

Download from: aghalibrary.cm



اخلاق طبابت



پوهنوال دوکتور عبدالغفور همدا صدیقی

چاپ دوم ۱۳۸۹

Numan Sahak



اثر نقش‌یست که از ما باز ماند
که دنیا را نمی بینم بقائی

اخلاق طبابت

الحاج پوهنوال دوكتور عبدالغفور همدل صديقي

اسم کتاب: اخلاق طبابت
نویسنده گان: الحاج پوهنوال دوکتور عبدالغفور همدل صدیقی
ناشر: پوهنځی طب بلخ
تعداد نشر: 1000
تاریخ نشر چاپ دوم: 1389
دوئلود: www.balkh-un.edu.af

تمام حقوق نشر و چاپ پیش نویسنده محفوظ است.

کتاب هذا توسط انجمن همکاریهای آکادمیک آلمان (DAAD) از بودیجه دولت فدرالی آلمان تمویل شده است. امور تخنیکي و اداری کتاب توسط انجمن عمومی پرسونل طبی در کشور آلمان (DAMF e.V.) و موسسه افغانیک (Afghanic.org) انجام یافته است. مسؤلیت محتوا و نوشتن کتاب مربوط نویسنده و پوهنځی مربوطه میباشد. ارگن های کمک کننده و تطبیق کننده مسول نمی باشند.

اگر میخواهید که کتابهای تدریسی طبی تان چاپ گردد، با ما به تماس شوید:
تلیفون: 0706320844، ایمیل: wardak@afghanic.org



آی اس بی ان:

[ **NKS** Medical Library ]

ID: <http://t.me/NKS02>



Numan Sahak



ENGLISH



PASHTO



DARI

SUBSCRIBE



تقریظ

پیشرفت های معاصر در تمام عرصه ها تغییرات را وارد ساخته و به نیازها افزوده و تقاضاها را شامل نموده است. انسان بیشتر از همه چیز به صحت و سلامتی اش میکوشد و با دسترسی به هر گونه امکانات از آن استفاده مینماید در حالت مرضی به داکتر مراجعه نموده به او اعتماد میکند، حفظ این اعتماد تنها به غنای مسلکی و تخصصی داکتر مربوط نیست بلکه به اخلاق سجایای سپندیده و عالی اش بستگی دارد. قوانینی است که در هر شرایط این سجایا را تحت نظارت قرار میدهد و بروفق زمان پاسخگو است.

هر کشور مطابق ضرورت زمان، عقاید و شرایط خویش در تعمیم اخلاق طبی طرزالعمل و روش های عملی وضع نموده اند که در مسیر آن به حیات انسان، منحیث بودنش خدمات صبحی سمت داده میشود و ارزیابی میگردد.

کشور ما بیشتر از هر وقت دیگر نیاز به تعمیم اخلاق طبی در عرصه خدمات صبحی دارد. کتاب اخلاق طبابت که به همین هدف شامل پروسه درسی طب گردیده زمره فعالیت های عملی در تحقق بخشیدن اهداف فوق میباشد.

تالیف کتاب درسی اخلاق طبابت که محترم الحاج پوهنوال دکتور عبدالغفور همدل "صدیقی" دارد. به تالیف آن اقبال یافته، با ارزشترین کتابی است که شامل (۱۶) فصل میباشد.

با برقراری روابط سیستماتیک فصول و با در نظر داشت شرایط و مقتضیات سنتی کشور ما با رعایت احکام اسلامی آماده گردیده است.

مطالعه کتاب نه تنها برای محصلان طب است بلکه به همه دسته اندر کاران مسلک طبابت و بخصوص دوکتوران جوان ضروری پنداشته، و اثر تالیفی هذا را غرض ترفیع استاد موصوف به رتبه پوهاندی مساعد و مناسب میدانم که باید به طبع رسیده، تکثیر و حتی به تمام پوهنخی های تحصیلات عالی ارسال گردد. زحمات مولف را در راستای انجام این وظیفه گرامی دانسته موفقیت و سرافرازی شان را از بارگاه خداوند "ج" آرزو می نمایم.

با احترام

پوهاند دوکتور هدایت الله "صالحی"

تقریظ

بنام آنکه هستی نام از او یافت:

مسلم است که اخلاق یکی از بزرگترین قوای محرکه جهان است و در کمال تظاهرات خود طبیعت انسانی را در عالی ترین شکل آن مجسم میسازد و بدون اخلاق و ملکات فاضله هیچ فنون و صناعی در دنیا نمیتواند ملتی را از انحطاط و فساد بیرون کشیده و بمدارج عالیه انسانی برساند.

مسلماً در طی سال های اخیر دانش طبی به سرعت پیشرفته و تغییراتی در تمام بخش ها و رشته های شقوق طب رونما گردیده و پرده از روی بسا حقایق برداشته شده و با ایجاد و کشف وسایل مدرن تغییراتی محیرالعقول در جهان طبابت بحصول آمده است.

پس مسائلی که بیشتر نیازمندی و ضرورت اطباء را تشکیل میدهد اخلاق طبابت است، بنا بر همین احساس نیازمندی بود که ۲۴۰۰ سال قبل از امروز هیپوکرات قسم نامه مشهور خود را بوجود آورد. چون طبابت یک مسلک مقدس و ضروری بوده که حیات انسانها به آن مربوط است، و ایجاب یک سلسله مسائل، روابط نیکو، سجایا راه و روش معقول و پسندیده اطباء را با مریض، دار و صدها مسائل اخلاقی دیگری را احتواء می کند که باید تحت عنوان مضمونی بنام اخلاق طبابت به پوهنخای های طب تدریس گردد، تا باشد که این مسلک مقدس و شریف به بهترین وجه پیش برده شود به همین منظور این مضمون در کریکولوم صنوف پنجم پوهنخای های وطن ما شامل و تدریس میگردد. چون تا الحال در این بخش کتاب جامعی تالیف و تدوین نگردیده است. بناء محترم الحاج پوهنوال دوکتور عبدالغفور همدل "صدیقی" استاد پوهنخای طب پوهنتون بلخ سبقت جسته متصدی این امر بزرگ شده کتاب جامع، مفید و پر محتوای در اخلاق طبابت تالیف و از کتب معتبر، مجلات و منابع موافق علمی و تجارب خویش با در نظر داشت شرایط محیطی و برداشت های اجتماعی در سکتور صحی در کشور استفاده بعمل آورده و کتاب دوکتور موصوف برتبه پوهاندی مساعد و مناسب پنداشته قابل طبع و نشر میدانم، موفقیت مزید مشارالیه را در راه خدمت به وطن و مردم خویش با اثر آفرینی های بعدی استاد موصوف آرزومندم.

با احترام

پوهاند دوکتور محمد افضل "انور"

تقریظ

طبابت یک مسلک مقدس، و برای تحقیق بخشیدن این هدف ما باید افرادی را در این رشته داشته باشیم که در نظام خود قرار دهند که خدمت به مریض را تقرب به خداوند "ح" بدانند، و احساس مسولیت نموده رفتار انسانی و اخلاق نیکو داشت، به اساسات دین فرهنگ و سنتهای مریض خود احترام بگذارد خشم خود را مهار کند، در مقابل اعمال قهر آلوده و نامؤجه مریض، صبور و برده بار باشد. در زمینه مسایل گوناگون طبی بویژه کسترش روز افزون این مسلک از دانش، تجربه و از مهارت کافی برخوردار باشد. آموختن اساسات طب و غنامندی مسلکی یک جانب خدمت است. جانب دیگر آن درک مسولیت و مسولیت پذیری و احترام به حیات انسان در چوکات قوانین و مقررات است. طبیب باید به سجایای عالی انسانی آراسته باشد تا بتواند مریض را شفای جسمی و روحی بخشیده اعتماد شان را به خویش جلب نمایند زیرا خداوند "ح" اسباب صحت و سلامتی مریض را در کار و فعالیتش شامل گردانده است. در طی چند دوره جنگ در کشور، شیرازه همه چیز از هم پاشیده و در طبابت هم حوادثی جنگی فرهنگ های نا شناخته را شامل گردانید، بی مسولیتی اوج گرفت به گفته شاعری که میگوید:

ز حادثات جهانم همین خوش آمد و بس

که خوب و رشت و بدی روزگار در گذر است

با استقرار یک نظام واحد در کشور و تامین صلح در همه عرصه ها تحولات عمیق و زاید الوصفی رونما گردید. منجمله طبابت به معیاری شدن قامت بر افراشت. یکی از نشانه های آن در سترسی به کتاب تحت عنوان اخلاق طبابت است که شامل کریکولوم درسی گردیده که به اساس این کریکولوم جدید کتاب اخلاق طبابت که توسط محترم الحاج پوهنوال دوکتور عبدالغفور همدل "صدیقی" تالیف گردیده و شامل (16) فصل میباشد. و موضوعات شامل فصل ها با هم تسلسل منطقی داشته از منابع جدید و معتبر به عبارات ساده و قابل فهم تهیه شده است.

یک اثر تجربه شده و مطابق فرهنگ کشور بوده به محصلان صنف پنجم طب تدریس میگردد.

اینجانب مطالعه آن را برای تمام دوکتوران و عرضه کنندگان خدمات صحی با ارزش، مفید و ضروری پنداشته زحمات مؤلف را با دیده قدرنگریسته و اثر تألیف شده هذا را برای ترفیع علمی استاد موصوف مساعد و مناسب میدانم و موفقیت های هر چه بیشتر شان را در راه خدمت به مردم نیازمند خواهانم.

با احترام

پوهنوال دوکتور حبیب الرحمن " یوسف زی "

شف دیپارتمنت اناتومی پوهنتون علوم طبی کابل

تقریظ

کتاب اخلاق طبابت تالیف پوهنوال دوکتور عبدالغفور "همدل" استاد طب عدلی اولین و یگانه مجموعه جامع از قواعد و اصول اخلاقی طبابت، سلوک و رفتار طبیبان در مقابل همونوع مریض شان میباشد.

طبیبان و جامعه علیل و مریض کنونی ما تشنه چنین معلومات بوده و تحصیلات طبی ما به آن نیاز مبرم دارند. درین کتاب استاد موصوف موضوعات بسیار عمده، جامع و آموزنده را برای دوکتوران و نسل جوان طبابت در افغانستان از منابع معتبر و بین المللی و از بالای تاریخ اخلاق طبابت گنجانیده اند و هم تجارب و دانشی را که در طول وظیفه استادی در رشته طب عدلی کسب نموده اند و بینش و برداشت عمیقی که از وضع فعلی کشور در بخش های مختلف دارند درین کتاب به حیث نظریات عالمانه و سودمند انعکاس داده اند.

تمام موضوعات این اثر که شامل تاریخچه، هدف، تعریفات و اساس اخلاق طبابت میباشد، با رهنمودهای اخلاقی طبابت برای اطباء سوگندنامه ها و تعهدنامه ها که از زمان هیپوکرات تا امروز موجود است در 202 صفحه در فصول 16 گانه گنجانیده شده است، ریفرنس خوب و غنی برای سایر استادان و رهنمای سودمند برای محصلان میباشد چون این کتاب را جهت ارتقای خود از رتبه پوهنوالی به رتبه پوهاندی تحریر نموده اند، لذا کتاب مذکور را جهت ترفیع علمی شان قابل محاسبه میدانم.

با احترام

پوهاند دوکتور مهر محمد "اعجازی"

يادونه

قدرمنو استادانو او گرانو محصلينو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی یوه لویه ستونزه گڼل کېږي. ددې ستونزې د هوارۍ لپاره مور تېر کال د ننگرهار پوهنتون د طب پوهنځي د درسي کتابونو چاپ د آلمان د اکاډمیکو همکاريو د ټولني (DAAD) له خوا پیل کړ. بیا د هېواد د پوهنتونونو، د لوړو زده کړو وزارت او د آلمان په غوښتنه مور خپل دغه پروگرام نورو پوهنتونونو او پوهنځيو ته هم وغځوو.

د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د ۲۰۱۰-۲۰۱۴ کلونو په ملي ستراتيژيک پلان کې هم راغلي چې:

"د لوړو زده کړو او د ښوونې د ښه کیفیت او محصلينو ته د نویو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړینه ده چې په دري او پښتو ژبو د درسي کتابونو د لیکلو فرصت برابر شي، د تعلیمي نصاب د ریفورم لپاره له انګلیسي ژبې څخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او مجلو ژباړل اړین دي. له دې امکاناتو څخه پرته د پوهنتونونو محصلین او ښوونکي نشي کولای عصري، نویو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسې پیدا کړي".

د افغانستان د طب پوهنځيو محصلین او ښوونکي له ډېرو ستونزو سره مخ دي. دوی په زاړه مېتود تدریس کوي. محصلین او ښوونکي نوي معلومات په واک کې نلري او درسي مېتود ډېر زوړ دی. محصلین له کتابونو او هغه چېپېرونو څخه گټه اخلي، چې زاړه او په بازار کې په ټیټ کیفیت کاپی کېږي. لکه څنګه چې زموږ هېواد تکړه او مسلکي ډاکټرانو ته اړتیا لري، نو باید د هېواد د طب پوهنځيو ته لازياته پاملرنه وشي.

ددې ستونزې د حل لپاره هغه گټور کتابونه چې د طب پوهنځيو د استادانو لخوا لیکل شوي، باید راټول او چاپ شي. په دې لړ کې مو د ننگرهار، کندهار، مزار او خوست له طب پوهنځيو څخه درسي کتابونه ترلاسه او چاپ کړي، چې دغه کتاب یې یوه نمونه ده.

څرنگه چې د کتابونو چاپول زموږ د پروگرام یوه برخه ده، غواړم دلته زموږ د نورو هڅو په اړوند څو ټکي راوړم:

1. درسي طبي کتابونه

موږ غواړو چې دې کار ته دوام ورکړو او د چېپېر او نوټ ورکولو دوران ختم شي.

2. د نوي مېتود او پرمختللو وسایلو په کارولو سره تدریس

د ننگرهار او بلخ پوهنتونونو طب پوهنځي یوازې د یو پراجیکټور درلودونکي وو، چې په ټول تدریس کې به ترې گټه اخیستل کېده او ډېرو استادانو به په تیوريکي شکل درس ورکاوه. په کال ۲۰۱۰ م کې مو د DAAD په مرسته وکولای شول د ننگرهار، خوست، مزار، کندهار او هرات طب پوهنځيو په ټولو تدریسي صنفونو کې پروجکټورونه نصب کړو.

3. د هېدل برګ پوهنتون په نړیوال طب کې ماسټري

په نظر کې ده چې د هېواد د طب پوهنځيو د عامې روغتیا د څانگو استادان د جرمني هیدل برګ پوهنتون ته د ماسټرۍ لپاره ولېږل شي.

4. د اړتیاوو ارزونه

په کار ده چې د پوهنځيو روان وضعیت (اوسنی ستونزې او راتلونکي چلنونه) وارزول شي، او بيا ددې په بنسټ په منظمه توگه اداري، اکادميک کارونه او پرمختيايي پروژې پلې شي.

5. کتابتونونه

په انگليسي ژبه په ټولو مهمو مسلکي مضمونونو کې نوي نړيوال معياري کتابونه د پوهنځيو کتابتونونو ته وسپارل شي.

6. لائبراتورونه

په هره طب پوهنځي کې بايد په بېلابېلو برخو کې لائبراتورونه موجود وي.

7. کادري روغتونونه (دپوهنتون روغتونونه)

د هېواد هره طب پوهنځي بايد کادري روغتون ولري او يا هم په نورو روغتونونو کې د طب محصلينو لپاره د عملي زده کړو زمينه برابره شي.

8. ستراتيژيک پلان

دا به ډېر گټور وي، چې د طب هره پوهنځي د اړونده پوهنتون د ستراتيژيک پلان په رڼا کې خپل ستراتيژيک پلان ولري.

له ټولو محترمو استادانو څخه هيله کوم، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه وليکي، يا يې وژباړي او يا هم خپل پخواني ليکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چپيرونه اډېټ او د بيا چاپولو لپاره تيار کړي . او زموږ په واک کې يې راکړئ، چې په ښه کيفيت چاپ او بيا يې په وړيا توگه د محصلينو په واک کې ورکړو. همدارنگه د پورته يادو شوو نورو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه موږ ته په لاندې آدرس وسپارئ، خو په گډه مؤثر گامونه واخلو.

له گرانو محصلينو هيله کوم، چې په يادو چارو کې له خپلو استادانو او موږ سره مرستندوی شي.

د آلمان د اکادميکو همکاريو ټولني DAAD مؤسسې څخه ډېره مننه کوو، چې د کتابونو د چاپ او د پروجکټونو لگښت يې په غاړه اخيستی. همدارنگه يې زموږ له کاري پروگرام څخه ملاتړ ښوودلی او د لانورو مرستو وعده يې کړې ده. په المان کې د افغان طبي پرسونل چترې ټولني (DAMF e.V.) نه هم مننه کوم، چې په آلمان کې له موږ سره دايمي همکار وو.

په افغانستان کې د کتابونو په چاپ کې د لوړو زده کړو وزارت گرانو همکارانو په تيره بيا د پوهاند صابر خوشيکي لارښونه او ملاتړ، د پوهنتونونو او پوهنځيو رييسانو او استادانو مرستې د قدر وړ بولم او له خپلو نږدې همکارانو بهار صابر او روح الله وفا څخه هم منندوی يم.

ډاکټر يحيي وردگ، د لوړو زده کړو وزارت، کابل، ۲۰۱۰ م کال، دسمبر

موبايل: ۰۷۰۶۳۲۰۸۴۴

ايميل: yahya_wardak@hotmail.com

پیشگفتار

مسلم است که انسانها، این مخلوقات خداوندی پاک و منزه خلق میشوند اما در شرایط مختلف سجایای مختلف را از محیط اجتماعی کسب نموده، همینگونه که هستند پرورش می یابند.

طب و طبابت در کشور ما هم این تجربه را نموده اند و شرایط مختلف به آن هر رنگی را بخشیده است. بیشتر از دودمه جنگ و تجربه نظام های مختلف سیاسی، کشور ما آسیب زیادی برداشته که طبابت نیز شامل آن میباشد.

طبابت یک وظیفه مقدس است زیرا که حیات انسانها به آن مطرح است.

صحتمندی حق طبیعی هر انسان است و انسانها میکوشند تا این نعمت را بدست داشته باشند زیرا که انسان صحتمند خوب می اندیشد و خوب عبادت میکند.

بنابر اهمیت این مسلک که در آن اعتماد مریض شامل است باید نظام تحصیلی طوری باشد که در آن افراد کاندید این مسلک قسمی تربیه یابند که حایز معیارات اخلاق طبابت باشند بر علاوه دانش مسلکی، اخلاق و حفظ اعتماد مریض را نیز پیدانمایند و از اسرار مریض که آگاه میگرددند باید قدرت حفظ آنرا داشته و در زمان تحصیل آنرا تجربه کنند.

البته این غیر قابل باور است که فکر کنیم مؤسس اخلاق طبی مانند Hippocrates آثارش رایبتر از دوهزارسال قبل منتشر کرده و با وجود آنهم مسلک طب تاحال که به پیشرفتهای محیرالعقول نایل آمده و به این راستادامه دارد اما قبلاً کدام کریکولوم قابل استفاده جهانی اخلاق طبی موجود نبوده برای نخستین بار انجمن طبی جهانی مصمم شد که این خلا را پُر کند و این نعمت و امتیاز خوبی میباشد که به شما معرفی مینمایم.

در انجمن طبی سالانه (در سال 1999) بار اول دو کتوران از تمام نقاط دنیا جمع شدند که از تمامی انجمن های طبی جهانی نمایندگی میکردند و تصمیم گرفتند و شدیداً توصیه کردند که در مکاتب طبی جهان تدریس اخلاق طبی و حقوق بشر بعنوان یک مضمون ضروری (اجباری) در کریکولوم دانشگاه ها و مکاتب طبی گنجانیده شود. به تعقیب این تصمیم یک پروسه جهت توسعه آموزش کمک های اساسی در مورد اخلاق طبابت برای تمام دو کتوران و محصلان طب آغاز گردد که البته آنهم به اساس پلان های مجوز انجمن طب جهانی بوده که جنبه اجرائی نداشته بیشتر شبیه یک سند اخلاقی میباشد. نشست های سالیانه نتیجه فهم، انکشاف و مشوره جهانی بوده که از جانب بخش انجمن جهانی (WMA) همکاری و رهنمایی میشود.

بهداشت و مواظبت های مدرن طبی سبب بی نهایت پیچیده گی و جنجال اخلاقی میگردد که انسانها گاهگاهی در دوراهی و سه راهی قرار میگیرند که باید یکی آنرا انتخاب کنند اغلب تعداد از داکتران آماده جهت ترتیب و تنظیم و مدیریت در این مورد استند. هدف اصلی از تالیف این کتاب رشد اخلاق طبی و فراهم نمودن وسایل و امکانات جهت پیدا کردن راه حل به مشکلات، پیچیده گی ها و چالش های است که سد این راه شده است.

دوکتوران که ماخذ اساسی برای تصمیمگیری این موضوع (اخلاق طبی) در نظر داشتند بدینوسیله مامول شان برآورده خواهد شد.

ومسلماً درینصورت مطالب متعددی را که ضرورت و نیاز مبرم در وظایف اطباء وپیشبرد مسلک طبابت نیازمند است برآورده خواهد گردید. چنانچه راجع به رابطه مریض وداکتر که یک رابطه باارزش و بی مانداست و سهولت دهنده تبادل اطلاعات علمی ومواظبت ومراقبت در چوکات اخلاق واعتماد میباشد تشکیل خواهد داد.

امابدبختانه که طبابت شامل حوادثی گردیده و درشرایط نامطلوب اخلاق طبابت تجربه نشده و به ثمر نرسیده که از نتایج منفی آن هزاران هموطن ما داغدار ومعیوب اند.

بادرک اهمیت موضوع درضمن بازسازی درسائر عرصه ها، باز سازی معنوی هم در کشور ما مطرح شده وپوهنتون علوم طبی باسبقت دراین راه باطرح کریکولوم جدید اخلاق طبابت رانیز شامل پروسه درسی پوهنچی های طب ساخته تاکادر های طبی جوان آراسته با اخلاق طبی در عرصه خدمات صحی تربیه یابند. چون در مورد کتاب درسی اخلاق طبابت تاکنون اقدامی بعمل نیامده وکدام کتاب جامع دراین بخش تهیه نشده بود برمن شرف این اقبال دست یافت تا با ادای مسولیت در تالیف اخلاق طبابت با استفاده از منابع جدید ومعتبر علمی مطابق شرایط کشور دست یازم.

دراین راستا از همکاری استادان مجرب پوهنچی طب، ریاست صحت عامه ولایت بلخ، پوهنچی حقوق واز تجارب وبرداشت های مسلکی طبابت از محیط وجامعه وطن عزیزخویش استفاده و کتاب هذا را تالیف نموده ام وامید وارم که برای محصلان عزیز وکادر های طبی جوان مفید واقع گردد. در اخیر از محترم احمد فروغ «دلیار» و حمیدالله «اسود» که در قسمت کمپیوترایز، ترتیب و نظم کتاب متذکره همکاری نموده اند اظهار تشکر و قدردانی نمایم.

ومن الله التوفیق

الحاج پوهنوال دوکتور عبدالغفور همدل

دیپارتمنت طب عدلی پوهنچی طب بلخ

فهرست

صفحات	عناوین
I	مقدمه.....
فصل اول	
1	تاریخچه اخلاق طبابت.....
3	اخلاق طبابت بعد از اسلام.....
5	چرا باید اخلاق طبابت را آموخت؟.....
5	منظور ما از اخلاق چه است؟.....
6	اصول و منابع اخلاق طبابت.....
6	اسلام و اخلاق صحت.....
فصل دوم	
علم اخلاق طبی Professionalism طبی، حقوق بشر وقانون	
12	طرح های اصلی علم اخلاق طبی.....
12	چه ویژه گی در علم اخلاق طبی موجود است.....
13	کدام یک مشخص میکند که چه با علم اخلاق وابسته است؟.....
14	آیا علم اخلاق طبی تغییر میکند؟.....
15	آیا اصول اخلاق طبی از یک کشور تا کشور دیگری تفاوت میکند.....
15	دید گاهای غیر معقول.....
فصل سوم	
اساس اخلاق طبابت	
19	تیوری های مذهبی.....
19	جریانات و روش های اخلاق طبابت.....
19	خود مختاری و پاترنالیزم.....
20	مشاهده، تجربه و اخلاق.....
21	تاثیر هیپوکرات.....
23	ارتباط قانون و اخلاق طبابت.....
23	نظریه اخلاقی Kont در زمینه طبابت.....
23	نظریه اخلاقی Rose در زمینه وظایف طبابت.....

23	..... اخلاق حرفه ای
24	..... خصوصیات یک حرفه عالی
24	..... ضمانت‌های اخلاقی طبابت
28	..... رفتار طبیب در موسسه تحصیلی
28	..... مسولیت های محصلین طبی
30	..... آداب معاشرت (رعایت احترام استاد)

فصل چهارم

نظریات پیرامون خط مشی اطباء

34	..... رفتار شخصی طبیب با جامعه
34	..... ارتباط داکتر با فامیل مریض
35	..... ملاحظات اخلاق طبابت روی تحقیقات بین المللی
37	..... نقش اخلاق طبابت در تحقیقات کلینکی
38	..... مسایل اخلاقی در تحقیقاتیکه بالای انسانها انجام میپذیرد
39	..... بیانیه هلسنگی
39	..... اصول اساسی بیانیه هلسنگی
40	..... خلاصه تحقیقات کلینکی
43	..... رهنمای اخلاق طبابت برای دوکتوران در بخش اداره

فصل پنجم

سوگند نامه و تعهد نامه های طبی

45	..... سوگند نامه هیپوکرات
46	..... دعای ابن میمون
46	..... آخرین تجدید نظر در ادینبرگ 2000
47	..... قسمنامه اسامبله عمومی انجمن بین المللی اطباء سپتمبر 1948 بنام مصوبه ژینو
48	..... سوگند نامه پوهنجی طب ژینو
48	..... اعلامیه توکیو 1975 (میلادی)
49	..... عهد نامه اطباء هند (2800 سال قبل از امروز)
49	..... عهد نامه یکی از فاکولته های طب اضلاع متحده امریکا
50	..... عهد نامه که برای فاکولته ای وطن عزیز ما پیشنهاد شده
50	..... عهد نامه مجمع طبای جهانی World of Medical Association
51	..... تعهد نامه یکی از ممالک عربی

فصل ششم

اخذ رضایت از مریضان

54	..... افراد که دچار ناراحتی های روانی هستند
54	..... رضایت افراد صغیر در اجرای عمل جراحی
54	..... فرد صغیریکه صلاحیت اظهار رضایت راندارند
57	..... فرد صغیریکه صلاحیت اخذ رضایت را دارد
59	..... رضایت نسبت به اعمال جراحی
60	..... رضایت آگاهانه
61	..... اقدامات طبی که بدون رضایت انجام می گیرد
62	..... اقداماتیکه برای بهبود سلامتی بیمار انجام می یابد
64	..... اقداماتیکه برای بهبود سلامتی بیمار انجام نمی یابد
65	..... امتناع معجز از تداوی
67	..... امتناع بر اساس معتقیدات مذهبی و فرهنگی
69	..... امتناع اطفال صغیر از تداوی بر اساس اعتقادات مذهبی
70	..... امتناع مبهم (سر در گم کننده) Enigmatic Refusal

فصل هفتم

پرنسب های اساسی ومکلفیت های اطباءدرقبال وظایف مسلکی

73	..... روابط طیب با مریض واحترام بقانون وحقوق بشر
74	..... مدل های ارتباطی طیب وبیمار
77	..... نقش طیب بعنوان مدافع بیمار
78	..... نظریات در مورد روابط طیب با مریض (Opinion on the patient physician Relation ship)
79	..... مسولیت های مریض: Patient Responsibilities
80	..... روابط طیب با اطباء وسایر پرسونل طبی
82	..... رهنمائی اخلاق طبابت برای طیبیان درپست های مدیریت وسائر نقش های کلینیکی
84	..... مکلفیت های اخلاقی روسای طبی
86	..... راپور دادن درباره تاثیرات معکوس دواها سامان وآلات طبی

فصل هشتم:

تخلفات مسلکی در کلینیک ها،معاینه خانه ها ودوا خانه ها

89 جلو گیری از دادن دواها توسط اشخاص غیر مسلکی
----	---

90	.....جلوگیری از اشخاص غیر مسلکی در دواخانه ها
91	.....موجودیت دواساز مسلکی در دواخانه ها
93	.....ارتباط غیر مشروع و غیر سالم دوکتوران با دواخانه ها، لابراتوار ها و سایر بخشهای تشخیصیه
93	.....ارتباط دوکتوران با دواخانه ها
94	.....ارتباطات دوکتوران با وسایل تشخیصیه
95	.....فروش محصولات طبی و غیر طبی در مطب و دفاتر اطباء
96	.....مزد و تحایف برای بیان
96	.....منازعه و تلاش اطباء بمنظور منفعت شخصی
97	.....تعویض داکتر در هنگام اجرای عملیه جراحی یا کمک خواستن از جراح دومی
98	.....تداوی طبیب و اعضای فامیل آن توسط خود طبیب
99	.....انتخاب ادویه مناسب که از طرف اطباء در نسخه تجویز میگردد
100	.....سوء استفاده از قدرت یا موقف و ظیفوی
100	.....تذویر اسناد و تصادیق جعلی

فصل نهم

اهمالات طبي يا Medical Negligence

104	.....اعمال خلاف نظم، مقررات و اخلاق طبی
109	.....انواع قصور طبی از دید گاه قانون
109	.....بی مبالاتی
112	.....سوء رفتار مسلکی
116	.....عواقب سوء تصادفی
116	.....مسولیت کارکنان طبی در قبال جرائم مسلکی و اهمالات طبی
116	.....امتناع از کمک بمریض

فصل دهم

اعمال غير مسلکی در طبابت

118	.....تجارب غیر مجاز بالای انسانها
119	.....تخلف از مقررات علیه اپیدیمی ها
120	.....تهیه و فروش نرکو تیک ها، مستحضرات سمی و ادویه غیر مجاز
120	.....Iatrogenia
121	.....طبابت غیر قانونی
122	.....طرق جلوگیری از تخلفات مسلکی پرسونل طبی

122	.....صحت عامه وروابط دولت بامریض
123	.....تاثیر حقوق بشر بالای قوانین طبی
123	.....حقوق بشر وصحت روان (Mental health & human Right)

فصل یازدهم:

جنبه های اقتصادی اخلاق طبابت

125	.....اشتهارات ادویه
126	.....انکشاف اخیر مربوط به اخلاق طبابت
127	..... نقش CIOMS
128	..... رول I O M S
128	.....اشتهارات اخلاق طبابت در منطقه شرق مدیترانه
129	.....انکشاف تاسیساتی ورشد ظرفیت هادراخلاق طبابت
130	.....کورس اخلاق طبابت برای محصلین

فصل دوازدهم -

سوء استفاده جنسی در هنگام پیشبرد وظایف مسلکی

132	.....اخلاق جنسی جهانی یا عمومی (Conventional sexual morality)
133	.....جرائم و انحرافات جنسی از نظر اخلاق طبابت
133	.....جریحه دار کردن عفت عمومی
133	.....هتك عفت
134	.....هتك ناموس
134	.....رابطه جنسی طیب با مریض
135	.....رابطه جنسی بین استاد و محصل
135	.....سوء رفتار جنسی در اجراءات طبی
135	.....روابط عشقی وجنسی بین طیبیان وپارتنری کلیدی
135	.....( اعضای فامیل مریض، ولی، وکیل ویا شرکت بیمه مریض)
136	.....اذیت واستثمار جنسی بین سرپرست وکارآموز درمراکز صحتی
136	.....تجاوز جنسی علیه خانمها، اطفال، اشخاص مسن وسائرفرادیکه در معرض خطر قرار دارند
137	.....ترمیم مصنوعی غشای بکارت

فصل سیزدهم:-

محرمیت راز های طبی Medical confidentiality

140	..... تصنیفیکه در مورد Data (معلومات مریض) توسط قانون صورت گرفته قرارذیل است
146	..... سندروم عدم کفایه کسبی سیستم معافیتی (ایدز)
148	..... ایدز و طرق جلوگیری آن
148	..... نحوه انتقال مرض
149	..... طرق جلوگیری از مصاب شدن به ایدز
150	..... انتانات فرصت طلب وابسته به ایدز
150	..... محرمیت اطلاعات طبی بعد از مرگ
151	..... محرمیت وضعیت HIV در راپورتو پسی
152	..... کنترل خطرات صحی در جامعه
152	..... مراقبت محرمانه از خورد سالان
153	..... محرمیت کمپیوترها
154	..... محرمیت ارائه یادداشت ها به شرکت گردآورنده
155	..... محرمیت نماینده شرکت بیمه
155	..... محرمیت داکتران استخدام شده از طرف منابع و معاینه کنندگان مستقل
156	..... نظریات محرمیت پیرامون محرمیت آگهی و روابط رسانه ها
157	..... اسرار طبابت و پروسه های عدلی
157	..... اسرار طبابت و مرگ

فصل چهاردهم

اعمال مسلکی غیر قانونی در طبابت

158	..... داروهای تسریع کننده مرگ
165	..... پیوند اعضا Transplantation
168	..... مفاهیم اخلاقی اعضای متخلفه (Xenotransplantation)
168	..... انگیزه های مالی در تامین اعضا
169	..... اجازه تامین و تهیه اعضا از اجساد
169	..... تعیین اعضا بعد از سکت قلبی
170	..... رهنمایی برای انتقال عضو یا پیوند اعضا
171	..... استفاده طبی در پیوند انساج نوزاد
171	..... خون بند ناف نوزاد
173	..... القاح مصنوعی از سپرم شوهر یا شخص دیگر
175	..... استفاده اعضا برای مقاصد تجارتي
178	..... القاح مصنوعی ذریعه Donor

178	..... موضوعات مربوط به آخر حیات
180	..... خاتمه دادن حیات مریض بواسطه داکتر و کمک داکتر به خود کشی مریضان
181	..... Assisted dying یا مرگ تهسیل شده

فصل پانزدهم

اعمال غیر مجاز مسلکی در طبابت

186	..... سقط جنین یا Abortion
187	..... شرایط و اهتماماتیکه تحت آن سقط باید انجام گیرد
188	..... مسایل اخلاقی سقط
189	..... نظریه آزاد و نظریه محافظوی در مورد سقط
192	..... نظریات راجع به مسایل مربوط به سیاست اجتماعی (در مورد سقط جنین)
192	..... انتخاب موضوع برای آزمایشات و تجارب کلینیکی
193	..... تحقیقات بالای انسانها
195	..... تحقیقات روی جنیتیک انسان
195	..... عدم موثریت طبی یا تداوی های بی ثمر در مراقبت های مرحله نهایی حیات (Placebo)
196	..... خود کشی هایکه به کمک داکتران صورت میگیرد
197	..... راننده های ماوف و طبیبان مربوط آنها

فصل شانزدهم

خصوصیات دونتولوژی در رشته های مختلف طبی

198	..... دونتولوژی در جراحی
201	..... دونتولوژی در ولادی نسائی
201	..... دونتولوژی در ستوماتولوژی
203	..... دونتولوژی در کلینک داخله
203	..... دونتولوژی در طب اطفال
204	..... دونتولوژی در پراکتیک طب عدلی و پتالو گواناتوم ها
207	..... مأخذ

فصل اول

تاریخچه اخلاق طبابت

تاریخچه اخلاق طبابت در دنیا تاریخچه طولانی و با سابقه بیش از (2500) ساله بوده و در قرون قبل از میلاد مسیح (ع) فرهنگ یونانی و رومی که تحت تاثیر فرهنگ و تمدن شرق بود، در غرب گسترش داشت. در آن دوران بدلیل عدم گستردگی علوم زمان، طبیبان معمولاً فلسفه را نیز فرا می‌گرفتند، لذا تاریخچه اخلاق طبابت با تاریخچه فلسفه در قرون قبل پیوند خورده است.

اما اخلاق طبابت بیش از همه با اندیشه‌ها و تفکرات فلاسفه بزرگ چون :- سقراط (470-392 ق م) ، افلاتون (427 - 347 ق م) و ارسطو (448-322 ق م) در قرون چهارم و پنجم قبل از میلاد پیوند نزدیکی داشته است. این متفکران یونانی علم اخلاق را در کنار علم طبابت فرا گرفته بودند و آنرا بعنوان (هنر زیستن) و مراقبت و مواظبت از نفس، توصیف مینمودند و از سوی دیگر (عقل سلیم را در بدن سالم) میدانستند، کلیات فلسفی اخلاقی سقراط، ارسطو و افلاطون در مباحث فلسفه اخلاق بیان گردیده است. در همان دوران هیپوکرات که او را پدر علم طب نیز نامیده‌اند، سوگند نامه معروف خود را تنظیم نمود، هیپوکرات اولین کسی بود که مبانی اخلاق را در قسم نامه طبابت گنجانید و عبارت دیگر بزرگ ترین سهم هیپوکرات در زمینه طبابت اعتقاد او به اصول اخلاقی بود که سوگندنامه معروفش تبلور آنست، سوگندنامه هیپوکرات قدیم ترین قوانین اخلاق طبابت را در متن خود دارد و هنوز هم در بسیاری از کشورهای جهان بعنوان تعهدنامه طبیبان هنگام اتمام دوره تحصیل قرائت میشود. البته قبل از هیپوکرات نیز برخی مقررات وجود داشته از جمله قوانین حمورابی که در آن به مجازات طبیبان خطا کار اشاره شده است. اما جنبه‌های اخلاقی را مطرح نه نموده، سوگندنامه هیپوکرات در حقیقت بمنزله یک تعهد نامه اخلاقی برای قبول و بکار بستن اصول اخلاقی حرفه طبابت است.

اعلامیه ژنو که پیش از جنگ جهانی دوم در سال [1945] توسط انجمن اطباء جهانی (WMA) تهیه گردیده در حقیقت همان سوگندنامه هیپوکرات است که نظر به شرایط زمان تغییر داده شده. پس از میلاد مسیح برخی از اخلاقیون مسیحی از جمله اکویناس در قرون سوم و چهارم پس از میلاد فلسفه اخلاقی دینی را در مقابل حکمت رواقی که فلسفه مادی گرایانه [قرن سوم ق م تا قرن سوم بعد از میلاد] بود بیان و تدوین نمود. اخلاق فلسفی مبتنی بر مسیحیت در جهان غرب تا اوایل عصر جدید فرهنگ مغرب زمین را تحت سیطره خود قرارداد، در قرن [17-18 بعد از میلاد] تقریباً دوران گزار از قرن وسطی ، به عصر جدید پیشرفت های علمی بشر در جهان غرب محسوب میشود. در این دوران هیوم (1756 - 1771 م) ، کانت (1724 - 1804 م) ، بنتام (1748 - 1832 م) مهمترین نظریات تاثیر گزار بر اخلاق طبابت را در غرب ارائه نمودند. سپس میل و مور علمای علم اخلاق در دهه های بعد به بیان دیدگاه فلسفی خود در مورد اخلاق پرداختند که در موضوع اخلاق طبابت نیز تاثیر داشته است.

اما در قرن نهم و بیستم با علمی شدن طب که تغییرات و تحولات عمیقی را در اخلاق طبابت در پی داشته همزمان ارزیابی می‌گردد. در این دوران گسترش دانش طب ایجاد تکنالوژی های نوین و پیدایش موضوعات اخلاقی جدید باعث ایجاد

تحولات ضروری در اخلاق طبابت سنتی گردید. اخلاق طبابت سنتی طی دهه های اخیر همانگونه که در مباحث آموزشی و اخلاقی طبابت بیان شد با اخلاق طبابت کاربرد نوین جایگزین گردیده است.

در حال حاضر در بسیاری از کشور های جهان اخلاق طبابت نوین بصورت علمی و عملی با شیوه های جدید مبتنی بر حل مساله مطرح و بدرجات متفاوت فعال میباشد. در برخی کشور های غربی و اروپائی طی سه دهه اخیر کمیته کلینیکی اخلاق طبابت (C.E.C.S) باسیر تدریجی رشد یافته و به فعالیت پرداخته اند. این کمیته ها بطور موثر و مطلوبی بر الگوی مراقبت ها تاثیر گذار هستند و عملکرد آنها شامل شکل دهی سیاست بیمارستان در موضوعات و مسائل اخلاقی، قانون نظارت بر مشاورت های فردی در موارد بخش کلینیکی خاص و مشکل سازماندهی تعلیم و تربیه متخصصین یک امر حتمی و مسلم اخلاق طبابت میباشد.

از سوی دیگر ایجاد برخی معضلات و نابسامانی ها در گسترش اخلاق طبابت طی پنج دهه اخیر بوضع قوانین و دستور العمل های اخلاقی طبابت بصورت بین المللی، ملی یا منطقوی منجر گردیده است. کمیته های اخلاق طبابت در امر نظارت بر اجرای مطلوب این قوانین میتوانند نقش ویژه داشته باشند.

آثوریان، بابلیان و یونان قدیم طی قرون متمادی نیز نقش عمده را در پیشرفت طبابت کلاسیک داشته اند، در ساحه مشرق زمین (مخصوصاً بلخ باستان) از قدیم ترین روزگاران مسلک طبابت با دیانت توام بوده چنانچه طبابت با آیین زردشت و تعلیمات اوستا پیوند جدائی ناپذیر داشته است. بطور کلی طبیبان از طبقه روحانیون که عالی ترین طبقه از طبقه چهار گانه [روحانیون - سربازان - کشاورزان - صنعتگران] بودند انتخاب میشدند. این طبقه رشته الهیات و طب را همزمان تحصیل مینمودند و بعد از اقدام مقدماتی آن یکی از این دو رشته را انتخاب کرده و ادامه میدادند. موبدان زردشتی بر حسن انجام اخلاق طبابت که بخشی از امور دینی محسوب میشد نظارت میکردند و رئیس پزشکان نیز فن طبابت را تحت مراقبت و کنترل خویش قرار میداد و در کمک به بینوایان امر میکرد در بخش و ندادید¹ گفتارهای در بابت ویژگی های طبیبان آمده است. شرایط طبیب این بوده است که اولاً کتب زیاد 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 وجدان بیدار معالجه کند و ثالثاً از خداترسد. در آیین زردشت مهارت درمان بیماران تنها معیار یک طبیب شائسته نبوده بلکه شخصیت اخلاقی و دارا بودن وجدان پاک در قدم اول قرار داشت. زردشتیان نسبت به اعمال خلاف مقررات موضوعه چون سقط جنین، بارداری غیر مشروع و خطا های مسلکی در طبابت تعصب و حساسیت خاصی داشتند.

هر چند در عهد ساسانیان اصول طب در مشرق زمین (خاصاً در ساحه بلخ باستان) کاملاً زردشتی و مبتنی بر روایات اوستائی بود اما نفوذ طبابت یونانی نیز در آن مشهود بود. صفات یک طبیب شایسته در عصر ساسانیان این بود که طبیب دانا بوده و نسبت به اعضای بدن انسان و دارو ها شناخت کامل داشته باشد، دنیا پرست نبوده و مریضان را دقیق معاینه و معالجه نمایند.

(کلبله و دمنه)² که در زمان ساسانیان بوسیله برزویه طبیب به فارسی ترجمه شده است در باب نخست خود برخی از صفات طبیب خوب را بر می شمارد و از جمله چنین بیان میکند که (فاضل تر از همه اطبا، آنانی اند که به معالجت از جهت ذخیره

¹ (وندادید) یا اوستا کتاب مذهبی زردشت

² کلبله و دمنه کتاب داستانی که بوسیله برزویه به فارسی ترجمه شده [ق از اسلام]

صواب در آخرت سعی میورزند و مواظبت می نمایند بصواب آنهاى شایسته تر و لایق تر اند که بر معالجت مواظبت بخرچ دهند و بدان التفات نکنند که مردمان قدر طبیب را ندانند. [9 - 11]

اخلاق طبابت پس از اسلام

ظهور اسلام تأثیرات زیادی بر پیشرفت علوم در کشور های اسلامی که خود مهد علم و تمدن بود گذاشت، دانشمندان مسلمان مانند ابن سینا و ذکریا رازی که منابع اثرات مهمی در تاریخ علم و دانش محسوب میشوند از مفاخر بزرگی اسلامی میباشند، تقریباً تمام طبیبان بزرگ مسلمان از علم الهیات اطلاع کامل داشته اند و آنهایکه دارای تالیفات میباشند هم در زمینه طبابت بوده وهم در عین زمان به فقه و اخلاق. در آغاز ظهور اسلام بسیاری قبائل عرب توجه به علوم و فنون نداشتند و اشخاص معدود از دانشمندان عرب در کشور های چون ایران و روم قدیم مسلک طبابت را آموخته بودند که معروف ترین آنها دانش آموزان مدرسه جندی شاهیور بودند مانند حارث بن کله که طبیب زمان پیغمبر گرامی اسلام بود.

در زمان خلافت عباسی ها دانشجویان طب تحصیل خود را با کتابهای (فصول) بقراط (مسائل) حنین بن اسحاق و (المرشد) رازی آغاز و باالآخره به تحصیل کتابهای (ذخیره) ثابت بن قره حرانی و کتاب (المنصوری) رازی میرداختند. بعدآ به تحصیل (رساله) جالینوس و (الحاوی) رازی و (قانون) ابن سینا مشغول میشدند که هدف آنها فهم برنامه طبابت بوده. خلفای عباسی مقرراتی وضع نموده بودند که دانشجویان طب بعد از تعلیمات عملی و نظری رساله را تحریر نمایند و اگر رساله آنها مورد قبول استاد شان واقع شد بکار طبابت پردازند و پس از فراغت از تحصیل سوگند نامه هیوکرات را ادا نمایند.

در تمام تالیفات معتبری که در دوران شکوفائی علوم و فنون در تمدن اسلام بخصوص در اواخر قرن دوم هجری به بعد صورت گرفته و تدوین شده در کلیه متون آن فصولی درباره اخلاق طبابت و ویژگی های یک طبیب تذکر گرفته. علی ابن زید طبری (164 - 247 ق) که از اطباء نامدار مسلمان و استاد ریاضی میباشد کتابهای تحت عنوان (فردوسی الحکمه) در هفت جلد تالیف کرده که در جلد اول آن طرح برخی افکار فلسفی و مقولات اخلاقی در بخش طبابت موجود است.

ابوبکر محمد بن زکریای رازی (251 - 313 ق) که از مفاخر بزرگ اسلامی است شدیدآ به مبانی اخلاق طبابت پابند بوده و اثرات در زمینه مراعات اصول اخلاق طبابت از وی بجامانده است. کتاب (طب روحانی) رازی نیز در موضوع اخلاق طبابت میباشد. رازی بنا به تأیید مورخانی چون ابن الندیم - جرجی زیدان و کستاو لوبون با همکاران خود بسیار مهربان بوده و به بیماران خود بویژه فقراء تفقد داشته از حالشان همیشه جويا شده و به عیادت او شان میرفته است.

و مقررره های برای مریضان در نظر داشته. در کتاب مشهور بنام (الحاوی فی الطب) و نیز رساله (سرالطب) و (محنه الطیب) و (خواص التلامیذه) اشارات راضی به اخلاق طبابت و احترام به آئین و سنت طبی بخوبی نمایان است.

از سخنان رازی است (که طبیب باید بیمارش را به بهبودی و سلامت امیدوار گرداند و لو اینکه خود امیدی به بهبودی بیمار نداشته باشد) [7]

علی بن مجوسی اهوازی (318 - 384 ق) در اثر معروف خود (کامل الضاعه الطیبه) بابی رابه اخلاق طبابت اختصاص داده و اعتقادات خود و توصیه های سایر اساتید را به عنوان آئین پزشکی در (پندنامه هوازی) گردآوری نموده است. موصوف

پندنامه را که به نگارش در آورده از سوگند نامه هیوکرات جامع تر است و به نظر میرسد که هوازی با توجه به تعالیم اسلامی اصولی را به آن افزوده است.

کتاب (هدیه المتعلمین فی طب) تالیف ابوبکر ربیع ابن محمد احمد الاخوانی از شاگردان ریاضی که طبیب سرشناس و پرتجربه قرون چهارم و پنجم محسوب میشود نیز دارای مقدمه مفصلی حاوی بسیاری از نکات اخلاق طبابت میباشد. شیخ الرئیس ابوعلی حسین عبدالله سینا (370 - 427 ق) ملقب به ابن سینا چهره سرشناس طب در اسلام و جهان است که آثار منسوب با و بیش از صد عنوان میباشد، از این میان 16 کتاب او در مورد علم طب است که در برخی از آنها رهنمود های ارزنده در باره راه و رسم معلمی طبابت و طالبان علوم آورده است.

کتابهای معروف چون (مفتاح الطب و منهاج الطلاب) ابوالفرح علی ابن الحسین ابن هندو و (اخلاق ناصری) خواجه نصرالدین طوسی نیز در مورد اخلاق طبابت مطالبی دارند. سید اسماعیل جرجانی (434 - 531 ق) که مردان نامدار تاریخ طبابت مشرق زمین محسوب میشود نیز در کلیه کتب خود بانثر زیبا به نکته ها و قصه های آموزنده اخلاق طبابت اشاره نمود است. یکی از تالیفات ارزشمند او پیرامون اخلاق طبابت کتاب (ادب الطیب) اسحاق بن علی الرهاوی میباشد که شامل 20 فصل است و توسط انجمن فلسفه امریکا در سال [1967]، به انگلیسی ترجمه شده است. [4 - 11]

تمام موارد فوق نشانگر آنهاست که حکیمان و اندیشمندان اسلام در لابلای مطالب طبی اشارات ارزشمندی به اخلاق طبابت داشته و ارزش ویژه اخلاق نزد طبییان در برخی نوشته ها و اشعار نویسندگان و شعرای مشرق زمین نیز انعکاس یافته است. نظامی عروضی سمرقندی نویسنده و شاعر قرن ششم قمری که خود طبیب بوده است مقاله چهارم از مقاله خویش را به (علم طب و هدایات طبیب) اختصاص داده است. نظامی چنین بیان میکند (پس طبیب که نیکو اعتقاد بوده و امر و نهی شرع را معظم دارد باید که رفیق الخلق حکیم النفس و جید الحدس باشد).

آنچه مسلم است اینست که اندیشمندان و طبییان مشرق زمین حتی در اوج شگوفائی دانش و طبابت از اخلاقیات غافل نبوده اند و معتبرترین کتب اخلاقی در امر طبابت در زمانی نوشته شده است که بزرگترین دانشگاه ها و مراکز علمی و غنی ترین کتابخانه ها را در اختیار داشته اند هر چند در قرن اخیر درخشش اندیشمندان مسلمان در زمینه توسعه و بهره برداری از علوم طبی به علل مختلفی افول نموده اما به نظر میرسد که با گسترش جامعه مسلمانان در سراسر جهان و توجه ویژه به طب اسلامی در سالیان اخیر مشرق زمین پویایی و تلاش افزون تری را در بخش طب در قبال داشته. در حال حاضر بسیاری از مراکز طبی اخلاق طبابت را بحیث شیوه نوین مورد توجه قرار داده و مباحث جدید را مطرح و جهت پاسخگویی به جامعه اسلامی با قوانین و فقه اسلامی تطبیق نموده و راهکارهای نشان داده اند با توجه بفرهنگ غنی اسلامی که در قرن ماقبل توجه ویژه به تعلیم و تعلم را در پی داشت مسلمانان همانگونه که در فصول قبل نیز اشاره شد بمیان آمدن دانش اخلاق اسلامی و بکار انداختن آن در بخش طبابت، موضوعات و مباحث جدیدی چون پیوند عضو، بیوتکنالوژی، ایدز و غیره یک ضرورت اساسی است.

مبحث اخلاق طبابت در طب جدید نیز دارای تاریخچه طولانی بوده که با توجه به پیشرفت سریع علوم حیاتی و طبی اهمیت روز افزون پیدا کرده است. اخلاق طبابت که بعنوان شاخه از علوم مبحثی نوپایه به حساب میاید باید دقیقاً در نظر داشت. گرچه در کشور ما برغم زمینه تاریخی جایگاه واقعی خود را پیدا نکرده و طبابت در میان مباحث علمی منحصر به فرد است، چرا که مستقیماً با جان و پیکر آدمی مرتبط است به همین دلیل اخلاق جزء لاینفکی از علم طبابت باید تلقی گردد.

و توصیه های آن معیار های عملکردی برای بخش هدایت و تداوی از جمله تمامی موسسات تحقیقاتی بایست باشد در حال حاضر کدام قوانین و دستورالعمل جهت سلوک و رفتار و پیش آمد و سائر موضوعات حرفه طبابت تدوین نشده است. تاکید خاصی که در کشور ما بر ارزش های دینی و معنوی وجود دارد، زیر بنا یا اقداماتی است، که جهت حفظ مقام و ارزش انسان ها در نظر گرفته شده بنا ضرورت اخلاق طبابت جایگاه ویژه را درین میان داشته باشد. [9 - 12]

چرا باید اخلاق طبابت را آموخت؟

برای هزاران سال علماء حکما و شفا دهندگان با اثرات امراض و صدمات بالای جسم و روان انسان در مبارزه و کشمکش بودند. و بالاخره ایشان آن راز های طبیعت را بر ملا ساختند که فهم و دانش ما را از آنچه باعث بروز مشکلات صحتی ما میگردید بدور نگهداشته بود.

دست آورد های عظیم در عرصه ساینس و انکشاف اجتماعی - اقتصادی باعث بهبود وضعیت صحت در اکثر قسمت های جهان گردید. امراض و مرگ میر کاهش داده شد و توقع حیاتی انسان بیشتر گردید. پیشرفت های طبیعی باعث آرامش درد ورنج و کاهش ناتوانی گردید.

با وجود این پیشرفت های تکنالوژی معاصر هم در کشور های پیشرفته و هم در کشور های در حال انکشاف دارای بعضی اثرات جانبی خصوصاً در هنر تداوی بوده است. در حقیقت مغلق بودن بعد انسانی مداخلات طبیعی ارتباط میان التیام دهندگان و مریضان را خراب ساخته است. احساسات انسانی از سبب اینکه مریضان بر حسب تعداد و اوقات به شکل روز افزون تداوی میگردند و به کاهش گذاشت، فقط به مانند اینکه میخانیکی با ماشین خاصی سروکار داشته باشد. عین محدودیت در ساحه وسیع تری از جامعه مشهود گردید. در جاهیکه توجه اندک به ترویج و حفاظت صحت که باعث کیفیت و سطح بهتر زندگی میگردد، مبذول گردیده است. چنین کاستی ها آگاهی در مورد ضرورت احیای صحت را از طریق رشد و انکشاف اخلاق طبابت افزایش داده است. [2-24]

منظور ما از اخلاق چی است؟

اخلاق مانند اصل اساسی جهت القاء قوانین، رسوم اجتماعی و احکام رمزی گروپ های مسلکی تعریف میگردد. بعنوان یک دسپلین سازنده و مفید، اخلاق در جستجو و تلاش برای معین ساختن آن اعمال، ارتباطات و خط مشی میباید که چی ها درست و یانادرست پنداشته میشوند. و جایب اخلاق باید قانع کننده باشد. همچنان باید از نظر منطق ثابت و سازگار بوده و متکی به حقایق و معلومات دقیق باشد و قابل استفاده در سطح جهان بوده و بیطرفانه باشد اصول عمل درست در میان سوگند نامه های کهن، قوانین و تعهدات اخلاقی تحقیقات بیومدیکل دریافت میگردد. مسایل و موضوعات بیومدیکل از مرز های کشور ها عبور نموده و کاربرد جهانی دارد. اگر چه مردم و فرهنگ ها از هم متفاوت اند ولی ارزش های وجود دارد که برای همه یکسان و مشترک اند و مهمترین آن عزت و کرامت انسانی میباید که نباید قابل مذاکره باشد. [6]

اصول و منابع اخلاق طبابت

سیستم های با ارزشی که از سیستم های دینی، فلسفی، ایدیا لورژیک و دیگر سیستم های فرهنگی اقتباس گردیده اند. منابع عمده اخلاق صحت را تشکیل میدهند که اخلاق طبابت یک بخش از آن میباید. سر زمین دفتر مدیترانه سازمان صحتی جهان

گهواره سه دین بزرگ (یهودیت، عیسویت و اسلام) می باشد این سه دین یگانه پرستی دارای ارزش های بسیار زیاد مشابه به اخلاق طبابت می باشد که منبع و مبدا عمده اخلاق طبابت در نواحی وسیع جهان را تشکیل می دهد. در ذیل از بعضی اصول تذکر بعمل آمده است که به آنها توافق عمومی و جهانی امکان پذیر است، با وجود اینکه بعضی تفاوتها در تفصیلات آن در بعضی از فرهنگها ممکن وجود داشته باشد.

ارج گذاری و احترام به حیات انسان و شناخت ارزش ذاتی و عظمت افراد و حق نگهداری راز ایشان احترام به اشخاص، تمام مردم را به حیث فاعل مختار شناخته و ایجاب می نماید تا انتخاب شان (قبول یا رد) پذیرفته و بجا آورده شود. [2-24]

احسان کردن و ضرر نرساندن دواصل مکمل اخلاق می باشد که انجام کار های مثبت را بر محققین وضع می دارد تا منفعت افراد را به حد اکثر رسانیده و اضرار را به حد اقل کاهش دهند.

عدالت ایجاب می نماید تا با انسانها بصورت یکسان برخورد صورت گیرد. [6]

اسلام و اخلاق صحت

اصول اصلی اخلاقی شقوق طب و صحت از یک بخشی از اصول اصلی اسلام، یک طریقه و روش اصلی و حقیقی زندگی قبول گردیده، این اصول عبارت اند از:

- احترام به عظمت انسان

- عدالت

- احسان : التکریم والعدل والاحسان .

