@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

بسم الله الرحمن الرحیم

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ
پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم
دانشگاه علوم پزشکی تهران

پزشک و ملاحظات اخلاقی

جلد اول

تألیف و تعلیقات

دکتر باقر لاریجانی

ترجمه

دکتر کیارش آرامش

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

انتشارات برای فردا

نام کتاب:	پزشک و ملاحظات اخلاقی
تألیف و تعلیقات:	دکتر باقر لاریجانی
مترجم:	دکتر کیارش آرامش
ویراستار:	فاطمه باباخانی
ناشر:	برای فردا
ویرایش:	دوم
نوبت چاپ:	دوم - پاییز ۱۳۹۵
حروفچینی و صفحه‌آرایی:	زینب کریمی
لیتوگرافی:	نگین
چاپ و صحافی:	پژمان
شمارگان:	۵۰۰
قیمت:	۳۲۵۰۰ تومان
شابک:	۹۷۸-۶۰۰-۱۵۵۰-۴۲-۳
نشانی:	تهران - خیابان لبافی‌نژاد - پلاک ۱۹۷- واحد ۷ - تلفن: ۲-۶۶۹۵۲۶۴۱

اردشیر لاریجانی، باقر، ۱۳۴۰ -
پزشک و ملاحظات اخلاقی/ تالیف و تعلیقات باقر لاریجانی؛ ترجمه [صحیح: تالیف] کیارش آرامش؛ [برای] مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ دانشگاه علوم پزشکی تهران، پژوهشگاه غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران. [ویراست ۲]. تهران: برای فردا، ۱۳۹۲.
۲ج.

دوره 978-600-1550-41-6
(ج. ۱) 978-600-1550-42-3
(ج. ۲) 978-600-1550-43-0

فیپا
بخش اعظم کتاب حاضر ترجمه‌ی کتاب "The Cambridge textbook of bioethics, c2008" اثر پیتر ا. سینگر و آدریان ام. وینس است.
کتابنامه.
اخلاق پزشکی - اخلاق زیست‌شناسی -
آرامش، کیارش، ۱۳۵۰ - سینگر، پیتر ا، ۱۹۶۰ - م. Singer, Peter A. وینس، آدریان ام. (Adrian M. Viens, A. M.)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران. پژوهشکده علوم غدد و متابولیسم
R۷۲۴/الف۴پ۴ ۱۳۹۲ ۱۷۴/۲
۳۱۸۷۶۰۸

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

پزشک و ملاحظات اخلاقی
ویرایش دوم ۱۳۹۲

مقدمه

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

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

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

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

داشته باشد. این موضوع، در حوزه‌ی اخلاق زیستی و اخلاق پزشکی نیز ساری است.

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

خوشبختانه کار در این زمینه در کشور ما شروع شده است و راهنماهای اخلاقی متعددی در مرحله‌ی تدوین، تکمیل، ابلاغ و حتی اجرا قرار دارند. کرسی پژوهش اخلاق پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تهران»، که مطالعات تطبیقی برای شناخت موارد تفاوت و وفاق فرهنگ دینی و غیردینی در برخی موضوعات مهم اخلاق پزشکی را هدف قرار داده است، می‌تواند برای رویارویی با چالش‌های این حوزه مفید باشد. تعامل بین پزشکان با متخصصان علوم اسلامی، فقها، حقوقدانان، جامعه‌شناسان و حتی روان‌شناسان مسلمان در این مسیر نقش راهبردی خواهد داشت. هرچند ممکن است به‌زعم برخی دلسوزان صاحب‌فکر در حوزه‌ی اخلاق پزشکی، عدم آشنایی عوام و حتی بسیاری از خواص جامعه‌ی ما با موضوعات و چالش‌های اخلاق پزشکی، یکی از موانع جدی ارتقای سطح اخلاق در حوزه‌ی نظام سلامت

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

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

خداوند بزرگ را شاکریم که توفیق تکمیل و بازنگری کتاب وزین «پزشک و ملاحظات اخلاقی» را پس از گذر نزدیک به یک دهه از چاپ اول عطا فرمود. با توجه به گرایش روزافزون به حوزه‌ی اخلاق زیستی و اخلاق پزشکی در جهان علمی معاصر، این کتاب که مدت‌ها به‌عنوان مرجع آموزشی حوزه‌ی اخلاق پزشکی در کشور مورد استفاده بوده است، نیازمند تغییراتی بود. تکمیل برخی فصول، بازنویسی و روزآمد کردن مطالب و اضافه نمودن برخی مباحث پراهمیت مطرح در حوزه‌های طبابت بالینی، آموزش و پژوهش پزشکی، از جمله تغییراتی است که در ویرایش جدید اعمال گردیده است. با توجه به گستردگی مباحث اخلاق پزشکی، اضافه نمودن مطالبی به‌صورت ترجمه از منابع معتبر این حوزه در مجلدات دوم تا سوم این کتاب، به جامعیت محتوای کتاب و جذابیت آن با توجه به استفاده از شیوه‌ی مبتنی بر بیان موارد بالینی (case-based) افزوده است. اما در خصوص این مجلد باید نکاتی

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

را اشاره کنیم.

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

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

به‌طور مسلم، بررسی همه‌جانبه‌ی چالش‌های اخلاقی مهم در علوم پزشکی و زیست‌فناوری در یک کتاب مقدور نیست، لذا همان‌گونه که ذکر شد؛ سعی گردیده است تا با ترجمه‌ی عینی برخی مباحث و آوردن آن‌ها در مجلداتی مجزا، تا حد امکان این نقص پوشش داده شود. لازم به ذکر است که با توجه به تفاوت‌های بین فرهنگی، تصمیم‌گیری در مواردی چون موضوعات شروع حیات و خاتمه‌ی آن در فرهنگ ایرانی - اسلامی با فرهنگ‌های سکولار متفاوت خواهد بود. لذا سعی بر این بوده است تا با اضافه کردن برخی پاورقی‌ها به این تفاوت‌ها در جای خود اشاره شود. بعضاً در مواردی با توجه به تکرار مطالب مرتبط و ذکر در موارد قبلی و پاورقی از ذکر مجدد پرهیز شده است و تلاش شده به مباحث مرتبط ذکر

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

شده در قسمت اول کتاب ارجاع داده شود. شایان ذکر است طرح تفصیلی مبانی و مباحث کاربرد اخلاق پزشکی بالینی متناسب با شرایط فرهنگ اسلامی - ایرانی در مجموعه‌ای تحت عنوان درسنامه‌ی اخلاق پزشکی در دست تدوین می‌باشد که امید است در آینده‌ای نه چندان دور منتشر شود.

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

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

دکتر باقر لاریجانی

عید غدیر خم ۱۳۹۲

رئیس پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم

دانشگاه علوم پزشکی تهران

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

مقدمه‌ی مترجم:

اکنون بیش از یک‌دهه است که کتاب پزشک و ملاحظات اخلاقی، مرجع رسمی اخلاق پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به‌حساب می‌آید. در طول این یک‌دهه جمع بزرگی از دانشجویان و دانش‌آموختگان علوم پزشکی کشور، مفاهیم و هنجارهای اخلاق پزشکی را در این کتاب جسته و آموخته‌اند. و با وجود آن‌که تألیف‌ها و ترجمه‌های گوناگونی در این سال‌ها ادبیات فارسی اخلاق پزشکی را غنی و پربار ساختند، به جرأت می‌توان گفت که جایگاه این کتاب به‌عنوان کتابی جامع و مرجع دست‌نخورده باقی مانده است.

مانند هر شاخه‌ی دیگری از معرفت بشری، اخلاق پزشکی هم با گذشت سال‌ها، هم در پاسخ‌ها و هم در پرسش‌های خویش، نوتر شده و بر حجم دانسته‌هایش افزوده گشته است، چنان‌که گاه مطالب سالیان گذشته، غباری از کهنگی و تکرار گرفته‌اند. از همین رو، نو کردن جامه‌ی درس‌نامه ضروری می‌نماید. پس بر آن شدیم تا ویراستی جدید از کتاب "پزشک و ملاحظات اخلاقی" را به مخاطبان این کتاب عرضه کنیم.

قسمت اول جلد اول کتاب، عمدتاً تألیفی است و در این ویراست البته بر کیفیت و کمیت محتوای آن افزوده شده است. اما قسمت دوم جلد اول و نیز جلد دوم کتاب که در ویراست جدید جایگزین جلد دوم کتاب در ویراست پیشین شده‌اند، عمدتاً ترجمه‌ی فصولی از «درسنامه‌ی اخلاق زیستی کمبریج»اند. از همین رو، بسیاری از ارزش‌داوری‌ها و توصیه‌های مطرح‌شده در این کتاب، فرافرهنگی و همه‌پذیر نیستند، و در خواندن و به‌کار بستن آن‌ها باید به زمینه و سیاق فرهنگی توجه شود. این بدان معنا نیست که هنجارها و توصیه‌های اخلاقی کاملاً نسبی و وابسته به فرهنگ‌اند. اما بخش بزرگی از آن‌ها از این ویژگی، برخورداری نسبی یا تمام دارند. از همین رو، برخی از نکات و تقریرات، برای خواننده‌ی مسلمان ایرانی کتاب، از

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

سوی استاد گرامی جناب آقای دکتر لاریجانی تقریر گردید و به کتاب افزوده شد. بی‌تردید این تقریرات بر غنای محتوایی و اخلاقی کتاب بسیار افزوده است و شایستگی آن را برای کسب عنوان کتاب مرجع اخلاق پزشکی، در امتحانات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیش‌تر کرده است. البته برای حفظ امانت در ترجمه، تقریرات استاد با فونت متمایز و بین [کروشه] آورده شده است. جناب آقای دکتر لاریجانی، همانند ویراست پیشین، علاوه بر تألیف قسمت اول جلد اول این کتاب، نظارت بر بخش ترجمه‌ی کتاب را نیز متقبل شده‌اند و با وجود کثرت مشغله، در این مهم بذل دقت و توجهی شایان داشته‌اند. لذا به سهم خود از ایشان سپاسگزاری و قدردانی می‌کنم.

در ترجمه‌ی کتاب تلاش شد تا حفظ امانت در کنار رسایی و روانی مطلب، و پاسداشت زبان فارسی در کنار حفظ دقت و اعتبار علمی متن، مورد رعایت قرار گیرد. ترجمه‌ی چند واژه‌ی خاص البته نیاز به توضیحی چند دارد:

۱- ***اخلاق زیستی*** به‌جای Bioethics که البته به‌نظر نگارنده استفاده از تعبیر «زیست‌اخلاق» مناسب‌تر است اما به‌علت رواج و جاافتادن تعبیر «اخلاق زیستی» در ادبیات فارسی، تصمیم به استفاده از همین معادل گرفته شد.

۲- ***بالینگر*** به‌جای Clinician که پیش از این هم در ادبیات پزشکی فارسی سابقه دارد و اگرچه در ابتدا قدری نامأنوس جلوه می‌کند، به‌نظر می‌رسد که بهترین معادل برای این واژه باشد. در غیر این صورت ناچار خواهیم بود که به‌جای این واژه از یک جمله استفاده کنیم که به سلاست متن لطمه می‌زند.

۳- ***اتونومی*** به‌عنوان معادل Autonomy که در ویراست قبلی کتاب از واژه‌ی «استقلال فردی» استفاده شده بود که به‌نظر اینجانب برآورنده‌ی مقصود این واژه نیست. ترجمه‌ی «خودآیینی» که در متون فلسفی مورد استفاده قرار گرفته است مناسب‌تر می‌نماید اما به‌نظر برخی از اساتید بزرگوار ممکن بود که سوءتعبیرهایی را بر انگیزد. از همین رو، در نهایت، تصمیم بر آن شد که خود واژه‌ی اتونومی را به‌عنوان معادل مورد استفاده قرار دهیم.

۴- ***حرفه‌مند*** به‌عنوان معادل Professional که البته همانند «بالینگر» ممکن است قدری نامأنوس جلوه کند اما به‌نظر می‌رسد که بهترین معادل باشد و این حسن را دارد که

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

با کاربرد واژه های جدید ادبیات اخلاق پزشکی فارسی را غنی‌تر و تواناتر می کند.

۵- ***کمک‌خودکشی*** به‌جای Assisted Suicide که پیش از این «خودکشی با کمک پزشک» ترجمه می‌شد اما این ترجمه تنها بخشی از معنای این اصطلاح را پوشش می‌داد. از همین رو، تصمیم گرفته شد که به سیاق ترجمه‌ی خوبی که پیش از این از اصطلاح Assisted Reproduction شده است و آن را «کمک‌باروری» نامیده‌اند، در این‌جا هم از اصطلاح «کمک‌خودکشی» استفاده کنیم.

۶- ***اتانازی*** به‌عنوان معادل Euthanasia که البته واژه‌هایی چون «به‌مرگی» و «به‌کشی» و «مرگ از روی ترحم» و «قتل از روی شفقت» و ... نیز به‌عنوان معادل این واژه به‌کار رفته‌اند که هر کدام از ایرادی تهی نیستند. از همین رو، بر آن شدیم تا از خود واژه‌ی «اتانازی» که تا حدی هم در زبان فارسی جا افتاده است استفاده کنیم.

۷- ***توان‌افزایی*** به‌جای Enhancement که البته به‌نظر می‌رسد که ترجمه‌ی مضیقی باشد اما علیرغم تلاش فراوان، معادل بهتری برای آن نیافتیم.

از این دست، واژه‌های چند دیگری نیز در متن موجود است که خواننده‌ی هوشمند و دانا خود در متن خواهد دید و البته امید مترجم این است که کاستی‌ها را با بلندنظری خواهد بخشید.

هم‌چنین یادآوری این نکته ضروری می‌نماید که فصولی چند از کتاب (بخش‌های هشتم و نهم کتاب کمبریج) به‌علت پرداختن به موضوعاتی خارج از اولویت یادگیری مخاطبان فارسی‌زبان کتاب از این ترجمه کنار گذاشته شدند. مخاطب ارجمند را دعوت می‌کنم که در صورت علاقه به یادگیری بیش‌تر، بخش‌های فوق را از متن انگلیسی کتاب - یا سایر ترجمه‌ها در صورت دسترسی - مطالعه کند.

این کتاب به‌دست شما خواننده‌ی ارجمند نرسید مگر با تلاش و همت تنی چند از همکاران کاردان و پرتلاش مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. از این جمله‌اند سرکار خانم زینب کریمی که کار تایپ و صفحه‌بندی کتاب را به انجام رساندند و زحمت اعمال تغییرات مکرر مطالب حتی بعد از تایپ اولیه و گاه چندباره را با خوشرویی و شکیبایی پذیرفتند. سرکار خانم فاطمه باباخانی که زحمت نمونه‌خوانی و ویرایش ادبی کتاب بر عهده‌ی ایشان بود و این کار را با تعهد و دلبستگی مثال زدنی به‌کار به انجام

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

رسانیدند. سرکار خانم دکتر پونه سالاری که زحمت ترجمه‌ی چهار فصل از کتاب (در جلد دوم) را متقبل شدند. در این‌جا از تمامی این همکاران صمیمانه سپاسگزاری می‌کنم.

هم‌چنین، از اساتید گرانقدر آقایان دکتر علی جعفریان، دکتر علی کاظمیان و دکتر سید موسی صدرحسینی که ترجمه‌ی ویراست قبلی را بر عهده داشتند و سرکار خانم دکتر فرزانه زاهدی که در تدوین مطالب جلد اول در ویراست پیشین و نیز همین ویراست، زحمات زیادی را تقبل کردند، و در آخر، اما نه کم‌تر، از جناب آقای دکتر علیرضا پارساپور که ضمن راهنمایی‌ها و توصیه‌های فنی و علمی متعدد در طول کار، امور نشر کتاب را با دقت و دلسوزی همیشگی‌شان بر عهد گرفتند، به سهم خود، قدردانی و سپاسگزاری می‌کنم.

در پایان، خواننده‌ی هوشمند و نکته‌سنج کتاب را دوستانه و صمیمانه فرا می‌خوانم تا انتقادات روشنگر و راهگشای خود را از ما دریغ نکند تا با همت اهل نقد و نظر، این کتاب در برآورده کردن هدف خویش که همانا ارتقای روزافزون اخلاق پزشکی در کشور عزیزمان است، کارآمدتر و موفق‌تر شود.

باز باش ای باب بر جویای باب　　تا رسند از تو قشور اندر لباب

دکتر کیارش آرامش
دانشیار مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی تهران

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

درسنامه‌ی کمبریج برای اخلاق زیستی

پزشکی و مراقبت از سلامت، مشکلات و معضلات فراوانی را پدید می‌آورد که با اخلاق زیستی ارتباط دارند و توجه آکادمیک، حرفه‌ای و عمومی زیادی به آن‌ها معطوف است. این کتاب، به‌عنوان منبعی فراگیر ارائه شده است، به‌نحوی که در عین اعتبار، مختصر و مفید باشد و به‌عنوان مرجعی برای بالینگران، پژوهشگران، متخصصان اخلاق زیستی و دانشجویانی که خواهان درکی بهتر از مشکلات اخلاقی در محیط‌های کار مرتبط با مراقبت‌های سلامت‌اند، به‌کار رود. هرفصل از کتاب، مشکلی اخلاقی را ترسیم می‌کند که ممکن است در کار بالینی روزمره خودنمایی کند؛ مفاهیم مرتبط با آن مقوله را تعریف می‌کند؛ دلالت‌های آن‌ها را از دیدگاه‌های اخلاقی، قانونی و سیاست‌گذاری مورد بررسی قرار می‌دهد؛ و سپس راه‌حل عملی ارائه می‌نماید. ده بخش اصلی این کتاب، به مهم‌ترین موضوعات و حوزه‌های مرتبط با بالین در اخلاق زیستی مدرن می‌پردازند. حضور نویسندگانی از ملیت‌ها و رشته‌های تخصصی گوناگون و رویکرد فرافرهنگی، مناسب بودن این کتاب را برای مخاطبین در سراسر جهان، تضمین می‌کند. این کتاب به تمامی بالینگران کمک می‌کند که تصمیمات منطقی و قابل دفاع اتخاذ کنند؛ و این کار را از طریق ارتقای هوشیاری آنان در مورد ملاحظات اخلاقی و آموزش مهارت‌های تحلیلی برای روبه‌رو شدن کارآمد با آن‌ها به انجام می‌رساند.

Peter A. Singer
A.M. Viens

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

پدیدآورندگان

Editor-in-Chief Peter A. Singer
Executive Editor A. M. Viens
Section Editors Richard E. Ashcroft, Solomon R.
Benatar, Joseph M. Boyle, Jr., Abdallah S. Daar, John Lantos, Susan K. MacRae, David Novak, Anne Slowther, James A. Tulsky, Ross Upshur, and A. M. Viens.

