

انجمن جهانی پزشکی

دست نامه اخلاق پزشکی

مترجمین: دکتر نازآفرین قاسم زاده

نریمان سپهروند





دانشجوی پزشکی با نوزادی در آغوش

انجمن جهانی پزشکی دست نامه اخلاق پزشکی

سال ۲۰۰۵ ، توسط انجمن جهانی پزشکی

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

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

این دست نامه تحت نظر بخش اخلاق انجمن جهانی پزشکی چاپ شده است. دست نامه توسط دکتر جان ویلیامز مدیر بخش اخلاق WMA نوشته شده است. محتویات دست نامه لزوماً منعکس کننده سیاستهای انجمن جهانی پزشکی WMA نیست، مگر در مواردی که بوضوح اشاره شده باشد. این کتاب توسط **دکتر نازآفرین قاسم زاده**، استاد اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه-ایران و **نریمان سپهروند** با اخذ مجوز کتبی از WMA و داوری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، به زبان فارسی برگردانده شده است.

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

فهرست مطالب

سخن اول: ۷

مقدمه: ۹

اخلاق پزشکی چیست؟
چرا باید اخلاق پزشکی بیاموزیم؟
اخلاق پزشکی، اخلاق حرفه ای، حقوق بشر و قانون

فصل اول: خصوصیات اصلی اخلاق پزشکی ۱۵

چه چیز خاصی در مورد پزشکی وجود دارد؟
چه چیز خاصی در مورد اخلاق پزشکی وجود دارد؟
چه کسی تصمیم می گیرد که چه چیز اخلاقی است؟
آیا اخلاق پزشکی تغییر می کند؟
آیا اخلاق پزشکی از کشوری به کشور دیگر تغییر می کند؟
نقش WMA
چگونه WMA تصمیم می گیرد چه چیز اخلاقی است؟
چگونه اشخاص تصمیم می گیرند چه چیز اخلاقی است؟
نتیجه گیری

فصل دوم: پزشک و بیمار ۲۹

اهداف
مطالعه موردی ۱
ویژگی خاص ارتباط پزشک و بیمار چیست؟
احترام و رفتار برابر
ارتباط و رضایت بیمار
تصمیم گیری برای بیماران فاقد صلاحیت
رازداری
موضوعات مرتبط با آغاز حیات
موضوعات مرتبط با پایان زندگی
بازگشت به مطالعه موردی

فصل سوم : پزشکان و جامعه ۴۹

اهداف
گزارش مورد ۲
نکات ویژه در روابط پزشک - جامعه چیست؟
وفاداری دوگانه (DUAL LOYALTY)
تخصیص منابع
بهداشت عمومی PUBLIC HEALTH
بهداشت جهانی (GLOBAL HEALTH)
بازگشت به گزارش موردی

فصل چهارم : پزشکان و همکاران : ۶۲

اهداف
گزارش موردی شماره ۳
چالش های اختیار پزشکی
ارتباط با پزشکان همکار، اساتید و دانشجویان
گزارش عملکردهای نا امن و غیر اخلاقی
رابطه با دیگر حرفه های بهداشتی
همکاری و تعاون
حل و فصل تعارضات

فصل ۵ : اخلاق و تحقیق پزشکی ۷۲

اهمیت پژوهش در پزشکی
تحقیق در پزشکی
الزامات اخلاقی
تأییدیه ی کمیته اخلاق
شایستگی علمی
ارزش اجتماعی
منافع و مضار
رضایت آگاهانه
رازداری
تعارض نقشها
گزارش صادقانه نتایج
افشاگران
موضوعات حل نشده
بازگشت به مطالعه ی موردی

فصل ششم : نتیجه گیری ۸۴

مسئولیتها و مزایای پزشکان
مسئولیت نسبت به خود
آینده اخلاق پزشکی

پیوست الف- واژه نامه ۸۹

پیوست ب- منابع اخلاق پزشکی در دنیای اینترنت ۹۲

پیوست ج : انجمن جهانی پزشکی WMA ۹۵

تصمیم گیری در مورد لزوم وارد نمودن اخلاق پزشکی و حقوق بشر در محتوای درسی
دانشکده های پزشکی سراسر جهان
فدراسیون جهانی آموزش پزشکی (WFME)
استانداردهای جهانی برای ارتقای کیفیت- آموزش پایه ای پزشکی

پیوست د- تقویت آموزش اخلاق در دانشکده های پزشکی ۹۷

پیوست ه- چند گزارش مورد ۹۹

سخن اول:

باور نکردنی است وقتی به این امر فکر می کنیم که بنیانگذاران اخلاق پزشکی مثل بقراط، تفکرات خود را در دو هزار سال قبل از میلاد مسیح منتشر نموده اند، اما هنوز حرفه پزشکی کاریکولوم (محتوای آموزشی) اساسی و مورد اقبال جهانی برای تدریس اخلاق پزشکی در اختیار ندارد. این نخستین کتاب انجمن جهانی پزشکی است که به پر کردن این نقص کمک می نماید. حقیقتاً آشنا نمودن شما با اخلاق پزشکی چه امتیاز بزرگی می تواند برای ما باشد!

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

مراقبت های مدرن پزشکی، معضلات پیچیده ی اخلاقی را که دارای جنبه های متعدد برای بررسی می باشند، افزایش داده است، اما اغلب پزشکان آمادگی قبلی برای کنترل این شرایط را ندارند. این دست نامه، مخصوصاً برای تقویت کردن انگاره های اخلاقی در ذهن پزشکان و ارتقای آن در عملکرد آنان و فراهم کردن ابزاری برای یافتن راه حل های اخلاقی برای این مسائل منتشر شده است. این دست نامه فهرستی از "درست ها و نادرست ها" نیست، بلکه تلاشی برای حساس سازی ضمیر ناخودآگاه پزشکان است که در حقیقت اساس تمامی تصمیم گیری های اخلاقی است. شما مطالعات موردی متعددی را در این کتاب خواهید دید، که با قصد پرورش رفتارهای اخلاقی فردی همزمان با بحث پیرامون موقعیت های گروهی اضافه شده اند.

همچون پزشکان، ما نیز از امتیاز پرداختن به روابط پزشک - بیمار آگاه هستیم، روابط مخصوصی که می توانند تبادل دانش و مراقبت علمی را در چهارچوبی از اخلاقیات و اعتماد تسهیل نمایند. دست نامه بطوری فراهم شده که به تمامی روابطی که پزشک از یک سو درگیر است، پردازد، اما هسته اصلی تمامی این روابط، ارتباط پزشک- بیمار می باشد. اخیراً به سبب فشار و محدودیت منابع و دیگر عوامل، این ارتباط تحت فشار

قرار گرفته است، و دست نامه بر آن است تا اهمیت تقویت این ارتباط را از طریق رفتار اخلاقی نشان دهد.

در نهایت به مرکزیت بیمار در تمامی موضوعات اخلاق پزشکی می پردازیم. بسیاری از انجمن های پزشکی در سیاست های خود مشخص نموده اند، که از نظر اخلاق پزشکی، بهترین منافع بیمار باید اولین ملاحظه در تصمیم گیری برای مراقبت باشد. این دست نامه تنها وقتی به خوبی به هدف خود رسیده است که بتواند به دانشجویان پزشکی و پزشکان در تصمیم گیری پیرامون چالش های اخلاقی که ما در کار هر روزمان با آنها مواجهیم کمک نماید، و راههای موثری برای اولویت دادن به بیمار پیدا نماید.

اخلاق پزشکی چیست؟

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

۱. دکتر پی. یک جراح ماهر و باتجربه، در حال تمام کردن کشیک شب خود در یک بیمارستان عمومی است که زن جوانی توسط مادرش به بیمارستان آورده می شود. مادر پس از اینکه به پرستار پذیرش عنوان می کند که باید بدنال دیگر فرزندانش بگردد، بیمارستان را ترک می کند. بیمار خونریزی واژینال و درد شدید دارد. دکتر پی. پس از معاینه به این نتیجه رسید که او دچار مرگ جنین و یا سقط القائی شده است. او عمل دیلاتاسیون و کورتاژ را انجام داد و از پرستار خواست که از بیمار بپرسد آیا قادر است تا زمان اطمینان از سلامتش در بیمارستان بماند؟ دکتر کیو. برای جانشینی دکتر پی. که بدون صحبت با بیمار پس از اتمام شیفت به خانه رفته بود، به بیمارستان آمد.

۲. دکتر اس. شدیداً از دست بیمارانی که قبل یا بعد از اینکه با دیگر پزشکان در مورد یک بیماری مشاوره نمودند، به او مراجعه می کنند، عاجز شده است. او این امر را اتلاف منابع بهداشتی در عین بی حاصل بودن برای سلامتی بیمار در نظر می گیرد. او تصمیم گرفته که به چنین بیمارانی بگوید که در صورت ادامه رفتارشان در مراجعه به اطباء دیگر، بدلیل همان بیماری از درمان آنها خودداری خواهد نمود. او قصد دارد تا از طریق ارتباط با انجمن پزشکی کشورش با دولت الزامی برای پیشگیری از چنین تخصیص بدی در منابع بهداشتی ایجاد نماید.

۳. دکتر سی. یک متخصص بیهوشی که بتازگی در یک بیمارستان شهری استخدام شده است، نگران رفتار یکی از جراحان ارشد بیمارستان در اتاق عمل است. از یک طرف، جراح از تکنیکهای منسوخ استفاده می کند که باعث طولانی شدن عمل و در نتیجه بیشتر شدن درد بعد از عمل و طولانی شدن زمان به هوش آمدن می گردد.

از این گذشته، وی شوخی های بی ادبانه متعددی در مورد بیماران می کند که این امر بطور واضح باعث آزار همکاران پرستارش می شود. دکتر سی. بعنوان یک عضو تازه وارد، تمایلی به انتقاد از جراح مورد نظر و یا گزارش او به مراجع بالاتر ندارد. از طرف دیگر، او احساس می کند که باید کاری در جهت بهتر نمودن وضعیت انجام دهد.

۴. دکتر ر. پزشک عمومی ای در یک منطقه کوچک روستایی است که در حال امضای قرارداد با یک سازمان تحقیقات برای شرکت در یک کارآزمایی بالینی در مورد اثر یک داروی ضدالتهاب غیر استروئیدی جدید (NSAID) روی استئوآرتریت می باشد. به او پیشنهاد پرداخت مبلغی در قبال وارد کردن هر مریض به کارآزمایی بالینی شده است.

نماینده سازمان، او را مطمئن ساخته که کارآزمایی تمامی تاییدیه های لازم را (شامل تاییدیه کمیته بررسی اخلاقی) دریافت کرده است .

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

هر یک از این مورد ها، پاسخ های اخلاقی را می طلبند. این سوالات در مورد رفتار و تصمیم گیری پزشکان است و سوالات علمی و فنی مثل نحوه درمان دیابت و یا نحوه انجام عمل بای پس نیستند، بلکه سوالاتی در مورد ارزشها، حقوق و مسئولیتها هستند. پزشکان با چنین سوالاتی نیز همچون سوالات علمی و فنی در کار هر روزه شان مواجه می شوند.

در حرفه پزشکی، فارغ از نوع تخصص و یا موسسه ای که در آن بکار مشغولید، پاسخ به برخی سوالات از برخی دیگر راحت تر است. جا اندازی یک شکستگی ساده و بخیه زدن یک بریدگی ساده، چالش زیادی برای پزشکانی که به انجام چنین کارهای عادت دارند، ایجاد نمی نماید. در طرف دیگر طیف، ممکن است بمقدار زیادی عدم قطعیت و حتی اختلاف در نحوه درمان بیماریها، حتی بیماریهای شایع مثل توبرکلوزیس و یا فشارخون بالا ممکن است وجود داشته باشد. به همین ترتیب سوالات اخلاقی در پزشکی همگی به یک میزان چالش برانگیز نمی باشند. برخی نسبتاً ساده می باشند، زیرا اغلب اجماع مناسبی در مورد راههای صحیح برای رفتار در چنین شرایطی وجود دارد (به عنوان مثال اینکه پزشکان حتما باید رضایت بیماران را برای شرکت بعنوان آزمودنی در تحقیقات کسب نمایند). برخی دیگر دشوارتر هستند، بخصوص مواردی که اجماعی در مورد آنها بوجود نیامده و یا جایکه تمامی آلترناتیو ها بی فایده باشند (مثل سهمیه بندی منابع محدود پزشکی).

پس اخلاق دقیقاً چیست و چگونه می تواند به پزشکان در مواجهه با چنین موقعیت هایی کمک نماید؟ بطور ساده، اخلاق مطالعه روی اخلاقیات (Morality) - واکنش های سیستماتیک و دقیق، و آنالیز تصمیم گیری ها و رفتارهای اخلاقی در گذشته، حال و آینده است. اخلاقیات بعد ارزشی تصمیم گیری ها و رفتارهای انسانی هستند. زبان اخلاقیات، شامل اسامی چون "حقوق"، "مسئولیتها" و "فضائل" و صفاتی چون "خوب" و "بد" (یا "شر") ، "درست" یا "غلط" ، "عادلان" یا "ناعادلان" می باشد. بر اساس این تعاریف، اخلاق پزشکی (Ethics) مسئله ی دانستن است، در حالیکه اخلاق محض یا Morality مسئله ی عمل کردن است. ارتباط نزدیک اینها در اهتمام به اخلاقیات برای فراهم کردن معیارهای عقلانی برای تصمیم گیری و قدم برداشتن مردم در راهی بهتر از دیگر راهها می باشد.

از آنجا که اخلاق با تمامی جنبه های رفتار و تصمیم گیری انسان در ارتباط است، حوزه پیچیده و وسیعی برای مطالعه با شاخه ها و زیرشاخه های متعدد است. تمرکز این دست نامه روی "اخلاق پزشکی" است، شاخه ای از اخلاق که در ارتباط با موضوعات اخلاقی در حرفه پزشکی می باشد. اخلاق پزشکی بسیار نزدیک و مرتبط با بیواتیک (اخلاق زیستی) است ولی دقیقاً با آن برابر نیست. در حالیکه اخلاق پزشکی بیشتر روی موضوعاتی که از حرفه پزشکی برمی آیند فوکوس کرده است، اخلاق زیستی موضوعی گسترده است که از موضوعات اخلاقی که در نتیجه پیشرفت در علوم زیستی ایجاد می شوند به نوعی عام صحبت می کند. اخلاق زیستی همچنین از این نظر که نیازی به پذیرفتن ارزشهای سنتی معین، همانطور که در فصل دوم خواهد آمد و برای اخلاق پزشکی اساسی می باشند، ندارد؛ و با اخلاق پزشکی تفاوت دارد.

بعنوان یک دیسپلین (انتظام) دانشگاهی، اخلاق پزشکی دایره لغات خاص خود را شامل بسیاری لغات که از فلسفه قرص گرفته است، دارد. فرض این دست نامه بر این است که خوانندگان آن هیچ آشنایی ای با فلسفه ندارند، لذا تعاریف لغات کلیدی در حین ظهور در متن و یا در واژه نامه ی انتهای دست نامه آمده اند.

چرا باید اخلاق پزشکی بیاموزیم؟

"تا زمانیکه پزشک یک کلینیسین ماهر و دانشمند باشد، اخلاق پزشکی مهم نیست."

"اخلاق در خانواده آموخته می شود، و نه در دانشکده های پزشکی"

"اخلاق پزشکی با مشاهده نحوه عملکرد پزشکان ارشد و با تجربه آموخته می شود، و آموزش آن از طریق کتابها و سخنرانی ها بی فایده است."

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

دلایلی که برای توجیه قرار ندادن اخلاق پزشکی در کاریکولوم درسی دانشکده های پزشکی ارائه می شوند، در بالا آمده است. هر کدام از آنها تا حدودی، اما فقط تا حدودی درست است. دانشکده های پزشکی سرتاسر جهان بطور فزاینده ای با فراهم کردن زمان و منابع کافی برای آموزش اخلاق پزشکی به دانشجویان موافق گشته اند. آنها تشویق های جدی در این جهت از سوی سازمان هایی مثل انجمن جهانی پزشکی و فدراسیون جهانی آموزش پزشکی دریافت می کنند.

اهمیت اخلاق در آموزش پزشکی، در طول این دست نامه مشخص خواهد شد. بطور خلاصه، اخلاق جزء اساسی حرفه پزشکی بوده و خواهد بود. اصول اخلاقی مثل احترام به دیگران، رضایت آگاهانه و رازداری در روابط پزشک-بیمار اصول اساسی هستند. با این وجود کاربرد این اصول در موقعیت های گوناگون مشکل ساز است، تا زمانیکه پزشکان،

بیماران، اعضای خانواده آنها و پرسنل بهداشتی در مورد بهترین راه برخورد در این موقعیتها اختلاف دارند. مطالعه اخلاق دانشجویان پزشکی را برای مواجهه با موقعیتهای پیچیده به گونه ای عقلانی و اصولی آماده می کند. اخلاق همچنین در روابط پزشکان با جامعه و نیز همکارانشان و در انجام تحقیقات پزشکی با اهمیت می باشد.

اخلاق پزشکی، اخلاق حرفه ای، حقوق بشر و قانون؛

پهمانطور که در فصل اول خواهد آمد، اخلاق بعنوان جزء تفکیک ناپذیر پزشکی لااقل از زمان بقراط، پزشک یونانی در پانصد سال قبل از میلاد مسیح، که بعنوان پدر اخلاق پزشکی شناخته می شود، می باشد.

از زمان بقراط پزشکی بصورت یک **حرفه** در آمد، که طی آن پزشکان در برابر عموم سوگند می خوردند که منافع بیمارشان را بالاتر از منافع خود قرار دهند (برای توضیح بیشتر به فصل سوم مراجعه کنید). رابطه ی نزدیک بین اخلاق و اخلاق حرفه ای در طی این دست نامه بخوبی آشکار خواهد شد.

اخیراً اخلاق پزشکی به میزان زیادی تحت تاثیر پیشرفت در حقوق بشر قرار گرفته است. در جهان پلورالیستیک و چند-فرهنگی حاضر، با بسیاری از سنتهای مختلف اخلاقی موجود، توافق نامه های مهم بین المللی در مورد حقوق بشر توانسته اند شالوده ای برای اخلاق پزشکی ایجاد نمایند که در ورای مرزهای ملیتی و فرهنگی قابل پذیرش باشد. گذشته از این پزشکان متناوباً با مشکلات پزشکی مواجه می شوند که در نتیجه تجاوز به حقوق بشر همچون مهاجرت اجباری و شکنجه ایجاد می گردد. و ایشان به میزان زیادی با این تردید مواجهند که آیا مراقبتهای پزشکی یک حق است؟ بطوریکه پاسخ به این سوال در بسیاری کشورها، تعیین کننده افرادی است که باید به مراقبتهای پزشکی دسترسی داشته باشند. این دست نامه ملاحظات دقیقی از حقوق بشر را هر جا که با کار پزشکی در ارتباط است، به دست می دهد.

همچنین اخلاق پزشکی ارتباط نزدیکی با **قانون** دارد. در بسیاری از کشورها قانون هایی وجود دارد که نحوه مقابله پزشکان با مسائل اخلاقی را در مراقبت از بیماران و پژوهش تعیین می کنند. بعلاوه، مراجع نظارتی بر کار پزشکان، می توانند پزشکان را بخاطر تعرض از اخلاقیات مورد تنبیه قرار دهند و این کار را نیز انجام می دهند. با این وجود اخلاق و قانون با هم یکی نیستند. در اغلب اوقات، اخلاق استاندارد های والاتری از رفتار را در مقایسه با قانون تجویز می نماید و حتی گاهاً اخلاق مستلزم این است که پزشک قانونی را که او را مجبور به کار غیراخلاقی می نماید زیر پا بگذارد. گذشته از این قوانین از یک کشور به کشور دیگر، تفاوت دارند، در حالیکه اخلاق در ورای مرزها

نتیجه گیری:

پزشکی هم یک علم است و هم یک هنر. علم آن چیزی است که قابل مشاهده و اندازه گیری باشد، یک پزشک ماهر می تواند علایم بیماریها را تشخیص داده و می داند که چگونه سلامت را به فرد بازگرداند. ولی علم پزشکی محدودیتهای خود را در خصوص منحصر بفرد بودن بشر، فرهنگ، مذهب، آزادی، حقوق و مسئولیتهای او دارد. هنر پزشکی شامل دخیل کردن علم و تکنولوژی پزشکی در هر یک از بیماران، خانواده ها و جوامع است که این دو امر با هم یکی نیستند. هر چقدر تفاوت ها بین افراد، خانواده ها و جوامع غیر فیزیولوژیک می باشد، و در درک و ارتباط با این اختلاف ها ست که هنر، انسان شناسی و علوم اجتماعی همراه با اخلاق نقشی اساسی ایفا می کنند. در عوض، اخلاق توسط این علوم دیگر غنی شده است. بعنوان مثال ارائه تئوری یک مسئله ی بالینی در مقایسه با تشریح موضوع می تواند محرک قوی تری برای ایجاد پاسخ های اخلاقی و تحلیل آنها باشد.

این دست نامه فقط می تواند آشنایی با اخلاق پزشکی و برخی از موضوعات اصلی آن را فراهم کند. قصد براین است که درکی از نیاز به پاسخ پیوسته نسبت به جنبه های اخلاقی پزشکی و بخصوص نحوه مواجهه با موضوعات اخلاقی که در کار روزمره خود با آنها مواجه خواهید شد، به شما داده شود. لیستی از منابع در ضمیمه B آمده است که می تواند به شما در هر چه عمیق کردن دانش خود در این حوزه کمک نماید.

فصل اول خصوصیات اصلی اخلاق پزشکی



یک روز از زندگی پزشک فرانسوی

اهداف آموزشی:

- پس از مطالعه ی این فصل، شما باید قادر باشید:
- توضیح دهید چرا اخلاق برای پزشکی مهم است.
- منابع اصلی اخلاق پزشکی را شناسایی کنید.
- رویکردهای مختلف به تصمیم گیری اخلاقی شامل رویکردهای خودتان را بشناسید.

چه چیز خاصی در مورد پزشکی وجود دارد؟

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

منزلت پزشک از کشوری به کشور دیگر و حتی در داخل کشورها متفاوت می باشد. اگر چه به طور کلی به نظر می رسد این وضعیت رو به پسرفت است، و بسیاری از پزشکان احساس می کنند که دیگر به اندازه سابق مورد احترام نیستند. در برخی کشورها، کنترل و مدیریت مراقبت های بهداشتی بطور پیوسته از اختیار پزشکان خارج شده و به اختیار مدیران حرفه ای و دیوان سالاران در آمده است که برخی از آنها پزشکان را به صورت موانع، و نه بصورت شریک در اصلاح مراقبتهای بهداشتی می بینند. بیماران که عادات داشتند دستورات پزشکان را بی چون و چرا بپذیرند، در حال حاضر گاهی از پزشکان می خواهند که از درمان های تجویزی خود، در صورت تفاوت با توصیه های دیگر شاغلین بهداشت و یا اینترنت، دفاع نمایند. برخی اعمال که سابقاً فقط پزشکان قادر به انجام آنها بودند اکنون توسط تکنسین های پزشکی، پرستاران یا پیراپزشکان انجام می پذیرد.

با وجود این تغییرات که موقعیت پزشکان را تنزل می دهند، پزشکی همچنان حرفه ای است که به میزان زیادی توسط افراد بیمار که به خدمات آن نیازمندند، ارج نهاده می شود. پزشکی همچنان تعداد زیادی از فداکارترین، سخت کوش ترین و مستعدترین دانشجویان را جذب می کند. به منظور برآورده ساختن انتظارات بیماران و دانشجویان، مهم است که پزشکان ارزشهای اصلی پزشکی مخصوصاً دلسوزی، شایستگی و خود مختاری را بشناسند و سرلوحه کار خود قرار دهند. این ارزش ها همراه با احترام به حقوق بنیادین انسانها، مبنای اخلاق پزشکی را تشکیل می دهد.

چه چیز خاصی در مورد اخلاق پزشکی وجود دارد؟

مهارت، دلسوزی و خودمختاری منحصر به پزشکی نیستند با این وجود از پزشکان انتظار می رود به میزان بالاتری از سایر افراد، آنها را سرمشق خود قرار دهند.

دلسوزی به معنی فهمیدن و توجه به درد دردمندی، برای طبابت پزشکی ضروری است. به منظور پرداختن به مشکلات بیمار، پزشک باید علایمی را که بیمار تجربه می

کند و علل زمینه ای آنها را شناسایی کند و باید سعی کند که با کمک به بیمار، درد او تسکین یابد. بیماران اگر به این موضوع پی ببرند که پزشک به نگرانی های آنها ارزش قائل است و سعی میکند آنها را درمان می کند و فقط به فکر بیماری نیست، به درمان او بهتر پاسخ می دهند.

از پزشکان انتظار می رود که **شایستگی** و لیاقت بالایی داشته باشند. فقدان کفایت می تواند منجر به مرگ یا ناخوشی جدی برای بیماران گردد. پزشکان برای اطمینان حاصل نمودن از صلاحیت شان، تحت یک دوره آموزشی طولانی مدت قرار می گیرند اما با در نظر گرفتن پیشرفت سریع دانش پزشکی حفظ صلاحیت آنها یک چالش مداوم برایشان در بر خواهد داشت.

به علاوه، فقط دانش علمی و مهارت های فنی آنها نیست که باید حفظ گردد. بلکه دانش، مهارت ها و گرایش های اخلاقی آنها هم باید حفظ گردند، چون مسائل اخلاقی جدید با تغییر در پزشکی و پیرامون اجتماعی و سیاسی آن ایجاد می گردند.

خودمختاری (اتونومی): یا حق تعیین سرنوشت، ارزش اصلی و مرکزی پزشکی است که در طی سالیان بمیزان زیادی تغییر کرده است. پزشکان سنتی از درجه بالایی از خود مختاری بالینی در تصمیم گیری برای چگونگی درمان بیمارانشان، برخوردار بوده اند. پزشکان، به طور کلی (حرفه پزشکی) در تعیین استانداردهای آموزش پزشکی و طبابت آزاد بوده اند. همان طور که در طی این دست نامه مشخص خواهد شد، رویکرد های خود مختاری پزشک در بسیاری از کشورها توسط حکومت و دیگر مسئولان با ایجاد کنترل بر پزشکان تعدیل شده است. با وجود این چالش ها، پزشکان هنوز به خود مختاری بالینی و حرفه ای خودشان ارزش قائل بوده و تا حد امکان سعی در حفظ آن دارند در عین حال، خودمختاری بیمار توسط پزشکان سراسر جهان بطور گسترده مورد پذیرش است که به این معنی است که بیماران باید تصمیم گیرنده های نهایی در مواردی باشند که زندگی شان را تحت تاثیر قرار می دهد.

این دست نامه در ادامه به مثال هایی از تعارض بین خودمختاری پزشک و احترام برای خودمختاری بیمار خواهد پرداخت.

گذشته از این سه اصل کلیدی، اخلاق پزشکی با اخلاق عمومی که قابل کاربرد برای همگان از طریق اعلامیه های عمومی همچون بیانیه ژنو انجمن جهانی پزشکی و یا یک کد اخلاقی می باشد، متفاوت است. سوگندنامه ها و دستورات العمل ها از کشوری به کشور دیگر و حتی در داخل کشورها فرق می کنند اما خصوصیات مشترک بسیاری دارند که شامل سوگند به این است که: پزشکان منافع بیمارانشان را مافوق منافع خویش قرار خواهند داد، بین بیماران بر مبنای نژاد، دین یا سایر مبنای حقوق بشر

تبعیض قائل نخواهند شد، از محرمانگی اطلاعات بیماران حفاظت خواهند کرد و مراقبت های فوری را برای هر فرد نیازمند مهیا خواهند کرد.

انجمن جهانی پزشکی

بیانیه ژنو

در زمانی که بعنوان یک عضو در حرفه پزشکی پذیرفته شده است: من بطور جدی خود را متعهد می دانم که زندگی را در خدمت به بشریت وقف نمایم. من به اساتید خویش احترام گذاشته و سپاسگزار آنان خواهم بود که این حق آنهاست. من حرفه ام را با وجدان و کرامت بکار خواهم بست. سلامت بیمار اولین هدف و توجه من خواهد بود. من به اسراری که بطور محرمانه نزد من هستند، حتی بعد از مرگ بیماران نیز احترام خواهم گذاشت و پایبند خواهم بود. من با تمام قدرتم، از شرافت و رسوم اصیل حرفه پزشکی حمایت خواهم کرد. همکاران من، خواهران و برادران من خواهند بود. من اجازه نخواهم داد که سن، بیماری و ناتوانی، عقیده، قومیت، جنسیت، ملیت، وابستگی سیاسی، نژاد، تمایلات جنسی یا مواضع اجتماعی بین وظایف و بیمارانم مداخله نماید. من متعهد می گردم بیشترین احترام را برای زندگی بشر از آغاز آن، حتی در شرایطی که در معرض تهدید قرار دارم، داشته باشم و دانش پزشکی خود را خلاف قوانین بشریت مورد استفاده قرار ندهم. من این تعهدات را هوشیارانه، آزادانه و با شرافت می پذیرم.

