

بسم الله الرحمن الرحيم







پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم
دانشگاه علوم پزشکی تهران



مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ
پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران



پزشک و ملاحظات اخلاقی

جلد اول

تألیف و تعلیقات

دکتر باقر لاریجانی

ترجمه

دکتر کیارش آرامش

زبان دارند و یا زبان و فرهنگ آنها با فرهنگ و زبان غالب در محل زندگیشان متفاوت است نیز گاه می‌توانند آسیب پذیر تلقی شوند. مهاجرین و اقلیت‌های فرهنگی یا مذهبی از این قبیلند. خدمات سلامت و نیز پژوهش در این افراد مستلزم رعایت اصول اخلاقی بطور خاص تری می‌باشد. ما برخی از گروه‌های ذکر شده را با تفصیل بیشتری مورد بحث قرار خواهیم داد. اخذ رضایت معتبر در بسیاری از گروه‌های ذکر شده مشکل است چرا که همانگونه که بیان شد، بسیاری از آنها صلاحیت و ظرفیت لازم برای تصمیم‌گیری معتبر را ندارند. لذا موضوع «تصمیم‌گیرنده جانشین»^۱ یک بحث مهم در این حیطه است. همچنین طرح ریزی قبلی برای برنامه‌های سلامت و ثبت قانونی تصمیمات از قبل^۲، شیوه‌ای است که در برخی کشورها معمول گردیده است.

اخلاق پزشکی در کودکان

در حوزه اخلاق پزشکی، یکی از مهم‌ترین موضوعات مربوط به کودکان، تصمیم‌گیری‌های مربوط به سلامت است و اینکه چه کسی برای آنها تصمیم می‌گیرد و چگونه این تصمیمات اتخاذ و اجرا می‌شوند. مبانی پایه ارزش‌های اخلاقی مرتبط با

فصل ۷

اخلاق پزشکی در گروه‌های خاص

مقدمه

گروه‌های خاصی از دریافت کنندگان خدمات سلامت که به عنوان «Vulnerables» یا «Minors» نامیده شده‌اند، همیشه نیازمند توجه ویژه اخلاقی هستند. این افراد به سهولت بیشتری می‌توانند در معرض آسیب‌های جسمی و روانی قرار گیرند چرا که در اکثر موارد، صلاحیت و ظرفیت لازم برای تصمیم‌گیری بهینه در جهت مصالح و منافع خود را ندارند. عمده‌ترین این گروه‌ها عبارتند از: کودکان و نوجوانان، افراد دچار عقب ماندگی ذهنی یا زوال عقل، بیماران روانی و افراد سالمند. اما گروه‌هایی که آزادی لازم برای اتخاذ تصمیم را ندارند، مانند زندانیان، سربازان و مردم تحت سلطه به هر نحو نیز در معرض آسیب تلقی می‌شوند. گاه نیز ارتباطات خاص باعث آسیب پذیر شدن افراد می‌شود؛ به عنوان مثال رابطه کارفرما و کارگر گاه زمینه را برای تهدید و سوء استفاده مساعد می‌نماید. برخی حتی زنان باردار و جنین آنها را نیز جزئی از افراد در معرض آسیب تلقی می‌کنند. افرادی که مشکل فهم

1- Surrogate decision maker

2- Advance Directives

مختلف، دیدگاه‌ها در مورد سن قانونی و قابل قبول برای تصمیم‌گیری متفاوت است. بطور مثال این سن در انگلستان و برای برخی تصمیم‌گیری‌ها ۱۶ سال است در حالی که بسیاری از کشورهای اروپایی و در کشور ما ۱۸ سال را سن قانونی برای اعتبار تصمیم فرد می‌دانند. در برخی کشورها حتی در سنین پایین‌تر هم فرد باید در مراحل تصمیم‌گیری شرکت داده شود. لذا گرفتن موافقت^۴ کودک (معمولاً به صورت شفاهی) برای انجام یک مداخله تشخیصی، درمانی یا پژوهشی لازم است. اصطلاح «Mature minors» (شاید بتوانیم آن را «صغیر رشید» معنا کنیم) به کودکانی اطلاق می‌شود که در سنین بین ۱۴ (و حتی گاه پایین‌تر مثل ۶-۷ سالگی) و ۱۸ قرار دارند اما اهلیت لازم برای شرکت در تصمیم‌گیریهای پزشکی را دارند^(۲). در هرحال برای معتبر بودن رضایت یا موافقت، باید کودک یا نوجوان اهلیت و صلاحیت لازم را داشته باشد که برای تأیید آن، او باید نشان دهد که می‌تواند: (۱) اطلاعاتی را که به او ارائه می‌شود بفهمد، (۲) درک کند که اطلاعات در مورد او اعمال می‌شود، (۳) از اطلاعات برای تصمیم‌گیری استفاده کند و (۴) طی سوال و

کودکان در اعلامیه سازمان ملل متحد در مورد حقوق کودکان^۱ معین گردیده است. این اعلامیه مورد حمایت جهانی قرار گرفته است و بسیاری از مجامع و مراکز سعی و تلاش خود را در رفع بی‌عدالتی‌هایی که به طور طبیعی^۲ (مادرزادی) و یا ناشی از وضعیت اجتماعی^۳ بین کودکان وجود دارد بکار برده‌اند (۱).

در اغلب جوامع، صلاحیت تصمیم‌گیری برای کودکان از نظر حقوقی و اخلاقی به والدین سپرده شده است. دلایلی برای این امر بیان شده، از جمله این که: والدین بیشترین دانش و علاقه را در خصوص مصالح کودک دارند لذا بهترین تصمیم را اتخاذ می‌کنند؛ دیگر این که، خانواده عموماً پیامدهای ناشی از تصمیم اتخاذ شده را بر دوش می‌کشند لذا بهتر است آنها خود تصمیم‌گیرنده باشند؛ همچنین، ارزش‌ها و اعتقادات کودک و والدین بیشتر به هم شبیه است و در نهایت تعارض کمتری حاصل می‌گردد.

بحث‌های زیادی در مورد اهلیت و صلاحیت کودکان وجود دارد. در کشورهای

1- United Nations Declaration of the Rights of the Child

2- Natural lottery

3- Social lottery

4- Assent

کار با خطر در نظر نگرفتن خواسته فرد سنجیده شود. اگر سلامت آنها در معرض تهدید جدی قرار می‌گیرد عدم پذیرش آنها نادیده گرفته می‌شود.

در بسیاری از مواقع، تفاوت‌های غیرقابل تلفیقی بین نگرش والدین در مورد آنچه برای کودک بهتر است با اعتقاد پزشک به عملی که بهترین نتیجه را برای کودک به بار می‌آورد، وجود دارد؛ میزان حق والدین در تصمیم‌گیری در این موارد از مباحث مهم در این زمینه است. در بسیاری از جوامع، نقش والدین به عنوان یک نقش طبیعی یا «Natural role» پذیرفته شده است و عموماً آنها را در تصمیم‌گیری برای کودک صاحب حق کامل می‌دانند (۳). اما گاه تعارضی بین خواسته‌های آنها و خواسته‌های کودک به عنوان یک انسان وجود دارد. این مسأله به ویژه در زمانی که کودک در سنی است که نسبت به خود و خواسته‌اش درک کلی پیدا می‌کند، اما هنوز به سن قانونی برای رضایت نرسیده است، پیچیده‌تر می‌شود (۳). از سوی دیگر سن قانونی مورد نظر برای دخالت مستقیم در تصمیمات طبی، در کشورهای مختلف، متفاوت می‌باشد. در هر حال پزشک باید آرزوها و خواسته‌های والدین را در قبال آنچه برای کودک بهتر است بسنجد و پزشک و

جواب به انتخاب خود برسد (۲). در حقیقت، کودک باید بیماری، وضعیت خود، روش‌های ممکن درمانی، شرایط و فواید و خطرات هر یک و پیامدهای عدم درمان را بداند. آنچه رضایت را معتبر می‌سازد، علاوه بر صلاحیت و ظرفیت^۱ فرد، بازگویی حقایق^۲ و اطلاعات بموقع و به میزان لازم، قدرت درک مطالب^۳، داوطلبانه^۴ و دور از هرگونه فشار بودن تصمیم و اعلام موافقت^۵ نهایی می‌باشد.

از دیدگاه اخلاقی، بهترین حالت این است که در تصمیم‌گیری برای کودکان و نوجوانان، بین والدین، پزشک، پرستار و کودک توافق حاصل گردد (۱). هرچند پدر و مادر بیولوژیک در اغلب موارد تصمیم گیرنده جانشین در کودکان و نوجوانان هستند، اما یکی از مسائل مطرح، چگونگی حل مشکل در موارد تعارض بین خواسته‌های والدین و کودک می‌باشد. این امر زمانی پیچیده‌تر می‌شود که دیدگاه والدین با صلاحدید پزشک نیز متفاوت باشد. وقتی کودک یا نوجوانی از انجام یک اقدام درمانی یا تشخیصی سرباز می‌زند، قبل از هرچیز باید خطر ناشی از این

-
- 1-Capacity
 - 2- Disclosure
 - 3- Comprehension
 - 4- Voluntary
 - 5- Agreement

کادر پزشکی باید مطمئن باشند که ارزیابی آنها از بهترین خواسته بیمار، حقیقتاً دقیق‌تر از ارزیابی خود اوست (۴). در وضعیت‌های دیگر نیز گاه پزشک وظیفه دارد بهترین تصمیم را برای بیمار بگیرد از جمله در مورد سوءاستفاده از کودکان^۱ و کودک آزاری (۳). این سوال مطرح است که در این موارد وظیفه پزشک، رازداری و حمایت از والدین است یا دفاع از حقوق کودک؟ بطور مسلم در این موارد محافظت کودک از خطرات و تصمیم‌گیری مناسب به جای او، به ویژه در صورتی که صدمه از جانب هر دو نفر از والدین باشد، وظیفه پزشک است. تأمین آسایش اجتماعی پس از تشخیص باید، هر چه سریعتر مدنظر قرار گیرد؛ هر چند این امر گاه با رازداری تعارض می‌یابد (۳).

موضوع دیگر در خصوص کودک و پژوهش است. مباحث مطرح در زمینه اخلاق در پژوهش‌های انسانی، به‌طور جداگانه مورد بحث قرار خواهند گرفت اما در کودکان و برخی گروه‌های خاص، توجه بیشتری وجود دارد. یک سؤال عمده این است که تصمیم‌گیری برای شرکت دادن کودک در پژوهش به عهده کیست؟ آیا والدین یا هر

کس دیگری این حق را دارد که کودک را به عنوان داوطلب در پژوهشی شرکت دهد که سودی برای کودک نداشته بلکه ممکن است خطری را نیز متوجه او نماید؟ سؤال رضایت در انجام پژوهش بر روی کودکان اهمیت فراوانی دارد. در کودکانی که به سن قانونی نرسیده‌اند یک راه پیشنهادی این است که با کودک صحبت و مشاوره شده و جهت همکاری در طرح جلب نظر شود، اما این امر در نوزادان یا کودکان کم سن که هنوز قدرت فهم مسائل را ندارند مشکل‌ساز است لذا بسیاری از صاحب‌نظران پزشکی عقیده دارند تحقیقات غیر درمانی در این سن انجام نشود و یا چاره اخلاقی دیگری اندیشیده شود (۳). با توجه به لزوم انجام برخی پژوهش‌ها در این کودکان که در سنین دیگر قابل انجام نمی‌باشد؛ لازم است در صورت تصمیم به انجام پژوهش در کودکان نکات متعددی مورد توجه قرار گیرد از جمله اینکه (۳، ۵):

- در صورتی که پژوهش هیچ فایده مستقیمی برای کودک ندارد، باید خطرات ناچیز و در حد قابل اغماض باشد.
- باید از ایجاد اضطراب، ناراحتی و نگرانی در کودک پرهیز شود.

- صرف رضایت والدین، مشروعیت انجام مطالعه را تضمین نمی‌کند و مسئولیت

علت عقب ماندگی ذهنی، درک آگاهانه‌ای از زندگی نداشته و فاقد عملکردهای کیفی ضروری هستند لذا ظرفیت و توان زندگی شخصی را به طور انفرادی ندارند، باید توسط شخص دیگری مورد حمایت قرار گیرند (۳). بحث نحوه تصمیم‌گیری و حق اختیار (اتونومی) کودک بحث مهمی است که در این زمینه نظرات متفاوت زیادی مطرح است. مسأله فرد جایگزین کودک و نحوه تصمیم‌گیری او نیز بسیار بحث‌انگیز است. در بسیاری از مکاتب این موضوع را زمانی قائل هستند که کودک ظرفیت تصمیم‌گیری دارد. در همین مسأله و در سنین پایین‌تر که به هر شکلی کودک نمی‌تواند با تصمیمات مخالفت کند، بحث‌ها و تصمیم‌گیری‌های متعددی در زمینه مباحث اخلاق پزشکی مطرح شده‌اند. بسیاری از کودکان دچار نواقص عصبی مانند میکروسفال‌ها^۱، انسفال‌ها^۲ و هیدروانسفال‌ها^۳ هم می‌توانند جزو این گروه بشمار آیند. آیا در مورد این کودکان که توانایی ورود به ارتباطات انسانی را ندارند، ما می‌توانیم شانه از زیر بار مسئولیت درمان و زنده نگه داشتن آنها خالی کنیم؟ کودکانی نیز هستند که هر

طراحی و برنامه‌ریزی صحیح برای بدون خطر بودن پژوهش به عهده پژوهشگر است.

● باید تلاش شود که هر چند اخذ رضایت معتبر از کودک مقدور نیست، اما به نحوی با کودک رفتار شود که کودک با رضایت در مطالعه مشارکت فعال داشته باشد و به هیچ وجه تحت فشار، سختی یا اجبار قرار نگیرد.

● هر مطالعه‌ای که با شرایط یکسان در بالغین می‌تواند بخوبی صورت بگیرد، به هیچ وجه نباید در کودکان انجام شود.

در هر حال پزشک باید آسیب‌پذیر بودن کودکان را در خاطر داشته باشد و بر ارتقای ظرفیت آنها به عنوان افرادی مستقل از نظر اخلاقی تأکید شود (۳).

مسائل اخلاقی در کودکان دچار

عقب‌ماندگی ذهنی یا بیماری‌های شدید

مباحث بی‌پایانی در مورد کودکان دچار معلولیت‌های شدید ذهنی یا جسمی وجود دارد. از نکات عمده مطرح دو موضوع است: اول، حق حیات در این کودکان و وظیفه جامعه و پزشکان؛ و دوم، نحوه مداخلات درمانی در آنها و اخذ رضایت.

پس از تولد، کودک از دوره نوزادی به عنوان عضوی از جامعه انسانی از تمام حقوق طبیعی بشر برخوردار می‌باشد. کودکانی که به

1- Microcephaly
2- Anencephaly
3- Hydranencephaly

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

چند توانایی شرکت در ارتباطات انسانی را دارند، اما به علت معلولیت‌های جدی این بیماری‌های صعب‌العلاج، مداخلات درمانی در آنها هر چند ممکن است فوایدی در بر داشته باشد، اما دوره حیات همراه با رنج آنها را طولانی می‌کند. در این موارد چه باید کرد؟ به عنوان مثال اصلاح نقص دیواره قلبی در کودک دچار سندرم فریاد گربه^۱ در کودک چه فایده‌ای جز (شاید) رضایت وجدان پدر و مادر خواهد داشت؟ این مداخله مسلماً طولانی کردن رنج کشیدن را در پی خواهد داشت (۳). در این مورد بحث‌های زیادی در فرهنگ‌ها، مذاهب و جوامع مختلف وجود دارد و در کشورهای مختلف نیز قوانینی وضع گردیده است. کالج سلطنتی سلامت کودکان انگلستان نیز در یک مصوبه طی سال‌های اخیر، پیشنهاد نموده است که در پنج موقعیت می‌توان مضایقه کردن یا قطع درمان را در نظر گرفت (۳، ۶): در کودکان دچار مرگ مغزی^۲، در وضعیت پایدار نباتی (PVS)^۳، در وضعیتی که هیچ شانس وجود ندارد^۴، در وضعیت بدون هدف^۵ و در وضعیت غیر قابل تحمل^۶.

1- Cri - du - Chat Syndrome

2- Brain- Dead

3- Permanent Vegetative State

4- 'No Chance' Situation

5- 'On Purpose' Situation

6- 'Unbearable' Situation

دوره‌های متفاوت بیماری تغییر می‌کند که این امر باید توسط پزشک مورد عنایت قرار گیرد. مشکلات و مسائل اخلاقی متعددی در حیطه تشخیص و دسته‌بندی بیماری (کسب اطلاعات)، ارتباط بین بیمار و پزشک، نحوه درمان، انجام پژوهش و سایر جوانب مطرح می‌باشد و با توجه به اینکه برخی از اصول و شرایط مراقبت‌های بالینی در بیماران روانی ظریف بوده و به میزان کافی با توجهات اخلاقی معمول پوشش داده نمی‌شوند، باید دقت کافی صورت گیرد و از عدم آزار و رنج بیمار اطمینان حاصل شود. یکی از موارد مشکل در بیماران روانی، تصمیم‌گیری در خصوص بستری نمودن بیمار می‌باشد. بطور مثال، در آمریکا، در دهه ۱۹۶۰ هر بیمار روانی نیازمند درمان، بدون رضایت و به اجبار در بیمارستان بستری می‌شد ولی معیارها برای بستری در دهه ۲۰۰۰ بسیار محدودتر شده‌اند؛ بیماران در صورتی به اجبار بستری می‌شوند که بستری نشدن آنها با خطری جدی برای خودشان (مثلاً خودکشی) یا دیگران همراه باشد و یا این که قادر به مراقبت از خود نباشند (۸). از نظر اخلاقی، تصمیم یک بیمار روانی که صلاحیت تصمیم‌گیری دارد باید مورد احترام قرار گیرد.

ارزش حیات انسانی در بیماران روانی نیز

نوینی برای بحث و نقد در اخلاق پزشکی اسلامی باشد.

اخلاق پزشکی در بیماران روانی

روانپزشکی و اختلالات مربوط به آن، مسائل اخلاقی را در بردارد که با سایر شاخه‌های طب کمی متفاوت است. بیماران دچار اختلالات روانی از یک یا چند اختلال در قوای ذهنی یا روانی رنج می‌برند. لذا در بسیاری از موارد «توانایی اخذ تصمیم معقول و مناسب» یا به عبارتی «اتونومی بیمار» تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۷). این افراد در موارد فراوانی تحت اقدامات پدرسالارانه خانواده، پزشکان یا تیم مراقبتی قرار می‌گیرند. اما از دیدگاه اخلاقی، برنامه‌ریزی‌های تشخیصی و درمانی در این بیماران باید به نحوی باشد که تا حد امکان آزادی عملکرد بیمار محفوظ بماند؛ هرچند در برخی موارد ضرورت زیرپا گذاردن برخی اصول اخلاقی وجود دارد، به عنوان مثال؛ جلوگیری از ضرر به بیمار افسرده ای که اقدام به خودکشی نموده است بر احترام به اختیار فردی او ترجیح دارد.

البته همه بیماران روانی از لحاظ ظرفیت تصمیم‌گیری در یک گروه قرار نمی‌گیرند و بیماران مختلف ممکن است صلاحیت تصمیم‌گیری در سطوح مختلف را داشته باشند. گاه حتی ظرفیت بیمار در زمان‌های مختلف و در

رازداری در این بیماران استثنائاتی عنوان کرده‌اند از قبیل: احتمال خطر خودکشی بیمار، احتمال تهدید جانی برای دیگران و احتمال تهدید امنیت عمومی جامعه. البته محرمانه ماندن اطلاعات بیمار نباید در تقابل با حقوق دیگران قرار گیرد. انجام پژوهش‌های علمی در بیماران روانی مورد بحث می‌باشد. اما چهار اصل عمده شامل: افزایش دانش و ارتقای علم، ضرورت انجام مطالعه^۲، سودمند بودن و رضایت باید مراعات گردند (۹).

سالمندی

سالمندی، در حقیقت، یک واقعۀ زیستی صرف نیست، بلکه فرآیندی است که طی زمان رخ می‌دهد. دورۀ سالمندی از دو بعد جسمی و روانی، با مشکلات و بیماری‌های بیشتری نسبت به دوره جوانی همراه می‌باشد لذا ضرورت حمایت خانواده و جامعه از این گروه واضح است. لزوم غربالگری بیماری‌ها و نیز لزوم انجام تمام اقدامات تشخیصی-درمانی مورد نیاز، امیدوار نمودن بیماران، احیای بیمار و مباحث مربوط به خاتمۀ حیات و انجام پژوهش‌های تشخیصی-درمانی در این بیماران از موارد مطرح می‌باشد. در بعضی کشورها به صورت غیررسمی

باید در حد اعلاء حفظ شده و احترام بیمار به صورت مختلف رعایت گردد. اکیداً باید از تمسخر و انگ‌زدن به بیمار توسط پزشک و کادر پزشکی پرهیز شود. در امور تشخیصی و درمانی از مرحله کسب اطلاعات طی شرح حال و معاینه گرفته تا اقدامات درمانی [(ECT)]، بیمار نباید تحت فشار و اجبار قرار داده شود و علیرغم پایین بودن سطح توانایی‌های ذهنی و روحی بیمار، اتونومی او در حد امکان باید حفظ شود. اخذ رضایت در این بیماران به ویژه در کودکان دچار بیماری‌های روانی از مباحث مطرح و مورد اختلاف می‌باشد.

رازداری از بنیادی‌ترین اصول اخلاق در روانپزشکی است که در اخذ و ثبت اطلاعات بیمار، ارائه آنها به خانواده یا حتی تیم درمانی و جامعه باید رعایت گردد. بیمار باید در مورد حفظ اسرار خود اطمینان داشته باشد. در بسیاری از کشورهای پیشرفته، به بیماران حق ویژه قانونی^۱ داده می‌شود که اطلاعات فاش شدۀ او نزد روانپزشک در حین مصاحبه و روان‌درمانی حتی در موقعیت‌های قضایی و نیمه قضایی پوشیده بماند (۷). برخی برای

در این افراد، از عمده‌ترین مسائل در روابط بین پزشک با یک بیمار سالمند می‌باشند.

بیماران دچار دمانس یا دچار آلزایمر، مسائل اخلاقی خاص خود را دارند و مراقبت‌های پزشکی از این بیماران با مشکلات زیادی همراه است. با توجه به تغییر رفتاری و شخصیتی در این افراد، بحث شخصیت انسانی و ارزش حیات در آنها مطرح شده است. این سؤال که «تا چه حد باید برای ادامه حیات بیمار دچار دمانس تلاش کرد؟» محور بسیاری از موضوعات مطرح می‌باشد (۱۰). در هر حال رعایت اصول اساسی اخلاق پزشکی در این بیماران باید مورد نظر باشد. از مباحث عمده اخلاقی در این زمینه، مواردی است که فرد صلاحیت کافی برای تصمیم‌گیری در مورد وضعیت پزشکی خود را ندارد.

افراد سالمند بیشتر در موقعیت‌های مشکل تصمیم‌گیری قرار می‌گیرند؛ به عنوان مثال تصمیم‌گیری جهت قطع یا ادامه مراقبت‌های پیشرفته، منع یا قطع تغذیه مصنوعی و دستور عدم احیا، در آنها بیشتر است. اقدامات درمانی در سالمندان در دهه‌های اخیر از درمانهای به تعویق اندازنده مرگ به سوی درمانهای تسکینی و جلوگیری‌کننده از طولانی شدن فرآیند مرگ، تغییر جهت داده است (۱۱). از

در ارائه تسهیلات لازم به افراد مسن و پیر محدودیت‌هایی وجود دارد. عدم مولد بودن برای جامعه یا خانواده، وجود کسالت‌های متعدد، کاهش موفقیت اقدامات پزشکی در این سنین و هزینه‌دار بودن ارائه خدمات بیمه به سالمندان از عمده توجیحات برای کاهش رسیدگی به افراد مسن و پیر در جوامع می‌باشد (۱۰). محاسبه و دخالت سال‌های حیات مقرون با کیفیت (QALys)^۱ در خدمات جامعه به افراد، از بحث‌های مطرح پیرامون سالمندی می‌باشد. این تفکر محدودیت‌هایی را به صورت غیر رسمی برای سالمندان در جوامع مختلف ایجاد نموده، اما مسلم است که پزشک و کادر پزشکی با توجه به جایگاه ویژه خود باید اصول مهم اخلاق پزشکی را در این بیماران رعایت نمایند. مبانی اصلی اخلاقی در مراقبت‌های سالمندی متعدّدند که برخی از آنها عبارتند از: عدالت، سودمندی، اتونومی و رعایت محرمانگی (۱۰). احترام به بیمار، رعایت ادب و خویشتن داری، توجه به سطح فرهنگ بیمار، جلب اعتماد، توجه به سؤالات بیمار و دادن اطلاعات کافی به او، پرهیز از ایجاد رابطه مادی و مالی صرف با بیمار و ایجاد امیدواری

1- Quality Adjusted Life Years

حتی امور مالی و بانکی فرد در دورانی که ظرفیت تصمیم‌گیری را از دست داده، به عهده می‌گیرد. آموزش عموم مردم در مورد استفاده از روش‌های قانونی، می‌تواند در مورد انجام یا عدم انجام اقدامات درمانی و مراقبتی برای بیمار در شرف مرگ چون احیاء، پیوند عضو، اقدامات تسکین‌دهنده و حمایتی^۵، تغذیه مصنوعی و غیره کمک‌کننده باشد.

نتیجه‌گیری

طیف وسیعی از دریافت‌کنندگان خدمات بهداشتی می‌توانند به نحوی جزو گروه‌های آسیب‌پذیر و نیازمند حمایت قرار گیرند. علاوه بر پزشکان و کادر ارائه‌کننده خدمات بهداشتی، که باید وظایف و مسؤولیت‌های خود را در قبال این افراد شناخته و به انجام برسانند، سیاست‌گذاران سلامت و مسؤولین جامعه نیز باید در این راستا و جهت حفظ حقوق این افراد سیاست‌های لازم را تدوین و به اجرا گذارند.

سوی دیگر بیماران سالمند به دفعات صلاحیت تصمیم‌گیری خود را در اثر بیماری‌های زمینه‌ای همچون دمانس، یا بیماری‌های گذرا همچون دلیریوم از دست می‌دهند. این امر ایجاد نظام قانونی برای ثبت خواسته‌های فرد از قبل را در کشورهای غربی در پی داشته است. واژه «خواسته قبلی»^۱ به معنای وصایای شفاهی یا کتبی فرد در مورد خواسته‌ها و آرزوهایش در مورد اقدامات طبی آینده می‌باشد و زمانی بکار خواهد رفت که فرد دیگر قادر به تکلم نیست. در این معنا در برخی کشورها سه شیوه وجود دارد: اول، «وصیت زمان حیات»^۲ که شامل وصیتی کتبی است که طی آن فرد نظر ترجیحی‌اش را برای استفاده از خدمات حمایت‌کننده از حیات، در زمانی که مراحل انتهایی بیماری را می‌گذراند، بیان می‌کند، مثلاً وصیت فرد مبنی بر عدم احیای قلبی ریوی در صورت توقف قلبی-تنفسی؛ دوم، «وکالت مراقبت‌های سلامت»^۳ که به معنای دادن وکالت قانونی و معتبر به فردی دیگر برای تصمیم‌گیری در امور مرتبط با سلامت است؛ و سوم، «وکالت‌نامه دایمی»^۴ که از دو نوع قبلی وسیع‌تر است و این وکیل

1- Advance Directive

2- Living Will

3- Health Care Proxy

4- Durable Power of Attorney

5- Palliative Care

- 7- Campbell A, Gillett G. Medical ethics. UK: Oxford University Press, 2001, p.159-178.
- 8- Shuchman M. Mentally disabled and mentally ill persons. In: Post SG. Encyclopedia of Bioethics. New York: Thomson Gale, 3rd edition, 2003, pp. 1820-1825.
- 9- Fulford KWM, Howse K. Ethics of research with psychiatric patients: principles, problems and the primary responsibilities of research. J Med Ethics 1993; 19: 85-91.
- 10- Campbell A, Gillett G. Medical ethics. UK: Oxford University Press, 2001, p.179-199.
- 11- Sachs GA. Healthcare and research issues. In: Post SG. Encyclopedia of Bioethics. New York: Thomson Gale, 3rd edition, 2003, pp.104-107.

