تا۳۷.

۲۹. شیخ‌آزادی، اردشیر و همکاران. (۱۳۸۶). «نحوه‌ی رسیدگی به قصور و تخلفات حرفه‌ای دندان‌پزشکی در ایران». پزشکی قانونی، دوره‌ی ۱۳، ش۳، صص۱۷۱تا۱۸۰.

۳۰. زابلی، روح‌الله و همکاران. (۱۳۹۳). «بررسی میزان شکایات بیماران در حوزه‌ی درمان از بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی در سال ۹۲». پزشکی قانونی ایران، دوره‌ی ۲۰، ش۴، صص۱۹۳تا۱۹۹.

۳۱. عمویی، محمود و همکاران. (۱۳۷۹). «بررسی موارد قصور پزشکی ارجاع‌شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۷۸». پزشکی قانونی، دوره‌ی ۶، ش۲۱، صص۱۵تا۲۳.

۳۲. جعفریان، علی و همکاران. (۲۰۰۹). «بررسی پرونده‌ی شکایات وارده به سازمان نظام پزشکی تهران بزرگ در سال‌های ۱۳۷۰، ۱۳۷۵، ۱۳۸۰». اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره‌ی ۲، ش۲، صص۶۷تا۷۴.

۳۳. صفایی، سیدحسین و حبیب‌الله رحیمی. (۱۳۹۳). مسئولیت مدنی. تهران: سمت، ص۲۰۳.

درسنامه‌ی مبانی و قواعد فقه پزشکی

دکتر سعید نظری توکلی، دکتر مصطفی محقق داماد

۱. مقدمه

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

فرهنگ و زیرساخت‌های آن، همچون مذهب، از جمله عوامل مؤثر در تبیین و حل مسائل نوظهور پزشکی است. به نظر نمی‌رسد که بتوان پیرامون مسائلی همچون: پایان زندگی، استفاده از اسپرم و تخمک اهدایی برای درمان ناباروری، کاهش جنین اضافی در فرایند درمان ناباروری، سقط جنین درمانی، وصیت به اهدای عضو، برداشت عضو از پیکر مردگان، مرگ مغزی، اقدام به مرگ شیرین برای خود یا دیگران، تعیین جنسیت جنین و صدها مسأله‌ی دیگر پاسخی درست پیدا کرد، بدون آنکه به مبانی و نگرش‌های مذهبی درباره‌ی چنین مسائلی توجه داشت.

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

آسیب‌های آن نیز رو به فزونی می‌گذارد؟ چراکه جامعه‌ی جهانی را از رسیدن به پاسخی یکسان برای حل اثربخش آن‌ها دور می‌کند.

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

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

روایی و نارواییِ شرعی اقدامات پزشکی از جمله پرسش‌های مهم پزشکان و بیماران است. پزشکان در انجام اقدامات درمانی، افزون بر بهره‌گیری از تشخیص علمی، ناگزیرند به نگرش‌های فرهنگی‌دینی بیماران خود نیز احترام بگذارند. همچنان که بیماران نیز در پذیرش شیوه‌های مختلف درمانی، به سازگاری و ناسازگاری آن‌ها با ارزش‌های اعتقادی خود توجه فراوان دارند.

بر این اساس، هر چند اصل خودمختاری و استقلال بیمار که در نظام‌های اخلاق پزشکی غیردینی، در تنظیم روابط میان پزشک و بیمار از اهمیت فراوانی برخوردار است، در نظام فقهی‌حقوقی اسلامی نیز جایگاه ممتازی داشته و در منابع فقهی از آن با عنوان «سلطنت انسان بر نفس خود» یاد شده است؛ اما به‌کارگیری آن تنها به مشروعیت عمل بستگی دارد و بیمار آن دسته از اقدامات تشخیصی‌درمانی را می‌پذیرد که انجام آن‌ها به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم مستلزم ارتکاب عمل حرام نشود. با چنین نگرشی، گرچه بیمار بر قدرت تکوینی خود نسبت به انتخاب چگونگی و نوع درمان باور دارد، ولی هیچگاه به خود اجازه نمی‌دهد که از این حق طبیعی‌اش بدون درنظرگرفتن رضایت الهی استفاده کند.

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

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

روشـن به نظر می‌رسد که درگیرکردن فقه با مسائل نوظهور و تـلاش برای یافتن پاسـخ‌های دینی‌فقهی بـرای آن‌هـا کار دشـواری اسـت؛ زیـرا نـه جامعه‌ی پزشـکی به برقـراری چنین تعامل ویـژه‌ای با یکی از دانش‌های مرتبط بـا حوزه‌ی غیرتجربی، یعنی علوم انسـانی، عـادت دارد و نـه عالمان دینـی (فقیهان) در ارائـه‌ی پاسـخ‌های واقع‌بینانه به مسـائل نوظهور پزشـکی تجربه‌ی کافـی دارند؛ چراکه طـرح چنین پاسـخ‌هایی تنها با آگاهـی از مبانی فقهـی و قواعد اسـتنباط احکام شرعی امکان‌پذیر نیست و شناخت دقیـق از موضوع، شـرط اصلی بـرای ورود به چنین حوزه‌ای اسـت و این همان چالشی است که فقیهان در سال‌های اخیر با آن روبه‌رو هستند.

به‌هرحـال، از آنجـا کـه مخاطبین این فصـل قرار نیسـت در مقام استنباط احکام شـرعی قرار گیرند، تلاش شـده اسـت پس از ارائـه‌ی گزارشـی کوتاه از مفاهیـم پایه، ضمن تقویت جنبه‌ی مهارتی این افراد برای تصمیم‌گیـری فقهی، بدون اینکـه به اجتهاد و اسـتنباط احکام از منابع اصلی آن نیاز باشد، قواعد مختلـف فقهی ناظر به مسـائل فقه پزشـکی توضیح داده شود.

۲. فقه و مفاهیم پایه

۲- ۱. دانش فقه

برای شناسـایی دانـش فقـه، نیازمند بازشناسـی اصطـلاح فقه، سـاختار یـک گزاره‌ی فقهـی، هدف دانـش فقه، حکم فقهی، مسـأله‌ی فقهی و قاعده‌ی فقهی هستیم.

۲- ۱- ۱. مفهوم‌شناسی فقه

فقه[1] در کنار فلسفه‌ی دین[2]، جامعه‌شناسی دین[3]، روان‌شناسـی دین[4]، الهیات[5] و تاریـخ ادیان[6] یکی از شاخه‌های دانشی به نام مطالعات دینی[7] است. برای دانش فقه تعریف‌های مختلفی بیان شده است:

الف. فهـم آموزه‌های دینی: در صدر اسـلام، واژه‌ی فقه بـه معنـای «فهم آموزه‌هـای دینـی» به کار می‌رفت، چه اعتقادی باشد یا اخلاقی یا عملی. بـرای اشـاره بـه آموزه‌هـای اعتقـادی از عبارت «الفقه‌الاکبر» و برای اشـاره به آموزه‌های عملی از اصطلاح «الفقه‌الاصغر» استفاده می‌شد.

ب. ظاهرکردن شـریعت: منظور از شریعت، احکامی اسـت که خداوند برای انسـان وضع کرده است. نقش دانش فقه آن است که فقیه با اجتهاد خود ایـن احکام را کشـف کنـد؛ گاه در این تلاش به خطـا مـی‌رود و گاه هـر آنچه که فقیه اسـتنباط می‌کند، همان چیزی است که خداوند نیز وضع کرده است.

ج. شـناخت احـکام شـرعی: مقصود از فقـه در این معنـا، آگاهـی از احکام شـرعی اسـت؛ چه این آگاهی ناشی از استنباط احکام از منابع و دلایل آن‌ها باشد و چه براساس تقلید.

هـرگاه از دانـش فقه سـخن می‌گوییم، نـه از فهم آموزه‌های دینی بـه معنای عام آن گفت‌وگو می‌کنیم و نه از شـناخت احکام شـرعی، هرچنـد از راه تقلید (بازگشـت مکلف به فقیه برای شناخت وظایف خود)

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

باشـد. بلکه فقه «دانشـی اسـت که به واسطه‌ی آن، احـکام شـرعی و وظایف مکلفـان با توجـه به دلایل آن‌ها اسـتنباط می‌شـود» (۱)؛ اما باید توجه داشت که احکام شرعی یک پشتوانه‌ی الهی نیز دارد؛ یعنی خداوند به‌عنوان قانونگذار، بنای شریعت اسلامی را گذاشته است. حال این فقیه است که می‌کوشد تا با اسـتنباط خود، به آن احکام الهی دست یابد. چنین نگرشـی به دانش فقه، مبتنی بر «اصل تخطئه»[1] در اسـتنباط احکام فقهی اسـت. بر این اساس، به نظر می‌رسد معنای دوم فقه، پذیرفتنی‌تر باشد.

۲- ۱- ۲. گزاره‌ی فقهی

هـر گزاره‌ی فقهـی، دسـت‌کم از دو عنصر موضوع و محمـول تشـکیل شـده اسـت. بـرای دانـش فقه دو موضـوع وجـود دارد کـه تفـاوت آن‌هـا در میزان گستردگی اسـت: فعل اختیاری مکلف؛ فعل مکلف یـا هر شـیئی که متعلق حکم شـرعی قـرار می‌گیرد (۳و۴). ازآنجاکـه هـدف از احـکام شـرعی، تنظیـم زندگی انسان اسـت و این هدف همچنان که به فعل مکلف تعلق می‌گیرد، به خود مکلف یا به اشـیایی که در زندگـی او دخالـت دارند نیز تعلـق می‌گیرد (۵)؛ بنابراین، موضوع دانش فقه، فعل مکلف یا هر شیئی است که متعلق حکم شرعی قرار می‌گیرد.

رابطـه‌ی گسسـت‌ناپذیر میـان موضـوع و محمول سـبب می‌شـود تا بـرای موضوع‌های فقهـی نیز دو محمول تصورکردنی باشد. در نتیجه، گزاره‌ی فقهی، یعنـی نسـبت میـان محمـول و موضـوع، گـزاره‌ای دسـتوری (تجویزی) یا گزاره‌ای دستوری و توصیفی خواهد بود (۳).

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

۲- ۱- ۳. هدف دانش فقه

برای دانش فقه چهار هدف می‌توان در نظر گرفت:

الف. قدرت‌یافتن بر اسـتنباط احکام برای عمل، چه در آراسـتگی درونی (تهذیب نفـس) مکلف مؤثر باشد یا نباشد؛

ب. سعادت اخروی دین‌داران؛

ج. سعادت دنیوی دین‌داران؛

د. سعادت دنیوی و اخروی دین‌داران (۳).

بدون شک، هدف از یادگیری دانش فقه، دستیابی بـه قدرت اسـتنباط احکام شـرعی اسـت؛ امـا این قـدرت ارزش ذاتـی نـدارد و تنها هنگامی سـودمند اسـت که منجر به کشـف حکم شرعی شـود. روشن اسـت کـه به‌دسـت‌آوردن حکـم شـرعی، صرف‌نظر از جنبـه‌ی معرفت‌شـناختی آن، راهـی اسـت برای عمل‌کـردن مکلـف. پذیرش سـود و زیـان واقعی در متعلق احکام شرعی، ازآنجاکه حکم شرعی می‌تواند تکلیفـی یـا وضعـی باشـد، خودبه‌خـود بسـتری را برای سـعادتمندی دنیوی انسـان در عمل به احکام وضعی و سـعادت دنیوی و اخروی انسان در عمل به احکام تکلیفـی، فراهم می‌کند؛ بنابراین، دانش فقه تأمین‌کننده‌ی یکی از چهار هدف نیست؛ بلکه برای

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

ایـن دانش می‌تـوان اهدافـی نزدیک، میانـی و دور (قریب، متوسط و بعید) در نظر گرفت که در رابطه‌ای طولی نسـبت بـه یکدیگر قرار دارنـد. هدف نزدیک، یافتن قدرت اسـتنباط، هدف میانی، کشـف احکام شـرعی و هدف نهایی، سعادت فردی و اجتماعی در دو ساحت دنیوی و اخروی است.

۲- ۲. حکم فقهی

بـا پذیـرش ایـن مطلب کـه تنهـا وظیفـه‌ی فقیه، اسـتنباط و اسـتخراج احکام الهـی از منابع مختلف آن اسـت، برای شناسـایی دامنه‌ی فعالیت فقیه باید مشخص شود منظور از واژه‌ی «حکم» چیست.

حکم شـرعی در برابر حکم عقلی، حکمی است که تنها مسـتند آن، آموزه‌های دینی اسـت. این احکام گاه در تأییـد دریافـت عقل از سـوی قانونگذار وضع شـده‌اند (حکـم ارشـادی) ماننـد حرمت ضـرززدن به خود یـا بـدون درنظرگرفتن دریافـت عقلی، مورد قانونگذاری قرار گرفته‌اند (حکم مولوی).

همچنیـن، احکام شـرعی یا فاقد پیشـینه‌ی پیش از ظهور اسـلام هسـتند یا در رد حکم رایج در دوران جاهلـی اسـت کـه بـه آن «حکـم تأسیسـی» گفته می‌شـود؛ مانند حرمت نوشـیدن مشـروبات الکلی. احکامی نیز در تأیید کامل یا نسـبی مقررات رایج در پیش از اسلام هستند که به آن «حکم امضایی» گفته می‌شود.

سرانجام، احکام الهی یا تکلیفی هستند یا وضعی. احـکام تکلیفـی، احکامی هسـتند کـه بیانگر یکی از پنـج حکم وجـوب، حرمـت، اسـتحباب، کراهت و اباحه هسـتند (نوشـیدن مشـروبات الکلـی حرام است، پرداخت زکات واجب است، خواندن نماز شب مسـتحب اسـت، دمیدن در غذای داغ کراهت دارد، نشسـتن در زیر سـایه درخـت مباح اسـت). احکام وضعی، احکامی هستند که به‌طور مستقیم به افعال انسـان (مکلف) تعلـق نمی‌گیرد، بلکه غیرمسـتقیم بـر اعمـال و رفتار او اثـر می‌گذارند؛ ماننـد زوجیت، مالکیت، طهارت و نجاسـت (این مرد همسـر آن زن اسـت، این زن مالک آن خانه اسـت، ترشـحات بدن انسان پاک است، خون نجس است).

۲- ۳. مسأله‌ی فقهی

فقیـه می‌کوشـد در فرایند اسـتنباط، حکـم تمام رویدادهایـی را کـه برای انسـان‌ها در مسـیر زندگی پیـش می‌آید، از منابع اصلی فقـه و همچنین قواعد کلـی حاکم بر فقه اسـلامی اسـتخراج کنـد. بر این اسـاس، گزاره‌هایـی همچون: «نماز واجب اسـت»، «نجـات بیمـار بر پزشـک واجـب اسـت»، «وفای به قـرارداد لازم اسـت» و «تـرک اقدامـات پزشـکی در وضعیت اورژانس حرام است» از جمله مسائل فقهی هسـتند. در این‌گونـه گزاره‌هـا، احـکام (تکلیفی و وضعـی) محمول این گزاره‌ها را تشـکیل می‌دهند و موضوع آن‌ها، افعال مکلفان اسـت. بر این اسـاس، مسایل فقهی مجموعه‌ی قوانینی هستند که خداوند دربـاره‌ی اعمـال و رفتارهای خاص انسـان‌ها وضع کرده است (۶).

۲- ۴. قاعده‌ی فقهی

واژه‌ی «قاعـده» در لغـت بـه معنای پایه و اسـاس اسـت. ایـن واژه در علوم مترادف با اصـل، ضابطه و قانـون به کار می‌رود. بر این اسـاس، قاعده‌ی فقهی عبـارت اسـت از حکمی کلی که به حـوزه‌ی خاصی از احکام اختصاص ندارد و نسـبت به همه یا بیشـتر حوزه‌ها، قابلیت شمول‌پذیری دارد.

قاعده‌ی فقهی دو ویژگی اساسـی دارد: کلی‌بودن

و شـرعی‌بودن. منظـور از کلی‌بـودن این نیسـت که تمـام مکلفان را در بر می‌گیرد، مانند وجوب خواندن نماز بـرای همه‌ی مکلفـان. همچنیـن کلی‌بودن به این معنا نیسـت که همه‌ی مصادیق و موارد را شامل می‌شـود، مانند وجـوب خواندن نمـاز در مکان‌های مختلـف (نمـاز در خانـه، در مسـجد، در خیابـان، ...). افزون‌برایـن، منظـور از کلی‌بـودن، دربرگرفتن حالت‌های مختلف مکلفان نیسـت، همچون وجوب خوانـدن نماز در وضعیت ناتوانی (عجز) و توانمندی (قـدرت)؛ بنابراین، منظـور از کلی‌بـودن، فراگیری نسبت به گونه‌های مختلف موضوعات است.

برخـی از قواعد فقهی در همـه‌ی ابواب فقه جاری هستند؛ مانند قاعده‌ی نفی ضرر (لاضرر) و قاعده‌ی نفی حرج (لاحرج). قواعدی نیز هسـتند که تنها در حـوزه‌ی معاملات جاری‌انـد؛ مانند قاعده‌ی تلف در زمان خیـار و قاعده‌ی عـدم ضمان امیـن. قواعدی هم در حوزه‌ی عبادات جاری اسـت؛ مانند قاعده‌ی لاتعـاد، قاعـده‌ی تجاوز، قاعـده‌ی فراغ و سـرانجام قواعدی هسـتند که برای کشف موضوعات خارجی به کار می‌روند، مانند قاعده‌ی حجیت بینه.

ویژگـی دوم قاعده، شـرعی‌بودن آن اسـت؛ یعنی اثبات یا نفی حکم تکلیفی یا وضعی (۶).

۳. فقه و دانش‌های وابسته

دانش فقه به‌عنوان یک دانش از زیرشـاخه‌ی علوم انسـانی می‌تواند از جهات گوناگون با علوم مختلف، شباهت، اشتراک و پیوستگی‌هایی داشته باشد؛ اما در ایـن میان، اخلاق، اصول فقه و حقوق بیشـترین شـباهت را به لحاظ عملکـردی و مبانی با این دانش دارند.

۳- ۱. اخلاق

مکلف‌بـودن انسـان در برابر خداوند و لـزوم تعیین روابط و مناسـبات حقوقی براسـاس رجـوع به عقل قدسـی (آموزه‌های وحیانی) سـبب می‌شود تا نقش «تنظیم روابط و مناسـبات حقوقـی» را به دانش فقه بسپاریم. بدیهی است با چنین نگرشی به فقه، ناگزیر خواهیـم بود تـا در پی پیشـرفت فنـاوری، مبادله‌ی سـریع اطلاعات و ظهور روابط چندگانه و تعامل‌های پیچیده در سـاحت‌های فراملی و جهانی، به درستی نظریـه‌ی «توانایی فقه برای مواجهه‌ی فعال با دنیای جدید» معترف باشیم.

قبـول وجود ایـن توانایی بـرای دانش فقه، سـبب می‌شود تا فقه‌پژوهان برای پاسخ‌گویی به پرسش‌های دنیـای معاصـر و نیازهـای جدید و مختلـف جوامع انسـانی، درصـدد بهره‌گیری از دانش‌هـای مختلف برآینـد. یکـی از ایـن دانش‌ها که سـهم بسـزایی در اجتهاد و استنباط احکام شرعی دارد، دانش اخلاق است.

صرف‌نظـر از تأثیر خصلت‌هـا و ویژگی‌های درونی فقیـه در چگونگـی اسـتنباط‌های او کـه از آن بـه رفتارهـای ارتباطی درون‌شـخصی نیز یاد می‌شـود، مهـم یافتـن میـزان تأثیـر آموزه‌هـای اخلاقـی در اسـتنباط احـکام شـرعی و از آن مهم‌تـر، تأثیر علم اخلاق بر علم فقه است.

فقه بـه مفهوم رایج آن، دورمانـدن از عذاب الهی و بهره‌مندی از پـاداش اخروی را هدف اصلی از انجام فرامین الهی و پرهیـز از نافرمانی او معرفی می‌کند؛ امـا نبایـد از یاد برد که احـکام فقهی ایـن توانایی را دارند که انسـان را به رشـد معنوی رسـانده و او را در مسـیر تقرب به سـوی خداوند پیش ببرنـد و برای او

سـعادت جاویدان و آرامش درونـی را به ارمغان آورند و این نیست جز توجه فقه به اخلاق.

اگـر فقـه را به معنای علـم به احکام شـرعی فرعی تعریـف کنیـم، علم فقـه کاشـف از احکام شـریعت اسـت کـه در برخی مواقع نیـز به خطا رفتـه، از این کاشـف‌بودن باز می‌ماند. تأثیر اخلاق بر شـریعت به این معناسـت که قانونگذار در تدوین احکام خود، به ارزش‌های اخلاقی نیز توجه می‌کند. باوجوداین، در اینکـه چه رابطه‌ای میان فقه و اخلاق وجود دارد، دو دیدگاه کاملاً متفاوت وجود دارد:

الف. دیدگاه نخست: عدم ارتباط میان فقه و اخلاق

طرفداران رویکرد سـلبی بر ایـن باورند که اختلاف موضـوع و روش ایـن دو دانـش، سـبب بی‌ارتباطی آن‌هـا از هـم می‌شـود. موضـوع علـم اخـلاق، تنها بررسـی ویژگی‌هـای درونی انسـان اسـت و موضوع علم فقه، فعل اختیاری مکلف اسـت. افزون‌براین‌ها، رسالت فقه و قلمرو کارآیی آن، دنیاست؛ اما رسالت و قلمرو کارآیی اخلاق، آخرت است.

ب. دیدگاه دوم: ارتباط میان فقه و اخلاق

کسانی که به رویکرد ایجابی میان فقه و اخلاق باور دارند، به دلایلی اسـتناد کرده‌اند؛ برای مثال برخی بر این باورند که احکام فقهی به منظور برقراری نظام عادلانه وضع شـده‌اند و عدالـت از جمله آرمان‌های مهـم اخـلاق اسـت؛ پـس احـکام فقهی ریشـه در اخلاق دارنـد. به عبارت دیگر، اخـلاق از خصلت‌ها و ویژگی‌هـای درونی انسـان گفت‌وگـو می‌کند و این خصلت‌ها به کمک رفتارها به دسـت می‌آیند و چون فقه عهـده‌دار تبییـن رفتارهای مشـروع و رفتارهای نامشـروع (نزدیک‌کننـده بـه خداونـد و دورکننده از او) اسـت؛ بنابرایـن، در چارچـوب رفتارهای فقهی، ویژگی‌هـا و صفات مطلوب و شایسـته‌ی اخلاقی نیز شکل می‌گیرند.

طرفـداران ایـن دیدگاه، درسـت بر خـلاف دیدگاه نخسـت، مدعی‌اند کـه فقه و اخـلاق از نظر هدف و روش و موضوع با یکدیگر پیوستگی دارند. با پذیرش نظـر عدلیـه در تابعیت احـکام از مصالح و مفاسـد، هدف از دانش فقه، تأمین مصالح و دورکردن مکلفان از مفاسـد اسـت که با انجام تکالیف الهی به دسـت می‌آید و این یعنی، رساندن انسان به سعادت و دوری او از عذاب الهی. هدف اخلاق هم به کمال رسـاندن انسـان اسـت؛ ازاین‌رو، هـدف دو علم اخـلاق و فقه همسو هستند.

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

اگـر بپذیریم کـه موضوع علم اخـلاق، ویژگی‌های نفسـانی (درونی) و رفتار انسان اسـت، نسبت میان موضوع فقه و اخلاق، عموم و خصوص مطلق است؛ یعنی دامنه‌ی علم اخلاق گسترده‌تر از فقه است، فقه و اخلاق هر دو از رفتـار بحث می‌کنند؛ ولی اخلاق، افزون‌براین، از صفات درونی هم گفت‌وگو می‌کند.

بـر این اسـاس، نسـبت میـان گزاره‌هـای فقهی و اخلاقی یکی از این چهار صورت است: هر دو بیانگر یک مطلب هسـتند؛ فقـه حکمـی دارد ولی اخلاق فاقـد حکم قطعـی در آن باره اسـت؛ اخلاق حکمی

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

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

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

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

دانش اخلاق، دانشی[1] (۷) است معرفتی‌مهارتی؛ یعنی از یک‌سو، مبتنی بر معرفت است، زیرا بدون شناخت ویژگی‌های مطلوب و نامطلوب انسانی تحقق‌پذیر نیست و از سوی دیگر، مهارتی است، زیرا کنشگر اخلاقی باید بتواند با فراگیری مهارت‌های خاص، رفتارهای ناپسند خود را کنترل کرده، آرام‌آرام آن‌ها را به رفتارهای پسندیده تبدیل کند؛ همچنین بکوشد تا رفتارهای پسندیده‌ی او به‌صورتی ماندگار درآیند. به همین خاطر، اخلاقی رفتارکردن نیازمند یک مهارت است و خودش یک هنر به شمار می‌رود. چه فراوان‌اند انسان‌هایی که به زیبایی‌ها و زشتی‌ها آگاه هستند، اما توان کنترل رفتار خود را براساس آن ندارند و البته کم نیستند انسان‌هایی که با ناآگاهی از زشتی‌ها و زیبایی‌ها، ناخواسته رفتاری ناپسند دارند؛ ازاین‌رو، می‌توان دانش اخلاق را چنین تعریف کرد: «شناخت منش‌های پسندیده و ناپسند و مهارت (هنر) به‌کاربستن آن‌ها در رفتار خود.»

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

۳- ۲. اصول فقه

اصول فقه دانشی است که به فقه‌پژوهان می‌آموزد

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

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

بر این اساس، هرچند مسائل مورد گفت‌وگو در علم اصول فقه و قواعد فقهی هردو در مسیر استنباط احکام شرعی قرار می‌گیرند، میان آن‌ها سه تفاوت اساسی وجود دارد: قواعد فقهی خود یک حکم شرعی‌اند، اما مسائل اصول فقه در اثبات یک حکم شرعی واسطه قرار می‌گیرند؛ قواعد فقهی کاربست شخصی و جزئی دارند، اما مسائل اصول فقهی، کاربستی کلی دارند. مسائل اصول فقه تنها برای مجتهدان کاربرد دارد؛ ولی مقلدان نیز می‌توانند قواعد فقهی را به کار گیرند (۹و۲).

۳- ۳. حقوق

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

۳- ۳- ۱. مفهوم‌شناسی حقوق

به‌دست‌دادن تعریفی جامع از دانش حقوق، همچون دیگر شاخه‌های علوم اجتماعی کار چندان آسانی نیست. جان استین نخستین تلاش‌ها را برای تعریف حقوق به کار بست؛ اما کانت بر این باور بود که «حقوق‌دانان هنوز در جست‌وجوی حقوق، برابر تصور خویش هستند» (۱۰).

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

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

۳- ۳- ۲. گزاره‌ی حقوقی

موضوع علم حقوق، روابط اجتماعی است؛ چراکه از یک‌سو، برای فردی که بدون ارتباط با دیگران زندگی می‌کند، نمی‌توان قانون نوشت و از سوی دیگر، آن‌گونه که در تعریف گذشت، گستردگی و تنوع روابط اجماعی، سبب تنوع موضوع‌هایی شده که علم حقوق برای آن‌ها قانونگذاری کرده است (۱۱، ٤). بر این اساس، موضوع علم حقوق، رفتار اجتماعی انسان است، چه منظور از انسان شخص حقیقی باشد یا شخص حقوقی. بدین‌ترتیب، موضوع علم حقوق، رفتار شخص حقیقی در برابر شخص حقیقی دیگر، رفتار شخص حقیقی در مقابل شخص حقوقی (مؤسسات، نهادها، سازمان‌ها، ادارات و دولت)، رفتار شخص حقوقی در برابر شخص حقیقی و رفتار شخص حقوقی در مقابل شخص حقوقی دیگر است.

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

۳- ۳- ۳. هدف حقوق

در دو نظام حقوقی رومی‌ژرمنی[1] و کامن‌لا[2]، تقسیم‌های مختلفی برای حقوق و در نتیجه قلمرو آن بیان شده است[3] (۴). در حقوق رومی‌ژرمنی، حقوق به دو بخش خصوصی[4] و عمومی[5] تقسیم می‌شود. هدف قانونگذار در حقوق خصوصی درنظرداشتن منافع فردی افراد جامعه در برابر یکدیگر است؛ اما هدف در حقوق عمومی تأمین منافع ملی و عمومی جامعه است.

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

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

۳- ۴. فقه پزشکی

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

بر این اساس، آرام‌آرام راه علوم انسانی از علوم پایه

1. Romon German
2. Law Common

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

4. Private law
5. Public law

و فنی‌مهندسی جدا شد، همچنان‌که هر یک از آن علوم نیز راهی به جز راه علوم انسانی را پیمودند؛ اما هرچه از عمر این جدایی بیشتر می‌گذشت، نیاز به پیوستگی آن‌ها بیشتر احساس می‌شد؛ زیرا مجموعه‌ی دانش‌های بشری یا در خدمت انسان است یا برای شناسایی انسان؛ پس نمی‌توان بدون انسان و ملاحظات انسانی از دانشی سخن گفت. چنین نیازی و به دنبال آن، چنین نگرشی به علم سبب شد تا به‌تدریج دانش‌های میان‌رشته‌ای از اهمیت بیشتر و بیشتری برخوردار شوند و این فرصت برای محققان فراهم شود که موضوع یا مسأله‌ای را از زوایای مختلف و با رویکردهای متفاوت بررسی کنند.

بدون شک، دانش پزشکی از جمله دانش‌های چندتباری است که به واسطه‌ی داشتن ضلع‌های گوناگون معرفتی، ریشه در علوم مختلف دوانیده و در یک تعامل دو سویه میان آن و سایر علوم، رشته‌هایی همچون: جامعه‌شناسی پزشکی، حقوق پزشکی و اخلاق پزشکی پا به عرصه‌ی دانش بشری گذاشته‌اند.

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

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

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

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

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

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

پاسخ‌گفتن به این‌گونه سؤال‌ها بر عهده‌ی دانش میان‌رشته‌ای فقه پزشکی است؛ پرسش‌هایی که از یک‌سو، ماهیتی پزشکی دارند و از سوی دیگر، ماهیتی شرعی‌فقهی.

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

۴. اصول بنیادین اخلاق زیست‌پزشکی در فقه پزشکی

اخلاق پزشکی مُدرن، با مسائلی نوین روبه‌روست که در برابر پاسخ‌گویی به آن‌ها موظف است؛ اما نظریه‌پردازان این دانش بر وجود چهار اصل بنیادینِ خودمختاری، ضررنرسانی، سودرسانی و عدالت به‌عنوان مبنای تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری اخلاقی پافشاری دارند. اصول چهارگانه‌ی اخلاق پزشکی، با وجود اختلاف‌هایی که متخصصان اخلاق پزشکی درباره‌ی مفهوم و کارکرد و نسبت آن‌ها با یکدیگر دارند، قدمتی کمتر از یک قرن دارند؛ اما مطالعات درون‌دینی نشان می‌دهد که این اصول به‌شکلی گسترده‌تر و با شمول‌پذیری بیشتر در آموزه‌های دینی (قرآن و حدیث) مطرح و در کانون توجه فقهای مسلمان بوده‌اند.

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

۴- ۱. اصل خودمختاری و خاستگاه فقهی آن

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

آن‌گونه که از ظاهر این جمله برمی‌آید، موضوع آن سلطه‌ی افراد بر اموال و دارایی‌های خود است؛ اما ازآنجاکه به نظر بسیاری از فقهای مسلمان، مسأله‌ی تسلط‌داشتن امری عقلایی است، فقها به هنگام استناد به این قاعده، سلطه بر مال را یکی از گونه‌های سلطه شمرده و برای آن انواع دیگری نیز

تصـور کرده‌اند: «الناس مسـلّطون علـی املاکهم» (۱۶)، «الناس مسـلّطون علی املاکهـم و اموالهم» (۱۷)، «الناس مسـلّطون علی اموالهـم و حقوقهم» (۱۸)، «النـاس مسـلّطون علی اموالهم و انفسـهم» (۱۹)، «النـاس مسـلّطون علی اموالهم و شـؤونهم و حقوقهـم» (۲۰)، «الناس مسـلطون علـی اموالهم، انفسـهم و ذواتهـم» (۲۱)، «النـاس مسـلطون علی انفسهم» (۲۲).

به‌هرحـال، اصل احتـرام بـه خودمختـاری فرد از جمله اصول و قواعد مطرح در فقه اسـلامی است که در قالب قاعده‌ی سـلطنت (تسلیط) در کانون توجه فقها بـوده و در لابه‌لای آن، بحث مالکیت انسـان بر بدن خود نیز مطرح شده است.

منظور از سـلطنت، همان استیلای ذاتی است که بـه حکم عقل، فرد بر تمامیت بدن خود تسـلط دارد و می‌تـوان از آن بـا عبـارت «الناس مسـلطون علی أنفسـهم» یاد کـرد (۲۳). مالکیت هم عبارت اسـت از «دارا شـدن» (احتواء الشـیء) و قـدرت بر تصرف مسـتقل در یـک چیـز (القدرة علـی الاسـتبداد به) (۲۴).

آن‌گونه که دیده می‌شـود، چه از تعبیر «سـلطنت» برای توضیح خودمختاری انسـان در مقابل تمامیت جسمانی خود اسـتفاده کنیم یا از تعبیر «مالکیت»، مفهومی اعتباری‌قراردادی نیسـت تا برای اثبات آن، نیازمنـد قانونگـذاری قانونگذار باشـیم؛ بلکه امری تکوینی اسـت که هر انسـان از تولد به بعد، به‌تدریج ظرفیت استفاده از آن را به دست می‌آورد، بدون آنکه محدودیت خاصی برای آن داشته باشد (۲۵).

بنابراین، ادعای نبود دلیل بر اسـتیلای انسـان بر بدن خودش یا تنها خداوند را مالک حقیقی دانستن، برای انکار خودمختاری تکوینی افراد نسـبت به خود (۲۷، ۲۶)، موجه به نظر نمی‌رسد؛ زیرا گرچه انسان نسـبت به اسـتفاده از جسـم خـود، دارای اختیار و اراده اسـت (۲۸)، این استفاده باید محدود به جایی باشـد که عقل آن را روا می‌داند و دین نیز آن را تأیید می‌کند؛ بنابراین، جعل حکم حرمت برای خودکشی و واردکردن نقص و ضرر بر بدن خود، همچنین وضع تدابیـر جزایـی در ایـن موارد، نشـانگر آن اسـت که بدن انسـان در مواردی متعلق احـکام الهی نیز قرار داشـته، اراده و اختیـار او در این مـوارد اثری ندارد؛ نـه اینکه بر تمامیت بدن خود، سـلطه نـدارد (۲۹). به همیـن دلیل، برخی از فقها بر این باورند که به‌جز خودکشی، خداوند به انسان ولایت بر تصرف در بدن خود را داده اسـت (۳۰)؛ همچنین، ضرررسـانی به خـود (اضـرار به نفس) اگـر با هدف عقلایی باشـد، حرام نیست (۲۳).

به‌هرحـال، جز در مـواردی که قانونگذار (شـارع) برای اِعمال سـلطنت انسـان محدودیت ایجاد کرده اسـت، هرکسـی می‌تواند از این قـدرت ذاتی خود، آن‌گونه که می‌خواهد استفاده کند (۳۲، ۳۱).

۴- ۲. اصل ضررنرسانی و خاستگاه فقهی آن

یکـی از مهم‌تریـن قواعـد فقهـی که در اسـتنباط احکام شرعی به کار می‌رود و گاه تنها دلیل در برخی از فروعات فقهی به حساب می‌آید، حدیث نفی ضرر (لاضرر و لاضرار) است. در متون روایی شیعه، افزون بر آنچه در کتب اهل سـنّت آمده اسـت، این حدیث در چنـد جـا مطرح و به آن اسـتناد شـده اسـت که مهم‌تریـن آن‌ها ماجرای سـمرة‌بن‌جندب و مزاحمت او برای یکی از انصار اسـت. شهرت این حدیث میان فقهای پیشـین و عمل آن‌ها به مضمون آن در مسائل

مختلف فقهی تا به آنجاست که درباره‌ی صدور آن از پیامبر گرامی اسلام اطمینان داریم (۳۳).

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

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

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

۴- ۳. اصل سودرسانی و خاستگاه فقهی آن

سودرسانی به دیگران از جمله اموری است که به شکل‌های مختلف در منابع اسلامی بر آن تأکید شده است. برای اثبات ضرورت آن، دست کم با چند مطلب می‌توان استدلال کرد:

۴- ۳- ۱. جایگاه سودرسانی

صرف‌نظر از احادیث فراوانی که همگان را به انجام کارهای مختلف خیر در دو سطح فردی و اجتماعی فراخوانده و برای آن پاداش اخروی بیان کرده است، قرآن کریم در دو جا همگان را با عبارت «فاستبقوا الخیرات»[1] به پیش‌دستی در انجام کار خیر دعوت می‌کند. یکی به هنگام بحث از تغییر قبله و دیگری به هنگام توضیح علت اختلاف ادیان.

مفسران پس از اتفاق‌نظر بر اینکه مقصود از کارهای خیر در این دو آیه منحصر به شأن نزول آن‌ها نمی‌شود، چندین معنی نزدیك به هم برای واژه‌ی «خیرات» بیان کرده‌اند؛ احکام و تکالیف (۴۳)، اعمال شایسته (۴۴) و آنچه باعث سعادت انسان در دو جهان است، از جمله‌ی این معانی هستند (۴۵).

همچنین، کلینی از امام صادق(ع) نقل می‌کند: «أَيُّمَا مُؤْمِنٍ أَوْصَلَ إِلَى أَخِيهِ الْمُؤْمِنِ مَعْرُوفاً فَقَدْ أَوْصَلَ ذَلِكَ إِلَى رَسُولِ اللّهَ» (۴۶): «هر مؤمنی که معروفی به برادر مؤمنش برساند، آن را به رسول خدا رسانده است.»

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

۱. قرآن کریم، سوره‌ی بقره، آیه‌ی۱۴۸؛ سوره‌ی مائده، آیه‌ی۴۸.

پسندیده (مستحب) خواهد بود.

واژه‌ی «معروف» عنوانی است برای تمام کارهایی که خرد انسانی و شرع آن را نیکو می‌شمارد[1] (۴۷) و جای تردید نیست که از جمله‌ی مهم‌ترین معروف‌ها، حمایت از سلامت و زندگی انسان‌ها و رهانیدن آن‌ها از خطر مرگ و کاهش درد و رنج آن‌هاست.

۴- ۳- ۲. سودرسانی و ضررنرسانی

امام صادق(ع) در بیان یک قاعده‌ی کلی رفتاری چنین می‌فرمایند: «لَا تَدْخُلْ لِأَخِيكَ فِي أَمْرٍ مَضَرَّتُهُ عَلَيْكَ أَعْظَمُ مِنْ مَنْفَعَتِهِ لَهُ» (۴۶): «به خاطر برادرت، خود را به کاری وادار نکن که ضررش برای تو بیش از سودش برای اوست.»

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

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

بدین‌ترتیب این‌گونه از احادیث ضمن مسلم‌دانستن اصل سودرسانی به دیگران، در مقام اِعمال محدودیت برای آن بوده، در تعارض بین اصل سودرسانی به دیگران و اصل ضررنرسانی به خود، ضررنرسانی را مقدم بر سودرسانی دانسته‌اند.

۴- ۳- ۳. سودرسانی و پیامد آن

از نظر گروهی از فقهای مسلمان، قرآن کریم با بیان جمله‌ی «مَا عَلَى الْمُحْسِنِينَ مِن سَبِيلٍ»[2] درصدد بیان قاعده‌ای کلی در عدم مسئولیت نیکوکاران (محسنان) است؛ زیرا گرچه واژه‌ی «سبیل» در این آیه به معنای کیفر اخروی است و افرادی که به علت ناتوانی جسمی قادر به شرکت در جنگ نیستند یا به دلیل ناتوانی مالی نمی‌توانند به جنگجویان کمک کنند، در جهان آخرت مؤاخذه نمی‌شوند. اما این جمله بیانگر این قاعده است که «هرگاه شخصی به انگیزه‌ی خدمت و احسان، باعث ضرردیدن فرد دیگری شود، مورد مؤاخذه قرار نمی‌گیرد»؛ زیرا «مؤاخذه» همچنان‌که می‌تواند ناظر به حکم تکلیفی باشد، ناظر به حکم وضعی نیز خواهد بود و ضامن‌نبودن محسن، همان عدم مؤاخذه‌ی وضعی و عدم ضمان (مسئولیت) اوست.

افزون‌براین، عقل مؤاخذه‌ی شخص نیکوکار را نسبت به احسانی که انجام داده، ناروا (قبیح) می‌شمارد؛ زیرا کار خوب شخص نیکوکار، مصداق نعمت است و احسان‌کننده (محسن)، نعمت‌دهنده (منعم) به حساب آمده و سپاس از منعم هم امری پسندیده است؛ همچنان‌که ناسپاسی از او (کفران نعمت)، کاری ناپسند (قبیح) خواهد بود. در نتیجه، ضامن‌دانستن شخص نیکوکار، از آشکارترین نمونه‌های ناسپاسی از اوست؛ چراکه قرآن کریم، پاسخ نیکی را نیکی می‌داند: «هل جزاء الاحسان الا الاحسان»[3].

---

۱. «المعروف اسم لکل فعل یعرف حُسنه بالشرع و العقل، من غیر ان ینازع فیه الشرع».

۲. قرآن کریم، سوره‌ی توبه، آیه‌ی ۹۱.

۳. قرآن کریم، سوره‌ی الرحمان، آیه‌ی ۶۰.

تحقق احسان دست کم وابسته به وجود دو رکن است:

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

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

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

از جمله چالش‌های مهم در استناد به قاعده‌ی احسان، تعارض میان نیکوکاری و گرفتن دستمزد در برابر عمل نیکوکارانه است. برخی بر این باورند که هرگاه کسی در مقابل گرفتن دستمزد، کاری برای جلب منفعت یا دفع ضرر از دیگری انجام دهد و عمل او موجب ضرر و زیان آن شخص شود، ضامن خواهد بود. به همین جهت، اثبات عدم مسئولیت پزشکان به کمک قاعده‌ی احسان، هنگامی ممکن است که پزشک اقدامات درمانی خود را بدون دستمزد و به قصد احسان انجام دهد و بدون اینکه در وظیفه‌ی خود کوتاهی کرده باشد، سبب آسیب‌دیدن بیمار شود؛ نظیر اقدامات درمانی پزشک سرنشین هواپیما یا قطار برای نجات جان یکی از مسافران (۳۲).

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

۴- ۴. اصل عدالت و خاستگاه فقهی آن

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

برای اینکه یک گزاره‌ی فقهی قابلیت تبدیل‌شدن به یک قاعده‌ی فقهی را داشته باشد، باید از توان شمول‌پذیری نسبت به حوزه‌های مختلف فقهی برخوردار باشد و دست کم یک دلیل شرعی (دلیل برآمده از آموزه‌های فقهی) نیز اعتبار و روایی آن را اثبات یا تأیید کند.

هرچند در متون فقهی عدالت به‌عنوان یک قاعده مطرح نشده است، فقها در مسائل مختلف فقهی، وجود یا نبود یک حکم تکلیفی یا وضعی برای یک مسأله‌ی خاص را، به وجود یا عدم وجود عدالت مستند کرده‌اند. خداوند با مسلم‌دانستن اعتبار و ضرورت وجود عدالت، اعلام می‌دارد: «ان الله یأمر بالعدل». بر این اساس، عدالت حکمی امضایی و تأییدی بر فهم مشترک و عمومی مردم از زیبایی و پسندیده‌بودن عدالت و نازیبایی و ناپسندی، مفهوم مخالف آن، یعنی ستم است؛ نه اینکه حکمی تأسیسی و نوآورانه باشد که تا پیش از اعلام آن از سوی قانونگذار اسلام، مردم فهمی از آن نداشته‌اند.

باوجوداین فهم مشترک از عدالت، مهم‌ترین مسأله عنصر تشخیص‌دهنده‌ی آن است. اگر منظور از عدالت، قراردادن هر چیز در جای خود یا دادن حق هر صاحب حقی به او باشد این پرسش به وجود می‌آید که چه کسی یا کسانی باید دست به این داوری بزنند و به دیگر سخن، کدام رفتار، عادلانه و کدام رفتار غیرعادلانه است. آیا برای اثبات روایی فهم خود در عادلانه‌بودن یا عادلانه‌نبودن، فهم و تشخیص همه‌ی انسان‌ها ملاک است یا فهم بیشتر انسان‌ها یا فهم همه‌ی نخبگان یا فهم بیشتر نخبگان؟ بدون تردید اگر ملاک را اتفاق‌نظر بدانیم و دامنه‌ی اتفاق‌نظر را گسترده‌تر کنیم، تشخیص عدالت و داوری نسبت به عادلانه‌بودن یک تصمیم یا رفتار دشوارتر خواهد شد. در پاسخ به این پرسش، دست کم سه نظریه را می‌توان مطرح کرد:

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

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

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

به‌هرحال، اگر «نظریه‌ی فقهی عدالت واقعی» را نظریه‌ی حداقلی درباره‌ی جایگاه عدالت در احکام

فقهی بدانیم، در تمام مواردی که قانونگذار در احکام خود به‌صراحت با فهم عرفی از عادلانه‌بودن یا عادلانه‌نبودن یک رفتار مخالفت نکرده یا حکم فقهی ناظر به یک مسأله‌ی خاص در منابع دینی وجود نداشته، بدون شک، فهم عرف در عادلانه‌بودن یا نبودن یک تصمیم یا رفتار معتبر است؛ بدون اینکه تفاوتی میان تصمیم‌گیری پزشکی و انجام اقدامات درمانی حمایتی با تصمیم‌های ناظر به امور اجتماعی و اقدامات مالی و غیرمالی وجود داشته باشد.

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

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

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

۵. کاربست قواعد فقهی در فقه پزشکی

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

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

۵- ۱. قواعد فقهی و درمان‌پذیری بیمار

هر فرد به هنگام بیماری یا آسیب‌دیدگی یا به‌خطرافتادن سلامت جسمانی و روانی‌اش، نیازمند درمان است. در این قسمت به بیان چند قاعده‌ی کلی که وضعیت شخص را شناسایی کند و به او توان

تصمیم‌گیری فقهی‌شرعی درباره‌ی شروع یا ادامه‌ی درمان را می‌دهد، بسنده می‌کنیم:

۵- ۱- ۱. کاربست قاعده‌ی فقهی وجوب حفظ نفس

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

اهمیت حفظ جان خود تا به آنجاست که شخص مجاز است برای زنده‌ماندن، محدوده‌ی محرمات الهی را نادیده بگیرد. قرآن کریم به صراحت اعلام می‌کند انجام کارهایی که در شرایط طبیعی جایز نیست، در صورت پیداشدن شرایط اضطرار جایز خواهد شد؛ البته به جز کشتن دیگران[1]. جواز انجام محرمات در حال اضطرار (حالتی است که به واسطه‌ی آن، خطری جانی یا ضرری جانی یا مالی متوجه انسان شود) آشکارا از وجوب حفظ نفس حکایت دارد.

بر این اساس، قرآن کریم حق مردن را برای هیچ فردی به رسمیت نشناخته و با بیان صریح «لا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ»[2] انسان‌ها را از خودکشی بر حذر داشته است (۴۳)؛ بدون آنکه شرایط شخص (اختیار و اضطرار) یا انگیزه‌ی شخص برای انجام‌دادن آن، تأثیری در این حکم داشته باشد؛ چه به منظور رهایی از بلایا و مشکلات زندگی باشد (۵۴) و چه برای تنبیه خود (خودکیفری) (۵۵).

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

خودکشی منفی به شکل‌های گوناگون انجام می‌شود: خودداری از انجام عمل مباح، مثل نخوردن و نیاشامیدن غذا و آب، خودداری از تحرک در صورت امکان، مثل خودداری از بیرون‌آمدن از آب پس از انداخته‌شدن در آن؛ ترک درمان و مداوا هنگامی که اثربخشی درمان قطعی است (۳۲).

به‌هرحال، اگر بپذیریم که حفظ جان واجب است، در تمام مواقعی که فرد مکلف به حفظ جان خود است، یعنی قدرت انجام‌دادن این تکلیف را دارد و عمل او

---

۱. قرآن کریم، سوره‌ی بقره، آیه‌ی ۱۷۳، سوره‌ی مائده، آیه‌ی ۳، سوره‌ی انعام، آیات ۱۱۹و۱۴۵، سوره‌ی نحل، آیه‌ی ۱۱۵.
۲. قرآن کریم، سوره‌ی نساء، آیه‌ی ۲۹. برای اطلاع بیشتر از اختلاف‌نظر مفسران و احتمال‌های مطرح در معنای این آیه می‌توانید به کتاب‌های پیوند اعضا در فقه اسلامی (صص۵۵تا۵۹) و الترقیع و زرع الاعضاء فی الفقه الاسلامی (صص۱۰۱تا۱۱۱) از نظری توکلی رجوع کنید.

نیز اثربخش است، وظیفه دارد از سلامت و زندگی خود دفاع کند. بر این اساس، خودداری از آغازکردن درمان، کامل‌نکردن فرایند درمان، مصرف‌نکردن دارو، مصرف نادرست دارو، انجام‌ندادن دستورهای کادر درمانی و... درصورتی‌که موجب به‌خطرافتادن جان و سلامت بیمار شود، برای او حرام خواهد بود.

