

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی ایلام

درسنامه اخلاق پزشکی در پیراپزشکی

تهیه و تدوین:

دکتر معصومه شوهانی

اسد ایمانی

تاریخچه اخلاق

اخلاق در لغت جمع واژه خلق به معنای خوی ها است، از این رو دانش بررسی و ارزش گذاری بر خوی و رفتار آدمی علم اخلاق نامیده می‌شود. علم اخلاق رفتار، منش و انگیزه های خوب و شایسته را مورد مطالعه قرار می دهد. اخلاق بر تعیین آنچه که برای مردم خوب و ارزشمند است؛ تمرکز دارد. با تشکیل جوامع مختلف همواره اخلاق یکی از موضوعات مطرح بوده است. انسان ها در ارتباط با یکدیگر الزام وجود اخلاق را بیش از پیش باور می کنند. در علوم مرتبط با حوزه سلامت که به شرافت وجود و اهمیت حفظ نفس انسانی مرتبط می‌باشد، و با در نظر گرفتن کاربرد وسیع طب در سلامت انسان ها، و همچنین سابقه تخلفات فراوان از چارچوب های انسانی و اسلامی در تاریخ طب، اخلاق در حوزه پزشکی از اهمیت دو چندانی برخوردار می باشد. اخلاق پزشکی تاریخچه‌ای بس طولانی در جهان دارد و مسلماً دستیابی به اخلاقی همسو با فرهنگ جوامع مختلف، باید با توجه به پیشینه تاریخی آنها حاصل گردد. اغلب تصور بر این است که تاریخ اخلاقی پزشکی با بقراط آغاز می شود؛ در حالی که اخلاق پزشکی سابقه‌ای دیرینه تر دارد. روشن است که فرهنگ های مختلفی همچون بابلی، مصر باستان، یونانی، و ایرانی، همه در قانونمند کردن طب و حفظ حقوق بیماران اهتمام ورزیده اند.

تاریخچه اخلاق پزشکی در دنیا سابقه ای بیش از ۲۵۰۰ سال دارد. در قرون قبل از میلاد مسیح (ع) فرهنگ یونانی و رومی که تحت تاثیر فرهنگ ایرانیان و تمدن شرق بود در غرب گسترش داشت. در آن دوران به دلیل عدم گستردگی علوم زمان، پزشکان معمولاً فلسفه را نیز فرا می گرفتند. لذا تاریخچه اخلاق پزشکی با تاریخچه فلسفه در قرون قبل پیوند خورده است. اما اخلاق پزشکی بیش از همه با اندیشه ها و تفکرات فلاسفه بزرگی چون سقراط (۳۹۹ - ۴۷۰ ق.م)، افلاطون (۳۴۷ - ۴۲۷ ق.م) و ارسطو (۳۲۲ - ۳۴۸ ق.م) در قرون چهارم و پنجم قبل از میلاد پیوند نزدیکی داشته است. این متفکران یونانی علم اخلاق را در کنار علم پزشکی فرا گرفته بودند و آن را به عنوان "هنر زیستن" و "مراقبت و مواظبت از نفس" توصیف می نمودند و از سوی دیگر "عقل سالم را در بدن سالم" می دانستند. در همان دوران، بقراط (۴۵۰ - ۳۸۰ ق.م) که او را پدر علم طب نیز نامیده اند. سوگند نامه معروف خود را تنظیم نمود. بقراط اولین کسی بود که مبانی اخلاقی را در قابل قسم نامه با طبابت در آمیخت، و به عبارتی، بزرگترین سهم بقراط در زمینه پزشکی، اعتقاد او به اصول اخلاقی بود که سوگند نامه معروفش تبلور آن است. سوگند نامه بقراط قدیمی ترین قوانین اخلاق پزشکی را در متن خود دارد و هنوز هم در بسیاری از کشورهای جهان به عنوان تعهد نامه پزشکان هنگام اتمام دوره تحصیل قرائت می شود. سوگند نامه بقراط در حقیقت به منزله یک تعهد نامه اخلاقی برای قبول و به کار بستن اصول اخلاقی حرفه پزشکی است.

البته قبل از بقراط نیز برخی مقررات وجود داشته از جمله قوانین حمورابی که در آن به مجازات پزشکان خطا کار اشاره شده است. اما جنبه های اخلاقی را مطرح ننموده است. کشف دست نوشته های بشری در این موضوع، که به سال ۱۷۵۰ قبل از میلاد بر می گردد، مشخص کرده است که این قانون توسط بابلیان تنظیم گردیده است.

پس از میلاد مسیح (ع) برخی اخلاقیون مسیحی از جمله آکونیاس، در قرون سوم و چهارم پس از میلاد، فلسفه اخلاق دینی را در مقابل حکمت رواقی که فلسفه ای مادی گرایانه بود، بیان و تدوین نمودند. اخلاق فلسفی مبتنی بر مسیحیت در جهان غرب تا اوایل عصر جدید فرهنگ مغرب زمین را تحت سیطره داشت. قرون ۱۷ و ۱۸ بعد از میلاد تقریباً دوران گذر از قرون وسطی به عصر جدید پیشرفت های علمی بشر در جهان غرب محسوب می شود. در این دوران هیوم (۱۷۱۱ - ۱۷۷۶)، کانت (۱۷۲۴ - ۱۸۰۴) بنتام (۱۷۴۸ - ۱۸۳۲) مهم ترین نظریات تاثیر گذار بر اخلاق پزشکی را در غرب ارائه نمودند. به گونه ای

که کانت نظریه سنتی اخلاق را مطرح نمود. در این نظریه، علم اخلاق فعالیت‌هایی را که درست یا نادرست بودن آن براساس خصوصیات تصحیح‌کننده‌ای نظیر وفای به عهد، درستی و عدالت می‌باشد؛ تعریف کرده است. در سال ۱۸۰۳ میلادی توماس پرسیوال (tomas persival) پزشک، فیلسوف و نویسنده سرشناس انگلیسی در شهر منچستر قانون اخلاقیات پزشکی را منتشر کرد. در سال ۱۸۴۷ نخستین جلسه انجمن پزشکان آمریکا در فیلادلفیا اصول اخلاق پزشکی آمریکا را با الهام گرفتن از همان قانون پرسیوال به تصویب رساند که به ترتیب در سالهای بعد و دست آخر در سال ۲۰۰۱ در آمریکا مورد تجدیدنظر قرار گرفت.

میل (۱۸۰۶ - ۱۸۷۳) و مور (۱۸۷۳ - ۱۹۵۸) در دهه‌های بعد به بیان دیدگاه‌های فلسفی خود در حیطه اخلاق پرداختند که در موضوع اخلاق پزشکی نیز تاثیراتی داشته است. میل نظریه سودمندگرایی اخلاقی را مطرح نمود، طبق این نظریه ارزش یک چیز با میزان سودمندی آن تعیین میشود. بیشترین منفعت برای اکثریت افراد اصل هدایت‌کننده برای تعیین عمل درست در این سیستم می‌باشد.

گفته می‌شود نخستین کسی که در حوزه مراقبت و آژ اخلاق را تحت عنوان ((اخلاق مراقبت)) به کار برد؛ کارول گلیلیان (carol gilligan) بوده است، پس از وی جامعه فمینیستی به پیشگامی سارافرای (sara fry) عنوان نمودند که اصول اخلاق باید از انحصار سنتی ((مردانه)) خارج شود. اما قرن نوزدهم و سپس قرن بیستم همزمان بود با علمی شدن طب که تغییر و تحولات عمیقی را در اخلاق پزشکی در پی داشته است. در این دوران گسترش دانش طب، ایجاد تکنولوژی‌های نوین و پیدایش موضوعات اخلاقی جدید باعث ایجاد تحولاتی ضروری در اخلاق پزشکی سنتی گردید. در حال حاضر در بسیاری از کشورهای جهان اخلاق پزشکی نوین به صورت علمی و عملی با شیوه‌های جدید مبتنی بر حل مساله مطرح و به درجات متفاوت فعال می‌باشد. در برخی کشورهای غربی و اروپایی طی سه دهه اخیر کمیته‌های بالینی اخلاق پزشکی با سیر رو به رشدی تشکیل شده و به فعالیت پرداخته‌اند. این کمیته‌ها به طور موثر و مطلوبی بر الگوی مراقبت‌ها تاثیر گذار هستند و

عملکرد آنها شامل شکل‌دهی سیاست بیمارستان در موضوعات و مسائل اخلاقی - قانونی، نظارت بر مشاوره‌های فردی در موارد بالینی خاص و مشکل و سازماندهی تعلیم و تربیت متخصصین امر اخلاق پزشکی می باشد.

از سوی دیگر، ایجاد برخی معضلات و نابسامانی‌ها در گستره اخلاق پزشکی طی پنج دهه اخیر به وضع قوانین و آیین نامه‌های اخلاق پزشکی به صورت بین‌المللی، منطقه‌ای یا ملی منجر گردیده است. کمیته‌های اخلاق پزشکی در امر نظارت بر اجرای مطلوب این قوانین می‌توانند نقش ویژه‌ای داشته باشند.

اخلاق پزشکی (Medical Ethics) یکی از شاخه‌های اخلاق حرفه‌ای است که سعی دارد اخلاقیات را به صورت کاربردی در حیطه عمل پزشکان و کادر پزشکی و نیز در حوزه تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در طب وارد نماید. بر اساس مطالب بیان شده، دیگر اخلاق پزشکی صرف بیان صفات اخلاقی پسندیده برای پزشکان، یا نحوه برخورد پزشک با بیمار، و یا صرفاً تدوین قوانین حرفه‌ای در باب آداب معاشرت طبیب، و یا بیان قواعد مذهبی به تنهایی، نمی‌باشد بلکه اخلاق پزشکی فعالیتی تحلیلی است که طی آن افکار، عقاید، تعهدات، روش رفتار، احساسات، استدلال‌ات و بحث‌های مختلف در حیطه تصمیم‌گیری‌های اخلاق پزشکی به صورت دقیق و انتقادی بررسی می‌شود و در موارد لازم دستورالعمل‌هایی صادر می‌گردد.

تصمیمات اخلاق پزشکی در حیطه عملکرد طبی، بدیهیات و ارزش‌ها، خوب یا بد، صحیح یا نادرست، و باید و نبایدها را مشخص می‌سازند. به بیانی دیگر: اخلاق پزشکی مقوله‌ای کاربردی است که راهکارهای سازمان یافته را برای کمک به پزشک در تبیین، تحلیل و حل مباحث اخلاقی در طب بالینی فراهم می‌نماید.

پیوستگی اخلاق و علم در حوزه‌های مختلف دانش، همواره به عنوان یک اصل مهم و مسلم برای ارتقای مادی و معنوی بشر مطرح بوده است. در قلمرو علوم تجربی، خصوصاً علم طب نیز، از دیرباز اخلاق، جزئی لاینفک محسوب می‌شده است و عالمان طب در کنار پرداختن به مسائل پزشکی و توصیه‌های دارویی، توصیه‌های اخلاقی نیز داشته‌اند. با توجه به جایگاه علم طبابت که به شرافت وجود و اهمیت حفظ نفس انسانی مرتبط می‌باشد، و با در نظر گرفتن کاربرد وسیع طب در سلامت انسان‌ها، تحقیقات فراوان و موضوعات مستحدثه جدید در این حیطه، و همچنین سابقه تخلفات فراوان از چارچوب‌های انسانی و

اسلامی در تاریخ طب، اخلاق در حوزه پزشکی از اهمیت دو چندانی برخوردار می‌باشد. نیاز وافر جوامع به مقوله اخلاق، در اکثر جوامع خصوصاً طی دهه‌های اخیر، رویکردی دوباره را در پی داشته است و اخلاق پزشکی سنتی را به اخلاق پزشکی نوین معاصر متحول نموده است.

فلسفه اخلاق پزشکی، قسمتی اساسی از اخلاق پزشکی است که کوشش می‌کند در سایه تحلیل‌های فلسفی، درست و نادرست را در حیطه عمل در موضوعات مختلف و مراقبت‌های بهداشتی شرح دهد. تصمیم‌گیری‌های عملی در حیطه اخلاق پزشکی نوعاً نیازمند درک روشن از مباحث فلسفی مربوط می‌باشد. بنابراین، تبیین دقیق اصول و مبانی تعیین حسن و قبح در حیطه اخلاق پزشکی یک ضرورت است. برای کاربردی و مفید بودن بحث اخلاقی باید از معیارهای فهم، عمل و تصمیم‌گیری مناسبی استفاده شود، به نحوی که انسان‌های معتقد به اخلاقیات، آن‌را تصدیق نمایند.

در کشورهای غربی، چهار اصل کلیدی برای راهنمایی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در حال حاضر مطرح و مورد استفاده می‌باشد که عبارتند از: اختیار فردی یا اتونومی، سودمندی، عدم زیانباری و عدالت. این نظریه از متعارف‌ترین فرضیه‌ها در اخلاق پزشکی است که برای حل مسائل و مشکلات اخلاقی به کار می‌رود اما از آنجا که اسلام در هر یک از چهار اصل ذکر شده، نظریات جامع و گاه متفاوتی با فرهنگ غربی دارد، تعیین چارچوبی مشخص برای تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در طب برای پزشکان مسلمان ضرورت ویژه‌ای می‌یابد. این امر، وظیفه خطیر فلاسفه و اخلاقیون شیعه و فقهای مذهبی به همراه دانشمندان علوم پزشکی است که مباحث و موضوعات مختلف طرح شده را مورد بررسی قرار داده و چارچوبی جامع، قابل قبول و مشترک در جوامع اسلامی طرح‌ریزی نمایند.

علم پزشکی از سابقه ای کهن برخوردار است و این تقدس به همان اندازه قدمت دارد. در گذشته‌های دور همه دانشمندان بزرگ ایرانی و غربی دستی در علم طبابت هم داشته اند که از این میان میتوان به بقراط، جالینوس، سقراط، رازی، ابن سینا، و حتی شاعرانی مثل نظامی عروضی سمرقندی اشاره کرد. اخلاق پزشکی به واسطه گستردگی دانش و طولانی بودن از تاریخ

کهنی با سابقه بیش از ۲۵۰۰ سال برخوردار است. همراه با رشد و شکوفایی بیشتر علم پزشکی، اخلاق پزشکی هم تغییراتی کرده و هر روز به مدد نظرات بزرگان طب و فلسفه کاملتر شده است.

طب و اخلاق پزشکی در بین ایرانیان از قدمتی طولانی برخوردار است. سابقه پزشکی در ایران طبق برخی منابع مربوط به دوران قبل از بقراط می باشد که از اخلاق پزشکی پارسیان در آن دوران با اصطلاح "مدرن" یاد گردیده است. در قرون قبل از میلاد مسیح (ع) فرهنگ یونانی و رومی که تحت تاثیر فرهنگ ایرانیان و تمدن شرق بود در غرب گسترش داشت. در آن دوران به دلیل عدم گسترده‌گی علوم زمان، پزشکان معمولاً فلسفه را نیز فرا می گرفتند. لذا تاریخچه اخلاق پزشکی با تاریخچه فلسفه در قرون قبل پیوند خورده است. اما اخلاق پزشکی بیش از همه با اندیشه‌ها و تفکرات فلاسفه بزرگی چون سقراط (۳۹۹ - ۴۷۰ ق.م) افلاطون (۳۴۷ - ۴۲۷ ق.م) و ارسطو (۳۲۲ - ۳۴۸ ق.م) در قرون چهارم و پنجم قبل از میلاد پیوند نزدیکی داشته است.

این متفکران یونانی علم اخلاق را در کنار علم پزشکی فرا گرفته بودند و آن را به عنوان "هنر زیستن" و "مراقبت و مواظبت از نفس" توصیف می نمودند. کلیات فلسفه اخلاقی سقراط، افلاطون و ارسطو در مباحث فلسفه اخلاق بیان گردیده است. در همان دوران، بقراط (۴۵۰ - ۳۸۰ ق.م) که او را پدر علم طب نیز نامیده اند. سوگند نامه معروف خود را تنظیم نمود. بقراط اولین کسی بود که مبانی اخلاقی را در قابل قسم نامه با طبابت در آمیخت، و به عبارتی، بزرگترین سهم بقراط در زمینه پزشکی، اعتقاد او به اصول اخلاقی بود که سوگند نامه معروفش تبلور آن است.

سوگند نامه بقراط قدیمی ترین قوانین اخلاق پزشکی را در متن خود دارد و هنوز هم در بسیاری از کشورهای جهان به عنوان تعهد نامه پزشکان هنگام اتمام دوره تحصیل قرائت می شود. البته قبل از بقراط نیز برخی مقررات وجود داشته از جمله قوانین حمورابی که در آن به مجازات پزشکان خطا کار اشاره شده است. اما جنبه های اخلاقی را مطرح ننموده است. سوگند نامه بقراط در حقیقت به منزله یک تعهد نامه اخلاقی برای قبول و به کار بستن اصول اخلاقی حرفه پزشکی است.

اما پس از آن دوران، با پدید آمدن نظریات مختلف در حیطه فلسفه اخلاق، حوزه اخلاق پزشکی نیز تحت تأثیراتی قرار گرفت.

عمده‌ترین مکاتب فلسفی اثرگذار در این حیطه، مکتب کانتی (وظیفه‌مدار)، مکتب اخلاقی نفع‌مدار، و مکتب اخلاق

فضیلت‌مدار بوده‌اند ادیان و آموزه‌های مذهبی نیز در شکل‌گیری اخلاق پزشکی در جوامع نقش بی‌بدیلی داشته‌اند. اسلام و

علمای اسلامی، خصوصاً در دوران شکوفایی علوم در تمدن اسلامی، توجه ویژه‌ای به اخلاق در طب داشته‌اند و این امر در

رساله‌ها و کتب اندیشمندان آن عصر به خوبی هویدا است.

یکی از دست‌نوشته‌های بسیار ارزشمند آن دوران، پندنامه پزشکی اهوازی متعلق به علی بن مجوسی اهوازی (۳۱۸-۳۸۴ هـ

ق) است که از سوگندنامه بقراط بسیار کامل‌تر است.

پس از میلاد مسیح (ع) برخی اخلاقیون مسیحی از جمله آکونیاس، در قرون سوم و چهارم پس از میلاد، فلسفه اخلاق دینی

را در مقابل حکمت رواقی که فلسفه ای مادی‌گرایان (قرون سوم ق.م تا قرن سوم ب.م) بود بیان و تدوین نمودند. اخلاق

فلسفی مبتنی بر مسیحیت در جهان غرب تا اوایل عصر جدید فرهنگ مغرب زمین را تحت سیطره داشت. قرون ۱۷ و ۱۸ بعد

از میلاد تقریباً دوران گذر از قرون وسطی به عصر جدید پیشرفت‌های علمی بشر در جهان غرب محسوب می‌شود. در این

دوران هیوم (۱۷۱۱-۱۷۷۶)، کانت (۱۷۲۴-۱۸۰۴) بن‌تام (۱۷۴۸-۱۸۳۲) مهم‌ترین نظریات تأثیرگذار بر اخلاق پزشکی

را در غرب ارائه نمودند. سپس، میل (۱۸۰۶-۱۸۷۳) و مور (۱۸۷۳-۱۹۵۸) در دهه‌های بعد به بیان دیدگاه‌های فلسفی

خود در حیطه اخلاق پرداختند که در موضوع اخلاق پزشکی نیز تأثیراتی داشته است. اما قرن نوزدهم و سپس قرن بیستم

همزمان بود با علمی شدن طب که تغییر و تحولات عمیقی را در اخلاق پزشکی در پی داشته است. در این دوران گسترش

دانش طب، ایجاد تکنولوژی‌های نوین و پیدایش موضوعات اخلاقی جدید باعث ایجاد تحولاتی ضروری در اخلاق پزشکی

سنتی گردید.