منظور ما از احترام گذاری به حرمت و مقام انسانی اینست که باید بایک انسان منیحت ((یک شخص)) برخورد صورت گیرد. یعنی به عنوان ((یک شخصی که دارای حقوقی برای ادعا و وظایفی برای انجام باشد)) و این در برگیرنده تصمیم گیری آزادانه ((غیر وابسته)) و حفظ متداوم چنین آزادی و همچنان مسولیت ها و جواب گویی های کامل می باشد. این مطلب بصورت واضح در آیات مبارکه ذیل قرآن عظیم الشان ذکر گردیده است:

در رابطه به تصمیم گیری آزادانه:

اعملوا ما شئتم (آنرا انجام بده که آرزو داری)

لست علیهم بمصیطر (شما کسی نیستید که بالای شان تحمیل نمایید)

و ما انت علیهم بجبار (شما کسی نیستید که بالای آنها جبر نمایید)

در رابطه به گرفتن مسولیت و جواب گویی کامل: کل امری، بما کسب رهین (هر شخص مسول و حساب ده برای کردار خویش می باشد)

کل نفس بما کسب رهینه (هر روح مسول اعمال و کردار خویش می باشد)

ان السمع والبصر والفؤاد کل اولئک کان عنه مسوولاً (سمع، بصر، و فکر در برابر هر کدام آنها مسول می باشد).

اینها که در بین مهمترین اصول اسلامی قرار دارند، همچنان در میان بسیاری از اصولی وجود دارند که با مریض سر و کار دارند در این ارتباط شناخت از حقوق بنیادی و اساسی مریض را به عنوان یک شخص، دارای حقوق دانسته و متعهد به وظایف شان بیان میدارد.

مریضان حق دارند تا تمام جزئیات رادر رابطه به قضیه خویش دانسته، تداوی مناسب را دریافت نمایند و تمام راز های طبی شان مصون باشد و مراقبت کافی رادر یافت نمایند ولی با برخوردار شدن مریضان از حقوق شان هرگز نباید به اجتماعی که در آن حیات بسر میبرند ضرر رسانند.

مهمترین فضیلت اجتماعی که بالای آن سلوک و رفتار مسلمان ها استوار است نظر به انفرادی بیشتر اشتراکی میباشد، و این یک خاصیت حتمی و ضروری سیستم اسلامی است. با وجود اینکه اسلام بصورت واضح بین 0 (انسان بصفت یک موجود معجزه) و (انسان به صفت عضو از جامعه) فرق میگذارد با وجود آن این دو حقیقت بصورت عمیق با یکدیگر در ارتباط میباشد. از این ارتباط بهم پیوسته مفهومی ریشه میگرد که تمام آنچه برای جامعه انجام میگیرد ارزش معنوی برای افراد داشته، وهم برعکس آن:

در دین اسلام انسان مستحق حقوق حقه بوده تا به صفت شخصیت انسانی بدون در نظر داشت نژاد و یادین احترام گردد. آیه مبارکه قرآن عظیم الشان میفرماید.

ومن احياءها فکانما احياء الناس جميعاً (کسی که زنده کرد انسانی را، مانند آنست که زنده کرده باشد تمام انسانها) این احیاء زنده کردن در اسلام محض بعد فزیک را در بر ندارد، بلکه در عین زمان ابعاد روانی و اجتماعی را نیز در بردارد ان الله یامر بالعدل والاحسان - (خداوند به عدالت و احسان امر می نماید) و این هر دو در اخلاق طبابت معاصر بسیار زیاد احترام گردیده است. با استفاده از عدالت، العدل و القسط. منظور ما از مساوات در بر آورده ساختن ضروریات و مراقبت نمودن میباشد. در عرصه طبابت ((عدالت)) در نگهداری تا حد امکان، مساوات در توزیع منابع و وسایل صحی و تهیه فرصت های وقایوی و معالجوی بدون تیبض جنسی، نژادی ارتباطات سیاسی و اجتماعی و دیگر ملاحظات منعکس گردیده است. تمام مردم قطع نظر از چنین عوامل، دسترسی مساویانه به مراقبت های صحی اولیه، و خدمات وقایوی و معالجوی باید داشته باشند. ضرورت به گفتن نیست که بصورت دقیق این روح مطلب ((صحت برای همه)) میباشد، شعار و مفهومی که بواسطه سازمان صحی جهان (WHO) حمایت میگردد.

احسان در بر گیرنده ارزش اضافی میباشد، آن احساس نجیبی است که هر شخص باید وظیفه و مسولیت خویش را در برابر برادران و خواهران خویش در بشریت انجام دهد، خصوصاً آنها که ضعیف و بیچاره اند. این وظیفه ای هر شخص است تا برای بدست آوردن حقوق ضبط شده ایشان مبارزه نماید. [6]

ومالکم لا تقاتلون فی سبیل الله والمستضعفین من الرجال والنساء والولدان (و چرا باید مبارزه نکنید برای رضای خداوند (ج) از برای مردان، زنان و اطفال محروم).

مسولیت تهیه کننده گان مراقبت های صحی اینست که باید مریضان خویش را از حقوق شان با خبر ساخته و اینکه چگونه صحت و مراقبت را قبل از اینکه در جستجوی کمک به دیگران باشند برای خویش ترویج و به پیش میبرند. احسان و درستی تا

حد امکان همچنان مستلزم اکمال، هم در اجرای کاروهم در مهربانی و نوعیت آن میباشد. با استفاده از گفتار حضرت محمد (ص) ان الله كتب الاحسان علی کل شی (خداوند درستی را در تمام کارها امر میکند) (1)

این سه ارزش نجیبه اصلی و آن ارزش های ثانوی که از آنها ناشی میشود. ستون های اساسی بودند که اخلاق طبابت بآن استوار گردید. در جوامع عنعنوی اسلامی تماس های قابل ملاحظه و عمل متقابل بین علما مذهبی و آنهایکه به هنر تداوی ممارست میورزیدند وجود داشت. بدبختانه این عمل متقابل در جریان عصر استعماری مختل و درهم گسیخت و منجر به قبولی و پذیرش ارزش های غربی بواسطه نخبا شد و سیستم های عنعنوی به نهانگاه آن موکل گردید. اصول اخلاق طبابت در جوامع غربی در پنج دهه اخیر معروض به تغییرات بنیادی گردید که مرهون پیشرفت ها در عرصه تکنالوژی و تحولات اپیدمیولوژیک اجتماعی و دموگرافیک میباشد

تغییرات همچنان ناشی از توقعات نفوس در حال افزایش و تمایل بطرف مصرف گرایی میباشد که باعث بوجود آوردن بسیاری مسایل دشوار اخلاقی گردیده است. در نتیجه گفتگو ها و مباحث روی مسایل اخلاقی مروج و شدید گردید. در بسیاری از کشور های اروپایی، کمیته های غیر وابسته و ویژه وجود دارد تا تماماً پروتوکول های تجربی را برای تحقیقات روی انسان آزمایش نمایند آنها دارای سیستم های مستحکم برای ترویج نظامنامه های اخلاقی و تقویت پابند بودن به آنها را دارند. بسیاری دارای یک سیستم منظفوی یا محلی از کمیته های اخلاقی بوده یا بطرف ایجاد آن در حرکت میباشند. که مسولیت منظور کردن و یا نظارت تمام تحقیقات در برگیرنده انسان را دارند و در محل شان انجام میگردد. در بسیاری کشورهای پیشرفته، موسسات که با اخلاق طبابت سروکار دارند ایجاد گردیده و تدریس اصول اخلاقی در آنجا عام گردیده است. در بسیاری کشور های در حال انکشاف اخلاق طبابت نه بخشی از مفکوره اصلی بوده و نه در مسلک طبابت وجود دارد و بدان زمانی توجه میگردد که مثالی از غفلت و اهمالات طبی سر خط اخبار را تشکیل دهد.

موضوعات کلیدی در اخلاق طبابت و اخلاق مراقبت های صحی در تمام فرهنگ ها، از آغاز بشریت، طبابت بواسطه قوانین اخلاقی تنظیم گردیده است سوگند نامه هیپوکرات که تمام طبیبان بدرستی به آن آشنا اند یک مثال زنده از آن است. اصولی که در چنین یک قانون جا گرفته است بواسطه مذاهب و فرهنگ ها غنی گردیده. سوگندنامه های غربی و اسلامی همچنان ترتیب گردیده و در مکاتب طبی در منطقه ای شرق مدیترانه مورد استفاده قرار میگیرد. ارزش پروسه تداوی که بالای بشر دوستی و سخاوت مندی تاکید مینماید در متن زیرین بدرستی درک میگردد که از طبیب قرن سیزده هم (سعدالدین ابن یوسف الکحال) به شاگردانش نقل قول گردیده است: [6]

((پسران، شما باید بدانید که این حرفه انعامی است از جانب خداوند (ج) به کسانی اهدا شده که مستحق بودند. چنانچه آنها میانجی میان مریضان و شفاء خداوندی میگردند. در انجام درست کارها به منظور شفادهی به مریضان تان تا وقتیکه صحت را برای شان احیاء نمائید شما نه تنها اعتماد مردم را به صفت انسان با مهارت و زبردست بدست میاورید بلکه پاداش و عوض را در آخرت از خداوند متعال بدست میاورید زیرا منفعت که به بشریت رسانیده میشود بسیار گرانها بوده خصوصاً منفعت که به مساکین و ضعفاً میرسد. نباید تذکر از کمال سیرت به عمل بیاید که خواص سخاوت مندانه و ترحم میباشد از اینجاست که شما باید خویش را به لباس پرهیزگاری، عطفوت، پاکی و ترس از خداوند مزین سازید، خصوصاً وقتیکه اعضای خانواده را مورد معاینه قرار میدهید راز های شان را حفظ بدارید بشر دوست و پارسا باشید وقت خویش را به علم و آموزش بدون توجه به

خواهشات جسمانی خویش وقف بدارید، با علما نزدیک باشید از مریضان خویش مراقبت نموده و مشتاق تداوی ایشان باشید، تلاش و کوشش برای رفع نیازمندیهای مریض انجام دهید حتی اگر ضرورت باشد تا مقداری از پول خویش را برای شان پس بدهید).

ارزش های عالی که در این خطابه برجسته گردیده است من حیث نشانه برای طبیبان که نیت خدمت برای دیگر انسان ها را دارند، خصوصاً آنهایکه آسیب پذیر و بیچاره استند، منعکس گردیده است

طبابت در کشورهای پیشرفته و در حال انکشاف در مجموع بواسطه سطح رشد و در خصوص بواسطه علم تکنالوژی شکل گرفته است. پیشرفت های چشمگیری در بیولوژی، تصویر برداری طبی (Imaging) جراحی و غیره توقعات مریضان را بیشتر ساخته و فشار بالای طبیبان و مجامع طبی را افزایش میدهد. خطرات و زیان های بیشتر از این قابل قبول نبوده و اصرار میگردد تا طبیبان با این مسیر جدید بواسطه تغییر آوردن در پروسیجر های تداوی موافقت نماید. اپدیمی های موجوده سیزارین سکشن در ایالات متحده امریکا قسمتاً نتیجه ناسازگاری و مخالفت در دعوی والدین به اساس اختلاطات زایمان هر چند که کوچک هم میباشد چنین پرکتس ها بالای بیمه بلند اهمالات طبی که بالای دو کتوران وضع گردیده است افزوده و منجر به صعود قیمت مراقبت های صحی در بسیاری از ممالک پیشرفته جهان گردیده است.

دو کتوران و همسلکان شان خواهان دفاع از مسلک و قوانین اخلاقی شان میباشد که در موسسات و مجامع تنظیم گردیده است در بسیاری از کشور ها این انجمن ها از قدرت واقعی نمایندگی نموده و در تمامی مذاکرات مربوط به فعالیت های تعدیل کننده قانون، مزد و میکانیزم های باز پرداخت و قوانین پرکتس های طبی ذیدخل میباشدند. اساسنامه های اخلاقی که در مسلک مورد استفاده قرار میگیرد در بسیاری کشور هادر مکاتب طبی تدریس میگردد. [6]

سرتاسر مکاتب طبی جهان بطور روز افزون درک میکنند که آنها ضرورت به زمینه سازی وقت و منابع مناسب برای محصلین شان جهت آموزش اخلاق طبابت دارند، آنها تشویق سالم سازمانهای چون انجمن طبی جهان (W.M.A) و فدراسیون جهانی برای تحصیلات طبی را بدست آورده اند تا در این مسیر پیش بروند.

- ارزش علم اخلاق یا ((اخلاق طبابت)) در تحصیلات طبی از اهمیت خاصی برخوردار است، زیرا علم اخلاق یک جزء اساسی مسلک طبابت است و همیشه خواهد بود، اساسات اخلاقی مانند احترام برای افراد، حصول رضایت و رازداری در زمینه ارتباط داکتر با مریض حتمی است.

چون دو کتوران، مریضان، اعضای فامیل شان و دیگر کارکنان مراقبت های صحی ممکن در مورد اینکه چه شیوه درست است تادریک وضعیت به آن عمل شود، موافق نباشند. مطالعه علم اخلاق، محصلین مکاتب طبی را آماده میسازد تا اوضاع دشوار را تشخیص داده و به آنها به یک طرز منطقی و اخلاقی برخورد نمایند. علم اخلاق در ارتباطات طبیبان با اجتماع و همکاران شان و رفتار در تحقیقات طبی نیز نقش دارد.

علم اخلاق چیست و چگونه دو کتوران را کمک میکند، تا با هم چو مسایل کنار آیند، بی چون چرا قبول نمایند، که علم اخلاق عبارت از مطالعه اخلاقیات، اندیشه برنامه ریزی و تحلیل تصامیم اخلاقی و رفتار چه در گذشته یا حال و آینده میباشد. اخلاقیات عبرت از جنبه ارزش تصمیم گیری انسان است. زبان اخلاقیات در بر گیرنده اسماء چون: حقوق، مسولیت ها و مزایا و صفاتی چون: خوب و بد (زشت) درشت و غلط، حق و نا حق است.

طبق این توضیحات، علم اخلاق اساساً، یک موضوع فهمیدنی بوده، درحالیکه اخلاقیات موضوع عملی است، ارتباط نزدیک آنها مبنی بر سهم علم اخلاق جهت آماده ساختن معیار منطقی برای مردم است تا در بعضی راه‌ها نسبت بدیگران تصمیم بگیرند و عمل نمایند.

چون علم اخلاق با تمام جوانب رفتار و سلوک انسانها و تصمیم‌گیری آنها مربوط می‌باشد، این یک ساحه مغلق و وسیع مطالعات را همراه با بخش‌ها و موضوعات زیادی تشکیل می‌دهد. علم اخلاق طبی بخشی از علم اخلاق است که با موضوعات اخلاقی در تجربیات طبی ارتباط می‌گیرد. علم اخلاق طبی بصورت صمیمی، اما نه یکسان با علم اخلاق حیاتی (علم اخلاق طب حیاتی) در ارتباط است.

اخلاق حیاتی (Bioethics): موضوع خیلی‌ها گسترده است که بصورت عمومی با مسایل اخلاقی مطرح شده بوسیله پیشرفت‌های علوم حیاتی مرتبط می‌باشد. تاجاییکه Bioethics ضرورت به پذیرش‌های سنتی ندارد از علم اخلاق طبی فرق میکند، منجیح یک دسپلین آکادمیک، علم اخلاق طبی واژه‌نامه مخصوص خود را به شمول اصطلاحاتی که از فلسفه اقتباس شده رشد داده است. [13-14]

فصل دوم

علم اخلاق طبی، Professionalism، طبی حقوق بشر و قانون

علم اخلاق یک بخش جدایی ناپذیر علم طب میباشد. حداقل از زمان هیپوکرات (قرن پنجم قبل از میلاد) طبیب یونانی که بحیث بنیان گذار علم اخلاق طبی محسوب میشود، بدینسو موجود بوده است، مسلک طب منحصیث یک مسلک مستقل از زمان هیپوکرات براه افتاده که بموجب آن دوکتوران یک تعهد همه گانی را نموده اند که آنها منافع مریضان شان را برتر از منافع خودشان دانسته به آن عمل نمایند.

اخیراً علم اخلاق طبی بطور قابل ملاحظه بوسیله پیشرفت های در عرصه حقوق بشر موثر شناخته شده است، در جهانی باین کثرت گرای و چندین فرهنگی، همراه با رسوم متفاوت اخلاقی، توافق نامه جهانی معتبر حقوق بشر میتواند یک پرنسب اساسی را برای علم اخلاق طبی، که قابل قبول در عرض مرز های قومی و کلتوری است آماده سازد. علاوه بر این دوکتوران مکلف اند تا مکرراً با مشکلات طبی که از باعث نقض حقوق بشر مانند مهاجرت های جبری و شکنجه بوجود می آید برخورد نمایند، بتاسی از آن باید متذکر شد که آیا مراقبت های صحی مربوط حقوق بشر است یا خیر؟ چون این سوال مطرح است که هر کشور نظر به خصوصیت، قوانین، ویژه گی ها، عرف و عادات خویش متفاوت است علم اخلاق طبی همچنان یک ارتباط صمیمی با قانون دارد. در اکثر کشورها قوانین موجود است، مشخص میسازد تا به چه شیوه دوکتوران باید موضوعات اخلاقی را در مراقبت مریضان و تحقیقات رعایت نمایند، بر علاوه مقامات جواز دهی و تنظیم کننده طبی هر کشور در حصه تخطی های اخلاقی شان محکوم نموده میتوانند، اما باید متذکر شد که علم اخلاق و قانون یکسان نیست، در بسی موارد علم اخلاق معیار های عالیتر رفتار را با مقایسه با قانون توصیه مینماید و اتفاقاً علم اخلاق لازم میدارد که دوکتوران قوانین را که خواهان مسایل غیر اخلاقی اند نقض نمایند، علاوه بر آن قوانین یک کشور تا کشور دیگری متفاوت بوده در حالیکه علم اخلاق در عرض مرز های قومی قابل اجراء میباشد

بعاست تا طب راهم یک علم وهم یک هنر معرفی نمود، علم با چیز هایکه میتواند محاسبه و مشاهده شود سروکار دارد و یک داکتر شایسته علایم امراض را تشخیص داده و میفهمد که چطور حالت صحی بهتر را اعاده نماید. اما طب علمی محدودیت های بخصوص خودش را دارد، خصوصاً با احترام گذاشتن به شخصیت ، کلتور، دین، آزادی، حقوق و مسولیت های انسان. هنر طب مربوط به کاربرد طب علمی و تکنالوژی به مریضان، فامیل ها و جوامع جداگانه، که هیچ یک از این دو یکسان نیست میباشد. [2-14]

طرح های اصلی علم اخلاق طبی!

- چرا علم اخلاق در طبابت نقش دارد؟

- منابع عمده علم اخلاق کدام ها اند؟

- بایست به شیوه های مختلف تصمیم گیری اخلاقی باشمول خویش آشنا شویم.

- چه ویژه گی در علم اخلاق موجود است؟

تقریباً در سراسر تمام تاریخچه طبابت و عملاً در هر قسمت از جهان تثبیت شده، داکتر بودن یک معنی خاص را داشته است مردم نزد دو کتوران بخاطر رسیدگی به مهمترین ضرورت های شان (رهایی از درد و رنج و اعاده صحت) مراجعه میکنند. آنها به دو کتوران این حق را میدهند تا هر قسمت از بدن شان حتی مستورترین نواحی را ببینند و تماس نمایند. و مانورهای دستی را اجراء نمایند، چون آنها باین عقیده هستند که دو کتوران شان به منافع شان عمل میکنند. موقف اجتماعی دو کتوران از یک کشور تا کشور دیگر حتی در محدوده کشورها فرق میکند، هر چند بصورت کلی بنظر میرسد که بسیاری از دو کتوران احساس میکنند آنها چنان که قبلاً احترام میشدند بعد از این نمیشوند. در بعضی کشورها کنترل مراقبتهای صحی بطور یک نواخت از دو کتوران بمدیران مسلکی و مقامات اداری. که بعضی از آنها مایل اند تا به دو کتوران در بهسازی مراقبت های صحی بقسم یک سدنسبت به همکارانگریسته و آنرا منتقل نمایند. بعضی از پروسیجرهای طبی که سابقاً تنها دو کتوران قادر به انجام آن بودند فعلاً بوسیله تکنیشن های طبی نرس ها و دیگر افراد شبه داکتر انجام میگردد. برخلاف این تحولات در پیوند با موقف اجتماعی دو کتوران، طب بموجودیت خود منحیث یک مسلک که بوسیله مریضان محتاج بخدمات صحی خیلی قدر دارند ادامه میدهند همچنان به جذب تعداد زیاد شاگردان زحمت کش و متعهد پرداخته اند، جهت تحقق بخشیدن این مأمول هم محصلین وهم مریضان نقش بارز دارند. دو کتوران هسته ارزش های طب بخصوص ترحم، شائستگی و خود مختاریرا بفهمند و روشن سازند، این ارزش ها همراه با احترام بحقوق اولیه انسان منحیث اساس علم اخلاق طبی نقش خود را ایفا میکند. [3-20]

چه ویژه گی در علم اخلاق طبی موجود است؟

ترحم، شایستگی و خود مختاری منحصر به طب نیست، با وجود این هم از دو کتوران توقع میرود که آنها به یک درجه

عالیتر نسبت بدیگر مردم بشمول بسیاری از افراد مسلکی دیگر نمودار سازند.

ترحم:- (همدردی و سهم در پریشانی فرد دیگر) در حرفه طب ضروریست، جهت برخورد با مشکلات مریض داکتر

باید اعراضی را که مریض تجربه میکند با اسباب واقعی آن واضع سازد و در نظر داشته باشد تا برای رسیدن به آسودگی و تسکین کمک نماید، مریضان اگر متوجه شوند که داکتر نگرانی آنها را درک میکند و بهتر از توقع شان تداوی میشوند به تداوی خوبتر جواب میدهند.

-- دو کتوران در معرض یک دوره طولانی Training غرض مطمئن ساختن شایستگی قرار میگیرند، اما با در نظر داشت

پیشرفت سریع علم طب، این برای آنها یک چالش مداوم است تا قابلیت و شایستگی شان را تقویت نمایند.

علاوه بر این، این تنها دانش علمی و مهارت های تکنیکی آنها نیست که باید تقویت شود، در پهلوی آن باید آنها دانش و مهارت ها و نگرش های اخلاقی را نیز باید تقویت نمایند، چون موضوعات جدی، اخلاقی همراه با تغییرات در تجربیات طبی و محیط اجتماعی و سیاسی شان بر خاسته است.

خود مختاری

یا اعتماد به نفس هسته اساسی ارزش طب است، که با گذشت سالها خیلی ها متغیر است، طبق معمول بصورت انفرادی دو کتوران یک درجه عالی، خود مختاری کلینکی را در اقدام با اینکه چطور مریضان شانرا تداوی نمایند برخوردار شده اند. دو کتوران جمعاً (حرفه طبابت) در حصه تعیین معیار های تحصیلات طبی و مسلک طبابت دست باز داشته اند. شیوه های تمرین خود مختاری دو کتوران در بسیاری از کشورها توسط دولت و دیگر مقامات که بالای دو کتوران حاکم اند تعدیل شده است، با وجود این چالشها، دو کتوران هنوز هم خود مختاری کلینکی و مسلکی خویش را ارزش داده و کوشش میکنند تا حد امکان انرا حفظ نمایند در عین زمان از جانب دو کتوران پذیرش وسیع در حصه خود مختاری مریضان موجود است. بدین معنی که مریض باید از مشکلاتیکه یکدیگر شان را متاثر میسازد تصمیم گیرنده نهایی باشد. بر علاوه پابندی باین سه ارزش اساسی علم اخلاق طبی از علم اخلاق عمومی که بهره شخص توسط اقرار نمودن در محضر عام بقسم یک سو گند نامه مانند اعلامیه Geneva انجمن طبی جهان قابل اجرا است فرق میکند. سو گندنامه ها و نظامنامه ها از یک کشور تا کشور دیگر و در داخل کشورها فرق میکنند، اما آنها مطالب معمول زیادی را به شمول وعده هایکه دو کتوران منافع مریضان شان را برتر از منافع خویش در نظر میگیرند، بمقابل مریضان به اساس مسایل قومی، نژادی و دیگر ساحات حقوقی بشر تبعض قابل نمیشوند، راز داری مریضان را تقویه و مراقبت های عاجل را برای مریضی که ضرورت داشته باشد آماده خواهند کرد. [2-24]

کدام یک مشخص میکند که چه با علم اخلاق وابسته است؟

علم اخلاق مرز است، افراد در مورد اینکه چه درست است و چه غلط هم نظر نیستند و حتی زمانیکه آنها موافق میشوند، ممکن دلایل آنها متفاوت باشد، در بعضی از مجامع این اختلافات عادی تلقی شده و یک مقدار زیاد آزادی به اندازه که حقوق دیگران را نقض نمیکند موجود است تا شخص هر طور که میخواهد عمل کند. در بسیاری از جوامع سنتی، هر چند هم نظر خوبتر به ارتباط علم اخلاق و فشار بیشتر اجتماعی بعضاً به پشتیبانی قوانین موجود است تا به شیوه های مشخص نظر به دیگران عمل گردد. در همچو جوامع کلتور و دین اکثر آ یک رول مهم را غرض مشخص کردن روش و سلوک اخلاقی بازی می کند.

جواب به این سوالیکه (کدام یک مشخص میکند که بصورت کل چه مسایل اخلاقیست) با این اساس از یک جامعه تا جامعه دیگر و حتی در عین جامعه فرق می کند در جوامع لیبرال افراد آزادی زیاد تر دارند تا اینکه خود شان تصمیم بگیرند که چه خلایق، با وجود آنکه آنها احتمالاً اگر بوسیله فامیلهها، دوستان، دین، رسانه های خبری و دیگر منابع بیرونی تحت تاثیر خواهند آمد.

در بسیاری از جوامع سنتی، فامیلها و بزرگان قوم، مقامات مذهبی و رهبری های سیاسی اکثر نقش بیشتری نظر به افراد در مشخص کردن اینکه چه خلایق دارند، برخلاف این تفاوتها، چنین به نظر میرسد که بسیاری از انسانها به بعضی از اصل های اخلاقی عمده، یعنی حقوق اساسی انسان که در ملل متحد تحت عنوان اعلامیه عمومی حقوق بشر اعلان شد و دیگر مدارک وسیعاً قبول شده و رسماً طرف تایید قرار گرفته، حقوق بشر خاصاً آنها یک برای علم اخلاق طبی مهم هستند شامل حقوق زندگی کردن، آزادی از قید تبعیض، ظلم، شکنجه، تداوی تحقیر آمیز یا غیر عاطفی و همچنان آزادی بیان دسترسی مساویانه بخدمت صحتی میباشد.

در بسیاری از کشورها انجمن های طبی برای پیشرفت تطبیق معیار های اخلاقی قابل اجراء مسول بوده اند. با در نظر داشت دسترسی کشورها بحقوق طبی. این معیارها ممکن اعتبار قانونی داشته باشد. امتیاز اعضای مسلکی طبی در حصره توانایی مشخص ساختن معیار های اخلاقی مربوط به خودش هیچگاهی مطلق نبوده است. بگونه مثال:

-- دو کتوران همیشه بقوانین عمومی جهان تابع بوده اند و به ندرت برای عمل کرد به مغایر این قوانین مجازات شده اند. -- بعضی از سازمانهای طبی بوسیله آموزش های دینی قویاً تحت شعاع قرار میگیرند که وظایف اضافی را بالای اعضای خویش در پهلوی آنها یک به تمام دو کتوران قابل اجراء است تحمیل میکنند.

-- در بسیاری کشورها سازمانهای معیار های را برای رفتار دو کتوران تنظیم کرده و فعالیت آنها را کنترل میکند دارای اعضای غیر داکنتر بوده اند.

رهنمود های اخلاقی انجمن های طبی در ذات خود همه گانی اند، آنها به تمام حالات که دو کتوران ممکن در تجربه های طبی شان مواجه شوند سروکار ندارند.

در بسیاری حالات دو کتوران خودشان تصمیم میگیرند که چه درست است تا به آن عمل گردد، اما در تصمیم گیری فهمیدن این نکته مهم است که دو کتوران دیگر در عین وضعیت چه خواهند کرد. نظام نامه های طبی اخلاقی و اعلامیه های خط مشی یک رضایت کلی عامه را در مورد شیوه که دو کتوران به آن عمل کنند و آنها در صورت نداشتن دلایل کافی برای عمل کرد طور دیگر باید تعقیب شوند منعکس میکند.

آیا علم اخلاق طبی تغییر میکند؟

تردید اندک میتواند موجود باشد که بعضی از جنبه های علم اخلاق طبی با گذشت سالها تغییر کرده است تا این اواخر دو کتوران حق و مسولیت اینرا داشتند تا تصمیم بگیرند که چطور باید مریضان تداوی شوند و کدام مجبوری در حصره کسب رضایت آگانه مریضان نداشتند، در مقابل نسخه WMA 1995 (اعلامیه به ارتباط حقوق بشر مریضان) با این جمله آغاز میشود (ارتباط میان دو کتوران، مریضان شان و اجتماع در این اواخر دستخوش تغییرات قابل ملاحظه شده است چون یک داکنتر باید به اساس وجدان خود و دلچسپی های مریض عمل نماید، کوشش مذبحانه باید جهت تضمین خود مختاری مریضان و عدالت صورت گیرد) بسیاری از افراد فعلاً باین نظر اند که آنها خود شان ضامن صحت خود شان میباشد. و دو کتوران فقط نقش یک رهنما و مشاور صحتی را دارد. هر چند که این پافشاری بالای مواظبت خودی از همگانی شدن فاصله دارد.

اصول اخلاق طبی در راه های دیگر عوض شده است، شرکت در سقط، در نظام نامه های طبی اصول اخلاقی تا این اواخر منع بود، اما فعلاً تحت شرایط خاص در بسیاری از کشورها توسط مسلک طب اجازه داده میشود نظر به اینکه در اصول اخلاقی سنتی مسولیت انحصاری دو کتوران در قبال مریضان شان بصورت فردی بود در این اواخر بصورت عموم توافق صورت گرفته که دو کتوران باید ضروریات جامعه را بطور مثال، در تخصیص دادن منبع معتبر خدمات صحی در نظر داشته باشند. [2-24]

آیا اصول اخلاقی طبی از یک کشور تا کشور دیگری تفاوت میکند؟

درست همینکه اصول اخلاقی طبی با گذشت زمان در جواب به پیشرفت در علم طب و تکنالوژی همچنان در ارزش های اجتماعی تغییر میکند، بدین ترتیب از یک کشور تا کشور دیگر و البته باین عوامل مشابه فرق میکند، بطور مثال در مورد Euthanasia (مرگ قتل کسانی که دچار مرض سخت و لاعلاج اند یک تفاوت قابل ملاحظه نظریات در میان انجمن های طبی ملی موجود است.

بعضی از انجمن ها این عمل را محکوم میکند، اما دیگران بیطرف بوده و تقریباً تنها انجمن طبی Royal Dutch در تحت شرایط خاص آنرا قبول دارد، همچنان در موضوع دستیابی به خدمات صحی بعضی از انجمن های ملی تساوی تمام اتباع را حمایت نموده در حالیکه دیگران مایل اند تا عدم تساوی های عظیم را تحمل نمایند، در بعضی از کشورها دلچسپی قابل ملاحظه در موضوعات اخلاقی مطرح شده بوسیله تکنالوژی پیشرفته طبی پیشرفت های در زمینه صورت گرفته در حالیکه در کشور های که به همچو تکنالوژی دسترسی ندارند این نوع موضوعات اخلاقی مطرح بحث قرار نمیگیرد. در بعضی کشورها دو کتوران مطمئن اند که آنها بوسیله دولت مجبور نخواهند شد تا هر کار غیر اخلاقی را انجام دهند. در حالیکه در دیگر کشورها ممکن بر ایشان دشوار باشد تا به الزام اخلاقی مواجه شوند.

بطور مثال تا رازداری مریضان را در روبرو شدن با پولیس با نیازمندی های آنها غرض را پور دادن جروحات مشکوک خودداری نمایند. هر چند این تفاوتها ممکن مهم تلقی شود مشابهت ها بر مراتب بیشتر اند. ارزشهای اساسی اصول اخلاق طبی مانند ترحم، کفایت و خودمختاری و شادوش تجارب و معیارهای دو کتوران در مورد طب و مراقبتهای صحی، یک اساس سالم را برای تحلیل موضوعات اخلاقی در طب و رسیدن براه حل که بصورت عموم بمنافع مریضان و اتباع و صحت عامه باشد آماده می کند. میتوان آنرا جهت رسیدن بموضوعات اخلاقی بطور کلی بدو کته گوری معقول و غیر معقول تقسیم کرد.

دیدگاه های غیر معقول:-

اطاعت:- یک شیوه معمول تصمیم گیری اخلاقی خصوصاً بوسیله اطفال و آنهاییکه همراه با ساختار های صاحب قدرت (مانند اردو، پولیس) بعضی از سازمانهای مذهبی کار میکنند میباشد.

اخلاقیات بسته به تعقیب قواعد یا رهنمود های مقامات مربوطه که آیا شمایه آن موافق است یا خیر؟ دارد

پیروی:- مشابه اطاعت بوده، زیرا قضاوت شخص را در مورد صحیح و غلط بودن نسبت به نظریه شخص دیگری در این خصوص بقسم

یک سرمشق، تابع میگرداند، اخلاقیات بستگی به متابعت کردن مثال سرمشق دارد. این شیوه معمول ترین راه آموزش اصول اخلاقی طبی توسط دو کتوران محسوب میگردد.

احساس یا خواهش :- یک دیدگاه ذهنی برای تصمیم گیری مسایل اخلاقی و سلوک میباشد چیزی که درست احساس میشود، درست

است و خواهش شخص را برآورده میسازد. چیزی که غلط است غلط احساس میشود و خواهش شخص را باطل میگرداند، اندازه اخلاقیات در نزد هر شخص دریافت شده یقیناً که از یک شخص تادیگری و حتی در عین شخص نظر به زمان خیلی فرق میکند.

بینش :- عبارت از درک سریع راه درست برای عمل کردن در حالت پیش آمده میباشد. اما تصامیم اخلاقی از طریق یک درخشش ساده بینش کنترل میگردد، همچنان در اینجا نیز خواهش و احساس میتواند از یک شخص تادیگری و حتی در عین شخص نظر بزمان خیلی فرق دارد.

دیدگاه های معقول :- به عنوان مطالعه اخلاقیات، علم اخلاق نفوذ این جنبه های نا معقول تصمیم گیری و رفتار را تصدیق میکند. هر چند که این موضوع اساساً با جنبه های معقول ربط میگیرد. چار موضوع مورد بحث همچو جنبه ها عبارت اند از **Principlism .consequentialism و Deontology Virtue ethics**

Deontology :- مستلزم یک تجسس برای قواعد موجه که میتواند بقسم اساس برای اخذ تصامیم اخلاقی نقش ایفا کند، میباشد. یک مثال از همچو قواعد (تداوی مساویانه همگان) میباشد. بنیاد موضوع ممکن مذهبی (به گونه مثال، عقیده اینکه خداوند همه عالمیان یکی میباشد) یا غیر مذهبی (مثلاً نوع بشر تقریباً دارای تمام جین های مشترک میباشد) است. به محض اینکه قواعد اساس گذاری میگردد، آنها باید در حالت استثنائی بکار برده شوند و اکثر آدر اینجا جای برای عدم توافق در مورد اینکه قواعد مستلزم چه است (بگونه مثال، آیا قواعد بر علیه از بین بردن نوع بشر، از سقط یا اعدام ممانعت خواهد کرد) موجود است.

Consequentialism :- تصمیم گیری را به اساس تحلیل پیامد ها و عواقب مناسب عملکرد و انتخابهای متفاوت استوار میسازد. عمل کردن درست آنست که بهترین پیامد را ایجاد کند. یقیناً در مورد اینکه چه میتواند بحیث یک پیامد خوب محسوب گردد، عدم توافق وجود دارد یکی از اشکال شناخته شده **consequentialism** یعنی **Utilitarianism** خدمات رفاهی را بقسم اقدام خود بکار میبرد و این موضوع را بقسم (امر مهم برای اکثریت) شرح میدهد. اقدامات دیگر پیامد که در تصمیم گیری مراقبت صحی بکار میرود، شامل اقتصادی بودن و کیفیت زندگی بگونه که در دوره های بی کفایتی و ناتوانی حیات تنظیم شده میباشد، سنجش میگردد. حمایت کننده گان **consequentialism** در جهت اصل های اخلاقی قدرت استفاده زیاد راندازند، آنها خیلی هادر جهت مشخص کردن، اولویت دادن و اجرا کردن این مسله سختگیرانند و در هر حالت در نظر نمیگیرند که چه از نظر آنها و افعا در تصمیم گیری اخلاقی دارای اهمیت میباشد (یعنی پیامدها) هر چند که این زمینه در یک طرف اصل های اخلاقی **consequentialism** رافارغ از مصرف که خودش میپذیرد که (فرجام در آمد ها راتوجیه میکند) بگونه مثال، که حقوق افراد جداگانه غرض بدست آوردن یک هدف اجتماعی میتواند قربانی گردد.

Principlism قسمیکه از نامش پیداست اصل های اخلاقی را منحیث اساس برای اخذ تصامیم اخلاقی بکار میبرد. این شیوه اصل های علمی رادر اوضاع و حالات بخصوص جهت معین کردن اینکه چه کاری درست است تا عملی گردد، بادر نظر داشت قواعد و هم پیامد ها بکار میبرد **Principlism** بطور گسترده در مباحثات جدید اخلاقی خصوصاً در **USA**

بانفوس شده است بخصوص چار اصل اخلاق، ارج گذاشتن به خودمختاری، احسان، عدم بدجنسی و عدالت منحيث ارزشمندترین آنها در تصمیم‌گیری اخلاقی در مسلک طبابت مشخص شده‌اند.

اصل‌های اخلاقی و ابعاد تصمیم‌گیری معقول نقش عمده را بازی میکند. هر چند که نخبه‌ترین این چار اصل اخلاقی و خصوصاً اولویت احترام به خودمختاری، بازتاب کلتوری کشورهای لیبرال غربی بوده و لزوماً جهانی نمیباشد. گذشته از این چار اصل اکثر شرایط مخصوص برخوردارمینماید و ضرورت به بعضی از معیارها یا پروسه‌ها برای حل همچون مناقشات می‌افتد.

Virtue ethics کمتر بالای تصمیم‌گیری و بیشتر بالای کرکتر تصمیم‌گیرنده‌ها که از رفتارشان منعکس میشود، تمرکز دارد. Virtue یا عفت یک شکل از مزیت اخلاقی میباشد، همانطوریکه فوقاً ذکر گردید عفت برای دو کتوران لازمی است.

دیگر آن شامل صداقت، احتیاط و فداکاری میباشد. دو کتورانی که این مزایا را دارا اند بیشتر بالای شان حساب میشود تا تصامیم خوب اخذ نموده و آنها را به وجه احسن اجرا نمایند. هر چند که حتی افراد متقی اکثر آ مردمود میشوند که چگونه در حالات خاص عمل نموده و از اخذ تصامیم نادرست جلوگیری نمایند.

هیچ یک از این چار جنبه و دیگری که پیشنهاد شده اند قادر نشده است تا پذیرش جهانی را بدست آورند. افراد در برتری برای یک زمینه معقول در تصمیم‌گیری اخلاقی، فقط همانطوریکه آنها در برتری برای یک زمینه نامعقول بین خودشان تفاوت میکنند، فرق دارد.

این مطلب تا حدی میتواند توسط حقیقتی که هر جنبه هم قدرت و هم ضعف دارد، شرح داده میشود. شاید ترکیب تمام آن چهار جنبه که شامل بهترین ترکیب‌ها از هر کدام یکی میباشد، بهترین شیوه جهت اخذ تصامیم اخلاقی بطور معقول باشد. این شیوه توجه جدی قواعد و اصول اخلاقی بوسیله معرفی کردن آنانی که در همین حالت یا وضع فعلی مناسبترین محسوب میشود و به وسیله کوشش جهت اجرای آنها به آخرین حد ممکنه جلب خواهد کرد. همچنان پیامد‌های احتمالی تصامیم متفاوت را آزمایش نموده و معین خواهد نمود که کدام پیامد‌ها قابل ترجیح‌اند. بلاخره کوشش خواهد کرد تا مطمئن سازد که رفتار تصمیم‌گیرنده‌ها هم در نایل شدن به یک تصمیم و هم در اجرای آن قابل تحسین است. همچو یک روند میتواند شامل گام‌های ذیل باشد:

- 1- مشخص نمائید که آیا موضوع دست‌داشته اخلاقی است؟.
- 2- با منابع معتبر چون، نظامنامه‌های اصول اخلاقی و پالیسی‌های انجمن‌های طبیبی جهان و همکاران بلند مرتبه جهت درک اینکه دو کتوران کلاً چگونه با این موضوعات کنار می‌آیند، داخل بحث شوتد.
- 3- راه حل متفاوت را در پرتو اصول اخلاقی و ارزش‌های را که آنها تایید میکنند و پیامد‌های احتمالی آنها را در نظر داشته باشید.
- 4- راه حل پیشنهادی خود را با آنها یکی که این شیوه بالای شان بکار میرود بحث نمائید.
- 5- تصمیم خود را اخذ نموده و به آن بادر نظر گرفتن حساسیت‌های افراد دیگری که متاثر میشوند عمل نمائید.
- 6- تصمیم خود را ارزیابی کرده و به عمل کردن آن به اشکال مختلف در آینده آماده باشید. [2-24]

فصل سوم

اساس اخلاق طبابت

جهت توجیه صحت یک موضوع از نظر اخلاقی و معنوی تیوری های متعدد در دسترس قرار دارد که وسعت آن از authoritarian (استبداد)، تیوری revelatory (الهامی) تا existential ethics (اخلاق مادی وهستی) میرسد.

نکات مهم که در دانستن اصول اخلاق طبابت نقش دارند مانند تیوری های مذهبی، جریانات و روش های

اخلاقی، خودمختاری، Paternalism، رول بقرات و غیره ذیلاً توضیح میگردد: [22]

1 - تیوری های مذهبی: - در زمان های گذشته پیشوایان مذهبی منیث طبیبان جامعه شناخته میشدند و به همین

دلیل طبابت و دین از همان زمان باهم روابط زیاد داشته تا سر حد که بعضی جنبه های اخلاق طبابت با در نظر داشت تیوری های

مذهبی اساس نهاده شده و در نتیجه بخش عمده تفکر اخلاق طبابت را این تیوری ها تشکیل داده و در زوایای مختلف تحت

تاثیر آن قرار گرفته است و وجه مشترک این تیوری ها عبارت از عقیده بشر به قدرت معنوی یا خداوند میباشد که چگونه

سلوک با انسان را تعیین میکند اخلاق طبابت با در نظر داشت قوانین مذهبی ارزش اساسی را دارا میباشد. مخالفت با abortion

و euthanasia و تولید مثل با استفاده از وسایل و تخنیک های جدید از جمله قوانینی است که منشاء مذهبی دارد. [22]

2 - جریانات و روش های اخلاق طبابت: - موضوع مورد بحث اخلاق طبابت از توجیه افعال بشر میباشد قیاس

اخلاقی زمانی مطرح میگردد که توجیه دو موضوع یا بیشتر از آن ضرورت باشد اخلاق میتواند فردی یا اجتماعی باشد که

انعکاس دهنده ارزش های والادرات فرد و جامعه میباشد. Beauchamp & childress استفاده از اصل (principlism)

را در این زمینه مطرح نموده افزودند که افعال مازمانی از نظر اخلاقی درست اند که 4 پرنسیب ذیل را انعکاس دهند:

- پرنسیب احترام به خود مختاری فردی

- پرنسیب نیکو کاری

- پرنسیب ضرر نرسانیدن به دیگران

- پرنسیب عدالت

3 - خودمختاری و Paternalism: - عبارت از نفع رسانیدن به کسی بدون در نظر

گرفتن هویت و خواسته های وی میباشد Paternalist کسی است که بدون در نظر داشت هویت و اطلاع شخص به وی نفع

میرساند. تا چند دهه گذشته پرکتیک طبابت به شیوه Paternalisty فعالیت مینمود و مریضان بدون ارائه توضیحی

در مورد جزئیات مرض شان معالجه می گردیدند، مثلاً مریضان روانی و آنهایی که دادن معلومات در مورد مرض شان باعث

ایجاد نگرانی آنها میگردد و بدون موافقه ایشان تداوی شروع میگردد. ولی شیوه فوق فعلاً از نظر طب جدید غرب غیر اخلاقی

تلقی گردیده و بسیار نادر میباشد مانند نگهداری نمونه های نسجی اطفال بدون موافقه اولیای شان بعد از معاینات post

mortem که دانستن این موضوع باعث ایجاد تشویش در نزد آنها میگردد میتوان یاد آوری نمود.

در این مورد نظریه رئیس دانشکده Royle college of pathologists را ذیلاً یاد آوری مینماییم: هیچ کسی علاقه نخواهد داشت تا موضوع اتوپسی را با اولیای داغ‌دیده مریض در میان بگذارد و تمایل به مرموز داشتن آن داشته و همچنان بخش عمده Paternalism حرفوی را معاینات post mortem تشکیل میدهد.

بارد نمودن Paternalism بعضی جنبه‌های خودمختاری را میتوان حفظ نمود ولی همزمان باعث ایجاد مشکلات میگردد که با استفاده از شیوه Paternalism میتوان از آنها جلوگیری نمود. اصولاً Paternalism در پرکتیک طبابت قابل قبول بوده و یک امر ضروری میباشد مثلاً در واقعات که حالت مریض وخیم بوده و وضعیت ناتوان کننده وی برایش فرصت تصمیم‌گیری ندهد Paternalism یک امر قابل توجیه میباشد قابل یاد آوری است که در این مورد فوائد معالجه از اضرار عدم معالجه بیشتر باشد در غیر آن مسولیت‌های زیادی در قبال خواهد داشت. [10]

موضوع اساسی Paternalism طبی را تصمیم‌گیری در مورد معالجه اطفال، مریضان روانی و آنهای که حالت غیر شعوری دارند تشکیل میدهد. تداوی طبی اطفال که خیلی کوچک اند تا تصمیم خود را اتخاذ نمایند مثال واضح Paternalism طبی میباشد که در این حالت طیب با وجود مخالفت اولیای طفل و با در نظر داشت حالت طفل در تداوی وی اقدام مینماید. تداوی مریضان روانی زمانیکه اهمیت تداوی را درک نتوانند بدون موافقه آنها و با در نظر داشت Paternalism طبی قابل توجیه میباشد که در چنین حالات موافقه انتظاری مریض بعد از صحت یابی وی اخذ میگردد. معالجه مریضان unconscious نیز مانند مریضان روانی بوده ولی اخذ موافقه از این مریضان مشکلتر میباشد. در تمام حالت فوق طیب با استفاده از شیوه Paternalism عمل نموده و استدلال خواهد نمود که مشکل فعلی مریض اساس روانی داشته فلذا بدون موافقه معالجه شده و بعد از صحت یابی موافقه وی گرفته میشود.

مریضان که خودکشی را یگانه هدف خویش دانسته و آنرا نتیجه تصمیم معقول خود قلمداد مینمایند باید به شیوه پاترنالیستی تداوی شوند ولی قرارداد آنهادریکی از کنگوری‌های Paternalist قابل توجیه، امر مشکل میباشد. خلاصه خودمختاری و Paternalism منحصر به همدیگر نبوده و اخلاق طبابت و طب عدلی باعث توازن بین آنها گردیده تا با استفاده از آن، خودمختاری افراد را حفظ نموده و همزمان مانع تصامیم و نظریات ابطادر واقعات احساس نشود.

4 - **مشاهده، تجربه و اخلاق:-** در مورد امکان تطبیق گسترده دونتولوژی در اخلاق طبابت بعضی تردیدها وجود دارد زیرا هر واقعه منحصر به خود بوده و جزئیات آن با هر consultation فرق مینماید با در نظر داشت این واقعیت بعضی از فلاسفه اخلاق طبابت جهت رسیدن به دورنمای اخلاق بر اهمیت پندار اخلاقی moral imagination که نسبت به قوانین بالای استعاره یا metaphor استوار است تاکید مینمایند. مشاهده رول محدود را اساساً در ساختار فلسفه اخلاق داشته و به ارزش‌های که همیشه و رسماً باشد مطرح نبوده ولی با اهمیت میباشد اشاره مینماید. به نظر ما اخلاق طبابت را با اصرار و تاکید بیش از حد بر بینش‌های غیر معقول مریض و یا بر فلسفه پاترنالیستی کهن نمیتوان حفظ نمود و نکته اساسی حذف فیصله‌های مغلق اخلاقی و درک حساسیت رابطه طیب با مریض میباشد و توضیح این رابطه مسولیت فلاسفه و حقوق دانها نبوده و علم روانی بیشتر بر استدلال اخلاقی که رول عمده را دارد تاکید میکند زیرا پاسخ درست را تنها در چوکات اخلاق میتوان دریافت نمود. [22]

5 - تاثیر بقراط (Hippocratic influence) : برای روشنائی بیشتر منشاء پرکتیک طب باید

نظری به یونان نمود. در 500 سال قبل از میلاد نفوذ پیشوایان مذهبی رو به زوال بود. دسپلین که عمدتاً اساس مذهبی داشت با سعی کوشش فلاسفه، استدلال منطقی، مشاهدات و استنتاج شان مبدل به نظریه طب و تاسیس مکاتب که از Practitioner، پاترنالیزم و دیگر عناصر اخلاق طبابت متشکل بود تا کید داشت تا مریض به عوض معبد به داکتر مراجعه نماید همچنان میتود استاندارد پرکتیک طبابت مورد قبول قرار گرفته و بنام قسمنامه بقراط تا امروز ارزش خود را حفظ نموده است. بقراط مشهورترین چهره در فلسفه طب یونان بود و قسمنامه وی احتمالاً قبل از تاسیس مکتب وی از اهمیت خاصی برخوردار بود و از جمله عادات و رسوم متداول بوده تا اینکه حکم حرفوی باشد. نکات عمده قسمنامه که در اخلاق طبابت نقش دارد قرار ذیل است:

الف: در قدم نخست طیب باید اصولاً و قانوناً تربیه شده باشد و مردم از اطبای غیر قانونی در امان باشند.

ب: بارعایت مقررات فوق طیب میتواند به نفع مریض فعالیت نماید و به او ضرر نرساند که در طب مدرن تحت عنوان Principle of beneficence and non maleficence یا (پرنسیب نفع رسانی و مضر نبودن یاد میگردد).

ج: ممنوعیت abortion - castration - euthanasia

د: رابطه طیب با مریض و عدم سوء استفاده از آن

ی: حفظ رازهای محرم

قسمنامه بقراط بخش عمده موضوع اخلاق تا دوران مسیحیت نبود و با زوال تمدن یونان از سر زبان ها افتیده و با تاسیس فاکولته ها و پوهنتون های طب دوباره احیا گردید. این قسمنامه از زمانه باستان باقی مانده و در اعلامیه genewa از طرف world medical association نسخه جدید آن ابلاغ گردید و در سال 1994 در stockholm بعد از تصیح به دسترس علاقمندان قرار داده شده و به سطح ملی و بین المللی مورد قبول قرار گرفت. [22]

میدانیم که رشته طبابت از دیر زمان بدین سو باشبکه اظهارات مبنی بر اخلاق که بطور مقدماتی در جهت نفع مریض در نظر گرفته شده سهمیم بوده. یک طیب منحیث یک عضوی از این رشته بر علاوه مسولیت های که در قبال اجتماع، سائر متخصصین صحت و خودش دارد، باید و الا تر و ارج ترا همه رسالت خویش را در برابر مریضان درک و شناسائی نماید. مبادی و اساسات ذیل که از انجمن طبی امریکا (American Medical Association) اقتباس گردیده، قوانین نبوده بلکه عبارت از معیارات یا ستندرد های سلوکی است که اساسات سلوک و رفتار عالی را در برابر طیب تصریح میکند.

1 - یک طیب باید جهت فراهم سازی مراقبت های مجاز طبی - با مهربانی و ارج گذاشتن بحقوق و مقام

بشر، اختصاص حاصل نماید.

2 - یک طیب باید از معیارات مسلکی حمایت و پشتیبانی ورزد. در تمام امورات مسلکی صادق باشد و سعی

ورزد تا نواقص و کمبودی های طبیبان را بشکل مناسب آن بادر نظر داشت نقش، شایستگی و یا فریب کاری شان گذارش دهد.

- 3 - یک طیب باید قانون رارعايت نموده ونيز بايد احساس مسوليت نمايد.
- 4 - يك طيب بايد بحقوق مريضان، همسلکان و ساير متخصصين صحت احترام وارج گذارد ونيز بايد محرميت ها وحس اعتماد مريضان نسبت به طيب را در محدوده قانون حفظ ونگهداري نمايد.
- 5 - يك طيب بايد به مطالعات، پيشنهادات وانكشاف در راستای معلومات واندوخته های علمی ادامه دهد، در تعهد خویش به دانش طبي استوار باقی بماند. ونيز بايد اطلاعات مربوطه را برای مريضان، همسلکان وعموم مردم فراهم سازد. بر علاوه، طيب بايد برای مريض زمينه مشورت را مهيا ساخته و در صورت لزوم از استعداد و دانش سائر متخصصين صحت بهره ببرد.
- 6 - يك طيب در زمينه تدارك مراقبت های مناسب برای مريضان (باستثنای واقعات عاجل) ميتواند انتخاب آزادانه داشته باشد، اينکه به چه کسی کمک نمايد و باچه کسی ارتباط گيرد ونيز ميتواند محيطی را که در آنجا مراقبت های طبي فراهم میگردد حسب دلخواه انتخاب نمايد.
- 7 - يك طيب بايد در قسمت سهم گيري در فعاليت های مسلکی خویش احساس مسوليت نمايد که البته آن فعاليت ها در زمينه بهبود اجتماع وصحت عامه کمک کننده باشد.
- 8 - يك طيب هنگام مراقبت از مريضان هم بايد از همه بيشتر احساس مسوليت نمايد.
- 9 - يك طيب بايد برای تمام افراد جامعه در قسمت دسترسي به مراقبت های طبي کمک ومساعدت نمايد.
- (18 - 20)

اصطلاح شناسی

اصطلاح (Ethical) به نظريات راجع به انجمن امورات اخلاقی وقضایی (Council on the Ethical and Judicial Affairs) بکار ميرود ومربوط به موضوعات ذیل است:

- 1 - مبادی وتجارب اخلاقی
- 2 - موضوعات ومسائل مربوط به سياست اجتماعی که در بر گیرنده نکات وابسته به میزان مرگ ومير در رشته طبابت میباشد.
- اصطلاح (unethical) به سلوک و رفتار مسلکی اطلاق میگردد که به معیارات وپالیسی های اخلاقی فوق الذکر مطابقت ننماید.
- بسیاری از نظريات وعقاید انجمن فوق وظایف ورسالت های خاصی را برای طبیبان طرح و دیزاین مینماید. تخلف از مبادی ونظريات متذکره نشان دهنده رفتار وسلوک غیر اخلاقی بوده واعمال انضباطی مانند سرزنش، سوءظن ویا اخراج از عضویت مجتمع طبي را ثابت وتوجیه خواهد کرد.¹

ارتباط قانون و اخلاق طبابت:

ارزش های اخلاقی واصول حقوقی معمولاً ارتباط صمیمی بایکدیگر دارند، اما الزامات اخلاقی بطوروصفی از حد رسالت های قانونی بيشتر تجاوز مینماید. در بعضی واقعات، قانون بر رفتار غیر اخلاقی حکم مینماید. بصورت عموم زمانیکه طبیبان قانون را غیر عادلانه میندازند، باید در صدد وارد کردن

تحول و تغییر در قانون گردند. در حالت استثنائی که قوانین غیر عادلانه تظاهر نماید. در این صورت باید رسالت های اخلاقی التزامات قانونی را مورد لغو قرار دهد. این حقیقت که یک طبیب بدون کدام دلیل متهم بیک رفتار غیر قانونی میگردد و طی فیصله های جنائی یا حقوقی محاکم تبرئه میگردد، الزاماً بدین معنی نیست که طبیب بشکل اخلاقی عمل نموده است. موضوع اخلاق طبابت دامنه وسیعی دارد که شامل رفتار طبیب با مریض و با خانواده بیمار، رازداری، عدم آلوده گئی به کارهای خلاف اخلاق و عرف، عدم انجام کارهای خلاف قانون، رفتار در جامعه، رفتار با همکاران، رفتار در بیمارستان و درمانگاه و مطب با بیمار و کارمند، درس اخلاق طبابت بطور کلی بما می آموزد که در موارد معین در مورد مسایلی که پیش میاید عملاً چگونه اقدام نماییم.

در دنیای طبابت بقراط که سرشناس ترین چهره و پدر دانش طبابت است. اولین کسی بود که مبانی اخلاقی را با طبابت درهم آمیخت و قسمنامه او که نوع نیایش طبی است حاوی فهرستی از مناهی و منکرات طبی است که همه ساله هزاران طبیب با خواندن آن، تعهدات اخلاقی را میپذیرند و به مجمع جامعه طبی جهان ملحق میشوند. در قرن نهم در زمینه وظایف طبی از طرف فلاسفه و اطباء توصیه های شده که دو نمونه آن را بررسی میکنیم.

اول - نظریه اخلاقی کانت (kont) در زمینه طبابت

- 1 - دروغگویی کاری است نادرست، گوا اینکه مصلحت آمیز باشد
- 2 - ماموظفیم که همه مردم، حتی خودمان را درمان کنیم.
- 3 - عملی درست تلقی میشود که در مقایسه با سائر اعمال ارضاء کننده تر باشد.
- 4 - انجام وظایف کامل یا ناقص، حقوقی را برای انسان بوجود میآورد که باید آنها را شناخت. [2]

نظریه اخلاقی روز (Rose) در زمینه وظایف طبابت

- 1- راستگویی. 2- جبران خطاها. 3- عدالت. 4- نیکوکاری. 5- خق شناسی: شناخت خدماتی که دیگران به ما انجام داده اند. 6- بالا بردن سطح دانش و دستیابی به آخرین اطلاعات 7 - پرهیز از آزار و زیان رسانیدن. [2]

اخلاق حرفه ای

تعریف حرفه: - حرفه مهارت و اطلاعاتی است که فرد در کار یا رشته بخصوصی بر پایه هدفش و مطالعات علمی و تجربی کسب نماید. در نتیجه بدست آوردن این علم و تجربه، شخص مهارت لازم را پیدا نموده لذا هم برای خود و هم برای دیگران میتواند سودمند واقع شود و در مقابل هم حقوقی دریافت نماید. باید توجه داشت که بعضی از مشاغل حرفه ای و برخی دیگر غیر حرفه ای هستند.