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

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

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

همچنین، پیامبر گرامی اسلام(ص) در عهدنامه‌ی میان مهاجران و انصار می‌نویسد: «أَنَّ الْجَارَ كَالنَّفْسِ غَيْرَ مُضَارٍّ وَ لَا آثِمٍ» (۴۶)؛ «انسان همان‌گونه که به خود ضرر نمی‌زند، به همسایه‌اش هم ضرر نمی‌زند.» آن‌گونه که ملاحظه می‌شود، این جمله گزاره‌ای تشبیهی است که پیامبر همسایه را به خود انسان تشبیه کرده است که براساس آن، خود را در ضرر و گناه قراردادن، امری مسلّم فرض شده و انسان باید در مقابل همسایه‌ی خود نیز این‌گونه عمل کند (۵۷).

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

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

نظیر این مطلب را امام رضا(ع) این‌گونه بیان کرده‌اند: «لَمْ يُحِلَّ مَا يُحِلُّ إِلَّا مَا فِيهِ مِنَ الْمَصْلَحَةِ لِلْأَبْدَانِ وَ حَرَّمَ مَا حَرَّمَ لِمَا فِيهِ مِنَ الْفَسَادِ» (۵۸)؛ یعنی «چیزی را حلال نکرده است مگر به واسطه‌ی مصلحتی که برای بدن‌ها دارند و حرام کرده است امور حرام را به خاطر فسادی که ایجاد می‌کنند.»

افزون‌براین، برخی فقها برای اثبات حرمت ضرررسانی به خود، به حکم عقل به لزوم پرهیز از ضرر استناد کرده‌اند. مقصود از ضرر در این حکم عقلی می‌تواند ضرر دنیوی (نقص در جان، بدن و آبرو) یا مصالح و مفاسد احکام شرعی یا ضرر اُخروی (عذاب و کیفر) باشد؛ اما ازآنجاکه دلیلی بر انحصار ضرر به یک نوع خاص از ضرر وجود ندارد، پرهیز از همه‌ی گونه‌های ضرر، دنیوی یا اُخروی، ضروری است و اجازه‌ی قانونگذار برای انجام‌دادن برخی کارهای ضرری، بر فرض ثبوت و به خاطر مصلحت و منفعت بیشتر، بیانگر جواز ارتکاب کارهای مُضر هرچند سود و مصلحتی نداشته باشند، نیست.

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

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

برای اثبات حرمت رفتارهای خطرناک و به‌خطرانداختن جان خود، می‌توان به برخی آیات قرآنی، روایات و حکم عقل استناد کرد. مهم‌ترین دلیل برای حرمت انجام‌دادن رفتارهای مخاطره‌آمیز آیه‌ی «وَ لا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ»[1] است. در متون لغوی و کاربردهای قرآنی، واژه‌ی «القاء» به معنای «انداختن، قراردادن» (۲۴)، «ید» به معنای «دست، نیرو، مباشرت» (۶۰، ۵۸۹)، «تهلکه» به معنای هلاکت و آنچه منجر به هلاکت می‌شود (۶۱) به کار می‌رود. بر این اساس، معنای جمله‌ی «وَ لا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ» این خواهد شد: «خود را به هلاکت نیندازید»؛ «با دست خود، خود را به هلاکت نیندازید» (۶۲). «تهلکه» می‌تواند امری مادی یا معنوی باشد؛ اما با توجه به کاربردهای فقهی این آیه در منابع فقهی مذاهب مختلف اسلامی، همچون: وجوب گرفتن تیمم هنگام بیم از ایجاد مرض شدید با استفاده از آب (۶۳)، حرمت گرفتن روزه هنگام شدت‌یافتن بیماری با روزه‌داری (۶۴)، حرمت خوردن غذاهای مُضر (۶۵)، عدم لزوم گزاردن حج به هنگام نبود امنیت جانی (۶۶) منظور از «تهلکه» انجام‌دادن کارهای خطرناک است نه انجام‌دادن کارهای کشنده؛ به همین خاطر، خودکشی با خوردن سم، خود را کشتن است، نه خود را در معرض مرگ قراردادن (۶۷).

بنابراین، آیه‌ی «وَ لا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ» آشکارا بر حرمت خود را به‌خطرانداختن دلالت می‌کند، چه این رفتار به حد مرگ (هلاکت) برسد یا نرسد؛ زیرا آنچه قرآن ما را از آن نهی کرده، اقدام به کارهای خطرناک است، صرف‌نظر از اینکه چه نتیجه‌ای به دنبال داشته باشد (۶۸).

چنین فهمی را از مضمون برخی از روایات نیز می‌توان استفاده کرد. امام صادق(ع) در پاسخ به این پرسش که اگر کسی برای وضوگرفتن آب در اختیار ندارد، ولی اگر به دوردست برود آب پیدا می‌کند، چنین بکند یا نه فرمود: «لَا آمُرُهُ أَنْ يُغَرِّرَ بِنَفْسِهِ فَيَعْرِضَ لَهُ لِصٌّ أَوْ سَبُعٌ» (۴۶): «به او فرمان نمی‌دهم که خود را به خطر بیندازد، دزد یا حیوان

۱. قرآن کریم، سوره‌ی بقره، آیه‌ی ۱۹۵.

درنده‌ای بر او حمله‌ور شود.»

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

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

۵- ۲. قواعد فقهی و درمانگری پزشک

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

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

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

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

یکی از مهم‌ترین دلایل وجوب حفظ جان دیگران، آیه‌ی «وَ مَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعاً»[1]: «هر کس انسانی را زندگی بخشد، مثل آن است که به همه‌ی مردم زندگی بخشیده است.» (۴۲). ازآنجاکه حفظ جان دیگران، امری مرتبه‌پذیر است (نکشتن دیگران، جلوگیری از کشته‌شدن دیگر افراد، حفظ انسان از خطر) (۷۲)، بخش زیادی از اقدامات درمانی، می‌تواند دارای این عنوان باشد؛ چراکه این اقدامات، در کوتاه‌مدت یا درازمدت، ضامن سلامت بیماران بوده و با دورکردن خطر مرگ از آن‌ها، ضامن حیات ایشان است.

اما باید توجه داشت که حفظ جان دیگران، واجب کفایی است؛ یعنی هرچند همه‌ی افراد وظیفه دارند از زنده‌ماندن دیگران حمایت کنند، اگر فرد یا افرادی

۱. قرآن کریم، سوره‌ی مائده، آیه‌ی ۳۲.

اقدام به چنین کاری کند، این تکلیف وجوبی از افراد دیگر ساقط می‌شود. همچنین این تکلیف وجوبی همچون دیگر تکالیف وجوبی، مشروط به قدرت شخص است. روشن به نظر می‌رسد اگر جان کسی در معرض خطر باشد، اما شخص قادر به نجات او نباشد، دیگر تکلیفی متوجه او نخواهد بود.

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

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

ب. خطرساز یا آسیب‌زا نبودن برای درمانگر؛ زیرا اگر اقدامات درمانی سلامت خود پزشک را تهدید کند یا جان او را به خطر بیندازد، تکلیف به حفظ جان خود مقدم بر حفظ جان دیگران است؛ مگر زمانی که میزان خطر و آسیب متوجه سلامت پزشک به هنگام درمان بیمار، کمتر از خطر و آسیب ناشی از ترک درمان نسبت به بیمار باشد که در این صورت، پزشک موظف است آسیب و خطر را بپذیرد و با اقدامات درمانی خود از سلامت و حیات بیمار حمایت کند.

ج. تأثیرپذیر بودن اقدامات درمانگر؛ زیرا اگر پزشک براساس دستاوردهای علمی موجود، یقین داشته باشد که عمل درمانگری او هیچ نتیجه‌ی مطلوبی به دنبال نخواهد داشت، اقدام به درمانگری بر او واجب نخواهد بود. بر این اساس، انجام درمان بیهوده[1] بر پزشک واجب نیست.

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

صرف‌نظر از «اتلاف مال» (ازبین‌بردن مال) که موضوع مسئولیت مدنی است، در متون فقهی از واژه‌ی اتلاف در امور مربوط به بدن نیز به سه شکل استفاده شده است: «اتلاف نفس» (قتل نفس) به معنای ازبین‌بردن جان انسان، «اتلاف عضو» به معنای قطع‌کردن یا ازبین‌بردن یکی از اعضای بدن و «اتلاف منافع» به معنای ازبین‌بردن سلامت (و ازکارافتادگی) یکی از اعضای بدن. این اتلاف چه در نفس باشد یا در عضو یا در منافع، به دو گونه‌ی مستقیم (مباشرت) و غیرمستقیم (تسبیب) تقسیم می‌شود: «مباشر» کسی است که به عمد یا غیرعمد، با کوتاهی (تقصیر) یا بدون کوتاهی (بدون تقصیر)، جان دیگری را از بین می‌برد؛ به‌گونه‌ای که عمل به او استناد داده می‌شود، مانند تزریق یا خوراندن داروی کشنده به یک نفر؛ اما «مسبب» کسی است که غیرمستقیم و با واسطه، سبب ازبین‌رفتن جان دیگری می‌شود؛ مانند کسی که داروی خطرناکی را در اختیار کسی قرار دهد تا او خود آن دارو را مصرف کند (۷۳).

1. Medical Futility

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

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

نکته‌ای که در اتلاف نفس، اتلاف عضو و اتلاف منافع عضو باید به آن توجه داشت، وابستگی مسئولیت کیفری، یعنی مجازات قصاص به عنصر سوءنیت و انگیزه‌ی مجرمانه است؛ زیرا عمل شخص می‌تواند حرام باشد، اما ارتکاب این عمل حرام تنها تنبیه مالی و جبران ضرر و زیان وارد بر بیمار را در دو قالب پرداخت دیه یا ارش به دنبال خواهد داشت. بر این اساس، نمی‌توان پزشک را به واسطه‌ی دستور عدم احیا[1] و همچنین فراهم‌کردن زمینه‌ی مرگ آسان (اتانازی)[2] بیمار، با شرایطی که خواهد آمد، محکوم به مجازات قصاص کرد، هرچند محکومیت او به پرداخت دیه، براساس مبانی فقهی، پذیرفتنی است؛ زیرا اگر «مرگ آسان» را فراهم‌کردن عمدی زمینه‌ی مرگ بیماران درمان‌ناپذیر با انجام‌دادن یا انجام‌ندادن یک کار با انگیزه‌ی مشفقانه تعریف کنیم، در این صورت، از یک‌سو بیمار باید زنده و درمان‌ناپذیر باشد و از سوی دیگر، پزشک نیز چنین کاری را با انگیزه‌ی مشفقانه انجام بدهد. در نتیجه‌ی چنین نگرشی، قطع حمایت از مبتلایان به مرگ مغزی، ترک درمان نسبت به بیماران درمان‌پذیر و انجام اقدامات مجرمانه‌ی گروه درمانگر که منجر به مرگ بیمار می‌شود از موضوع بحث اتانازی خارج خواهد بود.

در این صورت، اتانازی غیرداوطلبانه[3] (بدون کسب رضایت بیمار) یا غیرارادی[4] (بدون آگاهی بیمار) چه به صورت فعال باشد[5]، یعنی با انجام‌دادن یک فعل مثبت نظیر تزریق دارو به زندگی بیمار پایان داده شود یا به‌صورت غیرفعال[6]، یعنی با قطع اقدامات درمانی به مرگ بیمار سرعت داده شود، درهرحال، ازآنجاکه فاقد نیت مجرمانه است، مصداق قتل نفس نخواهد بود؛ هرچند انجام‌دادن چنین کاری موجب کیفر اخروی است، پزشک مسئول یا کادر درمانی

1. Do Not Resuscitation Order (DNR)
2. Euthanasia
3. Non-Voluntary Euthanasia
4. Involuntary
5. Active Euthanasia
6. Passive Euthanasia

اقدام‌کننده، موظف به پرداخت دیه خواهند بود.

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

۵- ۳. قواعد فقهی و رابطه‌ی پزشک و بیمار

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

۵- ۳- ۱. کاربست قاعده‌ی فقهی ضرورات

مشاهده‌ی اندام جنسی[1] (۷۶) همه‌ی افراد، چه همجنس باشند و چه غیرهمجنس (۶۳)، جز برای همسر، جایز نیست و همه وظیفه دارند با استفاده از پوشش مناسب، اندام‌های جنسی خود را از دید دیگران بپوشانند (۶۷). همچنین، براساس موازین فقهی، میان حرمت نگریستن و حرمت لمس نوعی تلازم وجود دارد، هر جا نگاه‌کردن به اندام‌های جنسی فردی (زن یا مرد) حرام باشد، لمس آن نیز حرام خواهد بود (۷۷).

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

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

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

- پیامد اول: اگر پزشک همجنس (مماثل) وجود داشته باشد، پزشک غیرهمجنس (غیرمماثل) نمی‌تواند به اندام‌های جنسی بیمار خود نگاه یا آن‌ها را لمس کند (۸۱)، به شرط آنکه پزشک همجنس و غیرهمجنس از نظر تخصص و تجربه یکسان بوده یا کارآیی برابری نسبت به درمان بیمار داشته باشند (۸۲)؛ اما اگر پزشک غیرهمجنس نسبت به پزشک همجنس تخصص یا تجربه‌ی بیشتری در درمان بیمار داشته باشد، باید پزشک غیرهمجنس را برای درمان برگزید (۸۳).

- پیامد دوم: اگر درمان بیمار وابسته به درمانگری پزشک غیرهمجنس باشد و پزشک بتواند از دستیار

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

همجنس برای انجام فرایند درمان بیمار استفاده کند، پزشک موظف است برای معاینه یا درمان اندام‌های جنسی بیمار از او کمک بگیرد (۸۴).

۵- ۳- ۲. کاربست قاعده‌ی فقهی طیب نفس

اقدامات درمانی در دو وضعیت اورژانسی و غیراورژانسی انجام می‌شوند. اقدامات درمانی در حالت نخست بارزترین نمونه‌ی حفظ جان و سلامت دیگران است که چون شخص صلاحیت تصمیم‌گیری در آن وضعیت را ندارد و هیچ‌کس دیگری نیز، آن‌گونه که پس از این توضیح داده خواهد شد، تصمیم‌گیرنده‌ی جانشین برای او به حساب نمی‌آید، پزشک و کادر درمانی، فرایند درمان را آغاز و درباره‌ی چگونگی پیشرفت و پایان‌دادن آن تصمیم‌گیری می‌کنند؛ اما در شرایط عادی، اصل احترام به تمامیت بدن انسان که برگرفته از قاعده‌ی فقهی «لایحل دم امریء مسلم الا بطیب نفسه» (تصرف در بدن انسان جز با رضایت او حلال نیست)، پزشک و کادر درمانی را ملزم به گرفتن رضایت از بیمار برای تمامی اقدامات درمانی می‌کند[1].

شرط اصلی برای تحقق رضایت، شایستگی (اهلیت)[2] رضایت‌دهنده و رضایت‌گیرنده برای ابراز و پذیرش رضایت است. منظور از بیماران دارای اهلیت، بیمارانی است که افزون بر بلوغ جنسی و سلامت عقلی، به لحاظ جسمی و روانی توان تصمیم‌گیری درباره‌ی درمان خود را دارند. بر این اساس، درمان کودکان، دیوانگان و تمامی افرادی که برای ابراز رضایت خود، شایستگی لازم را ندارند، وابسته به گرفتن اجازه از تصمیم‌گیرنده‌ی جانشین است. منظور از «کودک» که در آموزه‌های فقهی از آن با عنوان «طفل»، «صبی»، «صغیر» یاد می‌شود، فرد فاقد نشانه‌های بلوغ جنسی[3] است. کودکان به دو گروه: «صبی غیرممیز»[4]، یعنی کودکی که فاقد قدرت تشخیص سود و زیان خود است و «صبی ممیز»[5]، یعنی کودکی که دارای قدرت تشخیص سود و زیان خود است، تقسیم می‌شوند.

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

اما کودکان دارای قدرت تشخیص (صبی ممیز) برای انجام اقدامات درمانی خود، می‌توانند اعلام رضایت کنند به شرط آنکه کادر درمانی، توضیحاتی

---

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

2. Capacity

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

4. Infant

5. Minor

کافی و مفهوم برای کودک ارائه کنند و به رضایت پدر و مادر یا قیّم نیازی نداشته باشند؛ زیرا معاملات صغیر ممیـز صحیح و اثربخـش (نافذ) اسـت، همچنان‌که عبادت‌های آن‌ها نیز صحیح و مشروع است.

بیمـاران دارای اهلیت، بیمارانی هسـتند که افزون بر بلوغ جنسـی و سـلامت عقلی، به لحاظ جسـمی و روانـی تـوان تصمیم‌گیری دربـاره‌ی درمان خود را دارند. این بیماران به دو گروه کلی تقسیم می‌شوند:

الف. بدن آن‌ها متعلق حق دیگری نیسـت: چنین بیمارانـی مجـاز خواهند بود نسـبت بـه درمان خود مسـتقل از سـایر افراد، تصمیم‌گیری کنند و پزشک نیز نمی‌تواند در شـرایط عادی، بدون کسب رضایت آن‌ها، به درمان ایشان اقدام کند.

ب. بـدن آن‌ها متعلـق حق دیگری اسـت: هریک از زن و شوهر، شـخصیت حقیقی و حقوقی مستقل داشـته و در امور راجـع به خود، حـق تصمیم‌گیری دارند؛ اما افزون‌برآن، ازدواج سـبب می‌شود که بدن هریک از آن‌ها متعلق حق طرف دیگر نیز قرار گیرد.

تعلـق حـق هریک از زن و شـوهر به بـدن دیگری، ما را با این پرسـش روبه‌رو می‌کند که آیا زن و شـوهر می‌توانند مستقل از یکدیگر و بدون آگاهی یا رضایت طـرف مقابـل، بـرای درمان خـود تصمیـم بگیرند؟ بی‌تردید، براسـاس «اصل حاکمیـت اراده»، هریک از زن و مـرد، همچنان‌که پیش از ازدواج با اسـتقلال تمام درباره‌ی تمامیت بدنی خود تصمیم می‌گرفتند، پس از ازدواج نیز از این اسـتقلال برخوردار هستند و تصمیـم هریـک از آن‌ها برای درمان خـود، منوط به اجازه‌ی دیگری نیست.

لزوم عمل به وظایف زناشـویی زن در برابر شوهرش (تمکیـن)، نافی حق زن در تصمیم‌گیری مسـتقل و بدون رضایت شوهرش درباره‌ی درمان خود نیست؛ زیرا حفظ سـلامت یکـی از بنیادی‌تریـن حقوق زن اسـت که عمل به وظایف زناشـویی پـس از آن، معنا پیدا می‌کند.

بنابرایـن، از یک‌سـو، هزینه‌هـای درمـان زن از مصادیـق نفقـه‌ی واجب اوسـت و شـوهر موظف به پرداخت آن‌هاسـت؛ حتی اگر اقدامـات درمانی زن بدون کسب رضایت شـوهر باشد؛ زیرا این عمل زن، نشـوز او به حسـاب نمی‌آید. از سـوی دیگـر، هرگاه هیـچ مرجـع پزشـکی دارای صلاحیتـی، ضـرورت انجـام اقدامـات درمانـی زن را تأییـد نکنـد؛ مانند جراحی‌های زیبایی‌ترمیمـی غیرضروری بر اعضایی کـه مسـتقیم یـا غیرمسـتقیم در کاهش یـا افزایش تحریک یا بهره‌وری جنسی مردان مؤثرند یا اقدامات درمانی غیرضروری زن مؤثر در باروری او، جواز انجام این اقدامات درمانی، منوط به رضایت شـوهر است؛ زیرا عمل به حق شوهر واجب است و سرباززدن از آن جایز نخواهد بود. بدین‌ترتیب، آن‌دسـته از اقدامات درمانی غیرضروری شـوهر نیز که مؤثـر در بهره‌وری جنسـی زن یا باروری اوست، منوط به کسب رضایت و اجازه‌ی همسرش خواهد بود.

در نتیجه، در غیر از شـرایط اورژانس، کادر درمانی مجـاز بـه انجام هیـچ اقدام پزشـکی نیسـتند؛ مگر اینکـه پیـش از آن، رضایـت بیمار را به دسـت آورده باشـند. کودکان ممیز می‌تواننـد درباره‌ی اموری که فهـم آن را دارند یا با توضیح پزشـک فهـم آن را پیدا می‌کنند، تصمیم‌گیری کنند. همچنین زن و شـوهر بدون رضایت یکدیگر مجاز هستند برای درمان خود تصمیـم بگیرند؛ جـز در اموری که ضرورت پزشـکی ندارد و در حق زناشویی آن‌ها مؤثر است.

۶. تصمیم‌گیری در مسائل فقه پزشکی

۶- ۱. ملاحظات فقهی در آغاز حیات

۶- ۱- ۱. زندگی و نشانه‌های آن

براساس آموزه‌های دینی، حیات عبارت است از «دمیده‌شدن روح در پیکر». اصطلاح دمیدن، از آیات قرآنی گرفته شده است؛ چراکه قرآن کریم در توضیح خلقت انسان و اعطای روح به او، از واژه‌ی «نفخ» استفاده می‌کند[1].

امام‌باقر(ع) در این باره می‌فرمایند: «إنّ اللّه عزّوجلّ إذا أراد ان یخلق النّطفة... اوحی إلی الرّحم ان افتحی بابك... ثم یبعث اللّه ملکین خلاّقین یخلقان فی الارحام ما یشاء اللّه، فیقتحمان فی بطن المراة من فم المراة، فیصلان إلی الرّحم و فیها الرّوح القدیمة المنقولة فی اصلاب الرّجال و ارحام النّساء، فینفخان فیها روح الحیاة و البقاء» (۴۶): «هنگامی که خداوند اراده می‌کند نطفه‌ای بیافریند، به رحم فرمان می‌دهد که باز شود... سپس دو فرشته که به امر الهی در رحم صورت‌پردازی می‌کنند، به سوی رحم می‌فرستد درحالی‌که در آن نطفه، روحی قدیمی که از پشت پدران و رحم مادران به او رسیده است وجود دارد؛ آن دو فرشته در نطفه (جنین) روح حیات و بقاء می‌دمند.»

همچنین امام‌سجاد(ع) پس از تصریح به اینکه اگر در جنین روح عقل دمیده شده باشد، جنایت بر آن موجب تعلق دیه‌ی کامل است، در پاسخ به این سؤال راوی که تحولات جنین به واسطه‌ی وجود روح است یا می‌تواند بدون روح نیز تحقق یابد، تصریح می‌کنند که در جنین دو نوع حیات وجود دارد: حیات سلولی و حیات عقلانی: «قلت له: أرأیت تحوّله فی بطنها إلی حال بروح کان ذلك، او بغیر روح؟ قال: بروح، عدا الحیاة القدیم المنقول فی اصلاب الرّجال و ارحام النّساء، و لولا انّه کان فیه روح عدا الحیاة، ما تحوّل عن حال بعد حال فی الرّحم، و ما کان إذاً علی من یقتله دیة، و هو فی تلك الحال» (۴۶): «به ایشان گفتم: آیا تحولات جنین در رحم از حالی به حال دیگر تحت تأثیر روح است یا بدون روح انجام می‌شود؟ فرمود: به روح است، غیر از روحی که از پدران و مادران خود به او رسیده است. اگر در او تنها روح حیات می‌بود، در رحم از حالی به حال دیگر متحول نمی‌شد و بر کسی که او را در این حال می‌کشت دیه واجب نمی‌شد.»

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

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

الف. نشانه‌های تکوینی: در منابع روایی به احادیثی برمی‌خوریم که دمیده‌شدن روح در انسان را بعد از تحقق یك مرحله‌ی تکوینی در بدن جنین می‌دانند. از این مرحله با سه عبارت یاد شده است: روییدن گوشت، کامل‌شدن بدن جنین، پیداشدن

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

شکل انسانی (۴۶و۸۶).

ب. نشـانه‌های زمانی: در برخی از روایات به جای نام‌بردن از مرحله‌ای خـاص از مراحل جنینی، برای اعطای روح به جنین به ذکر زمان اکتفا شـده است. این روایـات را از نظر مضمون به سـه گـروه می‌توان تقسـیم کرد: کامل‌شـدن چهار ماه، سپری‌شدن سه دوره‌ی چهل روزه، تمام‌شدن پنج ماه (۴۶).

ج. نشـانه‌های فیزیکی: در پـاره‌ای از احادیث نیز کـه بیشـتر در بـاب ارث جنیـن وارد شـده‌اند، برای روح‌داربودن جنین علائمی بدنی ذکر شده است که عبارت‌اند از: گریستن، حرکت‌کردن، بازشدن چشم و گوش (٤٦، ٤٨).

گریسـتن و حرکت‌کـردن نمی‌تواننـد معیاری برای تشـخیص تعلـق روح بـه جنیـن باشـند، بلکـه تنها نشـانه‌ای برای زنده‌بودن جنین هنگام تولد هستند؛ یعنـی اگـر جنینـی متولد شـود و ندانیم کـه قبل از تولد مرده اسـت یا بعد از آن، می‌توان از گریسـتن یا حرکت‌کـردن او، به حیات و مماتـش هنگام تولد پی بـرد. همچنیـن، منظور از بازشـدن چشـم و گوش، شـروع بـه کارکـردن چشـم و گـوش در درون رحـم نیسـت، بلکه مراد آن اسـت که از این زمـان به بعد، قابلیت عمل برای آن‌ها فراهم می‌شـود، قابلیتی که تا قبل از این زمان فراهم نبوده است.

همان‌گونـه کـه پیش‌تـر گذشـت، مـلاک تحقـق حیات برخـورداری از روح اسـت، همـان چیزی که قـرآن از آن به «انشـاء خلقـی دیگر» یـاد می‌کند. از روایـات معصومـان(ع) همچنیـن بـه دسـت می‌آید کـه دمیده‌شـدن روح تنهـا وقتی انجام می‌شـود که مرحله‌ی گوشت‌گرفتن استخوان‌ها تمام شده باشد. معلوم اسـت که بعـد از این مرحله و ایجاد شـبکه‌ی عروقی، سـاختمان بدنی جنین شـکل می‌گیرد؛ به همیـن جهـت در برخی روایـات برای روح‌دارشـدن جنیـن از عنـوان «اذا تـم الجنین» اسـتفاده شـده اسـت؛ بنابرایـن، می‌توان چنین نتیجـه گرفت که با کامل‌شـدن جنیـن و شـکل‌گرفتن آن، در پایان ماه چهـارم بارداری، بدن قابلیت پیـدا می‌کند تا روح به آن تعلق گیرد. اما اینکه پس از تمام‌شـدن ماه چهارم بـارداری، بی‌درنگ به جنین روح داده می‌شـود یا با یک فاصله‌ی زمانی چندان روشـن نیسـت. بیشـتر فقهـا بر این باورند که روح‌دارشـدن جنیـن در پایان ماه چهارم بارداری است، ولی این ادعا فاقد وجاهت فقهی‌روایـی اسـت؛ چراکـه به نظـر می‌رسـد میان کامل‌شـدن جنیـن و اعطـای روح بـه آن، فاصله‌ای زمانـی وجـود داشـته باشـد، فاصلـه‌ای زمانـی که می‌توان آن را از کلمه‌ی «ثم» به‌کاررفته در آیات ناظر به تکامل جنینی و روایات استنباط کرد.

بـر ایـن اسـاس، اعطـای روح انسـانی بـه جنین کـه در متون روایـی از آن بـه «نفس ناطقـه»، «روح حیـات»، «روح بقا» یـاد می‌کنند، در طـول یك ماه انجام می‌شـود: از پایان ماه چهارم تا پایان ماه پنجم بـارداری که زمان دقیق آن برای ما معلوم نیسـت. پُر واضح اسـت که این روح عقلی که ملاك انسان‌بودن انسـان اسـت، غیر از روح و حیات سـلولی است که پیش از چهارماهگی و بعد از آن در جنین وجود دارد (۸۷).

۶- ۱- ۱. شخص‌انگاری جنین

تعییـن زمان حیات انسـانی از ایـن جهت اهمیت دارد کـه می‌توانـد بـا یک مسـأله‌ی مهـم در اخلاق پزشـکی، یعنـی شـخص‌انگاری جنین ارتبـاط پیدا می‌کند.

بی‌تردید، جنین انسانی پس از روح‌دارشدن (ولوج روح) دارای شخصیت بوده و هر اقدامی که منجر به مرگ او شود (سقط جنین)، قتل یک موجود زنده (قتل نفس) به حساب می‌آید و عملی حرام است که اقدام‌کننده‌ی آن، صرف‌نظر از اینکه پدر و مادر خودش باشند یا هر شخص دیگر، افزون بر عقوبت اخروی، ملزم به پرداخت دیه‌ی قتل یک انسان کامل بالغ است؛ اما این داوری به این معنا نیست که جنین انسانی پیش از روح‌دارشدن، یعنی پیش از شانزده‌هفتگی (چهارماهگی به بعد)، فاقد شخصیت است و اقدام به ازبین‌بردن آن از نظر اخلاقی روا و از نظر فقهی جایز است؛ زیرا براساس آموزه‌های دینی، آغاز آفرینش انسان از «نطفه» است[1] و نطفه عبارت است از: سلول تخم لقاح‌یافته از اسپرم مرد و تخمک زن (زایگوت)[2]؛ چراکه قرآن برای گفت‌وگو از مایع جنسی مردانه (اسپرم) از واژه‌ی دیگری (ماء دافق) استفاده می‌کند؛[3] اما باید توجه داشت که سلول تخم تا در جداره‌ی رحم لانه‌گزینی نکند، قادر به انسان‌شدن نیست، به همین جهت خداوند بحث لانه‌گزینی در جداره‌ی رحم را شرط پیدایش انسان می‌داند.[4] روشن است که هرگاه سلول تخم در جداره‌ی رحم لانه‌گزینی کند و شبکه‌ی خونی میان آن دو شکل گرفته و برقرار شود، می‌توان گفت آفرینش برگشت‌ناپذیر بدن انسان آغاز شده است.[5]

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

سرآغاز بودن سلول تخم لقاح‌یافته در رحم (زایگوت) برای انسان‌شدن و آماده‌بودن رحم برای تبدیل سلول تخم به انسان کامل، سبب می‌شود که ازبین‌بردن سلول تخم جایز نباشد (۴۶). این همان چیزی است که قرآن کریم از آن با عنوان تقدیر نطفه و سپس آسان‌کردن راه برای آن یاد کرده است: «مِنْ أَیِّ شَیْءٍ خَلَقَهُ * مِنْ نُطْفَةٍ خَلَقَهُ فَقَدَّرَهُ * ثُمَّ السَّبِیلَ یَسَّرَهُ.»[6]

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

الف. جرم‌انگاری ازبین‌بردن جنین: فقهای مسلمان با استفاده از دو واژه‌ی «جنایت» و «دیه» درصدد بیان حرمت تکلیفی و وضعی ازبین‌بردن جنین برآمده‌اند. از یک‌سو، ازبین‌بردن جنین را «جنایت بر جنین» دانسته و بر اقدام‌کننده به چنین کاری عنوان «جانی» اطلاق کرده‌اند و از سوی دیگر، برای ازبین‌بردن جنین در دوره‌های مختلف زمانی، دیه تعیین کرده‌اند (۸۹).

جنایت‌دانستن ازبین‌بردن جنین و جانی قلمدادکردن شخصی که اقدام به چنین کاری

۱. قرآن کریم، سوره‌ی نحل، آیه‌ی ۴.
۲. قرآن کریم، سوره‌ی انسان، آیه‌ی ۲.
۳. قرآن کریم، سوره‌ی طارق، آیات ۵و۶؛ سوره‌ی سجده، آیات ۷و۸.
۴. قرآن کریم، سوره‌ی مؤمنون، آیه‌ی ۱۳.
۵. قرآن کریم، سوره‌ی علق، آیه‌ی ۲.
۶. قرآن کریم، سوره‌ی عبس، آیات ۱۷تا۱۹.

می‌کند، دلالت بر حرمت تکلیفی این عمل دارد؛ همچنان که قراردادن دیه برای جنایت بر جنین انسانی در دوره‌های مختلف جنینی (۹۰)، بیانگر این واقعیت است که ازبین‌بردن جنین عملی است حرام که کیفر انجام‌دهنده‌ی آن به جای قصاص، پرداخت دیه است.

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

موجود داخل رحم، یک انسان حقیقی به حساب نمی‌آید؛ اما انسانی بالقوه است که هرچه از طول دوره‌ی جنینی او می‌گذرد، از شخصیت اخلاقی و در نتیجه از شخصیت فقهی‌حقوقی بیشتری برخوردار می‌شود (۸۹)؛ ازاین‌رو، ازبین‌بردن جنین انسانی در شرایط عادی، در هر مرحله‌ای که جنین قرار داشته باشد (کاهش انتخاب جنین، سقط جنین)، عملی است مجرمانه که افزون بر کیفر اخروی، موجب پرداخت دیه نیز می‌شود.[1]

۶- ۲. ملاحظات فقهی در پایان حیات

۶- ۲- ۱. مرگ و نشانه‌های آن

شرط تصمیم‌گیری فقهی‌حقوقی برای انسانی که از دنیا رفته است، شناخت زمان مرگ اوست. بدون تردید، مرگ پدیده‌ای است طبیعی که هر انسانی یک بار در زندگی خود آن را تجربه می‌کند. بررسی این پدیده از دو جهت امکان‌پذیر است: بررسی مرگ از منظر پزشکی از آن جهت که تشخیص بالینی است؛ بررسی مرگ از منظر فلسفی از آن جهت که وابسته به انسان‌شناسی[2] انسان است. پیوند دو بررسی پزشکی و فلسفی سبب شناخته‌شدن واقعیت مرگ شده (تبیین موضوعی) و کار فقیه را برای تعیین وظیفه‌ی شرعی مکلف در رویارویی با مرگ (تبیین حکمی) روشن می‌کند.

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

اگر حیات را نتیجه‌ی پیوستگی روح به بدن بدانیم، در این صورت مرگ عبارت است از: ازبین‌رفتن دائمی پیوستگی روح به بدن (قبض روح)؛ اما باید به یاد داشت که چگونگی جدایی روح از بدن، تابعی است از چگونگی پیوستگی روح به بدن و چون چگونگی این ارتباط برای ما ناشناخته است، چگونگی جدایی جسم از روح در مرگ نیز ناشناخته

۱. برای اطلاع بیشتر از این مباحث می‌توانید به منابع زیر مراجعه کنید:
نظری توکلی، سعید و ابراهیم جوانمرد فرخانی. (۱۳۹۱). «استقرار رحم و تأثیر آن بر احکام مترتب بر جنین در فقه اسلامی و حقوق موضوعه». فقه پزشکی، ش۹و۱۰، صص۳۷تا۶۴.
(۱۳۹۳). «حاملگی‌های چندقلویی و بررسی تطبیقی جواز کاهش جنین در آیین یهود و دین مبین اسلام». فقه پزشکی، ش۱۳و۱۴، صص۱۲۳تا۱۵۶.
و فاطمه کراچیان ثانی.(۱۳۹۳). «کاهش انتخابی جنین؛ بررسی مبانی عدم مشروعیت آن در فقه اسلامی»، پژوهش‌های فقهی، ش۱۰، صص۴۳۳تا۴۷۸.
Nazari Tavakkoli, Saeid & et al. (2013). “Embryo Reduction in Islamic Jurisprudence”. 14th Asian Bioethics Conference: Ethics in Emerging Technologies to Make Lives Better together.

2. Anthropology

خواهد بود؛ جز اینکه می‌دانیم هرگاه بدن انسان بر اثر بیماری یا حادثه، قابلیت خود را برای تعلق روح از دست دهد، روح از بدن جدا می‌شود (قبض روح)؛ چراکه بدن ابزاری برای روح است و با خرابی آن، امکان تعلق روح به آن از بین می‌رود (ابزارانگاری بدن نسبت به روح).

۶- ۲- ۲. مرگ مغزی و زندگی ناپایدار

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

صرف‌نظر از معیارهایی همچون: زمان، حالات جسمانی، زمان و حالات جسمانی، صدق عرفی که فقها برای تشخیص حیات ناپایدار ذکر کرده‌اند، وجه مشترك همه‌ی آن‌ها در این است که شخص درحالی‌که برخی از علائم حیات را داراست، محکوم به حکم زندگان نیست و آثار حیات بر او بار نمی‌شود.

به عبارت دیگر، ازآنجاکه «مرگ» یعنی جدایی ارتباط روح از بدن فرایندی تدریجی است، همیشه همراه با ظهور آثاری بر بدن است؛ آثاری که از یك‌سو، بیانگر بقای حیات فرد نیستند، چراکه بدن قابلیت خود را برای تعلق روح به آن، از دست داده است و از سوی دیگر، بیانگر بقای حیات هستند، زیرا ارتباط میان روح و جسم به‌طور کامل قطع نشده است. فقها از این حالت، به «حیات غیرمستقر» تعبیر کرده‌اند (۹۰).

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

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

همچنین روشن است که اگر ملاک حیات انسانی، قابلیت بدن برای تعلق روح و ملاک مرگ انسانی، عدم قابلیت بدن برای تعلق روح به آن باشد، جنین‌های ناقص‌الخلقه‌ای که پس از تولد امکان زنده‌ماندن ندارند، از آن جهت که قابلیت تعلق روح به بدن را ندارند، فاقد روح هستند و سقط آن‌ها حتی پس از چهارماهگی نیز جایز است.

بر همین اساس، اتانازی فعال داوطلبانه یا غیرداوطلبانه، مشروع نیست؛ زیرا اگر فرد زنده است، هرچند طول دوره‌ی زندگی او کوتاه باشد، نه

مصداق مرگ واقعی است و نه مصداق زندگی ناپایدار. در این صورت، اقدام بـه پایان‌دادن به زندگی چنین فـردی، مصداق دیگرکشـی اسـت و داوطلبانه‌بودن آن به اسـتناد قاعده‌ی اذن، هرچنـد می‌تواند حکم قصاص را از میان بـردارد (حکم وضعی)، اما حرمت (حکم تکلیفی) آن همچنان باقی است.

همچنیـن اتانـازی غیرفعـال، هرچنـد می‌توانـد مصـداق دیگرکشـی نباشـد، فعلـی منفـی اسـت و فرصـت‌دادن بـه پیشـرفت مـرگ اسـت و در نتیجه، اقدام به انجام‌دادن آن، مسـتلزم قصاص نیست؛ اما حرام‌بودن یا حرام‌نبودن آن، وابسته به صادق‌بودن یا صادق‌نبودن عنوان احیای نفس محترم بر این عمل است (۹۳، ۹٤).

۶- ۳. ملاحظات فقهی در باروری و ناباروری

تمایـل بـه بقـای نسـل، یـك نیـاز غیرجسـمانی اسـت؛ ولی بدون برخورداری از سـلامت جسـمانی دست‌نیافتنی اسـت؛ زیرا تحقق چنین امری وابسته به وجود اسـپرم و تخمکی است که با داشتن قابلیت بـاروری، در فراینـد لقـاح، سـلول تخـم را تشـکیل داده و زمینـه‌ی تقسـیمات سـلولی را در آن فراهـم می‌آورنـد. چیزی کـه در خلال چند مـاه می‌تواند با عبور از مرحله‌ی تمایز و اندام‌زایی، منجر به پیدایش موجودی همسان با سازندگان نخستین آن شود.

طبیعـی اسـت که اگر هریـك از زن و مـرد یا هر دو آن‌هـا از چنین سـلامتی برخـوردار نباشـند، امکان تولید انسـانی با ویژگی‌های خود را نخواهند داشت؛ هرچنـد در آن‌هـا تمایـل روحی‌روانی بـرای این امر همچنان باقی اسـت. وجود این خواسـته از یك‌سـو و دسـت‌نیافتنی‌بودن آن از سـوی دیگـر، می‌توانـد زمینه‌ی پیدایش بسـیاری از ناملایمات روحی‌روانی را فراهـم آورد کـه گاه در افراطی‌تریـن شـکل خود، گسسـت خانودگی را به دنبال خواهد داشت. امری که نه درنگاه خُرد و نه در نگاه کلان به سود فرد (زن و شـوهر) و جامعه نیست؛ پس باید چاره‌ای اندیشید، تا به این نیاز و خواسته پاسخ مثبت داد.

بـرای ازبین‌بردن این مشـکل، سـه راه وجود دارد: بالابردن آسـتانه‌ی تحمل روانی زن و شـوهر و تحمل وضع موجود، پذیـرش فرزندخواندگی و فراهم‌آوردن زمینـه‌ی بـاروری. ناکارآمدی دو راه نخسـت و تلاش بـرای درمـان ایـن ناتوانـی، صرف‌نظر از مشـکلات فردی یا اجتماعی آن، دانش پزشکی را به چاره‌جویی وامی‌دارد.

برای این منظـور، فراهم‌کردن زمینـه‌ی باروری در زن و شـوهرهای نابارور در چنـد حالت از نظر فقهی بررسی‌کردنی است:

- باروری با اسـتفاده از اسـپرم و تخمک زن و شوهر نابارور؛
- باروری با استفاده از اسپرم اهدایی؛
- باروری با استفاده از تخمک اهدایی؛
- باروری با استفاده از جنین اهدایی؛
- باروری از روش مادر جانشین.

صرف‌نظر از احتمال نخست که کمتر کسی از فقها در مشـروعیت آن بحثی دارد، مهم بررسـی وضعیت مشروعیت باروری با سایر روش‌ها و چگونگی رابطه‌ی خویشاوندی فرزند حاصل از آن است.

۶- ۳- ۱. قاعده‌ی خویشاوندی

ازآنجاکـه نسـب براسـاس مبانـی فقهـی، امـری غیرقـراردادی و تکوینـی اسـت، بدون تردیـد فرزند حاصـل از روش‌هـای مختلف باروری از نظر نسـبی وابسته به پدر و مادر ژنتیکی خود است؛ چه از اسپرم

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

تنها درباره‌ی مادر جانشین، اگر ملاک مادری را زایمان بدانیم، کودک دارای دو مادر خواهد بود: یکی مادر صاحب تخمک، یعنی مادر ژنتیکی و دیگری مادر جانشین که کودک را متولد کرده است (۹۶).[1]

روشن به نظر می‌رسد که وجود رابطه‌ی نسبی میان کودک و پدر و مادر ژنتیکی، هیچ ارتباطی با مشروعیت یا عدم مشروعیت استفاده از اسپرم، تخمک و جنین اهدایی ندارد؛ حتی اگر به عدم مشروعیت این‌گونه باروری باور داشته باشیم، تردیدی در مشروعیت نسب کودک وجود نخواهد داشت و استفاده از برچسب کودک نامشروع برای توصیف این کودکان، افزون‌براینکه غیراخلاقی است، فاقد وجاهت فقهی نیز است؛ زیرا با استفاده از شیوه‌های مختلف باروری، رابطه‌ی نامشروع (زنا) تحقق پیدا نخواهد کرد.

۶- ۳- ۲. قاعده‌ی مشروعیت

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

قرآن کریم در چند آیه مؤمنان را به حفظ آلت و اندام‌های جنسی خود از دیگران فراخوانده است. این آیات بر این نکته تأکید می‌ورزند که مسلمان مؤمن موظف است، جز در دایره‌ی ازدواج (اعم از موقت و دائم)، اندام‌های جنسی خود را از دیگران حفظ کند.[2] طبیعی است استفاده از اسپرم یا تخمک اهدایی و تزریق آن به رحم همسر قانونی، مصداق بارز رعایت‌نکردن این موضوع است؛ زیرا از یک‌سو، هیچ تفاوتی میان زن و مرد در حفظ اندام‌های جنسی خود وجود ندارد و از سوی دیگر، حفظ اندام‌های جنسی امری است مطلق که شامل حفظ از تماس با اندام جنسی جنس مخالف و حفظ از تماس با مایعات جنسی جنس مخالف نیز می‌شود (۲۳، ۳۱).

ادعای انصراف عنوان «حفظ فرج» در این آیات به رابطه‌ی نامشروع (زنا) نیز نمی‌تواند موجه باشد؛ زیرا براساس آموزه‌های دینی (کتاب و سنت) تمامی استفاده‌ها از اندام‌های تناسلی در هنگام ازدواج، در خارج از آن جایز نیست و روشن است که این استفاده‌ها الزاماً به معنای کام‌جویی جنسی نخواهد

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

۲. قرآن کریم، سوره‌ی نور، آیات ۳۰و۳۱، سوره‌ی احزاب، آیه‌ی ۳۵، سوره‌ی مؤمنون، آیات ۵تا۷، سوره‌ی معارج، آیات ۲۹تا۳۱، سوره‌ی نساء، آیات ۲۲و۲۳.

بـود؛ به همین دلیـل، برای زن جایز اسـت که اندام جنسـی شـوهر خـود را ببینـد یـا لمس کنـد، ولی برای دیگـران این کار جایز نیسـت؛ همچنان‌که مرد می‌تواند با همسر خود نزدیکی کند، اسپرم خود را در رحـم یا خارج از رحـم او تخلیه کند (عزل)، ولی این کار با هیچکس دیگری جایز نیسـت. بر این اساس، همان‌گونه که عدم لزوم حفظ فرج برای زن و شوهر، اطلاق دارد، لزوم حفظ فرج نیزاطلاق خواهد داشت (۹۷، ۸٤).

منابع

۱. مشـکینی، میرزا علـی. (۱۴۱۶). اصطلاحـات الأصول و معظم أبحاثها. قم: نشر الهادی، ص۱۸۰.

۲. قبلـه‌ای خویـی، خلیـل. (۱۳۸۶). علـم اصـول در فقه و قوانین موضوعه. تهران: سمت، صص۲۷۵و۲۷٦؛ ۳تا۹.

۳. ضیائی‌فـر، سـعید و همـکاران. (۱۳۸۸). تأثیر اخلاق در اجتهـاد. قم: پژوهشـگاه علـوم و فرهنگ اسـلامی، ص۱۰۷؛ ص۱۸۰، صص۱۷۶و۳۱۵.

۴. میراحمـدی‌زاده، مصطفـی. (۱۳۸۰). رابطـه‌ی فقـه و حقوق. قم: دفتر تبلیغات، ص۴۰و۴۱؛ ص۴۲؛ صص۷۲و۷۳؛ صص۱۸۶تا۱۸۹.

۵. صـدر، محمدباقـر. (۱۳۹۵). المعالـم الجدیده للاصول. تهران: مکتبه النجاح، ص۹۹.

۶. حاجـی ده‌آبـادی، احمـد. (۱۳۸۷). قواعد فقـه جزایی. تهـران: پژوهشـگاه حـوزه و دانشـگاه، صـص۱۰و۱۱، ۴تا۸، ۱۹تا۲۲.

۷. امید، مسعود. (۱۳۸۸). فلسفه‌ی اخلاق در ایران معاصر. تهران: نشر علی، ص۲۵۷.

۸. نظـری توکلـی، سـعید. (۱۳۹۶). نظریـه‌ی اخلاقـی سـلامت‌گرا. تهران: دانشـگاه علوم پزشـکی و خدمات درمانی شهید بهشتی، صص۳۱تا۴۵.

۹. ولایـی، عیسـی. (۱۳۸۷). اصـول فقـه. قـم: دارالفکـر، صص۱۵تا۱۹.

۱۰. قربان‌نیـا، ناصـر. (۱۳۷۸). اخلاق و حقـوق بین‌الملل. تهران: سمت، ص۲۹.

۱۱. علومی، رضـا. (۱۳۴۸). کلیات حقـوق. تهران: میهن، ص۴۲.

۱۲. کاتوزیان، ناصر. (۱۳۶۸). مقدمه‌ی علم حقوق و مطالعه در حقوق خصوصی ایران. تهران: انتشارات مدرس، ص۵۳.

۱۳. ابـن ابی‌جمهـور احصائـی، محمدبن‌علـی. (۱۴۰۴). عوالـی اللّئالی. تحقیق مجتبی عراقی، ج۱، صص۱۹۵و۳۴۹؛ ج۲، ص۳۰۵.

۱۴. طوسـی، محمدبن‌حسـن. (۱۴۱۱). الخلاف. ج۳، قم: مؤسسه‌ی نشر اسلامی، ص۱۷۶.

۱۵. مزنـی، اسـماعیل. (بی‌تـا). مختصـر المزنـی. بیروت: دارالمعرفة للطباعة و النشر، ص۹۲.

۱۶. طوسـی، محمدبن‌حسـن. (بی‌تـا). المبسـوط فی فقه الامامیـة. ج۳، تحقیـق محمدتقـی کشـفی، قـم: المکتبـه المرتضویه، ص۲۷۲.

۱۷. ابن ادریس حلـی، محمدبن‌منصور. (۱۴۱۰). السّـرائر الحـاوی لتحریر الفتاوی. ج۲، قم: مؤسسـه‌ی نشـر اسـلامی، ص۴۵۳.

۱۸. یزدی، سـیدمحمدکاظم. (۱۳۷۸). حاشـیة المکاسب. ج۲، قم: مؤسسه‌ی اسماعیلیان، ص۱۵۸.

۱۹. بروجردی، مرتضی. (بی‌تا). مسـتند العروة الوثقی. ج۱، قم: انتشارات علمیه، ص۳۷.

۲۰. توحیدی، محمدعلـی. (۱۳۴۷). مصباح الفقاهة. ج۴، نجف: انتشارات حیدری، ص۲۵۶.

۲۱. منتظری، حسینعلی. (۱۴۰۸). دراسات فی ولایة الفقیه و فقـه الدولـة الاسـلامیه. ج۱، قم: مرکـز العالمی للدراسـات الاسلامیه، ص۴۹۵.