مراجع

- 1- Kopelman LM. Healthcare and research issues. In: Post SG. Encyclopedia of Bioethics. New York: Thomson Gale, 3rd edition, 2003, pp. 387-399.
 - 2- Lourdes Levy M, Larcher V, Kurz R, et al. Informed consent/assent in children. Statement of the Ethics Working Group of the Confederation of European Specialists in Paediatrics (CESP). Eur J Pediatr 2003; 162: 629-633.
 - 3- Campbell A, Gillett G. Medical ethics. UK: Oxford University Press, 2001, p.115-128.
 - 4- Huxtable R. Re M(medical treatment: consent) time to remove the 'Flak jacket'? Child and Family Law Quarterly 2000; 12: 83-8.
- ۵- ترور اسمیت. اخلاق در پژوهش‌های پزشکی.
ترجمه محمد ضرغام. تهران: چاپ برای فردا،
۱۳۸۱.
- 6- Royal College of Pediatrics and Child Health. Withholding and withdrawing life saving treatment in children: a framework for practice. London: RCPCH, 1997.

فصل ۸

اخلاق پزشکی در پیوند اعضا و

بافت‌ها

مقدمه

پیوند اعضا، یکی از مباحث مهم در زمینه اخلاق پزشکی است. در کشور ما با توجه به گسترش مسأله پیوند اعضا، جوانب مختلف این مسأله نیاز به توجه دقیق دارد. جالب است که توجه به سیرتاریخی این موضوع در کشور ما، به نوعی باعث روشن شدن نقش عوامل مختلف متأثر از مسائل اخلاق پزشکی در یک حوزه خواهد شد. به تدریج با گسترش زمینه‌های تکنیکی پزشکی و امکان انجام پیوند در دنیا، در کشور ما عالمان دین توجهی جدید به این موضوع نمودند و با جوائز (افتاء) شمردن آن، انجام پیوند اعضا در کشورمان امکان عملی یافت. لازم به ذکر است که هنوز در کشوری مانند ژاپن که از لحاظ علم و فناوری پیشرفته است، در این زمینه مشکلات اساسی (به علت فرهنگ حاکم بر جامعه) وجود دارد (۱). پس از شروع پیوند اعضا و مقبولیت آن توسط برخی از فقها، نیاز به تدوین قوانین و مقررات لازم توسط دست‌اندرکاران امر پیوند اعضا مورد تأکید

قرار گرفت. به همین منظور لایحه‌ای جهت تصویب به مجلس شورای اسلامی ارائه گردید. اگرچه این لایحه در آن زمان مورد تصویب قرار نگرفت، اما مجدداً پس از چندی لایحه دیگری در سال ۱۳۷۹ مطرح و تصویب شد. بنابراین مسائل حقوقی نیز در امر پیوند جایگاهی روشن یافتند. این موضوع برای آموزش و جداکردن نقش ذینفعان مرتبط با مباحث اخلاق پزشکی در کشور ما «مثال زدنی» است. با ذکر همه این نکات، هنوز ده‌ها مسأله در زمینه اخلاق پزشکی و پیوند اعضا وجود دارند، مانند چگونگی ارتباط دهنده و گیرنده، انتخاب گیرنده، چگونگی برخورد با شرایط دهنده، رضایت خانواده و غیره. تفصیل بحث پیوند اعضا در کتاب «نگرش جامع به پیوند اعضا» آمده است (۲).

اما موضوع پیوند عضو و هم‌چنین در سال‌های اخیر مسأله پیوند بافت، با توجه به نیاز روزافزون جامعه، موضوعی مطرح در اخلاق پزشکی امروز دنیا هستند که نیازمند هرچه قانونمندتر شدن می‌باشند. اولین پیوند بالینی عضو در سال ۱۹۵۴ صورت گرفت که شامل پیوند کلیه بود (۳). اما پیشرفت دانش و فناوری در این زمینه در سال‌های گذشته بسیار چشم‌گیر بوده است. به تناسب آن، مباحث اخلاقی در پیوند اعضا نیز تحولات شگرفی یافته به نحوی که مباحث و

موضوعات جدید در خصوص پیوند، توجه حقوق دانان، رهبران مذهبی، فیلسوفان و متخصصین اخلاق پزشکی را به این موضوع معطوف نموده است. فرهنگ‌ها و مذاهب مختلف در جوامع تأثیر زیادی در تصمیم‌گیری اخلاقی، از جمله در امر پیوند اعضا دارند. به عنوان مثال، در حالی که بیماران دچار مرگ مغزی از مهم‌ترین منابع تامین عضو در انگلستان بوده‌اند؛ در چین تا چندی پیش از مجرمین اعدامی برای این منظور استفاده می‌شده است. با توجه به تفاوت در اعتقادات و مذاهب و ارزش‌ها در کشورهای مختلف، در برخی موضوعات مطروحه در امر پیوند نمی‌توان قوانین اخلاقی واحدی را در دنیا انتظار داشت که با توسل به آن‌ها بتوان عمل اخلاقی و غیر اخلاقی را تعریف و تبیین نمود؛ اما برخی چارچوب‌ها و روش‌های تحلیلی در دنیا جهت این امر پیشنهاد شده‌اند. در هر حال موضوعات فراوان وجود دارند که نیازمند بررسی‌های بیشتر براساس ارزش‌های هر جامعه می‌باشند. در ذیل به برخی از مسائل عمده در زمینه پیوند اعضا اشاره خواهد شد:

پیوند عضو از جسد

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

- اخذ رضایت و راه‌های آن
 - روش اطمینان از مرگ قطعی
 - مباحث اخلاقی پیرامون پیوند عضو از مرگ مغزی
 - مباحث پیرامون پیوند عضو از کودکان آنانسفال
- اخذ رضایت از مهم‌ترین مشکلات در پیوند عضو از جسد و مرگ مغزی می‌باشد. فرهنگ اهدای عضو در جوامع مختلف هنوز مشکلات فراوانی دارد. در بسیاری از جوامع مذهبی و حتی غیر آن مثل ژاپن، این مسأله مشکلات جدی دارد. خوشبختانه در کشور ما مسیر طولانی در این زمینه طی شده است ولی هنوز گسترش بستر فرهنگ مردمی، تلاش افزون‌تری را می‌طلبد. رضایت می‌تواند به سه گونه تقسیم شود (۴):

- (۱) رضایت آگاهانه یا Informed consent (نظام opt-in)
 - (۲) رضایت فرض شده یا Presumed consent (نظام opt-out)
 - (۳) تقاضای الزامی یا Required request
- در شیوه اول رضایت در زمان حیات فرد اخذ گردیده است و فرد متوفی دارای کارت اهدای عضو بوده یا اطلاع از این رضایت در کارت گواهینامه رانندگی ذکر می‌شود. ممکن

برداشت شود. اما شیوه سوم اخذ رضایت که در برخی ایالت‌های آمریکا اجرا می‌شود این است که پذیرش‌دهنده یا پزشکان بیمارستان‌ها از نظر قانونی مسئولند از وراثت و اولیای قانونی متوفی، در مورد تمایل به اهدای اعضای جسد پرسش نمایند. تأمین عضو پیوندی برای افراد نیازمند، مسأله عمده‌ای است که در برخی کشورها راه حل‌های دیگری اندیشیده شده است. یک برنامه پیشنهادی این است که در مواقع خاصی هم‌چون ثبت نام و تجدید گواهینامه رانندگی یا تکمیل فرم‌های مالیات، فرد طی وکالت نامه‌ای تمایل یا عدم تمایل به اهدای عضو را اعلام نماید (۴). این امر ضمن حفظ اتونومی فرد، استرس اعضای خانواده و پزشکان را نیز پس از مرگ فرد کاهش خواهد داد.

پیوند عضو از مرگ مغزی

در پیوند از افراد مبتلا به مرگ مغزی، برای برداشت علاوه بر مسأله رضایت، اطمینان از مرگ فرد، جهت تأیید جراحی عضو پیوندی از بدن فرددهنده ضروری است. مرگ مغزی باید حتماً توسط کمیته علمی - اخلاقی که بدین منظور فعالیت می‌نمایند به‌طور جداگانه مورد تأیید قرار گیرد. تعریف علمی مرگ مغزی که در سال ۱۹۷۹ ارائه شده است در حال حاضر به‌صورت گسترده مورد

است این نوع رضایت به‌صورت وصیت کتبی و شفاهی به بستگان باشد. این نوع رضایت در بیش‌تر کشورهای غربی مطرح و یکی از راه‌های تأمین عضو پیوندی است. در این مورد گاه این مشکل وجود دارد که علیرغم رضایت فرد، افراد خانواده به دلیل تألمات روحی یا علل دیگر تمایل به اهدای عضو فرد متوفی ندارند و آن را مغایر اعتقادات خود یا منافی با احترام به جسد مرده می‌شمرند (۴).

در شیوه دوم هرچند قبل از مرگ رضایت آگاهانه از فرد اخذ نشده است، اما فرض بر این است که فرد متوفی از اهدای عضو رضایت دارد مگر این‌که فرد در زمان حیات خلاف آن را تأکید یا درخواست نموده باشد (۴). رضایت فرض شده در کشورهایی چون فلسطین اشغالی، سنگاپور و بسیاری از کشورهای اروپایی و برخی ایالت‌های آمریکا مبنای استفاده از اعضای فرد متوفی می‌باشد. در این شیوه، فرد در صورت عدم تمایل به این امر باید دارای کارت عدم اهدای عضو^۱ باشد. در فرانسه، رضایت والدین برای برداشت عضو از فرزندان، یک «رضایت فرض شده» است. در اتریش اعضای خارجیان متوفی، ممکن است بدون رضایت آگاهانه

وجود عضو متناسب جهت پیوند، استفاده از اعضای کودکان آنسفال را مطرح نموده‌است. رنج کشیدن کودکان آنسفال، عدم امکان درمان، تسکین روانی و روحی والدین در صورت پیوند اعضای این کودکان به کودکان دیگر، می‌تواند از علل توجیه کننده این عمل باشد. اما در حال حاضر هنوز به دلایل اخلاقی از این بیماران به عنوان دهنده عضو استفاده نمی‌شود.

پیوند عضو از دهنده زنده

آگاهانه بودن رضایت در فرد دهنده پیوند، اساسی‌ترین مسأله در این نوع پیوند می‌باشد. برخی از مسائل مطرح و مورد بحث در این قسمت عبارتند از:

- مسائل اخلاقی پیوند در صورت وارد شدن صدمات جدی به فرد دهنده
- جلوگیری از سودجویی‌های مادی و خرید و فروش اعضای بدن
- پیوند عضو از کودکان و افراد فاقد صلاحیت.

مسائل اخلاقی اهدای عضو از دهنده زنده تحت تأثیر نوع عضو یا بافت می‌باشد که آیا قابل بازسازی است (مثل خون و مغز استخوان) یا غیرقابل بازسازی اما جفت است (مثل کلیه‌ها، قرنیه) و یا این‌که هم غیرقابل

پذیرش می‌باشد. این مسأله باید مورد تأکید قرار گیرد که تلاش لازم برای حفظ حیات فرد (خصوصاً داوطلب اهدای عضو) بایستی صورت گرفته و از سودجویی‌های مادی پرهیز شود. در بیمار مبتلا به مرگ مغزی، به علت آسیب غیرقابل برگشت به ساقه مغز، تنفس خودبه‌خود وجود ندارد و بیمار وابسته به تنفس از دستگاه تنفس مصنوعی است. لازم به ذکر است که دو وضعیت بالینی وجود دارند که بسیار نزدیک به وضعیت مرگ مغزی می‌باشند چرا که هر دو با صدمه خیلی شدید نورولوژیک همراه می‌باشند و به ناچار به سمت مرگ خواهند رفت که عبارتند از (۴):

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

۲. کودک متولد شده با آنسفالی که سطوح فوقانی مغز (بالای ساقه مغز) را دارا نمی‌باشد.

در مورد امکان استفاده از اعضای بیماران دچار دو وضعیت فوق مباحثی در کشورهای مختلف وجود دارد. در حال حاضر هرچند در موارد معدودی مجوزهایی داده شده، اما در هر دو مورد فوق اکثر جوامع با گرفتن عضو از آن‌ها مخالفند.

البته مشکلات پیوند اعضا در اطفال و عدم

که در آینده ممکن است فرد دهنده با آن‌ها رویه‌رو شود، اهمیت زیادی دارد و رضایت آگاهانه مورد تأکید می‌باشد. هیچ‌گونه فشار و اجباری اعم از روانی، جسمی یا مادی نباید بر فرد دهنده تحمیل گردد.

اما مسأله فروش اعضا مشکلات عدیده‌ای را برای جوامع ایجاد نموده است. اگر از قاجاق غیرقانونی و تجارت اعضای بدن و سودجویی‌هایی که در این زمینه وجود دارد بگذریم، جبران خسارات فرد دهنده عضو می‌تواند مدلی مطرح باشد. تلاش جدی برای قطع ارتباط بین دهنده و گیرنده به عملکرد اخلاقی کار کمک خواهد کرد. جبران خسارت می‌تواند به صورت هدیه شبیه مدل پیوند کلیه در ایران و توسط نهادی دیگر انجام شود. این امر نکوهیده نیست که جامعه به نوعی از ایثار یک انسان در اهدای عضو به روش‌هایی تقدیر کند؛ در عین حال برای سلامت جامعه، همواره باید مجامع درگیر در امر پیوند از فروش عضو جلوگیری نمایند. احتمال وجود استثمار از مسائل مهمی است که خرید و فروش عضو را غیرقابل قبول می‌نماید. ممکن است از نظر روحی یا مادی، فرد دهنده تحت فشار افراد خانواده یا واسطه‌گران و دلالتان قرار گرفته باشد؛ مسأله‌ای که متأسفانه در حال حاضر به ویژه

بازسازی و فقط تنها عضو موجود در بدن می‌باشد (مثل قلب، کبد). در مورد اول مسائل اخلاقی جدی مطرح نبوده بلکه بیش‌تر به صورت یک عمل نوع‌دوستانه صورت می‌گیرد. در مورد قلب به هیچ وجه جواز برداشت آن از فرد زنده صادر نمی‌شود چون با حیات فرد مغایرات دارد. در مورد کبد هم انجام پیوند قسمتی از کبد به تدریج رایج می‌شود. در مورد دوم با توجه به صدمه‌ای که به فرد دهنده وارد می‌شود، باید فواید آن سنجیده شود و رضایت آگاهانه وجود داشته باشد. برخی ارزش‌های اخلاقی وجود دارند که گاه اهدای عضو را از سوی یک داوطلب سالم و زنده مقدور می‌سازند؛ علاقه و محبت بین اعضای خانواده و دوستان، نوع دوستی، نگرش مثبت به حیات بخش بودن عمل پیوند و امید به پاداش‌های معنوی و یا برخی مؤلفه‌های دیگر از جمله این ارزش‌ها می‌باشند. لذا اخلاقی بودن اهدای عضو به صورت داوطلبانه مورد تأیید اکثر جوامع می‌باشد؛ هرچند در مورد فروش عضو مباحث زیادی وجود دارد. اهدای عضو توسط یکی از خویشاوندان و خانواده فرد یا سایر افراد غیرفامیل در برخی موارد از جمله نارسایی انتهایی کلیه (پیوند کلیه) امکان‌پذیر می‌باشد. آگاهی‌دادن کافی در مورد خطرات و مسائلی

نحوه انتخاب فرد گیرنده پیوند، از مسائل مهم در مبحث پیوند می‌باشد که متأسفانه امکان اعمال شیوه‌های غیراخلاقی در آن وجود دارد. متأسفانه گاه وجود پاداش و توان مادی در گیرنده عضو، تنها عاملی است که فردگیرنده پیوند را مشخص می‌سازد. مسلم است که معیارهای دقیق علمی جهت تعیین اولویت در عمل جراحی پیوند عضو باید به‌طور مشخص و قانونی در دسترس مراکز پزشکی باشند و نسبت به آن‌ها نظارت کافی صورت گیرد. بالابودن احتمال موفقیت پیوند، طول عمر عضو پیوندی، طول عمر و کیفیت زندگی بیمار گیرنده پیوند و میزان بازگشت به حیات طبیعی، از شرایط مهم انتخاب فردگیرنده پیوند می‌باشند (۶). شناسایی بیماران اورژانس در این مقوله اهمیت به‌سزایی دارد. به‌هرحال، در بعضی از جوامع عوامل دیگری چون میزان مفیدبودن فرد برای جامعه یا تمایل فرددهنده به اهدای عضو به فردی خاص، گاه می‌تواند شرایط فوق‌الذکر را تحت الشعاع قرار دهد. اما در هر حال اولویت‌دادن به افراد دارای وجهه اجتماعی، افراد صاحب جاه و مقام و ثروتمندان که گاه در اثر کمبود اعضای پیوندی در مقابل تقاضای زیاد دیده می‌شود، مسلماً عملی غیراخلاقی و خلاف عدالت اجتماعی می‌باشد

در جوامع فقیر و کشورهای جهان سوم شاهد آن هستیم. فروش اعضای کودکان به دلیل فقر مادی خانواده یا دزدیدن اعضای بدن بدون رضایت فرد دهنده، از جمله این موارد می‌باشد. با توجه به گسترش این وضعیت در برخی از کشورها، در سال ۱۳۸۷ کارگروه آسیایی در مورد مبارزه با قاچاق اعضای پیوندی تشکیل و با ارائه توصیه‌نامه‌هایی به کشورهای آسیایی، راهکار مناسبی را در مبارزه با قاچاق اعضا ارائه نمود (۵).

مسائل اخلاقی و حقوقی مطرح بین

فردگیرنده و دهنده پیوند

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

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

بانک‌های پیوند در بسیاری از کشورها در حال انجام می‌باشد که اعضای پیوندی آن عمدتاً از اجساد تأمین می‌شوند. مسائل فوق الذکر ضرورت برنامه‌ریزی علمی، قانونمندی و نظارت دقیق اجرایی را در امر پیوند مشخص می‌سازد.

پیوند بافت

در موضوع پیوند بافت چند مسأله به‌طور کلی مطرح است از جمله:

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

پیوند عصب از بافت‌های جنینی^۱

بافت مغز میانی جنین انسانی، می‌تواند مدت طولانی در مغز انسان زنده بماند و در بیماری‌های نورودژنراتیو مانند پارکینسون و کره هانتینگتون، با برگشت دادن عصب رسانی گانگلیون بازال، علایم بالینی را بهبود بخشد (۴). تهیه بافت پیوندی و انجام این نوع پیوند مستلزم وجود جنین مرده می‌باشد. لذا هر چند استفاده از بافت‌های انسانی امری است که در

(۷). لذا توصیه‌های جدید وجود دارند که گروه تصمیم‌گیر برای دهنده و گیرنده، متفاوت از گروه انجام دهنده پیوند باشند. متأسفانه عضو پیوندی می‌تواند در صورتی که از دهنده زنده باشد با پیمان‌های مالی آشکار یا پنهان همراه باشد. گاه حتی گیرنده و دهنده‌های خویشاوند نیز بین خود پیمان‌های مالی دارند. پیمان‌های مالی آشکار در مواردی که اهدای عضو در قبال پاداش‌هایی صورت می‌گیرد، اصطلاحاً «Rewarded gifts» نامیده می‌شود و در بسیاری از موارد معمول می‌باشد. متأسفانه پیمان‌های مالی غیرقانونی که عمدتاً سنگین بوده و گاه با تبانی بین دهنده پیوند، واسطه‌گران و دلالت غیرقانونی و افراد دست اندرکار همراه می‌باشد، در برخی جوامع پای گرفته است که اصطلاحاً «تجارت سبانه» یا «Rampant commercialism» نامیده می‌شود (۷).

با توجه به مسائل موجود، پیشنهاد شده است که تهیه اعضای پیوندی تحت نظارت موسسات علمی یا دولتی انجام شود و در قبال آن پاداش‌هایی به فرد دهنده عضو اعطا شود. این امر ضمن جلوگیری از مسائل غیراخلاقی و سوءاستفاده سودجویان، از بی‌بهره ماندن افراد فقیر نیازمند به پیوند پیشگیری خواهد نمود. در حال حاضر چنین کاری توسط ایجاد

1- Foetal Neural Transplantation

محسوب می‌شود. پژوهش‌ها در حیوانات امکان‌پذیر بودن نگهداری سلول‌های زبای جنینی و پیوند آن‌ها به میزبانان را نشان داده است (۴)؛ اما در حیطه انسانی، مباحث اخلاقی مبهمی وجود دارند. هرچند می‌توان از محصولات سقط‌های قانونی یا سقط‌های خودبه‌خودی برای این منظور استفاده کرد، اما تأیید اخلاقی چنین عملی می‌تواند به افزایش سقط‌های جنین و یا حتی حامله شدن برای ایجاد سقط منجر شود. اثرات روی گیرنده مادر، اثرات روی کودک حاصله از منشأ غیرمعمول، فقدان دانش کافی در خصوص رشد تخم‌های جنینی و نیز فشار افکار عمومی از جمله مسائلی هستند که در این خصوص وجود داشته و در انگلستان نیز باعث ممنوعیت این عمل در سال ۱۹۹۴ شدند. در صورتی که اطلاعات علمی بیشتری در این مورد کسب شود، نکات مبهم موجود در این حوزه قابل رفع و پاسخگویی خواهند بود. در مورد کودکان حاصله که اصطلاحاً 'foetus' نامیده می‌شوند (۸) و از لحاظ ژنتیکی وابسته به مادری هستند که هرگز بدنیا نیامده است؛ مسائل حقوقی متعددی می‌تواند مطرح شود. از سوی دیگر این کودکان چون اکثراً صاحب پدر، پدربزرگ و مادر بزرگ می‌باشند، مقبولیت از جانب آن‌ها اهمیت زیادی در

حال حاضر از نظر اخلاقی مورد تأیید است، ولی سؤال این است که چگونه و با چه شرایطی باید انجام شود. در این امر از لحاظ رعایت اصول اخلاق پزشکی شرایط ویژه‌ای مطرح است از جمله:

- به هیچ وجه سقط‌جنین، جهت انجام پیوند صورت نپذیرد.

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

- احتمال واقعی سودمندی این عمل وجود داشته و فایده آن در مقابل خطر احتمالی سنجیده شود.

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

- رضایت آگاهانه مادر وجود داشته باشد.

مادر بودن جنین^۱

کمبود تخمک در درمانگاه‌های باروری یک احتمال جدید را در محافل پزشکی مطرح نموده است و آن بدست آوردن تخم‌ها (eggs) از جنین است. در این شیوه به ناچار جنین باید سقط شده باشد و در حقیقت جنین، مادر بیولوژیک کودکان جامعه

در دیابت و سلول‌های قلب آسیب دیده به کار رود (۴). این فناوری می‌تواند با ایجاد بانک بافت‌های پیوندی؛ بافت‌های خون، مغز استخوان، ریه، کبد، تاندون‌ها، لیگامان‌ها، عضله، پوست، استخوان، دندان، شبکیه و عدسی را برای بیماران و نیز برای نیازهای پژوهشی فراهم نماید. در صورتی که دانش و فناوری لازم در این زمینه به‌طور کامل در دسترس قرار گیرد، مسائل اخلاقی آن همچون اخذ رضایت آگاهانه از فرد دهنده سلول تخم و نیز تدوین قوانین مورد نیاز در این زمینه به‌طور جدی‌تری مطرح خواهند شد.

پیوند بین حیوانات و انسان

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

- این‌گونه پیوندها بر خلاف ساختار طبیعت هستند.
- انتقال پاتوژن‌های مختلف از حیوان به انسان
- انتقال عفونت‌های زئونوز^۳ به فردگیرنده پیوند از حیوان و اطرافیان

جلوگیری از مشکلات روانی و اخلاقی در کودک خواهد داشت. اخذ رضایت در انجام این عمل نیز مشکلی است که پیرامون آن بحث‌هایی مطرح است.

استفاده از سلول‌های بنیادی جنین

انسان

جداسازی و کشت سلول‌های بنیادی امبریونیک انسانی^۱ (hES)، اولین بار در سال ۱۹۹۸ صورت پذیرفت (۹). سلول‌های بنیادی استعداد تولید هر نوع سلول دیگر انسانی را دارند و اصطلاح Cloning برای تولید یک ردیف سلول از این hES به کار برده می‌شود. روش دیگری که می‌تواند جایگزین این روش باشد، شامل استفاده از فناوری جابجایی هسته سلول^۲ برای تهیه سلول‌های بنیادی انسانی می‌باشد که در آن هر سلول سوماتیک می‌تواند با یک سلول تخم بدون هسته ترکیب شده و تبدیل به یک بلاستوسیت شود. این سلول‌های بنیادی امبریونیک حاصله، با بدن فرد سازگار خواهند بود. هم‌چنین این شیوه ممکن است نیاز به انجام تحقیقات روی رویان را از بین ببرد. پتانسیل سلول‌های حاصله زیاد بوده و می‌تواند برای جایگزینی سلول‌های لوزالمعده

1- Human Embryonic Stem Cells

2- Cell Nuclear Replacement Technology

3- Xenosis or Xenozoonosis

و نیز جامعه

- تعارض منافع فرد با جامعه
- از بین رفتن حدود و مرزهای بین گونه‌های حیوانی
- حقوق حیوانات
- مسائل مربوط به انتقال عضو و بافت از انسان به حیوان

پیوند بین حیوان و انسان، شامل انتقال هر نوع بافت می‌باشد از جمله: پیوند دریچه قلب خوک به انسان، کاشت سلول‌های عصبی جنین انسان در بدن موش و تزریق ژن‌های انسانی به حیوانات برای کاهش میزان پس‌زدن بافت پیوند شده حیوان به انسان (۴). در دهه اخیر پیشرفت‌های سریعی در مورد پیوند کلیه حیوانات به انسان صورت پذیرفته است (۷). مسأله حقوق حیوانات، به هم‌زدن آسایش آن‌ها برای سودمندی انسان‌ها و نیز احتمال بهره‌کشی و استثمار حیوانات از مسائل مطرح شده در این بحث می‌باشند. به دلایل عملی، فیزیولوژیک و ایمنولوژیک، خوک مناسب‌ترین گونه برای دادن عضو به انسان می‌باشد و دستکاری ژنتیک در این حیوان ممکن است اعضای ایجاد کند که فوراً توسط بدن انسان پس زده نشوند.

اما حتی اگر اشکالات عملی و فیزیولوژیک و ایمنولوژیک موجود رفع شود،

خطرات بس وحشتناکی از جمله انتقال ویروس‌ها و سایر پاتوژن‌های حیوانی به انسان، مانع عمده این نوع پیوند می‌باشد (۷). پیوند بین حیوان و انسان، باعث انتقال آسان ویروس به انسان می‌شود چرا که موانع فیزیولوژیک و طبیعی ایمنی بدن در فرد گیرنده پیوند به عللی از جمله شیمی‌درمانی تضعیف می‌گردد. از سوی دیگر انتقال پاتوژن‌های عفونت‌های زنوز به انسان، از خطرات بسیار مهم این‌گونه پیوند محسوب می‌شود. پاتوژن‌های خاموش بدن حیوانات ممکن است به بیماری‌های خطرناکی در انسان منجر شوند (۴).

این نکته، خطرناک بودن پیوند عضو از حیوان به انسان را نه تنها برای انسان گیرنده، حتی برای سایر انسان‌ها به ویژه اطرافیان فرد گیرنده پیوند به‌طور جدی مطرح می‌سازد. با توجه به مسائل فوق، مسائل بالینی و اخلاقی فراوانی پیش‌رو قرار می‌گیرد که از جمله آن‌ها تعارض بین اتونومی و خواسته‌های فردی با خواسته‌های عمومی جامعه می‌باشد.