چه کسی تصمیم می گیرد که چه چیز اخلاقی است؟

اخلاق کثرت گرا است. ما بین اشخاص در مورد اینکه چه چیز درست و چه چیز نادرست است اختلاف نظر وجود دارد، و حتی زمانی که آنها توافق دارند، این توافق می تواند ناشی از دلایل متفاوتی باشد. در برخی جوامع این اختلاف نظر طبیعی در نظر گرفته می شود و آزادی فراوانی وجود دارد تا هر شخص البته تا زمانی که حقوق دیگران را زیر

پا نگذارد هر گونه که می خواهد رفتار کند. در حالیکه جوامع سنتی تر، در مورد اخلاق اتفاق نظر دارند و فشار اجتماعی بیشتری در این جوامع برای عمل به یک شیوه ی خاص وجود دارد که گاهی اوقات توسط قانون نیز حمایت می گردد. در چنین جوامعی، فرهنگ و مذهب نقش غالب در تعیین رفتار اخلاقی بازی می کنند.

پاسخ به این سؤال که چه کسی تصمیم می گیرد چه چیز برای عموم مردم اخلاقی است بهرحال از یک جامعه به جامعه دیگر و حتی در داخل همان جامعه فرق می کند. در جوامع لیبرال اشخاص اگر چه احتمالاً تحت تاثیر خانواده شان، دوستانشان، مذهب، رسانه ها و دیگر منابع خواهند بود، اما آزادی فراوانی جهت تصمیم برای مورد خودشان که چه چیز اخلاقی است دارند. در جوامع سنتی تر، خانواده و بزرگان خاندان، مراجع دینی و رهبران سیاسی معمولاً نقش بیشتری از اشخاص در تعیین اینکه چه چیز اخلاقی است، دارند. با وجود این تفاوت ها، به نظر می رسد که اکثر انسان ها روی برخی اصول اخلاقی بنیادی می توانند اتفاق نظر داشته باشند، یعنی، حقوق اولیه بشر، اعلام شده در بیانیه جهانی حقوق بشر و سایر اسناد رسماً اعلام شده و کاملاً پذیرفته شده است. حقوق بشری که مخصوصاً برای اخلاق پزشکی مهم هستند شامل: حق زندگی، آزادی از تبعیض، شکنجه و ظلم، رفتار تحقیرآمیز و غیر انسانی، آزادی عقیده و بیان، دسترسی برابر به خدمات عمومی و مراقبت های پزشکی در کشور خود است.

سؤال در مورد اینکه "چه کسی تصمیم می گیرد چه چیز اخلاقی است؟" تا همین اواخر برای پزشکان پاسخ تقریباً متفاوتی با عموم مردم داشت. طی قرن ها، حرفه پزشکی استانداردهای خود را برای رفتار اعضایش بوجود آورده است که به صورت کد های اخلاقی و خط مشی مربوطه ارائه می شوند. در سطح جهانی، WMA مجموعه وسیعی از بیانیه های اخلاقی را منتشر کرده است که رفتار مورد انتظار از پزشکان را، صرف نظر اینکه در چه کشوری زندگی می کنند، مشخص می نماید.

در بسیاری از کشورها، در صورتی که نخواهیم بگوییم بیشتر آنها، انجمن های پزشکی مسئول ایجاد و اجرای استاندارد های کاربردی اخلاقی می باشند. بسته به رویکرد کشورها به قوانین پزشکی، ممکن است این استانداردها ماهیت قانونی به خود بگیرند. مزیت حرفه ی پزشکی در توانایی تعیین استانداردهای اخلاقی خود هرگز مطلق نبوده است. بعنوان مثال:

- پزشکان همواره مخاطب قوانین عمومی کشور بوده اند و گاهی اوقات بخاطر عمل بر خلاف قوانین کشور، مجازات می شوند.

- برخی از انجمن های پزشکی قویاً تحت تأثیر آموزه های مذهبی می باشند، الزامات بیشتری را درکنار مواردی که شامل تمام پزشکان می شوند، بر اعضای خود تحمیل می کنند.
- در بسیاری از کشورها، سازمانهایی که استانداردهای رفتاری را برای پزشکان تعیین نموده و میزان پذیرش آنها را پایش می نمایند، به تعداد قابل ملاحظه ای اعضای غیر پزشک دارند.

رهنمود های اخلاقی انجمن های پزشکی ماهیت عمومی دارند. ممکن است در ارتباط مستقیم با هر موقعیتی که پزشکان در کار پزشکی خود با آن مواجه می شوند، نباشند. در بیشتر موقعیت ها، این خود پزشک است که باید در مورد بهترین راه اقدام تصمیم بگیرد، با این وجود دانستن اقدامی که دیگر پزشکان در موقعیت های مشابه انجام می دهند، می تواند کمک کننده باشد.

کد ها و آیین نامه های اخلاقی پزشکی منعکس کننده راهی هستند که پزشکان باید به آن طریق عمل کنند و تا زمانی که دلایل خوبی برای عمل بر خلاف آن نداشته باشند، آن راه را دنبال نمایند.

آیا اخلاق پزشکی تغییر می کند؟

در مورد اینکه برخی جنبه های اخلاق پزشکی در طول سالیان تغییر کرده اند، شکی وجود ندارد. تا همین اواخر، پزشکان حق و حتی وظیفه تصمیم گیری در مورد نحوه درمان بیمار را داشتند و هیچ لزومی برای اخذ رضایت آگاهانه از بیماران وجود نداشت. در مقابل، نسخه ۱۹۹۵ **بیانیه حقوق بیمار** انجمن جهانی پزشکی با این عبارت آغاز می شود که "ارتباط بین پزشکان، و بیماران یا بطور وسیع تر جامعه اخیراً تغییرات قابل توجه یافته است". پزشکان درحالیکه باید بر اساس وجدان خود و همواره همسو با بهترین منافع بیمار عمل کنند، تلاش یکسانی را باید برای تضمین خودمختاری و عدالت در مورد بیمار بعمل آورند. اکنون بسیاری از مردم خود را بعنوان اولین فراهم کنندگان مراقبتهای بهداشتی برای خویش در نظر می گیرند و نقش پزشکان در اینجا در سطح یک مشاور یا آموزگار می باشد. اگرچه چنین تأکیدی روی خود-مراقبتی (Self-care) هنوز خیلی با جهانی شدن فاصله دارد، اما به نظر می رسد که در حال گسترش باشد و نشانگر تکامل کلی تر در روابط پزشک-بیمار است که الزامات گوناگون اخلاقی پزشکان را بیش از پیش می کند.

تا همین اواخر، پزشکان خود را فقط در برابر خودشان، دیگر همکارانشان در حرفه پزشکی و در مورد افراد با ایمان، در برابر خدا مسئول می دانستند. امروزه، آنها باید جوابگوی بیمارانیشان، بیمارستانها و سازمانهای مدیریتی مراقبتهای بهداشتی،

مسئولین اعطای جواز کار و اغلب دادگاه ها نیز باشند. این پاسخگویی ها ممکن است در تضاد با یکدیگر باشند، که در بخش وفاداری دوگانه (Dual Loyalty) در فصل سوم شرح داده خواهد شد.

اخلاق پزشکی از راههای دیگر نیز تغییر کرده است. مشارکت در سقط تا همین اواخر در کدهای اخلاق پزشکی ممنوع بود ولی در حال حاضر در برخی کشورها تحت شرایط خاصی اجازه اقدام به آن به حرفه پزشکی داده می شود. درحالیکه در اخلاق پزشکی سنتی، مسئولیت منحصر بفردهای پزشکان فقط در برابر بیمارانشان بود، امروزه این امر مورد اجماع است که پزشکان باید نیازهای جامعه را بعنوان مثال، در تخصیص منابع محدود بهداشتی نیز در نظر بگیرند (به فصل سوم مراجعه نمایید).

پیشرفت در علوم پزشکی و تکنولوژی، موضوعات اخلاقی جدیدی را ایجاد می کنند که دیگر با اخلاق سنتی پزشکی قابل پاسخ نمی باشند. کمک باروری، ژنتیک، انفورماتیک حوزه سلامت، تکنولوژی های افزایش طول عمر، که همگی نیاز به مشارکت پزشکان دارند، همگی پتانسیل سودرسانی به بیماران را دارند، ولی از طرفی پتانسیل آسیب رساندن به بیماران را بسته به اینکه چگونه بکار گرفته می شوند، نیز دارند. برای کمک به پزشکان در تعیین اینکه کی و تحت چه شرایطی در چنین فعالیتهایی شرکت نمایند، انجمن های پزشکی باید علاوه بر اعتماد کردن به کدهای موجود اخلاقی، روشهای تحلیلی مختلفی را بکار بگیرند.

علیرغم این تغییرات آشکار در اخلاق پزشکی، اجماع گسترده ای در میان پزشکان وجود دارد که ارزشها و اصول بنیادین اخلاق پزشکی تغییر نمی کنند و یا لاقلاً نباید که تغییر کنند. تا زمانیکه احتمال بیمار شدن نوع بشر تا ابد اجتناب ناپذیر می باشد، آنها همچنان نیازمند پزشکان دلسوز، لایق و حافظ اختیار بیمار برای مراقبت از ایشان خواهند بود.

آیا اخلاق پزشکی از کشوری به کشور دیگر تغییر می کند؟

درست همانگونه که اخلاق پزشکی در پاسخ به توسعه هایی در تکنولوژی و علوم پزشکی همچنین ارزش های اجتماعی در طی زمان دچار تغییر می شود، بسته به عواملی مشابه از کشوری به کشور دیگر تغییر می نماید، در مورد یوتاتازی، برای مثال، تفاوت قابل ملاحظه ای در عقاید مابین انجمن های پزشکی ملی وجود دارد. برخی انجمن ها آن را محکوم می کنند اما دیگران خنثی هستند و حداقل یک مورد، انجمن سلطنتی پزشکی هلند، آن را تحت شرایط خاصی قبول می کند. همین طور، در مورد دسترسی به مراقبت های بهداشتی، انجمن برخی کشورها، برابری همه شهروندان را حمایت می کنند در صورتیکه دیگران، از نابرابری های شدید در میان افراد حمایت می کنند. در برخی کشورها علاقه قابل ملاحظه ای به مسائل اخلاقی ایجاد شده در نتیجه

تکنولوژی پیشرفته و جدید پزشکی وجود دارد در صورتیکه در کشورهای که دسترسی به چنین تکنولوژی ندارند، این مسائل نیز پیش نمی آیند. پزشکان در برخی کشورها مطمئنند که توسط حکومتشان وادار به انجام کاری غیراخلاقی نخواهند شد در حالی که در کشورهای دیگر ممکن است پایبند بودن به الزامات اخلاقی برایشان دشوار باشد، برای مثال، حفظ اسرار بیماران در صورت درخواست پلیس یا ارتش برای گزارش آسیب های مشکوک را می توان نام برد.

اگر چه این تفاوت ها ممکن است مهم به نظر برسند، تشابهات بسیار بیشترند. پزشکان در سراسر دنیا اشتراکات بسیاری دارند و زمانیکه آنها در سازمان هایی چون انجمن جهانی پزشکی WMA گرد هم می آیند، معمولاً در مورد مسائل اخلاقی مورد اختلاف به توافق می رسند، اگر چه این اجماع غالباً نیاز به مباحثات طولانی دارد. ارزش های اصلی اخلاق پزشکی مانند: دلسوزی، کفایت، خودمختاری در کنار تجربه و مهارت پزشکان در همه جنبه های پزشکی و مراقبت های بهداشتی، مبنای استواری برای تحلیل مسائل اخلاقی در پزشکی و رسیدن به راه حل هایی هستند که به بهترین نحو، نفع بیماران، شهروندان و بطور کلی تر، بهداشت عمومی را فراهم نمایند.

نقش WMA

به عنوان تنها سازمان بین المللی که سعی می کند نماینده همه پزشکان بدون در نظر گرفتن ملیت یا تخصص آنها باشد، WMA نقش برقراری استانداردهای عمومی را در حوزه ی اخلاق پزشکی که قابل اعمال در سراسر جهان باشد، بر عهده گرفته است. از تأسیس آن در سال ۱۹۴۷ در جهت پیشگیری از تکرار هرگونه رفتار غیر اخلاقی که توسط پزشکان آلمان نازی و دیگر کشورها انجام شده بود، فعالیت کرده است. اولین کار WMA بروز رسانی سوگند نامه بقراط برای استفاده در قرن بیستم بود. نتیجه بیانیه ژنو بود که در دومین نشست علنی WMA در ۱۹۴۸ پذیرفته شد. از آن موقع سوگند نامه چندین بار بازبینی شده که آخرین بار آن در ۱۹۹۴ بوده است. وظیفه دوم آن ایجاد دستورالعمل بین المللی اخلاق پزشکی بود که در سومین نشست علنی در ۱۹۴۹ پذیرفته و در ۱۹۶۸ و ۱۹۸۳ بازبینی شد. این دستورالعمل اکنون تحت بازبینی بیشتر قرار دارد. وظیفه بعدی آن ایجاد خط مشی های اخلاقی برای تحقیق روی نمونه های انسانی بود.

این مورد زمان طولانی تری از دو سند قبلی صرف کرد تا سال ۱۹۶۴ که خط مشی ها به عنوان بیانیه هلسینکی پذیرفته شدند. این سند هم تحت بازبینی های دوره ای قرار گرفت که آخرین مورد آن در سال ۲۰۰۰ بود. علاوه بر این بیانیه های کلی اخلاقی، WMA بیانیه های خط مشی در مورد بیش از ۱۰۰ مسئله خاص را پذیرفته است که اکثر

آنها ماهیت اخلاقی دارند در حالیکه سایرین به عناوین پزشکی اجتماعی شامل: آموزش پزشکی و نظام های بهداشتی می پردازند. هر سال نشست علنی WMA برخی سیاست های موجود را بازبینی کرده و یا سیاست های جدید را می پذیرد.

چگونه WMA تصمیم می گیرد چه چیز اخلاقی است؟

رسیدن به توافق بین المللی در مورد مسائل اخلاقی مورد اختلاف، حتی در داخل گروه نسبتاً منسجمی چون پزشکان، کار ساده ای نیست. WMA اطمینان خاطر داده که بیانیه های اخلاقی آن حاصل اجماع آراست، بطوریکه باید ۷۵٪ افراد مجمع عمومی به نفع یک سیاست جدید یا بازبینی سیاست قبلی رأی داده باشند. پیش شرط رسیدن به این درجه از اتفاق نظر، رایزنی گسترده روی پیش نویس بیانیه ها، ملاحظه دقیق نظرات دریافت شده توسط کمیته اخلاق پزشکی WMA و گاهی اوقات توسط کارگروه ویژه تعیین شده برای این موضوع، دوباره نویسی پیش نویس ها و اغلب رایزنی بیشتر است. بسته به پیچیدگی یا تازگی مسئله این فرآیند می تواند طولانی باشد.

برای مثال، آخرین ویرایش بیانیه هلسینکی در اوایل ۱۹۹۷ آغاز و در اکتبر ۲۰۰۰ به پایان رسید. حتی آن هنگام نیز مسائل برجسته ای باقی ماند و مطالعه آن ها توسط کمیته اخلاق پزشکی WMA و کارگروه های متولی امر ادامه یافت.

یک فرآیند خوب برای داشتن یک پیامد خوب ضروری است اما رسیدن به آن را تضمین نمی کند. در تصمیم اینکه چه چیز اخلاقی است، WMA از پیشینه ی اخلاق پزشکی که در بیانیه های قبلی منعکس شده است، استفاده می کند. همچنین از دیگر افراد مسئول امر، چه ملی و چه بین المللی و از افراد با تجربه در حوزه ی اخلاق برای تصمیم گیری استفاده می کند.

در مورد برخی مسائل مانند رضایت آگاهانه، WMA خودش را در توافق با نظر اکثریت می یابد. در حالیکه در موارد دیگر مانند رازداری نسبت به اطلاعات شخصی پزشکی، پزشکان ممکن است با اجبار به سمت دولت، مسئولین نظام سلامت و تشکیلات اقتصادی پیش برده شوند.

خصوصیت تعیین کننده در رویکرد WMA به اخلاق، در اولویتی است که WMA به بیماران و افراد مورد تحقیق قائل است. با بازخوانی **بیانیه ژنو**، پزشک قسم می خورد که "سلامت بیمار، اولین ملاحظه من خواهد بود". **بیانیه هلسینکی** بیان می کند:

"در تحقیقات پزشکی در روی نمونه های انسانی، ملاحظات مرتبط با سلامت آزمودنی های انسانی باید بر منافع علمی و جامعه ارجحیت داشته باشد."

چگونه اشخاص تصمیم می گیرند چه چیز اخلاقی است؟

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

روش های مختلفی برای رویکرد به مسائل اخلاقی مانند آنچه در ابتدای این دست-نامه آمده بود، وجود دارد. این روشها بطور عمده به دو دسته تقسیم می شوند: rational و non-rational (رویکرد عقلگرا در مقابل غیر عقل گرا). باید دقت شود که non-rational یا غیر عقل گرا به معنی غیر عقلانی نیست بلکه فقط باید از کاربرد نظام مند و واکنشی دلیل در گرفتن تصمیم ها، افتراق داده شود.

رویکردهای غیر عقل گرایانه (non-Rational)

پیروی روش رایج اتخاذ تصمیمات اخلاقی مخصوصاً توسط کودکان و آندایی است که در ساختارهای انضباط-محور کار می کنند مانند نیروهای نظامی، پلیس، برخی سازمان مذهبی و بسیاری از تجارت ها. اخلاقیات یا Morality عبارت است از پیروی از قواعد و دستورالعمل آندایی که صاحب اختیارند، چه با آنها موافق باشید یا نه.

تقلید از آن جهت که قضاوت یک نفر را در مورد درستی یا نادرستی به قضاوت فرد دیگر (در این مورد یک الگو) وابسته می کند، به پیروی شباهت دارد. اخلاقیات عبارت است از پیروی از نمونه یک الگو است. این شاید رایج ترین راه آموزش اخلاق پزشکی توسط پزشکان در حال ارتقا باشد، به طوریکه الگوها، همان پزشکان ارشد، و نحوه آموزش اخلاقی، شامل مشاهده و همگون سازی ارزش های مشاهده شده است.

احساس یا میل، رویکردی ذهنی به تصمیم گیری یا رفتار اخلاقی است. آنچه صحیح است چیزی است که به نظر صحیح می رسد یا میل شخص را ارضاء می کند؛ آن چیزی نادرست است که به نظر نادرست برسد یا میل شخص را سرخورده کند. مقیاس اخلاقیات باید در خود هر شخص یافته شود و البته به میزان زیادی از شخص به شخص دیگر و حتی در همان شخص در طی زمان، متفاوت است.

درک مستقیم یک درک فوری از روش درست رفتار در یک وضعیت است. از آن جهت که کاملاً ذهنی است شبیه میل است؛ اما بر اساس موقعیتش در ذهن با میل فرق می کند. تا حدودی در مقایسه با پیروی، تقلید، و احساس یا میل، به اشکال عقل گرای تصمیم گیری اخلاقی نزدیک تر است. اگرچه، نه نظام مند است و نه رفلکسی، ولی تصمیمات اخلاقی را از طریق بارقه ای از بصیرت فراهم می کند. همانند احساس و میل

به میزان زیادی از شخصی به شخص دیگر و حتی در همان شخص در طی زمان متفاوت است.

عادت یک روش خیلی موثر تصمیم گیری اخلاقی است زیرا هنگامی که یک مسئله اخلاقی مشابه آنچه قبلاً با آن مواجه شده ایم، رخ می دهد، دیگر نیازی به تکرار فرآیند تصمیم گیری نظام مند نیست. با این وجود، عادات بد (مانند دروغ گویی) نیز همچون عادات خوب (مانند راست گویی) وجود دارند. به علاوه وضعیت هایی که مشابه به نظر می رسند، ممکن است به تصمیمات کاملاً متفاوتی نیاز داشته باشند. بنابراین همان قدر که عادت مفید باشد، فرد نمی تواند همه اتکای خود را در بر آن قرار دهد.

رویکردهای عقل گرا (Rational)

در طی مطالعه اخلاق، رواج رویکردهای غیر عقلگرا را در تصمیم گیری و رفتار نشان داده شده است. با این وجود پیش از این تاکید بر رویکردهای عقلگرا بود. چهار مورد از این رویکردها شامل وظیفه شناسی (Deontology)، نتیجه گرایی (Consequentialism)، اصولگرایی (Principlism)، و فضیلت (Virtue) می باشد.

وظیفه شناسی: شامل جستجو بدنبال قوانین کاملاً معینی است که می توانند بعنوان پایه برای تصمیم گیری های اخلاقی باشند. "با تمام مردم باید با مساوات رفتار شود." یک مثال از چنین قوانینی است. ممکن است شالوده ی آن مذهبی باشد. (برای مثال، اعتقاد به اینکه خداوند انسانها را یکسان آفریده است). به محض اینکه قوانین ایجاد می گردند بایستی در موقعیت های خاصی بکار گرفته شوند و اینجا جایی است که اغلب تضادها درخصوص اینکه چه چیزی برای قوانین مورد نیاز است روی می دهد. (برای مثال اینکه آیا قانون منع کشتن دیگر انسان ها، سقط یا مجازات مرگ را نیز منع می کند؟!)

نتیجه گرایی: تصمیم گیری اخلاقی را بر پایه آنالیز نتایج احتمالی و یا نتایج اعمال و گزینه های متفاوت پایه ریزی می نماید. اقدامات درست آنهایی هستند که بهترین نتایج را ایجاد می نمایند. البته در خصوص اینکه چه چیزی نتیجه خوب محسوب شود، نیز اختلاف نظر وجود دارد. یکی از شناخته شده ترین انواع نتیجه گرایی، تحت عنوان **سودگرایی (Utilitarianism)** از "سود" بعنوان مقیاس سنجش استفاده می کند و این گونه تعریف می گردد که "**بیشترین سود برای بیشترین افراد**". دیگر شاخص های پیامد که در تصمیم گیری مراقبت های بهداشتی بکار گرفته می شوند، شامل: هزینه- اثربخشی و کیفیت زندگی آن گونه که در QALYS (سالهای زندگی براساس کیفیت) و یا DALYS (سالهای زندگی براساس ناتوانی های موجود) اندازه گیری می شود، می

باشند. حامیان نتیجه گرایی استفاده چندانی از این اصول نمی کنند. زیرا شناسایی، اولویت دهی و به کار بردن آن دشوار است و همواره و در همه ی موارد آنچه را که در تصورشان برای تصمیم گیری اخلاقی مهم است، یعنی نتیجه را در نظر نمی گیرند. این شرایط از ورای اصول اخلاقی، دست نتیجه گرایی را در پذیرش اینکه "هدف وسیله را توجیه می کند" بازگذاشته است، بعنوان مثال در این رویکرد، حقوق فردی بشر می تواند برای دستیابی به اهداف اجتماعی قربانی شود.

اصول گرایی: همانگونه که از اسم آن بر می آید، اصولگرایی، اصول اخلاقی را بعنوان پایه ای برای تصمیم گیریهای اخلاقی مورد استفاده قرار می دهد. این رویکرد اصول را برای موارد یا موقعیت های خاص بکار می گیرد، و برای اینکه مشخص نماید که کدام کار درست است، هم قوانین و هم نتایج را در نظر می گیرد.

این رویکرد اخیراً به طور وسیعی مباحث اخلاقی را خصوصاً در آمریکا تحت تاثیر قرار داده است. چهار اصل کلی مخصوصاً، احترام به استقلال، سودرسانی، عدم ضرررسانی و عدالت بعنوان مهم ترین اصول تعیین کننده در تصمیم گیری اخلاقی در اقدامات پزشکی محسوب می شوند. این اصول نقش مهمی در تصمیم گیریهای عقل گرایانه ایفا می کنند. با این وجود انتخاب این چهار اصل و خصوصاً اولویت دادن به احترام به استقلال بیمار نسبت به سایر موارد، بازتابی از فرهنگ لیبرال دموکراسی غرب بوده و الزاماً جهانی نمی باشد. گذشته از این، این چهار اصل در موقعیت های خاصی در تضاد با هم قرار می گیرند و در چنین شرایطی به برخی معیارها برای حل چنین تضادهایی نیاز داریم.

اخلاق فضیلت گرا (virtue ethics): تمرکز در این روش کمتر بر روی تصمیم گیری و بیشتر بر روی خصوصیات تصمیم گیرنده است که در رفتارهای آنها انعکاس می یابد. فضیلت، یک ایده آل اخلاقی است. همانگونه که در بالا اشاره شد، یکی از سجایای اخلاقی که مخصوصاً برای پزشکان اهمیت دارد، احساس دلسوزی است. دیگر موارد شامل صداقت، پروا داشتن و فداکاری می باشند. پزشکانی که حائز این سجایای اخلاقی می باشند، احتمال بیشتری دارد که تصمیم های خوبی گرفته و آنها را در راه صحیح بکار گیرند. با این وجود حتی افراد دارای سجایای اخلاقی نیز اغلب در خصوص اینکه در موقعیت های خاص چگونه عمل نمایند، مردد هستند و آنها نیز از گرفتن تصمیمات غلط در امان نیستند.

هیچ یک از چهار رویکرد یا سایر مواردیکه مطرح شد، قادر به جلب پذیرش جهانی نمی باشند. افراد در بین خودشان در مورد ترجیحات خود برای تصمیم گیری با رویکرد عقلگرا متفاوت هستند، همانگونه که در اولویتهایشان برای رویکرد غیرعقلگرا متفاوت می

باشند. این مورد می تواند با این حقیقت که هر رویکردی به نوبه خود نقاط ضعف و قوت دارد توجیه گردد.

شاید ترکیبی از هر چهار رویکرد که شامل بهترین ویژگی هر یک باشد، بهترین راه برای اخذ تصمیمات اخلاقی باشد. برای این امر باید اصول و قوانین مهم را با مشخص کردن آنهایی که بیشترین ارتباط را با موقعیت یا مورد دارند، در نظر گرفته و تلاش در جهت بکارگیری آنها تا بیشترین حد ممکن انجام گیرد. همچنین نتایج احتمالی تصمیمات مختلف را آزموده و مشخص نماید که کدام نتیجه بیشتر ترجیح داده می شود. نهایتاً تلاش می کند که اطمینان حاصل نماید که رفتار تصمیم گیرندگان در هر دو مرحله تصمیم گیری و اجراء پسندیده بوده است.

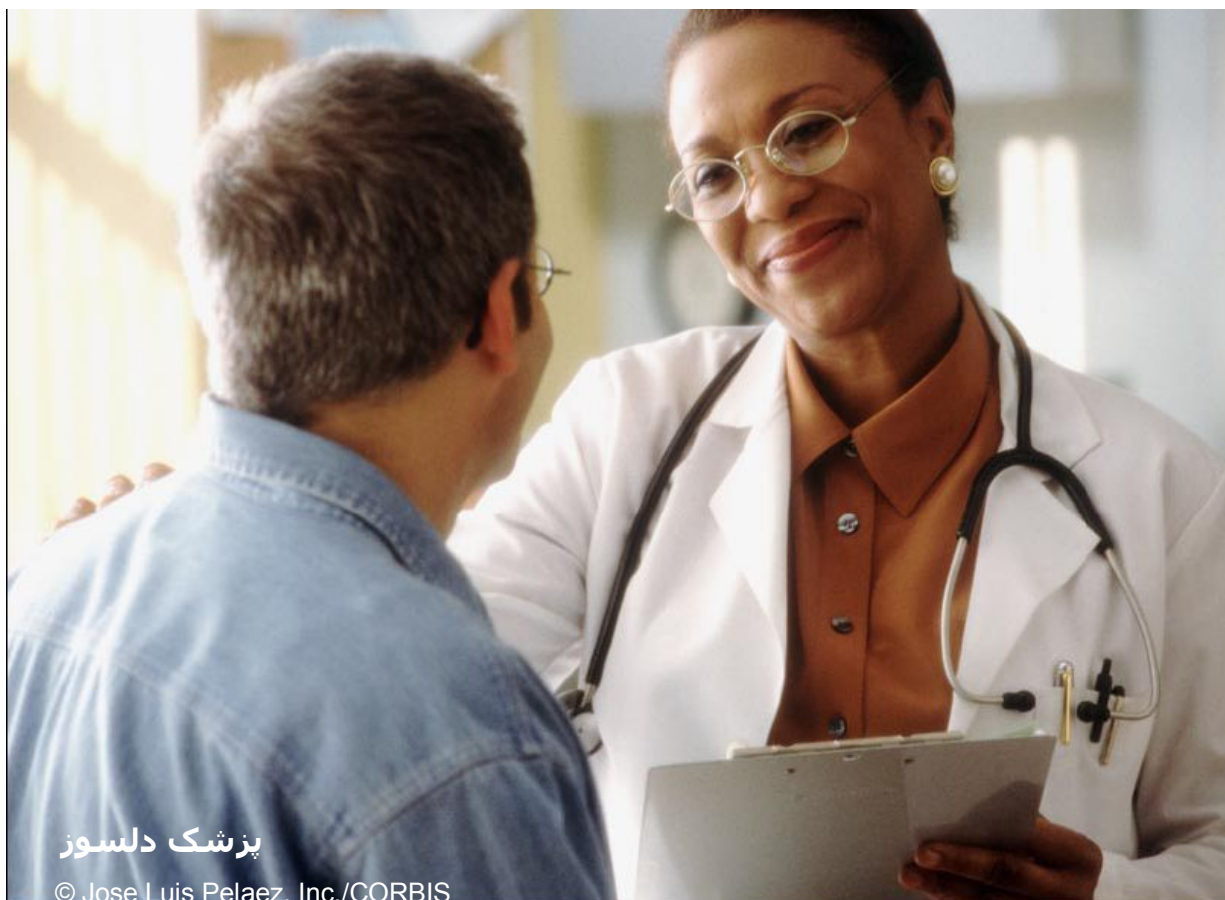
چنین روندی می تواند شامل مراحل ذیل باشد:

- ۱) مشخص نمایید که موضوع در دست مطالعه یک موضوع اخلاقی است.
- ۲) به منابع معتبر شامل کدهای اخلاق و سیاستهای نظام پزشکی و همکاران مورد قبول در خصوص اینکه پزشکان بطور عمده در شرایط مشابه چگونه عمل می کنند، رجوع و از آنها استفاده کنید.
- ۳) راه حل های مختلف را با مشخص نمودن اصول و ارزشهایی که از هر کدام حمایت می کنند و نتایج احتمالی هر یک در نظر بگیرید.
- ۴) در مورد راه حل های تان با آنهایی که تحت تاثیر قرار می گیرند، صحبت کنید.
- ۵) تصمیم خود را با در نظر گرفتن افرادی که تحت تاثیر قرار می گیرند، گرفته و به آن عمل کنید.
- ۶) تصمیم خود را ارزیابی نموده و برای اقدامی متفاوت در آینده آماده شوید.