۲۲. روحانـی، سـیدمحمد. (۱۴۲۰). المرتقـی الـی الفقـه الارقی. ج۲، بی‌جا: دارالجلی، ص۳۲۹.

۲۳. مؤمـن قمـی، محمـد. (۱۴۱۵). کلمـات سـدیدة فـی مسـائل جدیـدة. قـم: مؤسسـه‌ی نشـر اسـلامی، ص۱۶۳؛ صص۱۵۶و۱۶۰؛ ص۸۷.

۲۴. ابن‌منظور، محمدبن‌مکرم. (۱۴۰۵). لسـان العرب. قم: ادب الحوزه، ج۱۰، ص۴۹۲؛ ج۱۵، ص۲۵۵.

۲۵. نظـری توکلـی، سـعید. (۱۳۸۰). «درآمـدی بـر مبانی حقوقـی مالکیت انسـان بر پیکر خـود». فصلنامه‌ی مشـکوة، ش۷۱، صص۱۲۰تا۱۲۳.

۲۶. آزاد قزوینی، علی. (۱۴۱۹). المسائل المستحدثة. قم: بی‌نا، صص۱۵۶و۱۵۷.

۲۷. ایروانـی، باقـر. (۱۳۷۶). دروس تمهیدیـه فـی القواعد الفقهیه. قم: الانوار المهدی، صص۱۵۵و۱۵۶، ۲۵۶.

۲۸. عاملی، محمدبن‌مکی. (۱۴۰۰). القوائد و القوائد. ج۲، تحقیق عبدالهادی حکیم، قم: کتابفروشی مفید، ص۴۲.

۳۹. رمضـان البوطی، محمدسـعید. (۱۴۱۴). قضایا فقهیة

معاصرة. دمشق: مکتبه الفاری، ص۶۲.
۳۰. جواهری، حسن. (۱۳۷۹). بحوث فی الفقه المعاصر. قم: مجمع الذخائر الاسلامیه، ص۳۴۸.
۳۱. محسنی، محمدآصف. (۱۳۸۴). الفقه و المسائل الطبیة. قم: بوستان کتاب، ص۱۷۸؛ ص۸۹.
۳۲. محقق داماد، سیدمصطفی. (۱۳۹۱). فقه پزشکی. تهران: انتشارات حقوقی، صص۲۷۲و۲۷۳؛ صص۱۴۹و۱۵۰؛ صص۱۹۷تا۱۹۹.
۳۳. حلی، محمدبن‌حسن. (۱۳۸۷). ایضاح الفوائد. ج۲، قم: انتشارات علمیه، ص۴۸.
۳۴. فیومی، حمدبن‌محمد. (۱۳۴۷). المصباح المنیر. ج۲، تصحیح محمد محی‌الدین عبدالحمید، ص۶.
۳۵. خوری، سعید. (۱۴۰۳). اقرب الموارد. ج۱، قم: انتشارات آیت‌اللّه مرعشی، ص۶۸۱.
۳۶. کماری، سیدمهدی. (۱۴۱۵). رسالة فی قاعدة لاضرر و لاضرار. قم: انتشارات پیام، ص۴۶.
۳۷. نجفی خوانساری، موسی. (بی‌تا). منیة الطّالب فی حاشیة المکاسب. ج۲، تهران: انتشارات حیدری، ص۱۹۹.
۳۸. محقق داماد، سیدمحمد. (۱۴۱۰). قاعدة لاضرر. قم: مؤسسه‌ی نشر اسلامی، ص۲۸؛ ص۳۹.
۳۹. مراغی، میرعبدالفتّاح. (۱۴۱۷). العناوین. قم: مؤسسه‌ی نشر اسلامی، ج۱، ص۳۱۱؛ ج۲، ص۴۷۸.
۴۰. اصفهانی، شیخ‌الشّریعة. (بی‌تا). قاعدة لاضرر. قم: مؤسسه‌ی نشر اسلامی، ص۲۸.
۴۱. انصاری، مرتضی. (۱۳۷۵). کتاب المکاسب. تبریز: انتشارات اطلاعات، ص۳۷۲.
۴۲. نظری توکلی، سعید. (۱۳۸۰). الترقیع و زرع الاعضاء فی الفقه الاسلامی. مشهد: بنیاد پژوهش‌های اسلامی آستان قدس رضوی، صص۱۶تا۳۲؛ صص۵۰تا۶۵؛ صص۱۱۶تا۱۱۹.
۴۳. طباطبایی، محمدحسین. (۱۳۹۳). المیزان فی تفسیر القرآن. قم: مؤسسه‌ی اسماعیلیان، ج۵، ص۳۵۳؛ ج۴، ص۳۲۰.
۴۴. قنوجی، صدیق‌بن‌حسن. (۱۴۱۲). فتح البیان. ج۱، تحقیق عبداللّه‌بن‌ابراهیم انصاری، ص۳۱۲.
۴۵. قاسمی، محمد. (۱۳۹۸). محاسن التّاویل. بیروت: دارالفکر، ج۲، ص۳۰۶ و ج۶، ص۲۳۴.
۴۶. کلینی، محمدبن‌یعقوب. (۱۴۰۷). الکافی. ج۴، تهران: دارالکتب الاسلامیه، ج۴، ص۲۷؛ ص۳۲؛ ج۵، ص۳۱؛ ج۶، ص۲۴۲؛ ج۳، ص۶۵؛ ج۵، ص۳۵ و ج۶، ص۱۲۸ و ج۷، ص۴۴۰؛ ج۶، صص۱۳و۱۴؛ ج۷، ص۳۴۷؛ ج۷، صص۳۴۲و۳۴۳؛ ج۶، صص۱۳و۱۴و۳۴۶؛ ج۷، ص۱۵۵ و ج۶، صص۱۳و۱۴؛ ج۳، ص۱۳۲؛ ج۷، ص۳۴۴.
۴۷. طریحی، فخرالدین. (۱۳۶۵). مجمع البحرین. ج۵، انتشارات مرتضوی، ص۹۳.
۴۸. طوسی، محمدبن‌حسن. (بی‌تا). تهذیب الاحکام. تصحیح آخوندی، تهران: دارالکتب الاسلامیه، ج۷، ص۲۳۵، ش۱۰۲۷؛ ج۲، ص۳۳۳، ش۱۳۷۵؛ ج۱۰، ص۲۸۱، ش۱۱۰۰؛ ج۹، ص۳۹۲، ش۱۳۹۸.
۴۹. طوسی، محمدبن حسن. (بی‌تا). التبیان فی تفسیر القرآن. ج۵، نجف: مطبعه‌ی نجف، ص۲۷۹.
۵۰. بجنوردی، میرزا حسن. (۱۳۸۹). القواعد الفقهیه. ج۴، نجف: مطبعه الآداب، ص۱۳.
۵۱. عاملی، زین‌الدین‌بن‌علی. (۱۴۱۰). الروضه البهیه فی شرح اللمعه الدمشقیه. ج۱۰، قم: انتشارات داوری، ص۱۵۱.
۵۲. علی‌اکبریان، حسنعلی. (۱۳۸۶). قاعده‌ی عدالت در فقه امامیه. قم: پژوهشگاه علوم و فرهنگ اسلامی، صص۲۴تا۷۹.
۵۳. نراقی، مولی محمدبن‌احمد. (۱۴۲۲). مشارق الأحکام. تصحیح سیدحسن وحدتی شبیری، قم: کنگره‌ی نراقیین، صص۱۵۷تا۲۰۸.
۵۴. حوی، سعید. (۱۴۰۹). الاساس فی التّفسیر. ج۲، دارالسّلام، ص۱۰۴۵.
۵۵. سیوری، مقدادبن‌عبداللّه. (۱۳۸۴). کنز العرفان فی فقه القرآن. ج۲، انتشارات مرتضوی، ص۳۵.
۵۶. حرعاملی، محمدبن‌حسن. (بی‌تا). وسایل الشیعة. بیروت: دار احیاء التراث العربی، ج۱۳، ص۴۴۱؛ ج۱۹، ص۱۳.
۵۷. نراقی، احمد. (۱۴۱۷). عوائد الایّام. انتشارات مکتب الاعلام الاسلامی، ص۴۵.
۵۸. ابن‌بابویه، محمدبن‌علی. (۱۳۸۵). علل الشّرایع. ج۲، نجف: انتشارات حیدری، صص۳۱۶و۳۱۷.
۵۹. راغب اصفهانی، حسین‌بن‌محمد. (۱۴۰۴). المفردات فی غریب القرآن، انتشارات خدمات چاپی، ص۵۵۰.
۶۰. آبیاری، ابراهیم. (۱۴۰۵). الموسوعة القرآنیة. ج۸، مؤسسه‌ی سجل العرب، ص۶۱۶.
۶۱. فراهیدی، خلیل‌بن‌احمد. (۱۴۰۵). العین. ج۵، قم: دارالهجرة، ص۳۷۷.
۶۲. جنابذی، سلطان محمد. (۱۳۸۵). بیان السعادة فی مقامات العبادة. ج۱، تهران: دانشگاه تهران، ص۱۸۰.
۶۳. بحرانی، یوسف. (بی‌تا). الحدائق النّاضره فی احکام العترة الطّاهرة. قم: مؤسسه‌ی نشر اسلامی، ج۴، ص۲۷۶؛

ج۲۳، ص۶۱.
۶۴. کاشانی، ابوبکربن‌مسعود (۱۴۰۹). بدائع الصّنائع. ج۲، پاکستان: انتشارات حبیبیة، ص۹۵.
۶۵. ابن‌نـووی. (بی‌تـا). المجموع فی شـرح المهذّب. ج۹، بی‌جا: دارالفکر، ص۳۵.
۶۶. زیدبن‌علی‌بن‌حسـین. (بی‌تـا). مسـند زیـد بـن علی. بیروت: انتشارات الحیاة، ص۲۲۰.
۶۷. نجفـی، محمدحسـن. (بی‌تا). جواهر الکلام فی شـرح شـرائع السـلام. تحقیـق عبـاس قوچانـی، تهـران: دارالکتب الاسلامیه، ج۲۸، ص۲۷۵و۲۷۶؛ ج۲، ص۴.
۶۸. گلپایگانـی، سـیدمحمدرضا. (۱۴۱۰). افاضـة العوائد. ج۲، قم: دارالقرآن الکریم، ص۱۴۳.
۶۹. طوسـی، محمدبن‌حسـن. (۱۳۷۵). الاسـتبصار. ج۲، نجف: انتشارات النّجف فی النّحف، ص۹۱.
۷۰. طبرسـی، حسـن‌بن‌فضل. (۱۳۷۶). مـکارم الاخـلاق. تهران: دارالکتب الاسلامیة، ص۸۱.
۷۱. ابن‌بابویه، محمدبن‌علی. (۱۴۱۳). من لایحضره الفقیه. تصحیح علی‌اکبر لغفاری، قم: مؤسسـة النشر الاسلامی، ج۲، ص۲۳۵؛ ج۴، ص۱۷۱.
۷۲. اردبیلی، احمدبن‌محمد. (بی‌تا). زبدة البیان فی احکام القرآن. تحقیق بهبودی، تهران: انتشارات رضوی، ص۶۶۶.
۷۳. محقـق حلـی. (۱۴۰۹). شـرایع الاسـلام. ج۳، تهران: انتشارات استقلال، ص۲۱۴.
۷۴. اردبیلـی، احمدبن‌محمـد. (۱۴۲۹). مجمـع الفائـدة و البرهان. ج۱۴، قم: مؤسسه‌ی نشر اسلامی، ص۲۲۷.
۷۵. روحانی، سیدصادق. (۱۴۱۲). فقه الصادق. ج۲۶، قم: مؤسسه‌ی دارالکتب، ص۲۰۲.
۷۶. حکیم، سیدمحسـن. (بی‌تا). مستمسک العروه الوثقی. ج۲، بیروت: دار احیاء التراث العربی، ص۱۸۷.
۷۷. نراقـی، احمـد. (۱۴۰۵). مسـتند الشـیعه فـی احکام الشریعه. ج۱۶، قم: انتشارات آیت‌الله مرعشی، صص۵۸و۵۹؛ صص۵۹و۶۵.
۷۸. علامـه حلـی، حسن‌بن‌یوسـف. (بی‌تا). تذکـرة الفقها. ج۲، تهران: انتشارات رضوی، ص۵۷۳.
۷۹. سـبزواری، محمدباقر. (بی‌تا). کفایة الاحکام. اصفهان: مدرسه‌ی صدر مهدوی، ص۱۵۴.
۸۰. انصاری، مرتضی. (بی‌تا). کتاب النکاح. قم: انتشـارات باقری، ص۵۶.
۸۱. فاضل هندی، محمدبن‌حسـن. (۱۴۰۵). کشف اللثام. ج۲، قم: انتشارات آیت‌الله مرعشی، ص۹.
۸۲. عاملی، زین‌الدین‌بن‌علی. (بی‌تا). مسالک الافهام. ج۷، قم: انتشارات بصیرتی، ص۵۰.
۸۳. کرکـی، علی‌بن‌حسـین. (۱۴۰۸). جامـع المقاصد فی شرح القواعد. ج۱۲، قم: مؤسسه‌ی آل‌البیت، ص۳۴.
۸۴. نظری توکلی، سعید. (۱۳۸۹). «روش‌های کمکی تولید مثل در حقوق اسلام». مجموعه‌مقالات اهدای گامت و جنین، تهران: سمت، صص۲۷۱تا۲۷۵؛ صص۲۸۵و۲۸۶.
۸۵. نظری توکلی، سعید. (۱۳۹۱). حضانت کودکان در فقه اسلامی. تهران: سمت، صص۱۵۷تا۱۶۳.
۸۶. مفیـد، محمدبن‌نعمـان. (بی‌تـا). الارشـاد. بیـروت: مؤسسه‌ی اعلمی، ص۱۱۹.
۸۷. نظـری توکلـی، سـعید. (۱۳۸۱). «مقایسـه‌ی تطبیقی مـرگ و زندگـی در متون دینی پزشـکی». مسـائل مسـتحدثه پزشکی ۲، قم: بوستان کتاب، صص۵۷تا۷۴.
۸۸. طوسـی، محمدبن‌حسـن. (۱۳۸۷). المبسوط فی فقه الامامیة. ج۷، تصحیح سیدمحمدتقی کشفی، تهران: المطبعة الحیدریة، ص۱۹۵.
۸۹. مـکارم شـیرازی، ناصـر (۱۴۲۲). بحـوث فقهیة مهمة. قـم: انتشـارات مدرسـه الامـام امیرالمؤمنیـن، ص۲۸۹؛ صص۲۸۸و۲۸۹.
۹۰. نظری توکلی، سـعید. (۱۳۸۲). «مقایسه‌ی مرگ مغزی با حیات غیرمسـتقر». فصلنامه‌ی مقالات و بررسی‌ها، ش۷۳، صص۹۱تا۹۷.
۹۱. نظـری توکلـی، سـعید. (۱۳۸۷). «ملاحظـات اخلاقی‌حقوقـی در قطـع حمایـت از حیات مـردگان مغزی». اخلاق پزشکی، ش۳، صص۷۳تا۹۱.
92. Nazari Tavakkoli, Saeid. (2008). “A Comparison between Brain Death and Unstable Life: Shi’ite Perspective”. USA: Journal of Law and Religion.
۹۳. نظـری توکلـی، سـعید و شـکیبا امیرخانـی. (۱۳۹۴). «امـکان اسـتناد بـه موازیـن فقهـی در جرم‌زدایـی از اتانازی داوطلبانه‌ی غیرفعال». فقه و اصول، ش۴۷، صص۲۰۵تا۲۲۶.
۹۴. نظری توکلی، سـعید و فاطمه کراچیان ثانی. (۱۳۹۰). «بررسـی تطبیقـی اتانـازی داوطلبانـه‌ی غیرفعـال در اخلاق وظیفه‌گـرای کانتی و اخـلاق فضیلت‌گرای اسـلامی». اخلاق پزشکی، ش۱۵، صص۱۶۳تا۱۸۹.
95. Nazari Tavakkoli, Saeid. (2015). “The Lineage of Children Born by Sperm Donation: a Shi’ite Perspective”. Int J Fertil Steril, 9 (3), P. 403-410.
96. Nazari Tavakkoli, Saed. (2017). “Personhood and Moral Status of the Embryo: It’s Effect on Validity of Surrogacy Contract Revocation according to Shia

Jurisprudence Perspective". Int J Fertil Steril, 11 (3), P. 226-233

۹۷. نظـری توکلـی، سـعید. (۱۳۸۶). «درآمـدی بـر مبانی حقوقـی درمـان نابـاروری». فصلنامـه‌ی مطالعات اسـلامی، ش۷۵، صص۱۸۸و۱۸۹.

خطای پزشکی

دکتر محمد محمدی، دکتر سیدمحمود طباطبایی

معرفی نمونه‌ی اول

کودک سه‌ماهه‌ای با تشخیص نقص دیواره‌ی بین بطنی بستری شده است. به علت وجود علائم نارسایی احتقانی قلب برای او دیگوکسین تجویز می‌شود. نیم‌ساعت بعد از تزریق دیگوکسین، بیمار دچار استفراغ و سپس ایست قلبی می‌شود و علی‌رغم احیا بیمار فوت می‌کند. پزشک معالج متوجه می‌شود که در نوشتن دوز دارو اشتباه کرده و بیمار ده برابر میزان مجاز دیگوکسین دریافت کرده است. وظیفه‌ی پزشک چیست؟

معرفی نمونه‌ی دوم

بیمار بعد از گذشت سه هفته از عمل الکتیو اسپلنکتومی[1]، به دلیل ITP[2] به پزشک خود مراجعه کرده است. اسپلنکتومی بیمار از نظر فنی به علت چاقی با چالش‌هایی همراه بوده است. در این ویزیت، بیمار از درد مبهم مداومی در LUQ[3] شکایت دارد. پزشک معالج برای بیمار درخواست گرافی ساده‌ی شکم می‌کند که نشان‌دهنده‌ی باقی‌ماندن گاز جراحی در LUQ بیمار است. پزشک اطمینان دارد که شمارش گازها در انتهای عمل جراحی درست بوده است؛ اما متوجه می‌شود که خونریزی رگی نزدیک معده را با یک گاز جراحی پک کرده ولی آن را از محل خارج نکرده است. برای درمان این وضعیت یک عمل ثانوی

1. Splenectomy
2. Idiopathic Thrombocytopenic Purpura
3. Left Upper Quadrant

برای بیرون‌آوردن گاز به‌جامانده لازم است تا بیمار سلامتی خود را باز یابد. وظیفه‌ی پزشک چیست؟

معرفی نمونه‌ی سوم

کودکی دوساله که هنگام تولد از ناحیه‌ی یکی از تاندون‌های دست راست دچار آسیب شده بوده، براساس اندیکاسیون‌های پزشکی باید در دوسالگی تحت عمل جراحی قرار می‌گرفته است. در اتاق عمل پزشک و همکارانش دست چپ بیمار را برای انجام عمل جراحی آماده می‌کنند. در این حال ناگهان پزشک متوجه می‌شود که قبلاً دست راست بیمار را معاینه کرده است! با مراجعه به پرونده‌ی بیمار و بررسی عکس‌های رادیوگرافی متوجه می‌شوند دست راست بیمار باید جراحی شود. در این نمونه خوشبختانه کودک از بروز یک خطای پزشکی در امان می‌ماند. وظیفه‌ی پزشک چیست؟

۱. مقدمه

به‌طور کلی خطاهای انسانی[1] از جمله مباحثی است که در جهان مدیریت نظری و عملی امروز، بخشی شایان توجه از وقت، بودجه و توجه صاحب‌نظران و مدیران را به خود اختصاص می‌دهد. هدف، حذف کامل خطای انسانی نیست؛ اما کاهش و به‌حداقل‌رساندن آن در کانون توجه همگان است (۱). بروز خطا در پزشکی به دلیل پیچیدگی دانش پزشکی، قطعی‌نبودن پیشگویی‌های بالینی، محدودیت زمانی در تصمیم‌گیری‌ها و نیاز به تصمیم‌گیری علی‌رغم دانش ناکافی، اجتناب‌ناپذیر است (۲).

کمیته‌ی کیفیت مراقبت سلامت خدمات عمومی انستیتو پزشکی آمریکا IOM[2] در گزارش خود تحت عنوان «انسان خطاکار است» بیان می‌کند که گستردگی صدمه‌ی بیماران ناشی از خطاهای پزشکی مسأله‌ی عمومی شناخته‌شده‌ای به‌ویژه از نظر عموم مردم، نیست (۳). میزان شیوع خطای پزشکی در مطالعات متعدد با ۳/۷ درصد در نیویورک، ۵ تا ۷/۵ درصد در کانادا، ۱۱ درصد در بیمارستان‌های بریتانیا و ۱۶/۶ درصد در بیمارستان‌های استرالیا متفاوت است (۴).

در سیستم‌های ارائه‌کننده‌ی خدمات بهداشتی‌درمانی، خطای پزشکی به آسیب ناشی از سوءمدیریت[3] پزشکی در طی فرایند مراقبت، تشخیص و درمان بیمار اطلاق می‌شود که ارتباطی با بیماری زمینه‌ای ندارد و می‌توان از آن پیشگیری کرد (۵).

در تعاریف حقوقی خطاهای حرفه‌ای، قصور[4] (پزشکی) نامیده می‌شود. قصور پزشکی در واقع یک سیستم حقوقی است که به قربانیان خطاهای پزشکی اجازه‌ی طرح شکایت برای صدمات وارده را می‌دهد؛ بنابراین سیستم قصور پزشکی سه هدف را دنبال می‌کند: الف. جبران زیان‌های قربانیان ناشی از قصور یا در برخی مواقع خانواده‌های آن‌ها، ب. ممانعت از ایجاد خطاهای زیان‌بار توسط پزشکان و ج. اجرای عدالت کیفری برای مجازات خلاف‌کاران (۵).

1. Human Errors
2. Institute Of Medicine
3. Mismanagement
4. Malpractice

در گزارش IOM آمده است که خطا بیش از سایر عوامل، مراقبت از بیمار را از طرق ناشناخته‌ای تحت تأثیر قرار می‌دهد و تعریف می‌کند خطاها یا از دسته‌ی خطاهای اجرایی‌اند[1] (مختل‌شدن فعالیتی برنامه‌ریزی‌شده که به روش نادرستی اجرا شده است) یا از گروه خطاهای برنامه‌ریزی‌اند[2] (از برنامه‌ای اشتباه برای رسیدن به هدف استفاده شده است) (۳).

در نوع دیگری از تقسیم‌بندی، خطاها را به سه گروه تقسیم می‌کنند:

الف. خطاهای عمده: نام دیگر آن وقایع ناگوار مهم[3] است که منجر به مرگ یا آسیب مهم یا اختلال در عملکرد فرد می‌شود.

ب. وقایع بدون عارضه[4]: خطا رخ داده و بالقوه زیان‌رسان است؛ ولی منجر به زیان واقعی نشده است (مثلاً به دلیل جبران فیزیولوژیک).

ج. موارد نزدیک به خطا[5]: خطا قبل از وقوع به موقع شناسایی (اتفاقی یا با برنامه‌ریزی) و اصلاح شده است (۵).

خطاها از نظر حقوقی و قضایی به چهار دسته‌ی عمده تقسیم می‌شوند:

الف. بی‌احتیاطی: عمل طبی خاصی نبایست انجام می‌شده، ولی پزشک آن را انجام داده است.

ب. بی‌مبالاتی: عمل طبی خاصی بایست انجام می‌شده، ولی پزشک آن را انجام نداده است.

ج. نداشتن مهارت (سهل‌انگاری): انجام‌دادن عمل طبی خاص، بدون داشتن مهارت و تخصص لازم (کم‌تجربگی، عدم دانش کافی) است.

د. رعایت‌نکردن قوانین (مصوب) و مقررات دولتی و موازین پزشکی (دستورالعمل‌ها و بخش‌نامه‌های مرتبط با حیطه‌ی عمل پزشکی) (۵).

۲. دیدگاه اخلاقی

روزانه در سراسر جهان، پزشکان زیادی دچار خطاهای ناخواسته‌ی گوناگون می‌شوند؛ لیکن این پرسش همیشه مطرح است که وظیفه‌ی اخلاقی و قانونی پزشک خطاکار در مواجهه با بیمار چیست؟ (۶)

ازآنجاکه بیماران برای تأمین سلامتی خود به پزشک اعتماد می‌کنند و خود را به دست او و توصیه‌هایش می‌سپارند، پزشک در مقابل این اعتماد مسئول است تا هر اقدامی را که حداکثر سودرسانی را برای بیمار تأمین می‌کند انجام دهد. در واقع در قبال اعتمادی که عموم مردم و بیماران به‌طور خاص به جامعه‌ی پزشکی دارند، جامعه‌ی پزشکی به‌صورت اخلاقی خود را متعهد می‌داند که برای سودرسانی به مردم و نیز حفظ این اعتماد از طریق صداقت در بیان اطلاعات تلاش نماید (۶). یکی از مهم‌ترین مسائل در ارتباط با اشتباهات پزشکی و مسائل اخلاقی، آشکارسازی خطاست.

۲- ۱. آشکارسازی خطا

آشکارسازی خطا دارای دو وجه مهم است:

الف. اظهار خطا به بیمار: هر انحراف و تمایلی برای مخفی‌سازی خطاهای پزشکی باید آشکار شود. در اینجا رازداری غیراخلاقی است و ممکن است نتایج زیان‌باری داشته باشد. یکی از اجزای اصلی افشای مؤثر عذرخواهی است.

1. Error of execution
2. Error of planning
3. Misadventures, Sentinel Events, Major Events
4. No Harm Events
5. Near Misses, Lapses

ب. گزارش‌کردن بروز خطا به سیستم: خطاها باید برای مدیریت خطر[1] و به منظور تضمین کیفیت[2] گزارش شوند؛ بنابراین سازمان‌ها باید روش‌های اثربخشی برای پیاده‌سازی آن داشته باشند (۷).

۲- ۱- ۱. اظهار خطا به بیمار

نارسایی در آشکارسازی خطاها برای بیماران موجب خدشه‌دارشدن اعتماد عمومی به پزشکی می‌شود؛ زیرا این کار به‌طور بالقوه متضمن فریب‌کاری است. آشکارنکردن خطا به‌طور بالقوه نقض مسئولیت پزشک در امانت‌داری و فروکاستی در این تعهد است که «تنها باید براساس رفاه بیمار عمل کند». آشکارنکردن خطا ممکن است اثر تضعیف‌کننده‌ی تلاش‌هایی باشد که برای ارتقای ایمنی طبابت در کل به انجام می‌رسد (۸). اظهار خطای پزشکی احترام به استقلال فردی بیمار و سلامت اوست و امکان اخذ رضایت آگاهانه از بیمار را برای درمان صدمه‌ی ناشی از خطا فراهم می‌آورد. به‌طور اخلاقی همان‌طور که بیماران محق به دریافت اطلاعات قبل از انجام یک اقدام درمانی یا تشخیصی هستند، مسلماً براساس احترامی که به‌عنوان انسان باید به آن‌ها گذاشته شود، حق دارند که از نتایج آن اقدام هم مطلع شوند (۹). نکته‌ی دیگر اینکه وقوع خطا لزوماً، کوتاهی و رفتار غیراخلاقی محسوب نمی‌شود؛ اما اظهارنکردن آن می‌تواند این‌گونه باشد (۶). در واقع اخلاق پزشکی در خطا به مسائل مرتبط با «حقیقت‌گویی» می‌پردازد (۷).

کد اخلاق پزشکی انجمن پزشکی آمریکا درباره‌ی تعهد پزشک در بروز خطا به وضوح بیان می‌کند: «در موقعیت‌هایی که خطای پزشک منجر به عوارض پزشکی قابل توجهی برای بیمار شده باشد، پزشک اخلاقاً موظف است بیمار را از تمامی واقعیات لازم برای فهم خطای رخ‌داده مطلع سازد.» در این کد عبارت «عوارض پزشکی قابل توجه» مبهم است. ممکن است پزشکان خطا را درخور توجه ندانند یا شدت ضایعه را برای اظهار خطا مهم نشمارند (۱۰).

دلیل دیگر پزشکان برای اظهارنکردن خطای پزشکی، ملاحظات مربوط به احتمال افزایش اضطراب در بیمار و سردرگمی او با دادن اطلاعات پیچیده است. این مورد که نوعی امتیاز درمانی[3] است امروزه در دادگاه‌های انگلوآمریکن بی‌اعتبار است؛ زیرا حفاظت از بیمار در قبال چنین اضطرابی دلیل بر احتراز از اظهار نیست و در صورت بادقت و ظرافت بیان‌شدن، بیماران قادر خواهند بود که حتی خبرهای بسیار بد را تحمل کنند و از سویی در تناقض مستقیم با این فرض پیشین است که بیمار آن‌قدر دارای ظرفیت است که پزشک رضایت آگاهانه‌ی او را برای آغاز درمان پذیرفته است (۸).

دست کم، با وجود تمایل انسان به ازبین‌بردن شک و تردید و رفع تقصیر، لیکن جهان پزشکی تمایلی برای مقابله با خطاها و نارسایی‌ها ندارد. پیداکردن رفتارها و خطاهای برجسته کار آسانی است؛ لیکن مشکل زمانی پدیدار می‌شود که یک ناظر ضمن آنکه از اتفاق پیش‌آمده خرسند نیست، به‌راحتی نیز نمی‌تواند انگشت اتهام را به سوی علت آن نشانه رود (۳).

دو نظریه‌ی اصلی در اظهار خطای پزشکی مطرح است:

1.Risk Management
2.Quality Assurance
3.Therapeutic Privilege

الـف. نظریـه‌ی وظیفه‌گرایـان[1]: هـر نـوع خطای پزشـکی صرف‌نظـر از شـدت آسـیب وارده و نتایـج زیان‌باری که برای بیمـار دارد باید به‌طور کامل برای بیمار شرح داده شود؛ چراکه علاوه بر تعهد اخلاقی پزشـک، بیمار حق دارد در جریان کامل سیر درمانی خود و تمامی پیشـامدها و رخدادهـای مربوطه قرار گیرد. ضرورت افشـای خطا شـدت آسـیب نیسـت، بلکـه وظیفـه‌ی اخلاقـی پزشـک و حق بیمـار برای دانستن است.

ب. نظریـه‌ی نتیجه‌گرایـان[2]: ایـن افـراد ضـرورت اظهار خطا را منوط به سودمندبودن آن برای پیشبرد سیر بهبودی بیمار و جبران‌پذیربودن خطا و استفاده از خدمات مناسـب بـرای جبران موقعیت پیش‌آمده، می‌دانند. صرف‌نظر از اینکه کدام‌یک از این دو دیدگاه منطقی‌تر اسـت، موضوع اساسـی که نبایـد فراموش گردد «محوریت منافع بیمار در اتخاذ همه‌ی تصمیمات است» (۱۱).

در ربع آخر قرن بیسـتم، نگرش به افشـای خطای پزشـکی از یـک خودحمایت‌گرایـی شـبه‌صنفی[3] به افشـای صریـح آن و حقیقت‌گویـی[4] تغییـر کـرد. به ایـن معنا که هم اخلاق‌مداران پزشـکی و هم مدیران بحـران[5]، در حـال حاضـر از پزشـکان می‌خواهنـد هنگامـی که یک خطـای بارز و آشـکار رخ می‌دهد، آن را بـا بیماران یا نماینـدگان قانونی آن‌ها (والدین، سرپرسـتان و...) در میان بگذارند. در اینجا فلاسفه و حقوق‌دانـان رویکـردی عمل‌گرایانـه[6] را در پیـش می‌گیرنـد. نه‌تنهـا مـردم می‌خواهنـد بداننـد چـه اشـتباهی رخ داده، بلکـه برخی اسـتدلال می‌کنند افرادی که مورد آسـیب ناشـی از خطا واقع شـده‌اند نیـز حق دارند بدانند. همچنین پیامدهای ناشـی از اختلال ایجادشـده می‌تواند به‌صـورت واکنش‌های دفاعی مانند عصبانیت شدید و... بروز کند (۳).

بااین‌حـال، توجه داشـته باشـید، که به‌طـور کلی نصیحـت پذیرفته‌شـده‌ی «گفتـن حقیقـت» اغلب ارائه‌ی کمک‌های عملی را با شکست مواجه می‌کند. آیا جراح با کشیدن رترکتور و به دنبال آن پارگی عروق و یک عملیات بسیار طولانی برای ترمیم عروق، دچار خطا شـده است؟ آیا این سـهل‌انگاری پزشک است یا شـکنندگی بافت‌های بیمار؟ اگر بیمار بدون هیچ مشکلی سلامت خود را بازیابد، باز هم این مسأله مهم اسـت؟ آیا بیماران و افراد جایگزین او می‌خواهند از همه‌ی جزییاتی که رخ داده مطلع شـوند؟ آیا امکان ندارد افشـای کامل وقایع به‌طور نامناسب، اعتماد را از بین ببرد؟

درحالی‌که ممکن اسـت یـک توافـق عینی وجود داشته باشـد که درجه‌ای از افشـای خطای پزشکی متناسـب با خواسـته‌ها و نیازهـای روانـی بیماران، عزیزان و جانشـین‌های قانونـی او باید صورت گیرد، این در همه‌ی موارد روشـن نیسـت کـه چگونه و چه تعداد از افراد و اعضای خانواده می‌خواهند یا باید از موقعیت پیش‌آمده مطلع شوند (۳).

بعضـی معتقدند کـه در مواقعی که اظهـار خطا به بیمـار منجر بـه کاهش اسـتقلال فردی او می‌شـود صرف‌نظرکـردن از ارائـه‌ی اطلاعـات بـه او منطقی اسـت. بااین‌حـال هیچ‌یـک از ایـن موارد مشـخص نکرده‌انـد که چه کسـی وجود ایـن معیارها را تعیین می‌کند. هر نوع تصمیم‌گیری بـرای امتناع از اظهار

1. Deontology
2. Consequentialism
3. Guild-Like Self-Protectionism
4. Truth-Telling
5. Risk Managers
6. Pragmatic Approach

خطای پزشکی باید توجیه منطقی داشته باشد که این توجیه برای یک پزشک بی‌طرف یا در صورت امکان یک کمیته‌ی اخلاقی پذیرفتنی باشد (۶).

از اساسی‌ترین مشکلات بیماران در برخورد با خطاهای پزشکی، عدم تمایل پزشکان به بحث درباره‌ی دلایل وقوع خطا و عملکرد آنان در پیوند با پیشگیری از وقوع مجدد خطا در آینده است. نکته‌ی مهم‌تر آنکه بسیاری از سیاست‌های جاری سیستم‌های ارائه‌کننده‌ی خدمات درمانی، پزشکان را از افشای خطاهای پزشکی برای بیماران بر حذر می‌دارد. بااین‌حال، براساس اصل انصاف (عدالت) و شرافتمندی، بیمار آسیب‌دیده باید بتواند به‌شکلی درخور، جبران خطا یا خسارت ناشی از آن را طلب نماید (۵).

الزام آشکارسازی وقایع بی‌ضرر ممکن است کل فرایند آشکارسازی را به واسطه‌ی ارائه‌ی مطالب بی‌فایده، بیش از حد دچار افزونگی (پرباری) کرده و این فرایند را مختل کند. همچنین اگر الزام آشکارسازی به پاسخ‌دادن به این سؤال که «چه کسی خطا را انجام داده است؟» خلاصه شود در واقع موجب ساده‌سازی وقایعی می‌شود که معمولاً پیچیده‌تر از آن هستند که توسط یک فرد مشخص ایجاد شده باشند؛ ازاین‌رو، با مسموم‌کردن فضا، تلاش‌ها را برای ارتقای سلامت بیماران مخدوش می‌کند. با این همه شاغلان پزشکی باید آماده باشند که سهمی از بار واقعه را تقبل کنند و همواره تمامی ایراد و اشکال را به «سیستم» نسبت ندهند (۸).

تحقیقات اخیر نشان می‌دهد، یکی از اجزای اصلی افشای مؤثر عذرخواهی است. عذرخواهی در واقع شناسایی خطای رخ‌داده، اذعان و اقرار به آن، پذیرفتن مسئولیت خطا، برقراری ارتباطی صادقانه حاکی از پشیمانی و ندامت است. همچنین ممکن است شامل تعهد به اجتناب از تکرار رفتارهای مشابه در آینده و جبران آسیب ایجادشده باشد (۱۲). عذرخواهی می‌تواند اثراتی عمیق بر هر دو فرد اِبرازکننده و دریافت‌کننده داشته باشد. عذرخواهی همچنین بر انتظارات و اهداف روابط آینده‌ی پزشک و بیمار، اعاده‌ی اعتماد بیمار، کاهش واکنش هیجانی منفی و پاسخ‌های خصمانه و نیز القای پاسخ فیزیولوژیکی مناسب اثر مثبت می‌گذارد. ورود عذرخواهی به مکالمات بین پزشکان و بیماران بااخلاق حرفه‌ای پزشکی سازگار است، اخلاقی که بر ضرورت اعتماد بین پزشک و بیمار استوار شده است (۱۳).

گالاگر[1] و همکارانش در مطالعه‌ای نشان داده‌اند بیماران تمایل و انتظار دارند که به‌سرعت از خطای پزشکی رخ‌داده مطلع شوند و تمامی اطلاعات را درباره‌ی آنچه اتفاق افتاده به دست آورند: اینکه چرا و چگونه خطا رخ داده است، خطا بر سلامتی‌شان چه اثری خواهد داشت، چه اقداماتی باید برای جلوگیری از آسیب‌های آن انجام دهند. همچنین در نهایت آنان تمایل دارند از آن‌ها عذرخواهی شود. پوزشی که نشان‌دهنده‌ی احساس پشیمانی و تمایل کادر پزشکی برای بهترشدن شرایط در آینده باشد. در واقع، آن‌ها دریافته‌اند که بسیاری از بیماران از افشای صادقانه و مهربانانه‌ی خطا به همراه عذرخواهی کمتر ناراحت می‌شوند؛ درحالی‌که توضیحات ناقص یا طفره‌رفتن پزشک باعث

1. Gallagher

افزایش اضطراب و پریشانی آن‌ها می‌گردد. بیماران همچنین ترجیح می‌دهند که چنین ارتباطی بدون نیاز به شروع رابطه از طرف آن‌ها، اتفاق بیفتد (۱۴). از طرفی به‌طور کلی، پذیرفتن خطای رخ‌داده و اعتراف به آن و عذرخواهی باعث شرمساری پزشک می‌شود و به غرور او لطمه می‌زند و مستلزم آن است که فرد با چیزی که عزت نفسش را تهدید می‌کند، مقابله کند. لازم به ذکر است که خطا با تلاش‌های کمال‌گرایانه‌ی فرد در تعارض است و می‌تواند در نتیجه باعث ایجاد احساس آسیب‌پذیری در فرد شود (۱۵و۱۶).

بر این اساس، بیان و اظهار یک خطای جدی خیلی سخت است. مطالعات نشان داده‌اند که تمایل به عذرخواهی زمانی که احتمال آشکارشدن خطا برای بیمار کم باشد، خیلی کاهش می‌یابد (۱۷).

۲- ۱- ۲. گزارش بروز خطا به سیستم

یکی از روش‌های کارآمد برای یافتن و رفع نقایص نظام سلامت، بهره‌گیری از خطاهای پزشکی است که توسط سیستم‌های گزارش‌دهی خطا صورت می‌گیرد. این سیستم دارای دو عملکرد است: الف. پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری، ب. ارتقای ایمنی نظام سلامت؛ البته تحقق هر دو هدف در یک برنامه در عمل چندان ممکن نیست. برنامه‌هایی که هدف اول را دنبال می‌کنند، نیازمند نظام گزارش‌دهی اجباری برای خطاهایی هستند که منجر به آسیب جبران‌ناپذیر می‌شوند. در این برنامه‌ها، خطاها پیگیری (قضایی) می‌شوند؛ در مقابل، برنامه‌هایی که هدف دوم را دنبال می‌کنند، بر گزارش‌دهی اختیاری درباره‌ی خطاهای بدون عارضه و نزدیک به خطا تأکید دارند. این خطاها پیگیری (قضایی) نمی‌شوند و فقط برای ارتقای ایمنی سیستم استفاده می‌شوند (۳).

سیستم‌های گزارش‌دهی باید به‌گونه‌ای طراحی شوند تا در گزارش‌دهی اجباری، حریم خصوصی پزشکان رعایت شود؛ خطاهای آنان باید به‌عنوان راز تلقی شود و تنها به اندازه‌ی مورد نیاز و فقط برای کسانی افشا شود که مطلع‌شدن آن‌ها ضروری است. در نظام گزارش‌دهی اختیاری نیز در صورت عدم تمایل شاغلان بهداشتی‌درمانی به ثبت اطلاعات شخصی، خطاها به‌صورت گمنام ثبت می‌شوند. همچنین امکان ثبت خطاهای قریب‌الوقوع دیگران نیز در صورت گزارش‌نشدن توسط خودشان، با اطلاع آنان و به‌صورت گمنام وجود دارد. ازآنجاکه از خطاها به منظور اصلاح فرایندها و برای کاهش بروز خطا در آینده استفاده می‌شود، مستندسازی نقشی مهم دارد؛ لیکن دسترسی افراد به مستندات نیز باید با حفظ محرمانگی و حریم خصوصی افراد صورت پذیرد.

برنامه‌ی گزارش‌دهی خطاهای دارویی نظام فارماکوپه‌ی آمریکا، سیستم گزارش‌دهی گمنام و محرمانه‌ای برای متخصصان مراقبت‌های سلامت است که یا به‌طور مستقیم با خطاهای پزشکی مواجه‌اند یا احتمال بروز خطا برای آن‌ها بالاست. این برنامه به‌گونه‌ای طراحی شده است که پزشکان، داروسازان، پرستاران و سایر شاغلان مراقبت‌های سلامت برای ارتقای ایمنی بیمار و گسترش خدمات آموزشی به منظور جلوگیری از بروز خطاها در آینده، مشارکت می‌کنند (۱۸).

برای اینکه سیستم گزارش‌دهی خطا به‌طور

اثربخش عمل کند باید شرکت‌کنندگان سیستم فعلی دارای توانایی شناسایی حوادث زیان‌بار اشتباه باشند و از طرفی شاغلان پزشکی بدون چشمداشتی (کمک مالی) برای انجام‌دادن این کار تمایل داشته باشند (۳).

۳. دیدگاه فقهی

خطای پزشکی با قواعد فقهی متعددی مرتبط است؛ مهم‌ترین آن‌ها از نظر عملی و کاربردی عبارت‌اند از:

الف. قاعده‌ی ضمان و مسئولیت: در فقه اسلامی «ضمان» به معنی التزام به انجام کار با یا بدون اثر مالی است و به دو دسته‌ی «قراردادی» و «قهری» تقسیم می‌شود. در ضمان قراردادی، فرد مسئول عواقب تخلف از مفاد قرارداد است؛ درحالی‌که فرد در ضمان قهری مسئول اموری است که به موجب الزام قانونگذار، بر عهده‌اش گذاشته شده و شامل هرگونه ایراد خسارت به دیگری می‌شود که مشمول جبران یا پرداخت خسارت است. در حکم فقهی «من اتلف مال الغیر فهو له ضامن» کلمه‌ی ضامن به معنای تعهد است، یعنی طرف متعهد می‌شود که آسیب یا زیان وارده را جبران کند یا مثل آن یا قیمتش را بپردازد؛ ازاین‌رو، براساس حدیث «انّ الطبیب ضامن و لو کان حاذقا» (۱۹) پزشک، مسئول جبران آسیب و خسارت ناشی از طبابت به بیمار است. این مسئولیت در اصل جنبه‌ی وجدانی دارد و با الزام آشکارسازی همراه نیست.

ب. رازداری و امانت‌داری: رازداری و حفظ اسرار خود و دیگران، نوعی امانت‌داری است و صرف‌نظر از استثناها و موارد خاص، از صفات ارزشمند و والای انسانی به شمار می‌آید و در برخی اشخاص و حرفه‌ها همچون طبیب و طبابت، به‌عنوان ویژگی لازم و اساسی مطرح می‌شوند. شایان توجه است که خصوصیت «ستار العیوب» یکی از صفات جمال خداوند است و بندگان باید سعی کنند تا پرتوی از این صفات الهی در آن‌ها تجلی پیدا کند. در احادیث منقول از معصومان(ع) آمده است: «کل المسلم علی المسلم حرام دمه و ماله و عرضه»: «تعرض به جان و مال و آبروی هر فرد مسلمان بر سایر مسلمانان حرام است» (۲۰) به عبارت دیگر، بر هر مسلمانی لازم است در حفظ جان، مال، شخصیت و آبروی دیگر مسلمانان از هیچ کوششی دریغ نکند. به فرموده‌ی امام صادق(ع): «المؤمن اعظمُ حرمةً مِن الکعبة»: «احترام مؤمن از احترام کعبه بالاتر است» (۲۱)؛ بنابراین در مواقعی که با جبران خسارت و پیگیری وضعیت بیمار، سلامتی حاصل می‌شود و هیچ آسیب و زیانی پدید نمی‌آید، ضرورتی برای افشای خطا متصور نخواهد بود.

ج. تقدم منافع بیمار بر منافع پزشک: در مواقعی که عدم آشکارسازی خطای پزشکی منجر به پیامدهای زیان‌بار کوتاه‌مدت یا درازمدت برای بیمار می‌شود، با رعایت حفظ حریم خصوصی پزشک و احترام به محرمانگی اسرار پزشکی، آشکارسازی خطا ضرورت می‌یابد؛ البته در این مواقع، نباید اجازه داد که بیمار از خطایی که اتفاق افتاده، سوءاستفاده کند و به هتک حرمت پزشک یا جامعه‌ی پزشکی بپردازد.

د. حفظ کرامت پزشک و حرمت حرفه‌ی پزشکی و جلوگیری از بدآموزی: کارهای نادرست و گناهانی که یک فرد مسلمان انجام می‌دهد، چنانچه صرفاً بین خود و پروردگار باشد و به شخص ثالثی تسری

پیدا نکنـد، می‌توان تنهـا با طلب عفو و بخشـش از خداوند، آن‌ها را افشـا نکرد؛ اما اگـر انجام‌دادن کار نادرسـت یا گناه، به شـخص یا اشـخاصی آسـیب و زیانی رسـانده باشد، جبران تمام و کمال آن آسیب و زیان، ضروری و الزامی است. حال، چنانچه آسیب و زیان یادشـده در قالب خطای پزشکی باشد و به‌طور کامل جبران شـده باشـد و احتمال پیامدهای منفی بعدی نیز وجود نداشـته باشـد، ممکن است افشای آن ضـروری نباشـد؛ در غیـر این صورت، بـا رعایت همه‌ی جوانب، باید آشکارسازی انجام شود. همواره بایـد توجـه داشـت کـه افشـای خطاهای پزشـکی می‌تواند موجب شـیوع بیشـتر آن یا افزایش نگرش منفی عامه‌ی مردم به جامعه‌ی پزشکی شود.

همچنیـن برخی دیگر از قواعـد فقهی که در بحث خطـای پزشـکی می‌تـوان از آن‌ها اسـتفاده کرد در ادامه بیان شده است.

ه. قواعد حاکم بر مسـئولیت: مهم‌ترین این قواعد شـامل اتلاف و تسـبیب، غَرُور و ضرر است. براساس این قواعد، فرد آسیب‌رسـان ملزم به جبران آسـیب و خسـارت است و در بسیاری از مواقع، افشای سر، به شـرط رعایت حرمـت حرفه و حرفه‌منـدان، می‌تواند باعـث تنبـه خاطـی و درس یـا عبرتـی برای سـایر حرفه‌مندان تلقی شود.

و. قواعد حاکم بر عدم مسـئولیت: مهم‌ترین آن‌ها شـامل احسـان، اذن، برائـت و اضطـرار اسـت. این قواعد، فـردی را که باعث آسیب‌رسـاندن به دیگری شـده، بـه شـرط احـراز شـرایط تعریف‌شـده، تبرئه می‌کننـد و در نتیجـه، راه را برای کتمان سّـر و عدم آشکارسـازی خطا بـرای بیمار، هم‌زمان بـا اقدامات مناسـب به منظور نجات فرد آسیب‌دیده و پیشگیری از پیامدهای منفی بعدی توسط سازمان یا مسئولان ذی‌ربـط یـا بسـتگان و اطرافیـان، فراهـم می‌کند. ایـن قواعـد و همچنیـن قواعد پیش‌تر یادشـده، در منابـع فقهی و فقه پزشـکی به تفصیل ذکر شـده‌اند و مطالعـه‌ی دقیق و کاربـردی آن‌ها برای پزشـکان، بااهمیت و سودمند است.

در نهایـت بایـد توجه داشـت کـه قاعـده‌ی فقهی قطعـی و مطلقی بـا کاربرد جامع بـرای همه‌ی انواع خطـای پزشـکی وجود نـدارد و برای هر مـورد، بهتر اسـت متخصصان مربوطـه با یکی از افـراد خبره در حیطـه‌ی فقهـی مشـورت کننـد و با رعایـت همه‌ی جوانب (حفظ حقوق و کرامت بیمار، احترام طبیب، حرمت حرفه و حرفه‌مندان پزشکی و فضای حاکم بر جامعه) تصمیم مناسب را اتخاذ نمایند.