یکی از بحث‌هایی که در مخالفت با پیوند بین حیوان و انسان مطرح می‌شود، بحث 'Unnaturalness' یا به عبارتی؛ برخلاف اصول طبیعت بودن این عمل باشد. علاوه برآن، بحث نامشخص شدن حد و مرز بین

مراجع

1- Bagheri A., Criticism of Brain Death Policy in Japan, Kennedy Institute of Ethics Journal, Vol. 13, No.4, pp: 359-72, Dcember. 2003

۲- لاریجانی، باقر. نگرشی جامع به

پیوند اعضا. تهران: بنیاد امور

بیماری‌های خاص، چاپ سازمان

تحقیقات، آموزش و ترویج کشاورزی،

۱۳۷۸

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

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

5- Report of Asian Task Force n Organ Trafficking 2008., Recommendations on the Pohbition, Prevention and Elimination of organ Trafficking in Asia. Center for Ethics, Law and Society in Biomedicine and Technology, National Taiwan University.

۶- امامی رضوی، سیدحسن. پیوند

اعضا. مجموعه مقالات اخلاق پزشکی:

مسائل مستحدثه. تهران: مرکز مطالعات

و تحقیقات اخلاق پزشکی، چاپ

گونه‌های حیوانی و چگونگی تأثیر بر

شخصیت و انسانیت انسان، از نکات مورد

بحث می‌باشند. در حال حاضر، سازمان غذا و

داروی آمریکا (FDA) ممنوعیت و غیرقانونی

بودن کار آزمایشی‌های بالینی پیوند بین حیوان و

انسان را اعلام نموده است (۴).

اما بسیاری از دانشمندان معتقدند

تجربیات حیوانی در آزمایشگاه برای یافتن

پاسخ‌های دقیق در مورد نتایج پیوند بین

حیوان و انسان کافی نبوده و لذا باید با احتیاط

نسبت به انجام کارآزمایی‌های بالینی در انسان

اقدام شود. بر این اساس، لازم است راهنمای

فنی و نیز اخلاقی برای کاهش خطر انتقال

عفونت‌های حیوانی به انسان، تأمین آسایش و

رفاه حیوانات و حفاظت از شأن و حرمت و

جایگاه انسان‌ها در کشورها تهیه شود (۱۰).

- 9- Thomson J, Itslovitz- Eldor J, Shapiro s, Waknitiz M, Marshall V, Jones J. Embryonic stem cell lines derived from human blastocysts. Science 1998; 282: 1145-7.
- 10- Daar AS. Animal-to-human organ transplants: a solution or a new problem? Bulletin of the World Health Organizaion 1999; 77(1): 54-61

سروش، ۱۳۷۳، صفحات ۱۰۲-۱۱۰.

- 7- Sells RA. Transplants. In: Gillon R. Principles of health Care ethics. Chichester: John Wiley & Sons, 1994, P. 1003-1025.
- 8- Berkowitz J. "Mummy was a fetus: motherhood and fetal ovarian transplantation". J Med Ethics 1995; 21: 298-304.

فصل ۹

اخلاق در آموزش پزشکی

مقدمه

مشارکت دانشجویان در مراقبت بالینی بیماران، یکی از بخش‌های ضروری آموزش پزشکی است. هرچند آموزش بر بالین بیماران یکی از مهم‌ترین جنبه‌های فراهم‌آوری نیروی انسانی توانا و با قابلیت در ارائه خدمات سلامت است، اما بیماران به‌عنوان نمونه‌های آموزشی در اغلب موارد سود مستقیم و قابل توجهی از حضور دانشجویان در تیم مراقبت از آن‌ها نخواهند برد و حتی در مواردی نیز ممکن است در صورت عدم توجه، آسیب‌هایی را هم متحمل شوند. حفاظت از حقوق بیماران به‌عنوان نمونه‌های آموزشی که امکان یادگیری کاربردی و عملی را برای دانشجویان حرفه پزشکی فراهم می‌کنند، یکی از وظایف مهم نظام آموزشی و ارائه خدمات است. علاوه بر این، دانشجویان پزشکی در حین مراقبت از بیمار در صورتی که شاهد توجه به حقوق بیمار به‌عنوان یک انسان باشند و این که منافع او در اولویت ارائه خدمات سلامت و آموزش قرار می‌گیرد، به طور ضمنی و به شکل الگوبرداری، احترام به حقوق بیمار و

توجه به اولویت منافع او را می‌آموزند و به‌کار خواهند بست و برعکس در صورتی که شاهد اولویت آموزش بر منافع بیمار باشند، حساسیت اخلاقی و توجه به جنبه‌های انسانی طب را فراموش خواهند کرد (۱، ۲) و استفاده ابزاری از بیماران برای کسب اهداف آموزشی، پژوهشی و یا موارد دیگر را خواهند آموخت. مسائل اخلاقی در آموزش پزشکی را می‌توان از جنبه‌های مختلف مورد بررسی قرار داد و در این جا با توجه به اصول اخلاقی، این ملاحظات را بررسی خواهیم کرد.

احترام به حق انتخاب بیمار

متأسفانه در سیستم جاری خدمات آموزش بیمارستانی، نوعاً اطلاعات درست و مناسبی به بیماران در مورد مشارکت دانشجویان در روند مراقبت از ایشان داده نمی‌شود. جایگاه دانشجویان و اهمیت آموزش ایشان ذکر نمی‌شود و دانشجویان و مرتبه علمی ایشان به بیماران معرفی نمی‌شوند. این موضوع نگرانی از سوءاستفاده آموزشی از بیماران را در پی خواهد داشت. بیماران اغلب مایل به همکاری در آموزش دانشجویان هستند (۳، ۴)، با این وجود شفاف بودن این موضوع و احترام به حق انتخاب بیماران نقش بسیار مهمی در حفظ اعتماد و همکاری بیشتر آنها در آموزش دانشجویان دارد. گرفتن یک رضایت کلی در بدو ورود به بیمارستان

با فرهنگ و سطح آگاهی او اطلاعاتی در مورد خود از قبیل معرفی نام و رتبه علمی را در اختیار وی قرار دهد؛ همچنین لازم است جهت معاینه از بیماران اجازه بگیرند و در خصوص معایناتی که از حساسیت خاصی به لحاظ حریم خصوصی برخوردار است هم چون معاینات اندام تناسلی و نیز برای انجام معاینات و اقداماتی که صرفاً جنبه آموزشی و تمرینی دارند، در اخذ اجازه ایشان دقت و توجه بیشتری به خرج دهند.

مفید بودن و اجتناب از ضرر

یکی از مهم‌ترین اصول اخلاقی پزشکی توجه به اولویت سلامت بیمار است. ما وظیفه داریم اقداماتی را که بیشترین فایده و کمترین خطر را برای بیمار دارند انجام دهیم و اجازه نداریم آگاهانه و عامدانه کاری کنیم که به بیمار ضرری وارد شود. این وظایف در حالی است که تمام اقدامات پزشکی به درجاتی احتمال عوارض جانبی دارند و از سوی دیگر انجام آن‌ها توسط دانشجوی کم تجربه می‌تواند در مواردی خطر بروز عوارض و صدمات را افزایش دهد. لذا وظیفه اخلاقی مدرسین بالینی این است که با ارزیابی میزان خطر، تعیین کنند که چه افرادی اجازه دارند چه اقداماتی را انجام دهند و تا چه حد نظارت بر عملکردشان لازم است.

آموزشی کافی نیست (۵). حق بیمار است که در صورت تمایل، اطلاعاتی از تیم درمانی داشته باشد از قبیل اینکه در تیم درمانی او چند دانشجو حضور خواهند داشت، به هر یک چه وظایفی محول می‌شود و نظارت بر حسن عملکرد ایشان به چه ترتیب انجام می‌پذیرد. بیمار حق دارد بداند که انتظار ما از وی به عنوان همکار در فرآیند آموزش پزشکی در چه سطحی است. این خلاف اصول اخلاقی است که گروه پزشکی بدون دادن اطلاعات در این زمینه از بیمار انتظار داشته باشند هر زمان، با مشاهده و معاینه توسط هر تعداد دانشجو، به خصوص معایناتی که بیشتر به حریم شخصی افراد مرتبط می‌باشد، موافقت داشته باشد و هیچ مخالفتی نکند.

بنابراین لازم است در بدو ورود، ضمن دادن اطلاعات کافی در خصوص نحوه مشارکت دانشجویان، کارورزان و دستیاران در مراقبت از بیماران در بیمارستان آموزشی و ذکر اهمیت مشارکت انسان دوستانه ایشان در آموزش پزشکان توانمند آینده، از ایشان رضایت گرفته شود و به علاوه لازم است تک‌تک افرادی که به عنوان آموزش گیرنده در ارائه مراقبت از وی نقش دارند، ارتباط منطقی با بیمار برقرار نمایند و در شرایطی که لازم باشد و یا بیمار مایل به دانستن باشد، متناسب

عدالت

طبق اصل عدالت، بار تربیت نیروهای توانا و ماهر در جامعه پزشکی بر عهده تمام افرادی می‌باشد که از خدمات این افراد بهره‌مند می‌شوند و این منصفانه نیست که تنها بیماران با وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین نمونه آموزشی برای تربیت پزشکان آینده قرار گیرند. این موضوع بسیار حساس و قابل توجه است و باید به این نکته توجه داشت که نباید شرایطی ایجاد شود که اگر به دلیل ارزان قیمت بودن خدمات در بیمارستان‌های آموزشی تنها افراد کم‌درآمد حاضر به همکاری در خدمات آموزشی هستند، این موضوع منجر به کاهش کیفیت خدمات و افزایش خطر بیش از حداقل ممکن برای این گروه از افراد شود. هرچند در کشور ما به لحاظ سطح علمی اساتید و نیز ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی همچون پیوند مغز استخوان، پیوند قلب و دهها مثال دیگر در بیمارستان‌های دانشگاهی این نگرانی کمتر مطرح است، با این حال لازم است ضمن ارائه اطلاعات به بیماران در خصوص حقوق ایشان در بیمارستان‌های آموزشی و نحوه مشارکت آن‌ها در آموزش فراگیران پزشکی در رده‌های مختلف، به حقوق انسانی آن‌ها توجه ویژه شود و ارزیابی سود و ضرر در ارائه خدمت

هر اقدام پزشکی یک "خطر ذاتی" دارد که به وضعیت بیمار و نیز به نوع مداخله (تهاجمی بودن، پیچیدگی تکنیک، خطر احتمالی در صورت شکست) بستگی دارد. انجام اقدام توسط دانشجوی تازه‌کار خطر بروز عوارض یا صدمات را افزایش خواهد داد که به آن "خطر افزایشی" می‌گویند. خطر افزایشی ناشی از انجام اقدام پزشکی توسط دانشجو به سطح دانش، تجربه قبلی و نحوه عملکرد وی در اقدامات قبلی مشابه بستگی دارد. اساتید و دستیارانی که در آموزش دانشجویان و کارورزان نقش دارند، باید با توجه به ارزیابی این خطرات، امکان انجام آن توسط دانشجو و نیز سطح نظارت بر عملکرد وی را مشخص کنند و مراقب باشند که حضور فراگیران کم تجربه، صدمه قابل پیش‌گیری را به بیمار موجب نشود. به عنوان مثال، اقدامی که خطر ذاتی پایینی دارد، توسط دانشجویی که تجربه قبلی کافی در مورد انجام آن را دارد می‌توان بدون نظارت به وی سپرد. اما اقدامی که خطر بسیار بالایی دارد و دانشجو هیچ تجربه‌ای در انجام آن ندارد، نباید به وی سپرده بشود. خطراتی که بین این دو طیف قرار می‌گیرند، بر اساس شدت و ضعف آن، درجات متفاوتی از نظارت را از سوی آموزش دهنده می‌طلبند.

بسیاری از اقدامات تهاجمی به وجود آمده است و لازم نیست فراگیران اولین تجربه آموزشی خود را که می‌تواند بسیار خطرناک باشد بر روی بدن بیمار انجام دهند. با این وجود شبیه‌سازان آموزشی صد درصد تمام شرایط و حالات فیزیولوژیک بدن انسان را تقلید نمی‌کنند و باز نیاز به تقویت مهارت بر روی بدن واقعی انسان وجود دارد. در این شرایط یادگیری بر روی بدن افراد تازه متوفی ضرورت اخلاقی خود را بیشتر نشان می‌دهد. چون در این شرایط ضمن شبیه‌سازی تمام شرایط و حالات آناتومیک و فیزیولوژیک واقعی، هیچ صدمه‌ای به جان بیمار وارد نمی‌شود. لذا شاید بهتر باشد به جای آموزش بر بالین بیمار، مراحل از تمرین‌های آموزشی بر روی فرد تازه متوفی صورت گیرد.

اصل مهم در انجام اقدامات تهاجمی بر روی جسد فرد تازه متوفی، احترام به اصل خواست و رضایت وی و نیز احترام به کرامت انسانی جسد وی است (۷). هر چند در شرایطی که بیمار تازه فوت کرده است، شرایط روحی خانواده وی امکان اخذ رضایت از آن‌ها را برای استفاده آموزشی از جسد بیمارشان نمی‌دهد، اما تشابه این موضوع با استفاده انسان‌دوستانه از اعضای بدن بیمار دچار مرگ مغزی برای پیوند عضو، ضرورت

به ایشان به دقت صورت پذیرد. حتی در مواردی که ممکن است به علت تعارض منافع این ارزیابی مخدوش گردد، یک سیستم نظارت مستقل، کیفیت خدمات و رعایت اولویت منافع بیمار را ارزیابی نماید.

چاره دیگری که در برخی کشورها در خصوص رعایت عدالت در استفاده آموزشی از بیماران اندیشیده‌اند، گسترده نمودن مکان‌های آموزشی به بیمارستان‌های غیردانشگاهی و نیز تقویت دسترسی افراد کم درآمد به خدمات درمانی دولتی در بیمارستان‌های غیرآموزشی بوده است.

استفاده آموزشی از جسد تازه

متوفی

این مورد قبل از نقد اخلاقی و تعیین راهنما و ضوابطی بر آن، به‌طور گسترده در حال اجراست. طبق مطالعه‌ای در آمریکا مشخص شد که در حدود نیمی از برنامه‌های آموزش دستیاری طب اورژانس، از افراد تازه متوفی به‌عنوان نمونه آموزشی برای لوله‌گذاری داخل تراشه استفاده می‌شود و در اغلب موارد هیچ اجازه‌ای از خانواده متوفی گرفته نمی‌شود (۶). امروزه با وجود شبیه‌سازهای آموزشی^۱، امکان یادگیری

^۱ - Simulator

۱۹۸۱ نیز در سند کدهای اسلامی اخلاق پزشکی که در نشست علمای مسلمان از کشورهای مختلف در کویت تهیه شد، یکی از موارد مجاز تشریح جسد، اهداف آموزشی ذکر شده است (۱۱). امروزه امکان وصیت برای اهدای جسد برای تشریح آموزشی در ایران وجود دارد ولی نکته مهم دیگر که باید مورد توجه و دقت قرار گیرد توجه به شأن انسانی جسد و تذکر به ارزشمند بودن اقدام انسان‌دوستانه‌ای است که از سوی متوفی صورت گرفته است. از جمله مواردی که در احترام به شأن انسانی جسد در کالبد شکافی لازم است رعایت پوشیدگی اندام‌های غیر مورد استفاده و اجتناب از شوخی با بدن بیمار و اعضای او به هر صورت عدم احترام به قسمتی از بدن انسان در کنار جسد است. پس از استفاده آموزشی از جسد فرد مسلمان، لازم است جسد یا اعضای وی با احترام و مطابق تعالیم اسلامی به خاک سپرده شود. نقض این نکات موجب تضعیف توجه به جنبه‌های انسانی طب در دانشجویان پزشکی خواهد شد و به تدریج دانشجویان حساسیت اخلاقی خود را در اقدامات بالینی از دست خواهند داد.

فرهنگ‌سازی و کسب اعتماد عمومی مردم به سیستم آموزشی در مورد حداکثر تلاش برای نجات جان بیمارشان و اهمیت مشارکت نوع‌دوستانه در آموزش پزشکی همراه با حفظ کرامت فرد تازه متوفی را مطرح می‌سازد و شاید در این صورت بتوان زمینه رضایت و همکاری مردم در تحقق اخذ رضایت برای استفاده آموزشی از جسد تازه متوفی به شرط احترام به جسد و کرامت انسانی وی فراهم آورد. یکی از ضروریات احترام به کرامت انسانی متوفی، اجتناب از صدمه جدی به جسد می‌باشد که حتی با وجود رضایت فرد متوفی یا خانواده وی لازم است مورد توجه و رعایت قرار گیرد.

تشریح جسد

یکی از ملاحظات اخلاقی در آموزش پزشکی، استفاده از جسد برای تشریح و آموزش آناتومی است. تشریح جسد انسان به عنوان ابزار کمک آموزشی برای یادگیری مؤثر آناتومی بسیار اهمیت دارد. تأمین جسد برای آموزش در کشورهای مسلمان هم‌چون کشور ما با توجه به اصل کرامت انسانی جسد مسلمان با چالش جدی روبروست (۸) و با این همه با توجه به ضرورت و اهمیت آموزش پزشکان نسل فردا اجازه آن از سوی برخی مراجع داده شده است (۹ و ۱۰). در سال

مراجع

- 6- Morhaim DK, Heller MB. The practice of teaching endotracheal intubation on recently deceased patients. J Emerg Med 1991;9:515-518.
- 7- Berger JT, Rosner F, Cassell EJ. Ethics of practicing medical procedures on newly dead and nearly dead patients. J Gen Intern Med 2002 Oct;17(10):774-8.
- 8- Iqbal Khan M. Medical Ethics: An Islamic Perspective. Federation of Islamic Medical Associations.
<http://www.fimaweb.net/main/fimayearbook/Medical%20Ethics%20-%20An%20Islamic%20Perspective.doc>
- ۹- استفتانات پزشکی آیت الله سید محمد حسین فضل الله .
<http://www.bayynat.ir/index/?state=es&gid=35>
- ۱۰- استفتانات پزشکی آیت الله نوری همدانی .
http://lawoffice.mohme.gov.ir/reli_gious_inquiry/view_inquiry.jsp?id=11&offset=40
- 11- International Organization of Islamic Medicine. Kuwait Document, Islamic Code of Medical Ethics. 1981.
- 1- Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. Med Educ 2004 Sep;38(9):934-41.
- 2- Satterwhite RC, Satterwhite WM, III, Enarson C. An ethical paradox: the effect of unethical conduct on medical students' values. J Med Ethics 2000 Dec;26(6):462-5.
- 3- Gantley M, Rickets M, Sheldon M, Carter Y. Patients in east London seem happy to give GPs consent for training. BMJ 1998 May 2;316(7141):1391.
- 4- O'Flynn N, Spencer J, Jones R. Consent and confidentiality in teaching in general practice: survey of patients' views on presence of students. BMJ 1997 Nov 1;315(7116):1142.
- 5- Shooner C. The ethics of learning from patients. CMAJ 1997 Feb 15;156(4):535-8.

فصل ۱۰

۱. اخلاق در پژوهش‌های پزشکی

مقدمه

اخلاق در پژوهش‌های پزشکی، یکی از موضوعات جدی اخلاق پزشکی در دنیاست. با گسترش تحقیقات پزشکی در زمینه‌های مختلف؛ از جمله تحقیقات روی انسان و حیوان، تأملات ویژه‌ای در این زمینه ضرورت می‌یابد. بروز انحرافات جدی در تاریخ تحقیقات، که به آن‌ها اشاره خواهد شد، از مشخص‌ترین شواهد لزوم توجه همه جانبه به مسأله اخلاق در پژوهش بوده است. در حقیقت «حفاظت نمونه انسانی در تحقیقات زیست پزشکی»، محرک اصلی در آغاز و ادامه توجه به مسأله اخلاق در پژوهش بوده است. هم‌چنین گسترش خدمات درمانی و به کارگیری روش‌های نوین درمانی از یک سو و گسترش تحقیقات از سوی دیگر، لزوم شفاف سازی و رعایت مرزهای پژوهش و درمان و عدم تحقیق با هزینه‌های بیماران و رعایت حقوق بیماران، از ضرورت‌های انجام اخلاقی پژوهش است. ذکر این نکته ضروری است که غرض از سخن در باب اخلاق، ایجاد موانع و مشکلات تازه‌ای در راه پژوهش نیست؛ بلکه

اخلاق، خود راهگشا و ضامن تداوم پژوهش در راستای خدمت به خلق می‌باشد و عدم توجه به آن می‌تواند اعتماد مردم به پزشکان را دچار خدشه ساخته و تداوم تحقیقات را دچار وقفه نماید. پیشرفت علوم پزشکی در زمینه‌های تشخیصی، درمانی و پیشگیری، با بروز مسائل جدید اخلاقی همراه بوده است که ضرورت وجود دیدگاه و راهنمای عملی اخلاق در پژوهش را ضروری می‌سازد. گرچه داشتن ضوابط روشن و راهنماهای عملی با اهمیت است، اما روش دانشمندان و محققین سرآمد رشته‌های مختلف به عنوان الگو در جامعه علمی کشور نقش بسیار مهمی را در اجرای این ضوابط دارد.

ارتباط متقابل اخلاق و پژوهش

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

- (۱) رابطه تحقیقات با ارزش‌های درون تحقیق
- (۲) رابطه تحقیقات با ارزش‌های برون تحقیق

هدف از پژوهش تولید علم است و پژوهشگر نیز باید به تولید صادقانه علم، هرچند نتایج آن مخالف منافع فردی یا سازمان متبوع وی باشد، پایبند بماند. پژوهشگر باید تولید علم را فراتر از اثرات جنبی پژوهش از قبیل کسب اعتبار علمی و

علمی، عدم توسل به جحد و جمود و تحلیل نظر و اندیشه، شرط اصلی بالندگی تحقیقات است. بر این اساس هر محقق باید به ارزش‌های درون تحقیق که به علت ماهیت تحقیق ضرورت و اولویتی ویژه دارد، توجهی عمیق داشته باشد.

تحقیق هر محقق مانند هر فعالیت دیگر او، تابع نظام کلی ارزشی اوست. بدیهی است نگرش کلی به ارزش‌ها در مکاتب مختلف متفاوت است و ارزش‌های حاکم بر دیدگاه محقق، در عملکرد تحقیقاتی اش نیز می‌تواند تأثیرگذار باشد.

از دیدگاه اسلام، همه هستی و کل آفرینش در حرکت و جست‌وجوی دائمی خود هدفدار است و به اندازه سهم خود هستی، به آن هدف آگاهی دارد. مقصد آفرینش، کمال است، کمالی که ذرات وجود را به منبع لایزال کمال مطلق نزدیک کند. با توجه به اهمیت علم و عالم و یا به عبارتی تحقیق و محقق، ترسیم کمال حقیقی برای عالم، مهم‌ترین مؤلفه ارزش‌های بیرونی در علم و تحقیق می‌باشد. محقق در امر تحقیق می‌تواند با شناخت صحیح هدف و انتخاب درست منزلگاه‌های فاصل و به‌خصوص جهت حرکت و فعالیت و انطباق آن با سنت الهی، کلیه فعالیت‌های خود را صبغه الهی بخشد.

منافع مادی قرار دهد. هرگز نباید بنا به مصالح فردی یا گروهی، صداقت در اعلان نتایج را زیر پا گذارد و در داده‌ها و یافته‌ها دستکاری کند. پژوهشگر باید در بحث و جدل علمی تنها به حقیقت توجه داشته باشد و از تحمیل و زورمداری جداً پرهیزد. از مهم‌ترین ارزش‌ها، «صدق» است. اتکای صادقانه دانشمندان بر یافته‌های مرتبط پژوهشی و استفاده متقابل از نظرات و آرای یکدیگر، راز شکوفایی تحقیقات و علم است و عدم رعایت این ارزش اصیل، لطمات جبران ناپذیری به حقیقت علم و تحقیق وارد می‌کند. از سوی دیگر در حرفه پزشکی بسیاری موارد پیش می‌آید که پژوهشگر به طور همزمان پزشک معالج بیمار نیز هست. در این موارد باید منافع درمانی بیمار را بر اهداف پژوهشی مقدم بدارد و اطمینان یابد که بیمار بدور از هرگونه اجبار و ناچاری، اهداف پژوهش را درک کرده و داوطلبانه حاضر به شرکت در مطالعه شده است. به هر حال علوم و تحقیقات مجموعه‌ای از اطلاعات خشک و بی‌روح نیستند، بلکه کلیتی را تشکیل می‌دهند که پویا، متکامل، سیال و قابل انعطاف بوده، رشد و فراگیری و شمول عمومی آن در گرو تقابل آراء و تضارب افکار است. حاکمیت ارزش‌های اصیل، احترام متقابل در جوامع

شواهد تاریخی خطاهای پزشکی در

پژوهش

جهان پزشکی در اثر عدم توجه به مسائل اخلاقی، تاریخی رنجبار دارد. عدم رعایت مسائل اخلاقی در تحقیقات پزشکی در قرن حاضر از جهتی آموزنده و از جهتی شرم آور است. متأسفانه در همه کشورهای جهان می‌توان شواهدی جدی در این زمینه یافت. حتی در کشور ما نیز، موارد عدم رعایت اصول اخلاقی در تحقیقات پزشکی کم نیست. برخی از مشهورترین سوء رفتارهای پژوهشی در این جا مورد اشاره قرار می‌گیرند (۱ و ۲):

• مسائل اردوگاه‌های آلمان‌ها در

سال ۱۹۴۳-۱۹۴۵ و تجربه

واکسن تیفوس و مرگ چند

هزار نفر برای آزمایش آن.

• تزریق خون آلوده در مؤسسه

روبرت کخ به ۴۰ نفر برای

بررسی اثرات آن.

• انتقال پشه‌های آنوفل از

مرداب‌ها به یک اردوگاه برای

درک نحوه انتقال بیماری مالاریا.

• وارد کردن سنگ و شیشه به

زخم‌ها و جراحات ایجاد شده

برای بررسی اثر سولفونامیدها

در رفع عفونت.

• مرگ بسیاری از دوقلوها برای

بررسی اثرات ژنتیک.

• تلاش آمریکایی‌ها برای کشف

واکسن شیگلا و استفاده از آن

در افراد عقب‌افتاده.

• مرگ ۷۰۰ نفر از چینی‌ها در

تلاش پژوهشگران ژاپنی در

مورد شناخت بیماری طاعون.

• و بالاخره بررسی تاسکجی

(Tuskagee) بر روی

سیاهپوستان در مورد سیر

سیفلیس. این تحقیق از جهات

بسیار زیادی از قبیل فریب

افراد، نژادپرستانه بودن و عدم

درمان با وجود شناخت درمان،

در مسئله رعایت اصول اخلاقی

در تحقیق حائز اهمیت و یکی

از تحقیقات شرم آور پزشکی در

قرون اخیر است.

تاریخچه قوانین اساسی اخلاق در

پژوهش

به دنبال افشای فعالیت‌های غیر اخلاقی

پزشکان نازی در پایان جنگ جهانی دوم،

معیارهایی در تمامی مراکز تحقیقاتی اتخاذ

گردید تا همراه با برنامه‌های آموزشی و

تدارکات سازمانی، از تکرار فجایع مشابه

متفاوتی را برای بررسی طرح‌های تحقیقاتی جهت کسب موافقت اخلاقی اعمال می‌کنند. به‌عنوان مثال، در کشور استرالیا شورای ملی بهداشت و تحقیقات پزشکی رهنمودهایی برای انجام پژوهش‌های انسانی ارائه داده که محققانی که از آن نهاد پشتیبانی مالی جهت انجام تحقیقات خود دریافت می‌کنند، ملزم به رعایت سلسله اصول اخلاقی تعریف شده‌ای می‌باشند (۵). در بریتانیا، شورای تحقیقات پزشکی رهنمودهایی را به انتشار رسانده و سایر نهادها نیز مبتنی بر آن دستورالعمل‌های خود را تنظیم کرده‌اند (۶).

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

بیانیه هلسینکی

بیانیه هلسینکی که شامل مبانی پژوهش پزشکی در سوژه‌های انسانی است در سال ۱۹۶۴ منتشر گردید. ولی در سال‌های بعد نیز مورد بازبینی و تکمیل قرار گرفت. آخرین تصحیح این بیانیه در سال ۲۰۰۸ در پنجاه و نهمین جلسه عمومی انجمن پزشکی جهان (WMA) انجام پذیرفت که شامل ۳۵ بند در سه قسمت مجزا می‌باشد (۴).