«نتیجه گیری»

این فصل برای مراحل بشرح ذیل در نظر گرفته شده است:
وقتی که با موضوعات خاصی در اخلاق پزشکی سرو کار داریم، خوب است در نظر داشته باشیم که پزشکان در طول تاریخ با چنین موضوعاتی مواجه بوده اند و تجربیات رویهم انباشته شده و حکمت آنها امروزه می تواند بسیار با ارزش باشد. WMA و سایر سازمان های پزشکی از این روش استفاده کرده و راهنماهای اخلاقی برای پزشکان تهیه نموده اند.

بهرحال علی رغم اجماع گسترده میان پزشکان در مورد موضوعات اخلاقی، افراد ممکن است بر سر موضوعات خاص اختلاف نظر داشته باشند. علاوه بر این دیدگاه پزشکان می تواند کاملاً با بیماران و سایر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی متفاوت باشد. به عنوان اولین قدم در حل مسائل اخلاقی مورد مناقشه، برای پزشکان شناخت رویکرد های مختلف به تصمیم گیری اخلاقی، چه مربوط به خودشان یا مربوط به افرادی که با آنها در ارتباط هستند، مهم است.
این موضوع به آنها در تعیین بهترین روش اقدام و توضیح در خصوص اقداماتشان به سایرین کمک خواهد کرد.



پزشک دلسوز

© Jose Luis Pelaez, Inc./CORBIS

اهداف:

- پس از مطالعه این فصل شما باید قادر باشید:
- توضیح دهید که چرا تمامی بیماران مستحق احترام و رفتار مساوی از سوی پزشک خود می باشند.
 - عناصر اصلی تشکیل دهنده رضایت آگاهانه را بشناسید.
 - توضیح دهید که تصمیمات پزشکی در مورد بیمارانی که ظرفیت تصمیم گیری ندارند، چگونه اتخاذ می شود.
 - توجیهی برای حفظ راز بیمار ارائه کرده و استثنائات قانونی برای رازداری را تشخیص دهید.
 - موضوعات عمده اخلاقی مربوط به آغاز و پایان زندگی را درک نمایید.
 - مختصری از بحث های پیرامون ارتکاب به اوتانازی/ خودکشی با کمک پزشک (له یا علیه) و تفاوت بین این دو و نیز درمان تسکینی یا چشم پوشی از درمان را بیاورید.

مطالعه موردی ۱:

دکتر P یک جراح با تجربه و ماهر در حال اتمام شیفت شب در یک بیمارستان درجه متوسط می باشد. زن جوانی توسط مادرش به بیمارستان آورده می شود. مادر بلافاصله به پرستار پذیرش می گوید که باید دیگر فرزندان را پیدا کند. بیمار خونریزی واژینال و درد شدیدی داشته است. دکتر P او را معاینه کرده و به این نتیجه می رسد که او یک سقط خودبخودی یا یک سقط القایی داشته است. او سریعاً دیلاتاسیون و کورتاژ انجام می دهد و به پرستار می گوید که از او بخواهد در صورت استطاعت تا زمان بی خطر بودن ترخیص در بیمارستان بماند. دکتر Q جایگزین دکتر P می شود که بدون اینکه با مریض صحبت کند روانه منزل شده است.

ویژگی خاص ارتباط پزشک و بیمار چیست؟

ارتباط پزشک - بیمار اساس و شالوده ی حرفه ی پزشکی و در نتیجه اخلاق پزشکی است. همانطور که در بالا آمد، **بیانیه زنو** از پزشک خواسته که "سلامت بیمار اولین ملاحظه ی من است" و **کد بین المللی اخلاق پزشکی** عنوان می کند که "یک پزشک به بیمار خود وفاداری تام و تمام منابع علمی اش را مدیون است." همانطور که در فصل اول بحث شد، روابط سنتی پزشک - بیمار از نوع پترنالیستی یا پدرسالارانه که در آن پزشک تصمیم گیرنده بود و بیمار در برابر آن تسلیم می شد، در سالیان اخیر هم در اخلاق و هم در قانون تا حدود زیادی رد شده است. بخاطر اینکه بسیاری از بیماران قادر به تصمیم گیری برای مراقبت های پزشکی مربوط به خود نیستند یا بدین امر تمایلی ندارند، اتونومی بیمار اغلب مسئله زاست. دیگر جنبه های این ارتباط نیز، همچون التزام پزشک به حفظ اسرار بیمار در عصر ذخیره سازی رایانه ای اطلاعات و مراقبتهای مدیریت شده، یا وظیفه ی حفظ زندگی در مواجهه با تقاضای تسریع و تسهیل مرگ (اوتانازی) از همین میزان اهمیت برخوردارند.

این بخش مربوط به شش عنوان می باشد که مشکلات آزارنده ای مخصوصاً برای پزشک در حرفه ی خود ایجاد می کنند:

احترام و رفتار برابر، ارتباط و رضایت، تصمیم گیری برای بیماران فاقد ظرفیت، رازداری، موضوعات مرتبط با آغاز حیات، و موضوعات مرتبط با پایان زندگی.

احترام و رفتار برابر

این باور که تمامی انسانها سزاوار احترام و رفتار برابر هستند، نسبتاً مربوط به همین اواخر است. در بسیاری از جوامع، رفتار غیرمحترمانه و نابرابر با افراد و گروهها به عنوان امری نرمال و طبیعی پذیرفته شده است. برده داری به همین صورت بود که تا قرن نوزدهم در مستعمرات اروپایی و آمریکا از بین نرفته بود و هنوز هم در برخی نقاط جهان وجود دارد. پایان تبعیض نژادی نسبت به غیر سفیدها در کشورهایی مثل آفریقای جنوبی مربوط به همین اواخر است. زنان هنوز فقدان احترام و رفتار نابرابر را در بسیاری کشورها تجربه می کنند. تبعیض بر اساس سن، ناتوانی یا جنسیت امری گسترده است. هنوز هم بطور واضح مقاومتهای قابل ملاحظه ای در برابر اظهار اینکه با همه ی مردم باید با مساوات رفتار شود، وجود دارد.

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

در قرن بیستم، پیشرفت قابل ملاحظه ای در موضوع برابری انسانها تحت عنوان حقوق بشر شکل گرفت. یکی از نخستین کارهای سازمان ملل که در آن هنگام بتازگی تاسیس شده بود، بسط بیانیه ی جهانی حقوق بشر در سال ۱۹۴۸ بود که در بند اول آن آمده، "تمامی انسانها آزاد دنیا می آیند و در کرامت و حقوق برابرند." بسیاری از شاخه های بین المللی و ملی دیگر هم بیانیه هایی برای حقوق، چه حقوق تمامی انسانها، تمامی شهروندان یک کشور خاص، یا برای گروههای معین از افراد (مثل حقوق کودکان، بیماران و حقوق مصرف کنندگان و غیره) ارائه کردند. سازمانهای متعددی تشکیل شدند تا بر اساس این بیانیه ها عمل کنند. متأسفانه، هنوز هم حقوق بشر در بسیاری از کشورها مورد احترام نمی باشد.

حرفه ی پزشکی هم در طی سالیان نگرش های تا حدودی متناقض به برابری و حقوق بیماران داشته است. از طرفی، به پزشکان توصیه می شود که اجازه ندهند "که ملاحظات سنی، بیماری یا ناتوانی، دین، قومیت، جنس، ملیت، وابستگی های سیاسی، نژاد، تمایلات جنسی، یا جایگاه اجتماعی در انجام وظیفه من نسبت به

بیمارم مداخله نماید." (بیانیه ژنو) در عین حال، پزشکان حق امتناع از پذیرفتن یک بیمار بجز در موارد اورژانسی را برای خود محفوظ می دانند. زمینه های قانونی چنین امتناعی شامل پر بودن وقت، (فقدان) صلاحیتهای علمی و تخصص می باشند. اگر پزشک مجبور نباشد برای رد کردن یک بیمار دلیل بیاورد، براحتی ممکن است مرتکب تبعیض شود بدون اینکه مسئولیتی در قبال آن داشته باشد. وجدان یک پزشک، ممکن است بیش از قانون یا مسئولین انتظامی، تنها وسیله ی جلوگیری از سوء استفاده از حقوق انسان در این مورد گردد.

حتی اگر پزشکان در انتخاب بیماران، از اصل احترام و برابری انسانها تخطی نکرده باشند، ممکن است که در طرز برخورد و یا درمان بیماران مرتکب این امر گردند. مطالعه موردی که در ابتدای این فصل شرح داده شد، همین مسئله را نشان می دهد. همانطور که در فصل اول گفته شد، دلسوزی (Compassion) یکی از ارزشهای اصلی پزشکی و عنصر اصلی در یک رابطه ی خوب درمانی است. دلسوزی بر پایه ی احترام به شأن و ارزشهای بیمار قرار می گیرد ولی در تصدیق و پاسخ به آسیب پذیری در مواجهه با بیماری و/یا ناتوانی فراتر می رود. چنانچه بیماران دلسوزی پزشک را احساس نمایند، با احتمال بیشتری به پزشک برای عمل در جهت تمایلات ایشان اعتماد خواهند کرد و این اعتماد در فرآیند بهبودی کمک خواهد کرد.

اعتمادی که برای ارتباط پزشک-بیمار ضروری است، معمولاً به این صورت تفسیر می شود که پزشکان نباید بیمارانی را که مراقبتشان را بعهده گرفته اند، رها نمایند. کد های بین المللی WMA برای اخلاق پزشکی اشاره می کند که تنها دلیل برای خاتمه ی ارتباط پزشک - بیمار هنگامی است که بیمار به پزشک دیگری با مهارتهای متفاوت نیاز داشته باشد؛ "یک پزشک به بیمار خود وفاداری تام و تمام ذخایر علمی اش را مقروض است؛ هرگاه معاینه یا درمانی فرای توانایی پزشک باشد، باید پزشک دیگری را که واجد توانایی لازم است، فراخواند." بهر حال دلایل متعدد دیگری برای یک پزشک وجود دارد که خواهان پایان دادن به رابطه با یک بیمار باشد، بعنوان مثال، انتقال پزشک به محل دیگر یا ادامه ندادن طبابت، امتناع یا استطاعت نداشتن بیمار برای پرداخت دستمزد پزشک، بیزار بودن بیمار و پزشک از یکدیگر، امتناع بیمار از پذیرفتن نصایح پزشک و غیره. دلایل ممکن است کاملاً قانونی باشند، یا ممکن است غیراخلاقی باشند. در صورت ملاحظه ی چنین رفتاری، پزشکان باید به کدهای اخلاقیشان و راهنماهای مربوطه مراجعه نموده و انگیزه های خود را دقیقاً مورد ارزیابی قرار دهند. آنها باید برای توجیه تصمیمشان برای خود و بیمارشان و در صورت لزوم برای یک شخص ثالث، آماده شوند. اگر انگیزه ها قانونی باشند، پزشک باید به بیمار در یافتن یک پزشک مناسب دیگر کمک کند، یا اگر ممکن نبود، باید اخطارهای

کافی را در مورد عواقب ترک خدمات درمانی به بیمار بدهد، تا بیمار بتواند مراقبت‌های درمانی جایگزین پیدا نماید. اگر انگیزه ای غیرقانونی مثل تبعیض نژادی داشته باشد، پزشک باید راهی برای مواجهه با این مسئله پیدا کند.

بسیاری از پزشکان، مخصوصاً آنها که در بخش دولتی کار می کنند، اغلب قدرت انتخابی در مورد بیمارانی که درمان می کنند، ندارند. بعضی بیماران خشن هستند و پزشکان را از نظر امنیتی با خطر مواجه می کنند. برخی دیگر بدلیل طرز برخورد و رفتار ضداجتماعی شان، برای اجتماع مضر شناخته می شوند. آیا چنین وضعیتی، ایشان را از حق احترام و رفتار برابر مستثنی می نماید؟ یا آیا از پزشکان انتظار می رود که تلاش بیشتر و یا حتی قهرمانانه ای برای برقراری و حفظ رابطه درمانی از خود نشان دهند؟ در مواجهه با چنین بیمارانی، پزشکان باید تعادلی بین مسئولیتشان در حفظ ایمنی و سلامتی خود و همکارانشان و وظیفه شان در قبال سلامت بیماران برقرار کنند. آنها باید تلاش کنند راه‌هایی بیابند تا به هر دو این وظایف عمل نمایند. در صورت عدم امکان این امر، آنها باید برای مهیا کردن مقدمات دیگری بمنظور مراقبت از بیماران تلاش کنند.

چالش دیگر اصل احترام و رفتار برابر تمام بیماران، در مورد مراقبت از بیماران عفونی بوجود می آید. در این مورد تمرکز بیشتر روی HIV/AIDS است، نه تنها به این دلیل که AIDS بیماری تهدید کننده حیات است بلکه چون اغلب همراه با تبعیضات اجتماعی می باشد. هرچند عفونتهای جدی بسیاری هستند که برخی از آنها به مراتب بیشتر از AIDS قابل انتقال به کارکنان بهداشتی می باشند. بعضی پزشکان بدلیل احتمال آلوده شدن خودشان به این ویروس، نسبت به انجام عمل های تهاجمی روی این بیماران بی میل هستند. با این وجود کدهای اخلاقی با در نظر گرفتن وظیفه پزشکان به درمان برابر تمامی بیماران، هیچ استثنایی در مورد بیماران عفونی قائل نمی شوند. **بیانیه ی WMA در مورد مسئولیت حرفه ای پزشکان در درمان بیماران مبتلا به ایدز** چنین مقرر می کند:

بیماران مبتلا به ایدز نیز مستحق برخوردار شدن از مراقبت‌های پزشکی با دلسوزی و احترام متناسب با شأن انسانی آنها هستند. یک پزشک از نظر اخلاقی نمی تواند از درمان بیماری که مشککش در حیطه تخصص پزشک است امتناع ورزد، منحصرأ بدین دلیل که او از نظر سرولوژیک مثبت است. اخلاق پزشکی اجازه تبعیض صریح و قاطع را علیه بیمار صرفاً بدلیل اینکه سروپوزیتو است، نمی دهد.

بیمار مبتلا به ایدز، نیاز به درمان شایسته و دلسوزانه دارد. پزشکی که امکان مهیا کردن مراقبت و خدمات به بیمار ایدزی را ندارد، باید ارجاع مناسب را به پزشک یا موسسه ای که برای چنین خدماتی تجهیز شده است، انجام دهد. تا زمانیکه ارجاع انجام گیرد، پزشک باید تا حد توانایی اش از بیمار مراقبت نماید.

ماهیت محرمانه روابط پزشک- بیمار می تواند منجر به ایجاد تمایلات جنسی گردد. قانون بنیادی اخلاق پزشکی سنتی این است که پزشک باید در برابر چنین جاذبه هایی مقاومت نماید. سوگندنامه بقراط شامل این سوگند است که: "هر خانه ای که بروم، برای منفعت بیمار خواهم رفت، به دور از تمام بی عدالتی های عمدی و تمام شرارت ها خصوصاً رابطه جنسی چه با زنان و چه با مردان خواهم بود..." در سالیان اخیر بسیاری از انجمن های پزشکی منع ارتباط جنسی بین پزشک و بیمار را مجدداً تصریح کردند. دلایل درستی این اصل در زمان حاضر مشابه دلایل زمان بقراط در ۲۵۰۰ سال قبل است. بیماران آسیب پذیرند و به پزشکان برای درمان مناسب اعتماد می کنند. ممکن است آنها از ترس به خطر افتادن درمانشان، قادر به مقاومت در برابر پیشنهادات جنسی پزشکان نباشند. گذشته از این، قضاوت بالینی پزشکان می تواند تحت تأثیر گرفتاری عاطفی با بیمار قرار گیرد.

این دلیل آخر، همچنین برای پزشکانی که اعضای خانواده شان را درمان می کنند، بکار می رود که قویاً در کدهای اخلاق پزشکی منع شده است. هر چند همانطور که در برخی کدهای اخلاق پزشکی آمده، کاربرد آن بسته به شرایط متفاوت است. بعنوان مثال، پزشکانی که بطور انفرادی در نواحی دوردست خدمت می کنند ممکن است مجبور شوند که برای اعضای خانواده خود بخصوص در شرایط اورژانس مراقبتهای بهداشتی فراهم نمایند.

ارتباط و رضایت بیمار

رضایت نامه آگاهانه یکی از موضوعات اصلی اخلاق پزشکی امروز است. حق بیماران برای تصمیم گیری در مورد درمان آنها، در تمامی بیانیه های قانونی و اخلاقی در سرتاسر جهان محترم شمرده شده است. **بیانیه WMA در مورد حقوق بیماران** می گوید:

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

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

دو مانع اصلی برای ارتباط خوب پزشک-بیمار، تفاوت در زبان و فرهنگ است. اگر پزشک و بیمار به یک زبان صحبت نکنند، نیاز به یک مترجم وجود دارد. متأسفانه، در بسیاری مواقع، مترجم شایسته‌ای وجود ندارد و پزشک باید بدنبال مناسبترین فرد برای این کار باشد. فرهنگ، که دربرگیرنده‌ی زبان، ولی گسترده‌تر از آن است، موضوعات ارتباطی گسترده‌تری را برمی‌انگیزد. بدلیل باورهای فرهنگی متفاوت در مورد ماهیت و علل بیماریها، بیماران ممکن است متوجه گزینه‌های تشخیصی و درمانی ارائه شده توسط پزشک نشوند. در چنین شرایطی پزشک باید هر تلاش معقولانه‌ای را برای کاوش باورهای بیمارش در مورد سلامت و بهبودی انجام دهد و توصیه‌های خود را تا جای ممکن به بیمار منتقل کند.

اگر پزشک به بیمار تمام اطلاعاتی را که نیاز دارد و در مورد تشخیص، پیش‌آگهی و گزینه‌های درمانی می‌خواهد بداند، بدهد، آنگاه بیمار در وضعیتی قرار می‌گیرد که بتواند یک تصمیم آگاهانه در مورد گامهای درمانی‌آتی بگیرد. اگر چه کلمه "رضایت" (Consent) دلالت بر قبول درمان دارد، عبارت "رضایت آگاهانه" به طور مساوی برای امتناع از درمان یا برای انتخاب از بین درمانهای مختلف بکار می‌رود. بیمار واجد صلاحیت، حق رد کردن درمان را دارد، حتی اگر این امتناع منجر به ناتوانی یا مرگ او شود.

رضایت، می‌تواند صریح یا ضمنی باشد. رضایت صریح، بصورت شفاهی و یا کتبی می‌باشد. کسب رضایت در صورتی ضمنی است که بیمار تمایل برای انجام عمل یا دریافت درمانی را با رفتار خود نشان دهد. بعنوان مثال، جلو بردن دست و بالا زدن آستین دلالت بر رضایت برای خونگیری وریدی دارد. برای درمانهایی که مستلزم ریسک

و موجب ناراحتی بیش از حد معمول هستند، ترجیح داده می شود که بجای رضایت ضمنی، رضایت صریح یا explicit گرفته شود.

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

- شرایطی که بیمار داوطلبانه اختیار تصمیم گیری خود را به پزشک و یا یک شخص ثالث (در اینجا منظور همان سازمان می باشد) مثل بیمه می دهد. بدلیل پیچیدگی مسئله و یا بدلیل اعتمادی که بیمار به قضاوت پزشک دارد، ممکن است به پزشک بگوید: "هر کاری را صلاح میدانید، انجام دهید." پزشکان نباید به انجام این درخواست آنها مشتاق شوند، بلکه باید اطلاعات اساسی را برای بیمار فراهم کرده و آنها را تشویق کنند تا خودشان تصمیم بگیرند. هرچند اگر پس از چنین تشویقی بیمار باز مایل به تصمیم گیری پزشک باشد، پزشک باید این کار را مطابق میل بیمار انجام دهد.
- مواردی که آشکار سازی اطلاعات برای بیمار منجر به آسیب رساندن به بیمار گردد. در چنین مواردی است که مفهوم سنتی "مصونیت درمانی" مطرح می گردد. که به پزشکان اجازه می دهد تا در صورتی که احتمالاً فاش ساختن اطلاعات منجر به آسیبهای جسمی، روانی و عاطفی جدی به بیمار شود، اطلاعات پزشکی را از او دریغ دارند. مثلاً زمانی که تشخیص یک بیماری مرحله انتهایی (End-Stage) است و احتمال ارتکاب بیمار به خودکشی وجود دارد؛ با این امتیاز، راه سوء استفاده باز است و پزشکان باید استفاده از آن را فقط به موارد شدید، محدود کنند. آنها باید این انتظار را داشته باشند که تمامی بیماران می توانند از عهده واقعیت ها برآیند و فاش نکردن اطلاعات را برای مواردی نگه دارند که متقاعد شده اند که گفتن حقیقت آسیب بیشتری نسبت به نگفتن آن به بیمار وارد می نماید.

در برخی فرهنگ ها، کاملاً جا افتاده است که التزام پزشک در فراهم کردن اطلاعات برای بیمار، در مواردی که وقتی بیمار در مراحل انتهایی بیماری است، کاربرد ندارد. به نظر می رسد که دادن چنین اطلاعاتی نه تنها امید به بهبودی را افزایش نمی دهد، بلکه می تواند بیمار را مأیوس کرده و روزهای باقیمانده از زندگی اش را غیرقابل تحمل نماید. در سرتاسر جهان امر ناشایعی نیست که اعضای خانواده بیمار از پزشک درخواست نمایند که در مورد مرگ قریب الوقوع بیمار به او چیزی بروز ندهد. پزشکان هنگام گفتن خبرهای ناگوار، مخصوصاً قریب الوقوع بودن مرگ باید نسبت به فاکتورهای فرهنگی نیز همچون فاکتورهای شخصی حساس باشند. با این وجود، حق بیمار برای دادن رضایت آگاهانه روز بروز بیشتر پذیرفته می شود، و وظیفه اصلی پزشک این است که به بیمار کمک نماید تا این حق را بکار برده و اعمال نماید.

با افزایش گرایش به در نظر گرفتن مراقبت‌های بهداشتی به عنوان یک فرآورده مصرفی و بیماران به عنوان مشتری و مصرف کنندگان، بیماران و خانواده های آنها بطور مکرر تقاضای استفاده از خدمات درمانی را می نمایند که از نظر پزشکان نابجا هستند. بعنوان مثال این خدمات می تواند از تجویز آنتی بیوتیک برای بیماریهای ویروسی تا مراقبت‌های ویژه برای بیماران مرگ مغزی و داروها یا اعمال جراحی امیدبخش ولی فاقد اثر اثبات شده متفاوت باشند. برخی بیماران ادعا می کنند حق استفاده از هر سرویس درمانی که فکر می کنند برای آنها مفید است، را دارند، و معمولاً پزشکان حتی وقتی متقاعد شده اند که خدمات مربوطه هیچ نفع درمانی برای وضعیت بیمار ندارد، تمایل به لطف کردن دارند. این مسئله مخصوصاً در مواقعی که منابع محدودند و فراهم کردن درمان‌های بیهوده یا بی فایده برای عده ای به معنی بدون درمان رها کردن دیگران است، جدی می شود.

بیهوده یا **بی فایده بودن** می تواند بصورت زیر مشخص شود. در برخی وضعیتها، پزشک تعیین می کند که درمانی از نظر پزشکی بیهوده یا بی فایده است زیرا هیچ امید معقولی در راستای بهبودی کامل و یا بهتر شدن ارائه نمی کند یا اینکه دیگر بیمار بطور دائم از تجربه کردن هر گونه بهبودی محروم است. در باقی موارد، کاربرد و فایده ی یک درمان با مراجعه به قضاوت سوبژکتیو (ذهنی) بیمار در مورد سلامت کلی او تعیین می شود. بر اساس یک قانون کلی بیمار باید در تعیین بیهودگی درمان در مورد خود، شرکت داشته باشد. در شرایط استثنایی ممکن است چنین مذاکراتی جزء مصالح عالییه ی بیمار نباشد. پزشک هیچ الزامی برای پیشنهاد یک درمان بیهوده و بی فایده به بیمار ندارد.

اصل رضایت آگاهانه، حق بیمار در خصوص انتخاب از بین گزینه هایی که توسط پزشک ارائه می شود را مطرح می کند. اینکه تا چه اندازه بیمار و خانواده اش حق استفاده از خدماتی که توسط پزشک پیشنهاد نشده اند را دارند، به موضوع اصلی مورد بحث در اخلاق، قانون و سیاست‌های عمومی تبدیل شده است. تا زمانیکه دولت در این مورد تصمیمی بگیرد، سازمان‌های بیمه درمانی و/یا سازمان‌های حرفه ای و پزشکان باید خودشان تصمیم بگیرند که به تقاضای درمان‌های نابجا رضایت بدهند یا نه. اگر که متقاعد شدند که درمان ضرر بیشتری نسبت به فواید آن برای بیمار ایجاد می کند، باید تقاضای آن را رد کنند. آنها حتی اگر درمان ضرری نداشته باشد، در صورتی که فایده ای ندارد، باید در رد کردن آن آزادانه تصمیم بگیرند، اگرچه احتمال تاثیر دارونما (Placebo Effect) هم باید در نظر گرفته شود. اگر محدودیت منابع مطرح است، پزشک باید این امر را به استحضار کسانی که مسئول تخصیص منابع هستند برسانند.

تصمیم‌گیری برای بیماران فاقد صلاحیت

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

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

"اگر بیمار هوشیار نبوده یا بهر ترتیب قادر به بیان خواسته خود نباشد، رضایت آگاهانه باید در صورت امکان، از نماینده قانونی او اخذ گردد. در صورتی که نماینده‌ی قانونی فرد موجود نیست، مداخله پزشکی فوری الزامی است، رضایت بیمار فرض شده در نظر گرفته می‌شود، مگر اینکه بطور روشن و بدون هیچ‌شکی مشخص باشد که بر اساس اظهارات و عقیده‌ی استوار قبلی بیمار، او، از موافقت در چنین شرایطی امتناع خواهد ورزید."

مشکلات وقتی ایجاد می‌شوند که افرادی که دعوی جایگزین بودن دارند، مثل اعضای خانواده، در میان خود بتوافق نرسند، یا وقتی توافق کردند، تصمیم آنها از نظر پزشک، در جهت مصالح عالی‌یه بیمار نباشد. در وضعیت اول، پزشک می‌تواند نقش واسطه را بازی کند، اما اگر عدم توافق ادامه یابد، موضوع می‌تواند با راههای دیگر مثل دادن اجازه تصمیم‌گیری به عضو ارشد خانواده و یا رأی‌گیری حل گردد. در موارد عدم توافق جدی بین تصمیم‌گیرنده جایگزین و پزشک، **بیانیه حقوق بیمار** عنوان می‌کند: "اگر نماینده قانونی بیمار، یا کسی که از طرف بیمار تفویض اختیار شده است، درمانی را

که از نظر پزشکی معالجه بر اساس مصالح عالی‌ه ی بیمار است منع کند، پزشک باید این تصمیم را از طریق موسسات قانونی مربوطه به چالش بکشد."