۴. دیدگاه قانونی

شـاید رایج‌تریـن مانع افشـای خطـا و عذرخواهی پزشـکان و مدیـران ریسـک، تـرس از دادخواهـی و مسـئولیت قانونـی اسـت؛ بنابراین، به دلیـل اینکه پزشـکان و سـایر متهمـان بالقـوه می‌ترسـند کـه عذرخواهی ممکن اسـت به‌عنوان یـک مدرک علیه آن‌هـا در دادگاه تفسـیر شـود، بیشـتر از دو سـوم ایالات آمریکا قوانینی تصویب کرده‌اند که مواردی از عذرخواهی در دادگاه به‌عنوان شواهدی از مسئولیت فـرد تفسـیر نشـود و پذیرفتنی نباشـد. ایـن قوانین به‌صورت بسـته‌های تشـویقی برای مجرمان تصویب می‌شـود تا سـیر مجرمانه‌ی آن‌ها را در هر مرحله‌ای که باشد متوقف کند؛ به‌عنوان مثال تهیه‌ی وسیله‌ی جرم، جرم نیست؛ زیرا علی‌رغم تهیه‌ی وسیله‌ی جرم هنوز جرمی صورت نگرفته و اگر قرار اسـت به خاطر

تهیه‌ی وسیله‌ی جرم مجازات شود، ممکن است مجرم جرم را هم مرتکب شود. درحالی‌که اگر برای تهیه‌ی وسیله‌ی جرم قانونگذار، جرمی در نظر نگیرد ارتکاب جرائم کاهش خواهد یافت؛ بنابراین در این کشورها اگر عذرخواهی و اظهار خطا به‌عنوان سندی علیه پزشک در دادگاه استفاده نمی‌شود، به دلیل نقش مؤثر آن در جلوگیری از آثار زیان‌بار جرم است تا آلام بیمار تسکین یابد. در اینجا عذرخواهی خود از جهات تخفیف جرم محسوب می‌شود.

پوشش این قوانین بسیار متفاوت است. برخی از آن‌ها اظهاراتی را که به منظور همدردی به افراد صدمه‌دیده گفته می‌شود به‌عنوان مدرکی علیه فرد نمی‌پذیرند؛ حال آنکه به اظهاراتی که نشانه‌ی پذیرفتن مسئولیت است اجازه‌ی اقامه علیه فرد در دادگاه داده می‌شود. سایر قوانین از طیفی وسیع از اظهارات محافظت می‌کنند؛ به‌طور خاص اظهاراتی که نشان‌دهنده‌ی «نقص»، «خطا» یا «اشتباه» هستند نیز علاوه بر موارد همدردی، برای دادگاه پذیرفتنی نیست.

در ایران ماده‌های ۲۵و۲۶و۳۸ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ می‌گوید جهات تخفیف عبارت است از کوشش متهم به منظور تخفیف آثار جرم یا اقدام او برای جبران زیان ناشی از آن؛ مثلاً اگر پزشکی که مرتکب خطا شده است، وضعیت بیمار را پیگیری کند و برای بهبودی او تلاش نماید، اقدامات او جزء آثار مخففه‌ی جرم محسوب می‌شود و در مقابل اگر بیمار را رها کرده و اقدامی برای مدیریت خطا و بهبود وضعیت بیمار انجام ندهد، جزء آثار مشدده به شمار می‌آید. باوجوداین، بسیاری از قوانین کشورها از جبران خسارت حمایت کرده و درباره‌ی اظهار خطای پزشکی قوانینی وضع نکرده‌اند.

دو موضوع حقوقی در خطای پزشکی وجود دارد: یکی بحث ثبوت و دیگری اثبات خطاست. در بحث ثبوتی اصولاً پرسیده می‌شود که خطا چیست؟ خطا در تحقق جرم چه نقشی می‌تواند داشته باشد؟ آیا آنچه در علم پزشکی خطاست در حقوق هم خطاست؟ خطا چه هنگام یک فعل مجرمانه است و موجب چه مسئولیتی می‌شود؟ اما در بحث اثباتی رابطه‌ی علیت و رابطه‌ی سببیت مطرح می‌شود که خطا ناشی از قصور یا تقصیر چه کسی بوده است؟

حقوق خصوصی در موضوع خطا بحث مسئولیت مدنی را مطرح می‌کند، که به صرف ورود خسارت باید جبران شود؛ پس تکلیف خاطی جبران خسارت است. این موضوع در ماده‌ی یک قانون مسئولیت مدنی ایران تصریح شده است: «هرکس بدون مجوز قانونی، عمداً یا در نتیجه‌ی بی‌احتیاطی، به جان یا سلامتی یا مال یا آزادی یا حیثیت یا شهرت تجاری یا به هر حق دیگری که به موجب قانون برای افراد ایجاد گردیده، لطمه‌ای وارد نماید که موجب ضرر مادی یا معنوی دیگری شود، مسئول جبران خسارت ناشی از عمل خود می‌باشد.»

در قانون مجازات اسلامی هرگونه آسیب به افراد به‌صورت جنایت بر نفس یا عضو و منفعت تعریف می‌شود. در حقوق کیفری، افراد به دلیل ارتکاب خطا مجازات می‌شوند. در حقوق کیفری برای اینکه یک جرم محقق شود حتماً به سه عنصر نیاز داریم: یکی اینکه توسط قانونگذار جرم‌انگاری شده باشد (عرف دخالتی ندارد، برعکس مسئولیت مدنی که نقش عرف بیشتر است)؛ دوم اینکه فعل یا ترک فعل باید در عالم خارج تظاهر و نمودی داشته باشد، بنابراین

صـرف تصمیم یا اراده‌ی ارتـکاب مادامی که صورت خارجی پیدا نکند عنوان مجرمانه نیسـت؛ در نهایت اینکه عمل مجرمانه توسط فرد، به او منتسب (عنصر معنوی) شـود و قابلیت استناد (رابطه‌ی علیت) به او را داشـته باشـد. جرائم از نظر عنصر معنوی، عمد یا غیرعمد هسـتند. طبق مـاده‌ی ۲۹۰ قانون مجازات اسـلامی مصـوب ۱۳۹۲ در جرائـم عمـدی در واقع یک اراده‌ی آزاد، یـک اختیار تام و یک علم و آگاهی وجـود دارد؛ یعنی مرتکب در اصطـلاح حقوقی باید سـوءنیت و قصد مجرمانه‌اش احراز شـود، هم اراده داشـته باشـد و هم علم و آگاهی داشـته باشد؛ مثلاً در قتـل، مرتکب هم باید فعل مجرمانـه را بخواهد و هم نتیجه‌ی مجرمانه، یعنی کشته‌شدن طرف مقابل را بخواهـد. در جرائـم عمد این سـوءنیت اسـت که مجـازات می‌شـود. اینکه این فرد چـرا نیت مجرمانه داشـته یـا اراده‌ی مجرمانـه دارد. در جـرم عمـدی قصد فعل و قصد نتیجه باید وجود داشـته باشـد. در این‌گونه جرائم سوءنیت عنصر معنوی جرم است. در جرائم عمدی مجازات قصاص است. اصولاً خطاها و قصور پزشکی جزء جرائم عمد محسوب نمی‌شوند.

برطبق ماده‌ی ۲۹۱ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ هـر جـا هریک از این شـروط وجود نداشـته باشـد، عمدبـودن دیگر مطرح نیسـت. در جرائم غیرعمدی سـوءنیت مطـرح نیسـت، بلکـه فعـل از روی خطا و تقصیر رخ داده اسـت. جرائـم غیرعمد مانند خطای پزشـکی در علم حقوق بـه «تقصیر» تعبیر می‌شـود کـه یا بی‌مبالاتی اسـت یـا بی‌احتیاطـی؛ همچنین مسـامحه، غفلت، بی‌مهارتی و رعایت‌نکردن نظامات دولتـی و ماننـد آن‌هـا، حسـب مـورد، از مصادیـق بی‌احتیاطـی یـا بی‌مبالاتی محسـوب می‌شـود. در جرائـم غیرعمـد فرد بـه دلیـل فکرنکـردن مجازات می‌شـود. یعنی چرا فرد فکر نکرده یا بهتر فکر نکرده اسـت؟ چرا بی‌دقتی و سهل‌انگاری کرده است؟ چرا بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی کرده است؟

براسـاس مـاده‌ی ۱۴۵ قانـون مجـازات اسـلامی مصـوب ۱۳۹۲ تحقق جرائـم غیرعمـدی، منوط به احـراز تقصیر مرتکب اسـت. در جنایـات غیرعمدی اعم از شـبه‌عمدی و خطای محض، احکام قصاص و دیات اعمال می‌شود. در تحقق جرائم غیرعمدی اگر تقصیر نباشد، اساساً جرمی واقع نمی‌شود؛ هرچند در برخی جرائم غیرعمدی وجود تقصیر شرط نیست و مرتکـب ضامـن پرداخـت دیه و خسـارات اسـت. در واقـع مجـازات در جرائم غیرعمد نسـبت به عمد خفیف‌تر و سـبک‌تر اسـت. آنچه در غیرعمد شـکل واضح‌تری دارد جبران خسـارت است؛ زیرا چون فرد مرتکب جرم شـده ولی سوءنیت نداشته یا اینکه باید کارهـا و تمهیداتی را انجام مـی‌داده که انجام نداده اسـت، بنابرایـن خفیف‌تـر مجازات می‌شـود؛ لیکن مهم‌تر از آن جبران خسارت است. در جرائم غیرعمد هم مسـئولیت مدنی و هم مسـئولیت کیفری مطرح اسـت؛ بنابرایـن در حقوق عبـارت قصـور در مقابل تقصیر وجود ندارد.

براساس قابلیت انتساب جرائم اگر پزشکی مرتکب خطا شـود (خطا در واقع نوعی تقصیر است) تقصیر او باید جبران و فرد مجازات شود؛ اما براساس قابلیت استناد جرائم باید بررسی شود که آیا نتیجه‌ی حاصله به دلیل فعل پزشـک بوده یا عوامل دیگری هم وجود داشـته‌اند تا با تعیین نقش هریـک از عوامل، میزان مسـئولیت آن‌ها نیـز تعیین گردد؛ زیرا ممکن اسـت در بـروز خطا سـایر کادر درمانی یا مدیریتی شـریک

باشـند (عنصر مادی جـرم). در جرائـم غیرعمد فرد خطـاکار عـلاوه بـر جبـران خسـارت، مجـازات هم می‌شـود؛ زیرا جبران خسـارت به‌تنهایی مانع خطا و تقصیر بعدی او نمی‌شـود. ازآنجاکه حرفه‌ی پزشکی با جان انسـان‌ها مرتبط اسـت مسئولیت کیفری هم شـامل مسئولیت پزشکان می‌شـود. مجازات پزشک در مسـئولیت کیفری توسط دادگاه تعیین می‌شود و ممکن اسـت نظام پزشـکی هم براساس آن پزشک را مجازات کند.

گاه خطـای پزشـکی از نوع سـلبی اسـت. در این مواقـع پزشـک وظیفه‌ی قانونـی خود را تـرک کرده است. براسـاس ماده‌ی ۲۹۵ قانون مجازات اسلامی مصـوب ۱۳۹۲ هرگاه کسـی فعلـی که انجـام آن را بـر عهده گرفتـه یا وظیفـه‌ی خاصی را کـه قانون بر عهده‌ی او گذاشـته اسـت، ترك کند و به سـبب آن، جنایتی واقع شـود، چنانچه توانایـی انجام‌دادن آن فعل را داشـته باشـد، جنایـت حاصل به او مسـتند می‌شود و حسب مورد، عمدی، شبه‌عمدی یا خطای محض است.

اظهـار خطـای پزشـکی به بیمـار، در علـم حقوق در شـمار تکالیف پزشـک محسـوب نمی‌شـود و اگر خسـارتی به بیمـار وارد شـود و بعـداً متوجه شـود، می‌توانـد شـکایت کنـد. در واقـع بیان‌نکـردن خطا جرم نیست و این فقط یک مسئولیت اخلاقی است. علی‌رغم اینکه خطا یک حق‌الناس اسـت، قانونگذار تضییـع هر حق‌الناسـی را جـرم نمی‌دانـد بلکه فرد به‌شـکل قانونی مکلف به جبران خسارت است. این موضـوع در مـاده‌ی ۴۹۵ قانـون مجازات اسـلامی ۱۳۹۲ بـه این صـورت مطرح شـده اسـت: «هرگاه پزشـك در معالجاتی که انجام می‌دهد موجب تلف یا صدمه‌ی بدنی گردد، ضامن دیه است مگر آنکه عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا اینکه قبل از معالجه برائت گرفته باشـد و مرتکب تقصیری هـم نشـود و چنانچه اخذ برائـت از مریـض به دلیل نابالـغ یا مجنون‌بـودن او، معتبر نباشـد و یا تحصیل برائت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد، برائـت از ولی مریـض تحصیل می‌شـود.» همچنین براسـاس مـاده‌ی ۵۱۰ این قانون هرگاه شـخصی با انگیزه‌ی احسان و کمك به دیگری رفتاری را با هدف حفـظ مـال، جان، عرض یـا ناموس او انجـام دهد و همان عمل موجب صدمه یا خسـارت شود درصورت رعایت مقررات قانونی و نکات ایمنی، ضامن نیست.

توضیح نمونه‌ی اول

این رویداد ناگوار نشان‌دهنده‌ی یک خطای جدی با پیامدهای عمیق برای بیمار و خانواده‌ی اوست. در این باره دیدگاه اخلاقی غالب حال حاضر، پزشک را موظـف می‌داند تا این موضـوع را به‌طور صادقانه‌ای برای خانواده‌ی بیمار توضیح دهد. خانواده‌ی بیمار عمیقاً نیازمند شـنیدن عذرخواهی پزشک هستند. از منظـر اخلاقی هرگونـه تلاش بـرای مخفی‌کردن جزئیـات این حادثه نادرسـت، اهانت‌آمیز و اشـتباه اسـت. هرچنـد طرح دعـوی از طرف والدیـن بیمار در دادگاه ممکن اسـت به دنبـال اظهار خطا صورت گیـرد، ولـی احتمال شـکایت با برخـورد صادقانه‌ی پزشـک و پذیرش مسـئولیت خطا از سـوی او، کمتر می‌شـود. دیدگاه اخلاق پزشـکی پیشـنهاد می‌کند به محض مطلع‌شـدن از وقوع خطا، آنچه در این باره می‌دانید به زبانی مفهوم و آسـان‌یاب به بیمار اطلاع دهید و در بیان خطا پیش‌قدم شـده و منتظر سـؤال

نباشـید؛ عذرخواهی و ابراز تأسف کنید و مسئولیت عواقب خطای خـود را بپذیریـد. همچنین، آمادگی ابراز احسـاس شـدید از طرف بیمار را داشته باشید. افزون‌براین توصیـه می‌کنـد برای مراقبـت و جبران صدمـه و جلوگیـری از وقـوع مجـدد آن برنامه‌ریزی کنیـد. همه‌ی مباحـث و اظهارات مطرح‌شـده را در پرونده‌ی بیمار مکتوب نمائید.

هنـگام بـروز خطاهـای عمده حتماً باید مسـایل بیمـه‌ای را مدنظـر قـرار دهیـد. در بند ۵ مـاده‌ی ۷ شـرایط عمومـی بیمه‌نامـه‌ی مسـئولیت حرفـه‌ای پزشکان مصوب ۲۱ شهریور ۱۳۷۷، از وظایف پزشک بیمه‌گذار برشـمرده شـده اسـت که «بدون موافقت کتبـی بیمه‌گر، اقـرار به مسـئولیت خـود ننموده یا متعهد به جبران خسـارت نشـود، در غیر این صورت بیمه‌گـر تعهدی نسـبت به جبران خسـارت نخواهد داشـت» (۲۲). این بند پزشـکان را از اظهار خطای خود حتی اگر واضح و آشـکار باشد بر حذر می‌دارد. در این بند موافقت کتبی بیمه‌گر شـرط اظهار خطا و پذیرفتن مسئولیت توسـط پزشک اعلام شده است. بدین‌ترتیـب در قـرارداد بیمـه هرچند متعهدشـدن پزشـک به عدم اظهار خطا درسـت نیسـت و پزشک و شـرکت بیمـه نباید بر سـر منافـع و مصالـح بیمار معاملـه کنند یا مصالح و منافع بیمار را فدای مصالح و منافع خود نمایند، ولی اگر عدم اظهار خطا توسط پزشـک منجر به احقاق بهتر و سـریع‌تر حقوق بیمار و جبران خسـارت می‌گردد، دیگر اظهار آن ضرورتی ندارد یا می‌تواند به بعد از تشـخیص بروز خطا توسط کمیسـیون‌های تخصصـی پزشـکی تحـت حمایت قانـون موکول شـود. همان‌طور که پیش‌تـر نیز گفته شـد براسـاس برخی موازین فقهی توصیه می‌شـود خطای پزشـکی به بیمـار اظهار نشـود. همچنین از منظـر قانونی نیـز الزامی بـرای افشـای خطا وجود ندارد بلکه پزشـک باید تلاش کند تا خسارت حاصله به بهترین شکل جبران شود.

ضـروری اسـت خطاهـای عمـده در کمیته‌هـای مورتالیتی و موربیدیتی[1] به دقت تجزیه و تحلیل شده و علل ریشـه‌ای بروز مشخص گردد و برای جلوگیری از رخـداد آن‌هـا در آینده برنامه‌ریزی شـده و راهکار ارائه شود و کادر درمانی در این باره آموزش‌های لازم را فراگیرند.

توضیح نمونه‌ی دوم

ایـن رخـداد هرچنـد می‌تواند پیش‌آگهـی خوبی داشـته باشـد و با یک عمل ثانوی مختصـر منجر به بهبودی شـود و هیچ‌گونه علائمی در آینده نداشـته باشـد، لیکن به جهت عمل دوم باید از بیمار رضایت اخذ شـود. براساس موازین اخلاقی کسب رضایت از بیمـار باید به‌صورت کاملاً آگاهانه باشـد؛ لذا در این باره پزشـک باید در بیان خطا پیش‌قدم شود و ضمن عذرخواهی و ابراز تأسـف، مسئولیت عواقب خطا را بپذیرد و موضوع را بـه بیمار اطلاع دهد. در این باره نیز خطا باید به سیسـتم گزارش شـود که می‌تواند با یا بدون نام پزشک باشد تا برای جلوگیری از تکرار آن راهکارهای اصلاحی تدوین و اجرا شود.

توضیح نمونه‌ی سوم

از نظـر اخلاقـی هیچ‌گونـه ضرورتـی بـرای اظهار خطاهای قریب‌الوقوع به بیمار وجود ندارد. افشـای این‌گونه خطاها به بیمار بیشـتر باعث کاهش اعتماد

1. Mortality and Morbidity

جامعه به سیستم سلامت می‌شود؛ لیکن گزارش این‌گونه خطاها به سیستم الزامی است. یکی از مهم‌ترین اهداف سیستم‌های گزارش‌دهی خطا، جلوگیری از وقوع مجدد آن‌هاست تا از تبدیل‌شدن خطاهای قریب‌الوقوع فعلی به خطاهای عمده‌ی آتی ممانعت به عمل آید.

منابع

۱. حاجی‌حسینی، علیرضا. (۱۳۸۹). مهندسی خطاهای انسانی: روش‌های شناسایی و ارزیابی خطای انسانی به انضمام دستورالعمل‌های سیستم‌های مدیریت ایمنی و بهداشت شغلی. تهران: فن‌آوران، صص۲تا۱۱.

2. Christiane, Schubert & et al. (2012). “Defining Failure: The Language, Meaning and Ethics of Medical Error”. International Journal of Humanities and Social Science, 2 (22), P. 30-42.

3. Post Stephen, G. (2004). Encyclopedia of Bioethics. MacMillan Reference USA.

4. Jawahar, Karla & et al. (2005). “Disclosure of Medical Error: Policies and Practice”. Journal of the Royal Society of Medicine, 98 (7), P. 307-309.

۵. مصری، مهدی و همکاران. (۱۳۹۱). مقدمه‌ای بر افشای خطاهای پزشکی. تهران: انتشارات رسانه‌ی تخصصی، صص۱۲تا۶۱.

۶. اصغری، فریبا و ندا یاوری. (۱۳۸۴). «اظهار خطای پزشکی». مجله‌ی دیابت و لیپید ایران؛ ویژه‌نامه‌ی اخلاق و تاریخ پزشکی، صص۲۵تا۳۵.

7. Jonsen Albert, R & et al. (2006). Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine. McGraw-Hill Global Education.

۸. لاریجانی، باقر و کیارش آرامش. (۱۳۹۲). پزشک و ملاحظات اخلاقی. ج۲، تهران: برای فردا، صص۵۹تا۲۳۹.

9. Hevia, Armando & Cherri Hobgood. (2003). “Medical Error During Residency: to Tell or Not to Tell”. Annals of Emergency Medicine, 42 (4), P. 565-70. PubMed PMID: 14520327. Epub 2003/10/02. eng.

10. Wu Albert, & et al. (1991). “Do House Officers Learn from Their Mistakes?-Reply”. JAMA, 266 (4), P. 512-513.

11. Wu AW, & et al. (1997). “To Tell the Truth: Ethical and Practical Issues in Disclosing Medical Mistakes to Patients”. J. Gen. Intern Med, 12 (12), P. 770-775.

12. Tavuchis, Nicholas. (1991). Mea Culpa: A Sociology of Apology and Reconciliation. Stanford University Press.

13. Robbennolt, Jennifer K. (2009). “Apologies and Medical Error”. Clinical Orthopaedics and Related Research, 467 (2), P. 376-382.

14. Gallagher, Thomas H. & et al. (2003). “Patients' and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors”. JAMA, 289 (8), P. 1001-1007.

15. Kaldjian, Lauris C. & et al. (2006). “An Empirically Derived Taxonomy of Factors Affecting Physicians' Willingness to Disclose Medical Errors”. Journal of General Internal Medicine. 21 (9), P. 942-948.

16. Lazare, Aaron. (2005). On Apology. Oxford University Press.

17. Gallagher, Thomas H. & et al. (2006). “Choosing your Words Carefully: How Physicians would Disclose Harmful Medical Errors to Patients”. Archives of Internal Medicine, 166 (15), 1585-1593.

18. Tindall, William N. & et al. (2008). Communication Skills in Pharmacy Practice: A Practical Guide for Students and Practitioners. P. 143.

۱۹. جزائری، نعمت‌الله‌بن‌عبدالله. (۱۳۹۵). کشف الأسرار فی شرح الاستبصار. ج۲، ص۳۶۱، نرم‌افزار جامع الاحادیث نسخه‌ی ۳٫۵ مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی.

۲۰. جزری، مبارک‌بن‌محمد ابن‌اثیر. (۱۳۹۵). النهایة فی غریب الحدیث و الأثر. ج۳، ص۲۰۸. نرم‌افزار جامع الاحادیث نسخه‌ی ۳٫۵. مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی.

۲۱. مجلسی، محمدباقربن‌محمدتقی. (۱۳۹۵). بحار الأنوار (ط - بیروت). ج۶۴، ص۷۱. نرم‌افزار جامع الاحادیث نسخه‌ی ۳٫۵. مرکز تحقیقات کامپیوتری علوم اسلامی.

۲۲. اصغری، فریبا. (۱۳۸۹). «لزوم اظهار خطای پزشکی و تعارض آن با بیمه‌ی مسئولیت مدنی حرفه‌ای پزشکان». پزشکی قانونی، س۱۶، ش۵۷، صص۷تا۵۲.

اخلاق در انتشار آثار پژوهشی[1]

دکتر احسان شمسی گوشکی

۱. ملاحظات عمومی اخلاقی در انتشار آثار پژوهشی

از گذشته تاکنون، همه‌ی نهادهای علمی بر رعایت ملاحظات اخلاقی در همه‌ی مراحل پنج‌گانه‌ی یک تحقیق شامل پیشنهاد تحقیق، تأیید و تصویب طرح‌نامه‌ی[2] پیشنهادی، انجام تحقیق براساس طرح‌نامه‌ی تأییدشده، تهیه‌ی گزارش[3] تحقیق و در نهایت، انتشار نتایج پژوهش همواره تأکید کرده‌اند. درعین‌حال آنچه سیر یک پژوهش را کامل می‌کند انتشار نتایج[4] تحقیق است. نتیجه‌ی پژوهش‌ها در قالب‌های گوناگونی کاربرد دارند؛ به‌عنوان مثال، نتایج برخی تحقیقات تنها در قالب گزارش‌هایی به نهادهای سفارش‌دهنده و حمایت‌کننده[5] از تحقیقات ارائه می‌شوند و این نهادها هستند که آن‌ها را در قالب گزارش‌های رسمی یا غیررسمی منتشر می‌کنند یا تصمیم می‌گیرند که به دلایل مختلفی از انتشار نتایج آن خودداری کنند. در پیوند با الزامات اخلاقی درباره‌ی گزارش‌کردن نتایج چنین تحقیقاتی که به سفارش یک سازمان یا نهاد انجام می‌شوند، در جای خود بحث خواهد شد. از جمله‌ی مهم‌ترین این ملاحظات می‌توان به لزوم حفظ استقلال پژوهشگر در گزارش نتایج تحقیق خود اشاره نمود (۱). موضوعی که تضمین‌کننده‌ی حفظ و ارتقای اعتماد عمومی به جامعه‌ی علمی و دانشگاهی است. مثال روشنی از اهمیت حفظ استقلال پژوهشگران در تهیه‌ی گزارش نتایج تحقیقات خود را می‌توان در مطالعات کارآزمایی بالینی[6] دارویی که با حمایت صنایع دارویی و توسط محققان پزشکی انجام می‌شود، جست‌وجو کرد. در چنین مواردی روشن است که حامیان

1. Publication Ethics
2. Proposal
3. Report
4. Dissemination of Results
5. Funder
6. Clinical Trial

مالی پژوهش‌های این‌چنینی که در اینجا معمولاً شرکت‌های دارویی[1] هستند علاقه‌مندند که نتایج پژوهش بر داروی مورد آزمایش، ایمنی[2] و کارآمدی[3] آن را تأیید کند تا بتوانند سرمایه‌گذاری‌های بزرگ خود را جبران و به سود مالی نیز دست یابند (۲)؛ اما آنچه که عامل اعتماد عمومی جامعه و نهادهای حاکمیتی به‌عنوان نمایندگان مردم و مدافعان حقوق شهروندان به نتایج این آزمایش‌هاست، بیش از هر عامل دیگر، اعتماد آن‌ها به پژوهشگران پزشکی است که براساس استانداردهای اخلاق حرفه‌ای خود همواره استقلال علمی خویش را حفظ می‌کنند.

اما آنچه که در این بخش به آن خواهیم پرداخت، استانداردهای اخلاقی در انتشار آثار علمی در قالب مقالات علمی است. آثار علمی به آن دسته از آثار گفته می‌شود که نتیجه‌ی یک فعالیت فکری برپایه‌ی منطق علمی و مبتنی بر تأملات نظری یا آزمایش‌های تجربی است که نتایج آن‌ها توسط همتایان علمی که متخصصان همان رشته یا همان حوزه‌ی تخصصی علمی هستند، مرور همتا[4] شده و اعتبار علمی نتایج آن تأیید شده باشد. سطح اعتبار علمی آثار هم به سطح مرور همتایان یا به عبارتی سطح علمی و دانشی متخصصانی که آثار علمی را ارزیابی (مرور) می‌کنند، بستگی دارد (۳و۴)؛ بنابراین تنها روشی که امروزه برای سنجش اعتبار یک نوشته از لحاظ علمی وجود دارد مرور و تأیید همتایان و متخصصان علمی است که براساس دانش تخصصی و نتایج تحقیقات پیشین نسبت به ارزیابی آثار علمی اقدام می‌کنند؛ ازاین‌رو یک نوشته، هرچند مهم و فاخر باشد، درصورتی‌که عالمان و متخصصان مربوطه آن را مرور نقادانه نکنند، نمی‌تواند به‌عنوان یک متن مستند مورد استناد علمی قرار گیرد، حتی اگر یک اثر هنری کم‌نظیر مانند یک رمان مشهور به حساب آید. با چنین تعریفی مقالات علمی منتشرشده را در نشریاتی که نظام مرور همتای مقبول و پذیرفتنی دارند، می‌توان متون علمی به حساب آورد. درباره‌ی کتاب‌ها هم ملاک مرور همتا همچنان به قوت خود باقی است (۵). بر همین اساس کتاب‌هایی که براساس نتایج حاصل از مقالات یا نظریات مرورشده توسط متخصصان تدوین می‌شوند، مانند کتاب‌هایی که در رشته‌های مختلف تخصصی پزشکی در سطح جهانی به‌عنوان کتاب مرجع شناخته شده‌اند، متونی علمی به شمار می‌آیند. در این میان کتاب‌هایی را هم که ناشران دانشگاه، برپایه‌ی مرور علمی متن منتشر می‌کنند، می‌توان در زمره‌ی متون علمی برشمرد؛ البته باید توجه داشت که متون علمی حتی بعد از انتشار نیز در معرض مرور همتایان و سایر متخصصان و حتی عموم جامعه خواهند بود و کماکان فرصت مرور نقادانه‌ی آن‌ها فراهم خواهد بود (۶). به‌گونه‌ای که روزانه تعدادی شایان توجه از آثاری که قبلاً به‌عنوان مقالات علمی منتشر شده‌اند به دلیل اینکه نقدها و ارزیابی‌های پس از انتشار روشن می‌کنند که از اعتبار علمی، فنی یا اخلاقی لازم بی‌بهره‌اند، از لیست مقالات علمی خارج[5] می‌شوند (۷). این روند مرور نقادانه پس از انتشار، در دهه‌های اخیر و در پی رشد برق‌آسای فناوری اطلاعات و ایجاد

1. Pharmaceutical Companies
2. Safety
3. Efficacy
4. Peer Review
5. Retraction

زمینه‌های انتشار گسترده و جهانی مقالات علمی در پایگاه‌های داده‌ای بین‌المللی رشـد روزافزونی یافته است (۸). چنین نقدها و ارزیابی‌هایی در قالب‌هایی ماننـد نامه به سـردبیر مجلات علمی یـا نظر[1] دادن ذیل هـر مقاله در پایگاه‌هـای داده‌ای که آن مقاله را نمایه[2] کرده است، انجام‌دادنی است (۹).

در عیـن حال برای اعضای جامعه‌ی علمی روشـن اسـت کـه الزامـات علمـی و اخلاقـی در پژوهش با هم کامـلاً آمیخته و همراه هسـتند؛ ازاین‌رو، رعایت اسـتانداردهای اخلاقـی در همه‌ی مراحـل تحقیق از طراحـی تـا اجـرا و انتشـار نتایـج پژوهش‌هـای زیست‌پزشـکی[3] دغدغـه‌ی اصلـی سـطوح مختلف ذی‌نفعـان، دربرگیرنـده‌ی سیاسـت‌گذاران علـم و فنـاوری، حامیان مالی پژوهش‌ها، نهادهای علمی و دانشگاهی که معمولاً میزبان انجام تحقیقات هستند، پژوهشـگران سطوح مختلف در حیطه‌ها و رشته‌های مختلف علوم پزشـکی شامل دانشـجویان، استادان و مسـئولان مراکـز تحقیقاتی و پژوهشـی و نیز عموم جامعه و نهادهای مدنی در سـطح ملی و بین‌المللی اسـت. در انتشـار آثار پژوهشـی، در حوزه‌ی اخلاق نیـز ذی‌نفعانی چون: ناشـران و سـردبیران و داوران نشـریات علمی که معمولاً به‌عنوان افـراد اثرگذار در آخرین مرحله‌ی به‌انجام‌رسـاندن فرایند یک تحقیق شناخته می‌شـوند، با تشـکیل نهادهای بین‌المللی در تـلاش بوده و هسـتند تـا اسـتانداردهای اخلاق در انتشـار آثار علمی را معرفی کنند و با اسـتفاده از ابزارهای مختلف اجرایی، عملاً از رعایت هنجارهای اخـلاق در طراحـی، اجـرا و نشـر حمایـت کننـد؛ به‌گونـه‌ای که تا حد ممکن از رعایت اسـتانداردهای اخلاقی توسط پژوهشـگران و نویسندگان آثار علمی اطمینان حاصل شود. اهمیت حساسیت نهاد انتشار آثار پژوهشی (در اینجا منظور نهاد یا سازمان خاصی نیسـت و به مجموعه‌ای از ذی‌نفعان اطلاق می‌شود که گفتمان جهانی را درباره‌ی اخلاق در انتشـار آثار پژوهشی شـکل می‌دهند) در رعایت استانداردهای اخلاقی وقتی روشـن‌تر می‌شـود که بـه جایگاه این نهاد در معـادلات قدرت و جایگاه علمی کشـورهای مختلف دنیا توجه کنیم. به عبارتی امروزه کیفیت و تا حدی کمیت آثار پژوهشی به‌ویژه مقالات منتشرشده توسط پژوهشگران هر کشور است که جایگاه و عمق نفـوذ علمـی و معنوی و میـزان مرجعیـت علمی آن کشـور را در مقایسه با سایر کشـورها نشان می‌دهد؛ جایگاهی که با سایر مؤلفه‌های قدرت از جمله قدرت اقتصـادی در سـطح بین‌المللـی هـم تا حـد زیادی تناظـر دارد؛ ازاین‌رو میزان انتشـارات علمی معتبر، شـاخصی از رشد علمی کشـورها به حساب می‌آید و رشد این شاخص برای سیاست‌گذاران علم و فناوری در همه‌ی کشـورها بسـیار مهم اسـت (۱۰). همین موضوع اهمیت نهاد انتشـار آثار علمـی و ذی‌نفعان مربوطه را بیش‌ازپیش به رخ می‌کشد.

در این میان نهاد نشـر آثار علمی در سـطح جهانی با ایجـاد زیرسـاخت‌هایی از این موقعیـت ممتاز که در سـطح بین‌المللی نمود یافته اسـت، برای اعمال اسـتانداردهای مدنظـر خـود از جملـه هنجارهـای اخـلاق در نشـر اسـتفاده می‌کنـد. برای دسـتیابی بـه ایـن هـدف، سـازوکارهای مختلفـی در سـطح بین‌المللی، برای اطمینان از رعایت اسـتانداردهای اخـلاق در انجـام و انتشـار آثـار پژوهشـی توسـط

1. Comment
2. Index
3. Biomedical Research

ایـن نهـاد جهانـی کـه شـامل ذی‌نفعـان گوناگون اسـت، مدنظـر قـرار گرفتـه اسـت. از جملـه‌ی این فعالیت‌ها تأسـیس سـازمان‌هایی از جمله کمیته‌ی بین‌المللی اخلاق نشـر[1] (۱۱)، بیانیه‌ی خط‌مشـی انجمـن جهانـی سـردبیران علـوم پزشـکی[2] (۱۲)، راهنمای شورای سـردبیران علمی[3] (۱۳) و کمیته‌ی بین‌المللی سردبیران نشـریات پزشکی[4] (۱۴) است کـه می‌کوشـند بـا معرفـی اسـتانداردهای اخلاقی لازم برای انتشـار آثار پژوهشـی در قالب راهنماهای مختلـف، مجموعـه‌ای از هنجارهـای مشـترک بین المللی را برای سـایر ذی‌نفعان انتشـار آثار پژوهشی از جمله پژوهشگران و نویسندگان مقالات، سردبیران و داوران مجـلات فراهـم آورنـد. ایـن اسـتانداردها درعین‌حال که مبنای عمل مجلات و سردبیران آن‌ها واقع می‌شـوند، توسـط نهادهای متولـی اخلاق در پژوهش و نشـر در سطوح ملی هم کاربرد و در کانون توجه آنان قرار دارند و مبنای دسـتورالعمل‌های ملی قـرار می‌گیرند. کمااینکـه کمیته‌ی ملـی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشـکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان مرجع ملی مسایل مرتبط با اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی کشور همسو بـا وظایـف ذاتـی خـود و در جهـت ایجاد شـفافیت و وحـدت رویه در کشـور و نیـز هماهنگی بیشـتر با اسـتانداردهای بین‌المللی دسـتورالعمل اخلاق در انتشـار آثـار پژوهشـی را ابلاغ کرده کـه محتوای آن علی‌رغـم انطبـاق بـا مقتضیـات علمـی و فرهنگی کشـور تا حد زیـادی بـا اسـتانداردهای بین‌المللی هماهنـگ اسـت (۱۵). نسـخه‌ی بازنگری‌شـده‌ی این دسـتورالعمل به‌عنوان پیوسـت ایـن درس‌نامه، در دسـترس اسـت. براسـاس مقررات فعلی کشـور، هرگونه تخطی از اسـتانداردهای اعلام‌شـده در این راهنما، مصداق تخلف پژوهشـی محسوب می‌شود و کمیته‌های اخلاق در پژوهش دانشگاهی که براساس دسـتورالعمل رسـیدگی به تخلفات پژوهشی مصوب ۱۳۹۴ و قانون پیشـگیری و مقابله با تقلب در تهیه‌ی آثـار علمی مصوب ۱۳۹۶ مجلس شـورای اسـلامی و آیین‌نامـه‌ی اجرایـی مربوطـه بـرای رسـیدگی بـه سـوءرفتارهای پژوهشی مجاز هستند، براساس مفاد این دسـتورالعمل درباره‌ی شکایت‌ها یا گزارش‌های واصلـه پیرامون تخلـف از اسـتانداردهای اخلاق در انتشار آثار پژوهشی تصمیم می‌گیرند (۱۷، ۱۶).

البتـه گفتمـان اخلاق در انتشـار آثار پژوهشـی از ابزارهای دیگری به جز معرفی هنجارها و استانداردها استفاده می‌کند که به‌عنوان مثال می‌توان به نهادی بـه نـام «دیدبـان خروج مقـالات»[5] اشـاره کـرد. در توضیـح نحوه‌ی عملکرد این نهـاد باید گفت که آنان می‌کوشند تمام مقالات علمی را که به دلایلی از جمله ضعف علمی یا رعایت‌نکردن استانداردهای اخلاقی از لیست مقالات علمی خارج شده‌اند، در یک درگاه اینترنتـی نمایـه کننـد؛ به عبـارت دیگر، ایـن نهاد ویترینی فراهم می‌آورد که در آن موارد سوءرفتارهای پژوهشی[6] در معرض دید همه‌ی ذی‌نفعان و نیز عموم جامعه قرار گیرد. بدین‌ترتیب دیدبان خروج مقالات، اجـازه نمی‌دهد که سـوءرفتارهای علمـی که منجر به خروج مقـالات از مجلات علمی می‌شـوند پنهان

1. Committee on Publication Ethic (COPE)
2. World Association of Medical Editors (WAME)
3. Council of Science Editors (CSE)
4. International Committee of Medical Journals Editors
5. Retraction Watch
6. Research Misconduct

بماننـد و اعلام آن‌هـا تنها به وب‌سـایت مجلاتی که مقالات را خارج می‌کنند، محدود شـود. این سازمان به‌عنـوان یک افشـاگر[1] بین‌المللی، مـوارد مذکور را در معـرض دید جهانیان قـرار می‌دهد و به‌نوعی یک لیسـت از همه‌ی کسـانی ایجاد می‌کند که به دلایل فنی و علمی و اخلاقی مقالات آن‌ها توسـط مجلات خارج شـده است؛ البته شـایان ذکر است که خروج مقالات توسـط سـردبیران، بـا یک توضیـح مختصر درباره‌ی علت خارج‌کردن مقاله همراه است که به آن «یادداشت خارج‌کردن مقاله»[2] گفته می‌شود و در آن دلیل چنین اتفاقی ارائه می‌گردد (۱۸). البته همه‌ی موارد خارج‌شدن مقالات به معنی وقوع نوعی تخلف یا سـوءرفتار پژوهشی نیست بلکه اسـترداد یا خروج مقالـه در مواقعی به دلیل اشـکالات روش‌شناسـی[3] و فنـی و حتـی در بعضـی اوقات با درخواسـت خود نویسـندگان بـه دلیـل وجـود یک مشـکل جدی که اعتبار داده‌های پژوهش را مخدوش می‌کند، صورت می‌گیرد. روشن است در مواقعی که خود نویسندگان به دلیل عدم اعتبار علمی یا اخلاقی داده‌ها تقاضای خارج‌شدن مقاله را در مجله داده باشند، نه‌تنها امری ناپسند را مرتکب نشده‌اند بلکه می‌توان آن را احتمالاً نشـانه‌ای از سـطح بـالای حساسـیت اخلاقی آن‌ها دانسـت (۲۰، ۱۹). خبرنگاران و سـایت‌های خبری تخصصـی علمی نظیر بخش خبـری مجله‌ی علمی سـاینس[4] یا مجله‌ی علمی نیچـر[5] نیز بخش دیگری از تلاش جهانی برای کاهش سوءرفتارهای علمی در انجام و انتشار تحقیقات علمی را انجام می‌دهند. در مجموع این فعالیت‌ها یک فرهنگ علمی و پژوهشی را در دنیـا ایجـاد و تقویت کرده اسـت کـه هدف آن افزایش حساسـیت اخلاقی درباره‌ی سـوءرفتارهای پژوهشـی و ایجاد جو اخلاقی در دانشگاه‌ها و مراکز علمـی و تحقیقاتی با تقویت نظارت عمومی و فشـار همتایان[6] برای کاهش تخلفات پژوهشـی از جمله در تهیه و انتشار آثار علمی است.

۲. ملاحظـات اخلاقی در نویسـندگی مقالات علمی

یکـی از مهم‌ترین موضوعاتی که در حوزه‌ی اخلاق در انتشـار آثـار پژوهشـی مطـرح می‌شـود و معمولاً منشـأ بسـیاری از اختلاف‌نظرها و شکایت‌هاسـت، بحث نویسـندگی[7] مقالات اسـت. اساساً پاسخ‌دادن به این سـؤال محوری که چه کسـی نویسـنده‌ی یک متـن علمی محسـوب می‌شـود، می‌تواند بسـیاری از مشـکلات را برطـرف نمایـد. اگرچـه در نظـر اول ممکن اسـت چنین پاسـخی به‌راحتی در دسـترس باشـد، واقعیت این است که بر خلاف یک متن ادبی که نویسـنده‌ی آن معمـولاً قلم در دسـت می‌گیرد و حاصل تأملات خود را می‌نویسد و قاعدتاً نویسنده‌ی آن متن هم شمرده می‌شود، در مقالات علمی پاسخ خیلی سـاده‌ای در دسـترس نیسـت. ریشـه‌ی این پیچیدگـی البته به ماهیت اغلـب تحقیقات علمی و نیز تغییر سـاحت علم‌ورزی و پژوهش در دنیای امروز برمی‌گردد. نوشته‌ها و آثار ادبی یا هنری واجد نوعی ارزش ذاتی هسـتند که به نحوه‌ی برخورد نویسـنده بـا زبـان و موفقیت او در ارائه‌ی یـک ترکیب خاص از

1. Whistle Blower
2. Retraction Note
3. Methodological
4. Science
5. Nature
6. Peer Pressure
7. Authorship

اجزای زبانی به‌ویژه کلمات بستگی دارد؛ درحالی‌که ارزش یک مقاله‌ی علمی در عین اهمیت متن نوشته‌شده، بیشتر مبتنی بر فعالیت‌های پژوهشی انجام‌شده توسط پژوهشگر یا پژوهشگرانی است که نتایج کار خود را با استفاده از کلمات، تصاویر، جدول‌ها، نمودارها، فلوچارت‌ها و مانند آن در یک مقاله منتشر می‌کنند. ازآنجاکه افراد مختلف در سطوح متنوع علمی و اجرایی در طول انجام یک پژوهش تلاش می‌کنند تا پروژه‌ی تحقیقاتی به ثمر برسد، همواره این سؤال وجود دارد که کدام‌یک از افرادی که در روند انجام یک تحقیق نقش دارند می‌توانند به‌عنوان نویسنده در مقاله مطرح شوند. به عبارت دیگر دیدن نام یک فرد روی جلد یک کتاب داستان یا یک دیوان شعر مفهومی خاص را به خواننده یا کسی که اولین بار با آن کتاب مواجه می‌شود منتقل می کند؛ برداشت بیننده در این موقعیت دربردارنده‌ی اجزایی با مضمونی شبیه به این است که «نویسنده‌ی یک رمان یا [شاعر] دیوان شعر فردی است که در موقعیت یا موقعیت‌هایی خاص براساس تجربیات زیسته، عواطف، احساسات، تخیلات، ایدئولوژی یا حتی علم خود قلم برداشته و متن را به رشته‌ی تحریر درآورده است». حال این سؤال اساسی وجود دارد که وقتی ما لیست نویسندگان یک مقاله‌ی علمی را در بالای صفحه‌ی اول یک مقاله می‌بینیم چه تصویری از آنچه که نویسنده یا نویسندگان مقاله‌ی علمی انجام داده‌اند به ذهن متبادر می‌شود. ازآنجاکه مقاله‌ی منتشرشده در مجله‌ای علمی دارای مرور همتا، یک سند علمی و تا حدود زیادی شبیه یک مدرک تحصیلی معتبر محسوب می‌شود، نویسنده‌ی یک مقاله‌ی علمی بودن، ترجیحاتی گوناگون برای نویسندگان از جمله برتری‌یافتن و در اولویت قرارگرفتن در شرایطی مانند استخدام در مؤسسات علمی و پژوهشی، ارتقای رتبه و مرتبه‌ی علمی، دریافت حقوق و مزایای بیشتر، شهرت علمی بالاتر و مانند آن به همراه دارد (۲۱)؛ ازاین‌رو همواره این نیاز که لازم است استاندارد مشخصی برای نویسندگی مقالات علمی وجود داشته باشد، مطرح بوده است. وجود چنین استانداردهایی باعث می‌شود که درک مشترکی از نویسندگی مقالات ایجاد شود و حقوق فعالان علمی و پژوهشی به‌ویژه در مواقعی که نویسنده‌ی مقالات علمی بودن واجد امتیازاتی است که رتبه‌ی افراد را در رقابت‌ها تحت تأثیر خود قرار می‌دهد، بیشتر رعایت شود. در مجموع می‌توان گفت فردی شایسته است از او به‌عنوان نویسنده‌ی یک مقاله نام برده شود که چهار شرط را دارا باشد؛ این چهار شرط عبارت‌اند از: همکاری در یکی از مراحل طراحی و انجام تحقیق، نوشتن یا مرور نقادانه‌ی متن دست‌نوشته[1]، تأیید متن نهایی[2] مقاله و در نهایت پذیرش مسئولیت اعتبار علمی و اخلاقی محتوای مقاله که در ادامه به‌صورت مشروح توضیح داده شده‌اند. به‌صورت یک اصل کلی پذیرفته شده است که افرادی که هر چهار شرط مذکور را دارند باید نامشان به‌عنوان نویسنده در مقاله‌ی مذکور درج شود و حذف نام این‌گونه افراد عملی خلاف اخلاق علمی محسوب می‌شود. درصورتی‌که فردی علی‌رغم اینکه نامش می‌توانسته در زمره‌ی نویسندگان مقاله بیاید اما به غلط حذف شده باشد، به او نویسنده‌ی پنهان

1. Manuscript
2. Proof Reading

یا نویسنده‌ی «شَبح»[1] گفته می‌شود (۲۲)؛ یعنی کسی که اسمش در مقاله نیست، اما روحش در مقاله حضور دارد. به همین شکل اگر فردی هیچ‌یک از چهار شرط استاندارد نویسندگی را نداشته باشد، نامش نمی‌تواند در زمره‌ی نویسندگان مقاله‌ی علمی قرار گیرد. اگر نام چنین فردی در مقاله به‌عنوان نویسنده ذکر شود، نوعی عمل خلاف اخلاق حرفه‌ای علمی رخ داده است. این‌گونه افراد را در اصطلاح نویسنده‌ی «مهمان» می‌نامند (۲۳)؛ البته اگر دقیق‌تر به موضوع نگاه کنیم دو نوع نویسنده‌ی مهمان وجود دارد: دسته‌ی اول شامل افرادی است که به دلیل جایگاه علمی بالایی که دارند به دلایلی از جمله بهره‌مندی از شهرت علمی آن‌ها توسط سایر نویسندگان برای بالابردن شانس پذیرش مقاله در مجلات به‌عنوان نویسنده دعوت می‌شوند[2] و گروه دوم دربردارنده‌ی افرادی است که جایگاه نویسندگی مقاله به‌عنوان یک هدیه توسط نویسندگان به آن‌ها داده می‌شود[3] تا بتوانند از مزایای نویسندگی مقاله استفاده کنند (۲۴). در هر دو حالت وجود نویسنده‌ی مهمان در زمره‌ی نویسندگان مقالات خلاف استانداردهای اخلاق در انتشار آثار پژوهشی است. نکته‌ی شایان توجه دیگر این است که شیوع فراوان نویسندگان مهمان در مقالات علمی موجب می‌شود، نهادهای مسئول با این پیش‌فرض که سایر نویسندگان ممکن است نویسنده‌ی مهمان باشند، امتیازات اصلی را برای نویسندگان اول و نویسندگان طرف مکاتبه[4] در نظر می‌گیرند و این موضوع باعث تضییع حقوق سایر افرادی می‌شود که علی‌رغم تلاش در انجام تحقیق و درج نامشان به‌عنوان نویسنده، فعالیتشان آنچنان که شایسته است ارج گزارده نشود. در این زمینه همه‌ی نویسندگان مقاله مسئولیت دارند که اطمینان حاصل کنند که هیچ‌کدام از افراد ذکرشده به‌عنوان نویسنده، نویسنده‌ی مهمان نیستند یا نام کسی که شایسته‌ی نویسندگی است، حذف نشده است و در مجموع همه‌ی افراد هر چهار شرط لازم را برای نویسندگی دارند.