پیشگیری شود. محاکمه آن دسته از پزشکان که در این اعمال غیراخلاقی دست داشتند، نشان داد که باید محققان را به‌خصوص در عرصه پزشکی ملزم به رعایت «عرف حاکم» کرد. این منشأ پیدایش «موازین نورنبرگ»^۱ در سال ۱۹۴۷ میلادی (۱۳۲۶ هجری شمسی) بود. در هجدهمین گردهمایی انجمن پزشکی جهانی^۲ (WMA) در هلسینکی نیز در جهت تقویت موازین نورنبرگ، سلسله قواعدی جهت هدایت تمامی افرادی که به‌طور حرفه‌ای در زمینه پژوهش فعالیت می‌کنند با عنوان «اعلامیه هلسینکی»^۳ به تصویب رسید (۳). آخرین اصلاحیه این بیانیه، در سال ۲۰۰۸ (سنول) مبنای عمل محققان و مراکز تحقیقاتی می‌باشد (۴).

امروزه، قبل از هر نوع جمع آوری اطلاعات در جمعیتی انسانی، باید تأیید کمیته‌های اخلاقی گرفته شود. این امر صرفاً محدود به مداخلات بالینی نمی‌باشد، بلکه شامل مصاحبه‌ها و پرسشنامه‌های تحقیقاتی نیز می‌شود.

کشورها و نهادهای مختلف معیارهای

^۱- Nuremberg Code

^۲- World Medical Association (WMA)

^۳- Helsinki Declaration

مقدمه

۱- انجمن جهانی پزشکی (WMA)،

بیانیه هلسینکی را به عنوان اعلامیه اصول اخلاقی در پژوهش‌های پزشکی بر روی آزمودنی‌های انسانی، از جمله داده‌ها و نمونه‌های انسانی قابل شناسایی؛ تدوین نموده است. این بیانیه باید به صورت کامل مورد توجه قرار گیرد و هیچ یک از بندهای آن نباید بدون در نظر گرفتن سایر بندهای مرتبط مورد استفاده قرار گیرد.

۲- هرچند این بیانیه مشخصاً پزشکان

را مورد خطاب قرار می‌دهد، انجمن جهانی پزشکی سایر افراد همکار در پژوهش‌های انسانی را نیز ترغیب به رعایت این اصول می‌نماید.

۳- وظیفه پزشک حفظ و بهبود سلامت

بیماران از جمله افراد شرکت کننده در پژوهش‌های پزشکی است و دانش و وجدانش وقف تحقق این وظیفه است.

۴- بیانیه ژنو انجمن جهانی پزشکی،

پزشکان را با پیمان "سلامت بیمار من اولین مسئولیت من است" متعهد نموده است و کد بین‌المللی

اخلاق پزشکی تصریح می‌کند که

"پزشک باید در ارائه مراقبت‌های پزشکی در جهت بهترین منفعت بیمار عمل نماید."

۵- پیشرفت علم پزشکی براساس

پژوهش‌هایی است که در نهایت مطالعاتی بر روی افراد انسان را شامل می‌شود. جمعیت‌هایی که کمتر در مواجهه با پژوهش‌های پزشکی هستند، باید دسترسی مناسبی به شرکت در پژوهش داشته باشند.

۶- در پژوهش‌های پزشکی بر روی

آزمودنی‌های انسانی، سلامت و رفاه شرکت کنندگان در پژوهش باید بر تمامی منافع ارجحیت یابد.

۷- هدف اولیه از پژوهش بر آزمودنی

انسانی، فهم علل، سیر و اثرات بیماری‌ها و بهبود مداخلات پیشگیری، تشخیصی و درمانی می‌باشد. حتی بهترین مداخلات معمول باید به‌طور مستمر به وسیله پژوهش از نظر ایمنی، اثربخشی، بازدهی، قابلیت دسترسی و کیفیت ارزیابی گردند.

۸- در پزشکی و پژوهش‌های پزشکی

اکثر مداخلات خطرات و عوارضی دارند.

۹- پژوهش پزشکی تابع استانداردهای اخلاقی است که احترام به تمامی آزمودنی‌ها را ارتقا می‌بخشد و از سلامت و حقوق آنان حمایت می‌کند. برخی از جمعیت‌های مورد پژوهش اساساً آسیب پذیر بوده و نیاز به حفاظت خاصی دارند. مانند کسانی که خودشان نمی‌توانند رضایت دهند یا از رضایت دادن امتناع کنند و نیز کسانی که ممکن است در مقابل فشار و اجبار یا اعمال نفوذ ناروا آسیب پذیر باشند.

۱۰- پزشکان باید استانداردها و هنجارهای حقوقی، قانونی و اخلاقی کشورهای خود در رابطه با پژوهش‌های انسانی را به خوبی هنجارها و استانداردهای قابل اجرای بین‌المللی مورد بررسی قرار دهند. هیچ الزام حقوقی، قانونی یا اخلاقی ملی یا بین‌المللی نباید حفاظت از افراد مورد پژوهش که در این بیانیه شرح داده شده است را کاهش داده یا حذف نماید.

۱۱- اصول حاکم بر همه پژوهش‌های

پزشکی، حفاظت از جان، سلامتی، کرامت، تمامیت فردی، استقلال فردی، حریم خصوصی و رازداری اطلاعات شخصی آزمودنی‌های پژوهش، وظیفه پزشکان شرکت کننده در پژوهش‌های پزشکی است.

۱۲- پژوهش‌های انسانی باید مطابق با اصول کلی علمی پذیرفته شده باشند و مبتنی بر دانش موجود در منابع و متون علمی، سایر منابع اطلاعاتی مرتبط و شواهد آزمایشگاهی کافی و در صورت لزوم مطالعات حیوانی باشند. رفاه حیوانات مورد پژوهش نیز باید مدنظر قرار گیرد.

۱۳- در مورد پژوهش‌های پزشکی که احتمال آسیب به محیط وجود دارد، باید احتیاط لازم صورت گیرد.

۱۴- طراحی و اجرای هر مطالعه پژوهشی با حضور آزمودنی انسانی، باید به وضوح در یک دستورالعمل پژوهشی شرح داده شود. دستورالعمل باید شامل بیان ملاحظات اخلاقی دخیل در پژوهش باشد و اشاره نماید که چگونه اصول اخلاقی این بیانیه

هنجارها و استانداردهای بین‌المللی مرتبط را در نظر بگیرد اما این امر نباید اجازه دهد که نسبت به حمایت‌های بیان شده در مورد آزمودنی در این بیانیه، هیچ‌گونه سهل‌انگاری یا اغمازی رخ دهد. کمیته باید حق نظارت بر مطالعه را در حین اجرای آن داشته باشد. پژوهشگر باید اطلاعات لازم خصوصاً اطلاعات نظارتی مرتبط با هرگونه رویداد جانبی مهم را برای کمیته فراهم نماید. هیچ تغییری در دستورالعمل نباید بدون بررسی و تصویب کمیته انجام شود.

۱۶- پژوهش‌های پزشکی روی آزمودنی‌های انسانی تنها باید توسط افرادی که از نظر علمی صلاحیت و آموزش مناسب را دارند انجام شوند. پژوهش روی بیماران و داوطلبان سالم به نظارت پزشک ذی‌صلاح و یا سایر افراد حرفه‌ای حوزه مراقبت‌های سلامت نیاز دارد. مسئولیت حفاظت از آزمودنی‌های پژوهش باید همواره با این افراد باقی بماند و حتی اگر شرکت کنندگان، خود رضایت داده باشند،

مورد لحاظ قرار گرفته است. دستورالعمل باید اطلاعات مربوط به بودجه، حمایت کنندگان مالی، وابستگی سازمانی^۱، سایر تعارض منافع بالقوه، مشوق‌های مورد استفاده برای آزمودنی‌ها، تدارکات درمان و جبران خسارت آزمودنی‌هایی که در نتیجه شرکت در مطالعه پژوهشی آسیب می‌بینند را در برگیرد. دستورالعمل باید نحوه دستیابی آزمودنی‌های مطالعه به نتایج مداخلاتی که در طی مطالعه سودمند شناخته شده و یا دستیابی به سایر مزایا و مراقبت‌های مناسب را توضیح دهد.

۱۵- دستورالعمل پژوهشی باید قبل از شروع مطالعه جهت بررسی، اظهار نظر، راهنمایی و تصویب به یک کمیته اخلاق در پژوهش ارائه شود. این کمیته باید مستقل از پژوهشگر، حامی مالی و یا هرگونه اعمال نفوذ ناروا باشد. این کمیته باید قوانین و قواعد کشور یا کشورهایی که پژوهش در آن انجام می‌شود و نیز

^۱ - Institutional affiliation

نباید به عهده آن‌ها گذاشته شود.

۱۷- پژوهش‌هایی که بر روی گروه‌ها و

جمعیت‌های آسیب پذیر و یا

محروم انجام می‌شوند، تنها در

صورتی قابل توجیه هستند که

پاسخگوی نیازها و اولویت‌های

بهداشتی این گروه یا جمعیت باشند

و احتمال منطقی وجود دارد که این

گروه یا جمعیت از نتایج این

پژوهش سود می‌برند.

۱۸- قبل از هر پژوهش پزشکی بر

آزمودنی‌های انسانی، باید ارزیابی

هزینه‌ها و خطرات قابل پیش‌بینی

برای افراد یا جمعیت‌های درگیر در

پژوهش در مقایسه با منافع قابل

پیش‌بینی برای آن‌ها و سایر افراد و

جمعیت‌های تحت تأثیر قرار گرفته

از شرایط پژوهش صورت گرفته

باشد.

۱۹- هر کارآزمایی بالینی باید قبل از

جلب مشارکت اولین آزمودنی، در

یک بانک اطلاعاتی قابل دسترس

عموم ثبت شده باشد.

۲۰- پزشکان نباید در پژوهش بر روی

آزمودنی انسانی شرکت کنند مگر

این‌که مطمئن باشند خطرات آن

کاملاً ارزیابی شده و به‌طور

رضایت‌بخشی قابل کنترل است.

پزشکان هنگامی که در می‌یابند

خطرات پژوهش بر منافع احتمالی

آن پیشی گرفته و یا دلایل قطعی

مبنی بر نتایج مثبت و سودمند وجود

دارد، باید بلافاصله مطالعه را

متوقف نمایند.

۲۱- پژوهش پزشکی بر روی آزمودنی

انسانی تنها در صورتی که اهمیت

موضوع از خطرات و هزینه‌های

ذاتی آن برای آزمودنی پژوهش

پیشی بگیرد، می‌تواند انجام شود.

۲۲- مشارکت افراد حائز شرایط به عنوان

آزمودنی در پژوهش پزشکی باید

داوطلبانه باشد، گرچه می‌تواند

مشاوره با افراد فامیل یا رهبر آن

جمعیت مناسب باشد. هیچ فرد

دارای شرایطی در مطالعه پژوهشی

شرکت داده نمی‌شود مگر این‌که

آزادانه موافقت نماید.

۲۳- همه اقدامات احتیاطی لازم برای

حفاظت حریم شخصی آزمودنی

پژوهش و رازداری اطلاعات

شخصی آن‌ها باید لحاظ شود و اثر

حفاظت از سوءمطالعه بر تمامیت

جسمی، روانی و اجتماعی افراد باید

به حداقل برسد.

۲۴- در پژوهش‌های پزشکی با دخالت

آزمودنی انسانی واجد شرایط، هر

آزمودنی بالقوه باید از اهداف،

روش‌ها، منابع مالی، هر گونه

تعارض منافع احتمالی، وابستگی

سازمانی پژوهشگر، منافع قابل پیش

بینی و خطرات احتمالی در مطالعه

و هر ناراحتی که می‌تواند از مطالعه

موجب شود، به قدر کافی آگاه شود.

آزمودنی باید از حق خود برای

امتناع از شرکت در مطالعه و پس

گرفتن رضایت خود در هر زمان

بدون نیاز به جبران آگاه شود. باید

توجه خاصی به نیازهای اطلاعاتی

ویژه آزمودنی و هم چنین روش‌های

انتقال این اطلاعات صورت گیرد.

بعد از اطمینان از این که فرد

اطلاعات را درک کرده است،

پزشک یا هر فرد ذی‌صلاح دیگری

باید رضایت آگاهانه و آزادانه

آزمودنی احتمالی را ترجیحاً

به صورت مکتوب اخذ کند. اگر

رضایت به صورت کتبی ادا نمی‌شود،

باید به صورت رسمی ثبت و گواهی

گردد.

۲۵- برای انجام پژوهش‌های پزشکی با

استفاده از مواد یا داده‌های انسانی

قابل شناسایی، پزشک معمولاً باید

برای جمع آوری، آنالیز، ذخیره و یا

استفاده مجدد از آنها رضایت بگیرد.

در موقعیت‌هایی کسب رضایت

می‌تواند غیرممکن یا غیرعملی باشد

و یا تهدیدی را برای اعتبار پژوهش

مطرح کند. در چنین مواردی

پژوهش تنها می‌تواند بعد از بررسی

و تصویب کمیته اخلاق در پژوهش

انجام شود.

۲۶- وقتی رضایت آگاهانه از شرکت

کنندگان در یک پژوهش اخذ

می‌شود، پزشک به ویژه باید محتاط

و هوشیار باشد. در صورتی که

آزمودنی احتمالی وابستگی و

ارتباطی با پزشک دارد و یا امکان

دارد که از روی اجبار رضایت دهد؛

رضایت باید از فردی ذی‌صلاح که

کاملاً غیروابسته به این رابطه است،

گرفته شود.

۲۷- برای آزمودنی احتمالی که فاقد

صلاحیت است، پزشک باید

رضایت آگاهانه را از نماینده قانونی

وی اخذ نماید. این افراد نباید در مطالعه‌ای شرکت داده شوند که هیچ سود احتمالی برای آنها ندارد مگر این‌که قصد از انجام مطالعه، بهبود وضعیت سلامت همان گروه باشد و این پژوهش نمی‌تواند به جای آنها با افراد دارای صلاحیت تصمیم‌گیری انجام گیرد و پژوهش تنها حداقل خطر و هزینه را در بردارد.

۲۸- وقتی فردی که فاقد صلاحیت به نظر می‌رسد قادر به موافقت کردن پیرامون تصمیمات مشارکت وی در مطالعه باشد، پزشک باید علاوه بر رضایت نماینده قانونی او، موافقت وی را نیز بگیرد. به مخالفت این فرد باید احترام گذاشته شود.

۲۹- پژوهش بر روی آزمودنی‌هایی که از نظر فیزیکی یا روانی قادر به دادن رضایت نیستند، مثل بیماران بیهوش، تنها هنگامی می‌تواند انجام شود که این وضعیت فیزیکی یا روانی که مانع از دادن رضایت آگاهانه می‌شود، مشخصه لازم برای جمعیت مورد پژوهش باشد. در چنین شرایطی محقق باید رضایت را از نماینده قانونی وی اخذ کند.

اگر چنین نماینده‌ای در دسترس نیست و امکان به تأخیر انداختن مطالعه وجود ندارد، مطالعه بدون رضایت آگاهانه ادامه یافته و دلایل خاص آن برای حضور آزمودنی در مطالعه با وجود وضعیتی که وی را برای رضایت دادن ناتوان می‌سازد در دستورالعمل پژوهشی بیان شده و مطالعه توسط یک کمیته اخلاق در پژوهش به تصویب برسد. رضایت برای ادامه تحقیق هرچه زودتر و در صورت امکان، از آزمودنی یا نماینده قانونی وی گرفته شود.

۳۰- همه نویسندگان، سردبیران و ناشران تعهدات اخلاقی نسبت به انتشار نتایج پژوهش دارند. نویسندگان موظفند نتایج پژوهش خود بر روی آزمودنی انسانی را برای عموم قابل دسترس سازند و در قبال تمامیت و صحت گزارش‌های خود مسؤول هستند. آنها باید دستورالعمل‌های پذیرفته شده برای گزارش اخلاقی را رعایت نمایند. نتایج منفی و غیر قطعی نیز همانند نتایج مثبت باید منتشر شوند

رایج بررسی شود، به جز در موارد زیر:

- استفاده از دارونما و یا عدم درمان در مطالعاتی پذیرفته است که درمان رایج ثابت شده‌ای وجود نداشته باشد یا

- در جایی که به اجبار و موافق با دلایل علمی متدولوژیک، استفاده از دارونما به منظور تعیین اثربخشی یا ایمنی یک مداخله لازم است و بیمارانی که دارونما دریافت می‌کنند یا تحت هیچ درمانی نیستند، متحمل هیچ خطر جدی یا ضرر غیر قابل برگشتی نخواهند شد. مراقبت شدید به منظور اجتناب از سوءاستفاده از این موارد باید صورت پذیرد.

۳۳- در پایان مطالعه، بیماران وارد شده در مطالعه حق دارند که از نتیجه مطالعه آگاه شوند و در تمامی منافع منتج از آن سهیم باشند، به عنوان مثال دستیابی به مداخلاتی که طبق مطالعه سودمند شناخته شده‌اند یا مراقبت‌ها و منافع مناسب دیگر.

۳۴- پزشک باید بیمار را کاملاً از جنبه‌های مراقبت مرتبط با پژوهش آگاه سازد. امتناع بیمار از شرکت در

و یا در غیر این صورت به طریق دیگری در دسترس عموم قرار گیرند. منابع مالی، وابستگی‌های سازمانی و تعارض منافع باید در انتشار نتایج به وضوح بیان شوند. گزارش پژوهش‌هایی که طبق اصول این بیانیه نیستند، نباید برای انتشار پذیرفته شوند.

اصول تکمیلی برای پژوهش‌های پزشکی

همراه با مراقبت‌های پزشکی

۳۱- پزشک ممکن است پژوهش‌های پزشکی را با مراقبت‌های پزشکی، تنها در جهت گسترش علم همراه سازد. این پژوهش‌ها با توجه به ارزش پیشگیری، تشخیصی و درمانی آنها قابل توجه می‌شوند و اگر پزشک دلیل معتبری برای قبول این مطلب دارد که مشارکت در مطالعه پژوهشی بر سلامت بیمارانی که به عنوان آزمودنی در پژوهش به کار گرفته می‌شوند، تأثیر مضری نخواهد داشت، قابل پذیرش خواهند بود.

۳۲- منافع، خطرات، عوارض و هزینه‌ها و سودمندی مداخله جدید باید در مقابل بهترین مداخله اثبات شده

عمده ترین نکات اخلاقی در یک

پژوهش

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

الف) در مرحله انتخاب موضوع تحقیق

و بیان مسأله:

- پذیرش موضوع پژوهش توسط جمعیت مورد مطالعه و اولویت داشتن آن تحقیق برای جامعه مورد نظر
- در نظر گرفتن باورها و سنت های جامعه
- عدم استفاده از بیان موهن و زننده
- ارائه درست داده های دیگران
- ب) در مرحله بازنگری مدارک موجود:
 - رعایت صداقت و امانت علمی
 - رعایت بی طرفی و پرهیز از گرایش های خاص توسط محققان و ذکر اطلاعاتی که ممکن است لزوماً با نظر پژوهنده موافق نباشد.
 - ذکر نام سایر پژوهشگرانی که در همان زمینه تحقیقاتی انجام داده اند.

یک مطالعه یا تصمیم بیمار در مورد

کناره گیری از مطالعه هرگز نباید بر

روابط پزشک و بیمار تأثیر بگذارد.

۳۵- در درمان یک بیمار، جایی که هیچ

مداخله ثابت شده ای وجود ندارد و

یا اگر دارد مؤثر نیست، پزشک بعد

از اخذ نظر متخصص، با رضایت

آگاهانه از بیمار یا نماینده قانونی او،

در صورتی که طبق قضاوت وی

مداخله اثبات نشده امیدی برای

نجات جان و بازبازی سلامت و یا

کاهش آلام بیمار ارائه می دهد،

ممکن است از آن استفاده کند. تا

جایی که امکان دارد، این مداخله

باید هدف مطالعه باشد و برای

ارزیابی ایمنی و کارایی آن طراحی

شود. در همه موارد، اطلاعات جدید

باید ثبت شوند و در جای مناسب

در اختیار عموم قرار گیرند.

در انتشار دقیق و به موقع نتایج

- انتشار نتایج به زبان ساده به گونه ای که نتایج حاصله قابل استفاده کلیه دست اندرکاران ذیربط باشد.

- رعایت حرمت افراد یا اجتماع هنگام بحث و تفسیر نتایج

- در اختیار گذاردن نتایج برای مسئولان در سطوح مختلف

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

نهادهای درگیر در امر تحقیق موظفند هیأت‌های بازبینی در سطح سازمانشان در جهت نظارت بر جوانب اخلاقی تحقیقات تشکیل دهند؛ لیکن مسؤولیت اصلی بر گردن خود محقق می‌باشد که می‌بایست دو حق جدی برای جمعیت یا فرد مورد تحقیق خود قائل شود: یکی رضایت آگاهانه با همه دقت در مردم؛ دیگری این که هیچ راه دیگری برای رسیدن به اطلاعات مورد نظر وجود نداشته باشد. میزان خطری که متوجه افراد موضوع تحقیق می‌باشد، باید به حداقل رسانده شود. با این حال، هر میزان خطر باید در برابر منافع

- عدم استفاده از منابع مشکوک و فاقد اعتبار لازم

ج) در مرحله برنامه ریزی و اجرای تحقیق

- استفاده از جدیدترین روش‌های تحقیق جهت اخذ نتیجه

- عدم استفاده انحصاری از روش‌هایی که با خواسته‌های پژوهشگر همسو شوند.

د) در زمینه نیروی انسانی و مدیریت

- توجه به رفاه اعضای گروه تحقیقاتی و اجتناب از ایجاد ناراحتی برای آنان

- مراقبت به منظور جلوگیری از سوء استفاده اعضای گروه تحقیقاتی از افراد یا اجتماع مورد بررسی

- دقت در حسن استفاده از بودجه و وسایل

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

- رعایت صداقت هنگام تجزیه و تحلیل نتایج و عدم تحریف دستاوردها در جهتی که با خواسته‌های پژوهشگر همسو شود.

- محرمانه نگه داشتن اطلاعات و نام افراد مورد بررسی

- اجتناب از تاثیر منافع فردی یا سازمانی

در بررسی طرحنامه پژوهشی یک مطالعه، کمیته اخلاق موظف است آن را از نظر وجود حداقل خطر ممکن برای شرکت کنندگان در پژوهش و قابل دفاع بودن نسبت خطر به سودمندی که مطالعه برای آنها دارد و دانشی که در اثر انجام مطالعه حاصل می‌شود، ارزیابی کند. همچنین بررسی عادلانه بودن انتخاب نمونه‌ها و رعایت حقوق افراد آسیب پذیر شرکت داده شده در مطالعه و نیز معتبر بودن رضایت آگاهانه اخذ شده از شرکت کنندگان و رعایت حداکثر رازداری از داده‌های پژوهش را به عهده دارد.

اخلاق و پژوهش در ایران

تأکید خاصی که در جمهوری اسلامی ایران بر ارزش‌های دینی و معنوی وجود دارد، زیربنای اقداماتی است که جهت حفظ مقام و ارزش انسان‌ها در نظر گرفته شده است. به‌طور کلی به اخلاق پزشکی به‌طور عام توجه خاصی شده است که در بخش تاریخچه اخلاق پزشکی به تفصیل آمده است.

اولین کمیته ملی اخلاق در تحقیقات پزشکی، در سال ۱۳۷۷ تحت ریاست مقام وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل شد و یکسال پس از آن، کمیته‌های منطقه‌ای اخلاق در تحقیقات پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز تحقیقاتی

بشردوستانه بالقوه مورد بررسی قرار گیرد. منافع بشردوستانه آن است که مستقیماً موجب ارتقای رفاه و حرمت انسان شود. از یاد نرود که هیچ چیزی نمی‌تواند تحقیقی را توجیه کند که حرمت انسانی را زیر پای می‌گذارد.

کمیته اخلاق در پژوهش

امروزه تمامی محققان حتی گروه‌هایی که به شکل مستقل از سیستم بهداشت و درمان کار می‌کنند، برای کسب اعتبار و مقبولیت نتایج یافته‌های پژوهش به منظور انتشار علمی، نیاز به کسب تاییدیه کمیته اخلاق دارند. کمیته اخلاق به شکل گروهی مستقل و بی طرف، وظیفه حفاظت از حقوق، ایمنی و رفاه افراد شرکت کننده در طرح را به عهده دارد (۸ و ۷). وظایف کمیته اخلاق در پژوهش را می‌توان به اختصار این گونه برشمرد:

- ✓ بررسی پروتکل پژوهش برای اطمینان از رعایت ضوابط
- ✓ بررسی سود و زیان پژوهش
- ✓ انجام نظارت مداوم بر طرح‌های تصویب شده
- ✓ ارزیابی عوارض جانبی و یافته‌های در حین انجام مطالعه
- ✓ بررسی شکایات شرکت کنندگان از طرح و بررسی موارد مشکوک به عدول از پروتکل

چنین انتسابات یا انتخاباتی باید توسط کمیته اخلاق مسؤول تحقیق تأیید شود، در این موارد شخص ثالث و معتمدی باید رضایت را دریافت کند.

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

۶) قبل از این‌که هر تحقیق پزشکی شروع شود، باید فعالیت‌های مقدماتی جهت به حداقل رساندن زیان محتمل بر روی افراد مورد تحقیق و تضمین سلامت آنها انجام شود. هر شرکت‌کننده باید تحت پوشش بیمه شخصی قرار بگیرد. تمامی محققان نیز باید از لحاظ جبران خسارت، تحت پوشش بیمه قرار بگیرند.

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

آغاز به کار نمودند و در حال حاضر به فعالیت مشغولند.

هرچند که اعلامیه‌های بین‌المللی و اسلامی در اصل با همدیگر تناقضی ندارند، ولی با توجه به شرایط کشور ما و وجود دیدگاه اسلامی، مرکز ملی اخلاق در تحقیقات پزشکی راهنمای اخلاقی در پاسخ به این نیازها تدوین کرده که شامل ۲۶ اصل می‌باشد. آیین‌نامه اجرایی اصول اخلاقی در پژوهش‌های علوم پزشکی

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

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

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

۴) در تحقیقاتی که محقق مقام بالاتری نسبت به فرد مورد تحقیق داشته باشد، دلایل

از خطرات بالقوه تحقیق داشته باشد. داوری این امر بر عهده کمیته اخلاق در تحقیقات پزشکی می‌باشد که با کمک نظرات متخصصان مربوطه، در این بابت به نتیجه می‌رسد.

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

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

(۱۶) هنگامی که پژوهشی نمونه مورد بررسی خود را در معرض خطرات بالقوه قرار بدهد و افراد حاضر در این پژوهش از طبقات اقتصادی- اجتماعی پایین و یا کم سوادتر جامعه باشند، کمیته ذیربط باید اطمینان حاصل کند که این افراد از تبعات کار خود کاملاً آگاه باشند.

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

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

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

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

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

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

(۱۳) تحقیق بر روی «انسان» فقط در صورتی توجیه پذیر است که مزایای بیشتری

(۲۴) شرکت افرادی که اختلالات ادراکی داشته و یا از لحاظ قانون شخصاً نمی‌توانند قراردادی بشوند، مربوط به قیم ایشان می‌باشد که می‌تواند از جانب این افراد رضایت بدهد. افرادی که در حین تحقیق دچار اختلالات ادراکی و یا حالات روانپریشی بشوند نیز شامل این اصل می‌باشند. در مورد آخر رضایت قبلی باطل می‌شود. در مقابل، هنگامی که طفلی به سن مسئولیت کامل قانونی می‌رسد، خود او باید شخصاً رضایت کتبی جهت شرکت در پژوهش را بدهد.

(۲۵) انجام تحقیقات غیر درمانی بر روی جنین ممنوع می‌باشد مگر آن‌که چنین تحقیقاتی برای خود جنین و یا مادر نتایج مثبت و مفیدی داشته باشد. رضایت کتبی باید هم توسط مادر و هم توسط قیم جنین در این چنین مواردی ارائه شود.

(۲۶) در صورت لزوم، هیچ ممنوعیتی برای انجام تحقیقات بر روی جنین ساقط شده وجود ندارد مشروط بر این‌که قوانین اجرایی ذیربط رعایت شود (۹).