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

معیار اصلی برای استفاده در تصمیمات پزشکی برای یک بیمار فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری، تمایلات و ترجیحات شناخته شده ی او می‌باشد. تمایلات بیمار ممکن است در نوشته‌ای که پیشاپیش بیمار در زمان داشتن ظرفیت بصورت سند مکتوب تهیه نموده، ابراز شده باشد و یا ممکن است در مورد آن با تصمیم‌گیرنده جایگزین معین شده، پزشک و یا دیگر اعضای تیم درمانی صحبت نموده باشد. وقتی تمایلات بیمار ناتوان ناشناخته باشد، تصمیمات درمانی باید بر اساس مصالح عالی‌ه ی بیمار و با در نظر گرفتن این موارد گرفته شوند: الف) تشخیص و پیش‌آگهی بیمار، ب) ارزشهای شناخته شده ی بیمار، ج) اطلاعاتی که از طرف افراد کلیدی در زندگی بیمار و کسانی که می‌توانند در تعیین مصالح عالی‌ه ی بیمار کمک کنند، بدست آمده باشد. و د) جنبه‌های فرهنگی و مذهبی بیمار که ممکن است روی تصمیم‌درمانی تاثیر بگذارند. این رویکرد به میزان کمتری نسبت به زمانی که بیمار دستورالعمل مشخصی از خود بر جای گذاشته، قابل اطمینان است ولی به تصمیم‌گیرنده جایگزین کمک می‌کند تا بر اساس دیگر انتخابهایی که بیمار پیش از این انجام داده است و رویکرد کلی او در زندگی، مداخله نموده و آنچه او احتمالاً در چنین موقعیتی تصمیم می‌گرفت را تعیین نماید.

ارزیابی صلاحیت اتخاذ تصمیمات پزشکی نیز، بخصوص در جوانان و کسانی که قدرت استدلالشان تحت تاثیر بیماری حاد و یا مزمن قرار گرفته است، دشوار است. فرد ممکن است برای تصمیم‌گیری در مورد جنبه‌هایی از زندگی صلاحیت داشته باشد ولی برای برخی دیگر نداشته باشد. همچنین، صلاحیت می‌تواند متناوب باشد. به این صورت که فرد ممکن است در ساعاتی از روز سالم و آگاه باشد و در ساعات دیگر نباشد. اگرچه چنین بیماری از نظر قانون واجد صلاحیت نیست، ولی تمایلات او باید در هنگام تصمیم‌گیری در نظر گرفته شود. بیانیه حقوق بیماران این مطلب را اینگونه

مطرح می کند که: "اگر بیمار صغیر یا از نظر قانونی فاقد صلاحیت باشد، رضایت نماینده قانونی فرد، در جایگاه قانونی برای آن وجود دارد، مورد نیاز است. با این حال، بیمار باید تا حداکثر اندازه ای که ظرفیت اش اجازه می دهد، در تصمیم گیری شرکت داده شود."

بیماران اغلب بدلیل ناراحتی و گیجی ناشی از بیماری شان، قادر به گرفتن تصمیمات مستدل و خوب فکر شده در مورد گزینه های مختلف درمانی نیستند، هرچند ممکن است هنوز قادر باشند امتناع خود را از یک مداخله خاص مثل یک تیوب تغذیه وریدی نشان دهند. در چنین مواردی، این اظهار مخالفت باید خیلی جدی گرفته شود، اگرچه این موارد باید از لحاظ اهداف کلی برنامه درمانی هم در نظر گرفته شوند.

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

رازداری

وظیفه ی پزشک برای محرمانه نگه داشتن اطلاعات بیمار به عنوان اساس اخلاق پزشکی از زمان بقراط شده است. سوگندنامه بقراط می گوید: "هر چه من در طی دوره درمان یا حتی خارج از درمان در مورد زندگی یک فرد می بینم و یا می شنوم، که بهیچ وجه نباید انتشار یابد، من صحبت کردن راجع به این مسائل را برای خود ننگ میدانم." سوگندنامه و برخی نسخ مؤخرتر آن، هیچ استثنایی برای این رازداری قائل نمی باشند. بعنوان مثال، **کد بین المللی WMA برای اخلاق پزشکی** ملزم میدارد که "یک پزشک باید رازداری مطلق را در مورد تمامی چیزهایی که راجع به یک بیمار می داند رعایت نماید، حتی پس از مرگ او." در حالیکه دیگر کدها این مطلق گرایی در

رازداری را رد می کنند. احتمال قابل توجیه بودن نقض رازداری در گاهی از اوقات، همگان را به شفاف سازی ایده های مختلف مرتبط با رازداری فرامی خواند. ارزش والایی که برای رازداری در نظر گرفته شده، سه منشأ دارد که شامل اتونومی، احترام به دیگران، و اعتماد می باشد. اتونومی مربوط به رازداری به این صورت است که اطلاعات شخصی هر فرد متعلق به اوست و نباید بی اجازه ی او برای دیگران فاش شود. وقتی فردی اطلاعات شخصی را به دیگری مثلاً یک پزشک یا پرستار اظهار می کند، یا وقتی اطلاعاتی از طریق یک تست آزمایشگاهی مشخص می شود، افراد مطلع شده باید آن را محرمانه نگه دارند، مگر اینکه از سوی فرد مربوطه برای افشای آن راز اجازه یابند.

رازداری مهم است چون انسانها سزاوار احترام هستند. یک راه مهم نشان دادن احترام به آنان، حفظ حریم خصوصی آنهاست. در مراکز درمانی، حریم خصوصی افراد به میزان زیادی به مخاطره می افتد، اینها همه دلایلی هستند که جلوگیری از مداخلات بی مورد بیشتر در زندگی خصوصی افراد را ضروری می سازند. از آنجا که افراد از نظر تمایل به حفظ حریم خصوصی شان متفاوت اند، نمی توان فرض کرد که همه می خواهند همانطور با آنها رفتار شود که ما از دیگران می خواهیم. باید با دقت مشخص شود که بیمار کدام اطلاعات شخصی خود را مایل است محرمانه بماند و کدام را می خواهد که برای دیگران آشکار گردد.

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

بیانیه ی WMA در مورد حقوق بیماران، حق بیمار در حفظ رازش را بصورت زیر خلاصه می کند:

- تمامی اطلاعات قابل شناسایی در مورد وضعیت سلامتی بیمار، شرایط پزشکی، تشخیص، پیش آگهی و درمان، و بقیه اطلاعات شخصی او باید حتی پس از مرگ وی

محرمانه نگه داشته شود. استثنائاً، خویشاوندان بیمار حق دسترسی به اطلاعاتی را دارند که آنها را از خطرات موجود برای سلامتی شان آگاه سازد.

- اطلاعات محرمانه تنها در صورتی می توانند فاش شوند که بیمار رضایت صریح به آن داده باشد و یا صراحتاً در قانون آمده باشد. اطلاعاتی که برای دیگر کارکنان بهداشتی فاش می شود، فقط باید در حد "لازم برای دانستن" باشد و در غیر اینصورت رضایت صریح بیمار لازم است.

- تمامی داده های قابل شناسایی بیماران باید مراقبت شوند. حفاظت از داده ها از نظر نحوه ذخیره سازی آنها باید مناسب باشد. نمونه های انسانی که از آنها داده های قابل شناسایی می تواند منتج شود، نیز باید به همین صورت محافظت شوند. همانطور که بیانیه WMA می گوید، استثنائاتی برای لزوم حفظ رازداری وجود دارد. برخی از آنها نسبتاً فاقد مشکل هستند. برخی دیگر، مشکلات اخلاقی زیادی برای پزشکان ایجاد می کنند.

نقض روتین رازداری اغلب در بسیاری از موسسات مراقبتی رخ می دهد. بسیاری از افراد- پزشکان، پرستاران، تکنیسین های آزمایشگاه، دانشجویان و غیره- برای تأمین مراقبت های کافی از فرد و همچنین دانشجویان برای یادگیری پزشکی، نیاز به دسترسی به پرونده های بیماران دارند. در صورتیکه زبان بیماران با زبان کنندگان متفاوت باشد، وجود مترجم برای تسهیل ارتباط ضروریست. برای مواردی که بیمار برای گرفتن تصمیمات پزشکی اش واجد صلاحیت نیست، باید اطلاعات لازم به افراد دیگری داده شود تا بجای او تصمیم گرفته و از او مراقبت نمایند. پزشکان معمولاً اعضای خانواده متوقّی را از علت مرگ آگاه می سازند. این موارد نقض رازداری معمولاً قابل توجیه می باشند، ولی باید در حداقل ممکن نگاه داشته شوند و کسی که به اطلاعات محرمانه دسترسی می یابد، باید آگاه گردد که در جهت منافع بیمار از فاش نمودن بیش از حد ضرورت و بی مورد آنها جلوگیری نماید. در صورت امکان، بیماران باید از وقوع چنین نقضی در رازداری اطلاع یابند.

یک دلیل پذیرفته شده دیگر برای نقض رازداری، برآوردن نیازهای قانونی است. به عنوان مثال، بسیاری از حوزه های قضایی، قوانینی برای گزارش اجباری بیمارانی که از بیماری های معین رنج می برند، افرادی که صلاحیت رانندگی ندارند و کودکانی که مشکوک به سوء استفاده و کودک آزاری می باشند، وجود دارد. پزشکان باید از موارد قانونی افشاء اطلاعات بیماران در محلی که کار می کنند، آگاه باشند. با این وجود الزامات قانونی ممکن است در تعارض با احترام به حقوق بشر قرار گیرند که زمینه ی اخلاق پزشکی است. بنابراین، پزشکان باید با دید منتقدانه به الزامات قانونی نقض رازداری بنگرند و پیش از انجام آن، خود را مجاب سازند که این امر موجه است.

اگر پزشک در نظر دارد که الزامات قانونی را برای فاش کردن اطلاعات پزشکی بیماران اجابت نماید، بهتر است که پیش از آن با بیمار در مورد ضرورت آن بحث کرده و همکاری او را طلب نماید. بعنوان مثال، ترجیح داده می شود که در مورد بیماری که مشکوک به کودک آزاری است، خودش در حضور پزشک با مسئولین حمایت از کودکان تماس بگیرد و یا پزشک رضایت او را قبل از آگاه نمودن مسئولین کسب نماید. این رویکرد راه را برای مداخلات بعدی فراهم می کند. اگر چنین همکاری از طرف بیمار، مورد انتظار نیست و باور پزشک بر این است که تأخیر در اطلاع دادن ممکن است یک کودک را در خطر کودک آزاری قرار دهد، پزشک بایست فوراً مسئولین حمایت از کودکان را مطلع کرده و سپس به بیمار اطلاع داده شود که چنین کاری صورت گرفته است.

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

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

وقتی پزشکی تعیین کرد که وظیفه ی هشدار دادن، فاش کردن بدون اجازه ی راز را توجیه می کند، دو تصمیم دیگر نیز باید گرفته شود. به چه کسی باید گفته شود؟ چقدر باید گفته شود؟ در کل، فاش کردن فقط باید شامل اطلاعاتی باشد که برای جلوگیری از آسیب مورد انتظار ضروری است و فقط باید به افرادی گفته شود که برای جلوگیری از آسیب مورد نظر به آن اطلاعات نیاز دارند. گامهای معقول باید برداشته شود تا آسیب و رنجش بیمار در نتیجه فاش کردن اطلاعات را به حداقل برساند. توصیه شده است که پزشک بیمار را از احتمال نقض رازداری برای مراقبت از خود بیمار و هر قربانی احتمالی مطلع گرداند. در صورت امکان باید همکاری بیمار طلب گردد.

در مورد یک بیمار HIV مثبت، ممکن است فاش کردن آن برای همسر و یا شریک جنسی حال حاضر بیمار وقتی که او مایل به آگاه کردن فرد در معرض خطر نیست، نه تنها غیر اخلاقی نباشد، بلکه موجه نیز باشد. این فاش کردن نیاز به شرایط زیر دارد:

شریک جنسی در معرض ریسک آلودگی بوده و راه معقولانه دیگری برای آگاه کردن او وجود ندارد؛ بیمار از آگاه کردن شریک جنسی خود امتناع ورزد؛ بیمار پیشنهاد کمک پزشک را برای انجام این امر بجای او رد کند؛ پزشک بیمار را از قصد خود برای فاش کردن موضوع برای شریک جنسی بیمار آگاه نماید.

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

موضوعات مرتبط با آغاز حیات

بسیاری از موضوعات برجسته اخلاق پزشکی مربوط به آغاز حیات انسان است. هدف محدود این دستنامه مانع از آن می‌گردد که این موضوعات با جزئیات در اینجا بحث شوند، ولی لیست نمودن آنها ارزش دارد تا ماهیت اخلاقی آنها برای خوانندگان شناخته شده و بصورت اخلاقی با آنها برخورد شود. هر یک از آنها مورد آنالیز گسترده‌ی بسیاری از انجمن‌های پزشکی، اخلاق‌شناسان، و بازوهای مشورتی دولت می‌باشند و در بسیاری از کشورها، برای آنها قوانین، آیین‌نامه‌ها و سیاست‌هایی وجود دارند.

- **پیشگیری از بارداری**- اگرچه درک بین‌المللی فزاینده‌ای برای حق زن برای کنترل باروری خود، شامل جلوگیری از حاملگی‌های ناخواسته، وجود دارد، لیکن هنوز پزشکان با موضوعات دشواری همچون درخواست کنتراسپتیو و توضیح ریسک هر یک از روش‌های پیشگیری از سوی افراد صغیر و دختران کم‌سن و سال، مواجهند.
- **کمک باروری**- تکنیک‌های گوناگون کمک باروری مثل تلقیح مصنوعی و IVF یا بارورسازی آزمایشگاهی و انتقال جنین برای زوج‌هایی (و افرادی) که امکان بچه‌دار شدن طبیعی ندارند، بطور گسترده در مراکز درمانی ماژور وجود دارد. حامل (Surrogate) یا حاملگی جایگزین راه دیگریست. هیچ‌کدام از این راه‌ها بدون مشکل نمی‌باشند، چه برای افراد و چه از نظر سیاست‌های اجتماعی.
- **غربالگری ژنتیکی پیش از تولد**- در حال حاضر تست‌های ژنتیکی برای تعیین اینکه آیا یک جنین یا رویان مبتلا به اختلالات ژنتیکی مشخص می‌باشد و یا نه و مذکر یا مؤنث بودن آن وجود دارند. بسته به یافته‌ها، تصمیم در مورد ادامه بارداری می‌تواند

گرفته شود. پزشکان باید زمان مناسب برای پیشنهاد چنین تست‌هایی و نیز نحوه تشریح نتایج آن را به بیماران تعیین نمایند.

- **سقط**- این موضوع از زمانهای دور از مسائل بحث برانگیز اخلاق پزشکی برای پزشکان و نیز مسئولین اجتماعی بوده است. **بیانیه WMA در مورد سقط درمانی** این تنوع آرا و عقاید را تصدیق کرده و نتیجه می‌گیرد که "این مربوط به عقیده (Conviction) و وجدان فردی (Individual conscience) است که باید مورد احترام قرار گیرد."

- **نوزادان شدیداً پر مخاطره**- بدلیل پره‌ماچوریتی شدید و اختلالات مادرزادی، برخی نوزادان پیش‌آگهی بسیار ضعیفی برای بقا دارند. تصمیم‌گیری در مورد اینکه تلاش به طولانی کردن زندگی آنها صورت گیرد یا بگذاریم که بمیرند، اغلب دشوار است.

- **موضوعات پژوهشی**- این شامل تولید رویان‌های جدید یا استفاده از رویانهای اضافی یا مازاد (آنها که برای اهداف تولید مثلی مورد نیاز نمی‌باشند) برای بدست آوردن سلولهای بنیادی جهت کاربرد های بالقوه درمانی، آزمایش تکنیکهای نوین کمک باروری، و آزمایش روی جنین‌ها می‌باشد.

موضوعات مرتبط با پایان زندگی

موضوعات مرتبط با پایان زندگی از تلاش برای طولانی کردن بیماران در حال مرگ از طریق فن‌آوری‌های آزمایشگاهی جدید مثل پیوند ارگان از حیوانات، تا تلاش برای خاتمه دادن زودرس به حیات از طریق اوتانازی و خودکشی از راه پزشکی را شامل می‌شود. در بین این دو انتها، موضوعات متعددی در مورد انجام یا قطع درمانهای افزایش‌دهنده‌ی طول عمر، مراقبت از بیماران در آستانه‌ی مرگ، و استفاده از پیش‌تصمیمات درمانی مکتوب بیمار (تمایلات درمانی از پیش تعیین شده‌ی بیمار بصورت مکتوب) قرار می‌گیرند.

در این میان دو موضوع اوتانازی و همکاری در خودکشی نیاز به توجهات خاصی دارند.

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

• **همکاری در خودکشی** - یعنی فراهم کردن آگاهانه و عمدی اطلاعات و یا ابزار لازم یا هر دو برای یک نفر جهت ارتکاب به خودکشی، شامل مشاوره در مورد دوزهای کشنده داروها، تجویز دوزهای کشنده از داروها و یا تأمین داروها می باشد.

اوتانازی و همکاری در خودکشی اغلب از نظر اخلاقی معادل در نظر گرفته می شوند، اگر چه از نظر عملی و در برخی حوزه های قضایی از نظر قانونی تمایز روشن بین آنها وجود دارد.

بر اساس این تعاریف، اوتانازی و همکاری در خودکشی، از خودداری یا قطع درمان پزشکی نامناسب، بیهوده یا ناخواسته و یا تهیه و تدارک درمان تسکینی دلسوزانه حتی در صورتی که طول زندگی را کوتاه گرداند، متمایز می گردد.

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

پزشکان بطور قابل درکی نسبت به انجام تقاضای اوتانازی یا همکاری در خودکشی بی میل هستند، چون این اعمال در بسیاری از کشورها غیرقانونی بوده و در بیشتر کدهای اخلاقی منع شده است. این منع بخشی از سوگندنامه بقراط بوده و بعدها مؤکداً بوسیله WMA در **بیانیه اش در مورد اوتانازی** مجدداً بیان گردید:

اوتانازی یا به عبارتی عمل پایان دادن عمدی به زندگی یک بیمار ، حتی در صورت تقاضای خود بیمار یا در صورت تقاضای خویشاوندان نزدیک، غیراخلاقی است. این امر مانع احترام گذاشتن پزشک به خواسته بیمار از نظر اجازه دادن به سیر طبیعی مرگ در بیماری که در مراحل انتهایی بیماری است نمی گردد.

رد اوتانازی و همکاری در خودکشی به این معنی نیست که پزشک نمی تواند کاری برای یک بیمار با بیماری تهدید کننده حیات که در مراحل پیشرفته بیماری قرار دارد و هیچ یک از روش های درمانی برای او مناسب نیستند، انجام دهد. در سالیان اخیر پیشرفتهای زیادی در درمانی تسکینی برای کاهش درد و رنج بیماران و ارتقای کیفیت زندگی آنها صورت گرفته است. درمانهای تسکینی برای تمامی سنین مناسبند، از کودکی مبتلا به سرطان گرفته تا فرد مسنی که در شرف مرگ است. یک جنبه درمان تسکینی که در تمامی بیماران نیاز به توجه زیادی دارد، کنترل درد است. تمامی پزشکانی که از افراد در حال مرگ مراقبت می کنند، باید مطمئن شوند که مهارت

کافی را در این حوزه دارند، و همچنین نحوه دسترسی به کمک مشورتی کارشناسی از سوی متخصصین مراقبت های تسکینی را بدانند. گذشته از اینها، پزشکان نباید بیماران در حال مرگ را رها کنند، بلکه باید به فراهم کردن مراقبتهای دلسوزانه حتی در صورتی که دیگر بهبودی ممکن نیست ادامه دهند.

رویکرد به مرگ، چالشهای اخلاقی بسیار دیگری نیز برای بیماران، تصمیم گیرندگان جایگزین و پزشکان ایجاد می کند. احتمال طولانی کردن حیات، با دوباره متوسل شدن به داروها، مداخلات احیای بیمار، فرآیندهای رادیولوژیک و مراقبتهای ویژه، نیاز به تصمیم گیری در مورد زمان شروع کردن و قطع این مداخلات وقتی که مؤثر نیستند، دارد.

همانطور که در بالا در مورد ارتباط و رضایت آمد، بیماران واجد صلاحیت حق رد کردن هر درمانی را دارند، حتی اگر این امتناع منجر به مرگ آنها شود. افراد از نظر گرایش شان به مرگ بسیار متفاوتند. برخی هیچ کاری برای طولانی کردن زندگی شان نمی کنند، هر چقدر هم که درد و رنج داشته باشد؛ در حالیکه برخی می خواهند که بیمیرند بطوریکه حتی از ساده ترین مداخله که می تواند آنها را زنده نگه دارد مثل یک آنتی بیوتیک برای پنومونی باکتریال امتناع می ورزند. پس از آنکه پزشکان تلاش خود را برای فراهم کردن اطلاعات لازم در مورد درمانهای موجود و احتمال موفقیت هر یک انجام دادند، باید به تصمیم بیماران در مورد شروع یا ادامه درمان احترام بگذارند.

تصمیم گیری در مورد پایان زندگی بیماران فاقد صلاحیت و ناتوان، مشکلات بیشتری ایجاد می کنند. اگر بیماران خواسته های خود را از قبل بوضوح بیان کرده باشند، بعنوان مثال در یک سند مکتوب حاوی تصمیمات و تمایلات درمانی از قبل تعیین شده، در اینصورت تصمیم گیری راحت تر می شود، اگرچه این سندها و پیش تصمیم ها اغلب بسیار مبهم بوده و نیاز به تفسیر همراه با احترام بر اساس شرایط واقعی بیمار دارند. اگر بیمار از پیش به میزان کافی خواسته های خود را مطرح نکرده باشد، تصمیم گیرنده ی جایگزین مناسب باید از معیار دیگری که مصالح عالی ی بیمار نامیده می شود، برای تصمیم گیری استفاده نماید.

بازگشت به مطالعه موردی:

بر اساس تحلیل رابطه پزشک- بیمار که در این فصل ارائه شد، کار دکتر P از چند نظر نقص داشت:

(۱) ارتباط- او هیچ تلاشی برای ارتباط برقرار کردن با بیمار در مورد علت وضعیت او، گزینه های درمانی و توانایی او در اینکه آیا تا هنگام بهبودی می تواند در بیمارستان بماند یا نه انجام نداد. (۲) رضایت- او از بیمار برای درمان رضایت آگاهانه اخذ نکرد. (۳) دلسوزی- دکتر در رفتار با بیمار دلسوزی کمی برای وضع او نشان داد. شاید او در درمان جراحی بی اندازه دارای سررشته و صلاحیت باشد و ممکن است او در پایان یک شیفت طولانی خسته بوده باشد، ولی هیچ یک از این دو، نقض اخلاق را توجیه نمی کند.

پزشکان و جامعه :



اهداف :

- پس از مطالعه ی این فصل ، شما باید قادر باشید:
- (۱) تعارضات موجود بین تعهد پزشکان نسبت به بیماران و جامعه را شناسایی کرده و علل این تعارضات را تعیین کنید .
 - (۲) موضوعات اخلاقی درگیر در تخصیص منابع محدود پزشکی را تعیین و در مورد آنها بحث کنید.
 - (۳) مسئولیت پزشک در قبال سلامت عمومی و جهانی را مشخص نمایید.

گزارش مورد ۲:

دکتر اس . شدیداً از دست بیمارانی که قبل یا بعد از اینکه با دیگر پزشکان در مورد همان بیماری مشاوره نمودند، به او مراجعه می کنند ، عاجز شده است. او این امر را اتلاف منابع بهداشتی در عین بی حاصل بودن برای سلامتی بیمار می داند . او تصمیم گرفته که به چنین بیمارانی بگوید که در صورت ادامه رفتارشان در مراجعه به اطباء دیگر بدلیل همان بیماری، از درمان آنها خودداری خواهد نمود . از طرفی او قصد دارد تا از انجمن پزشکی کشور بخواهد نشستهایی با دولت به منظور پیشگیری از این تخصیص بد منابع بهداشتی داشته باشد.

نکات ویژه در روابط پزشک - جامعه چیست؟

پزشکی یک حرفه (profession) است. واژه حرفه دو معنی مجزا و در عین حال نزدیک بهم دارد : (۱) شغلی که با اختصاص یافتن در جهت سلامتی دیگران ، استانداردهای بالای اخلاقی ، مجموعه ای از دانش و مهارت ها و در نهایت با سطح بالایی از استقلال داخلی مشخص می شود . (۲) تمامی افرادی که به طبابت می پردازند. "حرفه پزشکی" به طور کلی هم به معنی طبابت کردن و هم به معنی فرد پزشک می باشد. تعهدات حرفه ای پزشکی صرفاً شامل ارتباط پزشک با بیمار چنانچه در فصل دوم بحث شد و یا ارتباط با همکاران و دیگر حرفه های بهداشتی که در فصل چهارم بحث خواهد شد ، نیست . این تعهد حرفه ای، علاوه بر اینها ، شامل ارتباط با جامعه نیز می باشد. این ارتباط می تواند به صورت یک "قرارداد اجتماعی" توصیف شود بطوریکه ، جامعه ، امتیازاتی از جمله مسئولیت اولیه و انحصاری ارائه خدمات موثر و درجه ی بالایی از خودتنظیمی را به این حرفه واگذار می کند و در مقابل، حرفه پزشکی موافقت خود را به استفاده از این امتیازات در درجه اول برای سودرسانی به دیگران و صرفاً در درجه دوم ، برای منفعت خویش اعلام می نمایند.

پزشکی امروزه هر چه بیشتر نسبت به گذشته، یک فعالیت اجتماعی است تا صرفاً یک فعالیت فردی، که در زمینه ای از سازمانهای دولتی و صنفی و تجاری صورت می گیرد . پزشکی امروز ، به امید تحقیقات پزشکی عمومی و خصوصی برای تولید فرآورده های لازم برای گسترش دانش پایه و درمان خود می باشد که برای بسیاری از فرآیندهای خویش به موسسات بهداشتی پیچیده نیازمند است . پزشکی بیماریها و ناخوشی

هایی را درمان می کند که به همان میزان که منشأ بیولوژیک دارند، منشأ اجتماعی نیز دارا می باشند.

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

هنگام صحبت در مورد نقش "اجتماعی" پزشکی ، بلافاصله این سوال پرسیده می شود که - جامعه چیست؟ در این دستنامه کلمه "جامعه" به یک " اجتماع (community)" یا "ملت (nation)" باز میگردد و مترادف با دولت نیست . دولتها باید نشانگر خواسته های جامعه باشند ، که غالباً اینگونه نیست ، ولی حتی هنگامی که این چنین عمل می کنند نیز **برای** جامعه کار می کنند و نه **بعنوان** جامعه.

پزشکان ارتباطات گوناگونی با جامعه دارند. چرا که جامعه و محیط فیزیکی پیرامون ، عوامل مهمی در سلامت بیماران هستند، هم حرفه پزشکی به طور کلی و هم پزشکان بصورت فردی ، نقش عمده ای را در بهداشت عمومی، آموزش بهداشت، محافظت محیطی و قوانینی که سلامت و رفاه جامعه را تحت تاثیر قرار می دهند و نیز در مقام شهادت در مسائل قضایی بر عهده دارند.

بطوریکه **بیانیه WMA در مورد حقوق بیماران** می گوید : "هرگاه قانونگذار ، اقدام دولت و یا هر موسسه یا سازمان دیگری ، منکر حقوق بیماران شوند، پزشک باید بدنبال راههای مناسب برای تضمین حفظ و بازگرداندن این حقوق به بیماران باشد ." از پزشکان درخواست گردیده تا نقش مهمی در تخصیص منابع محدود بهداشتی جامعه ایفا نمایند و گاهی اوقات وظیفه دارند از دسترسی بیماران به خدماتی که حق آنها نیست جلوگیری نمایند. انجام این مسئولیتها می توانند باعث برانگیختن بحث و جدل های اخلاقی شود، خصوصاً هنگامیکه خواسته های فردی جامعه با خواسته های بیماران در تعارض قرار گیرند .

وفاداری دوگانه (Dual Loyalty)

زمانیکه پزشکان مسئولیتها و تعهداتی در قبال هر دو گروه بیماران و نیز شخص ثالث (Third party) داشته و این مسئولیتها و تعهدات با هم در تعارض باشند، خودشان را در وضعیتی از "وفاداری دوگانه" می یابند. اشخاص ثالثی که خواستار تعهد پزشکان هستند، شامل دولتها ، کارفرمایان (مثل بیمارستانها و سازمانهای مدیریتی مراقبتهای بهداشتی)، بیمه کنندگان، مسئولین نظامی، پلیس، مسئولین زندانها و اعضای خانواده می باشند. اگر چه **کد بین المللی WMA برای اخلاق پزشکی** اظهار میدارد: "پزشک، وفاداری تام به بیمارانش را مقروض است."، این امر مورد پذیرش عموم است

که پزشک در موقعیتهای استثنایی، مجبور است منافع دیگران را بر منافع بیماران ترجیح دهد. در اینجا چالش اخلاقی، تصمیم گرفتن برای زمان و چگونگی حفاظت از بیمار در برابر فشارهای شخص ثالث است.