فرد حرفه ای: - فرد حرفه ای کسی است که دارای خصایص عالی و تعلیم و تربیت صحیح و قدرت خلاقیت، قضاوت صحیح و از روی عقل، احساس مسولیت شدید و اخلاقی انسانی باشد.

خصوصیات یک حرفه عالی

- 1 - حرفه عالی احتیاج به تحصیلات اولیه و سپس معلومات عالی تر دارد.
- 2 - حرفه عالی دارای خصوصیات ویژه است که فقط آن حرفه میتواند دارا باشد.

- 3 - حرفه عالی توانائی و قدرت قضاوت بخصوص به افراد آن حرفه را می دهد.
- 4 - حرفه متکی به اصول اخلاقی و معنوی است.
- 5 - حرفه عالی به فرد قدرت برخورد با مشکلات را می دهد و فرد را قادر میسازد که متکی به خود باشد.
- 6 - هر حرفه ای متکی بخود است و مقدمه ای برای شغل دیگر نمیشود. [2]

ضمانتهای اخلاقی طبابت

شخصیت و خود سازی

شخصیت حاصل جمع رفتار و اعمال در سازگاریهای اجتماعی است. هنگامی که شخصی از شخصیت فرد دیگری تعریف میکند این تعریف به همان اندازه که توصیف عکس العمل های آن شخص است، نشانگر شخصیت خود فرد نیز می باشد. تربیت شخص عبارتست از جاگزین کردن بعضی انگیزه ها و پاسخ ها به جای بعضی از انگیزه ها و پاسخ های اصلی. در نتیجه شخصیت را مانند عادت می توان پرورش داد. شخصیت یک فرد معلول صفات ارثی و محیطی است که در آن زیست می کند و رابطه مناسب بین این دو عنصر، سازنده شخصیت خوب است. مهمترین دوره رشد شخصیت دوره کودکی است که محیط خانواده و رفتار اولیاء و اطرافیان در چگونگی رشد شخصیت عوامل موثری می باشند. [2]

نقش شخصیت بر موقعیت های وظیفوی

با بررسی دقیق و بدون تعصب در رفتار و کردار، خود فرد میتواند بر چگونگی شخصیت خود آگاهی یابد. شخصیت سالم وقوی باید از هر جهت موزون باشد و بتواند رفتار خود را بر رفتار خوب دیگران سازگار سازد. اعتماد به نفس، روبروشدن با موانع، خوش خلق بودن بطور واقعی و حقیقی، ارتباط برقرار کردن با دنیای خارج، پذیرفتن انتقاد، کناره گیری نکردن از اجتماع از خصایص بارز شخصیت های سالم بشمار می روند. چنانچه شغل فردی از روی ذوق و مطابق میل او انتخاب شود، از نگرانی و اضطراب او کاسته شده و مانع عصبانیت فرد میشود و رستگار کسی است که شغل خود را مطابق میل و استعدادش انتخاب نماید. هر اندازه شغل فرد رضایت خاطر او را بیشتر فراهم کند اعتماد به نفس او بیشتر و نسبت به خورده گیری های سائزین بی اعتنا میگردد. کسی که مشغول به انجام کاری میباشد واقع بین تر بوده به بیماری های روانی کمتر مبتلا می شود و از لحاظ شخصیت سالمتر است. شغل و شخصیت هیچگاه مجزا از یکدیگر نیستند و فرد باید چگونگی برخورد با موقعیتهای مختلف را یاد گرفته و بتواند تصمیم صحیح بگیرد. [2]

شخصیت و خود سازی در طبابت

هر فرد قبل از انتخاب حرفه طبابت باید بداند که این شغل بیشتر از سائر حرفه ها پابند اصول اخلاقی و انسانی است، زیرا طبیب باید خود را موظف بداند تا در مورد رعایت اصول اخلاقی و معنوی حداکثر کوشش را بنماید و هر روز بیش از پیش به این اصول پابند شود. قوانین مربوط به طبابت حداقل تکالیفی است که وی باید در اعمال و رفتار خود رعایت کند و یک طبیب با رعایت قوانین مربوط به کار خود می تواند شخصی باشد که جامعه از او زیان نبیند ولی با رعایت آداب و اصول اخلاقی نه تنها خودش به وظایف قانونی خویش عمل می کند، بلکه موازین و ضوابط اخلاقی، اسلامی و حرفه ای خود را نیز در سطح بالاتری رعایت کرده و فردی مفید برای جامعه خود می باشد. [2]

مراقبت از خویشتن

از جمله وظایفی که هر کس نسبت به خود دارد این است که شرایطی را در خود ایجاد کند تا انسانی سالم، محترم و مفید در اجتماع باشد. اطباء نیز به پیروی از قانون در محیط کار و حین خدمت و همچنین در زندگی شخصی باید نکاتی را که برای بهزیستی یک انسان در اجتماع لازم و مفید است بکار ببندند. رعایت برخی نکات و تقویت بعضی عادات برای خوب زیستن و موفق بودن در زندگی لازم است. این نکات عبارتند از:

1- پاکیزه گی: - پاکیزه نگه داشتن بدن، جلد و لباس بوسیله شستشو مرتب لازم است. سعی کنید جلد شما همیشه

تمیز باشد و شستن مرتب جلد را با آب صابون فراموش نکنید. دستها را همیشه باید تمیز نگه داشت و با کرم چرب نمود که نرم باشند. ناخنها باید کوتاه و تمیز و مرتب باشند. لباسهای زیر و جراب هارا باید پس از هر بار پوشیدن بشوئید و سپس بررسی کنید که اگر نقصی دارند برطرف نمایید. استفاده از روپوش به منظور متحدالشکل نمودن لباس افرادی که در بخش مختلف کار میکنند و ماموران انجام خدمت معین استند.

2- بهداشت فردی مشوره با طبیب دیگر: - معاینه طبی سالانه مشوره با طبیب دیگر در مواقع لزوم، مراجعه

مرتب به دو کتوران دندان استفاده از غذای مناسب و متعادل، مصرف بموقع غذا، خوردن صبحانه کافی و مناسب برای جلوگیری از خستگی، داشتن وزن معادل، مراجعه مرتب به داکتر چشم، مطالعه در نور کافی و رعایت فاصله کتاب با چشم ها، استراحت و خواب کافی، وضعیت صحیح بدن هنگام کار و استراحت.....

3- اصول معنوی

فروتنی و تواضع:- تواضع که نقطه مقابل تکبر و خودپسندی است در ایجاد ارتباطات صحیح اجتماعی نقش حساس و مهم دارد. فروتنی مقام انسان را بالا تر میسازد و گذشته از محاسن اخروی در دل انسانها نیز جای میگیرد.

تقوا: - تقوا و پرهیزگاری عامل اساسی برتری انسانها به یکدیگر است. ان اکرمکم عند الله اتقکم.

(انسانیکه فاقد تقواست همواره در خطر لغزش و سقوط است) اگر چه همگان به تقوا نیاز مندند. طبیبان به دلائل حساسیت

وظیفه و اختصاص خدمات طبی قطعاً بدان نیاز مند تراند. حضرت علی (رض) در این مورد میفرماید: من تطیب فلیتقی

آ.... و لتجتهد و لینصح. (یعنی هر کس که به کار و خدمات طبابت می پردازد باید تقوا را پیشه کند) اجتهاد داشته باشد (نهایت

تلاش را در جهت ارائه بهترین و کاملترین و پیشرفته ترین و موثرترین خدمات را بکاربرد) و خیر خواه باشد و به دیگران

با خیر خواهی و متناسب با درک و نیازشان عمل نماید.

ایمان و ایثار: - بیمار به شرایطی به طبیب پناه میاورد. که به خدمات او شدیداً نیاز مند است. در اینصورت رسیدگی

خوب و دقیق نسبت به بیمار علاوه بر آن که در امر تدای بیمار و رفع مشکل فرد بسیار موثر است. با بالابردن روحیه بیمار به بهبود

او کمک میکند. لازمه رسیدگی خوب به بیمار (احسن القیام علیهم) حضرت علی (رض) احساس مسولیت داشتن و روحیه وظیفه

شناسی و در شکل کاملتر آن روحیه ایثار است. یو ثرون علی انفسهم ولو کان بهم خصاصة (ناگفته پیداست که چنین منزلتی

در گرداشتن انگیزه الهی در این خدمت است و وقتی محرک آدمی به ارائه این خدمت انگیزه رضای خدا باشد در این خدمت مقدس چیزی فرو گذاشت نخواهد کرد.)

از انسانهای با ایمان که شناختی افزونتر نسبت به جهان و آفریننده آن دارند، توقع بیشتری است که حلال و حرام خدا را بیشتر از افراد ناآگاه رعایت کنند. صاحبان مشاغل طبی به تناسب دانش های خود راهشان به سوی معرفت خدا و شتر است. همانگونه که بزرگی میفرماید، کسی که علم هیات و تشریح نداند در شناخت خدانا توان است) لذا دانش اندوزی موجب افزایش هدایت و ایمان می شود. [2]

راستی در رفتار و گفتار و پندار: - صاحبان مشاغل طبی بدلیل ویژگیهای روحانی و قداست خدمات طبابت و همچنین بدلیل اینکه در جامعه انسانی از ارج و منزلت خاصی بهره مند هستند و برای بسیاری از مردم بعنوان الگو قرار میگیرند. باید به صفات حمیده از جمله راستگویی، حسن ظن، حلم و بردباری، اخلاص، عفو..... به آن آراسته باشند. همانگونه که در سوره توبه آمده است: ای اهل ایمان خدا ترس باشید و به مردمان راستگو و با ایمان پیوندید. امام صادق (رح) می فرماید: از کثرت نماز و روزه اشخاص فریب نخورید بلکه با راستگویی و امانت داری مردم را بسنجید و با این صفات آنها را آزمایش کنید.

بزرگی میفرماید (شخص راستگو بدلیل راست گویی خود سه چیز را به دست می آورد: اعتماد مردم را جلب میکند و او را به دوستی و صمیمیت می پذیرند و بزرگی و عظمتش در دلها جای میگیرد.) صدق برشش نوع است صدق در گفتار یا بیان مطالب آنچنان که هست صدق در نیت و اراده یا خالص ساختن نیت برای خدا، صدق در عزم تعلیم کارنیک و صدق در وفا به عهد، صدق در کردار یا مطابقت ظاهر و باطن (بالاترین مراتب اخلاص) و صدق در مقامات دینی مثل شکر، توکل، تعلیم و....

اخلاص در عمل : طبابت که اخلاص را در عمل شیوه کار خود قرار داده است از لحظه شروع تا پایان کار میکوشد کارها و اعمالش از روی اخلاص باشد و اگر برای بیمار دردمندی خدمتی را انجام میدهد و قدمی بر میدارد تنها برای رضای خدا و انجام وظیفه میباشد. نتیجه که اینگونه اطبا از عمل خالص میگیرند آرامشی است که سراسر وجودشان را احاطه میکند، چه همواره در پیشگاه خدا سر بلند هستند و میدانند که کوچکترین عمل شان بدون اجر و پاداش نخواهد ماند. رسول اکرم (ص) می فرماید: 0 (خدای بزرگ به صورت و ظاهر شما توجهی ندارد، بلکه دلها و چگونگی اعمال شما مورد توجه خدای بزرگ است).

ادب: طبابت که در برخورد با مریض میکوشد که در رفتار و گفتارش اخلاق اسلامی و ادب را مراعات بنماید، از یکسوارزش و شخصیت انسانی خود را بالا میبرد و از سوی دیگر اعتقاد و ادب متقابل بیمار را نسبت به خود جلب نماید. ادب یکی از ضوابط شناخت و حیات و نحوه پرورش انسانهاست. آیه درباره ادب آمده است (ای محمد، بندگان مرا بگو به هنگام گفتار پسندیده و نیکو گویند، زیرا شیطان در صد دایجاد فساد و نزاع در بین شماست و دشمنی شیطان با انسان امری آشکار است)

خویشنداری و عفو: - طبیب در شیوه خود اخلاص عمل را مدنظر داشته باشد و خدایان نظریه اعمال

خود بداند و از آنجا که با آگاهی و شناخت مسولیت مراقبت از بیماران را پذیرفته است، پر خاشها و ناراحتی های بیمار و همراهانش را به جان میخرد و با عفو پیامبر گونه مقام خود را و الا ترمی سازد. در سوره اعراف آیه 199 آمده است: (ای محمد، عفو و اغماض در پیش گیر و به نیکی و نیکوکاری امر کن و از مردم نادان دوری کن)

تعهد و مسولیت: - یکی از رموز موفقیت و نیز از اصول مهم و ضروری در امر طبابت قبول تعهد و مسولیت

است. طبیب با قبول مسولیت مراقبت و کمک به مریض در واقع جان او را از مرگ نجات می دهد و لذا باید در برابر ناملازمات چون کوه استوار و محکم باشد و انجام وظیفه نماید در اینصورت وی در نزد خداوند بزرگ از مقام و منزلتی شائسته برخوردار است و نتیجه عملش را در این جهان و جهان واپسین خواهد دید.

حضرت علی (رض) میفرماید: (1) کار کنید، سپس کار را به پایان رسانید، پایدار باشید و استقامت بخرج دهید)

طبیب با توضیح و تشریح اینکه هر مریض احتیاجات خاصی دارد و برخی از آنها باید تحت مراقبتهای ویژه قرار گیرند، سوالات و مشکلات آنها را حل میکند و در عین حال موظف است که با حداکثر کوشش، نیازهای جسمی و روانی کلیه مریضان را بر طرف سازد.

قوانین و مقررات طبابت حداقل تکالیفی را که طبیب در اعمال و رفتار خود باید رعایت کند معین می سازد، در صورتیکه اصول اخلاقی طبابت و ظایف بیشتر و نکات و آداب بسیاری را به میزان سلیقه برای طبیب مشخص مینماید. بطوریکه یک طبیب با رعایت قوانین مربوط به کار خود میتواند شخصی باشد که مریض از وی زیان نیند و با رعایت آداب و اصول اخلاقی نه تنها خود به خود به وظایف قانونی خویش عمل می کند. بلکه موازین و ضوابط بهتر و بیشتر را در سطح بالاتر رعایت میکند و بصورت فرد مفیدی برای مریض درمی آید.

ضوابط اخلاقی یک حرفه عالی توسط گروه برگزیده ای از اعضاء حرفه که بصورت یک شورا یا انجمن فعالیت می کنند، تعیین و تدوین میگردد و دستور کار یا راهنمای اخلاقی افراد آن حرفه قرار میگیرد و گاهی این قواعد جنبه بین المللی میابند. دستورات اخلاقی بطور کلی وظایف انسان و آداب و اصول رفتار و گفتار نیک را بر اساس منطق و انسان دوستی و به حکم وجدان مشخص میسازد.

در جایی که قوانین و مقررات، روشها و تعهداتی را که برای مردم یک جامعه بمنظور حفظ نظم و تامین افراد آن جامعه وضع می نماید، دستورات اخلاقی یک حرفه عالی در حقیقت اصولی است که شاملین آن حرفه برای اعمال و رفتار و گفتار خود اتخاذ میکنند.

اصول اخلاقی رشته طبابت حالت بین المللی داشته و عبارتست از:

- 1- طبیب همواره عالیترین شرایط را در خدمات و رفتار خود مراعات می کند.
- 2- عقاید مذهبی بیمار همیشه برای طبیب قابل احترام است.
- 3- طبیب وسایل شخصی دیگران را که بوی واگذار میشود همیشه با دقت حفظ می نماید

- 4- طیب برای انجام دادن خدمات خود نه تنها آمادگی کافی دارد بلکه همواره معلومات و مهارت خود را در سطح بالایی نگه میدارد.
- 5- طیب از مسولیت ها و محدودیتها کار خود کاملاً آگاه است و در مواردی که در حیطه کاری او قرار ندارد درمان نمی کند
- 6- طیب از انجام دادن کارهای خلاف شون اخلاقی خود داری ورزد.
- 7- طیب به همکاران بهداشتی خود اعتماد داشته و ناشایستگی و اعمال خلاف شون اخلاقی همکاران خود را به مقامات صلاحیت دار گزارش میدهد
- 8- طیب در مقابل کار خود حقوقی را که برای وی معین شده دریافت می کند.
- 9- طیب با همکاران خود و دارندگان مشاغل دیگر همکاری کرده و مناسبات متقارن با آنها برقرار می کند
- 10- طیب خود را با اصول اخلاقی که به حرفه او وابستگی دارد پابند میسازد.
- 11- طیب در زندگی خود، نسبت به آیین مورد قبول جامعه ای که در آن زندگی میکند تعهد آبی اعتنایی نمیکند.
- 12- بمنظور تامین نیاز های بهداشتی، طیب با کمک سایر گروه های بهداشتی با مقامات بین المللی و علمی همکاری می کند [2]

رفتار طیب در موسسه تحصیلی

طیب باید در شروع به کار از قوانین موسسه مربوطه آشنایی کامل پیدا کند و ضمن رعایت کلیه قوانین حداکثر توان خود را برای ارائه بهترین خدمات تحصیلی، پژوهشی، علمی و..... بکار گیرد.

مسولیت های محصلین طبی

- الف- رابطه محصل با پوهنجی
- 1- باید کلیه قوانین پوهنجی را رعایت کند.
- 2- سعی در فراگیری داشته باشد.
- 3- در حفظ اموال عمومی بکوشد
- 4- حاضر به همکاری با پوهنجی و سایر محصلین باشد.
- 5- از اوقات بیکاری به نحو شایسته استفاده کند.

ب- مسولیت محصل در محیط کار

- 1- رابطه خوبی با افراد پایتر و بالاتر از خود داشته باشد و قوانین شفاخانه را رعایت نماید.
- 2- سلسله مراتب را بدانند و رعایت کند.
- 3- به قوانین محیط کار کاملاً آشنا باشد و آنرا اجرا نماید
- 4- در حفظ اموال محیط کار بکوشد و نهایت صرفه جویی را بنماید
- 5- بایماران رابطه خوبی داشته قابل اعتماد و متکی به نفس باشد.

- 6- تعلیمات بهداشتی لازم را به بیماران بدهد
- 7- سعی در فراگیری داشته باشد
- 8- هر فرد محصل نماینده پوهنچی خود در محیط کار آموزی است.
- 9- رعایت قوانین، راستگویی و قابلیت جلب اعتماد را داشته باشد.
- 10- اعتماد و احترام افراد را به خود جلب کند تا جامعه نظر خوبی به پوهچی و سایر محصلین داشته باشد
- 11- محصل طب موظف است خود را با افراد جامعه تطابق دهد، زیرا با افراد اجتماع در طبقات و با طرز افکار مختلف در تماس است. [2-7]

مقررات صنوف درسی در محیط های تحصیلی

بطور کلی استاد و محصل در رشته های علوم طبابت باید واجد تمام صفات پسندیده ای باشند که در همه رشته ها موجود است با این تفاوت که علاوه بر آنها بخاطر اهمیت دانش طبی در حفظ جان انسان و آگاهی یافتن به اسرار مردم و نفوذ در خانواده ها از ویژگیهای دیگری نیز باید برخوردار باشند. در اینجا به اختصار برخی از این ویژگیها را با الهام از رهنمودهای اسلامی و نظر دانشمندان بیان میکنیم:

- 1- آگاهی از ماهیت علم و فضیلت آن
 - 2- داشتن نیت خالص در علم آموزی و رضای خدا را منظور داشتن و سعی در تزکیه نفس
 - 3- غنیمت شمردن فرصت برای آموزش مسلکی
 - 4- مداومت در بحث و یادگیری و مطالعه
 - 5- اجتناب از حب دنیا و وابستگی به آن و گرایش به زهد
 - 6- بر حذر بودن از خطرات غرور علمی
 - 7- تواضع در برابر استاد و احترام به او و سپاسگزاری در برابر آنچه به او میآموزد
 - 8- ایجاد آمادگی در خود برای تحمل مشقتها علم آموزی
 - 9- وقت شناسی
 - 10- سوال کردن چیزی که نمی داند
 - 11- عدم ایجاد زحمت برای آموزش دهنده در حد تکلیف
 - 12- خود را همیشه نیازمند افزایش علم و آگاهی دانستن
 - 13- مراقبت در خودسازی و رعایت تکالیف شرعی
 - 14- تلاش در فراهم گیری آخرین اطلاعات علمی و استمرار در مطالعه
 - 15- رعایت ضوابط و ویژگیهای حرفه خویش
- عالمی میفرماید: حق استاد به دانشجورا چنین بیان میدارند حق استاد این است که او را تعظیم و احترام کنی، با توجه به سخنانش گوشدهی، با صدای بلند با او صحبت نکنی، اگر کسی از او مذمت کرد دفاع کنی، اگر چیزی از او پرسیدند تو جواب

ندهی در محفلش با دیگری گفتگو نکنی، عیبهایش را پوشانی و کمالاتش اظهار کنی، با دشمن او منشیی و با دوستانش دشمنی نکنی) [2-7]

آداب معاشرت (رعایت احترام استاد)

هدف و اراده معلم و استاد در تربیت محصل تکمیل وجود اوست و زمینه و اسباب کمال وجود شاگرد، شخص معلم و استاد اوست. محصل باید معتقد باشد که استاد، طیب درمان بخش اوست زیرا اوسعی میکند روح و روان محصل را در مسیر و مجرای طبیعی قرار دهد. به همین جهت به هیچ وجه شایسته نیست که از فرمان او سرپیچی کند.

محصل باید بادیده تکریم و احترام به استاد خویش بنگرد و در برابر استاد خود متواضع و فروتن باشد. محصل نباید برای نظریه استاد را مردود ساخته و به او آمرانه سخن گوید و نباید برخلاف نظریه استاد علیه او اشاره کند. باید او را راهبر و مقتدای خود بداند و حیثیت و احترام او را در غیاب و پس از مرگش پاسداری کند. محصل باید از استاد تشکر کند که رهنمودهای ارشاد کننده اش باعث دستیابی وی به فضیلت‌های روحی و معنوی شده است. محصل باید در برابر جوهر و جفای استاد و تندرستی‌های اخلاقی او، خویشتنداری خود را حفظ کند. شاگرد باید پیش از حضور استاد در جلسه درس حاضر باشد و نباید بدون اجازه وارد مجلس خصوصی استاد گردد. اگر از اینکه استاد تنها به سر بر دویا اینکه دیگران نیز در حضور او باشند. اگر استاد اجازه ندهد باید بر گردد و برای کسب اجازه مجدد درخواست خود را تکرار نکند. اگر برای کسب اجازه ناگزیر از کوبانیدن در باشد، بیش از سه بار این کار را تکرار نکند.

شاگرد باید با وضع و هیتی کامل و طرز مطلوبی وارد بر استاد گردد و در حالیکه دلش از هر گونه افکار مشغول کننده خالی است و با چهره شاداب و قلبی سرشار از نشاط و درونی گشاده و با شرح صدر و ذهنی صاف و پاکیزه با استاد روبرو گردد. او نباید در حالت کسالت و چرت زدن، خشم و گرسنگی و تشنگی وارد محضر استاد شود. آنگاه که دانشجو به خواندن درس در حضور استاد سرگرم می گردد، نباید دچار دل تنگی، ملال خاطر، ضعف و چرت زدن و گرسنگی و تشنگی، و شتابزدگی، احساس درد، اضطراب و نگرانی و امثال حالاتی باشد که با وجود آنها، تحقیق و کاوشهای علمی بر او دشوار گردد. باید محصل از خواندن درس در چنین حالاتی خودداری کند چون ممکن است این حالات باعث تنفر و گریز از درس و تحقیق شود. اگر محصل وارد جلسه درس گردد و مشاهده کند که هنوز استاد در آنجا حضور بهم نرسانده است، باید به انتظار بنشیند و به خاطر تاخیر استاد، محل درس را ترک ننماید. زیرا هر درس که از بین می‌رود، قابل جبران نخواهد بود و هیچ کاری نمیتواند درس از دست رفته او را جبران کند. محصل نباید در اوقاتی که درس استاد دشوار است و یا معمولاً در آن اوقات تدریس نمی کند از او درخواست تدریس نماید. شاگرد باید در محضر استاد به گونه ای جلوس نماید که کیفیت نشستن او نمایانگر نزاکت و ادب او باشد. آرام و باوقار، متواضع و سر بیزیر بنشیند.

یکی از مهمترین وظایف محصل اینست که با اشتیاق و علاقه به سخنان استاد گوش فرا دهد و نگاهش را به او ندوزد و به تمام وجود به او رو آورده و با دقت گفته های استاد را در ذهن و حافظه خویش نگهدارد. تا او را ناگزیر به اعاده سخن نسازد باید محصل بدون نیاز و ضرورت، صدای خویش را بلند نسازد نباید در محضر استاد با دیگران نجوی نماید، و به هیچ یک از حاضران با گوشه چشم ننگرد و زیاد از حد و بدون نیاز حرفی نکند، سخنی بر زبان جاری نسازد که به او بخندد و یا باعث بروز سوءنیت و تحریک و ناسزا گویی دیگران گردد. نباید طرز گفتارش با تعابیر زننده و خارج از ادب و نزاکت باشد. بلکه

اساساً در حضور استاد نباید بدون پرسش استاد و یا اجازه او، لب به سخن گشاید. محصل باید در خطاب به استاد حتی الامکان دارای حسن تدبیر و لطف بیان باشد. محصل بایستی از بکار بردن تعبیراتی که معمولاً توده مردم در گفتگوهای روزمره خود از آن استفاده می نمایند، در مقابل استاد خودداری کند، اگر استاد دچار لغزش لسانی گشت و به علت جابجاشدن حروف کلمه، واژه و تعبیری از زبان او خارج گشت که دارای مفهوم خوبی نبود، نباید عکس العمل دانشجو در برابر اینگونه لغزش زبانی استاد، خنده و استهزاء باشد و آن را بعنوان دست آویز تمسخر تکرار نماید. محصل نباید در شرح و توضیح مساله در برابر استاد پیشدستی کند و اگر در محضر استاد از خود و یا یکی از محصلین سوال شد، در پاسخ به آن پیش از استاد مبادرت نه ورزد. محصل نباید در ادامه هر نوع سخن و گفتگوی استاد، وقفه ای ایجاد کند و پیوستگی کلام او را با حرف زدن خود از هم بگسلد. سزاوار نیست محصل راجع به مطالبی که آنها را میدانند، سوال و پرسش خود را درباره آنها تکرار نموده و نکاتی را که قبلاً آنها را باز یافته بود، راجع به آنها از استاد توضیح مکرر درخواست کند.

اگر محصل پرسش را بی موقع مطرح کند برای شنیدن پاسخ آن، هیچ حقی ندارد، محصل نباید در پرسش خود به گونه ای اصرار ورزد که استاد را آزرده خاطر، دل سرد و منزجر سازد. آنگاه که استاد بر سر حال و با نشاط است و از تدریس فراغت یافته، باید محصل وقت را غنیمت شمرده و سوال خود را در میان گذارد. محصل نباید در مورد مسائل مشکل و پیچیده علمی از پرسش نمودن احساس شرم کند، بلکه باید با کمال جرات و شهامت از استاد خود در مورد آن مسائل توضیح بخواهد. وی نباید از اظهار عدم اطلاع و اعتراف به عدم درک، احساس شرم و حیا کند زیرا اگر او با شهامت به قصور و عدم درک خود اعتراف کند، در حقیقت خواهان توضیح مطلب شده و از رهگذر آن مصالح آتی و آتی خویش را تامین کند. باید ذهن محصل در جهت گفتار استاد و در محضر او چنان دارای آمادگی باشد که اگر به وی دستور می دهد و یا راجع به مطالبی از او پرسش می کند، بسرعت گفتار استاد را دریافته و حق مطلب را بدون لحظه ای تاخیر و تأمل ادا کند و استاد را به دوباره گویی نکشاند. [2] اگر استاد چیزی به محصل اعطا کند، باید با دست راست خود آن را دریافت نماید و اگر می خواهد چیزی به استاد تقدیم نماید، با دست راست خود تقدیم کند. محصل باید به هنگام قیام استاد از جای خویش برخیزد و تا آن هنگام که استاد در حال قیام بسر می برد، در جای خویش ننشیند. هنگامیکه در معیت استاد گام بر میدارد باید در پشت سر استاد حرکت کند و نباید میان استاد و کسی که با او در حال گفتگو است حرکت کند. بلکه باید جلوی پشت سر آنها حرکت کند و خود را زیاده از حد به آنها نزدیک نسازد و به سخنان آنها گوش ندهد. بطور کلی رعایت حق بزرگتر و احترام به آنها از اموری است که اسلام تأکید فراوانی به آن کرده است و استاد بواسطه بزرگتر بودن و بیشتر بودن دانش سزاوار احترام بیشتری می باشد.

وقت شناسی و انضباط

محصل باید نسبت به ساعات حضور خود در کلاس یاد بخش های مربوطه به کار عملی اطلاع کامل داشته باشد و همواره قبل از حضور استاد یا مربی در محل حضور یابد و در صورتی که بعد از ساعت مقرر در محل حاضر شود جزء با اجازه استاد وارد نشود و اگر استاد اجازه ندهد، اصرار نورزد. محصل نباید بدون دلیل موجه از کلاس درس نظری یا عملی خودداری ورزد.

[7-2]

فصل چهارم

نظریات پیرامون خط مشی اجتماعی اطبا

یکی از حساس ترین مطالب در اخلاق طبابت تعارضی است که گاهی در انجام وظایف و تدایوی بیمار، با جامعه پیدامیشود. گرچه کسانی دیگری نیز در این مشکل شریک اندولی بار عمده دردوش طیب است. بیمارمانند هر فرد دیگری وظایف و مسوولیت‌های در برابر جامعه دارد که گاهی این امر به منافع و وظایف دیگری و یا دیگران و یا گروه خاصی از جامعه تعارض می کند. اما آنچه که وی می خواهد سلامت و بهبود اوست در صورتیکه طیب با مسائل اخلاقی و بفرنجی روبروست که باید آنها را از نظر اخلاقی طبقه بندی و حل نماید.

منظور این نیست که طیب باید به تنهایی تمام مشکلات را حل کند بلکه قانونگذاران و مسولان امور معالجوی اعم از بخش خصوصی و دولتی باید وی را در حل مشکل یاری نمایند. ولی بهر حال نقش طیب بر حل معمای اخلاقی بر کسی پوشیده نیست. از زمانهای قدیم طیب همیشه نفع بیمار را در نظر داشته و جز به نفع او به چیزی نه اندیشیده است و آنچه که در توان داشته و آنچه را که برای بهبود بیمار لازم دانسته، بکار برده است. او هم در مقابل بیمار متعهد و موظف به انجام تعهدات اخلاقی است و هم به عنوان عضوی از اعضای، جامعه را در نظر بگیرد یا نفع بیمار را. به عنوان مثال بچه ای که از نظر ارثی و ژنیتیکی دارای نقایص عضوی است و همیشه سر بار جامعه خواهد بود و هزینه گران به جامعه تحمیل خواهد کرد بدون اینکه نفعی برای جامعه داشته باشد. در این صورت نفع جامعه در اینست که چنین کودکی سقط شود ولی نفع کودک در این است که زنده بماند و به حیات خود ادامه دهد و هرگز نباید تاوان گناهی را که مرتکب نشده است بپردازد.

در این مورد نظریات مختلف بوسیله علماء اخلاق ارائه شده است. اما بطور کلی اتفاق نظر در این است که طیب در هر مورد به خصوص با در نظر گرفتن نفع بیمار به نحوی نفع جامعه را باید در نظر داشته باشد و آن را بکلی از یاد نبرد چرا که گاهی نفع جامعه مهمتر و برتر از منافع بیمار است.

مثلاً برای حفظ و سلامت جامعه باید بیماری را که به بیماری ایدز مبتلا شده است به مقامات بهداشتی معرفی نماید، و لولاینکه از لحاظ اخلاقی درست نباشد.

طیب بر علاوه وظایفی که نسبت به خود و خانواده و نزدیکان خویش دارد نسبت به اجتماع و جامعه انسانی نیز بطور کلی وظایفی هم به عهده دارد. افراد حرفوی و صاحبان فنون خدمات ارزنده تری میتوانند انجام دهد و به همین دلیل جامعه از این گونه افراد انتظارات بیشتری دارد یک طیب که دارای تحصیلات تخصصی و کار آزموده است و نمی تواند به انجام کار طبابت اکتفاء کند. بلکه باید کوشش کند که وظایفی را که در مورد اجتماع انجام دهد و یک فرد فعال اجتماعی باشد. زیرا شرکت در فعالیتهای اجتماعی موجب تحرک بیشتر و آگاهی زیادتیر از وضع اجتماعی که در آن زندگی می کند، شده و علاقه بکار تعاون را در آنان تقویت می کند همکاری، وحدت و تعاون در پیشرفت جوامع و بهزیستی و شادمانی افراد جامعه بسیار موثر است.

بطور کلی باید گفت که برای یک جامعه داشتن افراد که فقط بتواند خود را اداره کند کافی نیست بلکه همکاری افراد جامعه بایکدیگر برای مقابله با تغییرات و تحولات و بپیشامدهای ناگهانی به منظور انجام دادن کارهای گروهی کاملاً ضروری است و وظیفه هر فرد انسانی است که همیشه برای اینگونه همکاریها آماده باشد. در تعالیم اسلام نیز میبینیم که از یک طرف روی

مسئولیت فرد نسبت به خودسازی تکیه شده و از سوی دیگر روی تاثیر اجتناب ناپذیر محیط اجتماعی در شکل دادن به اندیشه ها و اخلاق و عمل فرد تاکید نموده تا آنجا که گویی سرنوشت انسانها به مقدار زیاد بهم پیوسته است. بهمین جهت در عین توجه به مسئولیت فردی خویش جامعه را نیز در نظر باید داشت.

رفتار شخصی طبیب در جامعه: - بزرگترین و بالاترین افتخار برای یک فرد بشری توفیق خدمت به مردم است و طبیبان باید سپاسگزار باشند که چنین افتخاری نصیب آنها شده است از آنجایی که جامعه طبیب را به دیده احترام مینگرد لذا از وی نیز انتظار شائسته دارد. بنابراین طبیب به رفتار، کردار، حتی در راه رفتن و لباس پوشیدن باید خیلی دقیق باشد. در غم و اندوه مردم شریک باشد در مراد با آنان خوش معامله و خوش برخورد باشد و از همه مهمتر اینکه طبیب باید به قوانین احترام بگذارد. طبیب باید باز در استان خود مهربان باشد و در بیمارستان در عین حال که باید انضباط بسیار دقیق برقرار نماید با کلیه کارمندان بویژه مستخدمین با نزاکت و احترام رفتار کند و از آنان بخواهد که وظیفه محوله را به نحو احسن انجام دهند و هیچگونه توقعی از آنان، جزء انجام وظیفه نداشته باشد. در ضمن مراقب رفتار و گفتار آنان باشد تا تخطی ننماید. طبیب باید به قوانین نظام طبابت نیز کاملاً احترام بگذارد و آنها را اجراء نماید. [2]

ارتباط داکتر با فامیل مریض

طبیعی است که افراد خانواده بیمار نگران هستند و سوالات زیادی از طبیب دارند. باید به بستگان و نزدیکان مریض احترام گذاشت و از هر فرصتی برای جلب همکاری و کمک به آنها جهت مراقبت از مریض استفاده کرد. باید با آنان به خوشرویی برخورد کرد و البته در موارد لازم نیز سخت گیری توأم با ادب و تواضع بکار برد. برای کسانی که در انتظار معالجه بیمار هستند باید جای مناسبی در نظر گرفته و ترتیبی داده شود که راحت باشد. در مورد وضع مریض نباید به بستگان وی توضیح مفصل داد بلکه بهتر است فقط اطلاعات کلی را در اختیار آنها گذاشت و آنها را در جهت مراقبت از بیمار راهنمایی کرد.

وقتی که مریض در بیمارستان بستری می شود قبول اوضاع تازه و سازگاری با محیط و شرایط نامانوس بیمارستان برای او بسیار مشکل است و ممکن است ناراحتی و نگرانی از خود بروز دهد. رفتار طبیب در چنین مواقعی باید صادقانه و رضایت بخش باشد بطوریکه اعتماد مریض نسبت به محیط جدید و خود طبیب جلب شود.

وقتی طبیب مریض را به اتاق و بستر وی رهنمایی می کند. علاقه خود را با گوش دادن به سخنان او به وی نشان می دهد و بایستی به مریض خاطر نشان سازد که همه کوشش خود را بکار خواهد برد که سلامتی او محفوظ بماند. مسئولیت مهمتر طبیب از لحظه ای آغاز میشود که مریض به اتاق بستر میگردد طبیب از همان لحظه مواظب مریض باشد و مشاهدات خود را در مورد حال و وضع بیمار و نتیجه معاینه را در دوسیه او بنویسد. پس از آنکه دستورات تداوی توسط طبیب نوشته شد طبیب باید بموقع و مطابق دستور کارهایی ضروری را انجام دهد و تاریخ و ساعت انجام یافتن دستورات را بلافاصله در دوسیه وی یادداشت نماید.

طیب باید درمواقع که ازمریض مواظبت می کند اصول وقایه وحفاظت بیمار رارعايت کرده وازاین موقعيتها برای آموزش مریض درمورد اصول بهداشت وروشهای پیشگیری ازمریضی استفاده کند وپیشنهاد ها،دلایل وتوصیه های لازم رابه مریض بدهد.باید مواظب بود که روش آموزش طیب برای مریض بالاترازسطح فراه گیری وامکانات اونهاشود. [2-19]

ملاحظات اخلاق طبابت روی تحقیقات بین المللی

دوکتوران چه بحیث محققین وچه به صفت تصمیم گیرنده درتحقیق وپژوهش مسایل علمی وطبی بادر نظر داشت ومراعات اخلاق طبابت وظیفه دارند تاننتایج تحقیق خویش راکتمان وحفظ نمایند و اگر دامنه تحقیق گسترش یافته تا کشور های بیگانه ویا مجاور نشات نماید درینصورت باید موارد ذیل در نظر گرفته شود:

1- نخست از همه آن چیزی که مهمتر و با ارزش تر تلقی میگردد اینست ،

دوکتوران دریك تحقیق سریری که بشکل جهانی مطرح بحث قرار میگیرد باید نتایج آن برای همه قانع کننده بوده و هیچگونه ابهامی در آن موجود نباشد وهم ثابت گردد که پیشنهاد مطرحه برای تحقیق مطالب بایک بررسی علمی طرح وتشکیل شده است واشتراک به آن نتایج مثبتی رادقبال خواهد داشت ازینرو محققین مجال هیچ نوع شک وتردید را در زمینه نداشته و باید موضوع مورد بحث را با در نظر داشت مسایل کلتوری ، مذهبی وشرايط عینی جامعه بررسی نموده وبصورت مقایسوی با بخشهای کلینیکی وآزمایشی نتایج حقیقی آنرا مستند بادلایل واسناد موثق ارائه نماید که طرف قبول و پذیرش جوانب قضیه وسازمانهای ذیربط قرار گیرد و در بعضی نمونه های یک قرار داد به سه فقرهء که طرز معالجه استاندارد را احتواء نماید پیشکش گردد. بمنظور اینکه یک تحقیق علمی واکادمیک بوده وقابل دسترسی درساحه پرکتیکی وعملی راداشته باشد وهم توجه کشور میزبان را بخود جلب نماید باید روند کاملاً مطمئن وسالم که مفیدیت آن بیشتر بوده قناعت اشخاص ومقامات ذیربط را بحصول بیاورد و در نظر داشت که هنگام تحقیقات وبررسی مسایل اخلاقی طبی یا علمی درساحه مورد نظر موافقت نامه راقبلاً از سازمانهای مربوطه بین المللی بدست بیاورد.

2- هیات بازدید از سازمانهای مربوطه موظف ومكلف اند تایانان محققین رادر زمینه حداقل خطرات وتناسب

مفاد بر خطرات مولده ارزیابی نمایند اینگونه تحقیقات که با رضایت کامل طرفین قرارداد است اخذ و آنرا حفظ نماید. برای ارزیابی مفاد و ریسک اینوع قرارداد ها که به اشخاص ذیربط قضیه مربوط میگردد باید هیات نظارت از سازمانهای موظف در رابطه باتحقیق ایشان از طرف نمایندگان کشور میزبان باید غور ونظارت همه جانبه صورت بگیری. هیات نظارت کننده سازمانها باید از خطرات پیش بینی شده در راستای تحقیق معلومات واطلاعات کافی ارائه نمایند.

3 همچنان تقاضا میشود تا هیات بازدید از سازمان های رفاه افراد را حفظ نمایند. این حمایت میتواند بارائه اینکه رضایت

مناسب جانین کاملاً مدنظر گرفته شده است، بیان گردد. هیات بازدید از سازمانها باید بمردم اطمینان دهند که آنها از روند کار و نتایج پژوهش آگاه خواهند بود و این مطلب باید درج قرارداد ایشان باشد.

4 - در مجموع برای اطمینان بخشیدن جامعه از اینکه هیچ کسی دیگر بجز افراد استخدام شده تحت تحقیق قرار

نخواهد گرفت تذکر یابد، هیات بازدید از سازمانها باید اظهار نظر نمایند که تحقیق صرف دربرگیرنده همان محیطی میباشد که ضرورت به چنین پژوهشی طبی دارند. نه جاه ها ویا کسان دیگر باید تحقیق را با بر از احتیاجات که همان ناحیه به چنین پژوهش

های علمی نیاز دارد تحکیم بخشیدن این مساله رامیتوان با ایجاد یک مرکز موقت صحتی برای مردم منطقه در جریان روند پژوهش به اثبات رسانید، همچنان باید خاطر نشان ساخت که تمویل کننده چنین پژوهش ها مکلف به تامین احتیاجات پژوهش و پژوهشگر میباشد.

بادرک اینکه دو کشوران نظریه خصوصیات و سرشت مسلک شان دارای مسولیت های بویژه اند، چنانچه در سنوات اخیر شامل بودن مسولیت ها در راستای صحت جهانی مسولیت های اطبا گسترش یافته، موسسات صحتی جهانی و کمیسیون های مربوطه و ذیربط آن با وظایفی که دارند مسایل صحتی را در ممالک مختلف خصوصاً در ممالک روبه انکشاف که معروض به Epidemic امراض ساری و ویروسی اندارزیابی و پلانهای وقایوی و محافظوی رابراه باندازند. علاوه بر آن بمنظور بهبود وضع صحتی جهانی، بخش خیلی ها وسیعتر و مهمتری را که دربر گیرنده تبادل افکار، تجارب، سیاست، توریزم و بسیاری از فعالیت های دیگر انسانها را احتوامی می کند ارزایی و تحت پلانهای مشخصی قرار دهند.

چنانچه اساس جهانی شدن موضوعات طبی بادر نظر داشت اصول اخلاقی بادرک نکاتی که افراد و جوامع بشری بصورت مستقلانه و آزاد پیرامون آن نظریات ارائه می نمایند. با رج گذاشتن به صحت انسانها و جلوگیری از شیوع امراض چون Influenza و SARS که بصورت Endemic که حیات بعضی از جوامع و توده ها را تهدید می نماید. سازمان های بین المللی به منظور کنترل اینوع امراض اقدامات موثری را روی دست گرفته و علیه آنها جدآ مجادله می نماید.

علی الرغم میزان وسیع مبارزات علیه مرگ و میر قبل از وقت و امراض ناتوان کننده مانند Polio و Smal pox هزینه هنگفتی را جهت محو، امحا و ریشه کن ساختن آن تخصیص و به فعالیت های وقایوی و معالجوی بویژه بممالک روبه انکشاف، فقیر و کم درآمد اقدام موثری رابراه می اندازند.

این موضوع تا حدی از باعث H.I.V. که خرابترین اثر خود را در بعضی از کشورهای فقیر و یابی تفاوت گذاشته و امروز جهان بشریت را به خطر مواجه ساخته و حیات بشر را تهدید می نماید. همچنان بی تفاوتی ها و بی مبالاتی در کشورهای کم درآمد جهت سود بردن از ذخایر طبیعی و غیر انکشافی آنها خصوصاً در دهه های اخیر جهان نفع برداری اقتصادی و سیاسی می نمایند. پروابلم های متعددی خلق می گردد. بنآ نتایج فعالیت های دو کشوران و انجمن های مربوطه طبی اوشان غیر موثر بوده و همیشه به چالش های سیاسی و اقتصادی که بالای مسایل صحتی آنها تاثیرات نامساعد دارد بوجود میاید.

متخصصین رشته طبی و انجمن های مسلکی این ممالک در تمام اوقات یک مسولیت مسلکی و وجیبه اخلاقی جهت عمل کرد به منافع علیای کشور خویش از لحاظ خدمات صحتی به افراد جامعه کشورهای خود و پیشبرد آن بایک مراقبت گسترده تر در بهبود بخشیدن و صحت همگانی مستلزم سعی و تلاش بشری بوده، پیشرفت های مسلکی و وسایل وقایوی به هزینه کافی مربوط می باشد.

اقدامات صحت عامه نظر به کمپاین Vaccination و پاسخ های فوری به شیوع امراض قابل سرایت، عوامل مهم در صحت مندی افراد آنها بوده، اما عوامل اجتماعی مانند داشتن، مسکن، تغذی شرایط و وقایوی و جلوگیری از امراض رول بسزای دارد. در کشورهای پیشرفته، با وجود درآمد قوی، دو کشوران مستقیماً با مواجه شدن به مسائل و پروابلم های اجتماعی بدون پلان های مطرحه آنآ جلو مشکلات مولده را گرفته نمیتوانند، مانند سر ازیر شدن مهاجرین از کشورهای جنگ زده و یا آفت رسیده که بلا اثر سیلاب ها، طوفانهای شدید زلزله و سایر آفات سماوی بی خانمان شده ترک منازل و وطن مینمایند.

انتقال و سکونت پذیری اطباء و همکاران طبی از کشورهای در حال رشد به کشورهای صنعتی هم برای اطبا و هم برای کشور میزبان مفید می باشد؛ نظریه دستورالعملهای سازمان صحتی جهان W.H.O طیبیان نباید از ترک وطن و پذیرفته شدن و جاگزین گردیدن آنها ممانعت و جلو گیری بعمل آید.

دو کشور در کشورهای صنعتی نسبت به کشورهای بحال انکشاف به تجربه و مهارت های مسلکی شان افزوده شده، باید زمینه کار و فعالیت مسلکی به اوشان بیشتر فراهم گردد که تا با اندوخته های خویش بکشور خود دوباره عودت نموده و به همکاری موسسات خیریه بین المللی فعالیت های مسلکی خویش را پیاده نمایند. [21]

نقش اخلاق طبابت در تحقیقات کلینیکی

- 1- در تداوی مریض طیب باید بتواند آزادانه روش تشخیصی یا تداوی جدیدی را به کار گیرد، مشروط بر آنکه به نظر او این کار امید به حفظ جان، کاهش آلام، و بهبودی مریض را در برداشته باشد.
- 2- فواید، خطرات و ناراحتیهای بالقوه روش جدید را باید نسبت به مزایای بهترین روش تشخیصی و تداوی موجود ارزیابی کرد.
- 3- در هر مطالعه طبی هر مریض از جمله افراد گروه شاهد-بایستی از بهترین روشهای تشخیصی و تداوی موجود بهره مند شوند.
- 4- امتناع مریض در شرکت در روند اجرائی تحقیق هیچگاه نباید بر رابطه بین مریض با طیب تاثیر بگذارد
- 5- اگر بنا به تشخیص طیب اخذ موافقت آگاهانه بیمار ضروری نیست دلیل آن باید بطور مشخص در طرح تحقیقاتی ذکر شود و به نظر کمیته مستقل برسد.
- 6- محققین تنها در صورت مجاز است که تحقیق را با طبابت توأم نمایند که این امر از جهت تشخیصی و درمانی به نفع مریض باشد. [12]

تحقیقات بیومد کال در انسان

- 1 - در انجام یک تحقیق طبی که صرفاً جنبه علمی داشته باشد طیب باید حافظ جان و تندرستی افرادی باشد که مورد آزمایش قرار می گیرند.
- 2 - افراد مورد آزمایش باید تحقیق را به طور داوطلب پذیرا شوند، یعنی افراد سالم یا مریض باشند که طرح تجربی ارتباطی با مریضی آنان نداشته باشد.
- 3 - محقق یا محققان به محض اینکه احساس کنند انجام یا ادامه تحقیق موجب ضرر افراد می شود باید آن را متوقف نمایند.
- 4 - در تحقیق بالای انسان هیچگاه نباید منافع اجتماع یا علم بر منافع مریض و رفاه او مقدم شود. [13]

وظایف گروه بررسی کننده اخلاق در تحقیقاتی که بالای انسان انجام مییابد

کمیته، شورا یا گروهی که طرحهای تحقیقاتی را بالای انسان انجام دهند، بررسی می کنند باید اطمینان حاصل نمایند که دستورات الهی و مفاد بیانیة هلسنگی در این پژوهش رعایت شده است.

اصول اخلاقی که نظارت بر آنها از وظایف کمیته است می توان به صورت ذیل خلاصه کرد:

- 1 - تنظیم موافقت نامه برای افراد مورد مطالعه
- 2 - عدم توصل به زور و تهدید - به هر شکل - برای دریافت موافقتنامه.
- 3 - آگاهی و انطباق با سیاست های مملکتی، ضوابط بین المللی و معیارهای وظیفوی و اجتماعی.
- 4 - آگاه ساختن مریض از اینکه ممکن است جزء گروهی باشد که دواهای بی اثر دریافت می کند.
- 5 - عدم استفاده از روشهای که سبب آسیب جسمی یا روحی می شوند.
- 6 - توجه به اعتقادات و باورهای مذهبی و سنتی جامعه
- 7 - عدم تجاوز به حریم زندگی خصوصی افراد.
- 8 - پرهیز از جمع آوری اطلاعات از راه استراق سمع، دوربینهای مخفی، آینه های یک طرفه.
- 9 - محرمانه نگاهداشتن اطلاعات به دست آمده.
- 10 - عدم سوء استفاده از افراد صغیر و یا کسانی که قیم لازم دارند.
- 11 - آزاد گذاشتن افراد تحت بررسی به نحوی که هر زمان که اراده کننده بتواند از طرح خارج شوند.
- 12 - جبران خساراتی که ممکن است به افراد مورد بررسی وارد شود

مسائل اخلاقی در تحقیقاتی که بالای انسانها انجام می پذیرد

درین نوع تحقیقات علاوه بر رعایت مسائل اخلاق عمومی در کلیه مراحل تحقیق، پژوهشگر باید بر اساس اصول اسلامی و بین المللی و معیارهای وظیفوی حقوق فردی و انسانی عمل نماید. حقوق انسانی که باید در کلیه مراحل تحقیق در نظر گرفته شود، شامل موارد ذیل است:

- رعایت آزادی فردی (مانند احساسات، عواطف، ارزشها، اطلاعات شخصی، عقاید مذهبی و غیره).
- حق انتخابی فردی (مثلاً پژوهنده باید موافقت نامه رابه امضا برساند و فرد، مجاز است هر زمان که بخواهد از برنامه خارج شود. در موارد خاصی ممکن است موافقت شفاهی کفایت کند)
- رعایت حفظ اسرار (مانند اختلالات جسمی، روانی و.....).
- حق آزادی اجتناب از اضرار احتمالی در جریان تحقیق (مانند اختلالات جسمی، روانی).
- حق تصمیم گیری و انتخاب بین خطر عدم انجام بررسی با خطراتی که ممکن است در نتیجه انجام تحقیق بر فرد وارد شود.

- رعایت حقوق افراد نابالغ یا بالغینی که از نظر روانی کامل نیستند (مثلاً موافقت نامه باید توسط والدین و افرادی که قیمومیت فرد را دارند امضاء شود، باید از روشهای که هنگام انجام تحقیق و یا پس از انتشار آن سبب صدمه رسیدن به این گونه افرادی شود، خودداری گردد). [12 - 19]

بیانیه هلسینگی

رسالت طبیب حفظ سلامتی مردم است. دانش و وجدان او در خدمت این رسالت است. بیانیه ژینو (مجمع جهانی طبی) طیبان را با جمله ((سلامتی مریض من اولین مساله ای است که باید مدنظر داشته باشم)) مسوول و موظف می نماید، و آیین بین المللی اخلاق طبی صراحت دارد که هر رفتار یا توصیه ای که مقاومت جسمی یا روحی انسانی را تضعیف کند، تنها در صورت مجاز است که به نفع بیمار باشد.

تحقیق بیومدیکال روی موضوعات انسانی به منظور ارتقای روشهای تشخیصی، تداوی و وقایوی و شناخت اتیولوژی و تکوین مریضی. (پتورنز) بایماری باشد.

در حرفه طبی زمان مابیشتر روشهای تشخیصی تداوی و وقایوی خطراتی را نیز در بردارند. این امر در مساله تحقیقات بیومدیکال، بیشتر مصداق دارد.

پیشرفت دانش طبی بر اساس انجام تحقیقاتی است که در نهایت بخشی از آن به انجام آزمایش بالای انسان به دست می آید. در زمینه تحقیقات بیومدیکال بایستی بین تحقیقی که هدفش تشخیص یا تداوی یک مریض است با تحقیقی که هدفش صرفاً علمی بوده و فایده آن مستقیماً به مریض مورد مطالعه نمی رسد، تفاوت قائل شد.

در تحقیقات باید به حفظ محیط زیست و آسایش حیوانات تجربوی توجه خاصی مبذول داشت. از آنجا که نتایج تجربه های آزمایشگاهی بایدر روی انسان اعمال شود تا سبب ارتقای دانش شده از آلام بشر کاسته گردد، سازمان جهانی طبی (World Medical Association) در تحقیقات بیومدیکال توصیه های ذیل را به عنوان راهنمای طیبان و متخصصان ارائه کرده است. این توصیه هادر آینده باید دایماً تازه شوند. باید خاطر نشان ساخت که معیارهای پیشنهادی صرفاً به عنوان رهنما می باشد و طیبان را از ضوابط اخلاقی و مقررات و وظایفی که طبق قوانین کشور خودشان نسبت به آنها مسول هستند، معاف نمی دارد. [12]

اصول اساسی بیانیه هلسینگی

- 1- انجام تحقیق بیومدیکال روی انسان بایستی با موازین پذیرفته شده علمی تطابق داشته باشد و به اساس تجربه های آزمایشگاهی و حیوانی کافی و شناخت کامل از اطلاعات علمی موجود تدوین شود.
- 2- طراحی و اجرای هر روش آزمایشگاهی روی انسان باید در یک پروتوکول تحقیقاتی به روشنی تدوین شده، توسط یک کمیته مستقل بررسی و تصویب شود.

3- تحقیقات بیومدیكال بالای انسان باید منحصراً توسط افرادی که از نظر علمی صلاحیت دارند و زیر نظر طبیی که از نظر کلینکی تجربه داشته باشند، انجام گیرد. مسولیت افراد مورد آزمایش همیشه طیب است، و این مسولیت هیچگاه نباید به خود آنان واگذار شود- و لولاینکه خود فرد به این امر رضایت داده باشد

4- تحقیق بیومد كال بالای انسان تنها در صورتی موجه است که اهمیت هدف تحقیق بر خطرات انجام آن برتری داشته باشد.

5- هر تحقیق بیومدیكال بالای انسان باید قبلاً به دقت ارزیابی شده باشد، به گونه ای که خطرات قابل پیش بینی با منافع احتمالی آن برای افراد مورد آزمایش یا دیگران مقایسه و سنجیده شود. رعایت منافع این افراد باید همیشه بر منافع جامعه یا علم مقدم باشد.

6- حیثیت فرد مورد آزمایش باید محفوظ باشد. جهت حفظ اسرار وی بایستی تمهیدات لازم را بکار برد تا بر جسم، فکر و شخصیت او آسیب کمتری وارد شود.

7- طیب باید زمانی تحقیق بالای انسان را آغاز کند که باور داشته باشد که خطرات احتمالی قابل پیش بینی است. طیب هر زمان احساس کند که خطرات تحقیق بر منافع بالقوه فزونی دارد باید تحقیق را متوقف کند.

8- در انتشار نتایج، طیب باید صحت اطلاعات را رعایت کند. نتایج تحقیقاتی که طبق ضوابط این بیانیه نباشد، برای انتشار پذیرفته نشود.

9- در هر تحقیق بالای انسان، افراد بایستی به روشنی نسبت به هدفها، روشها، فواید احتمالی، خطرات بالقوه تحقیق و ناراحتیهای که ممکن است در پی داشته باشد، آگاه گردند و به آنان گوشزد شود که هر زمان مایل باشند میتوانند تحقیق را ترک کنند طیب باید رضایت آگاهانه و آزادانه آنان را- ترجیحاً به صورت کتبی دریافت کند.

10- هنگام اخذ موافقت نامه، طیب بایستی دقت کند که افراد در مجبورت قرار نگرفته باشند. اگر پژوهشگر نسبت به افراد مورد آزمایش سمت ریاست دارد، بهتر است موافقت افراد توسط محقق دیگری که چنین ارتباطی با آنان ندارد، گرفته شود.

11- در مورد کسانی که حالت روانی نورمل ندارند و تصمیم گرفته نمیتوانند، موافقت آگاهانه باید از قیم آنان اخذ شود. اگر شرایط جسمی و فکری فرد کسب موافقت او را دچار مانع می کند و یا در مورد افراد صغیر، رضایت باید از سرپرست آنان گرفته شود

12- در هر طرح تحقیقات باید همیشه نکات اخلاقی مراعات شود و مشخص کند که موازین ذکر شده در این بخش در طرح مورد نظر رعایت شده است. [22]

خلاصه تحقیقات کلینکی

رهنمودهای ذیل بر آن است تا به داکتران، در انجام دادن مسولیتهای اخلاقی شان در حین تحقیقات کلینکی بالای

کار کردها و دواهای جدید کمک کند:

1- یک داکتر تنها زمانی میتواند در تحقیقات کلینکی شرکت نماید که فعالیتها انجام شده مطابق برنامه تنظیم یافته که توسط اشخاص با صلاحیت با استندردهای تحقیقاتی علمی قبول شده برای حصول اطلاعات از لحاظ عملی مهم و معتبر، باشند.

2- در جریان تحقیقات کلینکی، محقق مکلف به اثبات آن است که شخص تحت تحقیق مانند هر مریض دیگر، برخوردار از هر نوع تجهیزات، وسایل آسایش، دقت نظر و مراقبت های دقیق بوده، مستقل و جدا از هر گونه اضرار تحقیقات کلینکی باشد.