این آیین نامه در سال ۱۳۷۹ به تمام دانشگاه‌ها جهت اعلام به پژوهشگران و کمیته‌های اخلاق جهت استناد در ارزیابی‌های خود ابلاغ گردید.

باید توسط محقق از این امر مطلع شود.

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

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

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

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

(۲۲) شرکت زندانیان در تحقیقات بلامانع است مشروط بر این‌که نتایج تحقیق نیز اختصاصاً شامل زندانیان باشد. کسب رضایت کتبی در این مورد لازم است.

(۲۳) محقق نمی‌تواند از زندانیان به‌عنوان «موارد ترجیحی» جهت بررسی خود استفاده کند صرفاً به خاطر این‌که این افراد همیشه برای این موضوع در دسترس باشند.

راهنمای تخصصی اخلاق در پژوهش

در سال‌های ۱۳۸۳ و ۱۳۸۴ تدوین «راهنمای تخصصی ملی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی» به صورت طرحی مشترک از مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی و مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران، و با حمایت مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور و معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیگیری و انجام شد (۱۷-۱۰). این راهنماها شامل شش موضوع به شرح ذیل می‌باشد:

- کارآزمایی‌های بالینی و تحقیقات اپیدمیولوژیک
- تحقیقات ژنتیک
- تحقیقات بر روی گامت‌های انسانی، رویان و جنین و اهدای آنها
- تحقیقات بر روی گروه‌های خاص (زنان باردار، کودکان، سالمندان، بیماران روانی، عقب‌ماندگان ذهنی، بیماران اورژانس، بیماران مبتلا به ایدز و زندانیان)
- تحقیقات بر روی حیوانات

این راهنماهای تخصصی پس از تأیید نهایی در شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت، در اواخر سال ۱۳۸۴ جهت اجرا به مراکز تحقیقاتی و دانشگاه‌ها ابلاغ گردیده است. همچنین «راهنمای کشوری اخلاق در انتشار آثار پژوهشی در علوم پزشکی» در سال‌های ۱۳۸۷ و ۱۳۸۸ تدوین شده و در دسترس پژوهشگران قرار گرفته است (۱۸).

- 8- Byerly WG. Working with the institutional review board. *Am J Health Syst Pharm*. 2009 Jan 15;66(2):176-84.

۹- فرهادی، یداله، باقری، علیرضا؛ حقیقی،

زهره؛ و همکاران. تدوین موازین

اخلاقی و حقوقی جهت محافظت از

آزمودنی در پژوهش‌های علوم پزشکی.

مجله پژوهشی حکیم، بهار ۱۳۷۹،

دوره ۳، شماره ۱؛ صفحات ۵۴-۴۵

۱۰- لاریجانی، باقر؛ زاهدی، فرزانه؛

پارساپور، علیرضا؛ و همکاران. مروری

بر سیر تدوین و تصویر راهنمای

اخلاقی پژوهش‌های پیوند عضو و

بافت در کشور. مجله دانشگاه علوم

پزشکی بابل ۱۳۸۴، دوره هشتم،

ویژه‌نامه ۳ (ویژه اخلاق پزشکی):

صفحات ۹-۲۱.

۱۱- فیض‌زاده، علی؛ اصغری، فریبا؛

کشتکار، عباس؛ و همکاران. راهنمای

اخلاق در کارآزمایی‌های بالینی. مجله

دانشگاه علوم پزشکی بابل ۱۳۸۴،

دوره هشتم، ویژه‌نامه ۳ (ویژه اخلاق

پزشکی): صفحات ۲۳-۳۲.

۱۲- شیدفر، فاطمه؛ کاویانی، احمد؛

پارساپور، علیرضا؛ و همکاران.

راهنمای اخلاقی پژوهش بر گروه‌های

مراجع

۱- اسمیت، ترور. اخلاق در پژوهش‌های

پزشکی. با مقدمه و زیر نظر باقر

لاریجانی، ترجمه محمد ضرغام،

تهران: برای فردا، ۱۳۸۱

2- Campbell A, Gillett G, Jones G. *Medical ethics*. UK: Oxford University Press, 2001.

3- Macrae DJ. The Council for International Organizations and Medical Sciences (CIOMS) Guidelines on Ethics of Clinical Trials. *American Thoracic Society* 2007;4:176-179.

4- The World Medical Association. The Declaration of Helsinki. 2008 URL: <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>

5- Health and research ethics guidelines. National Health and Medical Research Council http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/ethics_guidelines.htm

6- Ethics and research guidance. Medical Research Council. 2009 <http://www.mrc.ac.uk/Ourresearch/Ethicsresearchguidance/index.htm>

7- Eckstein S. *Manual for Research Ethics Committees*. 6th Edition. Centre of Medical Law and Ethics, King's College London. Cambridge University press. Cambridge. 2003.

- 16- Zahedi F, Emami Razavi SH, Larijani B. A two - decade review of medical ethics in Iran. *Iranian J Publ Health* 2009; 38(suppl.1) (A supplementary Issu on: Iran's Acheivements in Health, Three Decades after the Islamci Revolusion): 40-46.
- 17- Zahedi F, Larijani B. National Bioethical Legislation and Guideline for Bioemdical Research in Iran. *Bulletin of the Word Health Organization* 2008, 86: 630-4.
- ۱۸- دبیرخانه شورای عالی اخلاق پزشکی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. راهنمای کشوری اخلاق در انتشار آثار پژوهشی علوم پزشکی. قابل دسترس از:
- http://hbi.ir/ethics/aeeinnameh/publication_guideline.pdf یا <http://siasat.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=291&pageid=34996>
- خاص. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل ۱۳۸۴، دوره هشتم، ویژه نامه ۳ (ویژه اخلاق پزشکی): صفحات ۳۳-۴۱.
- ۱۳- غفوری فرد، سوده؛ صادقی، سعیده؛ رمضانزاده، فاطمه؛ و همکاران. مروری بر تدوین راهنماهای اخلاقی پژوهش بر گامت و جنین. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل ۱۳۸۴، دوره هشتم، ویژه نامه ۳ (ویژه اخلاق پزشکی): صفحات ۴۳-۴۷.
- ۱۴- متوسلی، الهه؛ اکرمی، محمد؛ زینلی، سیروس؛ و همکاران. مروری بر سیر تدوین و تصویب راهنمای اخلاقی پژوهش‌های ژنتیک. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل ۱۳۸۴، دوره هشتم، ویژه نامه ۳ (ویژه اخلاق پزشکی): صفحات ۴۹-۵۴.
- ۱۵- آل داوود، سید جاوید؛ جوادزاده بلوری، عباس؛ صادقی، هیبت‌اله؛ و همکاران. تدوین کدهای لازم برای کار بر روی حیوانات آزمایشگاهی. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل ۱۳۸۴، دوره هشتم، ویژه نامه ۳ (ویژه اخلاق پزشکی): صفحات ۵۵-۶۴.

- کشف راه‌هایی برای پیشگیری و درمان بیماری‌های ناشی از اختلال ژنتیکی
- ابداع آزمون‌هایی برای شناسایی ژن معیوب در جنین (غربالگری قبل از تولد)
- یافتن آزمون‌های آزمایشگاهی برای ژن معیوب

- ابداع شیوه‌های ژن درمانی برای اولین بار در سال ۱۹۸۵، نگرانی‌هایی در مورد جنبه‌های اخلاقی و اجتماعی پژوهش‌های ژنتیک در انستیتوی ملی سلامت^۱ مطرح شد. با پیشرفت علم و پیدایش روش‌ها و کاربردهای جدید در پژوهش‌های ژنتیکی، دامنه این مباحث گسترش یافت و به‌خصوص مسائلی از قبیل منافع مادی و اقتصادی در این زمینه مطرح شد که در نهایت منجر به تهیه دستورالعمل ۱۰۰ ماده‌ای در مورد نحوه طراحی و اجرای طرح‌های تحقیقاتی در زمینه علم ژنتیک شد.

این دستورالعمل براساس ۶ اصل اخلاقی زیر فراهم شده است:

- ۱- الزام دقت و احتیاط کافی در حفظ ایمنی زیستی در پژوهش‌های ژنتیک
- ۲- لزوم مشارکت عموم مردم در

فصل ۱۱

فناوری زیستی (بیوتکنولوژی) و اخلاق پزشکی

مقدمه

مهندسی ژنتیک و فناوری جدید آن، باب‌های تازه‌ای را در سالیان اخیر به روی بشریت گشوده است. تصور بسیاری از افراد این است که این فناوری زیستی جدید، پتانسیل دستکاری در طبیعت بشری را دارد لذا با توجه به سوء استفاده‌ها و کاربردهای نابجایی که محتمل است، مخالفت‌های وسیعی با آن در جوامع مختلف مذهبی و غیر مذهبی صورت پذیرفته است. مباحث عمده مطرح و مسائل اخلاق پزشکی مربوط به آن‌ها به تفصیل ذکر می‌گردند.

پژوهش‌های ژنتیک

در دهه‌های اخیر پژوهش‌های ژنتیک سیر فزاینده‌ای داشته‌اند. به‌طور معمول این پژوهش‌ها، یک یا چند هدف ذیل را دنبال می‌کنند (۱):

- تعیین جنبه وراثتی یک بیماری خاص یا استعداد ابتلای به آن
- تعیین نسبت افراد مبتلای دارای ژن

معیوب

1- National Institute of Health

سیاست‌گذاری پژوهش‌های ژنتیک

۳- توجه به طولانی بودن مدت مطالعات ژنتیکی

۴- فواید بالینی حاصل از مطالعات ژنتیکی

۵- لزوم اخذ رضایت آگاهانه و آزادانه

۶- انتخاب عادلانه افراد مورد نظر به‌عنوان نمونه‌های مورد مطالعه

اخذ رضایت آگاهانه و رعایت ایمنی زیستی، مهم‌ترین نکات این دستورالعمل هستند و اخذ رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان در انواع پژوهش‌های پزشکی ضروری است (۱).

به‌علاوه رعایت اصول اساسی بیانیه هلسینکی در پژوهش‌های ژنتیک لازم و ضروری است که این بیانیه در فصل «اخلاق پزشکی و پژوهش» آمده است. به دلیل اهمیت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش‌های ژنتیکی و توجه ویژه به رهنمودهای شرع مقدس اسلام، راهنمای اخلاقی پژوهش‌های ژنتیک در سال ۱۳۸۴ توسط مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و با همکاری معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و از سوی کمیته کشوری اخلاق برای اجرا به تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ

شده است.

اکثر موارد پژوهش‌های ژنتیکی، برای خود فرد و نیز اطرافیان، با نگرانی و اضطراب همراه هستند؛ لذا رعایت رهنمودهای اخلاقی متناسب توسط پژوهشگران لازم و ضروری است. مطلب مهم دیگر در مطالعات ژنتیک، رازداری است، چرا که اطلاعات ژنتیکی، نه تنها برای بیمار، بلکه برای اعضای خانواده او نیز می‌تواند آثار متفاوتی در بر داشته باشند که عدم پذیرش از سوی شرکت‌های بیمه، یکی از این عواقب است. در این زمینه مثال‌های متعددی وجود دارد.

کلونینگ^۱

کلونینگ یک محور عمده بحث در مباحث اخلاقی است که شامل تولید یک سلول یا ارگانیسم از سلول یا ارگانیسم دیگری با همان ژنوم هسته‌ای می‌باشد. به عبارت دیگر کلونینگ تولید یک نسخه کپی از هر سلول، حیوان و حتی انسان می‌باشد.

کلونینگ با اهداف مختلفی نظیر تولید مثل، پژوهش‌های ژنتیک، ایجاد حیوانات تغییر یافته ژنتیکی و نیز ایجاد بافت و اعضای انسانی صورت می‌گیرد (۲). به طور کلی می‌توان شبیه سازی را به دو نوع تقسیم نمود:

1- Cloning

قبلاً مورد اشاره قرار گرفت. کلونینگ تولید کننده مشابه انسانی در بسیاری از کشورها ممنوع شده با تحت شرایطی و به منظور انجام تحقیقات مجاز شمرده شده است (۶-۴).

توافقی‌های عمومی سازمان‌های جهانی مانند یونسکو، سازمان جهانی بهداشت و اتحادیه اروپا بر این است که کلونینگ در تولید مثل انسانی، دارای عوارض و غیر اخلاقی بوده و موکداً باید ممنوع شود. سازمان ملل متحد طی سال ۲۰۰۳ نشست هایی را آغاز نمود که بالاخره در ماه نوامبر با پیشنهادی از سوی ایران و برخی کشورهای اسلامی، ممنوعیت مطلق کلونینگ به تصویب رسید و تصمیم‌گیری در این مورد به دو سال آینده موکول گردید (۷). هر چند پس از آن، تلاش‌هایی از سوی آمریکا برای کوتاه کردن این زمان و اقدام برای ممنوعیت کلی کلونینگ در جهان در حال انجام می‌باشد.

مسئله عمده‌ای که مطرح است این است که «انگیزه ایجاد کلون‌های انسانی چیست؟» ارزش انسان‌های حاصل از کلونینگ در دید ایجاد کنندگان آن‌ها ممکن است صرفاً تولید مجدد و تکرار یک انسان و یا محول نمودن وظایف از قبل معین شده‌ای به آنها باشد. این خطر وجود دارد که به آنها به اندازه انسان‌های واحد ارزش داده نشود اما به آسانی توانایی

شبیه سازی تولید مثلی و شبیه سازی درمانی و تحقیقاتی (۳) که هر یک با مسائل اجتماعی و اخلاقی متفاوتی روبروست. اولین نمونه کلونینگ، گوسفند Dolly بود که در سال ۱۹۹۷ تولید گردید و پس از آن نیز نمونه هایی از گاو، موش، خوک، گربه و اخیراً قاطر و اسب ایجاد شده است.

پیشرفت‌های اخیر توجهات و علائق جهانی را به سمت کلونینگ انسانی جلب نموده‌اند و مباحث علمی و اخلاقی متعددی پیرامون آن مطرح شده است. ارزش و شأن جنین انسانی، تأثیر کلونینگ بر سلامت انسان و اثر بخشی آن، ارزیابی سود در مقابل خطر و پتانسیل اصلاح نژاد از جمله موضوعات مورد بحث در این مقوله می‌باشند.

کلونینگ انسان با اهداف درمانی^۱، می‌تواند انقلابی را در درمان و جایگزینی بافت‌ها و اعضای آسیب دیده ایجاد نماید اما واژه عمومی از کلونینگ تولید کننده مشابه انسانی^۲، واکنش شدیدی را در جوامع برانگیخته است. در هر حال مطالعه پیرامون کلونینگ انسانی، نیازمند استفاده از جنین انسانی است که مسائل اخلاقی پیرامون آن

1 - Human therapeutic cloning

2- Human reproductive cloning

آنها برای انجام عملکردهای خاص یا نشان دادن رفتارهای ویژه به کار گرفته شود که در هر حال شأن و ارزش باطنی انسان زیر سؤال خواهد رفت. هم‌چنین این توانایی می‌تواند در آینده موجب گردد که دیگر نیازی به وجود هر دو جنس نر و ماده برای بقا و تولد انسان نباشد و بنابراین یکی از ایرادات اخلاقی این خواهد بود که بکارگیری این فناوری بر روی روابط بین انسان‌ها تأثیر منفی خواهد گذاشت. برخی از صاحب نظران مذهبی در عین تأکید بر این نکته که تمام ذرات بدن انسان یک انسان کامل است و این خود از نشانه‌های قدرت خداوند می‌باشد، با توجه به مشکلات اخلاقی، جسمی و روانی و سایر مفاسد پیامد آن، شبیه سازی را جایز نمی‌دانند مگر در هنگام ضرورت (۲). آیت الله خامنه ای رهبر انقلاب اسلامی نیز در پاسخ به سؤال موسسه رویان در مورد تحقیق پیرامون سلول‌های بنیادی جنینی فرمودند: «با همت و پشتکار هدف‌های بزرگ این تحقیقات را دنبال کنید و این ثروت هنگفت انسانی را برای کشور و ملت خود تولید نمایید اما مراقب باشید که ساختن قطعات یدکی انسان به ساختن انسان منتهی نشود (۲)».

نکته مهم آن است که شبیه سازی انسانی از دیدگاه اکثر صاحب نظران مسلمان دارای

مزایا و معایبی است و با توجه به عواقب غیر قابل انکار آن، شبیه سازی تولید مثلی ممنوع شده است. با این حال، تحقیقات بر روی سلول‌های بنیادی و شبیه سازی آنها با اهداف درمانی با در نظر گرفتن جنبه‌های مختلف اخلاقی و شرعی مجاز تلقی می‌شود (۳).

اصلاح نژادی

علم اصلاح نژاد بشر یا Eugenics می‌تواند شامل حذف ژن‌های ناقص (اصلاح نژاد منفی)^۱ و نیز بهبود ویژگی‌های بشری مانند هوش و شخصیت (اصلاح نژاد مثبت)^۲ باشد (۸). پیشرفت علم و فناوری طی ۵۰ سال آینده و امکان دستکاری ژنتیکی تقویتی (مثبت) و یا ایجاد یک نژاد برتر ممکن است به صورت یک نگرانی واقعی در آید (۹). نباید فراموش کنیم که اگر یک فرد یا دولت منحرف^۳ بخواهد از فناوری نوین ژنتیک به منظور رسیدن به اهداف ناصحیح استفاده کند، در صورت عدم وجود استانداردها و نظارت‌های لازم، فاجعه اخلاقی بزرگی می‌تواند رخ دهد.

نقش اصلاح نژاد منفی در تغییر ژنتیک جامعه بشری در دراز مدت قابل توجه است.

1- Negative eugenics

2- Positive eugenics

3- Devious

ژنتیک انسانی را شناسایی نمایند. غربالگری ژنتیک انواع مختلفی داشته اما عمدتاً برای پیش بینی ابتلا به بیماری‌ها صورت می‌پذیرند. این گونه تحقیقات می‌توانند یک جهش یا گوناگونی ژنتیکی زمینه ساز یک بیماری را شناسایی کنند؛ اما با توجه به اینکه هیچ دورنمای نزدیکی برای پیش گیری یا درمان ناقلان وجود ندارد، در اغلب موارد غربالگری بی فایده به نظر می‌رسد. بنابراین زمانی این پژوهش‌ها اهمیت می‌یابند که به ارث رسیدن یک ژن خاص سبب افزایش استعداد بروز بیماری در پاسخ به عوامل محیطی شود یا میزان خطر ایجاد بیماری در مراحل بعدی زندگی و فرزندان آینده افراد، هر چند با احتمال و تردید، مشخص شود. رعایت اصول اخلاقی در خصوص کسب رضایت افراد، راز داری، نحوه به‌کارگیری اطلاعات حاصله و خودداری از بد نام نمودن افراد دچار اختلال، از مسلمات هستند. ضرورت اخذ رضایت نامه آگاهانه هیچ جا بیشتر از آزمون‌های ژنتیکی نیست (۱).

پیدایش شیوه‌های جدید تشخیص قبل از تولد و توانایی شناسایی نقایص ژنتیکی در جنین (مانند سندرم داون یا فیروز کیستیک) نیز مباحث اخلاقی جدیدی را پیش روی محققین، پزشکان و والدین قرار داده است. از

در این شیوه، در حقیقت افراد انتخابی سالم به افراد غیر سالم ترجیح داده می‌شوند و از طریق سقط جنین‌های دارای ژن‌های ناقص، این اصلاح صورت می‌گیرد.

علاوه بر مسائل اخلاقی عمده مربوط به سقط جنین، توجهات اخلاقی دیگری نیز در این موضوع مورد بحث می‌باشند از جمله: شدت اختلال ژنتیکی و اثر آن بر حیات فرد مبتلا، اثرات جسمی، روانی و اقتصادی چنین تولدهایی بر خانواده و اجتماع، میزان تسهیلات پزشکی و آموزشی در دسترس برای این بیماران، میزان قابل اعتماد بودن تشخیص مطرح شده و نیز میزان گسترده شدن حجم ژن‌های ناقص در جامعه تحت تأثیر افراد ناقل. اصلاح نژاد مثبت با حمایت‌های ایده‌آل گرایان در جوامع همراه است چرا که تشویق خصوصیات مثبت انسانی را مد نظر دارد. اما در عمل هم غیر علمی است و هم غیر اخلاقی چرا که با آزادی‌های فردی تعارض دارد. یک مثال واضح از این مسأله برنامه اصلاح نژاد نازی‌ها در آلمان بود.

غربالگری ژنتیک

با پیشرفت فناوری در مطالعات ژنتیک، غربالگری ژنتیکی مورد توجه ویژه‌ای قرار گرفته است. وسایل تشخیصی متعدد می‌توانند با بررسی DNA، بسیاری از واریانت‌های

خردسالی می‌تواند آینده فرد را به‌صورت جبران‌ناپذیری تباه کند (۱). لذا در تمام موارد انجام غربالگری در جنین، باید موافقت کمیته اخلاقی اخذ شود. در صورت موافقت کمیته اخلاقی، تصمیم‌گیری نهایی برای شرکت در مطالعه، بر عهده والدین خواهد بود (۱).

علاوه بر مطالب مطرح شده در یک سوی غربالگری یا سوی دیگر آن، مطالب دیگری هستند که کل بحث غربالگری را در دوران جنینی تحت تأثیر قرار می‌دهند. که این مطالب شامل میزان کاربرد این آزمون‌ها می‌باشد. اختصاصاً در مورد تصمیم‌گیری ختم حاملگی به واسطه یک بررسی پری‌ناتال، تاملاتی وجود دارد. این نوع پژوهش‌های ژنتیکی - مگر آن‌که به صورت ناشناس انجام شوند - باعث اضطراب و ناراحتی آزمودنی، به ویژه اگر جواب مثبت باشد می‌شوند بدون آن‌که سود مشخصی برای وی به همراه داشته باشند.

تهیه نقشه ژنوم انسانی

تهیه نقشه ژنوم انسانی^۱ یا HGP اولین بار در سال ۱۹۹۰ با یک برنامه ۱۵ ساله آغاز گردیده و هدف آن شناسایی ترتیب DNA روی کروموزوم‌های انسانی و تحلیل آنهاست.

یک سو شیوه‌های موجود برای غربالگری در جنین (مانند آمنیوسنتز و نمونه برداری از پرزهای جفت) می‌توانند منجر به سقط، عفونت و گاه ایجاد ناهنجاری در جنین شوند (۱). از سوی دیگر، موارد لزوم واقعی انجام غربالگری ممکن است از سوی پزشک یا والدین رعایت نشده و انجام آزمایش‌های ژنتیک در موارد کم اهمیت یا حتی در مواردی چون بررسی وضعیت هوشی، بلندی و کوتاهی قد و غیره، پیامدهای غیراخلاقی دیگری را به دنبال آورد (۱)؛ گاه انجام آزمایش در غربالگری ژنتیکی می‌تواند بر آینده فرد و حتی نسل‌های بعدی او تأثیرات زیادی داشته باشد، بنابراین باید علاوه بر تأمین امکانات مشاوره‌ای مناسب، مسائل موجود و میزان خطر واقعی برای فرد توضیح داده شود. یکی دیگر از مشکلات موجود بر سر راه پژوهش‌های ژنتیکی، شناسایی زودهنگام بیماری‌های ژنتیکی است که در سنین بالاتر بروز می‌نمایند. هرچند تشخیص زودهنگام این بیماری‌ها می‌تواند راه را برای پژوهش‌های پیشگیری باز کند، اما متأسفانه گاه لطمات روانی جبران‌ناپذیری بر فرد وارد نموده و سیر طبیعی زندگی او را دچار دگرگونی‌های اساسی می‌نماید. به‌عنوان مثال، غربالگری و تشخیص بیماری هانتینگتون در

1- Human Genome Project

نحوی که جایگزین ژن معیوب عامل بیماری گردد (۱). اولین پیش نیاز برای انجام ژن درمانی عبارتست از شناسایی و کلون کردن ژن‌های طبیعی (۹). ژن‌های کلون شده باید با روشی موثر به داخل سلول‌های هدف انتقال یابند.

در تمام روش‌های انتقال ژن، DNA مورد نظر به مجموعه DNA سلول هدف اضافه می‌شود. خطرات همراه با یکی شدن DNA خارجی با ژنوم، شامل بهم خوردن و اغتشاش در ژن‌های تنظیم کننده است که ممکن است منجر به پیدایش اختلال در عملکرد سلولی و احتمالاً فعال شدن ژن‌های سرطانزا بشود (۹).

کارآزمایی در مورد ژن درمانی سلول‌های سوماتیک از سال ۱۹۹۰ با انجام اولین مورد ژن درمانی، شتاب گرفته است اما هم از لحاظ تکنیکی و هم از لحاظ اخلاقی، موانعی بر سر راه آن وجود دارد (۸، ۹). استفاده از ژن درمانی سلول‌های سوماتیک در سرطان‌ها مورد بررسی می‌باشد.

بحث‌های اخلاقی واضح در ژن درمانی سلول سوماتیک شامل: نیاز به تعادل بین فواید و خطرات احتمالی و ارزیابی موثر بودن تکنیک‌های جدید می‌باشد. هم‌چنین فواید ژن درمانی در مقایسه با سایر درمان‌های جایگزین مانند پیوند مغز استخوان و شیمی درمانی باید

هر چند مقصد اولیه و نهایی HGP بهبود سلامتی انسانی بوده، اما سؤالات اخلاقی زیادی را برانگیخته است. اتونومی و رازداری از عمده‌ترین مباحث فردی در این زمینه می‌باشند. مسائل اجتماعی اخلاقی نیز شامل تخصیص منابع، تجاری شدن و اصلاح نژاد در این مقوله مطرح هستند. بسیاری می‌پرسند: چند درصد از بودجه‌های پژوهشی باید صرف این امر شود؟ نتایج و اطلاعات حاصل از این پروژه متعلق به چه کسی خواهد بود؟ آیا دانش ژنتیک باید برای بهبود گونه انسانی به کار رود؟

ژن درمانی

به‌طور کلی طب مولکولی سه حیطه وسیع را شامل می‌شود (۸). مطالعه ژن‌ها و محصولات حاصل از ژن، شناسایی بیان غیر طبیعی ژن‌ها در بیماری و تعدیل درمانی بیان ژن‌های غیر طبیعی. فناوری بررسی DNA، موفقیت‌هایی را در روشن نمودن مبنای ژنتیک برخی بیماری‌های تک ژنی داشته است؛ از جمله در بیماری فیروز کیستیک، کره هانتینگتون و... اما در بیماری‌های چند ژنی مانند دیابت، پرفشاری خون، استئوپروز و بیماری آلزایمر این امر پیچیدگی بیشتری دارد (۸). ژن درمانی، در حقیقت، قرار دادن یک ژن صناعی درون سلول بیمار می‌باشد به

بدون استفاده مانده‌اند)، در ارزیابی این مساله به کار گرفته شده‌اند که این امر نیز از لحاظ اخلاقی مورد اختلاف نظر می‌باشد.

اعلامیه شورای پژوهش پزشکی یازده کشور اروپای غربی^۲ از جمله انگلستان در سال ۱۹۸۸ که توسط کمیته مشورتی ژن درمانی^۳ (۱۹۹۵) نیز مورد تأیید قرار گرفته، مقرراتی را برای ژن درمانی وضع نموده که اصول کلی آن عبارت است از (۱):

- ژن درمانی باید محدود به تلاش برای اصلاح بیماری‌ها یا نقایص باشد.
- ژن درمانی باید محدود به سلول‌های سوماتیک انسان باشد و در حال حاضر هیچ گونه تلاشی به منظور انتقال ژن‌ها به درون سلول‌های اسپرم یا جنین صورت نگیرد.
- پژوهش‌های اولیه باید بر روش‌های بی‌خطر برای انتقال ژن جایگزین، صحه گذاشته باشند.
- لازم است رهنمودهای ملی برای طبابت صحیح و تاسیس نهادهای ملی برای نظارت بر کارآزمایی‌های بالینی

سنجیده شوند. خطرات احتمالی ژن درمانی برای اطرافیان، میزان و نحوه آگاهی دادن به بیماران و نیز کسب رضایت برای ژن درمانی نیز باید مد نظر قرار گیرند. رازداری در مورد اطلاعات پزشکی بیمار نیز از اصول مهم اخلاق پزشکی است که در این بیماران باید رعایت شود. موارد فوق همراه با قراردادهای توافقی مورد نیاز، موارد مهمی هستند که برای محافظت از بیماران و حفظ آسایش آنها ایجاد شده‌اند. در کشورهای مختلف برای انجام کارآزمایی‌های مربوط به ژن درمانی در سلول‌های سوماتیک، پروتکل‌هایی شامل شرایط اخلاقی، قانونی و اجتماعی آن طرح ریزی شده است.