لذا اخلاق پزشکی سنتی پایه گذار اخلاق پزشکی کاربردی نوین گردیده است و اخلاق پزشکی نوین با رسالت پرداختن به موضوعات و مباحث مطرح در جهان پزشکی و تلاش برای ارائه راهکارهای اخلاقی در مواقع لازم شکل گرفته و در حال حاضر در بسیاری از کشورهای جهان، اخلاق پزشکی نوین به صورت علمی و عملی با شیوه‌های جدید مبتنی بر حل مسئله و باتکیه بر اخلاق پزشکی سنتی مطرح و به درجات متفاوت فعال می‌باشد. طی چند دهه اخیر، مباحث عمیق اخلاقی در حوزه اخلاق پزشکی مطرح شده است که توجهات زیادی را در جوامع مختلف به خود جلب نموده است. وسعت یافتن دانش بشری، ارتقای فناوری‌ها، افزایش توانمندی‌های انسانی در تشخیص و معالجه بیماری‌ها، و تعدد راه‌های انتخابی برای پزشکان و بیماران، سوءالات روزافزونی را مطرح نموده است. این مسائل عمدتاً دستاوردهای جدید در حوزه علوم پزشکی و عناوین عمده‌ترین موضوعاتی هستند که برای عالمان اخلاق و پزشکان جوامع دغدغه آفرین بوده است. عناوینی چون:

- ارتباطات حرفه‌ای در طب - جایگاه جسم انسانی - انسان قبل از تولد؛ - انسان نابالغ - پیوند اعضا و بافت‌ها - خاتمه حیات انسانی - زیست فناوری و اخلاق پزشکی - شیوه‌های جدید القای بارداری - پژوهش‌های پزشکی. در برخی کشورهای غربی و اروپایی طی سه دهه اخیر کمیته‌های بالینی اخلاق پزشکی (CECS) با سیر رو به رشدی تشکیل شده و به فعالیت پرداخته اند. این کمیته‌ها به طور موثر و مطلوبی بر الگوی مراقبت‌ها تاثیر گذار هستند و عملکرد آنها شامل شکل دهی سیاست بیمارستان در موضوعات و مسائل اخلاقی - قانونی نظارت بر مشاوره‌های فردی در موارد بالینی خاص و مشکل و سازماندهی تعلیم و تربیت متخصصین امر اخلاق پزشکی می‌باشد.

از قدیمی‌ترین روزگاران امر طبابت در ایران با دیانت توأم بوده است. طب باستانی ایرانی با آیین زرتشت و تعلیمات اوستا پیوند جدایی ناپذیری داشته است. به طور کلی پزشکان از طبقه روحانیون که عالی‌ترین طبقه از طبقات چهارگانه (روحانیون - سربازان - کشاورزان و صنعتگران) بودند انتخاب می‌شدند.

این طبقه رشته الهیات و طب را همزمان تحصیل می‌نمودند و بعد از اتمام مقدمات آن یکی از این دو رشته را انتخاب کرده و

ادامه می دادند. موبدان زرتشتی بر حسن انجام اخلاق پزشکی که بخشی از امور دینی محسوب می شد نظارت می کردند و رئیس پزشکان نیز فن طبابت را تحت مراقبت و کنترل داشت و در کمک به بینوایان امر می کرد. در بخش "وندادید" اوستا گفتارهایی در بابت ویژگیهای پزشکان آمده است. شرایط طبیب این بوده که اولاً کتب زیادی مطالعه کرده و در فن خود تجربه کافی داشته باشد.

ثانیاً با صبر و حوصله به سخنان بیمار گوش فرا دهد و بیمار را با وجدانی بیدار معالجه کند و ثالثاً از خدا بترسد. در آئین زرتشت مهارت در درمان بیماران تنها معیار یک پزشک شایسته نبود بلکه شخصیت اخلاقی و دارا بودن وجدان در رتبه ای اولی تر قرار داشته است. زرتشتیان نسبت به اعمال خلاف چون سقط جنین، بارداری غیر مشروع و خطاهای پزشکی تعصب و حساسیت خاصی داشتند.

در عهد ساسانی اصول طب ایران کاملاً زرتشتی و مبتنی بر روایات اوستایی بود اما نفوذ طبابت یونانی نیز در آن مشهود می باشد. صفات یک طبیب شایسته در عصر ساسانی این بود که دانا بوده و نسبت به اعضا بدن و داروها شناخت کامل داشته باشد دنیا پرست نباشد و امراض را دقیق معاینه و معالجه نماید.

"کلیله و دمنه" که در زمان ساسانیان به وسیله برزویه طبیب به فارسی میانه ترجمه شده است در باب نخست خود برخی از صفات طبیب خوب را بر می شمرد از جمله چنین بیان می کند: "فاضل تر اطبا آن است که به معالجت از جهت ذخیره آخرت مواظبت نماید. به صواب آن لایق تر که بر معالجت مواظبت نمایی و بدان التفات نکنی که مردمان قدر طبیب ندانند.

یکی از مفاهیمی که در علوم مختلف مورد توجه قرار گرفته است علم اخلاق می باشد. یک اصل کلی در فلسفه علم و در منطق مدعی است که شرافت علوم به موضوع آنها می باشد و چون موضوع اخلاق انسان می باشد جزء افضل علوم می باشد و باید جایگاه آن در مباحث مختلف به صورت تمیز یافته ای احصا گردد. ارتباط بین اخلاق و مدیریت با دیدگاه های کاملاً چندگانه و گاه متعارض روبرو بوده است. عده ای از نظریه پردازان بر سازواری بین مفهوم اخلاق و مدیریت تاکید دارند و این که تحت هر

شرایطی می‌توان از مباحث اخلاقی در سازمان‌ها بحث کرد. دسته‌ای دیگر با تعابیر مختلفی مانند اخلاق و مدیریت: نفت و آب؛ اخلاق و مدیریت: تلفیق سیاه و سفید مدعی این داستان هستند که اخلاق و مدیریت تناسب چندانی با هم ندارند. ولی در حال حاضر ادبیات پژوهشی غالبی که در طی سالیان به دست آمده‌اند در این اصل اشتراک دارند که می‌توان با جرح و تعدیل هایی قوائد کلی اخلاقی را به کدهای اخلاقی فروکاهش داد و در موقعیت‌های مقتضی از آنها بهره برد. از این فرو کاهش‌ها در این سطح رشته‌های جدیدتری مانند اخلاق حرفه‌ای و اخلاق کسب و کار زاده شده‌اند که به طور مستقیم به مباحث استفاده از اخلاق در سازمان پرداخته‌اند که در ادامه به آنها با تفصیل بیشتری خواهیم پرداخت.

اخلاق

اخلاق از مشکل‌ترین لغاتی است که می‌توان آن را تعریف نمود و علما و دانشمندان در تعریف آن، با هم اتفاق نظر ندارند؛ برخی معتقد هستند اخلاق، صفت اخلاقی یا اندیشه اخلاقی، هیچ‌یک احتیاج به تعریف ندارند. اخلاق لغتی است شایع در زبان همه مردم و در هر زبان، لغاتی معادل این لغت وجود دارد.

اخلاق جمع خلق است و در لغت بر صفت رسوخ یافته‌ای در نفس آدمی دلالت می‌کند که معمولاً کارها و افعال، متناسب و مطابق با آن صفت، بدون نیاز به تفکر و تأمل از انسان صادر می‌گردد. اخلاق و مسایل اخلاقی، یکی از ارکان اساسی فرهنگ بشری را تشکیل می‌دهد و به همین سبب این موضوع از دیرباز در فرهنگ‌ها مورد توجه بوده، و امروزه نیز در بسیاری از کشورها مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. بخش زیادی از آموزه‌های دینی ادیان مختلف را اخلاقیات تشکیل می‌دهد. تجربه بشری نشان می‌دهد که انسان هیچ‌گاه حتی در دوره مدرن و پسامدرن هم بی‌نیاز از اخلاق نیست. اخلاق عمدتاً به این معنا به کار می‌رود که توانایی تشخیص درست از غلط افراد را نشان می‌دهد. این مفهوم هم چنین بسیار مرتبط است با هدایت

رفتار انفرادی و جمعی افراد در سطح اجتماع. اخلاق به طور کلی با منش خوب، رفتار مناسب، گرایش به فضایل اخلاقی و...

سروکار دارد.

اخلاق حرفه‌ای

اخلاق حرفه‌ای یکی از مسائل اساسی همه جوامع بشری است. در حال حاضر، متأسفانه در جامعه ما در محیط کار کمتر به

اخلاق حرفه‌ای توجه می‌شود. در حالی که در غرب سکولار، در دانش‌های مربوط به مدیریت و سازمان، شاخه‌ای با عنوان

اخلاق حرفه‌ای وجود دارد، ولی در جامعه دینی ما در مدیریت، به اخلاق توجه کافی نشده است. جامعه ما نیازمند آن است تا

ویژگی‌های اخلاق حرفه‌ای مانند دلبستگی به کار، روحیه مشارکت و اعتماد، ایجاد تعامل با یکدیگر و... را تعریف، و برای تحقق

آن فرهنگ‌سازی نماید. امروزه بسیاری از کشورها در جهان صنعتی به این بلوغ رسیده‌اند که بی‌اعتنایی به مسائل اخلاقی و

فرار از مسئولیت‌ها و تعهدات اجتماعی، به از بین رفتن بنگاه‌ها می‌انجامد. به همین دلیل، بسیاری از شرکت‌های موفق برای

تدوین استراتژی اخلاقی احساس نیاز کرده، و به این باور رسیده‌اند که باید در سازمان یک فرهنگ مبتنی بر اخلاق رسوخ

کند. از این‌رو، کوشیده‌اند به تحقیقات درباره اخلاق حرفه‌ای جایگاه ویژه‌ای بدهند؛ وقتی از حوزه فردی و شخصی به حوزه

کسب و کار گام می‌نهییم، اخلاق کار و یا اخلاق شغلی به میان می‌آید؛ مانند: اخلاق پزشکی، اخلاق معلمی، اخلاق مهندسی و

نظایر آن.

برای نمونه، چگونه ممکن است سیستم یک بیمارستان یا دانشگاه فاسد باشد، اما از پرستاران بخواهیم اخلاقی باشند. امروزه

اخلاق حرفه‌ای نقش راهبردی در بنگاه‌ها دارد و متخصصان مدیریت استراتژیک، اصول اخلاقی شایسته در سازمان را از پیش

شرط‌های مدیریت استراتژیک خوب دانسته‌اند. در اخلاق حرفه‌ای، مسئولیت‌های اخلاقی سازمان در قبال محیط داخلی و

خارجی است و این متمایز از حقوق کار است؛ اما حقوق کار نیز در آن وجود دارد. اصول اخلاقی خوب از پیش شرط‌های

مدیریت استراتژیک خوب است. این اصول موجب ایجاد یک شرکت و بنگاه خوب می‌شود. در ابتدا مفهوم اخلاق حرفه‌ای به

معنای اخلاق کار و اخلاق مشاغل به کار می‌رفت. امروزه نیز عده‌ای از نویسندگان اخلاق حرفه‌ای، از معنای نخستین این مفهوم برای تعریف آن استفاده می‌کنند. اصطلاحاتی مثل **work ethics** یا **professional ethics** معادل اخلاق کاری

یا اخلاق حرفه‌ای در زبان فارسی است. با این همه تعریف‌های مختلفی از اخلاق حرفه‌ای ارائه شده است:

اخلاق کار، متعهد شدن انرژی ذهنی و روانی و فیزیکی فرد یا گروه به ایده جمعی است در جهت اخذ قوا و استعداد درونی گروه و فرد برای توسعه به هر نحو؛ اخلاق حرفه‌ای به مسائل و پرسش‌های اخلاقی و اصول و ارزش‌های اخلاقی یک نظام حرفه‌ای می‌پردازد و ناظر بر اخلاق در محیط حرفه‌ای است. اخلاق حرفه‌ای یکی از شعبه‌های جدید اخلاق است که می‌کوشد به مسائل اخلاقی حرفه‌های گوناگون پاسخ داده و برای آن اصولی خاص متصور است. اخلاق حرفه‌ای مسئولیت‌پذیری فرد است در برابر رفتار فردی خود، صرفاً به منزله یک فرد انسانی، و اخلاق شغلی، مسئولیت‌پذیری یک فرد است در برابر رفتار حرفه‌ای و شغلی خود، به مثابه صاحب یک حرفه یا پست سازمانی.

ویژگی‌های اخلاق حرفه‌ای

امروزه در اخلاق حرفه‌ای، تلقی «شما حق دارید و من تکلیف»، مبنای هر گونه اخلاق در کسب و کار است. این مبنا از رفتار ارتباطی فرد، به صورت اصلی برای ارتباط سازمان با محیط مورد توجه قرار می‌گیرد و سازمان با دغدغه رعایت حقوق دیگران، از تکالیف خود می‌پرسد. ویژگی‌های اخلاق حرفه‌ای در مفهوم امروزی آن عبارت‌اند از: دارای هویت علم و دانش بودن، داشتن نقشی کاربردی، ارائه صیغه‌ای حرفه‌ای، بومی و وابسته بودن به فرهنگ، وابستگی به یک نظام اخلاقی، ارائه دانشی انسانی دارای زبان روشن انگیزشی، ارائه روی آوردی میان‌رشته‌ای.

گودزیر درباره ویژگی‌های افرادی که اخلاق حرفه‌ای دارند موارد زیر را بیان می‌کند:

مسئولیت پذیری: در این مورد فرد پاسخ‌گوست و مسئولیت تصمیم‌ها و پیامدهای آن را می‌پذیرد؛ سرمشق دیگران است؛

حساس و اخلاق‌مند است؛ به درستکاری و خوشنامی در کارش اهمیت می‌دهد؛ برای ادای تمام مسئولیت‌های خویش

کوشاست و مسئولیتی را که به عهده می‌گیرد، با تمام توان و خلوص نیت انجام می‌دهد.

برتری جویی و رقابت طلبی: دست پیدا می‌کند؛ جدی و پرجار است؛ به موقعیت فعلی خود راضی نیست و از طرق شایسته

دنبال ارتقای خود است؛ سعی نمی‌کند به هر طریقی در رقابت برنده باشد.

صادق بودن: مخالف ریاکاری و دورویی است؛ به ندای وجدان خود گوش فرامی‌دهد؛ در همه حال به شرافت‌مندی توجه می

کند؛ شجاع و باشهامت است.

احترام به دیگران: به حقوق دیگران احترام می‌گذارد؛ به نظر دیگران احترام می‌گذارد؛ خوش‌قول و وقت‌شناس است؛ به

دیگران حق تصمیم‌گیری می‌دهد؛ تنها منافع خود را مرجح نمی‌داند.

رعایت و احترام نسبت به ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی؛ برای ارزش‌های اجتماعی احترام قائل است؛ در فعالیت‌های اجتماعی

مشارکت می‌کند؛ به قوانین اجتماعی احترام می‌گذارد؛ در برخورد با فرهنگ‌های دیگر متعصبانه عمل نمی‌کند.

عدالت و انصاف: طرفدار حق است؛ در قضاوت تعصب ندارد؛ بین افراد از لحاظ فرهنگی، طبقه اجتماعی و اقتصادی، نژاد و

قومیت تبعیض قائل نمی‌شود.

همدردی با دیگران: دلسوز و رحیم است؛ در مصائب دیگران شریک می‌شود و از آنان حمایت می‌کند؛ به احساسات دیگران

توجه می‌کند؛ مشکلات دیگران را مشکل خود می‌داند.

اخلاق در پیراپزشکی

افراد حوزه سلامت در کار روزانه خود با وقایع اساسی و عمده ای همچون تولد، مرگ و رنج کشیدن سروکار دارند. امروزه در

تجزیه و تحلیل رفتار سازمان ها، پرداختن به اخلاق و ارزش های اخلاقی یکی از الزامات است. نماد بیرونی سازمان ها را

رفتارهای اخلاقی آنها تشکیل می دهد که خود حاصل جمع ارزش های گوناگون اخلاقی است که در آن سازمانها ظهور و بروز

یافته اند.

اخلاق؛ مجموعه تظاهرات رفتاری است که پرسنل در جریان رفتار حرفه ای خویش به صورت ارتباطات فردی در رابطه با

بیمار، بستگان بیمار، جامعه و همکاران از خود نشان می دهد.

هر حرفه و شغلی که به طور مستقیم در ارتباط با ارباب رجوع برخورد دارد، نیازمند اخلاق می باشد. اخلاق در اصل مفهومی است که به طور ذاتی هیچ اثری از خوبی و بدی را به دوش نمی کشد، اما به طور ساده به عاداتها، تمرین ها یا کاربردها اشاره دارد.

اصول اخلاقی یک مجموعه محکمی از فعالیتها را ارائه می دهد که اطاعت از آنها را الزامی می سازد. از سوی دیگر اخلاق حرفه ای؛ بیان کننده باورهای یک گروه حرفه ای است در مورد این که چه چیزی درست و مرتبط با معیارهای همان حرفه است. رفتار معنوی و توأم با مسئولیت با بیماران ، نقش موثری در بهبود و بازگشت سلامتی آنها دارد؛ لذا کار با بیمار بر پایه اخلاق استوار است.

اتخاذ تصمیمات اخلاقی به روش صحیح مستلزم توجه به نکات ذیل می باشد:

۱- ارزش های خود و مددجو را بررسی کنید.

۲- چگونگی تاثیر ارزش ها بر تصمیمات بیمار را درک کنید.

۳- درباره ی انواع مشکلات اخلاقی که احتمالاً با آنها مواجه می شوید، فکر کنید.

اخلاق در علوم پزشکی علمی است که موضوع آن بررسی مجموعه آداب و رفتارهای پسندیده و ناپسندی است که صاحبان مشاغل پزشکی باید به آن توجه نمایند. پیراپزشکان ، جامعه بزرگی از افراد حوزه سلامت را تشکیل می دهند. این افراد در کار حرفه ای خود در ارتباط مستقیم و غیرمستقیم با بیماران در محیط های کاری مختلف از جمله آزمایشگاه ، پاتولوژی، اتاق عمل، ریکواری و ... می باشند.

در این محیط های کاری، افراد حرفه ای یا بصورت مستقیم با خود بیمار در ارتباطند و یا بصورت غیرمستقیم با نمونه های مختلف از بیماران در ارتباط هستند. رعایت اصول اخلاقی در تمامی محیط های فوق امری ضروری است؛ به طوریکه مستلزم رعایت ضوابط اخلاقی در کار می باشد.

در تبیین ضوابط اخلاقی حرفه ای توجه به افتراق بین ارزش ها (Values)؛ اعتقادات (beliefs) و دیدگاه ها (attitudes) مهم است.

ارزش ها (values) : شامل عقاید و دیدگاه های پایدار فرد در مورد ارزش یک شخصی ، شی، ایده یا عمل می شود. ارزش ها به عنومان یک راهنما جهت اخذ تصمیمات و اقدامات در قالب تصمیم گیریهای اخلاقی می شود.

افراد ذاتاً، ارزش هایشان را به طور پیوسته از مهمترین تا کم اهمیت ترین مرتب می کنند که این کار از ارزش ها یک سیستم و نظام تشکیل می دهد که آن را نظام ارزشی (value system) می نامند. نظام ارزشی پایه ی یک سبک زندگی هستند که به زندگی جهت داده و پایه ی رفتار را تشکیل می دهند.

افراد ارزش ها را به طرق مختلف کسب می کنند. فهم و درک ارزش ها از اوایل کودکی شروع شده و تاثیرپذیر از روش تربیت کودک است.

اعتقادات (beliefs) : با ارزش ها در ارتباطند؛ اما با آنها یکسان و همانند نیستند. افراد اعتقادات زیادی دارند ولی تعداد ارزش هایشان کم تر است. عقاید؛ نتایج یا تعبیراتی هستند که افراد آنها را درست می دانند و بیشتر براساس ایمان بنا شده تا حقیقت و واقعیت .

عقاید لزوماً شامل ارزشها نمی شوند. برای مثال این جمله که «اگر بیمار رژیم غذایی را رعایت کند، حتماً چالش بهتر می شود» یک عقیده است که شامل ارزش نمی شود و برعکس، جمله ی « رعایت رژیم غذایی مهم است، باید این رژیم بخوبی رعایت شود تا بیمار حالش بهتر شود» هم شامل یک عقیده و هم یک ارزش است.

دیدگاه‌ها (attitudes): احساسات یا حالات ذهنی نسبت به یک شخص، شیء یا ایده هستند. مثل حس آزادی، حس

دلسوزی.

معمولاً دیدگاه‌ها با گذشت زمان باقی می‌مانند در حالیکه عقاید ممکن است فقط برای مدت زمان کوتاهی طول بکشند.

دیدگاه‌ها اغلب به صورت خوب یا بد، مثبت یا منفی قضاوت می‌شوند در حالیکه عقاید بصورت درست یا غلط قضاوت می‌

شوند.

پیراپزشکان در مسیر حرفه‌ای خود در موقعیتهای کاری مختلف؛ تصمیمات اخلاقی می‌گیرند. در این مسیر فرد حرفه‌ای

باید از کشمکش‌های اخلاقی و برداشت خود از موقعیتهای آسیب‌پذیر شناخت داشته باشد و از نتایج اخلاقی در تصمیم

گیریهای خود آگاهی داشته باشد؛ این مسئله همان حساسیت اخلاق حرفه‌ای (professional moral sensitivity)

است. حساسیت اخلاق حرفه‌ای باعث می‌شود افراد نسبت به انجام اقداماتی که برای بیمار انجام می‌دهند، مدیریت بهتری

در محیط بالینی داشته باشند. این مسئله سبب افزایش مسئولیت‌پذیری در پرسنل و از طرفی سبب افزایش رضایتمندی در

بیماران می‌شود.

هر حرفه در مسیر اجتماعی شدن؛ ارزش‌های حرفه‌ای (professional value) را کسب می‌کند. در ذیل به برخی ارزش

های مورد نیاز در پیراپزشکی اشاره شده است.