3- اقلیتها و یا عقب مانده گی های ذهنی تنها زمانی میتواند موضوعات تحقیقاتی کلینکی قرار بگیرند که،

الف:- طبیعت بررسی طوری باشد که افراد بزرگسال عاقل، با موضوعات مناسبتی نداشته باشند.

ب:- رضایت آگاهانه کتبی از نماینده مجاز و رسمی شخص تحت تحقیق دواطلبانه یا خودش و یا اطفالش که تحت

تحقیق قرار گرفته حصول شده باشد

4- در بررسی های کلینکی اصولاً موضوع معالجوی باید ذیلاً تحت بحث قرار بگیرد

الف:- داکتر باید رابطه دوستانه بیمار را در نظر بگیرد. و ملاحظات تخصصی داکتر نیز در راستای خواست فرد بیمار باشد.

ب:- رضایت کتبی دواطلبانه از بیمار و یا نماینده قانونی وی در صورتیکه خود بیمار قادر به تصمیم گیری

نباشد، دریافت گردد. به تعقیب آن- تذکر موارد استفاده از دواهای تحقیقی و یا آزمایشی- یک تشریح صریح

در مورد چگونگی دوا و روش استفاده و همچنان بیان تاثیرات جانبی اعم از مفیدیت و مضریت آن- پیشنهاد جواب به هر گونه سوالات در مورد روش کار و دوا و بیان نمودن روش ها و یا ادویه جات ممکن دیگر ضروری میباشد.

داکتران باید کاملاً بیطرفانه در مورد چگونگی دوا که قرار است تطبیق شود، مانند درد و ناراحتی، خطرات مشخص

شده و معیوبیت های ناشی از آن، کیفیت زندگی که پیش بینی میشود و همچنان روشهای دیگر ممکنه بخصوص، داکتران نباید در مورد مفاد کار کردهای خویش صحبت نمایند تا مریض غیر مستقیم به پذیرش آن شود.

الف:- در حالات استثنایی که روش دوا و تحقیقاتی و آزمایشی یگانه روش ممکنه برای دوا و باشد و بیانی

چگونگی دوا و یا دوا، ضررها و خطرات آن... باعث آن شود که یک مریض نتواند به تطبیق آن راضی

شود. داکتر میتواند از اینگونه معلومات خودداری کند. در چنین مواقع معلومات ذکر شده باید به نماینده قانونی مریض اظهار گردد.

ب:- بطور معمول، رضایت نامه باید کتبی باشد، بجز مواردیکه درخواست رضایت نامه کتبی به سبب حالات

نامناسب فیزیکی یا روانی بیمار ناممکن باشد.

5- در تحقیقات کلینکی که عمدتاً جهت جمع آوری اطلاعات باشد مراتب ذیل در نظر گرفته شود:

الف:- مراقبت های کامل جهت سلامتی و راحت مریضان تامین شود.

اولویت دادن به صحت و سلامتی فرد بر کسب درجه و اطلاعات علمی، یک امر مهم و مدنی و اجتماعی می باشد.

ب:- رضایت کتبی از خود بیمار یا در صورتیکه بیمار قادر به ارائه آن نباشد، از نماینده قانونی وی باید دریافت

گردد، و متعاقباً، بیان سبب تحقیق که در آن دوا و یا روش آزمایشی استفاده میگردد و توضیح گردد. - یک تشریح مسولانه

در مورد چگونگی دوا و یا روش بکار بردنی، مفاد و ضررهای آن و خطرات بیش بینی شده صورت گیرد.

- پیشنهاد به هر گونه سوالات در مورد روش کار و دوا، ضروری میباشد.

6- نمیتوان هر کسی را که مخالفت نشان میدهد. جهت آزمایش در تحقیقات کلینکی انتخاب کرد.

7- زیاده روی و افراط در استفاده شخص برگزیده شده در تحقیقات کلینی باعث ایجاد خطرات پیشینی نشده میشود.
8 - مسوولیت‌های اخلاقی در موارد علمی در طی ملاحظات (آکادمیک، صنعتی، ملی و خصوصی) در تحقیقات و آزمایشات علمی نیز عرض اندام میکند. تمام مکاتب طبی و سازمانهای تحقیقات بیوشیمیکی برای آماده بودن برای برخورد با اتهامات به تقلب، رهنمودهای ذیل را باید در نظر داشته باشند.

الف: جریان کاری برای حل و استجواب به اتهامات به تقلب، هیچ صدمه به تحقیقات علمی وارد نمیسازد.

ب: با طرف برخورد عادلانه صورت گیرد و حساسیت در مورد حکم کردن حفظ شود

ج: بلندترین درجه محرمیت حفظ شود.

د: تمامیت و درستی کار با در نظر داشت اجتناب از هرگونه کشمکش میان طرف های حقیقی و فرعی تامین شود.

ه: دقت و تصمیم گیری در مورد هزینه هرچه سریع تر انجام یابد

لا: اسناد و دلایل کافی در طول کار حفظ و نگهداری شود

ی: مسولیت های تمام افراد، اعم از ملی، تامین کنندگان امکانات تحقیق، مطبوعات علمی، مجتمع علمی و غیره بعد از تعیین هزینه، آغاز بکار می کنند. نهاد علمی باید با استعداد و توانا باشد تا جلوه بانه های علمی و موانع دیگر را بگیرد. هیچ نظارت خارجی نباید قادر به این باشد تا جلوه شیوه کار نهاد علمی را بگیرد و یاد در روند آزمایشات و آموزش محصلین تغییری وارد سازد.

9: با توافق بیمار و نماینده قانونی وی پژوهشگران میتوانند با هماهنگی رسانه ها از کارکرد پژوهش و شرایط بیمار در صورت عدم کارکرد آنها و وضع بهبود بیمار به عموم اطلاع دهند. لکن انجمن نباید بکوشد تا توجه رسانه ها را جلب نماید و باعث آسیب دیدن یا برهم خوردن پلان کاری آنها گردد و با استفاده از معلومات در اختیار قرار داده شده، اشخاص غیر مسلکی پیشگویی وضع بیمار را نمایند.

در صورت موافقه بیمار یا فامیل وی معلومات را میتوان از طریق رسانه ها ابلاغ نمود ولی در صورت درخواست خود بیمار و یا فامیل وی، اسم بیمار باید محرم نگه داشته شود این مسایل نباید جنبه تجارتي داشته باشد و نباید پژوهشگران و یا موسسه ایشان در چنین مواقع فکر مسایل تجارتي را نمایند. [12 - 18]

انتخاب مبحث برای تحقیقات کلینی

در آزمایشات کلینی حفاظت از مبحث (SUBJECT) بشکل سنتی در آمده است. حفظ مبحث ممکن است

خاصاً برای قشری از جامعه که از نظر اجتماعی و اقتصادی در وضع نامناسب قرار دارند، مهم باشد چون این طبقه همیشه از فشارهای اجبار آسیب پذیر میباشند. احساسات هم نوع دوستی و انسان دوستی فواید زیادی میتواند داشته باشد، بخصوص برای فردی که دچار بیماری مزمن میباشد و حتی انجام آزمایشات بالای کسانی که در طول تاریخ وضع نامناسب داشته اند مانند اشخاص فقیر باعث هم طراز شدن آنها با دیگر اقشار جامعه میگردد.

1 - در صورتیکه با گنجاندن افراد فقیر در کار آزمایش هیچ تغییر در نتایج منتظره پیش بینی نشود بنا آنها نیز نباید از این پروسه

خارج بمانند

2 - ادغام و اخراج افراد در لست مباحث برای آزمایش، امریست که به اساس قواعد علمی صورت می پذیرد. پذیرش

افراد برای آزمایش باید بشکل نمونه ای از تمام نقاط همان ساحه جغرافیائی بدون در نظر داشت وضع اقتصادی، نژادی جنسی

و غیره انجام شود. اگر بعد از تطبیق دوی آزمایشی، مریض تحت آزمایش، بهبودی قابل ملاحظه دریافت کند. بناً دکتر وانجمن میتواند برای عرضه آن دوا به بازار، اقدام نموده و از معاونیت دارو و غذا اجازه تولید و توزیع آنرا تقاضا نمایند. [12]

رهنمای اخلاق طبابت برای دوکتوران در بخش اداره

طیبانی که در بخش اداره ایفای وظیفه می نمایند باید حقوق اداره را بیاموزند و یا معلومات و تجربه کافی در زمینه آن حاصل نمایند. تا بتوانند این وظیفه را بحسن صورت انجام داده و Management درستی را در ساحه وظیفه داری خویش پدید نمایند، تا بکوشند که حقوق مریضان و پرسونل همکارشان را تلف ننموده و اداره سالمی را بمیان بیاورند. همچنان همکاری خویش را که شامل دوکتوران، نرس های مسلکی و کارمندان و کاربگران است تحت کنترل مستقیم خویش قرار دهند شب و روز خصوصاً در هنگام رخصتی و نوکری مراقبت نمایند که آیا به وظیفه حاضرانند یا خیر؟ رویه و پیش آمد آنها بمقابل مریضان از چه نوع است، آیا بادلوسوزی و مهربانی و حسن روابط با مریضان پیش آمد می نمایند یا خیر؟ آیا دوکتوران همکار شامل بخش های مختلف مانند بخش عاجل و موظفین اتاق ریکوری، بخش های لابراتوار و بانک خون و سایر بخش ها با صداقت، راستی و ایمان داری بادلوسوزی و ترحم اجرای وظیفه می نمایند و از آن دائماً کنترل و مراقبت می کنند؟ ادویه و غذای مریضان به وقت و زمان معین آن میرسد یا خیر؟ پاکی و نظافت را جداً مراعات نمایند، حقوق مریضان و هم مسلکان همکار را محترم شمرده و در احیای حقوق آنها کوشا باشند.

مسولیت اساسی و اولیه یک طیب اداری متوجه افرادی باشد که نیازمند مراقبت های صحی و بهداشتی هستند. طیب اداری ضمن این مراقبت ها، محیطی را تدارک می بیند که در آنها ارزش ها معیارها، آداب و باورهای معنوی افراد محترم شمرده میشود. اطلاعات شخصی افراد را محرمانه نگاه داشته و برای در میان گذاردن این اطلاعات از منطق خویش بهره میگیرد و باید بانهایت علاقه و احترام نسبت به قدر و شان انسانی و به نحو احسن، نیروی خود را وقف ارائه خدمات طبی نماید و به قانون احترام بگذارد و همچنین به تفویض اصولی که با منافع مریضان منافات دارد احساس مسولیت کند. باید به حقوق بیماران، همکاران مسلکی و افراد شامل در حرفه بهداشتی احترام گذارد و در چهارچوب قانون اعتماد بیماران را به خویش جلب و محترم شمارد و هم ابتکاراتی را در پیشرفت وظایف محوله بعمل آورد تا شرایط بهداشتی موثری بحصول آید از حال و احوال پرسونل فنی و همکاران مسلکی خود مستحضر بوده و از هر نوع همکاری در رفع معضلات آنها دریغ نه نماید، سیمینارها کنفرانس های علمی و مسلکی غرض بلند بردن سطح دانش هم مسلکان خود و پراکندگی بیندازد تا وجهه انسانی و مسلکی خویش را انجام داده باشد. [12]

[18]

فصل پنجم

سوگندنامه و تعهدنامه های طبی

مقدمه

جهان پرازخاطرات دردآوری است که در آن به بهانه پیشرفت علم، انسانها تحت آزمایش ظالمانه قرار می گیرند که بعضی مسایل در اینمور قرارذیل ارائه می گردد:

1- رعایت اصول اخلاقی در پژوهشهای که بالای انسان انجام می گیرد بویژه در نیم قرن گذشته مورد توجه قرار گرفته

است.

2- از نظر تاریخ اخلاق از Etics یونانی آمده است، زیرایونانی های باستان فلسفه رابه سه دانش طبیع ی: فزیک، اخلاق و منطق تقسیم کرده بودند.

3- بقراط که چهار قرن قبل از میلاد زندگی میکرد با سوگندنامه خود مبنای اخلاق طبابت جهان را پایه گذاری نموده است

4- مردم بلخ باستان یا خراسان قدیم اخلاق پاک طبیعت را نسبت به پیشه طبابت و الاتردانسته و قبل از اسلام منطبق به

آیین زردشت و پندنامه بزرگمهر و دستورات برزویه طیب عمل میکردند.

5- با ظهور دین مبین اسلام و رسالت پیغمبر بزرگوار آن مین ی بر انی بعثت لا تمم مکارم الاخلاق (برانگیخته شده ام

تا اخلاق بر تر رابه نهایت برسانم) کرامت و حریم انسانی شگوف گردید.

6- صاحبان مسلمان قدیم ی طب در بلخ و یا خراسان قدیم یعن ی شیخ الریس ها، راز ی ها و جرجان ی

هاو... ابتدا خود را با گوهر اخلاق آراستند و آنگاه علم را آموختند.

7- اصول جاویدانه اخلاق، علم چگونه زیستن است نه اینکه انسان چگونه زیست م ی کند، بلکه باید چگونه زیست

بکند.

و اخلاق خیر خواهی و مطلوب مایه زندگی انسان است

8- اخلاق طبی علم شناخت و تنظیم روابط مشاغل طب ی بوده با مریضان، همکاران، آموزندگان و جامعه که رضا ی

خدا و حفظ حقوق انسانی و مصلحت فرد در آن مضمرباشد در بر می گیرد.

9- اخلاق در تحقیق وابسته به اخلاق طبابت محسوب م ی گردد، ثمره تحقیق تولید علم است، رکود و سکون تحقیق

گورستان علم نامیده می شود. عدم الزام محقق به اخلاق را باید مساله مهلکی بدانیم که جامعه رابه ورطه هلاکت م ی کشاند، زله

العالم تفسد عوالم (از بین می رود عالم و قتیکه فاسد شد عالم) مقوله حضرت علی.

از دیدگاه ورتون (دانشمند غربی) اخلاقیات علم کل یاترکیب موزونی از ارزش ها و هنجارهای احساسی و عاطفی است که

تعهد الزامی برای دانشمند ایجاد می کند، هنجارها به شکل اوامر، ممانعت ها و ترجیحات و اجازه ها تجلی مینمایند و به عنوان

مبنای ارزشهای نهادی موقعیت پیدامی کنند. کج رفتاری و عدم رعایت اصول اخلاقی در طول تاریخ نظیر خال کوبی و اکیسن

چیچک به یک پسر سالم در سال 1796 توسط عالم بنام ادوارد جینر، وقایه از تب زرد در سال 1900 و تحقیق غیر انسانی بالای

اسرای جنگی اردوگاه آشوتیز آلمان توسط داکتر جوزف منگله (فرشته مرگ) در سال 1947 در جنگ جهانی دوم بر بشریت

تحلیل گردید، لذا جامعه جهانی در نخستین بیانیه بین المللی در زمینه تحقیق بالا ی انسان در سال 1947 بیانیه ده ماده نورنبرگ را صادر نمودند. در سال 1964 گردهمایی مجمع جهانی پزشکی بیانیه هلسینگی اولا تدوین شد. همین انجمن در بیست و نهمین اجلاس خود در سال 1975 بیانیه هلسینگی اول را با اصلاحات در توکیو جایان تصویب نمودند.

در سال 1981 راهنمای چگونگی اجرای بیانیه هلسینگی در پروژه مشترک سازمان جهان و شورای بین المللی طبی یا (Council for International Organization of medical Sciences; CIOMS) تدوین گردید، دستور اجرا و چگونگی کاربرد آن در شرایط خاص صادر شد.

جهت برقرار نمودن و حفظ نظم و دسپلین طبابت و به منظور تربیه و رهنمای ی دو کتوران که دارای اخلاق حمیده و پسندیده بوده و کتر عالی را دارا باشند و همانطوریکه وظیفه شان مقدس است خود نیز از تقدس و راست کار ی بهر مند باشند از زمان هیو کرات پدر طب تا امروز قسمنامه ها، تعهدنامه ها و دعانامه های طبی و قفاً ترتیب و در معرض اجرا و تطبیق بوده که اینک چند نمونه از آن در اینجا تذکر داده میشود. [3 - 19]

سوگندنامه هیو کرات

این سوگندنامه در حدود 500 سال قبل از میلاد در عصر بقرات و یا مکتب آن نوشته شده.

بنام اپولون Appollon طبیب اسکالپوس Ascalepos هیجیا Hygia پاناکیا Panakeba و بنام تمام خدایان والهه ها سوگند یاد می کنم و آنها را شاید و گواهم ی گیرم که به این سوگند و مکلفیت ها ی مربوطه آن با تمام قدرت و توانای ی که در نهاد علم و دانش خویش سراغ دارم عمل مینمایم. تعهد می کنم که استادان خود را که مراد یاد دادن این مسلک کمک و رهنمایی کرده اند مانند والدین خود دانسته و در صورت لزوم از دارای ی خویش در حق شان دریغ نم یکنم و نظریه خواهش شان احتیاجات حاصله شان را رفع نموده پسران آنها را مانند برادران خود میدانم در صورتیکه خواسته باشند علم طب را فرا گیرند بدون اخذ حق الزحمه این مسلک شریف را به آنها تدریس می نمایم لویح و دستورات طبی و درس های نظری و تمام معلومات های لازمه را تنهابه پسرانم و به پسران استادان خود و دیگر پسرانیکه شرایط و قوانین طبابت را بپذیرند تدریس خواهم کرد و در غیر آن به هیچ کسری دیگر این حرفه را نخواهم یاد داد.

پرهیز غذایی را نظریه ضرورت و نفع مریضان طبق دانش و علم خویش معین مینمایم اگر کدام ضرر ی متصور باشد فوراً از آن جلوگیری خواهم کرد نظریه خواهیش اشخاص یا به اراده خودم هیچگاه ادویه مسموم کننده که حیات را تهدید کند نخواهم داد و هم هیچگاه مرتکب سقط جنین نخواهم شد و ابد آبرای ی این مقاصد به کس مشوره نخواهم داد. با تقدس خاطر و وجدان پاک در اجرای مسلک خویش مشغول بوده و به خداوند سوگند یاد می کنم که عملیات سنگ را نکرده و به اهل فن واگذار می شوم. در هر دردی که داخل می شوم برای مفیدیت حال بیماران کوشش خواهم کرد. و از هر کار دیگری که ناپسند و زشت باشد یعی اعمال ناهنجار جنسری با زنان و مردان که خواه برده باشند و یا آزاد جد آ خود دار ی و جلوگیری می ورزم، آنچه در اثنای مشاهدات و معاینات خود از مریض و اطرافیان خود می بینم و یامی شنوم و یا برابم کشف میشود به خود اجازه نم ی دهم که با کسری آنرفاش نمایم بلکه در جمله گنجینه اسرار آنرا حفظ خواه م کرد. اگر تمام این سوگندنامه را عمل کنم از ثمرات زندگی و حرفه خود بر خور دار و همیشه بین مردمان مفتخر و سر بلند باشم ولی اگر آنرا نقض کنم و به این سوگندنامه عمل نکنم از ثمرات زندگی و حرفه خود بهره نبرم و همیشه بین مردمان سرافکنده و شرمسار باشم. [22]

دعای ابن میمون

پروردگارا روح مرا از عشق به حرفه خود و محبت تمام مخلوقات آگنده ساز. قبول مکن که حرص و ولع کسب مال و جاه و مقام مراد انجام دادن حرفه طبابت تحت تاثیر قرارداد دهد زیرا دشمنان حقیقت و بشردوستی ممکن است به سهولت مرا اغفال کرده و مرا از وظیفه شریف، نیکی کردن به بندگان تو دور سازند.

قوت قلب بمن اعطاء فرماتا همیشه آماده خدمت مردمان فقیر و غنی، دوست و دشمن، خوب و بد باشم و تمام اشخاصی را که در نتیجه بیماری رنج میبرند بیک نظر بنگرم.

در کنار بستری بیماران و هنگام معاینه آنان فکر من روشن باشد و افکار خارج دران راه نیابد تا آنچه را که به تجربه و علم آموخته ام در نظر داشته باشم زیرا برای حفظ تندرستی و حفظ جان تمام مخلوقات تحقیقات و کاوشهای علمی عالی و عظیمی کرده اند. کاری کن که بیماران بمن و هنرمندان اعتماد داشته باشند تا نصایح و دستورات مرا اجراء نمایند.

حقه بازان و شیادان، لشکر اقوام و بستگان را که هزاران اندرزمیدهند و راقبان بیمار را که بعقیده خودشان همه چیز را می دانند از بستری بیماران دور کن زیرا مصلحت اندیشی و دخالت های بی مورد این اشخاص در اغلب موارد باعث عدم موفقیت طبیب و سبب مرگ بیماران میگردد اگر نادانان مرا شمتات و مسخره کنند کاری کن که عشق طبابت حیاتم را مانند زرهی حفظ کند تا بتوانم بدون اعتناء بمقام شهرت و سن دشمنانم در حقیقت پایدار بمانم. در مقابل بیماران لجوج و خشن بمن صبر و ارفاق عطا فرما و کاری کن که در تمام امور میانه رو باشم ولی از عشق بعلم هیچگاه سیراب نشوم.

این فکر را که از عهده هر کاری بر میایم از من دور کن، بمن اراده فرصت و نیرو اعطاء فرما که همواره بر معلومات خود بیافزایم. من امروز میتوانم در معلومات خود مطالبی را که تا دیروز بر من مجهول بودند کشف نمایم زیرا هنر طبابت دامنه وسیعی دارد و فکر بشردوست همواره جلو تر میرود. [4]

Decleration OF Helsinki (آخرین تجدیدنظر در ادینبرگ 2000)

اساسات اخلاقی برای تحقیق طبی که در بر گیرنده انسان آزمایش شونده است

- 1- انجمن جهانی طبی (World Medical Association) اعلامیه Helsinki را من حیث اساسات اخلاقی که رهنمایی اطباء و دیگر کارکنان که در عرصه تحقیقات طبی بالای انسان بوده تهیه نموده است، تحقیق طبی بالای انسان شامل تحقیق بالای مواد قابل تشخیص انسانی و یا معلومات قابل تشخیص میباشد
- 2- فریضه اطباء حفظ و انکشاف صحت مردم بوده که در تعمیم این فریضه یا مسولیت دانش و وجدان طبیب اهداء میشود
- 3- اعلامیه ژینو انجمن جهانی طبی رابطه را میان طبیب و این کلمات برقرار میسازد (صحت مریض اولین ملاحظه من خواهد بود) و کود بین المللی اخلاق طبابت ابلاغ میدارد که حین تهیه خدمات طبی که باعث تضعیف حالت روانی و فزونی مریض گردد. طبیب صرفاً در جهت منافع مریض عمل نماید.
- 4- انکشاف طبابت به اساس تحقیق که در نهایت در اثر تجاری که بالای انسان نظیق شده استوار میدارد.

5- در تحقیق بالای انسان ملاحظات در رابطه بارفاه انسانی که مورد تحقیق قرار میگیرد از منافع علمی و اجتماعی باید برتری داشته باشد.

6- هدف ابتدایی تحقیق طبی که در برگیرنده انسان بوده عبارت از بهبود پروسه های وقایوی، تشخیصی و معالجوی و درک اسباب پتورژنی امراض میباشد. حتی میتودهای وقایوی، تشخیصی و معالجوی که به بهترین وجه ثابت شده اند باید دائماً در جریان تحقیق جهت موثریت، مکفی بودن، قابلیت دسترسی و کیفیت آن مورد چالش یا مقایسه قرار گیرند.

7- در پرکتیک طبابت و تحقیق طبی کنونی اکثریت پروسه های وقایوی، تشخیصی و معالجوی در برگیرنده خطرات میباشد.

8- تحقیق طبی در معرض ستندردها ی اخلاقی در جهت بهبود حرمت به کافه بشر و محافظت صحت و حقوق آنها میباشد. بعضی اشخاص که مورد تحقیق قرار میگیرند آسیب پذیر بوده و به محافظت خاص نیاز دارند. ضروریات خاص اشخاصیکه از نظر طبی و اقتصادی ضرر دیده اند باید شناخته شود همچنان توجه خاص به آن هائیکه نمی توانند و یا نمی خواهند رضایت بدهند، آنهائیکه با اکراه در مرض موافقت نمودن اند، آنهائیکه در تحقیق، منافع شخصی ندارند آنهائیکه تحقیق بالای شان باید با احتیاط مترافق باشد مبذول گردد.

9- محققین که تحقیق مینمایند باید از مقتضیات اخلاقی و عدلی که در تحقیق بالای انسان در کشور خودشان و آن مقتضیاتیکه به سوبه بین المللی قابل تطبیق بوده مطلع بوده باشند. به هیچ نوع مقتضیات ملی، اخلاقی و عدلی در تخفیف یا حذف هریک از محافظت های که در این اعلامیه برای انسان تحقیق شونده قلم داد گردیده اجازه داده نشود. [22]

قسم نامه اسامبله عموم ی انجمن بین المللی اطباء که در سپتامبر 1948 بنام مصوبه ژینوا تصویب گردیده است:

مصوبه ژینوا سپتامبر 1948

(ازلحظه ایکه اجازه عضویت مسلک طبابت بمن داده میشود من رسماً تعهد میسپارم که:)

- تمام زندگی خود را وقف خدمت به بشریت نمایم.
- به استادان خود احترام داشته و از آنها سپاس گذارم میباشم.
- من به مسلک خود آگاهانه و به شایستگی اشتغال می ورزم.
- هدف و وظیفه اولی ام صحت مریضم میباشد
- اسراری را که به من اعتماد گردیده حفظ می نمایم.
- با تمام امکان دست داشته حیثت و سنن نجیبه مسلک طبابت را حمایت می کنم.
- هم مسلکانم برادرانم می باشد
- من نمی گذارم عقاید مذهبی، ملی، نژادی، سیاسی یا موقف های اجتماعی بین وظیفه و مریضم سد گردد.
- من احترام عمیق به حیات انسان از لحظه تشکیل آن می داشته باشم
- من ازدانش طبی خود حتی تحت تهدید برضد قوانین انسانی استفاده نمی کنم

-من این تعهد را رسماً، آزادانه و موافق با وجدان خود می سپارم. [10]

سوگند نامه پوهنحی طب ژینو

(درین هنگام که در زمره اعضای صنف طبی پذیرفته می شوم تعهد می کنم که):

- زندگی خود را وقف خدمت بشریت نمایم.
- احترام و حق شناسی نسبت به استاد را که دین مسلم شاگرد به استاد است حفظ خواهم کرد
- در انجام دادن حرفه خود با وجدان خواهم بود.
- عزت فن طبابت را در نظر خواهم داشت .
- سلامت مریض خود را مهمترین مسولیت ها ی خود خواهم دانست.
- در حدود توانای خود شرافت و سنن اصیل حرفه طبابت را حفظ خواهم کرد.
- اجازه نخواهم داد که ملاحظات مربوط به مذهب، ملیت و نژاد یا طبقه اجتماع ی بین وظیفه من و مریضم قرار گیرد.
- احترام مطلق زندگی انسان را از بدو انعقاد نطفه حفظ خواهم کرد
- حتی در مقابل تهدید حاضر نخواهم شد که از معلومات طبی من برضد قوانین بشریت استفاده شود
- برای انجام دادن این وعده ها که آنها را با وقار و آزادانه اظهار کرده ام قول شرف می دهم. [2]

Declaration OF Tokyo 1975 (اعلامیه توکیو 1975)

گذارش در مورد شکنجه، مجازات، رفتار بی رحمانه و غیر انسانی

مقدمه

مسولیت داکتر طب شامل عرضه طبابت در خدمت بشریت، حفظ صحت روانی و جسمی بدون تیبض بین اشخاص و رفع مشکلات مریض میباشد. حیات انسان باید تحت هر گونه شرایط مورد احترام قرار گیرد و هیچ نوع دانش طبی در مغایرت با قوانین بشریت استعمال نگردد به اساس تصویب این اعلامیه شکنجه را میتوان چنین تعریف نمود: شکنجه عبارت از زجر فیزیکی یا روانی که قصد آزار جانب یک یا چند شخص که تحت امر مقامات اند در جهت کسب معلومات، اعتراف و دیگر موارد میباشد. (9)

اعلامیه

- 1- طیب در شکنجه و پروسه ها ی بی رحمانه غیر انسانی بدون در نظر داشت اینکه متهم چه گناه ی را مرتکب گردیده و صرف نظر از عقاید شخص در تمام حالات مثلاً زد و خورد مسلحانه و نزاع داخلی نباید سهم بگیرد.
- 2- طیب هر نوع وسیله، مواد و دانش طبی را در جهت شکنجه و اعمال بی رحمانه غیر انسانی و یا در تضعیف مقاومت متهم در مقابل این چنین اعمال تهیه نکنند
- 3- داکتر در جریان هر نوع شکنجه و یا اعمال بی رحمانه غیر انسانی هیچ گاه ی حضور نداشته باشد.
- 4- داکتر باید دارای استقلالیت تام کلینکی در تصمیم گیری در مورد شخص که مسولیت حفاظت آن را داشته باشد. نقش بنیادی داکتر در این موارد شامل تسکین زجرت همونوع خویش بدون در نظر داشت هیچ گونه تمایلات شخصی و سیاسی میباشد.

5- زمانی مح بوس از خوردن غذا ابا میوزد واز جانب داکتر توانای ی موصوف در قضاوت منطقی تصدیق شود نباید مورد تغذی صنعی قرار بگیرد. و توانایی مح بوس در قضاوت منطقی حداقل باید از جانب یکی از داکتران مستقل دیگر مورد تأیید قرار گیرد و عواقب فاقگی دوامدار برای محبوسین دیگر توضیح داده شود.

6- انجمن طبی جهان باید جامعه بین المللی وانجمن ملی طبی راتشویق نموده و مورد حمایت قرار بدهد. و اطباء را از خطرات که در نتیجه عدم موافقت در اغماض شکنجه و اعمال ب ی رحمانه غیر انسان ی دیگر که به آن مواجه میگردند نیز حمایت نماید. [22]

عهد نامه اطباء هند که (2800) سال قبل نوشته شده است

طیب نه تنها از خواهشات نفسانی، قهر، حرث، تکبر، خودخواهی، حسد، شرارت، حساست، کذب و عطالت بپرهیزد بلکه از هر عملی که نام نیک انسان را لکه دار میسازد اجتناب کند.

در زمان مساعد ناخن ها، وموی های خود را قطع کند، لباس پاک و مقدس دینی خود را که رنگ زرد نضواری نما دارد بپوشد. مانند یک مرد صادق و پرهیز گار زندگی کند، احترام و اطاعت به معلم و استاد خود داشته باشد. طیب با علم و دانش با برهن، کهن سالان، شاگردان، رفقاء، فقراء و پرهیز گاران، بینوایان، دوستان و اقارب یکسان رویه و کمک کرده. و به ایشان ادویه رایگان بدهد. با اجرای این عمل خداوند به طیب رحم میکند. یک طیب باید یک شکاری مسکلی، گنهکار عادت ی و مردمان پست فطرت را تداوی نکند. با آن هم طیب میتواند رفیق، شهرت، دولت، عزت، و تمام آنچه که یک شخص در زندگی دنیایی میخواهد حاصل کند و اهلیتش شهرت پیدا کن.

عهد نامه یکی از فاکولته های طب اضلاع متحده امریکا

من جداً تهد می نمایم که حیات خود را در راه خدمت به بشریت وقف کنم. حق استاد خود را شناخته از او مشکور باشم و احترامی که شائسته اوست بنمائیم.

در مسلک خود با وقار و با وجدان عمل کنم. هدف اولییم صحت و حیات مریضم باشد. اسرار مریض را فاش نکنم، عزت و حرمت مسلکم را نگهدارم، همکارانم به منزله اعضای فامیلم باشند، نگذارم که مسائل نژادی، مذهبی، ملیتی، سیاسی، رتبی، مقام شخصی و اجتماعی بین مریض و مسلکم مداخله کند. به آخرین درجه به حیات انسان احترام داشته و حتی در صورت تهدید هم از مسلک و علمم بر خلاف قانون استفاده نکنم. این تعهد را من به رضای و به شرف خود انجام میدهم.

[23]

عهد نامه که برای فاکولته های وطن عزیز ما افغانستان پیشنهاد میشود

ای خداوند بزرگ واحد لایزال آفریننده زمین و آسمان و همه مخلوقات جهان، با شکران از لطف و کرامت به این بنده عاجز که قدرت و توانائی آنرا عطا فرمودی تا علم مقدس طبابت را آموخته و برای بهبود اعاده صحت انسان که یکی از گرانبها ترین تحفه های تو است خدمت نمایم. امید وارم مرا لایق و شائسته آن گردانی تا با در نظر داشت اصول و قوانین اسلامی و طبی استفاده از تمام اوصاف خجسته انسانی بتوانم از عهده این وظیفه مهم موفق بدر آیم.

امروز با کمال عجز در حضور کبریائیت، استادان و همسلکان خود را شاهد گرفته و بنام پاکت سوگند یاد می‌کنم و تعهد می‌نمایم که به امید از هدایت و رهنمایی ذات پاکت در همه امور زندگی بالخاصه در مسلک یعنی طبابت صادق، امین، فروتن، عادل، بارحم، باعاطفه و واقع بین باشم. زندگی خود را با کمال احترام عفت و دینداری وقف خدمت به بشریت نمایم. جهت خدمت به مریض چه فقیر و چه ثروت مند، عالم و امی، مسلمان و غیر مسلمان بدون در نظر داشت هیچ گونه تبعیض قومی، قبیله‌ای، فکری، انسانی نژادی و سیاسی با صبر و حوصله احترام و حسن نظر با قلب پاک و صفای نیت همیشه حاضر باشم.

در هر مرحله زندگی ترس از خداوند را از خود دور نداشته و مطابق هدایات و احکام قرآنی عمل کنم. اگر بنابه سببی عمداً از اصول و قوانین اسلامی و طبی تخلف ورزیدم و عهدم را شکستم و در آن صورت بدون هیچگونه امتیازی باید مطابق به قوانین اسلامی مدنی و مسلکی طبابت مجازات شوم. [2]

عهد نامه مجمع اطباء جهانی Word Medical Association

این عهد نامه بعد از تعدیلات که در عهد نامه هیپوکرات (Hippocrat) در سال 1994 بلاخره بشکل ذیل درآمد:

طیب میگوید

- 1- زمانیکه به صفت طیب شامل مسلک طبابت و آماده خدمت شوم. با کمال احترام تعهد می‌نمایم که زندگی خود را وقف خدمت به بشریت نمایم.
- 2- هدف اولیم صحت مریضم باشد، اسرار مریض رانگهدارم و حتی بعد از مرگش هم فاش نکنم.
- 3- به معلم و مربی خود احترام داشته شکرانیکه شائسته شان باشد بجاه آرم
- 4- در مسلک خود با وقار و با اخلاص عمل کنم
- 5- باتمام قدرت و قوت درنگهداشتن عزت و حرمت مسلک طبابت که یک مسلک شریف است بکوشم.
- 6- همکارانم را به صفت برادر و خواهر خود بدانم
- 7- نگذارم که رعایت سن و سال، مریضی و معیوبیت، مذهب، قوم، جنس، ملیت، نژاد، میلان جنسی و یا مقام اجتماعی بین وظیفه ام و مریضم مداخله کند.
- 8- به حیات انسان از شروع احترام کامل داشته، حتی تحت فشار و تهدید هم از علم طبابت مخالف قوانین بشری استفاده نکنم. این تعهد را من به رضای خود آزادانه جدی و احترامانه می‌نمایم. [2]

تعهد نامه یکی از ممالک عربی (اخلاق و آداب طبابت در یکی از ممالک عربی)

طیب باید از جمله کسانی باشد که بخداوند ایمان کامل داشته عظمت و جلالش را در نظر بگیرد. از مناهیش اجتناب ورزد. و بندگی اش را در هر حال طوریکه لازم است انجام دهد. طیب باید مجهز به علم و دین بوده ناصح خوب باشد تشویق کننده باشد نه دلسرد کننده، متبسم باشد نه ترشروی، خوش بین باشد نه بدبین، متحمل باشد نه زودرنج، بغض و کینه بامردم نگیرد بلکه رحیم باشد. باید وسیله بخشایش و عدالت خداوندی باشد، نه جزاء دهنده.

عیب راپوشاند نه اینکه برملا سازد. طیب باید آرام باشد چه هرگز تند و پرافرورخته نشود. از بدنامی جلوگیری کند، آرام سخن گوید نه به شور و غوغا. طیب باید نظیف و پاک باشد نه ژولیده و بد لباس.

امانت کار و محترم باشد، همیشه با غریب و دولتمند یکسان وضع نیک داشته باشد. قادر به کنترل حواس خود باشد، و خود را بی وقار نسازد، طیب باید بداند که زندگی از آن خداوند است و او زندگی خود را به خود تحفه داده است. مرگ حتمیست، ختم یک دوره زندگی و شروع زندگی دیگر است. در مسلک خود طیب باید در گفتار کردار تحریر و شهادت صادق باشد. در مسلک خود طیب به منزلت عسکر و محافظ زندگی است که با تمام قوت و قدرت از آن دفاع و حفاظت کند. طیب باید مثال و نمونه خوب باشد. صحت خود را خوب نگهدارد. طیب در مقابل پول، هوا و هوس، رفاقت، دوستی، فشار و غیره مغلوب نشود. هرگز شهادت دروغ ندهد و به اساس آیه قرآن در (سوره النساء) انسان باید ثابت در اطاق و گواهی دهنده برای خداوند باشد ولو که به ضرر خودش پدر و مادرش و یا اقاریش تمام شود. طیب مسلمان باید از علم فق و دیگر قوانین اسلامی باخبر باشد، تا به مریضان خود در صورت احتیاج مشوره درست داده بتواند. و تنها یک طیب دانشمند و مسلمان معلومات درست و اسلامی به مریض خود داده میتواند. یک طیب مسلمان هیچ وقت تداوی طبی و یا عمل جراحی که منع باشد انجام نمی دهد. در اسلام رول طیب بصفه یک میانه رو یا یک وسیله ایست که از طریق او خداوند که خالق است حیات و صحت انسان را تامین می کند. از همین سبب طیب همیشه به خداوند شکر گذار باشد. و در هر حال از خداوند کمک بخواهد. طیب همیشه فروتن عادی از کبر و غرور نخوت باشد. از خود لاف نزند. باید همیشه به آموختن پیشرفت جدید علم طب کوشا باشد. علمیت و جهالت طیب رابطه مستقیم با صحت و بهبود وضع مریضش دارد. مصونیت به دیگران باید از آرامش بکاهد. و وقت خود را صرف بهبود وضع دیگران کند. طیب باید بداند که آموختن علم در اسلام از دو جهت مفید است اول، تداوی و علاج مریض و دوم، آموختن علم. [2]

فصل ششم

اخذ رضایت از مریضان

اظهار رضایت از مریضان دلیلی ندارد بپذیریم که در صورت فقدان قانونی خاص، قوانینی که مشخص کننده صلاحیت اعلام رضایت افراد می باشد، با توجه به تقسیم بندی های مختلف افراد، تفاوت می نماید، با این حال بهتر است صلاحیت افراد صغیر و صلاحیت افرادی را که دچار ناراحتی روانی هستند بطور جداگانه مورد بررسی قرار دهیم.

اصول اخذ اظهار رضایت از مریضان

نظریاتی را که پیرامون صلاحیت عرفی افراد صغیر در اعلام رضایت نسبت به اعمال جراحی موجود است می توان به سه دسته تقسیم کرد:

- این که کلیه افراد صغیر به دلیل سناصلحیت اعلام رضایت قانونی راندارند.
 - اینکه کلیه افراد صغیری که زیر سن قانونی هستند، حق اعلام رضایت قانونی راندارند.
 - و این که هیچ فرد صغیری تنها به دلیل سن خود از عدم صلاحیت در این زمینه برخوردار نیست، بلکه، همه چیز بستگی به صلاحیت وی به درک و فهم مطلب و اتخاذ تصمیمی پیرامون اعمال مورد بحث دارد.
- این نگرش که در عرف جامعه کلیه افراد صغیر فاقد صلاحیت لازم جهت اعلام رضایت نسبت به اعمال جراحی استند. باید در نظر داشت.

در کتاب (اهمال طبی) نوشته (لرد ناتان) این قانون به شکل مطلوبی بیان شده است: رضایت بخش ترین راه حل اینست: باید گفت، کودکی که قادر است بطور کامل ماهیت و عواقب یک عمل خاص یا یک معالجه و تداوی بخصوص را درک کند می تواند رضایت خود را نسبت به آن اعلام نماید و در چنین موارد رضایت قیم لزومی ندارد.

این نظریه کمک بزرگی برای ما محسوب می شود، اما اشتباه است اگر بر بالای نیاز به درک کامل ماهیت و عواقب این رویه بیش از حد تاکید کنیم. بسیاری از بزرگسالان نمی تواند کاملاً ماهیت و عواقب یک عمل جراحی را، در مورد مساله (تماس جنسی) درک کنند. اما این مساله الزاماً رضایت آنها را بی اعتبار نمی سازد. درک کافی بمعنای درک کامل نیست. فرد صغیری که بنا به گفته ((آ.ری.جی)) قادر است که تا کاملاً عواقب احتمالی یک عمل طبی یا یک عمل جراحی را همانند یک بزرگسال درک کند صلاحیت اعلام رضایت را نیز دارا است.

قضاوت هیل برونی در کتاب خویش راجع به فرد صغیر از این نگرش ناشی شده است که در عرف جامعه صلاحیت اعلام رضایت به، دختر یازده ساله ای بود که از سندرم (سوتوز) رنج میبرد و پیشنهاد شده بود که وی را نازا کنند گفته میشد که این دختر درک و فهم کودکی کمتر از ده ساله را دارد.

هیل برونی معتقد بود که هیچ قانونی نمی تواند بطور خود کار فرد صغیری را از اعلام رضایت نسبت به یک عمل جراحی باز دارد. او میگفت، شواهد نشان میدهد که این دختر هنوز نمی تواند ماهیت این عمل را درک کند و صلاحیت اعلام یک رضایت موثق یا آگاهانه راندارد. اما این احتمال وجود دارد که در سالهای بعدی بتواند خود تصمیم بگیرد. با وجود آنکه در برخی

موارد برای آنکه بخواهیم دادگاه را متقاعد سازیم که کودک صلاحیت اعلام رضایت را ندارد، نیازی به ارائه دلیل و مدرک نیست، بسیاری از کودکان کمتر از ده سال احتمالاً صلاحیت اعلام رضایت نسبت به عمل جراحی نسبتاً جزئی همانند ترمیم یک زخم را دارا هستند. طبیبان گزارش داده اند که کودکان ده سال کاملاً نسبت به نمونه گیری از خون خود برای اهداف تحقیقاتی آگاهی دارند و معمولاً بسیار علاقمند به شرکت در چنین عمل های هستند. اما نباید تصور کنیم افراد صغیری که به سنین نوجوانی خود نرسیده اند، می توانند نسبت به اجرای یک عمل طبی بزرگ و مهم رضایت خود را اعلام کنند. یک بار، یکی از قضات استریالیایی اظهار داشت که در اکثر موارد عملیات ها و یا قطع اعضا، قاضی یا هیات منصفه معتقدند که فرد صغیر پایتزاز چهارده سال صلاحیت اعلام رضایت را ندارد.

با وجود آنکه برای طبیبان و کارکنان شفاخانه تعیین یک اعلام رضایت ثابت بسیار آسانتر است اما قانون انگلیس هیچ سستی را برای این کار تعیین نمی کند. ممکن است یک کودک از صلاحیت عقلی کافی برای اعلام رضایت نسبت به یک عمل برخوردار باشد، اما کودک دیگر فاقد این صلاحیت باشد. ممکن است برخی از کودکان هم سن برای کلیه عمل ها فاقد صلاحیت لازم جهت اعلام رضایت باشد. بعید است که دادگاهی نسبت به صلاحیت یک فرد هفده ساله نورمال در اعلام رضایت به گرفتن خون وی به منظور تزریق به فردی دیگر، تردید به خود راه دهد. اما این احتمال وجود دارد که در مورد فردی چهارده ساله که نسبت به برداشتن کلیه اش و پیوند آن به برادر دو گانگی اش رضایت داده است، محتاطانه تر عمل کند. بهر حال، میتوان باور کرد که بسیاری از افراد صغیر چهارده ساله صلاحیت اعلام رضایت نسبت به چنین عملی را دارند. دادگاه های امریکا دریافته اند که افراد صغیر چهارده ساله کاملاً می توانند ماهیت اعمال جراحی و پیامد های احتمالی آن را درک کنند و آزادانه نسبت به رضایت دهند. از نقطه نظر طبابت چیزی که خطرناک است این است که یک قاضی یا هیات منصفه که به دلیل اخلاقی بابر داشتن عضو خویش مخالفت کرده است، بدون آنکه بررسی دقیقی از صلاحیت عقلانی فرد انجام داده باشد، به این نتیجه رسیده باشد که وی در حقیقت فاقد صلاحیت لازم برای رضایت دادن است.

گفته شده است که طبق قاعده تساوی افراد در برابر قانون، افراد صغیر نمی توانند نسبت به تماس های که منجر به آسیب آنها می گردد رضایت دهند. تاجایی که به قانون مربوط است، دلیلی وجود ندارد که بپذیریم در عرف جامعه، موقعیت افراد صغیر در این مورد با افراد بزرگسال تفاوت دارد. به همین دلیل بود که برای محدود کردن تماس های جنسی افراد صغیر نیاز به وضع قوانینی احساس می شد. اما زمانی اعتقاد نسبت به قانون مدنی برای این بود که فرد صغیر به هیچ صورت صلاحیت اعلام رضایت نسبت به هیچ عملی که موجب آسیب وی می شود، ندارد. این اعتقاد سبب می شود تا این قانون به افراد صغیر اجازه اهدای عضو شان را ندهد. این اصل در مورد حقوق قرارداد ها مصداق میابد. اما دلیلی ندارد که بپذیریم که این اصل شامل قانون شبه جرم نیز میگردد. در زمینه فعالیت های ورزشی و دیگر فعالیتها، کودکان رضایت خود را نسبت به تماس های بدنی که همیشه نیز به نفع شان نیست، اعلام میکنند. اتخاذ قانون که بر طبق آن افراد صغیر فاقد صلاحیت لازم جهت اعلام رضایت خود نسبت به هر عملی هستند که به ضرر آنها است اثرات گسترده ای را دارا است. و این اثرات نه تنها به روی شبه جرم ضرب و جرح بلکه در دیگر موارد قانون مدنی نیز دیده می شود. با این حال، دلیلی وجود ندارد که بپذیریم دادگاه ها از وجود این چنین قانونی حمایت می کنند. [2]

افراد که دچار ناراحتی های روانی هستند

این حقیقت که فردی براساس قانون بهداشت روانی سال 1959 دچار اختلال روانی بود، فی نفسه مانع از آن نمیشود که این فرد بتواند رضایت قانونی را اعلام کند. این مطلب که این فرد قادر به انجام چنین کاری هست یا نه بستگی به این دارد که او قابلیت درک و فهم همچنین تصمیم گیری راداشته یا نداشته باشد. بسیاری از بیماران بیمارستان روانی قادر به اعلام اجباری بازداشت شده اند. دو کتوران گاهی اوقات میتوانند بدون کسب رضایت به کار خود ادامه بدهند. حتی در آن هنگام نیز بیمار صلاحیت اعلام رضایت خود را دارد که همین مساله سبب می شود تا عمل طبیب شبه جرم یا جرم ایراد ضرب و جرح تلقی نگردد. [7-10]

2- رضایت دیگران

فردی که صلاحیت اظهار رضایت نسبت به انجام یک عمل جراحی خاص را بالای خود دارد می تواند نسبت به انجام همان عمل شخص دیگری را صلاحیت بدهد. حال این اجازه توسط خود فرد به وی داده شده باشد و یا توسط قانون فرقی نمیکند. چنانچه این مجوز توسط خود فرد بوی داده شده باشد، مشکلات خاصی در بر نخواهد داشت و اصول اولیه و کالت مشمول آن خواهد شد. مساله مهمتر این است که فرد تا چه حد مجوز قانونی خواهد داشت تا نسبت به اعمال جراحی که بالای دیگران انجام می گیرد، رضایت دهد. پیشنهاد میشود که به ابتداء بحث پیرامون قدرت و اختیار اعلام رضایت قانونی نسبت به اعمال جراحی که بالای افراد صغیر انجام می پذیرد پردازیم. سپس به بررسی این مطلب میپردازیم که آیا برای اعلام رضایت نسبت به اعمال جراحی که بالای افراد مبتلا به اختلالات روانی صورت میگیرد قدرت و اختیار خاصی وجود دارد یا خیر؟ [2]

رضایت افراد صغیر را اجرای عمل جراحی

با وجود آن که از مدت ها پیش فرض بر این بوده است که والدین میتوانند گاهی اوقات رضایت قانونی خود را نسبت به اعمال جراحی که بالای کودکان شان انجام می گیرند، اعلام کنند. تا قبل از اواخر دهه 1960 چنین اختیار و قدرتی بطور واضح در آراء و تصامیم انگلیس به رسمیت شناخته نشده بود این آراء و تصامیم عمدتاً مربوط به تست های خون بوده که برای اهداف محکمه ای گرفته میشد، اما به اختیار والدین، در اظهار رضایت خود در برخی شرایط رسمیت قضائی میبخشید. امروز شکی نیست که اولیای مریض از قیومیت و نگهداری فرزند خود محروم نشده باشند، میتوانند رضایت قانونی خود را در جایی که این رویه کاملاً به نفع کودک باشد و کودک قادر به اعلام رضایت از جانب خود نباشد، اعلام کنند. در اکثر موارد یکی از والدین یا شخص دیگری که به حکم قانون به عنوان ولی کودک شناخته شده است میتواند رضایت قانونی خود را نسبت به اعمال جراحی خاصی که دست کم بالای کودکان خردسال انجام میگیرد اعلام کند.

به راحتی می توان مواردی که فرد صغیر صلاحیت اظهار رضایت نسبت به خویش را ندارد و مواردی که فرد صغیر صلاحیت اعلام رضایت از جانب خود را دارد است. بطور جداگانه بحث و گفتگو کرد. در هر تقسیم بندی باید میان اعمالی که هدف آن ها بهبود فرد صغیر و اعمالی که هدف آن ها چیزی به غیر از این است، تفاوت قایل شویم. [12]

فرد صغیری که صلاحیت اظهار رضایت را ندارد

واضح است که یکی از والدین یا هر فرد مناسب دیگری میتواند رضایت قانونی خود را نسبت به عملی که آن شخص و طبیب معتقدند به نفع سلامتی و تندرستی فرد صغیر تمام خواهد شد، اعلام کند. این تقسیم بندی که هدف آن ارزیابی و وقایه

و همچنین معالجه بیماری است دربرمیگیرد. بدون تردید در اکثر موارد این عمل که هدف آن ارتقای تندرستی فرد صغیر است صورت میگیرد. مسایلی که ماهیت آنها بیشتر واقعی است تا صرفاً قانونی، در مواردی پدید می آید که نفع حاصله غیر مستقیم باشد. برای مثال میان شرایطی که در طی آن فرد صغیر، به احتمال زیاد، از دانش حاصله از یک عمل آزمایشی غیر معالجوی بهره مند می گردد و شرایطی که احتمال بهره برداری او از آن هیچ است، تفاوتی آشکاری به آن نهفته است.

مشکلتر از همه موارد این است که در طی آن، عمل مورد بحث موجب ضرر به یکی از جنبه های تندرستی فرد صغیر می گردد. علی الرغم آن که ممکن است به نفع جنبه دیگری از تندرستی وی باشد. دادگاه های امریکا چنین مسایلی را در ارتباط با پیوند اعضا مطرح می کنند. سه مورد اول در دادگاه عالی ماساچوست مطرح شد و موضوع همه آنها برداشتن کلیه از فرد صغیر سالم و پیوند آن به دوگانگی های همسان آنها بود. در این مورد محکمه به این نتیجه رسید که برداشتن کلیه به نفع سلامت و تندرستی یکی از دوگانگی های سالم است. دلیلی که دادگاه ارائه داد این بود که مرگ دوگانگی همسان وی می تواند تاثیر عاطفی هولناکی داشته باشد. تاثیری که در مورد اول گفته میشد. می توانست کاملاً تندرستی و سلامت جسمانی دوگانگی هارا برای بقیه عمر تحت تاثیر قرار دهد. طبق قانون انگلیس، کلیه دوگانگی ها صلاحیت دارند تا از جانب خود رضایت دهند، چرا که درین مورد دادگاه به این نتیجه رسید که اهداء کننده کاملاً ماهیت عمل و پیامدهای احتمالی آن را درک کرده است و آزادانه نسبت به آن رضایت داده است.

دو مورد به دنبال هم اتفاق افتاد که درباره افراد بود که صلاحیت اعلام رضایت از جانب خود را نداشتند. در یکی از این موارد، یکی از دادگاه های واشنگتن به این نتیجه رسید که برداشتن پوست یک پسر سه ساله به منظور پیوند به برادر دوگانگی اش که بشدت دچار سوختگی شده بود. به نفع سلامتی و تندرستی برادر دوگانگی سالمش بود دلیل ارائه شده، ارزش حفظ و همبستگی خانواده ها و نمایش اتحاد دوگانگی هارا به یکدیگر نشان میدهد، حتی در این سالهای اخیر در مورد اینکه برداشتن کلیه از افراد بالغی که از نظر روانی عقب مانده بود و پیوند آن به برادرش. از نظر عقلانی سن اهدا کننده حدود شش سال بود. اما دادگاه پذیرفت که او از نظر عاطفی و روانی به برادرش وابسته است و اینکه مرگ برادر به سبب برداشتن کلیه سلامت وی را به خطر خواهد انداخت. در دادگاه اظهار نظر اکثریت آرا بر این بود که در این شرایط برداشتن کلیه به نفع اهدا کننده خواهد بود.

اعمال جراحی که طیبیان بالای فرد صغیر انجام می دهند معمولاً با هدف سوددهی به سلامت و تندرستی فرد صغیر انجام می گیرد. اما در مورد برخی اینگونه نیست. مهمترین تقسیم بندی در مورد چنین اعمالی تقسیم بندی های است که بمنظور اهداف آزمایشی غیر معالجوی صورت می پذیرد. بحث بر سر صلاحیت اظهار رضایت نسبت به اعمالی که هدف آنها سودرسانی به فرد صغیر میباشد نیست، بلکه تاکید بر روی اعمالی خواهد بود که با هدف پژوهشها طبی و بدون هیچگونه انتفاعی به فرد مورد بحث انجام میشود.

بدون شک محدودیت هایی در زمینه اعمالی که یکی از والدین می توانند رضایت قانونی خود را اعلام کنند وجود دارد و طیبیان و دیگران گاهی اوقات چنین تصور کرده اند که ولی حق ندارد تا در مورد اعمالی که هدف آن سودرسانی به فرد صغیر نیست رضایت خود را اظهار کنند. در این صورت طیبیان هر گاهی که از کودکان خردسال خون می گیرند و هدف آنها

نیز صرفاً اهداف پژوهشی است خود را در مرض خطر مسولیت های جزایی و مدنی قرار می دهند. رضایت والدین هیچگونه تفاوتی ایجاد نخواهد کرد.

بیانیه شورای تحقیقات طبی پیرامون مسولیت بررسی در زمینه موضوعات انسانی به خوبی گویای این اعتقاد است. در این بیانیه گفته نشده است که به اعتقاد قانونگذار والدین و قیم افراد صغیر نمیتوانند از جانب خود نسبت به اعمالی که هیچگونه نفع خاصی برای این افراد ندارد و ممکن است حتی خطراتی را هم در برداشته باشد. رضایت دهند حدود بیانیه شورای تحقیقات طبی کمتر از آن چیزی است که گاهی اوقات تصور میشود. در این بیانیه ذکر شده است که والدین میتوانند رضایت قانونی خود را نسبت به اعمالی که به نفع فرد صغیر نیست اما خطری هم در بر ندارد، اعلام کنند، البته بیشتر بستگی به این دارد که خطر به چه چیزی اطلاق شود.

در هیچ یک از دعاوی مطروحه در انگلیس یا دیگر کشورهای مشترک المنافع، هیچ قاضی اظهار نکرده است که هرگز یکی از والدین نمیتواند رضایت قانونی خود را نسبت به عملی که هدف آن انتفاع فرد صغیر است، اعلام نکند. همچنین در هیچ یک از دعاوی قضات نگرشی ها و نظراتی را که در بیانیه شورای تحقیقات طبی بیان شده است و یادرنشیه دیپارتمنت صحت و تامین اجتماعی ذکر شده است، اتخاذ نکرده اند. در حقیقت، از این نظریه که والدین میتوانند گاهی اوقات رضایت قانونی خود را نسبت به نمونه برداری از خون برای اهداف غیر معالجوی ابراز کنند، حمایت قانونی بعمل میاید. اما قبل از بررسی این مسله، بهتر است دو تفکر دیگر را که سبب حمایت از این نگرش می شود که والدین می توانند نسبت به برخی اعمال تحقیقاتی غیر معالجوی رضایت دهند. مورد بررسی قرار دهیم.

یک نظریه عبارت از پیامد جدی غیر قانونی خواندن پژوهش های طبی که خطراتی بسیار جزئی اما مزایای بنیادی بالای دیگران دارد. چنانچه در گذشته بالای نمونه های خون کودکان طبیعی تحقیقات و پژوهش های انجام نگرفته بود کودکان هنوز هم بر اثر ابتلا به مرض فلج اطفال جان خود را از دست میدادند، در برخی موارد چنانچه والدین نتوانند رضایت قانونی خود را نسبت به نمونه دیگری از خون کودکان شان به منظور اهداف پژوهشی اعلام کنند، پیشرفت های طبی متوقف میشد. برای مثال مطالعات پژوهشی که تنها با گرفتن چند میلی لیتر خون به عنوان نمونه آن هم از گروهی از کودکان عقب افتاده ذهنی انجام میگردد، می تواند در مشوره ژنیتیک بسیاری از والدین راهگشا باشد.

یکی از والدین می تواند رضایت قانونی خود را نسبت به سوراخ کردن گوش دختر کوچکش ابراز کند، ممکن است یکی از والدین به مهمان خود اجازه دهد که کودکش را بغل کرده ببوسد، با وجود آن ممکن است در اثر این عمل کودک پرتاب شود یا دچار یک بیماری عفونی گردد. چنانچه رضایت والدین در نظر گرفته نشود احتمالاً این عمل مهمان ضرب و جرح قلمداد می شود.