ژن درمانی سلول‌های زایا در حقیقت وارد نمودن ژن به داخل لایه سلول‌های زایا^۱ (اسپرم، تخمک و رویان) می‌باشد (۸). تغییر ژن‌های درون اسپرم یا تخمک یا سلول‌های تولید کننده آنها، می‌تواند از انتقال ژن معیوب به نسل‌های بعد جلوگیری کند (۱). تجربیات حیوانی نشانگر خطرات بالایی در این شیوه می‌باشد، چرا که ممکن است باعث صدمه به DNA شده و با نتایج جدی نامطلوب همراه باشد (۸). رویان‌های حاصل از IVF (که

2- The European Joint Statement on GeneTherapy

3- Gene theray Advisory committee 1995

1- Germ Cell

دیدگاه اسلام در پژوهش‌های ژنتیک

علم ژنتیک در علوم پزشکی دربرگیرنده کاربرد همزمان دانش ژنتیک و فناوری آن در شرایط خاص بالینی و اپیدمیولوژیک است. به منظور بهره‌مندی جامعه بشری از پیشرفت‌های جدید، لازم است که دانش تجربی در چارچوب اخلاقی مشخص و تعریف شده‌ای به کار رود. قانون، آداب و رسوم و سنت‌ها به موازات آموزه‌های دینی در تعیین این چارچوب اهمیت می‌یابند. اخلاق زیستی اسلامی برگرفته از اصول، وظایف و حقوق واقعی افراد است که بیشتر بر کاربرد پیشگیرانه پژوهش‌های ژنتیک تأکید می‌نماید و بر لزوم درمان بیماران با رعایت اصل احترام به همراه توجه به جنبه‌های روانی-جسمانی بیماری تأکید بسیار نموده است. بر این اساس توجه به راهنمایی‌های دین اسلام به ویژه در زمینه طراحی پژوهش‌های ژنتیک در پیشگیری و درمان اختلالات ژنتیکی و تحقیقات ژنتیک در کلیه زمینه‌های مطرح شده، می‌تواند بسیار سازنده باشد (۱۰، ۱۱).

مربوط به ژن درمانی که در آینده

انجام خواهند شد، تهیه گردند.

در نهایت افزایش سرطان‌ها به‌خصوص

ملانوما، سرطان پستان، کولون و مثانه،

پروستات، تخمدان، پانکراس و لوسمی و

لنفوم غیر هوچکین، یکی از مواردی است که

در ژن درمانی تجربی مورد بحث قرار گرفته

است.

مراجع

- 7- UN News Center. General assembly legal committee postpones cloning debate for two years (6 November 2003). Available from URL: <http://www.un.org/apps/news/printnews.asp?nid=8806>
- 8- Campbell A, Gillett G, Jones G. Medical ethics: genetic dilemmas. UK: Oxford University Press; 2005, P. 76-96.
- 9- کولور کنت. ژن درمانی برای پزشکان. ترجمه دکتر منوچهر شریعتی. بوشهر: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، ۱۳۷۶.
- 10- Al Aqeel AI. Islamic ethical framework for research into and prevention of genetic diseases. Nature Genetics 2007; 39(11): 1293-98.
- 11- Larijani B, Zahedi F. Islamic principles and decision making in bioethics. Nature Genetics 2008; 40(2): 123.
- ۱- ترور اسمیت. اخلاق در پژوهش‌های پزشکی. ترجمه محمد ضرغام (زیر نظر دکتر باقر لاریجانی). تهران: چاپ برای فردا، ۱۳۸۱.
- ۲- لاریجانی باقر. پیوند اعضا: مباحث علمی، اخلاقی، حقوقی و فقهی. تهران: انتشارات برای فردا؛ ۱۳۸۲.
- 3- Larijani B, Zahedi F. Islamic perspective on human cloning and stem cell research. Transplantation Proceedings 2004; 36: 3188-9.
- 4- Martindale D. Lawyers oppose ban on cloning. The Scientist 2002 (19 August). Available from: URL: <http://www.biomedcentral.com/news/20020819/03/>
- 5- Hensley SD. AMA approves creating life for destructive purposes. Available from URL: http://www.cbhd.org/resources/cloning/hensley2003_07_09_print.htm
- 6- Coors ME. Therapeutic cloning: from consequences to contradiction. J Med Philosophy 2002; 27(3): 297-317.

فصل ۱۲

اخلاق پزشکی بالینی

کمیته‌های اخلاق پزشکی در

بیمارستان

مسائل اخلاق بالینی که کادر پزشکی به‌طور روزمره با آن در بیمارستان‌ها روبرو هستند، (نظیر تصمیم‌گیری‌های پزشکی برای بیماران، مسائل اخلاق در پژوهش‌های بیمارستانی، تخصیص منابع، پیوند اعضا و همچنین حل مناقشاتی که ممکن است بین پزشک و بیمار بروز نماید)، مبین ضرورت تشکیل کمیته‌ای تخصصی است که بتواند با ارائه راهکارهای مناسب به کادر پزشکی بیمارستان، آنان را در ارائه بهتر خدمات سلامت به بیماران کمک نماید.

امروزه در بسیاری از کشورها به‌خصوص کشورهای آمریکای شمالی و بعضی از کشورهای اروپایی، پاسخ به چنین نیازی در بیمارستان‌ها به دو شکل انجام می‌شود:

• تشکیل کمیته اخلاق بیمارستانی یا

دپارتمان اخلاق بالینی

• حضور یک متخصص اخلاق بالینی

این‌که کدام یک بر دیگری ارجحیت دارد،

بستگی به نوع فعالیت و تعداد تخت‌های بیمارستان و امکانات موجود آن و همچنین وجود متخصصان مربوطه و نیز تعداد افرادی که علاقمند به فعالیت در چنین حوزه‌ای هستند دارد. در مرور سوابق تشکیل کمیته‌های بیمارستانی، به نظر می‌رسد ملاک کار آنها صرفاً توجه به جنبه‌های اخلاقی نبوده و معیارهای پزشکی و وضعیت و اجتماعی بیماران نیز در تصمیم‌گیری آنها مهم بوده است.

تشکیل کمیته تصمیم‌گیری برای بیمارانی که به دیالیز نیاز داشتند، حائز اهمیت می‌باشد. در دهه ۱۹۶۰، زمانی که دستگاه دیالیز برای کمک به بیماران کلیوی مورد استفاده قرار گرفت، کمبود دستگاه دیالیز برای تعداد قابل توجه بیماران، مسؤولان بیمارستان‌ها را بر آن داشت تا با تشکیل کمیته‌ای بیماران واجد شرایط را انتخاب نموده و این درمان را در اختیار آنها قرار دهند. برای اولین بار این کمیته در سال ۱۹۶۲ در بیمارستانی در سیاتل آمریکا تشکیل گردید. کار این کمیته به نوعی تخصیص منابع محدود درمانی برای بیماران نیازمند بود. با تصمیم این کمیته، تعدادی از بیماران امکان استفاده از دستگاه دیالیز را پیدا کرده و تعدادی نیز به‌علت محدودیت تعداد دستگاه دیالیز، امکان استفاده از آن را پیدا نکردند. به دلیل این‌که تصمیم این کمیته در

واقع تعیین کسانی بود که امکان دسترسی به دستگاه دیالیز را پیدا می‌کردند و زنده می‌ماندند، این کمیته‌ها پس از چندی عنوان «کمیته خدا» را به خود گرفتند (۱).

به علت کثرت بیماران نیازمند به دیالیز، ملاک کار این کمیته در اصل اندیکاسیون‌ها و کتر اندیکاسیون‌های پزشکی نبود؛ بلکه انتخاب براساس ملاک‌های غیرپزشکی (اجتماعی، اخلاقی) صورت می‌گرفت. شاید بتوان به این کمیته‌ها به عنوان اولین کمیته تصمیم‌گیری در بیمارستان‌ها، که ملاک کار آن نه فقط صرفاً ملاک‌های پزشکی بلکه ملاحظات اخلاقی و اجتماعی بود اشاره نمود.

با توجه به این که ایده‌ی تشکیل کمیته‌های اخلاق بیمارستانی اخیراً مورد توجه بیشتری قرار گرفته است، در بسیاری از مراکز درمانی کادر پزشکی تصویر واضحی از ساختار و شرح وظایف این کمیته‌ها ندارند. برای مثال، در یک مطالعه بر روی سطح آگاهی، رفتار و عملکرد ۱۵۹ نفر از پزشکان و پرستاران در ارتباط با موضوعات اخلاق و حقوق پزشکی و نقش کمیته‌های اخلاق بیمارستانی، نشان داد که طیف متفاوتی از آگاهی و عملکرد در بین تیم پزشکی و کارکنان وجود داشت. در این مطالعه میزان مواجهه افراد مورد مطالعه با مشکلات اخلاقی و حقوقی از «مواجهه

روزانه» تا «مواجهه سالیانه» در نوسان بود. ۵۲ درصد کادر پزشکی و ۲۰ درصد کادر پرستاری در زمینه قوانین مرتبط با حرفه خود اطلاعاتی داشتند. ۱۱ درصد پزشکان چیزی در مورد قسم نامه بقراط نمی‌دانستند و ۲۵ درصد پرستاران نیز در ارتباط با کدهای پرستاری اطلاعاتی نداشتند. کدهای نوربرگ و هلسینکی را فقط عده‌ای معدود از افراد می‌شناختند. ۲۹ درصد پزشکان و ۳۷ درصد پرستاران از وجود کمیته اخلاق بیمارستانی اطلاعی نداشتند (۲).

در مطالعه دیگری بر روی کمیته‌های اخلاق بیمارستانی در کروواسی که پژوهشگران مجری، آن را نمونه‌ای از وضعیت موجود در کشورهای اروپای شرقی معرفی می‌نمایند، اکثریت کمیته‌ها بعد از سال ۱۹۹۷ (که مطابق قانون تشکیل کمیته‌های اخلاق اجباری شده بود) تشکیل شده و تعداد اعضای کمیته‌ها و شغل آنها دقیقاً بر اساس ساختار طرح شده در قانون مربوطه یعنی ۳ پزشک و دو نفر از سایر حرفه‌ها که اغلب حقوقدان و کارشناس امور مذهبی بودند.

سطح معلومات اخلاقی اعضا در حد متوسط ولی ناکافی برای مسؤولیت‌های آنان در کمیته بوده و دیدگاه آنان در خصوص ارتباط پزشک و بیمار و معضلات اخلاق

انسانی مورد تحقیق قرار می‌گیرند بوده و در اصل مسؤول حفاظت از افراد و بیمارانی می‌باشد که در این نوع پژوهش‌ها شرکت می‌نمایند. این راهنما با اشاره به عدم موفقیت ادغام وظایف این کمیته‌ها در بعضی از کشورها، تأکید می‌کند که بهتر است برای هر یک از این وظایف، کمیته مستقلی ایجاد شده و وظایف محوله را انجام دهد (۴). قبل از اقدام برای تشکیل یک چنین کمیته‌ای ابتدا باید سؤالات ذیل را در نظر داشته و بدان‌ها پاسخ داد: آیا هر بیمارستانی باید یک کمیته اخلاق داشته باشد؟ اعضای این کمیته توسط چه مرجعی انتخاب خواهند شد؟ چه موضوعاتی برای طرح در این کمیته‌ها مناسب خواهند بود؟ و چه وظایفی باید به عنوان وظایف مشخص کمیته‌ها لحاظ گردند؟ ساختار و ترکیب اعضای چنین کمیته‌ای می‌تواند تابعی از ساختار سیستم سلامت در کشور باشد. به عنوان مثال، در کشور ما، در ساختار مدیریت و ضوابط ارزشیابی بیمارستان‌ها که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارائه شده است، در ذیل کمیته اصلی پاسداری و مراقبت از ارزش‌های متعالی در بیمارستان، ۳ کمیته اخلاق پزشکی، کمیته مراعات موازین شرعی در فعالیت‌های بیمارستانی و کمیته نظارت و ارزشیابی درونی

پزشکی، درصد بالایی از رویکرد پدرسالاری و قومیت نسبت به بیماران را نشان داد که احتمالاً بدلیل سن بالای شرکت کنندگان در تحقیق و عدم وجود آموزش‌های لازم در زمینه‌های اخلاق پزشکی بوده است (۳).

ساختار، ترکیب اعضا و شرح

وظایف

سازمان یونسکو در راهنمای شماره ۲ خود در زمینه نحوه فعالیت کمیته‌های اخلاق زیستی، این کمیته‌ها را به ۴ گروه تقسیم می‌نماید:

۱- کمیته سیاستگذاری و مشورتی: فعالیت این کمیته‌ها متمرکز بر سیاستگذاری در سطح کلان کشوری و ارائه مشاوره و راهکارهای مناسب تصمیم‌گیری حوزه‌های پزشکی، علوم و فناوری می‌باشد.

۲- کمیته انجمن‌های تخصصی پزشکی: وظیفه این کمیته‌ها، تبیین مسائل اخلاقی برای گروه‌های تخصصی پزشکی می‌باشد.

۳ - کمیته‌های اخلاق بیمارستانی: این کمیته‌ها مسؤول تبیین و بازبینی اخلاقی روند درمان و ارائه مشاوره به تیم درمانی در ایفای هرچه بهتر خدمات درمانی می‌باشد.

۴- کمیته اخلاق در پژوهش: وظیفه کمیته‌های اخلاق در پژوهش، بازبینی و مرور طرح‌های پژوهشی که در آنها آزمودنی‌های

بیشتر بوده و در وضعیت مطلوب، کادر درمانی بیمارستان باید امکان تماس با حداقل یکی از اعضای این کمیته (On call) در اختیار داشته باشند تا در صورت لزوم از مشورت اعضای کمیته بهره‌مند گردند.

شرح وظایف کمیته‌ها

این کمیته‌ها جهت ارائه مشورت‌های لازم به کادر درمانی در ارائه خدمات بهتر به بیماران و خانواده‌های آنها تشکیل می‌گردد. فعالیت این کمیته به نحوی است که موجبات ارتقای خدمات سلامت و نیز اعتماد متقابل بین دهندگان و گیرندگان خدمات درمانی می‌گردد. به‌طور کلی حوزه‌ی فعالیت کمیته‌های اخلاق بیمارستانی را می‌توان در سه بخش عمده بیان نمود:

۱- فعالیت‌های آموزشی

کمیته‌های اخلاق پزشکی بیمارستان‌ها فعالیت‌های آموزشی خود را در زمینه اخلاق بالینی به‌طور هماهنگ با سایر بخش‌های بیمارستانی انجام خواهند داد.

این فعالیت‌ها شامل برگزاری سخنرانی، کارگاه و راندهای اخلاق بالینی و دوره‌های بازآموزی اخلاق پزشکی می‌باشد. هدف از این گونه فعالیت‌ها، ارائه آگاهی‌های لازم به منظور توانمند ساختن کادر درمانی در لحاظ نمودن مسائل اخلاقی در ارائه بهتر خدمات

پیشنهاد شده است. در این دستورالعمل پیش‌بینی شده که کمیته اخلاق پزشکی و کمیته مراعات موازین شرعی می‌توانند تحت عنوان کمیته اخلاق پزشکی و موازین شرعی با یکدیگر ادغام شوند (۵).

به‌نظر می‌رسد ادغام این دو کمیته ممکن است باعث شود تا ثبات اخلاق پزشکی و حوزه فعالیت آن به‌خوبی شناخته نشده و حیطه عملکرد و تأثیر کمیته‌های اخلاق، در نظارت بر رعایت موازین شرعی خلاصه گردد. در ذیل، ترکیبی از اعضای کمیته اخلاق بیمارستانی برای نمونه ذکر می‌گردد.

تعداد اعضای این کمیته می‌تواند تا ۱۰ نفر بوده و از طرف رئیس دانشگاه به مدت ۴ سال منصوب شوند. ترکیب اعضاء یک چنین کمیته‌ای می‌تواند شامل:

رئیس بیمارستان، مدیر داخلی بیمارستان، مسئول روابط عمومی بیمارستان، ۳ پزشک به انتخاب رئیس بیمارستان، ۲ پرستار به انتخاب رئیس بیمارستان، یک نفر مددکار اجتماعی و یک روحانی با معرفی نماینده ولی فقیه دانشگاه. بهتر است عضویت در این کمیته‌ها داوطلبانه باشد.

زمان برگزاری و تعداد جلسات این کمیته‌ها بسته به فعالیت آنها قابل تغییر است. به هر حال فاصله بین جلسات نباید از ۲ ماه

سلامت در بیمارستان‌ها می‌باشد.

۲- برنامه‌ریزی برای روند ارائه خدمات

سلامت در حوزه بیمارستان

اگرچه در کشور سیاستگذاری سلامت به‌طور متمرکز توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت می‌گیرد، لیکن بیمارستان‌ها بخشی از برنامه‌های ارائه خدمات سلامت را خود به‌طور غیرمتمرکز تبیین نموده و آن را به اجرا می‌گذارند.

کمیته‌های اخلاق پزشکی به بیمارستان و کادر درمانی کمک خواهند نمود تا ملاحظات اخلاقی موجود در نحوه ارائه خدمات سلامت به بیماران را بازشناسی کرده، به یافتن راهکارهای لازم در برخورد با سؤالات و مسائل اخلاقی احتمالی در درمان بیماران کمک نمایند. در چنین نقشی این کمیته‌ها، بیمارستان‌ها را در اتخاذ تصمیمات مطلوب‌تر در راستای ارائه خدمات سلامت و نیز حفظ حقوق بیماران یاری خواهند نمود.

۳- نقش مشاوره‌ای

مشاوره اخلاقی همان‌گونه که انجمن اخلاق زیستی آمریکا بیان می‌دارد، عبارت از خدمتی است که توسط یک نفر یا یک گروه (کمیته) به پزشکان، پرستاران، بیماران و خانواده‌های آنها در موارد بروز اختلاف نظر در تصمیم‌گیری‌های درمانی متأثر از مسائل

اخلاقی و اجتماعی، ارائه می‌گردد (۶).

یکی از نقش‌های اساسی این کمیته‌ها، این است که به تصمیم‌گیری در مورد سؤالات اخلاقی که در روند درمان بیماران بروز می‌نماید، کمک نمایند. این کمیته‌ها مرجعی خواهند بود که در آن کادر درمانی می‌توانند ملاحظات اخلاقی که در برخورد با بیماران و یا همکاران بروز می‌نماید را بررسی و تجزیه و تحلیل نموده و با همکاری و هم‌فکری اعضای کمیته، راهکار مناسب را بیابند. این مهم در سه بخش می‌تواند محقق گردد.

۱- کمک به تصمیم‌گیری در مواردی که

از نظر اخلاقی ابهام وجود دارد.

بی‌شک در روند درمان بیماران همیشه صرف اندیکاسیون‌ها و کتراندیکاسیون‌های پزشکی به تنهایی نمی‌تواند ملاک تصمیم‌گیری قرار گیرد. در بعضی از موارد، ملاحظات اقتصادی اجتماعی و اخلاقی نیز می‌بایست مد نظر قرار گرفته، آنگاه بهترین تصمیم ممکن برای بیمار اتخاذ گردد.

۲- کمک به تصمیم‌گیری در مواردی که

بین ارائه‌دهنده و گیرنده خدمات سلامت اختلاف نظر وجود دارد. ملاحظات اخلاقی همیشه به‌طور واضح و مشخص نبوده، بنابراین گاهی نیاز به ارائه یک تحلیل اخلاقی در مورد مسأله مورد نظر می‌باشد. در یک

چنین مواردی کمیته‌های اخلاق یا مشاور اخلاق بالینی می‌توانند راهگشا باشند.

گاهی ممکن است در روند ارائه خدمات سلامت، بین بیمار و پزشک اختلاف نظر وجود داشته باشد، به گونه‌ای که ممکن است بیمار روش درمانی پیشنهاد شده را نپذیرفته و با آن موافق نباشد. در یک چنین مواردی، ارجاع به کمیته‌های اخلاق می‌تواند راهگشا بوده و با لحاظ نمودن دلایل دو طرف، در ایجاد یک توافق مناسب بین پزشک و بیمار کمک‌کننده باشند.

۳- تصمیم‌گیری در مورد عدم ارائه و یا توقف درمان‌های حمایتی حیات. یکی از مسائلی که معمولاً پزشکان با آن مواجه می‌شوند، تصمیم‌گیری در مورد توقف یا عدم ارائه درمان‌هایی است که در نظر پزشک جزو درمان‌های بدون نتیجه محسوب می‌شوند.

درمان بدون نتیجه به درمان‌هایی گفته می‌شود که طبق نظر پزشک معالج، ارائه آنها متضمن هیچ‌گونه نفع درمانی برای بیمار نباشد. تصمیم‌گیری در مورد شروع یا توقف درمان‌های تهاجمی و پرهزینه برای بیمارانی که در مراحل پایان عمر خود هستند و امیدی به بهبودی آنها نیست، موجب تحمل درد و رنج بی‌مورد به بیمارانی نیز می‌گردد. این امر به‌خصوص در صورت وجود اختلاف نظر بین پزشک معالج و بیمار (یا همراهان) در مورد درمان پیشنهاد شده، دشوارتر خواهد بود. در چنین شرایطی، ارجاع به کمیته‌های اخلاق می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد.

لازم به توضیح است که این کمیته‌ها مرجع تصمیم‌گیری در موارد فوق نبوده، بلکه صرفاً نقش مشورتی و حمایتی خواهند داشت.

- 4- UNESCO, Bioethics committees at work: Procedures policies Guide No.2, 2005

۵- دستورالعمل استاندارد و ضوابط

ارزشیابی بیمارستان‌های عمومی

کشور، معاونت امور درمان و دارو،

دفتر ارزشیابی، ضوابط و

استانداردهای درمانی وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شماره ۵۲۳۴ - مورخ ۷۶/۵/۲۱

مراجع

- 1- Sally Satel, 2008, "The God Committee" American Enterprise Institute for Public Policy Research; www.aei.org
- 2- Hariharan S, Jonnalagadda R, Walrond L., *Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in barbados*. BMC Medical Ethics 2006.
- 3- Borovei A, Orekovi S, Have T. H., *Ethics and structures of health care in the European countries in transition: hospital ethics committees in croatia*. BMJ 2005.

فصل ۱۳

تخصیص منابع در بخش سلامت

یکی از مهمترین موضوعات مورد بحث در اخلاق پزشکی، مسأله تخصیص منابع است که متأسفانه تا کنون در بسیاری از کشورها به نحو روش‌شناختی، توجه کمتری به آن شده است (۱). منابعی که در اختیار بخش سلامت قرار دارند، محدودند و همواره این پرسش پیش می‌آید که نیازهای موجود چگونه اولویت بندی شوند و منابع محدود موجود به کدام نیاز تخصیص داده شوند. در پاسخ به این پرسش، ملاحظات اخلاقی متعددی پیش می‌آیند. شاید کمتر موضوعی در حیطه تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سلامت وجود داشته باشد که تا این حد ماهیت اخلاقی داشته باشد و برای پرداختن به آن نیاز به حل چالش‌ها و پاسخگویی به پرسش‌های اخلاقی وجود داشته باشد (۲).

تخصیص منابع که تعریف مختصری از آن را می‌توان در جلد دوم همین کتاب یافت، در سه سطح خرد، میانی و کلان مطرح می‌شود که در ذیل به معرفی هر کدام از این سه سطح می‌پردازیم (۳).

۱- سطح خرد: این سطح مربوط است به تخصیص منابع بهداشتی - درمانی به تک تک بیماران. چالش‌های مربوط به این سطح در طبابت روزمره پزشکان پیش می‌آیند. برای مثال، هنگامی که تنها یک تخت مراقبت‌های ویژه در اختیار داریم اما دو بیمار به همین تخت نیاز دارند؛ این پرسش پیش می‌آید که تخت موجود را به کدام بیمار اختصاص دهیم. این پرسش البته سوال دیگری را در دل خود دارد و آن این است که کدامیک از دو بیمار نیازمند را از این امکان درمانی که به آن نیاز دارد محروم کنیم. این رویه دیگر پرسش است که اهمیت و حساسیت موضوع را آشکارتر می‌سازد. مثال دیگر هنگامی است که تنها یک عضو پیوندی در اختیار داریم اما دو بیمار به آن عضو نیاز دارند و پرسش آن است که بر اساس چه معیارهایی تشخیص دهیم که این عضو باید به کدامیک از این دو بیمار تخصیص یابد. وقت پزشک نیز می‌تواند به عنوان یک منبع در شمار آید، برای مثال، پزشکی که به صحنه یک حادثه یا فاجعه طبیعی رسیده است، خود را با تعداد زیادی مجروح روبرو می‌بیند که باید در زمانی محدود به آنها رسیدگی کند و با این پرسش روبه‌رو است که نخست وقت خود را به کدام بیمار اختصاص دهد و برای هر بیمار یا

مهمترین اصل اخلاقی که در تخصیص منابع مورد استناد قرار می‌گیرد، اصل عدالت است (۱، ۲). عدالت اقتضا می‌کند که برای تخصیص منابع - در هر سطحی که باشد - از معیارها و روش‌های تحلیلی روشن و شفافی استفاده شود. عواملی نظیر جنسیت، نژاد، قومیت یا هر ویژگی دیگری از این قبیل نباید به عنوان معیار اولویت بندی در نظر گرفته شوند. اما در نظر گرفتن عواملی نظیر فوریت نیاز، اولویت زمانی در مراجعه، امید به بهبود و هر عامل دیگری که در محاسبه هزینه و فایده درمان دخالت داشته باشد، جهت اولویت بندی در تخصیص منابع، از نظر اخلاقی می‌تواند مقبول باشد.

در مواردی از چالش‌های اخلاقی مرتبط با تخصیص منابع در سطوح خرد و میانی که در بیمارستان‌ها پیش می‌آیند، همواره بهتر است که تصمیم‌گیری به صورت فردی به انجام نرسد؛ بلکه کمیته ای تخصصی این تصمیم‌گیری و داوری در مورد تخصیص منابع را به انجام برساند. کمیته‌های اخلاق بیمارستانی نیز می‌توانند در این زمینه همکاری نمایند. این کمیته باید متشکل از افرادی باشد که علاوه بر احاطه به جوانب مختلف موضوع، هیچگونه منافعی در موضوع مورد بحث نداشته باشند.

هر مشکلی چه مقدار از وقت خود را تخصیص دهد.

۲- سطح میانی: این سطح مربوط است به تخصیص منابع محدود میان بیمارستان‌ها یا واحدهای بهداشتی - درمانی. برای مثال، اگر تنها یک دستگاه شوک الکتریکی برای احیای قلبی عروقی در اختیار است اما چند بیمارستان متقاضی آنند، با چه معیارهایی معلوم شود که آن دستگاه را باید به کدام بیمارستان سپرد یا این که بودجه‌های عمرانی چگونه میان خانه‌های بهداشت یک منطقه تقسیم شوند.

۳- سطح کلان: این سطح اما مربوط به تخصیص منابع در سطح کلان کشوری و سیاستگذاری در این رابطه است. برای مثال بودجه بخش سلامت کشور بهتر است صرف پوشش بیمه ای خدمات دندان پزشکی شود یا این که بیماری جدیدی به فهرست واکسیناسون اجباری کشوری افزوده گردد. مثال دیگر این که چه درصدی از بودجه بخش سلامت به پژوهش و چه درصدی از آن به عمران بیمارستان‌های جدید و چه در صدی از آن به ایجاد تخت‌های جدید مراقبت‌های ویژه و همینطور چه درصدی به برنامه‌های آموزشی برای پیشگیری از بیماری‌های قلبی - عروقی اختصاص پیدا کند.

مراجع

- 1- Jecker. N.S. 2008. Abroader View of Justice. American Journal of Bioethics 8 (10): 210.
- 2- Aramesh K. 2008. Justre as a Principle of Islamic bioethis. American Journal of Bioethrs. 8 (10): 26-70.
- 3- Menzel P. 2007. Allocation of socarce resources. In: Rhads R, Francis LP, Silvers A. The Blachwell guide to medical ethiss. Malden: Blactwell Publirshing. 302-322.