نوع دوستی (altruism): اهمیت دادن به رفاه و خوشی دیگران است.

خودمختاری، استقلال (autonomy): توجه به حقوق بیماران در مورد تصمیم‌گیریهای بالینی.

صداقت و درست‌ی: عمل کردن براساس ضوابط اخلاقی مناسب و استانداردهای حرفه‌ای.

عدالت اجتماعی: توجه به درمان بدون در نظر گرفتن وضع اقتصادی، نژاد، قومیت، سن، تابعیت، ناتوانی یا تمایلات جنسی

بیمار.

چارچوب های اخلاقی:

در علوم پزشکی؛ افراد حرفه ای جهت تصمیم گیری در مورد موقعیتهای اخلاقی به طور گسترده از سه نظریه اخلاقی ذیل

بهره می گیرند:

نظریه های مبنی بر عواقب (نتیجه گرایی): به دست آوردها (نتایج) یک عمل در قضاوت اینکه آیا این عمل درست یا غلط

است، توجه می کند. مثلاً در اصل اخلاقی سودمندگرایی؛ یک کار خوب را کاری می داند که از هم مفیدتر بوده و برای تعداد

بیشتری از افراد بیشترین نفع و کمترین ضرر را دارد. نظریات مبنی بر عواقب بر مسائل عدالت در توزیع منابع و بی طرفی

تمرکز دارد.

نظریه های مبنی بر اصول (وظیفه شناسی): شامل فرآیندهای قانونی و منطقی می شوند و بر حقوق افراد، وظایف و تعهدات

تاکید دارند. در این نظریه اخلاقی بودن یک عمل، براساس عواقب آن تعیین نمی شود، بلکه بر این اساس است که آیا این کار

براساس یک اصل عینی و منصفانه انجام شده است یا نه.

مثلاً پرسنل اتاق عمل براساس قانون «دروغ نگو» ممکن است معتقد باشد که به یک مددجو که در اتاق عمل در حال مرگ

است باید راستش را گفت، حتی اگر پزشک دستور داده است که فعلاً این کار صورت نگیرد.

نظریه های مبنی بر روابط (مراقبتی): بر شجاعت، سخاوت، تعهد و نیازمندی به پرورش و نگهداری از روابط تاکید دارند. این

نظریه اقدامات را از منظر مراقبت و مسئولیت قضاوت می کنند. رفاه افراد و فوائد مراقبت مورد تاکید است.

اصول اخلاقی:

اصول اخلاقی جملاتی در مورد مفاهیم فلسفی، عمومی و گسترده ای همانند خودمختاری و عدالت است. این اصول اساس

قوانین اخلاقی را تشکیل می دهند و برای اقدامات، دستورالعمل های خاصی محسوب می شوند.

مجموعه اصول اخلاقی هر حرفه که توسط افراد آن حرفه پذیرفته می شوند؛ نظام نامه اخلاقی نامیده می شود. نظام نامه،

راهنمایی جهت تصمیم گیریهای حرفه ای در هنگامی که پرسشی در مورد رفتار یا عملکرد صحیح مطرح می شود؛ می باشد.

افراد در بحث های اخلاقی ممکن است درباره ی درست بودن یک اقدام در یک موقعیت با یکدیگر مخالف باشند، ولی ممکن

است که بتوانند در مورد اصولی که به کار می برند با یکدیگر موافقت نمایند. مثلاً بیشتر افراد با این اصل که باید به مددجو

احترام بگذارند موافق هستند، ولی در این مسئله که پرستار باید در روند تشخیص بیماری یک مددجوی منحصر به فرد او را

فریب دهند ممکن است با یکدیگر مخالف باشند.

خودمختاری (استقلال): به حق تصمیم گیری یک فرد درباره ی خودش اشاره دارد. استقلال به عدم وابستگی یک شخص

گفته می شود. احترام به استقلال مددجو اساس انجام مراقبت های بهداشتی است. افراد حرفه ای که این اصل را دنبال می

کنند، می دانند که هر مددجو یک فرد منحصر به فرد است و این حق را دارد که انتخاب کند که می خواهد چه فردی باشد و

اهداف شخصی خود را انتخاب کند. افراد اگر توانایی تصمیم گیری داشته باشند، خودمختاری درونی دارند و اگر تصمیماتشان

توسط افراد دیگر به آنها تحمیل نشود و در تصمیم گیری محدود نباشند، خودمختاری بیرونی دارند. اخذ رضایت عمل یکی از

مصادق های توجه به اصل خودمختاری است.

عدم آسیب رسانی (non maleficence): آسیب می تواند به معنای آسیب رساندن عمدی و کسی را در معرض آسیب

قرار دادن باشد.

آسیب عمدی به هیچ وجه در مراقبت از افراد قابل قبول نیست.

یک مدد جو ممکن است در یک پروسیجر جراحی که قصدش کمک به وی است، در معرض آسیب شناخته شده ی ناشی از این جراحی که جزئی از عواقب کار است، قرار بگیرد. آسیب غیرعمدی هنگامی اتفاق می افتد که خطر آسیب نمی تواند پیش بینی شود.

سودمندی (beneficence): سودمندی برانجام کارهای مثبت در جهت یاری رساندن به دیگران دلالت دارد. عمل

سودمندانه انگیزه انجام کار نیک در حق دیگران را تشویق می کند. انجام کار خوب ممکن است خطر آسیب رساندن به افراد را مطرح کند مثلاً واکسینه کردن یک کودک ممکن است در زمان اجرا سبب ناراحتی وی شود، ولی منفعت حفاظت علیه بیماری چه به صورت فردی و چه به صورت اجتماعی، مهمتر از ناراحتی موقتی است .

عدالت (Justice): عدالت به معنای انصاف است و غالباً به بی طرفی نسبت داده می شود. اگر پرسنل اتاق عمل که در حال

آموزش به فرد در اتاق ریکاوری است زمان بیشتری را به وی اختصاص دهد ممکن است حق فردی که تازه در حال پذیرش به اتاق عمل است نادیده گرفته شود و وی را مدت بیشتری در روند پذیرش نگه دارند.

وفاداری، تعهد (fidelity): تعهد به توافق در وفای به عهد نسبت داده می شود. به معنای پایبند بودن به قول ها و توافقات

است. مثلاً اگر پرسنل اتاق عمل در اتاق ریکاوری جهت تسکین درد بیمار برنامه ریزی کند.

صداقت (veracity): به گفتن حقیقت اشاره دارد. صداقت در کل به معنی صحت یا سازگاری با حقیقت می باشد. صداقت

هرچند که یک ارزش آشکار است ولی ممکن است در هنگام ارائه مراقبت با چالش مواجهه شود.

رازداری: حفظ اسرار و اطلاعات بیمار است. بدون رضایت وی نباید از پرونده پزشکی بیمار عکس گرفت و ارسال کرد. این

مسئله حتی شامل اطلاع اعضای خانواده نیز می شود. تعهد به رازداری سبب شده است که برای کامپیوتری کردن پرونده

پزشکی بحث های چالشی به وجود آید. حفاظت از رازداری اغلب با نیاز به تسهیل دسترسی به اطلاعات در تعارض است.

منشا مشکلات اخلاقی در عصر حاضر:

ایجاد چالش های اخیر اخلاقی در محیط بالینی عمدتاً ناشی از عوامل ذیل است:

۱- تغییرات اجتماعی: تغییرات اجتماعی از جمله جنبش حقوق زنان، جنبش حقوق کودکان و افراد سالمند و هم چنین

تغییرات فرهنگی در بستر اجتماع همگی مسائل عدالت در مراقبت و تخصیص منابع را ایجاد کرده اند.

عوامل اقتصادی نقش اساسی در شکل گیری مسائل اخلاقی دارد.

این عوامل بستر را برای شکل گیری مسائل اجتماعی هموار می گرداند. کمبودها، فقر و عدم دسترسی همگان به فرصت های

برابر درمانی نیز زمینه ساز مشکلات اخلاقی عصر حاضر است.

۲- تغییرات تکنولوژی: تکنولوژی مسائل جدیدی را به وجود می آورد که در گذشته وجود نداشتند. امروزه با وجود

تکنولوژی برخلاف گذشته از وضعیت فیزیولوژیک و روانی هیچ بیماری نمی توان نامید شد و حتی بیماریانی که در مراحل

انتهایی زندگی می باشند نیز با وجود تکنولوژیهای جدید می توانند با جنبه های مختلف زندگی خود تطابق بهتری داشته

باشند. پیشرفتهای موجود در توانایی و رمزگشایی و کنترل رشد بافت ها از طریق دست کاری و تغییر ژنتیکی ، دورراهی های

اخلاقی بالقوه جدیدی ارائه می کند که به کلونینگ (همانندسازی) موجودات زنده و تغییر جهت بیماریهای ارثی و ویژگی های

بیولوژیکی مربوط می شود.

۳- وظیفه شناسی و تعهدات متعارض: نیازهای مددجو ممکن است که با سیاست های سازمانی ، اولویت ارائه دهندگان

مراقبت های اولیه، نیازهای خانواده و حتی قوانین دولت در تضاد و تعارض باشد. مثلاً داروی مخدر برای وضعیت معمول بیمار

می تواند موثر باشد ولی پرسنل باید نسبت به این مسئله آگاهی داشته باشند که توجه به استفاده از آن با تعهدات شغلی ،

قوانین موسسه و قوانین دولتی در تعارض است.

تصمیم‌گیری اخلاقی :

- اولین مسئله در چالش‌های اخلاقی تعیین این موضوع است که آیا مسئله اخلاقی وجود دارد یا نه. برای تعیین جنبه‌های

اخلاق یک مسئله می‌توان از موارد ذیل کمک گرفت.

۱- یک انتخاب دشوار بین اقدامات درمانی با نیازهای شخصی مددجو

۲- استفاده از اصول و چارچوب‌های اخلاقی در توجیه اقدامات

۳- انتخاب تصمیم‌گیری اخلاقی باید آزادانه و آگاهانه باشد.

۴- انتخاب از احساسات شخصی و محتوای خاص موقعیت، تاثیر می‌پذیرد.

- گام دوم در ارتباط با مسئله اخلاقی این است که بایستی تمام حقایق مرتبط با آن مسئله جمع‌آوری شود. داده‌ها باید

شامل اطلاعاتی در مورد مشکلات سلامتی مددجو باشد. تعیین کنید که چه کسانی در این مسئله دخیل هستند؛ نقش آنها

چیست و انگیزه آنها از انجام اقدامات چیست.

- گام بعد تعیین مالک و صاحب تصمیم‌گیری است. اگر در قوانین موسسه در مورد اینکه در مورد مسائل خاص اخلاقی چه

کسی باید تصمیم‌گیرنده باشد؛ از قبل تعیین شده باشد مفید و کمک‌کننده خواهد بود.

- گام بعد تعیین ارزشهای شخصی است. هرکسی که در مورد مسئله اخلاقی تصمیم‌گیرنده است باید ارزشهای وی در مورد

چرایی تصمیم‌گیری او تعیین شوند.

- قوانین عملی و سیاست‌های موسسه را بشناسید.

- از منابع مناسب میان رشته‌ای استفاده کنید: می‌توانید در مورد یک مسئله خاص اخلاقی از دیگر علوم مانند قاضی، وکیل

و مشاور استفاده نمود.

- اقدامات و تاثیر آنها بر نتایج مددجو و خانواده را مشخص نمائید.

- برای هر اقدام ، خطر و شدت عواقب کار را برای خود شناسایی کنید.

- به طور فعال در رفع مشکل اخلاقی شرکت کنید. اقداماتی را پیشنهاد کنید که می توانند از لحاظ اخلاقی حمایت شده و این

مسئله را نیز در نظر داشته باشید که تمام اقدامات ، جنبه های مثبت و منفی دارند .

- اقدام را انجام دهید.

- اقدام انجام شده را ارزیابی کنید.

دسته بندی مکاتب و نظریات اخلاقی

در موضوع اخلاق و فلسفه اخلاق در طول تاریخ، مکاتب و دیدگاه های بسیار متعدد و متنوعی از سوی اندیشمندان و

فیلسوفان شرق و غرب پدید آمده است. بسیاری از فیلسوفان، از روزگار یونان باستان تا عصر حاضر، همواره کوشیده و

می کوشند تا متناسب با مبانی فکری و فلسفی خود، نظامی اخلاقی ارائه دهند. این مکاتب و نظام های اخلاقی از سوی

نویسندگان مختلف، به گونه های متفاوتی دسته بندی و تنظیم شده اند. ما در این قسمت برآنیم تا با اشاره به برخی از مهم ترین

دسته بندی های انجام گرفته، خود نیز معیاری برای تنظیم و دسته بندی مکاتب مختلف ارائه داده و بر اساس آن به بررسی و

نقد مکاتب اخلاقی بپردازیم.

۱. دسته بندی تاریخی

برخی از نویسندگان در بررسی مکاتب اخلاقی توالی و تعاقب تاریخی آنها را مورد توجه قرار داده‌اند. به این صورت که معمولاً از نظریه اخلاقی سقراط شروع کرده و سپس به ترتیب به بررسی نظریات اخلاقی افلاطون، ارسطو و سایر شاگردان و پیروان سقراط پرداخته و به همین ترتیب، پس از بیان نظریات و مکاتب اخلاقی یونان باستان به بررسی اخلاق مسیحی و اندیشمندان بزرگ قرون وسطی مبادرت می‌ورزند و در نهایت به بررسی نظریات اخلاقی دوران جدید می‌رسند. به عنوان مثال، می‌توان به کتاب تاریخچه فلسفه اخلاق اثر آلسدر مک‌این‌تایر، یکی از مشهورترین فیلسوفان اخلاقی معاصر، اشاره کرد. وی در این کتاب به بررسی سیر تحول نظریات اخلاقی از روزگار یونان باستان، سوفسطاییان و سقراط، تا زمان حاضر و مکاتب اخلاقی در قرن بیستم پرداخته است. البته کوشیده است که دوران‌ها، مکاتب و افراد مهم، برجسته و سرنوشت‌ساز را مورد بررسی قرار دهد.^(۱) و الا همانطور که خود مؤلف تصریح کرده است، نیاز به یک مجموعه سی جلدی بود. همچنین کتاب تاریخ فلسفه اخلاق غرب،^(۲) ویراسته لارنس سی. بکر، که توسط گروهی از مترجمان به چاپ رسیده از همین شیوه بهره جسته است. این کتاب مشتمل بر سیزده بخش در باب تاریخ فلسفه اخلاق در غرب است که از یونان باستان پیش از سقراط تا دهه نهم قرن بیستم را در بر می‌گیرد. دوره‌های تاریخی که در این کتاب طرح شده است به قرار زیر است:

(۱) یونان ما قبل سقراط؛ (۲) یونان باستان؛ (۳) دوران یونانی مآبی؛ (۴) فلسفه اخلاق رومی؛

(۵) قرون وسطای اولیه؛ (۶) قرون وسطای متأخر؛ (۷) رنسانس؛ (۸) قرون هفدهم و هیجدهم؛

(۹) فلسفه اخلاق بریتانیا در قرن نوزدهم؛ (۱۰) فلسفه اخلاق قاره اروپا در قرن نوزدهم؛

(۱۱) فلسفه اخلاق قاره اروپا در قرن بیستم (بخش اول)؛ (۱۲) فلسفه اخلاق قاره اروپا در قرن بیستم (بخش دوم)؛ و

(۱۳) فلسفه اخلاق انگلیسی - آمریکایی قرن بیستم.

دسته‌بندی تاریخی دارای این امتیاز هست که ما را به خوبی با نظریات متنوع و متکثر اخلاقی و همچنین، هر چند به صورتی تبعی و عارضی، تا اندازه‌ای ما را با فلسفه و راز پیدایش نظریات مختلف، و گاه متضاد اخلاقی در میان اندیشمندان مغرب زمین آشنا می‌کند. در عین حال، دو نقیصه نیز دارد: نخست آنکه اگر بخواهیم نظریات اخلاقی را بر اساس سیر پیدایش

تاریخی آنها بررسی کنیم در بسیاری از موارد لازم است که مباحث را تکرار کنیم. به عنوان مثال، وقتی بخواهیم، نظریه گلاوکن^(۲)، از فیلسوفان یونان باستان را بررسی کنیم. از آنجا که وی یک قراردادگرا بوده است، به ناچار باید بسیاری از مباحث مقدماتی را برای تبیین و توضیح نظریه او درباره قراردادگرایی اخلاقی بیان کنیم. و سپس به هنگام بررسی نظریه اخلاقی جان راولز، از فلسفه اخلاق معاصر، که او هم یک قراردادگرا بوده است، لازم است که آنها را تکرار کنیم و یا دست کم دائماً به مباحث قبل ارجاع دهیم. و یا اگر بخواهیم نظریه اثیفرود را درباره معیار اخلاق و شرعی یا عقلی بودن حسن و قبح توضیح دهیم، لازم است بسیاری از مقدمات بحث نظریه امر الهی را بیان کنیم و سپس به هنگام بیان دیدگاه مدافعان بعدی این نظریه مجدداً می‌بایست همان مباحث را تکرار کرده و یا تذکر دهیم. مگر آن که بخواهیم به هنگام بیان هر مکتبی، همه مدافعان آن را مورد توجه قرار دهیم و به این صورت هم با تاریخ پیدایش و سیر تحولات آن مکتب آشنا می‌شویم و هم از تکرار در امان خواهیم بود. و این کاری است که ما می‌کوشیم آن را انجام دهیم. البته روشن است که در این صورت بر اساس سیر تاریخی و دسته‌بندی تاریخی جلو نرفته‌ایم.

ثانیاً در دسته‌بندی تاریخی منشأ اختلاف و پراکندگی مکاتب اخلاقی و علت اصلی تعدد و تکثر آنها نیز برای ما چندان روشن نمی‌شود. یعنی، به عنوان مثال، چندان معلوم نمی‌شود که تفاوت و تمایز اصلی و اساسی مکتب سعادت‌گرایی با مکتب قراردادگرایی در چیست. و یا تمایز قدرت‌گرایی با نظریه امر الهی کدام است.

۲. دسته‌بندی بر اساس نظریات اخلاق هنجاری

همانطور که در کتاب فلسفه اخلاق^(۱) به تفصیل توضیح دادیم، انواع پژوهش‌های مختلفی که در باب اخلاق و نظریات مختلف اخلاقی می‌توان انجام داد، و یا از سوی اندیشمندان مختلف انجام گرفته است، در سه دسته کلی جای می‌گیرند:

۱- پژوهش‌های توصیفی

این نوع پژوهش، همانطور که از نامش پیداست، با کمک روش نقلی و تجربی، به توصیف و گزارش اخلاقیات افراد، گروه‌ها و جوامع مختلف می‌پردازد. و هدف آن صرفاً آشنایی با نوع رفتار و اخلاق فرد یا جامعه خاصی است. در این نوع پژوهش از هرگونه ارزیابی و ارزش‌داوری پرهیز شده و از درستی یا نادرستی احکام و معیارهای اخلاقی بحثی به میان نمی‌آید. روشن است که این نوع بحث در حیطه کار ما نیست. یعنی ما نمی‌خواهیم در این کتاب صرفاً با اخلاقیات و مکاتب مختلف اخلاقی در مغرب‌زمین آشنا شویم. بلکه افزون بر آشنایی، می‌خواهیم به بررسی کمبودها و کاستی‌های آنها و در نهایت ارائه یک دیدگاه معقول و قابل دفاع نیز بپردازیم.

۲- پژوهش‌های فرااخلاقی

در این نوع پژوهش با روش عقلی و فلسفی، به تحلیل و تبیین مفاهیم و احکام اخلاقی، از حیث معناشناختی، وجودشناختی و معرفت‌شناختی پرداخته می‌شود و نظریات مختلف اخلاقی در حوزه‌های یادشده مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۳- پژوهش‌های هنجاری

در این نوع از پژوهش اخلاقی، در حقیقت به دنبال معیاری برای تعیین حسن و قبح افعال اختیاری انسان هستیم. یعنی می‌خواهیم بدانیم که چه کارهایی را می‌توان متصف به حسن کرد و چه رفتارها و ویژگی‌هایی را می‌توان متصف به قبح نمود. هدف اصلی پژوهش‌های هنجاری یا دستوری در باب اخلاق، در حقیقت، راهنمایی کردن افراد در تصمیم‌گیری‌ها و احکام مربوط به افعال اختیاری آنان در موقعیت‌های خاص است. توضیح آنکه، ما در هر موقعیتی با این پرسش مواجه هستیم که انجام چه کاری برای ما از لحاظ اخلاقی درست است. و یا باید این سؤال را پاسخ دهیم که به هنگام تعارضات اخلاقی چه باید کرد. پاسخ این پرسش‌ها بر عهده اخلاق هنجاری و پژوهش‌های هنجاری و دستوری است.