James Andrews
School of Medicine, Stanford University, Palo Alto, CA, USA

Kyle W. Anstey
Bioethicist, University Health Network, Toronto, Canada

Robert Arnold
Leo H. Criep Chair in Patient Care, Institute to Enhance Palliative Care, Section of Palliative Care and Medical Ethics, University of Pittsburgh, Pittsburgh, USA

Richard E. Ashcroft
Professor of Bioethics, School of Law, Queen Mary, University of London, UK

Tarif Bakdash
Pediatric Neurologist; Lecturer, Damascus University, Syria

Francoise Baylis
Professor and Canada Research Chair in Bioethics and Philosophy, Department of Bioethics, Faculty of Medicine, Dalhousie University, Halifax, Canada

David Benatar
Professor, Department of Philosophy, University of Cape Town, South Africa

Solomon R. Benatar
Professor of Medicine and Founding Director of the University of Cape Town's Bioethics Centre, South Africa; Joint Centre for Bioethics, University of Toronto, Canada

Sidney Bloch
Professor, Department of Psychiatry and Adjunct Professor, Center for Health and Society, University of Melbourne, Australia

Kerry W. Bowman
Bioethicist, Mount Sinai Hospital and Assistant Professor, Department of Family and Community Medicine, University of Toronto, Canada

Joseph M. Boyle, Jr.
Professor, Department of Philosophy, University of Toronto, Canada

Barry F. Brown
Professor Emeritus, Department of Philosophy, University of Toronto, Canada

Ruth Chadwick
Distinguished Research Professor and Director, Centre for Economic and Social Aspects of Genomics, Cardiff Law School, Cardiff University, UK

Julie Chalmers
Consultant General Adult Psychiatrist, OBMH Partnership NHS Trust Oxford and Honorary Senior Clinical Lecturer, University of Oxford, UK

Larry R. Churchill
Ann Geddes Stahlman Professor of Medical Ethics, Vanderbilt University Medical Center, Vanderbilt, USA

Jillian Clare Cohen-Kohler
Assistant Professor, Leslie Dan Faculty of Pharmacy, University of Toronto, Canada

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

Michael H. Cohen
Assistant Professor, Department of Health Policy and Management, Harvard School of Public Health, Harvard University, Cambridge, USA

Eoin Connolly
Bioethicist, Centre for Clinical Ethics (a shared service of Providence Healthcare, St. Joseph's Health Centre, & St. Michael's Hospital), Toronto, Canada

Harold Coward
Professor of History and Former Director, Centre for Studies in Religion and Society, University of Victoria, Canada

Abdallah S. Daar
Senior Scientist and CO-director, Program on Life Sciences, Ethics and Policy, McLaughlin-Rotman Centre for Global Health, University Health Network and University of Toronto and Professor of Public Health Sciences and Surgery, University of Toronto, Canada

Lori d' Agincourt-Canning
Clinical Ethicist, Children's and Women's Health Centre, Vancouver, Canada

Kate Dewhirst
Corporate Counsel to the Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada

Bernard M. Dickens
Professor Emeritus, Faculty of Law and Faculty of Medicine; Joint Centre for Bioethics, University of Toronto, Canada

Jocelyn Downie
Director, Health Law Institute School of Law, Dalhousie University, Halifax, Canada

Mary Jane Dykeman
Barrister and Solicitor; Adjunct Professor (Mental Health), Osgoode Hall Law School, York University, Toronto, Canada

Margaret L. Eaton
Lecturer in Management, Graduate School of Business, Stanford University, Palo Alto, USA

Jonathan H. Ellerby
Spiritual Program Director, Canyon Ranch Health Resort, Tucson, USA

Linda L. Emanuel
Professor, Division of General Internal Medicine, Feinberg School of Medicine, Northwestern University, Chicago, USA

Halley S. Faust
Board of Regents and Secretary-Treasurer, American College of Preventive Medicine; Managing Director, Jerome Capital, LLC, Santa Fe, USA

Ellen Fox
Director, National Center for Ethics in Health Care, US Department of Veterans Affairs, Washington DC, USA

Linda Ganzini
Professor of Psychiatry and Medicine; Senior Scholar, Center for Ethics in Health Care, Oregon Health and Science University, Portland, USA

Jennifer L. Gibson
Assistant Professor, Department of Health Policy, Management and Evaluation and Director, Partnerships and Strategy, Joint Centre for Bioethics, University of Toronto, Canada

Kathleen C. Glass
Director, Biomedical Ethics Unit and Associate Professor, Departments of Human Genetics and Pediatrics, McGill University;

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

Clinical Ethicist, The Montreal Children's Hospital, Montreal, Canada

M. Dianne Godkin
Clinical Ethicist and Manager, Centre for Clinical Ethics (a shared service of Providence Healthcare, St. Joseph's Health Centre, and St. Michael's Hospital), Toronto, Canada

Gary Goldsand
Clinical Ethicist, Royal Alexandra Hospital, Edmonton, Canada

Susan Dorr Goold
Associate Professor of Internal Medicine and Director, Bioethics Program, University of Michigan, Ann Arbor USA

Michael Gordon
Vice President Medical Services and Head of Geriatrics and Internal Medicine, Baycrest Centre for Geriatric Care; Professor, Faculty of Medicine, University of Toronto, Canada

Ronald M. Green
Eunice & Julian Cohen Professor for the Study of Ethics and Human Values and Director of the Ethics Institute, Dartmouth University, Hanover, USA

Stephen A. Green
Clinical Professor, Department of Psychiatry, Georgetown University Hospital, Washington DC, USA

Heather L. Greenwood
Program on Life Sciences, Ethics and Policy, McLaughlin-Rotman Centre for Global Health and University Health Network, University of Toronto, Canada

Christine Harrison
Director of the Bioethics Department, The Hospital for Sick Children; Joint Centre for Bioethics and Associate Professor, Department of Paediatrics, University of Toronto, Canada

Philip C. Hebert
Bioethicist and Director of the Clinical Ethics Centre, Sunnybrook Health Sciences Centre; Joint Centre for Bioethics and Associate Professor, Department of Family and Community Medicine, University of Toronto, Canada

Barry Hoffmaster
Professor, Department of Philosophy, University of Western Ontario, London, Canada

Mark Hughes
Assistant Professor, Division of General Internal Medicine, School of Medicine; Berman Institute of Bioethics, Johns Hopkins University, Baltimore, USA

Edwin C. Hui
Professor of Medical Ethics, Lee Ka Shing Faculty of Medicine, University of Hong Kong, China

Roger C. Hutchinson
Professor Emeritus of Church and Society, Emmanuel College of Victoria University in the University of Toronto, Canada

Judy Illes
Director of the Program in Neuroethics, Stanford Center for Biomedical Ethics, Stanford University, Palo Alto, USA

Patricia Illingsworth
Associate Professor, Department of Philosophy and Religions, Northeastern University, Boston, USA

Jay A. Jacobson
Chief of the Division of Medical Ethics and Humanities; LDS Hospital and the University of

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

Utah School of Medicine, Salt Lake City, USA

Carolyn Johnston
Adviser in Medical Law and Ethics, School of Medicine, King's College London, UK

Harvey Kayman
Public Health Medical Officer III, Bioterrorism and Pandemic Influenza Planning and Preparedness Section, Immunization Branch, California Department of Public Health, USA

Nuala Kenny
Professor, Departments of Bioethics and Pediatrics, Faculty of Medicine, Dalhousie University, Halifax, Canada

Damien Keown
Professor of Buddhist Ethics, Department of History, Goldsmiths College, University of London, UK

Ahmed B. Khitamy
Department of Microbiology, Sultan Qaboos University Hospital, Oman

Nancy M. P. King
Professor, Department of Social Sciences and Health Policy; Wake Forest University School of Medicine, Winston-Salem, USA

Irwin Kleinman
Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Toronto, and Mount Sinai Hospital, Toronto, Canada

Bartha Maria Knoppers
Canada Research Chair in Law and Medicine and Professor, Faculte de Droit, Universite de Montreal, and Researcher, Centre de Recherche en Droit Public, Universite de Montreal, Canada

Jacob c. Langer
Chief, Department of General Surgery, Hospital for Sick Children and Professor, Department of Surgery, University of Toronto, Canada

John Lantos
John B. Francis Chair in Bioethics, Center for Practical Bioethics and Associate Director, Maclean Center for Clinical Medical Ethics, University of Chicago, USA

Neil Lazar
Site Director, Medical Surgical ICU, Toronto General Hospital; Associate Professor of Medicine and Member of the Joint Centre for Bioethics, University of Toronto, Canada

Trudo Lemmens
Associate Professor, Faculty of Law, University of Toronto, Canada

Benjamin H. Levi
Associate Professor, Departments of Humanities and Pediatrics, Penn State University, University Park, USA

Alex V. Levin
Associate Professor, Departments of Paediatrics, Genetics and Ophthalmology and Vision Sciences, and Director, Postgraduate Bioethics Education, Faculty of Medicine, University of Toronto, Canada

Phillip D. Levin
Attending Physician, Department of Anesthesiology and Critical Care Medicine, Hadassah Hebrew University Hospital, Jerusalem, Israel

Lori Luther
Faculty of Law, University of Toronto, Canada

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

Neil MacDonald
Director, McGill Cancer Nutrition and Rehabilitation Programme, Department of Oncology, McGill University, Canada

Susan K. MacRae
Deputy Director and the Director of the Clinical Ethics Fellowship, Joint Centre for Bioethics, University of Toronto, Canada

Hazel J. Markwell
Bioethicist and Director of the Centre for Clinical Ethics (shared service of Providence Healthcare, St. Joseph's Health Centre, and St. Michael's Hospital); Joint Centre for Bioethics and Assistant Professor, Department of Anaesthesia, University of Toronto, Canada

Douglas K. Martin
Associate Professor, Department of Health Policy, Management and Evaluation, and Joint Centre for Bioethics, University of Toronto, Canada

Martin F. McKneally
Professor Emeritus, Department of Surgery, University of Toronto, Canada

Eric M. Meslin
Director, Indiana University Center for Bioethics, Associate Dean for Bioethics, School of Medicine and Professor of Medicine, Medical and Molecular Genetics, and Philosophy, Indiana University, Indianapolis, USA

Margaret Moon
Assistant Professor, Division of Pediatrics and Adolescent Medicine, School of Medicine; Berman Institute of Bioethics, Johns Hopkins University, Baltimore, USA

Osamu Muramoto
Regional Ethics Council and Department of Neurology, Kaiser Permanente Northwest Division, Portland, USA

Roxanne Mykitiuk
Associate Professor, Osgoode Hall Law School, York University, Toronto, Canada

William A. Nelson
Associate Professor of Psychiatry, Department of Community and Family Medicine, Dartmouth Medical School, Hanover, USA

Jeff Nisker
Professor, Departments of Obstetrics-Gynaecology
and Oncology and Coordinator of Health Ethics and Humanities, Schulich School of Medicine and Dentistry, University of Western Ontario, London, Canada

David Novak
J. Richard and Dorothy Shiff Chair of Jewish Studies, Department of Religious Studies, University of Toronto, Canada

Merril Pauls
Director of Medical Humanities and Member of the Section of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, University of Manitoba, Winnpeg, Canada

Robert A. Pearlman
Department of Medicine, and Department of Medical History and Ethics, University of Washington, Seattle, USA

Eric Racine
Director, Neuroethics Research Unit, Institut de recherches cliniques de Montreal, Montreal, Canada

Howard Radest
Adjunct Professor, Department of Philosophy, University of South Carolina at Beaufort, USA

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

Jason Scott Robert
Assistant Professor, School of Life Sciences, Arizona State University, Tempe, USA
Gerald Robertson
Faculty of Law, University of Alberta, Edmonton, Canada
Sanda Rodgers
Shirley E. Greenberg Professor of Women and the Legal Profession, Faculty of Law, University of Ottawa, Canada
Zahava R. S. Rosenberg-Vunger
Joint Centre for Bioethics, University of Toronto, Canada
Kelley. Ross
Joint Centre for Bioethics, University of Toronto, Canada
Lainie Friedman Ross
Carolyn and Matthew Bucksbaum Professor of Clinical Ethics and Professor of the Departments of Pediatrics and Medicine, University of Chicago, USA
Madelaine Saginur
Research Associate, Centre de Recherche en Droit Public, Universite de Montreal, Canada
Arthur B. Sanders
Professor, Emergency Medicine, College of Medicine, University of Arizona, Tucson, USA
Jared M. Schmidek
Center for the Evaluative Clinical Sciences, Dartmouth Medical School, Hanover, USA
Sam D. Shemie
Division of Pediatric Critical Care, Montreal Children's Hospital, McGill University and the Bertram Loeb Chair in Organ and Tissue Donation, University of Ottawa, Canada
Robert Sibbald
Clinical Ethicist, London Health Sciences Centre, London, Canada
Tejinder Sidhu
Family Physician, Victoria, British Columbia, Canada
Peter A. Singer
Director Emeritus, Joint Centre for Bioethics, University of Toronto, Senior Scientist, Mcl.aughlin-Rotman Centre for Global Health, University Health Network and University of Toronto, and Professor of Medicine, and Sun Life Chair in Bioethics, University of Toronto, Canada
Jerome Amir Singh
Howard College School of Law; CAPRISA, University of Kwazulu-Natal; Adjunct Professor, Department of Public Health Sciences; Joint Centre for Bioethics, University of Toronto
Anne Slowther
Senior Lecturer in Clinical Ethics, University of Warwick Medical School, Coventry, UK
Ann Sommerville
Head of Ethics Department, British Medical Association, London, UK
Charles L. Sprung
Professor of Medicine and Critical Care Medicine, Department of Anesthesiology and Critical Care Medicine, Hadassah Hebrew University Hospital, Jerusalem, Israel
Gopal Sreenivasan
Canada Research Chair and Associate Professor, Department of Philosophy; Joint Centre for Bioethics, University of Toronto, Canada
Jeremy Sugarman
Harvey M. Meyerhoff Professor of Bioethics and Medicine and Deputy Director for Medicine, Berman Institute of Bioethics,

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

Johns Hopkins University, Baltimore, USA

C. Shawn Tracy
Research Associate, Primary Care Research Unit, Sunnybrook Health Sciences Centre; Joint Centre for Bioethics, University of Toronto, Canada

James A. Tulsky
Professor of Medicine and Director of the Center for Palliative Care, Duke University and the Durham VA Medical Center, Durham, USA

Ross d Upshur
Director, Joint Centre for Bioethics, Canada Research Chair in Primary Care Research and Associate Professor, Departments of Family and Community Medicine and Public Health Sciences, University of Toronto, Canada

Gail A. Van Norman
Clinical Associate Professor of Anesthesiology and Affiliate Associate Professor of Medical History and Ethics, University of Washington, Seattle, USA

A. M. Viens
Senior Scholar, Hertford College, Oxford; Doctoral Student, Faculty of Philosophy, University of Oxford, UK; Joint Centre for Bioethics, University of Toronto, Canada

Frank Wagner
Bioethicist, Toronto Central Community Care Access Centre; Joint Centre For Bioethics and Assistant Professor, Department of Family and Community Medicine, University of Toronto, Canada

Sally Webb
Associate Professor of Pediatrics and Emergency! Critical Care Medicine, Medical University of South Carolina, Charleston, USA

Brent C. Williams
Associate Professor, Department of Internal Medicine, University of Michigan, Ann Arbor, USA

John R. Williams
Adjunct Professor, Faculty of Medicine, University of Ottawa, Canada

Linda Wright
Senior Bioethicist, University Health Network, Joint Centre for Bioethics, University of Toronto, Canada

David Young
Professor and Head, Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, Dalhousie University, Halifax, Canada

Larry Zaraff
Senior Research Scholar, Center for Biomedical Ethics, Stanford University, Palo Alto, USA

Randi Zlotnik Shaul
Bioethicist, The Hospital for Sick Children; Joint Centre for Bioethics, University of Toronto, Canada

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

قدردانی و سپاسگزاری

ما مایلیم که قدردانی و گرم‌ترین سپاس‌های خود را نسبت به تمامی کسانی که به انجام رسیدن این پروژه را امکان‌پذیر کردند، ابراز نماییم. ما از دانشگاه تورنتو[1]، مرکز پیوسته‌ی اخلاق زیستی[2] که به‌راستی یکی از مراکز بزرگ اخلاق زیستی در جهان است، به‌خاطر حمایت ایشان که به‌وجود آوردن این کتاب را ممکن ساخت، سپاسگزاریم. به‌ویژه، معاون مدیر، Sue MacRae و مدیر جدید و عالی مرکز، Ross Upshur در تهیه‌ی این کتاب بسیار یاریگر بودند. مرکز پیوسته، همکارانی فوق‌العاده را در خود جای داده است که بسیاری از آنان را اکنون به‌عنوان نویسندگان این کتاب ملاحظه می‌کنید.

ما هم‌چنین مایلیم که از Richard Barling , Dan Dunlavey, Nicholas Dunton, Rachael Lazenby , Jane Ward, و Richard Marley از انتشارات دانشگاه کمبریج و به‌ویژه، تمامی ویراستاران بخش‌ها و سایر همکارانشان تشکر کنیم.

A.M.Viens قدردانی خود را از خانواده، دوستان و همکارانش که کمک و پشتیبانی خود را از او درطول اجرای این پروژه دریغ نداشتند ابراز می‌کند. به‌ویژه

Jeffrey Bibbee, Melanie Bigold, Eoin Connolly, Roger Crisp, Markus Kohl, James Morauta, Mary Rowell, Julian Savulescu , Peter A. Singer, Eli Tyshynski

و به‌ویژه Louis Viens او هم‌چنین از مرکز پیوسته‌ی اخلاق زیستی در دانشگاه تورنتو بابت پذیرش او در فلوشیپ اخلاق که به او اجازه داد که این پروژه را کامل کند، تشکر می‌کند.

Peter A. Singer از کسانی که فعالیت شغلی او را در اخلاق زیستی هدایت و حمایت کردند سپاسگزاری می‌کند: Mark Siegler، زنده یاد Alvan R. Feinstein ، Frederick H.Lowy , Arnie Aberman, C. David Naylor, Catharine Whiteside, Michael

[1] University of Toronto
[2] Joint Centre for Bioethics

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

Joseph L. Rotman و Baker , Wendy Levinson, Bob Bell . دوستان صمیمی او، عبداله دار و James G. Wright همواره همراه و یاریگر او بوده‌اند. اما بیش‌ترین سپاسگزاری‌ها و ابراز عشق او به خانواده‌اش تعلق دارد. فرزندان او ,Erin , David و Rebecca انگیزه‌ی ویژه‌ای را برایش ایجاد کردند. همسرش Heather ، همراهی همیشگی، پشتیبانی ثابت قدم و دوستی فوق‌العاده برای او بوده است.

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

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

خداوند عالمیان را شاکریم که توفیق نوشتاری جدید در زمینه‌ی اخلاق پزشکی حاصل گردید. بحث اخلاق پزشکی در کشور ما از مباحث نوین است. حدود یک دهه قبل که این مباحث به‌نحو وسیع‌ترین در سطح گروه پزشکی طرح گردید با توجه به اهمیت موضوع، تاکنون مباحث نوین دیگری در دنیا در این زمینه مطرح شده است. شیوه‌های نوین آموزش در دنیا، که در مقوله‌ی اخلاق پزشکی به‌کار گرفته شده است، لازم است در کشور ما نیز مورد توجه قرار گیرد. هر چند منابع فارسی موجود در کشور ما بسیار کم و اکثراً به شیوه‌ی سنتی نگاشته شده‌اند، اما خوشبختانه طی سال‌های اخیر توجهات بیش‌تری را از سوی علاقه‌مندان به این موضوع شاهد بوده‌ایم. در کتاب حاضر ضمن مرور کلی مبانی و موضوعات مطرح در اخلاق پزشکی، ترجمه یکی از منابع معتبر در این زمینه، جهت تأکید بر شیوه‌های جدید آموزش آورده شده است. به عبارتی: این کتاب در دو مجلد تنظیم شده است. جلد اول مرور کلی بر اخلاق پزشکی در جهان و ایران است که در شش فصل آورده شده است. جلد دوم کتاب مطالعه‌ی موارد مشکل در اخلاق پزشکی است که در هفده فصل تدوین شده است. این بخش ترجمه‌ای از سری مقالات Bioethics for clinicians می‌باشد که به همراه توضیحات اضافی مختصری آورده شده‌اند.