وضعیت وفاداری دوگانه شامل طیفی می شود که در یک سر آن منافع جامعه ارجحیت دارند و در سر دیگر طیف منافع بیمار بطور کامل حاکم است. در بین این دو سر طیف، ناحیه وسیعی از منطقه خاکستری وجود دارد که عملکرد صحیح در آن نیاز به درک و بینش قابل ملاحظه ای دارد.

در یک سوی طیف، الزاماتی برای گزارش اجباری بیمارانی وجود دارد که از بیماریهای خاصی رنج می برند، آنهایی که به نظر صلاحیت رانندگی ندارند و یا آنهایی که مظنون به سوء استفاده از کودکان می باشند. پزشکان باید این موارد را بدون کوچکترین درنگ و تأملی گزارش کنند، اگر چه خود بیماران باید از موضوع گزارش، مطلع شوند .

در سوی دیگر طیف، درخواستها یا دستوراتی از طرف پلیس یا نیروی ارتش می باشند که حقوق اساسی بشر را مورد تجاوز قرار می دهند، همانند مشارکت در شکنجه. در

"راه حل سال ۲۰۰۲ در خصوص مسئولیت پزشکان در شکایت و اعلام اعمال شکنجه یا رفتار بیرحمانه ، غیر انسانی و خفت بار در مواردی که پزشک از آن

آگاه است" WMA راهنمای خاصی برای پزشکانی که در این موقعیت قرار می گیرند فراهم نموده است. به ویژه پزشکان باید استقلال حرفه ای خویش را برای تعیین مهمترین تمایلات بیمار حفظ نموده و تا حد امکان الزامات اخلاقی معمول در خصوص کسب رضایت آگاهانه و رازداری را مورد ملاحظه قرار دهند .

هر گونه نقض این اصول بایستی برای بیماران توجیه شده و آشکار گردد. پزشکان باید هرگونه مداخله غیر عادلانه در امر مراقبت بیمار خود را به مسئولین مربوطه گزارش کنند بخصوص اگر حقوق پایه ای بشر مورد تجاوز قرار گیرد. اگر مسئولین پاسخگو نباشند، هر گونه کمک از سوی انجمن های پزشکی کشور، WMA و سازمانهای حقوق بشر قابل دسترسی است.

در نزدیک به اواسط این طیف، برخی برنامه های مدیریتی مراقبت سلامتی قرار گرفته اند که استقلال کلینیکی پزشکان را در تعیین نحوه درمان بیماران محدود می سازند. اگر چه این اقدامات الزاماً در تقابل با مصالح عالییه بیماران قرار نمی گیرند، ولی امکان تقابل وجود دارد و لازم است پزشکان بدقت این امر را به هنگام شرکت در چنین برنامه هایی در نظر گیرند. اگر آنها در این زمینه حق انتخابی نداشته باشند، بعنوان مثال جایی که هیچ برنامه الکتروناتیوی برای این برنامه های محدود کننده موجود نیست، باید شدیداً از بیماران خویش از طریق انجمن های پزشکی شان برای تأمین نیازهای تمامی بیمارانی که بوسیله چنین سیاستهای محدود کننده ای تحت تاثیر قرار می گیرند، حمایت کنند.

فرم خاصی از موضوع وفاداری دوگانه که پزشکان با آن روبرو می شوند، تعارض بالقوه یا بالفعل (actual) منافع بین یک شرکت تجاری از یک طرف و بیمار و/یا جامعه از طرف دیگر است. کمپانی های دارویی، سازندگان دستگاههای پزشکی و دیگر سازمانهای تجاری مکرراً به پزشکان پیشنهاد هدایا و مزایایی می کنند که از مسافرتهای رایگان و شرکت در فعالیتهای آموزشی تا حق الزحمه بیشتر برای فعالیتهای تحقیقاتی متفاوت است. یک انگیزه عمومی برای چنین سخاوتهایی از طرف شرکتها، قانع کردن پزشکان به تجویز یا مصرف محصولات آنها می باشد که ممکن است بهترین گزینه برای بیماران نبوده و یا بصورت غیر ضروری به هزینه های سلامت جامعه بیافزایند.

بیانیه سال ۲۰۰۴ WMA در مورد ارتباط بین پزشکان و تشکیلات تجاری،
راهنمایی برای پزشکان در چنین موقعیتهایی فراهم نموده است و بسیاری از انجمنهای پزشکی ملی نیز راهنماهایی مختص بخود دارند. اصل اولیه اخلاقی متضمن راهنماییهایی است که پزشکان باید هرگونه اختلاقی بین منافع خود و بیمارانشان را بنفع بیماران حل و فصل نمایند.

تخصیص منابع

در هر کشوری در جهان از جمله کشورهای ثروتمند، از قبل فاصله زیاد و بطور یکنواخت در حال افزایشی میان نیازها و خواسته های خدمات مراقبت بهداشتی و دسترسی منابع برای تأمین این خدمات وجود دارد. وجود این فاصله الزام می نماید تا منابع موجود به نوعی، جیره بندی شوند. جیره بندی مراقبتهای بهداشتی یا همانطور که معمولاً اشاره می گردد، "تخصیص منابع"، در سه سطح اتفاق می افتد :

- در سطح عالی (کلان یا Macro) دولتها تصمیم میگیرند که چه میزان از کل بودجه باید به سلامت تخصیص داده شود و کدامیک از هزینه های درمانی باید بطور رایگان فراهم شوند و در کدامیک نیاز به پرداخت وجه، چه مستقیماً توسط خود بیمار و چه توسط بیمه خدمات درمانی آنها وجود دارد. چه مقدار از بودجه ی بهداشتی صرف پرداخت حق الزحمه پزشکان، پرستاران و دیگر پرسنل مراقبتهای بهداشتی، یا صرف سرمایه گذاری و هزینه های اجرایی بیمارستانها و دیگر موسسات، تحقیق، آموزش حرفه های مربوط به بهداشت، درمان وضعیتهای خاص مثل توبرکلوزیس و AIDS و غیره شود.
- در سطح موسسه ای (میانی یا Meso)، که شامل بیمارستانها، کلینیکها، آژانسهای درمانی و غیره می باشند مسئولین امر تصمیم می گیرند که منابع خود را چگونه تخصیص دهند و چه خدماتی فراهم کنند، چه مقدار برای کارکنان، تجهیزات، امنیت، دیگر هزینه های اجرایی، نوسازی، توسعه و غیره هزینه صرف نمایند.

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

انتخاب در هر یک از این سطوح، تا زمانیکه بر پایه ارزشها بوده و نتایج قابل ملاحظه ای را در سلامت افراد و جوامع دربر دارد، دارای یک جزء عمده اخلاقی است. اگر چه پزشکان با تصمیمات گرفته شده در هر سطحی تحت تاثیر قرار می‌گیرند، ولی بیشترین درگیری را در سطح خرد یا Micro دارند. در نتیجه، در ادامه بحث، روی این مطلب تأکید خواهد شد.

همانطور که در بالا آمد، در اخلاق پزشکی سنتی از پزشکان انتظار می رفت که منحصراً در جهت منافع بیماران خویش عمل کنند بدون اینکه به نیاز دیگران توجهی داشته باشند. ارزشهای اولیه اخلاقی آنها مثل دلسوزی، شایستگی و خودمختاری در جهت خدمت به نیازهای بیماران قرار می گرفت. این نگرش فردگرایانه به اخلاق پزشکی، باعث گذر از پدرسالاری پزشکی به خودمختاری بیمار شده است. بطوریکه فرد بیمار، فاکتور اصلی در تعیین این است که چه منابعی را باید دریافت کند. هر چند اخیراً عدالت ارزش دیگری است که فاکتور مهمی در تصمیم گیری پزشک شده است. این مستلزم نگرش اجتماعی تری در توزیع منابع بوده بطوریکه نیاز دیگر بیماران به همان نسبت نیز باید در نظر گرفته شود. بر اساس این نگرش، پزشکان فقط مسئول بیماران خویش نیستند بلکه در حد معینی، مسئول دیگران نیز می باشند.

این برداشت نو از نقش پزشکان در تخصیص منابع، در بسیاری از بیانیه های اخلاقی انجمن های پزشکی ملی کشورهای دنیا و همچنین در **بیانیه ی WMA در مورد حقوق بیماران** بیان شده است، که اظهار می کند: "به این ترتیب، هر جا قرار باشد انتخابی بین بیماران بالقوه برای یک درمان خاص که دارای منابع محدود است صورت گیرد، تمامی بیماران حق شرکت در فرآیند انتخاب منصفانه برای آن درمان را دارند. این انتخاب باید بر اساس معیارهای پزشکی و بدون هر گونه تبعیضی صورت گیرد".

یک راه برای تمرین مسئولیت پذیری پزشکان در امر تخصیص منابع جلوگیری از اقدامات بی فایده و غیر موثر است حتی اگر بیمار آنها را درخواست کرده باشد. استفاده بیش از

حد از آنتی بیوتیکها دقیقاً نمونه ای از یک عمل بی فایده و مضر است. بسیاری از سایر درمانهای رایج چنانچه در کارآزمایی های بالینی تصادفی نشان داده شده است، در شرایطی که بکار می روند بی تأثیرند. راهنماهای عملی بالینی برای بسیاری از موقعیتهای پزشکی موجودند که برای تشخیص بین درمانهای مؤثر و غیر مؤثر بکار می روند. برای حفظ منابع و فراهم کردن درمان بهینه برای بیماران، پزشکان باید طبق این راهنماها رفتار نمایند.

یک نوع از تصمیم گیری در مورد تخصیص منابع که باید توسط پزشکان گرفته شود، شامل انتخاب بین دو یا بیش از چند بیمار است که نیاز به یک منبع کمیاب خاص، مثل تحت نظر بودن در اورژانس، استفاده از تنها تخت باقیمانده بخش مراقبتهای ویژه، تأمین ارگان برای پیوند، تستهای رادیولوژیک با فن آوری بالا و داروهای بسیار گرانقیمت دارند. پزشکانی که مسئول کنترل چنین منابعی هستند، باید تصمیم بگیرند که چه بیماری باید از این منابع استفاده کند و چه بیماری نکند. با آگاهی از این امر که افرادی که از دریافت امکانات منع شده اند، ممکن است آسیب دیده و حتی در نتیجه ی آن بمیرند. بعضی پزشکان در تخصیص منابع با تعارضات بیشتری مواجه می شوند. این در مواردی است که آنها در قانون گذاری و تعیین سیاستهای کلی نقش دارند که بیماران آنها را نیز همچون دیگران تحت تاثیر قرار می دهند.

این تعارض در بیمارستانها و دیگر موسساتی اتفاق می افتد که پزشکان در موقعیت اجرایی (اداری) قرار می گیرند و یا در کمیته هایی که سیاستها توصیه شده و یا تعیین می شوند، خدمت می کنند.

اگر چه بیشتر پزشکان تلاش می کنند خود را از ابراز علاقمندی به بیماران خویش دور نگه دارند، برخی پزشکان ممکن است سعی کنند از موقعیت خویش برای مقدم قرار دادن بیماران خود بر دیگر بیماران که شاید نیازهای بیشتری نیز دارند، استفاده کنند. در ارتباط با موضوع تخصیص منابع، پزشکان نباید فقط اصول دلسوزی و عدالت را در نظر بگیرند، بلکه در هنگام تخصیص باید تصمیم بگیرند که کدام روش برای رسیدن به عدالت ارجحیت دارد. راههای مختلفی در این مورد وجود دارد که در ادامه آمده اند :

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

- **اصلاح گرایان (Restorative) :** منابع باید در بین افرادی که بر اساس سوابق بطور غیر منصفانه به منابع دسترسی نداشته اند، توزیع شوند.

همانطور که در بالا آمده است ، پزشکان بتدریج در حال دور شدن از فردگرایی سنتی اخلاق پزشکی، که مدّ نظر روش طرفداران آزادی (libertarian) است، به سوی درک اجتماعی تری از نقش شان می باشند. اگر چه روش طرفداران آزادی بطور کلی رد شده است، متخصصین اخلاق پزشکی به هیچ وجه در مورد اینکه کدامیک از این سه روش دیگر بهتر است، به اجماع نرسیده اند. هر یک از آنها نتایج متفاوتی در هنگام بکار گرفته شدن در موارد فوق الذکر دارند، مواردی مثل تصمیم گیری در مورد اینکه چه دارویی باید درخواست شود، آیا ارجاع به پزشک دیگری لازم است، آیا بیمار باید بستری شود، آیا علاوه بر داروهای ژنریک موجود دارویی با مارک تجاری خاص لازم است، چه کسی باید عضو برای پیوند دریافت کند و غیره. احتمالاً روش سودگرایان دشوارترین روش اجرا برای پزشکان است زیرا این روش نیاز به میزان وسیعی از اطلاعات در مورد نتایج احتمالی مداخلات مختلف دارد که نه فقط مربوط به بیماران پزشک بلکه در ارتباط با تمامی بیماران می باشد. انتخاب بین دو مورد باقیمانده (یا سه مورد اگر که طرفداران آزادی را هم اضافه کنیم) بستگی به خصوصیات اخلاقی شخصی پزشکان و همچنین محیط اجتماعی - سیاسی ای که در آن به کار مشغولند، دارد. بعضی کشورها مثل ایالات متحده آمریکا روش طرفداران آزادی را می پسندند، بعضی دیگر مثل سوئد به مساوات گرایی شناخته شده اند، در حالیکه هنوز برخی مثل آفریقای جنوبی در جهت اصلاح گرایی تلاش می کنند. بسیاری از برنامه ریزان امر سلامت، روش سودگرایی را ترویج می دهند.

علیرغم تفاوتها، اغلب دو یا بیش از دو نوع از این روشها بطور همزمان در سیستم های بهداشتی کشورها حضور دارند و در این کشورها پزشکان می توانند نوعی را که با روش خودشان منطبق تر است (دولتی یا خصوصی) برگزینند.

علاوه بر این که پزشکان چه نقشی می توانند در تخصیص منابع بهداشتی موجود داشته باشند، مسئولیت دفاع کردن از گسترش این منابع در جاهایی که منابع موجود برای نیازهای بیماران ناکافی هستند، نیز بعهده ی آنان است. این امر، معمولاً همکاری پزشکان با یکدیگر در انجمن های حرفه ایشان را می طلبد تا تصمیم گیرندگان در دولت و هر جای دیگر را، چه در داخل کشور و چه در سطح جهانی، در مورد وجود این نیازها و نحوه برآورده کردن آنها توجیه نمایند.

بهداشت عمومی (Public Health)

پزشکی قرن بیستم جدایی غیر منتظره و تأسف برانگیزی را بین بهداشت عمومی و دیگر بخشهای مراقبتهای بهداشتی (احتمالاً بهداشت "خصوصی" یا "فردی") شاهد بود. تأسف برانگیز بخاطر اینکه همانطور که در بالا گفته شد، جامعه متشکل از افراد است و اقداماتی که برای محافظت و افزایش بهداشت عمومی در جهت سلامت طراحی می شوند، در جهت منافع کلیه افراد می باشند.

ابهام زمانی ایجاد می شود که بهداشت عمومی را به "مراقبت بهداشتی سرمایه گذاری شده توسط عموم" (یعنی مراقبتی که توسط سیستم مالیاتی یک کشور و یا سیستم های بیمه ای اجباری جهانی سرمایه گذاری می شود) و در مقابل "مراقبتهای بهداشتی سرمایه گذاری شده توسط بخش خصوصی" (یعنی مراقبتهایی که هزینه آن توسط افراد و یا بیمه های خدمات درمانی خصوصی پرداخت می شود و در سطح جهانی نمی باشند) تعبیر کنیم.

عبارت "بهداشت عمومی" آنگونه که در اینجا برداشت می شود، هم به سلامت جامعه و هم تخصص پزشکی که به سلامت از دیدگاه جمعیتی بیش از مبانی فردی ارتباط دارند، برمی گردد. در هر کشوری نیاز وسیعی به متخصصینی در این فیلد وجود دارد تا به پیشنهاد و دفاع از سیاستهای عمومی ای پردازند که بهداشت مناسب را ترویج می دهد و همچنین در خصوص اقدامات برای محافظت از مردم در برابر بیماریهای مسری و سایر خطرات بهداشتی متعهد گردند. اقدامات بهداشت عمومی (که گاهاً "پزشکی بهداشت عمومی" یا "پزشکی اجتماعی" Community Medicine هم نامیده می شود) تا حدود زیادی بر پایه علمی خود در زمینه اپیدمیولوژی تکیه دارد، که همان مطالعه توزیع و عوامل تعیین کننده بهداشت و بیماری در جوامع است. در واقع بعضی پزشکان، آموزش دانشگاهی بیشتری را برای اینکه پزشک اپیدمیولوژیست شوند دریافت می کنند. با این وجود، تمامی پزشکان باید از عوامل تعیین کننده اجتماعی و یا محیطی که وضعیت سلامت را در تک تک بیماران آنها تحت تاثیر قرار میدهند آگاه باشند. همانطور که **بیانیه WMA در مورد ترویج سلامت** اشاره می کند: "پزشکان و انجمنهای حرفه ای آنها وظیفه ای اخلاقی و مسئولیت حرفه ای برای اقدام در جهت مصالح عالی ی بیمارانشان و تکمیل این مسئولیت با جنبه های وسیع تر در جهت ترفیع و تضمین سلامت عموم را بر عهده دارند."

برنامه های بهداشت عمومی مثل واکسیناسیون و پاسخ اورژانسی به بروز بیماریهای مسری فاکتورهای مهمی در سلامت افراد هستند ولی فاکتورهای اجتماعی مثل تهیه مسکن، تغذیه، اشتغال هم اگرچه از اهمیت بیشتری برخوردار نباشند، به همان اندازه مهمند. پزشکان بندرت می توانند علل اجتماعی بیماریهای بیماران خویش را درمان کنند اگر چه در چنین مواردی باید بیمار را به خدمات اجتماعی موجود ارجاع دهند. با این

وجود آنها با شرکت در فعالیت بهداشت عمومی و اقدامات آموزش بهداشت، پایش و گزارش خطرات محیطی، تعیین و به اطلاع عموم رسانیدن عوارض مشکلات اجتماعی مثل اعتیاد و خشونت و با دفاع کردن از بهبود خدمات بهداشت عمومی اگر چه بصورت غیر مستقیم، می توانند در حل و فصل طولانی مدت این مشکلات شرکت داشته باشند.

گاهی اوقات، منافع بهداشت عمومی ممکن است در تعارض با منافع بیماران قرار گیرد، بعنوان مثال، وقتی واکسیناسیونی که دارای خطر ایجاد عارضه است باعث پیشگیری از انتقال بیماری از فرد می گردد و از ابتلای به آن جلوگیری نمی کند، یا گاهی که توجه به بیماری مسری خاصی مورد نیاز می شود، در مواردی مانند سوء استفاده از کودکان و یا سالمندان، یا در مواردی که فرد فعالیت خاصی مثل راندن اتومبیل و یا خلبانی هواپیما انجام می دهد که برای خود فرد و دیگران خطرناک است. اینها نمونه هایی از وفاداری دوگانه هستند که پیش از این شرح داده شد. فرآیند ارتباط برقرار کردن با این موقعیتها و موقعیتهایی این چنین در مبحث "رازداری" (Confidentiality) از فصل دوم بحث شده است.

در کل، پزشکان باید تلاش کنند تا راههایی برای به حداقل رسانیدن آسیبهایی که بیماران در نتیجه الزامات بهداشت عمومی متحمل می شوند، بیابند. به عنوان مثال، وقتی لازم است گزارشی صورت گیرد، ضمن انجام تعهدات قانونی، باید راز بیمار تا بیشترین حد ممکن حفظ شود.

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

بهداشت جهانی (Global Health)

در سالیان اخیر، این تفکر که پزشکان مسئولیتهایی در قبال جامعه ای که در آن زندگی می کنند دارند، بیشتر شده و بصورت مسئولیت در قبال بهداشت جهانی درآمده است. این عبارت با مشکلات بهداشتی، موضوعات و نگرانی هایی که ورای مرزهای ملتها می روند، تعریف می شود و ممکن است با شرایط و تجربیات در دیگر کشورها تحت تاثیر قرار گیرد و با اقدامات و راه حلهایی که از طریق همکاری ارائه شده اند، بخوبی قابل انجام

باشند. بهداشت جهانی قسمتی از حرکت وسیعتر از جهانی سازی یا Globalization است که شامل تبادل اطلاعات، بازرگانی، سیاست، توریسم و بسیاری فعالیتهای دیگر انسانی می باشد.

پایه جهانی شدن در به رسمیت شناختن این امر است که افراد و جوامع بطور فزاینده ای به هم وابسته اند. این امر در مورد سلامت انسان هم همانطور که گسترش سریع بیماریهایی مثل آنفلوانزا یا SARS نشان داد، براحتی اثبات می شود. چنین اپیدمی هایی نیاز به واکنش بین المللی برای کنترل دارند. شکست تشخیص و درمان یک بیماری مسری توسط یک پزشک در کشوری می تواند اثرات ویرانگری روی بیماران در دیگر کشورها داشته باشد. به این علت تعهدات اخلاقی پزشکان تا وراى بیماران آنها و حتی جوامع و ملتهای آنها گسترش می یابد.

گسترش نگرش جهانی به مقوله بهداشت در نتیجه افزایش آگاهی در خصوص عدم یکنواختی بهداشت در جهان حاصل گردیده است. علیرغم اقدامات وسیع در مبارزه با مرگ و میر قبل از بلوغ و عوارض ناتوان کننده در فقیرترین کشورها که ناشی از موفقیت‌هایی عمده مثل حذف آبله و (با کمی امیدواری) فلج اطفال می باشد، فاصله وضعیت بهداشت بین کشورهای با درآمد کم و زیاد، در حال گسترش می باشد.

این امر تا حدی ناشی از HIV/AIDS است که بدترین اثرات را در کشورهای فقیر داشته است و لیکن همچنین ناشی از ناتوانی کشورهای با درآمد اندک در نفع بردن از افزایش ثروتی است که بطور کل در جهان در طی دهه های گذشته تجربه شده است. اگر چه علل فقر عمدتاً سیاسی و اقتصادی بوده و بنابراین دور از دسترس کنترل پزشکان و انجمن های آنهاست، پزشکان مجبورند فکری بحال بهداشت بیمارانی که در نتیجه فقر بیمار شده اند بکنند. در کشورهای با درآمد کم، پزشکان منابع کمی برای ارائه به بیماران خود دارند و همواره با چالش در تخصیص این منابع به منصفانه ترین صورت روبرو می باشند. حتی در کشورهای با درآمد متوسط و بالا نیز، پزشکان با بیمارانی مواجه می شوند که مستقیماً در ارتباط با فرآیند جهانی شدن هستند مثل مهاجرین یا کسانی که از پوشش پزشکی که شهروندان آن کشورها از آنها استفاده می کنند، بی بهره اند. دیگر خصیصه جهانی شدن، پویایی بین المللی حرفه های بهداشتی از جمله پزشکی است. جریان خروج پزشکان از کشورهای در حال توسعه به کشورهای شدیداً صنعتی، هم برای پزشکان و هم برای کشورهای پزیشکانی که پزشکان به آن وارد می شوند مفید است، درحالیکه در مورد کشورهای صادرکننده پزشک این چنین نیست.

WMA در راهنمای اخلاقی خود برای **استخدام بین المللی پزشکان** بیان می نماید که پزشکان نباید از ترک خانه و کشور متبوع خویش برای رسیدن به فرصتهای شغلی

بهتر در دیگر کشورها منع شوند. با این وجود این راهنما، کشورها را به انجام منتهای سعی خود در آموزش تعداد کافی پزشک و مهیا نمودن نیازها و منابع آنها و تکیه نکردن بر مهاجرین از دیگر کشورها برای برآورده ساختن نیاز خود به پزشک فرا می خواند. مدتهاست پزشکان کشورهای صنعتی، سنتی در فراهم کردن تجربیات و مهارتهایشان به کشورهای در حال توسعه دارند. این امر به شکلهای مختلف صورت می گیرد: کمکهای اورژانسی که توسط سازمانهایی مثل صلیب سرخ و هلال احمر و پزشکان بدون مرز هماهنگ می گردند، عملهای جراحی کوتاه مدت برای درمان وضعیتهایی مثل آب مروارید (کاتاراکت) و کام شکری (Cleft Palate)، بازدید از دانشکده ها در دانشگاههای پزشکی، پروژه های تحقیقاتی پزشکی کوتاه و طولانی مدت، تدارک داروها و تجهیزات پزشکی و غیره. این برنامه ها نمونه هایی از جنبه مثبت جهانی شدن می باشند و حداقل تا حدودی، خسارت ناشی از مهاجرت پزشکان از کشورهای فقیرتر به ثروتمندتر را جبران می کنند.

بازگشت به گزارش موردی :

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

فصل چهارم :

پزشکان و همکاران :



تیم پزشکی در مورد یک بیمار کار می کنند

© Pete Saloutos/CORBIS

اهداف :

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

گزارش موردی شماره ۲ :

دکتر سی. یک متخصص بیهوشی که بتازگی در یک بیمارستان شهری استخدام شده است، نگران رفتار یکی از جراحان ارشد بیمارستان در اتاق عمل است. از یک طرف، جراح از تکنیکهای منسوخ استفاده می کند که باعث طولانی شدن عمل و در نتیجه بیشتر شدن درد بعد از عمل و طولانی شدن زمان به هوش آمدن می گردد.

از این گذشته، وی شوخی های بی ادبانه متعددی در مورد بیماران می کند که این امر بطور واضح باعث آزار همکاران پرستارش می شود. دکتر سی. بعنوان یک عضو تازه وارد، میلی برای انتقاد شخصی از جراح مورد نظر و یا گزارش او به مراجع بالاتر ندارد. از طرف دیگر، او احساس می کند که باید کاری در جهت بهتر نمودن وضعیت انجام دهد.

چالش های اختیار پزشکی

پزشکان به حرفه ای تعلق دارند که چه در میان خود و چه در بیرون، عرفاً در یک نظام سلسله مراتبی شدید فعالیت می کنند.

از نظر درون سیستمی، سه نظام دارای تلاقی وجود دارد: اولی بین متخصصین تمایز ایجاد می کند و برخی را دارای پرستیژ و البته حق الزحمه بیشتر نسبت به دیگران قرار می دهد. دومی در بین متخصصین، مربوط به کسانی است که در آکادمیهای دارای تأثیر و نفوذ بیشتر کار می کنند، نسبت به آنها که در بخش خصوصی یا دولتی کار می کنند. سومی، مربوط به مراقبت از بیماران خاصی است، جایی که ارائه کنندگان مراقبتهای اولیه در بالاترین سطح سلسله مراتب و بالاترین سطح نسبت به دیگر پزشکان هستند که حتی آنهایی که قدیمی تر و دارای مهارت بیشتریند صرفاً مورد مشورت قرار می گیرند. مگر اینکه بیمار جهت مراقبت به آنها ارجاع شود.

در خارج از این حوزه هم، پزشکان عرفاً در راس سلسله مراتب ارائه کنندگان مراقبتهای بهداشتی، بالاتر از پرستاران و دیگر حرفه های بهداشتی قرار می گیرند.

این فصل از کتاب به موارد اخلاقی که در هر دو حوزه داخل و خارج سلسله مراتب رخ می دهند، خواهد پرداخت. بعضی موضوعات در بین هر دو مشترکند، بقیه فقط در یکی و یا دیگری یافت می شوند. بسیاری از موضوعات، نسبتاً جدید هستند و بدنبال تغییرات اخیر در طب و مراقبت پزشکی ایجاد شده اند. با توجه به اینکه این تغییرات چالشهای

عمده ای پیش روی فعالیت سنتی اختیار پزشکی قرار می دهند، توضیح مختصر در مورد این تغییرات، ضروری است.

با رشد سریع دانش علمی و کاربردهای بالینی آن، پزشکی بمیزان فزاینده ای پیچیده شده است. پزشکان احتمالاً به تنهایی، نتوانند در تمامی بیماریها و درمانهای بالقوه برای بیماران خویش تخصص کسب کنند و به مساعدت دیگر متخصصین پزشکی و نیز گروه های آموزش دیده در زمینه بهداشت نظیر پرستاران، داروسازها، فیزیوتراپیستها، تکنیسینهای آزمایشگاه و فعالان اجتماعی و بسیاری دیگر نیاز دارند. پزشکان باید نحوه دستیابی به مهارتهای مربوطه که بیمارشان به آنها نیازمند است ولی خودشان در آن مورد نقص دارند، را بدانند.