نظریات و مکاتب اخلاقی را، با توجه به معیاری که برای تعیین خوب و بد و تشخیص درست از نادرست ارائه داده‌اند، به دو

دسته کلی تقسیم کرده‌اند: نظریه‌های غایت‌گرایانه و نظریه‌های وظیفه‌گرایانه:

۱. نظریه‌های غایت‌گرایانه

بر اساس نظریه‌های غایت‌گرایانه، ملاک درستی و نادرستی و بایستگی و نبایستگی یک رفتار، همان ارزش‌های بیرونی و خارج از حوزه اخلاق است که به وجود می‌آورد. بنابراین یک عمل تنها در صورتی صواب است که دست کم به اندازه هر بدیل ممکن دیگری، موجب غلبه خیر بر شر شود. و یا آن که مقصود از آن ایجاد غلبه خیر بر شر باشد و تنها در صورتی خطا است که نه موجب غلبه خیر بر شر شود و نه مقصود از آن ایجاد چنین غلبه‌ای باشد. به تعبیر دیگر، غایت‌گرایان برای تشخیص صواب از خطا و درست از نادرست، نتیجه حاصل از کار اختیاری را مورد لحاظ قرار می‌دهند. به این صورت که اگر کاری ما را به نتیجه مطلوب برساند و یا دست کم در خدمت وصول به نتیجه و غایت مطلوب باشد خوب است؛ اما اگر ما را از آن نتیجه دور کند، بد دانسته می‌شود.

البته غایت‌گرایان درباره این که غایت مطلوب از فعل اخلاقی چیست و هدف از کار اخلاقی وصول به کدام نقطه است دیدگاه‌های مختلفی دارند. برخی از آنان لذت را به عنوان غایت فعل اخلاقی معرفی کرده‌اند و برخی دیگر قدرت را و گروهی نیز کمال را به عنوان غایه الغایات فعل اخلاقی برشمرده‌اند و به همین ترتیب دیدگاه‌های دیگری نیز طرح شده است.

همچنین باید دانست که غایت‌گرایان درباره این که باید به دنبال فراهم آوردن خیر چه کسی بود اختلاف نظر دارند و در

این رابطه به دو دسته کلی تقسیم شده‌اند: **خودگرایان** اخلاقی و **سودگرایان**. بر اساس نظریه خودگرایی اخلاقی، انسان

همیشه باید به دنبال انجام کاری باشد که بیشترین خیر را برای خودش به بار آورد. آریستوتلس (۴۳۵ - ۳۵۰ ق.م)، اپیکور

(۳۴۷ - ۲۷۰ ق.م)، هابز (۱۵۸۸ - ۱۶۷۹) بنام (۱۷۴۸ - ۱۸۳۲) و نیچه (۱۸۴۴ - ۱۹۰۰) از این نظریه دفاع می‌کردند. در

مقابل، **سودگرایی** اخلاقی معتقد است که مقصود نهایی عبارت است از بیشترین خیر عمومی. یک عمل تنها در صورتی

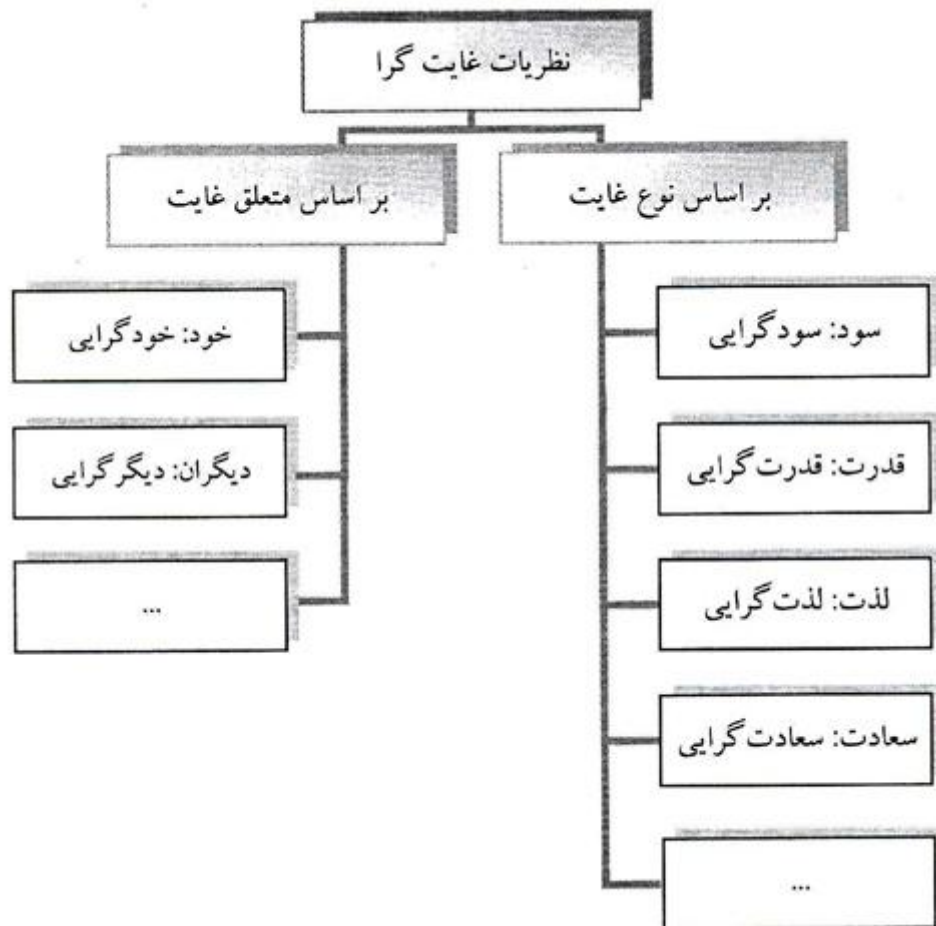
خوب است که دست کم به اندازه هر بدیل دیگری به غلبه خیر بر شر در کل جهان منجر شود یا احتمالاً منجر شود. البته

ممکن است که نظریات غایت‌گرایانه دیگری نیز وجود داشته باشد که نه خودگرا باشند و نه سودگرا بلکه دیدگاهی بینابین را

اتخاذ کنند. مثل نظریاتی که

معتقدند کار خوب کاری است که به بیشترین غلبه خیر بر شر برای گروه خاصی مثل ملت، طبقه، خانواده یا نژاد خاصی

منجر شود.



۲. نظریات وظیفه‌گرایانه

دسته دوم از نظریات اخلاق هنجاری، نظریات وظیفه‌گرایانه نامیده می‌شوند. نظریات وظیفه‌گرایانه، همانطور که از عنوانشان پیدا است، به نظریاتی گفته می‌شود که معیار فعل اخلاقی و معیار حسن و قبح افعال اختیاری انسان را در هماهنگی و عدم هماهنگی آنها با وظیفه جستجو می‌کنند.

نظریات وظیفه‌گرا نیز در یک تقسیم به دو دسته **وظیفه‌گرایی عمل‌نگر** و **وظیفه‌گرایی قاعده‌نگر** تقسیم می‌شوند.

وظیفه‌گرایان عمل‌نگر به دنبال این هستند که وظیفه اخلاقی ما

را برای هر مورد جزئی و خاص مشخص کنند. یعنی می‌خواهند بدانند که مثلاً آقای زید در فلان موقعیت خاص چه باید

بکند یا چه نباید بکند. در مقابل، وظیفه‌گرایان قاعده‌نگر بر این باورند که ما قواعدی را برای تشخیص صواب و خطا در اختیار

داریم. **نظریه امر الهی** یا نظریه قائلان به حسن و قبح شرعی و همچنین **نظریه اخلاقی کانت** از جمله مشهورترین نظریات

وظیفه‌گرای قاعده‌نگر به حساب می‌آیند.



به هر حال، مکاتب اخلاقی مختلف را می‌توان بر اساس نظریات اخلاق هنجاری نیز دسته‌بندی کرد. اما روشن است که در این نوع دسته‌بندی نیز بسیاری از مطالبی که برای ما از اهمیت زیادی برخوردارند، نادیده گرفته خواهند شد. مطالبی چون واقعی یا غیر واقعی بودن احکام و گزاره‌های اخلاقی؛ نسبی یا مطلق بودن احکام اخلاقی

۴. دسته‌بندی بر اساس واقع‌گرایی و غیر واقع‌گرایی

سومین شیوه برای دسته‌بندی مکاتب اخلاقی این است که بر اساس نظریات مربوط به فرااخلاق، به ویژه مسأله واقع‌گرایی و غیر واقع‌گرایی آنها را تقسیم کنیم. توضیح آن که: درباره حقیقت جملات اخلاقی، نظرات متعددی از سوی فیلسوفان اخلاق مطرح شده است. برخی بر این باورند که احکام و جملات اخلاقی از سنخ جملات انشائی بوده و از هیچ واقعیت خارجی حکایت نمی‌کنند و در مقابل برخی دیگر بر این باورند که جملات اخلاقی از قبیل جملات خبری بوده و از عالم واقع حکایت می‌کنند. به یقین هیچ مکتبی را نمی‌توانیم سراغ بگیریم که در یکی از این دو دسته جای نگیرد.

این دسته بندی از مزایای زیادی برخوردار است. نخست آن که معیار تقسیم را یکی از مهم‌ترین و سرنوشت سازترین مسائل اخلاقی یعنی مسأله واقع‌گرایی، قرار داده‌ایم و دوم آن که اگر نیک بنگریم مهم‌ترین و بنیادی‌ترین عامل مکتب‌ساز در فلسفه اخلاق به همین مسأله برمی‌گردد. یعنی عدم شناخت درست مسائل تصوری و تصدیقی علم اخلاق موجب بروز این همه مکاتب مختلف شده است.

توضیح آن که: وجود اختلاف در مسائل علوم و راه‌حلهایی که صاحب نظران ارائه می‌دهند امر شگفت‌انگیزی نیست؛ اما اختلاف در مسائل فلسفه اخلاق را با اختلاف در کمتر علمی می‌توان مقایسه کرد. مخصوصاً با توجه به این که این اختلافات منحصر به امور جزئی و فرعی نیست؛ بلکه غالباً در مبانی و مسائل اصلی نیز هست و فاصله بین نظریات مثل تفاوت قوس‌های کوتاه و چند درجه‌ای نیست؛ بلکه در بسیاری از موارد مثل فاصله بین دو قطب متقابل و متضاد است و طبعاً این اختلافات

عجیب، پژوهنده را دچار شگفتی می‌کند و این سؤال را در ذهن او پدید می‌آورد که منشأ این اختلافات چیست و چگونه است که حتی دو فیلسوف معاصر که عضو یک خانواده فرهنگی به شمار می‌آیند نیز از چنین اختلافاتی مصون نبوده و نیستند.

پاسخ این است که مسائل علوم از نظر نزدیکی و دوری به امور حسی متفاوت‌اند: موضوعات بعضی از علوم را امور محسوس و قابل تجربه حسی تشکیل می‌دهد و احکامی که در علوم مربوطه برای آنها بیان می‌شود. یا مستقیماً و یا به وسیله ابزارهای علمی، قابل آزمایش است. ولی دسته دیگری از علوم درباره موضوعات عقلی و انتزاعی بحث می‌کنند و ارزیابی نظریاتی که پیرامون آنها طرح می‌شود دشوار است. البته نباید تصور کرد که مفاهیم انتزاعی به کلی بیگانه از واقعیات عینی هستند و به هیچ وجه ارتباطی با آنها ندارند زیرا در جای خودش ثابت شده، و در کتاب فلسفه اخلاق به تفصیل تبیین شد،^(۱) که معقولات ثانی فلسفی از امور واقعی و نفس الامری حکایت می‌کنند و تصور بسیاری از آنها از راه تعریف‌های مناسب، و تصدیق به آنها از راه اقامه برهان، صورت می‌گیرد. دشواری کار در این گونه مسائل از اینجا ناشی می‌شود که تعریف دقیق این گونه مفاهیم در گرو بازشناسی همه اموری است که نقشی در انتزاع آنها دارد تا دایره آنها نه تنگ‌تر از منشأ انتزاع آنها باشد و نه فراخ‌تر، و از سوی دیگر در مقام اثبات نظریات باید دقیقاً شرایط برهان را رعایت کرد تا از وقوع در دام مغالطات در امان ماند. و ترکیب این دو دسته از مشکلات، یعنی دشواری به دست آوردن تعریف دقیق و داشتن تصور روشن از مفاهیم از یک طرف و دشواری رعایت نکات ظریف در ماده و صورت برهان از طرف دیگر، موجب بروز اشتباهات فراوان در دیدگاه‌ها و موضع‌گیری‌ها و ظهور اختلافات عجیب در مشارب و مکاتب می‌شود.

هنگامی که چنین سؤالی طرح می‌شود که ملاک خوبی و بدی افعال و صفات انسانی چیست، پاسخ دهنده باید از یک طرف تصور روشنی از مفهوم خوبی و بدی داشته باشد و از طرف دیگر مقدمات روشن و واضحی در اختیار داشته باشد که بتواند بر اساس آنها جواب سؤال را استنباط کرده و ارائه کند. اما مفاهیم خوب و بد، نمایان‌گر امور عینی خاصی نیستند و به اصطلاح از مفاهیم ماهوی و معقولات اولیه به حساب نمی‌آیند؛ یعنی چنان نیست که مفهوم «خوب» از یک امر عینی خاصی حکایت کند آن چنان که درخت و کوه و دریا از اشیاء خاصی حکایت می‌کنند، و همین امر موجب این شده که بعضی گمان

کنند که این گونه مفاهیم تنها نمایان‌گر احساسات اشخاص یا قراردادهای گروه‌ها هستند و از همین جا کژاندیشی‌هایی آغاز شده است. غافل از این که خوب و بد هر چند از مفاهیم ماهوی نیستند و از انعکاس مستقیم اشیاء در ذهن پدید نیامده‌اند؛ اما به کلی بی‌ارتباط با واقعیات خارجی هم نمی‌باشند؛ بلکه مانند سایر مفاهیم انتزاعی و معقولات ثانی فلسفی دارای منشأ انتزاع خارجی هستند و از ملاحظه و مقایسهٔ دو یا چند چیز و کیفیت ارتباط آنها با یکدیگر به دست آمده‌اند و در صورتی که انواع کاربرد این واژه معلوم شود و همهٔ جهاتی که در مورد هر یک از کاربردها در نظر گرفته شده مشخص گردد می‌توان ملاک یا ملاک‌های عینی صدق این مفهوم‌ها را به دست آورد و تعریف یا تعریف‌های دقیقی از آنها ارائه داد.

از طرف دیگر، کسانی ملاحظه کرده‌اند که مفهوم «خوب» بر اموری صدق می‌کند که برای انسان مطلوبیت داشته و انسان از آنها لذت می‌برد. از این روی پنداشته‌اند که ملاک خوبی همان لذت است و این پندار منشأ پیدایش مکتب لذت‌گرایی شده است. سپس کسان دیگری با توجه به نقاط ضعف این نظریه به تعدیل آن پرداخته‌اند، و مانند اپیکور، ملاک خوبی را لذت پایدار و بی‌رنج یا کم رنج دانسته‌اند و یا، مانند بنتامو میل، نفع و لذت جامعه را نیز لحاظ کرده‌اند و یا، مانند سقراط و افلاطون، لذت روحی و اخروی را، با اختلاف مراتب، منظور داشته و بر مفهوم «سعادت» و «کمال» تکیه نموده‌اند. حتی کلبیون و رواقیون نیز به لذت نیم‌نگاهی داشته‌اند، نهایت این است که لذت آرامش و آسایش را ترجیح داده و به ساده زیستی و وارستگی توصیه کرده‌اند.

و بالاخره کسان دیگری توجه‌شان به وجود ارزش اخلاقی در کارهایی که لذت و نفعی برای فاعل در بر ندارد جلب شده و ملاک بودن لذت برای ارزش اخلاقی را انکار کرده و در صدد یافتن سرچشمهٔ دیگری برای آن برآمده‌اند و اساساً مفهوم «خوب اخلاقی» را مغایر با «خوب عینی و حسی» دانسته آن را تعبیری از یک الزام درونی شمرده‌اند؛ الزامی که به نظر روسو از وجدان آدمی، و به نظر کانت از عقل عملی صادر می‌شود و بدین ترتیب ارزش اخلاقی را قابل تحلیل و تبیین به وسیله عقل نظری و استدلال برهانی ندانسته‌اند؛ بلکه آن را یک ویژگی انسانی یا یک ادراک بدیهی و بی‌واسطه از عقل عملی یا نوعی بینش و شهود درونی قلمداد کرده‌اند.

بدین ترتیب روشن می‌شود که علت کثرت اختلاف در مسائل فلسفه اخلاق و به ویژه این مسأله محوری که به منزله ستون فقرات این علم است؛ یعنی «تعیین معیار ارزش اخلاقی»، همانا ابهام مبادی تصوری و پیچیدگی مبادی تصدیقی این گونه مطالب است. البته ما این مباحث را پیشتر در کتاب فلسفه اخلاق طرح کردیم و ضمن طرح مباحث مفصلی در باب مفاهیم و جملات اخلاقی نظر خود را در این موضوع تبیین نمودیم. و اکنون در این مباحث بی‌آنکه بخواهیم مجدداً همان مسائل را طرح کنیم، قصد آن داریم که مکاتب و نظریات مهم در فلسفه اخلاق را مورد بررسی قرار داده، نقاط قوت و ضعف هر کدام را نشان دهیم و در پایان به طور دقیق و مستدل نظام اخلاقی اسلام را تبیین نماییم.

نتیجه آنکه، با توجه به آن مباحث، و هم چنین با توجه به مطالبی که هم اینک طرح شد به نظر می‌رسد بهترین راه برای دسته بندی و بررسی نظریات و مکاتب اخلاقی این است که آنها را بر اساس واقع گرایی و غیرواقع گرایی دسته بندی کنیم. به تعبیر دیگر، برخی از مکاتب اخلاقی، احکام و جملات اخلاقی را از سنخ جملات انشائی دانسته و بدین ترتیب آنها را از چرخه احکام و قضایای واقعی که قابلیت صدق و کذب را داشته باشند خارج می‌کنند. و برخی دیگر آنها را از سنخ جملات خبری دانسته و آنها را قابل صدق و کذب می‌دانند.

مکاتب و نظریات غیر واقع‌گرا

۱. احساس گرایی
۲. توصیه گرایی
۳. جامعه گرایی
۴. قراردادگرایی
۵. نظریه امر الهی یا حسن و قبح شرعی

مکاتب واقع‌گرا

این نوع از مکاتب را در یک تقسیم‌بندی می‌توان به دو دسته تقسیم کرد: مکاتبی که واقعیت احکام و قضایای اخلاقی را

واقعیت‌های طبیعی می‌دانند و مکاتبی که واقعیت آنها را در امور متافیزیکی و مابعدالطبیعی جستجو می‌کنند:

دسته اول: واقع‌گرایی طبیعی

۱. لذت‌گرایی

۲. سودگرایی

۳. دیگرگرایی / عاطفه‌گرایی

۴. قدرت‌گرایی

۵. تطورگرایی

۶. وجدان‌گرایی

دسته دوم: واقع‌گرایی مابعدالطبیعی

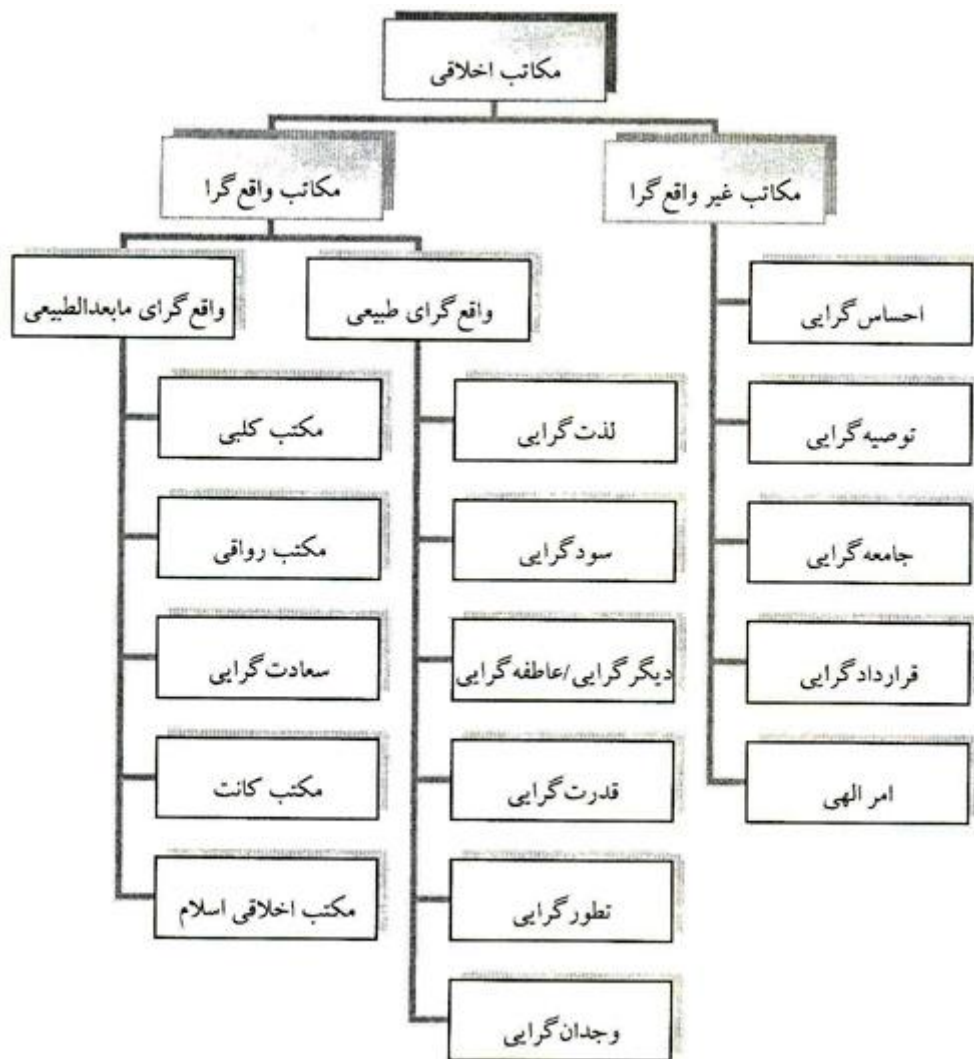
۱. مکتب کلبی

۲. مکتب رواقی

۳. مکتب کانت

۴. سعادت‌گرایی (سقراط، افلاطون و ارسطو)

۵. مکتب اخلاقی اسلام



لوازم واقع گرایی و غیرواقع گرایی

پیش از آنکه به بررسی تک تک نظریات و مکاتب اخلاقی بپردازیم، مناسب است برخی از مهم‌ترین پیامدها و لوازم مکاتب

اخلاقی غیرواقع‌گرا را گوشزد کنیم،^(۱) تا با دقت بیشتری به ارزیابی آنها بپردازیم. روشن است که مکاتب اخلاقی واقع‌گرا،

عکس ویژگی‌های غیرواقع‌گرایی را خواهند داشت.