در مباحث مرتبط با عدالت، موارد مرتبط

با تخصیص منابع از اهمیت ویژه‌ای در ارتقای سلامت در کشورها برخوردارند. منابع اسلامی نیز مبانی و راهنمایی‌های زیادی را در این جهت ارائه می‌کنند که می‌توان از آن‌ها بخوبی بهره جست.

اقداماتی است که جهت حفظ مقام و ارزش انسان‌ها در نظر گرفته شده است و اخلاق پزشکی جایگاه ویژه‌ای در این میان دارد، به‌طوری که تشکیل اولین «مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی» در حوزه معاونت دانشجویی، فرهنگی و حقوقی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۲، در پاسخ به نیازهای ضروری در این زمینه بود.

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

برگزاری اولین سمینار بین‌المللی اخلاق پزشکی، یکی از مهم‌ترین فعالیت‌های مرکز اخلاق پزشکی در تیرماه ۱۳۷۲ بود (۱) و استقبال زیاد گروه پزشکی و سایر علاقمندان، اهمیت این موضوع را در محافل علمی کشور ما به اثبات رساند.

در این کنگره مباحث زیادی از اخلاق پزشکی برای اولین بار در سطح وسیع کشور

فصل ۱۴

فعالیت‌های اخلاق پزشکی در کشور

مقدمه

مبحث اخلاق پزشکی در طب جدید نیز دارای تاریخچه‌ای طولانی است که با توجه به پیشرفت سریع علوم زیستی و پزشکی، اهمیتی روزافزون پیدا کرده است. اخلاق پزشکی به‌عنوان شاخه‌ای از علوم، مبحثی نوپا به‌حساب می‌آید و به شکل کلاسیک خود برای اولین بار حدود ربع قرن پیش مطرح شد؛ گرچه در کشور ما به‌رغم زمینه تاریخی غنی، جایگاه واقعی خود را پیدا نکرده است. از آن‌جا که علم پزشکی در میان مباحث علمی، منحصر به فرد و مستقیماً با جان آدمی مرتبط است؛ اخلاق جزئی لاینفک از آن تلقی می‌شود و توصیه‌های آن معیارهای عملکردی برای بخش سلامت و درمان، از جمله مراکز تحقیقاتی هستند؛ از این گذشته، قوانین و بیانیه‌های متعددی جهت هدایت رفتارها و روش‌های حرفه‌ای پزشکان تدوین شده‌اند.

تأکید خاصی که بر ارزش‌های دینی و معنوی در کشور ما وجود دارد، زیربنای

مطرح شد. برخی از محورهای عمده آن عبارت بودند از (۱):

۱. تاریخچه اخلاق پزشکی، ۲. فلسفه اخلاق پزشکی، ۳. طبابت در فقه اسلامی، ۴. رسالت ارگان‌های دولتی، ۵. شناخت انسان، ۶. ضمان پزشکی، ۷. ارتباط پزشک با قوانین حقوقی، ۸. جایگاه نظام پزشکی در اخلاق پزشکی، ۹. جایگاه پزشکی قانونی اخلاق پزشکی، ۱۰. نکات حقوقی و اخلاقی در دندانپزشکی، ۱۱. سقط جنین، ۱۲. تلقیح صناعی و انتقال جنین، ۱۳. خودکشی، ۱۴. ارتباط پزشک و بیمار از نظر متون اسلامی، ۱۵. رازداری، ۱۶. رابطه پزشک و همکارانش، ۱۷. سیاست‌گذاری‌های بهداشتی، ۱۸. تحقیق روی حیوانات، ۱۹. بررسی احکام اسلامی در برخورد با مسائل آموزش پزشکی، ۲۰. پیوند اعضا، ۲۱. اخلاق در آموزش، ۲۲. ارزش خدمات پزشکی در اسلام، ۲۳. اخلاق پزشکی و تحقیق روی انسان، ۲۴. سوگندنامه، ۲۵. رضایت‌نامه‌های پزشکی، ۲۶. رابطه پزشک و بیمار، ۲۷. حدود الهی و حریم انسانی در معاینات پزشکی، ۲۸. کنترل جمعیت، ۲۹. عقیم سازی، ۳۰. مرگ مغزی، ۳۱. قصور و تقصیر در تشخیص و درمان و ۳۲. اخلاق پزشکی، تعرفه‌های پزشکی، نظام پزشکی و طب استاندارد.

البته به لحاظ زمانی، اولین اقدام در وزارت بهداشت، تدوین کتاب اخلاق پزشکی به انضمام تاریخ پزشکی (۲) بود. این نوشتار توسط دکتر منوچهر ولایی و دکتر باقر لاریجانی چندین بار بازبینی شد و گرچه این اثر یکی از کارهای ارزشمند در این زمینه بود، رویکرد فلسفی بحث‌ها و عدم توجه به مباحث متداول روز در این عرصه، از کاستی‌های آن به‌شمار می‌رفت.

فکر تأسیس مرکز اخلاق پزشکی به‌صورت یکی از مراکز تحقیقاتی، توسط دکتر باقر لاریجانی و همکاران در سال‌های ۷۴-۷۳ پی‌گیری شد. جهت پیشبرد این هدف، شورای عالی تشکیل شد و چندین جلسه هم برگزار گردید. دکتر حبیبی (معاون اول ریاست جمهوری وقت) آقای مصباح یزدی، دکتر محقق داماد و ... از جمله اعضای این شورای عالی بودند. مراحل تصویب و تأیید این مرکز، با اصرار به شورای گسترش سپری شد و مساعدت‌های دکتر مرندي (وزیر وقت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) برای تصویب مرکز اخلاق پزشکی بسیار کارساز بود. نگرش در آن زمان این بود که این مرکز به‌عنوان یک مرکز فعال، تلاش‌های پژوهشی و آموزشی فراوانی انجام دهد. بسیاری از آثار در دسترس آن زمان از منابع غربی کمی یا افسد

در پیشگیری و پایش ایدز، نوشته

محمد محمدی اصفهانی

۸- پزشکی و جامعه، ج ۶ (مجموعه مقالات)

۹- رضایت خاموش (مجموعه کتاب‌های اخلاق پزشکی)، نویسنده: جن ویسیک (ترجمه)

۱۰- مسائلی در اخلاق پزشکی

۱۱- طب اسلامی در قرن نهم میلادی، نویسنده: مانفرد داولمان، ترجمه: دکتر سید علی طبریپور

۱۲- کلیات اخلاق پزشکی، ج ۱ (مجموعه مقالات)

۱۳- کتاب جراحی الزهراوی، ترجمه موسی‌الرضا حاج زاده

۱۴- مسائل مستحدثه (ج پنجم) (مجموعه مقالات)

۱۵- موارد کلاسیک در اخلاق پزشکی (ج دوم) نویسنده کرگوری، ای، پنیسی (ترجمه)

فکر انتشار نشریه‌ای برای اخلاق پزشکی، از دیگر اقدامات انجام شده در آن سال‌ها برای گسترش کار بود. مجله طب و تزکیه با همین رسالت، توسط دکتر باقر لاریجانی و همکاری تعدادی از صاحب‌نظران و تلاش‌های فراوان دکتر مدرسی شروع به کار کرد و هدف آن

شد و در دسترس علاقمندان قرار گرفت.

همزمان منابع کثیری شاید بالغ بر پانصد کتاب مرجع و قابل استفاده در غرب در این زمینه جمع‌آوری شد و برای گسترش کار، با تلاش زیاد ساختمانی وسیع در خیابان ایرانشهر برای این کار اختصاص یافت. انتشار بیش از ۳۰ عنوان کتاب در زمینه اخلاق پزشکی به خصوص اخلاق در تحقیقات پزشکی از دیگر اقدامات قابل توجه این مرکز بوده است.

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

۱- اخلاق پزشکی و تشریح از نظر علمای اسلامی، علامه حسن حسن زاده آملی

۲- اخلاق پرستاری بانضمام تاریخ پرستاری

۳- اخلاق پزشکی، نویسنده: تری. ام پرلین (ترجمه)

۴- اخلاق پزشکی در آیینه اسلام (مجموعه مقالات) ج ۱

۵- اخلاق پزشکی در آیینه اسلام (مجموعه مقالات) ج ۲

۶- اخلاق در پرستاری، نویسنده: چودین، مترجم: دکتر ناصر بلیغ

۷- بهره‌گیری از رهنمودهای اسلامی

بود که در لابلاي مباحث علمي علوم پزشکی، مباحث نظري و اخلاقي نيز به طور وسيعي منتشر گردد. بعدها اين مجله به طور وسيع منتشر شد و توسعه يافت و هنوز هم يکي از مجلات علمي تحقيقي کشور است. «حکيم»، نشریه دیگری است که مجوز آن توسط دکتر باقر لاریجانی و همکاران گرفته شد. بنا بود اين نشریه رسالتي وسيع در زمینه اخلاق پزشکی ایفا نماید. اما بعدها اين نشریه به شکل دیگری در آمد و در حقيقت رسالت دیگری يافت. مرکز اخلاق پزشکی در ابتدا توسط دکتر باقر لاریجانی و بعدها دکتر سيد حسن امامي که در آن زمان معاون امور فرهنگي وزارت بهداشت بودند اداره می شد. پس از مدتي آقای دکتر تابعي رسالت اداره مرکز را به عهده گرفت. در آن زمان ها کارگاه های مکرري برای بحث پيرامون مباحث اخلاق پزشکی و چگونگی گسترش کار برگزار گردید.

در آن سال ها برای ارتقای اخلاق پزشکی و دروس اخلاق پزشکی در دانشگاه ها، تلاش های دیگری هم صورت گرفت. از قبيل مراحل درس و عناوين مباحث اخلاق پزشکی در دانشگاه ها و بسياري اقدامات ديگر.

در سال ۱۳۷۷، دکتر فرهادي مسؤول مرکز اخلاق پزشکی شد. در آن زمان طرح

تحقيقاتي برای مراحل کدهای اخلاق در تحقيقات پزشکی تدوين شد که بسياري از همکاران از جمله دکتر موسوي، دکتر فرهادي، دکتر عباسي، دکتر باقري، دکتر میانداري، خانم دکتر حقيقي و... در آن فعال بودند. دکتر ملک افصلي - دکتر محقق داماد و دکتر باقر لاریجانی جزء مشاوران آن طرح بودند. آن طرح يکي از اقدامات ارزشمند آن دوران بود که منجر به ابلاغ کدهای اخلاق پزشکی به دانشگاه های کشور شد. در اين زمان کمیته اخلاق پزشکی در تحقيقات در سطح وزارت بهداشت تشکيل شد و از اقدامات ديگر ارزشمند آن دوران، ابلاغ دستورالعمل تشکيل کمیته های اخلاق پزشکی به دانشگاه ها بود.

در سال ۱۳۸۰، دکتر پاک نژاد مسؤوليت مرکز اخلاق پزشکی را به عهده گرفت. در سال ۱۳۸۰، دکتر باقر لاریجانی طرحی به معاونت پژوهشی وزارت بهداشت ارائه داد که در آن به دلایلي چند، از قبيل اين که اخلاق پزشکی از زمینه های علمي است که افراد متعدد و رشته های گوناگوني بایستی در آن مشارکت داشته باشند، و هم چنین تلاش های ارزشمند در کشور ما در زمینه اخلاق پزشکی و تجربیات قبلي؛ خواستار تشکيل شبکه اخلاق پزشکی در کشور شد. گرچه اين شبکه

افضلی و آقای دکتر موسوی و تعدادی از همکاران ایشان متولی آن بودند و البته این جلسات به سوی بحث پیرامون تدوین برنامه راهبردی برای اخلاق پزشکی در کشور پیش رفت (۳).

اولین کارگاه برنامه‌ریزی راهبردی اخلاق پزشکی (تبریز)

با این هدف، پس از هماهنگی‌های لازم، اولین کارگاه برنامه‌ریزی راهبردی اخلاق پزشکی در تاریخ ۲۱-۱۹ مردادماه ۱۳۸۱ در تبریز تشکیل گردید (۴). در تقسیم‌بندی گروه‌ها، تلاش بر آن بود که در هر گروه، افرادی با دیدگاه‌های فقهی، فلسفی، اخلاقی و پزشکی و حقوقی حضور داشته باشند. اسامی اعضای شرکت‌کننده در اولین کارگاه برنامه‌ریزی راهبردی اخلاق پزشکی در تبریز (۳۰):

گروه ۱

۱. دکتر باقر لاریجانی، ۲. دکتر کیوان شکری، ۳. دکتر فرهنگ بابا محمودی، ۴. دکتر احمد هاشمیان، ۵. دکتر محمدرضا محمدی، ۶. دکتر زهره حقیقی، ۷. دکتر حمیدرضا آیت‌اللهی و ۸. دکتر علیرضا پارساپور

گروه ۲

۱. دکتر حسین ملک افضلی، ۲. دکتر پدرام موسوی، ۳. حجت‌الاسلام آقای دکتر

آن‌گونه که پیشنهاد شده بود پیش نرفت، ولی منشأ بحث‌های ارزشمندی حول اخلاق پزشکی در وزارت بهداشت شد.

دکتر پارساپور از همکاران تأثیرگذار در تدوین این پیشنهاد بود. گرچه آن‌ها به صورت متدولوژیک به SWOT^۱ این پیشنهاد پرداختند، ولی چارچوب SWOT به عنوان پیش‌نویس کار پیشنهاد شد که بعدها از آن چارچوب در بحث‌های راهبردی در زمینه اخلاق پزشکی استفاده شد.

تدوین برنامه راهبردی^۲ برای فعالیت‌های اخلاق پزشکی در کشور

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

برای بحث پیرامون این شبکه، قرار شد تعدادی از صاحب‌نظران و افراد مرتبط با مباحث اخلاق پزشکی از افراد علاقمند تا سازمان‌های ذی ربط مانند نظام پزشکی و پزشکی قانونی دور یکدیگر گردآیند. با این هدف، جلساتی برگزار شد که آقای دکتر ملک

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

با بارش افکار، موضوعات مهم اخلاق پزشکی را مطرح کردند. سپس شاخص‌های اهمیت مباحث نیز مطرح گردید که در بعضی گروه‌ها به مواردی همچون فراگیری، درجه ابتلا، سهولت اجرا و آینده نگری اشاره شد (۳۰).

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

- ۱- رابطه گروه پزشکی و بیمار
- ۲- اخلاق در پژوهش
- ۳- فلسفه اخلاق پزشکی
- ۴- آموزش اطلاع رسانی در زمینه اخلاق پزشکی
- ۵- تخصیص منابع (نیروی انسانی، اعتبارات و امکانات)
- ۶- اخلاق در آموزش (الگو)
- ۷- بهداشت باروری (سقط جنین، ایدز، ناباروری و تنظیم خانواده)
- ۸- پیوند اعضا
- ۹- قوانین و مقررات ناظر بر اخلاق پزشکی (از جمله طرح انطباق)
- ۱۰- اقتصاد و اخلاق پزشکی
- ۱۱- مرگ مغزی
- ۱۲- ژنتیک و بیوتکنولوژی

۴. دکت‌ر یوسف فکور، ۵.
- دکت‌ر مجیدرضا خلیج‌زاده، ۶. دکت‌ر علی محفوظی، ۷. دکت‌ر مصطفی قانع، ۸. دکت‌ر علیرضا اجلالی، ۹. دکت‌ر حسن میان‌داری و ۱۰. احمد تقوایی

گروه ۳

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

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

- ۱- کدام‌یک از مباحث و موارد مبتلا به اخلاق پزشکی در طرح و پیگیری اولویت دارند؟
- ۲- تعریف اخلاق پزشکی چیست؟ ارتباط آن با مباحثی مثل فقه، فلسفه، حقوق... چگونه است؟

اولویت‌ها

در ابتدا جهت تعیین اولویت‌ها، با استفاده از شیوه جدول اولویت‌بندی^۱، شرکت کنندگان

ذی نفع‌ها

- ذی نفع‌ها به‌طور عمده عبارتند از (۴):
- ۱- گیرندگان خدمات (بیماران، خانواده آن‌ها و ...)
 - ۲- ارائه دهندگان خدمات (پزشک، پرستار، سایر کارکنان مراکز بهداشتی درمانی...)
 - ۳- دانشجویان علوم پزشکی
 - ۴- مراکز تحقیقاتی، پژوهشگران و اساتید دانشگاه علوم پزشکی
 - ۵- مجلس و مراجع قانون گذار
 - ۶- مراجع حوزه علمیه
 - ۷- سازمان‌های حقوقی و مراجع قضایی
 - ۸- سازمان نظام پزشکی
 - ۹- پزشکی قانونی
 - ۱۰- سازمان‌های بین المللی (WHO، یونسکو و ...)
 - ۱۱- شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی
 - ۱۲- نظریه پردازان گروه علوم انسانی
 - ۱۳- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی
 - ۱۴- سازمان‌های بیمه گر (دولتی و غیر دولتی)
 - ۱۵- دولت (وزارت علوم، وزارت بهداشت، شورایی عالی انقلاب

۱۳- مرگ راحت^۱

۱۴- ارزشیابی

اخلاق پزشکی توسط شرکت‌کنندگان در کارگاه با عبارات زیر تعریف گردید (۴):

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

«ارزش‌ها، اصول و قواعدی پویا که از نظر مبانی اسلام، رفتار حرفه‌ای پزشک را تنظیم کند.» در ادامه کارگاه، ذی نفع‌ها^۲، چشم اندازها^۳، ماموریت‌ها^۴ و اهداف^۵، نقاط قوت^۶ و ضعف^۷، فرصت‌های موجود^۸ و تهدیدها^۹ با بحث و تبادل نظر معین شدند.

- 1- Euthanasia
- 2 Stake holders
- 3- Vision
- 4- Mission
- 5- Goals
- 6- Stengths
- 7- Weakness
- 8- Opportunities
- 9- Threats

فرهنگی و ...)

۱۶- نیروی انتظامی و سازمان‌های نظارتی

۱۷- جامعه جهانی علی‌الخصوص جهان اسلام

۱۸- انجمن‌های حمایت از حیوانات

۱۹- فرهنگستان علوم پزشکی و سایر سازمان‌های صنفی مشابه

۲۰- سازمان‌های مردم نهاد (NGOs) مانند بنیادهای خیریه

۲۱- رسانه‌های گروهی، نهادهای ارتباط جمعی و مراکز اطلاع رسانی

۲۲- نسل آینده

چشم انداز

چشم انداز برنامه‌ریزی راهبردی اخلاق پزشکی به صورت زیر بیان گردید (۴):

- استقرار کاراترین نظام سلامت، مبتنی بر اخلاق پزشکی و اصول اسلامی و انسانی و رسیدن به جامعه‌ای که در آن هیچ گونه خلاف پزشکی نباشد و احترام به کرامت انسانی در بالاترین سطح ممکن تحقق یابد.

- معرفت و عمل به اخلاق پزشکی مبتنی بر اصول علمی و متناسب با منابع اصیل اسلامی

- تنظیم منشور اخلاق پزشکی بر مبنای:

۱- حفظ کامل کرامت و ارزش‌های انسانی با توجه به مبانی اصیل اسلام

۲- گسترش عدالت اجتماعی

۳- توسعه علوم پزشکی با توجه به ارزش طب و طبابت در اسلام

مأموریت

- سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، تدوین راهبردهای روشن و ایجاد بستر مناسب جهت هدایت و هماهنگی کلیه دانشگاه‌ها و مراکز مرتبط با اخلاق پزشکی به منظور ارائه خدمات، آموزش و پژوهش برای ارتقای دانش، بینش و عملکرد اخلاقی جامعه پزشکی.

- تأمین مدیریت فراگیر (سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی) در اخلاق پزشکی در زمینه آموزش، پژوهش، بهداشت و درمان برای ارتقای دانش، بینش و عملکرد اخلاقی جامعه پزشکی.

- تبیین جایگاه اخلاق پزشکی در کشور.

- تبیین مبانی اخلاق پزشکی در کشور.

- گسترش آموزش اخلاق پزشکی.

- تربیت نیروی انسانی متخصص.

- گسترش ارتباطات علمی - فرهنگی

با مراجع داخلی و خارجی و	اخلاق پزشکی
- ارتقای سطح علمی تمامی آحاد جامعه پزشکی (۴).	نقاط ضعف
نقاط قوت	نقاط ضعف نیز بررسی و به شرح زیر ذکر گردید (۴):
مهم‌ترین نقاط قوت به شرح زیر ذکر گردید (۴):	- نداشتن تحقیقات روشن در زمینه اخلاق پزشکی علیرغم منابع غنی فرهنگی
- وجود مدیران و تصمیم‌گیران و متخصصان با بینش اسلامی	- انسجام ضعیف تحقیقات مرتبط با اخلاق پزشکی
- وجود منابع مالی تعریف شده در سطح وزارت در زمینه اخلاق پزشکی	- ضعف ارتباط، مشارکت و تعامل با مراکز دانشگاهی
- وجود قوانین نظارتی مطلوب در مورد عملکرد جامعه پزشکی	- کمبود نیروهای متخصص در زمینه اخلاق پزشکی
- توجه به موضوعات جدید اخلاق پزشکی از سوی مسوولین امر، پزشکان و سایر دست‌اندرکاران	- عدم دسترسی به منابع داخلی و خارجی این مطالعات
- احساس نیاز به موضوعات جدید اخلاق پزشکی با توجه به ارتقای سطح فرهنگ و دانش گیرندگان خدمت و افزایش مطالبات ایشان	- ضعف ارتباطات فعال بین‌المللی
- وجود مرکز اخلاق پزشکی با فضا و امکانات تخصصی مناسب	- تغییرات سریع مدیریتی در سطح مرکز اخلاق پزشکی
- کم هزینه بودن تحقیقات در زمینه اخلاق پزشکی	- ضعف در حمایت از طرح‌های پژوهشی در زمینه اخلاق پزشکی
- امکان سیاست‌گذاری متمرکز در سطح کشور	- کمبود منابع پشتیبانی در زمینه اخلاق پزشکی
- وجود ساختار تعریف شده در زمینه	- ضعف در آموزش اخلاق پزشکی
	- نداشتن رشته دانشگاهی مصوب در زمینه اخلاق پزشکی
	فرصت‌ها
	فرصت‌های موجود عبارتند از (۴):

- بکر بودن تحقیقات در زمینه اخلاق پزشکی
- وجود منابع غنی اسلامی در زمینه اخلاق پزشکی
- ارتباط با مراکز فعال در زمینه اخلاق پزشکی در سطح ملی و بین‌المللی
- علاقه‌مندی مسئولین رده‌های مختلف در وزارت بهداشت و دانشگاه‌های و حمایت از مرکز اخلاق پزشکی
- وجود زمینه‌های مختلف و حمایت داخلی و خارجی از تحقیقات در زمینه اخلاق پزشکی
- تقاضا برای رشد کیفیت آموزش و پژوهش در جامعه پزشکی
- حمایت برنامه سوم توسعه از اخلاق پزشکی
- وجود پژوهشگران علاقمند به زمینه‌های اخلاق پزشکی
- اعتقادات مذهبی مردم و توجه به اخلاق پزشکی
- وجود حوزه‌های فکری مرتبط با موضوع مانند: فقه، فلسفه، جامعه‌شناسی و ...
- تهدیدها
- تهدیدهای موجود را می‌توان شامل موارد زیر دانست (۴):
- بینش سکولار در زمینه اخلاق پزشکی
- اثرات نامطلوب اخلاق پزشکی غیراسلامی و غربی
- فرار مغزها
- کاهش اعتماد عمومی به جامعه پزشکی
- کاهش دلگرمی به کار در بین پزشکان متعهد
- ضعف ارتباط، مشارکت فعال با مراکز فقهی، حقوقی و...
- توجه ناکافی ذینفعان مسأله اخلاق پزشکی و نداشتن بینش یکسان در بین روحانیون، پزشکان، حقوقدانان و فلاسفه...
- ثبات کم مدیریتی در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- وجود افراد سودجو در جامعه پزشکی
- تصویب اولیه انتزاع آموزش و پژوهش پزشکی از وزارت بهداشت
- عدم اطلاع کافی مخاطبان از مرکز و مباحث اخلاق پزشکی
- فقدان جایگاه مناسب در تشکیلات ساختار سازمانی
- توجه ناکافی مسئولین ارشد و عدم تخصیص امکانات به مرکز
- عدم علاقه و توجه کافی مراکز تحقیقاتی و دانشگاه‌های علوم پزشکی به مقولات اخلاق پزشکی

- اشتغال بیش از حد جامعه پزشکی به مسائل اجرایی و اقتصادی
- ضعف فرهنگی جامعه پزشکی
- عدم ارزش گذاری به رفتارهای اخلاقی جامعه پزشکی
- عدم آشنایی به لذات فلسفی و مفاهیم اخلاقی از سوی مخاطبان
- اهداف**
- در روز سوم کارگاه، در زمینه مشخص نمودن اهداف دفتر در زمینه اخلاق پزشکی به کار گروهی پرداخته شد. در ابتدا عبارت ذیل به عنوان مأموریت (Mission) مد نظر قرار داده شد (۴):
- «تأمین مدیریت فراگیر شامل نیازسنجی، سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا، ارزشیابی و برنامه‌ریزی مجدد در اخلاق پزشکی در زمینه آموزش، پژوهش، بهداشت و درمان با توجه به کرامت و ارزش انسانی بیماران و حفظ حقوق جامعه و افراد».
- در نهایت، سه گروه اهداف ذیل را ارائه دادند (۴):
- اهداف کلی**
- ایجاد منشور اخلاق پزشکی
- فرهنگسازی و ایجاد جذابیت در زمینه اخلاق پزشکی برای ذینفع‌ها با اولویت دادن به دانشجویان علوم پزشکی
- ایجاد شبکه اخلاق پزشکی^۱
- کاربردی کردن مفاهیم اخلاق پزشکی از طریق شبکه کمیته‌های اخلاقی
- ایجاد بستر مناسب برای انجام طرح‌ها و پژوهش‌های مرتبط
- گسترش آموزش اخلاق پزشکی
- پیشنهاد قوانین و مقررات لازم در زمینه اخلاق پزشکی به مراجع ذیصلاح
- ایجاد ارتباط با سازمان‌ها و مراکز علمی داخلی و خارجی
- ایجاد ساختار مناسب برای رسیدن به اهداف فوق
- دستیابی به یک بینش و چارچوب روشن در زمینه اخلاق پزشکی با نگرش اسلامی
- تحلیل منابع متعدد اخلاق پزشکی به ویژه در جهان غرب و تطبیق آن با معارف و فرهنگ اسلامی
- اطلاع رسانی به مردم در مورد وظایف و حقوق اسلامی و انسانی آن‌ها در ارتباط با خدمات پزشکی
- افزایش آگاهی مناسب با نیازها در رده‌های مختلف پزشکی (بازآموزی و...)
- تطبیق رفتار گروه پزشکی بر اساس ضوابط اخلاق پزشکی اسلامی و انسانی و

- ایجاد ملکات اخلاقی متعالی در این گروه
- افزایش هماهنگی بین گروه‌های مختلف مرتبط با اخلاق پزشکی از طریق شبکه
- ایجاد سیستمی برای دستیابی به موضوعات جدید با بازنگری موضوعات قدیم در زمینه اخلاق پزشکی و ارائه راه حل لازم
- ایجاد رشته آموزشی مصوب در زمینه اخلاق پزشکی
- ایجاد بستر مناسب در دانشگاه‌های علوم پزشکی برای تحقیقات در زمینه اخلاق پزشکی
- ایجاد امکان دسترسی کلیه محققان به اخلاق پزشکی به منابع اخلاق پزشکی داخلی و خارجی مورد نیاز
- تدوین دستورالعمل‌ها و کدهای مناسب در زمینه مسائل مختلف اخلاق پزشکی برای گروه پزشکی
- تدوین قوانین و یافتن راهکارهای بین بخشی برای مشکلات اخلاق پزشکی از طریق همکاری گروه‌های مختلف مرتبط
- گسترش ارتباطات بین‌المللی در زمینه اخلاق پزشکی
- استقرار نظام پایش ارزشیابی در زمینه مسائل اخلاق پزشکی و برخورد با موارد مختلف
- تشکیل شورای سیاست‌گذاری اخلاق پزشکی کشور با مشارکت نهادها و ارگان‌های ذیربط
- تأمین پشتیبانی مناسب برای پیشبرد اخلاق پزشکی در کشور
- افزایش کیفیت تحقیقات پزشکی از راه اجرای کدهای اخلاق پزشکی
- طراحی ساختار مناسب در زمینه اخلاق پزشکی در تمامی سطوح
- احیای میراث‌های اخلاق پزشکی (الگوها، متون،...) در فرهنگ اسلامی - ایرانی کهن
- ایجاد جایگاه مناسب منطقه‌ای و بین‌المللی به‌عنوان قطب اخلاق پزشکی به ویژه در بین کشورهای اسلامی
- **اهداف خدمتی**
- تحصیل آگاهی اخلاق پزشکی مبتنی بر اسلام برای مدیران و کارکنان فنی بخش بهداشت و درمان
- تحصیل آگاهی اخلاق پزشکی مبتنی بر اسلام برای دانشجویان گروه علوم پزشکی
- تفسیر رفتار از نظر اخلاق پزشکی مبتنی بر اسلام برای دانشجویان و کارکنان فنی و مدیران
- تحصیل فضائل و زدودن رذائل در زمینه اخلاق پزشکی در گروه‌های فوق

اهداف سازمانی

- ارتقای جایگاه سازمانی اخلاق پزشکی در وزارت بهداشت
- فراهم کردن بستر مناسب و مبتنی بر اخلاق پزشکی برای فرایندهای تأمین سلامت مردم.
- پس از برگزاری اولین کارگاه، پیگیری امر در جلسات هفتگی که با حضور آقایان دکتر ملک افضلی، دکتر لاریجانی، دکتر فتاحی معصوم، دکتر قانع، دکتر میاننداری، دکتر پارساپور، دکتر جلالی، دکتر خلیج زاده، حجت الاسلام دکتر علم‌الهدی، دکتر مولوی و کارشناسان دفتر مطالعات علوم انسانی و اسلامی در طب و اخلاق پزشکی تشکیل می شد، صورت گرفت. در جلسات متعدد در مورد چشم انداز، مأموریت و اهداف مواردی به صورت ذیل مورد توافق اعضای کمیته کاری قرار گرفت (۴):

چشم انداز

- معرفت و عمل به اخلاق پزشکی مبتنی بر اصول علمی و متناسب با مبانی اصیل اسلامی و فرهنگ ایرانی
- مأموریت**
- تأمین مدیریت فراگیر (سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی) در اخلاق پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تهران در

زمینه‌های آموزش، پژوهشی، بهداشتی و درمانی برای ارتقای دانش، پیش و عملکرد اخلاقی جامعه پزشکی

اهداف

- تدوین و بازنگری منشور اخلاق پزشکی
- توسعه آموزش و پژوهش اخلاق پزشکی
- فراگیر کردن عمل به مبانی پزشکی
- گسترش ارتباطات کشوری، منطقه‌ای و بین‌المللی در زمینه اخلاق پزشکی
- استقرار نظام پایش و ارزیابی در زمینه اخلاق پزشکی
- احیاء میراث‌های اخلاق پزشکی اسلامی و ایرانی گذشته

دومین کارگاه برنامه‌ریزی راهبردی

اخلاق پزشکی (مشهد)

دومین کارگاه برنامه‌ریزی راهبردی اخلاق پزشکی در مشهد (۱۳-۱۲ مهرماه ۱۳۸۱) برگزار گردید (۴). افراد شرکت‌کننده عبارت بودند از:

گروه ۱:

۱. دکتر ملک افضلی، ۲. دکتر هاشمیان، ۳. حجت‌الاسلام والمسلمین آقای دکتر ابراهیمی، ۴. دکتر فکور، ۵. دکتر آیت‌اللهی، ۶. دکتر موسوی و ۷. دکتر خلیج‌زاده

گروه ۲:

۱. دکتر لاریجانی، ۲. دکتر میاننداری، ۳.