همانطور که در فصل دوم بحث شد، پدرسالاری پزشکی (دیدگاه سنتی پزشکی) تدریجاً با افزایش شناخت حقوق بیماران در اتخاذ تصمیم پزشکی خویش، به انزوا رفته است. در نتیجه، مدل مشارکتی اتخاذ تصمیم، جای مدل مستبدانه که مشخصه پدرسالاری پزشکی سنتی است را می گیرد. مورد مشابه آن در روابط بین پزشکان و دیگر حرفه های بهداشتی در حال اتفاق افتادن است. آنها بمیزان فزاینده ای نسبت به اجرای دستورات پزشکان بدون دانستن علت این دستورات، بی میل هستند. آنها خویش را متخصصینی با مسئولیتهای اخلاقی خاص نسبت به بیماران می بینند و اگر این احساس مسئولیت در تضاد با دستورات پزشکان قرار گیرد، آنها احساس می کنند که باید پزشک را موردسؤال قرار دهند و یا با دستورات به چالش برخیزند.

از آنجاییکه در مدل سلسله مراتبی حرف (حرفه ها)، هیچ گاه در مورد اینکه چه کسی مسئول است و در صورت بروز تضاد، تصمیم چه کسی باید اجرا شود، شکی وجود ندارد، مدل مشارکتی می تواند به بحث در مورد مراقبت مناسب برای بیمار بیفزاید.

این چنین پیشرفتهایی، "قواعد بازی" را در روابط پزشکان با همکاران پزشک خود و دیگر حرفه های بهداشتی تغییر می دهند. ادامه ی این فصل برخی جنبه های مسئله ساز این روابط را مشخص و راههایی برای رسیدگی به آنها پیشنهاد می نماید.

ارتباط با پزشکان همکار، اساتید و دانشجویان

بعنوان عضو حرفه پزشکی، عرفاً انتظار می رود پزشکان با یکدیگر همانند اعضای یک خانواده رفتار نمایند، نه همانند غریبه ها و یا حتی مثل دو دوست. **بیانیه ژنو انجمن جهانی پزشکان WMA**، شامل تعهد به این است که "همکاران من، خواهران و برادران من خواهند بود." تفسیر این تعهدات از کشوری به کشور دیگر و در طول زمان متفاوت است. به عنوان مثال، در جایی که دستمزد در برابر خدمت (fee-for-service) شکل اصلی یا تنها شکل پرداخت حق الزحمه پزشکان است، عرف "تواضع حرفه ای"

(Professional Courtesy) وجود دارد که بموجب آن پزشکان به همکاران خویش در قبال درمان طّبی پول پرداخت نمی نمایند. این امر در کشورهای که بازپرداخت از طریق شخص ثالث (منظور سازمان است) وجود دارد، کاهش یافته است.

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

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

اساتید نیز به سهم خویش، ملزم به رفتار احترام آمیز با دانشجویان هستند و باید بعنوان الگوی مناسبی برای دانشجو در ارتباط با بیماران نقش ایفا کنند، آنچه که "کاریکولوم یا برنامه درسی پنهان" (hidden curriculum) در آموزش پزشکی و غیره نامیده می‌شود، یعنی استانداردهای رفتار که باید توسط پزشکان آموزش دهنده ارائه گردد، بسیار موثرتر از برنامه درسی صریح الهجه اخلاق پزشکی است و اگر تضادی بین الزامات اخلاقی و گرایشات یا رفتار اساتید دیده شود، دانشجویان پزشکی احتمالاً بیشتر الگوی استاد خویش را دنبال خواهند کرد.

اساتید الزامات خاصی دارند که دانشجویان را درگیر کارهای غیراخلاقی نمایند. نمونه چنین کارهایی که در ژورنالهای پزشکی گزارش شده اند، شامل دریافت فرم رضایت از بیماران برای درمان توسط دانشجویان پزشکی در شرایطی که یک متخصص کاملاً شایسته باید این کار را انجام دهد، انجام معاینات لگنی در بیماران بیهوش یا تازه فوت کرده بدون کسب رضایت و انجام فرآیندهای بدون نظارت هرچند بی اهمیت (مثل تزریق IV) که از طرف بعضی از دانشجویان خارج از صلاحیتشان صورت می‌گیرد، می‌باشند.

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

که دانشجویان را وادار به کار غیر اخلاقی نکرده اند. در بسیاری از دانشکده های پزشکی، نمایندگی های کلاس و یا انجمنهای دانشجویان پزشکی وجود دارند که علاوه بر دیگر نقشهایشان، ممکن است قادر باشند که توجه به موضوع اخلاق در آموزش پزشکی را ارتقاء دهند. دانشجویانی که نگران جنبه های اخلاقی آموزش خود باشند، میتوانند به چنین مکانیسم هایی مراجعه کنند و بدون اینکه لزوماً به عنوان افشاگر این عمل غیر اخلاقی شناخته شوند، اخلاق مورد نظر خود را ارتقا دهند و همچنین از حمایت مناسب در صورت ضرورت برای فرستادن موضوع به یک فرآیند رسمی تر بهره مند گردند. انتظار می رود دانشجویان پزشکی به سهم خویش، استاندارد بالایی از رفتار اخلاقی را چنانچه شایسته پزشکان آینده است به نمایش بگذارند. آنها باید با دیگر دانشجویان همانند همکاران خویش رفتار نمایند و برای ارائه کمک به ایشان در صورت نیاز، از جمله توصیه برای اصلاح رفتارهای غیر حرفه ای، خود را آماده کنند. همچنین در پروژه ها و وظایف مشارکتی از جمله وظیفه آموزش و خدمات آنکال (on-call) بطور کامل همکاری نمایند.

گزارش عملکردهای نا امن و غیر اخلاقی

پزشکی همواره بخاطر حالت خودتنظیمی که دارد مورد ستایش بوده است. در مقابل امتیاز هایی که جامعه برای آن در نظر گرفته است و اطمینانی که به اعضای آن توسط بیماران قائل است، حرفه پزشکی استانداردهای والایی از رفتار و فرآیندهای واجد دیسیپلین (آیین نامه انتظامی) را برای اعضایش برقرار کرده است تا به اتهامات درخصوص بدرفتاری رسیدگی و در صورت نیاز، متخلفین را مجازات و تنبیه نمایند. این سیستم خودتنظیمی اغلب دچار مشکل می گردد. در سالیان اخیر گامهایی برداشته شده تا این حرفه را بیشتر مسئولیت پذیر نمایند، برای مثال از طریق انتصاب اعضای عامی و غیر پزشک به عنوان مسئولین تصمیم گیرنده در این حوزه.

التزام عمده ی خودتنظیم بودن این حرفه، حمایت قلبی پزشکان از اصول آن و تمایل ایشان به شناسایی و اقدام در مورد فعالیت های ناامن و غیر اخلاقی می باشد.

الزام به گزارش کردن ناکارآمدی، نقصان، ضعف و بد اخلاقی همکاران در کد های اخلاق پزشکی مورد تایید قرار گرفته است. به عنوان مثال، **بیانیه بین المللی WMA در مورد اخلاق پزشکی** اظهار می کند: "پزشکان باید سعی کنند تا پزشکانی که دچار نقص در شخصیت یا صلاحیت هستند یا آنهایی که فریبکاری و کلاهبرداری نموده اند را به دیگران معرفی کنند."

بکار گرفتن این اصل، اغلب آسان نیست. از طرفی ممکن است پزشکی وسوسه شود که شهرت و اعتبار همکاری را بخاطر انگیزه های نادرست شخصی مثل حسادت و یا در تلافی توهینی که از یک همکار مشاهده کرده، مورد حمله قرار دهد.

پزشک ممکن است نسبت به گزارش سوء رفتار همکاری بخاطر دوست بودن و یا حس همدردی بی میل باشد (همه در چنین شرایط سختی گرفتار می شوند). نتیجه چنین گزارشی می تواند برای کسی که گزارش می کند، بسیار زیان بار باشد که شامل دشمن تلقی شدن از طرف بخش مورد اتهام و یا حتی از سوی دیگر همکاران می باشد. علیرغم چنین مشکلاتی گزارش تخلفات، یک وظیفه ی حرفه ای برای پزشکان است.

نه تنها پزشکان، مسئول حفظ آبرو و اعتبار مثبت این حرفه اند، بلکه اغلب اوقات، تنها کسانی هستند که بی کفایتی، نقصان و سوء اخلاق را (در حوزه خویش) تشخیص می دهند. با این وجود، گزارش همکار به مراجع انضباطی بطور طبیعی آخرین چاره و تدبیر پس از امتحان کردن تمامی موارد دیگر و احساس نیاز (به انجام آن) است. شاید اولین مرحله، نزدیک شدن به همکار مورد نظر و گفتن این امر است که بنظر شما رفتار او ناامن و غیر اخلاقی است. اگر مسئله در همین سطح حل شود، شاید دیگر نیازی به ادامه دادن نباشد. اگر که نه، مرحله بعد، شاید صحبت کردن با سوپروایزر (ناظر) شما و/یا فرد متخطی و واگذاری تصمیم اقدام بعدی به عهده آن شخص باشد. اگر این تاکتیک عملی نباشد یا موفق نشود، شاید لازم باشد آخرین مرحله را که آگاه کردن مراجع انضباطی است عملی نمائیم.

رابطه با دیگر حرفه های بهداشتی

فصل دوم در مورد روابط پزشک با بیماران با بحثی در مورد اهمیت فوق العاده ی احترام و رفتار برابر در روابط پزشک - بیمار شروع می شود. اصولی که در آن بحث بکار گرفته شده به همان ترتیب در مورد رابطه با همکاران نیز مناسب است. بویژه "ممنوعیت تبعیض و تفاوت گذاشتن در زمینه هایی مثل سن، بیماری یا ناتوانی، دین، اصلیت نژادی، جنس، ملیت، وابستگی سیاسی، قومیت، مسائل جنسی، شهرت اجتماعی - در ارتباط با تمامی کسانی که پزشک با آنها حین مراقبت از بیماران و دیگر فعالیتهای حرفه ای روبرو می شود، قابل اجرا می باشند. (بیانیه ی ژنو WMA)

تفاوت نگذاشتن یک مشخصه ی ناآگاهانه و غیرفعال از یک ارتباط است. احترام گذاشتن امری فعال و مثبت تر است. درخصوص سایر فراهم کنندگان مراقبتهای بهداشتی مثل

پزشکان، پرستاران، امدادگران و غیره، این متضمنِ قدردانی از مهارت‌ها و تجربه‌های ایشان تا جایی است که آنها می‌توانند در مراقبت از بیماران شرکت داشته باشند. تمامی فراهم‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی در زمینه‌ی تحصیلات و یا طی دوره‌های آموزشی برابر نیستند ولی همگی در مساوات و برابری پایه‌ای انسانها و نیز نگرانی در مورد سلامت بیمار سهیم و برابرند.

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

همکاری و تعاون

پزشکی در عین حال که حرفه‌ای بسیار فردی است، تا حد زیادی نیز مبتنی به همکاری است. از طرفی، پزشکان مالکین مطلق بیماران "خویش" اند. با دلایل مناسب، عنوان شده که رابطه فردی بین پزشک - بیمار بهترین وسیله جهت رسیدن به اطلاعات در مورد بیمار و ادامه مراقبت‌هایی است که برای پیشگیری و درمان بیماری مناسبترین راه باشند. بقای بیماران همچنین از نظر اقتصادی به پزشکان سود می‌رساند. در عین حال همانطور که در بالا توضیح داده شد، پزشکی حرفه‌ای بسیار پیچیده و تخصصی است، بنابراین به همکاری نزدیک بین پزشکان با علوم و مهارت‌های متفاوت ولی مکمل هم، نیازمند است. این تنش و تضاد بین فردگرایی و تشریک مساعی به موضوع رایج اخلاق پزشکی تبدیل شده است. تضعیف پدرسالاری پزشکی با محو و ناپدیدشدن این باور که پزشک مالک بیمار خویش است، همراه شده است و حق رایج و سنتی بیماران برای اطلاع از نظر فرد دیگر (دوم) که شامل مراجعه به دیگر فراهم‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی که ممکن است نیازهای ایشان را بهتر برآورده سازند، گسترش یافته است.

بنابر **بیانیه WMA در مورد حقوق بیماران** "پزشک ملزم است تا در تناسب و هماهنگی مراقبت‌های بهداشتی مورد نظر در درمان بیمار با دیگر فراهم‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی همکاری کند." هر چند همانطور که در بالا آمد، پزشکان در ازای این همکاری با دریافت حق الزحمه سود می‌برند.

این محدودیت در مورد مالکیت پزشک روی بیماران باید با دیگر اقدامات که قصد حمایت از رابطه‌ی پزشک - بیمار را دارند، در تعادل قرار گیرند. بعنوان مثال، بیماری که توسط

چندین پزشک درمان می شود، همانطور که معمولاً در بیمارستان اتفاق می افتد، باید در صورت امکان، یک پزشک مراقبتها را هماهنگ کرده و بیمار را از پیشرفت کلی درمان آگاه و به او در تصمیم گیری کمک نماید.

در حالیکه عموماً قوانین خوب و شناخته شده ای در روابط میان پزشکان حاکم است، روابط پزشکان و دیگر حرفه های بهداشتی در حالتی از تغییر پی در پی قرار دارند و اختلاف نظر قابل ملاحظه ای در مورد اینکه نقش مربوط به هر یک چه باید باشد، وجود دارد. همانطور که در بالا آمده بسیاری از پرستاران، داروسازان، فیزیوتراپیستها و دیگر حرفه ها، خود را در فیلد (رشته ی) خویش دارای صلاحیت بیشتری درخصوص مراقبت بیماران نسبت به پزشکان می پندارند و لذا دلیلی برای اینکه با آنها همانند پزشکان رفتار نشود، نمی بینند.

آنها به روش تیمی مراقبت از بیمار تمایل دارند که در آن نظر تمامی مراقبت کنندگان بطور برابر در نظر گرفته می شود و ایشان خود را نسبت به بیمار مسئول می دانند و نه نسبت به پزشک. در طرف مقابل، بسیاری پزشکان، احساس می کنند حتی اگر روش تیمی پذیرفته شود، باید یک شخص مسئول باشد و پزشکان با توجه به آموزش ها و تجربه هایشان بهترین فرد برای این امر هستند.

اگر چه ممکن است بعضی پزشکان در مقابل چالشهای سنتی و تقریباً مطلق اختیارشان مقاومت نشان دهند، لیکن بنظر می رسد که نقش آنها در پاسخ به تقاضای هر دو گروه بیماران و دیگر فراهم کنندگان مراقبتهای بهداشتی، برای شرکت بیشتر در فرآیند تصمیم گیری تغییر کند. پزشکان باید بتوانند توصیه های خویش را برای دیگران توجیه کنند و آنها را برای قبول این توصیه ها ترغیب نمایند. علاوه براین مهارتهای ارتباطی، پزشکان باید قادر به حل تعارضاتی که بین اعضای مختلف دیگر در مراقبت از بیمار بوجود می آیند، باشند.

یک چالش جدی برای همکاری در زمینه ی مصالح عالیه ی بیماران از توسل آنها به فراهم کنندگان طب سنتی و یا طب آلترناتیو (تحت عنوان شفاگران) ناشی می شود. این گروه توسط قسمت اعظمی از جمعیت آفریقا، آسیا و به صورت روز افزونی در اروپا و آمریکا مورد مشورت هستند. اگر چه ممکن است بعضی افراد، دو روش را مکمل هم در نظر گیرند، در بسیاری از موقعیتهای ممکن است با هم ناسازگار باشند. از آنجا که حداقل برخی از مداخلات سنتی یا آلترناتیو، تأثیر درمانی نیز می گذارند و بیماران نیز بدنبال این گونه معالجات می روند، پزشکان باید راهی برای همکاری با معالجین آنها پیدا کنند. چگونگی تحقق این امر از کشوری به کشور دیگر و از معالجه به معالجه دیگر تفاوت خواهد داشت. در تمامی چنین مواجهاتی، سلامتی بیماران باید اولین امری باشد که در نظر گرفته می شود.

حل و فصل تعارضات

اگر چه پزشکان ممکن است تعارضات مختلف و زیادی با دیگر پزشکان یا دیگر فراهم کنندگان مراقبت‌های بهداشتی مثلاً در فرآیند مطب و یا حق الزحمه تجربه کنند ولی در اینجا توجه روی تعارض و اختلافاتی است که در ارتباط با مراقبت از بیمار ایجاد می‌شوند. بطور ایده آل، تصمیمات درمانی باید انعکاسی از توافق بین بیمار، پزشکان و تمامی کسانی که در امر مراقبت از بیمار دخیلند، باشد. با این وجود، قطعی نبودن و نقطه نظرات گوناگون، ممکن است اختلاف نظرها را در مورد اهداف درمان و راههای رسیدن به این اهداف افزایش دهند. منابع درمانی محدود و سیاستهای سازماندهی شده نیز ممکن است رسیدن به توافق را مشکل سازند.

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

اختلاف بین فراهم کنندگان مراقبت‌های بهداشتی و مدیران با توجه به تخصیص منابع باید بوسیله موسسات یا آژانسها حل شود و مجادله ای در حضور بیمار صورت نگیرد. از آنجا که هر دو اختلاف، پایه ای اخلاقی دارند، برای حل آنها می‌توان از توصیه کمیته اخلاق بالینی یا یک مشاور اخلاقی در جاهایی که چنین منابعی وجود دارند، استفاده کرد.

راهنمای زیر می‌تواند در حل چنین اختلافاتی مفید باشد:

- این تعارضات تا جائیکه ممکن است بایستی به صورت غیر رسمی حل شود. برای مثال از طریق گفتگو و مذاکره بین اشخاصی که هم رأی و یک نظر نمی‌باشند و در صورتیکه روشهای غیر رسمی کارساز نباشند، می‌توان از فرایندهای رسمی تر استفاده کرد.
- نقطه نظر تمامی کسانی که بطور مستقیم درگیرند، استخراج گشته و بطور محترمانه در نظر گرفته شود.
- انتخاب آگاهانه بیمار یا تصمیم گیرنده ی جایگزین در مورد نحوه درمان باید اولین ملاحظه در حل مباحثات و منازعات باشد.
- اگر بحث در مورد انتخابهای درمانی است که باید به بیمار توصیه شوند، معمولاً انتخاب وسیعتر نسبت به مورد جزئی ارجحیت دارد. اگر درمان ارجحی بدلیل محدودیت منابع موجود نیست، موضوع را بسادگی و خیلی عادی به اطلاع بیمار می‌رسانیم.

• اگر بعد از تلاش مناسب، توافق یا مصالحه از طریق گفت و گو بدست نیامد، تصمیم کسی که حق یا مسئولیت تصمیم گیری با اوست باید پذیرفته شود. اگر معلوم نباشد چه کسی حق یا مسئولیت تصمیم گیری را دارد یا این امر مورد بحث باشد، باید بدنبال میانجیگری، حکمیت و داوری بود.

اگر فراهم کنندگان مراقبتهای بهداشتی نتوانند تصمیم غالب را به عنوان یک قضاوت حرفه ای یا اخلاق شخصی بپذیرند، باید به آنها اجازه داده شود تا از شرکت در اجرای تصمیم، پس از اطلاع از اینکه دریافت کننده ی مراقبت دیگر در معرض آسیب یا سهل انگاری نیست، خارج شوند.

بازگشت به گزارش مورد :

دکتر سی. حق داشت از رفتار جراح ارشد در اتاق عمل ناراحت باشد. او نه تنها سلامتی بیمار را به مخاطره می انداخت بلکه هم به بیمار و هم به همکاران خویش بی احترامی می کرد. دکتر سی. وظیفه ی اخلاقی دارد که این رفتار را نادیده نگیرد و در مورد آن کاری انجام دهد. در اولین مرحله، او نباید هیچ یک از رفتارهای آزاردهنده ی جراح را مثلاً با خندیدن به جوکهای او تشویق کند.

اگر فکر می کند صحبت کردن در مورد موضوع با جراح مؤثر خواهد بود، باید پیش او رفته و این کار را انجام دهد. در غیر اینصورت او باید مستقیماً به مراجع بالاتر در بیمارستان مراجعه کند. اگر آنها نسبت به مداخله در این موضوع، بی میل بودند، وی باید به دستگاه مناسب در خصوص اخذ مجوز پزشکان مراجعه کرده و رسیدگی به موضوع را درخواست نماید.



بیماری خواب بازمی گردد

© Robert Patric/CORBIS SYGMA

اهداف :

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

گزارش مورد چهارم:

دکتر ر. پزشک عمومی ای در یک منطقه کوچک روستایی است که در حال امضای قرارداد با یک سازمان تحقیقاتی برای شرکت در یک کارآزمایی بالینی در مورد اثر یک داروی ضدالتهاب غیر استروئیدی جدید (NSAID) روی استئوآرتریت می باشد. به او پیشنهاد پرداخت مبلغی در قبال وارد کردن هر بیمار به کارآزمایی بالینی شده است. نماینده CRO، او را مطمئن ساخته که کارآزمایی تمامی تأییدیه های لازم را (شامل تأییدیه کمیته بررسی اخلاقی) دریافت کرده است.

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

اهمیت پژوهش در پزشکی

پزشکی همچون ریاضیات یا فیزیک یک علم دقیق و عینی نیست، اصول کلی زیادی دارد که در بیشتر مواقع، معتبر هستند ولی هر بیمار به گونه ای متفاوت می باشد و آنچه برای درمان ۹۰٪ جمعیت موثر است، برای ۱۰٪ باقیمانده کارگر نیست. بنابراین، پزشکی، ذاتاً علمی تجربی است. حتی درمانهایی که بطور وسیع پذیرفته شده اند، هم نیاز به ارزیابی دارند تا مشخص شود، آیا روی گروه خاصی و یا روی تمامی بیماران با آن علت خاص موثر می باشند؟ این امر یکی از وظایف تحقیقات پزشکی است.

عملکرد دیگر آن که احتمالاً بیشتر شناخته شده است، گسترش درمانهای جدید بخصوص داروها، وسایل پزشکی و تکنیکهای جراحی می باشد. پیشرفت گسترده در این زمینه در ۵۰ سال گذشته صورت گرفته و امروزه، تحقیقات پزشکی، بیشتر از هر زمان دیگری در حال انجام است. با این همه، هنوز سؤالات پاسخ داده نشده بسیاری در مورد نحوه عملکرد بدن انسان، علل بیماریها (چه علل فامیلیال و چه علل نوظهور) و بهترین راه پیشگیری و درمان آنها باقی مانده است. تحقیقات پزشکی تنها وسیله پاسخ دادن به اینگونه سؤالات است.

بعلاوه با رسیدن به فهم بهتر در مورد فیزیولوژی انسان، تحقیقات پزشکی، تنوع گسترده ای از دیگر فاکتورها در سلامت انسان را تحت کند و کاو قرار داده است که شامل الگوی بیماریها (اپیدمیولوژی)، سازماندهی، سرمایه گذاری و توزیع مراقبتهای بهداشتی (تحقیقات سیستمهای بهداشتی)، جنبه های اجتماعی و فرهنگی بهداشت

(انسان شناسی و جامعه شناسی پزشکی)، قانون (پزشکی قانونی) و اخلاق (اخلاق پزشکی) می باشند .

اهمیت این نوع تحقیقات با فعالیت آژانسهای سرمایه گذاری که بسیاری از آنها برنامه خاصی روی تحقیقات پزشکی دارند، بمیزان زیادی مشخص می شود.

تحقیق در پزشکی

تمامی پزشکان از نتایج تحقیقات پزشکی در کار و حرفه خود استفاده می کنند. برای حفظ مهارت و صلاحیت خود، پزشکان باید با تحقیقات رایج در زمینه فعالیت خویش از طریق آموزش مداوم پزشکی (CME)، برنامه های مداوم آموزش متخصصین، ژورنالهای پزشکی و ارتباط با همکاران آگاه و دانشمند همراه شوند. حتی اگر خود پزشکان در تحقیق درگیر و مشغول نشوند، باید نحوه تفسیر نتایج و بکارگیری آنها را روی بیماران خویش بدانند. بنابراین، یک آشنایی پایه ای با روشهای تحقیق برای پزشک کارآمد ضروری است. بهترین راه برای بدست آوردن این آشنایی، شرکت در پروژه های تحقیقاتی چه به عنوان دانشجوی پزشکی و یا تحصیلات تکمیلی است.

شایعترین متد پژوهش در کار پزشکان، کارآزمایی بالینی یا Clinical Trial است. قبل از اینکه داروی جدیدی از طرف افراد مسئول از طرف دولت در این زمینه تایید شود، باید از نظر بی خطر بودن و کارآیی تحت آزمایشات گسترده قرار گیرد. این فرآیند با مطالعات آزمایشگاهی شروع می شود و با آزمایش روی حیوانات ادامه می یابد. اگر نتایج این قسمت امیدوارکننده بود، بدنبال آن چهار مرحله یا فاز تحقیقات بالینی قرار دارد.

- فاز اول تحقیق ، معمولاً روی تعداد نسبتاً اندکی از داوطلبین سالم که اغلب برای شرکت در تحقیق مبالغی دریافت کرده اند، انجام می شود. در این مرحله پژوهشگران قصد تعیین میزان دوز مورد نیاز از دارو برای ایجاد پاسخ در بدن انسان، نحوه پردازش دارو توسط بدن و ایجاد اثرات توکسیک و مضر احتمالی توسط دارو را دارند.
- فاز دوم تحقیق ، روی گروهی از بیماران که این دارو قصد درمان بیماری آنها را دارد انجام می شود. هدف آن، معین ساختن وجود اثر مثبت و سودبخش یا عوارض جانبی مضر احتمالی دارو است.
- فاز سوم تحقیق، کارآزمایی بالینی است، که در آن دارو به گروه بزرگی از بیماران تجویز می شود و اثر آن با دارو دیگر - اگر داروی دیگری برای شرایط مورد تحقیق موجود باشد- و/یا با پلاسبو (دارونما) مقایسه می شود. تا جاییکه ممکن باشد، این کارآزمایی ها باید " دوسویه کور" باشند ، یعنی نه افراد تحت پژوهش و نه پزشک نباید بدانند که چه کسی کدام دارو یا پلاسبو را دریافت می کند.

- فاز چهارم تحقیقات بعد از اینکه دارو مجوز گرفت، به بازار ارائه گردید و بفروش رسید، انجام می گیرد. در چند سال اول، داروی جدید از نظر عوارضی که در فازهای اولیه ظاهر نمی شوند، تحت پایش قرار می گیرد. بعلاوه، شرکت های دارویی معمولاً علاقه مندند که بدانند تا چه میزان دارو توسط پزشکان تجویز کننده داروها و بیماران مصرف کننده آنها مورد پذیرش قرار گرفته است.

افزایش سریع تعداد کارآزمایی در حال اجرا در سالیان اخیر، نیاز به یافتن و وارد کردن تعداد زیادی بیمار برای رسیدن به حجم مورد نیاز آماری برای تحقیقات را بوجود آورده است. در حال حاضر افراد مسئول کارآزمایی ها، چه پزشکان مستقل و چه شرکت های دارویی، به بسیاری از پزشکان دیگر در دیگر کشورها برای پیدا کردن بیمار به عنوان نمونه ی تحقیق تکیه می کنند.

اگر چه شرکت کردن در تحقیق، تجربه ارزشمندی برای پزشکان می باشد، لیکن مسایل بالقوه ای وجود دارند که باید شناسایی شده و از آنها دوری شود. در مرحله اول، جایگاه پزشک در ارتباط پزشک- بیمار با جایگاه محقق در ارتباط محقق - سوژه ی تحقیق متفاوت است، حتی اگر پزشک و محقق هر دو، یک نفر باشند. مسئولیت اول پزشک، سلامت و آسایش بیمار است. در حالیکه مسئولیت اول محقق، تولید علم است که ممکن است در سلامت و آسایش سوژه های تحقیق شرکت داشته یا نداشته باشد. بنابراین، امکان تعارض بین این دو نقش وجود دارد. هرگاه چنین اتفاقی رخ دهد، باید نقش پزشک در مقابل نقش محقق تقدم داده شود. اینکه این امر در عمل به چه معنی است، در ادامه ی بحث مشخص خواهد شد.

مسئله ی بالقوه دیگر در ترکیب این دو نقش، تعارض منافع می باشد. تحقیقات پزشکی کاری متهورانه و نیز با پرداخت مالی خوب همراه است و پزشکان گاهی مواقع پیشنهاد پادشهای قابل ملاحظه در صورت شرکت کردن دریافت می کنند. این می تواند شامل دریافت پول نقد برای وارد نمودن نمونه ها (آزمودنی ها subject) در تحقیق، بکارگرفتن تجهیزاتی مثل کامپیوتر برای انتقال داده های تحقیق، دعوت به کنفرانسها برای بحث پیرامون یافته های تحقیق و کمک به نگارش و انتشار مقاله بر اساس نتایج تحقیق باشد.