۱. صدق و کذب ناپذیری

یکی از پیامدهای مکاتب غیرواقع‌گرا این است که بر اساس آنها نمی‌توان از صدق یا کذب گزاره‌های اخلاقی سخن به میان آورد. زیرا صدق یعنی مطابقت یک قضیه با واقع و کذب یعنی عدم مطابقت یک قضیه با واقع. حال اگر جملات اخلاقی از سنخ جملات انشائی و غیرواقع‌گرا باشند در آن صورت نمی‌توان از مطابقت یا عدم مطابقت آنها با واقع سخن گفت. از این رو نه بررسی درستی یا نادرستی یک مکتب یا دیدگاه اخلاقی امکان‌پذیر خواهد بود و نه دلیلی خردپسند برای ترجیح مکتبی یا دیدگاهی بر مکتب یا دیدگاه دیگر وجود خواهد داشت؛ زیرا بر اساس نظریات و مکاتب غیرواقع‌گرا نهایت چیزی که احکام اخلاقی برای ما کشف می‌کنند تعلق اراده انشاء‌کننده به آن حکم اخلاقی است؛ اما راهی برای اثبات درستی یا نادرستی هیچ یک از احکام اخلاقی در دست نخواهیم داشت.

۲. نداشتن معیاری برای معقولیت احکام اخلاقی

بدون تردید اگر نتوان به گونه‌ای پای استدلال و برهان را در اخلاقیات باز کرد، نمی‌توان مکاتب و دیدگاه‌های اخلاقی را ارزش‌گذاری کرده و درستی یا نادرستی آنها را مورد بررسی قرار داد. تبیین عقلانی احکام اخلاقی، تنها زمانی ممکن است که میان ارزش‌ها و حقایق عینی رابطه‌ای منطقی برقرار باشد؛ اما اگر احکام اخلاقی را از سنخ انشائیات بدانیم نه تنها هیچ رابطه‌ای منطقی میان خود آنها وجود نخواهد داشت؛ بلکه هیچ دلیل عقلی هم نمی‌تواند آنها را اثبات کند. «تمایل فرد یا فرضاً مجموعه‌ی افراد یک جامعه را که نمی‌توان با دلیل عقلی توجیه کرد؛ مثلاً نمی‌توان گفت که به چه دلیل انسان «گل» را دوست دارد. دوستی، میل، علاقه و عشق قابل تبیین عقلانی نیستند، تنها زمانی می‌توان بر موضوعی استدلالی عقلی آورد که آن موضوع بر یک سلسله روابط علی و معلولی مبتنی باشد^(۱)».

۳. کثرت‌گرایی اخلاقی

یکی دیگر از پیامدهای غیرواقع‌گرایی اخلاقی این است که همه نظریات و احکام اخلاقی، هر چند متعارض و متضاد هم باشند، به یک اندازه قابل قبول خواهند بود. دو جمله «راست‌گویی خوب است» و «راست‌گویی خوب نیست» به یک اندازه قابل قبول هستند. و یا، به عنوان مثال، مکتب قدرت‌گرایی و مکتب رواقی یا کلبی نیز به یک اندازه قابل قبول‌اند. و هیچ دلیلی برای ترجیح یکی بر دیگری وجود نخواهد داشت.

۴. نسبی‌گرایی اخلاقی

یکی دیگر از پیامدهای ناپسند اغلب نظریات غیر توصیفی، لزوم پذیرش نسبیت اخلاقی است؛ زیرا وقتی احکام اخلاقی تابع امیال فردی یا علایق اجتماعی بودند و هیچ ریشه‌ای در واقعیات خارجی نداشتند، بالطبع با تغییر میل و ذائقه افراد یا گرایش‌های اجتماعی آنان، قضاوت‌های اخلاقی‌شان نیز دستخوش تغییر و دگرگونی خواهد شد. ممکن است کاری که امروز خوب می‌دانند با تغییرات و تحولات اجتماعی بد تلقی نمایند و یا بر عکس کاری را که در شرایط فکری و اجتماعی خاصی بد می‌پندارند، با ایجاد دگرگونی در آن شرایط، خوب تلقی کنند.

مقدمه:

پرونده پزشکی سند معتبری است که امکان ارزیابی کمیت و کیفیت خدمات، برقراری ارتباط موثر میان ارائه دهندگان خدمت، انتقال مناسب اطلاعات میان تمامی واحدها و مراکز ارائه دهنده خدمت و استمرار مراقبت در طول دوره بستری و پس از آن را فراهم می نماید.

پرونده پزشکی به عنوان زیر بنای ثبت تمام استانداردهای ارائه خدمت به بیمار؛ در پشتیبانی حقوقی از بیمار، بیمارستان و ارائه دهندگان مراقبت، ارتقای پژوهش و مدیریت کیفیت خدمات و بازپرداخت هزینه ها نقش دارد.

بخش اول: اصول کلی

ماده ۱. کلیه خدمات ارائه شده به بیمار اعم از بستری، سرپایی و اورژانس باید در پرونده پزشکی با شماره واحد و منحصر به فرد ثبت و ضبط گردد.

ماده ۲. تمامی فرم های اصلی پرونده بیمار بستری، سرپایی و یا اورژانس و نیز فرم های اختصاصی مورد نیاز بر حسب نوع خاص بیماری و اقدامات خاص درمانی باید در پرونده پزشکی وی موجود باشد.

۱. با توجه به یکسان سازی فرم های اصلی پرونده پزشکی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ارائه آن به -

تبصره ۲ کلیه دانشگاهها و دانشکده ها، لازم است در کلیه بیمارستانها و مراکز جراحی محدود از فرم های مذکور

استفاده شود. هرگونه تغییر، اختصاصی سازی، حذف و جایگزینی این فرم ها در سطح دانشگاه یا بیمارستان مجاز نبوده

و پیشنهادات دانشگاهها در این خصوص باید به وزارت متبوع ارسال گردد.

ماده ۳. تمامی اطلاعات موجود در پرونده باید با خط خوانا و واضح و به رنگ مشکی یا آبی ثبت شوند. در صورتی که مورد ثبت

شده قابل خواندن نباشد، نویسنده باید آن را در اولین فضای خالی موجود بازنویسی و مستند نموده و با زدن تاریخ تعیین نماید

که مورد ثبت شده به چه مطلبی در ثبت اولیه باز می گردد.

۱. مستندسازی پرستاری به هنگام چک دستورات پزشک و ترسیم چارت علایم حیاتی با هدف پیشگیری از فراموشی یا از

-تبصره ۳ قلم افتادن دستور تجویزی پزشک، برجسته نمودن وضعیت غیرطبیعی بیمار و در مجموع تامین ایمنی

بیمار و پاسخگویی پرستار در برابر خدمات ارائه شده؛ از قاعده رنگ خودکار مذکور در ماده ۳ مستثنی می باشد.

ماده ۴. کلیه عناصر اطلاعاتی در تمامی فرم ها باید تکمیل گردد. برخی از عناصر اطلاعاتی موجود در فرم های پرونده پزشکی

ممکن است در مواردی کاربرد نداشته باشند. در چنین مواردی از واژه " کاربرد ندارد " یا اختصار آن ۱ (N/A) استفاده شود.

ماده ۵. اطلاعات هویتی بیمار باید در سربرگ تمامی فرم ها به درستی و به طور کامل ثبت گردد.

۱. ثبت حداقل اطلاعات هویتی سربرگ ها (نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده) به عهده اولین فردی می باشد که -

تبصره ۵ محتوای فرم را مستند می نماید. تکمیل سایر اطلاعات سربرگ و کنترل نهایی ثبت اطلاعات در سربرگ ها

به عهده منشی بخش می باشد.

ماده ۶. کلیه مستندات موجود در پرونده باید حاوی تاریخ کامل (روز، ماه و سال) و ساعت ثبت باشد.

تبصره ۶-۱: ثبت ساعت در قالب بازه زمانی یا شیفت کاری توصیه نمی شود. گزارش شیفت پرستاری که معمولا در انتهای هر

شیفت کاری ثبت می گردد، از این تبصره مستثنی است؛ ولی اقدامات غیر روتین و اورژانسی از جمله CPR، پیگیری ویزیت و

مشاوره و ... در گزارش هر شیفت پرستاری باید با ذکر دقیق ساعت ثبت گردد.

تبصره ۶-۲: هر اقدام، آزمایش، معاینه یا وقوع هر اتفاقی بلافاصله پس از انجام باید ثبت گردد. ثبت هیچ موردی نباید به آینده

موکول گردد. هم چنین لازم است مستند سازی وقایع بر حسب ترتیب زمان رخداد آنها صورت گیرد.

تبصره ۶-۳. در الصاق EKG و آزمایشات به فرم الصاق در پرونده بیمار، تاریخ اقدام مربوطه قبل از الصاق، در ردیف مربوطه

درج

گردد.

تبصره ۶-۴. ثبت تاریخ، قبل یا بعد از تاریخ واقعی غیر قانونی و غیر اخلاقی است.

ماده ۷. هر یک از موارد ثبت شده در پرونده پزشکی باید توسط نویسنده آن تایید گردد. تایید نهایی مستندات، با ذکر نام و نام

خانوادگی، عنوان فرد مستندساز، و مهر و امضاء صورت گیرد.

تبصره ۷-۱. در مراکز آموزشی درمانی، تأیید هر نوع پروسیجر تشخیصی درمانی مستند شده برای بیمار، باید توسط پزشک

معالج (اتند) صورت گیرد. پزشک اتند در صورت عدم موافقت با پروسیجر ثبت شده، یافته ها و مشاهدات و نظرات خود را مستند

و امضا نماید. این کار می تواند در فرم جداگانه ای (از نوع همان فرم) انجام شود.

ماده ۸. کلیه مستندات به زبان تخصصی ثبت شود و از به کارگیری عبارات مبهم، کلی و عامیانه خودداری گردد. علائم و نشانه

ها به طور دقیق توصیف شوند. هنگام نقل قول از بیمار از علامت "....." استفاده شده و واکنش بیمار به درمان مستند

گردد.

ماده ۹. در صورت استفاده از کلمات لاتین، از املاي صحیح و کلمات کامل استفاده گردد. در ثبت تشخیص نهایی، اقدامات، علل

خارجی حوادث، علت فوت، خلاصه ترخیص و شرح عمل جراحی حتی الامکان از اختصارات استفاده نگردد. در صورت به

کارگیری اختصارات استاندارد در ثبت عبارات، درج عبارت کامل در اولین ثبت عبارت (قبل از اختصار) الزامی می باشد.

بخش دوم: اصول جزئی مربوط به مستند سازی پرونده پزشکی

ماده ۱. در ثبت عبارت های تشخیصی رعایت نکات زیر ضروری می باشد:

■ ثبت عبارات تشخیصی (اعم از تشخیص اولیه، تشخیص های حین درمان، تشخیص نهایی، وضعیت های همراه و عوارض) در

قالب واژگان استاندارد پزشکی، همراه با جزییات مورد نیاز صورت گیرد.

■ عدم ثبت علائم و نشانه های بیماری ها به عنوان تشخیص. در این رابطه ثبت تشخیص احتمالی بر ثبت علائم و نشانه ها به

جای تشخیص نهایی ارجحیت دارد.

■ عدم تناقض در ثبت عبارت های تشخیصی در بخش های مختلف پرونده رعایت گردد.

■ رعایت اولویت در ثبت تشخیص ها و اقدامات (به منظور امکان تمایز وضعیت اصلی ۲ از سایر وضعیت ها) ۳ صورت گیرد.

■ از اختصارات غیر استاندارد برای ثبت تشخیص ها و اقدامات درمانی استفاده نگردد.

ماده ۲. عبارات مربوط به اقدامات درمانی و اعمال جراحی انجام شده، مشتمل بر نوع اقدام و روش درمانی اعمال شده و بیان

جزئیات مربوط به آن از جمله موضع آناتومیکی مورد نظر (در مواردی که موضع مورد نظر شامل قسمت های مختلف می باشد، ذکر

محل دقیق)، سمت موضع (در مورد مواضع دوطرفه) و روش عمل جراحی (باز، بسته، آندوسکوپیک و) ... باشد. در موارد استفاده

از اصطلاح ایپونیم در شرح اقدام، اقدامات صورت گرفته با ذکر جزئیات مربوط به آنها ثبت گردد.

ماده ۳. در رابطه با تمامی دستورات داده شده از سوی پزشک معالج از جمله دستورات جدید، و تکرار دستورات قبلی، لازم است

پرستار بلافاصله فرم دستورات پزشک را مرور نموده و موارد را با درج علامت ✓ تایید و برنامه ریزی نماید، پس از انجام نیز با

ذکر تعداد موارد انجام شده؛ تاریخ و ساعت انجام دستور، و نام و امضای خود را مستند نماید.

تبصره ۱-۳. پس از آنکه دستوری از سوی پزشک معالج امضا می شود، نباید مطلبی به آن اضافه شود.

ماده ۴. دستورات تلفنی (Tel orders) ، بهتر است فقط در مواقع اورژانس صادر شود.

تبصره ۴-۱. بر اساس شیوه مراقبت موردی، پرستار مسئول هر بیمار مسئولیت تمامی اقدامات پرستاری مربوط به آن بیمار را بر

عهده دارد، بنابراین پرستار مسئول هر بیمار مسئول اخذ دستور تلفنی آن بیمار نیز می باشد.

تبصره ۴-۲. لازم است در مستندسازی دستورات تلفنی (Tel orders) (در برگ دستورات پزشک، موارد زیر لحاظ شود:

-ساعت و تاریخ تماس تلفنی یا دستور شفاهی (بر حسب قبل و بعد از ظهر)

■ نام و عنوان پزشک ارائه دهنده دستور

■ متن دستور تلفنی (کلمه به کلمه طبق گفته پزشک)، نام بیماری که درخواست یا دستور مورد نظر باید در مورد وی اجرا

شود و نام و امضاء پرستار شاهد.

■ نام و امضای پرستار دریافت کننده دستور

■ امضای نهایی پزشک دستور دهنده حداکثر ۲۴ ساعت پس از دستور شفاهی

ماده ۵. در صورت نیاز به مشاوره، لازم است پزشک معالج درخواست مشاوره مورد نظر را در فرم درخواست مشاوره ثبت و دستور

آن را در فرم دستورات پزشک مستند نماید.

تبصره ۵-۱. لازم است دستورات داده شده از سوی پزشکان مشاور، قبل از اجرا توسط پزشک معالج بیمار کنترل و تایید گردد

مگر آنکه پزشک معالج قبلاً به صورت کتبی اجازه دریافت دستور از پزشکان مذکور را داده باشد. تایید دستورات پزشک مشاور از

طریق تکرار دستورات در فرم دستورات پزشک (Re order) (یا صرفاً تایید) مهر و امضا) پزشک معالج در فرم مشاوره و مستند

نمودن اینکه "دستورات پزشک مشاور مورد تایید می باشد" قابل انجام است.

تبصره ۵-۲. گزارش تمامی مشاوره های درخواست شده، و آزمایشات و اقدامات پاراکلینیکی دستور داده شده توسط پزشک

معالج؛ باید در پرونده بیمار موجود باشد.

ماده ۶. کلیه آزمایشات، تصویربرداری ها و خدمات تشخیصی باید توسط پزشک معالج دستور داده شده باشد. نتایج یافته

هاید آزمایشگاهی، تصویر برداری یا خدمات تشخیصی خاص باید در پرونده بیمار نگهداری گردد. زمانی که گزارش خدمات

تشخیصی دریافت می شود، پرستار باید نتایج را کنترل کرده، یافته های غیر طبیعی و بحرانی ۴ را مشخص نموده به همراه اقدامات

انجام شده دیگر در گزارش پرستار ثبت نماید. پزشک نیز باید بلافاصله یافته های آزمایشگاهی، تصویربرداری و سایر خدمات

تشخیصی را مورد بررسی قرار داده و مستند نماید.

بخش سوم :اصول جزئی مربوط به تصحیح خطای مستند سازی/مستندات از قلم افتاده

گاهی اشکالات یا اشتباهاتی در مستند سازی روی داده و تغییر یا توضیحی لازم خواهد بود، در چنین شرایطی

لازم است اقدامات اصلاحی مناسب اعمال شود.

ماده ۱۰ روش تصحیح خطا : هرگاه در ثبت پرونده پزشکی خطایی رخ دهد، لازم است رویه مناسب تصحیح خطا دنبال شود:

■ دور موردی که اشتباه ثبت شده خط نازکی کشیده شود.

■ اطلاعات صحیح در قسمت بالای اطلاعات قبلی ثبت شود

■ علت خطا توضیح داده شود(در حاشیه یا بالای فضای موجود) و تاریخ و ساعت تصحیح به همراه نام و امضای فرد تصحیح

کننده ثبت شود.

تبصره ۱-۱. اگر خطا در یادداشتهای تشریحی اتفاق افتاده، لازم است که اطلاعات صحیح در اولین سطر /فضای در دسترس ثبت

شده، تاریخ و زمان جاری مستند گردد و به مورد اشتباه ثبت شده ارجاع گردد.

تبصره ۱-۲. هرگز نباید موردی را که اشتباه ثبت شده پاک کرده یا با کشیدن مارکر، لاک غلط گیر و با نوشتن مورد صحیح بر

روی آن تغییر داد.

تبصره ۱-۳. لازم است پس از اصلاح خطای مستندسازی، تعداد موارد اصلاح خطا به حروف توسط فرد مستند ساز ثبت و مهر و

امضاء گردد.

ماده ۲. مستندات از قلم افتاده :موقعی اتفاق می افتد که موردی با تاخیر(خارج از ترتیب) ثبت می شود یا موردی به عنوان

مکمل مواردی که قبلاً ثبت شده به مستندات اضافه شود.

تبصره ۱-۲. ثبت داده ها با تاخیر: لازم است موارد تاخیری بدون وقفه و فاصله و در اولین سطر یا فضای موجود بعدی مستند شده و از فضای خالی و اضافی بین مستندات اجتناب گردد. تازمانی که کلیه خطوط قبلی پر نشده باشند، فرم جدید شروع نشود، مگر آن که خطوط خالی موجود در صفحه قبل خط خورده و بسته شوند. در ثبت موارد تاخیری لازم است:

■ ثبت های جدید تحت عنوان " ثبت تاخیری " مشخص گردد.

■ تاریخ و زمان جاری ثبت گردد.

■ رویداد و تاریخی که ثبت تاخیری در مورد آن نوشته می شود مشخص شده یا به آن ارجاع گردد.

■ محدوده زمانی برای ثبت تاخیری تعریف نشده با این حال در اسرع وقت موردی که ثبت آن به تاخیر افتاده، ثبت شود.