این کتاب در حقیقت قسمتی از مطالعات انجام شده برای انجام طرح پژوهشی تحت عنوان «چگونگی برخورد پزشکان با موارد مشکل پزشکی» می‌باشد که در طی آن با استفاده از پرسشنامه‌ی منسجمی اطلاعات مورد نیاز برای تکمیل پژوهش جمع‌آوری خواهد گردید. مجموعه‌ی مطالعات صورت گرفته به منظور پایه‌ریزی دقیق تحقیق مورد نظر صورت پذیرفته است. برای استفاده‌ی بیش‌تر همکاران علاقه‌مند تلاش شده است که در جلد اول این نوشتار مباحثی چند پیرامون تعریف اخلاق پزشکی، مسائل عمده‌ی اخلاق پزشکی مطرح در عالم پزشکی و خصوصاً با توجه به اهمیت مباحث فلسفه‌ی اخلاق، نگرشی گذرا بر آن مباحث آورده شود و هم‌چنین به‌علت نیاز روزافزون به مباحث پژوهش و آموزش در اخلاق پزشکی در فصولی مجزا به آن‌ها پرداخته شده است. در دهه‌ی اخیر در کشور ما تلاش‌های زیادی در

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

زمینه‌ی اخلاق پزشکی، صورت گرفته است که شروع آن از حدود ده‌سال قبل در وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی با تشکیل سمینار بین‌المللی اخلاق پزشکی، تدوین کتاب اخلاق پزشکی و تأسیس مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی بوده است. نگرشی تاریخ‌مدارانه بر این گذشته می‌تواند آینده‌نگری بحث اخلاق پزشکی را در کشور که در آخرین فصل بخش اول به آن اشاره شده است، روشن‌تر نماید.

اما جلد دوم کتاب، ترجمه‌ی مقالاتی است که در آن‌ها روش نوین آموزش اخلاق پزشکی، که همان ارائه‌ی یک بیمار واقعی با شرایط مشکل تصمیم‌گیری است، مطرح می‌شود و مباحث اخلاق پزشکی پیرامون آن مورد بحث قرار می‌گیرد. این گونه نوشتارها برای دانشجویان گروه پزشکی و حتی همکاران محترمی که درگیر ارائه‌ی خدمت در سطوح مختلف هستند، بسیار آموزنده و جالب است. چون در حقیقت سخن از شرایط خاص و مورد نیاز روزانه آن‌ها می‌کند و تا حدودی مباحث نظیر مرتبط با آن را مطرح می‌نماید. یکی از نکات پراهمیت این نوشتار، نحوه‌ی آموزش و بحث آن است. گرچه باید اذعان نمود که همه‌ی مباحث اخلاق پزشکی در این کتاب نیامده است، ولی رسالت کاربردی (practical) کردن مباحث اخلاق پزشکی را به خوبی انجام داده است.

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

عید سعید غدیرخم - بهمن‌ماه ۱۳۸۲

دکتر باقر لاریجانی

رئیس مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم

دانشگاه علوم پزشکی تهران

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

پیشگفتار ویرایش اول قسمت ترجمه ای کتاب (سال انتشار ۱۳۸۲)

این جلد از کتاب ترجمه‌ی مقالات پیاپی تحت عنوان "Bioethics for Clinicians" است که توسط دکتر Peter A. ASinger از اساتید و محققان برجسته‌ی دانشگاه تورنتو کانادا، تنظیم گردیده است. این نوشتارها که ابتدا در مجله‌ی Canadian Medical Association Journal طی سال‌های ۹۸-۱۹۹۶ به چاپ رسید، به نگرش بسیار عملی به اخلاق پزشکی پرداخته است. شیوه‌ی مورد استفاده، روش‌های نوین آموزش پزشکی در اخلاق پزشکی بوده و بسیار آموزنده است، از طرفی به‌علت ذکر مثال‌های ملموس برای دست‌اندرکاران عالم پزشکی بسیار جذاب می‌باشد و بدون شک نگرش نوین در اخلاق پزشکی را گسترش خواهد داد. هم‌چنین بسیاری از مباحث این کتاب حاوی نکاتی است که علاقه‌مندان به این مباحث آموزنده است و لذا به‌نظر اینجانب قدمی نوین و ارزشمند در زمینه‌ی گسترش اخلاق پزشکی در کشور است. اما باید به این نکته توجه نمود که در جای جای این کتاب مطالبی بحث شده است که گاه با بینش و فرهنگ ما سازگاری ندارد و این مسأله هم ناشی از نگرش متفاوت ما به مبانی اصلی مسائل اخلاقی است ولذا بدون شک همکاران گرامی باید با دقت به مطالب کتاب توجه نمایند.

این کتاب در حقیقت قسمتی از مطالعات انجام شده برای انجام طرح پژوهشی تحت عنوان «چگونگی برخورد پزشکان با موارد مشکل پزشکی» می‌باشد که در طی آن با استفاده از پرسشنامه‌ی منسجمی اطلاعات مورد نیاز برای تکمیل پژوهش جمع‌آوری خواهد گردید. مجموعه‌ی مطالعات صورت گرفته به منظور پایه‌ریزی دقیق تحقیق مورد نظر صورت پذیرفته است. برای تطابق این اثر با فرهنگ کشورمان تلاش زیادی شده است و چند بار مباحث این کتاب مرور شده و سعی شده است که در موارد خاص اشاره‌ی مختصری به تفاوت بینش‌ها شود. یکی از اهداف جلد اول کتاب هم تبیین برخی از ابعاد تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در قالب فرهنگی اسلامی بوده است. مباحث اخلاق پزشکی گرچه ظاهر مختلفی دارند (مثلاً تصمیم‌گیری در موارد اتانازی، تصمیم‌گیری برای ختم حاملگی و ...) ولی همگی ریشه‌ی مشترکی دارند. مثلاً در بحث اتانازی؛ اگر از منظر دینی و فقهی به این مسأله نگاه کنیم، توصیه‌های وجوب حفظ نفس محترم آن‌چنان وجوب مطلقی است که ناظر بر تصمیم‌گیری‌ها

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

ما خواهد شد. از نظر اخلاقی هم می‌توان به این پدیده نگاه نمود. آیا اخلاقیات نسبت به نحوه‌ی حیات، بدون ایده، بی‌طرف و (Neutrality) هستند؟ مسلم است که حتی معتقدان به ایده‌های لیبرالی نسبت به چگونگی زندگی (way of life) نگرش‌های متفاوتی دارند. برخی مکاتب به ارزش‌های اخلاقی مطلق (که مقدم بر نحوه‌ی حیات می‌باشد) معتقدند: از جمله حفظ حیات اما حتی اگر از دیدگاه لیبرالی هم نگاه کنیم به‌نظر می‌رسد ما با چالش‌های اساسی در تصمیم‌گیری در این زمینه‌ها روبه‌رو هستیم.

غرض از اصل تدوین بخش اول این کتاب، که تا حدودی هم مفصل شده است، آن بوده است که مبانی اسلام و فلسفی ما به گونه‌ای مورد بحث قرار گیرد. مطالب جنبی هم در مورد محورهای اساسی بحث‌های نوین اخلاق پزشکی طرح شده است. برای جست‌وجوی مبانی بحث‌های اخلاق پزشکی امروز و مبانی فلسفی و اسلامی ما همکاران محترم می‌توانند از مباحث مقدماتی کتاب استفاده نمایند. اما در این‌جا به چند محور اساسی از مطالبی که باید با دید دقیق‌تری مورد ملاحظه قرار گیرد اشاره خواهد شد:

۱- اصول اساسی اخلاق پزشکی (اصول چهارگانه شامل خودمختاری، سودمندی، عدم اضرار، و عدالت): تعریف این اصول در فرهنگ‌های گوناگون متفاوت است به‌عنوان مثال: در اسلامی جسم انسانی امانتی الهی نزد انسان محسوب می‌شود، لذا با تمسک به اصل خودمختاری انسان نمی‌تواند با جسم خود هرگونه عمل کند. از سوی دیگر انسان مجزا از اجتماع و فامیل و خانواده نبوده و تصمیم‌گیری‌های او بر محیط اثرگذار است و نباید با خودمحوری تصمیم‌گیری کند.

۲- تصمیم‌گیری در مورد کودکان و افراد فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری: در دیدگاه اسلامی بر اهمیت خانواده تأکید فراوانی شده است. خانواده و پدر و مادر، نقش مهمی در تصمیم‌گیری کودک دارند چرا که او تا سنی خاص ممکن است نتواند به‌طور جامع مسائل و مصالح عالیه‌ی خویش را تشخیص دهد. همین طور است در مواردی که فرد به‌علت بیماری ذهنی یا علل دیگر نمی‌تواند تصمیم‌گیری نماید. براساس معارف اسلامی، ولیّ او براساس مصالح عالیه‌ی بیمار، حق تصمیم‌گیری خواهد داشت.

۳- اتانازی فعال و غیرفعال (انفعالی): از دیدگاه معارف اسلامی، انسان غیر از جسم هویتی به نام روح دارد که برخلاف جسم، باقی است. مرگ، پایان حیات انسان نیست

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

بلکه آغاز حیات جاودانی است که چگونگی آن را در حیات دنیوی رقم زده است و رنج و تعب گذران دنیا می‌تواند سرفصلی برای رشد و تکامل معنوی باشد. از سوی دیگر، انسان در عین مختار و آزاد بودن، بر جسم خویش مالکیتی تعریف شده در راستای تکامل انسانی دارد. خداوند، مالک حقیقی آسمان و زمین است بنابراین، انسان نمی‌تواند با جسم خویش هرگونه بخواهد عمل نماید. لذا بحث اتانازی به اشکال گوناگون، چه فعال چه غیرفعال، و چه داوطلبانه و چه غیرداوطلبانه پذیرفتنی نیست. اصولاً پزشکان نمی‌توانند از تلاش ممکن برای مداوای بیماران دست بردارند. ایجاد مانع برای حیات، با کمک به رفع موانع تا حد ممکن با امکانات در دسترس، تفاوت چندانی نمی‌کند.

۴- سقط جنین: براساس معارف اسلامی، نفس انسانی حرمت دارد. او ودیعه‌ی الهی است. روحی است که برای وصول به حیات والاتر معنوی، باید نشئه دنیا را پشت سر بگذارد. بر این اساس، تصمیم‌گیری نباید منجر به اضرار به این نفس انسانی (چه از بعد معنوی و روحی و چه بعد مادی و جسمی) شود مگر در شرایط خاص. از نظر اسلامی پس از دمیده شدن روح، جنین از حقوق انسانی برخوردار می‌شود. در تعارض حقوق بین مادر و جنین باید به این نکته توجه داشت که جنین وابستگی حیاتی به وجود مادر دارد، در این زمینه بحث مالکیت مطرح نیست بلکه باید براساس شرایط خاص تصمیم‌گیری نمود.

موضوعات بسیار دیگری نیز وجود دارد که در این خلاصه، مجال پرداختن به همه‌ی آن‌ها موجود نمی‌باشد. نحوه‌ی برخورد در نوشتار پیش‌رو، نگرش جدید در بحث‌های اخلاق پزشکی است و از این لحاظ می‌تواند دیدگاه‌های جدید را به علاقه‌مندان این زمینه ارائه نماید.

دکتر باقر لاریجانی
عید سعید غدیرخم- بهمن‌ماه ۱۳۸۲
رئیس مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم
دانشگاه علوم پزشکی تهران

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

فصل ۱۷
سهیم کردن توأم با احترام کودکان در تصمیم‌گیری پزشکی

Nuala Kenny, Jocelyn Downie and Christine Harrison

«اچ» که یازده سال دارد، کودکی باهوش و دوست‌داشتنی است. او به‌علت ابتلا به استئوسارکوما تحت درمان قرار دارد. بازوی چپ او آمپوته شده و یک‌دوره شیمی‌درمانی دریافت کرده است. بعد از درمان، به مدت ۱۸ ماه عاری از سرطان بوده و عملکرد خوبی در مدرسه داشته است. او از عضو مصنوعی استفاده می‌کند و از این‌که ناچار است برای کاهش خطر عفونت از گربه‌اش، برفی، دوری گزیند غمگین است. نتایج آزمایش‌های اخیر او حاکی از آنند که سرطان او عود کرده و به ریه‌های او متاستاز داده است. خانواده‌ی او از شنیدن این خبر به‌شدت ناراحت شده‌اند اما نمی‌خواهند که امید خود را از دست بدهند. در عین حال، حتی در صورت به‌کار بستن درمان تهاجمی، بخت «اچ» برای بهبود، کم‌تر از ۲۰ درصد است. «اچ» با سماجت ادامه‌ی درمان را رد می‌کند. در اولین دوره‌ی درمان، او در ابتدا با بی‌میلی به درمان تن داد اما بالاخره وقتی دادن دارو شروع شد، با شدت و خشونت از پذیرفتن آن خودداری کرد. او به پزشکان خود اعتماد ندارد و نسبت به ایشان و والدین خودش خشمگین است. او اعتراض می‌کند: «تا همین حالاشم باعث شدید که برفی و بازوم را از دست بدهم. دیگر چه از جانم می‌خواهید؟» والدین او اصرار می‌کنند که درمان باید ادامه داده شود. در پی درخواست پزشک او، یک روان‌شناس و یک روان‌پزشک ظرفیت «اچ» را ارزیابی می‌کنند. این دو با این نظر موافقند که «اچ» قادر به اخذ تصمیمات پزشکی نیست؛ درک او از مرگ ناپخته است و سطح اضطراب او بسیار بالاست. پرسنل پرستاری مایل نیستند که درمان را به زور به «اچ» تحمیل کنند. در گذشته، تقلای «اچ» برای جلوگیری از درمان و نیاز به اعمال محدودیت جسمانی، موجب نگرانی و ناراحتی شدید ایشان شده است.

***

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

سهیم کردن توأم با احترام کودکان در تصمیم‌گیری پزشکی چیست؟

سهیم کردن توأم با احترام کودکان در تصمیم‌گیری پزشکی مستلزم احترام به اختیارات و جایگاه والدین و سیاق خانوادگی و در عین حال، توجه دقیق به نیازها و توانایی‌های کودک در اخذ تصمیم (از حیث ارتباطی و تکاملی) می‌باشد.

چرا سهیم کردن توأم با احترام کودکان در تصمیم‌گیری پزشکی دارای اهمیت است؟

اخلاق

به‌نحو سنتی، کودکان از فرآیند تصمیم‌گیری پزشکی کنار گذاشته می‌شدند. شرکت در این فرآیند نیازمند استقلال فردی (ظرفیت تعیین تکلیف برای خود) دانسته می‌شد و کودکان فاقد استقلال فردی به‌حساب می‌آمدند. باور بر این بود که کودکان نیازمندِ تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین هستند و عموماً این والدین بودند که نقشِ جایگزین را با تمامی حقوق و مسؤولیت‌های تصمیم‌گیری برای کودکانشان، بر عهده می‌گرفتند.

در هر حال، شیوه‌ی تحلیلِ اخلاقیِ سهیم کردن کودکان در تصمیم‌گیری پزشکی دستخوش دگرگونی شده و حداقل دو تغییر قابل توجه در این زمینه رخ داده است. اول آن‌که امروزه مشخص شده است که کودکان، از شیرخوارگی تا نوجوانی، سطوح واضحاً متفاوتی از ظرفیت برای تصمیم‌گیری را پیدا می‌کنند. کودکان، از این لحاظ به سه دسته‌ی کلی تقسیم شده‌اند: آن‌هایی که فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری‌اند، آن‌هایی که ظرفیت تصمیم‌گیری در حال تکامل دارند، و آن‌هایی که ظرفیت تصمیم‌گیری تکامل‌یافته‌ای را دارا هستند[1]. تمرکز بحث سهیم کردن توأم با احترام کودکان در تصمیم‌گیری پزشکی، بر روی بلوغ فرد برای تصمیم‌گیری معطوف شده است. سطوح مختلف مشارکت در تصمیم‌گیری، بر اساس دسته‌های مختلف پیش گفته (در رابطه با ظرفیت تصمیم‌گیری) ضروری دانسته می‌شود.

به‌عنوان نمونه، استانداردهای آمریکای شمالی برای تصمیم‌گیری پزشکی، بدین‌گونه تغییر کرد که برای دسته‌ی اول، رضایت/ اجازه‌ی والدین؛ برای دسته‌ی سوم، رضایت کودک؛ و برای دسته‌ی دوم، رضایت/ اجازه‌ی والدین و رضایت ضمنی(assent) کودک اخذ می‌شود[2].

---

1 - American Academy of Pediatrics,1995

2- Canadian Paediatric Society and Bioethics Committee,2004

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

چنین عنوان شده است که اخذ رضایت ضمنی معادل به رسمیت شناختن ظرفیت در حال تکامل کودکان در دسته‌ی دوم است. رضایت ضمنی عبارت است از موافقت فرد با یک تصمیم یا سیر اقدامات، که با رضایت متفاوت است، زیرا رضایت عبارت است از انتخاب آگاهانه و داوطلبانه در مورد یک تصمیم یا سیر اقدامات. ظرفیت رضایت ضمنی متضمن معیارهای سطح پایین‌تری از هرکدام از عناصر انتخاب آگاهانه (آزادی، اطلاعات، و ظرفیت تصمیم‌گیری) و ظرفیت رضایت دادن است. چنین گفته می‌شد که رضایت ضمنی نشانگر احترام به استقلال فردی در حال تکامل کودک است و رضایت/ اجازه‌ی والدین حافظ کودک در برابر پذیرش خطرات غیر منطقی می‌باشد[1].

در عین حال، با ظاهر شدن مشکلاتی عملی و نظری در مورد رضایت ضمنی، تغییر دومی در اندیشه‌ها در این باب حاصل گردید. بولفورد[2] متوجه شد که معیارهایی برای در مورد توانایی کودکان وجود ندارد و کیفیت ارزیابی ظرفیت کودکان برای مشارکت در تصمیم‌گیری از موردی به مورد دیگر متفاوت است.

کنی و سکینر[3] توجه دادند که بازشناسی نقش مناسب برای کودک امری پیچیده است.

این امر نیازمند پیش‌زمینه‌های بسیار، از جمله آگاهی از ظرفیت‌های تکاملی عصبی (Neurodevelopmental capacities) کودکان - که برای تصمیم‌گیری ضروری است - می‌باشد. نقش رضایت ضمنی، در سطحی گسترده و بنیادین، مورد مناقشه قرار گرفت، چنان که در یک ویژه‌نامه از مجله‌ی آمریکایی زیست‌اخلاق (The American Journal of Bioethics) در سال ۲۰۰۳ منعکس شد. پرسش‌های مهمی مطرح شدند. آیا اخذ رضایت ضمنی از کودک الزامی است؟ آیا ترتیب اثر دادن به عدم رضایت ضمنی (Dissent) از نظر اخلاقی ضروری است؟ اگر چنین است، تفاوت عدم رضایت ضمنی با اجتناب فرد دارای ظرفیت چیست؟ آیا سهیم شدن توأم با احترام و معنادار کودک برآورنده‌ی چیزی بیش از استقلال فردی در تصمیم‌گیری است؟

اگر قرار است که در اخذ تصمیم‌های پزشکی، به کودکان احترام گذاشته شود، چاره‌ای جز این نیست که نقش کودکان به‌روشنی معلوم باشد و توجه بیش‌تری به

1 - Rossi et al.,2003
2 - Bulford,1997
3 - Kenny and Skinner,2003

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

ظرفیت‌های تکامل‌یابنده‌ی کودکان جهت مشارکت، مبذول گردد.