اولین شرط لازم برای نویسندگی مقالات علمی این است که فرد باید حداقل در یکی از فعالیت‌ها شامل ارائه‌ی ایده‌ی پژوهشی، طراحی مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها یا آنالیز و تفسیر داده‌ها همکاری مؤثر و شایان توجه داشته باشد؛ به عبارت ساده‌تر وقتی که نام فردی را در زمره‌ی نویسندگان یک مقاله می‌بینیم اصل بر این است که او در طول شکل‌گیری پژوهشی که منجر به نوشتن مقاله‌ی مورد نظر شده، حداقل یکی از فعالیت‌های پیش‌گفته را انجام داده است. بر این اساس افرادی که بعد از اتمام مراحل انجام پژوهش و تهیه‌ی گزارش آن، فعالیت‌هایی از قبیل ترجمه‌ی متن دست‌نوشته‌ی اولیه به زبان دیگر یا ویرایش ادبی متن دست‌نوشته‌ی مقاله را انجام می‌دهند، یا افرادی که فقط از گزارش طرح پژوهشی یا متن پایان‌نامه، داده‌ها را استخراج و در قالب مقاله‌ی علمی نظم می‌دهند، واجد این شرط اول نبوده و نمی‌توانند به‌عنوان نویسنده‌ی مقاله مطرح باشند. در واقع داشتن شرط اول، افراد را به لیست اولیه‌ای وارد می‌کند که در طول مراحل مختلف طراحی، انجام پژوهش و

1. Ghost Author
2. Guest Author
3. Gift Author
4. Corresponding Author

تحلیـل داده‌ها همـکاری داشـته‌اند؛ به‌عنوان مثال اسـتاد راهنما یا پژوهشـگر ارشـد یا پیشکسوتی که براسـاس دانـش و مطالعـات علمی خـود فرضیه‌ی پژوهشـی و ایده‌ی اولیه یک تحقیق را ارائه می‌دهد، متخصـص روش‌شناسـی کـه برای پاسـخ به سـؤال یـا آزمـون فرضیه‌ی مطرح‌شـده توسـط پژوهشـگر مذکور مطالعه‌ای را به‌صـورت فنی طراحی می‌کند، دانشجویی که در پایان‌نامه‌ی خود تمام یا قسمتی از مطالعه‌ی مذکور را براسـاس ایده‌ی استاد و طراحی انجام‌شـده توسـط متخصـص روش‌شناسـی انجام می‌دهد (مثلاً براساس نوع مطالعه در یک مطالعه‌ی آزمایشـگاهی داده‌هـای مربـوط را بـا اسـتفاده از دستگاه مربوطه اسـتخراج می‌کند؛ سپس پرونده‌ی بیمـاران را مطالعه و اطلاعات مربوط را در فرم‌های از قبل تهیه‌شده وارد می‌کند؛ پس از آن، پرسش‌نامه‌ی تأییدشـده را به بیماران می‌دهد و از آن‌ها می‌خواهد کـه آن را تکمیـل کنند یا خود با پرسـیدن از بیماران یا سـایر افراد آن را تکمیل می‌کنـد، با افراد مصاحبه می‌کنـد و فایل مصاحبه‌هـا را براسـاس طرح‌نامه‌ی مصوب پیـاده و تم‌بندی[1] می‌کند؛ همچنین بیماران واردشده در یک کارآزمایی بالینی را پیگیری می‌کند و...)، پرسشـگرانی کـه در ازای دریافـت مبلغی پول پرسـش‌نامه‌ها را به شـرکت‌کنندگان در تحقیق ارائه می‌کننـد، اپراتورهایـی کـه شغلشـان کارکـردن بـا دسـتگاه‌هایی است که در آزمایشگاه‌های تحقیقاتی وجود دارند، فردی که با انجام آنالیزهای تخصصی یا شـرکت در نشسـت متخصصان یا گروه بحث متمرکز بـه تفسـیر داده‌هـا کمـک می‌کنـد و حتـی افرادی کـه فعالیت‌هـای پشـتیبانی شـکل‌گیری تحقیق را انجـام می‌دهند مثـل رییس مرکزی کـه از پژوهش، پشتیبانی مالی می‌کند و کارمندان رده‌های مختلف مالی و اداری و خدماتی مراکز تحقیقاتی، همه و همه کسـانی هستند که نامشـان در زمره‌ی افرادی است که در طی انجام پژوهش فعالیتی داشـته‌اند که برای انجام پژوهش مفید و حتی لازم بوده است؛ اما اینکه کدام‌یک از افرادی که نامشـان در لیسـت افراد فعال در پژوهش موجود اسـت می‌توانند نویسنده‌ی مقاله باشـند، سـؤالی اسـت که پاسـخش را در شرط‌های بعدی نویسندگی باید جست‌وجو کرد.

معمـولاً پـس از انجام یک پژوهش، براسـاس قالب پژوهـش (پایان‌نامه یـا طرح تحقیقاتی) گزارشـی از پژوهش در قالب گزارش طرح تحقیقاتی یا پایان‌نامه نوشـته می‌شـود. در مرحله‌ی بعد اگر گـروه تحقیق تصمیـم بگیرند که نتیجه را در قالـب مقاله‌ی علمی منتشـر کنند، بسـته به زمینه، محتوای کار و سـطح علمی تحقیق مجله‌ای را برای انتشـار مقاله انتخاب می‌کنند؛ سـپس یک یا چند تن از نویسندگان برای تهیـه‌ی متن دست‌نوشـته‌ی اولیه مأمـور یا داوطلب می‌شـوند و سـپس متن اولیه بـرای بازبینـی و مرور نقادانه‌ی سـایر اعضای گروه نویسـندگان فرسـتاده می‌شود.

همان‌طور که گفته شـد دومین شـرط نویسـندگی مقاله این است که فرد نویسنده باید نسخه‌ی اولیه‌ی دست‌نوشـته را نوشـته باشد یا دست‌نوشـته‌ای را که سایر اعضای گروه نویسندگان تهیه کرده‌اند، بازبینی و مرور نقادانـه کند؛ به‌نحوی که در اثر این بازبینی و مـرور نقادانه، متـن از لحاظ محتـوای علمی تکامل یابد. در واقع این شرط بیان می‌کند از لیست افرادی کـه در طی مراحل مختلف طراحـی، انجام و تهیه‌ی

1. Theme

گـزارش تحقیق همـکاری داشـته‌اند و مثال‌های آن در بـالا ذکر شـد، تنها افـرادی می‌توانند نویسـنده باشـند که «صلاحیت علمی لازم برای مرور نقادانه را براساس تجربه‌ی علمی و سابقه‌ی تحصیلی یا کاری خود داشـته باشـند». بر ایـن اسـاس تهیه‌کننده‌ی دست‌نوشـته که قاعدتاً توانایی علمی و عملی لازم را دارد، متـن اولیه را برای بازبینی و مـرور نقادانه تنها برای کسـانی ارسـال می‌کند که بتوانند مرور نقادانه انجام دهند.

ایـن شـرط دوم اسـت کـه از حضـور افـرادی کـه علی‌رغم مشـارکت در برخی مراحـل انجام تحقیق، فاقد توانمندی علمی لازم برای مرور نقادانه هستند، به‌عنوان نویسـنده‌ی مقاله ممانعت می‌کند. روشـن اسـت که مرور نقادانه، سـطحی از دانـش و تجربه را می‌طلبـد که افراد باید برای دسـتیابی به آن آموزش دیده یـا مطالعه کرده باشـند؛ ازاین‌رو براسـاس این بنـد افراد به صِـرف همکاری در امـوری «مانند تهیه و تأمیـن بودجـه‌ی پژوهشـی، ارائـه‌ی مشـاوره‌های مقطعی از جمله مشـاوره‌ی آماری و روش‌شناسـی، ایجـاد یا در اختیار قراردادن امکانات آزمایشـگاهی، انجـام آزمایشـات مربـوط به بیمـاران یـا نمونه‌های پژوهشـی یا ارجـاع و معرفی بیماران به پژوهشـگران بـرای شـرکت در پژوهش، شـرایط کافی بـرای درج نامشـان به‌عنـوان نویسـنده‌ی مقالـه را نخواهنـد داشـت» (۱۵). زحمات چنین افرادی بسـته به نوع مشـارکت یا همکاری در پژوهـش باید به صورت‌های دیگـر جبران شـود؛ مثل اینکـه در قسـمت تقدیر و تشـکر[1] از آن‌ها سپاسـگزاری شـود. یا اینکه در ازای خدمات خود حق‌الزحمه دریافت کنند. در اینجا لازم اسـت به این نکته هم اشاره شـود که مرور نقادانه‌ی اثرگـذار در متن دست‌نوشـته، الزامی جدی اسـت و اصولاً هیچ‌کدام از نویسندگان نمی‌توانند کامل‌بودن متن دست‌نوشـته را بهانه کـرده و بدون اثرگذاری در متـن و مرور نقادانـه‌ی آن، فقط بـه مطالعه‌ی متن و پذیرش آن اکتفا کنند.

درهرحال پـس از تهیه‌ی متن دست‌نوشـته و مرور نقادانه‌ی آن توسـط همه‌ی نویسـندگان، مقاله برای انتشـار به یک مجله‌ی علمی ارسال می‌شود. در این بیـن، یکی از نویسـندگان دست‌نوشـته، مسـئولیت ارسـال مقالـه‌ی آماده‌شـده را بـه مجلـه بـر عهـده می‌گیرد. این فرد که به او نویسـنده‌ی طرف مکاتبه[2] گفته می‌شـود، یکی از نویسـندگان مقاله اسـت که توانمنـدی او به‌گونـه‌ای اسـت کـه صلاحیت علمی دارد و درعین‌حـال بـرای پاسـخ‌دادن بـه داوری‌ها، انتقال مطالب و اصلاحات لازم به نویسندگان، ایجاد ارتبـاط بیـن گـروه نویسـندگان و داوران و سـردبیر مجله‌ای که مقاله به آن ارسال شده است، وقت کافی داشـته باشـد. دربـاره‌ی پایان‌نامه‌های دانشـجویی ترجیح بر این اسـت که اسـتاد راهنمـای اول، نقش نویسـنده‌ی طرف مکاتبه را بر عهـده بگیرد. با اینکه داشتن رتبه‌ی دانشگاهی بالاتر یا توان علمی بیشتر در ایـن زمینه الزامی نیسـت، توصیه‌ی جدی بر این اسـت که عضوی از تیم پژوهش که نویسنده‌ی مقاله اسـت و جایـگاه علمـی تثبیت‌شـده‌ای در حوزه‌ی مربوطـه دارد، ایـن وظیفـه را بـه عهـده بگیـرد. در ادبیات علمی سـال‌های اخیـر در ایـران، معمولاً به نویسـنده‌ی طـرف مکاتبه، «نویسـنده‌ی مسـئول» گفته می‌شـود که احتمالاً خلاصه‌شـده‌ی ترجمه‌ی

1. Acknowledgment

2. Corresponding Author

اولیه‌ی «مسئول مکاتبه» است. عنوان نویسنده‌ی مسئول با اصطلاح اصلی در زبان انگلیسی تفاوت معنایی دارد. هر مقاله معمولاً یک نویسنده‌ی طرف مکاتبه دارد؛ اما مجلات در موارد خاص این اختیار را دارند که امکان درج نام بیش از یک نفر را به‌عنوان نویسنده‌ی طرف مکاتبه فراهم کنند. در این باره مجلات علمی، سیاست‌های مخصوص به خود را دارند. در ادامه‌ی روند ارسال و انتشار مقاله، نویسنده‌ی طرف مکاتبه براساس نظرات داوران و با کسب نظر سایر نویسندگان روند اصلاح و ارتقای متن دست‌نوشته را پیش می‌برد، تا جایی که متن از نظر سردبیر مجله نهایی تلقی می‌شود و می‌تواند به‌عنوان مقاله چاپ شود؛ اما برای اطمینان از اینکه تمام نویسندگان مقاله با متن نهایی موافق هستند، دستورالعمل اخلاق در انتشار آثار پژوهشی ایران و نیز همه‌ی دستورالعمل‌های بین‌المللی اخلاق در نشر، سومین شرط درج نام هر فرد به‌عنوان نویسنده را تأیید متن نهایی آن توسط فرد مذکور می‌داند. شرط سوم تضمین‌کننده‌ی این موضوع است که همه‌ی نویسندگان متن نهایی را دیده و تأیید کرده‌اند و قاعدتاً در صورت بروز هر مشکل یا مشخص‌شدن سوءرفتار پژوهشی احتمالی در مقاله، امکان اظهار بی‌اطلاعی و سرباززدن از مسئولیت خود را نخواهند داشت.

بدون شک به‌کاربردن عنوان نویسنده‌ی مسئول به این مفهوم نیست که او به‌تنهایی مسئول درستی پژوهش و متن مقاله از لحاظ جنبه‌های علمی و اخلاقی است؛ بلکه براساس چهارمین شرط برای احراز نویسندگی مقالات علمی این مسئولیت به عهده‌ی همه‌ی کسانی است که نامشان در زمره‌ی نویسندگان است. براساس شرط چهارم نویسندگی مقالات علمی، فردی می‌تواند عنوان نویسنده‌ی مقاله را داشته باشد که بتواند مسئولیت پاسخ‌گویی در مقابل همه‌ی جنبه‌های علمی و اخلاقی را در مراحل مختلف طراحی، انجام، گزارش و ارسال دست‌نوشته و مراحل بعدی منجر به انتشار مقاله بپذیرد. نویسنده‌ی مقاله فردی است که از صحت داده‌های ارائه‌شده، اصالت متن نوشته‌شده و ارجاعات مربوطه، نبود مصادیق تخلفات پژوهشی (ذکرشده در دستورالعمل‌ها و راهنماهای عمومی و اختصاصی اخلاق در پژوهش مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) در طراحی، انجام و انتشار مقاله اطمینان داشته باشد. چنین فردی به‌طور منطقی خواهد توانست به ابهامات احتمالی درباره‌ی پژوهش پاسخ دهد. شرط چهارم الزام می‌کند که نویسنده‌ی مقالات چه درباره‌ی رعایت جنبه‌های علمی و چه جنبه‌های اخلاقی به همکاران خود اطمینان داشته باشد؛ به عبارت دیگر براساس این شرط، همه‌ی پژوهشگرانی که فعالیت پژوهشی انجام می‌دهند و امیدوارند نتایج فعالیت‌های خود را در قالب مقالات علمی منتشر کنند، باید با افراد یا آن دسته از گروه‌های پژوهشی کار کنند که به‌نحوی از رعایت استانداردهای اخلاقی توسط اعضای آن‌ها اطمینان دارند. براساس این شرط درصورتی‌که در مقاله‌ی منتج از هر پژوهش، مشکلات علمی و اخلاقی وجود داشته باشد، هیچ‌یک از نویسندگان نمی‌توانند با استناد به اینکه اشکال پیش‌آمده ناشی از قصور یا تقصیر سایر اعضای تیم پژوهشی بوده است، از مسئولیت اخلاقی و حقوقی خود در قبال اشکال پیش‌آمده شانه خالی کنند. همسو با

این هدف و با توجه به سوءتفاهمی که ممکن است استفاده از لفظ نویسنده‌ی مسئول ایجاد کند، همان‌طور که ذکر شد پیشنهاد می‌شود که از عبارت دقیق‌تر «نویسنده‌ی طرف مکاتبه» برای این نوع از نویسنده استفاده گردد؛ البته این شرط درباره‌ی مقالات معمول و مرسوم که منتج از پایان‌نامه‌ها هستند یا آن دسته از طرح‌های پژوهشی که در یک یا چند مرکز علمی محدود انجام می‌شوند، صادق است و دستورالعمل‌های بین‌المللی و ملی، مقالات منتج از برخی پژوهش‌های بسیار بزرگ را که توسط گروه‌های پژوهشی متفاوت و مستقل در مراکز مختلف انجام شده‌اند، خارج از شمول این شرط می‌دانند و مسئولیت نویسندگان در چنین مقالاتی را محدود به محدوده‌ی مربوط به خود می‌دانند.

داشتن این شرط‌ها برای نویسندگان در همه‌ی شرایط لازم است؛ برای نمونه در مواردی که نام فردی به‌عنوان همکار پژوهش در طرح‌نامه‌ی تحقیق یا به‌عنوان استاد مشاور در پایان‌نامه ذکر می‌شود، اما فرد مذکور نمی‌تواند شرایط نویسندگی را فراهم کند، نمی‌توان نام او را در زمره‌ی نویسندگان مقاله ذکر کرد. به عبارت دیگر صِرف عضویت یا همکاری در یک گروه پژوهشی، شرایط کافی برای نویسنده‌بودن فراهم نمی‌شود. از سوی دیگر لازم است به همه‌ی افرادی که شرط اول نویسندگی مقالات را دارا هستند و توانمندی کسب سایر شرایط چهارگانه‌ی نویسندگی را نیز دارند، فرصت داده شود تا بتوانند شرایط لازم را به‌عنوان نویسنده پیدا کنند.

این چهار شرط می‌تواند روشن کند که نام چه افرادی باید به‌عنوان نویسنده‌ی مقاله ذکر شود؛ اما مسأله‌ی مهم دیگر ترتیب نوشتن اسامی است. در زمینه‌ی ترتیب نوشتن اسامی، اگرچه اصل بر توافق بین نویسندگان است، استانداردهایی هم وجود دارد که رسیدن به چنین توافقی را تسهیل می‌کند. اولین استاندارد این است که به‌صورت کلی می‌توان ادعا کرد ترتیب نوشتن اسامی بیشتر مربوط به میزان مشارکت هر فرد در مراحل مختلف انجام پژوهش است؛ به عبارت دیگر نام فردی که بیشترین سهم را در فعالیت‌های پژوهشی منجر به نوشته‌شدن مقاله داشته، مثل دانشجویی که مقاله مستخرج از پایان‌نامه‌ی اوست، بهتر است به‌عنوان نویسنده‌ی اول مقاله ذکر شود. عرف دیگری که در ترتیب اسامی بسیار رعایت می‌شود این است که نام نویسنده‌ی طرف مکاتبه معمولاً به‌عنوان آخرین اسم ذکر می‌شود. با وجود این استانداردها، باز هم این امکان وجود دارد که برای ترتیب نویسندگان مقاله توافق نهایی وجود نداشته باشد؛ در چنین مواردی توصیه این است که موضوع به کمیته‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه مربوطه ارجاع شود و نظر کمیته‌ی مذکور فصل‌الخطاب خواهد بود.

۳. سوءرفتارهای پژوهشی در انتشار مقالات علمی

سوءرفتار پژوهشی عنوانی کلی است که به هرگونه انحراف از استانداردهای اخلاق حرفه‌ای در مراحل مختلف پژوهش اطلاق می‌شود. چنین سوءرفتارهایی از لحاظ ترتیب یا زمان وقوع می‌توانند از ابتدا تا انتهای روند انجام‌دادن و گزارش‌کردن یک پژوهش اتفاق بیفتد و دربردارنده‌ی مواردی مانند رعایت‌نکردن حقوق مالکیت فکری[1] افراد

1. Intellectual Property

و استفاده‌ی غیرموجه از ایده‌های پژوهشی آن‌ها، رعایت‌نکردن ملاحظات اخلاقی در تدوین طرح‌نامه‌ی پژوهش، رعایت‌نکردن استانداردهای مصوب در مراحل تصویب یک طرح‌نامه و نیز در مرحله‌ی اجرای پژوهش و نهایتاً در مرحله انتشار مقاله باشد (۲۵). درعین‌حال ماهیت و شدت و قبح چنین سوءرفتارهایی نیز می‌تواند متفاوت باشد؛ به‌عنوان مثال سوءرفتار ناشی از ناآگاهی از مقررات حاکم بر انتشار آثار پژوهشی، مثل ارجاع نامناسب به منبع استفاده‌شده در یک متن با سوءرفتاری مانند ساختن (جعل)[1] داده‌ها که ماهیتاً مبتنی بر فریب‌کاری[2] است، کاملاً متفاوت‌اند و برخوردهای متفاوت و متناسبی را طلب می‌کنند؛ بنابراین به‌عنوان یک قاعده‌ی کلی می‌توان گفت که سوءرفتارهای علمی و پژوهشی مانند ارائه‌ی داده‌هایی به‌عنوان نتیجه‌ی پژوهش که در واقع حاصل یک پژوهش واقعی نباشند یا دست‌کاری عمدی داده‌های حاصل از یک تحقیق برای کسب منافعی از قبیل اخذ پذیرش مقالات در مجلات علمی یا اثبات فرضیه‌ی پژوهشگر (از جمله گزارش‌نکردن برخی داده‌ها مانند عدم گزارش موارد فوت یا آسیب جدی به بیماران شرکت‌کننده در یک کارآزمایی‌های بالینی) شدیدترین نوع سوءرفتارهای پژوهشی را شامل می‌شوند (۲۶). وقوع سوءرفتارهای پژوهشی توسط افراد شاغل در مؤسسات علمی، پیامدهای بسیار ناگواری را به همراه دارد که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به انگ‌خوردن[3] و تأثیر منفی بر شهرت و اعتبار مؤسسه، لطمه‌ی جدی به سایر پژوهشگران شاغل در آن مؤسسه به دلیل کاهش اعتبار آن و در نتیجه کاهش سطح اعتماد عمومی و تخصصی به آن‌ها و حتی صدمه‌ی جدی به شهرت و جایگاه علمی آن کشور اشاره کرد (۲۷)؛ ازاین‌رو همه‌ی سیاست‌گذاران و مسئولان نهادها و سازمان‌های علمی تلاش می‌کنند تا با استفاده از همه‌ی ابزارهای موجود، برای کاهش موارد سوءرفتارهای پژوهشی اقدام کنند. چنین اقداماتی شامل آموزش افراد دخیل در امر پژوهش، ایجاد حساسیت اخلاقی در افراد مذکور، نظارت مداوم و مستمر بر فعالیت پژوهشگران و برخورد جدی و قاطع با موارد سوءرفتار پژوهشی می‌شود.

سرقت ادبی[4] شایع‌ترین سوءرفتار پژوهشی است که نوعی نادیده‌گرفتن حقوق مالکیت فکری سایر افراد به شمار می‌آید. شیوع این مشکل به قدری زیاد است که گاهی سرقت ادبی متناظر با مفهوم سوءرفتار پژوهشی به کار می‌رود؛ درحالی‌که سرقت ادبی آن‌طور که گفته شد تنها یک نوع از سوءرفتارهای پژوهشی است (۲۸). سرقت ادبی وقتی رخ می‌دهد که تمام یا بخشی از آثار علمی و ادبی و پژوهشی دیگران بدون دادن ارجاع یا با دادن ارجاع ناقص یا نامناسب در نوشته یا اثر دیگر استفاده شود؛ البته در اینجا باید دقت شود که در مواردی تنها ممکن است ذکر منبع کفایت کند، اما در موارد دیگر علاوه بر ذکر منبع کسب اجازه از صاحب حقوق مالکیت فکری نیز ضرورت پیدا می‌کند که در ادامه به آن نیز اشاره خواهد شد. براساس یک اصل کلی هر مطلبی که از اثری منتشرشده یا منتشرنشده‌ی فرد دیگری به‌صورت

1. Data Fabrication
2. Fraud
3. Stigmatization
4. Plagiarism

مستقیم یا غیرمستقیم، در یک نوشته‌ی علمی نقل می‌شود، باید به منبع اصلی ارجاع داده شود. این اصل شامل مواردی که متن مرجع به زبان دیگری نگاشته شده هم می‌شود. در مواردی که نویسنده‌ی یک متن علمی مانند دست‌نوشته‌ی یک مقاله به عین متنی دیگر، مثلاً مقاله‌ای دیگر ارجاع می‌دهد، لازم است متنی که عیناً نقل شده است در گیومه قرار داده شود. درصورتی‌که نقل‌قول مستقیم در گیومه قرار داده نشود، حتی در صورت ارجاع‌دادن به منبع اصلی، نوعی سرقت ادبی تلقی می‌شود؛ اما درصورتی‌که نویسنده‌ی دست‌نوشته محتوای یک متن دیگر را به شکل مضمون، جمع‌بندی، نتیجه‌گیری یا برداشت ایده، به زبان و قلم خود بیان کند، تنها ارجاع‌دادن به متن مرجع کافی است و به قراردادن مطلب نقل‌شده در گیومه نیازی نیست.

در مواقعی که از سایر عناصر یک اثر علمی به جز متن مانند شکل، نمودار، جدول یا عکس استفاده می‌شود، لازم است که علاوه بر ارجاع به آن اثر، از دارنده‌ی مالکیت معنوی اثر هم اجازه گرفته شود؛ به عبارت دیگر در چنین مواردی صِرف ارجاع‌دادن به منبع کفایت نمی‌کند. این قاعده درباره‌ی استفاده از بخشی عمده از یک متن و نیز استفاده از پرسش‌نامه‌های تهیه و استانداردشده توسط سایر محققان هم صادق است. بر این اساس، به‌عنوان مثال اگر فردی از کنار هم قراردادن بخش‌هایی چشمگیر از آثار سایرین مطلبی تهیه کند یا با کنار هم گذاشتن مقالات سایرین کتابی تألیف نماید، اگر از آن‌ها اجازه‌ی کتبی اخذ نکرده باشد، حتی درصورتی‌که مطلب را به نام خود نویسنده و صاحب اصلی منتشر کرده باشد، مرتکب نوعی سرقت علمی شده است. لزوم اشاره به منبع درباره‌ی آثار علمی پیشین نویسنده‌ی متون هم صدق می‌کند؛ به بیان بهتر، اگر فردی برای نوشتن یک نوشته از سایر نوشته‌های قبلی خود استفاده کند، باز هم ملزم به دادن ارجاع مناسب براساس استانداردهای ذکرشده به متن مربوطه است و درصورتی‌که ارجاع مناسب انجام نشود، نویسنده مرتکب «سرقت ادبی از خود»[1] شده است (۱۵).

درباره‌ی نحوه‌ی ارجاع به متون منبع نیز ملاحظات اخلاقی ویژه‌ای وجود دارد که لازم است مدنظر قرار گیرند. اصل اول در ارجاع‌دادن، رعایت امانت است. این اصل اقتضا می‌کند مضمون آنچه که به یک منبع نسبت داده شده و از آن منبع نقل شده، با اصل منظور نویسنده یا نویسندگان متن منبع همخوانی داشته باشد. لازمه‌ی این امر علاوه بر ملزم‌دانستن خود بر لزوم حفظ امانت، دقت در مطالعه و تلاش برای درک مناسب از متنی است که قرار است به آن ارجاع داده شود. اشکال جدی در انتقال مضمون یک متن، به‌عنوان منبع معمولاً زمانی پیش می‌آید که ارجاع بدون مطالعه‌ی متن اصلی و تنها براساس ارجاع مقالات یا متون دیگر به آن متن صورت می‌پذیرد. این نوع ارجاع‌دادن معمولاً موجب ایجاد سوءتفاهم درباره‌ی منظور اصلی نویسنده‌ی متن مرجع و گاه باعث تغییر تدریجی محتوا در اثر نقل‌قول‌های پی‌درپی از متونی غیر از متن اصلی منبع می‌شود. ذکر نام یک منبع در یک متن به معنای رجوع نویسنده به متن اصلی است. سوءرفتار پژوهشی دیگری که در دادن ارجاع هنگام نوشتن متن دست‌نوشته ممکن است رخ دهد، ارجاع‌دادن

1. Self-Plagiarism

بـه متون و مقالات، بدون وجود موازین علمی و صرفاً برای بالابردن تعداد ارجاعات یک مقاله اسـت. حتی در مواقعـی، چنیـن درخواسـت‌هایی ممکن اسـت از طـرف سـردبیران برخی نشـریات بـرای بالابردن ارجاعات مقالات قبلی نشریه مطرح شود که نباید به آن توجـه کرد؛ همچنین باید موضوع را به مسـئولان مربوط ارجاع داد. ارجاع برنامه‌ریزی‌شـده‌ی متقابل به مقالات یکدیگر نیـز برای بالابردن تعداد ارجاعات مقـالات، بـر همیـن منوال امـری بر خـلاف اخلاق علمی تلقی می‌شود (۳).

مسـئولیت اطمینـان از صحـت یـک متـن و عدم وجـود سـرقت ادبـی در دست‌نوشـته‌ی مقـالات بر عهـده‌ی همـه‌ی نویسـندگان مقالـه اسـت. برخی مواقع سردبیران نشریات علمی قبل از انتشار مقاله، متـن آن را برای اطمینان از عدم وجود سـرقت ادبی کنتـرل می‌کننـد؛ اما همیشـه چنین نیسـت و این واقعیت که ممکن اسـت سردبیران بعضاً کنترل متن را انجام دهند از مسـئولیت نویسـندگان نمی‌کاهد و در صورت کشـف موارد سـرقت ادبی بعد از انتشـار مقاله (که معمولاً منجـر به خروج آن از مجله خواهد شد)، کماکان نویسـندگان به‌عنوان خاطی شناخته می‌شـوند (۷). اولیـن راهـکار بـرای پیشـگیری از وقوع سـرقت ادبی در نوشـتن متـون علمی، رعایت استانداردها در هنگام نوشتن مقاله از جمله استفاده از منابع اصیل و آگاهی از هنجارهای اخلاق در نشر و ارجاع اسـتاندارد اسـت؛ اما در نهایـت امروزه این امکان وجود دارد که با اسـتفاده از برخی نرم‌افزارها متن نوشته‌شـده قبل از ارسال به مجله ارزیابی شود (۲۹). این نرم‌افزارها اصولاً براساس مشابهت‌یابی در متونی که قبل از این منتشر شده‌اند، عمل می‌کنند و میزان شـباهت متن دست‌نوشـته‌ی ارزیابی‌شـده را با متـون قبلی ارائه می‌نمایند. در اسـتفاده از این نرم‌افزارها لازم است به این نکته توجه شود که قضاوت دربـاره‌ی گـزارش حاصل از ارزیابی هر متن توسـط نرم‌افزار مربوطه، در صورتی ارزشـمند خواهد بود که توسط کارشناس خبره بررسی شود. تکیه‌ی صِرف بر درصدی از مشـابهت با سـایر متونی که نرم‌افزار ارائه می‌کند صحیح نیست؛ چراکه برای مثال نمونه‌هایی را می‌تـوان یافت که علی‌رغم گـزارش نرم‌افزار مبنی بر میزان بسـیار کم مشابهت با متون مرجع، به دلیل قرارنـدادن متـن نقل‌قول مسـتقیم در گیومه، نوعی سـرقت ادبی در آن‌هـا وجود دارد. سـرقت ادبی چه عمدی و چه سـهوی نوعی تخلف پژوهشی محسوب می‌شود؛ البته در صورت اثبات عمدی‌بودن، عواقب شدیدی را به همراه خواهد داشت (۳۰).

از دیگر مصادیق سـوءرفتارهای پژوهشی، ساختن داده‌های جعلی یا دسـت‌کاری عمدی در داده‌های به‌دسـت‌آمده از پژوهـش اسـت. این‌هـا از مصادیق بسـیار جدی تخلفات پژوهشـی به حسـاب می‌آیند و معمولاً برخورد شـدید نهادها و مسـئولان ذی‌ربط ناظـر بـر سـلامت پژوهـش[1] از جملـه کمیته‌هـای اخـلاق در پژوهش را به دنبال خواهد داشـت. جعل یا سـاختن داده می‌تواند شامل سـاختن تمام نتایج یا جعل بخشـی از نتایج باشـد. دسـت‌کاری داده‌ها نیز گـزارش نتایج متفاوت یا بر خـلاف آنچه را که در ضمن پژوهش واقعاً به دسـت آمده، شامل می‌شود؛ به‌عنـوان مثـال حذف‌کـردن برخـی از نتایـج یـک پژوهـش که با سـایر نتایج همخوانی نـدارد و ممکن اسـت آنالیز یـا نتیجه‌گیری نهایی یـا تأیید فرضیه‌ی

1. Research Integrity

پژوهش را با مشـکل مواجه کند، نوعی دسـت‌کاری داده‌ها محسـوب می‌شود. در پژوهش‌هایی که نتایج پژوهـش به‌صـورت عکس‌هـا یـا تصاویـری از قبیل عکس‌های رادیولوژی، تصاویر میکروسکوپی و مانند آن ارائه می‌شـود، هرگونه دسـت‌کاری تصاویر مانند تغییر کیفیت، رنگ و شـفافیت بـه منظور تغییردادن واقعیت و بـرای اثرگذاری منفی بـر قضاوت داوران و سـایر افرادی که نتایج را ارزیابی یا استفاده خواهند کرد، مصداق این رفتار غیراخلاقی است. در بسیاری از مواقـع، داوران و سـردبیران مجلات یا متخصصان آمار به‌آسـانی این‌گونه رفتارهای خلاف را شناسایی می‌کنند؛ اما در مواردی نیز سـایر پژوهشـگرانی که به‌نوعی از موضوع اطلاع می‌یابند، چنین رفتارهایی را افشـا می‌کننـد. در چنیـن مـواردی افشـاگران سـوءرفتارهای پژوهشـی از حمایت جـدی نهادهای ناظر بر سلامت پژوهش برخوردار خواهند بود (۱۶).

علاوه بر سـوءرفتارهایی که ممکن است در مراحل قبـل از ارسـال[1] دست‌نوشـته صورت گیـرد، برخی از انـواع سـوءرفتارهای پژوهشـی در مراحل ارسـال و داوری دست‌نوشـته رخ می‌دهـد. اولیـن نمونـه، ارسـال دست‌نوشـته برای دو یا چند مجله به‌صورت همزمان اسـت. اصل بر این است که هر دست‌نوشته در یـک زمان واحـد، فقط بایـد بـرای داوری به یک مجله فرسـتاده شـود و تا زمانی که آن مجله، تکلیف پذیـرش یـا رد مقالـه را روشـن نکـرده اسـت، برای مجلـه‌ی دیگری فرسـتاده نشـود. این قاعـده برای این گذاشـته شده است تا از هدررفتن منابع انسانی و وقـت مسـئولان و داوران جلوگیـری کند. از همین روسـت که معمولاً مجـلات علمی در زمـان دریافت دست‌نوشـته، از ارسـال‌کننده می‌خواهنـد که تأیید کنـد دست‌نوشـته‌اش در حـال داوری در مجلـه‌ی دیگری نیسـت؛ البته گاهی که روال بررسی و داوری یـک دست‌نوشـته، بیـش از حـد یـا بیـش از زمـان اعلام‌شـده‌ی مجله طول می‌کشد، این امکان وجود دارد که ارسـال‌کنندگان، دست‌نوشته‌ی خود را برای مجله‌ی دیگری ارسـال نمایند؛ بااین‌حـال، پیش از آن لازم اسـت که با اسـتدلال‌های منطقی از مجله‌ی قبلی «توقف بررسی»[2] متن ارسال‌شده را درخواست کرده و بکوشـند درباره‌ی درخواسـت خود با سردبیر مجله به توافق برسند. در صورت توافق‌نکردن با مجله لازم اسـت کمیتـه‌ی اخـلاق در پژوهش مؤسسـه‌ی محل فعالیت نویسـنده‌ی طـرف مکاتبـه در جریان قـرار بگیـرد. درهرحـال لازم اسـت ارسـال‌کننده‌ی دست‌نوشـته، تمام مکاتبات و مذاکرات خود با مجله را مسـتند و مکتوب نماید؛ البتـه انصراف از ادامه‌ی بررسـی و داوری یک مقاله تا قبـل از اعلام پذیرش[3] مقاله از سوی مجله امکان‌پذیر خواهد بود. به همین شـکل انتشـار تکراری[4] نتایج یـک پژوهش بر خلاف اصـول پذیرفته‌شـده‌ی اخلاق در نشـر اسـت؛ مگر اینکه سـردبیران و ناشـران هر دو یا چند مجله‌ای که قرار اسـت داده‌ها یا نتایج تکراری را منتشر کنند، از تکراری‌بـودن آن مطلع باشـند و درعین‌حال این کار دلایلـی منطقی و پذیرفتنی داشـته باشـد. از دلایل منطقی برای انتشـار تکراری یـک مقاله یا داده‌های پژوهشـی می‌توان به انتشـار آن‌ها به دو یا چند زبان برای بهره‌برداری بیشـتر خوانندگان و جوامع علمی و در موارد بسـیار نادر انتشـار یک سـند بسـیار مهم

1. Submission

2. Withdraw
3. Acceptance
4. Duplicate Publication

مثل راهنماهای بالینی اشاره کرد. در چنین مواردی هم لازم است سردبیران و ناشران همه‌ی مجلات منتشرکننده، از این موضوع آگاه باشند و رضایت کتبی خود را اعلام کرده و تکراری‌بودن داده‌ها یا متن را به‌صورت شفاف توضیح دهند؛ البته باید توجه کرد که ارسال یا ارائه‌ی خلاصه‌ی مقالات در کنگره‌ها و سمینارها برای انتشار اصل مقالات مانعی ایجاد نمی‌کند. نوع دیگری از انواع انتشارات غیرمناسب، به انتشار همپوشان[1] معروف است. این موضوع هنگامی پیش می‌آید که دست‌نوشته‌ی ارسالی حاوی حجمی درخور توجه از اطلاعات یک مقاله‌ی منتشرشده یا در حال بررسی باشد (۱۵).

منابع

1. Mann, Howard. (2002). “Research Ethics Committees and Public Dissemination of Clinical Trial Results”. The Lancet, 360 (9330), P. 406-408.

2. Lexchin, Joel & et al. (2003). “Pharmaceutical Industry Sponsorship and Research Outcome and Quality: Systematic Review”. Bmj, 326 (7400), P. 1167-1170.

3. Black, Nick & et al. (1998). “What Makes a Good Reviewer and a Good Review for a General Medical Journal?”. Jama, 280 (3), P. 231-233.

4. Evans, Arthur T & et al. (1993). “The Characteristics of Peer Reviewers who Produce Good-Quality Reviews”. Journal of General Internal Medicine, 8 (8), P. 422-428.

5. Derricourt, Robin. (2012). “Peer Review: Fetishes, Fallacies, and Perceptions”. Journal of Scholarly Publishing, 43 (2), P. 137-147.

6. Teixeira da Silva, Jaime A. & Judit Dobránszki. (2015). “Problems with Traditional Science Publishing and Finding a Wider Niche for Post-Publication Peer Review”. Accountability in Research, 22 (1), P. 22-40.

7. Knoepfler, Paul. (2015). “Reviewing Post-Publication Peer Review”. Trends in Genetics, 31 (5), P. 221-223.

8. Kriegeskorte, Nikolaus & et al. (2012). “An Emerging Consensus for Open Evaluation: 18 Visions for the Future of Scientific Publishing”. Frontiers in Computational Neuroscience, 6, P. 94.

9. Tierney, E. & et al. (2015). “What is the Role of ‘the Letter to the Editor’?” European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 272 (9), P. 2089-2093.

10. Gantman, Ernesto R. (2012). “Economic, Linguistic, and Political Factors in the Scientific Productivity of Countries”. Scientometrics, 93 (3), P. 967-985.

11. Committee on Publication Ethic (COPE). [Available at https://publicationethics.org/.]

12. World Association of Medical Editors (WAME). [Available at http://www.wame.org/.]

13. Council of Science Editors (CSE). [Available at https://www.councilscienceeditors.org.]

14. International Committee of Medical Journals Editors (ICMJE). [Available at http://www.icmje.org/.]

۱۵. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۹۶). راهنمای کشوری اخلاق در انتشارآثار پژوهشی: [Available at http://ethics.research.ac.ir/]

۱۶. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۹۴). دستورالعمل رسیدگی به تخلفات پژوهشی: [Available at http://ethics.research.ac.ir/]

۱۷. مجلس شورای اسلامی. (۱۳۹۶). قانون پیشگیری و مقابله با تقلب در تهیه‌ی آثار علمی.

18. Atlas, Michel C. (2004). “Retraction Policies of High-Impact Biomedical Journals”. Journal of the Medical Library Association, 92 (2), P. 242.

19. Nath, Sara B. & et al. (2006). “Retractions in the Research Literature: Misconduct or Mistakes?”. Medical Journal of Australia, 185 (3), P. 152.

20. Wager, Elizabeth. (2007). “Do Medical Journals Provide Clear and Consistent Guidelines on Authorship?”. Medscape General Medicine, 9 (3), P. 16.

21. Bennett, Dianne M. & David McD Taylor. (2003). “Unethical Practices in Authorship of Scientific Papers”. Emergency Medicine Australasia, 15 (3), P. 263-270.

22. Ngai, Stephanie & et al. (2005). “Haunted Manuscripts: Ghost Authorship in the Medical Literature”. Accountability in Research, 12 (2), P. 103-114.

23. Wislar, Joseph S. & et al. (2011). “Honorary and Ghost Authorship in High Impact Biomedical Journals: A Cross Sectional Survey”. Bmj, 343, d6128.

24. Bavdekar, Sandeep B. (2012). “Authorship Issues”.

1. Redundant Publication

Lung India: Official Organ of Indian Chest Society, 29 (1), P. 76.

25. Gilbert, Fiona Jane & Alan Richard Denison. (2003). “Research Misconduct”. Clinical Radiology, 58 (7), P. 499-504.

26. Godlee, Fiona. (2012). “Research Misconduct is Widespread and Harms Patients”. British Medical Journal Publishing Group, 344 :e14.

27. Michalek, Arthur M. & et al. (2010). “The Costs and Underappreciated Consequences of Research Misconduct: A Case Study”. PLoS Medicine, 7 (8), e1000318.

28. Carnero, Andres M. & et al. (2017). “Plagiarism, Cheating and Research Integrity: Case Studies from a Masters Program in Peru”. Science and Engineering Ethics, 23 (4), P. 1183-1197.

29. Youmans, Robert J. (2011). “Does the Adoption of Plagiarism-Detection Software in Higher Education Reduce Plagiarism?”. Studies in Higher Education, 36 (7), P. 749-761.

30. Amet, Ali & et al. (2011). Overview and Comparison of Plagiarism Detection Tools. DATESO, Citeseer.

ضمائم و پیوست‌ها

راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی دارای آزمودنی انسانی در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۹۲

مقدمه

در طبابت باید از پزشکی مبتنی بر شواهد استفاده شود. این شواهد از راه پژوهش به دست می‌آیند؛ بنابراین پیشرفت دانش پزشکی بر پژوهش مبتنی است. بخش بزرگی از پژوهش‌ها برای رسیدن به نتایج معتبر، در نهایت باید بر روی انسان به انجام برسند.

راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش‌های دارای آزمودنی انسانی در جمهوری اسلامی ایران، دربردارنده‌ی اصول و مقررات اخلاقی است که تمامی پژوهشگرانی که به پژوهش بر آزمودنی‌های انسانی (که شامل داده‌ها یا مواد بدنی به‌دست‌آمده از انسان‌ها نیز می‌شود) اقدام می‌کنند و تمامی مدیران پژوهشی و کمیته‌های اخلاق در پژوهش کشور، باید آن را مبنا و راهنمای عملکرد خود قرار دهند و تمامی تلاش خود را برای تضمین رعایت حداکثری آن در عملکرد پژوهشی خود، و تا جای ممکن دیگر پژوهشگران، به عمل آورند. این راهنما براساس اصول اخلاقی، به‌ویژه کرامت انسانی، مبانی و ارزش‌های اسلامی و ملی تدوین یافته است. تقدم و تأخر بندهای این راهنما، براساس اهمیت نیست. این راهنما باید به‌صورت یک کل واحد دیده شود و هیچ‌کدام از بندهای آن نباید بدون توجه کافی به مقدمه و سایر بندهای مرتبط تفسیر شود. هر پژوهشگر باید علاوه بر این راهنما، از دیگر قوانین و راهنماهای مرتبط که از سوی مراجع رسمی ابلاغ شده‌اند مانند راهنماهای اختصاصی اخلاق در پژوهش کشور آگاهی داشته باشد و آن‌ها را رعایت کند:

۱. هدف اصلی هر پژوهش باید ارتقای سلامت انسان‌ها توأم با رعایت کرامت و حقوق ایشان باشد.

۲. در پژوهش بر آزمودنی انسانی، سلامت و ایمنی فرد فرد آزمودنی‌ها در طول و بعد از اجرای پژوهش، بر تمامی مصالح دیگر اولویت دارد. هر پژوهشی که بر آزمودنی انسانی انجام می‌گیرد، باید توسط افرادی طراحی و اجرا شود که تخصص و مهارت بالینی لازم و مرتبط را داشته باشند. در کارآزمایی‌های بالینی روی بیماران یا داوطلب‌های سالم، نظارت پزشک دارای مهارت و دانش متناسب الزامی است.

۳. پژوهش بر انسان فقط در صورتی توجیه‌پذیر است که منافع بالقوه‌ی آن برای هر فرد آزمودنی بیشتر از خطرهای آن باشد. در پژوهش‌های دارای ماهیت غیردرمانی، سطح آسیبی که آزمودنی در معرض آن قرار می‌گیرد نباید بیشتر از آنچه باشد که مردم عادی در زندگی روزمره‌ی خود با آن مواجه می‌شوند. حصول اطمینان از این امر بر عهده‌ی طراحان، مجریان و همکاران پژوهش و تمامی شوراهای بررسی یا پایش‌کننده‌ی پژوهش از جمله کمیته‌ی اخلاق در پژوهش است.

۴. مواردی از قبیل سرعت، سهولت کار، راحتی پژوهشگر، هزینه‌ی پایین‌تر و/ یا صرفاً عملی‌بودن آن به‌هیچ‌وجه نباید موجب قراردادن آزمودنی در معرض خطر یا زیان افزوده یا تحمیل هرگونه محدودیت اختیار اضافی به وی شود.

۵. قبل از آغاز هر پژوهش پزشکی، باید اقدامات اولیه برای به‌حداقل‌رساندن زیان احتمالی وارده به

آزمودنی‌ها و تأمین سلامت آن‌ها انجام گیرد.

۶. در کارآزمایی‌های بالینی دوسوکور که آزمودنی از ماهیت دارویی یا مداخله‌ای که برای او تجویز شده بی‌اطلاع است، پژوهشگر باید تدابیر لازم را برای کمک‌رسانی به آزمودنی، در صورت لزوم و در شرایط اضطراری تدارک ببیند.

۷. اگر در حین اجرای پژوهش مشخص شود که خطرات شرکت در این پژوهش برای آزمودنی‌ها بیش از فواید بالقوه‌ی آن است، باید آن پژوهش بلافاصله متوقف شود.

۸. طراحی و اجرای پژوهش‌هایی که روی آزمودنی انسانی انجام می‌گیرند، باید منطبق با اصول علمی پذیرفته‌شده براساس دانش روز و مبتنی بر مرور کامل منابع علمی موجود و پژوهش‌های قبلی آزمایشگاهی، و در صورت لزوم، حیوانی مناسب باشد. مطالعات حیوانی باید با رعایت کامل اصول اخلاقی کار با حیوانات آزمایشگاهی انجام شوند.

۹. در پژوهش‌های پزشکی که ممکن است به محیط زیست آسیب برسانند، باید احتیاط‌های لازم برای حفظ و نگهداری و عدم آسیب‌رسانی به محیط زیست انجام گیرد.

۱۰. هر پژوهشی باید براساس و منطبق بر یک طرح‌نامه (پروپوزال) به انجام برسد. در کارآزمایی‌های بالینی باید علاوه بر طرح‌نامه، دستورالعمل (پروتکل) نیز تهیه و ارائه شود. طرح‌نامه و دستورالعمل باید شامل تمامی اجزای ضروری باشد؛ از جمله بخش ملاحظات اخلاقی، اطلاعات مربوط به بودجه، حمایت‌کننده‌ها، وابستگی‌های سازمانی، موارد تعارض منافع بالقوه‌ی دیگر، مشوق‌های شرکت‌کنندگان، پیش‌بینی درمان یا جبران خسارت افراد آسیب‌دیده در پژوهش. در مواردی که لازم است رضایت‌نامه‌ی آگاهانه به‌صورت کتبی اخذ شود، فرم رضایت‌نامه باید تدوین و به طرح‌نامه پیوست شده باشد. پیش از تصویب یا تأیید طرح‌نامه از سوی کمیته‌ی مستقل اخلاق در پژوهش، نباید اجرای پژوهش شروع شود.

۱۱. کمیته‌ی اخلاق در پژوهش علاوه بر بررسی و تصویب طرح‌نامه و دستورالعمل، این حق را دارد که طرح‌ها را در حین و بعد از اجرا از نظر رعایت ملاحظات اخلاقی پایش کند. اطلاعات و مدارکی که برای پایش از سوی کمیته‌ی اخلاق درخواست می‌شود، باید از سوی پژوهشگران در اختیار این کمیته گذاشته شود.

۱۲. انتخاب آزمودنی‌های بالقوه از میان جمعیت بیماران یا هر گروه جمعیتی دیگر باید منصفانه باشد، به‌نحوی که توزیع بارها (خطرات یا هزینه‌ها) و منافع شرکت در پژوهش، در آن جمعیت و کل جامعه، تبعیض‌آمیز نباشد.

۱۳. کسب رضایت آگاهانه و آزادانه در هر پژوهشی که روی آزمودنی انسانی اجرا می‌شود، الزامی است. این رضایت باید به‌شکل کتبی باشد. در مواردی که اخذ رضایت آگاهانه‌ی کتبی غیرممکن یا قابل صرف‌نظر باشد، باید موضوع با ذکر دلایل به کمیته‌ی اخلاق منتقل شود. در صورت تأیید کمیته‌ی اخلاق، اخذ رضایت کتبی قابل تعویق یا تبدیل به رضایت شفاهی یا ضمنی خواهد بود.