تبصره ۲-۲. ضمیمه و اضافه کردن اطلاعات: ضمایم و ملحقات " نوع دیگری از ثبتهای تاخیری هستند که برای فراهم

کردن اطلاعات اضافی عطف به اطلاعات قبلی استفاده می شوند. از طریق این نوع تصحیح، قبلاً موردی یادداشت شده و مورد

ضمیمه، اطلاعات اضافی را برای نشان دادن وضعیت یا رخداد خاصی فراهم می کند. از طریق ضمایم، اطلاعاتی اضافه می شود، نه

آنکه اطلاعاتی که فراموش شده یا اشتباهاً نوشته شده اند مستند شوند.

روش اضافه کردن اطلاعات:

■ تاریخ و زمان جاری مستند گردد.

■ واژه " ضمیمه / اضافه شده " ثبت و علت اضافه شدن اطلاعات با ارجاع به موردیکه این اطلاعات به آن اضافه می شود بیان

گردد.

■ در اسرع وقت موردی که باید به نوشته های اولیه اضافه شود، ثبت گردد.

تبصره ۲-۳. ثبت توضیحات: نوع دیگر ثبت تاخیری یادداشت توصیفی می باشد. اینگونه یادداشتهای برای جلوگیری از هرگونه

تفسیر و برداشت اشتباه در مورد اطلاعاتی که قبلاً مستند شده اند نوشته می شوند.

برای ایجاد یادداشت توضیحی:

• تاریخ و زمان جاری مستند شود.

• واژه "یادداشت توضیحی" ثبت ، علت آن بیان و به موردی که باید توضیح بیشتری در مورد آن داده شود ارجاع شود.

• تا جای ممکن، یادداشتهای توضیحی در حد اقل زمان ممکن پس از ثبت مورد اولیه تکمیل شود.

بخش چهارم :چارچوب زمانی تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی

در صورت عدم رعایت تبصره ۶-۲ به دلایل موجه، چارچوب زمانی تکمیل اطلاعات پرونده پزشکی به شرح ذیل می باشد:

چارچوب زمانی تکمیل	گزارشات
۴ساعت پس از ترخیص از بخش اورژانس	پرونده تحت نظر اورژانس
۴ساعت پس از پذیرش و قبل از اجرای طرح درمان	شرح حال
۲۴ساعت پس از انجام مشاوره	گزارشهای مشاوره
۲۴ ساعت پس از انجام عمل	گزارش عمل جراحی
۲۴ ساعت بعد از انجام اقدام	گزارش اقدامات خاص
تا قبل از تسویه حساب بیمار	خلاصه پرونده
همزمان با انتقال بیمار	برگ انتقال بیمار

بخش پنجم: ملاحظات مهم در مستندسازی پرونده پزشکی بیمار

عملکرد غلط	عملکرد صحیح
پاک نمودن مطالب اشتباه با استفاده از لاک غلط گیر یا مخدوش نمودن اشتباهات ثبت.	کشیدن یک خط ساده روی مطلب اشتباه و ثبت کلمه "Mistaken Entry" در بالا یا کنار آن و ثبت تاریخ و ساعت، نام و نام خانوادگی و امضا.
ثبت اطلاعات بدون اطلاع از صحت آنها، عجله برای کامل نمودن گزارشات، و ثبت حدس و گمان در پرونده.	ثبت اطلاعات پس از اطمینان از دقت آنها، ثبت مطالب واقعی و اجتناب از گزارش حدس و گمان.
ثبت مطالب به صورت پراکنده در گزارش ها و وجود فضای خالی بین مطالب.	ثبت گزارش بصورت خط به خط، و در صورت باقی ماندن فضای خالی بین نوشته ها، کشیدن یک خط افقی در آن، و ثبت نام و نام خانوادگی و امضا در آن محل.
در صورت احتمال اشتباه پزشک در دستورات پزشک، ثبت عبارت "پزشک اشتباه نموده است."	در صورت احتمال اشتباه پزشک در دستورات پزشک، ثبت عبارت "برای روشن شدن دستور با پزشک تماس گرفته شد."
ثبت خدمات ارایه شده به بیمار توسط فردی غیر از ارایه دهنده خدمت، در پرونده بیمار.	ثبت خدمات ارایه شده به بیمار صرفا توسط ارایه دهنده خدمت، در پرونده بیمار (.هیچگاه ثبت های دیگران را عهده دار نگردید به جز مواردی که ارایه دهنده خدمت از بیمارستان خارج شده و به صورت تلفنی گزارشی که نیاز به ثبت دارد را اطلاع می دهد در این شرایط منبع اطلاع گزارش و نحوه گزارش "تلفنی" را ثبت نمایید)
استفاده از عبارات عمومی نظیر "وضعیت بیمار تغییری نکرده" یا "بیمار روز خوبی داشته است" در ثبت گزارش	ثبت وضعیت بیمار به طور کامل با جزئیات در گزارش.
ثبت کل مطالب گزارش در پرونده در پایان شیفت و با عجله.	ثبت مطالب مهم گزارش به تدریج در طول شیفت، و اطمینان از ثبت تاریخ و ساعت، نام و نام خانوادگی، و مهر و امضای مستند ساز.

مسائل اخلاقی (مبتنی بر اخذ رضایت) در اقدامات قانونی در اتاق عمل

کار در اتاق عمل نتنها به مهارت و علوم مرتبط با بیماریها نیاز دارد بلکه به دلیل ماهیت ویژه بخش و همچنین ماهیت ویژه بیماران آن نیازمند درک صحیح از مسائل اخلاقی و توجه ویژه به این مقوله است. پیشرفت های گسترده در پیراپزشکی، ضرورت پرداختن به مباحث اخلاقی در این حرفه را بیش از پیش مشهود کرده است. از آنجا که علوم مرتبط با پیراپزشکی با جسم و جان انسان سر و کار دارد، یکی از ارکان اساسی این حرفه مقدس پایبندی به اخلاق (ethics) است. مطرح شدن مباحثی همچون سقط جنین در اتاق عمل، لزوم ادامه حیات بیماران لاعلاج، خودکشی با همکاری پزشک (suicide physician assisted)، باروری مصنوعی (artificial fertilization)، تجویز داروهای بیهوشی یا داروهای سقط کننده جنین (abortifacient) و حفظ حریم خصوصی بیمار بیهوش در اتاق عمل چالش های بزرگی را در اخلاق علوم پیراپزشکی ایجاد کرده است. از این رو، اخلاق در این حرفه ها از جایگاه خاصی برخوردار بوده و جامعه پیراپزشکی با مسئولیت های اخلاقی مهمی درگیر است.

افراد حوزه سلامت و درمان دارای نوعی وظیفه اخلاقی نسبت به بیمار بوده و از این رو نمی توانند آزادانه به انجام هر اقدامی که به آنان تمایل دارند، بپردازند. در علوم پزشکی علاوه بر مسئولیت خطیر درمان بیماران و نجات جان انسانها که نزد خداوند متعال ارزش بسیار زیادی دارد، توجه خاصی به برخی جنبه های انسانی همچون تعهد، تخصص، فداکاری و تسکین آلام دردمندان شده است. در اتاق عمل، به صورت موقت و در طی زمان بیهوشی قوه ادراک، فهم و تصمیم گیری از بیمار به واسطه القای بیهوشی سلب می گردد و پرداختن به مسائل اخلاقی از جمله حفظ حریم خصوصی، شایسته بیمار و اخذ رضایت شخصی و دیگر مسائل اخلاقی شکل ویژه ای به خود می گیرد.

به طور کلی، دین اسلام به شکلی گسترده و وسیع وارد مباحث اخلاقی شده و حیطة های مختلف آن را مورد بررسی قرار داده است. همچنین در اسلام هدف و فلسفه بعثت پیامبران الهی، تکامل اخلاق بشری عنوان شده، چرا که وجه تمایز میان انسان و دیگر مخلوقات خداوند مکارم اخلاقی انسان است. انسان متمم انسانی است که از اخلاق الهی بهره برده و آن را در

راه پیشرفت و تکامل دیگر انسانها به کار گیرد. به همین علت، پیشرفت و توسعه در جامعه زمانی مفهوم و ارزش می یابد که از پشتوانه اخلاقی برخوردار باشد. پیامبر بزرگ اسلام می فرماید: "انا بعثت لاتمم مکارم الاخلاق" یعنی "من مبعوث شدم تا اخلاق را کامل کنم" در این دین مبین معیار اخلاقی بودن یک فعالیت این است که علاوه بر شرط اساسی در برداشتن رضایت خداوند، با شرافت انسانی همراه باشد. در این رویکرد هر گاه دانش در خدمت اخلاق و اهداف متعالی الهی نباشد، امکان پاسخگویی به نیازهای فطری بشر وجود نداشته و هر حرکتی در این راستا بی ثمر بوده و شاید نقض غرض باشد. بدون تردید دانشی که در راستای اخلاق نباشد ممکن است حتی در جهت نابودی بشریت به کار گرفته شود. در حیطه پزشکی نیز اخلاق حکم می کند که اگر فردی حتی به خدا نیز اعتقاد ندارد، بر اساس وجدان انسانی بیماران دردمند را درمان نماید.

یکی از اصول چهارگانه اخلاق پزشکی نوین احترام به اصل مشارکت بیمار در تصمیم گیری های مربوط به کنترل بیماری و درمان وی است. بر این اساس، تصمیم گیرنده نهایی در خصوص روند درمان خود بیمار تلقی می شود. بر اساس فلسفه کانت نیز باید بدون هیچ قید و شرطی به آزادی تصمیم گیری و انتخاب بیماران احترام گذاشته شود. یکی از مسائل قانونی که در اتقاق عمل باید توجه ویژه ای به آن شود مسئله رضایت بیمار جهت انجام اقدامات تشخیصی درمانی است؛ که در ذیل به آن پرداخته شده است:

اخذ رضایت از بیمار به عنوان یک اصل اخلاقی در پیراپزشکی

رضایت در لغت به معنای خششونودی، اجازه و رخصت است. در رضایت آگاهانه وجود ۵ شرط الزامی است که شامل ارائه اطلاعات به بیمار، درک بیمار از اطلاعات، صلاحیت تصمیم گیری، رضایت نامه صریح یا ضمنی و داوطلبانه بودن رضایت می باشد. به رضایت بیمار یا ولی قانونی وی جهت اقدامات تشخیصی یا درمانی، رضایت آگاهانه می گویند.

برائت نامه: منظور معاف کردن کادر معالج از تعهد در برابر پیامد و عوارض نامطلوب انجام اقدامات تشخیصی و درمانی به شرط عدم قصور است.

رضایت عمومی: شامل رضایت اولیه است که در هنگام پذیرش بیمار در بیمارستان توسط واحد پذیرش اخذ می شود. شامل

رضایت به پرداخت هزینه، اطلاع رسانی در خصوص انواع بیمه طرف قرارداد، تعیین طرح درمانی و احتمال انجام اقدامات

تشخیصی درمانی و آگاهی در مورد نوع بیمارستان می باشد.

رضایت تلویحی (ضمنی یا شفاهی): اکثر تشخیص ها و درمانها بر اساس این نوع است. یعنی وقتی فردی به بیمارستان

مراجعه می کند به درمان و معاینه رضایت دارد. با این حال این رضایت ضمنی تنها در مورد اعمال اولیه بالینی مانند گرفتن

شرح حال، تحت نظر قرار دادن، بالا زدن آستین برای گرفتن فشارخون و اقدامات تهاجمی است.

کودک: از نظر قانونی سن زیر ۱۸ سال اصطلاحاً صغیر محسوب می گردد.

ولی قانونی: ولی بیمار اعم از ولی خاص است مانند پدر.

شاهد: فردی بالای ۱۸ سال و دارای قوه تمیز است و فردی غیر رضایت دهنده و فردی بجز پزشک معالج را شامل می شود.

ظرفیت تصمیم گیری: توانایی بیمار/ ولی قانونی وی برای درک اطلاعات مربوط به بیماری و تصمیم گیری درمانی و درک

سود و زیان اقدام درمانی که با توانایی برقراری ارتباط، توانایی درک اطلاعات و فهم شرایط موجود و منافع و مضرات درمان،

توانایی استدلال منطقی بر اساس اطلاعات موجود و قدرت حافظه می باشد.

اقدامات و رضایت پرخطر: اقداماتی است که با انجام آنها با توجه به بیماری های زمینه ای در فرد خطر مرگ و میر یا بروز

عوارض بالا می رود و می بایست در همان فرم رضایت نامه و براءت نامه آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی درمانی اخذ گردد.

وضعیت اورژانسی: از لحاظ قانونی وضعیت بیماری اورژانس محسوب می شود که در صورت تاخیر در درمان منجر به فوت یا

آسیب غیر قابل برگشت برای بیمار می شود.

الزامات اخذ رضایت آگاهانه و براءت نامه:

۱- برای انجام هر اقدام تشخیص درمانی اخذ رضایت آگاهانه توسط پزشک معالج الزامی است.

۲- کلیه بیماران پذیرش شده در اتاق عمل نیاز به فرم رضایت کتبی برای اقدامات تشخیص درمانی دارد.

۳- کادر درمان مکلفند بدون توجه به ملیت، نژاد، موقعیت اجتماعی سیاسی اقتصادی و مذهب حداکثر تلاش خود را

در درمان انجام دهند.

۴- اگر چه اخذ رضایت و براءت نامه آگاهانه برای کلیه اقدامات تشخیص درمانی ضروریست و عدم توجه به آن می تواند

پیامدهای حقوقی و قانونی برای کادر معالج داشته باشد ولیکن اخذ رضایت و براءت رافع مسئولیت های پزشک و

کادر معالج در صورت ارتکاب قصور پزشکی نخواهد بود و کادر پزشکی در همه حال موظف و ملزم به رعایت اصول و

موازین و استانداردهای فنی و علمی می باشد.

۵- رضایت و براءت نامه آگاهانه گرفته شده از بیماران در حکم یک سند رسمی محسوب می گردد بنابراین باید تابع

شرایط و ضوابط تنظیم اسناد رسمی کشور باشد.

۶- رضایت و براءتی معتبر است که توسط پزشک معالج به طور آزادانه و آگاهانه از بیمار و یا ولی بیمار که از اهلیت

قانونی (بالغ، عاقل، رشید) برخوردار است اخذ گردد.

۷- رضایت آگاهانه بایستی در موارد زیر اخذ گردد:

- تمامی اعمال جراحی

- بی هوشی و آرام بخشی در حد متوسط تا عمیق

- اقدام تشخیصی درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی و مواردی مانند شوک درمانی، پرتو درمانی، شیمی درمانی،

آنژیوگرافی

- استفاده از خون و فرآورده های خونی

- تحقیقات

۸- در صورتی که اقدام تشخیصی درمانی فوری برای نجات جان بیمار و یا پیشگیری از بروز نقص عضو و یا آسیب برگشت ناپذیر ضروری باشد، اورژانس تلقی شده و مطابق بند ج ماده ۱۵۸ قانون مجازات های اسلامی، اصل رضایت ضروری نیست.

۹- مشخصات شناسنامه‌ای بیمار می بایست در فرم رضایت و برائت نامه آگاهانه تکمیل گردد.

۱۰- اطلاعات لازم شامل نوع بیماری، درمان‌های ممکن، اقدامات تشخیصی درمانی پیشنهادی، عوارض و خطرات عدم پذیرش درمان، فواید درمان و به ویژه خطرات و عوارض احتمالی درمان باید به زبان ساده و قابل فهم برای بیمار بیان شود.

۱۱- در فرم رضایت آگاهانه و برائت نامه، اطلاعات باید به زبان قابل فهم و درک بیمار درج شود و از بکار بردن

اصطلاحات پزشکی حتی الامکان خود داری گردد.

۱۲- دادن سی دی / پمفلت و ... به بیمار جهت اخذ رضایت و برائت نامه جهت اقدامات تشخیصی درمانی پزشک را از توضیح دادن به بیمار بی نیاز نمی کند.

۱۳- اگر پوسیجرهای چند گانه برای بیمار مورد نیاز باشد می بایست برای هر پروسیجر فرم جداگانه رضایت و برائت نامه آگاهانه تکمیل گردد.

۱۴- جهت انجام اقدامات پژوهش لازم است فرم رضایت نامه جداگانه مربوطه اخذ گردد.

۱۵- اخذ رضایت و برائت از بیمار در واحد پذیرش بیمارستان قابل قبول نمی باشد.

۱۶- در صورتی که فردی با نامه قضایی حضانت یا قیمیت فردی را به عهده داشته باشد در قالب اختیارات فرد می توان رضایت و برائت نامه از وی اخذ شود.

۱۷- اخذ رضایت و برائت نامه در مواردی که چهارچوب قانونی در مورد آنها وجود دارد (مانند تغییر جنسیت، سقط جنین) مطابق دستورالعمل یا دستور قضایی انجام شود.

۱۸- در درمانهایی که با اندیکاسیون علمی انجام می شود نظیر ختم بارداری، هیستریکتومی و .. اخذ رضایت و براءت نامه

آگاهانه بر حسب موقعیت از بیمار یا ولی / سرپرست قانونی وی کفایت می کند.

۱۹- در مورد افرادی که پزشک معالج قادر به برقراری ارتباط کلامی با آنها نمی باشد (از جمله افراد با زبان بیگانه ، ناشنوا

و فاقد قدرت تکلم) الزامی است هنگام اخذ رضایت و براءت نامه آگاهانه فردی به عنوان مترجم جهت برقراری ارتباط

حضور داشته باشد.

۲۰- مناسبترین زمان جهت اخذ رضایت و براءت نامه آگاهانه جهت اقدامات تشخیصی درمانی و آموزشی به بیمار پس از

مشخص شدن برنامه درمان (قبل یا پس از بستری شدن بیمار) است. و باید به بیمار فرصت کافی برای تصمیم

گیری و مشورت داده شود.

۲۱- کلیه مواردی که در قانون یا شرع مقدس اسلام ممنوع شده است (سقط جنین غیر قانونی و ..) در صورتیکه توسط

هرکدام از افراد کادر درمانی انجام شود مستوجب پیگیری قضایی و قانونی خواهد بود. و جهل به قانون و یا حتی با

گرفتن رضایت و براءت نامه در چنین مواردی رافع مسئولیت کیفری نیست.

۲۲- برای بیماران مونث و متاهل کمتر از ۱۸ سال، در انجام اقدامات جراحی / تشخیصی درمانی در موارد غیر اورژانس

اخذ رضایت پدر/ ولی یا سرپرست قانونی الزامی است و رضایت همسر نیز توصیه می شود. در این بیماران در

مواردی که با انجام این اقدامات با منافع همسر مرتبط می شود علاوه بر رضایت پدر اخذ رضایت همسر نیز الزامی

است.

۲۳- مواردی که اخذ رضایت لازم نیست:

- معاینه و اعلام سلامت فرد از نظر ابتلا به بیماریهای مسری جهت اعلام به وزارت بهداشت

- معاینات متداول هنگام ورود به زندان، پرورشگاه و ..

- معاینه به دستور مراجع قضایی و محاکم

- معاینه مهاجران و مسافران

- معاینات بهداشتی پرسنل صنایع غذایی
 - معاینات متداول استخدامی و حین خدمت
 - معاینات دوره ای کودکان در مدارس
 - معاینه ورزشکاران هنگام گزینش
 - در موارد فوری و اورژانس اخذ رضایت لازم نمی باشد.
- رضایت جهت پیوند اعضا در افراد با مرگ مغزی، توسط ولی قانونی صورت می پذیرد (۳). ۲۴

سناریوی یک بیمار خاص در اتاق عمل

بیمار خانم جوانی است که به دنبال تصادف دچار ضربه به سر شده است و سطح هوشیاری وی طبق معیار کمای گلاسکو ۷ از ۱۵ می باشد. این بیمار جهت انجام جراحی اورژانس نروسرجری آماده پذیرش در اتاق عمل می باشد.

تکلیف اخذ رضایت از وی چیست؟

هرچند در ارتباط با اخذ رضایت عمل تنها معیار حفظ استقلال بیمار است و هیچگاه شرایط خاص بیمار بهانه‌ای برای تصمیم گیری به جای وی نمی شود؛ ولی در شرایط اورژانس و جهت حفظ حیات بیمار اولویت تصمیم گیری با کادر پزشکی است.

اتانازی

انسانها طی فرآیند مرگ و مردن بتدریج محرومیت های فیزیکی، روانشناختی و اجتماعی را تجربه می کنند که به ترس و ناامیدی می انجامد و نیازهای روانشناختی متعددی را آشکار می سازد. افراد ترجیح می دهند فرصت آماده شدن برای مرگ را داشته باشند. خواست برخی برای کنترل فرآیند مردن به اندازه ای است که برای مرگ خود برنامه میریزند و خارج از نظام طبیعت به آن تحقق می بخشند. پیشرفت های جدید در تکنولوژی پزشکی موجب شده تا امکان ادامه یک زندگی نباتی (vegetative life) بی حاصل برای مدت زمانی طولانی در مورد برخی بیماران وجود داشته باشد. از سوی دیگر، با وجود پیشرفت های شگرف دانش پزشکی هنوز بسیاری از بیماران با درد و رنج بسیار مواجه بوده و هیچ امیدی به ادامه زندگی ندارد. از جمله موارد مهمی که اخلاق پزشکی دنیای جدید با آن روبرو است مسئله اتانازی (Euthanasia) یا به مرگی (به کشتن) است، زیرا این مسئله با نظام ارزشی زندگی انسان ارتباط پیدا می کند. آیا انسان از حق مردن نیز همچون حق زنده بودن برخوردار است؟ چه کسی صلاحیت آن را دارد که به جای بیمار در خصوص مرگ و زندگی او تصمیم گیری نماید؟ اینها سوالاتی هستند که پاسخگویی به آنها مستلزم تبیین نظام ارزشی زندگی انسان است. در حقیقت، علیرغم اینکه کشتن انسان بی گناه همواره گناه غیر قابل بخشش تلقی می گردد، برخی پزشکان در دو مورد اختصاصی یعنی سقط جنین و اتانازی به این عمل مبادرت نموده اند.

اصطلاح اتانازی ریشه در واژه ای یونانی دارد و به معنای مرگ خوب است. ریشه ی این واژه یونانی به ۲۰۰ تا ۵۰۰ سال پیش از میلاد مسیح بر میگردد. اتانازی به طورنظری انواعی دارد و در نخستین تقسیم بندی به دو نوع فعال و غیر فعال تقسیم می شود. هر یک از این دو در تقسیم بندی ثانویه به انواع داوطلبانه، غیرداوطلبانه و اجباری تقسیم می شوند. از طرفی تصور می شود بحث در مورد اتانازی حداقل از سه هزار سال پیش مطرح بوده و چالش های زیادی در این ارتباط وجود داشته است. برخی محققان نیز طرح مباحث مربوط به اخلاقی بودن اتانازی را به خدمت تشکیل جوامع متمدن بشری می دانند. اتانازی در اصل از ترکیب دو واژه یونانی eu به معنی خوب و thanatos به معنی منشا گرفته است. انجمن جهانی پزشکی اتانازی با

رضایت مقتول را چنین تعریف می‌کند: «آنانازی اجرای آگاهانه و عمدی عملی است که به طور آشکار قصد خاتمه دادن به زندگی فرد دیگری را دارد و در برگیرنده عناصر زیر است: فرد بیمار انسانی صلاحیتدار و مطلع از بیماری لاعلاج خود است که به صورت داوطلبانه خواستار خاتمه یافتن زندگی خود شده است و عامل قتل کاملاً به شرایط و تمایل فرد بیمار به مرگ آگاه و پزشک عمل کشتن یا تسریع کردن مرگ او را با هدف اولیه خاتمه دادن به زندگی او انجام می‌دهد، این عمل با دلسوزی و بدون نفع شخصی برعهده گرفته می‌شود.» به همین اساس آنانازی را قتل ترحم آمیز یا مرگ از روی شفقت نامیده اند. حال این سوالات مطرح می‌شود که اخلاق پزشکی نوین در کشورهای غربی تا چه حد به این اصول اخلاقی پایبند است؟ آیا بیمار خود صلاحیت دارد که در مورد مرگ خود نیز تصمیم‌گیری نماید؟ آیا این امکان وجود دارد که بیمار تابع شرایط روانی، اجتماعی، اقتصادی و فشارهای اطرافیان باشد؟ آنانازی در کشورهای غربی موافقان و مخالفان سرسختی دارد. واتیکان به طور رسمی آنانازی را مطرود دانسته است. با وجود مخالفت انجمن جهانی پزشکی با موجه نمودن انجام آنانازی و غیر اخلاقی معرفی نمودن آن در سی امین اجلاس مجمع عمومی این انجمن در مادرید اسپانیا در سال ۱۹۸۷، تلاش‌های موافقان باعث شد که دولت هلند در سال ۱۹۹۳ تحت شرایط خاص آنانازی را قانونی اعلام نماید. ایالت اورگان آمریکا نیز در سال ۱۹۹۷ قانون کمک به خودکشی را که نوعی از آنانازی محسوب می‌شود، تصویب کرد. ایالت شمالی استرالیا نیز در سال ۱۹۹۶ آنانازی داوطلبانه را تصویب نمود. هرچند یک سال بعد یعنی در سال ۱۹۹۷ دولت فدرال این قانون را لغو کرد. در برخی دیگر از کشورهای اروپایی نیز قوانین مشابهی را اجرا نموده یا در مرحله بررسی آنها قرار دارد. از دیدگاه عموم مردم، برای انجام آنانازی با کمک به بیمار مرگ بیمار، پزشکان مناسبترین گزینه به شمار می‌آید، چرا که آنها علاوه بر در اختیار داشتن ابزار و دانش لازم، به داروهایی که در کشتن سریع و بدون درد انسان موثر است دسترسی دارند. در اینجا ذکر این نکته ضروری است که با توجه به این که بنیان دانش پزشکی بر نجات جان انسان استوار است، آنانازی این نقش اساسی را به چالش گرفته و فلسفه پزشکی را در تردید و ابهام قرار می‌دهد. افراد حوزه سلامت با انجام آنانازی و در واقع تسهیل مرگ بیمار از نقش فرشتگان و تسکین دهنده دردها و آلام بیمار بیرون آمده و در نقش الهه مرگ ظاهر می‌شود. بدین ترتیب، این رویکرد و پیامدهای ناشی از جامعه پزشکی نوین را ناگزیر به ورود به حیطه‌های اخلاقی، فلسفی و مذهبی کرده است این در حالی است که پزشکان نه

فیلسوف هستند و نه دین شناس و نه حقوقدان و تنها انجام وظیفه به عنوان مدیر مراقبت‌های بهداشتی و درمانگران بالینی آنها را با این مسائل روبرو نموده است. از این منظر آنها نیازمند شناخت و آشنایی دقیق با مباحث فلسفی و دین شناسی مسائل اخلاقی هستند تا تصمیم گیری های آنها بر مبنای صحیح و اصولی استوار باشد. از سوی دیگر برخی از صاحب نظران بر این باورند که انگیزه واقعی در آتانازی تنها ترحم نسبت به بیمار و کمک به بیماری است که با درد و رنج فراوان به زندگی ادامه می دهد. از این رو، به اعتقاد ایشان این اقدام هیچگونه تضادی با رسالت جامعه درمان ندارد این نگرش موجب شده است در برخی کشورها نظیر انگلستان تلاش‌های گسترده‌ای برای تغییر قوانین موجود و قانونی نمودن آتانازی و خودکشی با کمک افراد حوزه سلامت صورت گیرد.

مخالفت با آتانازی در غرب

با وجود شمار قابل توجه موافقان در کشورهای غربی، آتانازی در این کشورها حتی در میان افراد غیر مذهبی نیز مخالفان سرسخت زیادی دارد. مهمترین دلایل آن بخش از مخالفان که مخالفت ایشان را از اعتقادات دینی منشأ نمی‌گیرد، وجود این باور است که تصویب قوانین مربوط به چگونگی اجرای آتانازی هیچ کمکی به حل مسئله اخلاقی آن نمی‌کند. بر مبنای این باور تشخیص پایان دادن به زندگی، نه از عهده بیمار برمی‌آید، نه گروه پزشکی و نه خانواده وی و همواره این نگرانی وجود دارد که تشخیص بیمار یا پزشک می‌تواند نادرست باشد. بیمار در برخی موارد در شرایطی قرار دارد که در اثر مشکلات ناشی از بیماری، بردباری خود را از دست داده و تصمیم‌هایی بر خلاف مصالح خود می‌گیرد. نادرستی تصمیم بیماران در زمینه‌های دیگر نیز بارها مشاهده شده است. از طرفی، گاه فرد بیمار در اثر شدت بیماری دستخوش فشارهای روحی می‌شود و تحت تاثیر این فشارها تصمیماتی عجولانه و به دور از عقل و منطق می‌گیرد.

مطالعات اخیر حاکی از آن است که ۷۰ درصد از آتانازی‌های انجام شده مربوط به بیماران مبتلا به سرطان بوده است و برخلاف عقیده عموم، عامل اصلی گرایش بیمار به انجام آتانازی رهایی از رنج و درد نبوده و از عوامل نگران‌کننده همچون احساس تنهایی شدید و یأس و ناامیدی بیماران منشأ گرفته است. برای مثال، برخی مطالعات نشان می‌دهد بیمارانی که

آزمون اچ آی وی آنها مثبت بوده است و بعضاً از سوی خانواده‌های خود طرد شده‌اند، بیش از آنکه متقاضی مرگ سریع باشند خواهان محبت و حمایت خانواده خود هستند. همچنین مخالفان اتانازی در غرب بر این باور هستند که بحث در خصوص اتانازی در حقیقت بحث در مورد ارزش های زندگی است، چنانکه اگر زندگی و حیات وجود نداشته باشد ارزشی نیز وجود نخواهد داشت. این افراد معتقدند که طرفداران اتانازی این پیام را اشاعه می‌دهند که "انسان بهتر است بمیرد تا اینکه بیمار و ناتوان باشد" و این باور غلط ادامه زندگی معلولان و ناتوانان جسمی را نیز با چالشی جدید مواجه می‌نماید. از دیگر نکات که مخالفان اتانازی بر آن تأکید می‌نمایند مسئله سوء استفاده های احتمالی از اتانازی است. از این مسئله معمولاً تحت عنوان نوعی شیب لغزنده (Slippery slop) یاد می‌شود، که با قرار گرفتن در یک شیب، پایین رفتن بسیار محتمل خواهد بود. از این رو شیب لغزنده در واقع به این نکته اشاره می‌کند که قانونی شدن اتانازی ممکن است منجر به وضعیتی شود که در آن علاوه بر بیماری لاعلاج بسیاری از معلولان، سالمندان و به طور عام اقشار ضعیف جامعه در برخی موقعیت‌ها آن چنان تحت فشار قرار گیرند که ناچار به اتانازی تن دهند از آنجا که اتانازی عملی غیر قابل برگشت است و به مرگ حتمی بیمار منجر می‌شود، ضرورت تعامل بیشتر از سوی بیماران و دست‌اندرکاران مراقبت‌های پزشکی در این مورد بیش از پیش احساس می‌شود. در مطالعه‌ای که بر روی بیماران لاعلاج در آمریکا انجام گرفت نتایج حاکی از آن بود که فقط ۱۰ درصد از بیماران به طور جدی با اتانازی به عنوان راهی جهت رهایی از درد فکر کرده بودند و در مرحله عمل فقط ۴ درصد با پزشک خود در این مورد به توافق رسیده بودند. همچنین در مطالعه ای دیگر نشان داده شده است، که هر چه هزینه های درمان برای بیمار بیشتر باشد، تقاضای او برای اتانازی شکل واقعی تری به خود می‌گیرد. از این رو، در واقع این شیب لغزنده خطرناک است که بیماران را وادار می‌نماید بر اثر فشارهای مالی تصمیم به پایان بخشیدن زندگی خود بگیرند. بدون شک در اینجا دیگر احترام به تصمیم بیمار و آزادی اختیار او معنی واقعی خود را از دست میدهد.

با توجه به مراتب پیش‌گفت در ادیان الهی، همچون اسلام، مسیحیت و یهودیت اتانازی به هر شکلی محکوم است و قتل نفس محسوب می‌شود. نگرش ادیان الهی در این خصوص به انسان دردمند و در رنج کاملاً مشابه سایر انسان‌هاست. دین مسیحیت

با استناد به این امر که آتانازی در واقع وارد شدن به حیطة خلقت و مسئله مرگ و زندگی است با آن به شدت به مخالفت برخاسته است. مخالفان مسیحی بر این باور هستند که آتانازی در حقیقت انکار وجود خداوند و تکذیب حق تملک خداوند بر زندگی و مرگ انسان است. البته این دیدگاه در تمام دنیا عمومیت ندارد و مسیحیانی هستند که برخی از اشکال آتانازی را میپذیرند. در ادیان آسیایی همچون بودیسم، شینتوئیسم، کنفوسیوسیسیم آتانازی یا کمک به مرگ انسان دردمند به نوعی پذیرفته شده است و به عنوان یک حق برای بیمار تلقی شده است. بر اساس این مذاهب، انسان در چندین دوره زمانی به دنیا می آید و از دنیا می رود و کیفیت هر دوره از زندگی بستگی به زندگی قبلی دارد. لذا همانگونه که انسان حق حیات باعزت دارد، حق مرگ با عزت را نیز داراست. فلسفه مذهب بودایی بر این اساس است که مرگ باعزت یا مرگی که در آن درد و رنج نباشد و انسان به ذلت نیفتد ارزش بسیار بالاتری نسبت به عمر طولانی دارد و انسان در این حالت با انتخاب مرگ به نوعی وفاداری خود را به خداوند نشان می دهد.

زندگی و مرگ از دیدگاه اسلام

مطابق آیات قرآن مجید، انسان به گونه ای در کمال خلق شده است که خالق یکتا پس از خلقت وی بر خود آفرین گفته است: **ثم انشانا خلقا اخر فتبارک الله احسن الخالقین** (پس از آن خلقی دیگر انشاء نمودیم آفرین بر قدرت کامل بهترین آفرینندگان) اما همین انسان که خداوند متعال به او مقامی ممتاز عطا نموده و در احسن تقویم خلق شده لقد خلقنا الانسان فی احسن التقویم (ما انسان را در مقام احسن تقویم نیکو ترین مراتب صورت وجود بیافریدیم) و بر خلقت آن آفرین گفته شده است، در نهایت فانی بوده و سرنوشتی به جز مرگ در انتظار او نیست؛ ثم انکم بعد ذالک لمیتون (سپس باز شما آدمیان که بدین ترتیب خلق شدید همه خواهید مرد) کل نفس ذائقة الموت (هر نفسی طعم مرگ را خواهد چشید). اسلام بر این امر تأکید دارد که انسان خود را خلق نکرده و لذا در مقوله خاتمه دادن به زندگی خود نیز فاقد اختیار است. مطابق باورهای مذهبی اسلامی اعطای زندگی و سلب آن تنها در دست قدرت خداوند متعال قرار دارد: ان الله له ملک سماوات و الارض یحیی و یمیت (خدا

مالک آسمانها و زمین است او زنده کند و بمیراند) و هو یحیی و یمیت (اوست که زنده می کند و می میراند) و الله یحیی و یمیت والله بما تعملون بصیر (خداوند زنده میکند و میمیراند خداوند است که به هر کاری که می کنند آگاه است) حضرت علی علیه السلام به صراحت مالک مرگ را همان مالک زندگی دانسته و می فرماید: ان مالک الموت هو مالک الحیاه فان الخالق هو الممیت (آن که مرگ را بر سر آدمی می آورد همان است که زندگی را در دست دارد و آنکه می آفریند همان است که می میراند).

در اسلام زندگی یک انسان به قدری ارزش دارد که قرآن کریم نجات جان یک انسان را با نجات جان تمامی انسانها برابر می داند: "مَنْ قَتَلَ نَفْسًا بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِي الْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ النَّاسَ جَمِيعًا وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا" از سوی دیگر ، در این مکتب الهی زندگی افراد متعلق به آنها نبوده و جان انسان امانتی الهی است که حفظ این امانت از واجبات غیر قابل انکار است: "إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَنْ تُؤَدُّوا الْأَمَانَاتِ إِلَىٰ أَهْلِهَا" آیاتی نظیر: "لا تقتلوا بایدیکم الی التهلکه قرآن کریم وَمَنْ يَقْتُلْ مُؤْمِنًا مُتَعَمِّدًا فَجَزَاؤُهُ جَهَنَّمُ خَالِدًا فِيهَا وَغَضِبَ اللَّهُ عَلَيْهِ وَلَعَنَهُ وَأَعَدَّ لَهُ عَذَابًا عَظِيمًا" و "لا تقتلوا النفس التي حرم الله الا بالحق" و "ولا تقتلوا انفسکم ان الله کان بکم رحیم"

به خوبی دیدگاه اسلام را در مورد ارزش جان انسان ها نشان میدهد. مفسران در خصوص صراحت قرآن کریم در مورد نکوهش کشتن یک انسان می گویند که قرآن در آیات مربوط به قتل نفس یک حقیقت اجتماعی و تربیتی را بازگو می کند. بدین ترتیب، کسی که دست به خون انسان بی گناهی می آید در حقیقت این آمادگی را دارد که انسان های دیگری را که با آن مقتول از نقطه نظر انسان بودن و بی گناه بودن مشابه هستند مورد هجوم قرار دهد و به قتل برساند.

آنانازی و باور های اسلامی

در اسلام خودکشی و دیگر کشی به هیچ وجه جایز نبوده و کشتن انسان ها فقط در موارد دفاعی و قصاص مجاز دانسته شده است. در شرع مقدس هیچگونه تبصره‌ای برای کشتن افراد جهت رهایی آنها از درد و رنج در نظر گرفته نشده است. در نگاه اسلام حتی درد و رنج نیز دارای فلسفه بوده و تحمل مصائب و مشکلات برای انسان بخشی از فلسفه وجودی او است.

قرآن مجید در سوره مبارکه بلد به صراحت این مسئله را مورد تایید قرار می‌دهد که زندگی انسان توأم با مشقت است: "لقد خلقنا الانسان في كبد" مطابق آموزه های دینی رویدادهایی که در این عالم پیش می‌آیند یا دلخواه و مطابق میل ما هستند یا برخلاف طبع و میل ما قرار دارند. سلامتی، رفاه، راحتی و آسایش، هوای خوب و چیزهایی از این قبیل که بر وفق مراد ما هستند، نعمت اند. از سوی دیگر، بیماری، فقر، گرفتاری و نظایر آن که موافق میل ما نیستند، بلا هستند. جهان سرشار از این دو نوع حادثه است. بدین ترتیب، انسان مومن کسی است که در برابر نعمتها شکرگذار باشد تا خداوند نعمتهای الهی را افزایش دهد و در برابر بلاها صبر پیشه کند تا اجر بیشتری نصیب وی گردد.

در این نگرش هرگاه مشکلی برای انسان پیش می‌آید، به طور قطع به دنبال آن راحتی و گشایشی نیز خواهد بود: "فَإِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا" انسانی که در مقابل بلاهایی همچون بیماری صبور نباشد ناتوان بوده و تنها زندگی را برای خود سخت تر می‌کند. از همین روست که حضرت فرموده است: "قَدْ عَجَزَ مَنْ لَمْ يَعُدَّ لِكُلِّ بَلَاءٍ صَبْرًا وَ لِكُلِّ نِعْمَةٍ شُكْرًا وَ لِكُلِّ غُسْرٍ يُسْرًا" یعنی عاجز ناتوان است کسی که برای هر بلایی صبری مهیا نکند و برای هر نعمتی شکری و برای هر سختی آسانی را.

مطابق آیه شریفه ی قرآن مجید زندگی دنیا همواره آمیخته با رنج و گرفتاری است. در مقابل، سعادت اخروی هیچ گاه همراه گرفتاری و درد و رنج نیست: "لَا يَمَسُّهُمْ فِيهَا نَصَبٌ وَمَا هُمْ مِنْهَا بِمُخْرَجِينَ" هیچ زحمت و رنج در آنجا به آنها نرسد و هرگز از آن بهشت بیرونشان نکنند. بنابراین خداوند متعال هرگز در دنیا به کسی وعده آسایش و رفاه مطلق نداده و هیچ انسانی تاکنون زندگی ای را که سرشار از خوشی و راحتی باشد در دنیا تجربه نکرده است.

در حقیقت، انسانی که از ایمان برخوردار است یقین دارد که پس از زندگی مادی کنونی، عالمی وجود دارد که هم درد و رنج آن و هم لذت آن ابدی است قرآن کریم در مورد ابدی بودن درد و رنج و لذت در جهان آخرت می فرماید: "وَالَّذِينَ كَفَرُوا وَكَذَّبُوا بِآيَاتِنَا أُولَٰئِكَ أَصْحَابُ النَّارِ هُمْ فِيهَا خَالِدُونَ" یعنی کسانی که کافر شدند و آیات ما را دروغ پنداشتند اهل دوزخند و همیشه در آن خواهند بود؛ وَالَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ أُولَٰئِكَ أَصْحَابُ الْجَنَّةِ هُمْ فِيهَا خَالِدُونَ یعنی آن ها که ایمان آورده اند و کارهای شایسته انجام داده اند، اهل بهشتند و همیشه در آن خواهند ماند. بنابراین، انسان متدین رنج و لذت دنیا را در مقایسه با رنج و لذت آخرت بسیار کوچک می شمارد. مسئله مهم دیگر در اسلام، ارزش های معنوی حاکم بر مقوله سلامت و بیماری است. بیماری در اسلام علاوه بر هشدار به انسان در خصوص وجود نوعی اختلال در فعالیت های نظام مند بدن، صحنه آزمایش های الهی برای شخص بیمار و مداوا کنندگان و همچنین درس عبرتی برای افراد سالم است. اسلام به بیماری صرفاً به عنوان یک عارضه ظاهری نمی نگرد تا همه توجه فرد بیمار را تنها به بهبودی خود معطوف نماید که اگر سلامتی به دست نیامد بیمار دچار افسردگی و اضطراب شدید شده و نیازی به تداوم زندگی در حالت بیماری احساس ننماید. اسلام به بیماری و سلامتی به عنوان ابزارهایی برای کسب معنویت نگاه می کند لذا از نظر ارزش های معنوی، سلامت و بیماری هیچ کدام دارای ارزش ذاتی نیستند. اگر انسان از بیماری برای تقویت ایمان و تقرب به ذات اقدس الهی استفاده کند، بیماری از ارزش برخوردار خواهد بود در مقابل هرگاه انسان از سلامت خود در جهت شکرگزاری به درگاه خداوند و کسب رضایت الهی بهره گیرد، سلامتی ارزشمند خواهد بود. امام سجاد علیه السلام در مناجات های خود با خداوند به درگاه الهی می گفتند: "فَمَا أَدْرِي، يَا إِلَهِي، أَيُّ الْحَالَيْنِ أَحَقُّ بِالشُّكْرِ لَكَ، وَ أَيُّ الْوَقْتَيْنِ أَوْلَى بِالْحَمْدِ لَكَ أَوْ وَقْتُ الصَّحَّةِ الَّتِي هَنَأْتَنِي فِيهَا طَيِّبَاتِ رِزْقِكَ أَمْ وَقْتُ الْعِلَّةِ الَّتِي مَحْصَنْتَنِي بِهَا" یعنی خدایا من نمیدانم کدام حالت شایسته تر برای شکرگزاری است هنگام صحت که توان استفاده از روزی پاک تو را دارم یا هنگام بیماری که وسیله رهایی من از گناهان است. این مناجات به طور شفاف نگرش اسلام را در مورد بیماری سلامت و ارزش معنوی آن ها تبیین می نماید. در روایات اسلامی نیز به ارزش های حاکم بر سلامت و بیماری بسیار توجه شده است. پیامبر اکرم می فرمایند: "لا یمرض مومن و لا مومنه و لا مسلم و لا مسلمه الا حط الله به حطیثته" یعنی هیچ مرد و زن مومن و مسلمانی مریض نمی شود مگر اینکه خداوند به سبب آن بیماری گناهان او را می بخشد. بنابراین در

این نگرش، درد و رنجی که بیمار را آزار می دهد نزد خداوند بی اجر نمی ماند در روایت مشترکی از امام باقر امام صادق علیه السلام آمده است: (بیدار ماندن یک شب از شدت بیماری و تحمل درد از یک سال عبادت ارزش بیشتری دارد) هنگامی که نگاه اسلام به بیماری همراه با ارزش معنوی باشد قطعاً عیادت بیمار هم دارای ارزش خواهد بود. پیامبر فرمودند: "عائد المريض یخوض فی رحمه" یعنی عیادت کننده بیمار در رحمت الهی غوطه‌ور است. بنابراین وقتی گروه پزشکی همکار وی به درمان بیماری می‌پردازند کاری الهی انجام میدهند و لازم است که علاوه بر دقت در کار خود از تقوای الهی برخوردار باشند، تا آن ارزش معنوی را تکمیل نمایند. امیرالمومنین علیه السلام می فرمایند: "من تطیب فلیتق الله و لیجهد" یعنی هر کس به طبابت می‌پردازد باید مراعات تقوای الهی را بنماید و تلاش و کوشش خود را به کار گیرد. لزوم رعایت تقوا هم به خاطر دقت هر چه بیشتر در حرفه پزشکی و الهی شدن کار طبابت است و هم به خاطر ارزش معنوی که در بیماری و سلامت وجود دارد.

نتیجه گیری

اگرچه انتظار می رود چالش های موجود در خصوص موجه بودن یا مطرود بودن آتانازی در سطح جهان همچنان ادامه یابد ولی توجه به آموزه های اسلامی هم چون قرار داشتن اختیار زندگی در دستان خداوند قادر متعال، اعتقاد به دخالت نیروهای فراطبیعی در روند زندگی و اعتقاد به معجزه و شفا مسئله آتانازی را با مسائل اخلاقی بیشتری مواجه می سازد. در این ارتباط باید توجه داشت که در نظام زندگی غیر الهی و مادی جست و جوی سود و منفعت تنها خاص زندگی دنیاست در حالی که منفعت در مکتب اسلام از مفهومی و متعالی و ارزشی برخوردار بوده و علاوه بر منافع دنیا منافع آخرت را نیز در بر می گیرد. از این رو پایبندی به اخلاق پزشکی و اخلاق اسلامی موجب مشخص شدن نقشه راه و حدود و مرزهایی می گردد که انسان را از وارد شدن به برخی حیطه ها همچون خاتمه دادن به زندگی انسان ها ولو از روی ترحم نهی می کند. همچنین باید توجه داشت که آتانازی نه تنها جان یک انسان را می گیرد، بلکه به محیط اجتماعی فرد و به ویژه اطرافیان او که احتمالاً هیچ نقشی در تصمیم گیری برای پایان دادن به زندگی بیمار نداشته اند نیز آسیب روانی وارد می کند. با توجه به این موارد، سیاست گذاران اخلاق و جامعه پزشکی باید با دقت بیشتری به مباحثی هم چون آتانازی بپردازند. به نظر می رسد که توجه

به تفاوت های فلسفه و اخلاق اسلامی با فلسفه و اخلاق پزشکی غربی و همچنین پایه گذاری و تدوین نظام اخلاق پزشکی اسلامی از ضروری ترین نیاز های جامعه ی پزشکی کنونی است.

اخلاق در پژوهش

در جوامع اسلامی علاوه بر رعایت اصول کلی اخلاقی، پژوهشگر می‌بایست برای رعایت انسانها با تعلیمات قرآنی و یا کتب آسمانی دیگر آشنایی کافی داشته باشد. به عنوان مثال اسلام برای جسد یک فرد حرمت قائل شده است به طوری که تشریح آن را جز در موارد خاص اجازه نداده است و بی‌احترامی به آنرا به هر صورت جایز نمی‌داند. احترام پژوهشگر به تک‌تک افراد جامعه و رعایت کلیه نکات اخلاقی و انسانی در پیشگیری، تشخیص و درمان و انجام هرگونه پژوهشی از بدیهیات است. در مکتب اسلام هر فرد جزئی از یک کل و پاره‌ای از هستی می‌باشد. همان انسانیتی که در عده زیادی هست در یک نفر هم وجود دارد و عکس آن هم صادق است. مشیت الهی بر این تعلق گرفته است که با آفرینش و تکثیر افراد نسل انسان باقی بماند و بقایش تداوم یابد، بازماندگان جانشین رفتگان شوند و خداوند را در زمین پرستش کنند. لذا نابودی یک فرد در افساد در آفرینش و فتنه در مشیت الهی در مورد انسانیت است که بقایش با تکثیر افراد و از طریق جانشینی یکی به جای دیگری می‌باشد. توجه به اصول فوق و رعایت آنها از روی عقیده و باور، نگرانی از پژوهش‌های انسانی را به نحو شایسته تری کاهش می‌دهد. قوانین مواردی که باید در پژوهشها رعایت شوند تا حد امکان در نظر می‌گیرند ولی این به تنهایی کافی نیست. معمولاً به علت روابط حسنه و احترامی که بین بیمار و کادر درمان وجود دارد، بیمار پیشنهادات آنها را برای شرکت و همکاری در تحقیق می‌پذیرد.

در ابتدای قرن بیستم اگر چه در مواردی از افراد داوطلب فرم موافقتنامه برای تحقیق گرفته می‌شد ولی این امر برای پژوهش روی بیماران به صورت معمول انجام نمی‌شد. در قرن گذشته نخستین بیانیه بین‌المللی در زمینه پژوهش روی افراد به نام بیانیه نورنبرگ در سال ۱۹۴۷ در جریان محاکمه پزشکانی که در حکومت نازی‌ها طی جنگ جهانی دوم روی زندانیان و اسرا آزمایشات غیر انسانی انجام داده بودند، صادر شد. در سال ۱۹۶۴ در هجدهمین گردهمایی مجمع جهانی پزشکی در هلستینکی برای راهنمایی پژوهش‌های حوزه درمان قوانین تدوین شد که به نام بیانیه هلستینکی یک معروف شد همین انجمن در بیست و نهمین اجلاس خود در سال ۱۹۷۵ در توکیو در بیانیه بالا اصلاحاتی به عمل آورد و با گسترش دامنه راهنمایی‌ها برای

تحقیقات بیومدیكال روی افراد انسانی بیانیه هلسینکی دو را به تصویب رسانید و تصویب این قوانین مبنای رعایت اصول

اخلاقی در پژوهشها قرار گرفت.

اگرچه از نیمه دوم قرن ۲۰ میلادی و پس از اعلامیه های جهانی متعدد، رعایت اصول اخلاقی در تحقیق به عنوان اصلی مهم پذیرفته شده بود، در مقاله جالبی که در سال ۱۹۶۶ در مجله پزشکی نیو انگلند منتشر شد، به موارد زیادی از پژوهشها اشاره شد که اصول اصلی مسائل اخلاقی در آنها رعایت نشده بود از این میان، پژوهش تزریق سرطان ریه به برخی از بیماران پیر مبتلا به سرطان بدون توافق بیمار انجام شده بود. همچنین آلوده کردن کودکان دچار عقب ماندگی ذهنی با هپاتیت در موسسات شبانه روزی با این هدف که سیر بیماری را مورد مطالعه قرار دهند از دیگر موارد می باشد. از همه اینها تکان دهنده تر انجام مطالعه ای بود که در بخش بیماریهای مقاربتی بهداشت عمومی ایالات متحده آمریکا انجام شد. این بررسی برای اثرات سیفلیس درمان نشده در چند صد نفر سیاه پوست در سال ۱۹۳۲ هنگامی آغاز شد که هنوز برای سیفلیس درمانی شناخته نشده بود. پس از کشف پنی سیلین این بررسی بدون درمان قربانیان ادامه پیدا کرد با کمال تاسف تا سال ۱۹۶۹ مورد تایید مسئولان حکومتی بود. در این تحقیق چندین رفتار غیر اخلاقی انجام شده بود اولاً انتخاب افراد مورد مطالعه در یک جمعیت فقیر سیاه پوست صورت گرفته بود درحالی که در سایر جمعیت ها نیز سیفلیس در سالهای ابتدای پژوهش شایع بود، ثانيا ایجاد این باور در افراد مورد پژوهش که روند طولانی تحقیق برای آنها دارای ارزش درمانی می باشد، ثالثا عدم استفاده از پنی سیلین، هنگامی که تحقیقات نشان داد این دارو برای درمان سیفلیس موثر است، رابعا این که استفاده از تسهیلات کفن و دفن به عنوانی یک انگیزه کاری بیماران و خانواده برای ادامه پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

فاش شدن اسرار این مطالعه سبب شد که در آمریکا قوانینی مشخص گردد که در این میان سه اصل عمده اخلاق پژوهش

عنوان گردید اینها عبارتند از یک احترام به افراد، فایده رسانی و عدالت.

منظور از احترام به افراد احترام به آزادی آنان است، رعایت اصل احترام برای اشخاص مبین این است که اشخاص حق خود

رایبی داشته باشند و در مشارکت در تحقیق یا امتناع از آن آزاد باشند و این که هر زمان فرد صلاح دانست از مطالعه خارج

شود. از طرفی بخش عمده‌ای از احترام، در دریافت اجازه نامه برای تحقیق می باشد. منظور از فایده رسانی نوعی اجبار اخلاقی است برای رساندن فایده به دیگران و احتراز از صدمه رساندن به آنان به این معنی که در جریان انجام پژوهش فوایدی که برای فرد مترتب است به حداکثر و برعکس خطرات به حداقل رسانده شود. رعایت عدالت که افراد به میزان مورد نیاز مورد بررسی و درمان قرار گیرند و در مورد انتخاب گروه ها عدالت رعایت شود.

حفظ حقوق انسان به عنوان یک اصل اخلاقی

حقوق انسان عبارت از مطالبات و تقاضاهایی است که از نگاه فرد یا توسط اجتماع ذیحق دانسته شده اند. برخورداری از حقوق به منظور حفظ شان، احترام و سلامت یک فرد ضروری است. پژوهشگران از نظر اخلاقی مسئول شناسایی و حفظ حقوق واحدهای انسانی شرکت کننده در تحقیق هستند. برخی از حقوق انسانی که باید در تحقیق حفظ شوند عبارتند از: حق تصمیم گیری توسط خود شخص، حق حفظ حریم، حق گمنامی و محرمانه ماندن.

حق تصمیم گیری توسط خود

حق تصمیم گیری توسط خود بر مبنای اصل اخلاقی احترام به اشخاص بنا شده است. این اصل اخلاقی مبین این است که انسان ها توانایی تصمیم گیری توسط خود یا کنترل سرنوشت خود را دارند و باید به عنوان عاملی مستقل درمان شوند و همواره این آزادی را دارند که زندگی خود را همانگونه که تمایل دارند بدون هرگونه تحمیل خارجی اداره نمایند. محققین افراد را به عنوان عواملی مستقل در نظر می گیرند و به آنها درباره مطالعه طراحی شده اطلاعات لازم را ارائه دهند و این اجازه را نیز به آنها دهند که داوطلبانه شرکت در تحقیق را انتخاب یا رد کنند. علاوه بر این افراد این حق را دارند که هر زمان که مایل بودند، بدون پراخت هرگونه جریمه ای از مطالعه خارج شوند.

تعدی به حق تصمیم گیری توسط خود

حق تصمیم گیری توسط خود می تواند از طریق تهدید یا اجبار، جمع آوری مخفیانه اطلاعات و اغفال تضعیع شود.

تهدید یا اجبار زمانی است که فردی شخص دیگر را به طور عمدی تهدید به صدمه ای آشکار می کند یا به او پیشنهاد پاداشی بزرگ می دهد تا بتواند او را مجبور به انجام اقدامی علیه میل باطنی خود نماید. برخی از افراد تهدید یا مجبور به شرکت در مطالعه می شوند زیرا از این می ترسند که در صورت عدم مشارکت تحت صدمه یا ناراحتی قرار بگیرند. به عنوان مثال برخی از بیماران عقیده دارند اگر به عنوان واحد تحقیق در مطالعه شرکت نکنند، این عمل تاثیری منفی بر دریافت خدمات در آنها خواهد داشت. در جمع آوری مخفیانه اطلاعات، افراد از جمع آوری داده های تحقیق بی اطلاع هستند زیرا محقق شرایط تحقیق و مداخله را بصورت یک پدیده طبیعی با فعالیتهای معمول معرفی می کند. چنانچه پژوهشگر در جریان تحقیق با جنبه های حساسی از رفتار فرد نظیر عملی نامشروع، رفتار جنسی یا سوء مصرف مواد مخدر مواجه شود؛ استفاده از روش جمع آوری مخفیانه اطلاعات غیرقانونی و زیر سوال خواهد بود. اغفال یا فریب عبارت از گمراه کردن یا دادن اطلاعات نادرست به افراد تحت پژوهش به دلیل اهداف تحقیق می باشد. در صورت استفاده از روش اغفال در مطالعه باید پژوهشگر ثابت کند هیچ راه دیگری برای جمع آوری اطلاعات وجود ندارد و به افراد تحت پژوهش نیز هیچ آسیبی وارد نمی شود.

گروه های خاص

برخی از افراد از استقلال کمی برخوردار هستند، یا به دلیل عدم صلاحیت ذهنی یا قانونی آسیب پذیر و متضرر می باشند. این افراد نیاز به حفاظت اضافی در ارتباط با حق تصمیم گیری توسط خود دارند زیرا برای رضایت آگاهانه توان محدودی داشته یا حتی ناتوان می باشند. نوزادان، کودکان خردسال، عقب ماندگان ذهنی و اشخاص بیهوش دارای صلاحیت قانونی یا ذهنی در دادن رضایت آگاهانه نیستند. این افراد از درک اطلاعات مرتبط با مطالعه ناتوان هستند و نمی توانند به منظور شرکت یا امتناع از مطالعه تصمیم گیری کنند.

حق حفظ حریم

حریم عبارت از حق فرد در تعیین زمان، اندازه و خصوصیات عامی است که تحت آن اطلاعات شخصی خود را با دیگران مبادله خواهد کرد یا آنها را از افراد دیگر محفوظ خواهد داشت. چنین اطلاعاتی شامل نگرش ها، عقاید، رفتارها، نظرات و یادداشت ها می باشند. حریم فردی اولین بار توسط آیین نامه حریم در سال ۱۹۷۴ مورد حمایت قرار گرفت. در اثر این آیین نامه روش های جمع آوری اطلاعات تحت بررسی دقیق قرار گرفتند تا از حریم افراد حفاظت شود و نتوان اطلاعات را بدون هماهنگی افراد تحت پژوهش جمع آوری نمود.

مؤسسات مراقبت سلامت در صورت غیر قابل شناسایی بودن اطلاعات می توانند به پژوهشگران اجازه دهند به اطلاعات سلامتی دسترسی یابند. ناشناس کردن اطلاعات سلامتی عبارت از حذف ۱۸ مورد است که می توانند در تعیین هویت یک فرد یا بستگان او، شغل یل تعداد خانوار او مورد استفاده قرار گیرند. ۱۸ مورد تعیین کننده هویت یک فرد عبارتند از:

۱. نام
۲. تمام تقسیمات جغرافیایی کوچکتر از یک استان از جمله نشانی خیابان، شهر، محله، منطقه، کدپستی و ...
۳. تمام اجزای مرتبط با تاریخ (به استثنا سال) برای تاریخ هایی که به طور مستقیم مرتبط با فرد هستند نظیر تاریخ

تولد، تاریخ پذیرش، تاریخ ترخیص

۴. شماره تلفن

۵. شماره های کلیشه ای

۶. نشانی پست الکترونیک

۷. شماره های امنیت اجتماعی

۸. شماره پرونده پزشکی

۹. شماره های بهره برداری از برنامه سلامت

۱۰. شماره های صورت حساب

۱۱. شماره گواهینامه یا پروانه کار

۱۲. شماره پلاک خودرو

۱۳. شماره سریال وسایل

۱۴. شماره سرورهای جهانی

۱۵. شماره نشانی قرارداد اینترنتی

۱۶. اثر انگشت

۱۷. تصویر عکس برداری از تمام چهره

۱۸. هرگونه شماره یا رمز شناسایی

حق گمنامی و محرمانه ماندن

بر مبنای حق حفظ حریم، فرد تحت پژوهش این حق را دارد که گمنام باقی بماند و اطلاعات جمع آوری شده در رابطه با او

محرمانه حفظ گردند. محرمانه ماندن ریشه در مسائل ذیل دارد:

- افراد می توانند اطلاعات شخصی خود را به هر کس که مایلند ارائه دهند و همچنین این حق را دارند که آنها را نیز

محرمانه نگه دارند.

- فرد میتواند انتخاب کند که اطلاعات خود را به چه کسی ارائه دهد.

- افرادی که اطلاعات محرمانه افراد دیگر را دریافت می دارند، متعدد به حفظ محرمانه ماندن این اطلاعات هستند.

- اشخاص حرفه ای و همچنین محققین وظیفه دارند فراتر از وفاداری و صداقت معمول، محرمانه ماندن اطلاعات را

حفظ نمایند.

انتخاب نمونه به عنوان یک اصول اخلاقی در طراحی پژوهش

انتخاب نمونه ها: روش انتخاب تصادفی یکی از مهمترین ابزار از بین بردن تورش در تحقیقات است با این وجود انتخاب تصادفی یا هر روش دیگری برای مشخص کردن نوع درمانی که فرد دریافت می کنند اگر آن روش درمانی غیرضروری برای فرد شود غیر اخلاقی تلقی می شود. با همه اینها باید توجه داشت که چون تحقیقات علوم پزشکی با مراقبت بیمار بستگی زیاد دارد سوالات چندی در مورد آن عنوان شده است؛ اولاً اخذ موافقت نامه واقعی از بیمار ممکن است در برخی موارد دشوار باشد. بیمارانی که از آنها درخواست می شود در یک مطالعه شرکت کنند، ممکن است تفاوت بین پژوهش و مراقبت را متوجه نباشد، ثانياً اینکه تعهد افراد بالینی برای ارائه مراقبت های اختصاصی بیمار کانون اصلی مراقبت است و انتخاب تصادفی با مراقبت اختصاصی برای هر بیمار منافات دارد. ثالثاً موقعی که مشخص نیست که از دو روش درمانی کدام بهتر است بیمار ممکن است یکی را بر دیگری ترجیح دهد.