G101A4: تدوین پیش نویس منشور و
کدهای اخلاقی توسط گروه کاری ظرف مدت
۶ ماه

G101A5: نظرخواهی از مراجع ذیربط
توسط دفتر مطالعات ظرف مدت ۳ ماه
G101A6: تدوین نهایی توسط گروه
کاری ظرف مدت ۱ ماه

شاخص‌ها

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

۲. اطمینان از مشارکت ذینفع‌های صاحب
نظر در فرآیند تدارک منشور

G102: مصوب کردن بخش‌های مورد
نیاز منشور و یا کدهای اخلاقی تدوین شده
در مراجع قانونی کشور تا پایان سال ۸۴

G102A1: تشکیل گروه کاری از ذینفع
های مرتبط، با تصویب دفتر ظرف مدت ۱ ماه
G102A2: مطالعه قوانین مربوط به
اخلاق پزشکی در سایر کشورها توسط گروه
کاری ظرف مدت ۱۲ ماه

G102A3: مطالعه منشور و استخراج
کدهایی که نیاز به تصویب قانونی و یا تعیین
آیین‌نامه می‌باشند توسط گروه کاری ظرف
مدت ۱ ماه

G102A4: تنظیم پیش نویس در

دکتر شکرایی، ۴. دکتر بابامحمودی، ۵. دکتر
حقیقی، ۶. دکتر مدبر، ۷. حجت‌الاسلام و
المسلمین آقای علم‌الهدی و ۸. تقوایی
گروه ۳:

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

اهداف

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

G101: تدوین منشور و کدهای اخلاق
پزشکی مبتنی بر اصول علمی و متناسب با
مبانی اسلام تا پایان تیر ماه ۸۳

G101A1: تشکیل گروه کاری از ذینفع
های مختلف توسط دفتر مطالعات ظرف مدت
۲ ماه

G101A2: جمع آوری کلیه منابع
مطالعاتی مورد نیاز توسط گروه کاری ظرف
مدت ۶ ماه

G101A3: تحلیل و دسته بندی منابع
جمع آوری شده توسط گروه کاری ظرف
مدت ۸ ماه

۱ - مدیریت فعالیتهای مربوطه بر عهده دفتر مطالعات
میباشد و شروع فعالیتها از آذرماه ۸۱ بود.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری یا توسط معاونت پژوهشی

G2O1A2: ایجاد گروه اخلاق پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی زیر نظر معاونت آموزشی دانشگاه با همکاری یا توسط معاونت پژوهشی دانشگاه

G2O1A3: تجدید نظر و ارائه برنامه عملی و نظری در قالب دوره اخلاق پزشکی یا دوره‌های دیگر به معاونت آموزشی وزارت بهداشت و درمان جهت تصویب توسط مراجع ذیربط توسط دفتر مطالعات اخلاق پزشکی یکی از دانشگاه‌های مربوط طی مدت ۳ ماه

G2O2: تأمین منابع آموزشی اخلاق پزشکی برای اساتید و دانشجویان طی مدت دو سال توسط معاونت آموزشی

G2O2A1: تألیف و تدوین کتب مرجع (حداقل یک کتاب) برای اساتید اخلاق پزشکی توسط معاونت آموزشی با همکاری معاونت پژوهشی در طی مدت دو سال

G2O2A2: تألیف و تدوین کتاب آموزشی درسی برای دانشجویان گروه‌های مختلف پزشکی و معرفی مواد آموزشی برنامه عملی اخلاق پزشکی طی مدت یکسال در زمینه‌های پزشکی، داروسازی، دندانپزشکی، پرستاری و مامایی توسط معاونت آموزش و با

چارچوب قانون یا آیین‌نامه توسط گروه ظرف مدت ۳ ماه

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

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

G1O2A7: تصوب در مراجع ذیربط توسط معاونت آموزشی ظرف مدت یکسال

شاخص‌ها

۱. وجود قوانین و آیین‌نامه‌های مصوب در مراجع قانونی

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

پیشنهاد ارایه یک منشور جهانی اخلاق پزشکی از طرف مسلمانان نیز در ادامه مطرح گردید(۴).

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

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

G2O1A1: مطالعه، تدوین و ارائه طرح ایجاد گروه برنامه‌ریزی در معاونت آموزشی و

داخل و خارج برای حداقل ۴ نفر در سال
توسط معاونت پژوهشی

G2O3A4: بورسیه کردن حداقل ۲ نفر از
افراد واجد شرایط برای عضویت هیأت علمی
در هر سال توسط معاونت آموزشی

G2O3A5: ارائه پیشنهاد به معاونت
آموزشی برای قرارداد شرط گذراندن دوره
های «اخلاق پزشکی» و «آموزش پزشکی»
برای ارتقای اساتید توسط معاونت پژوهشی
در طی ۶ ماه

G2O3A6: حمایت از شرکت اساتید
دانشگاه‌های علوم پزشکی در کارگاه‌ها و
سمینارهای اخلاق پزشکی توسط معاونت
پژوهشی حداقل ۱۰ نفر در سال

Gn: اطلاع رسانی در زمینه اخلاق
پزشکی^۲

GnO1: افزایش آگاهی گروه‌های ذینفع
در ارتباط با اخلاق پزشکی

GnO1A1: تشکیل گروه‌های کاری در
دفتر مطالعات طی مدت ۳ ماه

GnO1A2: تدوین برنامه جامع اطلاع
رسانی توسط گروه کاری ۶ ماه

GnO1A3: تدوین برنامه اجرایی بخش

همکاری معاونت پژوهشی

G2O2A3: ترجمه حداقل سالی دو
عنوان کتاب با اهداف آموزشی توسط دفتر
مطالعات

G2O2A4: تدوین کتب آموزشی برای
فارغ التحصیلان در هر سال یک جلد توسط
معاونت پژوهشی با همکاری معاونت آموزشی
و دانشگاه‌های

G2O2A5: برگزاری نمایشگاه بین المللی
کتب و مجلات و منابع الکترونیکی اخلاق
پزشکی هر ۳ سال یک‌بار

G2O3: ارتقای توانمندی اعضای هیأت
علمی در خصوص محتوی و روش آموزش
اخلاق پزشکی

G2O3A1: برگزاری کارگاه‌های آموزش
پزشکی^۱ برای اساتید اخلاق پزشکی، سالی
یک‌بار در سطح دانشگاه‌ها توسط معاونت
آموزشی با همکاری معاونت پژوهشی

G2O3A2: برگزاری کارگاه‌های اخلاق
پزشکی برای اساتید اخلاق پزشکی، سالی یک
بار در سطح دانشگاه‌های توسط معاونت
آموزشی با همکاری معاونت پژوهشی

G2O3A3: تدوین برنامه
Post.Doctorate اساتید اخلاق پزشکی در

۲- به علت احتمال ادغام این هدف در هدف ۴، شماره

مشخصی به این هدف اختصاص نیافت.

- های مختلف (برنامه جامع) توسط گروه کاری
طی مدت یک سال
- Gn01A4: پایش و ارزیابی برنامه‌های
اجرا شده توسط گروه کاری طی مدت ۲ سال
- G2O4: تسری آموزش اخلاق پزشکی در
آموزش مستمر فارغ التحصیلان رشته‌های
علوم پزشکی
- G2O4A1: طرح گزارش‌های موردی
اخلاقی پزشکی در برنامه‌های مدون و غیر
مدون آموزش مداوم در طی دو سال توسط
معاونت آموزشی و دانشگاه‌ها
- G2O4A2: اجرای همایش‌های علمی
اخلاق پزشکی حداقل سالی یک‌بار توسط
معاونت آموزشی و دانشگاه‌ها
- G2O4A3: برنامه‌ریزی برای طرح
مباحث مبتلا به اخلاق پزشکی در پزشکی
قانونی و نظام پزشکی در مراکز آموزشی به
مدت ۲ سال توسط معاونت آموزشی با کمک
دانشگاه‌ها
- G2O4A4: تهیه برنامه آموزشی اخلاق
پزشکی از طریق آموزش از راه دور^۱ به شکل
مکاتبه‌ای توسط معاونت آموزشی با همکاری
معاونت پژوهشی و دانشگاه‌ها در مدت یک
سال
- G2O5: گسترش رشته‌های آموزش
مرتبط با اخلاق پزشکی در داخل کشور
- G2O5A1: طراحی و پیشنهاد برنامه دوره
آموزشی M.A توسط دانشگاه علوم پزشکی
تهران به مدت ۶ ماه
- G2O5A2: طراحی و پیشنهاد برنامه دوره
آموزشی Ph.D پس از برگزاری M.A
- G2O5A3: تصویب برنامه M.A و
Ph.D در شورای گسترش معاونت آموزشی ۶
ماه پس از پیشنهاد
- G2O5A4: تشکیل گروه اخلاق پزشکی
برای دوره M.A در دانشگاه پس از تصویب
شورای گسترش حداکثر در مدت ۳ ماه
- G'2: توسعه پژوهش اخلاق پزشکی
در بخش پژوهش، گسترش پژوهش در
زمینه اخلاق پزشکی مدنظر بوده و بحث مهم
اخلاق در پژوهش، در هدف توسعه کاربردی
کردن اخلاق پزشکی بحث می‌شود (۴).
- G'2O1: ایجاد بستر مناسب برای انجام
طرح‌های تحقیقاتی مرتبط در دانشگاه‌ها و
مراکز تحقیقاتی کشور
- G'2O1A1: تعیین اولویت‌ها در تحقیقات
اخلاق پزشکی توسط دفتر مطالعات اخلاق
پزشکی در طی مدت یک سال
- G'2O1A2: تعیین دستورالعمل برای
حمایت از اجرای پروژه‌ها و پایان نامه‌های

تحقیقاتی اخلاق پزشکی توسط معاونت پژوهشی جهت ارائه به شورای پژوهش ظرف مدت ۶ ماه

G'201A3: پیشنهاد ردیف اعتباری اختصاصی برای حمایت از پژوهش‌های اخلاق پزشکی به سازمان مدیریت و برنامه ریزی توسط معاونت پژوهشی طی یک ماه
G'201A4: ایجاد بانک اطلاعاتی محققان اخلاق پزشکی طی یکسال توسط دفتر مطالعات اخلاق پزشکی

G'201A5: انتشار مجله تخصصی اخلاق پزشکی در مدت دو سال توسط دفتر مطالعات اخلاق پزشکی

G'202: ایجاد و توسعه واحدهای تحقیقاتی مرتبط در وزارت متبوعه

G'202A1: پیشنهاد طرح تبدیل ساختار دفتر مطالعات اخلاق پزشکی به مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی

G'202A2: تأمین منابع برای تأسیس مراکز تحقیقات اخلاق پزشکی در دانشگاه های مادر علوم پزشکی کشور حداقل در دو دانشگاه در مدت دو سال توسط معاونت پژوهشی

G'203: حمایت از ایجاد و توسعه واحدهای تحقیقاتی در سایر نهادهای ذینفع
G'203A1: تعریف پروژه‌های مشترک

با مراکز تحقیقاتی خارج از وزارت بهداشت حداقل سالی دو پروژه توسط دفتر مطالعات
G'203A2: تدوین آیین‌نامه ایجاد مراکز تحقیقاتی در زمینه اخلاق پزشکی در بین گروه‌های ذینفع (حوزه مراکز حقوقی، فلسفی و فقهی و...) طی مدت یک سال
G'204: تأمین منابع پژوهشی مرتبط (تربیت پژوهشگر، منابع اطلاع رسانی و...) هدف ۳ (G3): توسعه کاربردی کردن اخلاق پزشکی در کشور

G301: حمایت از کاربردی کردن اخلاق پزشکی در نظام سلامت کشور طی سال‌های اول و دوم برنامه استراتژیک به میزان ۴۰٪ و تا پایان برنامه به میزان ۱۰۰٪

G301A1: پیشنهاد ایجاد ساختار مناسب در ارتباط با کاربردی کردن اخلاق پزشکی در سطح دانشگاه‌ها و شبکه‌های بهداشتی درمانی به منظور نهادینه کردن آن (اخلاق پزشکی) از طریق:

- پیشنهاد ایجاد کمیته‌ها و واحدهای متناسب با فعالیت مربوطه در سطوح استان، شهرستان، مراکز شهری و روستایی و پایگاه‌های آموزش بهورزان.

- پیشنهاد ایجاد کمیته‌ها و واحدهای متناسب با فعالیت‌های مربوطه در

بیمارستان‌ها

- حمایت از تهیه دستورالعمل‌ها و پروتکل‌های اجرایی در زمینه اخلاق پزشکی

- توسعه فرایند اجرایی اخلاق پزشکی در ساختار فوق و پایش و ارزیابی فعالیت‌ها

- بهره‌گیری از نتایج هدف کلان شماره ۶ و کاربردی کردن آن در طول برنامه راهبردی

G3O1A2: حمایت از کاربردی کردن اخلاق پزشکی در پژوهش‌های علوم پزشکی کشور در طی سال‌های اول و دوم برنامه راهبردی (۴۰٪) و توسعه کاربردی کردن اخلاق پزشکی تا پایان برنامه راهبردی (۱۰۰٪) با توجه به هدف کلان شماره ۲

G3O1A3: حمایت از کاربردی کردن اخلاق پزشکی در آموزش پزشکی کشور در طی سال‌های اول و دوم (۴۰٪) و توسعه کاربردی کردن اخلاق پزشکی تا پایان برنامه (۱۰۰٪) با توجه به هدف کلان شماره ۲

G3O1A4: ترویج کاربردی کردن اخلاق پزشکی در نظام مدیریتی و عملیاتی بهداشت و درمان کشور در طی سال‌های اول و دوم برنامه راهبردی (۴۰٪) و توسعه نظام مدیریتی و عملیاتی تا پایان برنامه راهبردی ۱۰۰٪

باتوجه به هدف ۵

G3O1A5: حمایت از کاربردی کردن اخلاق پزشکی در ارتقای بخش غیردولتی در زمینه اخلاق پزشکی در طی سال‌های اول و دوم برنامه راهبردی (۴۰٪) و توسعه اخلاق پزشکی در سازمان‌های غیردولتی بهداشت و درمانی تا پایان برنامه راهبردی (۱۰۰٪) با توجه به هدف ۴

G3O1A6: حمایت از کاربردی کردن اخلاق پزشکی با توجه به اثرات عملکردی ذینفع‌های اصلی و عمومی در اخلاق پزشکی طی سال‌های برنامه سوم با توجه به هدف کلان شماره ۴

پس از ارائه گزارش، پیشنهادهای متفاوتی مطرح شد، نهایتاً بر عملیاتی کردن آن از طریق اجرای یک طرح تحقیقاتی در سطح دو تا سه شبکه خدمات بهداشتی درمانی تأکید شد. بر این اساس بنا شد ابتدا حداقل‌های مورد پذیرش اخلاق پزشکی اخذ شوند و پس از آموزش و اطلاع رسانی آن‌ها، باید انتظار داشت که حداقل ۷۰٪ از شاغلان مربوطه آن را رعایت نمایند (۴).

هدف ۴ (G4): توسعه ارتباطات داخلی

و بین‌المللی در زمینه اخلاق پزشکی

G4O1: ایجاد سیستم ارتباطی با پژوهشگران و مراکز پژوهشی - آموزشی

G402A2: برگزاری جلسات بحث و تبادل نظر توسط دفتر مطالعات در طول برنامه راهبردی

G402A3: برگزاری برنامه‌های مشترک رسانه‌ای با سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان توسط دفتر مطالعات در طول برنامه راهبردی

G403: ایجاد سیستم ارتباطی با عموم مردم (و سایر ذینفع‌ها) مرتبط با اخلاق پزشکی طی مدت ۲ سال

G403A1: ایجاد واحد روابط عمومی و بین‌المللی توسط دفتر مطالعات ظرف مدت ۱ سال

G403A2: برگزاری برنامه رسانه‌ای عمومی در خصوص اخلاق پزشکی توسط دفتر مطالعات ظرف مدت ۱ سال

G404: ایجاد سیستم ارتباطی با مراکز علمی پژوهشی خارجی

G404A1: ایجاد تفاهم‌نامه علمی با مراکز علمی - تحقیقاتی خارجی به ویژه مراکز اسلامی توسط دفتر ظرف مدت ۱ سال

G404A2: انجام طرح‌های پژوهشی و آموزشی مشترک توسط دفتر ظرف مدت ۱ سال

G404A3: اخذ کمک‌های مالی (Grant) از مراکز تحقیقاتی خارجی توسط دفتر ظرف مدت ۱ سال

مرتبط با اخلاق پزشکی طی مدت ۲ سال

G401A1: ایجاد بانک اطلاعاتی از پژوهشگران و مراکز پژوهشی، آموزشی مرتبط با اخلاق پزشکی توسط دفتر مطالعات ظرف مدت ۱ سال

G401A2: ایجاد شبکه اخلاق پزشکی توسط دفتر مطالعات ظرف مدت ۲ سال
G401A3: تهیه سایت اینترنتی فعال توسط دفتر مطالعات ظرف مدت ۱ سال

G401A4: تهیه فصلنامه تخصصی توسط دفتر مطالعات ظرف مدت ۱ سال

G401A5: تهیه بروشورهای اخلاق پزشکی توسط دفتر مطالعات ظرف مدت ۶ ماه

G401A6: برگزاری همایش‌ها و میزگرد و سخنرانی و... توسط دفتر مطالعات ظرف مدت ۱ سال

G401A7: برگزاری برنامه‌های تخصصی رسانه‌ای توسط دفتر مطالعات ظرف مدت ۱ سال

G402: ایجاد سیستم ارتباطی با سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان مرتبط با اخلاق پزشکی طی مدت ۲ سال

G402A1: اطلاع رسانی در مورد مرکز و شبکه اخلاق پزشکی توسط دفتر مطالعات در طول برنامه راهبردی

و اطلاعاتی مناسب و تست سیستم (دفتر - مشاور)

G5O1A5: استقرار و تعبیه سیستم‌های عملیاتی و اطلاعاتی و اجرای سیستم با توجه به اثرات اجرایی سیستم در درون دفتر و ذینفع‌های اصلی (دفتر - مشاور)

G5O1A6: آموزش کارکنان در ارتباط با اجرای سیستم‌های عملیاتی و اطلاعاتی و یا به‌کارگیری متخصصان مورد نیاز (دفتر مشاور)

G5O1A7: بررسی نتایج حاصل از اجرای سیستم‌های عملیاتی و اطلاعاتی و انجام اصلاحات لازم در آن و به روز نگه‌داری تصمیم‌ها طی سال‌های برنامه راهبردی (دفتر)

هدف ۶ (G6): بازیابی میراث اخلاق پزشکی ایرانی و اسلامی

G6O1: شناسایی و معرفی افراد و الگوهای اخلاقی جامعه پزشکی در طی مدت برنامه راهبردی توسط دفتر مطالعات

G6O1A1: شناسایی چهره‌های شاخص و مرتبط با اخلاق پزشکی و تهیه فهرست مشخصات آن‌ها در مدت ۱ سال توسط دفتر مطالعات

G6O1A2: مستندسازی زندگی‌نامه و شرح خدمات علمی چهره‌های شاخص فوق از طریق مصاحبه حضوری، تهیه فیلم، مصاحبه با شاگردان و دوستان ایشان و...

G4O4A4: برگزاری سمینارهای اخلاق

پزشکی با حضور و دعوت محققان خارجی توسط دفتر ظرف مدت ۱ سال

G4O4A5: دعوت از صاحب‌نظران اخلاق پزشکی خارجی توسط دفتر ظرف مدت ۱ سال

هدف ۵ (G5): استقرار نظام پایش و ارزشیابی در زمینه اخلاق پزشکی

G5O1: طراحی و استقرار سیستم‌های عملیاتی و اطلاعاتی (MIS) طی سال‌های اول و دوم برنامه راهبردی شامل کلیه سیستم‌های مورد نیاز و به روز کردن آن طی سال‌های برنامه راهبردی

G5O1A1: شناسایی سیستم‌های مورد نیاز دفتر مطالعات با توجه به اهداف ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۶ و با عنایت به نقاط قوت و ضعف سیستم‌های موجود دفتر (دفتر - مشاور)

G5O1A2: تهیه ضوابط طراحی تصمیم‌های عملیاتی از جهت یکپارچگی تصمیم‌ها، نتایج اجرایی سیستم‌ها و روش‌های پایش و ارزشیابی (دفتر - مشاور)

G5O1A3: تهیه ضوابط طراحی سیستم اطلاعاتی (MIS) از جهت نیازهای اطلاعاتی مدیریتی، تصمیم‌سازی، ارتباطات سیستمی و... (دفتر - مشاور)

G5O1A4: طراحی سیستم‌های عملیاتی

مورد نکات اخلاقی مرتبط با اخلاق پزشکی، مواردی که در قرآن، روایات و سیره ائمه وجود دارند نیز استخراج و احیاء شوند. در این جلسات، هم‌چنین مطرح شد که اجرای بخشی از راهبرد نوشته شده جهت اخلاق پزشکی به‌عهده دفتر مطالعات و معاونت پژوهشی باشد و متولی اجرای سایر بخش‌ها؛ معاونت‌های دیگر وزارت بهداشت و درمان و یا فراتر از محدوده وظایف وزارت بهداشت و درمان باشند. چون اهداف ۳ (توسعه کاربردی کردن اخلاق پزشکی در کشور) از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد، مقرر گردید که توسط کمیته تلفیق پیش‌بینی شده، در قالب یک پروژه تحقیقاتی مورد بررسی و واکاوی دقیق‌تر قرار گیرد (۴). لازم به ذکر است کلیات برنامه‌ی راهبردی اخلاق پزشکی کشور در سال ۲۰۰۶ گزارش شده (۳) و جدیدترین گزارش در مورد فعالیت‌های اخلاق پزشکی کشور نیز در مجله‌ی Public Health در سال ۲۰۰۹ به چاپ رسیده است (۵).

حفظ و نگهداری شایسته از آن توسط دفتر حداقل سالی ۴ نفر

G6O1A3: انتشار مستندات فوق و آثار

علمی مرتبط با اخلاق پزشکی چهره‌های شاخص فوق‌الذکر توسط دفتر مطالعات حداقل سالی یک اثر

G6O2: شناسایی و معرفی متون اخلاق

پزشکی قدیم

G6O2A1: تهیه بانک اطلاعاتی از آثار

ایرانی و اسلامی در زمینه اخلاق پزشکی طی مدت ۲ سال توسط دفتر مطالعات

G6O2A2: جمع‌آوری تمامی آثار موجود

ایرانی و اسلامی در زمینه اخلاق پزشکی طی مدت ۵ سال توسط دفتر مطالعات

G6O2A3: تصحیح و چاپ آثار

گذشتگان ایرانی و اسلامی در زمینه اخلاق پزشکی حداقل سالی دو عنوان کتاب توسط دفتر مطالعات

G6O2A4: حمایت مالی، اعتباری از

تحقیقات در زمینه استخراج مفاهیم اخلاق پزشکی در آثار ایرانی و اسلامی گذشته مرتبط با اخلاق پزشکی

G6O2A5: گردآوری تحقیقات در زمینه

اخلاق پزشکی شامل کتاب، مقالات و... طی مدت ۲ سال توسط دفتر مطالعات

در این کارگاه هم‌چنین پیشنهاد شد که در

مراجع

- ۱- معاونت امور فرهنگی، حقوق و مجلس، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. خلاصه مقالات اولین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی ۲۵-۲۳ تیرماه ۱۳۷۲، تهران، ایران، ۱۳۷۲.
- ۲- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ معاونت امور فرهنگی. اخلاق پزشکی به انضمام مختصری از تاریخ پزشکی. تهران: چاپ سپهر، ۱۳۷۰.
- 3- Larijani B, Male-Afzali H, Zahedi F, Motevaseli E. Strengthening Medical Ethics by Strategic Plan in Islamic Republic of Iran. *Developing World Bioethics* 2006; 6(2): 106-110.
- ۴- دفتر مطالعات علوم انسانی در طب و اخلاق پزشکی. گزارش برنامه‌ریزی استراتژیک اخلاق پزشکی (چاپ نشده).
- 5- Zahedi F, Emami Razavi SH, Larijani B. A two - decade Review of Medical Ethics in Iran. *Iranian Journal of Public Health* 2009; 38 (suppl. 1): 40-46.