۱۴. اگر در طول اجرای پژوهش تغییری در نحوه‌ی اجرای پژوهش داده شود یا اطلاعات جدیدی به دست آید که احتمال داشته باشد که بر تصمیم آزمودنی مبنی بر ادامه‌ی شرکت در پژوهش تأثیرگذار

باشد، باید موضوع به اطلاع کمیته‌ی اخلاق رسانده شود و در صورت موافقت کمیته با ادامه‌ی پژوهش، مراتب به اطلاع آزمودنی رسانده شود و رضایت آگاهانه مجدداً اخذ گردد.

۱۵. پژوهشگر باید از آگاهانه‌بودن رضایت اخذشده اطمینان حاصل کند. برای این منظور، در تمامی پژوهش‌های پزشکی، اعم از درمانی و غیردرمانی، پژوهشگر موظف است فرد درنظرگرفته‌شده به‌عنوان آزمودنی را از تمامی اطلاعاتی که می‌توانند در تصمیم‌گیری او مؤثر باشند، به‌نحو مناسبی آگاه سازد. این اطلاعات مشتمل‌اند بر: عنوان و اهداف پژوهش، طول مدت پژوهش، روشی که قرار است به کار گرفته شود (شامل احتمال تخصیص تصادفی به گروه مورد یا شاهد)، منابع تأمین بودجه، هرگونه تعارض منافع احتمالی، وابستگی سازمانی پژوهشگر و فواید و زیان‌هایی که انتظار می‌رود مطالعه در بر داشته باشد. همچنین، هر آزمودنی باید بداند که می‌تواند هر لحظه که بخواهد از مطالعه خارج شود و باید درباره‌ی خطرات و زیان‌های بالقوه‌ی ناشی از ترك زودرس پژوهش آگاه و پشتیبانی شود. پژوهشگر همچنین باید به تمامی سؤالات و دغدغه‌های این افراد، با حوصله و دقت پاسخ بدهد. این موارد باید در رضایت‌نامه‌ی آگاهانه منعکس شود.

۱۶. پژوهشگر باید از آزادانه‌بودن رضایت اخذشده اطمینان حاصل کند. رفتارهایی که به هر نحوی متضمن تهدید، اغوا، فریب یا اجبار باشد موجب ابطال رضایت آزمودنی می‌شود. به فرد باید برای مشاوره با افرادی که تمایل دارد، نظیر اعضای فامیل یا پزشک خانواده، فرصت کافی داده شود. همچنین، در پژوهش‌هایی که پژوهشگر مقام سازمانی بالاتری نسبت به آزمودنی داشته باشد، دلایل این شیوه‌ی جذب آزمودنی، باید توسط کمیته‌ی اخلاق تأیید شود، در این موارد شخص ثالث و معتمدی باید رضایت را دریافت کند.

۱۷. پژوهشگر ارشد مسئول مستقیم ارائه‌ی اطلاعات کافی با زبان قابل فهم برای آزمودنی، اطمینان از درک اطلاعات ارائه‌شده و اخذ رضایت آگاهانه است. در مواردی که بنا به دلیلی، نظیر زیادبودن تعداد آزمودنی‌ها، این اطلاع‌رسانی از طریق شخص دیگری انجام می‌گیرد، این پژوهشگر ارشد است که مسئول انتخاب فردی آگاه و مناسب برای این کار و حصول اطمینان از تأمین شرایط مذکور در این بند است.

۱۸. در پژوهش‌هایی که از مواد بدنی (شامل بافت‌ها و مایعات بدن انسان) یا داده‌هایی استفاده می‌شود که هویت صاحبان آن‌ها معلوم یا قابل کشف و ردیابی است، باید برای جمع‌آوری، تحلیل، ذخیره‌سازی و/یا استفاده‌ی مجدد از آن‌ها رضایت آگاهانه گرفته شود. در مواردی که اخذ رضایت غیرممکن باشد یا اعتبار پژوهش را خدشه‌دار کند، می‌توان در صورت بررسی مورد و تصویب کمیته‌ی اخلاق، از داده‌ها یا مواد بدنی ذخیره‌شده، بدون اخذ رضایت آگاهانه استفاده کرد.

۱۹. شرکت‌نکردن در پژوهش یا ادامه‌ندادن به همکاری، نباید هیچ‌گونه تأثیری بر خدمات درمانی که در همان مؤسسه، نظیر بیمارستان، به فرد ارائه می‌شود، داشته باشد. این موضوع باید در فرایند اخذ رضایت آگاهانه، به آزمودنی اطلاع داده شود.

۲۰. در مواردی که آگاه‌کردن آزمودنی درباره‌ی جنبه‌ای از پژوهش باعث کاهش اعتبار پژوهش

می‌شـود، ضـرورت اطلاع‌رسـانی ناکامـل از طـرف پژوهشگر باید توسط کمیته‌ی اخلاق تأیید شود. بعد از رفع عامل این محدودیت، باید اطلاع‌رسانی کامل به آزمودنی انجام گیرد.

۲۱. برخـی از افـراد یـا گروه‌هایی از مـردم، نظیر ناتوانـان ذهنی، کـودکان، جنیـن و نـوزاد، بیماران اورژانسـی، یـا زندانیـان که ممکـن اسـت به‌عنوان آزمودنی در پژوهش شـرکت کننـد، نمی‌توانند برای دادن رضایت، آگاهی یا آزادی لازم را داشـته باشند. این افراد یا گروه‌ها آسـیب‌پذیر دانسـته می‌شـوند و باید از آنان به‌طور ویژه حفاظت شود.

۲۲. از گروه‌هـای آسـیب‌پذیر هیـچ‌گاه نبایـد (به دلایلی چون سـهولت دسترسـی) به‌عنوان آزمودنی ترجیحی اسـتفاده شود. پژوهش پزشکی با استفاده از گروه‌ها یا جوامع آسیب‌پذیر تنها در صورتی موجه اسـت که با هدف پاسـخ‌گویی به نیازهای سـلامت و اولویت‌های همان گروه یا جامعه طراحی و اجرا شود و احتمال معقولی وجود داشـته باشد که همان گروه یا جامعه از نتایج آن پژوهش سود خواهد برد.

۲۳. در پژوهش روی گروه‌های آسیب‌پذیر، وظیفه‌ی اخـذ رضایـت آگاهانـه مرتفـع نمی‌شـود. درباره‌ی افرادی که سرپرست قانونی دارند، پژوهشگر موظف اسـت که علاوه بر اخذ رضایت آگاهانه از سرپرسـت قانونی، متناسب با ظرفیت خود فرد، از او نیز رضایت آگاهانه اخذ کند. درهرحال، باید به امتناع این افراد از شرکت در پژوهش احترام گذاشته شود.

۲۴. اگـر در حین اجرای پژوهـش، آزمودنی دارای ظرفیت، ظرفیت خود را از دسـت بدهـد یا آزمودنی فاقـد ظرفیـت، واجد ظرفیت شـود، باید بـا توجه به تغییـر حاصلـه، برای ادامـه‌ی پژوهش از سرپرسـت قانونی یا خود فرد رضایت آگاهانه اخذ شود.

۲۵. پژوهشـگر، مسـئول رعایـت اصـل رازداری و حفظ اسـرار آزمودنی‌ها و اتخاذ تدابیر مناسـب برای جلوگیری از انتشـار آن اسـت. همچنین، پژوهشگر موظف است که از رعایت حریم خصوصی آزمودنی‌ها در طـول پژوهـش اطمینـان حاصـل کنـد. هرگونه انتشـار داده‌ها یا اطلاعات به‌دسـت‌آمده از بیماران باید براساس رضایت آگاهانه انجام گیرد.

۲۶. هر نوع آسـیب یا خسارت ناشـی از شرکت در پژوهش باید برطبق قوانین مصوب جبران خسـارت شـود. این امر باید در هنـگام طراحی پژوهش لحاظ شده باشد و نحوه‌ی تحقق این امر ترجیحاً به‌صورت پوشش بیمه‌ای نامشروط باشد.

۲۷. در پایـان پژوهـش، هـر فـردی کـه به‌عنـوان آزمودنـی بـه آن مطالعـه وارد شـده اسـت، این حق را دارد کـه دربـاره‌ی نتایـج مطالعـه آگاه شـود و از مداخلات یـا روش‌هایی کـه سودمندی‌شـان در آن مطالعه نشان داده شده است، بهره‌مند شود.

۲۸. پژوهشـگران موظف‌اند که نتایج پژوهش‌های خود را صادقانه و دقیق و کامل منتشـر کنند. نتایج، اعـم از منفـی یا مثبـت و نیـز منابع تأمیـن بودجه، وابستگی سازمانی و تعارض منافع، در صورت وجود، باید کاملاً آشکارسـازی شـوند. پژوهشگران نباید در هنگام عقد قرارداد انجام پژوهش، هیچ‌گونه شـرطی را مبنی بر حذف یا عدم انتشـار یافته‌هایی که از نظر حمایت‌کننده‌ی پژوهش مطلوب نیست، بپذیرند.

۲۹. نحـوه‌ی گـزارش نتایـج پژوهش بایـد ضامن حقـوق مـادی و معنـوی تمامـی اشـخاص مرتبط با پژوهـش، از جملـه خود پژوهشـگر یا پژوهشـگران، آزمودنی‌هـا و مؤسسـه‌ی حمایت‌کننـده‌ی پژوهش

باشد.

۳۰. گزارش‌ها و مقالات حاصل از پژوهش‌هایی که مفاد این راهنما را نقض کرده‌اند، نباید برای انتشار پذیرفته شوند.

۳۱. روش پژوهش نباید با ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی و دینی جامعه در تناقض باشد.

راهنمای اخلاقی کارآزمایی‌های بالینی در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۹۲

۱. مقدمه

کارآزمایی بالینی معتبرترین روش تهیه‌ی مستندات برای استفاده‌ی بالینی است. انجام کارآزمایی بالینی برای پیشرفت علوم پزشکی از ضرورت و اهمیتی ویژه برخوردار است؛ اما درعین‌حال، نظر به اینکه در کارآزمایی‌های بالینی، بر خلاف سایر انواع مطالعات، مداخله‌ای به‌صورت عمدی بر روی آزمودنی‌ها به انجام می‌رسد، این شیوه‌ی پژوهش، بیش از سایر انواع و شیوه‌ها، دربردارنده‌ی ملاحظات و دغدغه‌های اخلاقی است.

این راهنما دربردارنده‌ی مهم‌ترین ملاحظات اخلاقی است که در این زمینه باید رعایت شوند. هر پژوهشگر یا بالینگری که در کارآزمایی بالینی مشارکت می‌کند، باید علاوه بر مفاد این راهنما، از راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی، راهنماهای اختصاصی اخلاق در پژوهش کشور به فراخور موضوع و نیز از سایر قوانین و مقررات مرتبط با کار خود آگاه باشد و آن‌ها را رعایت کند. بر این موضوع به‌ویژه در رابطه با رعایت مفاد راهنمای پژوهش بر گروه‌های آسیب‌پذیر تأکید شده است.

۲. فصل اول: ارزیابی سود و زیان

۱. کارآزمایی‌های بالینی باید کاملاً در چارچوب یک طرح‌نامه و دستورالعمل مکتوب طراحی و اجرا شوند. طرح‌نامه و دستورالعمل کارآزمایی بالینی باید دربردارنده‌ی بخش ملاحظات اخلاقی، همچنین اطلاعات مربوط به بودجه‌ی پژوهش، حامیان پژوهش، وابستگی حرفه‌ای، بیان هرگونه تعارض منافع احتمالی و تمهیدات مورد نظر برای ترغیب مشارکت افراد در مطالعه باشد.

۲. شروع اجرای کارآزمایی منوط به بررسی و تأیید طرح‌نامه و دستورالعمل آن توسط کمیته‌ی اخلاق در پژوهش است. کمیته‌ی اخلاق در پژوهش حق پایش کارآزمایی‌های در حال اجرا را دارد. پژوهشگر موظف است که اطلاعات مورد نیاز برای پایش را در اختیار کمیته قرار دهد.

۳. پژوهشگر موظف است در طول اجرای پژوهش، هرگونه حادثه یا عارضه‌ی نامطلوب جدی قابل انتساب به پژوهش را در اولین زمان ممکن، به کمیته‌ی اخلاق در پژوهش و سایر مراجع قانونی ذی‌ربط گزارش دهد.

۴. کمیته‌ی اخلاق مسئولیت دائمی نظارت بر اجرای اخلاقی پژوهش را بر عهده دارد؛ لذا پژوهشگر ارشد باید این کمیته را درباره‌ی تمامی تغییرات دستورالعمل مطالعه و هر حادثه‌ی نامناسب جدی در طول مطالعه آگاه سازد. همچنین، هر اطلاعات جدیدی را که ممکن است امنیت آزمودنی یا اجرای مطالعه را تحت تأثیر قرار دهد باید به اطلاع این کمیته برساند.

۵. کارآزمایی بالینی باید تنها توسط افراد دارای

مجوز حرفه‌ای مرتبط و ذی‌صلاح از نظر علمی انجام گیرد.

انجـام کارآزمایـی بالینـی تنها زمانی قابـل توجیه اسـت که جامعه‌ای که افراد تحت مطالعه به آن تعلق دارند بتوانند از نتایج آن پژوهش سود ببرند.

۶. تمامی اقدامات احتیاطی لازم، برای حفظ حریم خصوصـی آزمودنی‌هـا، محرمانه‌مانـدن اطلاعـات مربوط به ایشـان و همچنین کاهـش تأثیر نامطلوب مطالعه بر سـلامت جسـمی و روانی آزمودنی‌ها باید به عمل آید.

۷. در مرحلـه‌ی طراحـی مطالعـه، بایـد نحـوه‌ی پیگیری آزمودنی‌ها پس از اتمام مطالعه تعیین شود و در صورت لزوم، برای دسترسی آن‌ها به بهترین روش پیشـگیری، تشـخیص، درمان یا سـایر مراقبت‌های مناسب، تمهیدات لازم در نظر گرفته شود. دسترسی لزوماً به معنی فراهم‌آوردن خدمات رایگان نیست.

۸. در صـورت وقوع عـوارض یا حـوادث نامطلوب قابل انتسـاب به پژوهـش، در حین و پس از مطالعه، پژوهشـگر باید اقدامات درمانی و مراقبتی مناسـب را برای آزمودنی، بـدون تحمیل هزینه به وی، فراهم آورد. تمهیـدات مالـی بـرای انجام این تعهـد، نظیر بیمه‌کـردن پژوهش، باید در هنـگام طراحی مطالعه در نظر گرفته شده باشد.

۹. اگـر در حیـن یـا بعد از انجـام پژوهـش، وجود بیمـاری یـا وضعیـت مرتبط بـا سـلامت خاصی در آزمودنی تشـخیص داده شد، پژوهشگر یا مؤسسه‌ی حامـی باید در صورت آزمودنی، وی را از این موضوع آگاه کند.

۱۰. پژوهشـگر موظف اسـت که در صورت رضایت آزمودنی، شـرکت او در کارآزمایی را به اطلاع پزشک خانواده‌ی او برساند.

۱۱. کلیـه‌ی اطلاعـات کارآزمایـی بالینـی بایـد به‌گونـه‌ای ثبت، به‌کارگیری و ذخیره شـود که امکان شناسایی، گزارش و تفسیر دقیق آن‌ها فراهم باشد.

۱۲. هرگونـه پرداخت مالی به آزمودنی باید تنها در محدوده‌ی بازپرداخت هزینه‌های تحمیل‌شده به وی در اثر شـرکت در پژوهش و قدردانی از او باشـد. باید از هرگونـه پرداخت غیرمتعارف، که احتمال داشـته باشـد آزادی فرد را بـرای قبول یا تداوم مشـارکت در پژوهش خدشه‌دار کند، خودداری شود.

۱۳. مطالعـات دوسـوکور بایـد به‌گونـه‌ای طراحی شـوند که در صورت وقوع عارضـه‌ای برای هرکدام از آزمودنی‌ها که شکسـتن کد را ایجاب کند، فردی که امکان شکستن کد را برای آن آزمودنی دارد و نحوه‌ی انجام این کار مشـخص باشـد. جزئیات این موضوع باید در دستورالعمل کارآزمایی آورده شود.

۱۴. هیـچ مداخلـه‌ای که هنوز براسـاس پزشـکی مبتنی بر شـواهد تأیید نشده اسـت، نباید به دلایلی نظیـر گیاهـی یا سـنتی‌بودن از طی تمامـی مراحل استاندارد آزمون و کارآزمایی مستثنی شمرده شود.

۱۵. چنانچـه برای یک کارآزمایـی بالینی فاز یک، آزمودنـی زن مورد نیاز باشـد، باید این افراد در سـن بـاروری نباشـند یا از روش‌های قطعی پیشـگیری از بارداری استفاده کنند.

۱۶. در کارآزمایی‌هـای بـا پرتوتابـی، نـوع و دوز مداخله باید به تأیید کمیته‌ی اخلاق رسـیده باشـد. این تأییدیه نیز باید براسـاس نظر مشورتی تخصصی باشد.

۱۷. داوطلبان سالم در کارآزمایی‌های با پرتوتابی، بایـد بیـش از پنجاه سـال سـن داشـته باشـند. در

صورتی می‌توان از افراد با سن کمتر استفاده کرد که مطالعه، مربوط به گروه سنی ایشان باشد. تعداد شرکت‌کنندگان باید در حداقل تعداد ممکن با توجه به هدف مطالعه و دقت مورد نیاز انتخاب شود.

۱۸. درصورتی‌که مداخله‌ی دارویی در مطالعه مد نظر باشد و داروی مورد نظر در فهرست دارویی کشور وجود نداشته یا به ثبت نرسیده باشد، فرایند صدور مجوز انجام مطالعه‌ی بالینی و همچنین واردات و ترخیص داروی تحقیقاتی مورد استفاده در کارآزمایی بالینی تابع مقررات و ضوابط مربوطه و به عهده‌ی سازمان غذا و داروست.

۳. فصل دوم: رضایت آگاهانه

۱. اخذ رضایت آگاهانه برای کارآزمایی بالینی باید همواره به‌صورت کتبی باشد. فرم رضایت‌نامه باید دربردارنده‌ی تمامی اطلاعات لازم برای تصمیم‌گیری فرد برای شرکت‌کردن یا نکردن در پژوهش، شامل اطلاعاتی که در بندهای بعدی این راهنما ذکر شده‌اند، باشد.

۲. فرم رضایت آگاهانه باید توسط پژوهشگر ارشد، یا عضو دیگری از تیم پژوهشی که آگاهی و توانایی لازم را دارد، به‌عنوان نماینده‌ی پژوهشگر ارشد، و آزمودنی یا نماینده‌ی قانونی او امضا شود. این فرم باید حداقل در دو نسخه تهیه شود که یک نسخه‌ی آن به آزمودنی تحویل داده می‌شود و نسخه‌ی دیگر باید توسط پژوهشگر نگهداری شود.

۳. در مواقعی که فرد به هر دلیلی قادر به خواندن فرم رضایت‌نامه‌ی مکتوب نباشد، باید فرد ثالثی که دارای تعارض منافع نباشد، مندرجات فرم را به زبان قابل فهم برای آزمودنی توضیح داده، به پرسش‌های او پاسخ دهد. در این حالت، فرم باید علاوه بر امضای پژوهشگر و امضا یا اثر انگشت آزمودنی، واجد امضای فرد ثالث پیش‌گفته نیز باشد.

۴. هنگام ارسال طرح‌نامه برای بررسی توسط کمیته‌ی اخلاق، فرم رضایت‌نامه‌ای که قرار است به آزمودنی‌ها ارائه شود، باید به طرح‌نامه پیوست باشد. بررسی اخلاقی طرح‌نامه‌ی کارآزمایی بالینی بدون بررسی و ارزیابی فرم رضایت آگاهانه‌ی آن معتبر نخواهد بود.

۵. برای اخذ رضایت، اطلاعات باید به زبانی ارائه شود که برای آزمودنی قابل فهم باشد. آزمودنی یا نماینده‌ی قانونی او باید برای پرس‌وجو درباره‌ی جزییات کارآزمایی فرصت کافی داشته باشند. باید به‌طور مشخص اعلام شود که کارآزمایی یک فرایند پژوهشی است که مشارکت در آن داوطلبانه است و شرکت‌نکردن در کارآزمایی یا خارج‌شدن از آن در هر زمانی، مراقبت از نمونه، حقوق و سلامت او را تحت تأثیر قرار نخواهد داد.

۶. آزمودنی باید به اطلاعات درباره‌ی بیمه و سایر تمهیدات برای جبران صدمات ناشی از مشارکت در کارآزمایی دسترسی داشته باشد. همچنین، او باید درباره‌ی درمان‌هایی که در صورت بروز صدمه یا ناتوانی به دنبال شرکت در کارآزمایی، در اختیار او قرار خواهد گرفت آگاه شود.

۷. اخذ رضایت آگاهانه فرایندی است که از آغاز تا پایان ارتباط پژوهشگر- آزمودنی تداوم دارد. هر زمان که اطلاعات جدیدی به دست آید که امکان داشته باشد در تصمیم‌گیری آزمودنی‌ها برای قبول یا تداوم شرکت در پژوهش تأثیرگذار باشد، این اطلاعات باید به‌صورت مکتوب در اختیار آزمودنی‌ها قرار گیرد.

۸. در زمـان اخـذ رضایـت، باید احتیاط شـود که آزمودنی‌هـا رضایـت خـود را تحـت محذوریـت و به علت وابسـتگی درمانی، اداری و... نداده باشند. در مواردی کـه این احتمال وجود دارد، رضایت آگاهانه باید توسـط فرد دیگری کـه از مطالعـه اطلاع کافی دارد و درعین‌حـال چنین رابطه‌ای با آزمودنی ندارد، کسب شود.

۹. شـروع و تداوم شـرکت آزمودنی در پژوهش باید آزادانه باشـد. از همیـن رو، هیچ‌یـک از اعضای تیم پژوهش نباید آزمودنی‌ها را برای ادامه‌ی مشارکت در مطالعه مورد اجبـار، تطمیع، اغوا، تهدید و/ یا تحت محذوریت قرار دهند.

۱۰. ازآنجاکـه تمامـی عـوارض و خسـارات قابـل انتساب به پژوهش برای آزمودنی‌ها باید جبران شود، اخذ برائت ذمه هیچ جایگاهـی در کارآزمایی بالینی نـدارد و نباید در فرم رضایت آگاهانه گنجانده شـود. این امر رضایت آگاهانه‌ی پژوهشی را از رضایت‌نامه‌ی درمانی متمایز می‌کند.

۱۱. فـرم رضایـت آگاهانه که برای اخـذ رضایت به آزمودنی داده می‌شـود، باید دربردارنده‌ی اطلاعات ذیل باشد:

- عنوان کارآزمایی؛
- ماهیت پژوهشی کارآزمایی؛
- هدف کارآزمایی؛
- درمـان (یـا مداخلـه) در کارآزمایـی و احتمـال تخصیص تصادفی به هر درمان یا مداخله؛
- روش‌هـای پیگیری شـامل روش‌هـای تهاجمی و غیرتهاجمی؛
- مسئولیت آزمودنی‌ها؛
- جنبه‌هایی از کارآزمایی که ماهیت پژوهشی دارد؛
- مخاطـرات پیش‌بینی‌پذیـر کارآزمایـی بـرای آزمودنی‌ها؛
- منافع مورد انتظار برای شـرکت‌کنندگان؛ چنانچه در یـک کارآزمایـی هیچ‌گونـه منافعـی پیش‌بینی نمی‌شود باید آزمودنی از آن آگاه باشد؛
- در صورت اسـتفاده از دارونما، توضیح معنای آن، احتمـال تخصیص به گـروه دارونما و ذکر خطرات و فوایـد احتمالی در صورت تخصیص به شـاخه یا گروه دریافت‌کننده‌ی دارونما؛
- روش‌هـای درمانـی جایگزین که ممکن اسـت در دسـترس آزمودنی باشد به همراه منافع و خطرات بالقوه‌ی آن‌ها؛
- تحمیل‌نکـردن هزینـه بـه آزمودنـی به واسـطه‌ی مداخلات پژوهشی؛
- غرامت و درمان صدماتـی که در جریان کارآزمایی ممکن است برای فرد ایجاد شود؛
- درصورتی‌کـه وجهـی در قبـال مشـارکت شـرکت‌کنندگان در مطالعـه پرداخـت می‌شـود، میزان و نحوه‌ی پرداخت آن ذکر شود؛
- بازپرداخت مخارجی که آزمودنی در اثر شـرکت در مطالعه متحمل می‌شود؛
- داوطلبانه‌بـودن مشـارکت افـراد در کارآزمایـی و تصریـح بـه اینکـه آزمودنی‌هـا در هـر مرحله از کارآزمایـی این حـق را دارند کـه از مطالعه خارج شـوند بدون اینکه لازم باشـد جریمه یا خسـارتی پرداخت کنند یا درمان معمول ایشـان تحت تأثیر قرار گیرد؛
- محرمانه‌بـودن اطلاعـات شـخصی آزمودنی‌هـا و تصریح به انتشـار نتایج به‌صورت آماری و به‌نحوی که اطلاعات فردی فاش نشود؛

- اشـخاصی که حق دسترسی به اطلاعات آزمودنی را خواهنـد داشـت، از جمله کمیتـه‌ی اخلاق در پژوهش؛
- تصریـح بـه اینکـه چنانچـه اطلاعـات جدیـدی دربـاره‌ی سـلامت افـراد یـا تأثیرگـذار بـر تـداوم مشارکت آن‌ها در دسـترس قرار گیرد، آزمودنی یا نماینـده‌ی قانونـی او در اولین فرصـت در جریان قرار خواهند گرفت؛
- نـام و شـماره‌ی تمـاس شـخص یا اشـخاصی که آزمودنی می‌تواند در زمان وقوع عوارض ناخواسته یـا برای کسـب اطلاعـات بیشـتر با آن‌هـا تماس بگیرد؛
- پیش‌بینـی و توصیف شـرایطی که در آن شـرایط، شرکت فرد در مطالعه ممکن است خاتمه یابد؛
- مـدت زمـان مـورد انتظـار مشـارکت افـراد در کارآزمایی؛
- تعـارض منافـع احتمالـی پژوهشـگران و وابستگی‌های حرفه‌ای ایشان.

۱۲. چنانچـه به هر دلیلـی کارآزمایی قبل از موعد مقرر خاتمه یابد یا تعلیق شود، مؤسسه‌ی پژوهشی یا پژوهشگر باید آزمودنی را از این موضوع مطلع کند و به او اطمینان دهد که درمان مناسب و پیگیری مورد نیاز برای او انجام خواهد شد.

۴. فصل سوم: دارونما

۱. فوایـد، خطـرات، عـوارض و کارآیـی روش مـورد آزمون بایـد با بهتریـن روش‌های پیشـگیرانه، تشخیصی یا درمانی موجود مقایسه شود.

۲. اسـتفاده از دارونمـا در کارآزمایی‌هـای بالینی درصورتی‌کـه درمان یـا مداخلات اسـتاندارد وجود داشته باشد، پذیرفتنی نیست؛ مگر در موارد ذیل:

- شـواهدی از اثربخشـی بیشـتر درمان استاندارد نسبت به دارونما وجود نداشته باشد.
- درمان اسـتاندارد به دلیل محدویت‌های هزینه یا عدم تأمین پایدار آن در دسترس نباشد؛ البته منظور از محدودیت‌هـای پرداخـت هزینـه از دیـدگاه نظام سـلامت اسـت. بنابراین، این مورد شامل حالتی که تأمین درمان استاندارد اثربخش برای افراد غنی یک جامعه ممکن و برای افراد کم‌درآمد غیرممکن باشد، نمی‌شود.
- چنانچـه جامعه‌ی بیمـاران مورد مطالعه نسـبت به درمان اسـتاندارد مقاوم باشند و درمان استاندارد جایگزین برای آنان وجود نداشته باشد.
- وقتـی کـه هـدف کارآزمایی، بررسـی تأثیـر توأم یک درمان به همراه درمان اسـتاندارد باشـد و به هر دلیلی کلیه‌ی افراد مورد مطالعه، درمان استاندارد را دریافت کرده باشند.
- وقتـی کـه بیمـاران درمـان اسـتاندارد را تحمل نمی‌کننـد و اگـر بیماران روی درمان اسـتاندارد نگه داشـته شـوند، عوارض مرتبط با درمـان و زیان‌های برگشـت‌ناپذیر با هر شـدتی برای آن‌ها ایجاد شـود و درمان استاندارد جایگزینی برای آن‌ها وجود ندارد.
- زمانی که یک روش پیشگیری، تشخیص یا درمان برای یک وضعیت خفیف بررسـی می‌شود و بیمارانی که دارونمـا دریافت می‌کنند در معرض خطر اضافی شدید یا برگشت‌ناپذیری قرار نمی‌گیرند.

۳. اسـتفاده از جراحـی دروغین به‌عنـوان دارونما پذیرفته نیسـت مگر در مواردی که کلیه‌ی شروط زیر صادق باشد:

- پیامد سنجش‌شـده سـوبژکتیو (ذهنی) باشد، از

قبیل درد و کیفیت زندگی؛

- جراحی استاندارد قابل قیاس وجود نداشته باشد و تنها راه سنجش دقیق اثربخشی مداخله، استفاده از کنترل جراحی دروغین باشد؛

- خطر جراحی دروغین پایین باشد؛

- بیمار با آزادی کامل و با آگاهی از اینکه ممکن است مورد جراحی دروغین قرار بگیرند که هیچ نفع درمانی برای آن‌ها ندارد، رضایت کتبی داده باشد.

- کمیته‌ی اخلاق انجام جراحی دروغین را درباره‌ی مداخله‌ی مورد نظر با رعایت دستورالعمل ارائه‌شده مجاز تشخیص بدهد.

راهنمای اخلاقی پژوهش بر گامت و رویان در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۹۲

۱. مقدمه

دانش بشر در زمینه‌های زیست‌شناسی و زیست‌فناوری تولید مثل در دهه‌های اخیر پیشرفتی گسترده و شایان توجه یافته است. این تحول با به‌کارگیری تکنیک‌های باروری خارج رحمی به دوران جدیدی وارد شد و در پی آن، دانش زیست‌شناسی تولید مثلی و فناوری‌های کمک‌باروری از رشدی فزاینده و چشمگیر برخوردار شد. در نتیجه، پژوهش درباره‌ی گامت و رویان‌های حاصل از باروری آزمایشگاهی، دغدغه‌های اخلاقی ویژه‌ای را پدید آورد. پژوهش روی گامت و رویان انسانی، به واسطه‌ی انتساب آن به انسان که واجد کرامت است، با ملاحظات و الزامات اخلاقی ویژه‌ای توأم است که در این راهنما به آن‌ها اشاره شده است. پژوهشگران باید علاوه بر این راهنما از سایر قوانین و مقررات کشور شامل راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش و دیگر راهنماهای اختصاصی اخلاق در پژوهش کشور آگاه باشند و آن‌ها را رعایت کنند. مفاد این راهنما ناظر بر تمامی پژوهش‌هایی است که روی گامت یا رویان آزمایشگاهی (تا پیش از ایجاد بارداری) انجام می‌گیرند.

۲. فصل اول: کرامت انسانی

۱. هیچ پژوهشی نباید روی رویان یا گامت انسان انجام شود، مگر آنکه برای سلامت باروری یا سایر جنبه‌های سلامت انسان ضروری باشد و جایگزین مناسب دیگری برای رویان یا گامت انسانی وجود نداشته باشد.

۲. هرگونه خرید یا فروش گامت یا رویان انسانی، یا استفاده از رویانی که از طریق روابط تجاری به دست آمده باشد، ممنوع است.

۳. تولید رویان انسان با هدف پژوهشی ممنوع است. پژوهش درباره‌ی رویان تنها در صورتی پذیرفتنی است که آن رویان‌ها به قصد درمان ناباروری و تولید مثل تولید شده باشند و از رویان‌های اضافی باقی‌مانده برای پژوهش استفاده شود.

تبصره. درباره‌ی شبیه‌سازی پژوهشی‌درمانی، تولید رویان انسانی با هدف درمانی و درصورتی‌که روش جایگزینی برای تولید سلول بنیادی مدنظر در دسترس نباشد، مجاز است.

۴. القای تخمک‌گذاری و استحصال تخمک از بدن انسان تنها برای پژوهش ممنوع است. از تخمک‌هایی برای پژوهش باید استفاده شود که با هدف باروری القا و استحصال‌شده و در پایان فرایند کمک‌باروری زیاد آمده باشند، یا در خارج از بدن

(بـرای مثـال، از سـلول‌های بنیادی) حاصل شـده باشند.

۵. انجام‌دادن پژوهش‌هایی که مسـتلزم آسـیب یا تخریـب رویان اسـت، پژوهـش بر رویان‌های بیشـتر از چهـارده روز پس از لقاح، ممنوع اسـت (در موارد فـوق، مدت زمانی که رویان منجمد شـده اسـت در نظر گرفته نمی‌شود).

تبصره. دست‌کاری (شـامل بیوپسی) از رویانی که قرار اسـت منجر به بارداری شـود، با هـدف درمانی برای همان رویان، بلامانع است.

۶. تعـداد رویان‌هـای مـورد پژوهش بایـد حداقل تعداد لازم برای رسیدن به هدف پژوهش باشد.

۷. پژوهش با اهداف زیر روی گامت یا رویان انسان ممنوع است:

- به‌نژادی؛
- به‌سازی ژنتیکی و توان‌افزایی؛
- تولیـد موجـودات هیبریـد یـا کایمرای انسـان و حیوان؛
- تغییـر محتـوای ژنتیکی گامـت یا رویان انسـان کـه قرار اسـت به رحـم منتقل شـود، مگـر با هدف پیشگیری از بیماری یا درمان؛
- شبیه‌سازی تولید مثلی انسان.

۳. فصل دوم: رضایت آگاهانه و رازداری

۱. ازآنجایی‌کـه رویـان حاصل گامت‌هـای زوجین اسـت و نمی‌تـوان بـه آن نـام فرزنـد را اطـلاق کرد، رضایت شرکت در پژوهش باید از زوجینی گرفته شود کـه از گامت آن‌ها برای ایجاد رویان اسـتفاده شـده اسـت. در ایـن راهنما بـه زوجین مذکـور، صاحبان رویان گفته می‌شود.

۲. هرگونـه پژوهـش بـر رویـان انسـانی بـه اخـذ رضایت‌نامه از صاحبان رویان و کسب مجوز کمیته‌ی اخلاق در پژوهش نیاز دارد.

۳. صاحبـان رویـان بایـد آگاه شـوند کـه فراینـد اطلاع‌رسـانی و اخذ رضایت برای شرکت در پژوهش کامـلاً از رونـد درمـان ناباروری مجزاسـت و درمان منـوط بـه چنین رضایتی نیسـت. ذکر ایـن نکته در تمامی طرح‌نامه‌های پژوهشی ضروری است.

۴. صاحبـان رویـان می‌توانند در هـر زمان رضایت خود را برای استفاده از رویان در پژوهش پس بگیرند. پـس گرفتن رضایـت فقط می‌تواند تا قبـل از انتقال رویان به رحم باشد.

۵. صاحبـان رویـان حـق ندارند اسـتفاده از رویان اهدایی خود را به افراد خاصی محدود کنند.

۶. پژوهشـگران بایـد اطلاعـات مربـوط به منشـأ زیست‌شـناختی گامت‌هـا و رویان‌هـا را دقیقـاً ثبـت کننـد. در ایـن میـان حفـظ صحـت و رعایت خصوصی‌بودن اطلاعات فوق ضروری است.

۴. فصل سوم: مواردی که پژوهش بر رویان منجر به بارداری می‌شود

۱. در این‌گونـه پژوهش‌ها بایـد زیان‌های احتمالی شـرکت در پژوهش، در قیاس با منافع آن برای فرزند حاصـل توجیه‌پذیر باشـد. در پژوهش‌هایی که فقط بـرای به‌دسـت‌آوردن اطلاعات جدید اسـت، امکان هرگونه خطر افزوده‌ای، پذیرفتنی نیست.

۲. پژوهشـگران بایـد اطمینـان حاصـل کننـد که احتمـال هرگونه عـوارض ناخواسـته بـرای رویان یا مخاطرات طولانی‌مدت برای سـلامت فرزند حاصل، در کمترین حد ممکن است.

راهنمای اخلاقی پژوهش بر روی عضو و بافت انسانی در جمهوری اسلامی ایران

۱. مقدمه

با توجه به پیشرفت‌های علمی و فنی حاصل از پژوهش روی اعضا و بافت‌های انسانی و نیز با تأکید بر اهمیت انجام این‌گونه پژوهش‌ها، ضرورت رعایت اصول و ملاحظات اخلاقی مرتبط، امری بدیهی و اساسی است. هرگونه استفاده از اجزای بدن انسان، باید با توجه کامل به اصول اخلاقی به‌ویژه کرامت انسانی و ضوابط قانونی و شرعی باشد. با رعایت این اصول و ملاحظات است که می‌توان از بافت‌ها و اعضای انسانی، برای اهداف درمانی و آموزشی و پژوهشی استفاده کرد. راهنمای حاضر دربردارنده‌ی آن دسته از اصول و ملاحظات اخلاقی اساسی است که در پژوهش روی عضو و بافت انسانی باید در کانون توجه قرار گیرد و رعایت شود. منظور از پژوهش بر عضو و بافت انسانی، پژوهش‌هایی است که در آن‌ها از اجزای بدنی با منشأ انسانی، مشتمل بر عضو، بافت یا ترشحات بدن فرد زنده، مرده، جنین یا جفت استفاده می‌شود. پژوهشگران موظف‌اند علاوه بر این راهنما، از راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی و سایر قوانین، مقررات و راهنماهای رسمی کشور درباره‌ی پژوهشی که انجام می‌دهند، آگاه باشند و آن‌ها را رعایت کنند. این راهنمای اخلاقی در دو بخش عمومی و اختصاصی تدوین شده است.

۲. راهنمای عمومی

۱. پژوهشگر باید به این امر مهم توجه داشته باشد که بافت‌ها و اعضای مورد استفاده، دارای منشأ انسانی‌اند و کرامت انسانی اقتضا می‌کند که جمع‌آوری، نگهداری، استفاده و نابودسازی آن‌ها توأم با رعایت ملاحظات و شئون مرتبط باشد.

۲. از اجزای بدنی دارای منشأ انسانی باید تنها در پژوهش‌هایی استفاده شود که اهداف ارزشمندی را با هدف مبارزه با بیماری‌ها و ارتقای سلامت انسان‌ها دنبال می‌کنند.

۳. تمامی پژوهش‌ها روی عضو و بافت انسانی، پیش از اجرا، باید مورد تأیید کمیته‌ی اخلاق در پژوهش مرتبط قرار گیرد. کمیته‌ی اخلاق در پژوهش حق دارد در تمامی مراحل پژوهش بر آن نظارت داشته باشد. پژوهشگران باید در این زمینه با کمیته‌ی اخلاق در پژوهش همکاری کنند.

۴. رضایت آگاهانه‌ی فرد دهنده‌ی عضو یا بافت، یا جانشین قانونی او، شرط اساسی در تأیید اخلاقی هر پژوهش بر عضو و بافت انسانی است. رضایت‌نامه باید با رعایت تمامی اصول مرتبط تهیه و هنگام ارسال طرح‌نامه برای تصویب، به آن پیوست شده باشد.

۵. در مواردی که اخذ رضایت آگاهانه از دهنده‌ی نمونه‌ی ذخیره‌شده یا جانشین قانونی او امکان‌پذیر نباشد، به شرط وجود رضایت کلی اولیه بر استفاده‌ی پژوهشی، در صورت تأیید کمیته‌ی اخلاق در پژوهش می‌توان از آن نمونه برای پژوهش استفاده کرد. در چنین مواردی باید از نمونه‌هایی استفاده شود که به‌نحوی برگشت‌ناپذیر بی‌نام شده باشد.

۶. تمامی اطلاعاتی که از صاحبان عضو یا بافت

مورد پژوهش، جمع‌آوری و ثبت می‌شود، راز حرفه‌ای تلقی می‌شود؛ ازاین‌رو، تمامی اصول و ملاحظات مربوط به رازداری و حفظ حریم شخصی، باید درباره‌ی آن‌ها مراعات شود.

۷. مرکز انجام‌دهنده‌ی پژوهش روی عضو و بافت باید مهارت و امکانات لازم را برای حفظ رازداری داشته باشد؛ در غیر این صورت، اطلاعات باید به شکل بی‌نام و غیرقابل ردیابی ثبت و ذخیره شود.

۸. پژوهشگر باید از اعضا و بافت‌هایی که به منظور پژوهش در اختیار او قرار می‌گیرد استفاده‌ی بهینه کرده، از هدررفتن آن‌ها جلوگیری کند.

۹. پژوهشگر موظف است تمهیدات لازم ایمنی، از جمله آزمون‌های غربالگری و وسایل محافظت‌کننده را برای جلوگیری از انتقال آلودگی از اجزای بدنی مورد استفاده به هر فرد دیگر، اعم از پژوهشگران، آزمودنی‌ها یا سایر افرادی که در فرایند پژوهش با این مواد سروکار خواهند داشت، پیش‌بینی و تأمین کند.

۱۰. پژوهش روی عضو و بافت ممکن است به ایجاد روش‌ها و محصولاتی منجر شود که به استفاده‌ی تجاری از آن‌ها بینجامد. حقوق مالکیت معنوی نتایج حاصل از این‌گونه پژوهش‌ها باید تأیید و حمایت شود. احتمال استفاده‌ی تجاری از نتایج پژوهش و اشخاصی که احتمالاً از آن منتفع خواهند شد باید در رضایت‌نامه آورده شود.

۱۱. زمان، نحوه و میزان اطلاع آزمودنی‌ها از نتایج پژوهش باید در رضایت‌نامه آورده شود. درهرحال، آزمودنی یا نماینده‌ی قانونی او باید به تمامی اطلاعاتی که در طول پژوهش درباره‌ی او به دست می‌آید، دسترسی داشته باشد.

۱۲. در صورت کمبود بافت یا عضو، باید استفاده‌های درمانی بر استفاده‌های پژوهشی اولویت داده شود.

۳. راهنماهای اختصاصی

۳- ۱. فصل ۱: استفاده از اعضا و بافت‌های جنین سقط‌شده‌ی انسان برای پژوهش

به موجود حاصل از لقاح، تا هشت هفتگی «رویان»، پس از هشت هفتگی تا زمان زایمان «جنین» و بلافاصله پس از آن تا ۲۸روزگی «نوزاد» اطلاق می‌شود. در هرگونه پژوهش روی جنین، علاوه بر مفاد این راهنما، باید اصل کرامت انسانی و تمامی موازین قانونی و شرعی رعایت شود:

۱. ضرورت انجام پژوهش و سایر اجزای طرح‌نامه باید توسط کمیته‌ی اخلاق در پژوهش تأیید شود.

۲. جنین انسانی نباید خرید و فروش شود یا از آن هرگونه استفاده‌ی تجاری دیگری شود.

۳. درباره‌ی استفاده از اجزای بدن جنین سقط‌شده، و نیز خون بند ناف، ازآنجاکه خون جنینی محسوب می‌شود، اخذ رضایت آگاهانه هم از پدر و هم از مادر جنین مورد استفاده ضروری است.

۴. جفت و سایر محتویات رحم به جز جنین، از بافت‌های مادر محسوب می‌شوند؛ لذا رضایت مادر برای استفاده از آن‌ها لازم و کافی است.

۵. فرد یا تیمی که درباره‌ی انجام سقط جنین تصمیم‌گیری می‌کند باید کاملاً مستقل از تیم طراحی‌کننده یا اجراکننده‌ی پژوهش روی آن جنین بعد از سقط باشد.

۶. تا پیش از پایان مراحل سقط جنین، نباید

هیچ‌گونه تصمیم‌گیری یا مذاکره‌ای درباره‌ی استفاده‌ی احتمالی آتی از آن جنین در پژوهش انجام گیرد.

۷. در تمامی مراحل انجام و انتشار نتایج پژوهش باید رازداری و حریم خصوصی افراد مرتبط با جنین حفظ شود.

۸. پژوهش نباید دربردارنده‌ی هیچ‌گونه آسیب یا زیانی برای مادر باشد.

۳- ۲. فصل ۲: برداشت عضو یا بافت از جسد انسان یا فرد دچار مرگ مغزی

۱. در تمامی مواردی که از عضو یا بافت جسد انسان به منظور انجام پژوهش استفاده می‌شود، باید ارزش علمی، ضرورت انجام مطالعه و تمهیدات اندیشیده‌شده برای رعایت کرامت متوفی و حقوق بازماندگان، از جمله اخذ رضایت آگاهانه‌ی متناسب، در طرح‌نامه منعکس شده و به تأیید کمیته‌ی اخلاق در پژوهش رسیده باشد.

۲. شیوه و شرایط اخذ رضایت برای استفاده‌ی پژوهشی از جسد، همانند اخذ رضایت برای استفاده‌ی درمانی است. بدین‌ترتیب که رضایت آگاهانه‌ی وراث قانونی متوفی برای برداشت و استفاده از اعضا و بافت‌ها ضروری است. چنانچه شخص در زمان حیات خود از به‌کاربردن اعضا و بافت‌هایش برای پژوهش ناراضی باشد، وارث او نمی‌تواند به این کار رضایت دهد.

۳. درصورتی‌که از اجزای فرد دچار مرگ مغزی برای پژوهش استفاده شود، باید تمامی شرایط و موارد قانونی و آیین‌نامه‌ی اجرایی مرگ مغزی و نیز پروتکل تأیید مرگ مغزی، لحاظ شود.

۴. قطع حمایت قلبی‌تنفسی از فرد دچار مرگ مغزی، نباید صرفاً با هدف استفاده‌ی پژوهشی از اجزای بدن او انجام گیرد. بلکه هرگونه برداشت عضو یا بافت از بدن این افراد باید پس از قطعی‌شدن مرگ قلبی‌تنفسی یا پس از اهدای اعضای حیاتی با هدف استفاده‌ی درمانی باشد.

۵. نگهداری اجزای بدنی افراد فوت‌شده در زیست‌بانک‌ها باید با کسب رضایت آگاهانه از وراث او باشد. این اجزا باید تنها برای همان اهدافی استفاده شود که در رضایت‌نامه مشخص شده است. وراث حق دارند که هر وقت بخواهند خواهان خارج‌شدن اجزای بدنی فرد متوفی از زیست‌بانک شوند.

۶. اجزای بدنی استفاده‌شده در پژوهش باید پس از پایان استفاده، با رعایت موازین شرعی، یا منطبق با موازین و آیین‌های دینی مورد اعتقاد متوفی، امحاء یا دفن شود.

۳- ۳. فصل ۳: پژوهش‌های شامل پیوند عضو یا بافت از دهنده‌ی زنده

۱. در پژوهش‌های پیوند عضو یا بافت، خواست و رضایت‌دهنده‌ی زنده درهرحال بر خواست و منافع گیرنده اولویت دارد. اخذ رضایت کتبی و آگاهانه از دهنده و گیرنده ضرورت دارد. این رضایت آگاهانه‌ی مکتوب باید شامل شیوه‌ی اجرای پژوهش، اهداف، نوع و میزان عضو یا بافتی که اخذ و پیوند خواهد شد و تمامی خطرات ناشی از آن باشد.

۲. پژوهش منحصراً در اعضا و بافت‌های تجدیدشونده‌ی فرد زنده، مانند مغز استخوان، مجاز است. در موارد خاصی که ضرورت حتمی برای استفاده از سایر اعضا وجود داشته باشد، با نظارت و تأیید کمیته‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه، می‌توان از اعضایی که جفت بوده و عارضه‌ی فقدان یکی

از آن‌ها قابل چشم‌پوشی است، برای انجام‌دادن پژوهش استفاده کرد؛ به شرطی که فرد دهنده تا پایان عمر تحت پوشش بیمه‌ای متناسب قرار گیرد و خسارات احتمالی مربوط به اهدای عضو جبران شود. استفاده از اعضای حیاتی مانند قلب یا مغز، یا اعضای جفتی که فقدان یکی از آن‌ها در کیفیت حیات تأثیر زیادی دارد، مثل چشم، در پژوهش ممنوع است.

۳. درصورتی‌که پس از برداشت عضو یا بافت، در مدت‌زمان معینی نیاز به پیگیری یا درمان‌های ویژه در دهنده وجود داشته باشد، باید شرایط و امکانات لازم برای پیگیری فرد دهنده فراهم شود و در صورت نیاز به درمان، درمان‌های مورد نیاز به رایگان در اختیار او قرار گیرد. این پژوهش‌ها باید تحت پوشش بیمه قرار گیرند. اگر فرد دهنده، در طولِ دوره‌ی پیگیری یا پس از پایان آن، با عارضه‌ای مراجعه کند که قابل انتساب به دادن عضو یا بافت باشد، هزینه‌های ناشی از آن عارضه باید جبران شود.

۴. تا زمانی که پژوهش به مرحله‌ی بازگشت‌ناپذیر نرسیده است، فرد دهنده می‌تواند از اهدای عضو یا بافت خود منصرف شود. در این صورت، اگر دهنده درخواست کند، عضو یا بافت باید معدوم یا به او تحویل داده شود. درصورتی‌که فرد دهنده منصرف شود، نباید هیچ‌گونه هزینه‌ای از او اخذ شود.