تمایل پزشکان در کسب این منافع گاهی اوقات در تعارض با وظیفه آنها در فراهم کردن بهترین درمان موجود برای بیمار قرار می گیرد. همچنین ممکن است در تعارض با حق بیمار در دریافت تمامی اطلاعات ضروری برای تصمیم گیری کاملاً آگاهانه برای شرکت یا عدم شرکت در یک طرح تحقیقاتی باشد.

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

الزامات اخلاقی

اصول اساسی اخلاق پژوهش بخوبی محرز است. ولی وضع همواره بدین منوال نبوده است، بطوریکه بسیاری از محققین برجسته پزشکی در قرون ۱۹ و ۲۰، آزمایشاتی را روی بیمارانی بدون رضایت آنها و یا با کمترین نگرانی در مورد سلامت آنها (آن هم در صورت وجود) انجام می دادند. اگرچه بعضی اظهارات در مورد اخلاق پژوهش در اوایل قرن بیستم عنوان شده اند، اینها نتوانستند جلوی پزشکان آلمان نازی و دیگر کشورها را از اجرای تحقیقاتی روی انسانها که واضحاً حقوق اساسی بشر را مورد تجاوز قرار می دادند، بگیرند. بعد از جنگ جهانی دوم بعضی از این پزشکان بوسیله ی یک دادگاه اختصاصی در نورنبرگ آلمان مورد محاکمه قرار گرفته و گناهکار شناخته شدند. مبنای حکم این دادگاه به نام "کد نورنبرگ" شناخته شد که بعنوان اسناد اساسی و اصلی اخلاق پژوهشی مدرن بکار گرفته شدند. یکی از ده اصل این کد، نیاز به اخذ رضایت داوطلبانه از بیماری است که قرار است بعنوان سوژه تحقیق بکار رود.

انجمن جهانی پزشکی (WMA) در سال ۱۹۴۷ یعنی در همان سالی که کدهای نورنبرگ مطرح شدند، تاسیس شد. با آگاهی از تجاوز به حدود اخلاق پزشکی قبل و در حین جنگ جهانی دوم، پایه گذاران WMA سریعاً مراحل ایجاد کردند تا از تعهدات و الزامات اخلاقی پزشکان اطمینان حاصل کنند. در ۱۹۵۴، بعد از سالها مطالعه، WMA مجموعه ای را تحت عنوان "**اصول تحقیق و مطالعات تجربی**" منتشر کرد. این سند در طول ده سال بعد، اصلاح و مجدداً چاپ شد و نهایتاً در سال ۱۹۶۴ با عنوان **بیانیه هلسینکی (Declaration of Helsinki (DOH)** پذیرفته شد. این سند بعدها در ۱۹۷۵ ، ۱۹۸۳ ، ۱۹۸۹ ، ۱۹۹۶ و ۲۰۰۰ اصلاح شد. بیانیه هلسینکی خلاصه ای از اخلاق پژوهش است. اسناد دیگر با جزئیات بیشتری در سالهای اخیر در کل در مورد اخلاق پژوهش تهیه شده است (بعنوان مثال ، شورای سازمان بین المللی علوم پزشکی، "**راهنمای بین المللی اخلاق در تحقیقات زیست پزشکی با سوژه های انسانی**" ۱۹۹۳ ، اصلاح شده در سال ۲۰۰۲) و در مورد عناوین خاص در اخلاق پژوهش (به عنوان مثال شورای نافیلد Nuffield در مورد بیواتیک [UK] "**اخلاق پژوهش در ارتباط با مراقبتهای بهداشتی در کشورهای در حال توسعه**"، ۲۰۰۲)

علیرغم حوزه و وسعت تألیف این اسناد، آنها تا اندازه زیادی روی اصول اساسی اخلاق پژوهش هم عقیده و موافق بودند. این اصول در قوانین و/یا آیین نامه های بسیاری از کشورها و سازمانهای بین المللی، از جمله آنها که مسئول تأیید داروها و دستگاههای پزشکی هستند، یکسان می باشند.

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

کمیته بررسی اخلاقی:

تأییدیه: بند های ۱۳ و ۱۴ DOH تصریح می کند که هر پروپوزال تحقیق پزشکی که روی سوژه های انسانی کار می کند باید قبل از شروع کار، بوسیله ی یک کمیته مستقل اخلاقی مرور و تأیید شود. برای گرفتن تأییدیه، محققین باید هدف و متدولوژی (روش اجرا) پروژه را توضیح دهند و نشان دهند که چگونه سوژه های تحقیق (انسانها) بکار گرفته شده اند، چگونه رضایت آنها کسب و چگونه حریم خصوصی آنها حفظ خواهد شد. نحوه تأمین سرمایه برای پروژه مشخص شود و در صورت وجود تعارض بالقوه بین منافع در بین محققین آن را افشا و مطرح نمایند. کمیته اخلاقی ممکن است که پروژه را همانطور که ارائه شده بپذیرد و یا خواهان تغییراتی قبل از شروع طرح شود یا بکلی از تأیید آن امتناع ورزند.

بسیاری از کمیته ها نقش فعالتری در پایش پروژه های در حال اجرا دارند، تا از اجرای کامل تعهدات توسط محققین مطمئن شوند و می توانند بسته به ضرورت یک پروژه را به دلیل نتایج غیرمنتظره و زیان آور جدی متوقف نمایند.

دلیل نیاز به تأییدیه کمیته اخلاقی برای پروژه، این است که نه محققین و نه سوژه های تحقیق به اندازه کافی آگاه و ذی صلاح نیستند تا ضرورت و اقتضای یک پژوهش را از نظر علمی و اخلاقی معین کنند. محققین باید برای یک کمیته منصف و متخصص، ارزشمند و ارزنده بودن پروژه و صلاحیتمند بودن خویش را اثبات کرده و مشخص نمایند که سوژه های بالقوه تحقیق در مقابل ضرر و زیان تا حداکثر میزان ممکن، محافظت خواهند شد. یک مسئله حل نشده در مورد بررسی کمیته اخلاق این است که آیا یک مطالعه چند مرکزی نیاز به تأییدیه کمیته در تمامی مراکز دارد یا تأییدیه یک مرکز کافی است. اگر مراکز در کشورهای مجزا باشند بررسی و تأیید بطور کلی در تمام کشورها مورد نیاز است.

شایستگی علمی:

بند ۱۱ بیانیه هلسینکی مقرر کرده، تحقیقات پزشکی که موارد انسانی را درگیر می کنند باید با مبانی علمی قابل قبول، توجیه پذیر باشند. این شرط وسیله ای برای حذف طرحهایی است که احتمال کمی برای موفقیت دارند، به عنوان مثال چون از نظر متدولوژیک مناسب نیستند یا آنها که حتی در صورت موفقیت، احتمالاً نتایج ناچیزی تولید خواهند نمود. در صورت دعوت از بیماران برای شرکت در پروژه تحقیقاتی، حتی با وجود ریسک ضرر خیلی کم، برای تأیید آن باید انتظار تولید دانش علمی مهمی را داشته باشیم.

برای اطمینان از شایستگی و اعتبار علمی، بند ۱۱ مقرر کرده که پروژه باید بر اساس اطلاع کاملی از مطالعات قبلی حول و حوش موضوع و بر اساس مطالعات آزمایشگاهی و در موارد مقتضی، تحقیقات حیوانی قبلی با نتایج خوب پایه گذاری شود تا انتظار کارآیی مداخله پیشنهاد شده روی انسانها را داشته باشیم. تمامی تحقیقات روی حیوانات باید با راهنماهای اخلاقی منطبق شود تا از تعداد کمتری حیوان استفاده و از ایجاد درد در موارد غیر ضروری جلوگیری نمایند. بند ۱۵ شرط دیگری اضافه کرده است که تنها کسانی که از نظر علمی صلاحیت دارند، می توانند تحقیق روی نمونه های انسانی را انجام دهند. کمیته بررسی اخلاقی باید متقاعد شود که این شرایط قبل از تأیید پروژه، اجرا خواهند شد.

ارزش اجتماعی:

یکی از بحث انگیزترین الزامات پروژه های تحقیقات پزشکی این است که در سلامت و آسایش جامعه بطور کلی مؤثر باشند. معمولاً باید بصورت گسترده ای موافقت گردد که پیشرفت در دانش علمی بخودی خود، ارزشمند است و نیاز به توجیه بیشتر نیست. هر چند منابع موجود برای تحقیقات پزشکی بسیار ناکافی هستند، ارزش اجتماعی، بصورت ملاک مهمی در داوری اینکه آیا پروژه باید مورد حمایت مالی قرار گیرد یا خیر، در آمده است.

بند های ۱۸ و ۱۹ بیانیه هلسینکی واضحاً از در نظر گرفتن ارزش اجتماعی در ارزیابی پروژه های تحقیقاتی حمایت می کند. اهمیت اهداف پروژه ها (بصورت اهمیت علمی و اجتماعی) باید بیشتر از خطرات و هزینه های تحمیلی تحقیق روی نمونه های انسانی باشد. از این گذشته، جمعیت های مورد پژوهش، باید از نتایج تحقیق شخصاً بهره مند شوند. این بخصوص در مورد کشورهای مهمی دارد که امکان درمان غیرعادلانه سوزنده های تحقیق، که متحمل ریسکها و سلب آسایش ناشی از تحقیق شده اند، وجود دارد در حالیکه داروهای تولید شده بعنوان نتایج تحقیق فقط به بیماران کشورهای دیگر سود خواهند رساند.

تعیین ارزش اجتماعی یک پروژه تحقیقاتی بسیار مشکلتر از تعیین صلاحیت و ارزش علمی آن است ولی این امر دلیلی برای نادیده گرفتن آن نیست. محققین و کمیته های بررسی اخلاقی باید مطمئن شوند که بیماران وارد آزمایشی نشده اند که احتمال هیچ خدمت مفیدی برای اجتماع ندارد.

در غیر این صورت منابع ارزشمند انسانی را تلف کرده و اعتبار تحقیقات پزشکی را به عنوان یکی از عوامل اصلی شرکت کننده در سلامت و بهداشت انسانها سست می نمایند.

منافع و مضار :

هنگامیکه شایستگی و اعتبار علمی و ارزش اجتماعی یک پروژه ثابت شد، بر محققین ضرورت دارد، مشخص کنند که آسیب (صدمه) وارده به سوژه های تحقیق بدون دلیل یا بی تناسب با منافع مورد انتظار تحقیق (شاید بدون تاثیر مثبت روی خود افراد مورد تحقیق) نباشد. خطر یا ریسک، همان احتمال ایجاد نتیجه بد (زیان) است و دو جزء دارد: (۱) احتمال رخداد یک زیان (از خیلی غیر محتمل تا خیلی محتمل) و (۲) شدت زیان (از ناچیز تا ناتوانی شدید دایمی یا مرگ).

خطر خیلی غیر محتمل یک زیان ناچیز، برای یک پروژه تحقیقاتی خوب مشکل آفرین نیست. در سوی دیگر طیف، خطر خیلی محتمل یک زیان جدی غیر قابل قبول است، مگر اینکه این پروژه تنها امید درمان سوژه های تحقیق (که شدیداً بیمار و غیر قابل نجات هستند) باشد. در این بین، بند ۱۷ بیانیه هلسینکی محققین را ملزم به ارزیابی کافی خطرات و اطمینان از قابلیت مدیریت خطرات مینماید. اگر خطر کاملاً ناشناخته باشد، محقق تا زمانیکه داده های قابل اعتماد موجود باشند (بعنوان مثال از طریق مطالعات آزمایشگاهی یا آزمایش روی حیوانات)، نباید پروژه را به پیش ببرد.

رضایت آگاهانه :

اصل اول **کد نورنبرگ** می گوید: " رضایت داوطلبانه آزمودنی کاملاً ضروری است." پاراگراف توضیحی در مورد این اصل در ادامه ملزم می کند که آزمودنی (فرد مورد تحقیق) "باید دانش و درک کافی از اجزای موضوعی که بخاطر آن وارد تحقیق شده است را داشته باشد تا او را قادر به تصمیم گیری آگاهانه و با فکر باز نماید."

بیانیه هلسینکی در مورد رضایت آگاهانه وارد جزئیات بیشتر می شود. بند ۲۲ آنچه آزمودنی لازم است بداند تا تصمیم آگاهانه ای در مورد شرکت کردن خویش بگیرد را مشخص نموده است. بند ۲۳، در مورد تحت فشار قرار گرفتن افراد برای شرکت در تحقیق اخطار می دهد، زیرا در چنین موقعیتی، ممکن نیست رضایت کاملاً داوطلبانه

باشد. بندهای ۲۴ تا ۲۶ در ارتباط با آزمودنی هایی است که توان دادن رضایت را ندارند (بچه های خردسال، افراد مهجوری که از لحاظ ذهنی شدیداً عقب مانده اند، بیماران غیر هوشیار) آنها هم می توانند در شرایط محدود بعنوان افراد مورد تحقیق بکار گرفته شوند.

بیانیه هلسینکی، همچون دیگر اسناد اخلاق پژوهش، توصیه کرده است که رضایت آگاهانه بیمار بوسیله ی فرم رضایت نامه امضا شده توسط آزمودنی، مستند و گواهی شود. (بند ۲۲) بسیاری از کمیته های بررسی اخلاقی محقق را ملزم به فراهم کردن فرم رضایت نامه ای می کنند که تمایل به استفاده از آن را در پروژه شان دارند. در بعضی کشورها این فرمها بسیار طولانی و با جزئیات فراوان ارائه می شوند که دیگر نمی توانند هدف آگاه کردن آزمودنی را تأمین کنند. در هر مورد، فرآیند کسب رضایت آگاهانه با امضای فرم آغاز و با آن تمام نمی شود، بلکه باید شامل توضیح شفاهی دقیق پروژه و هر آنچه شرکت در پروژه برای آزمودنی خواهد داشت، باشد. علاوه بر این، افراد مورد تحقیق باید آگاه شوند که آزادند از رضایت خویش در هر زمانی حتی پس از شروع تحقیق منصرف شوند، بدون اینکه کوچکترین اقدام تلافی جویانه از سوی محققین و یا دیگر پزشکان متوجه آنها شود و بدون اینکه مشکلی برای سلامت آنها ایجاد شود.

رازداری:

همانند بیمارانی که مراقبتهای بالینی دریافت می کنند، افراد مورد تحقیق نیز حق حفظ حریم خصوصی در مورد اطلاعات مربوط به سلامت شخصیشان را دارند. بر خلاف مراقبتهای بالینی، تحقیق نیاز به افشا و اعلام اطلاعات سلامت شخصی افراد به دیگران از جمله مجامع علمی بزرگتر و حتی گاهی به کل جامعه را دارد. بخاطر حفظ حریم خصوصی، محققین باید اطمینان دهند که رضایت آگاهانه را از افراد مورد تحقیق به منظور استفاده از اطلاعات سلامت شخصی ایشان برای مقاصد پژوهشی بدست آورده اند، فلذا ضروریست که در مورد استفاده از اطلاعات به افراد بطور کامل گفته شود. طبق یک قانون کلی، اطلاعات باید غیر قابل شناسایی شده و ذخیره گشته و تحت شرایط ایمن منتقل شوند. **بیانیه WMA در مورد ملاحظات اخلاقی در پایگاه داده های بهداشتی** راهنمایی بیشتر را در مورد این موضوع فراهم نموده است.

تعارض نقشها :

پیشتر در همین بخش اشاره شد که نقش پزشک در ارتباط پزشک-بیمار با نقش محقق در ارتباط محقق- آزمودنی متفاوت است، حتی اگر پزشک و محقق، یک نفر باشند. بند

۲۸ **بیانیه هلسینکی**، مشخص نموده که در چنین مواردی، نقش پزشک باید مقدم باشد. این بدان معناست که پزشک در صورتی که درمان جاری بنظر روی بیمار موثر است و برای تحقیق نیاز به گروه بندی تصادفی بیمار بین گروههای با درمان متفاوت و/یا پلاسبو (دارونما) باشد، باید آماده باشد که شرکت نکردن در پروژه تحقیقاتی را به بیمار توصیه کند. تنها در صورتی که بنابه دلایل محکم علمی، معلوم نباشد که آیا درمان حال حاضر بیمار به اندازه ی درمان جدیداً پیشنهاد شده و یا حتی به اندازه پلاسبو مناسب است یا نه، پزشک می تواند شرکت در طرح تحقیقاتی را از بیمار بخواهد.

گزارش صادقانه نتایج:

لازم به یادآوری نیست که گزارش درست نتایج تحقیق الزامی است، ولی متأسفانه اخیراً موارد متعددی از گزارش انتشار غیر صادقانه ی نتایج تحقیق وجود دارد. مسایلی نظیر سرقت ادبی مقالات (Plagiarism)، جعل داده ها (Data fabrication)، انتشار تکراری (Duplicate publication) و نویسنده گی افتخاری (Gift authorship). اینها ممکن است، البته تا زمان پرده برداشتن از آنها، بِنفع محقق باشد ولی زیان گسترده ای به بیمارانی که ممکن است درمان ناصحیح بر پایه ی گزارشات نادرست دریافت کنند و همچنین به دیگر محققین به علت اتلاف وقت و منابع آنها بدلیل تلاش برای دنبال کردن مطالعات قبلی وارد می کند.

افشاگران (Whistle blowers) :

برای پیشگیری از اجرای تحقیقات غیر اخلاقی، یا برای مقابله با آن پس از انجام، هر کس از چنین اعمالی اطلاع یابد، ملزم به افشای این اطلاعات به مسئولین امر می باشد. متأسفانه از چنین افشاگری همیشه قدردانی نمی شود. حتی گاهاً افشاگران مورد تنبیه هم قرار می گرفتند و از تلاش برای در معرض توجه قرار دادن فعل اشتباه منصرف میشدند. بنظر می رسد، این وضعیت در حال حاضر در حال تغییر است. زیرا هم دانشمندان پزشکی و هم دولتمردان نیاز به یافتن و مجازات کردن تحقیقات غیر اخلاقی را احساس می کنند و بنابراین در صدد تقدیر از افشاگران در جهت رسیدن به این هدف بر می آیند.

کارآموزان تیمهای تحقیقاتی، همانند دانشجویان پزشکی ممکن است در موارد شک به تحقیقات غیر اخلاقی احساس کنند به سختی می توانند عمل نمایند، چون ممکن است خود را فاقد صلاحیت برای داوری در مورد افعال محققین ارشد گروه ببینند و احتمال دارد در صورت صحبت کردن در مورد آن، مورد تنبیه قرار گیرند.

آنها حداقل باید از شرکت در تحقیقاتی که واضحاً برایشان غیراخلاقی بنظر می رسد، (بعنوان مثال دروغ گفتن به افراد مورد تحقیق و جعل داده ها) امتناع ورزند. در صورت مشاهده دیگران در حال انجام چنین کارهای غیر اخلاقی، هر اقدامی می توانند برای آگاه نمودن اولیای مربوطه، مستقیماً و یا بصورت بی نام، انجام دهند.

موضوعات حل نشده

توافق نامه عمومی تمامی جنبه های اخلاق پژوهش را در بر نمیگیرد. در حالیکه دانش پزشکی به پیشرفت در زمینه هایی مثل ژنتیک، علوم اعصاب و پیوند بافت و اعضاء ادامه می دهد، پرسشهای جدیدی در مورد پذیرفته بودن تکنیکها، پروسه ها و درمانها از نظر اخلاقی بوجود می آیند که جوابهای حاضر و آماده برای آنها وجود ندارد.

بعلاوه بعضی موضوعات قدیمی تر، هنوز از نظر اخلاقی مورد اختلاف می باشند به عنوان مثال اینکه تحت چه شرایطی دارونما به یک کارآزمایی بالینی می تواند اضافه شود و چه مراقبت تکمیلی ای برای شرکت کنندگان در تحقیق باید مهیا گردد.

در سطح جهانی، فاصله ۱۰/۹۰ در تحقیقات پزشکی (تنها ده درصد بودجه ی تحقیقات درجهان صرف مشکلات بهداشتی می شود که ۹۰ درصد مردم جهان را تحت تأثیر قرار می دهد)، کاملاً یک مسئله حل نشده اخلاقی است و وقتی محققین در نواحی با منابع مالی کم در جهان مشکلات را مورد توجه قرار می دهند، با مسائلی به علت تضاد بین چشم انداز اخلاقی آنها و جوامعی که در آن بکار مشغولند، مواجه می شوند. تمامی این موضوعات، به آنالیز و بحث بسیار زیاد قبل از بدست آوردن توافق نامه کلی نیاز دارند.

علیرغم تمامی این مشکلات بالقوه، تحقیقات پزشکی، فعالیتی ارزشمند و دارای پاداش برای پزشکان، دانشجویان پزشکی و حتی برای خود افراد مورد تحقیق (آزمودنی ها) است. لذا پزشکان و دانشجویان پزشکی باید خودشان را به جای افراد مورد تحقیق در نظر بگیرند تا بتوانند احساس و درک لازم را در مورد طرف دیگر رابطه محقق - آزمودنی بدست آورند.

بازگشت به گزارش مورد چهارم:

دکتر ر. نباید به این سرعت می پذیرفت . او باید ابتدا بیشتر به اکتشاف در امور پروژه می پرداخت و مطمئن می شد که منطبق بر الزامات تحقیق اخلاقی است. مخصوصاً باید پروتکل ارائه شده به کمیته بررسی اخلاقی و هر نظر یا شرطی را که کمیته داشته است، از آنها درخواست میکرد. او فقط باید در ناحیه ای که در آن مشغول بکار است، در تحقیق مشارکت کند و خودش از اعتبار علمی و ارزش اجتماعی پروژه راضی باشد. اگر از توانایی خود در ارزیابی پروژه مطمئن نیست، باید با همکارانش در مراکز بزرگتر مشاوره بگیرد. او باید مطمئن باشد که در جهت منافع بیمارانش قدم می گذارد و تنها کسانی را وارد تحقیق کند که از تغییر در درمان حال حاضرشان به یک درمان تحت آزمایش و یا پلاسبو (دارنما) ضرر و زیانی را متحمل نگردند. او نباید بپذیرد که تعداد مشخص و ثابتی بیمار را به عنوان آزمودنی وارد طرح کند زیرا این می تواند او را وادار کند تا به بیماران (شاید علی‌رغم مصالح عالی‌یه ی آنها) برای قبول شرکت در پروژه، فشار وارد نماید. او باید مرتباً و با دقت بیماران تحت مطالعه را بخاطر عوارض غیر منتظره ی پایش نماید و برای اتخاذ تصمیم در جهت اصلاح عوارض آماده باشد. در نهایت، او باید نتایج تحقیق را با بیمارانش (در صورت در دسترس بودن) در میان بگذارد.

نتیجه پایانی Conclusion



مردی در حال بالا رفتن از یک شیب دشوار

© Don Mason/CORBIS

مسئولیتها و مزایای پزشکان :

این دستنامه بیشتر روی وظایف و مسئولیتهای پزشکان متمرکز شده است که در واقع، عمده ترین جزء اخلاق پزشکی نیز همین است. هر چند، پزشکان هم همچون دیگر انسانها، علاوه بر مسئولیتهایشان، حقوقی نیز دارند و اخلاق پزشکی در صورتی که نحوه رفتار دیگران اعم از بیمار، جامعه یا همکاران با پزشک را نادیده بگیرد، ناقص خواهد بود. اهمیت این جنبه از اخلاق پزشکی بطور فزاینده ای رو به افزایش است. بنحوی که پزشکان در بسیاری از کشورها، در عمل به حرفه خویش بدلیل محدودیت منابع، دولت و/ یا مدیریت خرد و صنفی توزیع مراقبتهای بهداشتی، گزارشات رسانه ای احساس برانگیز درمورد خطاهای پزشکی و رفتار غیر اخلاقی پزشکان، یا چالش در مورد اختیار و مهارت آنان توسط بیماران یا دیگر فراهم کنندگان مراقبتهای بهداشتی ناکام می مانند.

اخلاق پزشکی در گذشته ، همزمان با مسئولیتها، حقوقی را هم برای پزشک در نظر می گرفته است. کدهای قبلی اخلاق از جمله نسخه سال ۱۸۴۷ کدهای انجمن پزشکی آمریکا شامل بخشهایی در مورد تعهدات بیمار و عموم در برابر پزشک بودند. بسیاری از این تعهدات از مد افتاده اند. بعنوان مثال، "اطاعت بیمار از نسخه پزشک باید فوری و بی قید و شرط (مطلق) باشد. او هرگز نباید به عقاید خام خویش اجازه دهد که توجه او به نسخه پزشک را تحت تاثیر قرار دهند." دیگر کاربرد ندارد ولی جمله ی " عموم باید درک مختصری از معلومات پزشکی را داشته باشد ... و ... تا از عهده ی هر نوع تشویق و تسهیل آموزش پزشکی برآید..."، هنوز صحیح است. بجای تجدید نظر و بروز رسانی این قسمتها انجمن پزشکی آمریکا AMA نهایتاً آنها را از کدهای اخلاقی اش حذف کرد.

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

بیانیه ۱۹۸۴ در مورد آزادی شرکت پزشکان در مجامع پزشکی اظهار می کند که هیچ مانعی نباید جلوی پزشکان را برای شرکت در جلسات WMA و یا دیگر مجامع در هر جایی که برگزار شوند بگیرد.

بیانیه ۱۹۸۶ در مورد استقلال پزشک و آزادی حرفه ای می گوید : " پزشکان در مراقبت از بیمار خود باید آزادی حرفه ای کامل و بدون هر گونه دخالتی داشته باشند." و "پزشک باید آزادی حرفه ای لازم را برای نمایندگی و دفاع کردن از نیازهای بهداشتی بیماران در برابر هر کسی که نیازهای بهداشتی افراد مریض یا زخمی را نادیده بگیرد و یا محدود کند، داشته باشد."

بیانیه ۱۹۹۵ درباره مسئولیت پذیری حرفه ای در مورد استانداردهای مراقبتهای بهداشتی اظهار می کند که هر نوع داوری در مورد رفتار یا عملکرد حرفه ای یک دکتر باید تحت ارزیابی حقوقی بوسیله ی همتایان حرفه ای پزشک مورد نظر قرار گیرد که از طریق تمرین و تجربه، پیچیدگی موضوعات پزشکی مربوطه را درک نموده باشند. همان بیانیه هر نوع فرآیند بررسی شکایات یا جبران خسارت بیماران که درستی ادعا و نیت پاک آنها از طریق ارزیابی عملکردها یا غفلت های پزشک توسط همتایان پزشک او، رد شده باشد، را محکوم می کند.

بیانیه ۱۹۹۷ در مورد حمایت از پزشکی است که از شرکت در شکنجه و زجر دادن و دیگر فرمهای بیرحمی و وحشیگری و اعمال پست امتناع ورزند. و می گوید این افراد باید برای حمایت و محافظت، تسلیم WMA شوند تا با تماس گرفتن با انجمن های پزشکی ملی کشورها از پزشکی که در مقابل شرکت در چنین اعمال غیر انسانی مقاومت می کنند و یا آنها که برای درمان و بازتوانی قربانیان تلاش می

کنند، حمایت و محافظت کند همانطور که برای حفظ اصول والای اخلاقی، مثل رازداری پزشکی، حق بیمار را محفوظ نگه می دارند.

بیانیه سال ۲۰۰۲ راهنمای اخلاقی برای استخدام بین المللی پزشکان به تمامی کشورها می گوید که منتهای کوشش خود را در نگه داشتن پزشکان در حرفه و موطن خویش از طریق حمایت کردن از نیازهای ایشان در رسیدن به اهداف شخصی و حرفه ای با در نظر گرفتن نیازها و منابع کشور بنمایند. " و اطمینان بدهند که "پزشکانی که چه بصورت دائمی و یا موقتی در کشوری غیر از موطن خویش کار می کنند، باید با ایشان نسبت به دیگر پزشکان آن کشور عادلانه (بعنوان مثال، فرصتهای برابر و دستمزد برابر در مقابل کار مشابه) رفتار شود".

اگر چه حمایت از حقوق پزشکان ضروری است و تهدیدها و چالشهای پیش روی پزشک نیز پیش از این آمده است، ولی گاهی باید مزایایی که پزشکان از آن بهره مندند به آنها یادآوری شود. بررسیهای عمومی در بسیاری کشورها پیوسته نشان می دهند که پزشکان، از محترم ترین و معتمد ترین گروههای شغلی هستند. در کل، آنها بیش از حد متوسط جامعه، حق الزحمه میگیرند. (در بعضی کشورها خیلی بیشتر) آنها هنوز تا حد زیادی استقلال بالینی خود را دارند، اگر چه این استقلال در مقایسه با گذشته کمتر شده است. بسیاری از آنها با شرکت در پژوهش در یک جستجوی مهیج بدنبال دانش جدید وارد می شوند. از همه مهمتر، آنها خدماتی فراهم می کنند که ارزش غیر قابل تخمینی برای افراد بیمار بخصوص آنها که آسیب پذیرتر و نیازمندترند و در کل، برای جامعه دارد. با توجه به منافع که پزشکان ایجاد می کنند - شامل کاهش درد و زجر کشیدن، درمان بیماریها، تأمین آسایش حین مرگ، کمتر شغلی ممکن است به این میزان رضایت بخش باشد.