سیمپسون[1]، بیلیس و همکاران[2] چنین مطرح کرده‌اند که بر اساس شناخت موجود از ظرفیت‌های تکاملی گوناگون دوران کودکی، می‌توان کودکان را به حداقل چهار دسته تقسیم‌بندی کرد: (۱) کودکان فاقد توانایی برقرار کردن ارتباط (Communication) (شیرخواران و کودکان خیلی خردسال)؛ (۲) کودکان دارای قدری از توانایی برقرار کردن ارتباط اما فاقد بلوغ تصمیم‌گیری (کودکان سال‌های اول مدرسه)؛ (۳) کودکان دارای قدری از توانایی برقرار کردن ارتباط و توان تصمیم‌گیری در حال تکامل (کودکان سال‌های بالاتر مدرسه)؛ (۴) کودکان دارای بلوغ تصمیم‌گیری (برابر با ظرفیت بالغین از نظر بلوغ تصمیم‌گیری و کوچک‌ترهای بالغ و رشدیافته).

بر این مبنا، چنین نتیجه‌گیری شده است که سهیم شدن مناسب کودک، بستگی به این موارد دارد: ارزیابی ظرفیت تصمیم‌گیری کودک، آن‌چه کودک می‌تواند درک کند، آن‌چه گفتنش به کودک می‌تواند برایش سودمند باشد (حتی اگر ظرفیت تصمیم‌گیری نداشته باشد)، آن‌چه کودک می‌خواهد بداند، و آن چه کودک نیاز دارد بداند تا به‌نحو مناسبی سهم خود را ایفا نماید[3].

برای مثال، اگر یک شیرخوار را در نظر بگیرید، نقشی برای او در تصمیم‌گیری یا برقراری ارتباط (به‌جز تلاش برای تأمین راحتی او) در نظر گرفته نمی‌شود. در دیگر انتهای طیف، یک کوچک‌ترِ به رشد رسیده، باید درست همانند یک بزرگسال دارای ظرفیت، در جریان همه چیز قرار گیرد و اختیار اخلاقی جهت تصمیم‌گیری داشته باشد. در مورد کودک فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری اما دارای ادراک زبانی خوب، باید به او گفته شود که چه چیزی قرار است در مورد او اتفاق بیفتد و اعمال گردد. برای نمونه، حتی اگر کودک اختیاری در تصمیم‌گیری ندارد، می‌توان از نظر اخلاقی ضروری دانست که اطلاعات موجود به او داده شود و حتی اگر احتمالاً کودک هنوز از نظر تکاملی دارای اختیار تصمیم‌گیری نشده است، می‌توان از نظر اخلاقی این الزام را روا دانست که نظر کودک در مورد انتخاب‌های مختلفی که پیش روست، پرسیده شود. به بیان دیگر، ارائه‌ی

1 - simpson, 2003
2 - Baylis et al.,1999
3 - Baylis et al. 1999; Kenny and skinner,2003

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

اطلاعات باید از تشخیص اختیار تصمیم‌گیری کودک مجزا انگاشته شود و اهداف ارائه‌ی اطلاعات و پرسیدن نظرات کودک ممکن است بسته به ظرفیت هر کودک، متفاوت باشد. بنابراین، سهیم کردن توأم با احترام کودکان، در بردارنده‌ی بذل توجه به برقراری ارتباط و هم‌چنین نیازها و توانایی‌های کودک در تصمیم‌گیری است.

به‌علاوه، این امر مستلزم توجه دقیق و توأم با احترام به زمینه‌ی خانوادگی کودک می‌باشد. برخی عنوان کرده‌اند که اخلاق خانواده - محور، بهترین مدل برای درک روابط همبسته‌ای است که در سیاق بالینی نقش ایفا می‌کنند. رویکرد خانواده - محور اثرات یک تصمیم را بر کل اعضای خانواده، مسؤولیت‌های ایشان در قبال یکدیگر، و بارها و فایده‌های یک تصمیم برای هر عضو خانواده را در نظر می‌گیرد؛ و در عین حال، آسیب‌پذیری ویژه‌ی بیمار خردسال را مورد توجه قرار می‌دهد[1].

این رویکرد نشانگر چالش‌های ویژه‌ای است که هنگام وقوع اختلاف نظر میان والد(ین) و کودک، در برابر تیم ارائه‌دهنده‌ی مراقبت‌های سلامت قرار می‌گیرد. چنین وضعیتی موجب برانگیخته شدن پرسش‌هایی بنیادین درباره‌ی ماهیت رابطه‌ی پزشک - بیمار در پزشکیِ کودکان می‌شود. در هنگام مراقبت از بزرگسالان دارای ظرفیت، رابطه‌ی اصلیِ پزشک با بیمار است. ممکن است که خانواده‌ی بیمار در تصمیم‌گیری سهیم شوند (ممکن است در بحث درباره‌ی تشخیص، پیش‌آگهی و انتخاب‌های درمانی شرکت کنند)، اما این بیمار است که حدود سهیم شدن ایشان را مشخص می‌کند و این بیمار است که اختیار دارد که هر تصمیمی را و تمامی تصمیم‌ها را اتخاذ کند. در مقایسه، مراقبت از کودکان شامل رابطه‌ی خانواده - محور است که در آن کودک، والدین و پزشک، همگی به‌نحوی ضروری سهیم‌اند. هنگامی که اختلاف نظری میان والد و کودک وجود داشته باشد، پزشک ممکن است چالشی اخلاقی را تجربه کند و احساس کند که میان خواسته‌های کودک و والد گیر افتاده است. ولیکن، هدف باید حصول اطمینان از پی‌گیری بهترین منافع برای کودک و سهیم شدن توأم با احترام کودک در فرآیند تصمیم‌گیری باشد (به شیوه‌ای که با ظرفیت‌های او متناسب باشد).

رویکرد خانواده - محور هم‌چنین

1 - Nelson and Nelson 1995; Committee on Pediatric Emergency Medicine, AAP Policy, and American Academy of Pediatrics, 2003

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

چالش‌های ویژه‌ی دیگری را برای تیم ارائه‌دهنده‌ی مراقبت‌های سلامت در بر دارد و این هنگامی است که اختلاف نظری میان والد(ین) و خود تیم در مورد این‌که چه کاری بیش‌تر به نفع کودک است، پیش می‌آید. این فرض که والدین بهتر می‌دانند که چه چیزی بیش‌تر به نفع کودکشان است، معمولاً منطقی است. ولیکن، ممکن است وضعیت‌هایی پیش آیند که در آن‌ها تنش روانی والدین مانع درک صحیح یا سبک و سنگین کردن مناسب دغدغه‌ها و خواسته‌های کودکشان شود. واضح است که تبعیت از خواسته‌های والدین در چنین مواردی ناکافی است. به‌علاوه، رویکرد خانواده - محور نباید اجازه دهد که منافع اعضای خانواده بر منافع کودک غلبه پیدا کند. بلکه اتخاذ این رویکرد باید از سر پذیرش این واقعیت باشد که کودکان جزیی از خانواده‌هایشان هستند و منافع کودک باید در همبستگی با منافع سایر اعضای خانوده در نظر گرفته شود. همواره باید منافع کودک مبنای تصمیمی باشد که تیم ارائه‌دهنده‌ی مراقبت از آن پیروی می‌کنند. این رویکرد به معنای تخفیف دغدغه‌ها و اختیارات والدین نیست بلکه به معنای شناسایی کودک (البته به‌عنوان عضوی از یک خانواده) به‌عنوان شخص بیماری است که وظیفه‌ی اصلی و اولیه‌ی تیم ارائه‌دهنده‌ی مراقبت، معطوف به او می‌باشد. [*به‌نظر می‌رسد توجیه کودک به‌قدر ممکن و شناخت دیدگاه او امر پسندیده و اخلاقی است. منتهی در چالش بین خواست کودک (در سنین خاص، قبل از بلوغ) و مصالح او که توسط پزشکان و خانواده‌ی او تعیین می‌شود، باید براساس معارف اسلامی، به مصالح بیمار اولویت داد. در زمینه‌ی درجه‌بندی والدین و این‌که در صورت عدم حضور آن‌ها چه کسانی می‌توانند تصمیم‌گیرنده‌ی جانشین برای تعیین مصالح کودک باشند به‌طور روشن توصیه‌هایی وجود دارد. رجوع شود به فصل هفتم در موضوع «اخلاق پزشکی در گروه‌های خاص»*]

قانون

به‌جز در شرایط خاص و استثنایی (نظیر فوریت‌ها)، درمان پزشکی تنها باید براساس رضایت یا اجتناب از نظر قانونی معتبر، ارائه یا متوقف گردد. رضایت یا اجتناب از درمان پزشکی، برای آن‌که از نظر قانونی معتبر باشد، باید آزادانه و آگاهانه باشد. هم‌چنین باید توسط فردی داده شده باشد که اختیار متناسب را داشته باشد و دارای ظرفیت تصمیم‌گیری درمانی به‌نظر برسد، که این بدان معناست که قادر به درک ماهیت و پی‌آمدهای درمان توصیه شده، درمان‌های جایگزین و عدم درمان باشد. اگر بیمار این توانایی‌ها را داشته باشد، آن‌گاه او را دارای اختیار تصمیم‌گیری تلقی می‌کنیم. اگر بیمار کودک باشد، والدین یا

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

قیم قانونی عموماً دارای این اختیار هستند که به‌عنوان تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین عمل کنند.

تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین کودک باید تصمیم‌های درمانی خود را براساس بهترین منافع کودک بگیرد. اگر ارائه‌دهنده‌ی مراقبت اعتقاد پیدا کند که تصمیم‌های تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین براساس بهترین منافع کودک نیست، باید موضوع را به مراجع قانونی رفاه کودکان ارجاع دهد. براساس قوانین رفاه کودک، در صورتی که دادگاه به این نتیجه برسد که تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین فعلی براساس بهترین منافع کودک عمل نمی‌کند (قوانین معمولاً راهنماهایی را برای تعریف «بهترین منافع» ارائه می‌کنند)، می‌تواند فردی دیگر را به‌عنوان تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین منصوب نماید. [*در معارف اسلامی هم، این‌گونه است که قیم ولیا ولی باید براساس مصالح کودک تصمیم‌گیری نماید در غیر این صورت توسط مراجع ذیصلاح تصمیم‌گیر جایگزین معرفی می‌شود.*]

هم‌چنین، دادگاه این اختیار را دارد که در صورتی که ارائه یا قطع درمانی را منطبق با بهترین منافع کودک بداند، نسبت به اجرای آن دستور صادر کند. برای مثال، در مواردی دادگاه‌ها کودکان را نیازمند محافظت تشخیص داده‌اند و آن‌ها را تحت مراقبت و کنترل سرویس‌های کودک و خانواده قرار داده‌اند و در مواردی که والدین عضو فرقه‌ی شاهدان یهوه (Jehovah's Witnesses) از انتقال خون نجات‌دهنده‌ی حیات به کودکان خود جلوگیری کرده‌اند، دادگاه‌ها خود دستور به انتقال خون داده‌اند.

سیاست‌گذاری

سازمان‌های حرفه‌ای که وظایف و مسؤولیت‌هایی در قبال کودکان دارند، این توجه جدید و افزاینده به سهیم کردن توأم با احترام کودکان و جوانان در تصمیم‌گیری‌های پزشکی را رسماً پذیرفته‌اند. برای مثال، سیاست انجمن کانادایی پزشکی کودکان (The Canadian Paediatric Society) درباره‌ی تصمیم‌های درمانی مربوط به شیرخواران، کودکان و نوجوانان چنین بیان می‌دارد: «جهت حصول اطمینان از این‌که بهترین تصمیم‌ها برای کودکان و نوجوانان گرفته می‌شوند، این تصمیم‌گیری‌ها باید به‌نحو مشترک توسط تیم ارائه‌دهنده‌ی مراقبت، والدین کودک یا نوجوان، و گاهی خود کودک یا نوجوان انجام گیرند. کودکان و نوجوانان باید بسته به درجه‌ی در حال افزایش تکامل‌شان، در تصمیم‌گیری سهیم باشند تا جایی که به‌حدی از تکامل برسند که قادر به تصمیم‌گیری فردی و

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

مستقل در مورد درمان باشند[1]».

بیانیه‌ی آکادمی آمریکایی پزشکی کودکان[2] مسؤولیت مشترک پزشکان و والدین را در اخذ تصمیم‌ها برای بیماران خیلی خردسال، براساس بهترین منافع ایشان، می‌پذیرد و چنین بیان می‌کند: «والدین و پزشکان نباید کودکان و نوجوانان را بدون دلیلی قانع‌کننده، از تصمیم‌گیری کنار بگذارند».

مطالعه‌های تجربی

مجموعه‌ای از پژوهش‌های تجربی منتشرشده در دسترس‌اند که اطلاعاتی را درباره‌ی توانایی کودکان در دادن رضایت ضمنی و رضایت در اختیار می‌گذارند[3]. میلر و همکاران[4] متون مربوط به پژوهش‌های تجربی را با تمرکز بر اختیار عمل و توانایی کودکان برای اخذ تصمیمات پزشکی مرور کرده‌اند. این مرور چندین تعارض اخلاقی بنیادین را در زمینه‌ی رویکردهای فعلی نسبت به رضایت کودکان شناسایی کرد و این تفاوت‌ها را نشان داد: تفاوت‌های میان نظرگاه‌های قانونی (همه یا هیچ) و روان‌شناختی (تکاملی، وابسته به سیاق، و تعاملی)؛ تفاوت‌های میان شرایط بالینی و شرایط پژوهش؛ و تفاوت‌های میان مطالعات متمرکز بر این موضوع که چه کسی تصمیم را می‌گیرد و مطالعات متمرکز بر این موضوع که کدام تصمیم منطبق با بهترین منافع برای کودک است. ایشان چنین نتیجه‌گیری کردند که به پژوهش‌های بیش‌تری در این حوزه نیاز هست و باید توجه ویژه‌ای به این موارد مبذول گردد: تفاوت‌های میان سهیم کردن توأم با احترام کودکان در تصمیم‌گیری‌های درمانی و پژوهشی، بررسی جنبه‌های غیرشناختی ظرفیت کودکان، و اهمیت سیاق (زمینه) در شکل‌گیری ظرفیت تصمیم‌گیری.

ارائه‌دهندگان مراقبت چگونه باید کودک را با رعایت احترام به او در تصمیم‌گیری پزشکی سهیم کنند؟

مراقبانی که با کودکان کار می‌کنند، باید نسبت به ظرفیت‌های خاص هر کودک حساس باشند. کودکان از نظر جسمانی، هوشی، هیجانی و بلوغ فردی، پیوسته در حال تکاملند. اگرچه شاخص‌های تکاملی دیدی کلی از ظرفیت کودک به ما می‌دهند، اما هیچ خط روشنی و هیچ سن خاصی وجود ندارد که همواره نشانگر آغاز توانایی تصمیم‌گیری مستقلانه باشد.

1 - Canadian Paediatric Society and Bioethics Committee, 2004, p. 99
2 - The American Academy of Pediatrics, 1995, p. 314
3 - Abramovitch et al. , 1995
4 - Miller et al. , 2004

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

هنگامی که مشخص شده باشد که سهیم شدن کودک در تصمیم‌گیری والدین برای او زیان‌بخش نخواهد بود، و هنگامی که کودک ظرفیت زبانی کافی برای ایفای مشارکت را پیدا کرده باشد، ارائه‌دهندگان مراقبت باید انتخاب‌های درمانی را با کودک به گفت‌وگو بگذارند. ارائه‌دهندگان مراقبت باید نظر کودک را در مورد فواید و زیان‌های بالقوه‌ی انتخاب‌های گوناگون بپرسند. سپس، هنگام ارزیابی این‌که کدام اقدام در بردارنده‌ی بهترین منافع برای کودک است، باید موارد ذیل را در نظر بگیرند و لحاظ کنند:

- زیان بالقوه‌ی انجام کاری برای شما در حالی که شما مایل به آن نیستید (برای مثال، آزردگی، از دست دادن اعتماد به ارائه‌دهندگان مراقبت، از دست دادن اعتماد به خانواده).
- زیان‌ها و منافع بالقوه‌ی انتخاب‌های مختلف برای کودک از دیدگاه خود کودک و نیز از دیدگاه ارائه‌دهندگان مراقبت و اعضای خانواده.
- زیان‌ها و منافع بالقوه‌ی معطوف به اعضای خانواده‌ی کودک و هر فرد دیگر که منافع کودک به آن بستگی دارد.

بعد از آن‌که تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین (مثلاً یک والد)، تصمیم‌گیری کرد، ارائه‌دهنده‌ی مراقبت باید به شیوه‌ای مناسب و با کمک خانواده، برای کودک توضیح دهد که چه کاری قرار است برای او انجام شود و چه چیزی در انتظار اوست.

بحث مورد

در مورد «اچ»، روشن بود که از سرگرفتن درمان تهاجمی اثری شدیداً منفی بر کیفیت زندگی او خواهد داشت. شانس بهبود اندک است ولی در عین حال، تصمیم به ادامه ندادن درمان احتمالاً به مرگ او منتهی خواهد شد. از آن‌جا که مرگ غیرقابل بازگشت است، و تصمیماتی که پی‌آمدهای خطیر دارند نیازمند سطح بالایی از توانمندی در تصمیم‌گیری‌اند، ظرفیت لازم برای اخذ این تصمیم درمانی بسیار بالاست. تشخیص بر آن بود که «اچ» فاقد این حد از ظرفیت تصمیم‌گیری است و والدین او تصمیم‌گیرندگان جایگزین او می‌باشند.

با این وجود، «اچ» در گفت‌وگوهای مربوط به انتخاب‌های درمانی شرکت داده شد و دلایل او برای رد درمان مورد بررسی قرار گرفت. اعضای تیم به‌شدت تلاش کردند تا اعتماد او دوباره به‌دست آید. در گفت‌وگوها به این موارد پرداخته شد: امیدها و ترس‌های «اچ» و والدینش، درک والدین او از احتمال بهبود کامل، معنای اطلاعات آماری ارائه‌شده از سوی پزشکان برای ایشان، و نیز نقش «اچ»

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

در فرآیند تصمیم‌گیری و دسترسی او به اطلاعات. اعضای تیم مشتمل بودند بر پزشکان، پرستاران، یک روان‌شناس کودک، یک روان‌پزشک، یک روحانی، یک متخصص زیست‌اخلاق، یک مددکار اجتماعی و یک متخصص مراقبت‌های تسکینی.

گفت‌وگوها بر دستیابی به درکی مشترک درباره‌ی اهداف درمان «اچ» متمرکز شدند. پزشک «اچ» به او کمک کرد که احساسات و دغدغه‌های خود را در مورد اثرات محتمل ادامه‌ی درمان ابراز کند. اثرات تحمیل درمان علی‌رغم میل او، بر سلامت جسمانی، کیفیت زندگی، اعتماد به نفس و کرامت او مورد ملاحظه قرار گرفت. حمایت معنوی و روان‌شناختی از «اچ» و خانواده‌اش به‌عنوان جزیی اساسی از برنامه‌ی درمانی در نظر گرفته شد. فرصت‌هایی برای «اچ» و خانواده‌اش فراهم شد تا با افرادی که تجربه‌های مشابهی را از سر گذرانده بودند حرف بزنند و به پرسنل نیز فرصت داده شد تا دغدغه‌های خود را به زبان آورند.