۵. از مشوق‌های مالی و امتیازات خاص نباید برای ایجاد انگیزه جهت دادن عضو یا بافت استفاده شود.

۶. افرادی که توانایی دادن رضایت آزادانه و آگاهانه را ندارند، مانند کودکان، عقب‌ماندگان ذهنی، بیماران روانی و زندانیان، نباید دهنده‌ی عضو یا بافت برای انجام‌دادن پژوهش باشند. همچنین این گروه فقط می‌توانند در پژوهش‌های درمانی که با احتمال منفعت درمانی مستقیم برای ایشان همراه باشد به‌عنوان گیرنده شرکت کنند.

۷. انجام پژوهش نباید هیچ‌گونه خللی در دریافت درمان‌های استاندارد و در دسترس برای فرد گیرنده ایجاد کند.

۳- ۴. فصل ۴: زیست‌بانک‌ها

۱. ذخیره‌سازی اعضا، بافت‌ها یا اجزای بدنی با منشأ انسانی باید با اخذ رضایت آگاهانه باشد. در رضایت‌نامه باید نحوه و مدت نگهداری و استفاده‌های احتمالی آتی آورده شود.

۲. فرد حق دارد هر وقت که بخواهد درخواست کند که نمونه‌هایش از زیست‌بانک خارج شوند. این در صورتی است که هویت دهنده‌ی نمونه مشخص یا قابل ردیابی باشد.

۳. درصورتی‌که هویت فرد دهنده‌ی نمونه، مشخص یا قابل ردیابی باشد، برای هر پژوهش جدید باید از فرد یا نماینده‌ی قانونی او رضایت آگاهانه گرفته شود.

۴. درباره‌ی نمونه‌هایی که هویت دهنده‌ی آن‌ها قابل ردیابی نباشد، می‌توان با استناد به رضایت‌نامه‌ی کلی اولیه، پژوهش‌های جدید را بدون اخذ رضایت‌نامه انجام داد.

۵. در استفاده از بافت‌های ذخیره‌شده در زیست‌بانک‌ها، درصورتی‌که امکان استفاده‌ی درمانی و پژوهشی وجود داشته باشد، باید اولویت به مصارف درمانی داده شود. درهرحال، انجام پژوهش نباید به میزان و کیفیت استفاده‌های درمانی لطمه‌ای وارد کند.

راهنمای اخلاقی پژوهش بر گروه‌های آسیب‌پذیر در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۹۲

۱. مقدمه

فردی یا گروهی از افراد، آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند که استعداد یا بی‌پناهی خاصی در برابر دچارشدن به جراحت یا آسیب یا تهاجمی (اعم از جسمانی یا روانی) داشته باشند. به معنای عام کلمه، تمامی انسان‌ها آسیب‌پذیرند؛ بنابراین، پژوهشگران باید در برابر آسیب‌پذیری تمامی آزمودنی‌های خویش و دیگر طرف‌های درگیر در پژوهش، آگاه و حساس باشند.

اما گاهی ویژگی خاصی، نظیر سن یا بیماری یا وضعیت اجتماعی، برخی از آدمیان را در وضعیتی ویژه‌تر از آسیب‌پذیری قرار می‌دهد. هنگامی که سخن از پژوهش به میان می‌آید، مهم‌ترین جلوه‌گاه این حالت ویژه‌ی آسیب‌پذیری، ناتوانی یا کم‌توانی در دادن رضایت آگاهانه و آزادانه است. به این معنا که امکان «آگاهانه‌بودن» یا «آزادانه‌بودن» رضایت، در افراد آسیب‌پذیر، در مقایسه با افراد عادی، در حدی قابل ملاحظه پایین‌تر است.

پژوهش بر گروه‌های آسیب‌پذیر درعین‌حالی که با ویژگی‌ها و دغدغه‌های اخلاقی خاصی همراه است، برای خود این افراد مفید و گاه ضروری است؛ بنابراین، نباید افراد را از انجام‌دادن این‌گونه پژوهش‌ها منع کرد، بلکه باید با رعایت ملاحظات قانونی و اخلاقی توأم گردد تا در عین بهره‌مندی از فواید پژوهش، از خدشه‌دارشدن حقوق و زیان‌دیدن ناموجه این افراد جلوگیری شود.

این راهنما دربردارنده‌ی مهم‌ترین دستورالعمل‌های اخلاقی در پیوند با گروه‌های آسیب‌پذیر است. مقدمه و فصل کلیات این راهنما در پیوند با پژوهش روی تمامی گروه‌های آسیب‌پذیر صادق است؛ اما در ادامه، فصل‌هایی در رابطه با برخی از گروه‌های آسیب‌پذیر که از اهمیت خاصی برخوردارند آورده شده است. این گروه‌ها عبارت‌اند از: نوزادان و کودکان، ناتوانان ذهنی، زنان باردار و جنین‌ها، زندانیان و بیماران اورژانسی.

پژوهشگرانی که روی آزمودنی‌هایی از گروه‌های آسیب‌پذیر پژوهش می‌کنند باید پیش از آغاز طراحی پژوهش از مفاد این راهنما آگاهی کسب کرده، آن را در تمامی مراحل طراحی و اجرا و گزارش پژوهش رعایت کنند. همچنین، باید از راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش و سایر راهنماهای اختصاصی و قوانین و مقررات کشوری مرتبط با پژوهش خود آگاه بوده، آن‌ها را نیز رعایت کنند.

۲. فصل اول: کلیات

۱. در پژوهش‌های علوم پزشکی نباید از افراد آسیب‌پذیر به‌عنوان آزمودنی ترجیحی استفاده شود و تنها در صورتی باید از این افراد در پژوهش استفاده شود که دلیل موجهی برای آن وجود داشته باشد.

۲. از افراد آسیب‌پذیر، باید در تمامی مراحل طراحی و اجرا و گزارش پژوهش، به‌صورت ویژه حفاظت شود.

۳. طراحی و اجرای پژوهش باید به‌گونه‌ای باشد که کرامت انسانی، احترام و تمامیت جسمانی و روانی این شرکت‌کنندگان رعایت و حفاظت شود.

۴. در صورت ضرورتِ استفاده از افراد آسیب‌پذیر

در پژوهش، باید تا حد ممکن افرادی به‌عنوان آزمودنی انتخاب شوند که کمتر آسیب‌پذیر باشند.

۵. در پژوهش‌های غیردرمانی تنها در صورتی باید از افراد آسیب‌پذیر استفاده شود که نتایج پژوهش برای خود شرکت‌کننده یا سایر افرادی که به همان گروه آسیب‌پذیر تعلق دارند مفید باشد و خطر پژوهش برای هر شرکت‌کننده بیش از حد متعارف در زندگی روزمره نباشد.

۶. در پژوهش‌های درمانی تنها در صورتی باید از افراد آسیب‌پذیر استفاده شود که نسبت فایده به زیان مورد انتظار برای خود آزمودنی به‌گونه‌ای باشد که انجام پژوهش را مبتنی بر منافع شخص آزمودنی توجیه کند.

۷. داشتن تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین، ضرورت اخذ رضایت آگاهانه از خود آزمودنی را مرتفع نمی‌کند. درباره‌ی افرادی که تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین (اعم از سرپرست قانونی) دارند، باید تا حد ممکن از خود فرد هم رضایت آگاهانه و آزادانه اخذ شود.

۸. امتناع فرد از قبول یا ادامه‌ی شرکت در مطالعه را باید جدی گرفت و به آن احترام گذاشت.

۳. فصل دوم: نوزادان و کودکان

۱. در این راهنما دوره‌ی نوزادی از بدو تولد تا پایان ۲۸روزگی در نظر گرفته می‌شود. دوره‌ی کودکی نیز به سنینی اطلاق می‌شود که پس از نوزادی آغاز و تا پایان هجده‌سالگی ادامه می‌یابد. همچنین، سرپرست قانونی به ولی، قیم، یا فرد بزرگ‌سال دیگری اطلاق می‌شود که بر طبق قانون، سرپرستی کودک را بر عهده دارد.

۲. هدف از پژوهش باید پیشبرد دانش در رابطه با سلامت نوزادان و کودکان یا ارتقای سلامت و مراقبت از این گروه باشد.

۳. در نوزادان باید رضایت کتبی هم از پدر و هم از مادر نوزاد گرفته شود. در صورت عدم دسترسی به آن‌ها یا فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری در هریک از والدین، رضایت‌گرفتن از یکی از آن‌ها کفایت می‌کند. در صورت عدم دسترسی یا فقدان ظرفیت در هر دو والد، رضایت سرپرست قانونی واجد صلاحیت برای انجام پژوهش‌های درمانی لازم است؛ اما در پژوهش‌های غیردرمانی انجام‌دادن پژوهش‌ها در چنین شرایطی ممنوع است.

۴. کودکان از نظر دارابودن ظرفیت برای دادن رضایت به سه گروه سنی تقسیم می‌شوند: زیر هفت سال، هفت تا پانزده سال، و بالای پانزده سال.

- در کودکان زیر هفت سال باید رضایت کتبی هم از پدر وهم از مادر نوزاد گرفته شود. در صورت عدم دسترسی به یکی از آن‌ها یا فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری درهریک از والدین، رضایت از یکی از آن‌ها کفایت می‌کند. در صورت عدم دسترسی یا فقدان ظرفیت در هر دو والد، رضایت سرپرست قانونی واجد صلاحیت برای انجام‌دادن پژوهش‌های درمانی لازم است؛ اما در پژوهش‌های غیردرمانی، انجام‌دادن پژوهش‌ها در چنین شرایطی ممنوع است.

- در کودکان هفت تا پانزده سال تمام، باید از سرپرست قانونی رضایت آگاهانه‌ی کتبی گرفته شود. همچنین، باید متناسب با سطح درک و شناخت کودک، موافقت آگاهانه‌ی وی نیز اخذ شود. کودك حق دارد که اطلاعات لازم را در حد توانایی فهم خود دریافت کند، نظر خود را بیان کند و

تصمیم بگیرد. روش‌های مورد استفاده برای ارائه‌ی اطلاعات و اخذ رضایت، باید متناسب با سن و قدرت فهم کودك باشد.

- در کودکان بالای پانزده سال، رضایت آگاهانه‌ی کتبی باید هم از سرپرست قانونی و هم از کودک اخذ شود.

۵. درباره‌ی کودکانی که بر طبق نظر مراجع قضایی حکم رشد گرفته‌اند، اخذ رضایت از خود فرد ضروری و کافی است.

۶. اگر سن سرپرست قانونی کمتر از هجده سال باشد، تنها در صورتی می‌تواند به نیابت از کودك رضایت دهد که ظرفیت تصمیم‌گیری در ایشان محرز شود.

۷. پژوهش بر نوزادان یا کودکان تنها در صورتی باید انجام گیرد که انجام آن پژوهش بر روی سنین بالاتر امکان‌پذیر نباشد یا توجیه اخلاقی برای انجام آن پژوهش بر کودکان وجود داشته باشد.

۸. از حیث برخی از ملاحظات اخلاق در پژوهش، نوزادان به سه گروه تقسیم می‌شوند:

- نوزادانی که از قابلیت زنده‌ماندن برخوردارند؛
- نوزادانی که زنده‌ماندن آن‌ها جای تردید است؛
- نوزادانی که زنده نمی‌مانند.

۹. در نوزادانی که زنده نمی‌مانند یا زنده‌ماندن آن‌ها محل تردید است، هرگونه تصمیم‌گیری درباره‌ی احیا یا عدم احیای قلبی‌عروقی نوزاد، استفاده از ونتیلاتور، تداوم یا قطع استفاده از ونتیلاتور باید تنها براساس منافع سلامت خود نوزاد انجام گیرد و این تصمیمات تحت تأثیر شرکت احتمالی نوزاد در پژوهش قرار نگیرد.

۱۰. نوزادانی که زنده‌ماندن یا نماندن آن‌ها مشخص نیست (مشکوک از نظر قابلیت احیاشدن) در پژوهش شرکت داده نمی‌شوند، مگر اینکه اطمینان حاصل شود که

- شرکت نوزاد در پژوهش منجر به افزایش احتمال زنده‌ماندن او می‌شود و تمامی خطرات احتمالی در حداقل ممکن است.

- هدف از پژوهش دستیابی به اطلاعات پزشکی مهم است که از روش‌های دیگر نتوان به آن دست یافت و هیچ‌گونه خطر بیشتری در نتیجه‌ی شرکت نوزاد در پژوهش برای او به وجود نمی‌آید.

۱۱. پژوهش‌هایی که به‌طور مستقیم سودی به کودکان و نوزادان شرکت‌کننده نرساند، درصورتی‌که باعث ایجاد منافع برای گروه کودکان و نوزادان شود اخلاقی محسوب می‌شود؛ البته با این شرط که ضرری را متوجه آزمودنی‌ها نکند.

۱۲. در پژوهش‌های درمانی، نسبت فایده به خطرات مورد انتظار برای خود آزمودنی‌ها باید به‌گونه‌ای باشد که انجام پژوهش را براساس منافع آزمودنی‌ها توجیه کند.

۱۳. ارزیابی خطر باید توسط تمامی افراد درگیر در پژوهش صورت گیرد که شامل سرپرستان قانونی، محققان، متخصصان درگیر، کمیته‌ی اخلاق در پژوهش و خود کودك (در صورت امکان) می‌شود.

۱۴. در ارزیابی خطرات ناشی از پژوهش، باید توجه داشت که برخی از مداخله‌هایی که در بزرگسالان کم‌خطر به حساب می‌آیند (مانند خون‌گیری وریدی)، درباره‌ی کودکان و نوزادان با درنظرگرفتن درد و اضطرابی که تجربه می‌کنند و اثرات احتمالی آن بر تکامل سیستم عصبی آن‌ها از گروه کم‌خطر خارج خواهد شد.

۱۵. زمانی که لازم نباشد پژوهش حتماً بر روی گروه سنی خاصی از کودکان انجام شود، کودکان بزرگ‌تر برکودکان کم‌سن‌وسال‌تر برای شرکت در پژوهش ارجح‌اند.

۱۶. در پژوهش‌هایی که شامل پرسشگری، اعم از مصاحبه یا تکمیل پرسش‌نامه‌اند، باید توجه داشت که احساس گناه، بدبینی یا نگرانی نامناسب در والدینی که مورد پرسشگری قرار می‌گیرند ایجاد نشود. برای این منظور، باید توضیحات لازم در ضمن اخذ رضایت آگاهانه ارائه شود.

۱۷. نباید هیچ‌گونه هزینه‌ی مالی برای شرکت در پژوهش به کودکان یا سرپرست قانونی آنان پرداخت شود؛ ولی هزینه‌هایی که در نتیجه‌ی شرکت در پژوهش متحمل شده‌اند باید پرداخت شود. دادن هدیه‌های کوچک و فاقد ارزش مالی بالا (مانند بسته‌ی کوچک مدادرنگی یا کاغذ رنگی یا میان‌وعده‌های ساده) به کودکان شرکت‌کننده در پژوهش از نظر اخلاقی ایرادی ندارد و تشویق می‌شود.

۱۸. سرپرستان کودك این حق را دارند که در طی انجام پژوهش کودك خود را همراهی کنند.

۱۹. سرپرستان کودك، در صورت تمایل، باید از فرصت کافی برای مشورت با بستگان، مراقبان بهداشتی و مشاوران مستقل در رابطه با شرکت در پژوهش، برخوردار شوند.

۲۰. باید به تمامی سؤالات و دغدغه‌های سرپرستان کودک در طی پژوهش پاسخ مناسب داده شود.

۲۱. اخذ رضایت آگاهانه از کودک و سرپرستان او ترجیحاً باید توسط شخص یا اشخاصی انجام گیرد که در تیم درمانی او مشارکت ندارند.

۴. فصل سوم: زنان باردار و جنین

۱. شیوه‌ی انجام پژوهش باید از نظر علمی صحیح باشد؛ یعنی پژوهش‌های پیش‌بالینی (پژوهش روی حیوانات باردار) و نیز پژوهش‌های بالینی (مانند پژوهش روی زنان غیرباردار) قبلاً انجام‌شده و اطلاعات لازم به منظور ارزیابی خطرهای احتمالی حاصل از پژوهش بر زنان باردار و جنین فراهم شده باشد.

۲. پژوهشگر باید برای پایش وضعیت مادر و جنین در طی پژوهش و نیز پیامدهای بلندمدت و کوتاه‌مدت پژوهش بر آن‌ها، برنامه‌ریزی مشخصی داشته باشد.

۳. در فرایند تصمیم‌گیری و اخذ رضایت باید درباره‌ی سود و زیان ناشی از شرکت‌کردن یا نکردن در پژوهش به زنان باردار اطلاعات کافی داده شود که شامل نتایج و اثرات پژوهش بر مادر، جنین، سیر بارداری، نوزاد و نیز قدرت باروری مادر در آینده است.

۴. اطلاعات لازم با هدف گرفتن رضایت برای شرکت در پژوهش، نباید در زمان زایمان (زمان لیبر که افراد به‌طور طبیعی قادر به تمرکز بر جزئیات اطلاعات مربوط به پژوهش نیستند) به والدین داده شود.

۵. چنانچه پژوهش فقط به جنین سود مستقیم برساند، رضایت آگاهانه باید هم از مادر و هم از پدر گرفته شود. اگر پدر در دسترس نبود یا دارای ظرفیت تصمیم‌گیری نباشد، تنها رضایت مادر کافی خواهد بود.

۶. در بررسی سود و زیان برای پژوهش روی جنین و ارائه‌ی اطلاعات برای اخذ رضایت آگاهانه باید

عـلاوه بر جنین، بـه خطرات و فوایـد احتمالی برای مادر نیز توجه شـود. پژوهشـگر باید شرایطی را برای زن باردار فراهم کند تا او بتواند بدون احسـاس فشار و بـا درنظرگرفتـن ترجیحـات خود، علاوه بر سـود و زیان جنین، برای شـرکت‌کردن یا نکردن در پژوهش تصمیم بگیرد.

۷. چنانچـه ثبت و گزارش اطلاعات به‌دسـت‌آمده از پژوهـش بـر جفت، جنین مـرده، بقایـای جنین، سـلول‌ها، بافـت یـا اعضای حاصـل از جنیـن مرده به روشـی انجام شـود که هویـت افراد زنـده مربوط بـه پژوهـش (والدین) شناسـایی شـود، ایـن افراد، شـرکت‌کنندگان در پژوهش محسوب می‌شوند و باید تمام مسـائل اخلاقی پژوهش دربـاره‌ی آن‌ها رعایت شود.

۸. چنانچـه پژوهش منجر بـه تغییراتی در معاینات و درمـان روتین زن باردار یا جداسـازی نوزاد از مادر و تغییـر در بررسـی، پیگیری یـا درمان نـوزاد بعد از تولد شـود، باید این مسأله در روند اخذ رضایت برای والدین کاملاً توضیح داده شود.

۹. اگـر در بررسـی‌های بالینـی و پیش‌بالینـی تراتوژن‌بودن دارویی محرز شـود، نباید در زنان باردار اسـتفاده شـود؛ مگر آنکـه احتمـال تراتوژن‌بودن از سـود احتمالی بسـیار کمتر باشـد و آزمودنی نیاز به درمان دارویی داشته باشد.

۱۰. نـکات اخلاقـی در پژوهـش بر جنیـن زنده‌ی خارج‌شده از رحم همانند پژوهش بر نوزادان است.

۱۱. در پژوهـش بـر جنین مرده، مـرگ جنین باید توسـط پزشـکی که هیچ نقـش یا نفعـی در پژوهش مذکور ندارد تأیید شده باشد.

۱۲. هرگونـه تصمیم‌گیری در پیوند با ختم بارداری در یـک زن بـاردار بایـد تنهـا براسـاس ملاحظـات پزشـکی و قانونی مرتبط انجام گیرد و شـرکت جنین در پژوهش نبایـد هیچ‌گونه تأثیری بـر تصمیم‌گیری پیش‌گفته داشـته باشـد. فردی که دربـاره‌ی تجویز یا عـدم تجویز ختم بـارداری تصمیم‌گیـری می‌کند نباید عضو تیم پژوهشـی باشـد یا نفع مستقیمی در آن داشـته باشـد. اخذ رضایت برای ختـم بارداری و پژوهش بر جنین باید به‌صورت جداگانه و در فرم‌های مجزا انجام گیرد.

۱۳. پژوهش بر جنینی که از بدن مادر خارج شـده است، نباید خللی در مراقبت از مادر ایجاد کند.

۱۴. نبایـد برای کسـب رضایت بـرای پژوهش روی جنین، به پدر یا مادر جنین مشوق مالی ارائه شود.

۱۵. اطلاعات درباره‌ی احتمال بالقوه‌ی استفاده‌ی تجاری از نتایج پژوهش بر مادر، جفت، جنین مرده، بقایای جنین، سلول‌ها، بافت یا ارگان‌های حاصل از جنین مرده باید به پدر و مادر داده شـود و آن‌ها باید بدانند که سود حاصله شامل حال آن‌ها نخواهد شد.

۱۶. اطلاعـات دربـاره‌ی احتمـال ارسـال جفت، جنیـن مـرده، بقایـای جنیـن، سـلول‌ها، بافـت یا ارگان‌های حاصـل از جنین مرده به خارج از کشـور باید حین اخذ رضایت به والدین داده شود.

۵. فصل چهارم: ناتوانان ذهنی

۱. در ایـن راهنمـا ناتـوان ذهنی به فـردی اطلاق می‌شود که به دلیل بیماری یا هرگونه نقصان ذهنی، توان تجزیه و تحلیل شرایط واقعی و تصمیم‌گیری بر این اسـاس را ندارد. این افراد را باید از کسانی که به علت مشکلات جسمانی قدرت بیان تصمیماتشان را ندارند افتراق داد. فردی دارای ظرفیت تصمیم‌گیری

است که بتوانـد مفهـوم گزینه‌های مـورد انتخاب و آزادی خـود در تصمیم‌گیری را درک کند. همچنین، بتوانـد سـود و زیانی را کـه متعاقب پذیـرش یا عدم پذیـرش شـرکت در پژوهـش متوجه او خواهد شـد، براساس علایق و ترجیحات خود ارزیابی کند.

۲. صِـرف ابتلا به ناتوانی ذهنی (اعم از کندذهنی یا بیماری روانی) به معنای فقدان ظرفیت برای دادن رضایت آگاهانه نیسـت. بلکه در هر فرد باید ظرفیت سـنجیده شـود و متناسـب با آن رضایـت آگاهانه و آزادانه برای انجام پژوهش اخذ شود.

۳. دربـاره‌ی افـرادی که سرپرسـت قانونـی دارند، باید از سرپرسـت قانونی رضایت آگاهانه اخذ شـود؛ درعین‌حـال، از خـود فرد هم متناسـب بـا ظرفیت، رضایت آگاهانه گرفته شود.

۴. درباره‌ی افراد فاقد ظرفیت که سرپرست قانونی ندارنـد، نباید پژوهـش انجام گیرد، مگـر در مواقعی که مداخله‌ی پژوهشـی برای فرد مـورد نظر از حیث درمانی بسـیار مفید یا ضروری به نظر برسد؛ در این حالـت کمیته‌ی اخلاق می‌تواند مجوز انجام پژوهش مورد نظر را صادر کند.

۵. اخـذ رضایـت باید یـك فرایند ادامه‌دار باشـد و بـا توجه به امـکان تغییر ظرفیت فـرد در طول زمان، ارزیابـی ظرفیـت به‌شـکل دوره‌ای انجام گیـرد و در صورت به‌دسـت‌آوردن ظرفیت، از خـود فرد رضایت گرفته شود.

۶. بیماری که شـرکت در تحقیق را رد می‌کند یا در برابر شـرکت‌کردن مقاومت یا ابـراز مخالفت می‌کند، حتی درصورتی‌که فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشـد به‌هیچ‌وجه نباید در پژوهش شرکت داده شود.

۷. برای تعیین ظرفیت آزمودنی چنانچه او زیر نظر روان‌پزشـکی مسـتقل از گـروه پژوهش باشـد، از آن روان‌پزشـك سؤال می‌شود. در غیر این صورت باید از یك پزشك مستقل از پژوهش کمك گرفته شود.

۸. همان‌طور که دادن رضایت بر عهده‌ی سرپرست قانونی اسـت، افشـای اطلاعات نیز بایـد با رضایت سرپرست قانونی صورت گیرد.

۹. چنانچـه فرد ناتـوان ذهنی درخواسـت کند که سرپرسـت قانونی از اطلاعات او آگاهـی پیدا نکند، کمیته‌ی اخلاق باید در این باره تصمیم بگیرد.

۱۰. در مـوارد پیچیـده که تصمیم‌گیـری درباره‌ی حفـظ یـا عـدم حفـظ رازداری محـل شـك اسـت، کمیته‌ی اخلاق باید تصمیم بگیرد.

۱۱. چنانچه فرد طی شـرکت در پژوهش، مشـکل عاطفی شدید و شایان توجهی مانند افکار خودکشی پیـدا کند، بایـد از مطالعه خارج شـود و تحت تدابیر مراقبتـی و حمایتـی و درمانی قرار گیرد. پژوهشـگر بایـد از ارائه‌ی ایـن مراقبت‌ها بـه آزمودنی اطمینان حاصل کند. وجود سابقه‌ی مشکلات عاطفی شدید نباید باعث کنارگذاشتن فرد از پژوهش شود.

۶. فصل پنجم: زندانیان

زندانی به فردی گفته می‌شـود که براساس ضوابط قانونی محصور یا محبوس شده است.

۱. هدف پژوهش باید همسـو با منافع فرد آزمودنی باشـد یا در ضمن نداشـتن خطر برای او، همسـو با منافع سلامت زندانیان باشد.

۲. بـرای انجام هرگونه پژوهـش روی افراد زندانی، بایـد از آزمودنی‌هـا رضایـت آگاهانـه اخـذ شـود. نپذیرفتن شرکت در مطالعه نباید هیچ‌گونه تأثیری در دریافت خدمات سـلامت یا رفتار مسـئولان زندان با

زندانیان داشته باشد.

۳. زندانیـان را نبایـد به‌عنوان آزمودنـی ترجیحی در تحقیقات شـرکت داد. هـرگاه انجام پژوهشـی با استفاده از آزمودنی‌های آزاد امکان‌پذیر باشد، نباید آن پژوهش را صرفاً بـه علت راحت‌تر یا عملی‌تربودن روی زندانیان انجام داد.

۴. باید رازداری درباره‌ی تمامی اطلاعات زندانی‌ها رعایت شود؛ مگر اینکه حفظ رازداری منجر به ایجاد خطـر جدی بـرای افراد دیگر شـود و از هیچ طریقی جـز نقض رازداری نتوان جلوی آن خطر را گرفت. در این صورت، باید اطلاعات مربوطه فقط در حدی که از آن خطر جلوگیری کنـد و با اطلاع خود آزمودنی، افشا شود.

۵. هرگونـه منافع احتمالی که به دنبال شـرکت در پژوهش برای فرد زندانی فراهم می‌شـود، در مقایسه با وضعیـت عمومی زندگی زندانی در زندان، نباید به اندازه‌ای باشـد که توانایی فرد برای ارزیابی آزادانه‌ی خطـرات پژوهـش در برابـر منافـع آن مختل شـود. هرگونـه مرخصی یـا تخفیف یا تبدیـل مجازات نباید به‌عنوان پاداش مشـارکت در پژوهـش در نظر گرفته شـود. این امـر باید در زمان اخذ رضایـت آگاهانه به اطلاع آزمودنی رسانده شود.

۶. انتخـاب آزمودنی برای شـرکت در پژوهش باید عادلانه و به دور از مداخله‌ی مسـئولان زندان و سایر زندانیان باشد.

۷. فصل ششم: بیماران اورژانس

۱. در مـوارد اورژانـس بایـد رضایـت آگاهانـه از آزمودنی‌هـا اخذ شـود؛ مگـر آنکه در زمان بررسـی طرح‌نامه‌ی پژوهـش، امکان‌ناپذیربودن اخذ رضایت آگاهانه توسـط کمیته‌ی اخلاق تأیید شده باشد. در مواردی که این امکان‌ناپذیری نسـبی اسـت، باید تا حد امکان از آزمودنی موافقت یا رضایت اخذ شود.

۲. در صورتی می‌توان پژوهشی را بدون اخذ رضایت آگاهانـه روی بیمـار اورژانس انجـام داد که علاوه بر مورد مذکور در بند اخیر، بیمار مورد نظر در وضعیت تهدیدکننـده‌ی حیات قرار گرفته باشـد و اثربخشـی درمان‌های موجود ثابت نشـده باشد یا رضایت‌بخش نباشـد. همچنیـن، اخذ رضایـت آزمودنـی از قبل، امکان‌پذیر نباشد.

۳. پژوهشـگر باید در اولیـن فرصت ممکن، نحوه و مدت مداخله‌ی پژوهشـی را برای بیمار یا سرپرسـت قانونی او توضیح داده و از آن‌ها رضایت آگاهانه اخذ کند.

۴. در طراحـی و اجـرای پژوهـش بایـد تمامـی تمهیـدات و ملاحظـات لازم در نظـر گرفتـه شـود تا انجـام پژوهش خلل یا وقفـه‌ای در روند مراقبت‌های پزشکی آزمودنی ایجاد نکند.

۵. چنانچه بیمار در شـرایط اورژانس و بدون دادن رضایت آگاهانه، در پژوهش شرکت داده شود و پیش از گرفتـن رضایـت از بیمار یا سرپرسـت او، آزمودنی فـوت کنـد، اطلاعـات دربـاره‌ی پژوهـش بایـد بـه نماینده‌ی قانونی بازماندگان او منتقل شود.

راهنمای اخلاقی پژوهش‌های ژنتیک پزشکی در جمهوری اسلامی ایران

مقدمه

بـا توجـه بـه پیشـرفت روزافـزون علـم ژنتیـك و حساسـیت‌های ویـژه‌ی داده‌هـای ژنتیك انسـانی،

همچنیـن بـا آگاهـی از ملاحظـات و نگرانی‌هـای اخلاقـی مهمی که بـا پژوهش‌های ژنتیک انسـانی همراه است و با تأکید بر اهمیت پژوهش‌های ژنتیك در ارتقـای سـلامت عمومـی و درمـان بیماری‌هـا، رعایـت اصـول و موازیـن اخلاقـی در پژوهش‌هـای ژنتیك، ضروری اسـت؛ بنابرایـن، راهنمای اخلاقی پژوهش‌های ژنتیك به شرح زیر ارائه می‌شود.

مقررات ایـن راهنما ناظر به جمـع‌آوری، پردازش، استفاده و ذخیره‌سازی داده‌های ژنتیك، پروتئومیك و سـایر اطلاعات سلولی انسانی و نمونه‌های زیستی بـا هدف پژوهشـی اسـت. در این راهنمـا داده‌های ژنتیك، پروتئومیك و سـایر اطلاعات سلولی انسانی بـه اختصار تحت عنوان داده‌هـای ژنتیک مورد بیان خواهند شد. این راهنما به استفاده‌هایی که ماهیت پژوهشـی ندارند، نظیر بررسی‌های پلیسی و قضایی که با هدف کشـف جرم، تعیین نسـب یا موارد مشابه به انجام می‌رسند، تعمیم پیدا نمی‌کند. پژوهشگران موظف‌اند علاوه بر این راهنمـا، از راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشـکی و سایر قوانین، مقررات و راهنماهای رسمی کشور درباره‌ی پژوهشی کـه انجـام می‌دهنـد، آگاه باشـند و آن‌هـا را رعایت کنند.

۱. پژوهش‌هـای ژنتیك روی آزمودنی انسـانی تنها در صورتی از نظر اخلاقی مجاز به شـمار می‌آیند که با هـدف ارتقا یا پیشـرفتِ حداقل یکـی از موارد زیر طراحی شده باشند:

- تشـخیص، طبقه‌بندی یا غربالگری بیماری‌ها یا ناتوانی‌های با منشأ ژنتیک؛
- بررسی یا تشخیص استعداد ابتلا به بیماری؛
- ارائه‌ی مشاوره به افراد یا زوج‌ها برای تعیین خطر ابتـلای فرزند آن‌هـا بـه بیماری‌ها یـا معلولیت‌های دارای منشأ ژنتیك؛
- پیشگیری یا درمان بیماری‌ها یا توان‌بخشی؛
- بررسـی‌های حقوقـی، جنایـی، مدنـی و دیگـر اقدامات قضایی و پزشکی قانونی؛
- پژوهش‌های ژنتیک جمعیت‌شناختی.

۲. انجام هرگونه پژوهـش که دربردارنده‌ی موارد یا با اهداف زیر باشد، از نظر اخلاقی نادرست است:

- به‌نژادی (یوژنیکز)؛
- شبیه‌سازی تولید مثلی انسان؛
- تبعیض یا انگ‌زنی[1] فردی یا گروهی؛
- نقـض کرامـت انسـانی یـا حقـوق و آزادی‌هـای بنیادین انسان.

۳. هرگونـه مطالعه یا دسـتکاری روی ژنوم انسـان باید بعد از بررسـی دقیق و جامـع خطرات و عوارض احتمالـی آن بـرای فـرد آزمودنـی و نسـل‌های بعد و حصـول اطمینـان از فقـدان عـوارض جـدی و غالب‌بـودن منافع احتمالی به خطـرات احتمالی به انجام برسد.

۴. هرگونـه دسـت‌کاری ژنتیـک در انسـان کـه منتقل‌شدنی به نسـل‌های آتی باشد از نظر اخلاقی نادرسـت اسـت؛ مگر مـواردی کـه ماهیـت درمانی (شـامل پیشـگیری، درمـان یا توانبخشـی) داشـته باشند.

۵. اخـذ رضایـت آزادانـه و آگاهانـه از آزمودنـی یا نماینـده‌ی قانونـی او در مـوارد لـزوم، بایـد همانند دیگر انواع پژوهش‌ها روی آزمودنی انسانی، منطبق با مندرجـات راهنمـای عمومی و سـایر راهنماهای اختصاصی اخلاق در پژوهش کشور انجام گیرد.

1. Stigmatization

۶. در مـواردی کـه داده‌هـای ژنتیـك انسـانی یـا نمونه‌هـای بیولوژیك بـا هدف پژوهشـی جمع‌آوری شده باشـند، آزمودنی این اختیار را دارد که رضایت اولیـه‌ی خـود را لغـو کند؛ مگـر آنکه ایـن اطلاعات به‌طـور بازگشـت‌ناپذیر بـه هیچ فرد مشـخصی قابل اسـتناد نباشـد. لغو رضایت نباید موجب خسارت یا جریمه‌ای برای آزمودنی شود.

۷. اگـر پژوهش شـامل انجام آزمون(هایی) باشـد که ممکن است نتایج پیشـگویی‌کننده‌ای در ارتباط با سلامت یا سـایر جنبه‌های زندگی آزمودنی داشته باشـند، علاوه بر حصـول اطمینان از درک مناسـب ماهیـت و پیامدهـای آزمـون از سـوی آزمودنـی در طـی فرایند اخـذ رضایت، بایـد مشـاوره‌ی ژنتیکی مناسـب برای او فراهم شـود. مشـاوره‌ی ژنتیك باید غیرجهـت‌دار، بـدون پیـش‌داوری، بـدون قضاوت، شـامل رهنمودهای متناسب با شـرایط فرهنگی فرد و دربرگیرنده‌ی حداکثر منافع او باشد.

۸. هنگامی که پژوهش شـامل آزمون(هایی) باشد که ممکن است نتایج پیشـگویی‌کننده‌ای در ارتباط بـا سـلامت یـا سـایر جنبه‌هـای زندگی بسـتگان یا نزدیکان آزمودنی داشته باشد، باید درباره‌ی نحوه‌ی اطلاع‌رسـانی احتمالی به ایشـان یـا محرمانه‌ماندن نتایـج، در طی فراینـد اخذ رضایت بحث شـود و در رضایت‌نامه درج گردد.

۹. بـه بیمارانـی که دچار معلولیت یـا بیماری ارثی هستند و همچنین به حاملان بدون علامت بیماری، یـا افـراد مسـتعد (ثابت‌شـده یـا مشـکوك) باید در زمان مناسـب و به روش مناسـب، درباره‌ی امکانات موجـود در زمینه‌ی بیمـاری آگاهی‌هـای لازم داده شـود. ضمناً اگـر به دلایلی، درمان یکی از بسـتگان بیمار لازم باشد، پزشـك باید پس از اخذ رضایت فرد مـورد مطالعه یـا نماینده‌ی قانونی او، به بسـتگانش اطلاعات لازم را ارائه کند.

۱۰. هیچ فـردی را نباید از دسترسـی به داده‌های ژنتیکی خود منع کرد.

۱۱. داده‌هـای ژنتیـك و نمونه‌هـای بیولوژیـك جمع‌آوری‌شـده، نباید برای هدف دیگری که با مفاد رضایت کسب‌شده مغایرت دارد به کار گرفته شوند.

۱۲. اگـر ارتبـاط داده‌هـای ژنتیک انسـانی با فرد به‌طور برگشـت‌ناپذیر قطع شده باشد، از این داده‌ها مشـروط به کسـب مجـوز کمیته‌ی اخـلاق می‌توان استفاده کرد.

۱۳. دسـتاوردهای حاصـل از پژوهش بر داده‌های ژنتیکی انسانی باید در اختیار جامعه قرار گیرد.

۱۴. مطالعه روی ژنوم انسـانی در شکل طبیعی آن نباید منجر به کسب منافع انحصاری فردی شود.

۱۵. تشـخیص ژنتیکی پیـش از تولد بایـد تنها در صورتی انجام شـود که برای سـلامت جنیـن یا مادر سودمند باشد.

راهنمـای اخلاقـی پژوهـش بـا سـلول‌های بنیادی در جمهوری اسلامی ایران ۱۳۹۲

مقدمه

پژوهش با اسـتفاده از سـلول‌های بنیادی با منشـأ رویان انسـانی یا سـلول بالغ، امیدهـای زیادی را در جهـت کاهـش آلام بیمـاران و درمـان بیماری‌هـای سـخت‌درمان پدیـد آورده اسـت؛ امـا درعین‌حـال ملاحظـات و دغدغه‌هـای اخلاقـی خـاص خـود را نیـز دارد. ایـن دغدغه‌هـا حوزه‌هـای مهمـی مانند

ایمنـی آزمودنی‌هـا و احتـرام به رویان انسـانی را در بر می‌گیـرد. بی‌تردیـد، بهره‌مندی صحیـح و پایدار از فوایـد و مزایای این‌گونه پژوهش‌هـا در گرو رعایت الزامـات و ملاحظـات ویـژه‌ی اخلاقی آن اسـت که مهم‌تریـن آن‌هـا در ایـن راهنما فهرسـت شـده‌اند. در تدویـن ایـن راهنما، علاوه بر تجربه‌ی انباشـته‌ی جهانی از فرهنگ غنی ایرانی‌اسـلامی و نگاه ویژه‌ی آن به سـلامت انسـان و نیـز جایگاه اخلاقـی رویان انسانی بهره گرفته شده است.

هر پژوهشگر یا بالین‌گری که در پژوهش با استفاده از سـلول‌های بنیادی مشـارکت می‌کند، باید علاوه بـر مفاد ایـن راهنما، از راهنمـای عمومی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشـکی، راهنماهای اختصاصی اخلاق در پژوهش کشـور به فراخـور موضوع و نیز از سـایر قوانین و مقررات مرتبط با کار خود آگاه باشد و آن‌ها را رعایت کند.

۱. منابـع مجاز برای تولید سـلول بنیـادی پرتوان عبارت‌اند از:

- رویان‌هـای مازاد بر نیاز درمـان ناباروری به روش لقاح مصنوعی؛
- جنین‌های سقط‌شده؛
- رویان حاصل از شبیه‌سازی پژوهشی‌درمانی؛
- سلول بنیادی پرتوان القاشده؛
- بند ناف یا جفت نوزاد متولدشده.

۲. باید تنها از رویان‌هایی اسـتفاده شود که ابتدا با هدف درمـان ناباروری تولید شـده‌اند، اما زیاد آمده باشند.

۳. رویـان اهداشـده بـه منظور اسـتخراج سـلول بنیادی، به‌هیچ‌وجه نباید در رحم زن دیگر یا گونه‌ی جانوری دیگر جایگزین شود.

۴. تخمک، اسـپرم، رویان، جنین یـا هرگونه بافت انسانی دیگری که برای تولید سلول بنیادی استفاده می‌شـود، نبایـد از طریق معاملات تجاری به دسـت آمده باشد.

۵. رضایت آزادانه و آگاهانه، باید از هر دو والد رویان یا جنین گرفته شـود. همین‌طور در صورت وجود نفر سـوم، یعنی کسـی که گامت اهدا کرده باشـد، باید هنگام اهدا، رضایت آگاهانه و آزادانه برای اسـتفاده از رویان نهایی گرفته شود.

۶. متخصصـان درمان نابـاروری کـه از رویان‌های اضافی حاصل از کار درمانی آن‌ها اسـتفاده می‌شود نباید همان پژوهشـگرانی باشـند که برای پژوهش و درمان، سلول بنیادی را به کار می‌برند.

۷. اسـتفاده از جنیـن برای به‌دسـت‌آوردن سـلول بنیـادی نباید هیچ تأثیری بـر تصمیم‌گیری در رابطه با انجام‌دادن سـقط جنین داشـته باشـد. به همین منظـور فـرد یا افـرادی کـه دربـاره‌ی سـقط جنین تصمیم‌گیـری می‌کنند باید از گروهی که قرار اسـت پژوهش را انجام دهند، کاملاً مستقل باشند.

۸. اسـتخراج تخمک صرفاً برای دستیابی به سلول بنیـادی ممنوع اسـت و تخمک‌های مورد اسـتفاده باید مازاد بر نیاز درمان ناباروری باشند.

۹. سلول‌های بنیادی پرتوان القاشده نباید

- طـی پژوهـش به‌طور مسـتقیم به اشـخاص اهدا شوند، مگر در اهدای اتولوگ؛
- با رویان انسان یا رویان غیرانسانی ترکیب شوند؛
- به جنین انسـان یـا جنین غیرانسـانی پیوند زده شوند.

۱۰. اخـذ رضایـت آزادانـه و آگاهانـه از تمامـی شرکت‌کنندگان در پژوهش الزامی است.

۱۱. رضایت آگاهانه و آزادانه براساس نوع تحقیق، اختصاصاً گرفته شود.

۱۲. برای گرفتن رضایت آگاهانه و آزادانه از اهداکنندگان منابع سلول بنیادی، باید تمامی اطلاعاتی که ممکن است در تصمیم‌گیری فرد مؤثر باشند به وی ارائه شوند. از جمله موارد ذیل:

- توضیح نوع استفاده از موارد اهدایی؛
- احتمال تخریب موارد اهدایی در مسیر استخراج سلول بنیادی؛
- امکان ذخیره‌ی موارد اهدایی به مدت طولانی برای استفاده در آینده؛
- سود مالی احتمالی ناشی از انجام تحقیق (چه در حال حاضر و چه در آینده‌ی دور)؛
- اینکه منفعت درمانی و پزشکی حاصل از تحقیق فقط به اهداکننده محدود نمی‌شود، بلکه تمام مردم از آن بهره‌مند می‌شوند؛
- رضایت‌دادن و ندادن اهداکننده، خللی در روند درمانی او وارد نخواهد کرد؛
- شرکت‌کننده‌ی در پژوهش در هر زمان می‌تواند از مطالعه خارج شود بدون آنکه خللی در درمان‌های عادی او وارد شود؛
- در موارد اهدای رویان، لازم است اهداکننده‌ی رویان را از اینکه رویان اهداشده برای ایجاد باروری در زوج دیگری استفاده نمی‌شود، مطلع کرد؛
- اهداکننده باید برای بیماری‌های عفونی و ژنتیکی غربالگری شود؛
- امکان دارد سلول‌های اهدایی تغییرات ژنتیکی پیدا کنند؛
- امکان تجاری‌شدن سلول‌های اهدایی وجود دارد؛ ولی اهداکننده هیچ‌گونه حق استفاده از این امکان را ندارد.

۱۳. برای رعایت کامل اصل «رازداری»، باید مشخصات شخصی افراد شرکت‌کننده در پژوهش کاملاً محرمانه حفظ شود.

۱۴. لازم است مراکز پژوهشی و درمانی تمهیدات لازم (از جمله کدگذاری) را برای اجرای اصل رازداری فراهم کنند. در غیر این صورت باید این اطلاعات را نابود کنند.

۱۵. باید از جمع‌آوری اطلاعات شخصی غیرضروری درباره‌ی شرکت‌کنندگان پرهیز شود.

۱۶. لازم است مطالعات پیش‌بالینی کافی روی مدل‌های حیوانی انجام گیرد.

۱۷. از مدل‌های حیوانات کوچک باید برای مقاصد زیر استفاده شود:

- آزمودن پیوند سلول بنیادی نوع وحشی، بیمار یا تصحیح ژنتیکی‌شده؛
- ارزیابی بهبودی پس از سلول درمانی؛
- بررسی مکانیسم‌های زیستی ترمیم بافت؛
- ارزیابی میزان و مسیر سلول درمانی‌ها، سن و درجه‌ی بیماری برای کارآمدی.

۱۸. مدل‌های حیوانات بزرگ در دو جا مورد نیازند: یکی در پژوهش‌هایی که مدل‌های حیوانات کوچک در آن‌ها کافی نیستند؛ دیگر در پژوهش روی بافت‌های ساختاری مثل استخوان، غضروف یا تاندون.

۱۹. مطالعات روی نخستیان (پریمات‌های) غیرانسانی، در صورتی انجام می‌گیرند که برای فراهم‌کردن اطلاعات ضروری مورد نیاز باشند و از روش های دیگر دست‌یافتنی نباشد. این مطالعات باید تحت نظارت مستقیم یک دامپزشک ماهر انجام

شوند.

راهنمای اختصاصی پژوهش‌های علوم پزشکی مرتبط با HIV/AIDS

۱. مقدمه

پژوهش‌های علوم پزشکی، با هدف حفظ و ارتقای سلامت و کیفیت زندگی انسان‌ها و توسعه‌ی دانش بشری به انجام می‌رسند؛ اما همواره این خطر و نگرانی وجود دارد که در حین پژوهش، حقوق و کرامت انسانی و آزادی‌های اساسی آزمودنی‌ها یا سایر طرف‌های درگیر خدشه‌دار شود یا عملی بر خلاف ارزش‌ها و باورهای موجه انسان‌ها صورت پذیرد؛ ازاین‌رو تدوین و تصویب و اجرای راهنماهای اخلاق در پژوهش همواره مدنظر مدیریت پژوهشی در سطوح بین‌المللی، منطقه‌ای و کشوری بوده است. در کشور ایران نیز، ملاحظات فوق، با توجه ویژه به مبانی فرهنگی و ارزش‌های دینی و اخلاقی اسلامی، تدوین راهنماهای کشوری اخلاق در پژوهش را به یک نیاز ضروری بدل ساخته است. خوشبختانه، گام‌های مطلوبی در جهت پاسخ به این نیاز برداشته شده است. همسو با این هدف، علاوه بر امضای برخی از بیانیه‌های بین‌المللی مرتبط، نظیر بیانیه‌ی هلسینکی، یک راهنمای عمومی و هفت راهنمای اختصاصی در زمینه‌ی اخلاق در پژوهش، تاکنون تدوین و ابلاغ شده است. راهنماهای اختصاصی به پژوهش‌هایی می‌پردازند که ملاحظات اخلاقی ویژه‌ای در آن‌ها، تدوین راهنمایی علاوه بر راهنمای عمومی را ایجاب می‌کند. پژوهش در رابطه با عفونت با ویروس نقص ایمنی انسانی[1] (HIV) و بیماری ایدز (که در این راهنما به اختصار به‌صورت HIV/AIDS آمده است) نیز واجد برخی از ملاحظات و ویژگی‌های مرتبط با اخلاق است، نظیر احتمال انگ و تبعیض، اهمیت خاص رازداری، الگوهای اجتماعی گسترش و انتقال بیماری، وجود گروه‌های خاص آسیب‌پذیر و گستردگی مطالعات درباره‌ی واکسن و درمان این بیماری؛ ازاین‌رو، تدوین راهنمای اخلاقی خاصی برای این دسته از پژوهش‌ها، بایسته و مطلوب به نظر می‌رسد.

بنابراین، ضمن تأکید مجدد بر لزوم رعایت کامل قوانین و مقررات مرتبط و پیروی از موازین شرعی و نیز، رعایت راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی و سایر راهنماهای اختصاصی، در تمامی پژوهش‌های علوم پزشکی، این راهنما، به‌عنوان راهنمای اختصاصی پژوهش‌های علوم پزشکی مرتبط با HIV/AIDS ارائه می‌گردد.

۲. ملاحظات اخلاقی عمومی

۱. مفاد این راهنمای اخلاقی باید در تمامی پژوهش‌های مرتبط با HIV/AIDSدر کشور، اعم از مطالعات علوم پایه‌ای، اپیدمیولوژیک، کارآزمایی‌های بالینی، مطالعات جامعه‌محور و سایر انواع مطالعات، رعایت شود.

۲. پژوهشگر باید علاوه بر این راهنما، مفاد راهنمای عمومی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی، سایر راهنماهای اختصاصی مرتبط و قوانین و مقررات مصوب کشوری را رعایت نماید.