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

مسئولیت نسبت به خود

این دست نامه، مسئولیتهای اخلاقی پزشکان را براساس افراد ذی نفع اصلی: بیماران، جامعه و همکاران (شامل دیگر حرفه های مربوط به بهداشت) تقسیم بندی می نماید. بعضی اوقات پزشکان فراموش می کنند که مسئولیتهایی هم در قبال خودشان و خانواده شان دارند. در بسیاری از نقاط جهان، پزشک شدن نیاز به وقف کردن خود به این حرفه بدون کمترین توجه به سلامت و رفاه خویش دارد. کارکردن ۶۰-۸۰ ساعت در هفته بهیچ وجه، غیر معمول نیست و رفتن به تعطیلات از موارد خوش گذرانی غیر

ضروری محسوب می شود. اگر چه بسیاری از پزشکان ممکن است در چنین شرایطی هم بخوبی کار کنند ولی خانواده آنها ممکن است آثار سوئی را متحمل شوند. بقیه پزشکان، از این ریتم فعالیت حرفه ای رنج میبرند که نتایج آن از خستگی مزمن تا سوء رفتار جزئی و حتی خودکشی می تواند باشد. پزشکان آسیب دیده، خطری برای بیماران خویش اند، بطوریکه خستگی مزمن فاکتور مهمی در موارد حوادث ناگوار پزشکی است.

در بعضی کشورها، نیاز به اطمینان از امنیت بیمار، و همچنین نیاز به ارتقای سبک زندگی (Life Style) پزشکان، از طریق محدود کردن تعداد ساعات و طول شیفتهایی که پزشکان و یا کارآموزان باید داشته باشند، تأمین می گردد. در حال حاضر بعضی مؤسسات آموزش پزشکی، شرایط پزشکان خانم را برای قطع برنامه های کاری بدلیل خانوادگی تسهیل نموده اند. اگر چه تصمیماتی این چنین می تواند در سلامت و رفاه پزشکان نقش داشته باشد، اما مسئولیت اولیه ی مراقبت از خویشان به عهده ی فرد پزشک باقی می ماند. در کنار دوری از عوامل واضح مخاطره انگیز برای سلامتی مثل سیگار کشیدن، سوء مصرف مواد و کار بیش از حد، پزشکان با شناسایی فاکتورهای استرس زا در زندگی شخصی و حرفه ایشان و با توسعه و اجرای استراتژیهای مناسب باید از سلامتی و رفاه خویش محافظت کنند و آن را ارتقا دهند. هرگاه پزشکی از عهده این امر بر نیامد، باید بدنبال کمک همکاران و متخصصین حقیقتاً واجد شرایط باشد وگر نه ممکن است روی روابط او با بیماران، جامعه و همکاران تأثیر منفی بگذارد.

آینده اخلاق پزشکی

این دست نامه بیشتر روی وضعیت کنونی اخلاق پزشکی، البته با مراجعات متعدد به گذشته آن، تمرکز نموده است. با این وجود، زمان حال پیوسته ثابت نمی ماند و اگر می خواهیم از زمان عقب نمانیم، ضروری است که بر آینده پیش دستی کنیم. آینده اخلاق پزشکی تا حد زیادی به آینده علم پزشکی وابسته است. در دهه نخست قرن بیست و یکم، پزشکی با سرعتی بسیار زیاد در حال تکامل است و پیش بینی اینکه این حرفه، وقتی دانشجویان پزشکی سال اول امروز فارغ التحصیل می شوند، یا وقتی بازنشسته می شوند، چگونه خواهد بود، بسیار مشکل است! با توجه به ناپایداری سیاسی و اقتصادی گسترده، انحطاط محیطی، انتشار و شیوع مداوم HIV/AIDS و دیگر اپیدمی های بالقوه، آینده الزاماً بهتر از حال نخواهد بود. اگر چه می توانیم امیدوار باشیم که روزی در نهایت، نتایج پیشرفت پزشکی به تمامی کشورها گسترش یابد و مسایل اخلاقی پیش رو، مشابه مسایل موجود حال حاضر در کشورهای ثروتمند شود ولی برعکس، ممکن است کشورهای ثروتمند امروز، رو به انحطاط گذارند، بطوریکه پزشکان

آنها با اپیدمی های بیماری های تروپیکال و یا کاهش شدید ذخایر و منابع پزشکی مواجه گردند.

با توجه به ذات غیر قابل پیش بینی آینده، اخلاق پزشکی باید انعطاف پذیر و آماده تغییر و تحول با شرایط جدید باشد، همانطور که امروزه حقیقتاً آن گونه است. با این وجود امیدواریم که اصول اولیه آن مخصوصاً ارزشهای دلسوزی، شایستگی و خودمختاری همراه با نگرانی در مورد حقوق بشر و وقف این حرفه شدن، در جای خود باقی بمانند. هر چه قدر هم، تغییر در پزشکی در نتیجه ی پیشرفتهای علمی و تحت تأثیر عوامل اجتماعی، سیاسی و اقتصادی رخ دهد، باز هم همیشه افراد بیماری که نیاز به درمان (در صورت امکان) و مراقبت دارند، وجود خواهند داشت. پزشکان عرفاً چنین خدماتی را همزمان با دیگر کارها از جمله ارتقای بهداشت، پیشگیری بیماریها و مدیریت نظام سلامت فراهم می کرده اند. اگر چه ممکن است تعادل بین این فعالیتها در آینده تغییر کند ولی احتمالاً پزشکان نقش مهم خود را در تمامی این عرصه ها حفظ خواهند کرد. از آنجا که هر یک از این فعالیتها مستلزم چالش های اخلاقی زیادی است، پزشکان باید از پیشرفتهای اخلاق پزشکی همانند دیگر زمینه های آن آگاه باشند.

به پایان دست نامه رسیده ایم ولی این برای خواننده فقط یک مرحله کوتاه از یک عمر غوطه وری در اخلاق پزشکی خواهد بود. برای تکرار آنچه در مقدمه نیز آمد، این دستنامه تنها، یک آشنایی پایه ای از اخلاق پزشکی و بعضی موضوعات مهم آن را فراهم می کند. بر آن بودیم تا به شما احساس نیاز به تأمل دائمی در مورد بعد اخلاقی علم پزشکی را بدهیم تا بدانید چگونه در مواجهه با مسایل اخلاقی در کارتان، با آنها ارتباط برقرار کنید. منابعی که در ضمیمه ی "ب" آمده اند، می توانند به شما در عمیق کردن دانش خود در این حوزه کمک نمایند.

پیوست الف- واژه نامه :

اجماع، Consensus: یک توافق نامه عمومی که لزوم ندارد همه متفق القول باشند.

اخلاق زیستی یا اخلاق زیست پزشکی، Bioethics/Biomedical Ethics: دو اصطلاح معادل هم برای مطالعه موضوعات اخلاقی مرتبط با پزشکی، مراقبت‌های بهداشتی و علوم زیستی. که چهار زیرگروه عمده دارد: اخلاق بالینی یا Clinical Ethics، که در ارتباط با موضوعاتی است که در مراقبت از بیمار رخ می دهند (رجوع به فصل دوم این دست نامه) ؛ اخلاق پژوهش یا Research Ethics، که به مراقبت از آزمودنی های انسانی در پژوهش های بهداشتی می پردازد (به فصل پنجم این دست نامه رجوع شود) ؛ و اخلاق حرفه ای یا Professional Ethics، که در ارتباط با وظایف و مسئولیت های ویژه ی پزشکان و دیگر حرفه های بهداشتی می باشد (اخلاق پزشکی یا Medical Ethics یک فرم از اخلاق حرفه ای است) ؛ و اخلاق سیاستگزاری عمومی یا Public Policy Ethics، که به فرمول بندی و تفسیر قوانین و آئین نامه های مربوط به اخلاق زیستی می پردازد.

ارزش، Value: (فعل) ارزش قائل شدن به چیزی. (اسم) چیزی که بسیار مهم در نظر گرفته می شود.

اظهار، Profess: اعلام یک عقیده یا عهد و پیمان در محضر عموم. این لغت، پایه ی اصطلاحات Profession، Professionalism و Professional به معنی حرفه، حرفه ای و تعهدات حرفه ای می باشد.

افشاگر، Wistle-Blower: فردی که مردم را از میان مسئولین یا جامعه نسبت به فعل غیر اخلاقی یا غیرقانونی یک فرد یا سازمان آگاه می سازد. (این اصطلاح از دنیای ورزش گرفته شده است که در آن فردی بعنوان داور یا حاکم با دمیدن در سوت، نقض و تخلف از قوانین را اعلام می کند).

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

پزشک، Physician: فردی که صلاحیت طبابت را دارد. در برخی از کشورها واژه ی "پزشک" یا Physician برای تمایز آن از جراح بکار می رود در حالیکه واژه "دکتر" برای هر دو بکار می رود. علاوه بر آن، واژه ی "دکتر" برای دیگر حرفه های بهداشتی همچون دندانپزشکان و متخصصین تغذیه و همچنین برای فارغ التحصیلان مقطع Ph.D در تمامی رشته ها بکار می رود. عبارت "دکتر طب" عبارت دقیقتری است ولی استفاده گسترده ای ندارد. انجمن جهانی پزشکی از واژه پزشک یا Physician برای تمامی افرادی که برای طبابت صلاحیت یافته اند فارغ از تخصصی که دارند، استفاده می نماید. در این دست نامه نیز به همین ترتیب عمل شده است.

تمایلات و تصمیمات درمانی از پیش اتخاذ شده، Advance Directives: یک اظهارنامه از سوی یک نفر اغلب بصورت نوشته، که نشان می دهد فرد تمایل دارد درمان شود یا خیر، در هنگامی که آنها دیگر قادر به تصمیم گیری در مورد خود نمی باشند. (بعنوان مثال وقتی که فرد هوشیاری خود را از دست داده یا دچار زوال عقل شده است) این یک فرم از برنامه ریزی مراقبتی پیشرفته است؛ فرم دیگر انتخاب یک نفر برای تصمیم گیری بعنوان تصمیم گیرنده جایگزین در چنین شرایطی است. برخی از ایالات آمریکا در مورد تمایلات و تصمیمات از پیش تعیین شده ی بیمار قوانینی وضع نموده اند.

حامل یا رحم جایگزین، Surrogate or Substitute gestation: یک فرم از حاملگی که در آن زنی موافقت می کند که بچه ای را حامله شده و پس از تولد به فرد یا زوج دیگری که در بیشتر موارد تأمین کننده اسپرم (از طریق تلقیح مصنوعی Artificial insemination) یا رویان Embryo (از طریق بارورسازی In Vitro و انتقال جنین) می باشد، تحویل دهد.

سرقت ادبی، Plagiarism: یک نوع از رفتار غیرصادقانه که در آن فرد کار یک فرد دیگر بعنوان مثال تمام یا بخشی از مقاله علمی او را کپی کرده و بعنوان کار خود (بدون ذکر منبع) ارائه می کند.

سلسله مراتب، Hierarchy: قرارگیری رتبه ای مردم بر اساس سطوح مختلف اهمیت از بالاترین به پایین ترین. سلسله مراتبی یا Hierarchical صفتی است که برای چنین وضعیتی بکار می رود. اصطلاح Hierarchy همچنین اصطلاحی است که برای بالاترین رهبران یک سازمان بکار می رود.

سودرسانی، Beneficence: در لغت "انجام فعل خوب". از پزشکان انتظار می رود که در جهت مصالح عالی ی بیمارشان عمل کنند.

عدالت، Justice: درمان عادلانه افراد و گروهها؛ همانطور که در فصل سوم به آن اشاره شده است، درک متفاوتی از درمان عادلانه در مراقبتهای بهداشتی وجود دارد.

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

عقل گرا، Rational: بر پایه ی ظرفیت استدلال بشر. توانایی بحث بر له و علیه یک عمل خاص و تصمیم گیری در مورد اینکه کدام گزینه بهتر است.

فضیلت، Virtue: خصوصیت مثبت در مردم، خصوصاً در شخصیت یا رفتار آنها. برخی از فضیلت ها خصوصاً برای گروههای خاصی از مردم اهمیت بیشتری دارند، بعنوان مثال: دلسوزی برای پزشکان، شجاعت برای آتش نشانان، صداقت برای شاهدان و غیره. در این دست نامه اصطلاح Virtue به صورت اخلاق فضیلت گرا بکار رفته است.

کثرت گرا، Pluralistic: داشتن چندین رویکرد یا خصوصیت و یا رویکردهای خیلی متفاوت. متضاد مفرد یا یک شکل

متخصص بیهوشی، Anaesthetist: متخصص بیهوشی که در برخی از کشور ها عنوان انستزیولوژیست (Anaesthesiologist) برای آن کاربرد دارد.

مراقبتهای تسکینی، Palliative Care: نوعی از رویکرد در مراقبت از بیماران، خصوصاً آنهایی که احتمال فوتشان در آینده بسیار نزدیک در نتیجه ی یک بیماری جدی و غیر قابل درمان وجود دارد، که تمرکز عمده ی آن بیشتر روی کیفیت زندگی بیمار مخصوصاً کنترل درد می باشد. این مراقبتها ممکن است در بیمارستان ها یا مؤسسات خاص برای بیماران در حال مرگ (که اغلب آسایشگاه یا Hospices نامیده می شوند) و یا در منزل بیمار فراهم شوند.

مراقبت‌های مدیریت شده ی بهداشتی، Managed HealthCare: رویکرد سازمانی به مراقبت‌های بهداشتی که در آن دولتها، سازمانها، و شرکتهای بیمه گر تصمیم می گیرند که چه خدمتی باید ارائه شود، چه کسی باید آنها را فراهم کند (پزشکان متخصص، پزشکان عمومی، پرستاران یا دیگر حرفه های بهداشتی) ، این خدمات باید در کجا ارائه شوند (کلینیک ها، بیمارستان ها، منزل بیماران و غیره) و بسیاری مسائل دیگر.

وکالت، Advocate: (فعل) صحبت کردن و انجام کاری به جای فرد یا گروهی ؛ (اسم) کسی که بدین طریق عمل می کند. پزشکان هنگام تماس با دولت یا مسئولین سازمان های بیمه گر به منظور فراهم کردن خدماتی که برای بیمار ضروری است ولی به راحتی بدست نمی آید، به عنوان وکیل مدافع یا حامی بیمارشان عمل می کنند.

پیوست ب- منابع اخلاق پزشکی در دنیای اینترنت

عمومی

کتابچه ی قوانین انجمن جهانی پزشکی www.wma.net/e/policy/handbook.htm - حاوی متن کامل سیاست های انجمن جهانی پزشکی به سه زبان انگلیسی، فرانسه و اسپانیولی می باشد.

واحد اخلاق انجمن جهانی پزشکی - www.wma.net که شامل بخش های زیر بوده و بصورت ماهانه بروزرسانی می شود:

- موضوع ماه
- فعالیتهای توسعه ای اخلاق در WMA
- سیاستهای اخلاقی WMA، شامل آنهایی که در حال آماده شدن و یا تحت بررسی می باشند.
- بیانیه هلسینکی، تاریخچه و وضعیت حاضر
- منابع اخلاقی WMA
- سازمان های اخلاق پزشکی، بعلاوه ی کد های اخلاقی آنها
- آگهی کنفرانس ها
- آموزش اخلاق پزشکی
- اخلاق و حقوق بشر
- اخلاق و پروفشنالیسم پزشکی

موضوعات مرتبط با آغاز زندگی:

کلونینگ انسان: www.who.int/ethics/topics/cloning/en/

کمک باروری - www.who.int/reproductive-health/infertility/report_content.htm

موضوعات مرتبط با خاتمه ی زندگی:

منابع: www.nih.gov/sigs/bioethics/endoflife.htm

آموزش پزشکان در مورد مراقبتهای بیماران در شرف مرگ:

www.ama-assn.org/ama/pub/category/2910.htm

مراقبتهای تسکینی - www.hospicecare.com/Ethics/ethics.htm

مخالفت با اوتانازی - www.euthanasia.com

موضوع HIV/AIDS:

منابع: www.wits.ac.za/bioethics/

:UNAIDS

www.unaids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights/unaids+activities+hr.asp

ارتباط با شرکت های تجاری:

منابع آموزشی:

www.ama-assn.org/ama/pub/category/5689.html

منابع: www.nofreelunch.org

پژوهش روی نمونه های انسانی:

راهنماها و منابع: www.who.int/ethics/research/en/

دانشکده بهداشت دانشگاه هاروارد، دوره آموزشی موضوعات اخلاقی در تحقیقات بین

المللی در حوزه ی سلامت: www.hsph.harvard.edu/bioethics/

انجمن جهانی پزشکی WMA

تصمیم گیری در مورد لزوم وارد نمودن اخلاق پزشکی و حقوق بشر در محتوای درسی دانشکده های پزشکی سراسر جهان

(تصویب شده در پنجاه و یکمین جلسه مجمع جهانی پزشکی

در تل آویو، اسرائیل در تاریخ اکتبر ۱۹۹۹)

- ۱) از آنجاییکه اخلاق پزشکی و حقوق بشر بخشی جدایی ناپذیر از کار و فرهنگ حرفه ی پزشکی می باشد، و
- ۲) از آنجاییکه اخلاق پزشکی و حقوق بشر بخشی جدایی ناپذیر از تاریخچه، ساختار و اهداف سازمان جهانی پزشکی است،
- ۳) بدین وسیله مقرر می گردد که انجمن جهانی پزشکی به دانشکده های پزشکی در سراسر جهان توصیه کند که آموزش اخلاق پزشکی و حقوق بشر به عنوان یک واحد اجباری در کاریکولوم درسی این دانشکده ها وارد شود.

فدراسیون جهانی آموزش پزشکی (WFME):

استانداردهای جهانی برای ارتقای کیفیت- آموزش پایه ای پزشکی

www.sund.ku.dk/wfme/Activities/Translations%20of%20Standard%20Documents/WFME%20Standard.pdf

این استانداردها که انتظار می رود تمامی دانشکده های پزشکی آنها را برآورده نمایند، در موارد زیر به اخلاق پزشکی ارجاع داده اند:

۴-۱) نتایج آموزشی:

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

۴-۲) برنامه آموزشی- اخلاق پزشکی:

دانشکده های پزشکی **باید** موضوعات اخلاق پزشکی را شناسایی و بمنظور ارتباط و تصمیم گیری بالینی مؤثر و فعالیت اخلاقی وارد کاریکولوم خود نمایند.

۴-۵) برنامه آموزشی- علوم بالینی و مهارت ها:

مهارت های بالینی شامل شرح حال گیری، ارتباط و مهارت رهبری تیم می باشند. مشارکت در مراقبت از بیمار، مستلزم کار گروهی با دیگر حرفه های بهداشتی است.

۴-۶) منابع آموزشی- پژوهش ها:

ارتباط بین فعالیتهای پژوهشی و آموزشی **باید** مورد تشویق قرار گیرد و باید دانشجویان را برای شرکت در تحقیقات پزشکی و توسعه ی آن آماده نمود.

پیوست د- تقویت آموزش اخلاق در دانشکده های پزشکی

برخی از دانشکده های پزشکی آموزش اخلاق پزشکی را فقط به میزان کمی دارند در حالیکه برخی دیگر آموزش را در سطح پیشرفته ارائه می دهند. حتی در مورد اخیر، همواره جا برای پیشرفت و توسعه وجود دارد. در اینجا فرآیندی ارائه شده که توسط هر کسی که، چه دانشجوی پزشکی و یا عضو دانشکده که قصد تقویت آموزش اخلاق پزشکی را در مؤسسه ی خویش دارد، قابل اجراست.

۱. آشنا شدن با فرآیند تصمیم گیری در مؤسسه:

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

۲. تقاضای حمایت شدن از سوی دیگران:

- دانشجویان
- دانشکده
- مدیران کلیدی
- انجمن نظام پزشکی کشور
- بدنه ی تصمیم گیرنده در مورد پزشکی کشور

۳. ارائه ی نمونه های مهم

- تصمیم گیری در مورد لزوم وارد نمودن اخلاق پزشکی و حقوق بشر در محتوای درسی دانشکده های پزشکی سراسر جهان
- استانداردهای جهانی برای ارتقای کیفیت- آموزش پایه ای پزشکی
- نمونه هایی از دیگر دانشکده های پزشکی
- الزامات اخلاق در پژوهش
- پیش بینی مخالفت ها (بعنوان مثال اعتراض به حجم زیاد محتوای درسی دانشجو)

۴. پیشنهاد کمک

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

۵. اطمینان از تداوم کار:

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

راهنمایی در مورد روش های پیشگیری از حاملگی به یک نوجوان

سارا پانزده سال دارد. او در شهری زندگی می کند که تجاوزات جنسی هر روز بیشتر و بیشتر می شوند. او به درمانگاه شما آمده و از شما می خواهد که برایش قرص ضد بارداری خوراکی تجویز کنید تا از حاملگی او در موردی که وی قربانی یک تجاوز جنسی بوده است، جلوگیری نماید. با حاملگی او از تحصیل منع شده و یافتن همسر برای وی دشوار خواهد شد. سارا به شما می گوید که نمی خواهد والدینش در مورد استفاده از کنتراسپتیو ها بدانند، زیرا آنها تصور خواهند کرد که او قصد رابطه ی جنسی با یک پسر را دارد. شما نسبت به انگیزه سارا مشکوکید ولی او را به خاطر تصمیمش در ممانعت از بارداری تحسین می کنید. شما به او توصیه می کنید که برای بحث بیشتر در مورد موضوع همراه والدینش به درمانگاه مراجعه کند. سه روز بعد او به تنهایی باز می گردد و به شما می گوید که تلاش کرده با والدینش در مورد این موضوع صحبت کند ولی آنها از بحث در مورد آن امتناع ورزیده اند. حال شما چکار می کنید؟

کودک نارس

ماکس در طی هفته بیست و سوم حاملگی دنیا آمد. بدلیل نارس بودن، تحت ونتیلاتور می باشد. بعلاوه، بخاطر ناپایداری در بافت عروقی، او دچار خونریزی مغزی شده است. احتمال بقای او در چند هفته آتی کم است. حتی در صورت بقا، احتمالاً او هم از نظر ذهنی و هم از نظر جسمی نقص خواهد داشت. وضعیت ماکس با ایجاد عفونت روده بدتر نیز شد. امکان خارج کردن بخش ملتهب روده از طریق جراحی وجود داشت که شانس او برای بقای پس از عمل بسیار پایین بود. والدین ماکس راضی به عمل نشدن چون نمی خواستند ماکس با این عمل رنج بکشد و تصور می کردند که کیفیت زندگی او هرگز مناسب نخواهد شد. بعنوان پزشک درمان کننده، به نظر شما عمل باید انجام بپذیرد و نمی دانید که چه اقدامی در برابر امتناع والدین ماکس نمایید.

عفونت HIV

آقای اس. متأهل و پدر دو فرزند مدرسه ای است. او در کلینیک شما بخاطر یک نوع نادر از پنومونی که اغلب همراه با AIDS است، تحت درمان می باشد. نتایج آزمایش خون نشان می دهد که او حقیقتاً HIV مثبت است. آقای اس. می گوید که خودش می خواهد در مورد زمان اطلاع بیماری به همسرش تصمیم بگیرد. شما عنوان می کنید که اطلاع یافتن می تواند زندگی همسر او را با پیشگیری از آلودگی حفظ نماید. وانگهی او می تواند تست HIV بدهد، و در صورتی که مثبت باشد، او می تواند فرصت دریافت دارو بمنظور کند کردن روند بروز بیماری و متعاقباً طولانی کردن عمر را داشته باشد. شش هفته بعد، آقای اس. برای یک آزمایش کنترل به درمانگاه شما مراجعه می کند. در پاسخ به سؤال شما می گوید که هنوز همسرش را از موضوع بیماری مطلع نکرده است. او نمی خواهد همسرش در مورد تماس جنسی او با هم-جنسش (هموسکسوال) چیزی بداند، چون می ترسد که همسرش روابطشان را قطع کرده و خانواده از هم بپاشد. برای حفاظت از همسر، هنگام از تماس جنسی از روشهای ایمن استفاده کرده است. به عنوان پزشک معالجه کننده، شما نمی دانید که آیا باید خانم اس. را در مورد وضعیت HIV شوهرش بر خلاف میل او آگاه نمایید تا فرصت لازم را برای درمان او در صورت لزوم بدست آورید یا نه.

درمان یک زندانی

به عنوان بخشی از وظایف پزشکی، شما هر دو هفته یک روز را برای معاینه ی زندانیان در زندانی در همان نزدیکی صرف می کنید. دیروز یک زندانی را با خراشهای متعدد روی صورت و تنه معالجه کردید. وقتی از علت بوجود آورنده ی صدمات می پرسید، زندانی پاسخ می دهد که بدنبال ممانعت از پاسخ به بازپرسی، توسط زندانبانان مورد هجوم قرار گرفته است. این اولین بیماری است که با این شرح حال داشته اید ولی پیشتر در مورد موارد مشابه از همکارانتان شنیده اید. شما متقاعد می شوید که باید کاری انجام دهید ولی بیمار به سبب ترس از تلافی مسئولین زندان به شما اجازه فاش ساختن اسرارش را نمی دهد. بعلاوه، شما مطمئن نیستید که ادعای زندانی حقیقت داشته باشد. نگهبان همراه او به شما می گوید که او با زندانی دیگری نزاع داشته است. رابطه ی شما با نگهبانان زندان خوب است و نمی خواهید این رابطه با وارد آوردن یک اتهام غیر معتبر "بدرفتاری با زندانیان" خراب شود. شما باید چکار کنید؟

تصمیم به خاتمه حیات

یک زن هشتاد ساله از یک خانه سالمندان، برای درمان پنومونی در بیمارستان شما بستری شده است. او ضعیف بوده و دچار دمانس خفیف می باشد. شما با موفقیت پنومونی او را درمان می کنید ولی درست پیش از ترخیص، پیرزن دچار سکته مغزی می شود که نیمه راست بدن او فلج شده و توانایی تغذیه و بلع را از دست می دهد. برای او لوله تغذیه از راه بینی تعبیه می شود که باعث ناراحتی بیمار شده و پس از چند مرتبه که بیمار با دست چپش برای خارج کردن تیوب تلاش کرده، دست او نیز با یک بند بسته و بی حرکت می شود. او دیگر قادر به بیان خواسته های خود نیست. جستجو بدنبال فرزندان یا دیگر خویشاوندان که بتوانند در مورد درمان تصمیم گیری نمایند، ناموفق است. پس از چند روز شما نتیجه می گیرید که احتمال بهبود وضعیت وی وجود ندارد و تنها راه تسکین درد وی، دادن مسکن (سداتیو ها) و خارج کردن لوله تغذیه ی اوست، تا بمیرد. در چنین وضعیت شما باید چکار کنید؟

مجموعه ی گزارش های موردی:

کرسی یونسکو برای موارد رضایت نامه آگاهانه در اخلاق زیستی -

<http://research.haifa.ac.il/~medlaw/>

مطالعه ی مورد های شبکه ی اخلاق بالینی بریتانیا -

www.ethics-network.org.uk/Cases/archive.htm

مطالعات موردی در مورد پژوهش های بین المللی بهداشتی مربوط به دانشکده بهداشت دانشگاه هاروارد:

www.hsph.harvard.edu/bioethics/

دست نامه آموزش تعهد پزشکی کشورهای مشترک المنافع در مورد استانداردهای اخلاقی و حقوق بشر در حرفه های مراقبت بهداشتی، بخش سوم، مطالعه ی مورد ها:

www.commat.org



زن سالمند تحت معاینه

© Peter M. Fisher/CORBIS

انجمن جهانی پزشکی صدایی به نمایندگی از پزشکان جهان فارغ از تخصص، مکان و محل خدمت آنها است. مأموریت WMA خدمت به بشریت از طریق تلاش برای رسیدن به بالاترین استانداردهای ممکن در مراقبتها، اخلاق، دانش و آموزش پزشکی و حقوق بشر مرتبط با موضوع سلامت برای تمامی انسانها می باشد. واحد اخلاق WMA در سال ۲۰۰۲ بمنظور هماهنگی در ایجاد و بازبینی سیاستهای اخلاقی و بمنظور گسترش فعالیتهای اخلاقی WMA در سه حوزه زیر تأسیس گردید. ارتباط با دیگر سازمانهای بین المللی فعال در حیطه اخلاق، توسعه اخلاق از طریق برگزاری کنفرانس ها و از طریق وب سایت WMA، ایجاد محتوای آموزشی جدید برای اخلاق پزشکی همانند این دست نامه .



The World Medical Association

B.P. 63, 01212 Ferney-Voltaire Cedex, France

email: wma@wma.net • fax: (+33) 450 40 59 37

website: www.wma.net

ISBN 92-990028-1-9