در نهایت، تصمیم والدین «اچ» بر آن شد که از شیمی‌درمانی اجتناب شود و هدف درمان از «بهبود قطعی» به «مراقبت» تغییر یابد. مراقبان «اچ» به او و خانواده‌اش اطمینان دادند که دست روی دست نخواهند گذاشت اما جهت تلاش‌های خود را معطوف به راحتی جسمانی «اچ» و نیازهای معنوی و روان‌شناختی او خواهند نمود. «اچ» به خانه بازگشت و اجازه یافت که یک بچه گربه‌ی جدید داشته باشد. او در آرامش درگذشت.

تیم ارائه‌دهنده‌ی مراقبت بعد از مرگ «اچ» جلسه‌ای ترتیب دادند تا مراقبت‌های ارائه‌شده به او را مرور کنند. ایشان می‌دانستند که برخی از والدین ممکن است تصمیم دیگری بگیرند و در این مورد گفت‌وگو کردند که در صورت وقوع چنین امری در آینده، چه برنامه‌ای برای آن خواهند داشت. این برنامه مشتمل خواهد بود بر گفت‌وگوهایی میان اعضای تیم و والدین جهت دستیابی به اتفاق نظر درباره‌ی منافع احتمالی برای بیمار، ارتباط مستمر با والدین برای حصول اطمینان از درک متقابل از اهداف واقع‌گرایانه‌ی درمان، حمایت روان‌شناختی و هیجانی از بیمار در حین دوره‌ی درمان. این نظر تأیید شد که در شرایطی نظیر شرایط «اچ»، خواسته‌های والدین او برای درمان باید بر اجتناب احتمالی او از پذیرش درمان ارجحیت داده شود. تیم در این مورد اتفاق نظر نداشتند که در صورتی که حتی پیش‌بینی این نباشد که احتمال بهبود کم‌تر از ۲۰ درصد است رویکرد ایشان چه خواهد بود؟ برخی استدلال می‌کردند که در

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

چنین حالتی باید از ارائه‌ی درمان اجتناب کنند. برخی دیگر، بر این باور بودند که حتی در این حالت، باید به تصمیم والدین احترام گذاشته شود. این امر مورد توافق بود که اگر چنین وضعیتی پیش آید، باید از تیم اخلاقی بیمارستان برای کمک به تصمیم‌گیری و حل تعارض دعوت به‌عمل آید. [*اسلام دیدگاه ویژه‌ای مبتنی بر وحی و تعالیم الهی در خصوص کودکان و جایگاه حقوقی آن‌ها دارد. موضوع اهلیت و قابلیت تصمیم‌گیری در اسلام با عواملی چون سن، بلوغ و رشد فرد مرتبط است. با توجه به تأکید اسلام بر محبت و مهربانی نسبت به کودکان و محترم شمردن آنان، رضایت ضمنی کودک در تصمیمات مربوط به او مورد اشکال نبوده ولی در مواردی که حیات او در خطر است، والدین موظف به اقدام لازم هستند. مواردی مشابه شرایط ذکر شده حتی برای برخی از انسان‌های بالغ نیز می‌تواند محل دغدغه‌ی درمان یا عدم درمان باشد ولی اگر فواید درمان روشن باشند، به‌نظر می‌رسد بر اساس معارف اسلامی اولویت با در نظر گرفتن مصالح کودک، حتی علیرغم نظر منفی کودک، باشد گرچه تلاش‌های لازم برای همسو کردن او ضروری است.*]

مراجع

1- Abramovitch, R., Freedman, J.L., Henry, K., and Van Brunschot, M. (1995). Children's capacity to agree to psychological research: knowledge of risks and benefits and voluntariness. Ethics and Behaviour 5: 25-48.

2- American Academy of Pediatrics (1995). Informed consent, parental permission and assent in pediatric practice. Pediatrics 95: 314-17.

3- Baylis, F., Downie, J., and Kenny, N.P. (1999). Children and decisionmaking in health research. IRB: Rev Hum Subject Res 21: 5-10.

4- Bulford, R. (1997). Children have rights too. BMJ314:1421-2.

5- Canadian Paediatric Society and Bioethics Committee (2004). Treatment decisions regarding infants, children and adolescents. Paediatr Child Health 9: 99-103.

6- Committee on Pediatric Emergency Medicine, AAP Policy, and American Academy of Pediatrics (2003). Consent for emergency medical services for children and adolescents. Pediatrics 111: 703-6.

7- Kenny, N.P. and Skinner, L.E. (2003). Skills for assessing the appropriate role for children in health decisions. In Pediatric Clinical Skills, 3rd edn, ed. R. Goldbloom. New York:

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

Saunders, pp. 349-59.

8- Miller, V.A., Drotor, D., and Kodish, E. (2004). Children's competence for assent and consent: a review of empirical findings. Ethics Behav 14: 255-95.

9- Nelson, H.L. and Nelson, J. L. (1995). The Patient in the Family: An Ethics of Medicine and Families. New York: Routledge.

10- Rossi, W. C, Reynolds, W., and Nelson, R. M. (2003). Child assent and parental permission in pediatric research. Theor Med Bioethics 24: 131-48.

11- Simpson, C. (2003). Children and research participation: who makes what decisions. Health Law Rev 11: 20-9.

12- Various authors (2003). Am J Bioethics 3: issue 4.

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

فصل ۱۸
مداخله‌های غیردرمانی در پزشکی کودکان

David Benatar

پسری ۵ ساله که دچار لوکمی لنفوبلاستیک حاد است، در ابتدا با شیمی‌درمانی ترکیبی تحت درمان قرار گرفت و بیماری او فروکش پیدا کرد. ظرف چند ماه، بیماری او بازگشت. پزشکان او به این نتیجه رسیدند که پیوند مغز استخوان آلوژنیک بیش‌ترین شانس فروکش پایدار را برای او در بر خواهد داشت. خواهر یک‌ساله‌ی او بهترین فرد از نظر تطابق است. مادر ایشان موافقت کرد که خواهر نقش اهداکننده را ایفا کند، اما پدر ایشان ملاحظاتی در مورد تحمیل این مداخله بر دختر یک‌ساله‌اش دارد و پیشنهاد می‌کند که همسرش، اگرچه تطابقش به آن خوبی نیست، باید اهداکننده باشد.

***

مداخله‌های غیردرمانی در پزشکی کودکان چیست؟

مداخله‌های غیردرمانی در پزشکی کودکان، مانند استخراج مغز استخوان یک کودک، مداخلاتی پزشکی‌اند که به قصد سودرسانی به کودکی که مداخله بر روی او صورت می‌گیرد، به انجام نمی‌رسند. بنابراین، هنگامی که چنین مداخلاتی پیشنهاد یا اعمال می‌شوند، اهداف دیگری مد نظر است. در موردی که در ابتدای این فصل آورده شد، هدف استخراج مغز استخوان «جی» برای نجات زندگی «آی[1]» است.

واژه‌ی «درمانی» را می‌توان به‌نحو موسع یا مضیق تعریف کرد. در معنای مضیق، مداخلات پیش‌گیرانه - یعنی مداخلاتی که با هدف درمانِ بیماریِ در حال حاضر موجودی در کودک به انجام نمی‌رسند بلکه هدفشان پیش‌گیری از وضعیت‌های نامطلوب پزشکی در آینده است - جزو مداخلات «درمانی» قرار نمی‌گیرند. از آن‌جا که مداخلات پیشگیرانه از نظر اخلاقی شبیه (یا برابر با) مداخلات درمانی در معنای مضیق‌اند، من در این‌جا این

۱- در متن اصلی، در بخش شرح مورد، اشاره‌ای به حرف اول نام دو کودک نشده است. اما در این‌جا آن دو به نام «جی» و «آی» معرفی شده‌اند - مترجم

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

دو نوع مداخلات را همراه با هم تحت عنوان «درمانی» در معنای موسع آن نام‌گذاری می‌کنم؛ معنای موسعی که مداخلات پیش‌گیرانه را نیز در بر می‌گیرد. بنابراین، مداخلات غیر درمانی مداخلاتی‌اند که در فردی که بر روی او اعمال می‌شوند، بیماری یا نقصانی را درمان یا از آن پیش‌گیری نمی‌کنند.

افتراق میان مداخلات درمانی و غیردرمانی، اگرچه در تئوری واضح است، در عمل چندان واضح نیست. زیرا غالباً این بحث و اختلاف نظر وجود دارد که آیا مداخله ارزش درمانی دارد یا نه؟ به بیان دیگر، غالباً چندان روشن نیست که آیا مداخله در بردارنده‌ی فایده‌ی پزشکی خالصی برای کودک هست یا نه؟ برای مثال، ختنه‌ی پسران را در نظر بگیرید که در معنای مضیق یعنی درمان کردن بیماری در حال حاضر موجود (نظیر فیموز واقعی) درمانی نیست. در این مورد که آیا ختنه اقدام پیش‌گیرانه‌ی مؤثری است یا نه، اختلاف نظر زیادی وجود دارد. برخی بر این باورند که ختنه ارزش محافظت‌کننده‌ی قابل ملاحظه‌ای در برابر عفونت دستگاه ادراری، بیماری‌های مقاربتی، و سرطان آلت تناسلی دارد. برخی دیگر چنین ارزشی را رد می‌کنند.

عدم اتفاق نظر مشابهی در مورد مداخلات رادیکال‌تر پیش می‌آید. برای مثال، برخی بر این باورند که اگر کودکان دو جنسیتی را با عمل جراحی به یک جنسیت خاص منتسب کنیم یا اگر دوقلوهای به هم پیوسته را از هم جدا کنیم به نفع خود این کودکان است. اما برخی دیگر منکر آنند که این کودکان از چنین مداخلاتی سود می‌برند. من باید به تمامی این انواع مداخلات، عنوان مداخلات دارای ارزش درمانی مورد بحث را اطلاق کنم.

واژه‌ی «مربوط به پزشکی کودکان» همانند واژه‌ی «درمانی» می‌تواند به شیوه‌های موسع و مضیق فهمیده شود. این واژه را می‌توان با محدودیت بیش‌تر تنها مربوط به کودکان پیش از بلوغ دانست یا با گستردگی بیش‌تر، نوجوانان را نیز مرتبط دانست. من این واژه را در معنایی موسع‌تر (اما نه موسع‌ترین معنا) به‌کار می‌برم. زیرا از منظر اخلاقی مهم است که افراد جوانی که هنوز آن قدر رشد و تکامل نیافته‌اند که قادر به این قضاوت برای خودشان باشند که آیا مداخله‌ی پزشکی باید انجام شود یا نه، در این تعریف گنجانده شوند. این افراد مشتملند بر کودکان و تازه بالغان، اما نه احتمالاً نوجوانانی که سنین بالاتری دارند. دارا بودن صلاحیت تصمیم‌گیری دارای درجات و مراتب است؛ بنابراین، تقسیم‌بندی خیلی واضحی میان کودکان و تازه بالغان وجود

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

ندارد. به‌علاوه، تمایزات مهمی در خود دوران کودکی وجود دارد. برای مثال، کودکان خیلی خردسال - یعنی شیرخواران - به هیچ‌گونه توانایی تصمیم‌گیری برای خودشان را ندارند حال آن‌که کودکان نابالغ در سنین بالاتر تا حدی این ظرفیت را دارا هستند. در تصمیم‌گیری به‌جای کودکان باید این مراحل تکاملی را مد نظر داشت.

چرا مداخله‌های غیردرمانی در پزشکی کودکان دارای اهمیت است؟

مداخله‌های غیر درمانی در پزشکی کودکان از نظر اخلاقی مسأله‌سازند، زیرا فراسوی مرزهای مداخله‌های درمانی قرار می‌گیرند، حال آن‌که درمانی بودن تنها شرطی است که به‌نحو گسترده‌ای برای توجیه اعمال مداخله بر روی کسانی که قادر به دادن رضایت به مداخلات پزشکی نیستند، پذیرفته شده است. عموماً در مورد افراد دارای صلاحیت تصمیم‌گیری، اخذ رضایت از ایشان پیش‌شرط ضروری اخلاقی برای انجام هرگونه مداخله‌ی پزشکی است. کودکان دارای صلاحیت تصمیم‌گیری در مورد این‌که کدام مداخلات پزشکی بر رویشان انجام گیرد نیستند و در نتیجه، نمی‌توانند رضایت معتبری بدهند. فقدان این رضایت، اما، مداخلات پزشکی کودکان را مسأله‌دار نمی‌کند. این به‌نحو گسترده‌ای پذیرفته شده است که اشکالی از پدرسالاری نسبت به آن‌هایی که دارای صلاحیت اخذ تصمیم برای خودشان نیستند، حداقل مجاز و معمولاً الزامی است. در پیروی از این اصل پدرسالاری، مداخله‌های پزشکی کودکان باید در صورتی انجام گیرند که به نفع کودک باشند. مداخله‌های درمانی به‌روشنی در این دسته می‌گنجند. اما به‌نظر می‌رسد که توجیه پدرسالارانه برای آن دسته از مداخله‌های پزشکی کودکان که (واضحاً) درمانی نیستند، کاربردی ندارد. آیا انجام چنین مداخله‌هایی هرگز رواست؟ و اگر بله، در چه صورتی؟

در ابتدا مداخله‌هایی را در نظر بگیرید که ارزش درمانی‌شان مورد مناقشه است. در چنین شرایطی از عدم قطعیت چه کاری باید کرد؟ انجام دادن مداخله، در صورت به‌دنبال نداشتن فایده‌ی خالص، ممکن است موجب تحمیل خطر یا زیانی غیر ضروری شود. ولیکن، عمل براساس اصل «اول از همه، زیان نرسان!» ممکن است به نوعی ساده‌سازی بیش از حد موضوع باشد زیرا عدم انجام دادن مداخله ممکن است برابر باشد با محروم کردن بیمار از منفعتی مهم، اگر مداخله کارآمدی مثبتی داشته باشد.

در چنین شرایطی، پرسش مهمی که باید

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

پرسید این است که آیا عدم قطعیت نتیجه‌ی ناآگاهی پزشک درباره‌ی بهترین مستندات در دسترس است یا این‌که خود بهترین مستندات در دسترس حاکی از عدم قطعیت‌اند؟ پزشکان غالباً از مستندات موجود به نفع یا علیه اثر درمانی ادعاشده برای برخی از مداخلات ناآگاهند (یا به حد کافی قادر به نقد آن‌ها نیستند). بنابراین، به‌جای بررسی دقیق داده‌های اصلی یا حتی مرورهای قابل اتکا، براساس دریافت کلی خودشان، شواهد اتفاقی، یا باور عمومی عمل می‌نمایند. ولیکن، گاهی بررسی دقیق شواهد و مرورهای معتبر آشکار می‌کند که شواهد موجود به نتیجه‌ای قطعی نرسیده‌اند و پاسخ مناسب «نمی‌دانم» است. در چنین مواردی محدوده‌ی ایمنی از عمل محتاطانه که بی‌زیان و خطا باشد وجود ندارد و افراد معقول و منطقی ممکن است در این باره دچار اختلاف نظر شوند که آیا مداخله انجام گیرد یا نه؟ حتی اگر باور بر این باشد که در شرایط پزشکی کودکان تنها مداخله‌های درمانی را باید مجاز انگاشت.

عدم توافق درباره‌ی ارزش درمانی یک مداخله را همواره نمی‌توان به عدم قطعیت در شواهد پزشکی نسبت داد. گاهی، عدم اتفاق نظر، حداقل بخشی از آن، ناشی از اختلاف بر سر ارزش‌هاست. برای مثال، برخی ممکن است چنین داوری کنند که شانس بسیار اندک مرگ در پی ختنه در شیرخوارگی در مقایسه با شانس به همان اندازه اندک مرگ در اثر سرطان آلت تناسلی در سنین بالاتر، کم‌تر بد است، حال آن‌که برخی دیگر نظرشان کاملاً برعکس می‌باشد. برخی ممکن است بر این باور باشند که گذراندن زندگی متصل به قل دیگر بدتر از مرگ است، حال آن‌که برخی دیگر ممکن است به کلی منکر بد بودن آن باشند. وجود چنین اختلاف نظرهایی به این معنی نیست که تمامی دیدگاه‌های رقیب همواره به یک میزان خوب‌اند. گاهی ممکن است یک دیدگاه در مقایسه با دیگری استدلال‌های بهتری داشته باشند. به‌همین دلیل، استدلال‌های دیدگاه‌های رقیب باید کاویده شود. ولیکن، این کاوش ممکن است این نتیجه را آشکار کند که استدلال‌های یک دیدگاه به‌روشنی قوی‌تر از استدلال‌های دیدگاه رقیب نیست. در چنین مواردی، افراد معقول و منطقی ممکن است اختلاف نظر پیدا کنند: برخی مداخله‌ی مورد نظر را درمانی بدانند حال آن‌که برخی دیگر درمانی بودن آن را انکار کنند.

پاسخ مناسب به اختلاف نظر منطقی درباره‌ی ارزش درمانی یک مداخله رسیدن به این داوری است که هم انجام مداخله و هم

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

خودداری از انجام آن مجاز است، اگر چنین باشد، حتی آن‌هایی که بر این باورند که تنها مداخله‌ای که در پزشکی کودکان مجاز است، مداخله‌ی درمانی می‌باشد، باید بپذیرند که مداخله‌ای که ایشان شخصاً درمانی به‌حساب نمی‌آورند، در صورتی که توسط برخی دیگر به‌نحوی معقول درمانی، به‌حساب آورده شود، می‌تواند مجاز باشد.

مناقشه‌برانگیزتر از مداخله‌هایی که ارزش درمانی‌شان مورد اختلاف نظر است، مداخله‌هایی‌اند که برای منافع فردی غیر از کودکی که مداخله بر روی انجام می‌گیرد، به انجام می‌رسند. برای مثال، پژوهش بر روی کودکان را در نظر بگیرید. اگرچه کودکانی که پژوهش بر روی ایشان انجام می‌گیرد گاهی ممکن است از مداخله‌ی مورد آزمون سود ببرند، گاهی هم ممکن است از آن زیان ببینند. گروهی که بیش‌ترین سود را از پژوهش به‌دست می‌آورند، کودکان آینده‌اند، که یا ممکن است از منافع مداخله‌ای که اثربخشی‌اش ثابت شده است سود ببرند و یا از قرار گرفتن تحت مداخله‌ای که در بهترین حالت بی‌فایده و در بدترین حالت زیان‌بار است، در امان بمانند. برخی دیگر از مداخله‌ها، مانند پیوند مغز استخوان از کودکی به عضو نزدیکی از خانواده‌ی او، فواید قطعی‌تری برای دیگران در بر دارند. چنین مداخله‌هایی، کودک (اهداکننده) را در معرض خطر و زیان قرار می‌دهند بدون آن‌که هدفشان رساندن نفع پزشکی به همان کودک باشد.

برخی از افراد بر این باورند که انجام دادن این مداخله‌های غیردرمانی در پزشکی کودکان مجاز نیست. برای دفاع از این مدعا، ممکن است به تفاوتی استناد کنند که این دو حالت وجود دارد: حالتی که فرد دارای صلاحیتی تحمل خطر یا زیان را برای سودرساندن به دیگری قبول می‌کند و حالتی که در آن شخص ثالثی چنین زیان یا خطری را برای فردی - مثلاً یک کودک - که هرگز دارای صلاحیت تصمیم‌گیری نبوده است، تجویز می‌نماید. در عین حال، ما می‌توانیم که وجود چنین تفاوتی را بپذیریم بدون آن‌که فکر کنیم که حالت دوم هرگز مجاز نیست. ممکن است این‌گونه بیندیشیم که تجویز برای کودکان تنها در مورد آستانه‌های پایین‌ترین از خطر یا زیان قابل قبول است.

بی‌تردید، این غیرمنطقی است که این تصمیم والدین را که یکی از فرزندانشان به فرزندی دیگر خون اهدا کند، غیر مجاز بدانیم. هزینه‌هایی که کودک اهداکننده‌ی خون متحمل می‌شود، به‌روشنی آن قدر جزیی است و فوایدی که نصیب گیرنده می‌شود به‌روشنی

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

آن قدر زیاد است که چنین مداخله‌ای را موجه می‌کند. بنابراین، می‌بینیم که نمی‌توان هر مداخله‌ای را به‌سادگی به این علت که (برای همان کودک) درمانی نیست، مردود دانست. بلکه باید این را در نظر بگیریم که خطر یا هزینه‌ای که مداخله در بر دارد چه اندازه بزرگ است و انتظار می‌رود که به چه اندازه به سایرین خیر برساند.

ملاحظه‌ی دومی که می‌توان به نفع حداقل پاره‌ای از مداخلات غیردرمانی در میان آورد، این است که اگرچه ممکن است به همان کودک سود پزشکی نرسانند، اما در برخی از موارد به طریقه‌های دیگری او را منتفع می‌کنند. برای مثال، اگر یکی از والدین کودک در صورت عدم پیوند مغز استخوان با خطر مرگ او روبه‌رو باشد، و کودک مناسب‌ترین اهداکننده‌ی آن مغز استخوان باشد، کاملاً منطقی است که بگوییم با در نظر گرفتن تمامی جوانب، کودک به‌واسطه‌ی اهدای مغز استخوان منتفع خواهد شد. زیانی که کودک در پی از دست دادن یکی از والدین خود می‌بیند، بیش‌تر از زیانی است که مثلاً به‌صورت درد هنگام استخراج مغز استخوان بر او تحمیل می‌شود.

چه رویکردی باید در عمل به مداخله‌های غیر درمانی در پزشکی کودکان داشته باشیم؟

اگرچه پزشکان غالباً مداخله‌های پزشکی کودکان را توصیه می‌کنند، به‌ندرت از نظر اخلاقی یا قانونی حق تصمیم‌گیری در مورد انجام گرفتن آن مداخله بر روی کودک مورد نظر را دارند. اختیار این تصمیم‌گیری معمولاً در دست والدین است که تصمیم‌گیرندگان جایگزین مفروض به‌حساب می‌آیند. ولیکن گاهی ممکن است این فرض که والدین چنین اختیاری را صاحبند، خدشه‌دار شود. در چنین مواردی، پزشکان یا سایرین، از جمله افرادی از سوی دادگاه، ممکن است یا باید مسؤولیت تصمیم‌گیری را بر عهده گیرند. پزشکان معمولاً قدرت بیش‌تری در اجتناب از یک مداخله دارند تا قدرت بر اجازه دادن به انجام آن را. اگر یکی از والدین به مداخله‌ای اجازه دهد که به باور دکتر واضحاً غیرمنطقی است، پزشک معمولاً می‌تواند که از انجام آن خودداری کند.

ولیکن، چه پزشکان در هماهنگی و توافق با والدین کار کنند و چه در تضاد با آن‌ها، پرسش زمینه‌ای کاربردی که پزشکان، والدین، و سایرین باید بپرسند این است که چگونه فرد باید تصمیم‌گیری کند که آیا مداخله‌ای با

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

ارزش درمانی مورد بحث یا با فایده‌ای درمانی که تنها به دیگران می‌رسد، باید انجام گیرد یا نه؟ یک فرآیند کمک‌کننده برای این تصمیم‌گیری می‌تواند بدین‌سان باشد که این مجموعه از پرسش‌ها به میان آورده شود: (۱) **آیا نفعی که به خود یا دیگری می‌رسد** بزرگ‌تر از خطر یا زیان است؟ (۲) آیا خطر یا زیان بیش از حد است؟ (۳) آیا خود کودک با انجام مداخله موافق است؟

آیا نفعی که به خود یا دیگری می‌رسد بزرگ‌تر از خطر یا زیان است؟

تمامی عوامل مرتبط باید در نظر گرفته شوند تا ارزیابی شود که آیا نفعی که به خود یا دیگری می‌رسد بزرگ‌تر از خطر یا زیان است؟ این عوامل نه تنها شامل منافع و زیان‌های پزشکی، بلکه هم‌چنین در بردارنده‌ی سایر منافع و زیان‌هاست. مستندات این منافع و زیان‌ها باید به دقت ملاحظه شود. اگر تمامی این ملاحظات به انجام رسید و نتیجه این شد که پاسخ پرسش فوق منفی است، پس مداخله نباید انجام گیرد. اما اگر پاسخ مثبت بود یا واضح نبود که مثبت است یا منفی، باید به سراغ پرسش دوم رفت.

آیا خطر یا زیان بیش از حد است؟

حتی اگر زیان‌ها و خطرها کم‌تر از منافع باشند، نباید بیش از حد باشند. بیش از حد به این معناست که ممکن است بیش از حدی باشند که به‌طور منطقی، در شرایطی که فرد دیگری به‌جای فردی که ظرفیت ندارد تصمیم می‌گیرد، قابل اجازه دادن باشد. این‌که چه چیزی را می‌توان خطر یا زیان بیش از حد دانست بستگی به این دارد که نفع مداخله به همان کودکی می‌رسد که مداخله بر روی او انجام می‌گیرد، یا به دیگری می‌رسد؟ در صورتی که فردی که نفع می‌برد همان کودک باشد، منطقی است که خطر یا زیان بیش‌تری پذیرفته شود. این‌که چه چیزی خطر یا زیان بیش از حد دانسته شود هم‌چنین بستگی به این دارد که پاسخ پرسش اول مثبت باشد یا منفی. هر چه منافع مورد نظر از قطعیت کم‌تری برخوردار باشد، خطر یا زیان کم‌تری را می‌توان قابل قبول دانست.

البته آن‌چه در هر مورد «بیش از حد» دانسته می‌شود، می‌تواند موضوع تفاسیر مختلف باشد، اما این تفاسیر نباید از محدوده‌ی خاصی فراتر رود. برخی از خطرات و زیان‌ها به‌روشنی بیش از حد هستند و برخی دیگر به‌روشنی چنین نیستند. اگر پاسخ پرسش دوم مثبت باشد، انجام مداخله غیرمجاز خواهد بود. اما اگر این پاسخ منفی باشد و کودک مورد نظر شیرخوار باشد، مداخله را می‌توان به انجام رساند. اگر پاسخ

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

منفی باشد و کودک تا حدی دارای ظرفیت تصمیم‌گیری باشد باید به سراغ پرسش سوم رفت.

آیا خود کودک با انجام مداخله موافق است؟

در این‌جا دو متغیر مهم را باید در نظر داشت. اولین متغیر این است که کودک تا چه اندازه دارای صلاحیت تصمیم‌گیری است؟ هرچه صلاحیت کودک بیش‌تر باشد، باید بهای بیش‌تری به قضاوت او درباره‌ی انجام دادن یا ندادن مداخله داد. متغیر دوم، منطقی بودن ترجیح کودک است. هرچه حاشیه‌ی بیش‌تر بودن منافع نسبت به زیان‌ها کوچک‌تر باشد و هرچه زیان‌ها به آستانه‌ی بیش از حد بودن نزدیک‌تر باشد، وزن بیش‌تری باید به ترجیح کودک به عدم انجام مداخله داده شود. هر چه غلبه‌ی فواید بر زیان‌ها بیش‌تر باشد و هرچه زیان‌ها از آستانه‌ی بیش از حد بودن دورتر باشد، وزن بیش‌تری باید به ترجیح کودک به انجام مداخله داده شود. تعامل دو متغیر به این شیوه است که هر چه صلاحیت تصمیم‌گیری کودک بیش‌تر باشد، وزن کم‌تری باید به منطقی بودن داوری او داده شود.

بحث مورد

در حالت عادی، استخراج مغز استخوان از کودکی خردسال برای نجات زندگی خواهر یا برادر خودش، مداخله‌ای توجیه‌پذیر است. خطر زیان جدی برای اهداکننده قابل صرف‌نظر است. فرآیند استخراج مغز استخوان بسیار دردناک است اما این هزینه به‌واسطه‌ی فایده‌ی قابل ملاحظه‌ای که برای برادر کودک دارد توجیه می‌شود. خواهر این نفع غیرمستقیم را نیز می‌برد که برادر خود را از دست نمی‌دهد. علاوه بر رنج کوتاه‌مدت ناشی از فقدان برادر، در آینده‌ی زندگی نیز اگر خواهری که می‌توانست اهداکننده باشد بزرگ شود و آگاه شود که برادر درگذشته‌ی او می‌توانست زنده بماند، اگر او نقش اهداکننده را ایفا می‌کرد، این آگاهی می‌تواند بار روانی سنگینی را بر او تحمیل کند. خواهر خردسال‌تر از آن است که وضعیت را درک کند، بنابراین دیدگاه (ناموجود) او را نمی‌توان به‌حساب آورد.

دو عامل پیچیده‌کننده در مورد ما وجود دارد. یکم آن‌که ما باید بدانیم که کودک در مقایسه با مادرش تا چه حد اهداکننده‌ی مناسب‌تری است؟ اگر تفاوت جزیی باشد، کاهش اندک شانس موفقیت را می‌توان با ارجحیت استفاده از فرد بالغی که می‌تواند

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

رضایت آگاهانه بدهد به‌جای کودکی که نمی‌تواند رضایت آگاهانه بدهد، توجیه کرد.

دوم آن‌که اگرچه مادر مایل است که اجازه دهد که مغز استخوان از دخترش برداشته شود، این پدر است که ملاحظاتی دارد. باید به نگرانی‌های پدر پرداخته شود. اگر او نتواند دلیل خوبی را برای اجتناب از اجازه دادن به اهدا از سوی دخترش ارائه کند، باید او را تشویق کرد که این اجازه را بدهد. تنها زندگی پسر او نیست که در این جا مطرح است. اگر پدر و مادر به توافق برسند، احتمال دارد که شکاف و اختلاف عمیقی میان این دو شکل گیرد، به‌ویژه اگر دختر به‌عنوان اهداکننده در نظر گرفته نشود و در پی آن پسر از دنیا برود.

[*در تعریف دیدگاه اسلام در مورد اتونومی، در اکثر موارد حد و حدود آن به آن‌گونه‌ای نیست که در صورت مسلم بودن سودرسانی جدی مانند حفظ حیات دیگری، اولویت اتونومی مانع تصمیم‌گیری شود. هم‌چنین، در مواردی که با همه‌ی بحث و نقدها نتوان در خانواده‌ای جهت تصمیم‌گیری و تعیین مصالح کودک (مشابه مورد فوق) تصمیم گرفت، به‌نظر می‌رسد نقش پدر به‌عنوان تصمیم‌گیرنده مورد قبول است. البته در صورتی که ضرر به دیگری آن میزان اندک است که قابل قیاس با حفظ حیات فرد دیگر نمی‌باشد تصمیم‌گیری به گونه‌ی دیگر محل بحث و نقد قرارمی‌گیرد.*]

مراجع

1- Benatar, D. (ed.) (2006). Cutting to the Core: Exploring the Ethics of Contested Surgeries. Lanham MD: Rowman and Littlefield.

2- Benatar, M. and Benatar, D. (2003). Between prophylaxis and child abuse: the ethics of neonatal circumcision. Am J Bioethics 3: 35-48.

3- Carr, C. (1978). Children, medical research and informed consent. J Soc Philos 9: 14-18.

4- Dawson, A. (2005). The determination of "best interests" in relation to childhood vaccinations. Bioethics 19: 188-205.

5- Fleck, L. M. (2004). Children and organ donation: some cautionary remarks. Camb Q Healthc Ethics 13: 161-6.

6- Jansen, L.A. (2004). Child organ donation, family autonomy, and intimate attachments. Camb Q Healthc Ethics 13: 133-42.

7- Ladd, R. E. (2004). The child as living donor: parental consent and child assent. Camb Q Healthc Ethics 13: 143-8.

8- Redmon, R. B. (1986). How children can be respected as "ends" yet still be used as subjects in non-therapeutic research. J Med Ethics 12: 77-82.

9- Sommerville, M. (2000). Altering baby boys' bodies: the ethics of

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

10- Viens, A. M. (2004). Value judgment, harm and religious liberty. J Med Ethics 30: 241-7. Zinner, S. (2004). Cognitive development and pediatric consent to organ donation. Camb Q Healthc Ethics 13: 125-32.

infant male circumcision. In The Ethical Canary: Science, Society, and the Human Spirit. Toronto: Viking, pp. 202-19.

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

فصل ۱۹
کودک‌آزاری و غفلت از کودک

Benjamin H. Levi

دختری شش‌ساله و خواهر بزرگ‌ترش، توسط پدرشان آورده شده‌اند تا از نظر سرفه، آبریزش بینی، و تب با درجه‌ی پایین مورد بررسی قرار گیرند. علاوه بر نشانه‌های سرماخوردگی، این نکته توجه پزشک را به خود جلب می‌کند که پل بینی دخترک، ورم کرده و کبود است. وقتی از او می‌پرسد که چه اتفاقی افتاده است؟ او معصومانه شانه‌هایش را بالا می‌اندازد و پدر نیز تنها حدس می‌زند که چون دخترک در خواب راه می‌رود، ممکن است به جایی برخورد کرده باشد. رفتار پدر بی‌صبرانه است و با ادامه‌ی پرسش، به‌نحو فزاینده‌ای حالت تدافعی به خود می گیرد، تا جایی که با عصبانیت اظهار می‌کند: «اگر منظور شما این است، باید بگویم که ما بچه‌هایمان را کتک نمی‌زنیم».

آن‌چه وضعیت را پیچیده‌تر می‌کند، اطلاعاتی است که پرستاران می‌دهند حاکی از این‌که این خانواده «در آستانه‌ی فروپاشی» هم از نظر اجتماعی و هم از نظر مالی است و تنش بیش‌تر ممکن است «آن را از هم بپاشد».

***

کودک‌آزاری و غفلت از کودک چیست؟

اصطلاح کودک‌آزاری (Child abuse) در بردارنده‌ی بدرفتاری جسمانی، بدرفتاری جنسی، بدرفتاری شناختی و غفلت از کودک است، هرچند که عبارت «کودک‌آزاری و غفلت از کودک» نیز تعبیر شایعی می‌باشد.

کودک‌آزاری به اعمالی (یا خودداری از اعمالی) از سوی والدین یا مراقبان اطلاق می‌گردد که باعث آسیب جدی جسمانی یا عاطفی، بدرفتاری یا سوءاستفاده‌ی جنسی، یا خطر نزدیک وارد آمدن آسیب جدی می‌شود.

چرا مقولات اخلاقی مرتبط با کودک‌آزاری و غفلت از کودک دارای اهمیت است؟

چه چیزی می‌تواند ساده‌تر از پاسخِ اخلاق به موضوع «کودک‌آزاری» باشد؟ برای آنانی که مرتکبش می‌شوند: نکنید! و برای دیگران: هرچه می‌توانید انجام دهید تا کودکان را در برابر آن محافظت کنید. هرچند که اگر عمیق‌تر نگاه کنیم، تعریف‌ها، تفسیرها، مسؤولیت‌های متعارض، و از همه برجسته‌تر عدم قطعیت (درباره‌ی گستره‌ای از مقولات) پرسش‌های دشواری را پدید می‌آورد. دقیقاً چه چیزی را باید کودک‌آزاری دانست؟ چگونه باید شک منطقی و معقول (که گزارش اجباری را در پی می‌آورد) را فهمید؟ تا چه حد باید از وقوع کودک‌آزاری مطمئن شویم

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

تا تحقیق رسمی در مورد کودک‌آزاری را شروع کنیم؟ با آگاهی از این واقعیت که وقوع سوگرایی در ارزیابی‌های خطر و احتمال، غیرقابل اجتناب است، چگونه می‌توانیم در تلاش‌هایمان در جهت محافظت از کودکان در برابر بدرفتاری، با خانواده‌ها منصفانه برخورد کنیم؟ در نهایت، با توجه به این‌که گزارش دادن کودک‌آزاری اجباری است، در صورتی که در یک مورد خاص، به‌نظر ما بهترین نفع کودک در گزارش دادن نباشد، چه باید بکنیم؟

در هنگام پرداختن به این پرسش‌ها، باید چندین موضوع مهم درباره‌ی کودک‌آزاری را در نظر داشت. اول این‌که کودک‌آزاری امری شایع است. در مطالعه‌ای در کانادا بر روی ۱۰۰۰۰ خانوار، ۲۱ درصد از زنان و ۳۱ درصد از مردان گزارش دادند که در دوران کودکی مورد بدرفتاری جسمانی قرار گرفته‌اند[1]. در ایالات متحده‌ی آمریکا در سال ۲۰۰۴ بیش از ۳/۴ میلیون تحقیق رسمی در رابطه با موارد مشکوک به کودک‌آزاری انجام گرفت و از آن میان ۸۷۲۰۸۸ مورد تأیید شد و حداقل ۱۴۹۰ مورد مرگ و میر در این رابطه رخ داد[2]. به‌علاوه، معقول است که باور کنیم که این اعداد به‌نحو قابل توجهی، میزان بروز کودک‌آزاری را کم‌تر از حد واقعی به‌دست می‌دهند[3].

دوم این‌که کودک‌آزاری همه جا هست. کودک‌آزاری در تمامی جوامع و در تمامی سطوح جامعه یافت می‌شود[4]. هرچند گستره‌ای از عوامل خطر وجود دارد که احتمال وقوع کودک‌آزاری را بیش‌تر می‌کنند. آن‌هایی که در معرض بیش‌ترین خطر قرار دارند شامل کودکانی‌اند که خردسال‌تر، دچار بیماری حاد، دچار بیماری‌های طبی مزمن و / یا اختلالات رفتاری، یا کم‌هوشی می‌باشد[5].

ویژگی‌های خانوادگی‌ای که زمینه‌ساز کودک‌آزاری‌اند، مشتملند بر استرس افزوده، اختلافات زناشویی، والد جوان و / یا مجرد، بارداری ناخواسته و فقر[6].

سوم آن‌که کودک‌آزاری ردپای قابل توجهی از خود بر جای می‌گذارد: کبودی‌ها، پارگی‌ها، بیماری‌های مقاربتی، بارداری،

1 - MacMillan et al., 1997
2 - Gaudiosi, 2006
3 - Finkelhor, 1990; Herman - Giddens et al., 1999; Crume et al., 2002
4 - Finkelhor, 1994; Wyatt et al., 1999; Lampe , 2002; Lalor, 2004; Daro, 2006; Gaudiosi, 2006
5 - Warner and Hansen, 1994; Levitzky and Cooper, 2000; Gaudiosi, 2006
6 - Warner and Hansen, 1994; Kotch et al., 1995; Brown et al., 1998; Drake and Zuravin, 1998; Overpeck et al., 1998

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

اختلال استرس پس از سانحه، اختلالات سوماتیک مزمن، آسیب جدی مغزی، به‌علاوه‌ی مراقبت پزشکی حاد و مزمن[1].

برآوردهای اخیر تنها در مورد ایالات متحده‌ی آمریکا، هزینه‌های مستقیم مرتبط با کودک‌آزاری را بیش از ۲۴ میلیارد دلار در سال و هزینه‌های غیرمستقیم آن را بیش از ۶۴ میلیارد دلار در سال اعلام می‌کنند[2].

در مورد این‌که چه چیزی کودک‌آزاری به‌حساب آورده شود، تفاوت‌های بین فردی و فرهنگی قابل توجهی وجود دارد[3].

تصویری از این گوناگونی را دکتر کاترین دی آنجلس، ویراستار مجله‌ی انجمن پزشکی آمریکا (Journal of the American Medical Association)، از سال‌ها آموزش دادن به افسران پلیس درباره‌ی کودک‌آزاری، ترسیم کرده است: «هر سال من کلاس جدید را با این سؤال آغاز می‌کردم که چند نفر از شما تاکنون به کفل کودکی ضربه‌ای زده‌اید؟ تقریباً تمامی دست‌ها بالا می‌رفت. سپس می‌پرسیدم که چند نفر از شما تا حالا کودکی را زده‌اید؟ هیچ دستی بالا نمی‌رفت. سپس از آن‌ها می‌خواستم که تفاوت این دو را بگویند و گفت‌وگوهای جالب شروع می‌شد[4]».

پرسش دی آنجلس، در اصل، پرسشی درباره‌ی زیان و نسبی بودن آن بود. در هنگام تنبیه، چه میزان زیان قابل پذیرش است پیش از آن‌که از آستانه‌ی کودک عبور شود؟ پژوهش‌ها به ما می‌گویند که پاسخ ما به این پرسش تا حد زیادی تحت تأثیر نگرش‌های شخصی در رابطه با انضباط و نیز تجربه‌ی شخصی ما در رابطه با تنبیه بدنی است[5].

به‌همین ترتیب، هنجارهای قابل توجه فرهنگی نیز به عرصه می‌آیند[6]. در برخی از جوامع کتک‌زدن کودکان نشانه‌ای از عشق و تعهد نسبت به آن‌ها تلقی می‌شود[7]، حال آن‌که در برخی دیگر (برای مثال، تقریباً نیمی از کشورهای اروپایی) حتی حرکت معمول ضربه به کفل کودکان هم خلاف قانون است[8]. گاهی، شناسایی خط مرز دقیق دشوار است و افراد معقول و منطقی در این مورد که

1 - Irazuzta et al., 1997; Emery and Laumann - Billings, 1998; Widom, 1999; Discala et al., 2000; MacMillan et al., 2001; Diaz et al., 2002; Fein et al., 2002; Lansford et al., 2002; Scheid, 2003

2 - Fromm, 2001

3 - Hansen, 1997; Dubowitz et al., 1998; FitzSimmons et al., 1998; Daro, 2006

4 - Fargason et al., 1996

5 - Howe et al., 1988; Hansen, 1997; Bonardi, 2000; Jankowski and Martin, 2003; Tirosh et al., 2003

6 - Daro , 2006

7 - Visser and Miller, 2002; Rakundo, 2006

8 - Daro, 2006

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

فلان کار خاص، اعمال انضباط مشروع است یا کودک‌آزاری، اختلاف نظر پیدا می‌کنند. اما هیچ فرد منطقی و معقولی در این نکته شک ندارد که فرد بزرگسالی که به‌نحوی غیرتصادفی، زیان قابل توجهی را به کودکی تحمیل کند، مرتکب کودک‌آزاری شده است[1].

نیت هم، اگر چه نسبت به خود زیان محوریت کم‌تری دارد، در آن‌چه کودک‌آزاری به‌حساب می‌آید، جایگاه خود را دارد. یک والد ممکن است در هر کدام از این موارد موجب ایجاد کبودی بر بدن کودک خود شود: تصادفی یا در پی خشم و عصبانیت، یا در اثر کنار راندن آن‌ها از مسیر آسیب، یا حتی با استفاده از درمان‌های پزشکی غیررسمی. در هر کدام از این موارد، نیت والد نه تنها بر ماهیت واکنش ما بلکه هم‌چنین بر نتیجه‌ی داوری ما در این رابطه که آیا اقدام او کودک‌آزاری بوده است یا نه، تأثیر می‌گذارد. باز هم یادآور می‌شویم که این موضوع دارای اجزای فرهنگی نیز هست. برخی اقدامات (مانند سکه‌درمانی [Coining]، ختنه، خراش‌درمانی [Scarification] و دیگر مداخلات بر روی بدن) قابل پذیرش‌اند، به این علت که در سیاق فرهنگی خودشان، با نیت آسیب رساندن به کودک به انجام نمی‌رسند. اما نیت خیر، هر اقدامی را از این‌که کودک‌آزاری به‌حساب آید، مصون نمی‌سازد. کودکان حق دارند که آینده‌ای باز داشته باشند[2]، هم‌چنان که حق دارند در برابر زیان و و آسیب جدی محافظت شوند[3]. اقدامات مرتبط با فرهنگی که با «نیت خیر» انجام می‌گیرند اما این حقوق را پایمال می‌سازند و بدین ترتیب زیان جدی‌ای را متوجه کودک می‌کنند، شامل کودک‌آزاری می‌شوند. مثال‌های این حالت مشتملند بر تکان دادن شدید کودک برای برآمده کردن ملاج فرورفته[4] یا بریدن کلیتوریس و لبیای دختر و سپس دوختن واژن به‌نحوی که بسته شود (کلیتوریدکتومی و ختنه‌ی دختران). نیت از این اقدامات ممکن است واکنش ما را نسبت به بزرگسالانی که آن‌ها را انجام می‌دهند، تعدیل کند. اما آسیب‌ها و نقصان‌های پایدار و آسیب روان‌شناختی وارده بر کودکانی که تحت چنین اقداماتی قرار می‌گیرند، شاهدی بر ماهیت کودک‌آزارانه‌ی این اقدامات است[5].

1- Chen, 2004; Maiter and Alaggia, 2004; Daro, 2006

2 - Feinberg, 1980

3 - Archard, 2002

4 - caida de Mollera

5 - Barstow, 1999; Chalmers and Hashi, 2000; el-Defrawi et al., 2001; Refaat et

←

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

انتقادات روزافزونی که از داخل خود فرهنگ‌هایی که این اقدامات در آن‌ها انجام می‌گیرد به آن‌ها وارد می‌آید، خود تقویت‌کننده‌ی این دیدگاه است که این اقدامات حقیقتاً کودک‌آزارانه‌اند[1].

جدای از دغدغه‌ها در مورد نیت یا حتی آستانه‌ی زیان، پرسش‌هایی نیز در این رابطه مطرح هستند که چه چیزی را باید دلیلی معقول برای مشکوک شدن به وقوع کودک‌آزاری دانست و چه زمانی مناسب است که مورد مشکوک به کودک‌آزاری به آژانس‌های سرویس‌های محافظت از کودکان (Child Protective Services [CPS]) گزارش شود؟ براساس یک گزارش اخیر، ۸۲ درصد از کشورها، گزارش‌دهی اختیاری موارد مشکوک به کودک‌آزاری را به رسمیت شناخته‌اند، حال آن‌که ۶۲ درصد از کشورها گزارش‌دهی را از حداقل شخص یا اشخاص خاص الزامی کرده‌اند[2]. در ایالات متحده، آژانس‌های CPS هر هفته تقریباً ۶۰۰۰۰ گزارش حاوی ادعای وقوع کودک‌آزاری را غربالگری می‌کنند و دو سوم از آن‌ها را مورد تحقیق رسمی قرار می‌دهند[3]. اغلب گزارش‌ها از سوی کسانی آغاز می‌شوند که گزارش‌دادنشان از سوی قانون الزام شده است و کار حرفه‌ای‌شان آن‌ها را در معرض تماس روتین با کودکان قرار می‌دهد. در حالت کمینه، این افراد مشتملند بر معلمان، پرسنل اعمال قانون، آتش‌نشان‌ها، حرفه‌مندان مراقبت سلامت، ارائه‌دهندگان خدمات اجتماعی، و کارکنان مراقبت و نگه‌داری از کودکان - هر چند که در ۱۸ ایالت آمریکا، هر فرد بزرگسال دارای ظرفیت مشمول الزام گزارش‌دهی موارد مشکوک می‌گردد[4].

قابل توجه این‌که در کشورهای دارای گزارش‌دهی اجباری، میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال به‌نحو معنی‌داری پایین‌تر است[5].

همان‌طور که در بالا اشاره شد، عوامل خطری برای کودک‌آزاری شناسایی شده‌اند. هم‌چنین، متون بسیاری در پزشکی و علوم اجتماعی وجود دارند که شاخص‌های بالینی کودک‌آزاری را مستند می‌سازند[6].

---

al., 2001; Whitehorn et al., 2002; Nour, 2003; K.M. Yount and D.L. Balk, unpublished data

1 -Adinma, 1999; Eke and Nkanginieme, 1999; Nkwo and Onah, 2001; Msuya et al., 2002; Nour, 2003

2 - Daro, 2006

3 - Gaudiosi, 2006

4- National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, 2001, 2003

5 - Daro, 2006 ؛ P<0.0001 ؛ -0/64

6 - Kempe et al., 1962; Warner and Hansen, 1994; Reece and Ludwig, 2001; Giardino ←

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

در مواردی، این منابع همراه با مهارت‌های خوب مصاحبه‌گری و قضاوت سریع بالینی، افرادی را که مشمول گزارش‌دهی اجباری می‌شوند، به این قطعیت می‌رساند که کودک‌آزاری رخ داده است. با این وجود، در اغلب موارد قطعیتی در کار نیست. بنابراین، داوری و تصمیم نهایی ما در مورد گزارش دادن، براساس یک محاسبه انجام می‌گیرد که اجزای آن مشتملند بر یافته‌های جسمانی، مشاهده‌ی رفتار، عوامل خطر و مواردی از این دست. اگرچه انجام چنین محاسبه‌ای خود اجتناب‌ناپذیر است، نحوه‌ی کاربرد آن مقولات اخلاقی چندی را پیش می‌کشد.

یکم آن‌که ممکن است در مورد این‌که به چه کسی مشکوک شویم و گزارش کنیم و چرا، ممکن است دچار سوگرایی شویم. پژوهش‌ها نشان داده‌اند افرادی که مشمول گزارش‌دهی اجباری می‌شوند، احتمال بیش‌تری دارد که به کودکانی مشکوک شوند و آن‌ها را گزارش کنند که وضعیت نژادی - قومی و اجتماعی - اقتصادی‌شان با ایشان متفاوت است[1].

شاید ما چنین فرض می‌کنیم که افرادی شبیه ما محتمل نیست که مرتکب کودک‌آزاری شوند. اما جالب است بدانیم که دارا بودن تشابه قومیتی و اجتماعی - اقتصادی بیش‌تر ما را مستعد همانندانگاری با مراقب کودک و بری‌دانستن ایشان از شک به کودک‌آزاری می‌کند، تا آن‌که محافظت ما را نسبت به کودک آسیب‌دیده بیش‌تر سازد[2]. ولیکن این سوگرایی باید شرح داده شود، این مشکلی برای عدالت است که احتمال گزارش شدن و مورد بررسی قرار گرفتن اقلیت‌ها از نظر کودک‌آزاری، چندین برابر بیش‌تر است[3].

گزارش و بررسی کودک‌آزاری وقایعی‌اند که می‌توانند خانواده‌ها یا شغل افراد را با خطر فروپاشی روبه‌رو کنند[4]. البته ایده‌آل آن است که آژانس‌های CPS گزارش‌های کودک‌آزاری را با دقت و حساسیت بررسی کنند، با سرویس‌های اجتماعی و قانونی جهت بازتوانی یا حذف کردن افرادی که مرتکب خشونت شده‌اند همکاری کنند، و با خانواده‌های در خطر کار کنند تا محیط خانه را به وضعیتی پایدار برسانند. اما واقعیت این است که این خانواده‌ها در اثر فرآیند مداخله‌ی

1 - Hampton and Newberger, 1985; Brosig and Kalichman, 1992; Bonardi, 2000 and Giardino, 2002; Vasquez and Pitts, 2006

2 - Adler, 1995

3 - Sinal et al., 1997; Lane et al., 2002

4 - Renke 1999

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

حاکمیتی در زندگی‌شان، تحت تنش و مختل و گاهی از هم پاشیده - می‌شوند[1].

به‌علاوه، از آن‌جا که سیستم CPS اساساً بودجه‌ی کم‌تر از حد دریافت می‌کند و بار بیش‌تر از حدی را بر دوش دارد، خدمات حمایتی در بسیاری از موارد تحقق پیدا نمی‌کنند، و در نتیجه خانواده‌ها را در حالی ترک می‌کنند که از گذشته بهتر نشده‌اند[2].

بنا به این دلایل، تعداد قابل توجهی از گزارش‌دهندگان اجباری که قبلاً تجربه‌ای با آژانس‌های CPS داشته‌اند، در گزارش موارد بیش‌تری از شک به کودک‌آزاری، با احتیاط عمل می‌کنند[3].

آن‌چه گفته شد بدین معنا نیست که اگر سبک و سنگین کنیم، گزارش دادن موارد مشکوک به کودک‌آزاری کاری نادرست است. بلکه برای دانستن این نکته است که سیستم موجود خالی از خطر نیست و این نکته باید در محاسبات ما درباره‌ی گزارش دادن یا ندادن، به‌حساب آورده شود. مقوله‌ی اخلاقی مرتبط دیگر عبارت است از آستانه‌ای که برای الزام گزارش‌دهی تعیین شده است که از کشوری به کشور دیگر و حتی از ناحیه‌ای به ناحیه‌ی دیگر فرق می‌کند. برای مثال، در ایالات متحده‌ی آمریکا، ۱۱ آستانه‌ی متمایز وجود دارد؛ پنج مورد از آن‌ها از انواعی از باور استفاده می‌کنند در حالی که شش مورد دیگر انواعی از شک را مورد استفاده قرار می‌دهند[4].

از دیدگاه مفهومی، تفاوت‌های مهمی بین باور داشتن و شک کردن وجود دارد[5]، و با توجه به‌همین موضوع، برخی از مقررات دست‌خوش تغییر شده‌اند[6].

اگر بخواهیم به‌طور خلاصه بیان کنیم، مشکلی که «باور» دارد این است که باور متضمن درست دانستن آن ایده است، حال آن‌که در سیاق گزارش‌دهی اجباری، به‌ندرت اطمینان حاصل می‌شود که کودک‌آزاری واقع شده است، بلکه این نگرانی پیش می‌آید که ممکن است کودک‌آزاری رخ داده باشد. در مجموع، آستانه‌های قانونی گوناگون را تحت عنوان قانونی و قدری مبهم شک معقول (Reasonable suspicion) بازشناسی می‌کنند. بدین ترتیب، به گزارش‌دهندگان

1 - Thompson - Cooper et al., 1993; Beck and Coloff, 1995; Richman, 2000

2 - Murphy - Berman, 1994; Melton et al., 1995; Melton, 2005; Gaudiosi, 2006

3- Applebaum, 1999; Flaherty et al., 2002; Melton, 2002; Flaherty et al., 2004

4- National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, 2003

5 - White, 1993; Levi and Loeben, 2004

6- National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect Information, 2001

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

اجباری مشخصاً توصیه می‌شود که هر زمان که شک معقول به کودک‌آزاری پیدا کردند، موظفند موضوع را گزارش کنند[1].

در عین حال، این مشکل وجود دارد که در مورد معنای دقیق شک معقول، اتفاق نظری وجود ندارد[2].

برای برخی، هر زمان که فکر وقوع کودک‌آزاری به ذهن خطور کند، حتی اگر زودگذر باشد، شک معقول به‌حساب می‌آید[3]. برای برخی دیگر، شک معقول معادل احتمال بالای وقوع کودک‌آزاری است. برای مثال، یک پیمایش بر روی بیش از ۲۰۰۰ متخصص کودکان، دریافت که ۱۵ درصد از پاسخ‌دهندگان بر آن بودند که باید احتمال کودک‌آزاری حداقل ۷۵ درصد باشد تا بتوان آن را شک معقول به‌حساب آورد؛ حال آن‌که یک چهارم از پاسخ‌دهندگان این آستانه را ۶۰ تا ۷۰ درصد احتمال عنوان کردند؛ و یک چهارم دیگر آن را ۴۰ تا ۵۰ درصد و ۳۵ درصد دیگر آن را به کمی ۱۰ تا ۳۵ درصد دانستند[4].

شگفت‌آور این‌که نه ادبیات حرفه‌ای موجود درباره‌ی کودک‌آزاری، وضوح چندانی در این رابطه ایجاد می‌کند[5] و نه قوانین موجود باعث ایضاح می‌شوند[6]. گزارش‌دهندگان اجباری برای تعریف معیارهای شخصی خودشان در این مورد که «چه چیزی را می‌توان شک معقول به کودک‌آزاری دانست»، به خود وانهاده شده‌اند[7] که که نتیجه، به‌وجود آمدن سیستمی ارتجالی است که در آن نه حفاظت برابر برای کودکان تأمین می‌شود و نه عدالت برای کسانی که گزارش می‌شوند. به‌علاوه، این فقدان معیار می‌تواند بار قابل توجهی را بر وجدان گزارش‌دهندگان اجباری تحمیل کند که تلاش می‌کنند کار درست را تعیین نمایند[8]. هم‌چنین، هم‌چنین، این وضعیت می‌تواند ابهام مفهومی را بیش‌تر کند، چنان‌که در مطالعه‌ای نشان داده شد که پزشکان شک معقول را برای آسیب‌های شدید، در مقایسه با آسیب‌های خفیف، به‌نحو متفاوتی تفسیر کردند[9]. این امر اگرچه شاید از نظر بالینی قابل درک باشد، از نظر مفهومی مسأله‌دار است، زیرا پرسش این

1 - Myers, 2001
2- Deisz et al., 1996; Kalichman, 1999; Levi and Loeben, 2004; Levi and Brown, 2005; Levi et al., 2006
3- Deisz et al., 1996
4- Levi and Brown, 2005
5 - Deisz et al., 1996; Kalichman, 1999; Levi and Loeben, 2004
6 - Myers, 2001; Levi and Loeben, 2004
7 - Kalichman, 1999
8 - Flaherty et al., 2004
9 - Levi et al., 2006

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

نیست که آیا پزشکان باید در موارد شدیدتر، سطح بالاتری از شک را داشته باشند یا نه؟ بلکه این است که آیا خود مفهوم برایشان روشن است یا نه؟ به‌عنوان مثال، جست‌وجوی تب در بیماری که دچار کاهش هوشیاری شده است، ممکن است در مقایسه با بیماری که بثورات خارش‌دار دارد، مهم‌تر باشد، اما این‌که به چه چیزی «تب» می‌گوییم (مشخصاتی که درک مفهومی فرد از تب را می‌سازد) نباید بسته به وضعیت بالینی دستخوش تغییر شود. به‌علاوه، از آن‌جا که اکثریت گسترده‌ای از موارد کودک‌آزاری در بردارنده‌ی جراحات شدیدی نیستند (و شدت قبلی جراحت، شدت بعدی آسیب را پیش‌گویی نمی‌کند[1]) برای محافظت از کودکان، مهم است که گزارش‌دهندگان اجباری تمامی نمونه‌های آسیب را با سطح یکسانی از دقت بالا مورد ملاحظه قرار دهند.

از دیدگاه سیستمی، فقدان معیار مسأله‌ساز است. تصور کنید که قرار بود پلیس بر این اساس عمل کند که رانندگانی را جریمه کند که «بیش از حد سریع» رانندگی می‌کنند. اما هیچ راهنمای روشنی برای داوری در این مورد که چه سرعتی را باید «بیش از حد» دانست، در اختیار نداشت. در مورد گزارش‌دهی اجباری، نتیجه‌ی این عدم وضوح، سامانه‌ای از گزارش‌دهی نسنجیده است[2] که نه تنها خانواده‌هایی را که در آن‌ها کودک‌آزاری رخ نداده است به دردسر می‌اندازد، و مواردی را که نیازمند بررسی‌اند از قلم می‌اندازد، بلکه هم‌چنین اثربخشی CPS را با تلف کردن منابع اندک آن و با خدشه‌دار کردن اعتماد به مشروعیت بررسی‌های کودک‌آزاری کاهش می‌دهد[3].

شواهد ابتدایی حاکی از آنند که نحوه‌ی بیان الزام قانونی می‌تواند تأثیر زیادی بر نحوه‌ی تفسیر و اعمال آستانه‌ی گزارش‌دهی اجباری توسط افراد داشته باشد. دو مطالعه به‌طور خاص نشان داده‌اند که گزارش‌دهندگان اجباری در مواردی که آستانه‌ی صورت ۲۵ درصد یا بیش‌تر شانس وقوع کودک‌آزاری تعریف شده بود، تمایل به‌نحو معنی‌دار بیش‌تری به گزارش کودک‌آزاری بروز داده‌اند[4].

این بدان معنا نیست که «احتمال ۲۵ درصدی» آستانه‌ی مناسبی برای به رسمیت شناخته شدن است. بلکه نشانگر آن است که

1 - Levy et al., 1995

2 - Blacker, 1998

3 - Applebaum, 1999; Flaherty et al. 2000; Richman, 2000; Melton, 2005

4 - Blacker, 1998; Flieger, 1998

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

مشخص کردن آستانه با عباراتی غیرانتزاعی‌تر، تفاوت معنی‌داری را ایجاد می‌کند.

سومین مقوله‌ی اخلاقی در محاسبه‌ی زمان گزارش دادن کودک‌آزاری، زمانی است که جامعه باید آستانه‌ی گزارش‌دهی اجباری را تعیین کند. خیلی پایین قرار دادن این آستانه- برای مثال، احتمال تخمین برابر با ۱۰ درصد- نه تنها اختلال قابل توجهی را به خانواده‌هایی تحمیل خواهد کرد که در آن‌ها کودک‌آزاری رخ نداده است، بلکه هم‌چنین به منابع CPS که هم اینک نیز محدودند، فشار زیادی را وارد خواهد آورد. به‌علاوه، این حالت به‌طور بالقوه، می‌تواند بار بیش از حدی را به سیستم قضایی وارد آورد، روابط میان والدین و گزارش‌دهندگان اجباری را تنش‌آلود کند، و (اگر الزامات قانونی گزارش‌دهی اجباری غیرمعقول به‌نظر برسند) ناامیدی نسبت به قانون را افزایش دهد[1]. این دلالت‌ها هنگامی پیچیده‌تر می‌شوند که گزارش‌دهندگان اجباری در برابر تعقیب کیفری و مدنی مصونیت داشته باشند، چنان که در ایالات متحده‌ی آمریکا چنین است[2]. در واقع، سیستم گزارش‌دهی اجباری غالباً چک و متعادل‌سازی اندکی را در رابطه با قدرت گزارش‌دهندگان انجام می‌دهد، تدبیر اندکی برای موارد بی‌عدالتی در گزارش‌دهی بدون سوءنیت، و ساز و کار مهیایی برای پس‌خوراند سازنده جهت آموزش دادن به گزارش‌دهندگان اجباری ندارد[3]. بنابراین، تعیین آستانه‌ی خطر قابل گزارش در حد خیلی پایین، موجب عدم تمایز در گزارش‌دهی می‌شود، بدون آن‌که به بهتر شدن نتیجه بینجامد.

در نقطه‌ی مقابل، خیلی بالا قرار دادن آستانه‌ی گزارش‌دهی اجباری - برای مثال، احتمال تخمینی برابر با ۷۵ درصد - خطر از نظر دور ماندن کودکانی که مورد کودک‌آزاری قرار گرفته‌اند را در بر دارد، زیرا نشانه‌های کودک‌آزاری غالباً مبهم‌اند[4].

در نتیجه، برای دستیابی به آستانه‌ی مناسب، باید نقطه‌ای متعادل را برگزید. این به نوبه‌ی خود، مستلزم تصمیم‌گیری در این مورد است که چه میزان می‌خواهیم برای محافظت از کودکان در برابر کودک‌آزاری سرمایه‌گذاری کنیم؟ و این‌که چه مقدار آسیب و چه انواعی از آسیب را قابل تحمل و رواداری می‌انگاریم. به این منظور ما به گفت‌وگو و بحث عمومی

1 - Applebaum, 1999; Melton, 2005
2 - State of Minnesota v. Curtis Lowell Grover, 1989
3 - Thompson - Cooper et al., 1993; Kalichman, 1999
4 - Giardino and Giardino, 2002

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

در جامعه نیازمندیم و نیز باید درک بهتری از هزینه‌ها و فوایدی که هر کدام از نقاط آستانه (مثلاً خطر تخمینی ۲۵ درصد، در برابر ۳۵ درصد یا ۵۰ درصد و غیره) می‌توانند در بر داشته باشند، داشته باشیم.

وسوسه‌ای که باید در برابرش مقاومت کرد، آن است که برای انواع مختلف کودک‌آزاری، بسته به شدت خطر، آستانه‌های مختلفی را تعیین کنیم. زیرا با توجه به این‌که میلیون‌ها گزارش‌دهنده‌ی اجباری باید در این زمینه آموزش ببینند و این آستانه‌ها را اعمال کنند، و نمی‌توان توقع داشت که در صورت بیش از حد شدن متغیرها، همگی بتوانند به یاد داشته باشند که دقیقاً کدام آستانه برای این یا آن نوع کودک‌آزاری باید به‌کار رود و آن را به‌کار بندد.

در عین حال، حتی اگر آستانه‌ی کاملاً تعریف‌شده‌ای وجود داشته باشد، مقوله‌ی اخلاقی چهارمی نیز در محاسبه‌ی زمان گزارش دادن کودک‌آزاری موجود است. در مواردی که شک معقولی داریم که کودک‌آزاری رخ داده است اما فکر نمی‌کنیم که گزارش دادن این مورد کودک‌آزاری تأمین‌کننده‌ی بهترین منافع کودک باشد، چه باید بکنیم؟ از دیدگاه قانونی پاسخ روشن است: گزارش‌دهندگان اجباری موظفند که هر زمان که شک معقولی به کودک‌آزاری داشتند و فرد مشکوک به کودک‌آزاری یک والد یا فرد مسؤول نگه‌داری و رفاه کودک است، مورد را گزارش نمایند. در بسیاری از نواحی قضایی (برای مثال، تمامی ایالات متحده‌ی آمریکا) عدم گزارش‌دهی فرد را از حیث سهل‌انگاری، گناهکار می‌سازد (و مجازات آن از جریمه تا چند ماه زندان است) و از نظر مدنی نیز اگر کودک قربانی کودک‌آزاری (یا کودک دیگری) به‌علت این کوتاهی در گزارش‌دهی متحمل آسیب بیش‌تری شود، فرد کوتاهی‌کننده ضامن خواهد بود.

با این وجود، تعداد زیادی از گزارش‌دهندگان اجباری، به‌طور منظم موارد مشکوک به کودک‌آزاری را گزارش نمی‌کنند[1].

هرچند که تعقیب کیفری برای این موارد نادر بوده است[2].

دلایل این‌که گزارش‌دهندگان اجباری موارد شک به کودک‌آزاری را گزارش نمی‌کنند مشتمل است بر ابهام‌ها و عدم قطعیت‌های فراوانی که پیش از این مورد بحث قرار گرفتند، و نیز تعارض منافعی که

1 - Singley 1998; Kalichman 1999; Delaronde et al., 2000; Flaherty and Sege, 2005

2 - Singley, 1998; State of Missouri v. Leslie A. Brown, 2004

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

گزارش‌دهندگان اجباری غالباً تجربه می‌کنند - نظیر نگرانی درباره‌ی رابطه‌شان با خانواده، هزینه‌ها (مالی، اجتماعی، حرفه‌ای)، و نظایر آن. به‌علاوه، این تصمیم که آیا مورد مشکوک به کودک‌آزاری گزارش شود یا نه، بار سنگینی را بر گزارش‌دهندگان اجباری تحمیل می‌کند درست به این علت که گزارش دادن همواره به نفع کودک نیست[1].

در همین ارتباط، برخی از موارد تعارض منافع می‌توانند مربوط به منافع کودک مورد بررسی باشند. برای مثال، ما می‌دانیم که کودک‌آزاری در ۵۰ تا ۸۰ درصد از خانواده‌هایی که در آن‌ها خشونت خانگی رخ می‌دهد، موجود است[2].

اما به هیچ وجه روشن نیست که گزارش‌دهی کودکانی که در معرض خشونت خانگی قرار گرفته‌اند - فقط به‌دلیل ارتباط میان این دو - به نفع همه‌ی (یا حتی اکثر) این کودکان باشد. مثال دیگر، هنگامی است که والدی که مرتکب کودک‌آزاری شده است تحت روان‌درمانی باشد.

در این‌جا این نگرانی وجود دارد که نه تنها گزارش دادن سوءرفتار والدین باعث مختل شدن درمان والدین شود بلکه (اگر این گزارش‌دهی عملکرد استاندارد باشد) از مراجعه‌ی دیگر کودک‌آزاری برای دریافت کمک جلوگیری کند.

چه رویکردی باید در عمل به کودک‌آزاری و غفلت از کودک داشته باشیم؟

صرف‌نظر از پیچیدگی‌هایی که شرح داده شد، این پرسش هم‌چنان باقی می‌ماند که آیا فردی که ملزم به گزارش‌دهی است باید در مورد مشکوک به کودک‌آزاری، در صورتی که به‌نظر نرسد که گزارش دادن به نفع کودک باشد، باز هم از قانون پیروی کرده، مورد را گزارش کند؟ در اصل، این حالتی از تعارض میان تعهدات است: تعهد به پیروی از قانون در برابر تعهد به حفاظت از کودکان در برابر آسیب. آن‌چه این موضوع را به‌ویژه دشوار می‌سازد این است که بر خلاف بسیاری از قوانین یا اصول اخلاقی متعارض نظیر رازداری (نگاه کنید به فصل ۷)، قوانین گزارش‌دهی اجباری با در نظرداشت ویژه‌ی محافظت از و رفاه کودکان تدوین شده‌اند. بنابراین، میان پیروی از قانونی که اختصاصاً برای حفاظت از کودکان در برابر کودک‌آزاری وضع شده است و پیروی از داوری خود فرد درباره‌ی این‌که چه کاری ایمنی و رفاه کودک را تأمین می‌کند، کشمکش حاصل شده است.

---

1 - Johnson, 1999; Flaherty et al., 2000, 2004
2 - Garbarino et al., 1991; Appel and Holden, 1998; Edleson, 1999

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

من فکر می‌کنم که توجیه اقدام به امتناع از پیروی از قانون براساس وجدان احتمالاً اخلاقی است[1]؛ امتناعی که براساس اصول و مسؤولیت‌های حرفه‌ای فرد انجام می‌گیرد. اما برای انجام چنین اقدامی، شرایط خاصی باید وجود داشته باشد: (۱) شما حقیقتاً باور داشته باشید که گزارش دادن این مورد مشکوک به کودک‌آزاری، موجب وارد آمدن آسیب و زیان خالصی به این کودک خواهد شد؛ (۲) مطمئن باشید که این کودک در معرض خطر آسیب بعدی نیست و بخواهید که مسؤولیت این ایمنی را بپذیرید؛ (۳) تمامی دیگر راه‌های جایگزین منطبق با قانون (براساس برآورد شما) نیز به آسیب قابل توجهی منجر شوند؛ و (۴) شما آماده باشید که در برابر عموم از تصمیم خودتان دفاع کنید و در صورت لزوم مجازات‌های قانونی عدم انجام مسؤولیت‌هایتان به‌عنوان گزارش‌دهنده‌ی اجباری را پذیرا باشید.

آن‌چه از این شرایط می‌توان دریافت، شدت اطمینانی است که برای خودداری آگاهانه از گزارش‌دهی اجباری ضروری می‌باشد[2]. آژانس‌های CPS تنها رویکرد سامانمند را برای بررسی و محافظت از ایمنی کودکان تأمین می‌کنند.

بحث مورد

در مورد ارائه شده در ابتدای این فصل، معاینه‌ی جسمانی دقیق هیچ جراحتی را نشان نداد و مرور کامل شواهدی را دال بر جراحت‌های مشکوک پیشین، مراجعه‌ی مکرر به اورژانس، یا ناهنجاری‌های خونریزی‌دهنده آشکار نکرد. اگرچه شواهد مطرح‌کننده‌ی کودک‌آزاری به‌عنوان محتمل‌ترین توجیه آسیب نبودند، اما احتمال وقوع کودک‌آزاری کاملاً رد نشد. در این مورد، تصمیم مرجح باید گزارش دادن مورد مشکوک باشد، مگر آن‌که پزشک رابطه‌ی مستحکمی با خانواده داشته باشد و بتواند از تأمین هر چهار معیار اجتناب آگاهانه از گزارش‌دهی که در بالا ذکر شد مطمئن شود.

1 - Rawls, 1971
2 - Adler, 1995

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

مراجع

1- Adinma, J. I. B. (1999). Practice and perceptions of female genital mutilation among Nigerian Igbo women. J *Obstet Gynaec* 19: 44-R

2- Adler, R. (1995). To tell or not to tell: the psychiatrist and child abuse. *Aust* N ZJ *Psychiatry*29: 190-8.

3- Appel, A.E. and Holden, G.W. (1998). The co-occurrence of spouse and physical child abuse: a review and appraisal. J *Pam Psychol* 12: 578-99.

4- Applebaum, P.S. (1999). Law and psychiatry: child abuse reporting laws: time for reform? *Law Psychiatry* 50: 27-9.

5- Archard, D.W. (2002). Children's rights. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy,* ed. E.N. Zalta. Palo Alto, CA: Stanford University Press (plato.stanford.edu/),

6- Barstow, D.G. (1999). Female genital mutilation: the penultimate gender abuse. *Child Abuse Negl23: 501-10.*

7- Beck, K.A. and Coloff, J. R. (1995). Child abuse reporting in British Columbia. *Res Pract*26: 245-51.

8- Berlin, F.S., Malin, H.M. and Dean, S. (1991). Effects of statutes requiring psychiatrists to report suspected sexual abuse of children. *Am* J *Psychiatry* 148: 449-53. Blacker, D. M. (1998). Reporting of child sexual abuse: the effects of varying definitions of reasonable suspicion on psychologists' reporting behavior. Ph.D. Thesis, California School of Professional Psychology, Berkeley/Alameda.

9- Bonardi D.J. (2000). Teachers' decisions to report child abuse: the effects of ethnicity, attitudes, and experiences. Ph.D. Thesis; Pacific Graduate School of Psychology, Palo Alto, CA.

10- Brosig, C. L. and Kalichrnan, S.C. (1992). Clinicians' reporting of suspected child abuse: a review of the empirical literature. *Clin Psychol* 12: 155-68.

11- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J.G. and Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse Neg122: 1065-78.*

12- Budai, P. (1996). Mandatory reporting of child abuse: is it in the best interest of the child? *Aust N ZJ Psychiatry* 30: 794-804.

13- Chalmers, B. and Hashi, K.O. (2000). 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *Birth* 27: 227-34.

14- Chen, J., Dunne, M. P., and Han, P. (2004). Child sexual abuse in China: a study of adolescents in

گروه تبادل جزوات پزشکی @Tabadol_Jozveh

professional definitions of child neglect. *Child Maltreat* 3: 235-43.

23- Edleson, J. L. (1999). The overlap between child maltreatment and woman battering. *Violence Against Women 5:* 134-54.

24- Eke, N. and Nkanginierne, K.E. (1999). Female genital mutilation: a global bug that should not cross the millennium bridge. *World J Surg* 23: 1082-6.

25- el-Defrawi, M. H., Lotfy, G., Dandash, K.E, Refaat, A.R, and Eyada, M. (2001). Female genital mutilation and its psychosexual impact. J *Sex Marital Ther* 27: 465-73.

26- Emery, R E. and Laumann-Billings, L. (1998). An overview of the nature, causes, and consequences of abusive family relationships: toward differentiating maltreatment and violence. *Am PsychoI* 53: 121-35.

27- Fargason, C.A.,Chernoff, R G., and Socolar, R.R S. (1996). Attitudes of academic pediatricians with a specific interest in child abuse toward the spanking of children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 150: 1049-153.

28- Fein, J.A., Kassam-Adams, N., Gavin, M., *et al. (2002).* Persistence of posttraumatic stress in Violently injured youth seen in the emergency department. *Arch Pediatr* four provinces. *Child Abuse Negl* 28: U7l-86.

15- Crume, T.L., DiGuiseppi, c., Byers, T., Sirotnak, A.P., Garrett, C.J. (2002). Underascertainment of child maltreatment fatalities by death certificates, 1990-1998. *Pediatrics* 110: e18.

16- Daro, D. (2006). *World Perspectives on Child Abuse.* New Haven, cr: International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.

17- Deisz, R, Doueck, H., and George, N. (1996). Reasonable cause: a qualitative study of mandated reporting. *Child Abuse Negl* 20: 275-87.

18- Delaronde, S., King, G., Bendel, R., and Reece, R. (2000). Opinions among mandated reporters toward child maltreatment reporting policies. *Child Abuse Neg124:901-10.*

19- Diaz, A., Simantov, E., and Rickert, V. I. (2002). Effect of abuse on health. *Arch Pediatr Adolesc Med 156:* 8U-17.

20- Discala, C., Sege, R, Li, G., and Reece, R.M. (2000). Child abuse and unintentional injuries. *Arch Pediatr Adolesc Med* 154: 16-22.

21- Drake, B. and Zuravin, S. (1998). Bias in child maltreatment reporting: revisiting the myth of classlessness. *Am J Orthopsychiatry* 68: 295-304.

22- Dubowitz, H., Kleckner,A.,Starr, R H., Ir., and Black, M.M. (1998). Community and

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

@Tabadol_Jozveh گروه تبادل جزوات پزشکی

visitation: infants and toddlers. *J Commun Health Nurs* 23: 123-31.

88- Visser, S. and Miller, J. Y. (2002). Child discipline at root of church trial. *Atlanta J Constit* 9 October.

89- Warner, J.E. and Hansen, D. J. (1994). The identification and reporting of physical abuse by physicians: a review and implications for research. *Child Abuse Negl 18:* 11-25.

90- White, A. R. (1993). Suspicion. In *Wittgenstein's Intentions* ed. J.V. Canfield. Hamden: Garland, pp. 81-5.

91- Whitehorn, J., Ayonrinde, O., and Maingay, S. (2002). Female genital mutilation: cultural and psychological implications. *Sex Relat Ther* 17: 161-70.

92- Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry* 156: 1223-9.

93- Wyatt, G.A., Bums Loeb, T., Solis, B., and Vargas Carmona, J. (1999). The prevalence and circumstances of child sexual abuse: changes across a decade. *Child Abuse Negl* 23: 45-60.