۳. این راهنما باید به‌صورت دوره‌ای توسط مراجع

1. Human Immunodeficiency Virus

ذی‌ربط مرور، اصلاح و به‌روزرسانی شود. این کار باید با همکاری پژوهشگران و سایر طرف‌های ذی‌نفع یا درگیر در این‌گونه از پژوهش‌ها انجام گیرد.

۴. پژوهشگران و سایر طرف‌های ذی‌نفع یا درگیر باید علاوه بر رعایت این راهنما، نسبت به رعایت آن توسط سایر اشخاص حقیقی و حقوقی حساس باشند و در صورت مشاهده‌ی نقض مفاد این راهنما، براساس قوانین و مقررات، واکنش مناسب را انجام دهند. این واکنش می‌تواند شامل تذکر به شخص نقض‌کننده، قطع همکاری با او یا گزارش به مراجع ذی‌ربط باشد.

۵. انتشار نتایج پژوهش نباید به‌گونه‌ای باشد که موجب ایجاد یا تقویت انگ یا تبعیض نسبت به یک زیرگروه جمعیتی خاص شود.

تبصره. این ماده نباید به‌گونه‌ای تفسیر شود که انتشار نتایج پژوهش‌ها به شیوه‌ی معمول و متعارف در جهان، با مانع روبه‌رو گردد.

۶. در تمامی مراحل پژوهش، پژوهشگران باید نسبت به ارائه‌ی صحیح و دقیق اطلاعات به آزمودنی‌ها و جامعه و مقابله با انگ اجتماعی مرتبط با بیماری ایدز، تلاش کنند.

۷. هر آزمودنی، در هر زمان که تمایل داشته باشد، باید به تمامی اطلاعات جمع‌آوری‌شده درباره‌ی خودش دسترسی کامل و بی‌قید و شرط داشته باشد. در موارد کارآزمایی دوسوکور، چنین درخواستی می‌تواند بعد از اجابت، منجر به کنارگذاشته‌شدن آزمودنی از پژوهش شود. همچنین آزمودنی در هر مرحله از پژوهش حق درخواست حذف اطلاعات مربوط به خودش از پژوهش را دارد. مواردی ازاین‌دست، در صورت وقوع، باید با حفظ رازداری و عدم افشای هویت شخصی، در گزارش نهایی پژوهش منعکس شوند.

۸. در صورت وقوع هرگونه تماس آلوده یا مشکوک برای هرکدام از شرکت‌کنندگان در پژوهش (اعم از آزمودنی‌ها، پژوهشگران و ارائه‌دهندگان خدمات)، در حین یا در اثر پژوهش، باید خدمات پیشگیری پس از مواجهه (PEP) براساس آخرین پروتکل مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، در اختیار او قرار گیرد. تأمین این امر بر عهده‌ی پژوهشگر ارشد است.

۹. پژوهشگر اصلی طرح موظف است که نکات اخلاقی مندرج در این راهنما و سایر موارد مندرج در ماده‌ی ۱-۲ این راهنما را به همکاران پژوهشی خود آموزش داده، بر رعایت این نکات توسط ایشان نظارت نماید.

۱۰. آزمودنی(ها) را در حین انجام پژوهش نباید صرفاً به دلیل ابتلا به عفونت HIV یا ایدز ایزوله کرد. ایزولاسیون تنها در صورتی لازم است که دلیل علمی موجهی برای آن وجود داشته باشد.

۳. ملاحظات اخلاقی در طراحی پژوهش

۱. در طراحی مطالعه باید به عدم تناقض آن با موازین و هنجارهای اخلاقی و دینی جامعه توجه شود و از به‌کارگیری روش‌هایی که با موازین و هنجارهای فوق ناسازگاری جدی دارند، خودداری شود.

۲. در طرح‌نامه باید روش‌های تضمین رازداری در مطالعه و جلوگیری از افشای هویت و اطلاعات شخصی آزمودنی‌ها به‌نحو روشن و تفصیلی شرح داده شود.

۳. طراحی مطالعه باید به‌گونه‌ای باشد که توزیع خطرات و فواید احتمالی مطالعه در زیرگروه‌های مختلف جمعیتی منصفانه باشد. برای این مقصود، نمونه‌گیری باید از تمامی زیرگروه(های) جمعیتی که احتمالاً از نتیجه‌ی مطالعه فایده خواهند برد، به‌نحو منصفانه انجام گیرد.

۴. در مطالعات بین‌المللی دارای آزمودنی انسانی باید دقت شود در صورتی بخشی از مطالعه در ایران انجام شود که امکان‌پذیری دسترسی به فواید احتمالی آتی مطالعه در کشور تأمین شده باشد.

۵. در تمامی پژوهش‌هایی که در آن‌ها آزمون تشخیصی انجام می‌شود و ممکن است که ابتلای آزمودنی مشخص گردد، باید امکانات کامل مشاوره قبل و بعد از آزمون تشخیصی فراهم باشد.

تبصره. چنانچه بنا به دلایل موجه روش‌شناختی امکان ارائه‌ی مشاوره پیش از تشخیص وجود نداشته باشد، باید تمهیدات لازم برای اتصال فرد به سیستم ارائه‌دهنده‌ی خدمات مرتبط، شامل مشاوره و درمان بعد از تشخیص تأمین شده باشد.

۶. باید تمهیدات لازم درباره‌ی سترون‌سازی و معدوم‌کردن وسایل آلوده به HIV، براساس راهنماهای کشوری و رعایت تمامی احتیاط‌های استاندارد جلوگیری از انتقال عفونت، در طرح‌نامه پیش‌بینی شده باشد. مجری موظف است که به اجرای دقیق این بخش از طرح‌نامه شخصاً نظارت کند.

۴. ملاحظات اخلاقی مرتبط با رضایت آگاهانه

۱. در مطالعات دارای آزمودنی انسانی، فرم رضایت‌نامه‌ی آگاهانه‌ای که در طرح استفاده خواهد شد، باید برای بررسی و تأیید اخلاقی به طرح‌نامه پیوست شده باشد. تنها اعلام اینکه فرم تهیه شده و رضایت آگاهانه اخذ خواهد شد کافی نیست.

۲. در افراد دارای قیم، رضایت آگاهانه باید هم از قیم و هم، در صورت امکان، از خود فرد گرفته شود. در مواردی که امکان اخذ رضایت از خود فرد وجود ندارد، در صورت ابراز مخالفت جدی، نباید در پژوهش شرکت داده شود.

۳. در رضایت‌نامه‌ی آگاهانه باید علاوه بر تضمین حفظ رازداری و عدم افشای هویت فردی، تمهیدات اجرایی در نظر گرفته‌شده، برای حفظ کامل رازداری، به‌نحو روشن شرح داده شود.

۴. در موارد لزوم اخذ رضایت‌نامه‌ی کتبی، رضایت‌نامه‌ی آگاهانه باید حداقل در دو نسخه تهیه شود. یک نسخه‌ی آن به آزمودنی یا نماینده‌ی قانونی او تحویل داده و نسخه‌ی دیگر نزد پژوهشگر حفظ شود. پژوهشگر مسئول است که این فرم‌ها را همانند دیگر اسناد پژوهش، در محلی نگاه دارد که فقط افرادی که به موجب قوانین و مقررات اجازه دارند، به آن‌ها دسترسی داشته باشند.

۵. در پژوهش‌هایی که احتمال انتقال بیماری از آزمودنی مشکوک (نظیر فرورفتن اتفاقی سوزن یا تیغ جراحی آلوده به خون) وجود دارد، می‌توان در رضایت‌نامه آورد که در صورت وقوع چنین پیشامدی، نیازی به اخذ رضایت مجدد برای انجام آزمون تشخیصی روی نمونه‌ی آزمودنی، با رعایت کامل رازداری و عدم افشای نام بیمار، نخواهد بود.

۶. برای استفاده‌ی پژوهشی مکرر از بانک داده‌ها یا نمونه‌های مولکولی، سلولی یا بافتی، در صورت بی‌نام بودن داده‌ها یا نمونه‌های کاربردی و حذف

بازگشت‌ناپذیر اطلاعات هویتی صاحبان آن‌ها، باید رضایت عام در ابتدا از آزمودنی‌ها اخذ شده باشد؛ اما در صورت امکان دستیابی به هویت صاحبان داده‌ها یا نمونه‌ها، برای هر مورد پژوهش باید رضایت آگاهانه اخذ شود. درهرحال، در این پژوهش‌ها، همانند دیگر انواع پژوهش، تصویب در کمیته‌ی اخلاق قبل از شروع اجرا لازم است.

۵. ملاحظات اخلاقی مرتبط با گروه‌های آسیب‌پذیر

۱. گروه‌های زیر در پژوهش‌های مرتبط با HIV/AIDS آسیب‌پذیر به حساب می‌آیند و بر این اساس باید به این گروه‌ها توجهی ویژه شود:

زندانیان و ساکنان اردوگاه‌ها؛

معتادان، تن‌فروشان و سایر زیرگروه‌های مواجه با انزوا و طرد اجتماعی؛

کودکان و نوجوانان و سالمندان؛

بیماران روانی؛

زنان باردار و نوزادان؛

مهاجران و اتباع سایر کشورها.

۲. نباید در حین مطالعه و بعد از آن، هرگونه عملکرد، گفتار یا ثبت حاکی از تبعیض و انگ در ارتباط با گروه‌های آسیب‌پذیر وجود داشته باشد. این موضوع باید در طرح‌نامه نیز مدنظر قرار گیرد.

۳. پژوهشگر باید به حصول اطمینان از آگاهانه و آزادانه‌بودن رضایت اخذشده از این گروه از آزمودنی‌ها توجهی ویژه داشته باشد.

۴. مطالعه روی گروه‌های آسیب‌پذیر باید با هدف سودرسانی به ایشان انجام شود و در مطالعات غیردرمانی، هیچ‌گونه خطر یا زیانی (اعم از جسمانی و روانی یا اجتماعی) را متوجه ایشان نسازد.

۵. مشارکت زندانیان تنها در پژوهش‌هایی مجاز است که اختصاص به زندانیان داشته، خطر افزوده‌ای را متوجه ایشان نسازد و بتوان آن‌ها روی افراد غیرزندانی نیز انجام داد.

۶. در پژوهش‌هایی که گروهی از آزمودنی‌ها از گروه‌های آسیب‌پذیر هستند، باید عدالت و انصاف بین شرکت‌کنندگان رعایت شود و دسترسی و مواجهه‌ی ایشان با خدمات و خطرات در مطالعه یکسان باشد.

۶. ملاحظات اخلاقی مرتبط با پژوهش‌های واکسن

۱. بهتر است مراحل اولیه‌ی (فازهای صفر، یک و دو) پژوهش‌های واکسن HIV/AIDS در زیرگروه‌هایی انجام شود که صدمات کمتری متوجه آن‌هاست.

۲. مادامی که واکسن پیشگیرانه‌ی مؤثر و تأییدشده‌ای مناسب با گروه و جمعیت مورد پژوهش‌های واکسن HIV/AIDS وجود ندارد، استفاده از دارونما بلامانع است.

۳. باید شرکت افراد در پژوهش‌های واکسن HIV/AIDS با اخذ رضایت آگاهانه‌ی کتبی باشد.

۴. در طی پژوهش‌های واکسن HIV/AIDS و قبل از شروع آن باید برای تمامی شرکت‌کنندگان امکانات لازم و کافی مانند مشاوره‌ی کامل و وسایل پیشگیری، در حدی که در جامعه فراهم است، در نظر گرفته شود و در طول پژوهش در صورت ایجاد و تأیید راه‌های پیشگیری جدید، آن‌ها نیز باید در اختیار شرکت‌کنندگان در پژوهش قرار گیرند.

۵. اگر شرکت‌کننده‌ای به دنبال شرکت در پژوهش‌های واکسن، به HIV/AIDS مبتلا شود

باید علاوه بر جبران خسارت، از مناسب‌ترین درمان برخوردار شود و چگونگی تأمین مستمر این درمان باید در شروع مطالعه توسط پژوهشگران مسئول مشخص شود.

۶. با توجه به امکان سرم، مثبت‌شدن آزمودنی‌ها در آزمون‌های تشخیصی رایج، بدون آنکه فرد واقعاً به HIV/AIDS مبتلا شده باشد، لازم است گواهی مناسبی، برای اثبات شرکت فرد در پژوهش درباره‌ی واکسن، در اختیار او قرار گیرد.

۷. با توجه به ضرورت پژوهش درباره‌ی امنیت و کارایی واکسن در کودکان، آنان حق شرکت در پژوهش‌های واکسن HIV/AIDS را دارند. با درنظرگرفتن مسائل اخلاقی و قانونی و ایمنی لازم در کودکان و احترام به حقوق آن‌ها و با رضایت آگاهانه‌ی خود کودک یا نوجوان و قیم قانونی وی، این گروه می‌توانند در پژوهش شرکت کنند.

۸. باید نتایج نهایی پژوهش‌های واکسن HIV/AIDS در اولین فرصت ممکن، با رعایت اصول رازداری، در اختیار جامعه و به‌خصوص شرکت‌کنندگان و ذی‌نفعان قرار گیرد.

۷. ملاحظات اخلاقی مرتبط با پژوهش‌های مبتنی بر جامعه

۱. در پژوهش‌های مبتنی بر جامعه باید از ایجاد هرگونه انگ و تبعیض جلوگیری شود.

۲. انجام پژوهش‌های درازمدت در یک جامعه باید توأم با ارتقای خدمات‌رسانی درباره‌ی پیشگیری و درمان بیماران در آن جامعه باشد.

۳. آگاهی‌رسانی به جامعه درباره‌ی پیشگیری، درمان و انگ‌زدایی باید توأم با اجرای پژوهش به انجام برسد.

۴. باید به ارزش‌ها و حساسیت‌های فرهنگی و اعتقادی جامعه‌ی مورد نظر احترام گذاشته شود. برای این منظور، باید از مشاوران محلی استفاده گردد.

راهنمای کشوری اخلاق در انتشار آثار پژوهشی علوم پزشکی

۱. فصل اول: نویسندگی

ماده‌ی ۱-۱) شخصی نویسنده (یا یکی از نویسندگان) مقاله محسوب می‌شود که هر سه معیار زیر را داشته باشد:

۱. سهم قابل توجهی در حداقل یکی از فعالیت‌های زیر داشته باشد:

الف. ارائه‌ی ایده‌ی پژوهشی یا طراحی مطالعه؛

ب. جمع‌آوری داده‌ها؛

ج. آنالیز و تفسیر.

۲. در نوشتن مقاله به‌صورت نوشتن پیش‌نویس مقاله یا مرور نقادانه‌ی آن که منجر به اصلاح محتوای علمی مقاله گردد، نقش داشته باشد.

۳. مقاله‌ی نهایی‌شده را مطالعه و تأیید کرده‌باشد.

تبصره‌ی ۱. در مواردی که فرد یا افرادی سهمی شایان توجه در فرآیند پژوهش یا نگارش مقاله داشته‌اند به نحوی که به نظر می‌رسد شایستگی درج نام را به‌عنوان یکی از نویسندگان داشته باشند، اما تمامی سه معیار فوق درباره‌ی آن‌ها صادق نیست، درج نام این فرد یا افراد به‌عنوان نویسنده با درخواست مکتوب نویسنده‌ی مسئول و در صورت تأیید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه یا مؤسسه‌ی

محـل انجـام پژوهـش بلامانـع اسـت. نویسـنده‌ی مسئول موظف است که از موافقت دیگر نویسندگان دست‌نوشـته بـا اضافه‌شـدن نـام این فـرد یـا افراد اطمینان حاصل کند.

تبصره‌ی ۲. اشـخاص حقوقی و تیم‌های پژوهشی نیز مشمول معیارهای این ماده می‌گردند.

ماده‌ی ۲-۱) نام تمامی اشـخاصی کـه معیارهای نویسـندگی مقاله (منطبق با ماده‌ی یک این راهنما) را دارند باید به‌عنوان نویسـنده در بخش نویسندگان مقاله آورده شـود، حتـی اگر همکاری خـود را با آن مرکز یا تیم پژوهشی قطع کرده باشند.

مـاده‌ی ۳-۱) افـرادی کـه معیارهای نویسـندگی مقاله برطبق ماده‌ی یک ایـن راهنما را ندارند، نباید به‌عنوان نویسنده معرفی شوند.

مـاده‌ی۴-۱) تمامی نویسـندگان باید مسـئولیت محتوای مقاله را در کلیه‌ی زمینه‌های زیر بپذیرند:

الف. صحـت مطالب مندرج در مقاله، ب. پایبندی به راهنماهای اخلاقی عمومی و اختصاصی کشور در حفاظت از آزمودنی انسانی یا حیوانات در مطالعه‌ی انجام شـده، ج. اظهار تعـارض منافع احتمالی خود به‌صورت مکتوب در هنگام ارسال مقاله.

مـاده‌ی ۵-۱) در پژوهش‌هـای بـزرگ کـه توسـط یک تیم پژوهشی انجام شـده‌اند و نقش نویسندگان در ایجاد مقاله بسـیار تخصصی بوده اسـت، سهم و مسـئولیت هر یک از نویسـندگان می‌توانـد محدود بـه قسـمت تخصصی مربـوط به خـود او گـردد. در این موارد پژوهشـگر یا پژوهشـگران اصلی، فردی را که مسـئولیت کلیت مقاله را خواهد داشـت، تعیین خواهند کرد.

مـاده‌ی ۶-۱) ترتیـب نام‌ها در بخش نویسـندگان مقالـه براسـاس میزان مشـارکت هریک از افـراد و از طریق توافق جمعی آنان مشـخص می‌شـود. فردی که بیشترین سهم را در مطالعه و نگارش دست‌نوشته داشته است، نویسنده‌ی اول خواهد بود.

تبصره. جایگاه یا سـطح علمی نویسـندگان مقاله تأثیری در ترتیب نام نویسندگان نخواهد داشت.

مـاده‌ی۷-۱) عـدم توافـق نویسـندگان دربـاره‌ی ترتیـب نامشـان در مقالـه به درخواسـت هـر یک از ایشان در شورای پژوهشی دپارتمان، مرکز تحقیقات، دانشـکده یا مؤسسـه‌ی محل اجرای طـرح مربوطه مطرح می‌گردد و اتخاذ تصمیم می‌شود.

ماده‌ی ۸-۱) نـام کلیه‌ی افرادی که سـهمی قابل توجـه در اجرای مطالعـه یا نگارش مقاله داشـته‌اند امـا معیارهای درج نام در بخش نویسـندگان مقاله را ندارند، در بخش تقدیر و تشـکر با ذکر نوع مشارکت، آورده می‌شود.

مـاده‌ی ۹-۱) ذکـر انتسـاب غیرواقعـی (صوری) به مؤسسـه، مرکـز یـا دپارتمانی که نقشـی در اصل پژوهش مربوطه یا در فعالیت حرفه‌ای فرد نویسـنده ندارد، نادرست است.

۲. فصل دوم: سردبیری نشریات علمی

مـاده‌ی ۱-۲) بایـد بـه سـردبیر مجـلات، آزادی و اختیـار عمـل کافـی بـرای تصمیم‌گیـری و ایفای مسـتقلانه‌ی وظایـف خـود (از قبیـل رد یـا قبـول دست‌نوشته‌های واصله) داده شود.

ماده‌ی ۲-۲) سردبیر موظف است که رازداری را در تمامی مراحل بررسی دست‌نوشته رعایت نماید.

ماده‌ی۳-۲) بعد از اعلام تصمیم سـردبیر درباره‌ی رد یـا پذیـرش یک دست‌نوشـته بـرای انتشـار، باید

فرصت حداقل یک نوبت درخواست تجدیدنظر به نویسنده‌ی مسئول داده شود. هر مجله باید سیاست‌های مدونی برای بررسی این‌گونه درخواست‌ها داشته باشد.

ماده‌ی۴-۲) سردبیر باید تمامی تلاش خود را برای کشف موارد سوءرفتار در مقالات دریافتی و برخورد مناسب با موارد احتمالی به‌کار بندد.

ماده‌ی۵-۲) سردبیر یا هیئت تحریریه باید فرد یا افرادی را برای داوری هر مقاله انتخاب کند که تا حد ممکن در زمینه‌ی علمی مربوطه توانا و مجرب باشند. داور(ان) انتخاب‌شده باید فاقد هرگونه تعارض منافع شناخته‌شده در زمینه‌ی مقاله‌ی مورد داوری باشند.

ماده‌ی۶-۲) سردبیر مسئول است بررسی، انتخاب و اولویت‌بندی دست‌نوشته‌های واصله را برای چاپ، به‌نحوی بی‌طرفانه و تنها با توجه به ویژگی‌های علمی و فنی دست‌نوشته انجام دهد و عوامل نامربوط در این امر تأثیری نداشته باشد.

۳. فصل سوم : نقش و مسئولیت داوران

ماده‌ی۱-۳) داوری که مرور همتای یک دست‌نوشته‌ی ارجاع‌شده را از سوی یک مجله قبول می‌کند، باید داوری خود را به‌صورت بی‌طرفانه و تنها براساس ویژگی‌های علمی و فنی دست‌نوشته به انجام برساند و نباید تحت تأثیر روابط شخصی خود با نویسنده(گان) دست‌نوشته یا سایر عوامل نامربوط قرار گیرد.

ماده‌ی۲-۳) شخصی که مرور همتای یک دست‌نوشته به او پیشنهاد می‌شود، در صورت وجود هرگونه تعارض منافع، می‌تواند از پذیرش آن دست‌نوشته برای داوری امتناع کند؛ در غیر این صورت، باید تعارض منافع خود را به‌طور واضح به اطلاع سردبیر مجله برساند.

ماده‌ی۳-۳) داوران و نویسنده(گان) دست‌نوشته باید از برقراری ارتباط با یکدیگر (در رابطه با داوری آن دست‌نوشته) در طول فرایند داوری، بدون کسب اجازه از سردبیر مجله‌ی مربوطه امتناع کنند.

ماده‌ی۴-۳) چنانچه داوری که یک دست‌نوشته را برای مرور همتا پذیرفته است، خود را واجد صلاحیت علمی یا فنی لازم برای داوری دقیق تمامی یا بخشی از آن دست‌نوشته نداند، باید مراتب را به اطلاع سردبیر مجله برساند.

ماده‌ی۵-۳) دست‌نوشته‌ای که برای مرور همتا ارسال می‌شود، باید از سوی داور نیز به‌عنوان یک متن محرمانه تلقی گردد و اطلاعات مربوط به یا مندرج در آن با هیچ فرد دیگری در میان گذاشته نشود. داور مجاز نیست از دست‌نوشته‌ی مورد داوری برای هیچ مقصود دیگری به جز مرور همتا استفاده کند و لازم است بعد از پایان داوری از نگهداری دست‌نوشته به هر شکل، اجتناب نماید.

تبصره‌ی ۱. درصورتی‌که داور، مشورت با فرد دیگری را برای داوری ضروری بداند و این مشورت متضمن افشای مطالب مندرج در مقاله باشد، این کار تنها با کسب اجازه از سردبیر مجله قابل انجام است.

تبصره‌ی ۲. مفاد ماده‌ی فوق نسبت به تمامی دست‌نوشته‌هایی که برای مرور همتا ارسال شده و داور به هر دلیل از پذیرش داوری آن خودداری کرده نیز جاری است.

ماده‌ی۶-۳) در مرور همتا، داور باید به نقاط قوت و

ضعف مقاله توجه کند و در صورت امکان راهکارهایی را برای رفع اشکالات موجود به نویسنده (گان) توصیه نماید. این کار باید با رعایت احترام به استقلال فکری نویسنده (گان) به انجام برسد.

ماده‌ی ۳-۷) داور در صورت پذیرش یک دست‌نوشته برای مرور همتا، باید این کار را در مهلت اعلام‌شده از سوی سردبیر مجله به انجام برساند.

تبصره. درصورتی‌که مهلت اعلام‌شده از سوی سردبیر مجله برای داور مناسب نیست، باید داور از پذیرش مرور همتای آن دست‌نوشته امتناع کند یا درباره‌ی مهلت دیگری با سردبیر مجله به توافق برسد.

ماده‌ی ۳-۸) داور باید علاوه بر بررسی‌های علمی و فنی در مرور همتا، هرگونه عدم رعایت مفاد این راهنما را نیز به اطلاع سردبیر برساند.

۴. فصل چهارم: تعارض منافع

ماده‌ی ۴-۱) تعارض منافع عبارت است از وجود هرگونه منفعت مالی و غیرمالی که احتمال دارد نویسنده، داور یا سردبیر را در اظهار صادقانه‌ی نظر خود تحت تأثیر قرار دهد. وجود تعارض منافع به‌خودی‌خود ایرادی اخلاقی برای یک دست‌نوشته محسوب نمی‌شود.

ماده‌ی ۴-۲) نویسنده (گان) یک دست‌نوشته باید هرگونه تعارض منافع خود را که از نگاه مخاطبان پوشیده است، در متن یا ذیل دست‌نوشته به‌طور شفاف اعلام نمایند.

تبصره. قرارداد میان پژوهشگر (ان) و حامی مالی پژوهش نباید متضمن منع اعلام هرگونه تعارض منافع در دست‌نوشته‌ی حاصله باشد.

ماده‌ی ۴-۳) نویسنده (گان) باید منابع تأمین هزینه‌های پژوهش و نگارش مقاله را به‌طور شفاف معرفی نمایند.

ماده‌ی ۴-۴) اعضای هیئت تحریریه یا شورای سردبیری چنانچه در تصمیم‌گیری سردبیر درباره‌ی یک دست‌نوشته تأثیرگذار باشند، باید به‌طور شفاف و کامل سردبیر را درباره‌ی هرگونه تعارض منافع در امر مورد نظر مطلع نمایند.

۵. فصل پنجم: حریم خصوصی و رازداری

ماده‌ی ۵-۱) اطلاعات مشخص‌کننده‌ی هویت شخصی آزمودنی‌ها، کارکنان محل انجام پژوهش یا هر فرد دیگری غیر از نویسندگان دست‌نوشته و افرادی که از آن‌ها تقدیر و تشکر می‌شود، نباید در متن دست‌نوشته، عکس‌ها، شجره‌نامه‌ها یا هر قسمت دیگری آورده شود؛ مگر اینکه فرد مورد نظر یا نماینده‌ی قانونی او برای نشر آن اطلاعات رضایت آگاهانه‌ی کتبی داده باشد.

تبصره‌ی ۱. درباره‌ی عکس افراد، پوشش باید به‌گونه‌ای باشد که منجر به شناسایی فرد نشود و پوشش چشم‌ها به‌تنهایی کفایت نمی‌کند؛ مگر آنکه رضایت آگاهانه‌ی کتبی اخذ شده باشد.

تبصره‌ی ۲. درصورتی‌که انتشار دست‌نوشته بدون محرمانه‌ماندن کامل کلیه‌ی اطلاعات هویتی یا اطلاعاتی که می‌تواند منجر به کشف هویت افراد مذکور در ماده‌ی فوق شود امکان‌پذیر نباشد و اخذ رضایت آگاهانه نیز مقدور نباشد، رسیدگی به اصل ادعای عدم دسترسی به افراد مذکور و ضرورت انتشار اطلاعات و تصمیم‌گیری درباره‌ی انتشار آن بر عهده‌ی کمیته‌ی اخلاق منطقه‌ای خواهد بود.

تبصره‌ی ۳. انتشار اطلاعاتی که از پیش و به روش صحیح در دسترس عموم قرار گرفته‌اند، نیاز به اخذ رضایت آگاهانه ندارد.

۶. فصل ششم: انتشارات همپوشان

ماده‌ی ۱-۶) اگر یک نشریه‌ی چاپی یا الکترونیک دست‌نوشته‌ای را پیش از این منتشر کرده باشد یا در حال بررسی برای انتشار آن باشد، ارسال همان دست‌نوشته به نشریه‌ی دیگر یا انتشار مجدد آن نادرست است.

تبصره‌ی ۱. اگر نویسنده(گان) دست‌نوشته‌ای که در یک نشریه در دست بررسی برای انتشار است، تصمیم بگیرند، به هر دلیلی، آن دست‌نوشته را برای نشریه‌ی دیگری ارسال نمایند، باید ابتدا انصراف خود را از انتشار دست‌نوشته به‌صورت کتبی به نشریه‌ی اول اعلام نمایند. این کار حداکثر تا پیش از اعلام پذیرش دست نوشته برای انتشار در نشریه‌ی اول، امکان‌پذیر است.

تبصره‌ی ۲. اگر سردبیران چند نشریه تصمیم بگیرند که به‌طور هم‌زمان یا مشترک دست‌نوشته‌ای را منتشر کنند، درصورتی‌که هدف از این اقدام تأمین سلامت جامعه باشد و نیز مراتب به‌طور شفاف به خوانندگان آن نشریات اطلاع‌رسانی شود، مشروط به رعایت کلیه‌ی حقوق مادی و معنوی مرتبط، این کار بلامانع است.

ماده‌ی ۲-۶) ارسال دست‌نوشته‌ای که حاوی حجمی درخور توجه از یک مقاله‌ی منتشرشده یا در حال بررسی باشد، برای بررسی جهت انتشار به‌عنوان مقاله‌ی علمی‌پژوهشی نادرست است، حتی اگر به مقاله‌ی قبلی ارجاع داده باشد یا مقاله‌ی قبلی به نویسنده(گان) همین دست‌نوشته تعلق داشته باشد.

تبصره. تکرار بخش «مواد و روش‌ها» در مقالات بعدی همان نویسنده(گان)، در صورت ضرورت، مانعی ندارد، اما درهرحال ذکر مرجع لازم است.

ماده‌ی ۳-۶) اگر مقاله‌ای پیش از این به صورت چاپی یا الکترونیک منتشر شده باشد، ارسال ترجمه‌ی همان مقاله به زبانی دیگر برای بررسی جهت انتشار، در صورت کسب موافقت سردبیران هر دو مجله و اطلاع‌رسانی شفاف به خوانندگان بلامانع است.

۷. فصل هفتم: سرقت معنوی

ماده‌ی ۱-۷) سرقت معنوی عبارت است از استفاده از تمامی یا قسمتی از مطالب یا ایده‌های منتشرشده یا منتشرنشده‌ی فرد یا افراد دیگر بدون ذکر منبع به روش مناسب یا کسب اجازه در موارد ضروری.

ماده‌ی ۲-۷) استفاده از اصل یا ترجمه‌ی متن منتشرشده‌ی دیگران در دست‌نوشته باید برطبق ضوابط ذیل انجام گیرد:

الف. در صورت استفاده از شکل، جدول، پرسش‌نامه یا بخشی شایان توجه از متن مورد نظر یا ترجمه‌ی آن، به‌صورت آوردن عین آن متن، باید علاوه بر آوردن متن در داخل گیومه و ذکر منبع، از مالک معنوی متن اولیه اجازه‌ی کتبی اخذ گردد.

ب. در صورت استفاده از بخشی جزئی از متن مورد نظر یا ترجمه‌ی آن، به‌صورت آوردن عین آن متن، باید متن مورد نظر در داخل گیومه آورده شود و منبع آن ذکر گردد.

ج. در صورت استفاده از متن مورد نظر یا ترجمه‌ی آن به‌صورت نقل به مضمون، جمع‌بندی، نتیجه‌گیری یا برداشت ایده، باید منبع آن ذکر گردد.

تبصره‌ی ۱. اگر بخشی از متن که مورد استفاده قرار می‌گیرد، به‌صورت جزئی، مثلاً در حد تغییر چند کلمه یا آوردن معادل آن‌ها یا تغییر زمان افعال، تغییر کند، باز هم شامل موارد مربوط به آوردن عین متن (بند الف یا ب) می‌گردد.

تبصره‌ی ۲. مندرجات این ماده درباره‌ی مطالب منتشرشده‌ی قبلی خود نویسنده(گان) دست‌نوشته نیز صادق است.

تبصره‌ی ۳. درباره‌ی بند ج، نقل به مضمون نباید به‌گونه‌ای باشد که با منظور نویسنده(گان) اصلی و روح کلی نوشته‌ی آن‌ها منافات داشته باشد.

ماده‌ی ۴-۷) هرگونه مدعایی که در دست‌نوشته نقل یا بیان می‌گردد یا هرگونه روش مورد استفاده در دستیابی به نتایج، اگر جزء معرفت عمومی و واضح برای مخاطب نباشد، باید با ذکر مرجع باشد.

۸. فصل هشتم: آگهی

ماده‌ی ۱-۸) نشریه‌های علمی‌پژوهشی، اعم از چاپی و الکترونیک، باید تنها آگهی‌هایی را برای انتشار بپذیرند که به ارائه‌ی اطلاعات درباره‌ی واقعه، محصول یا خدمت مورد نظر بپردازند و از هرگونه تلاش برای تحت تأثیر قراردادن مخاطب، با ارائه‌ی مطالب غیرعلمی و نادرست، خودداری کنند.

ماده‌ی ۲-۸) مکان درج آگهی تبلیغاتی نباید در مجاورت سرمقاله یا مقاله‌ای علمی باشد که به‌نوعی ارتباط آن مقاله با آگهی مورد نظر را به ذهن خواننده متبادر سازد.

ماده‌ی ۳-۸) آگهی‌های تبلیغاتی باید به‌گونه‌ای در نشریه درج شوند که به‌خوبی از مندرجات علمی چاپ‌شده متمایز باشند.

۹. فصل نهم: ویژه‌نامه

ماده‌ی ۱-۹) ویژه‌نامه‌ها شماره‌هایی از نشریه‌اند که معمولاً به انتشار مجموعه‌مقالاتی در رابطه با موضوعی مشخص یا مجموعه‌ی مقالات یک همایش به‌نحوی که در ارتباط با موضوعات اصلی مورد بحث در نشریه باشد، اختصاص دارند. ویژه‌نامه غالباً توسط منابع دیگری غیر از ناشر مجله حمایت مالی می‌شود.

ماده‌ی ۲-۹) سردبیر مجله مسئولیت مطالب مندرج در ویژه‌نامه‌ها را همانند شماره‌های عادی نشریه بر عهده دارد.

ماده‌ی ۳-۹) سردبیر مجله باید اختیار ارسال هر دست‌نوشته‌ی مورد نظر برای انتشار در ویژه‌نامه را به داوران مستقل و نیز حق نپذیرفتن آن‌ها را، همانند شماره‌های عادی مجله، حفظ کند. این شرایط باید به نویسندگان و ویراستاران ویژه‌نامه از قبل اطلاع داده شود.

ماده‌ی ۴-۹) حامی مالی ویژه‌نامه، در صورت وجود، باید به‌طور شفاف در ویژه‌نامه مشخص شود.

ماده‌ی ۵-۹) نشر آگهی در ویژه‌نامه باید از سیاستی مشابه آنچه در شماره‌های عادی مجله اعمال می‌شود، تبعیت کند.

ماده‌ی ۶-۹) سردبیر و هیئت تحریریه‌ی مجله نباید پاداش‌های شخصی یا کمک‌های شخصی حامیان مالی ویژه‌نامه را بپذیرند.

ماده‌ی ۷-۹) انتشار مجدد در ویژه‌نامه باید با

ارجاع به مقاله‌ی اصلی به‌طور واضح مشخص شود. ویژه‌نامه‌ها نباید نتایج یک مطالعه را دوباره منتشر کنند، اما تجدید چاپ راهنماها یا دیگر مطالب در جهت منافع سلامت عمومی با ذکر مأخذ اولیه، می‌تواند مناسب باشد.

ماده‌ی ۸-۹) در ویژه‌نامه‌ها باید مانند شماره‌های عادی، سایر مواد این راهنما رعایت شود.

۱۰. فصل دهم: انتشار نتایج کارآزمایی‌های بالینی

ماده‌ی ۱-۱۰) در مطالعاتی که با همکاری پژوهشگران یا مراکزی از خارج از کشور به انجام می‌رسند، انتشار نتایج یا بخشی از نتایج مطالعه به زبان فارسی نیز باید با رعایت کلیه‌ی حقوق افراد خارجی دارای حق نویسندگی یا تقدیر و تشکر، براساس این راهنما، به انجام برسد.

ماده‌ی ۲-۱۰) سردبیر نشریه باید تنها نتایج آن دسته از کارآزمایی‌های بالینی را برای انتشار بپذیرد که در یکی از مراکز ثبت بین‌المللی و ملی ثبت شده و مجوز کمیته‌ی اخلاق مربوطه را دریافت کرده باشد. برای حصول اطمینان از رعایت این اصل سردبیر مجله می‌تواند سند ثبت و مجوز کمیته یا کمیته‌های اخلاقی مرتبط را به‌صورت کتبی از نویسنده‌ی مسئول درخواست نماید.

تبصره. در مطالعاتی که به‌صورت چندمرکزی در چند کشور به انجام می‌رسند، در صورت دریافت دست نوشته‌ی حاوی نتایج کل مطالعه، سردبیر می‌تواند مجوز اخلاقی مربوط به کلیه‌ی مراکزی را که مطالعه در آن‌ها انجام گرفته است به‌طور جداگانه از نویسنده(گان) درخواست کند. درصورتی‌که مقاله‌ای حاوی نتایج یکی از مراکز باشد، تنها مجوز اخلاقی مربوط به همان مرکز (کشور) قابل درخواست خواهد بود.

ماده‌ی ۳-۱۰) در موارد انتشار نتایج کارآزمایی‌های بالینی که به‌صورت همکاری بین‌المللی به انجام رسیده‌اند، سردبیر نشریه می‌تواند در صورت لزوم، سهم یا نقش ایفاشده‌ی هرکدام از نویسندگان در کل طرح را به‌صورت مکتوب درخواست نماید.

۱۱. فصل یازدهم: فریب‌کاری

ماده‌ی ۱-۱۱) فریب‌کاری عبارت است از هرگونه زیرپاگذاشتن اصول اخلاقی پذیرفته‌شده یا انحراف از آن‌ها در نگارش و انتشار آثار علمی‌پژوهشی که مثال‌های ذیل را در بر می‌گیرد:

ساختن (جعل) داده‌ها یا نتایجی که مبتنی بر یک پژوهش واقعی نیستند؛

دست‌کاری داده‌های حاصل از پژوهش؛

سرقت معنوی؛

اجتناب از ذکر عوارض نامطلوب در کارآزمایی‌های بالینی.

ماده‌ی ۲-۱۱) سردبیر می‌تواند وقوع احتمالی فریب‌کاری را در دست‌نوشته‌های دریافتی جست‌وجو نماید، اما در صورت آگاهی از احتمال وقوع فریب‌کاری، موظف است که درباره‌ی آن تحقیق و بررسی نماید. این تحقیق و بررسی می‌تواند به‌صورت درخواست توضیح از نویسنده‌ی مسئول یا در صورت لزوم، انعکاس مراتب به مؤسسه‌ی متبوع وی و درخواست پیگیری از سوی آن باشد.

تبصره. تا پیش از محرزشدن وقوع فریب‌کاری نباید اشخاص غیرمرتبط از مطرح‌شدن احتمال آن یا بررسی‌های در حال انجام مطلع شوند.

ماده‌ی ۳-۱۱) درصورتی‌که سردبیر، وقوع فریب‌کاری را احراز کند، باید بسته به شدت فریب‌کاری احرازشده، یک یا چند مورد از اقدامات ذیل را انجام دهد:

خودداری از انتشار دست‌نوشته (درصورتی‌که هنوز دست‌نوشته منتشر نشده است)؛

انتشار اصلاحیه یا تکذیبیه در شماره‌ی آتی نشریه (در صورت انتشار)؛

اطلاع‌رسانی به مؤسسه‌ی حامی پژوهش، رئیس یا مسئول محل کار یا تحصیل نویسنده(گان)؛

اجتناب از پذیرش مقالات آتی نویسنده(گان) برای مدتی معین؛

حذف مقالات قبلی نویسنده(گان) از سایت یا بانک اطلاعاتی نشریه.

تبصره. مورد ۵ تنها در صورت وقوع بند اول (مثال یک) ماده‌ی ۱-۱۱ انجام‌شدنی خواهد بود.

۱۲. فصل دوازدهم: سایر انواع انتشار

ماده‌ی ۱-۱۲) سردبیران کلیه‌ی نشریات علمی مصوب کمیسیون نشریات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که به‌صورت چاپی، هم‌زمان چاپی و الکترونیک، یا الکترونیک منتشر می‌شوند، مشمول کلیه‌ی مواد مندرج در این راهنما می‌گردند.

ماده‌ی ۲-۱۲) در مواردی که انتشار به‌صورت هم‌زمان چاپی و الکترونیک صورت می‌گیرد، هر دو نسخه‌ی چاپی و الکترونیک باید برای رفرنس‌دهی یک آدرس واحد داشته باشند.

ماده‌ی ۳-۱۲) نگارش یک فصل یا بیشتر از کتاب‌هایی که در قالب درس‌نامه منتشر می‌شوند، مشمول تمامی مواد این راهنماست. وظایف سردبیر در این حالت، بر عهده‌ی نویسنده‌ی مسئول کتاب (نامی که در روی جلد مندرج است) است.

ماده‌ی ۴-۱۲) انتشار نتایج حاصل از پژوهش‌ها از طریق رسانه‌های عمومی، پیش از به‌چاپ‌رسیدن آن‌ها در نشریات دارای مرور همتا نادرست است؛ مگر در مواردی که به واسطه‌ی اهمیت ویژه برای سلامت عمومی، انتشار تمامی یا بخشی از نتایج یک پژوهش از سوی مراجع سیاست‌گذار، ضروری دانسته شود.

ماده‌ی ۵-۱۲) اگر خلاصه‌ی مقاله‌ای که به همایشی ارسال می‌شود، قبلاً به‌صورت خلاصه یا مقاله‌ی کامل منتشرشده باشد، باید مراتب به اطلاع دبیر کنگره رسانده شود.

منشور حقوق بیمار در ایران

۱. بینش و ارزش

یکایک افراد جامعه متعهد به حفظ و احترام به کرامت انسان‌ها هستند. این امر در شرایط بیماری از اهمیتی ویژه برخوردار است. براساس قانون اساسی توجه به کرامت والای انسانی از اصول پایه‌ی نظام جمهوری اسلامی بوده و دولت موظف است خدمات بهداشتی‌درمانی را برای یکایک افراد کشور تأمین کند. بر این اساس ارائه‌ی خدمات سلامت باید عادلانه و مبتنی بر احترام به حقوق و رعایت کرامت انسانی بیماران صورت پذیرد.

این منشور با توجه به ارزش‌های والای انسانی و مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ایرانی و برپایه‌ی برابری کرامت ذاتی تمامی گیرندگان خدمات سلامت و با هدف حفظ، ارتقا و تحکیم رابطه‌ی انسانی

میـان ارائه‌کننـدگان و گیرنـدگان خدمات سـلامت تنظیم‌شده است.

۲. حقوق بیمار

۱. دریافـت مطلـوب خدمات سـلامت حـق بیمار است. ارائه‌ی خدمات سلامت باید

- شایسـته‌ی شـأن و منزلت انسـان و بـا احترام به ارزش‌ها و اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد؛
- برپایـه‌ی صداقـت، انصـاف، ادب و همـراه بـا مهربانی باشد؛
- فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد؛
- براساس دانش روز باشد؛
- مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد؛
- درباره‌ی توزیع منابع سـلامت مبتنی بر عدالت و اولویت‌های درمانی بیماران باشد؛
- مبتنـی بـر هماهنگـی ارکان مراقبـت اعـم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توان‌بخشی باشد؛
- بـه همـراه تأمین کلیـه‌ی امکانات رفاهـی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت‌های غیرضروری باشد؛
- توجـه ویژه‌ای بـه حقـوق گروه‌های آسـیب‌پذیر جامعـه ازجمله کـودکان، زنـان باردار، سـالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسـمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد؛
- در سـریع‌ترین زمـان ممکـن و با احتـرام به وقت بیمار باشد؛
- بـا درنظرگرفتـن متغیرهایـی چون زبان و سـن و جنس گیرندگان خدمت باشد؛
- در مراقبت‌هـای ضـروری و فـوری (اورژانـس)، بـدون توجه به تأمیـن هزینه‌ی آن صـورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) براساس ضوابط تعریف‌شده باشد؛
- در مراقبت‌هـای ضـروری و فـوری (اورژانـس)، درصورتی‌که ارائه‌ی خدمات مناسـب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه‌ی خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینـه‌ی انتقـال بیمـار بـه واحد مجهـز فراهم گردد؛
- در مراحـل پایانـی حیـات کـه وضعیـت بیماری غیرقابل‌برگشـت و مرگ بیمار قریب‌الوقوع می‌باشـد بـا هدف حفـظ آسـایش وی ارائه گـردد. منظـور از آسـایش، کاهش درد و رنج بیمار، توجـه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار اسـت. بیمار در حـال احتضار حق دارد در آخریـن لحظـات زندگی خویـش با فردی که می‌خواهد همراه گردد.

۲. اطلاعات باید به‌نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد. محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد:

- مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش؛
- ضوابط و هزینه‌های قابل پیش‌بینی بیمارسـتان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم‌های حمایتی در زمان پذیرش؛
- نام، مسـئولیت و رتبـه‌ی حرفـه‌ای اعضای گروه پزشـکی مسـئول ارائـه‌ی مراقبـت از جمله پزشـک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر؛
- روش‌هـای تشـخیصی و درمانـی و ضعف‌هـا و قوت‌های هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیمـاری، پیش‌آگهـی و عـوارض آن و نیـز کلیـه‌ی اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار؛

- نحـوه‌ی دسترسـی بـه پزشـك معالـج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان؛
- کلیه‌ی اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند؛
- ارائه‌ی آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان.

۳. همچنین نحوه‌ی ارائه‌ی اطلاعات باید به‌صورت ذیل باشد:

اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های فردی وی از جملـه زبـان، تحصیلات و تـوان درك در اختیار او قرار گیرد، مگر اینکه

- تأخیـر در شـروع درمـان بـه واسـطه‌ی ارائـه‌ی اطلاعات فوق سـبب آسـیب به بیمار گردد؛ (در این صـورت انتقال اطلاعـات پس از اقدام ضـروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود).
- بیمار علی‌رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواسـت بیمار محترم شـمرده شـود؛ مگر اینکـه عدم اطلاع بیمـار، او یـا سـایرین را در معرض خطر جـدی قرار دهد.

همچنیـن بیمـار می‌توانـد بـه کلیـه‌ی اطلاعـات ثبت‌شـده در پرونـده‌ی بالینـی خـود دسترسـی داشـته باشـد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

۴. حـق انتخاب و تصمیم‌گیـری آزادانه‌ی بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

محدوده‌ی انتخـاب و تصمیم‌گیری درباره‌ی موارد ذیل می‌باشد:

- انتخاب پزشك معالج و مرکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط؛
- انتخـاب و نظرخواهـی از پزشـك دوم به‌عنـوان مشاور؛
- شـرکت‌کردن یـا نکـردن در هرگونـه پژوهـش، با اطمینـان از اینکه تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه‌ی دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت؛
- قبول یا رد درمان‌های پیشـنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشـی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد؛
- اعلام نظر قبلی بیمـار درباره‌ی اقدامات درمانی آتـی در زمانی که بیمار واجـد ظرفیت تصمیم‌گیری اسـت، ثبـت شـود و به‌عنـوان راهنمـای اقدامـات پزشـکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مدنظـر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین بیمار قرار گیرد.

همچنین شـرایط انتخـاب و تصمیم‌گیری شـامل موارد ذیل است:

- انتخـاب و تصمیم‌گیـری بیمـار بایـد آزادانـه و آگاهانـه، مبتنی بر دریافت اطلاعـات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد؛
- پـس از ارائـه‌ی اطلاعـات، زمـان لازم و کافی به بیمار برای تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود.

۵. ارائه‌ی خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصـی بیمار (حق خلـوت) و رعایت اصل رازداری باشد.

- رعایـت اصـل رازداری راجع بـه کلیه‌ی اطلاعات مربـوط به بیمـار الزامی اسـت؛ مگر در مـواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد؛
- در کلیـه‌ی مراحـل مراقبـت اعم از تشـخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین‌منظور کلیه‌ی امکانات لازم

برای تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد؛

- فقط بیمـار و گروه درمانی و افـراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند می‌توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند؛

- بیمـار حـق دارد در مراحـل تشـخیصی از جمله معاینـات، فـرد معتمد خود را همراه داشـته باشـد. همراهـی یکـی از والدیـن کـودك در تمـام مراحـل درمان حق کودك است؛ مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت‌های پزشکی باشد.

۶. دسترسـی به نظام کارآمد رسـیدگی به شکایات حق بیمار است.

- هـر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشـور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی‌صلاح شکایت نماید؛

- بیمـاران حق دارنـد از نحوه‌ی رسـیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند؛

- خسـارت ناشـی از خطای ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات، مطابق مقررات در کوتاه‌ترین زمان ممکن جبران شود.

تبصـره. در اجرای مفـاد این منشـور درصورتی‌که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشـد، اعمـال کلیه‌ی حقوق بیمار مذکور در این منشـور بر عهـده‌ی تصمیم‌گیرنده‌ی قانونـی جایگزین خواهد بـود؛ البتـه چنانچـه تصمیم‌گیرنـده‌ی جایگزین بر خلاف نظر پزشـك، مانع درمان بیمار شـود، پزشـك می‌توانـد از طریـق مراجـع ذی‌ربـط درخواسـت تجدیدنظر در تصمیم‌گیری را بنماید.

چنانچـه بیمـاری کـه فاقـد ظرفیـت کافـی برای تصمیم‌گیری اسـت، اما می‌تواند در بخشـی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود.