

اولویت‌های اخلاق پزشکی: نتایج یک مطالعه کشوری

علیرضا باقری^{۱*}

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

تلاش در جهت تقویت مبانی اخلاق پزشکی در کشور باید با توجه به نیازها، انتظارات مخاطبان، جهت‌گیری‌های اجتماعی و براساس تعیین اولویت‌های آن صورت گیرد. در این پژوهش با ارسال پرسشنامه‌ای حاوی بیست عنوان از موضوعات اخلاق پزشکی، اولویت‌های این حوزه از دیدگاه مدرسان، محققان و سیاست‌گذاران حوزه‌ی اخلاق پزشکی در سطح ملی تعیین شده است. هدف از انجام این پژوهش در تعیین اولویت‌های اخلاق پزشکی در کشور، ایجاد یک رویکرد علمی به مباحث و چالش‌های اخلاق پزشکی در سطح ملی براساس نظر اندیشمندان این حوزه و تلاش در جهت پاسخ به هر یک از موضوعات با توجه به اولویت کشوری آن است. نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که ده اولویت اول اخلاق پزشکی در کشور به‌ترتیب شامل: حقوق بیماران، رابطه‌ی پزشک و بیمار، عدالت در توزیع منابع سلامت، اتونومی و رضایت آگاهانه، رابطه‌ی مالی پزشک و بیمار، کمیت‌های اخلاق بیمارستانی، ملاحظات اخلاقی در سلامت عمومی، تقویت و ظرفیت‌سازی در آموزش اخلاق پزشکی، ملاحظات اخلاقی در آموزش پزشکی، و موضوع اخلاق در پژوهش‌های پزشکی می‌باشد.

واژگان کلیدی: اولویت‌های اخلاق پزشکی، حقوق بیمار، آموزش پزشکی، رابطه‌ی پزشک و بیمار

^۱ استادیار، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نشانی: تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، نرسیده به خیابان پورسینا، پلاک ۲۳، طبقه چهارم، تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱،

Email: bagheria@tums.ac.ir

مقدمه

بدون شک، در برنامه‌ریزی‌های آموزش پزشکی به‌طور اعم و آموزش اخلاق پزشکی به‌طور اخص و همچنین سیاست‌گذاری‌های سلامت در حوزه‌های درمان و پژوهش تعیین اولویت مباحث اخلاق پزشکی می‌تواند به‌عنوان یک ابزار مناسب و قابل استناد توسط برنامه‌ریزان و سیاستگذاران مورد استفاده قرار گیرد. تلاش در جهت تقویت مبانی اخلاق پزشکی در کشور باید با نیازها، انتظارات (مجریان و مخاطبان) و جهت‌گیری‌های اجتماعی متوازن و متناسب باشد. دستیابی به این توازن و تناسب با تعیین اولویت‌های کشوری در حوزه اخلاق پزشکی امکان‌پذیر خواهد بود. فرایند تعیین اولویت‌ها باید فرایندی متعامل و مشتمل بر ارزیابی علمی و نظام‌یافته‌ی وضعیت موضوع مورد پژوهش، تجزیه و تحلیل نظام‌یافته و علمی تقاضای استفاده‌کنندگان و ارزش‌ها و نیازهای محسوس جامعه در آن موضوع باشد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که در یک رویکرد علمی الگوی تعیین اولویت باید در یک فرایند مشارکتی با استفاده از اطلاعات موجود و توسط یک کارگروه تخصصی انجام پذیرد (۱).

برای تعیین اولویت در هر موضوعی روش‌های متفاوتی وجود دارد؛ از جمله مطالعه‌ی کیفی یا مطالعه‌ی کمی. در مطالعه‌ی کیفی می‌توان طی هم‌اندیشی با حضور صاحب‌نظران لیستی از موضوعات تهیه کرد و سپس با برگزاری جلسات متعدد لیست موضوعات را تکمیل و بر اساس نظر شرکت‌کنندگان اولویت‌بندی کرد. اگرچه در مطالعه‌ی کیفی می‌توان بر اساس بحث گروهی به نظرات ارزشمندی دست یافت، تعداد محدود شرکت‌کنندگان ممکن است موجب حذف نظرات جمع‌زایی از افراد صاحب‌نظر در آن حوزه شود و بالطبع تعمیم‌پذیری نتایج حاصله می‌تواند مورد تردید واقع شود. در روش دیگر، برای اولویت‌بندی موضوعات می‌توان با انجام مطالعه‌ی کمی با استفاده از یک پرسشنامه در سطح وسیع، نظیر این مطالعه، به اولویت‌های موضوع مورد

نظر دست یافت. در این روش با توجه به امکان نظرسنجی از جمع‌زایی از متخصصان حوزه‌ی مورد نظر در سطح کشور، نتایج حاصله نیز قابل تعمیم بوده و از پذیرش اجتماعی بهتری برخوردار خواهد بود. در حال حاضر پرداختن به مباحث متنوع اخلاق پزشکی و همچنین پژوهش در این حوزه به‌صورت ناهماهنگ و پراکنده انجام می‌شود که این امر منجر به ناکارآمدی و دوباره‌کاری خواهد شد؛ ضمن این‌که بخشی از این پژوهش‌ها و تلاش‌ها در راستای اولویت‌های اخلاق پزشکی در نظام سلامت کشور نخواهد بود. هدف از انجام این پژوهش در تعیین اولویت‌های اخلاق پزشکی در کشور، ایجاد رویکردی علمی به مباحث و چالش‌های اخلاق پزشکی در سطح ملی براساس نظر اندیشمندان این حوزه و تلاش در جهت پاسخ به هر یک از موضوعات با توجه به اولویت کشوری آن موضوع است.

روش کار

در این پژوهش به‌منظور تعیین اولویت‌های اخلاق پزشکی کشور، ابتدا با بررسی برنامه‌های آموزشی و دروس اخلاق پزشکی، مقالات منتشرشده و عناوین و موضوعات همایش‌های اخلاق پزشکی در سطوح ملی و بین‌المللی، لیستی از موضوعات و چالش‌های اخلاق پزشکی در کشور تهیه شد.

مجموعه موضوعات و عناوین اخلاق پزشکی تهیه شده در اختیار چندتن از مدرسان و محققان اخلاق پزشکی قرار داده شد و با نظر مشورتی آن‌ها لیست تهیه شده مورد بازنگری و اصلاح قرار گرفت.

در مرحله‌ی بعد، پرسشنامه‌ی تهیه‌شده به‌منظور انجام Pilot study برای تعداد ده نفر از همکاران ارسال و پس از کسب نظرات آن‌ها، پرسشنامه‌ی نهایی با بیست موضوع از عناوین اخلاق پزشکی کشور تدوین شد. سپس، پرسشنامه در اواخر سال ۸۹ و اوایل سال ۹۰ برای تعداد ۱۱۷ نفر از مدرسان اخلاق پزشکی، سیاستگذاران نظام سلامت، اعضای

جدول شماره‌ی ۱ - ده اولویت اول موضوعات اخلاق

پزشکی در کشور

اولویت	موضوع	امتیاز
۱	حقوق گیرندگان خدمات سلامت (بیماران)	۶۰۳
۲	رابطه‌ی پزشک و بیمار / حقیقت گویی / رازداری	۶۶۲
۳	عدالت در توزیع منابع سلامت	۷۵۶
۴	اتونومی / رضایت آگاهانه	۷۵۷
۵	رابطه‌ی مالی پزشک و بیمار (سهم خواری) / پول زیر میزی	۷۶۹
۶	کمیته‌های اخلاق بیمارستانی	۸۳۵
۷	ملاحظات اخلاقی در سلامت عمومی	۸۳۹
۸	تقویت و ظرفیت‌سازی در آموزش اخلاق پزشکی	۸۴۲
۹	ملاحظات اخلاقی در آموزش پزشکی	۸۷۱
۱۰	اخلاق در پژوهش‌های پزشکی / کمیته‌های اخلاق در پژوهش	۸۸۵

در مجموع، از بیست موضوع پرسش شده، ده اولویت اول به ترتیب شامل: حقوق بیماران، رابطه‌ی پزشک و بیمار، عدالت در توزیع منابع سلامت، اتونومی و رضایت آگاهانه، رابطه‌ی مالی پزشک و بیمار، کمیته‌های اخلاق بیمارستانی، ملاحظات اخلاقی در سلامت عمومی، تقویت و ظرفیت‌سازی در آموزش اخلاق پزشکی، ملاحظات اخلاقی در آموزش پزشکی، اخلاق در پژوهش‌های پزشکی به همراه کمیته‌های اخلاق در پژوهش (جدول شماره‌ی یک) است.

در این پژوهش از شرکت‌کنندگان درخواست شده بود تا اولویت‌های خود را برای کلیه‌ی موضوعات بیستگانه تعیین کنند. لذا اولویت‌های یازدهم تا بیستم تحت عنوان اولویت‌های ده گانه‌ی دوم بر اساس نظر شرکت‌کنندگان به‌ترتیب شامل: حقوق ارائه‌دهندگان خدمات سلامت (تعرفه‌های پزشکی)، تبیین اصول اسلامی اخلاق پزشکی، سقط جنین، اخلاق در روش‌های کمک‌باروری، اتانازی و درمان‌های بدون نتیجه، رابطه‌ی بین فقه اخلاق و حقوق، ملاحظات اخلاقی در پیوند اعضا، ژنتیک و اخلاق، تحقیقات بر روی سلول‌های بنیادی، و نهایتاً اخلاق در نانو تکنولوژی

کمیته‌های اخلاق در پژوهش و صاحب‌نظران در حیطه‌ی اخلاق پزشکی در سراسر کشور حضوراً، به‌وسیله‌ی نمابر یا ایمیل ارسال شد. از شرکت‌کنندگان در این پژوهش درخواست شده بود تا براساس نظر خود و با توجه به اهمیت موضوع در سطح ملی بیست موضوع اخلاق پزشکی مطرح شده در پرسشنامه را اولویت‌بندی کنند. اطلاعات پرسشنامه‌های تکمیل شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS version 19 استخراج شد و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

از ۱۱۷ پرسشنامه‌ی ارسال شده، تعداد ۱۰۸ پرسشنامه‌ی تکمیل‌شده دریافت شد که از این میان تعداد ۷ پرسشنامه به‌علت عدم تکمیل صحیح از مطالعه حذف شد. در مجموع، میزان پاسخ شرکت‌کنندگان بیش از ۹۲ درصد بود. از مجموع ۱۰۱ شرکت‌کننده در این پژوهش تعداد ۳۳ نفر (۳۲/۷ درصد) زن و ۶۸ نفر (۶۷/۳ درصد) مرد بودند. در این مطالعه ۸۵ نفر (۸۴/۲ درصد) دارای تحصیلات دکتری پزشکی شامل تخصص‌های مختلف، ۱۵ نفر (۱۴/۹ درصد) فوق‌لیسانس و یک‌نفر (۱ درصد) لیسانس بودند. از بین شرکت‌کنندگان تعداد ۵۰ نفر (۴۹/۵ درصد) فعالیت خود را در زمینه‌ی تدریس و تحقیق در اخلاق پزشکی عنوان کرده بودند و تعداد ۵ نفر (۵ درصد) در حوزه‌ی سیاست‌گذاری سلامت و تعداد ده نفر (۹/۹ درصد) در کمیته‌ی اخلاق؛ تعداد ۲۷ نفر (۲۶/۷ درصد) نیز فعالیت خود را در دو حوزه‌ی تدریس و تحقیق و هم در کمیته‌ی اخلاق عنوان کرده بودند. در تجزیه و تحلیل نتایج حاصله به هر سؤال (هر یک از موضوعات اخلاق پزشکی) رتبه‌ای از یک تا بیست اختصاص داده شد و سپس مجموع رتبه‌های هر سؤال محاسبه شد و به ترتیب از کم‌ترین امتیاز که اولویت شماره یک (بالاترین اولویت) در نظر گرفته شد، بقیه‌ی اولویت‌ها مرتب و نتایج ذیل به‌دست آمد:

انتخاب شده‌اند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲ - اولویت‌های ده‌گانه دوم اخلاق پزشکی

در کشور

اولویت	موضوع	امتیاز
۱۱	حقوق ارائه‌دهندگان خدمات سلامت / ۸۸۹	تعرفه‌های پزشکی
۱۲	تبیین اصول اسلامی اخلاق پزشکی	۱۰۸۵
۱۳	سقط جنین	۱۲۳۹
۱۴	اخلاق در روش‌های کمک‌باروری (اهدای جنین / رحم اجاره‌ای / IVF)	۱۲۴۵
۱۵	اتانازی/ درمان‌های بدون نتیجه / بیان اخبار ناگوار	۱۲۴۹
۱۶	رابطه‌ی بین فقه اخلاق و حقوق	۱۳۱۰
۱۷	ملاحظات اخلاقی در پیوند اعضا	۱۳۷۵
۱۸	ژنتیک و اخلاق / ژن درمانی/ انتخاب جنسیت جنین	۱۴۳۴
۱۹	تحقیقات بر روی سلول‌های بنیادی / کلونینگ	۱۵۳۵
۲۰	اخلاق در نانو تکنولوژی	۱۸۰۷

بحث

هر یک از موضوعات بیست‌گانه‌ی مطرح شده در پرسشنامه، عناوینی است که مورد توجه بسیاری از محققان و اندیشمندان حوزه‌ی اخلاق پزشکی در کشور قرار گرفته است و مقالات متعددی نیز در هر یک از این موضوعات به چاپ رسیده است. در این پژوهش به‌منظور تعیین اولویت مباحث و موضوعات چالش‌برانگیز در حوزه‌ی اخلاق پزشکی با استفاده از یک پرسشنامه نظرات مدرسان و محققان فعال در این حوزه و نیز سیاست‌گذاران سلامت کشور جمع‌آوری شده است.

در مراحل اولیه‌ی تدوین این پرسشنامه و انتخاب هر یک از موضوعات آن، دیدگاه‌های متفاوتی در مشورت با صاحب‌نظران مطرح شد. تعدادی از این نظرات تأکید بر طرح کلی مباحث داشتند؛ برای مثال، موضوع کلی «ملاحظات

اخلاقی در آغاز حیات» را عنوان مناسبی ذکر نموده و گروهی دیگر بر خلاف این گروه تأکید بر طرح عناوین به‌طور مستقل داشتند. برای مثال، طبق نظر این گروه باید کلیه‌ی مباحث مطرح در ملاحظات اخلاقی آغاز حیات نظیر تحقیقات روی جنین، ژنتیک، سلول‌های بنیادین، روش‌های کمک‌باروری، ژن‌درمانی، تعیین جنسیت جنین و ... هر یک باید به تنهایی به‌عنوان یک موضوع مستقل در پرسشنامه مطرح و در مورد اولویت آن نظرخواهی شود. در مجموع، در لیست نهایی همان‌گونه که ملاحظه می‌شود با در نظر گرفتن اهمیت مباحث و چالش‌های اخلاقی مطرح‌شده در هر موضوع، تلفیقی از هر دو دیدگاه لحاظ شده است. تلاش‌های انجام شده در کشور در هر یک از موضوعات اخلاق پزشکی بسیار متفاوت است، به‌گونه‌ای که در بعضی از موضوعات توجه بسیار خوبی توسط محققان، سیاست‌گذاران نظام سلامت، دانشگاه‌ها و تا حدودی رسانه‌های جمعی شده است، در حالی که در مورد بعضی از موضوعات شاهد غفلت در توجه مورد نیاز به آن موضوع هستیم.

ده اولویت اول اخلاق پزشکی کشور

اولین اولویت انتخاب‌شده از میان بیست موضوع طرح‌شده در پرسشنامه، موضوع حقوق گیرندگان خدمات سلامت (بیماران) است. انتخاب این موضوع به‌عنوان اولین مسأله‌ی چالش‌برانگیز در حوزه‌ی اخلاق پزشکی در کشور و لزوم توجه بیش‌تر به آن با در نظر گرفتن روند حاکم بر نظام سلامت کشور نه تنها جای تعجب ندارد، بلکه گواه دقت نظر شرکت‌کنندگان در این پژوهش است. تدوین منشور حقوق بیمار و ابلاغ آن توسط وزارت متبوع اقدام مثبتی در جهت پاسخ به این اولویت مطرح‌شده است. به‌هر حال آنچه بسیار اهمیت دارد چگونگی عملیاتی کردن منشور حقوق بیمار در نظام سلامت است (۲).

دومین اولویت تعیین شده، موضوع رابطه‌ی پزشک و بیمار و تعامل آن‌ها با یکدیگر است. چنان‌چه به الگوهای رایج در رابطه‌ی بین پزشک و بیمار دقت شود، از میان

¹ In Vitro Fertilization

اختلاف‌ها آغاز می‌شود و حصول اجماعی کلی بر آن همیشه موضوع مناقشه بوده است. آن‌چه ذکر آن ضروری می‌باشد خلاء وجود مطالعات تجربی در تدوین مدلی است که بتوان براساس آن کاربرد اصل عدالت را به‌طور عملی در حوزه‌ی سیاست‌گذاری سلامت و به‌خصوص در توزیع منابع آن به‌کار گرفت.

امید است تعیین این موضوع به‌عنوان سومین اولویت کشوری در مباحث اخلاق پزشکی عاملی باشد برای پرداختن به این مقوله‌ی مهم با نگاهی علمی در جهت ارائه‌ی مدلهایی که بتوان براساس آن منابع سلامت را عادلانه توزیع کرد.

چهارمین اولویت انتخاب‌شده در موضوعات اخلاق پزشکی موضوع رضایت آگاهانه و اختیار (بیماران) است. با وجود تأکید بر اخذ رضایت آگاهانه در درمان و نیز پژوهش‌های پزشکی و پیش‌بینی زمینه‌های رعایت این امر مهم در کدهای اخلاق در پژوهش، هم‌چنان شاهدیم که این امر حتی در بخش‌های دانشگاهی به‌خوبی رعایت نمی‌شود. آیا می‌توان اجبار یک بیمار در امضا کردن فرم رضایت شرکت در پژوهش‌های یک بیمارستان به‌هنگام بستری شدن را یک رضایت آگاهانه دانست؟ شرکت در پژوهش‌های یک بیمارستان آموزشی - پژوهشی که هیچ‌گونه اطلاعاتی از این پژوهش‌ها در برگه‌ی رضایت نیست و صرفاً بیمار باید آن را امضا کند، چون در غیر این صورت امکان بستری شدن در آن مرکز را نخواهد داشت در تناقض با شروط آزادانه و آگاهانه بودن انتخاب و رضایت آگاهانه است. هم‌چنین، اخذ نمونه‌های بیولوژیک از بیماران برای تکمیل نمونه‌های بیوبانک یک مرکز تحقیقاتی یا یک بیمارستان بدون این‌که مشخص باشد در آینده در چه پژوهشی از این نمونه‌ها استفاده خواهد شد. این مسائل نگرانی‌های جدی در این حوزه به‌وجود آورده است. به‌نظر می‌رسد این نگرانی‌ها موجب شده است تا شرکت‌کنندگان در این پژوهش این موضوع را به‌عنوان یکی از اولویت‌های مهم خود انتخاب نمایند. بحث رابطه‌ی مالی پزشک و بیمار و مسائلی هم‌چون

الگوهای مطرح در روابط پزشک و بیمار مدل‌های ذیل قابل ذکر هستند: مدل پدرسالاری پزشکی که در آن تصمیم‌گیری فقط بر عهده‌ی پزشک است؛ مدل بعدی مدل مشارکتی یا همکاری است که در آن پزشک و بیمار هر دو نقش فعال در تصمیم‌گیری خواهند داشت و تلاش بر این است که تصمیم اتخاذ شده حاصل تعامل مشترک پزشک و بیمار باشد؛ مدل آگاهی‌دهنده یا مدل تکنسین (۳) نیز مدلی است که در آن پزشک فقط نقش ارائه‌دهنده‌ی اطلاعات طبی به بیمار را دارد و مدل مشاوره‌ای که طی آن پزشک نقش یک مشاور را برای بیمار خواهد داشت؛ در مدل مراقبتی نیز بر روی جنبه‌های انسانی مراقبت از بیمار با توجه به ماهیت حرفه‌ی طبابت که تسکین آلام بیماران است تأکید می‌شود (۴). به‌نظر می‌رسد که مدل حاکم در روابط پزشک و بیمار از حالت یک رابطه‌ی صرف براساس مدل پدرسالاری خارج شده است (مدلی که در چند دهه‌ی گذشته به‌صورت مدل غالب در نظام سلامت شاهد آن بودیم). اما این‌که در وضعیت موجود رابطه‌ی پزشک و بیمار در کدام‌یک از قالب‌های موجود مدل‌های ارتباطی قرار دارد، هم‌چنان باید مورد تأمل قرار گیرد؛ چراکه در حال حاضر می‌توان ادعا کرد که این مدل ارتباطی در کشور در یک جریان گذر از یک مدل پدرسالاری قرار دارد و اما این‌که از بین مدل‌های رایج چه مدلی در آینده حاکم بر روابط پزشک و بیمار در کشور خواهد بود اظهار نظر بسیار سخت بوده و نیاز به گذر زمان و بررسی بیش‌تر دارد.

موضوع عدالت در توزیع منابع سلامت موضوعی است که سومین اولویت را در این نظرسنجی به خود اختصاص داده است. اهمیت عدالت نه تنها در حوزه‌ی سلامت بلکه در سایر حوزه‌های اجتماعی مورد تأکید فراوان اسلام قرار گرفته است (۵).

در حوزه‌ی سلامت، توزیع عادلانه‌ی منابع دغدغه‌ای است دیرینه که توجه سیاست‌گذاران این بخش را به خود معطوف کرده است. اگرچه بر ضرورت رعایت عدالت توافقی کلی وجود دارد، زمانی که به مفهوم و مصادیق آن می‌رسیم

پول زیرمیزی که سال‌های متمادی است که به‌عنوان کاری غیراخلاقی ولی جاری در سیستم سلامت با آن روبه‌رو هستیم. هم‌چنین، موضوع دیگر از این نوع، بحث سهم‌خواری (fee splitting) در پزشکی است که مسأله‌ای بسیار مهم است و اولویت پنجم را به خود اختصاص داده است. از این معطل تحت عنوان گرفتن کمیسیون هم نام برده شده است (۶). مسأله‌ی سهم‌خواری معضل اخلاقی است که می‌توان گفت آن‌قدر در جامعه‌ی پزشکی کشور مهجور مانده است که متأسفانه گروهی از همکاران حتی حاضر به پذیرش این‌که این مسأله غیراخلاقی است، نیستند. بدون شک، این مسأله یا هرگونه رابطه‌ی تعریف نشده‌ی مالی بین پزشک و بیمار به‌دلیل ایجاد تعارض منافع برای پزشک معالج و هم‌چنین به خطر افتادن منافع بیمار، نه تنها موجب آسیب جدی به روابط درمانی پزشک و بیمار می‌شود، بلکه در طی زمان موجب آسیب جدی به اعتماد بین جامعه و گروه پزشکی خواهد شد، مطلبی که از آن باید به‌عنوان پاشنه‌ی آشیل اعتماد بین این دو گروه یاد کرد.

در این پژوهش اهمیت موضوع کمیته‌ی اخلاق بیمارستانی در اولویت ششم قرار گرفته است. اگرچه از سال ۱۳۷۶ نام این کمیته جزء یکی از ۳ کمیته‌ی پاسداری، مراقبت و ترویج ارزش‌های متعالی در بیمارستان در کنار کمیته‌ی مراعات موازین شرعی از فعالیت‌های بیمارستانی و کمیته‌ی نظارت و ارزشیابی درونی قرار گرفت (۷)، هیچ‌گاه نتوانست نقش شایسته‌ی خود را در فعالیت‌های بیمارستانی ایفا کند. کمیته‌ی اخلاق بیمارستانی می‌تواند در چهار حوزه‌ی آموزش، سیاست‌گذاری، نظارت و بررسی موارد و هم‌چنین ارائه‌ی مشاوره‌ی اخلاق بالینی فعالیت کند. به هر حال، در بازبینی اخیر که توسط دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت متبوع انجام شده، کمیته‌ی اخلاق بیمارستانی تحت عنوان کمیته‌ی اخلاق پزشکی به‌طور مستقل آمده و هدف اصلی از فعالیت آن نیز پی‌گیری اجرای استانداردهای حقوق گیرندگان خدمت ذکر شده است (۸).

چنان‌چه به چالش‌های اخلاقی بر بالین بیمار نظیر تصمیم‌گیری در مورد درمان‌های بدون نتیجه دقت شود، نقش کمیته‌های اخلاق بیمارستانی در کمک به پزشکان معالج در حل معضلات اخلاقی مرتبط بسیار روشن خواهد شد. به‌نظر می‌رسد تعیین موضوع کمیته‌های اخلاق بیمارستانی به‌عنوان یک اولویت مهم توسط شرکت‌کنندگان در این پژوهش، نشان‌دهنده‌ی توان بالقوه‌ی این کمیته‌ها در حل معضلات اخلاقی در بیمارستان‌هاست.

ملاحظات اخلاقی در سلامت عمومی موضوعی است که اولویت هفتم را در این مجموعه به خود اختصاص داده است. به‌دنبال تغییر روش‌های زندگی، جابه‌جایی سریع و آسان انسان‌ها از یک نقطه‌ی جغرافیایی به نقطه‌ای دوردست در طرف دیگر کره‌ی زمین، تغییر الگوی انتشار بیماری‌ها و احتمال وقوع بلایای طبیعی، سلامت عمومی جامعه در معرض خطرات بالقوه‌ای قرار دارد. عوامل فوق هر یک در جای خود از منظر اخلاقی قابل توجه هستند.

در این زمینه، مباحثی هم‌چون همه‌گیری بیماری‌های عفونی و ضرورت محدودکردن اختیارات و آزادی‌های افراد مبتلا به‌منظور حفظ سلامت عمومی جامعه تحت عنوان قرنطینه، توزیع منابع محدود واکسن و داروهای مورد نیاز در همه‌گیری بیماری‌ها، از منظر اخلاق پزشکی قابل توجه هستند.

هشتمین اولویت تعیین‌شده از سوی شرکت‌کنندگان در این پژوهش، موضوع تقویت و ظرفیت‌سازی در آموزش اخلاق پزشکی است.

بحث آموزش اخلاق پزشکی در سطوح مختلف نظیر آموزش اخلاق پزشکی به دانشجویان و دستیاران، بازآموزی پزشکان و هم‌چنین اخیراً آموزش دوره‌ی تخصصی اخلاق پزشکی که از چند سال قبل آغاز شده است، قابل بررسی است. بی‌شک، نیازهای هر یک از این دوره‌ها و برنامه‌ی آموزشی باید به‌طور جداگانه مورد بررسی قرار گرفته و برنامه‌ی آموزشی متناسبی طراحی و اجرا شود (۹).

شرکت کنندگان در این پژوهش درخواست شد تا هر بیست موضوع را بر اساس نظر تخصصی خود اولویت بندی کنند. در مورد اولویت های ده گانه ی دوم، همان گونه که در جدول شماره ی ۲ آمده است، موضوع حقوق ارائه دهندگان خدمات سلامت و مسأله ی تعرفه های پزشکی (به عنوان یکی از شاخص های این حقوق) به عنوان اولین اولویت پس از اولویت های ده گانه ی اول یعنی اولویت یازدهم انتخاب شده است. همان گونه که در بحث حقوق گیرندگان خدمات سلامت مطرح شده است، مقوله ی حقوق ارائه دهندگان و حقوق گیرندگان خدمات سلامت باید به طور موازی و هم زمان مورد توجه قرار گیرد.

دغدغه ی دیگری که مدتهاست توسط صاحب نظران امر در کشور مورد توجه قرار گرفته است، تبیین اصول اسلامی اخلاق پزشکی است که در این پژوهش به عنوان دوازدهمین اولویت انتخاب شده است. یکی از مسائلی که بسیار در مباحث اخلاق پزشکی مورد تأکید قرار می گیرد، موضوع تأثیر مذاهب و فرهنگ ها در تبیین اصول اخلاقی هر جامعه است. تأثیر ملاحظات فرهنگی - اجتماعی در تبیین این اصول آن قدر وسیع است که توانسته است نتایج حاصل از یک تجزیه و تحلیل اخلاقی را در دو جامعه، متفاوت از یکدیگر بیان کند. لذا با توجه به غنای دیدگاه های اخلاقی در اسلام تلاش در جهت تبیین این اصول اخلاقی می تواند سبب یافتن راهکارهای مناسب در برخورد با معضلات اخلاقی در پزشکی به نحوی که سازگاری بیش تری با دیدگاه های بومی و فرهنگی - اجتماعی در کشور داشته باشد، شود.

موضوع سیزدهم در رتبه بندی اولویت ها مسأله ی سقط جنین است. اگرچه دیدگاه اسلامی در مسأله ی سقط جنین به خوبی تبیین شده است، به نظر هم چنان یکی از معضلات پزشکی است که از منظر اخلاقی نیز در خور توجه است. قانون گذاری اخیر در این مسأله، مجوز انجام سقط جنین را از انحصار «در خطر بودن جان مادر» به عبارتی اندیکاسیون های مادری، خارج ساخته و به اندیکاسیون های بیماری های جنینی

خوشبختانه، با توجه به آغاز دوره های آموزش تخصصی اخلاق پزشکی این امید وجود دارد که در آینده ای نه چندان دور شاهد تحول بزرگی در این زمینه باشیم.

موضوع اخلاق در آموزش پزشکی که از اولویت نهم برخوردار است، مقوله ی قابل توجهی است. از یک طرف، نقش اساتید به عنوان الگوهای اخلاقی برای دانشجویان امری اجتناب ناپذیر است. از طرف دیگر، توقع رعایت ملاحظات اخلاقی در آموزش یکی از انسانی ترین و اخلاقی ترین مشاغل یعنی پزشکی امری بدیهی است. با دقت به این مسأله که در حال حاضر تقریباً تمامی بیمارستان های درمانی بخش دولتی و دانشگاهی در مجموعه بیمارستان های آموزشی درآمده اند، توجه به امر ملاحظات اخلاقی در آموزش پزشکی و تحقیقات پزشکی که عنوان آن در کنار درمان بر سر در این بیمارستان ها نقش بسته است حساسیت بیش تری را می طلبد. دهمین اولویت از بین موضوعات بیست گانه ی مطرح شده، موضوع اخلاق پزشکی در پژوهش های پزشکی و کمیته های اخلاق در پژوهش است.

از زمان تدوین کدهای ملی اخلاق در پژوهش های علوم پزشکی در سال ۱۳۷۸ بیش از یک دهه می گذرد (۱۰). موفقیت نسبی حاصله در این بخش نیاز به تقویت و بازنگری زیرساخت های نظارت و بازبینی اخلاقی بر طرح های پژوهشی در حوزه ی پزشکی را بیش از پیش مورد تأکید قرار می دهد.

با توجه به این که ساختار کمیته های اخلاق در پژوهش در کشور در حال بازبینی و اصلاح است، ضرورت دارد تا نسبت به مسأله ی مهم مستقل بودن و به عبارتی غیر وابسته بودن این کمیته ها به خصوص در ترکیب اعضای آن (۱۱) و نیز نسبت به طرح های پژوهشی که در غالب همکاری های بین المللی در داخل به اجرا در می آید (۱۲) دقت بیش تری صورت می گیرد.

اولویت های ده گانه ی دوم

همان گونه که در توضیح این پژوهش آمده است، در مجموع، بیست موضوع در پرسشنامه مطرح و از

در کنار عسر و حرج مادر گسترش داده است (۱۳). گزارش‌ها و نگرانی‌هایی که بعضاً در جراید کشور مطرح می‌شود، مبین ضرورت نظارت بیش‌تر و تدوین دستورالعمل‌های دقیق‌تر است تا بتوان از این طریق مانع سوءاستفاده‌های احتمالی از این قانون شد (۱۴).

ملاحظات اخلاقی در روش‌های کمک‌باروری (ARTs)^۱ هم‌چون اهدای جنین، تولید مثل خارج از رحم و رحم اجاره‌ای توجه شرکت‌کنندگان در این پژوهش را به‌عنوان چهاردهمین اولویت از مجموع موضوعات بیست‌گانه به خود جلب نموده است. اگرچه وجود مجوزهای فقهی در به‌کارگیری روش‌های کمک‌باروری در کشور موجب افزایش چشم‌گیر کاربرد این روش‌ها شده است، عدم وجود راه‌کارهای حقوقی و اخلاقی در صورت بروز خطا و اختلاف نظر بین گیرندگان و ارائه‌دهندگان این خدمات نگرانی‌هایی را در بین همکاران فعال در حوزه اخلاق پزشکی به‌وجود آورده است.

نگرانی‌هایی هم‌چون احتمال بروز ازدواج محارم در آینده، سالم‌بودن جنین‌های اهدایی، به هم ریختن هنجارهای اجتماعی، موضوع ارث و نسب، همه از جمله مواردی است که در خور توجه بیش‌تر و تلاش برای تبیین ملاحظات اخلاقی و حقوقی در این زمینه است.

اولویت پانزدهم از موضوعات اخلاق پزشکی، موضوعات اخلاقی در مباحث پایان حیات همچون اتانازی، درمان‌های بدون‌نتیجه و بیان اخبار ناگوار است. به‌نظر می‌رسد تفاوت دیدگاه گروه پزشکی با بیماران و خانواده‌ی آن‌ها در موضوع بیان حقایق بیماری و حقیقت‌گویی به بیماران مسأله‌ی قابل تأملی است. در حالتی که مطالعات متعدد نشان داده است که بیماران و خانواده‌ی آن‌ها تمایل به دانستن اطلاعات بیش‌تر در زمینه‌ی تشخیص بیماری و پیش‌آگهی آن دارند (۱۵)، گروه پزشکی هم‌چنان نسبت به این امر مقاومت نشان می‌دهد. بی‌شک، تصمیم‌گیری در مراحل پایان عمر بیمار جزو یکی از

سخت‌ترین و مشکل‌ترین موارد تصمیم‌گیری در طبابت است. اعلام بی‌نتیجه بودن درمان، تصمیم بر عدم ارائه‌ی درمان یا قطع درمان‌های نگه‌دارنده‌ی حیات و بیان اخبار ناگوار نیازمند به‌کارگیری یک پروتکل از پیش تدوین یافته است تا بتوان با احتمال خطای کم‌تر و نیز حفظ اعتماد بیمار و خانواده‌ی او به اتخاذ یک چنین تصمیماتی دست یافت (۱۶). در مورد بیان اخبار ناگوار، ضرورت کسب مهارت‌های ارتباطی و توانایی در چگونگی بیان یک چنین اخباری به بیمار و خانواده‌ی او بیش از پیش احساس می‌شود.

رابطه‌ی بین فقه، اخلاق و حقوق، اولویت بعدی است که اهمیت آن هم بر کسانی که در حوزه‌ی پزشکی بالینی یا پژوهشی فعالیت می‌کنند و چه کسانی که در حوزه‌ی اخلاق، فقه و حقوق هستند پوشیده نیست.

تقدم موضع فقه در مسائل مستحدثه‌ی پزشکی بر ملاحظات اخلاقی و حقوقی در جامعه‌ی اسلامی به‌عنوان یک اصل پذیرفته شده است، چرا که وجود نگاه مثبت فقه به یک مسأله می‌تواند به‌دنبال خود تبیین ملاحظات اخلاقی و حقوقی را در پی داشته باشد و چنان‌چه این نظر منفی باشد دیگر صورت مسأله‌ای باقی نخواهد ماند که نیاز به تبیین داشته باشد. برای مثال، وجود مجوز فقهی در زمینه‌ی رحم اجاره‌ای می‌تواند سبب توجه به تبیین ملاحظات اخلاقی و حقوقی شود. به هر حال، سؤالات بسیاری در حوزه‌ی حقوق و نیز اخلاق هم‌چنان باقی می‌ماند که در گرو تبیین رابطه‌ی فقه، اخلاق و حقوق خواهد بود.

موضوع پیوند اعضا و ملاحظات اخلاقی آن به‌عنوان هفدهمین اولویت در این پژوهش انتخاب شده است. شاید بتوان گفت که مسأله‌ی پیوند اعضا جزء اولین مباحثی است که پس از موضوع اخلاق در پژوهش، در کشور بدان پرداخته شده است. این موضوع به‌خصوص در مسأله‌ی پیوند اعضا از افراد زنده‌ی غیرفامیل با معطلات بیش‌تری روبه‌رو است.

پذیرش عضو پیوندی از افراد زنده‌ی غیر فامیل و هم‌چنین تصویب قانون پیوند اعضا در سال ۱۳۷۶ موجب گسترش

^۱ Assisted Reproductive Technologies

با توجه به این که براساس آمارها و مقالات منتشره، کشورمان جزء کشورهای مطرح در بحث تحقیقات در این موضوعات یادشده است، به نظر می‌رسد که در تبیین ملاحظات اخلاقی این دو حوزه غفلت صورت گرفته و نیازمند توجه بیش‌تری است.

در پایان لازم به ذکر است که اگرچه در این پژوهش اولویت‌بندی موضوعات اخلاق پزشکی با انجام یک مطالعه‌ی کمی با استفاده از یک پرسشنامه در سطح وسیع، امکان نظرسنجی از جمع زیادی از متخصصان حوزه‌ی مورد نظر در سطح کشور را فراهم کرده است، و نتایج حاصل می‌تواند در جهت پاسخ به هر یک از موضوعات با توجه به اولویت کشوری آن مورد بهره‌برداری قرار گیرد، لیکن پیشنهاد می‌شود تا با انجام یک مطالعه‌ی کیفی براساس بحث گروهی افراد صاحب‌نظر نیز به نظرات ارزشمند بیش‌تری دست یافت.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه‌ی شرکت‌کنندگان در این پژوهش قدردانی می‌شود. هم‌چنین، از جناب آقای دکتر فرشید علاء‌الدینی که در آنالیز آماری این پژوهش مشورت‌های ارزنده‌ای ارائه دادند تشکر می‌شود.

این پژوهش با کد ۱۲۵۳۷ شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران «بدون هیچ‌گونه حمایت مالی» به تصویب رسید.

پیوند اعضا از افراد زنده و افراد دچار مرگ مغزی شد. پرداخت هدیه‌ی ایثار به دهندگان زنده‌ی عضو از یک طرف و وجود ارتباط مستقیم مالی بین دهندگان و گیرندگان عضو پیوندی نگرانی تجاری شدن مقوله‌ی پیوند اعضا در کشور را به‌طور جدی مطرح کرده است و ضرورت بازنگری در این زمینه مورد تأکید قرار گرفته است (۱۷).

هجدهمین موضوع، مسأله‌ی ژنتیک و اخلاق، ژندرمانی و انتخاب جنسیت و پس از آن تحقیقات بر روی سلول‌های بنیادی و بیستمین اولویت، بحث اخلاق در نانوتکنولوژی انتخاب شده است؛ این که آیا واقعاً این سه موضوع به‌خصوص تحقیقات روی سلول‌های بنیادی و نانوتکنولوژی از اهمیت کم‌تری برخوردار است یا این که علیرغم تحقیقات زیادی که در این موضوعات در کشور انجام می‌شود تاکنون کم‌تر به ملاحظات اخلاقی آن‌ها پرداخته شده است. این موضوعات با توجه به پیشرفت چشمگیر پژوهشی که کشورهای توسعه یافته و تعداد اندکی از کشورهای در حال توسعه به‌طور رقابتی بدان پرداخته‌اند مملو از چالش‌های اخلاقی است که ضرورت پرداختن به آن بسیار اهمیت دارد (۱۸).

منابع

- ۱- ورزی ج، باقری نژاد م، حسین‌پور ا. پژوهش در ضرورت‌های ملی و تعیین اولویت‌ها. تهران: انتشارات اندیشمند؛ ۱۳۸۱.
- ۲- پارساپور ع، باقری ع ر، لاریجانی ب. منشور حقوق بیمار در ایران. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۸؛ دوره سوم (ویژه نامه): ۳۹-۴۷.
- 3- Veatch MR. The Basics of Bioethics. 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall; 2002, p. 21, 58.
- 4- Pellegrino E. The caring ethics, the relation of physician to patient. In: Bulger R, McGovern J, eds. Physician Philosopher: The Philosophical Foundation of Medicine. USA: Garden Jennings Publishing; 2001, p. 166-8.
- ۵- مطهری م. مبانی اقتصاد اسلامی، چاپ اول. تهران: انتشارات حکمت؛ ۱۴۰۹ هجری قمری، ص ۱۵-۱۴.
- ۶- پارسا م، لاریجانی ب مروری بر سهم‌خواری از نظر مفهوم، تاریخچه و کدهای اخلاقی. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۸؛ دوره سوم (ویژه نامه): ۸-۲۱.
- ۷- بدون نام. دستور العمل شماره ۵۲۳۴ مورخ ۱۳۸۹/۵/۲۱. ۱۳۷۶ کمیته‌های بیمارستانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
- ۸- امامی رضوی ح، محقق م ر، رضوی س. استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران. تهران: انتشارات دفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان، وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۹.
- ۹- باقری ع ر، اصغری ف، لاریجانی ب دوره‌ی MPH اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران: ارائه‌ی یک مدل آموزشی. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۹؛ دوره سوم (شماره ۲): ۱-۶.
- ۱۰- فرهادی ی، باقری ع ر، حقیقی ز، و همکاران.
- تدوین موازن اخلاقی و حقوقی جهت محافظت از آزمودنی در پژوهش‌های علوم پزشکی. مجله پژوهشی حکیم ۱۳۷۹؛ دوره ۳ (شماره ۱): ۴۴-۵۵.
- ۱۱- باقری ع ر. ضرورت مستقل بودن کمیته‌های اخلاق در پژوهش در مراکز تحقیقاتی کشور. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۹؛ دوره چهارم (ویژه نامه اسفند): ۷۳-۷۰.
- 12- Bagheri A. Ethics review on externally-sponsored research in developing countries. In: Luppigini R, Adell R (eds). The Handbook of Research on Technoethics. Hershey: Idea Group Global; 2008.
- ۱۳- بدون نام. قانون سقط جنین مصوب ۱۳۸۴/۳/۸ مجلس شورای اسلامی.
- <http://www.rooznamehrasmi.ir/Archive/SResult.Asp> (accessed in 2011)
- ۱۴- بدون نام. ماجرای دامنه‌دار سقط جنین‌های غیر قانونی در ایران ۱۳۸۹/۵/۱۶. منبع خبر آنلاین ایرنا.
- <http://www.khabaronline.ir/default.aspx> (accessed in 2010)
- ۱۵- مهام س. بررسی نحوه انتقال خبر ناگوار به بیماران مبتلا به سرطان در بیمارستان مفید و انستیتو کانسر در سال ۱۳۸۹. پایا ن نامه MPH اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۹۰.
- 16- Bagheri A. Regulating medical futility: neither physician's paternalism, nor excessive patient's autonomy. Eur J Health Law 2008; 15: 45-53.
- 17- Bagheri A. Compensated kidney donation: an ethical review of the Iranian model. Kennedy Institute of Ethics Journal 2006; 16(3): 269-82.
- 18- Lewenstein B. What count as a social and ethical issue in nanotechnology? In: Schummer J, Baird D, eds. Nanotechnology Challenges, Implication for Philosophy, Ethics and Society. Singapore: World Scientific; 2006, pp. 201-16.