دادگاه ها این مساله را قبول دارند که وقتی فرد صغیر صلاحیت اعلام رضایت را ندارد، یکی از والدین میتواند رضایت قانونی خود را نسبت به هر عملی که اولیای قانونی میتوانند نسبت به آنها اعلام رضایت کنند، ابراز دارند.

مثال دیگر اینست فرض می کنیم که والدین به همسایه اجازه دهند تا کودکشان را به موتر خود به گردش ببرند، علی الرغم اینکه ممکن است کودک دچار تهوع شود و به اثر تصادم مجروح گردد. چنانچه رضایت والدین از نظر قانونی بی تاثیر باشد. این عمل همسایه را میتوان یک عمل غیر قانونی تلقی کرد. این مثال نشان میدهد که والدین گاهی اوقات کودکان

شان را تاحدی در معرض خطر قرار می دهند. حتی اگر این عمل به نفع کودک نباشد. قضاوت (لرديد) تاحدودی نشان می دهد که چگونه دادگاه مسائل قانونی را در این مورد بکار می برد. (لرديد) اظهار داشت زمانی که تست خون به نفع عموم مردم باشد، دیگر لزومی ندارد تا به اولیای قانونی قبل از آن که رضایت خود را اعلام کند نشان دهیم که این آزمایش به نفع کودک است. برعکس وی معتقد بود که اولیای قانونی رضایت خود را در این مورد اعلام کنند، مگر آنکه فکر کنند که این تست یا آزمایش به نفع کودک نیست. در جایی که خطرو یا ناراحتی حاصله از یک عمل آزمایشی غیر معالجوی به همان ترتیبی است که نمونه گیری از خون برای اهداف قضایی انجام میگیرد، میتوان بیانات (لرديد) را در حمایت از این نظریه دانست که اولیای قانونی رضایت خود را ابراز میدارند. اولیای قانونی طبیعتاً منافع کودک را به خطر نمی اندازند، چه برای منفعت فرد باشد و چه برای منفعت عموم اما همین اولیای قانونی در جایی که عضو یا نسجی از بدن را بتوان برای نجات جان خواهر یا برادر وی (معمولاً برای دوگانگی های همسان) بکار برد، با این عمل موافقت میکنند. نتایج حاصله از پیوند کلیه بین خواهران و برادران همسان به حدی رضایت بخش است که گاهی اوقات دادگاه میپذیرد که والدین معقول و منطقی باید رضایت خود را نسبت به برداشتن کلیه از خواهر یا برادر سالم اعلام کنند. اولیای قانونی اغلب مجبورند تأمین منافع یکی از کودکانشان در برابر کودکان دیگر توازن ایجاد کنند و در مورد پیوند کلیه نفعی که به گیرنده می رسد بسیار بیشتر از ضرری است که به اهداکننده می رسد. در مورد کودکانی که خواهر یا برادر همسان دارند در مقایسه با کودکان دیگر بسیار کمتر است. اما بحث بر سر این است از آن جایی که چنین کودکانی افرادی استند بالقوه در این امر ذینفع اند بنابراین معقول و منطقی نیست که آنها را از نفع بردن از چنین موقعیت محروم کنیم. اما چنین مواردی استثنائی است به احتمال اینکه در شرایط دیگری دادگاه بپذیرد که والدین منطقی که رضایت خود را نسبت به انجام عمل جراحی که هدف آن نفع رساندن به کودکان نیست و تاحدزیاد سبب آسیب جسمانی به کودک می گردد اعلام کنند، بسیار کم است. [7]

فرد صغیری که صلاحیت اظهار رضایت را دارد

محققین گاهی اوقات اظهار داشته اند که والدین تنها زمانی رضایت قانونی خود را اعلام می کنند که فرد صغیر فاقد صلاحیت اعلام رضایت از جانب خود باشد. اگر برای این کار سن رضایت مدنظر گرفته شود، مثلاً شانزده یا هژده سالگی، دیگر مشکلی در این زمینه دیده نمی شود، اما اینطور نیست و کودکان بسیار کوچک هم میتوانند نسبت به برخی اعمال جراحی رضایت قانونی خود را اعلام کنند. دستگامی قضایی از این نگرش که حتی در زمانی که فرد صغیر می تواند از جانب خود رضایت خود را اعلام کند، والدین هم گاهی اوقات از رضایت قانونی خود حمایت می کنند. چنین نیروی نامحدود نیست. شکل تعیین حدود آن مشخص است. (ار مردال. جی) در یکی از سخنرانی های خود به روند که قضاوت میتواند در این زمینه پیش گیرند، اشاره کرد و گفت: نوجوانان نظرات مختص بخود را دارند که باید مورد احترام واقع شوند با وجود اینکه ممکن است شرایطی پیش بیاید که لازم است نظریات بزرگترها را در آنها تحمیل کنیم.

انها ممکن است به دلایل فرهنگی یا مذهبی از تزریق خون یا عمل جراحی خودداری کنند و اگر بی اعتنایی به این نظر آنها سبب آزار بیمار یا به مخاطره انداختن آینده وی میشود، این بی اعتنایی کاری اشتباه است. او همچنان در ادامه سخن خود گفت در شرایطی که مسله مرگ و زندگی بیمار مطرح است، قاضی احتمالاً در صورت وجود شواهد کافی و واضح، اجازه انجام آن

عمل جراحی لازم را صادر می کند، برای تنظیم یک قاعده کلی نمیتوان بر روی آزمون منطقی اولیای قانونی تکیه کرد. به راحتی میتوان نمونه هایی از شرایطی را که در طی آن والدین رضایت خود را اعلام میکنند و یا نمی کنند ارائه داد. از یک طرف همگان متفق القولند که اولیای قانونی طبیعتاً به نظر مخالف فرزند دوازده ساله خود نسبت به عملی که برای حفظ حیات وی و یا پیشگیری از ایراد یک آسیب عمده به وی ضروری است، بی اعتنایی میکنند. از طرف دیگر اولیای قانونی نسبت به انجام عملی بر روی فرزند پانزده ساله شان که با مخالفت وی مواجه شده است و نفع اندکی هم به سلامتی او میرساند و یا اینکه میتوان آن را به تعویق انداخت، رضایت نمی دهند.

البته موارد حد وسطی نیز وجود دارد. در اینجا لازم است تا در میان بسیاری از عوامل از جمله سن فرد صغیر قدرت مخالفت وی و دلایل آن ها موازنه ای برقرار شود. اگر مخالفت وی به دلیل ترس از تزریق یا بیمارستان باشد، اولیای قانونی آن کمتر بدان توجه میکنند. یکی از موارد حد وسط مشکل آفرین، دختر سیزده ساله ای است که با تزریق واکسین سرخکان مخالفت می کند، چرا که از آمپول می ترسد، اما مادرش رضایت خود را از واکسین شدن فرزندش اعلام داشته است. این واکسین میتواند از آسیب رساندن به فرزندی که این دختر به دنیا خواهد آورد پیشگیری کند و از این رو میتوان گفت که بطور غیر مستقیم به نفع دختر است: زیرا از نگرانی او در دوران بارداری می کاهد و یا مانع از سقط جنین و یا اضطراب ناشی از احتمال به دنیا آوردن نوزادی معلول میشود. علی الرغم آن که والدینی که از تزریق چنین واکسینی به دختر خود خودداری میکنند، به غفلت و سهل انگاری محکوم نمیشوند، اما اولیای قانونی رضایت خود را نسبت به این واکسیناسیون اعلام می کنند. حتی اگر دختر به آن مخالفت کند. چون هدف یک عمل طبی نفع رساندن به فرد صغیری است که صلاحیت اعلام رضایت نسبت به آن عمل را دارا است. چنانچه این فرد صغیر با این عمل مخالفت کرده باشد و یا با وی مشورت نشده باشد، منطقیاً اولیای قانونی به آن رضایت نمی دهند. بصورت تنوری، رضایت فرد صغیر در چنین مواردی کفایت می کند، اما در عمل بهتر است که رضایت والدین رانیز جلب کرد.

رضایت نسبت به اعمالی که بالای افرادی صورت گیرد که دچار اختلالات روانی هستند

هیچ اصل کلی قانونی وجود ندارد که بر طبق آن نزدیکترین خویشاوندان فردی که دچار اختلال روانی است

مجاز باشد تا نسبت به انجام اعمال جراحی برای آن فرد رضایت دهد.

شاید برای طیبیان بهتر باشد که قانون سلامتی روانی به افراد خاصی این امکان و اختیار را تفویض کند که بتوانند رضایت خود را نسبت به معالجه افراد که دچار اختلالات روانی هستند و نمیتوانند از جانبی خود رضایت بدهند اعلام کند. که آیا قیم وی در مورد او کلیه اختیاراتی را دارا است؟ مثلیکه پدر نسبت به فرزند چهارده ساله اش دارد. بنا بر اساس این اختیارات لازم است تا بیمار جهت انجام معالجات طبی در مکانها و زمان های مشخصی حضور یابد و لازم است تا مریض در مکان سکونت خود به طیب معتبر دسترسی داشته باشد. اما قیم مجاز نیست تا نسبت به معالجه طبیعی فردی که به قیومیت پذیرفته شده است رضایت دهد. در بسیاری موارد طیب می تواند بدون رضایت فردی که مصاب به آفت روانی باشد به کار خود ادامه دهد. در بسیاری از موارد طیب می تواند بدون رضایت فرد روانی بکار خود ادامه دهد، اما این کار بستگی به رضایت دیگران ندارد.

گاهی اوقات در مورد اعلام رضایت نسبت به انجام اعمال جراحی بالای دیگران گفته میشود در جایی که بیمار فاقد صلاحیت لازم جهت ابراز رضایت است، همسر وی یا یکی از اقوام نزدیکش میتواند رضایت قانونی خود را اعلام کند.

متاسفانه طرفداران این نظریه اساس نظر خود را بیان نمی کنند. در این میان احتمالاً، نظریه اضطراری ضرورت است. در برخی موارد این نظریه به عنوان پایه و اساس موجه جلوه دادن عمل طبی است که بدون رضایت بکار خود ادامه می دهد. آنها معتقد اند که شخصی در شرایط اضطراری به معالجه می پردازد، به عنوان عامل نیاز و ضرورت عمل میکند. بهمین طریق نیز میتوان گفت چنانچه عامل نیاز و ضرورت عمل شخصی را که بدون رضایت انجام گرفته است توجیه می کند، به آن شخص این قدرت را نیز میبخشد که رضایت قانونی خود را نسبت به معالجاتی که توسط فردی دیگر انجام میگیرد، اعلام کند. یک احتمال دیگر نیز تا حد زیادی به توجیه انجام اعمال جراحی بدون کسب رضایت میپردازد. قانون برای بعضی افراد در ارتباط با سلامت افراد دیگر وظایفی تعیین میکند و گاهی اوقات میتوان گفت که این وظیفه به آن ها این اختیار را می بخشد که بدون رضایت به معالجه طبی خود بپردازند. بر این اساس میتوان گفت هر شخص که اختیار دارد تا بدون رضایت به معالجه بپردازد، این اختیار و قدرت را نیز داراست که به فرد دیگری اجازه و اختیار دهد که در جای خود این کار را انجام دهد اما اینچنین کاری فردی که به معالجه می پردازد قابل توجیه است.

نظریه بهتر اینست که هیچ نظریه کلی وجود ندارد که بر طبق آن همسر یا بستگان نزدیک اختیار دارند که رضایت قانونی خود را نسبت به اعمال جراحی که بر بالای بزرگسال انجام میگیرد، اعلام کند. البته بر طیبیان بعضی اوقات مجاز است تا بدون کسب رضایت بکار خود ادامه دهند. اما این بدین خاطر نیست که رضایت دیگران ادامه کار طیب را بدون جلب رضایت مریض مانع شود. [2-12]

رضایت نسبت به اعمال جراحی

(در صورت امکان، با توجه به روان شناسی بیمار، طیب ملزم است تا رضایت بیمار را که بطور آزادانه اعلام شده است، پس از ارائه توضیح کامل به بیمار، از وی کسب کند) (۱^۳)
زمانیکه پذیریم این امکان وجود دارد که رضایت قانونی خود را نسبت به یک عمل جراحی اعلام کنیم و این که فرد مطروحه صلاحیت این کار را دارد، چیزی که اهمیت میابد اینست که تعیین کنیم. برای پیشگیری از انتساب مسولیت چه نوع رضایتی لازم و ضروری است.

قانون گذاران حقوق طبی گاهی اوقات اظهار میدارند که رضایت باید (آگاهانه) و (آزادانه) باشد. این واژگان گمراه کننده است. رضایت در بسیاری موارد نا آگاهانه است و با این هم تحت فشارهای قابل توجه لازم الاجرا است. به علاوه ممکن است در موارد بیمار نسبت به رضایتی که پیرامون یک عمل ضرب و جرح اعلام میکند کاملاً آگاهی داشته باشد و با وجود این نسبت به بی اطلاعی از پیامد نا کامی طیب در افشای اطلاعات بیشتر پیرامون این عمل عکس العمل نشان دهند. با این هم وجود واژه های آگاهانه و آزادانه به دو موضوع اساسی اشاره دارد و دست آویز مناسبی را برای شروع یک بحث ایجاد میکند.
پیشنهاد میشود: که ابتدا به موضوع رضایت (آگاهانه) و سپس به رضایت (آزادانه) بپردازیم. در هر مورد بهتر است با بررسی تعهدات و الزاماتی که از طریق شبه جرم و جرم ضرب و جرح بر طیب واجب میشود بحث را شروع کنیم.

³ بیانیه انجمن طبیبان جهان در هلسنکی (1964)

رضایت آگاهانه

شبه جرم و جرم ضرب و جرح

در صورت فقدان رضایت یا هرگونه توجیه قانونی دیگر طبیب نمی تواند عمل جراحی را که آسیب بدنی دربرداشته باشد، انجام دهد. اگر چنین کاری را با علم به حقایق مربوطه انجام دهد، مرتکب جرم و شبه جرم ضرب و جرح شده است. معمولاً مشخص است که آیا رضایت آگاهانه بوده یا خیر؟ رضایت باید نسبت به آسیبی باشد که پدید می آید. تنها در شرایط استثنایی است که دادگاه های انگلیس اعلام رضایت راجهت پیشگیری از مسولیت ضرب و جرح غیر موثر میدانند، شرایطی که شخص رضایت دهنده نسبت به رویه مطروحه اطلاعات و آگاهی کامل نیافته باشد. به عنوان مثال به بحث پیرامون یکی از دعاوی مطرح شده در دادگاه های انگلیس میپردازیم. بیماری به دلیل ضرب و جرح و سهل انگاری از جانب طبیب ادعای خسارت کرد چرا که معتقد بود طبیب قبل از جلب رضایت به وی اطلاعات کافی نداده است طبیب سعی کرده بود تا برای تسکین درد بیمار به وی محلول فنول تزریق کند، وظیفه طبیب این است که به چنین بیمارانی اعلام کند که لازم است تا درد آنها از طریق تزریق محلولی تسکین یابد که سبب قطع سیاله های عصبی می شود و درد از طریق آن به دماغ منتقل میشود اینک این محلول سبب بی حس شدن ناحیه ای میگردد که پیام درد از آنجا عبور می کند و سبب بی حسی موضعی میگردد که پیام درد را شامل میشود و ممکن است به طور موقت سبب فقدان نیروی عضلانی گردد. قاضی دریافت که به بیمار توضیحات کافی داده شده است و اعلام کرد که تحت این شرایط مسولیت ضرب و جرح یا سهل انگاری متوجه طبیب نخواهد بود.

(برسیتوجی) در این زمینه اظهار داشت، در هر موردی که رضایت، دفاعی در برابر آنچه جرم و دعوی مدنی محسوب میگردد، رضایت باید حقیقی باشد و در ادامه گفت: زمانی که اطلاعات کافی در مورد عمل جراحی مورد نظر به بیمار داده شود و سپس او رضایت خود را اعلام کند، آن رضایت حقیقی است منظور این است اگر بیمار از ماهیت عمل جراحی مورد نظر اطلاع کافی نداشته باشد، رضایت او غیر حقیقی است و از این رونمی توان از آن جهت پیشگیری از مسولیت ضرب و جرح استفاده کرد. (برسیتوجی) در این زمینه مثالی ارائه نداد اما نشان داد که عدم ارائه توضیحی کامل پیرامون خطرات و پیامدهای یک عمل سبب نمی شود که رضایت مربوط به آن عمل را (غیر حقیقی) و از اینرو غیر موثر در پیشگیری از مسولیت ضرب و جرح بدانیم. در قضیه 0 موصوف قاضی دریافت که بیمار هیچگونه ابهامی در زمینه ماهیت کلی تزریق محلول فنول نداشته است و رضایت خود را نسبت به تزریق دارد و بدین امید اعلام کرده است که در دوی تسکین یابد. در حالیکه این دارو در حقیقت به منظور مصون سازی بیمار در برابر بیمارهای عفونی تزریق شده است. انتظار می رود دادگاه های انگلیس اظهار دارند که بیمار می تواند خسارات ضرری ناشی از ایراد ضرب و جرح را حصول کند. در شرایط دیگری نیز میتوان رضایت کسب شده را غیر موثر دانست و آن در شرایطی است که بیماری که رضایت داده است از ماهیت این عمل اطلاع نداشته باشد. اگر بیماری رضایت خود را از برداشتن کلیه اش اعلام کرده است، به این امید که به نفع سلامتی وی کاری انجام شده باشد و هدف از آن صرفاً پیوند کلیه به فردی دیگر است مسول ضرب و جرح نخواهد بود. همچنین، اگر زنی در آینده نتواند حامله شود، می توان گفت که او از ماهیت کلی برداشتن رحم بی اطلاع بوده است. در نتیجه رضایت او بی تاثیر و قابل اجراء نیست. دادگاه های کانادا گاهی اوقات پذیرفته اند که بیمارانی میتوانند خسارات اضرار وارده را حصول کنند، در صورت که ضرب و جرح وارده ناشی از شبه جرم و سهل انگاری

وقصور باشد. اما در نتیجه قضاوت دادگاه عالی کانادا عدم افشای حتی خطرات بسیار جدی دیگر در کانادا عمل ضرب و جرح محسوب نمی‌شود. این قضاوت این احتمال را افزایش می‌دهد که دادگاه‌های انگلیس همچنان به این اعتقاد تکیه دارند که حتی اگر در صورت بی‌اطلاعی از خطراتی که طیب ملزم به توضیح آنها بوده است رضایت داده باشد، باز هم می‌تواند مانع از مسولیت ضرب و جرح شود. رضایت اغلب خاص است اما گاهی اوقات به معنای عام نیز گرفته شود. قانون‌نگران گاهی اوقات بالفعل بودن رضایت عموم رازیر سوال برده‌اند. اما ظاهر آن دلیلی ندارد که توضیح داده شود که چرا یک بیمار ملزم است تا بیشتر از یک بازیکن، برای هرگونه آسیب خاصی که به وی وارد می‌شود رضایت جداگانه‌ای اعلام کند. محاکم دریافتن این نکته را که آیا بیمار رضایت عمومی خود را اعلام کرده است، عجله‌ای بخرج نمی‌دهند. اما نباید بیماری را که مایل است رضایت لازم الاجرای خود را نسبت به هر چیزی که برای درمان بیماری اش لازم است اعلام کند، از این کار باز دارند. رضایت را می‌توان در رفتار فرد نیز، بیشتر از گفتار وی فهمید. به هر حال، عاقلانه نیست. که اگر طیب فرض کند، صرف این‌که بیمار در مورد بیماری اش با او مشوره کرده است، نشان‌گر اینست که رضایت خود را نسبت به درمان آن اعلام کرده است. گاهی اوقات بهتر است که رضایت کتبی گرفته شود. یکی از فورم‌های رضایت نامه استاندارد، جای خالی دارد که باید در آن نام عمل درج شود و بیمار لازم است تأکید کند که ماهیت و هدف از این عمل برای او به وضوح توضیح داده شده است. اما اگر ماهیت و هدف عمل انجام شده مطابق با آنچه که توضیح داده شده است نباشد، بنابراین دادگاه می‌تواند فرض را بر این بگیرد که هیچ‌گونه رضایتی پیرامون عمل مورد بحث ارائه نشده است. [2-13]

اقدامات طبی که بدون رضایت انجام می‌گیرد

((هر انسان بالغ و عاقلی حق دارد تعیین کند بالای جسمش چه کاری انجام می‌گیرد))⁴

در صورت فقدان رضایت موثر قانونی، یک اقدام طبی که متضمن تماس جسمی باشد، غالباً ناقص قوانین جزائی ومدنی خواهد بود. اما شرایطی وجود دارد که طیب تحت این شرایط از نظر قانونی مجاز است که بدون رضایت اقدام نماید. ممکن است قانون خاص انجام اقدام طبی مورد بحث را صریحاً مجاز سازد. این بخش به بررسی وضعیت شایعه تری می‌پردازد که در آن هیچ اختیار قانونی صریحی برای اقدام بدون رضایت وجود ندارد.

عموماً می‌پذیرند طیب در بعضی مواقع حتی در صورت که هیچ قانون خاصی وجود نداشته باشد که وی را به انجام چنین کاری مجاز سازد. از نظر قانونی مجاز به اقدام بدون رضایت می‌باشد قضات انگلیسی نظریاتی قانونی به این مضمون داده‌اند و طیبان پیوسته با این اعتقاد عمل می‌نمایند که قضیه چنین است اما رویه‌های قضایی بسیار کمی در حقوق انگلیس وجود دارد که به تعریف شرایطی پردازد که در آن طیب از نظر قانونی مجاز به اقدام بدون رضایت نموده می‌تواند (اگرچه دوسیه‌های وجود دارد که نشان می‌دهد صرف این حقیقت که یک اقدام برای رعایت مصلحت بیمار انجام می‌گیرد، به خودی خود یک طیب را به اقدام بدون رضایت مجاز نخواهد ساخت) استدلال یا استدلال‌هایی که در این فصل مورد بحث قرار می‌گیرند در مورد جرم و شبه جرم (اعمال زور) و تا آنجا که اقدامات طبی در زمره دیگر جرم علیه اشخاص قرار می‌گیرد، در مورد این جرائم نیز بکار خواهند رفت. هیچ نیازی به این فرض نیست که باید یک استدلال جامع برای انجام

اقدامات طبی بدون رضایت و درغیاب یک مجوز قانونی صریح وجود داشته باشد. ممکن است یک رشته استدلال های مختلف اگرچه باوجهی مشترک بامبانی نظری متفاوتی وجود داشته باشد.

خوب است که دربررسی شرایطی که طیب در آن شرایط از نظر قانونی مجاز به اقدام بدون رضایت است. میان اقداماتی که به منظور بهبود سلامتی بیمار انجام میشود و اقداماتی که فاقد چنین هدفی است قائل و تفکیک نماییم. [2-12]

اقداماتی که برای بهبود سلامتی بیمار انجام مییابد

تفکیک بین چهار مقوله اصلی از قضایا در بررسی شرایطی که در آن طیب به منظور بهبود سلامتی بیمار مجاز به اقدام بدون رضایت یا بدون اختیار صریح قانونی میباشد، مناسب است. این مقولات اکثر وضعیت های را که عملاً پیش می آید در برمی گیرد. در این مقولات فرض شده است که غیر از بیمار فرد دیگری نیز وجود دارد که مجاز به اعلام رضایت از سوی بیمار است. در عمل اغلب، شخصی دیگری وجود ندارد و بعضاً بیش از یک شخص وجود دارد. به هر حال، هر نتیجه که از بررسی این متغیر هابه دست آید، مهمتر از پیچیده گی های موجود در آن نخواهد بود.

1- بیماری که قادر به اعلام رضایت نمی باشد و معلوم نیست که با اجرای عمل مخالفت خواهد کرد یا خیر. (شخصی که مجاز به اعلام رضایت از سوی بیمار می باشد در دسترس نبوده و مخالفت وی با اجرای عمل معلوم نیست) قوی ترین استدلال به نفع طبابت که مجاز به اقدام بدون رضایت می باشد در مواردی است که بیمار قادر به اعلام رضایت نبوده، شخص مجاز به اعلام رضایت از سوی وی در دسترس نمی باشد و مخالفت هیچکدام از آنها با اجرای عمل معلوم نیست. دامنه اقداماتی که طیب بدون رضایت مجاز به انجام آنهاست بر اساس مدت زمان محتمل برای ناتوانی بیمار (در اعلام رضایت) و عدم دسترسی متغیر خواهد بود.

ناتوانی کوتاه مدت (بیمار) میتواند از استعمال یک داروئی بیهوشی عمومی، از استعمال داروئی مسکن قوی، از مصرف الکل و یا از عوامل دیگری ناشی شده باشد. در این موارد مساله این نیست که عمل طیب به انجام هر کاری که برای سلامتی بیمار مفید است مجاز باشد. زیرا چنین اختیار گسترده ای، موجب لطمه بسیار سنگین به مصلحت شخص برای اخذ تصمیم در مورد آنچه با جسمش انجام می شود خواهد شد. اما اگر چه پذیرفته شده است که طیب میتواند گاهی اوقات بدون رضایت اقدام نماید در حقوق انگلیس هیچ رویه قضایی وجود ندارد که مستقیماً در این مساله مربوط باشد. در چنین شرایطی، دادگاه های انگلیس تقریباً به طور قطع به یک رشته تصمیمات اتخاذ شده در حقوق کانادا استناد خواهند کرد که قدری دخالت طبی را در صورت عدم رضایت مجاز دانسته اند.

در جایی که مخالفت یک بیمار با انجام عمل مورد بحث معلوم نیست، لازم است که احتیاط شود. اما برای این گمان که ممکن است وی چنین مخالفتی را بنماید دلیلی وجود ندارد. اما هرگز نباید سلامتی یک بیمار صرف به این احتمال که وی ازدادن رضایت خودداری کرده است به مخاطره افتد، اگر چه در این مورد طیب باید مراقب باشد کاری انجام ندهد که به نحو معقولی تا زمان پس از جلب رضایت بیمار قابل تعویق باشد.

تمایز بین اقداماتی که تعویق آن غیر معقول خواهد بود و اقداماتی که تعویق آن صرفاً غیر مناسب است در موارد ناتوانی و عدم دسترسی دراز مدت به نحو یکسانی مطلوب است. هر چه مدت احتمال ناتوانی و عدم دسترسی طولانی تر باشد. دامنه اقداماتی که تعویق آن غیر معقول می باشد گسترده تر خواهد بود. اگر بیمار احتمالاً برای همیشه قادر به اعلام رضایت نباشد و هیچ

فردی نتواند از جانب وی رضایت دهد، طیب باید مجاز باشد هر آنچه را که رویه طبی متعارف، حکم میکند تا برای رعایت مصلحت سلامتی بیمار انجام شود انجام دهد. اما در جایی که قانون تعیین شخصی را برای حمایت از مصالح بیمار پیش بینی نماید یا در جایی که طیب بتواند از اختیارات قانونی استفاده نماید. پذیرفتن اینکه برای مدت نامحدودی برای طیب اختیار غیر مصوب فراهم گردد، غیر عاقلانه خواهد بود، در این شرایط، به تعویق انداختن معالجه تا زمان کسب اجازه گاهی اوقات معقول خواهد بود.

2- بیماری که قادر به اعلام رضایت نیست و مخالفتش با انجام عمل معلوم نمی باشد. شخصی که مجاز به اعلام رضایت از سوی بیمار میباشد، در دسترس است؛ اما از دادن رضایت امتناع میکند (یا در دسترس نیست، اما معلوم نیست که با اجرای عمل مخالفت نماید)

اگر بیماری قادر به اعلام رضایت نباشد و وقت کافی وجود داشته باشد باید رضایت هر فرد دیگری را که مجاز به اعلام رضایت است جلب کرد. اگر خود بیماری به فردی اجازه اعلام رضایت از سوی خود داده باشد باید به امتناع آن شخص از اعلام رضایت همان اثر امتناع خود بیمار داده شود. اما در اکثر موارد شخص مجاز به اعلام رضایت، اختیار خود را مستقل از اراده بیمار، از قانون کسب میکند. اگر به تعویق انداختن عمل به ورود آسیب یا صدمه اجتناب پذیری به سلامت بیمار منجر نشود، دیگر این مساله که یک طیب مجاز به اقدام بدون رضایت باشد قابل طرح نخواهد بود.

اما در برخی موارد عواقب امتناع میتواند جدی باشد. برای مثال تردیدی وجود ندارد که پدر و مادر که عضو کیش (شاهدان یهوه) یکی از فرقه های مسیحی) باشند از دادن رضایت برای تزریق خون به کودک خود خودداری خواهند کرد، حتی اگر این کار احتمالاً به مرگ کودک منجر شود. این وضعیت همه مسائل مهمی را که به هنگام خودداری یک فرد مجاز طبق قانون به اعلام رضایت مطرح میشود، بر خواهد انگیخت. بنابراین پیشنهاد میشود که بر آن تاکید گردد. در برخی موارد کسب رضایت با اجازه از منبع دیگری امکان پذیر است. میتوان دعوی حجر را در دیوان عالی دنبال کرد و در آن صورت ممکن است قاضی انجام عمل را اجازه دهد.

یا اینکه اگر به سلامتی کودک به نحو قابل اجتنابی آسیب برسد یا نادیده گرفته شود و کودک نیازمند مراقبتی باشد که دریافت آن از طریق دیگری ممکن نباشد، دادگاه اطفال میتواند کودک را تحت قیمیت یک مقام محلی قرار دهد. آنگاه مقام محلی از نظر قانونی میتواند رضایت موثری بدهد. در موارد اضطراری دادگاه اطفال با تشکیل جلسه در بیمارستان چنین حکمی را صادر میکند بطوریکه طیب بتواند رضایت موثری را بدست بیاورد. اما به مسوولین بیمارستانها رسماً توصیه شده است که از این امکان استفاده نمایند به آنها گفته شده است که پس از مذاکره کامل با والدین به نظر کلینکی مشاوران ذیربط متکی باشند این امر تعیین میزان معیار اختیاری را می تواند در دسترس طیب باشد مهمتر می سازد. البته میتوان استدلال کرد که به هیچ اختیاری نیاز نیست. اگر دعوی کیفری در نتیجه نادیده گرفتن امتناع والدین از رضایت و در نتیجه نجات جان فرزند توسط طیب اقامه شود آنگاه میتوان برای صدور حکم برات کامل به دادگاه متکی بود. انجمن های دفاع طبی در چنین مواردی به طیبان اطمینان داده اند که از حمایت کامل آنها برخوردار خواهند شد. و در دعوی مدنی بعید است که حکمی به پرداخت کمترین خساراتی داده شود؛ اما این ملاحظات نیاز به یک مجوز امنتفی نمیسازد. زمانی که پذیرفته شود طیب باید طبق رویه مشخص عمل نماید آنگاه در غیاب یک دلیل خوب مغایر قانون باید مجوزی را فراهم نماید. در برخی موارد، مشکلات تهیه مجوزی که اقدام مشخصی را

اجازه دهد می تواند یک نقیصه به حساب آید اما این عامل رافقظ پس از بررسی اختیارات ممکن می توان تعیین کرد. در اینجمله ملاحظات دیگری وجود دارد که از استدلال به نفع تهیه مجوز حمایت میکند. یکی اینست که برخی طبیبان به دلیلی تردیدی که درباره قانون دارند در انجام عمل مشکوک بوده اند که منجر به ائتلاف جان هایی شده است که نجات آنها به طریقی دیگری ممکن بود. دیگر اینکه گاهی اوقات ممکن است دخالت طبیب اثرات مطلوب رانداشته باشد و حتی ممکن است مرگ بیمار را تسریع بخشد. در این موارد الزام طبیب غیر عاقلانه خواهد بود.

در جایی که والدین ازدادن رضایت خودداری کرده اند طبیبان غالباً بدون اخذ رضایت عمل نموده اند. دادگاه باید هنوز این وضعیت را مورد بررسی قرار دهد، اما قاضی (ارمرو) در نظر خویش گفته است در جایی که والدین با اشکال گوناگون معالجه از قبیل انتقال خون یا عمل جراحی مخالفت فرهنگی یا مذهبی داشته باشند، طبیب حق دارد که در جهت حفظ بهترین منافع کودک بر اساس نظر کلینکی خود عمل نماید. اما وی افزود که تبعیت از این رویه به جز در موارد اضطراری برای طبیب غیر عاقلانه خواهد بود.

بنابراین شرایطی وجود دارد که در آن شرایط پدر یا مادر کودک در صورت ممانعت وی از دریافت معالجه ضروری طبی مرتکب یک جرم کیفری خواهد شد. بهداشت جسمی کودک، مهم ترین دلیل است اما تنها دلیل نیست یک مجوز کافی باید حتی مشروع پدر یا مادر را در آنچه با کودک کش انجام میشود و یا اینکه توسط چه کسی باشد در نظر بگیرد. هر جا که ناکامی در معالجه موجب آسیب یا صدمه غیر لازم به سلامت بیمار شود، باید به طبیب اجازه اقدام بدون رضایت داده شود، زیرا طبیب را قادر خواهد ساخت تا در بسیاری از موارد بدون مشوره با والدین اقدام نماید. اما اختیاری که محدود به - شرایط بوده است که در آن، والدین با غفلت از کودک به نحوی که احتمالاً موجب صدمه یا آسیب به سلامتی وی شود خطر مسولیت کیفری را پذیرا میشوند، این اختیار در موردی که غفلت والدین عمدی نبوده باشد اما لزوم معالجه همان اندازه مبرم بوده مسؤل شناخته نمیشوند.

تقریباً در استثنای ترین شرایط چنانچه رضایت بیمار جلب نشده باشد یا بیمار ازدادن رضایت امتناع کرده باشد طبیب نمی تواند معالجه ای را انجام دهد این حقیقت که سلامتی بیمار بدون معالجه به خطر خواهد افتاد به خودی خود کار طبیب را در نادیده گرفتن امتناع بیمار توجیه نخواهد کرد. در واقع، در بسیاری از موارد، حتی یقین به اینکه بیمار در صورت عدم معالجه جان خواهد داد، توجیه کننده اقدام بدون رضایت طبیب نخواهد بود. [7 - 14]

اقداماتی که برای بهبود سلامتی بیمار انجام نمی یابد

برخی مولفین اشاره میکنند که یک دکترین کلی (ضرورت) وجود دارد که بموجب آن یک منفعت جبران کننده بزرگتر برای مرتکب، برای برخی اشخاص دیگر یا بطور کلی برای عموم میتواند آنچه را که در غیر این صورت یک جرم خواهد بود، مجاز سازد. برای مثال گفته شده است که حفظ حیات هر جرمی کمتر از قتل را مجاز میسازد. اگر چنین چیزی حقیقت داشت، میشد گاهی اوقات طبیب را در اقدام بدون رضایت برای برداشتن کلیه از شخص زنده جهت پیوند آن به شخص که دچار نارسائی مهلک کلیه است مجاز دانست. اما اگر چه (ضرورت) نجات زندگی یا جلوگیری از آسیب جدی به سلامتی میتواند گاهی اوقات اعمالی را که در غیر این صورت جرم (اعمال زور نامشروع) را تشکیل می دهند، مجاز سازد. بسیار بعید است که طبیب در انجام بدون رضایت هر گونه عمل جراحی که منظور از آن بهبود سلامتی بیمار نیست، مجاز دانسته شود. فقط میتوان مواردی

راتصور کرد که در آنها دادگاه در صورت اقامه دعوی کیفری، حکم برات مطلق صادر نماید. یکی از این موارد میتواند درجایی باشد که بیماری بایک گروه خونی کمیاب در صورت عدم (تزریق خون) خواهد مرد. و تنه‌اره گرفتن خون از شخصی باشد که قادر به اعلام رضایت نیست: اما حتی در چنین مواردی غیر معقول خواهد بود که شخص نتواند به لحاظ آسیب یا ضرری که متحمل شده است خسارت بگیرد.

امتناع مجاز از تداوی (COMPETENT REFUSAL OF TREATMENT)

اشخاصیکه خوب آگاه هستند و قدرت تصمیم‌گیری را دارند. بعضی اوقات از تداوی‌های توصیه شده امتناع می‌ورزند، زمانیکه تداوی انتخابی باشد مشکلات اخلاقی غیر احتمالی به نظر میرسد با وجود آنهم اگر مواظبت حکم کند تا برای نجات حیات و یا تداوی امراض وخیم از زور و یا جبر استفاده گردد در این صورت طیب ممکن بایک پرابلم اخلاقی مواجه گردد. آیا داکتر مسولیت دارد تا مریض را بدون اعتنا به آزادی فردی وی کمک نماید؟
امتناع از مواظبت و پرستاری توسط یک شخص کاهل صالح و آگاه از همه چیز باید محترم دانسته شود. حتی اگر آن امتناع منجر به ضررهای شدید به فرد گردد. مطابق علم اخلاق این مساله بنا بر اصل استقلالیت فردی و مذهبی توسط قانون امریکا حمایت می‌گردد. امتناع از پیشنهادات متکی بر اساس درست و منطقی به مشکل از طرف دو کتوران جدی و وظیفه شناس مورد قبول قرار می‌گیرد و مساله زمانی بیشتر مشکل می‌گردد که امتناع مریض غیر منطقی به نظر برسد، که این خود برخلاف آسایش و رفاه شخص مریض است.

Case - I خانم (T.O) یک نرس جراحی 64 ساله است پنج سال قبل نزد او Resection of Stage Infiltrative ductal Carcinoma صورت گرفته است، زمانیکه وی یک کتله به حجم 2 سانتیمتر را در قسمت contra lateral ثدیه خویش مشاهده میکند دوباره به داکتر خویش مراجعه می‌نماید.
معاینات جدید مرحله دوم کلینکی کانسرتدیه را همراه با احتمالات موج Node هانز داو نشان می‌دهد مریض از جریان موضوع آگاه ساخته میشود و برایش حق انتخاب تداوی را میدهند. وی Lobectomy همراه با Lymph node desection را تقاضا می‌نماید. بعد از عمل جراحی 3 Nodes از جمله 12 Nodes مثبت می‌باشد شیموتراپی و شعاع برای وی توصیه می‌گردد و برای خانم 'T.O' گفته میشود که نظریه احصایه‌های موجود چانس ادامه حیات وی در دراز مدت در صورت تداوی 60٪ و بدون تداوی 20٪ می‌باشد.

خانم T.O شیموتراپی را قبول مینماید، مگر بعد از اولین کورس شیموتراپی در حالیکه وی سمیت زیاد را از سبب شیموتراپی تجربه می‌نماید. برای داکتر مربوطه اش می‌گوید که او دیگر نمی‌خواهد تداوی را ادامه بدهد. بعد از جر و بحث‌های زیاد بین مریض، داکتر و دختر موصوف یکبار دیگر از ادامه تداوی امتناع می‌ورزد

Case -2: آقای s.p. - مریضیکه Aortic stenosis دارد اعراض و علائم قلبی را از خود نشان می‌دهد که ایجاب coronary-angiograph رانزدوی مینماید، زمانیکه طیب از عاجل بودن این روش فواید و خطرات حاصله از آن را توضیح مینماید او تصمیم به رد آن درخواست مینماید

سفارش Recommendation

خانم T.O مجاز آ از تداوی امتناع میورزد او کاملاً آگاه است و هیچ گونه شواهد ضعف عقلی نزدی دیده نمیشود اگر چه داکتر ممکن افزایش چانس زنده ماندن رادراو ملاحظه نماید، اما خانم T.O خطراتی را که طرف توجه اوست او را بخود معطوف ساخته، بخت و اقبال خود را نامساعد ارزیابی مینماید. بناً امتناع او از تداوی باید احترام گردد. داکتر باید خانم T.O را تحت مراقبت قرارداد، مخصوصاً برای چندین ماه بعدی، زیرا تغییر روش و موفقیت وی با تداوی ممکن هنوز هم مفید واقع گردد.

در case 2 آقای S.p هم برحق است، اگر چه امتناع او برخلاف منفعت او معلوم میشود. از نقطه نظر توانایی وی در پیش بینی نیازمندی های صحی اش، نماینگر خود مختاری شخص موصوف است، که باید محترم دانسته شود. بهر حال این احترام داکتر را تشویق و هم مصمم میگرداند تا اسباب امتناع مریض را جستجو و کوشش به آموزش و متقاعد کردن وی نماید.

تعقیب کردن ملاقات های بعدی از طرف داکتر باید برای هر دو مریض ترتیب و تنظیم گردد، تا آنها مطمئن گردند که داکتر او شان هنوز هم علاقه مند کمک و حمایت آنها غرض مقابله با پیامدهای تصمیم شان است.

case-13 آقای cope بخاطر تداوی مرض Diabetic-ketoacidosis با انسولین مایعات و الکترولیت ها و انتی بیوتیک ها به شفاخانه بستر شده که تداوی وی در ابتدا با مخالفت موصوف مواجه گردیده، اما بعداً توسط قائم مقام (شخص صلاحیت دار) او خانم Cope تداوی موصوف شروع گردید.

Metabolic

برای خانم Cope گفته شده بود که امتناع شوهر او از تداوی ناشی از encephalopathy است. بعد از 24 ساعت که او بیدار شد با فامیل خود و شوهر او و با شفافیت صحبت میکرد داکتر خویش را شناخت و به او احترام نمود. اما از آوردن او به اتاق عاجل چیزی بیاد نداشت و حالاً از دو پای راست خویش به نرس و داکتر شکایت داشت و متحیر بود که آیا پای او در هنگامیکه او بیهوش بوده و به اتاق عاجل شفاخانه انتقال یافته زخمی شده یا خیر؟ از معاینه پای او معلوم شد که پای راست نامبرده سردتر و دارای لکه های متعدد نظیر به پای چپ آن میباشد و از قسمت Distal پای راست الی شریان راست فخذی نبض احساس میگردد. یک consultation باید راجع به عمل جراحی او عیه پای موصوف بعمل آید زیرا نبض Distal تا به شریان فخذی احساس میگردد و سفارش یک Arteriogram را می نماید تا تشخیص گردد که مریض امکانات یک بندیش آمبولیک و یا ترومبوتیک را در سیستم فخذی داشته ممکن باشد یا نه. Angioplasty قابل تداوی باشد تا از پیشرفت گانگرن پای راست آن جلوگیری شده و از احتمال اجرای Amputation نجات یابد.

بعد از آنکه برای آقای Cope از منفعت و خطرات Arterio gram احتمال تخریب و ظایف کلیوی فهمانیده شد. او کمتر رضایت به انجام Arteriography نشان داد. جراحان به او توضیح دادند که آنها نمیتوانند Angio plasty را انجام بدهند تا وقتیکه آنها مطمئن نگردند که کدام او عیه مصاب آفت است و بر علاوه آنان اظهار کردند که انجام یک عملیات استکشافی او عیه برای آنها خیلی مشکل و حتی ناممکن است تا وقتیکه قبلاً محل بندش او عیه تشخیص نگردد.

آنها به مریض اخطار دادند که خطر بزرگتر یعنی ازدست دادن پانست به خطر تخریب و ظایف کلیوی وی را تهدید خواهد کرد. آقای cope در این جر و بحث اشتراک نموده و سوال های مناسبی را هم مطرح نمود و نظریه دو کتوران تأیید و تصدیق نمود. وی بعداً یکبار دیگر از اجرای Arterio graphy امتناع میورزد.

Comment یا تقریظ

اگرچه 24 ساعت قبل آقای cope کاملاً از لحاظ تصمیم‌گیری سلب صلاحیت و بصورت موثر بمقابل keto acidosis و pneumonia-تداوی شده بود با وجود پافشاری وی که باید تنها گذاشته شود موقوف و وضعیت فعلی وی کاملاً متفاوت است. فعلاً وی دوباره توانایی تصمیم‌گیری خود را بدست آورده. اوضاع را میتواند درک کند، سود و منفعت خویش را تشخیص داده و میتواند تصمیم بگیرد، نرس، داکتر و جراح مشورتی او همه موافق هستند که تصمیم او غیرعقلانه است. Risk ناچیز تخریب وظایف کلیدی بارسیدن منفعت واقعی یعنی نجات پای او تلافی می‌گردد.

آقای cope موافقه نمی‌کند. اعضای فامیل او به دو گروه تقسیم شده، یک گروه آن با داکتران و گروه دیگر آن با آقای cope موافق هستند.

سفارش یا Recommendations

تصمیم آقای Cope باید که محترم شمرده شود اما تلاش‌ها برای منصرف ساختن او میتواند صورت بگیرد و یا اینکه برای تجدیدنظر میتوان وقت راتعین نمود. تا هنوز آقای cope هیچ نوع علائم ناتوانی را از خود نشان نداده، حق قانونی و اخلاقی اوست تا تصمیمی را که از نظر خودش مناسب است بگیرد.

این تصمیم از نقطه نظر استطبایات طبی ممکن بهترین تصمیم نباشد مگر قانون و علم اخلاق تقاضای احترام برخواست و ارزش‌های مریض را در چنین حالات دارد. [20]

Refusal on Grounds of Religious or cultural belief

امتناع بر اساس اعتقادات مذهبی و فرهنگی

ما ضرورت به ارزیابی مساله اعتقادات مذهبی که به آن آشنا نیستیم داریم زیرا اشخاصیکه دارای چنین اعتقادات میباشد، بعضی اوقات از سفارشات طبی امتناع می‌ورزند.

-Case- آقای G: نزدیک طیب بخاطر تداوی قرحه پپتیک مراجعه میکند او میگوید که وی یک Jehovalis witness (شاهد خدا) یک فرقه مذهبی است نیاز به تطبیق خون دارد و او یک فقره از کتاب مقدس را برای داکتر تذکر میدهد که در آن اساس اعتقاد خود را در عدم استفاده از ترانسفیوژن خون بیان میدارد.

داکتر در مورد فقره قرائت شده وی از یکی از روحانیون (اسقف) وی تحقیق مینماید، بعد از یک سلسله تحقیقات اسقف برای داکتر میگوید که هیچ فرقه عیسویان بجزاز J.W.ها از این فقره برای ممانعت از ترانسفیوژن خون استفاده نمی‌کنند. داکتر مخیر است که آیا این تبعیض مذهبی را در نظر داشته‌الی انجام وظایفش در مواظبت مریض کوشا بوده و آنرا مدنظر می‌گیرد یا خیر؟

تقریظ یا Comment

بقسم قاعده کلی در صورتیکه تهدید متوجه فرقه های دیگر نباشد باید تحمل گردد. تبعیض مذهبی مریض باید محترم دانسته شود حتی اگر از نظر دیگران اشتباه یا غلط هم تلقی گردد. ملاحظات عملی ذیل در مورد این case مناسب میباشد.

- a- J.W. چهارانی توان اشخاص ناقابل از نظر انتخاب محاسبه کرد مگر اینکه شواهد کلینی چنین ناتوانی نزدشان دیده شود این نوع اشخاص معمولاً در مورد اعتقاد و عواقب آن کاملاً آگاه اند این یک جزء والاوبر جسته اعتقادی شان است که مکرراً تعلیم داده شده و تحت تاثیر آن قرار گرفته اند. در حالیکه دیگران آن را پیروی غیر منطقی پنداشته و نمی پذیرند که این خود یک دلیل بی تفاوتی در مقابل عقاید دیگران است
- b- محاکم متفقاً امتناع J.W. چهارا از ترانسفیوژن نجات دهنده حیات حمایت نموده و آنرا حق قانونی آنها میدانند. بهر صورت اگر اعتقادات غیر معمول به ضرر دیگران تمام نشود از لحاظ منطقی مجاز و ممکن لازمی باشد. بدین ترتیب محاکم بصورت مکرر در این قسمت مداخله نموده تا برای اطفال صغیر J.W. چهارا خون تطبیق گردد. محاکم زمانی مائیل و موافق میگردد تا حکم ترانسفیوژن خون را از یک کاهل J.W. چهارا نجات حیات اطفال آنها صادر نماید، اما حالاً نادر آ این کار را انجام میدهد زیرا که تداوی های عوضی برای اطفال معمولاً مهیا میباشد.
- c- امتناع از ترانسفیوژن از صورت مکمل تداوی تا امتناع از تداوی سفارش شده متفاوت است. J.W. چهارا از واقعیت مریضی شان آگاه و آرزوی سفارادارند آنها بصورت ساده یک حالت تداوی راردمی نمایند. طبیبان ممکن احساس کنند که این محدودیت تداوی مانع مواظبت استاندارد آنها میگردد.
- d- امتناع از ترانسفیوژن ممکن طبیب را باین نکته متوجه میسازد که آیا این حالت کلینی توصیه خون ضروری است یا خیر؟ علاوه تا بعضی از جراحان راضی هستند که بدون استفاده از خون عملیات های جراحی را برای W چهارا انجام دهند.
- e- تحقیق طبیب در مورد تفسیر فوق کتاب مقدس جالب است: به جرئت میتوان گفت که او بیشتر احساس آرامشی را با اعتقادی که بارسم و رواج مذهبی خویش دارد طبیب را مطمئن و علاقه مند میسازد.

سفارش یا Recommendation

- امتناع آقای G. بنابراین دلایل ذیل باید محترم شمرده شود.
- a- در صورتیکه یک J.W. بحیث مریض مراجعه مینماید قسمیکه آقای G. مراجعه کرده است احتمال امکان استفاده از خون باید به همراهی وی در میان گذاشته شود. برای حصول یک روش مناسب تداوی باید بین داکتر و J.W. مذاکره صورت بگیرد و رضایت کامل بدست آید و این هم باید دانسته شود که آیا مریض استفاده از خون و مشتقات خون راردمی نماید یا خیر؟ در تحت هیچ نوع شرایط باید داکتر به فریب متوصل نشود، یک طبیب که وجداناً نمیتواند مواظبت خویش را از مریض دریغ و یا قطع نماید و یا سوء تفاهم روابط مریض و داکتر را متزلزل سازد.
- b- اگر یک J.W. با معتقدات راسخ شناخته شده در حالت مواظبت شدید از ترانسفیوژن خون امتناع میورزد امتناع او بصورت معمول باید قطعی تلقی گردد. حتی اگر مریض در حالت عاجل از لحاظ دماغی در وضعیت خراب قرار داشته باشد

این امتناع میتواند نمایندگی از آرزوها و علائق مریض نماید. با آنهم اگر معلومات کم درباره مریض موجود باشد یعنی معلومات موثق از اعتقادات او وجود نداشته باشد در اینصورت برای مریض تدای مهیا گردد در حالت تهدید و نامشکوکیت راجع به امیال و آرزوهای مریض طیب بایست در مورد مسایل تدای و کمک بمریض اولویت های اخلاقی را مدنظر بگیرد.

کسانیکه سطور این کتاب را مطالعه میکنند تصور نمایند که همچو مسایل صرف در ممالک پیشرفته و هیپوکرات که از حقوق اطباء آن سخت حمایه و دفاع میگردد مراعات میشود. بلکه در مملکت ما هم نظیر همچو واقعات دیده شده چنانچه بصورت مثال یک واقعه مستند که در شهر کابل بعمل آمده از آن متذکر میشویم:

در حدود 25 یا 30 سال قبل از امروز پروفسور دوکتور بالامکننداس که سمت شف دیپارتمنت طب عدلی پوهنحی طب کابل رابعهده داشت و در عین حال جراح مشهور یورولوژی هم بود روزی در مطب شخصی (معاینه خانه) خویش یک نفر از برادران پشتون را که بعد آثابت شد که بی نهایت معتصب مذهبی و نژادی بوده عملیاتی را بالای وی انجام داده مریض موصوف ضرورت به ترانسفیوژن پیدا نموده، پروفسور بالامکننداس نرسی را بنام بوستانعلی که از برادران هزاره و از سمت جاغوری بود در معاینه خانه خویش استخدام نموده بود که با موصوف همکاری می نمود. داکتر بالامکننداس بمقدار 500 سیسی خون از بوستانعلی مذکور را اخذ و به مریض تطبیق نمود مریض بعد از شفایاب شدن مطلع گردید که داکتر بالامکننداس خون هزاره را بوی تطبیق نموده موصوف بمقامات جنائی وقت عارض شده و استدلال نمود که داکتر بالامکننداس هندو خون هزاره را باینجناب تطبیق نموده و خون مرادار و کثیف ساخته است و داکتر موصوف تحت تحقیق و باز پرس جنائی قرار گرفت.

بالامکننداس بصورت ماهرانه مریض را با استفاده از چال و فریب با تطبیق خون یک نفر از ملیت پشتون و اخراج خون برادر هزاره، خویشتن را از ادعای که علیه وی شده بود نجات بخشید.

Refusal of Treatment by Minor Children by Grounds of Religious Blief

امتناع اطفال صغیر از تدای بر اساس اعتقادات مذهبی

بعضی اوقات اطفالی متعلق به گروه های که توصیه های طبی را انکار میکنند و نمی پذیرند طیب به آن مواجه میگردد. این حالت یک مشکل عمده را برای داکتر خلق میکند.

Case- 1 - Games - پسر 14 ساله که مصاب به Acute lymphocytic leukemia میباشد که از عود دوباره مریضی اش رنج برده و مرزش در مقابل شیموتراپی جواب قناعت بخش نداده و موصوف مصاب Thrombocytopenic Anemia هم است او میفهمد که ترانسفیوژن وضع او را خوبتر ساخته امکان خون ریزی تهدید کننده حیات را کاهش داده و شاید بعد از آن او را اجازه بدهند که بخانه برود و با اظهار کردن اعتقاد خود بحیث یک J.W از ترانسفیوژن انکار نموده و والدین وی هم با موصوف هم نظر میباشند.

تقریظ یا Comment

این پسریک تصمیم قاطع و مهم را اتخاذ میکند، او ناراحتی خویش را در مقابل اعتقادیکه راجع برستگاری جاویدانی اش دارد سنجش می نماید. ارزش طبی ترانسفیوژن بمراتب محدود است، پسریک از ماهیت مریضی اش و از مرگ قریب الوقوع خویش آگاه است، خصوصیات تصمیم گیری را از خود نشان میدهد، چنان به نظر میرسد که ما از یک شخص کاهل توقع داریم حتی اگر مامکن مشکوک هم شویم که اگر او بیشتر بزرگ و بلوغ گردد، اعتقادات خود را بشکل دیگری خواهد دید. این غیر اخلاقی خواهد بود اگر یافشاری نمائیم تا که وی اعتقادات خود را بخاطر یک چنین منفعت گذری محکوم نماید.

2-karen-case یک دختر 13 ساله از کسالت و سردردی شدید شکایت دارد او از صنف به نزد نرس مکتب می برند با یادداشت نمودن درجه حرارت و حالت تخریشیت وی نرس مشکوک به meningitis میگردد او با مادر karen تماس میگردد مادر karen مستقیماً ب مکتب میاید زمانیکه مادر دخترک بمکتب میرسد به نرس مذکور میگوید که وی و شوهرش عالمان مسیحی هستند، مادر وی میگوید میخواهم karen را بخانه برده در آنجا یک عالم مسیحی برای وی دعا خواهد خواند بزودی پدر Karen هم میرسد و نظریه مادر karen را تقویت مینماید، آنها به نرس میگوید که دکتر از حمت ندهد، زمانیکه نرس ایشان را از وخامت و خطر حالت فعلی و آینده آن مطلع می سازد ایشان به نرس یادآور می شوند که طبق قوانین ایالت عالمان مسیحی به حیث حرفه کاران صحتی شناخته شده اند.

و قتیکه نرس از Karen پرسید که تمایل بدیدن داکتر دارد یا خیر؟ Karen میگوید که وی نیز به تعلیمات علم مسیحی عقیده دارد.

تقریظ (comment)

پیامدهای عدم تداوی meningitis خیلی خراب است از اینکه موصوفه با فشار مرض حالت عادی خود را از دست داده بود بدون شک و تردید از عواقب مرض اگر آگاه میشد متوحش و نا آرام میگردد، علاوه بر آن مریضی karen بر خلاف مریضی جمز ناگهانی غیر قابل پیش بینی بوده و عواقب ناگواری را در مقابل دارد. امتناع والدین آن میتواند دلیل غفلت و محکومیت از قانون ایالت باشد. بعضی از ایالت ها در امریکا قوانینی را وضع کرده اند که بر اساس ان والدین در مقابل سوء استفاده اطفال شان (مسائل جنسی و غیره) مرتکب غفلت شده خصوصاً در حالاتیکه اطفال از تداوی ابامی و رزند و یا با مسائل مذهبی روبرو میشوند باید اوشان از ماهیت دقیق موضوع و انزار مرض و تصامیم قضایی باخبر شوند.

سفارش (Recommendation)

امتناع G. در ترانسفیوژن خون باید محترم شمرده شود مواظبت باید متضمن آسایش وی باشد امتناع karen از تداوی نباید قبول گردد و در مقابل امتناع والدین وی باید با در نظر داشت مناسبت های قانونی عمل گردد. توجه مفرط باید در روشن شدن ذهنیت طفل انجام پذیرد نفوذ تاثیر ترس و اندوه نزد آنها بایست یادداشت گردد. مشورت با اشخاص که در مورد روانشناسی اطفال بالغ معلومات دارند فراموش نگردد از همه مهمتر از هر عملی که باعث تقلیل و یا کم شدن اعتماد طفل در مقابل اشخاص که مسول پرورش و مواظبت آنها میگردد باید اجتناب گردد. [20]

Enigmatic Refusal (سردرگم کننده)

گاه گاهی امتناع از تداوی و مواظبت ممکن بشکل معمای یا سردرگم کننده به نظر میرسد دانستن اینکه چرا یک شخص از یک منفعت واضح ابا میورزد و یا مشخص ساختن اینکه آیا آنها واقعاً امتناع میورزند یا خیر؟ مشکل است.

Case-3: با مثال های قبلی آقای kior با اعراض و علائمی که دلالت به meningitis با کتریایی مینمود به اطاق عاجل مراجعه نمود زمانیکه از تشخیص گذشته اش او را آگاه ساختند و برای او گفتند که در شفا خانه باید بسترو باینتی بیوتیک تداوی گردد. او از مواظبت بیشتری بدون ارائه کدام دلیل امتناع ورزید او را ضعیف با جرو بحث با پرسونل طبی در مورد امتناع خویش نگردید. طیب خطر بزرگی عدم تداوی و خطر کمتر حاصله از تداوی را برای او تشریح و توضیح نمود. مرد جوان به امتناع خویش پافشاری نموده و از جرو بحث بیشتر در زمینه خودداری نمود. به جاز سماجت و پافشاری عجیب و غریب نزد وی علائم و شواهد که دلالت به عدم تصمیم گیری نزد وی نماید چون خرابی وضعیت دماغی دیوانگی و غیره دیده نشد.

تقریظ (Comment)

درین Case رضایت ابتدایی برای تشخیص نزد جوان در آمدن او به اتاق عاجل شفاخانه دیده میشود. امتناع توضیح ناپذیر مریض بهر حال بطور غیر منتظره یک ناهماهنگی را بین استطبای طبی، میل و سلیقه مریض نشان میدهد. در صورت که طیب مریض خود را به آسانی بحال خویش بگذارد که از تداوی امتناع و متحمل پیامدهای آن گردد ممکن قابل مشاجره و استدلال باشد بخاطر که مریض هیچ نوع علائم واقعی عدم صلاحیت و یا خرابی شدید وضعیت دماغی را از خود نشان نمی دهد. چونکه مریضان با صلاحیت حق آن دارند که خود تصمیم شان را بگیرند (بعضی اوقات این تصامیم با RISK توام است) بهر صورت زمانیکه خطر تداوی کمتر

شود و منفعت آن بیشتر خطر عدم تداوی زیادتر از منفعت عدم تداوی باشد اخلاقاً و طیفه طیب است تا بیشتر داخل عمق مساله شده و مصمم بدریافت این شود که چرا مریض دفعتاً از تداوی امتناع ورزید.

با وجود توضیحات فوق آیا مریض قادر به درک و فهم طبیعت مریضی اش منفعت و خطر های حاصله از تداوی و یا عدم تداوی مطلع شده

است یا خیر؟

چنانچه اگر مریض تمام توضیحات را فهمیده، آیا باز هم او از مریضی اش انکاری نماید؟

آیا مریض به اساس کدام ترس غیر قابل توضیح، عقیده غلط و یا خواست غیر منطقی عمل مینماید؟

در جریان جروبحث های بیشتر با مریض ممکن برای بعضی از این سوال ها پاسخ دریافت گردد.

فرض کنیم با وجود آنکه تحت شرایط عاجل بعد از اتمام تحقیقات ممکن هیچ شواهد از عدم توانائی مریض در درک وضعیت موجودش

و هیچگونه نشانه از ترس اشتباه و اعتقادات غیر منطقی نزد او دریافت نکنیم، یا در این حالت امتناع غیر قابل توضیح مریض احترام شود یا خیر؟

از اینکه وضعیت طبی وی چنان وخیم است آیا لازم است تا تداوی را بدون رضایت مریض آغاز کرد؟

این Case مطرح شده کشمکش واقعی اخلاقی بین خودمختاری شخص مریض و ارزش های Paternalistic (پدرانه) که خواستار مداخله

طبی را برای منفعت مریض مینماید میباشد.

یک تصمیم فوری کلینیکی باید در مورد تداوی یا عدم تداوی مریض گرفته شود. دلایل اخلاقی خوب در هر دو حالت فوق میتواند ارائه گردد.

سفارش (Recommendation)

امتناع این مریض غیر قابل توضیح است، شواهد که دلالت بعدم صلاحیت نزد وی بنا بر خرابی وضعیت دماغی مینماید موجود نیست.

(با وجود اینکه تب بلند مریض و انتان دماغی ممکن طیب را بفرک کدام اختلال بیندازد)

بر علاوه مریض کدام مانع مذهبی را در مقابل استفاده از انتی بیوتیکها اظهار نکرده است. مریض بصورت ساده از تداوی امتناع نموده و هیچ

گونه دلیل واضح را هم ارائه نکرده است.

با در نظر داشت هر دو حالت یعنی امتناع غیر قابل توضیح مریض و ضرورت شدید و عاجل وی به تداوی اگر امکان پذیر باشد مریض بهتر است

تداوی گردد. حتی که وی راضی هم نباشد در صورت موجودیت وقت مجوز قانونی آن باید جستجو گردد. بمشکل میتوان پذیرفت این مرد جوان که

آرزو دارد بمیرد. طیب با وجدان با وظیفه شناس با دو مصیبت مواجه شده است. یا اینکه به امتناع مریض احترام بگذارد که در این صورت ممکن

از خواهشات مریض نمایندگی نکند، که منجر به ناتوانی (معیوبیت) شدید و یا مرگ مریض گردد. و یا اینکه برخلاف امتناع مریض به امید آنکه بعداً

مریض منفعت های خود را درک خواهد کرد عمل نماید. این یک حالت یا وضعیت دشوار و حقیقی اخلاقی است.

اصل نیکو کاری و اصل خودمختاری به نظر میرسد که جریان های متناقض عمل را و انمود میسازد. در مورد وضعیت دشوار نمیتوان تنها اندیشید

بلکه آنرا تماماً بر طرف نمود. بناً ما آنرا به نفع تداوی بر علیه خواهشات اظهار شده مریض حل مینمائیم. درین Case ما تداوی غیر مجاز یک مریض

ظاهراً دارای صلاحیت را بنا بر مجوز اخلاقی قبول کردیم، اینکه چطور ظاهر آ این دو سفارشات از هم دیگر فرق دارند، توضیحات ذیل را ارائه مینمائیم.

a- استنباط طبی در دو حالت متذکره کاملاً از هم فرق دارد. وضعیت آقای kior بحرانی است و Risk کمی تداوی بانتهی بیوتیک

ها از عوارض شدید جلوگیری خواهد کرد. و یک وقت مناسب برای تکمیل تمام مقاصد طبی وجود دارد. در حالیکه آقای Cope در معرض خطر

گانگترین قرار دارد اما فعلاً وضع وی رویه خرابی نیست.

b - حالت رضایت در هر دو حالت کاملاً متفاوت است در هر دو حالت متذکره هیچ نوع شواهد از تشوشات روانی در رفتار آنها مشاهده نگردیده

است. با این حال در هر دو حالت ممکن میکانیزم معمول امتناع، حالت روانی آنها را از قضاوت سالم باز داشته باشد و بهر صورت

در cas آقای Cope امتناع بعد از واضح شدن کامل مشکل (روش پیشنهاد شده و خطرهای آن) صورت گرفته است و یک فرصت برای جروبحث

امتناع و استدلال موجود بوده است و در case آقای kior جروبحث ناقص صورت گرفته و تلاش برای جروبحث بعمل نیامده با وجود این موصوف

با رضایت خویش مراجعه نموده تا تداوی گردد. و این همان حالتی است که دکتر با در نظر داشت وضعیت طبی هدایت به تداوی بر خلاف میل واراده

مریض نموده است.

C:- درحقیقت بعضی چیزها روشن نشده بود و آن اینکه برای آقای (kiior) 10 سال قبل در اثر شاک انفیلا کتیک بمقابل پنسلین نزدیک

به سرحد مرگ رسیده بود مگر آقای kiior به اتاق عاجل نتوانست و یا نخواست آنرا بگوید و یا میل به گفتن آن نکرد. ذکر انتی بیوتیک یک عکس العمل امتناع آمیز فزیولوژیک رادراو تحریک نمود. مریض با اینکه بهبودیافت به این اتفاقات توجه نکرد وضعیت یا حالت بخصوص مریضی وی داکتران را بطرف تداوی فوری کشانیده باوجود که آنها تلاش بدریافت کشف منبع مشکلات نمودند ولی موفق نشدند و ضرورت عاجل وی به تداوی اولویت را بخود گرفت.

d:- این case روشن میسازد که طیبیان بعضی اوقات و تحت شرایط خاص مجبور استند قبل از روشن شدن تمام معلومات لازمه تصامیمی را اتخاذ نمایند. بدین ترتیب صحت و نادرستی تصامیم کلینیکی همیشه بادر نظر داشت دانش اشخاصیکه در کلینیکی هستند ارزیابی گردد. این case مغلق و مشکل آفرین این را وانمود میسازد که به چه اندازه موفقیت های واقعی گاه گاهی نتایج مبهم را بار میاورد. کسی تنها میتواند جدوجهد به آغاز تصامیم نماید که تنها بصورت مکمل و محتاطانه همانطوریکه مقتضیات اجازه میدهد آنرا تجزیه و تحلیل نماید. [20]

فصل هفتم

روابط طبیب با مریض و احترام به قانون و حقوق بشر

یکی از خصوصیات اساسی اخلاق طبیب داشتن احساس عالی، مسولیت درمقابل حیات و صحت مریض میباشد. که این احساس باید در عمل به حیث دقت و توجه به مریض، برخورد درست و قائم نمودن مناسبات خوب با آنها و مطالعه پسیکولوژی مریض پیاده شود. تنها داشتن احساس دلسوزی در برابر مریض کافی نیست احساس مسولیت را میتوان با داشتن مهارت عالی مسلکی، داشتن تفکر کلینکی، وضع صحیح تشخیص مرض در هر واقعه مشخص، انتخاب و استعمال میتود درست تداوی و کوشش جهت احیای مجدد صحتی و مسلکی مریض عملی نمود. در وقت کمک به مریض طبیب مکلف است از پرنسیب اساسی که هیپوکرات توصیه نموده (به مریض ضرر نرسان) پیروی نماید در وقت انتخاب میتود تداوی از همان میتودهای تداوی باید استفاده گردد که طبیب یا برای خود و یا برای مربوطین شخصی خود استفاده می کند. یگانه هدف طبیب از تجویز مستحضرات دوائی باید آرامش درد و بهبود حال مریضانش باشد. [19]

دقیق بودن تداوی و دلسوزی پرسونل طبی نزد مریض امید صحت شدن را بار میآورد قسمیکه ولتر گفته (امید به صحت یاب شدن نصف صحت یابی است) طبیب باید اعتماد مریض را بخود جلب کرده بتواند و به مریض تلقین نماید تا وی اعتماد به تداوی پیدا کند برای این منظور خصوصیات فردی هر مریض مطالعه گردد. و با در نظر داشت آنها تردد و ترس مریض را از عواقب ناگوار مرض دور ساخته و تداوی روحی را انجام دهد. حس خودخواهی و فورمالیزم متاسفانه هنوز نزد پرسونل طبی موجود میباشد (مریض به من ارتباط ندارد من مصروف استم، در آینده بیائید و غیره.....) که ژرف اندیشی و صمیمی بودن طبیب با مریض این نقیصه را رفع میکند. بر علاوه از داشتن خواص عالی انسانی دو کتور نباید راجع به شکل ظاهری و وضعیت فزیک خویشتن بی تفاوت باشد وضع ظاهری طبیب تاثیرات زیادی بالای مراجعین دارد که در اینجابه بحث ننتها بالای سلیقه و حسن فزیک طبیب است بلکه منظم بودن پاک بودن (دست ها، ناخن ها البسه و غیره) و حتی صحت بودن طبیب مطرح میباشد.

اخلاق طبابت تقاضای نماید تا طبیب صادق و صمیمی باشد. در صورتیکه مرض انزار نسبتاً خوب داشته باشد از تشخیص به مریض باید اطلاع داده شود. ولی در بعضی واقعات مثلاً در واقعات سرطانی غیر قابل عملیات و یا امراض غیر قابل علاج دروغ مصلحت آمیز مجاز میباشد و در این مورد به مریض تشخیص دیگری گفته میشود تا امید مریض از معالجه قطع نگردد. [2]

با گفتن تشخیص غلط برای مریضان غیر قابل علاج طبیب ننتها مریض را آرام میسازد بلکه به مریض موقع می دهد. تا به آرامی چشم از دنیا بپوشاند. بعد امید زندگی پیدا شده و حتی قابلیت کار نزدش بوجود می آید. شاعر بزرگ (نیکواسوف) که قبل از مرگ راجع به مرض غیر قابل علاج خود دانسته بود گفته است: (مردن وحشت ناک نیست ولی در انتظار مرگ بودن وحشتناک است).

جراحی مشهور نوشته که روزی نزدش معلم پیری آمد که این معلم را او منحیث یک مرد متین و بزرگ میشناخت این معلم مصاب سرطان مری بود و از جراح میخواست حقایق را بداند طبیب نیز تصمیم گرفت تا حقایق را به او بگوید و نتیجه این شد که مریض خود را آماده مرگ ساخت و بعد از آنکه زمانی چشم از جهان پوشید. اما در روزهای آخیر زندگی خود این کلمات

راتکرار می‌کرد (چراطیب بمن گفت که من مصاب سرطان استم گرچه من از او خواش نموده بودم تا حقایق را بگویم ولی انتظار شنیدن جواب منفی رانداشتم)

گفت شنود با مریضان سرطانی و امراض خطرناک باید همیشه برای مریض مسرور کننده وقت دهنده بوده تا امید صحت یابی نزدشان بوجود آید گرچه حالت مریض خیلی ها وخیم هم باشد. باید در نظر داشت که این نوع مریضان به امید کمترین تغییر بطرف صحت خود امیدوار بوده و با این نوع گفت و شنودها آنها را میتوان تلقین نمود این گفت و شنودها گرچه خوش باورانه هم باشد از طرف مریض بدون تردید قابل قبول واقع میشود. حتی دو کتوران مجرب جراحی که تجربه کافی در مطالعه امراض سرطانی داشته اند زمانیکه خودشان مبتلا به سرطان گردیده اند با گفتارهای دروغین همسلکان خود تحت تلقین قرار گرفته اند.

در تاریخ جراحی از این نوع مثال ها بسیار زیاد است میتوان از جراح بزرگ معده (میکولیچ) یاد آورد که این جراح در اخیر عمر به مرض سرطان معده مبتلا بود و از طرف یکی از شاگردانش عملیات گردید بعد از عملیات به مریض اطلاع داده اند که نزدش تنها یک پانکراتیت مزمن موجود بود و این اطلاع چنان تاثیر مثبت بالای جراح مشهور کرد که چندین وقت دیگر در کلینیک خود کار می‌کرد و حتی مریضان را عملیات مینمود. همچنان میتوان از جراح بزرگ (پیراگوف) یاد آورد که در اخیر عمر مبتلا به سرطان غیر قابل عملیات شده و تا آخر زندگی از خصوصیات حقیقی مرض خود با خبر نگردید. مسولیت بزرگ و دشوار نزد طبیب وقتی بوجود می‌آید که در مورد انزال مرض برای مریض توضیحات ارائه نماید. طبیب مشهور می‌گوید (اظهار تمام هراسیکه نزد دو کتور از سبب مرض موجود است به مریض ننشنا اشتباهات طبی است بلکه در بعضی واقعات جنایت میباشد) مریضان وخیم را نباید تفهیم کرد که مرض وی غیر قابل علاج و بدون امید میباشد و به این ارتباط معقول صدق میکند که می‌گویند (مریض ناامید موجود نیست بلکه داکتر ناامید موجود است). بعداً مریضان غیر قابل علاج با حالات وخیم از دو کتوران خواهش مینمایند تا به زجرت شان خاتمه داده شود بدین معنا که حیات شان قطع گردند این عمل بنام اوتانازی یاد می‌گردد. طبیب در مورد Euthanasia (مرگ آرام یا تسریع مرگ) چه باید کرد؟ در این مورد طبیب مکلف است تا از تمام مواد و وسایل معالجوی دست داشته برای آرام ساختن درد و دور ساختن زجرت مریض استفاده بعمل آرد. ولی اخلاقاً و قانوناً حق ندارد مردن مریض را تسریع نماید در این واقعات باید دانست که تقاضای مریضان نه صادقانه بلکه مجبوری میباشد و از طرف دیگر تشخیص مرض غیر قابل علاج بعضاً میتواند اشتباهاً وضع شده باشد. [21]

مدلهای ارتباطی طبیب و بیمار

مدل سزازهولاندر^۵

سزازهولاندر سه مدل را به عنوان اساس رابطه طبیب و بیمار مشخص کرده اند بدین ترتیب که این مدل‌های متقابل، در تمامی روابط انسانی از جمله طبیب و مریض ظاهر میشوند.

⁵ Szasz in Hollander

مدل فعالیت - انفعال^۶

این مدل نوع تقابل است که در آن طبیب فعال و مریض غیرفعال است. این جهت گیری در مورد نوزادان، بیماران بیهوش، اغمایی و بیماران که در وضعیت اورژانس قرار دارند، بسیار مناسب است. این مدل طبیب را در وضعیت کنترل محض قرار می‌دهد و از احساس قدرت طبیب حمایت میکنند در این مدل بیمار قدرت مدیرانه و طبیب سالارانه است.

مدل - هدایت - همکاری^۷

این مدل اساساً بیشتر اعمال طبی را مشتمل بوده و شامل یک سلسله علائمی است. این مدل در جستجوی کمک طبی است که دارای اطلاعات در رابطه با نیازهای بیمار است. طبیب هدایت را در قالب درمان ارائه میکند و در عوض انتظار میرود که بیمار نیز با پیروی از دستورهای طبیب با او همکاری نماید. ارزش این مدل بیشتر در آنستکه طبیب بداند که برای بیمار چه چیز مفید است و منافع بیمار را به بهترین وجه ممکن حفظ میکند. بیمار نیز با این هدف موافق باشد در این مدل نیز طبیب سالارانه است. البته شدت آن کمتر است.

مدل مشارکت دوگانه^۸

سومین مدل، مشارکت دوگانه است و بر این اساس مبتنی است که تساوی میان انسان‌ها از ارزش بالایی برخوردار است. این امر فرضیه اساسی در روند مودکراتیک است. در این نوع تقابل چنین فرض میشود که مشارکت کنندگان دارای توانائی تقریبی مساوی استند. آنها به یکدیگر نیاز دارند و تقسیم فعالیت هر دو نفر را راضی میکند. این مدل با مشخصه‌ای ساختارهای خود یاری میرساند. امروزه در اقدام‌های صحتی و معالجوی مهم است این مدل تجربه بیمار را عامل مهمی در مراقبت از خود به ویژه در بیماری‌های مزمن میدانند. نقش طبیب در این مدل کمک به بیماران است، تا آنها به خودشان کمک کنند بدین ترتیب این راه یک روش وابسته شدن افراد به یکدیگر است که برای حل مشکل است. سزاز و هولاندر این مدل را در مورد بیماران تحصیل کرده و آگاهی که شبیه طبیبان هستند، مناسب تر میدانند. آنان به این عنوان یک اصل را بیان می‌دارند یعنی با بهبود وضعیت سلامت بیمار رابطه طبیب و بیمار نیز باید تغییر کند و در این جاست که نیازهای روانی غالب شده با خود مختاری بیمار تداخل می‌کند. آنها به رابطه طبیب و بیمار مانند روابط در حال تغییر والدین با فرزندان روبه رشد خود می‌نگرند. هم‌زمان بارش و نمودی نوزاد مسولیت والدین در مقابل کودک بیشتر میشود.

از نظر طبابت مدل مشارکت دوگانه در خود مختاری بیمار نقش اساسی دارد. آنچنان که انجمن اطباء امریکا نیز آن را ذکر کرده‌اند. در این مدل چنین فرض شده است. که نوع بشر ظرفیت رشد و تغییر را در ادارت طبابت که با احترام به افراد مختلف مبتنی است، امکان انتخاب برای افراد را به عنوان یک ارزش برتر تأیید و از آن حمایت بعمل می‌آورد.

مدل رابرت ویچ^۹

در مدل‌های چهارگانه ویچ از نظر تقابل بین طبیب و بیمار امکان برقراری یک رابطه اخلاقی تسهیل شده وجود دارد.

Activity passivity model⁶

Guidance cooperation model⁷

Guidance cooperation model⁸

Robert veatch⁹

مدل مهندسی^{۱۰}

در مدل مهندسی، ویچ امکان هر گونه ارتباط فاقدارزش بین علم وطبابت راردمی کند و بیان میدارد: انتخاب باید از میان حقایق، مشاهده ها، طرح های تحقیقاتی، نتایج آماری و در قالب ارزشی که به وسیله دانشمندان انجام شده، صورت گیرند. در زمینه علوم کاربردی مانند طبابت که در آن برخلاف مهندسی نمیتوان ارزش ها را به نفع توصیه های تکنیکی برای انسان حذف کرد، این انتخاب ها باید صورت گیرند.

مدل مذهبی^{۱۱}

در مدل مذهبی ویچ طبیب بایستی موقعیت را از نظر اخلاقی پیدا میکند. و به بیمار بگوید که در شرایط خاص چگونه عمل می کند. این مدل بر اصول اخلاقی (زیان نرسانید) مبتنی است در اصل عملکرد طبیب سالارانه پنهان کردن اخبار بد از بیمار و دادن اطمینان غیر واقعی به او تجلی می یابد. در این روش بیمار تصمیم نمیگیرد و در عوض طبیب آزادانه عمل می کند. برای مثال: این مدل اجازه نمی دهد که اشخاص بر اساس اعتقادات مذهبی از تزریق خون امتناع کنند.

طبیب سالاری با کاهش صلاحیت های بیمار از زندگی و اختیارات بیمار می کاهد و راستگویی و وفاداری به تصمیم های فردی را بر اساس اصل (زیان نرسانید) به انکار و صورت های مشابه مبدل میسازد.

مدل دانشگاهی^{۱۲}

در مدل دانشگاهی ویچ، طبیب و بیمار همکارانی هستند که هدف مشترک آنان رفع بیماری و حفظ سلامت است. اطمینان و اعتماد، نقش اساسی را در این مدل ایفا میکند. البته ویچ به صورت واقعینانه اشاره دارد که اساسی برای تساوی در رابطه بین طبیب و بیمار وجود ندارد. زیرا وضعیت اجتماعی، اقتصادی و تفاوت های تحصیلی و آموزشی فرض وجود منافع مشترک را از بین میبرد.

مدل قراردادی^{۱۳}

در مدل قراردادی ویچ، افراد مشارکت کننده یکسان محسوب میشوند و دارای انتظارات، تعهدات و منافع در قبال یکدیگر هستند. در این مدل تعهد به اصول اخلاقی نقش اساسی را دارد. همچنین کنترل نهایی بیمار بر سرنوشت خود نیز از اهمیت خاصی برخوردار است بنابراین در این مدل تقسیم صلاحیت و مسولیت های اخلاقی وجود دارد. بدون آنکه طبیب و بیمار از لحاظ اخلاقی از یکدیگر کناره گیری کنند.

به اعتقاد ویچ مزایای مدل قراردادی عبارت انداز: پرهیز از کناره گیری اخلاقی طبیب در مدل مهندسی و کناره گیری اخلاقی بیمار در مدل مذهبی. همچنین مدل قراردادی حاوی تساوی کاذب مدل دانشگاهی نیست. مدل قراردادی برای بیمار امکان انتخاب آزاد را ایجاد میکند و به او اجازه میدهد که درباره اقدام مهم تصمیم بگیرد. در این مدل طبیب آزاد است که

Engineering model¹⁰

Priestly model¹¹

Collegial model¹²

Contractual model¹³

در قالب مشخصی درباره جزئیات تصمیم اتخاذ نماید. علاوه بر آن این مدل به هریک مشارکت کننده گان اجازه میدهد تا در صورت حفظ انسجام اخلاق شخصی به تعهد های خود عمل کنند.

اساس رابطه طبیب و مریض بر پایه ارزش و وقار نوع بشر است ایجاد اعتماد راه های حل مشکل و همکاری مبتنی بر این است که طبیب بتواند به عنوان منبعی که اطلاعات مربوط به مشکل مریض را فراهم میکند، عمل کند. همچنین ممکن است طبیب در رابطه مشاورتی با مریض و بیان احساسات و حوادث مربوط به مریضی شرکت کند.

او ممکن است به عنوان جاگزین والدین، یافردی دیگری عمل کند و به مریض امکان دهد که احساسات مربوط به این روابط را آشکار سازد بدین ترتیب رابطه بین طبیب و مریض، بین فردی و معالجوی بوده و در مورد مسائل حرفه یی مریض است. این مساله یک روند آموزشی است که در آن از تحمیل ارزش های طبیب به مریض خودداری میشود. هدف این است که مریض خود را به عنوان راهی جهت رسیدن به احساسات و توانمند شدن شخصیت خویش در جهت مثبت بکار گیرند طبیبان با پذیرش افراد آنچنان که هستند و کمک به آنها در هنگام اضطراب، تهدید بیماری را در آنها کاهش می دهند. مریض و طبیب همراه با یکدیگر در مسیر وابستگی و استقلال مریض و نیز در جهت حل مشکل همکاری میکنند. مریض در این مرحله ممکن است خدمات موجود را به طور کامل جهت حل مشکلات و حرکت به سوی اهداف و روابط جدید به کار گیرد.

طبیب باید ارتباط خود را با مریض به عنوان نوعی رابطه کمک رسانی در یابد. طبیب به عنوان یک منبع اطلاعاتی موارد صحی و معالجوی میتواند در مورد نیازهای مریض عمل کند. در اینجا هدف ترکیب تمامی نقش ها در جهت آموزش و رشد بیمار است. نقش رهنما را میتوان در شرایط سریری و نیز سطوح محلی، ملی عملکرد دموکراتیک در طبابت را بعنوان موضوعی مطرح میکند که در آن مریض به یک مشارکت کننده فعال در طرح مراقبت طبابت تبدیل میشود و طبیب به عنوان یک رهنما نیاز ندارد که اهداف مریض به او گوشزد شود. حساس احترام به ارزش هر فرد در برقراری روابط دموکراتیک است.

روابط طبیب با بیمار به صورتی مشابه تحت تاثیر وجود یا فقدان احترام متقابل، اطمینان، تقسیم قدرت و رهایی از نقش غلط فرد جاگزین است. این نوع رابطه طبیب و بیمار ممکن است بیش از سائر مدل های طبی شامل یک رابطه دموکراتیک اعتماد متقابل و احترام بین بیمار و طبیب باشد در این مدل طبیب به عنوان مدافع بیمار است. مدل پلانو با مدل قراردادی و بیچ نیز سازگار است. پلانو به شرکت کامل بیمار اصرار می ورزد در حالیکه انتخاب اهداف و تعیین مشکل انحصاری تحت کنترل بیمار است. طبیب جریان تعیین مشکل را بوسیله بیمار تسهیل میکند و آموزش می دهد و جریان و اهداف را تجزیه و تحلیل و ارزیابی می کند. انتخاب ارزش ها مربوط به بیمار است و طبیب نقشهای متفاوت پلانو را به منظور افزایش احساس ارزش و خودمختاری بیمار به کار می برد. ترکیب این نقشها، آن چنان که پلانو آنها را تعریف میکند اساس نقش طبی به عنوان مدافع بیمار است. [3]

نقش طبیب به عنوان مدافع بیمار

طبیب که نقش حامی منافع بیمار را ایفا میکند گاهی به عنوان چشم، گوش، بازو و پای بیمار عمل میکند و گاهی نقش مراقب، محافظ، مدافع بیمار را ایفا میکند. بویژه در مواقعی که هیچ فرد دیگری در کمک به بیمار در نبرد نهایی حیات بر علیه مرگ وجود نداشته باشد. طبیب در این نقشهای متعدد جاگزین یک درمانگر و منبع تحکیم شخصیت بیمار میشود و در حالیکه بیمار در یک بحران سلامتی به سر میرسد، طبیب خود را مساوی با بیمار قلمداد میکند و به عنوان فرد با احساسات و نه شخصی که ارزش ها

واولویت های خود را قدرت مدارانه به بیمار تحمیل میکند، قلمداد میشود فرد جاگزین بعنوان شخصی که بر اساس دموکراتیک و جمع گرایی عمل می کند. هرگز احترام به خود مختاری بیمار را نادیده نمی گیرد. طبیبی که این نقش های متعدد را درک می کند در تلاش جهت تامین منافع بیمار و دستیابی به اهداف خویش از منافع و حقوق بیمار حمایت کرده و آنها را ارتقا میبخشد. در هر حال طبیب تشخیص میدهد که اولین وظیفه او حمایت و مراقبت از سلامت و امنیت بیمار است. طبیب در جهت محافظت از بیمار و نیز به منظور حفظ سلامت و بهداشت، از منافع بیمار حمایت میکند. نقش مدافع بیمار چنان که مینی گودنو^{۱۴} مطرح کرده است، چنین است: (این بیمار است که تعیین میکند طبیب چه باید بکند) بیمار دارای حقوقی است و حقوق بیمار به سائر افراد نیز بستگی دارد. چنانچه بیمار قادر به حفاظت و مراقبت از خود نباشد، باید سائر افراد این امور را انجام دهند. بنابراین طبیب به عنوان مدافع بیمار تمامی اعمال طبی را هدایت میکند.

Opinions on the patient physician Relationship

نظریات در مورد رابط طبیب با مریض

اجزای (عناصر) اساسی رابطه طبیب و مریض

از زمانه های قدیم طبیبان دریافته اند. که صحت و سلامتی مریضان به همکاری مریض و طبیب بستگی دارد. مریضان در مسولیت نگهداشت صحت خویش با طبیبان شریک اند. رابطه طبیب و مریض زمانی بزرگترین منفعت برای مریض است که آنها مشکلات طبی خویش را مورد توجه طبیب قرار داده با آخرین توانایی خویش در مورد حالت صحی شان معلومات داده و با طبیبان خویش در یک اتحاد و احترام متقابل همکاری نمایند طبیبان با خدمت به طور حامی حقوق ذیل به این اتحاد و پیوستگی بهترین همکاری را نموده میتوانند.

1 - مریض حق اخذ معلومات از طبیب و بحث در مورد فواید، خطرات و ارزش اهداف اساسی را دارند. مریضان باید از طرف طبیبان به اعمال مناسب رهنمایی شوند. مریضان همچنان به دریافت کاپی ها و خلاصه های ریکارد (Records) طبی شان جهت جواب به سوالات شان آگاه و از تنش های طبی که طبیبان شان داشته باشد مطلع شده و به نظریات حرفوی مستقل حق داده شوند

2 - مریض حق دارد تا در مورد مواظبت صحی که از طرف طبیبش توصیه میشود تصمیم اخذ نماید بنابراین مریضان میتوانند که تداوی طبی توصیه شده را قبول و یارد کنند.

3 - مریضان حق دارند که به نیازمندی های شان احترام قایل شده وقتاً فوقتاً توجه به آن صورت گیرد

4 - مریض حق دارد که رازهای او محرم باقی بماند طبیب بدون حکم قانون و یابدون ضرورت به حفظ آرامش و فواید شخصی و عامه مریض حق فاش نمودن مکالمات و معلومات محرمانه مریض را ندارد.

5- مریض به دوام مراقبت از صحت خویش حق داشته و طیب به همکاری در هم آهنگی مواظبت های طبی توصیه شده کارمندان صحتی که از مریض پرستاری مینمایند مسولیت دارند.

وظیفه طبی و موضوعات در برگیرنده کلینیکی بین طیب و مریض اساساً یک فعالیت معنوی و اخلاقی است که الزامات چون مراقبت مریضان و تنقیص معذب شدن آنها منشاء میگیرد.

یک رابطه بین طیب و مریض وقتی موجود است که طیب خدمات ضروری طبی را به مریض انجام میدهد بطور عموم باتوافق نظر دو طرف طیب و مریض در بعضی حالات توافق ضمنی موجود میباشد، مثلاً وقایع عاجل و یا وقتی طبییی به تقاضای طیب معالج به مریض خدمت می نماید. در حالات نادر تداوی بدون رضایت (طیب) میتواند تحت حکم محکمه انجام گیرد.

با این اساس مسولیت طیبیان در مقابل مریض یا برجاست رابطه بین مریض و طیب به اساس اعتماد بوده و به مسولیت های اخلاقی طیب می افزاید آسایش مریض بالاتر از سود طیب و بالاتر از مسولیت های آن میباشد. بوسیله رابطه طیب و مریض، از یک طیب اخلاقاً توقع میرود تا فیصله طبی را محترم شمرده و بهترین بهره مندی مریض را سبب شده و عالی بداند. [19]

مسولیت های مریض (Patient Responsibilities)

از دیر مدت شناخته شده که مراقبت صحتی موفق مستلزم کوششهای همکارانه بین مریضان و طیبیان است. طیب و مریض در یک همکاری ارتباط دارد که مستلزم اجرای نقش فعال هر کدام در پروسه معالجه است. چنین یک همکاری نماینگر این نیست که هر دو شریک (طیب و مریض) دارای عین مسولیت ها و یا توانایی مساوی است زیرا طیبیان به تهیه خدمات مراقبت صحتی به مریضان به بهترین وجه توانایی شان مسول بوده و مریضان به مکالمه واضح، اشتراک در تصمیم تشخیص و تداوی و موافقت به پروگرام های معالجوی توافق یافته مسول اند. بمانند حقوق مریضان، مسولیت های مریضان از اساسات خود مختاری مشتق شده است، اساسات خود مختاری مریض شامل این است که خصوصیت، سایکولوژیکی و اساسی شخص محترم شمرده شود.

این اصل همچنان ظرفیت انسانی را جهت حاکمیت به خود مختاری و انتخاب یک دوره اجرای اعمال انجام یافته را از میان چندین مرحله اختیاری مختلف بالا میبرد. مریضان خود مختار و صلاحیت دار از بعضی کنترل های که مراقبت صحتی شان را اداره می کنند دفاع مینمایند با استفاده از خود مختاری و انتخاب آزاد تعدادی از مسولیتها بوجود میآید.

1- مکالمات خوب جهت یک رابطه موفق طیب و مریض ضروری است و وسیعاً مریضان به صداقت و شرح موضوعات معجز به طور آشکارا به نزد طیبیان مسول اند.

2- مریضان به سویه یک تاریخچه مکمل به شمول معلومات در مورد مرض های قبلی تداوی شده آنها، بستری شدن، تاریخچه فامیلی مرض به دیگر موارد مربوط به صحت آنها مسول اند.

3- مریضان به تقاضای معلومات و وضاحت حالت طبی و تداوی شان زمانیکه آنها ندانند که چه شرح داده شده مسول اند.

4- زمانیکه مریض و طیب به اهداف تداوی موافقت نمایند مریضان به همکاری به تداوی و ایستاده گی در موافقت خویش مسول اند

- 5- مریضان به طور عمومی به چگونگی حالت مالی شان و نوع تداوی و یا بحث در مورد مشکلات مالی شان مسول اند، مریضان باید از مصرف تداوی آگاه بوده و با عدالت از منابع طبی استفاده نمایند
- 6- مریضان باید فیصله اخیر زندگی و آرزوهای شان را با طبیب در میان بگذارند، در چنین مباحث شاید به نوشتن رهنما (وصیت نامه) قبلی ضرورت است.
- 7- مریضان باید به حفظ صحت از طریق سلوک و روش بالابرنده صحت عمل کنند امراض اغلباً توسط یک روش زندگی صحیح و قایه شده میتواند و مریضان وقتی از پیشرفت مرض جلوگیری نموده میتوانند که در این حال مسول شناخته شوند
- 8- مریضان باید در اثر تماس شان که دیگران را مصاب ساخته میتوانند فعالانه علاقه داشته و از چنین سلوک و رویه دوری اختیار نمایند تا دیگران به خطر مواجه نگردند. مریضان باید درباره انتقال و خطر امراض پرسش و مطابق آن از انتقال امراض بطور بهتر جلوگیری نمایند.
- 9- اشتراک در آموزشهای صحی به مفاد مریض و سیستم مراقبت صحی است، مریضان به اشتراک در این موارد تشویق میشوند. به اساس راپور رضایت مریضان و یا پایبوت آنها همیشه به رد مراقبتهای صحی عمل می نمایند
- 10- مریضان باید در مورد اهدا و اعطای اعضای بدن با طبیبان شان بحث نمایند باز هم میتوانند تصمیم عاقلانه را اتخاذ نمایند.
- 11- مریضان نباید در اجرا و اشتراک مراقبتهای صحی قرار گیرند و باید سلوک غیر اخلاقی و غیر قانونی طبیبان و همکاران صحی را به اجتماعات طبی و یا مقامات قانونی راپور دهند. [19]

روابط طبیب با اطباء و سائر پرسونل طبی

از طبیبان توقع میرود که نظر به ویژه گنگی ها و خصوصیات مسلک شان باید با هم دیگرشان بصورت اعضا ی یک فامیل صمیمی بوده و وظایف مسلکی خویش را به کمک و معاونت هم پیش ببرند و یک احساس تعاون و تساند و وظیفوی و مسلکی بین اعضای یک تیم صحی موجود باشد. در اعلامیه Geneva یا سازمان طبی جهان (W.M.A) تعهد ذیل تذکر یافته:

(همکارانم بقسم برادران و خواهرانم خواهد بود) بنا دو کتوران و متخصصین طب ی بافضا ی صمیمیت و همکاری و اعتماد با هم دیگر با سائر همکاران مانند دو کتوران جوان، نرس ها، فل مشرها و لابرات ها و غیره وظایف مسلک ی خویش را که عبارت از کمک به مریضان و اعاده صحت آنها است بحسن صورت انجام دهند، اما بعضاً رابطه اطباء و هم مسلکان صحی به منظور استفاده های مادی برهم خورده و بی نظمی در ساحه وظیفوی شان بوجود می آید و حتی از هم مسلک خود بمنظور کمک های صحی مطالبه فیس و توقع اجرت رادارند، البته تفسیر این مرام از یک کشور تا کشور دیگر ی و یا با گذشت زمان متفاوت است، گرچه پرداخت پول در بدل خدمت یگانه راه ی درآمد دو کتوران بوده با آنها دو کتوران با احساس و با عاطفه قدسیت و رابطه هم مسلکی رادرنظر گرفته از اخذ فیس اجرت خویش ابا و امتناع م ی و ورزند و یا از خدمت کمتری مطالبه م ی نمایند. در ممالک عقب مانده و روبه انکشاف از آن جمله مملکت مافغان ستان بعضی از طبیبان هم مسلکان خود را بنا بر حسد، کینه و دشمنی و یا از رهگذر غرور و خودخواهی تخریب نموده و آنان را نادان بی کفایت قلمداد و حتی تشخیص مثبت و درست آنها

رامنفي وانمود می نمایند و دواهایی که طبیبان قبل ی تجویز نموده و اگر درست و بیجا هم باشد آنرا رد می نمایند، روحیه ، برداشت و اعتقاد مریضان را نسبت بداکتر معالج شان مغشوش و متزلزل میسازند که این عمل خلاف آداب مسلک و اخلاق طبابت و انمود شده میتواند.

بمریضان، پایواز و منسویین آنها کلماتی مانند (حالا که مریض را به مردن نزدیک ساختید نزد من میاورید) و یا مانند (فلان داکتر نالایق است چیزی را نمی فهمد، چند روز دیگر اگر به همین قسم تداوی میشد، مریض دیگر امید نجات را نداشت و امثال آن) را ادای نمایند. شاید در بعضی از این دو کتوران مشک لات روانی و کمبود شخصیت احساس گردد. دو کتوران نسبت برشته، خصوصیات مسلکی، رتب دولتی، علمی و سابقداری آنها ارزیابی شده در جامعه طرف اعتبار قرار میگیرند چنانچه بعضی از دو کتوران نظر برشته های تخصصی شان از احترام و معاش بیشتر ی نسبت بدیگری برخوردار میباشند. از جانب دیگر در ساحه رشته تخصصی خود استادان نظریه آنهائی که در بخش انفرادی یا عامه کار میکنند تفوق و برتری دارند.

بارش در سریع در عرصه فهم علم ی و کاربردهای کلینیکی، طب بطور فزاینده مغلق شده بنآء دو کتوران ممکن نیست که تنها متخصصین تمام امراض و یا کمک کننده تمام بخش های طبابت باشند، دو کتوران ضرورت به همکاری دیگر دو کتوران و متخصصین مسلکی بامهارت، نرس ها، فارمیست ها، پتالوگ ها، فی زیوتراپست ها، تکنیشن ها دارند، تابتواننده کمک بخش های مختلف صبحی بمریضان شان مفید واقع شوند.

رفتار احترامانه با همکاران مسلکی و بطور مشترک همکاری ی سائر پرسونل طبی که مرام اصلی کمک، مراقبت و نفع رساندن بمریضان است لازم شمرده میشود، چنانچه در نظام نامه بین المللی اصول اخلاق طبی یا انجمن طبی جهان، رابطه نیک و همکاری اطباء امر مسلم و یک اصل غیر قابل انکار محسوب میگردد. چنانچه نباید برای بدست آوردن فیس یا حق الزحمه یا سائر منافع مادی یا موقوف دولتی و اجتماع ی، یا مسائل حزبی، تنظیمی، نژاد، مذهب رابطه سالم بین پرسونل طب ی را خدشه دار سازد، حسن رابطه، روحیه همکاری یک جزء حتمی بمنظور پیشرفت خدمات مسلکی طبابت شمرده میشود باید اطبا ی جوان و آنائی که تازه این مسلک شریف را فرا گرفته اند به استادان، متخصصین که از اوشان قدامت دارند به اوشان احترام و اطاعت داشته باشند. چنانچه اعلامیه Geneva این موضوع را چنین مطرح می نماید (من به استادانم احترام قایل بوده و از اینکه فن شریف طبابت را بمن آموخته اند، همیشه مدیون آنها بوده و اظهار قدردانی مینمایم). استادان و متخصصین طب باید به محصلین وهم مسلکان جوانیکه تازه فراغت حاصل نموده اند، رفتار و روش پدران داشته و به آموزش بیشتر آنها توجه داشته باشند.

بنآ ارتباطات بین دو کتوران و سائر کارکنان طبی بخش عمده **Dontology** طبی را تشکیل میدهد. از اینکه تا کدام اندازه این ارتباطات درست و مودبانه استحکام یافته است و چه نوع فضا ی روحی در موسسه صبحی حکمفرما است به همان اندازه کیفیت کار در موسسه تنظیم میگردد. در ارتباطات **Colactive** طبی احترام متقابل، اعتماد متقابل، کمک متقابل و در نتیجه کمک بمریض موضوعات اساسی می باشد.

انتقاد شدید یک طبیب از طرف طبیب دیگر در حضور مریضان و پرسونل متوسط و خورد طبی مجاز نیست. در کنفرانسهای طبی اعمال دو کتوران و سائر کارکنان طبی باید بالحن آرام ولی بصورت جد آعیری بررسی گردیده و انتقادات باید سالم و سازنده باشند. اطباء از اهمیت بسزای که همشیره ها، نرس ها و خدمه ها در مواظبت، مراقبت و پرستار ی مریضان دارند آگاه اند. از این

سبب طیب باید با کمال احترام به آنها و به وظایف شریف شان نگریسته و همچنین طرز برخورد خوب و نیکو را در مقابل پرسونل متوسط و خورد طیبی به مریضان و اقارب مریضان بیاموزد. [13 - 15 - 18]

رهنمای اخلاق طبابت برای طبیبان در پست های مدیریت و سائر نقش های غیر کلینیکی

طبیبان یا متخصصین طب اگر نقش های اداری و یاسائر نقش های غیر کلینیکی را به عهده دارند باید نیاز مند ی های مریضان را جد آ در نظر داشته، جهت منافع و مراقبت های صحیح آنها از هیچ نوع کمک و معاونت دریغ نه نمایند. کم از کم از عصر Hippocrate بدینسو در اذهان طبیبان این عقیده تلقی ح یافته که رفاه و آسایش مریضان در الویت کارایشان قرار داشته و بایست در این مورد سعی و توجه بیشتری را مبذول دارند. [19]

زمانیکه یک طبیب تصور نماید که یک موقف و یا مقامیکه مستقیماً با مراقبت مریضان سروکار نداشته باشد در این صورت الزامیت یا مسولیت های اخلاقی طبیبان خدشه دار میگردد.

طبیبان مسولیت دارند که هر نوع مراقبت های صحیحی را در مورد فقیران، ناتوانان و بیچاره گان انجام دهند، مواظبت از فقیران، باید جزء تقسیم اوقات معمول و کار ی طبیبان محلی و خدمات صحیحی رایگان آنها بوده و طبیبان این نوع مسولیت ها را با شیوه مختلف مثل معاینه و کمک مریضان فقیر و بی بضاعت در کلینیکی های دولتی و محلی بطور مجانی و یا کم قیمت همچنان خدمت در شفاخانه ها و کلینیکی های مخصوص فقیران و ناتوانان و اشتراک در پروگرام های صحیحی دولتی بمنظور مساعدت بهتر فقیران انجام پذیرد. [2]

طبیبان همچنان دو اطلبانه در کلینیکی های ختم هفته برای فقیران در محلات و پناه گاهای زنان بی خانمان اشتراک نموده از هیچ نوع کمک های بشردوستانه دریغ نه نمایند. یک طبیب در مقابل افراد یک جامعه و همچنان در مقامات قضا و عدالت مسولیت اخلاقی دارد. اگر مریضان در زمینه تداوی و تشخیص مرض شان عدم رضایت و شکایت خویش را اظهار م نمایند. مسولین اداره از طبیب مربوطه خویش حمایتی بی جا و بی مورد ننموده با وجدان پاک و ایمان کامل و قدسیت وظیفه عمل و مریض راتحت پوشش خویش قرار داده، حقایق را بر ملاء ساخته و از حقوق حقه و تلف شده آنها حمایتی و پشتیبانی نمایند. شواهد و مدارکی که موجود است به بهترین وجه تهیه و بدسترس مریض و مقامات عدلی و قضایی بسپارند.

نظربه سنن اخلاقی که هیپوکرات گفته طبیبان متجرب باید معلومات طبیحی جدیدیکه بدسترس شان قرار میگردد در خدمت سائراطبا بگذارند و اداره مربوطه مسلکی وظیفه دارند که طبیبان را تشویق نمایند و زمینه را برای ایراد کنفرانس ها، سمینارها، سمپوزیم ها مساعد گردانند تا از دانش مسلکی سائراطباء مستفید شده و سطح دانش مسلکی خویش را بلند بگردانند. پیشکش نمودن مهارت ها و تخنیک های پیشرفته طی، تحقیقات لابراتواری و دریافت های کلینیکی بمنظور انکشاف بیشتر طبابت و بهتر شدن مراقبت های صحیحی و قتا فوقتاً که در ژورنال های مسلکی انتشار می یابد مورد استفاده قرار داده شود. مسولین اداری و متخصصین رشته های مربوطه طبیحی بمنظور مراقبت و مواظبت خوب مریضان فرضیت و دین حرفو ی خویش را اداء نمایند و تحکیم روابط طبیب و مریض حق ویژه شان میباشد. [21]

طبیبان باید در مورد تقاضای مثبت مریضان سرویس های عاجل طیبی تا حد ممکن پاسخ گوی آنها باشند و هم طبیبان بدون در نظر داشت تبعیض نژادی، منطقی، مذهبی، حزبی و غیره در مورد وقایع و معالجه مریضان ساری و عفونی اقدام موثر و عاجل نمایند. طبیبان در حقیقت موظف و پاسخ گوی میراث معمول نیاکان و پیشینیان خویش در مورد مریضان و مراقبت های ایشان می

باشند. قرن ها قبل اطباء در مقابل فرد، افراد جامعه که مریض اند و محتاج بکمک صحی بودند فرضیت و دین خویش را با شایستگی علمی و مهارت های شجاعانه مسلکی بجا آورده اند. اما امروز باینکه مبارزه تاریخی و مجادله علیه آفات و امراض را که سبب نجات بشریت میشود ثابت نگهدارند. با فعالیت های بشر دوستانه و با یک دید وسیع خدمات صحی اساسی را انجام داد این عمل را نه در محدوده جغرافیایی بلکه با در نظر داشت ساحه وسیع ملکیت های بشری به عمل آورد، جهان بشریت را بمقابل حوادث غیرطبیعی و عکس العمل های منفی آن پاسخ مثبت و موثر داد. چون تصور میشود که افراد بشریت محتاج اند و محتاج در حقیقت مریض است و مریض قابل کمک می باشد. چنانچه اعلامیه جامعه طبیبان جهان که به آن اطباء تعهد سپاریده اند چنین است:

- 1- احترام بمقام، منزلت و بقای زندگی هر فرد از افراد جامعه بعمل آید.
 - 2- ازار تکاب جرایم مختلف و قایه، جلوگیری و اجتناب صورت گیرد.
 - 3- با مریض و یا بازخمی، بدون تعصب و تنفر با مهربانی و اجرای عمل شائسته همکاری و مساعدت گردد.
 - 4- از علوم طبی و مهارت های مسلکی در حال ضرورت قبل از اینکه اشخاص به مخاطره مواجه گردند استفاده معقول و بجا آورده شود.
 - 5- حفظ شخصیت و اعتماد کسیکه تحت مراقبت طبیبان قرار دارد بعمل آید تا صحت، رفاه و امنیت و ای تامين و از طرف دیگران مورد تهدید واقع نشود.
 - 6- به همکاران بصورت مستقلانه و متحدانه برای کشف، ترقی و پیشرفت در ساحه طبابت توجه مبذول داشته و بمنظور تسکین درد و آلام و خاتمه دادن رنج جهت بهبود بیشتر مریضان سعی ورزند.
 - 7- به تربیه افراد جامعه در مورد وقایه و جلوگیری از تهدیدیکه صحت آنها و اعضای فامیل شان را به مخاطره می اندازد، چه در حاضر و چه در آینده جد از آن جلوگیری بعمل آید.
 - 8- تدریس، تربیه و بار آوردن اشخاص متجرب و قابل اعتماد برای سپردن و تسلیم دادن امانت حرفه طبابت و دوام این مامول در آینده متعهد گردیده اند.
- بنآ ماد و کتوران به شرافت، حیثیت و حرفه مقدس خود سوگند یاد میکنیم که این تعهدات را عملی نمائیم.
- البته تعهدات فوق و سائر مطالبیکه درین مبحث ذکر شده بدون منجنت درست و اداره سالم وجدان و ایمان پاک و مقدس، احساس و عواطف انسانی و خیر اندیشانه صورت گرفته نمیتواند. [21]

مکلفیت های اخلاقی روسای طبی

این مفکوره که شاید یک مقام و موقف ادار ای میتواند که روابط مستقیم طبیب را با مریض از بین ببرد، اما رسالت های اخلاقی مسلکی را ملغی نمیسازد.

اصطلاح روسای طبی که در این جا بکار رفته به طبیبان ای اطلاق میگردد که آنها در زمینه تحویلده ای مراقبت های صحی از طرف اشخاص پرداخت کننده ثالث (مانند شرکت های بیمه، موسسات تنظیم و مراقبت کار فرما های خود کفء و غیره) استخدام شده اند و یا طبیبانی که از طرف منابع احکام دهنده طبی به نمایندگی از پرداخت کننده توظیف گردیده اند.

اینوع روسای طبیبی دارای وظایف مشخصی اند، بگونه مثال آماده ساختن فرامین پوشش (Coverage determination) که بسوی مسولیت اداری خاص پیش می‌رود. نکات ذیل از مفهوم فوق الذکر استنباط می‌گردد:

هرگاه طبیبان دانش مسلک‌های ارزش‌ها را که از طریق آموزش طبیبی و تجربی خویش حاصل کرده اند بکار نبرند و باین عمل شان مساله مراقبت یک مریض یا یک گروهی از مریضان را متاثر نمایند. در این صورت طبیبان مذکور در محدوده دایره مسلکی شان فعالیت نکرده اند. و مسایل اخلاقی راتقویت و حفاظت نمی نمایند. روسای طبیبی که در محدوده دایره مسلکی شان عمل می کنند مثلاً وقتیکه راجع به فعالیت های طبیبی تصمیم اتخاذ می نمایند، رسالت اخلاقی بیشتر دارند این استندرد های مسلکی طبیبی در برگیرنده لزوم دیدمالی ذیل است:

1- برتر قرار دادن علایق مریضان نسبت به هر ملاحظات دیگر مانند علایق شخص (چون پرداخت مالی) و یا علایق تجارعی استخدام کننده (مانند نفع) این امر مستلزم تطبیق و عملی ساختن پلان های مطروحه بصورت مساویانه برای هر مریض بوده که نه تبعیض مطرح بحث بوده و نه طرفداری از خود داشته.

2- استعمال اوصاف و مشخصات مناسب و عادلانه در وقت تهیه فرامین مربوطه به مراقبت های که مستلزم اشتراک وهم آهنگی تجارب مسلکی بوده و طبیبی رادرقسمت بوجود آوردن پلانها ی رهنمودی کمک می کند تا پلان های رهنمودی دقیقی بوجود آید که در برگیرنده تمام ملاحظات بطور مساویانه و مناسب عرض اندام نماید.

چون مسلم است وهمه میدانیم که ضوابط، اهداف و ارزش های اولیه حرفه طبابت راروشن میسازد. وقتی افراد در حرفه طبابت می شوند، در واقع پذیرای تعهدی اخلاقی شده اند که براساس آن موظف به رعایت ارزش ها و اجباری های ویژه اخلاقی هستند قوانین طبابت بر مبنای طبیعت افراد، مراقبت و سلامت مردم و جامع استوار است. طبابت در برگیرنده حمایت از سلامتی افراد، همچنین ارتقا و تجدید آن است. طبابت جلوگیری از بیماری ها و کاهش درد ورنج مراجعین است. این مراجعین میتوانند اشخاص، اعضای خانواده و حتی جامعه باشند.

از آنجایی که مراجعین اولین کسان ی هستند که در مورد سلامتی، مداوا و بهبود خود تصمیم میگیرند، بنابراین هدف عمل طبابت حمایت و تقویت از مراجعین به نحوی است که تا حد ممکن حس مسولیت و خودمداری رادرا آنها مستحکم میسازد. در این زمینه سلامتی بخودی خود هدف نهایی تلقی نمی شود، بلکه وسیله است که بیمار را به زندگی رهنمود می گردد که از دیدگاه او این زندگی پر معنا است. زمانیکه طبیبان در موقعیتی قرار میگیرند که باید تصمیم ی را اتخاذ کنند. به طور معمول مبنای این تصمیم گیری راپیامدهای مربوطه به اصول اخلاقی جهان شمول تشکیل می دهد که البته هر دو تعیین کننده اعمال طبابت هستند. اصل احترام به افراد از مهمترین این اصول است. اصول دیگر ی که در واقع ریشه از همین اصل دارند، عبارتند از: خودمداری و تصمیمگیری شخصی، نیکوکاری و انجام اعمال پسندیده، جلوگیری از ضرر و زیان، صداقت، راست گویی، رازداری، وفاداری و عدالت. [19]

بنابراین بطور خلاصه میتوان گفت موارد موجود در این مطالب وهمچنین تفسیر این مطالب می تواند در راستای اجباری های اخلاقی حرفه و کیفیت عالی مراقبت های طبابت، رهنمایی در زمینه رفتار و روابط لازم برای حرفه طبابت محسوب شود. یک طبیب هنگام ورود به حرفه طبابت مسولیت و اطمینان رابا خود به همراه دارد. مسولیتی که طی سال ها به علت پایبند بودن به قوانین رفتاری و اخلاقی، شغلی کسب کرده است. بنابراین قانون اظهارات مفسرانه برای طبیبان بیشتر یک عبارت کلی در مورد

وجدان و فلسفه طبابت است تا مجموعه از قوانین خارجی که بر فرد طبیب تحمیل میشود. تنها زمانی میتوان از انسجام مسلکی و حرفوی اطمینان پیدا کرد که فرد قوانین عملی حرفوی خود را رعایت کند.

یک قانون اخلاقی، اصول کلی را برای هدایت و ارزیابی عملکردهای طبابت ارائه می‌دهد. چنین قانونی اطمینان نمی‌دهد که مزایای لازم برای ایفای شغل در شخصیت هر طبییبی نهفته است. در موقعیت‌های ویژه، توجه اخلاقی عملکردهای طبابت تنها باید از روی رفتار طبییب به عنوان یک نماینده اخلاق انجام شود. بلکه باید با استانداردها و شیوه‌های تخصصی انجام شده نیز مطابقت داشته باشد.

قوانین طبابت از سوی انجمن طبیبان امریکاتعیین گردیده. این قوانین تا به حال چندین بار مورد اصلاح قرار گرفته است. این قوانین از این جهت با اهمیت است که توقعات حرفه طبابت با در نظر داشت شرایط جامعه و طبییب ضروریات اصول اخلاقی را مدنظر قرار می‌دهد. این قوانین و اظهارات مسائیل را فراهم می‌آورند که بواسطه آنها طبیبان میتوانند تصمیم اخلاقی را اتخاذ کنند و یا مسوولیت‌های را باید به دوش جامعه، سایر اعضا، تیم بهداشتی و معالجی یا حرفه خود بیافکنند. اگرچه طبییب در یک موقعیت خاص ممکن است نوع اصول اخلاق را که با معیار دران اعمال شود تعین کند یا این حال، این پیشنهادها، دستورالعمل‌ها و ارزش‌های اساسی و فلسفی که در آنجا ذکر می‌شوند، می‌تواند کاربرد وسیعی در مواجهه با موقعیت‌های که مستلزم مراقبت‌های بیمارستانی است داشته باشند. قوانین طبابت مقوله‌ای است که بحث در مورد آن در اماکن شغلی آزاد باشد. همچنین افرادی گروه‌های طبییب مجاز به دخل و تغییر در مفاد این قوانین نمی‌تند.

نقض یک قانون فرد را از نظر مدنی و قانونی مدعی می‌سازد. انجمن‌های طبییب ممکن است در ایفای وظیفه حرفه نسبت به جامعه، اعضای خود را به گونه تربیت کنند که این قوانین را نقض کنند. از دست دادن احترام و اعتماد جامعه و همکاران محرومیت، جدی است که از نقض این قوانین ناشی می‌شود. به علاوه هر طبییبی که اجبار شخصی برای پابند بودن به قوانین در خود می‌بیند. وی همچنین مایل است اطمینان یابد که همکارانش نیز عملکردی مشابه دارند. در این زمینه می‌توان از انجمن طبییب امریکا و انجمن‌های طبیبان برای کسب راهنمایی و کمک در برکارگویی این قوانین در موقعیت‌های مناسب استفاده کرد که مراتب آنی را احتوا میکند.

- 1- طبییب با حمایت معقول از اطلاعات محرمانه فرد، در واقع به حقوق شخص احترام می‌گذارد.
2. طبییب در مواقعی که حقوق فرد و جامعه دستخوش تاثیر سوء عملکردها نشانی، غیر اخلاق و غیر قانونی فرد یا افرادی میشوند از این حقوق حمایت می‌کند.
3. طبییب در مورد عملکردها و داوری‌های شخصی و مراقبت‌های طبییب احساس مسوولیت می‌کند.
4. طبییب در حفظ صلاحیت طبییب خود می‌کوشد.
5. طبییب از این داوری‌ها در ورطه عمل بهره‌مندی گوی و از صلاحیت‌ها و شایستگی‌های شخصی به عنوان معیار در مشوره، پدیی فتن مسوولیت و واگذار کردن فعالیت‌های طبییب به دیگران استفاده می‌کند.
6. طبییب در فعالیت‌های که در پیشرفت مداوم دانش حرفه‌ای او سودمند هستند مشارکت می‌ورزد.
7. طبییب در فعالیت‌های حرفوی مشارکت می‌ورزد تا بدین ترتیب در برکارگویی و توسعه معیارهای طبییب موفق باشد.

8. طبیب بدنی جهت در فعالیت های حرفه مشارکت می ورزد که بتواند شرایطی مناسب و منطبق با بالاترین شرایط کفنی معمول را در مورد مراقبت های طبی به وجود آورد. و این شرایط را در از مدت حفظ کند.

9 - مشارکت طبیب در فعالیت های حرفه بدنی علت است که جامعه را از گمراهی محفوظ نگاه دارد و انسجام طبی را حفظ کند.

10- طبیب با سایر اعضای تیم بهداشتی معالجوی و بقی مردم در جهت ارتقای جامعه و تلاش های ملی که در نهایت به نفع های بهداشتی جامعه منجر میشوند، همکاری نزدیکی دارد.

بر علاوه روسای طبی باین رهنمود ها و پالیسی ها پلان را مرور نمایند تا متقین شوند که مکانیزم تصمیم گیری آنها انعطاف ناپذیر و اطمینان بخش است و در زمینه معطرات مناسب اخلاقی تطبیق و عملی میگردد.

باین گفت که مقام یابست (ریاست صحت) بمنظور فراهم آوردن تسهیلات برای پیشبرد بهتر فعالیت ها و مراقبت های صحیحی است تا وظایف مسلکی، بوجه احسن آن انجام پذیرد. بطور مثال انجام وظایف یک مدیر یا در اجرای وظیفه منحیث آمر و یا پاسخگویی در اداره شامل خدمات صبحی بوده نمیتواند. [13 - 15 - 18]

رپوردادن درباره تاثیرات معکوس دواها، سامان و آلات طبی

طبیچکه بوقوع یک عکس العمل مضره دوا ی، آلات و وسایل و یادستگاه طبی شک می نماید به ارائه معلومات بیک اجتماع طبی بزرگتر مسولیت دارد. بطور مثال اطلاع دادن (از طریق ارائه یک رپورویانامه بیک ژورنل طبی و یا آگاه نمودن محل تولید و توزیع دوا و یادستگاه تهیه کننده وسایل طبی) در صورتیکه کدام حادثه جدی مورد بحث قرار گیرد باید به Food and Drug Administration (F.D.A) رپورداده شود، مسلماً که رپورها ی بی اساس در چنین حوادث شهرت، ارزش و کیفیت ادویه و وسایل طبی را از بین برده نمیتواند. اگرچه مطالعات قبل و بعد از معلومات ابتدای در مورد آنها (ادویه و دستگاه های طبی) برای صحت عامه ارائه میگردد. ولی باز هم یکعده نارسای های مسلکی و تخنیککی موجود است که توانای تولید کننده را محدود ساخته و آنها نمیتواند عواقب غیر مترقبه و نادر این ادویه و دستگاه ها را طرف توجه قرارداد و از حوادث غیر مترقبه آن جلوگیری بعمل آورند.

حوادث مضره جدی که بیشتر طرف توجه قرار میگیرد باید که بموسسه FDA رپورداده شود، اینها عبارتند از حوادثی که باعث مرگ، بستر ی شدن و ایجاب مداخله جراح ی رامی نماید، تصدیق صحت بودن رابطه بین حادثه غیر مترقبه و ادویه و دستگاه ی طبی قبل از رپوردادن به FDA ممکن نبوده و در صورت مشکوک بودن به چنین حادثه در رابطه از مسولیت اشتراک در سیستم رپورده ی خودداری نه ورزند [13 - 18]

فصل هشتم

تخلفات مسلکی در کلینیک ها، معاینه خانه ها و دواخانه ها

1- چگونگی نوشتن لوحه های دکتوران در معاینه خانه های شخصی

البته حق مسلم و مشروع اطباء است که بعد از وقت رسم ی نظریه داشتن اسناد مسلکی ی و تخصصی شان در رشته طبابت، معاینه خانه شخصی باز نمایند. اما گشودن و باز نمودن معاینه خانه و فعالیت مسلکی ی آنها به منظور نفع رساندن به مریضان و کمک به آنها است.

اطباء و متخصصین که معاینه خانه بازم ی نمایند باید که تمام مقررات لوایح و دستورالعمل های ریاست قوانین وزارت صحت عامه را در نظر داشته مطابق آن عمل نمایند اما تعداد زیاد از اطباء چه در مرکز و چه در ولایات و محلات کشور قوانین و قواعد موضوعه را مراعات نکرده و اکثر آرزو آنها تخطی می نمایند. بگونه مثال: لوحه ها، که سایز و اندازه معین داشته زمین لوحه و نوشته آن که به کدام رنگ بوده باشد در نظر گرفته نم ی شود در حالیکه به اساس تجویز لایحه ریاست قوانین وزارت صحت عامه لوحه های معاینه خانه دکتوران به سایز 60-120 سانتیمتر بوده برای General Doctors یا دکتوران ع موم ی طب رنگ لوحه سفید و نوشته آن به رنگ آبی، لوحه متخصصین شقوق مختلفه طب به رنگ سفید و نوشته آن به رنگ سبز و لوحه پروفیسوران طب هم زمین آن سفید و نوشته آن به خط سیاه تحریر می گردد. استادان پوهنج ی طب که رتبه پوه یالی و پوهنیار داشته باشند مطابق به دکتوران ع موم ی طب بوده اما رتبه پوهنمل و پوهندو ی بالوحه ها ی متخصصین مطابقت داشته و رتبه پوهنوال و پوهانم معادل به لوحه پروفیسوران طب می باشد.

بعضی از دکتوران به منظور شهرت یافتن و رجوع مراجعین کلمات ی مانند تحصیلات عال ی در فلان ممالک (امریکا، جرمنی، انگلستان، فرانسه و غیره) یا تحصیلات عال ی در فلان پوهنتون و موسسه اکادم ی می نویسد در حالیکه به کدام سیمیناریا Observation برای مدت یک هفته یا یک ماه به آن ممالک سفر نموده و کدام سندیکه دلالت به تحصیلات عالی آنها نماید به دسترس ندارند. همچنان بعضی از دکتوران که در یک رشته طبابت کار می کنند مثلاً رشته (داخله، جراح ی و غیره) بدون اینکه کدام سند تخصص ی در رشته ها ی فوق الذکر داشته باشند در لوحه خویش کلمه متخصص م ی نویسند. اگر از ایشان سوال گردد آیا کدام سندیکه به تخصص شما دلالت کند با خود دارید یا خیر؟ در جواب میگویند که ما به صورت اختصاصی یا خاص امراض داخله را کار می کنیم. از این لحاظ چون رشته خاص است بناً اختصاص به داخله یا متخصص داخله نوشتیم در حالیکه این عمل خلاف قوانین موضوعه بوده زیرا متخصص دکتور ی را میگویند که مدت دو تا سه سال در یکی از رشته های طب در یکی از ممالک خارج ی یا به داخل کشور به کدام موسسه علم ی یا اکادمیک نظری و عملی تحصیل نموده و سند تخصصی رسم ی را بدسترس داشته باشند. با آنها هم وقتی که شخص از خارج و یا داخل کشور سند تخصص ی مسلکی را حاصل نموده باشند سند مذکور از طرف کمیسیون موظف که از جانب مقامات علم ی و اکادمیک توظیف شده اند مانند پوهنتون کابل و غیره ارزیابی میگردد بعد از تأیید کمیسیون مربوطه شخص موصوف می تواند متخصص یا ماستر تثبیت شده و امتیازات ماد ی و معنوی آن برخوردار گردد.

باید متذکر شد که بعضی از دوکتوران در لوحه‌ها ی خویش چندرشته‌ء از مسلک طبابت را بمنظور رجوع بیشتر مریضان می‌نویسند مانند اکثر قلب، گرده شش، معده روماتیزم و غیره...

یامانند داکتر جراحی، داخله، گوش و گلو یادکتور طب عموم ی یا موقوف اداری خود را مانند سرطیب، ریس صحت عامه، ریس کلینیک‌ها عضو اکادمیک موسسه فلان موسسه خارج ی، استادفاکولته طب و غیره. در حالیکه اوشان نه استادفاکولته طب و نه عضو کدام موسسه اکادمیک میباشند یا اینکه رتبه علم ی آنه اپوهیالی یا پوهنیار است یک رتبه بالاتر مثلاً پوهنمل یا ایستانت پروفیسور در لوحه تحریر می‌نمایند (که مریضان عوام تصور می‌کنند که آنها پروفیسور استند) بدینوسیله با این نوع تقلب توجه مریضان را بخود جلب مینمایند.

همچنان در نسخه‌های که دکتوران دو اتجویزم ی نمایند مانند لوحه‌های خویش کلمات متخصص، عضو فلان موسسه علم ی و اکادمیک و یا تحصیلات عالی در فلان ممالک و غیره تحریر و یا چاپ می‌نمایند و نسخه‌های دکتوران به اساس کدام استند را خاصی تنظیم نگردیده .

دکتوران اکثر آدرجاده و کنار سرکها نزدیک معاینه خانه خویش نفر ی را موظف میسازند که مریضان را با ایراد تعریف کاذب و دروغین جلب و تشویق نمایند تا به نزد دکتوران مطلوب شان مراجعه نمایند. مانند (این داکتر بسیار لایق است، متخصص بسیار ورزیده است و غیره) و مریض هر تکلیف مریض ی که دارد دوکتور ایده‌ال خود را متخصص همان رشته معرفی می‌نمایند. از اینکه مریضان اکثر اطراف ی و بیسواد اند گفتار آنها را می‌پذیرند و به نزد آن داکتر مراجعه می‌نمایند در حالیکه دکتور موصوف در همان رشته نه تخصص دارند تجربه کافی و نه هم وارد است.

دکتوران اکثر آچندین معاینه خانه دارند و در هر معاینه خانه دو، سه لوحه رانصب مینمایند، و دکتوران اکثر آدر نسخه‌های خود بی مسولیت و بدون کدام دلایل منطقی و علم ی هر دو ای که خواسته باشند می‌نویسند نه تاثیرات synergistic و نه Antagonist دواها را در نظر میگیرند و یا اینکه در زمینه آن معلومات ندارند.

دکتوران اکثر آصرف بروی اعراض سریری تشخیص قطعی مرض را وضع کرده و با اطمینان کامل به تداوی مریضان می‌پردازند و یا اینکه بصورت عرضی یا symptomatic مریضان را تداوی مینمایند. اکثر آدکتوران مریضانی که قابل بستراند باید به شفاخانه تحت تداوی قرا بگیرند به کلینک‌ها و یا معاینه خانه‌های شخصی خود تحت مداوا اقرار می‌دهند. بعضی از دکتوران که رشته مشخص دارند به رشته دیگری از طبابت (که قانوناً حق مداخله را در آن ندارند دست می‌یازند) مثلاً دکتوران داخله، اطفال به عملیات‌های کوچک جراحی بدون داشتن وسایل و وسایط لازمه آن می‌پردازند مانند عملیات‌های کوچک جراحی، جلدی و غیره.

دکتوران اکثر آبرای 24 ساعت یادویاسه روزیک دوا را تجویز نموده و به مریضان توصیه می‌نمایند که دوروز بعد حتماً برای تداوی مراجعه نمایند در غیر آن به ضرر شما تمام میشود البته غرض از مراجعه بعد ی بمنظور اخذ فیس دوباره است. [18]

فکاه ی مشهور است: میگویند روز ی طبیعی متاثر دیده شد برایش گفتند: چرا متاثر است ی؟ در جواب گفت: امروز من یک سهو بزرگی را مرتکب شده ام که یک مریض سرمایه دار را به یک نسخه تداوی کرده ام.

دوکتوران جوانیکه تازه از فاکولته ها فارغ میشوند اساساً حق باز کردن معاینه خانه رابخویش ندهند زیرا او شان تنها اساسات طب رافرا گرفته و هنوز تجربه کافی طبابت را حاصل نکرده اند اقلاباید آنها دریک شفاخانه تحت نظر متخصصین مدتی کار کنند تا تجربه بیشتری حاصل نمایند تا تشخیص و نقاوی درستی را انجام داده بتوانند. بعضاً همین داکتران جوان استند که بدون تجربه درست و کافی خویشان را جامع الکمالات دانسته و مریضیکه هر نوع تکلیف داشته باشد به تداوی آن مبادرت می ورزند.

در معاینه خانه دکتوران اکثر اطاق ها ی انتظار مردانه و زنانه وجود داشته سامان و لوازم ضروری طبی نظریه رشته و مسلک موجود نبوده اطاقها ی کوچک و تارک، زینه ها و راه ها ی خراب، پرده ها، روچایی، میز و چوکی های شکسته، چرک و چتل موجود. نظافت و پاکی اکثر ادر معاینه خانه ها دیده نمیشود.

دوکتوران بعضاً از فریب و تزویر استفاده می کنند تا مریضان باین باور باشند که داکتر لایق و ورزیده و پرمریض است مانند دادن نمره به مریضان و بعد دروغ نمره را از 20 و 30 توزیع می نمایند، حتی معاینات غیر ضروری را که ایجاب نمی کند برای فریب دادن مریضان آنرا انجام میدهند تا توجه و علاقه مریض را بیشتر سازند. [17]

2- جلوگیری از دادن دوا توسط اشخاص غیر مسلکی

امروز در مرکز، ولایات، اولسوالیها و قریه جات وطن ما با تاسف بدون کدام معیار و استندرد و بدون در نظر داشت ضرورت و نیاز مردم ماجواز کشادن دواخانه ها و اجازه فعالیت آنها داده میشود. از جانب دیگر دواخانه ها در هر سرک و جاده یک ی پهلوی هم دیگر قرار دارند. در حالیکه به اساس لوایح ریاست قوا نین وزارت صحت عامه فاصله هر دواخانه از هم دیگر 80 متر و ساحه هر دواخانه 43 متر مربع تعیین شده که مطلقاً این فاصله و اندازه مراعات نمیگردد. دواخانه ها معمولاً خورد و کوچک بوده بدون داشتن دیسپنسری (جائیکه برای تهیه دواهای ترکیبی و محلی برای پیچکاری و پانسمن) و الماری ها بمنظور جادادن دواهای عاجل و ادویه سمی، تشناب و غیره اکثر ادر نظر گرفته نمیشود.

گذشته از آن در وطن ما دواخانه یک Business خوب محسوب میگردد، چنانچه اکثر اتاجران ما، مانند سائر بخش های تجارت به دواخانه هم توجه داشته، این توجه نه تنها به منظور خدمات طب ی به جامعه بوده، بلکه این موضوع در نظر نبوده و صرف امتیاز دواخانه را به هدف منافع شخصی خود بدست آورده و آنرا فعال میسازند. حتی یک شخص امتیاز چندین دواخانه را به چندین ولایات و یاعین ولایت چند دواخانه بنام اعضا ی فامیل خود گرفته. پسران، برادران، خویش و اقارب و یایک شخص غیر مسلکی را به دواخانه توظیف می نمایند که آنها کم و بیش به لسان انگلیسی وارد بوده و یابنام دواها قسماً بلد میباشند و یاینکه آنها بعد آباتورید و تماس با دواها بنام آنها آشنا میگرددند اما از تاثیرات، اضرار، اختلاطات، کیفیت، محافظت و تاثیرات فارماکولوژیکی دواها نا آگاه اند و اینرا هم نمیدانند که دواها هر کدام نظریه خصوصیات فارماکولوژیکی ی و کیمیاوی خویش بدرجات مختلف حرارت برودت محافظه میگردند تا تابش مستقیم شعاع آفتاب، گرما، رطوبت، خاصیت و تاثیرات آنها را ضعیف و یازبین نبرد، چنانچه اکثر ادر دواها بخصوص واکسین ها، هورمون ها و غیره به حرارت + 8 الی + 23 محافظه میگردند این شرایط بصورت قطعی اکثر ادر مراعات نمیگردد.

بعضاً موظفین دواخانه ها بداخل دواخانه ها از برق، اشتوب ها ی گازی و یاتیلای بمنظور پخت و پز استفاده م ی نمایند به این ترتیب دواها به حرارت زیاد مواجه شده و خاصیت فارماکولوژیکی آنها متضرر میگردد.

از جانب دیگر موظفین دواخانه ها بدون دستکش بادیست های ملوث و ناشسته دواها را پوری نموده و بمریضان توزیع م نمایند.

موظفین دواخانه ها باید چین سفید پاک به تن داشته، سروصورت و لباسها ی آنها پاک و مرتب باشد. اما مطلقاً چین به تن نداشته و بدون آن فعالیت م ی نمایند و نظافت را اکثر امراعات نم ی نمایند چنانچه در قوانین وزارت صحت عامه مواد ذیل در مورد امتیاز دواخانه ها، وظایف و شرایط آنها تذکر رفته است.

(ماده 2) فصل اول: - قانون وزارت صحت عامه: در ملتون بمنظور فروش ادویه، سامان و لوازم طبعی مجاز تاسیس میگردد.

(ماده 3) ادویه موجود در ملتون محدود به اقلام ادویه شامل فورمولیرملی میباشد.

در حالیکه مالکین شرکت ها ی ادویه مانند سائرمواد و اجناس تجارت ی دواها را به ممالک همجوار (پاکستان، ایران، چین، هند) آردر میدهند و مطابق میل شان دواتهیه و به وطن وارد میگردد، حتی در کوچه و پس کوچه های پاکستان ماشین های تولید ادویه موجود است که ادویه بی کیفیت که ماده موثره آن لاجیز و مطابق به استندرد نبوده تهیه و غرض استفاده وارد میگردد.

همچنان دیده شده که کپسول ها ی خالی از پاکستان خریداری شده، بعد آدر آن مواد غیر دوا از قبیل پودر نخود و یا کدام پودر و مواد Anart و بی اثر پر شده و به بازار عرضه میگردد که درینصورت مسلماً با حیات مردم ماباز ی نموده و خیانت بزرگی را مرتکب میگرددند.

در حالیکه فصل اول - ماده (5) قانون در ملتون های وزارت صحت عامه حاکی است:

(رهبری امور فارمسی تعین و تامین حدود ضرورت مردم و موسسات صح ی بوسایل طبی نظریه تعداد نفوس، کنترل فعالیت موسسات دوا فروشی ها، کمک به انکشاف و صنایع طبی و ازدیاد تولید مزای و مطالعه طب عنعنوی است.)

اما با تاسف قسمیکه لازم است دواخانه ها به معیارات ، قوانین و مقررات وزارت صحت عامه عمل نکرده و کنترلیکه شاید و یا باید باشد از طرف وزارت صحت عامه انجام نمی پذیرد. [17]

3- جلوگیری از موجودیت اشخاص غیر مسلکی در دواخانه ها

اکثر اشخاص غیر مسلکی از طرف مالکین دواخانه ها استخدام میگردد که این حالت باعث ایجاد پرابلم ها شده وحت ی مریضان را تهدید م ی نماید، زیرا آنها صرف با کم و بیش بلد بودن به لسان انگلیسی نسخه مریضان را اجراء م ی نمایند. اما راجع به تاثیرات فارماکولوژیکی دواها آشنا نبوده نسخه را بدون احساس مسولیت اجر اء مینمایند، امکان دارد وهم بکثرت تصادف م ی کند که داکتر معالج متوجه نشده دوا را غلط مینویسد و یا دوز و مقدار دوا را زیاد از حد ی که تجویز میگردد هدایت میدهد. و یا کدام دوا ی مسموم کننده را در نسخه مینویسد یا شیافها ی مهلی و مقعد ی را اشتباً از طریق فم ی تجویز مینماید و یا اکثر نسخه داکتر با حروف واضح انگلیسی ی تحریر نم ی یابد بلکه با حروف شکست انگلیسی ی و یا بایک حرف اشاره دوا را ذکر م ی

کنند اگر موظف دواخانه شخص مسلک ی نباشد آنرا نمی تواند بخواند، فلهمذا نسخه را غلط اجراء کرده در عوض دوا ی دیگری میدهد که حیات مریض را به مخاطره مواجه میسازد دواهای غلط که ادویه مجوزه طیب نبوده یا برای مریض تاثیرات ناگوار داشته و یا اینکه با تطبیق دوا ی بی تاثیر بالای مریض، مرض شدت پیدا کرده و تداوم ی بعدی مشکل و حتی بی اثر میگردد و تا اینکه بداکتر دیگر مراجعه کرده و یا بعین داکتر مراجعه نماید تا تداوم ی موثر صورت بگیرد اختلاطانی بالاثرا دامه و شدت مرض بحصول می آید و هم نقص اقتصادی را مریض متحمل میگردد. [17]

4- موجودیت دوا ساز مسلکی در دواخانه ها

موجودیت دوا ساز مسلکی در دواخانه هایک امر حتمی و ضروری است، چون دوا سازان مسلکی مسلماً فارغ التحصیل پوهنجی های فارمسی بوده و یا کورس های فارمسی و کمپوندری را تعقیب کرده و سند مسلکی بدست دارند، البته آنها به خواص فارمکولوژیک دواها وارد بوده از جذر و ریشه دواها ی طبیی معلومات کثافی دارند، ضمناً دواها ی ترکیبی که هم تاثیرات عالی و موثر داشته و هم بمریض اقتصادی تمام میشود، آنها میتوانند بحیث کمپاندر ترکیب و تهیه نمایند.

قانون مجوزه وزارت صحت عامه در مورد درملتونها و کمپوندرهای مسلکی در فصل اول خود چنین ارئه میدارد.

ماده 3: فروش دوا صرف به اساس و مطالعه نسخه دو کتور طب صورت میگردد.

ماده 5: مفاد درملتون از 12 فیصد بیشتر بوده نمی تواند.

ماده 13: صاحب دواخانه مکلف است قبل از افتتاح درملتون، دوا ساز را بوزارت صحت عامه رسماً معرفی نماید.

اگر صاحب امتیاز دوا ساز باشد و انجام امور دوا سازی توسط وی در اجرای امور درملتون سگتگی واقع نشود، بحیث دوا ساز درملتون خود اجرای وظیفه کرده میتواند.

ماده 7: دوا ساز باید واجد شرایط ذیل باشد.

الف: تابعیت افغانستان را داشته باشد

ب: حایز سند فراغت از پوهنجی فارمسی یا مکتب عالی دوا سازی و کمپوندری باشد.

ج: تصدیق صحی مقامات مربوطه وزارت صحت عامه را حاصل کرده باشد.

د: از حقوق مدنی محروم نگردیده باشد.

ماده 18: دوا ساز مکلف است هرگاه در موقع اجراء ی نسخه که دارا ی مواد سمی است مشاهده کند که دوا ی نسخه

مجوزه از حد اعظم ی دوز معینی دوا بیختر است، نسخه را غرض تجدید نظر بد و کتور معالج مسترد نماید. در صورتیکه دو کتور معالج مقدار تجویز شده دوا را دوباره تاجیح کند نسخه قابل اجراء میباشد.

ماده 19: دوا ساز مکلف است ادویه ترکیبی را مطابق نسخه تجویز شده تحت شرایط لازم اجرائ نماید.

ماده 20: دوا ساز مسول حفاظت و مراقبت ادویه مخدره، ترتیب و تقدیم راپور مصرف آن بوقت معینه به ارگان مربوطه

صحت عامه میباشد.

ماده 27: مفتشین صحی که به امور تفتیش درملتونها موظف میگرددند، صلاحیت کشف جرم را در ساحه جرائم مربوطه

به امور درملتونها دارا میباشد.

اما برعکس این لوایح و مقررات وزارت صحت عامه، کمپوندرها ی مسلکی دواخانه ها مرتکب تخطی های بیشماری شده، عمدتاً و قصد اعمالی را انجام میدهند که اضرار شدیدی بمریضان رسیده و منافع شخص اوشان برآورده میگردد. باید گفت که کمپوندرهای مسلکی اکثرآبدون نسخه داکتر و تشخیص مرض، بمریضان دوا تجویز م ی نمایند، چنانچه معمولاً از طرف صبح الی چاشت که مریضان از اطراف هجوم میاورند مریضان اطرافی بی سواد بدواخانه مراجعه مینمایند، چون دواها را به الماری ها میبینند، آنها فرق داکتر و دوا فروش را نکرده از مریضی خود شکایت نموده و کمپوندر های دواخانه ها بروی ریکلام دوا ی ها (که آنها همه تبلیغات تجارتی بوده) با پرسش زبانی که شما چه تکلیف دارید؟ و مریض ی شما چه است؟ از هر ناحیه که مریضان شکایت داشتند دوا به اوشان تجویز م ی نمایند و حتی قیمت گزافی (دو چند و سه چند) از آنها مطالبه م ی نمایند.

اکثرآدوا فروشان و کمپوندران دواخانه ها دواها ی معیاد گذشته را بمریضان تجویز م ی نمایند و یاللیل دوا را از نظر تاریخ استعمال آن تغیر میدهند. بعضی ی از دواها در پشت قط ی های بوتل ها ی بزرگ تاریخ تولید و تاریخ استعمال آن موجود است، اما در پشت قطی های خورد و به عقب آمپول تاریخ زد ه نشده. اوشان دواها را از قطی های بوتل ها ی بزرگ کشیده بعد آنرا به فروش میرسانند و یاد ر عقب قطی های بوتل ها ی بزرگ ادویه، خود لیل تازه نصب م ی نمایند، بدینوسیله تقلب نموده و مریضان را فریب میدهند.

اگر ادویه طبی از طریق ریاست فارمس ی وزارت صحت عامه وارد گردد قیمت آنها تثبیت بوده و ادویه فروشان 12 فیصد مفاد خود را به آن علاوه و دوا را بفروش برسانند بهتر است، اما متأسفانه آنها به هر قیمتی که خواسته باشند دوا ی خویش را میفروشند.

گذشته از آن دواها باید از طرف ریاست فارمسری و قفاً فوقاً تجزیه و تحت تجربه قرارداد شود و مواد موثره آن تثبیت گردد که آیا مطابق استاندارد است و یا خیر؟

در دواخانه ها باید کتاب راجستر نسخه ها موجود باشد (مثلیکه در ممالک پیشرفته موجود است) از طرف دیگر دوا ساز باید هدایت دوا را خود سرانه ندهد، باید دواهای اجراء شده از نظر داکتر معالج آن دوباره گذار انیده شود. موظفین دواخانه ها و کمپوندران از بروز عوارض ادویه بمریض هوشدار ندهند. و هم باید از اجرا ی ادویه معادل نسخه خودداری نمایند. در صورتیکه ادویه تجویز شده در نسخه به دواخانه موجود نباشد و به دواخانه های دیگری هم دریافت نگردد باید با داکتر معالج مریض مشوره دوباره صورت گیرد.

اکثرآموظفین دواخانه ها، خود نو کر ی نمیدهند بلکه جوانان خور دسال که کم و بیش بنام دواها آشنا اند آنها را بعضی خود به دواخانه توظیف م ی نمایند، حتی آنها نسخه را اجراء م ی نمایند که درینصورت اشتباهات و غلطی ها در توزیع و اجرا ی دوا صورت گرفته میتواند.

دواهاییکه موظفین دواخانه ها خود سرانه، بدون نسخه و به خواهش مریضان میدهند اکثرآ عوارض بسیار خطرناک ی را در جامعه بار م ی آورد. چنانچه تطبیق هورمونها مخصوصاً خاندان ها ی رو کورتیزون ها که بدردها ی عضلی و مفاصل تجویز م ی گردد و از تاثیرات ضد التهابی ان بیشتر استفاده م ی گردد، مریضان به آن اعتقاد بیج کرده و از دواخانه ها خود سرانه اخذ و تطبیق م ی نمایند.

که عواقب خطلی ناگوار آن بمشاهده رسیده همچنان تطبیق خودسرانه انسولین وسائردواها وهورمونهای مختلف که عوارض واختلالات غیر قابل ارجاع رابارم می آورند. حتی مریضان نسخه های بسیار سابقه وقدیمه که ازدوکتوران گرفته اند، بزعم خودشان برایشان مفید تمام شده تکرار در تکرار و همیشه از آن استفاده می کنند، موظفین دواخانه هابدون آنکه تاریخ نسخه رادرنظر بگیرند، بنابه منافع خود هر وقت که مریضان مراجعه کنند دواهای آنرا اجراء می نمایند.

گذشته از آن کمپوندرها دواهای خواب آورونشه آور راهم به اشخاصیکه مطالبه می نمایند، بدون نسخه وبدون استطبابت وتجویز داکتر بفروش میرسانند که این حالت اکثراً باعث خودکشی می باشد و تسممات شده وهم اعتیاد به دواهای نشه آور بوجود می آید که باعث تباهی حیات مریضان میگردد مانند Morphine-sesigon-Mandrax وغیره.

موظفین دواخانه ها و کمپوندرها اکثراً بدانکه برایشان مطلوب نیست ویابا آنها ارتباطات می ندارند ویابمنظور منافع شخصی خود آنها را لفظاً تحقیر وتوهین می نمایند با کلماتی مانند (داکتر نالایق است، چیزی نمی فهمد) به نسخه آنها عیب وعلت تراشیده واوشان راتخریب می نمایند که این حالت دوراز اخلاق طبابت وانسانیت است.

موظفین دواخانه ها و کمپوندرها اکثراً مریضان را بفاکتوری رهنمایی می نمایند که با آنها ارتباطات داشته باشند خصوصاً مریضانیکه پولدار بوده واقتصاد قوی داشته باشند، آنها بفاکتورانی رهنمایی می نمایند که اقلام بیشتر دواها رابمریض تجویز می نمایند. وهم مریضان را به همان دواخانه دوباره رهنمایی می نمایند که نسخه راز همان دواخانه بگیرند.

وبلاخره باید متذکر شد که اکثر دواخانه ها از خود کمپوندر ندارند، بلکه یکنفر کمپوندر را با گرفتن فورم مخصوص از وزارت ویاریاست های صحت عامه ومعرفی آنها با اسناد مسلکی شان، فوتو وهویت آنها در آن فورم ونصب نمودن فورم مذکور به دیوار دواخانه چیزی دیگری نیست، موجودیت کمپوندر عملاً مورد بحث قرار نمیگیرد. کمپوندر موصوف ماهانه بصورت متوسط یک ونیم تا دوهزار افغانی ازدواخانه اخذ می نماید وبس وقناعت وزارت صحت عامه هم به همین طریق فراهم میگردد.

بصورت مستند موضوع ذیل رامتذکر میشوم: در هنگام حکومت طالبان رئیس صحت عامه ولایت بلخ (که در اصل خود نرس بود واز مکتب نرسنگ فارغ شده بود) کمپوندر دواخانه () به هنگام وظیفه داری خود در مزار شریف شده بود که ماهانه مالک دواخانه مبلغ یک ونیم هزار افغانی بوی می پرداخت (چو کفراز کعبه برخیزد کجاماندمسلمان).

ارتباطات غیر مشروع وغیر سالم دوکتوران بادواخانه ها، لابراتوارها وسائربخشهای تشخیصیه

این ارتباطات غیر سالم صرف بمنظور بدست آوردن پول بیشتر ومنافع مادی از طرف بعضی ازدوکتوران بوجود می آید که البته خلاف پرنسیب های اساسی اخلاق طبابت که هیپوکرات توصیه نموده است. (به مریض ضرر نرسان) میباشد. این ارتباطات بدو شکل بوده میتواند.

1- دواخانه ووسائل تشخیصیه مربوط به خود داکتر میباشد.

2- دواخانه ووسائل تشخیصیه مربوط به شخص دیگری میباشد.

ارتباط دوکتوربا دواخانه ها

اکثر دوکتوران بالای دواخانه یادرجنب و یادرداخل دواخانه معاینه خانه دارندوبه معاینهٔ مریضان می پردازند، که مسلماً نسخه های آن داکتران همان دواخانه اجراء میشود.

دواها در نسخه بعضاً بصورت قید می نوشته میشود طوری که داکتر خلاف نورم های صحت عامه و اخلاق طبابت نام اساسی و یا جنریک دوارا تحریر نکرده بلکه نام کمپن می و یا نام مملکت را مینویسند، خصوصاً تیکه در عقب قطی ها و یا بوتل های دواتذکر رفته و دواسازان دیگر متوجه آن نیستند و یانه شده اند آنرا مینویسند بصورت مثال: برای شربت مالتی ویتامین Syrup BODAPEST, و یا به شربت سی پوه پیلدین به نسخه مینویسند. و یادرنسخه خود نام ادویه را غیر خوانا و شکست مینویسند که غیر دواخانه مربوطه دیگران حتی دوکتوران و کمپوندان آنرا خوانده و اجراء کرده نمیتوانند، مریض بعد از تکلیف زیاد به دواخانه که مطلوب داکتر است مراجعه و دوا می خورش را از آنجا اخذ میدارد. و همچنان داکتری که دواخانه دارد دواهای تاریخ کم مانده را به قیمت ارزاتر از شرکت های دوا گرفته و به قیمت مناسب آنرا بفروش میرسانند. و یادا کتبه عوض دویاسه قلم ادویه لازم می بمریض 8-9-10 قلم حتی بالاتر از آن بیک مرض تجویز می نماید، مانند دو سه انلجریک و دو سه انتی بیوتیک و شربت های تقویه حتمی است که باید بنویسند.

اینوع تداوی دوکتوران به اصطلاح تداوی چره می بوده، اضرائی هم بمریض وارد کرده و هم نقصان اقتصاد می رابار می آورد. و یادو دوکتوران بعضاً بعوض دواهایی که قیمت آن مناسب و اقتصاد می تراست دواهای فوق العاده لوکس و قیمت دار را تحریر می نمایند، که اقتصاد مریض بیچاره تقاضا می کند که تمام آنرا بگیرد بنا میگوید که نصف آنرا اجراء نماید دواخانه بمیل خود نصف آنرا اجراء مینماید. بعضاً دواهای ضروری را کمتر و دواهای ضمیمه می و را زیاد تر و بیشتر اجراء می نمایند که این حالت علاوه بر اینکه موثر واقع نمیشود بلکه موجب اضرائی و خسارات زیادی شده میتواند.

اگر مریضان ادویه تجویز شده را از دواخانه که مطلوب داکتر است نیاورند، با صدحیله و بهانه مانند (دوا می هندی است یا پاکستانی و غیره) آنرا مسترد مینماید دوکتوران اکثراً از دواخانه های که مربوط بخودشان نیست از نسخه جات خویش که به آن دواخانه رهنما می می کنند کمیشن اخذ میدارند.

از اینکه دواخانه های یک نفر طبیب را خصوصاً که مشهور و پرمریض باشد در بالا می دواخانه خود جامیدهند، کرایه اتاق، نان، دوا و سایر مصارف داکتر را به عده میگیرند، بنا بر این وسیله جلودا کتر را بدست دارند. فلها هر طور می که بخواهند داکتر مطابق آن عمل می کند. مثلاً یک تعداد از سیروپ ها، یا گولی ها، یا انتی بیوتیک ها و غیره که مقدار آن زیاد و تاریخ آن نزدیک به پوره شدن است بداکتر رهنمای می کنند که از آن ادویه متذکره به نسخه خویش بنویسند، داکتر که شخص مستاجر است مجبوراً این کار را انجام میدهد.

بعضی از دوکتوران پرمریض و مشهور با بعضی از کمپنری Bach دارند (بعضی دوائیکه از یک کمپنری یکبارگی بمقدار زیاد تولید میشود مصرف آنرا صرف به شخص خود اختصاص میدهند)

ارتباطات دوکتوران با وسایل تشخیصیه

این ارتباطات نیز بدوشکل بوده میتواند

1- وسایل تشخیصیه مربوط به داکتر است.

2- وسایل تشخیصیه متعلق به شخص دیگری است.

در صورت اول:- دوکتور شخصاً وسایل تشخیصیه طبی را از قبیل ماشین E.C.G ماشین الکتروسوند، Gastroscope لابراتوارهای طبی وغیره با خود دارد.

بخاطر کسب پول و منافع شخص ی خود بدون استطباب طب ی، الکتروکاردیوگرام، یامعاینه الکتروسوند و یامعاینه لابراتوار ی راهنایت میدهند تا از این طریق یک مقدار پول بدست بیاورند، حتی بعضاً قلب کاری نموده و عملی را انجام میدهند که مریضان تصور می کنند که معاینه شده اند در حالیکه کدام معاینه تخنیککی اساسی صورت نگرفته.

از یکطرف مریضان زیاد است و وقت کم و از جانب دیگر خود راز یاد تکلیف نم ی دهند. هدف بدست آوردن پول و فریب دادن مریض است. حتی دیده شده که در معاینات الکتروسوند عکس خورد بکه از پروستات و بعضی جای دیگر ذخیره دارنند بالای ورق التراسوند نصب می کنند و بدست مریض میدهند. همچنان معاینات لابراتواری خون، ادرار و مواد غائظه و معاینات بیوشیمیکی رانیز بعضاً تقلبی اجراء می نمایند مواد اخذ میکنند، اما معاینه نمی کنند، بلکه ورق های آنرا خانه پوری مینمایند. یا کاملاً سراسری آنرا معاینه می کنند.

3- وسایل تشخیصیه اگر به شخص دیگری متعلق است

اگر وسایل تشخیصیه طبی از خود داکتر نبوده در جای دیگر و یا از شخص دیگر باشد، دوکتوری که با او ارتباط دارد، به بهانه اینکه فلان شخص متجرب و لابراتوار ی مجهز و معاینه آن اطمینان ی است مریض را به همان لابراتوار یا بمنظور معاینه التراسوند و یا E.C.G رهنمایی می نماید اگر چه به همجو معاینات ضرورت هم نباشد، معاینات باید انجام پذیرد تا داکتر فیصد ی مفاد خود را اخذ نماید، لابراتوار هم به ظرف 20 دقیقه الی نیم ساعت معاینات را تکمیل نموده و بمریض و یا مریضدار تسلیم م ی کند، در حالیکه بعضی از معاینات یک روز یا بیشتر از آن وقت کار دارد مانند معاینات بیوشیمیکی Sedimentation وغیره. اکثر اشخاص به ظاهر مسلکی از التراسوند و یا لابراتوار کدام سند مسلکی نداشته و نه بکدام جا تحصیل کرده و نه تجربی کاری دارد، اما در لوحه داکتر لابراتوار نوشته، آدم مشهور و معروف شده اند. بعضی از بخش های تخنیککی طبابت از سامان و وسایل کهنه معیاد گذشته استفاده می نمایند.

بنآ اینها همه و همه به اثر بی توجهی وزارت صحت عامه در وطن ماجریان دارد نه کدام تفتیش است که این مسایل را کنترل نماید و اگر تفتیش هم باشد بنام است. مفتشین اکثرآ بادوکتوران و دواخانه ها سازش داشته و تحت تاثیر مسایل ماد ی قرار گرفته، پول خود را اخذ و اکثرآ چشم پوشی می نمایند.

فروش محصولات طبی وغیر طبی در مطب و دفاتر اطباء

آنعهده محصولات طبی وغیر طبی که مولدین و عرضه کننده گان آن بمنظور انتفاع به طبیبان بفروش میرسانند و طبیبان با در نظر داشت منفعت خویش بعد آنرا از مطب و یا دفتر خویش بنآ به ضرورت مریضان به قیمت گزاف به اوشان میفروشند، تا بتوانند مفاد بیشتری کسب و حاصل نمایند. البته این عمل از نظر اخلاق طبابت نادرست است. درینصورت طبیبان اولاً احساس نیاز مند ی مریضان را در نظر بگیرند و اگر هدف طبیبان درین زمینه کمک و مساعدت بیشتر و بهتر بمریضان باشد در مورد ادویه و فروش اشیاء غیر صح ی اما ضرور ی بمریضان، بمنظور رفع مشکلات آنها و حصول سهولت ها با ایشان نظر بدرخواست مریضان و یا لزوم دید اطباء بعضی اشیائیرا اگر غیر طبی هم باشد اجازه دارند که تهیه نموده و بقیمت مناسب بمریضان عرضه نمایند، رهنمایی و رفتن مریضان به نزدیکترین دواخانه بمنظور بدست آوردن دوائیکه به نسخه تجویز شده، یا بمریضانیکه

پاشکسته (ترمیم شده باشد) ضرورت عصا (چوپ دست) یا بایسکیل ه ای که برای معیوبین اطراف سفلی است. زیر بغلی و غیره می‌توانند اطباء از دفتر و یا مطب خویش مجاناً اهداء و یا به قیمت مناسب و بمنظور مساعدت از نوع دوست ی بفروش برسانند و باین ترتیب بمریضان و معیوبین مصدر خدمت شوند مجاز است.

باید با شرایط ذیل توافق داشته باشد:

1. طبییانی که بمنظور فروش محصولات طب ی و غیرطبی (ضروری طبابت) موظف میگردند باید در سما قرارداد ی با آن کمپری هاعقد نماید و ریاست صحی مربوطه را آگاه و توافق ایشان رانیز حاصل نمایند.
2. اگر انتفاع اطباء مطرح بحث قرار نگیرد او شان درین مورد تعهد بسپارند که این Business و عمل او شان صرف بمنظور کمک و مساعدت بمریضان و بوجود آوردن سهولت به آنها است. بنآء مجاز بوده می‌تواند.
3. طبییانی که محصولات طب ی را از طریق دفتر و یا مطب خویش بمریضان یا بصورت مجان ی و یا بقیمت نازل بفروش میرسانند، هدف اصلی و اساسی آنها اگر تهیه محصولات مفید و قابل دسترسی بمریضان شان میباشد پذیرفته شده می‌تواند.
4. طبییان باید بمریضان و یا پایوز و یا وکلای قانونی آنها راز کمپنی های تولید کننده دواها و سامان غیرطب ی (اشیاء مورد ضرورت بمریضان در طبابت) و هم از اینکه نفع برداری مالی مطرح بحث نیست مطلع سازند.
5. طبییان، مالکین کمپنی های مولده را در مورد قیمت و به سهولت بدسترس قرار گرفتن آنها بمریضان آگاه و آنها رابه تولید بیشتر و با کیفیت تر آن تشویق نمایند تا به قیمت های مناسب حتی با سب ساید ی عرضه نمایند. [19]

مزد و تحائف برای طبییان

طبییان ادویه، سامان و وسائل طبیی را که از طرف کمپنی های مولده آن بمنظور تبلیغ اشیا ی مذکور که کمپنی بتوانند بدینوسیله بازاریابی نمایند به هیچ صورت طبییان آنرا نپذیرند. زیرا کمپنی هابدینوسیله طبییان را مستاجر ساخته تحت تسلط و سیطره خویش قرار میدهند و آنها ادویه و سامان مولده طبیی او شان را وسیله فروش میشوند، مسلماً که درینصورت بیهوده و عبث بدون ضرورت به آن بخاطر منافع شخصی خود با تشویق به بمریضان بفروش میرسانند که این حالت خارج از اخلاق طبابت بوده جرم محسوب میگردد. زیرا مورد ضرورت و نیاز بمریضان قرار نداشته و اطباء مسلماً برای کسب پول و مفله مادی این عمل را انجام میدهند حتی بمریضان و وکلای قانونی شان علیه طبییان ادعاء نموده می‌توانند و او شان باید جبران خساره نمایند. [19]

منازعه و تلاش اطباء بمنظور منفعت شخصی

تحت هیچ شرایطی طبییان مفاد مالی و علاقه مندی بر منفعت شخصی را بالاتر از آسایش و رفاه بمریضان خویش ندانسته زیرا هدف اساسی و اولی مسلک طبابت همانا انجام و اجرا ی خدمات صادقانه به بشر و عالم بشریت است، تحایف و دریافت مادیات از ملاحظات ضمیری و بعدی است.

برای یک طیب بستر نمودن مریض بطور غیر ضروری، تجویز دوی بيمورد، اجراء وانجام معاینات تشخیصیه اضافی برای نفع برداری ماد، خلاف اخلاق طبابت است. اگر کدام منازعه و گفت و شنود فی مابین طیب و مریض و یا وکیل قانونی و یا پایواز مریض بمنظور نفع مالی طیب بوجود آید، این معامله باید کوشش شود که به نفع مریض تمام گردد. منازعه و گفت و شنود بین داکتر و مریض در هنگام تحقیقات کلینیک فی الزام آورا است در صورتیکه اجتماع از اطباء بطور عاقلانه، دقیق و خالی از شبهات از طیب حمایه و پشتیبان فی نماید و وی را کاملاً ذیحق بشمارند، حق باطیب خواهد بود تمام مراکز صبحی باید رهنمودهای مشخصی را برای کارمندان و پرسونل کلینیک هاروی موضوعات منازعه بمنظور منفعت و انتفاع اطباء مطرح داشته و آنرا انکشاف دهند. [2]

این رهنمودها باید شامل دستورالعمل های ذیل باشد

1- هنگامیکه تحقیق کننده کلینیکی در یک پروژه تحقیقی در یک کمپنی شامل میگردد و یا برداشت میکنند که او ممکن شامل یک پروژه تحقیق فی در آینده خواهند شد. فلذا او نمیتواند من حیث یک فرد عاد فی اخلاقاً اموال کمپنی را بخرد و یا بفروشد مگر تازمانیکه وظایف آن در آن پروژه ختم و نتایج تحقیقات آن نشرویه مردم پخش نگردد. 2- هر نوع امتیاز و یا پاداشیکه تحقیق کننده در جریان تحقیقات به کمپنی فی که محصولش مورد مطالعه قرار گرفته است باید متناسب با زحمات آن باشد.

3- محققین کلینیکی ه بیچ نوع وابستگی ها و ارتباطات ماد فی با کمپنی که محصولات و تولیدات انرا مورد تحقیق قرار میدهند، نداشته باشند بشمول ارتباطات مالی (پولی) همچنان اشتراک در فعالیت های تعلیمی که توسط کمپنی تقویه می گردد و کمک دریافت مینمایند و شرکت در دیگر پروژه های تحقیقی که توسط کمپنی ها سرمایه گذاری شده است شامل بوده میتواند بایست نتایج مشورت و سائر همبستگی ها و ارتباطات سالم را آشکار و بر ملا سازند. افشاء و معلومات این وابستگی ها و ارتباطات باید بصورت تحریری به مرکز صبحی به جائیکه این تحقیقات اجراء میگردد سپرده شود.

موسساتیکه برای این نوع تحقیقات پول میدهند و ژورنل هائیکه نتایج این تحقیقات را نشر و بچاپ میرسانند همه باید جزء از گذارشات باشد که بر ملاء و آشکار ساخته میشود. در تمام نشریات تحقیقات فی مطالب فوق الذکر به صورت آشکار گنجانیده شود. بر علاوه مراکز صبحی باید کمیته های راجهت مرور و بررسی موضوعات که توسط کارمند کلینیکی آشکار ساخته شده است تعیین نمایند تا موارد پولی، مالی و کمک های تجارعی را مورد غور و مداقه قرار دهند.

تعویض داکتر در هنگام اجرای عملیه جراحی یا کمک خواستن از جراح دومی

داکتر جراح معالج اگر بدون اطلاع، وکیل قانونی و یا پایواز مریض جراح دیگری را بعوض خود جایگزین میسازد، جراح فریب کار محسوب شده تحت الزام قرار میگیرد، زیرا این مریض است که طیب را انتخاب میکند و باید جایگزین آنرا قبول و یارد نماید.

مسئولیت جراح که به اساس تقاضای مریض انتخاب می گردد مسایل ذیل را در نظر داشته باشد.

1. عمل جراحی با رضایت مریض صورت بگیرد.
 2. مطابق قوانین، مقررات و شرایط وضع شده قرار داد عمل نماید.
 3. باید تمام حقایق را که وابسته به اجرای عمل جراحی است با نتایج حاصله از آن و با اختلالات آینده آن (اگر یک اختلاط کوچک هم باشد) توضیح و بقرار داد ذکر نماید.
 4. باید از بهترین طریقه و مهارت مسلکی استفاده گردد.
- هنگامیکه مریض یا وکیل قانونی آن اجراء عملیه جراحی را به طبیبی میدهد طیب حق ندارد به طیب دیگر ی آنرا واگذار شود مگر در عذر موجه و آنهم با رضایت مریض یا وکیل قانونی آن صورت گرفته میتواند البته تحت پوشش قرار دادن با مریض و با رضایت وی، در عمل جراحی، جراح مجبور به انجام عملیات بوده ولی میتواند توسط جراحان دیگر معاونت شود. البته با رضایت مریض طیب میتواند وکالت نموده و از جراح دیگر ی معاونت بخواهد که آنهم باید تحت نظر جراح قرار داد کننده عملیه جراحی را انجام دهد. درین حالت با خبر ساختن مریض و اخذ رضایت از وی ضروری میباشد. تحت این شرایط و حالات، جراح معاون میتواند بدون نظارت جراح قرار داد کننده عمل جراحی را انجام دهد. اگر طیب زمانیکه تحت تاثیر نشه الکول و یا کدما مواد کیمیای دیگر عملیه جراحی را انجام دهد با وجودیکه کدما اختلاط و خللی هم بوجود نیاید، عمل طیب غیر اخلاقی بوده خلاف موازین و مقررات موضوعه و انمود شده، و مواخذه میگردد. [16-17-19]

تداوی طیب و اعضای فامیل آن توسط خود طیب

بطور عموم طیبان خود و یا اعضای فامیل خود را نباید تداوی نمایند. زیرا زمانیکه شخص مریض خود طیب و یا اعضای نزدیک فامیل آن باشد، ممکن احساسات طیب بالا ی قضاوت طبی مسلکی اش اثر بگذارد، در تشخیص، تداوی، مراقبت و مواظبت اشتباه، سهو و غلطی با آمد صله رحم، احساسات و ترحم در همچو مسایل ذیدخل میگردد.

طیبان همچنان در معاینات و بررسی دقیق موضوعات حساس در اثنا ی گرفتن تاریخچه مریضی یا ممکن در انجام معاینات فزیککی به نتیجه نرسند. زمانیکه مریض عضو فامیلش باشد، احساس ناآرامی نماید و این ناراحتی بخصوص در اطفال کوچک که مریض باشد خوبتر صدق می کند که موانع در معاینه و اجرای عملیه طبی ببح صول می آید که نتیجه مثبتی از آن بوجود آمده نمیتواند بنا از مراقبت طبی عضو فامیل و یا از مراقبت های حساس برای همچو مریضان بطور خاص باید اجتناب ورزید.

طیبان، ممکن در تداوی خودشان و یا اعضای نزدیک فامیل شان تمایل پیدا کنند، اگر نتایج خراب از تداوی مریض توسط طیب در فامیلش پیش آید میتواند تاثیرات منفی در رابطه فامیل و شخص طیب داشته باشد، چنانچه اگر نتایج خراب از تداوی مریض توسط طیب در فامیلش پیش آید، میتواند تاثیرات منفی در رابطه فامیل و شخص طیب بوجود آید

نگرانی در ارتباط خود مختاری مریض و رضایت آن که بر آورده نمیشود موجود است، زمانیکه طیبان سعی میورزند که اعضای فامیل خود را تداوی نمایند، اعضای فامیل شاید از انتخاب طیب دیگر ناراحتی و بی میلی احساس نموده و به طیب فامیلی ناخود آگاه یا نظربه ارتباطات فامیلی و یا از تنوس رضایت نشان میدهند که نشود امتناع آنها باعث رنجش طیب فامیلی شان گردد. بخصوص بصورت عموم اطفال کوچک از رد کردن مراقبت های صحیحی از جانب والدین شان احساس آزاد ی نخواهند کرد.

بعضی طبیبان معالجه و تداوی را برای اعضای فامیل خود فرض و حتمی می‌شمارند و آنرا مجبوریّت و یا مکلفیت خویش و انمود می‌نمایند حتی اگر تا مین مواظبت های طبعی برایشان ناراحت کننده هم باشد.

معالجه و تداوی عاجل برای خود داکتر یا اعضای فامیل موصوف همیشه نامناسب نخواهد بود، در حالت عاجل یا استثنای که طبیب یا داکتر مجرب در دسترس نباشد، طبیبان نباید تارسیدن یک طبیب دیگر در قسمت معالجه و تداوی خود و یا اعضای فامیل خود درنگ نمایند. بر علاوه خدمات طبیبان به خود و اعضای فامیل شان مقدم از اطباء و دکتوران مجرب دیگر نبوده صرف برای مدت کوتاه و رفع مشکلات کوچک مواظبت های صحی در نظر گرفته شود.

به استثنای حالات عاجل برای طبیبان مناسب نیست تداوی خویش و فامیل خود را به عده گرفته، تشخیص، تداوی و تجویز ادویه نمایند. [21]

انتخاب ادویه مناسب که از طرف اطباء در نسخه تجویز میگردد

باید طبیبان ادویه را که در نسخه های خویش تجویز می نمایند، شامل فورمولیر وزارت صحت عامه بوده و هم هر قلم دوائیکه اطباء در نسخه تجویز مینمایند در همان مرض کاملاً استطباب طبی داشته با ید اختلاطات آنرا نیز در نظر بگیرند و بعضی از دواها نظر به خواص فارمکولوژیکی خود عوارض جانبی ولو بسیار ناچیز هم باشد مانند پائین شدن درجه حرارت بدن، کم‌اشتها، Dyspepsia گنگیست، دلبدی و تهوع و غیره عوارض، مریضان باید از آنها مطلع گردند، طبیبان هر قلم دوائیکه مینویسند دلایل علمی از نظر تشخیص، معالجه، تداوی و تاثیرات فارمکولوژیکی آنرا داشته باشند و در وقت مطالبه و گذارش دهی مرض وارزیابی تداوی استدلال علمی و منطقی ارائه نموده بتوانند. طبیب باید از قیمت دواها آگاه بوده با در نظر داشت اقتصاد مریض و موثریت تداوی، در نسخه ادویه لازمه را تجویز نماید، طبیبان اگر در تداوی خویش از دواها ارزان قیمت و جنریک اماموثر استفاده نمایند بخصوص به مریضان بی بضاعت بهتر است.

طبیبان در هنگام مراقبت های صحی در مورد انتخاب ادویه به اساس فیصله کمیته های فارمسی که با ارزیابی مسلکی صورت میگیرد ارج قابل شده و از قواعد آن بصورت مشخص با خبر باشند. اعضا کمیته باید شامل فارمسیست های مجرب و اطبای دانشمند بوده که مستقل و آزادانه به اصول و پرنسیب های مشخصه فارمکولوژی و فارماکاتراپی آشنایی و بلدیّت کامل داشته و تحت تاثیر تحایف، پول و مادیات و تبلیغات کمپنی های تولید کننده ادویه و شرکت های وارداتی ادویه قرار نگیرند و با مسولیت وجدانی و رسالت انسانی خود وظایف محوله خویش را پیش ببرند.

طبیبان تاثیرات سوء و نامناسب ادویه را که در فورمولیر و صنعت دواسازی کشف و مشاهده می کنند و یا به تجارب روزمره خود ها و یا با الاثر ریسرچ و تحقیق نتایج سوء و اختلاطات دواها را کشف و مشاهده می نمایند باید بمراجع ذیربط رسماً اطلاع و بجزای طبعی بصورت مستند به نشر بسپارند.

طبیبان میتوانند مریضان را از دواها موثر، مناسب و قیمتی مطلع سازند و یا با مریض خویش مشوره نمایند، اگر مریض متمول و دارای اقتصاد قوی است و دواها قیمتی را میخواهد و می پذیرد، طبیب میتواند به نسخه خویش آنرا تجویز نماید در غیر آن که اقتصاد مریض ایجاب نکند، داکتر نباید دواها قیمتی ولو کس را بمریض بدون مشوره آن تحریر نماید.

دوکتوران باید در مجموع مریضان را بانسخه های ارزان قیمت، اماموثر و یا بانسخه های ترکیبی که بعضاً حتی موثریت آن بیشتر

است معالجه نمایند. داکتران دواهای راکه دواخانه ها اجراء می نمایند دوباره باید ببینند و چک نمایند و هدایات دوارابه نسخه خویش واضحاً بنویسند تا دواسازان به خطا مواجه نشده و هدایت داکتران را در پشت بوتل، قطعی، پوری و پکیت آنرا واضح و خوانا بنویسند و داکتر مکرراً آنرا کنترل نماید.

چنانچه یکی از دوکتوران یکی از مریضان بی سواد اطرفی که تکلیف نساچی داشت و بموصوفه شیاف مهبل ی تجویز نموده بود و بمریض هدایت داده بود که روز سه دانه استعمال نماید، مریض آنرا بعوض استعمال کردن از طریق مهبل ی آنرا روز سه دانه خورده بود که بعد از دو یوم بایک لوحه Precoma به شفاخانه آورده شده. تحت تداوی قرار گرفت، بناً تجویز ادویه، هدایات آن، تعداد اقلام دوا، تاثیرات فارمکولوژیکی آن، عوارض و اختلالات آن به مسولیت طبیب معالج تمام میشود باید دقت نظر را بخرچ داده و وظیفه وجدائی و ایمانی خویش را ایفاء نماید.

سوء استفاده از قدرت یا موقف و وظیفوی

سوء استفاده از قدرت و یا موقف و وظیفوی وقتی گفته میشود که طبیب بصورت آگاهانه از موقف و وظیفوی خود برضد منافع مسلک و وظیفه استفاده نموده و در نتیجه سبب رساندن خسارات عمده به منافع دولت و یا صحت افراد شود. سوء استفاده از قدرت یا موقف و وظیفوی نه تنها به اعمال Active اطلاق میگردد بلکه در موردیکه دوکتوران از اموری که وظیفه آنها را مکلف ساخته، عمدآ امتناع میورزند نیز اطلاق میگردد سوء استفاده از قدرت یا موقف و وظیفوی بیسه نوع تبارز کرده میتواند.

1. مساله سیاسی: - که درینصورت داکتر یا آمر شفاخانه یا شف سرویس بیک ی از احزاب مربوط بوده و مریض از حزب مخالف آن به شفاخانه بستر میگردد داکتر یا آمر شفاخانه بناً براغراض سیاسی ی یا بمریض کم توجه بوده و یا عمدآ اعمال ی را انجام میدهد که باعث مرگ مریض میگردد تا بدینوسیله بقائد رفیق حزب مخالف خود را ازین ببرد.

2. مسایل جنسی: - داکتر یا آمر شفاخانه از موقف خود سوء استفاده کرده و مریض را مجبور به اجرا ی مقاربت جنسی می نماید.

4- استفاده ماد ی: - درینصورت رئیس یا آمر شفاخانه و یا مقامات بلند رتبه صحت عامه سوء استفاده ماد ی و مالی از طبیبان زیر دست خود می نمایند، مثلاً دوکتوران را به مناطقی که مردم آن متمول و مناطق پرنفوس و پر عایدات است پول وافر میگردند مقرر و توظیف می نمایند. و یا داکتر موظف شده (چوپ خطی) بوده هر 6 ماه یا یک سال یک مقدار پول به آمر خود که صلاحیت تغیر و تبدیل را دارد می پردازد، زیرا طبیب که وظیفه اصلی آن خدمت و کمک بمریض است. در آنصورت بیشتر توجه آن به پول و کسب مادیات میباشد که این عمل مذموم و خلاف اخلاق طبابت و آداب انسانی است.

تزویر اسناد و تصدیق جهلی

اسناد طبیبی که توسط دوکتوران و پرسونل متوسط طبیبی (در محلات که طبیب موجود نیست) ترتیب میگردد و وقایع مختلف مانند (زایمان، مریضی، تروما، درجه قدرت کار، وضعیت صبحی یا وضعیت روحی، مرگ و غیره) را تصدیق می نمایند. که اهمیت مهم حقوقی دارند.

بطور مثال در دوسیه مریض وضعیت صحیح ی یا روحی مریض قبل از داخل شدن به شفاخانه، در وقت تداوی در شفاخانه، تشخیص مریض و سیر آن، نتایج معاینات لابراتوار، تداوی معالجه‌جوی، حالت مریض در وقت مرخصی از شفاخانه، هدایات تداوی بعدی و هدایات راجع به اجرای بعدی وظایف مریض درج می‌گردد.

علاوۀ موضوع دیگر یکی که خیلی مهم است از روی دوسیه مریض میتوان ارزیابی اجرای مکلفیت‌های محوله موسسه صحیحی و اشخاص موظف آن را به ارتباط مریضی مشخص به این معنی نمود که تا چه اندازه حقوق مریض که در ماده (29) اصول اساسی جمهوری اسلامی افغانستان راجع به تضمین حق صحت بپای هر فرد نوشته شده مراعات گردیده است. در موارد دعاوی جزایی علیه مریض (مثلاً در واقعات صدمات خود کرده و تمارضات یا علیه اشخاصیکه از سبب عمل آنها مریض متضرر گردیده و یا علیه پرسونل طب موسسه صحیحی که سوءظن در تداوی غلط که در نتیجه آن عواقب ناگوار بوجود آمده است، دوسیه مریض و سائر اسناد طبیبی دارای اهمیت حقوقی میباشد در این واقعات دوسیه مریض و سائر اسناد طبیبی مدارک اثباتیه جرم شمرده می‌شود.

در دوسیه‌های مدنی (اخذ مدد معاش و جبران خساره در مقابل از دست دادن قدرت کار، طلاق، تثبیت عدم قدرت جنسی و وصیت نامه و غیره) دوسیه مریض و سائر اسناد طبیبی نیز حایز اهمیت بسزایی بوده و مدارک اثباتیه شمرده می‌شود. از این سبب ضرور است که اسناد طبیبی بصورت دقیق، عینی و با کیفیت عالی تحریر گردد جعل کاری، و تحریر معلومات کاذب در اسناد طبیبی مجاز نبوده و این عمل بحیث جرم تلقی می‌گردد. ماده سیصد و دوازدهم قانون جزاء در مورد چنین حکم میکند:

1- طیب، جراح و یا قابله ای که تصدیق یا اظهارات مزور را با وجود علم به تزویر آن در موارد جعل، مرض، معلولیت، عیب و یا وفات به شخص بدهد، حسب احوال به حبس متوسط و یا جزای نقدی که از (دوازده هزار افغانی کمتر و از شصت هزار افغانی بیشتر نباشد) محکوم می‌گردد.

2- اگر جرم مندرج فقره فوق به اثر طلب چیزی برای خود وی شخص دیگری و یا در بدل قبول و یا اخذ وعده یا بخشش ارتکاب یابد، مرتکب به حبس متوسط و یا جزای نقدی که از دوازده هزار افغانی کمتر و از شصت هزار افغانی بیشتر نباشد محکوم می‌گردد.

تغییرات در اسناد طبیبی مانند معلومات غلط راجع به حقایق، اصلاح یا تراش تاریخ واقعه (مثلاً تاریخ تولد یا تاریخ فوت) و تحریر اسنادیکه محتوی آن مطابق به اصل واقعیت نیست، (مثلاً تصدیق مریض زمانیکه مریض موجود نیست، تصدیق استراحت و غیره) نیز تزویر در اسناد شمرده می‌شود. بین اسناد طبیبی تقلبی و مزور اکثر اسنادی که راجع بحالت صحیحی برای گرفتن تقاعد از سبب مریضی، یا گرفتن پول از بیمه در مواردیکه شخص در مقابل حوادث تصادفی و امراض بیمه شده اند یا تصادفی مریضی و ولادت و غیره تصادفی می‌نماید. بعضاً دو کتوران خطاهای را که حین تشخیص و تداوی مرتکب گردیده اند و یا از میتود غلط تداوی استفاده نموده اند کوشش می‌نمایند با تقلب در اسناد واقعیت‌ها را پرده پوشی نمایند.

تزویر اسناد همیشه بصورت عمدی بوده که شخص موظف بطور آگاهانه محتوی حقیقی و واقعیت‌ها را بمنظور سوءاستفاده (کوشش برای پوشانیدن خطای خود، کمک به اقارب یا آشنایان خود نفع بردن مادی و غیره) در اسناد تحریف می‌کند.

نمایند. در صورتیکه ثابت گردد تزویر که در اسناد صورت گرفته است بدون آنکه هدف متقلب برآورده شده یا نه این عمل جرم شمرده میشود. [19-21]

فصل نهم

اهمالات طبي Medical Negligence

این اصطلاح بنام Medical Malpractice نیز یاد میشود. طوریکه از نام آن پیداست: عبارت از اعمال سوء پرکتیس طبابت میباشد. که میتوان آنرا چنین تعریف کرد.

Medical Malpractice: عبارت از خطا و اعمال سوء طیب در جریان پرکتیس طبابت و وظیفه محوله اومیباشد که در نتیجه آن عمل سوء، مریض خساره مند گردد. و در نظم و مقررات طبابت سکتگی رونما شود.

از نظر تاریخی این موضوع از وقتی بوجود آمدن طبابت و بعد از آن در اجتماعات به ادوار مختلف تاریخی مورد بحث بوده و نوع این اعمال بر رسی و تحت کنترل و مراقبت جدی قرار میگرفت، مرتکبین و متخلفین آن به مجازات مختلف محکوم و حکم بالای شان تطبیق میگردد که جزاء این نوع اعمال در قدیم خیلی سنگین بود که حکم قتل، قطع دست و کشیدن چشم و دیگر مجازات بالای طیبیان تطبیق میگردد، حتی امروز هم این اعمال بیشتر از نظر جهانی مورد باز پرس بوده و تحت یک نوع نظم و مقررات در آورده شده است که اساس آن در هر جامعه مشابه بوده اما تطبیق آن نظر به پیشرفت و ترقی هر جامعه فرق دارد، در جایی مانند افغانستان و بسی ممالک روه انکشاف دیگر، طیب بری الذمه و خود سر بوده و هیچ وقت مورد باز پرس قرار نمیگیرد، اما اطباء ممالک دیگر شدیدآ تحت کنترل میباشند.

بهر حال طیبیان اخلاقآ، علماً، و وجدانآ در مقابل اعمال ناشایسته مانند غفلت و سهل انگاری در وظیفه و پرکتیس خودمسول بوده و هر گاه چنین اعمال از ایشان سر میزند محکوم شناخته میشوند. موضوع اهمال طبي وقتی بمیان میآید که طیب در مقابل مریض خود تحت شرایط ذیل مرتکب عمل سوء در جریان پرکتیس طبابت خود گردد.

1 - بین طیب و مریض یک قرارداد و یا مناسبت که بنام مناسبت طیب و مریض یاد میشود برقرار گردد که این مناسبت بدو صورت امکان پذیر است. مناسبت رسمی و مناسبت غیر رسمی.

مناسبت رسمی وقتی برقرار میگردد که مریض به شفاخانه و یا مراکز رسمی مراجعه مینماید و مناسبت غیر رسمی وقتی برقرار میگردد که دکتور مریض را در معاینه خانه خود و یا در منزل مریض و در جاهای غیر رسمی می پذیرد. وقتی دکتور مسولیت و واریسی مریض را به هر شکلیکه باشد قبول نموده در این وقت مریض بنا بر حقی که دارد آرزو مند است طیب با کمال صداقت، اهلیت و لیاقت که یک طیب هم سویه او در آن محل این شرایط را دارا میباشد مریض را معاینه و تداوی نماید. لیاقت و آگاهی علمیکه از طیب توقع می رود همانا داشتن علمیت و تجارب است که کسب آن خارج از توان داکتر باشد و دانش بعضی میتود های معموله که هر طیب آنرا باید بداند و آن عمل یکی از ضروریات لیاقت و آگاهی علمی است.

2 - نقض و اهمال در قرارداد بین مریض و طیب یکی از شهود دیگر است که موضوع اهمال و سوء عمل طبي را بمیان میآورد و به دو شکل صورت میگیرد.

الف: عدم اجرای یک عمل مثبت و معمول و ضروری طبابت، مانند تطبیق نکردن سیروم انتی تیتانوس در جروح ناپاک و عدم اخذ رادیو گرافی در ترخیصات شدید و امثال آن.

- ب: - اجرای یک عمل غیر مجاز و غیر تثبیت شده در پرکتس طبابت مانند حصول سقط های غیر قانونی و یا اجرای یک عملیه غیر قبول شده و غیره.
- 3- در اثر ارتکاب جزء الف و ب شماره (2) مریض خساره مند گردد این خساره خواه جسمی، روحی، اقتصادی و یا اجتماعی باشد دوکتور مسول عمل خود و خساره وارده - خواهد بود.
- 4- خساره وارده حقیقتاً در اثر عمل طبیب در جریان پرکتس بحصول آمده باشد شرایط چهارگانه بعد از ادعای مریض باید ثابت گردد که این تحقیقات تحت نظر دوکتور طب عدلی و متخصصین دیگر صورت گرفته و بعد از غور موضوع به محکمه سپرده میشود و چه بسی که دوکتوران بعد از محاکمه غرامت خساره وارده را بمقادیر زیاد پرداخته و حتی بعضاً محکوم به حبس و محروم ساختن از پرکتس طبابت بمدت های معین گردیده اند.
- برعلاوه دوکتوران با اجرای بعضی اعمال سوء دیگر که اصلاً به آن توجه نداشته و نزد شان جزئی و بی اهمیت تلقی میکردند. این اعمال خیلی زیاد بوده و بطور خلاصه و بصورت اجمال آنرا درلست ذیل مطالعه مینمائیم [21]

اعمال خلاف نظم، مقررات و اخلاق طبی

- 1 - سوء استفاده از علمیت، لیاقت و امتیازات طبی
 - الف - سقط غیر قانونی.
 - ب - استعمال غیر مناسب ادویه مخدره
- 2 - سوء استفاده از اعتماد و مناسبت مریض به داکتر
 - الف - مناسبت جنسی نامشروع با مریض
 - ب - افشای راز طبی
- 3 - عدم مراعات مسولیت در مقابل مریض
 - الف - غفلت و اوضیح در تشخیص و تداوی
 - ب - استخدام و حمایه اشخاص غیر فنی بحیث همکاران طبی
- 4 - عادات شخصی که به مریض خطر ناک و مضر باشد (معتاد بودن به ادویه مخدره و الکول)
- 5 - اعمال و کلمات و حرکاتیکه به اعتبار و اعتماد طبیب و حرفه طبابت صدمه برساند و مانند دزدی و تقلب کاری شارلاتانی و غیره.
- 6 - دادن تصادیق غلط.
 - کسب منافع مادی بطریقه های غلط.
 - الف - جستجوی مریض.
 - ب - اعلانات بمنظور جلب مریض.
 - ج - بدنام ساختن و سلب شهرت طبیبان دیگر.

8- همکاری غیر مناسب به دکتوران و منسوبین دیگر طبی بمنظور نفع مادی

الف-: تقسیم فیس.

ب-: اخذ سهم از لابراتوار

ج-: اخذ سهم از دواخانه ها.

دراخیر چند مثالی ازین گونه اهمالات که در لیتراتور ذکر شده غرض معلومات بیشتر خواننده گان ذکر میکنیم.

قطع عضو از سبب تاسس گانگرن گازی

یک مریض 47 ساله متاهل در باغچه خانه خود افتیده و بعد آ به شفاخانه انتقال داده شد و در آنجا کسر 3/1 سفلی زند و کعبه تئیت و بر علاوه یک جرحه جلدی ساعد راست بمشاهده رسید **Casualty officer** که کسر راتحت انستیزی عمومی ارجاع نموده و جرحه جلدی که باناحیه مکسوره پاک ارتباط نداشت پاک و خیاطه گذاشته و سپس باز و از قسمت بالای مفصل آرنج تا انگشتان در پلستر تثیت گردید و برای مریض Penecilline . و سیروم Antitetanic داده شد. روز بعد موصوف در کلنیک کسر Fracture clinic توسط جراح Consultant معاینه گردیده که پلستر صحیح و درست بوده و عکس کنترولی اخذ گردیده مشاهده شد که کسر بوضیعت مناسب ارجاع گردیده است و به مریض توصیه گردید که بعد از هفت روز دوباره برای معاینه و بررسی مراجعه کند شام همان روز مریض به شعبه عاجل مراجعه و از درد در انگشتان خود شاکی بود و توسط یک داکتر دیگر به شعبه عاجل معاینه و پلستر آن باشق سست گردید اما کشیده نشد و درد آن تسکین یافت موصوف روز بعد دوباره مراجعه کرد و درین وقت پلستر آن کشیده شد و در معاینه کلینیکی تشخیص انتان **Cl.W** وضع گردید که فوق العاده شدید بوده که تداوی دوائی ناممکن بود و در نتیجه دست قطع گردید بعد از آن ادعای غرامت بر علیه دو کتوران معالج صورت گرفت و ادعای آن در محکمه و بانظر انجمن مدافعه طبی به استناد اینکه وقتی مریض صبح همان روز با شکایت درد در انگشتان مراجعه کرد چرا پلستر آن کشیده نشد و دوم اینکه چرا جراح Consultant وقتی که مریض راروز بعد از پلستر کردن معاینه کرد دوسیه آن را مطالعه نکرده و از موجودیت جرحه جلدی و خطرات ناشی از آن خود را مطلع نساخت.

با وجود اینکه مریض بعد از این حادثه در سرویس احیا مجدد با دست چپ رسامی و نقاشی را آموخت و توانست زندگی خوبی را دنبال نماید با آنهم مبلغ (82500) پوند بعنوان غرامت از طرف داکتر و انجمن مدافعی آنها و شفاخانه مربوطه بمریض به حکم محکمه پرداخته شد.

یک مریض بایک قرحه ثاقبه اثنا عشر داخل شفاخانه شده عملیات گردید سه ماه بعد از خروج از شفاخانه بقسم مریض خارج بستر دیده شد و صرف یک لوحه قبضیت داشت چار ماه بعد از عملیات و خروج از شفاخانه داکتر محلی او راپور داد که مریض از درد های ناحیه سفلی بطن شاکی بود و در همان روز مریض حکایت کرد که یک کلوله از تکه از مقعد او بامواد غایبه یکجا خارج گردید. بعد از اقامه دعوی بر علیه داکتر و شفاخانه کلوله تکه جهت معاینه فرستاده شد و ثابت گردید که از نوع تکه است که در عملیات خانه از آن استفاده میگردد. موضوع بنابر ادعای مریض که از درد های بطنی متأثر گردیده و از کار باز مانده بود به محکمه راجع گردید و بنابر عدم توجه داکتر که حین عملیات یک سوب پارچه را درامعای غلیظ فراموش

کرده وهم سوپ های استعمال شده حساب نگردیده بود این عمل شان اهمال و غفلت در وظیفه شناخته شده بود حکم تادیه مبلغ معادل 70000 افغانی غرامت برای مریض توسط داکتر و شفاخانه از محکمه صادر گردیده.

یک مرد هشتاد ساله دریکی از شفاخانه های انگلستان از طرف داکتر محلی ان G.P با تشخیص یک کانسر مثانه معرفی گردید داکتر موظف بامعاینه ظاهری وبدون اجرای معاینات Cystoscopy و Microscopy تشخیص کانسر راتائید وهر دوی شان به مریض ابلاغ نمودن که باداشتن این نوع مریض و کبرسن صرف مدت تقریباً نه ماه دیگر حیات خواهد داشت مرد موصوف باکمال ناامیدی تمام دارائی خود رافروخته و کار و بار خود را رها کرده ودر امریکا رفت تادر آنجا بقیه عمر خود را خوش گذراند اما بعد از مراجعت به امریکا نزد یکی از دوکتوران انجا مراجعه نمود وبعداز معاینات Microscopy و Cystoscopy، دوکتوران محکوم به پرداخت غرامت مبلغ یک میلیون ودو صد و شصت هزار افغانی گردید که این فیصله از طرف مجلس سناء انگلستان نیز تائید گردید.

طیبیان از نظر قانونی مسول خطاهای خود هستند. بنابراین اگر غفلت یا سهل انگاری و عدم مهارت آنان در تداوی و یا عدم رعایت قوانین دولتی و موازین طبی سبب خسارات، ضرر و زیان بیمار گردد، باید به جبران آن پردازند. در این حالت ممکن است علاوه بر پرداخت جریمه نقدی یا خسارت مادی، محکومیت جزائی نیز پیدا کنند مانند حبس و غیره.

طیب وقتی مرتکب قصور طبی می شود که شرایط ذیل برقرار باشد:

1- طیب مسول تداوی بیمار باشد: یعنی بیمار به مطب یا بیمارستان یا درمانگاه مراجعه نموده و تحت معالجه او قرار گیرد.
2- در انجام وظیفه درمانی خود موازین طبی را رعایت ننموده و مرتکب سهل انگاری یا عدم مهارت و یا بی مبالاتی شده باشد.

3- خطای او به هر درجه یا صورتی که باشد موجب ضرر و زیان بیمار از نظر مادی و یا معنوی شده باشد.

قصور یا اهمال طبی در برخی ممالک مثلاً در کشور اسلامی ایران چنین است:

الف- قصور طبی در مورد شخصی اطلاق می شود که: (1) در حال انجام هر فعلی یا (2) ترک هر فعلی است که وظیفه او باشد و نشان می دهد که به زندگی و سلامت اشخاص اهمیتی نمی دهد.

ب - منظور از وظیفه در این بخش، وظیفه ای است که قانون برای فرد معین کرده است.

ج -- هر شخصی که در اثر قصور طبی سبب مرگ شخص گردد، مقصر و قابل تعقیب می باشد و مستحق حبس

ابد است.

د -- هر شخصی که در اثر قصور طبی سبب صدمه بدنی به شخصی شود، مقصر و قابل تعقیب بوده و مستحق 10 سال زندان است. [21-10-2]

البته میدانیم که اهمال و سهل انگاری از جمله خطاها و جرایمی است که ناشی از بی احتیاطی بوده و در ماده 412 قانون جزاء جمهوری اسلامی افغانستان جرم شناخته شده است.

باید متذکر شد که اهمال و سهل انگاری عبارت از عدم اجراء و یا اجرای غیر دقیق وظایف محوله و یا اجرای اعمال غیر محوله از طرف موظفین طبی میباشد که ناشی از رویه بی احتیاطانه و بی تفاوت بودن به وظیفه باشند.

در صورتیکه عواقب سهل انگاری کارکنان طبی در وظیفه محوله شان صدمه عمد به صحت یا حیات افراد وارد گردد فاعل این عمل تحت تعقیب قانونی قرار می گیرد. ولی در صورتیکه این عمل سهل انگاری منجر به صدمه ناچیز گردد خطای انطباطی شمرده شده و به فاعل آن جزای انطباطی داده میشود.

مسولیت (انطباطی یا جزائی) در قبال سهل انگاری وقتی تطبیق میشود که اجراء یا عدم اجراء عمل در چوکات صلاحیت شخص بوده و امکانیت واقعی اجراء یا عدم اجراء آن موجود باشد.

جرائم ناشی از بی احتیاطی معمولاً از سبب اطمینان بیش از حد به خود یعنی زمانی که مقصراً مکانیت پیدایش عواقب خطرناک عمل یا عدم عمل خود را دانسته ولی بصورت جدی در صدد جلوگیری آن نشده و یا از سبب بی احتیاطی یعنی زمانی که فاعل، عواقب عمل خود را نمی دانست (گرچه باید عواقب عمل خود را درک می کرد) به میان می آیند ماده 412 قانون جزاء جمهورى اسلامى افغانستان چنین حکم می کند: شخص که به اثر خطای ناشی از اهمال و بی احتیاطی، عدم مهارت، شخص را مجروح یا مضروب نماید علاوه بر جبران خساره به حبس که از سه ماه کمتر و از دو سال بیشتر نباشد یا به جزای نقدی ای که از سه هزار افغانی کمتر و از بیست و چهار هزار افغانی بیشتر نباشد محکوم می گردد.

در اکثر دعاوی که علیه پرسونل طبی اقامه می گردد مسولیت شان طبق ماده 412 قانون جزاء ج-ا-ا محل و فصل می گردد. و در صورتیکه اهمال طبی منجر به عواقب خطرناک گردد ماده 400 قانون جزاء بالاى مرتکب تطبیق می گردد که چنین حکم می کند. [16]

ماده 400 قانون جزاء

1- شخصی که به اثر خطای ناشی از اهمال، غفلت بی احتیاطی، عدم مراعات قانون، مقررات، لوایح و اوامر مرتکب قتل شخص دیگری می گردد یا بدو عمد سبب قتل شود به حبس الی سه سال و جزای نقدی ای که از سزی و شش هزار افغانی تجاوز نکند و یا به یکی از این دو جزاء محکوم می گردد مگر این که قانون طوری دیگری حکم کرده باشد.

2- اگر خطا در نتیجه تخلف، از اصولی صورت بگیرد که وظیفه پیشه یا حرفه بر او لازم گردانیده و یا خطا در وقت ارتکاب ناشی از استعمال مواد مخدره یا مسکره باشد وی اهانگام وقوع حادثه از مساعدت به معنی علیه با وجود قدرت به آن امتناع ورزد مرتکب به حبس متوسط که از دو سال کمتر و جزای نقدی ای که از پینجاه هزار افغانی تجاوز نکند محکوم میگردد.

3- اگر به اثر ارتکاب فعل مندرج فقرات فوق بیش از یک نفر به قتل برسد مرتکب به حبس متوسط که از سه سال کمتر نباشد و در صورت یکجاشدن یکی از حالات مندرج فقره (2) به آن مرتکب به حبس که از هفت سال کمتر نباشد محکوم می گردد.

برای ثبوت مقصر بودن پرسونل طبی در جرائم از اثر بی احتیاطی و سهل انگاری باید ارتباط سببی بین عمل (عدم عمل کرد) دکتور و نتیجه ناگوار تداوی به اثبات برسد.

نتایج غیر مطلوب و ناگوار تداوی علل مختلف دارند مانند تاخیر از رسیدن مریض نزد داکتر، شدت مرض، خطیر بودن مرض، سیر صاعقوی مرض و غیره. در صورت عدم موجودیت ارتباط سببی بین عمل طبیب و نتیجه ناگوار مرض دعوی در این مرحله متوقف می گردد.

اعمال غیر محتاطانه دوکتوران که اساس تعقیب قانونی آنها از سبب سهل انگاری می گردد خیلی ها مختلف میباشد. اکثراً واقعاتی دیده میشود که مریض بصورت دقیق معاینه نگردیده مثلاً استجواب مکمل مریض صورت نگرفته و یا تحریر نشده و یا معاینات بسیار ابتدایی (معاینه، نبض، تعین فشار خون و غیره) و یا معاینات لابراتواری روتین (معاینات خون، ادرار و رادیو گرافی و غیره) صورت نگرفته است.

معاینات مریض از طرف متخصص رشته مربوطه در صورت عدم استفاده از مانورها و میتودها عادی و ضروری غیر کافی شمرده میشود. از سبب این غفلت در مرحله مقدماتی تشخیص میتوان مرض اساسی، اختلالات مرض اساسی و همچنین امراض وخیم جانبی مریض را تشخیص نه نموده و یا اینکه تشخیص بصورت غلط و یا بيموقع وضع می گردد بعضاً اسباب وضع تشخیص غلط یا نرسیدن به تشخیص امتناع مریض از بستر شدن، بستر شدن ناوقت، تخلف از مقررات انتقال مریض و بالاخره تداوی غلط شده می تواند نقایص در تداوی نیز گوناگون بوده که درین جامیتوان از مداخلات خصوصاً مداخلات جراحی، تجویز ادویه جات بی موقع (وقت یا ناوقت) و غیر ضروری، زیاد نمودن دوز دوا، تعویض غیر مجاز یک ادویه به ادویه دیگر، تجویز ادویه های انتوگونیست، طریقه غلط استعمال ادویه، هیموترانس فیوزیون گروپهای غیر قابل توافق و یا خون غیر قابل استفاده و غیره نام برد. عدم کنترل سیستماتیک و منظم از حالت مریض و خیم که در نتیجه کنترل مریض توان تدابیر لازمه را جهت نجات حیات مریض در صورت خراب شدن وضعیت مریض اتخاذ نمود نیز یکی از نقایص تداوی میباشد. روی ترتیب اجرای عملیات جراحی نیز باید کلماتی چند گفته شود. در نتیجه اعمال مغرورانه بعضی جراحان آماده ساختن مریض جهت عملیات بابتی اعتنائی صورت گرفته و عملیات جراحی از نظر تخنیک بصورت غلط اجراء میشود و بعضاً با این غرور غیر سالم دست به عملیات های خود سرانه می زنند که هنوز به تخنیک آن آشنائی کامل ندارند واقعات فراموش کردن اجسام اجنبی در اجوف یا جروحات نیز از این خاصیت جراح منشه میگیرد. سهل انگاری در تحریر و ثبت اسناد طبی از اثر بی اعتنائی نیز صورت گرفته میتواند که در اینجا از سهل انگار می در سند عمده مریض داخل بستر یعنی دوسیه مریض که اهمیت معالجوی، علمی، پراکتیکی و حقوقی دارد یاد آور شد. دوسیه مریض مدرک اثبات جرم در وقایع که مناقشه بین مریض و اقارب مریض و طبیب بوجود می آید و یا مریض در جرمی که از طرفین صادر میگردد، میباشد.

تحریر خلص و مختصر تشخیص، تحریر غلط طرف ماوف (چپ در جای راست و یا راست عوض چپ) تحریر راپور طبی خلص و مختصر در مواردیکه مریض به موسسه دیگر می انتقال داده میشود یا فوت می کند و غیره. از تظاهرات بی اعتنائی در مورد اسناد طبی می باشد.

نقایص مختلف در فعالیت های طبی میتواند نتیجه بی سواد و عدم دانش دوکتوران باشد که عواقب ناگوار از سبب عدم دانش طبیب اشتباهی او واقعه تصادفی محسوب شده نمیتواند. در یک سلسله وقایع با در نظر داشت شدت عواقب واقعه دوکتوران نه تنها به جزائیی انضباطی بلکه به جرمی از سبب سهل انگاری کشاننده شده میتواند. [16 - 17]

انواع قصور طبي از دیدگاه قوانین

قصور طبي به دو نوع تقسیم می شود: قصور در قوانین مجازات اسلام و قصور در قوانین ومقررات آیین نامه نظام پزشکی.

الف انواع قصور در قوانین مجازات اسلامی

1- بی احتیاطی: بی احتیاطی از نظر لغوی عبارت از عدم نگهداری نفس از وقوع در گناه، کسری که عاقبت اندیش نباشد و کار خود را استوار نکند، در مقابل غفلت بکار می رود. از نظر حقوقی بی احتیاطی آنست که شخص بدون توجه به نتایج عملی که عرفاً قابل پیش بینی است اقدام به عملی نماید که منتهی به قتل یا صدمات بدنی غیر ویا ضرر بر او شود.

بدین ترتیب که طبیب یا جراح وسائر متصدیان مشاغل وابسته به طب توجه کافی در امر درمان علی آزمائش مبذول نداشته علی مرتکب اشتباه علی زلزله روی گردند و در نتیجه ضرر جسمانی علی روانی برای بچار ایجاد شود.

بعبارت دیگر بی احتیاطی برخلاف بی مبالائی جنبه وجودی مثبت دارد و اساساً " کاری است که نبا بی انجام شود و انجام می شود. بی احتیاطی نقض نهی قانون گذار است. مواردی مثل عدم توجه کافی در امر درمان علی آزمائش علی ارتکاب اشتباه علی زلزله روی که موجب ضرر جسمانی علی روانی برای بچار شود. مثل جا گذاشتن وسایل جراحی در شکم بچار، تزریق داروی عضلانی بصورت وریدی، پاره کردن رحم حین کورتاژ و...

بی احتیاطی از نظر حقوق دانان فرانسوی خطای است که مردم ان م آل اندیش و پیش بین مرتکب آن نم ی شوند. شخص محتاط عواقب و نتایج کار خود را با توجه به اوضاع واحوال موجود که عرفاً قابل پیش بین ی است پیش از اقدام، بررسی و پیش بینی می کند. اما فرد بی احتیاط به عکس بودن پیش بینی های لازم و متعارف، دست به اقدام می زند که نتیجه آن خلاف میل و مقصود است. طبعاً اموری که غیر قابل پیش بینی می باشد از شمول این تعریف خارج است.

یک اصل کلیدی در باب مسولیت اینست که هر انسان مسول و پاسخگو ی آثار و عواقب انسانی محتمل اعمال خود است و هر گونه انتظار بیش از این از یک انسان، خلاف عادت تلقی می گردد. در ارزیابی و تشخیص خطا آنچه باید تشخیص داده شود این است که آیا عمل واقع شده، در زمان و مکان معین و تحت شرایط خاص عرفاً قابل پیش بینی بوده و آیا یک شخص مآل اندیش و محتاط و متوسط الحال (نه خیلی باهوش و نه خیلی کم هوش) مطابق عرف زمان و مکان می تواند آن را پیش بینی کند و یا نه و آیا عرفاً وقوع نتیجه محرمانه به میزانی محتمل بوده که احتراز از آن ضرورت داشته باشد یا نه؟ بی احتیاطی و بی مبالائی از اموری است که بر حسب عرف و عادت این عناوین بر آن اطلاق می شود تا در صورت موثر بودن آن در وقوع حادثه موجب مسولیت گردد.

بنابراین ضابطه تشخیص بی احتیاطی عرف است و در صورتی که موضوع تخصصی در بین اهل فن و نظریه کارشناس معتبر خواهد بود.

بی مبالائی: بی مبالائی در لغت به معنی بی تدبیری، بی قیدی، بی پروایی و بی اعتنائی، بی توجهی و غفلت و اهمال فاحش آمده است. بی مبالائی اقدام به امری است که مرتکب نم ی بایست به آن مبادرت ورزد، به عنوان غفلت میتوان شمرد

هر کسری اعمالی را بدون سوء قصد ولی بر اثر بی‌مبالائی یا غفلت مرتکب شود چنانچه عمل ارتکاب‌ی موجب هلاک نفس شود، باید به حبس تادیبی و جبران خساراتی که از عمل او ناشی شده محکوم گردد. در تعریف بی‌مبالائی می‌توان گفت: هرگاه فاعل عملی را پیش‌بیری کند که عمل وی موجب ورود ضرر به غیر می‌گردد ولی معذالک لاقیدی و سهل‌انگاری او را به طرف ارتکاب جرم سوق دهد. مرتکب بی‌مبالائی شده است. در واقع بی‌مبالائی عکس بی‌احتیاطی است و عبارتی نقض امر قانونگذار است به شکلی که شخص باید کار وی را انجام دهد ولی انجام نمی‌دهد پس جنبه منفی دارد. مثل اینکه طیب یا پرستاری مبادرت به تزریق پین‌ی سلین به بیمار نماید که نسبت به این دارو حساسیت دارد و به علت شوک آنافیلاکسی فرد فوت نماید یا عدم انجام رادیوگرافی قبل از عمل و....

بنابراین اگر خطا بصورت فعل منفی و خودداری یا غفلت و یا فراموشی در انجام کاری باشد که عرفاً می‌بایست انجام داده شود آن را بی‌مبالائی خوانند. بی‌مبالائی از علل شایع مشکلاتی است که برای پرسونل صبح‌ی پیش‌می‌آید و به همین دلیل اکثر پرسونل با این واژه آشنای‌ی دارند. بی‌مبالائی به معنای نارسائی در دقت و توجه لازم به عمل می‌باشد. توجه لازم یعنی مراقبت لازم یا توجه‌ی که از پرسونل بهداشتی در هر موقعیتی انتظار می‌رود انجام دهند و یا درجه‌ی از توجه که کارمند واجد شرایط لازم در همان موقعیت، همان سرویس را به بیمار می‌دهد و در غیر این صورت ایجاد آسیبی به بیمار از آن به بی‌مبالائی یاد خواهد شد.

استاندارد محاکم برای تعیین بی‌مبالائی آن است که دادگاه شهودی را که واجد شرایط مشابه به متهم باشند احضار می‌کند و بر خورد آنها را در مواجهه با واقعه جویا خواهد شد. سپس در مورد مسامحه شما تصمیم خواهد گرفت. احتمالاً شما نیز در دفاع از خود کسانی را گواه خواهید آورد که ادعا میکنند در شرایط مشابه، مانند شما عمل میکردند. بنابراین دعاوی به دادگاه حقوقی ارجاع داده شده و نهایتاً قاضی در این مورد تصمیم خواهد گرفت.

گاهی اوقات مسامحه به وضوح آشکار است به نحو‌ی که به قول محکمه همه چیز گویا بی‌مبالائی است. در اینجا دادگاه شما را جهت توضیح پیرامون علت وقوع مسئله احضار می‌کند. مواردی مثل ریختن آب داغ روی بدن بیمار و سوزاندن او و.... در این موارد بیمار هیچ وظیفه‌ی برای اثبات بی‌مبالائی داکتر یا پرستار ندارد و این وظیفه پرسونل بهداشتی است که در مورد وقوع این اعمال توضیح دهند.

(این قاعده در کشور ایران و سایر ممالک معمول است)

برای اثبات بی‌مبالائی چهار شرط لازم است:

الف- وظیفه مراقبت بر عهده پرسونل طبي گذارده شده باشد.

ب- عملکردنا مناسب و نارسائی در انجام مراقبت در حد استاندارد صورت گرفته باشد.

ج- بیمار باید دچار آسیب شده باشد.

د- آسیب وارده به بیمار باید از بی‌مبالائی پرسونل بهداشتی ناشی شده باشد

دقت نمایند که قانون شخص را به علت خطا در قضاوت متهم نمی‌کند. اگر پرسونل بهداشتی کارشان را با دقت انجام دهند یک خطا در قضاوت یا یک اشتباه بی‌مبالائی تلقی نمی‌شود البته این اشتباه ممکن است بیمار را متوجه صدمه جدی نماید ولی اگر شهادت و توجه لازم را اعمال دارید، مسرولیت قانونی متوجه شما نیست. بنابراین مسرولیت فقط در صورت اهمال متوجه

شما خواهد شد. داشتن این قاعده برای پرسونل بهداشتی بسیار مفید است که مطمئن باشید محاکم انتظار ندارند که شما همیشه تشخیص درست بدهید و یا همیشه به خوبی عمل کنید. آنچه که از شما انتظار می رود انجام وظیفه بدون مسامحه جهت رفاه حال بیمار می باشد. برای اثبات بی مبالگی بیان این نکته که شما بهترین کار را انجام داده اید به شما کمک نمی کند، بلکه شما باید به همان دقت فردی عمل می کردید که در شرایط مشابه شما عمل می کنند.

مشارکت در بی مبالگی: در مواردی که دستورالعمل های لازم توسط پرسونل بهداشتی به بیمار داده می شود و خود بیمار بی مبالگی می کند، علت تمام یا قسمتی از آسیب های وارده متوجه خود او می باشد. در اینجا پرسونل تنها مسول صدماتی هستند که در اثر افعال آنها به بیمار وارد شده است. پرسونل باید دستورا ل عمل های داده شده به بیماران و آنچه را که اتفاق افتاده است ثبت نمایند تا هر کس که بعداً به آن یادداشتها رجوع کرد، بتواند مقصر اصلی را تشخیص دهد.

بی مبالگی نیز مانند بی احتیاطی مفهومی عرفی است و این عرف خاص است که مشخص می کند فردی که به اثر عدم اقدام به عملی موجب خساراتی شده است باید اقدام به آن امر می نمود. مثالهای دیگری از بی مبالگی شامل بکار نبردن اشعه برای تکمیل درمان طبی یا جراحی سرطان، معاینه نکردن قلب و نگرفتن E.C.G قبل از بیهوشی، ضد عفونی نکردن وسایل معالجه که موجب سرایت بیمار ی اتانمی به بیمار شود. عدم تزریق امپول در ساعت معین به یک بیمار خطر ناک و... می باشد. بدین ترتیب بی مبالگی کمتر از بی احتیاطی رخ میدهد ولی شدیدترین نوع از خطاها است. [21-2]

فرق بین بی احتیاطی و بی مبالگی: ماده 336 قانون مجازات اسلام ی تشخیص این دو را از یکدیگر با ضوابط

ذیل مشخص مینماید.

- 1- بی احتیاطی یک عمل آئی است در حالیکه بی مبالگی یک نوع کار برد عقلی از قبل موجود است.
- 2- بی احتیاطی فعل مثبت و کاری است که نباید انجام شود یعنی از طرف مقامات عدلی انجام آن نه ی شده و خلاف اخلاق طبابت است. در حالیکه بی مبالگی بصورت ترک فعل است که از رو ی اهمال و سهل انگاری و فراموشی سر می زند و کاری است که باید انجام دهد و انجام نمی دهد. و از طرف قانون گذار مکلف به انجام آن می باشد.
- 3- عدم مهارت: - عدم مهارت یا عدم تبحر در لغت به معنای دار نبودن نقطه مخالف عالم بودن، زیرک ی و زبردستی، استادی، حذاقت و ماهر ی آمده است. عدم مهارت در اصطلاح حقوق ی عبارتست از عدم آشنای ی متعارف به اصول دقایق علمی و فنی کاری معین (راندگی موتر) و بی اطلاعی کافی از حرفه معین مصداق عدم مهارت است. عدم مهارت یکی از مصادیق چهار گانه کیفی وقصور طبابت است و اصولاً دارای دو معنی عام و خاص بوده و بر دو نوع است.

1- عدم مهارت مادی 2- عدم مهارت معنوی

عدم مهارت به معنی عام عبارتست از: عدم ورزیدگی و تبحر کافی در امور که انجام صحیح آن، به آن اندازه به تبحر و ورزیدگی نیاز دارد. مثل دادن لیسنس راندگی به کسی که واجد شرایط راندگی نبوده است. عدم مهارت به معنی خاص زمانی اطلاق میشود که شخص در یک مرحله حساس و دقیق گرفتار می شود و نیاز به حرکت و اقدام ی دارد که جز با مهارت خاص و تبحر کافی نتواند خود را از مهلکه نجات دهد. مثل جراحی که عین عمل تعویض دسامات قلب با مشکل مواجه شود که نداند

چگونه باید دسام جدید را به کار اندازد. عدم مهارت مادی یا جسمی نداشتن چابکی و تردستی و ورزیدگی و تمرین کافی در امر است که حسن انجام آنها مستلزم داشتن توانایی خاص می باشد مثل رانندگی، جراحی، تیراندازی... کسری که بانداستن این توانایی دست به امری بزند که موجب صدمه و آسیبی شود خطا کار محسوب میشود. عدم مهارت مادی میتواند ناشی از تازه کاری یا بی تجربگی باشد.

عدم مهارت معنوی در نادانی مطلق یا نسبی حرفه ای خلاصه می شود. مرتکب از این جهت خطا کار محسوب میشود که بدون معلومات و اطلاعات لازم اقدام به عملی می کند که موجب ضرر صدمه شخص دیگری می گردد. مثل خطای جراحان و دواسازان در مشاغل مربوطه خود که حاکم از بی سواد و عدم بهره کافی از دانش طبابت است. پس مراد از عدم مهارت، فقدان اطلاعات علمی و فنی و توانایی های لازم برای تقبل و انجام بعضی از کارهاست و در تعریف از آن میتوان گفت دست زدن به عملی که مرتکب از نظر مادی و معنوی بر آن تسلط ندارد.

هر چند در خصوص عدم مهارت، صرف نداشتن یا بدست نی آوردن و یا غفلت از دست آوردن مهارت بنا بر اقوال مشهور حقوق دانان خطا شمرده میشود، لیکن برخی از متأخرین از آن جهت که شخص غیر ماهر عملاً قادر به رعایت احتیاط متعارف برای جلوگیری از خطر صدمه احتمالی نیست، او را خطا کار میدانند و نتیجه می گیرند که قانونگذار در مورد او خطا را فرض کرده است و این فرض غیر قابل تغییر است.

بنابراین طبیب یا قابله که بجای آمپول مورفین، آمپول ایمتین به مریض تزریق می کند و باعث فوت او میشود، متهم شناخته میشود و صرف اینکه در نسخه آمپول مورفین نوشته شده بوده و یا اطمینان داشته که داروساز اشتباه نمیکند و از دو آمپول که با هم شباهت داشته و بر حروف لاتین تسلط کافی نداشته، باعث براءت او نمیشود.

4- عدم رعایت نظامات دولتی: عدم رعایت نظامات دولتی به معنی انجام ندادن و عمل نکردن به قوانین دولت و نظم است که دولت برقرار کرده است. بعبارتی عدم رعایت قوانین مصوبه، لوایح و مقررات دولت، قوانین و نظام نامه های طبابت دستور العمل های وزارت صحت عامه معالجه و آموزش طبیبی و مراکز علمی و فرهنگی...

خطای ناشی از عدم رعایت نظامات دولتی مستقل از بی احتیاطی، بی مبالایی و عدم مهارت است که موجب مسولیت، مرتکب آن می گردد و بتهنایی نیز برای مسولیت متهم کافی است و در جهت تشخیص این نوع خطای جزایی محکمه تلقی به مراجعه به عرف ندارد و بلکه هرگاه که این جرم احراز گردد، متهم خطا کار شناخته میشود. هرگاه بر اثر عدم رعایت مقررات مربوطه به امری قتل یا ضرب یا جرح واقع شود به نحو ای که اگر آن مقررات رعایت می شد حادثه ای اتفاق نمی افتاد، قتل یا ضرب و یا جرح در حکم شبه عمد خواهد بود.

در عدم رعایت نظامات دولتی، صرف خطا موجب مسولیت جزائی نمی شود بلکه باید عدم رعایت نظامات دولتی عامل صدمه وارده (زیان مادی، عوارض جسمانی یا روانی...) باشد. در پایان ذکر این نکته لازم است که اشکال مختلف اهمالات طبیبی و خطای جزایی قابل تبدیل به یکدیگر هستند یعنی همان رفتاری که بی احتیاطی یا بی مبالایی تلقی میشود میتواند عدم رعایت نظامات دولتی نیز تلقی گردد و دادگاه مکلف است یکی از اشکال خطای مندرج در قانون مجازات اسلامی را در رای

دادگاه صادره ذکر نماید. در قصور طبابت طبق قوانین مجازات اسلام ی یک دعوی قضایی بین بیمار و طبیب باید براساس قوانین اسلام ی یا مدنی مطرحه رسیدگی شود و در صورت نیاز برای طبیب غرامت مالی و... در نظر گرفته شود.

سوء رفتار مسلکی

بدان معنی است که رفتار مسلک ی طبیب رعایت نشده (کمتر از حد ی بوده که از یک طبیب انتظار م ی رود) مانند سوء رفتار با بیماران یا انجام اعمال خلاف عفت طبابت چنانچه از طرف مریض ادعا ی سوء رفتار مسلکی شود، این مسایل توسط محاکم مربوطه مسلکی صلاحیت طبیب مورد بررسی قرار م ی گیرد و در صورت لزوم دیپلوم مجاز طبابت آن موقتاً یا دایمی گرفته میشود. واضح است که تمام امراض نتایج خوب و مثبت نم ی دهد. اسباب نتایج ناگوار امراض میتواند شدت و یا لا علاجی خود مرض، سیر غیر وصفی آن نزد مریض، مراجعه بی موقع نزد داکتر، حساسیت مریض در مقابل بعض ی مستحضرات دوائی، سوی تشکلات در بعضی سیستم های مریض و غیره باشد.

بعضاً نتایج ناگوار مربوط به تداوی غلط یا عدم کمک از طرف پرسونل طبی بوده میتواند که در طبابت بنام های اشتباهات طبی امراض یترورژی، یا واقعات سوء تصادفی پرکتیک طبابت و غیره نامیده میشوند کنگوری های فوق ذکر خطای طبی شمرده شده و در قبال خود مسولیت جزائی ندارند. این کنگوری خصوصیات و علائم فارقه خود را داشته که نسبت به واقعه مشخص و شرایط مشخص حصول آنها بصورت مختلف ارزیابی م ی گردند.

ضرب المثل لاتین موجود است که میگوید: اشتباه کردن خاصیت هر انسان است. حقیقتاً اشتباه در هر مسلک دیده میشود اما خصوصیات مسلک طب در این است که سر و کار به حیات و صحت انسان داشته، از این سبب علاقه مند ی و برخورد جدی از طرف اشخاص و اجتماع در مورد اشتباهات دو کتوران طب بوجود م ی آید. اشتباه طبی عبارت از خطای غیر قصدی است که در قضاوت طبیب حین اجرای وظایف مسلکی وی بوجود آمده و در آن موضوع سهل انگاری، غفلت، ادعا، جهالت و نادانی طبی موجود نباشد.

اسباب اشتباهات طبی رامیتوان علل و شرایط عینی (مثلاً عدم موجودیت میتود ها ی مکمل تشخیص و تداوی، عدم موجودیت علائم وصفی مرض، بستردن کوتاه مدت مریض و غیره) تشکیل میدهد.

اشتباهات طبی رامیتوان ذیلاً تقسیم نمود:

1- اشتباهات تشخیصی.

2- اشتباهات در انتخاب میتود تداوی و تطبیق آن.

3- اشتباهات در سازماندهی کمک های طبی.

4- اشتباهات در تنظیم و تحریر اسناد طبی.

اشتباهات تشخیص بیش از همه تصادفی م ی کند علل آن عدم دانش کافی طبی و بدسترس نبودن وسایل تشخیص میباشد. در بعضی موارد ارقام و معلومات مقدم برای تشخیص کافی نمیشد مثلاً عدم موجودیت امینزی، علایم م غشوش غیر وصفی و غیر واضح عدم موجودیت وقت کافی برای معاینات مریض، لاشعوری مریض و غیره.

در بعضی موارد دیگر برخلاف ارقام معلومات راجع به مریض فوق العاده زیاد بوده که در زمان کم نمی توان معلومات عمده را که برای وضع تشخیص لازم می باشند تفریق نمود واضح است که در این موارد اکثر اذو کتوران جوان که تجربه کافی ندارند مرتکب اشتباهات میشوند. اشتباهات تشخیص از طرف دیگر میتواند از سبب معاینات ناتمام مریض و یاد رصورتی امتناع مریض از معاینات، مراجعه ناوقت مریض، بها دادن بیش از حد به نتایج معاینات لابراتوار، رادیولوژیکی و سائر تحقیقات و همچنین اتکاء به نظریات سائر متخصص بوجود آمده میتواند.

بین اسباب این کتگوری اشتباهات میتوان از فکتورها های اوپتکتیف (مثلاً عدم موجودیت وسایل معالجه لازمه ادویه لازمه و غیره) و فکتورها های سوپکتیف (مانند عدم تجربه کافی طیب، عدم موافقه مریض و اقارب آن به عملیات و غیره) نام برد. بلندترین رقم اشتباهات تداوی را که منجر به عواقب وخیم میگردد در پراکتیک ولادی و نسائی و جراحی خصوصاً حین عملیات های مغلق و عاجل (قطع تصادفی او عیه کبیره، قطع حالب ها، قطع اعصاب، و سائر خطاها) و تخنیک (حتی نزد دو کتوران مجرب تصادف کرده میتواند. واقعات (فراموش شدن) اجسام اجنبی در عضویت مریض تحت عملیات نیز اشتباه زمان معالجه محسوب می گردد. در این وقایع تعیین سرحد بین خطای صادقانه و سهل انگاری، غفلت و بی احتیاطی خیالی مشکل میباشد. یک تعداد اشتباهات از طرف دو کتوران در نتیجه سازماندهی نادرست خدمات صحی و معالجه رخ میدهد. بیش از همه این اشتباهات سازمانی به نارسایی های اداری و خدماتی موسسات صحی ارتباط داشته که از سبب آنها دو کتوران مرتکب اشتباهات طبی می شوند. اسباب این خطاهای ارتباط مستقیم به سویه آمادگی تیوریک و پراکتیک آمرین موسسات صحی دارند. از طرف دیگر این اشتباهات میتواند علل دیگری داشته باشند. مثلاً سویه پایین معاینات لابراتوار مریضان از سبب عدم موجودیت وسایل، معیارات لازمه و لابرات ها ی مجرب و بادانش، اضافه نمودن بستر مریض در شفاخانه (بیش از نورم) بدون ازدیاد ساحه و پرسونل تاثیرات منفی داشته این حالات امکانات انتانات داخل شفاخانه را با لا برده و موثریت خدمات معالجه ای تنقیض می یابد. واقعات دیده میشود که دو کتوران وظایف خود را صادقانه ایفاء نموده ولی نارسایی های مختلف سازماندهی امور معالجه ای عواقب خطیری را برای مریضان بار آورده است که در این مورد میتوان بصورت خاص از کنترل ضعیف تطبیق هدایات طیب معالجه و سویه پایین پرسونل متوسط و خورد و به این ارتباط پرستاری غیر قناعت بخش مریضان ذکر نمود در جمله نقایص سازماندهی میتوانیم تاخیر کمک های عاجل و امتناع پرسونل مسؤل کمک های عاجل را از کمک به مریض یاد نمود و بعضی در موارد این نوع امتناع روی موضوعات شکلی پرسونل مسؤل کمک های عاجل را از کمک به مریض یاد نمود و در بعضی موارد این نوع امتناع روی موضوعات شکلی و فورمالیتی ها استوار میباشد که بعضی دو کتوران نسبت اینکه مریض به موسساتیکه تعلق ندارد از کمک به آن امتناع می ورزد. طرق جلوگیری از اشتباهات طبی بررسی و ارزیابی اسباب و علل آنها در هر واقعه مشخص در کنفرانس های دو کتوران معالجه پتالوگواناتومها و اطباء عدلی بلند بردن دائمی سویه دانش مسلکی دو کتوران، آشنایی بادست آورد های جدید علم طب و مراعات دقیق پرنسپ ها ی اخلاق طبابت میباشد. البته میدانیم خطا در لغت به معنی نادرست، نادرست و گناه می که از روی عمد نباشد (غیر عمدی) آمده است. این واژه در زبان انگلیسی ی معادل Mistake-Error بکار برده شده است. خطا در اصطلاح حقوقی مقابل عمد است و آن عبارت است از وصف عملی که فاعل آن دارای قوه تمیز بوده و بعلمت غفلت یا فراموشی یا جهل یا اشتباه یا بی مبالائی و عدم احتیاط، عملی که موازین مقررات اخلاق یا قانون است مرتکب شده است. فاعل عمل خطا برعکس فاعل عمل عمدی یا قصدی میباشد.

خطا بردونوع است: 1- خطای حقوقی: بدین ترتیب در تعریف خطا حقوقی می توان گفت خطا عبارت است از انجام کاری که در ارتکاب آن احتمال بوجو آمدن صدمه یا زیان به غیر و یا اختلال در امری از امور اجتماعی وجود داشته باشد. قصور طبی یکی از جمله خطا های جزایی است. خطای که در هنگام انجام حرفه معین بوجو دم ی آید مثل خطای وکیل در دفاع و مسایل ولادی در معالجه، خطای حرفی گفته میشود و در حقوق جزای طبی مورد مطالعه قرار می گیرد. خطایی جزایی ممکن است تخلف انطبای باشد و یا قصور و سهل انگاری. تبصره 3 ماده 295 قانون مجازات اسلام ی مصادیق قصور و سهل انگاری و انجام وظیفه رایبان کرده است. این تبصره مقرر میدارد. هرگاه در اثر بی احتیاطی یا بی مبالائی یا عدم مهارت و عدم رعایت مقررات مربوط به امری مثل قتل یا ضرب و یا جرح واقع شود به نحو ی که اگر آن مقررات رعایت میشد حادثای اتفاق نمی افتاد، قتل یا ضرب و یا جرح در حکم شبه عمد خواهد بود). خطای طبی عبارت است از تمامی نقایض رفتار حرفه ای اطباء که شامل قصور طبی بوده طیب بانیت اقدام به درمان بصورت رایگان یا با عقد قرار داد م ی نماید شروع میشود. از نظر نوع کار، قصور طبی و خطای جزایی طیبیان و حرفه وابسته که ممکن است منجر به مسولیت جزایی یا مدنی و یا مسولیت توام جزایی و مدنی گردد عبارت است از:

1- عدم تشخیص درست بدلیل عدم معلومات و مشاهده مانند عدم معاینه دقیق مریض و یا عدم معاینه بطن دریک بیمار با علایم بطن حاد.

2- عدم رعایت اقدامات استاندارد طبی مثل عدم انجام رادیو گرافی

3- خطرات درمان مثل شکستن سر سوزن موقع تزریق

4- ارتباط با سائر طیبیان عدم ارجاع بیمار به طیب دیگر در صورت نیاز

5- عدم ویزیت بیمار بعلت فراموشی یا تنبلی

6- عدم باز گو کردن حقایق به بیمار

7- گذارش طبی: عدم یادداشت و گذارش کامل از بیمار.

8- **Criminal negligence** ی احتیاطی واضیح طیب بیمار فوت نماید مثل گرفتن زایمان

در حال مستی.

9- خطای نسخه نویسی

10- خطا ی رادیولوژی، رادیو تراپی، و یافیزیو تراپی

11- خطا ی جراحی، بیهوشی زنان و زایمان، ارتوپیدی و...

12- خطا ی سرایت بیماریهای انتائی، اگر فردی به بیماری انتائی و یا ویروسی مبتلاست و خطر جدی نهایی طیب

معالج دارد، از نظر اخلاقی غیر قابل قبول است که طیب از انجام خدمات درمان ی سرباز زند. بعنوان مثال در مورد بیمار ی ایدز بیمارستان و طیب موظف اند به تمام بیماران از جمله بی ماران مصاب مرض ایدز خدمات ارائه دارند انتقال ویروس ایدز از طیب به مریض اگر چه مشکل است، ولی امکان پذیر است و اگر طیبی مبتلا شد باید مراتب را به مسوولان طبی اطلاع دهند. وی با رعایت مسایل طبی می تواند به کار خود ادامه دهد و ابتلا ی وی به مفهوم کنار رفتن از دایره طبابت نیست. علاوه بر آن

در صورت مواجه شدن با بیمار های ساری ، انتانی و آمیزی در بیمار طیب موظف است مراتب را به وزارت بهداشت اطلاع دهد. (ویا ، طاعون، تب زرد، تیفوئید، تیفوس اگزانتما تیک، آبله، سرخکان مالاریا، فلج اطفال، تب مالت، دیفتری...
طریق جلوگیری از اشتباهات طبي بررسی و ارزیابی اسباب و علل آنها در هر واقعه مشخص در کنفرانس های دو کتوران
معالج پتالوگواناتوم ها و اطبا ی عدلی، بلند بردن دایم ی سویه دانش مسلکی دو کتوران، آشنائی با دست آورد های جدید علم
طب و مراعات دقیق پرنسیب های اخلاق طبابت میباشد. (10 - 16 - 17]

عواقب سوء تصادفی

عواقب سوء تصادفی در پراکتیک طبابت عبارت از عواقب ناگوار تداوی می باشد که در نتیجه حوادث تصادفی رخ داده
و طیب با تمام رویه مسولانه و صادقانه خود نتوانسته از آن جلوگیری نماید. مرگ های آنی بالای میز عملیات، توقف عکسوی
قلب یا تنفس، شوک روحی Emotional و غیره یاد آور گردید. مرگ میتواند در حین Punction هانزد اشخاصیکه سوء
تشکلات اناتومیکی اعضاء نزدشان موجود است به حصول برسد. اختلالات غیر قابل پیش بین ی می تواند نزد اشخاصیکه
ساختمان اناتومیکی عادی دارند نیز بوقوع پیوندد مثلاً در جوف پلورام میتواند اختلالات شدیدی حتی مرگ از اثر شاک پلورایی
بحصول آید.

مرگ های تصادفی نادر آ در تست نرکوز حت ی زمانی صورت گرفته میتواند که دوز دوائی عادی بوده نقایصی
در تخنیک طبق نرکوز موجود نبوده، مستحضر دوائی نیز توکسیک نبوده و مضاد استطباب قابل مشاهده نزد مریض دیده نشده
عواقب ناگوار و تصادفی را میتوان نزد مریضان حین معاینات و مانور های تشخیصی نیز مشاهده نمود برای اثبات واقعات
تصادفی در پراکتیک طب باید بصورت تام امکانات عدم دانش مسلکی، بی احتیاطی، غفلت و سهل انگاری طیب و همچنین
اشتباهات طبي را رد نمود. [21]

مسولیت کارکنان طبي در قبال جرائم مسلکی و اهمالات طبي

در قوانین نافذه وطن ما مواد ی به ارتباط طبابت موجود است که اگر در اثر اجراء (یا عدم اجرای) مکلفیت های مسلکی
یا وظیفوی شان خطرات برای اجتماع خصوصاً ضرر برای صحت و حیات انسان پدید آید آنها تحت تعقیب قانونی قرار گرفته
و به جزاء محکوم می گردند.

ماده سیزده هم قانون صحت عامه چنین حکم میکند: هر گاه منسوبین طب و دواسازی از وظایف اختصاصی شان تخلف
ورزند مطابق به احکام قانون مجازات میگرددند. لذا پرسونل طبي ی از سبب اهمالات طبي و جرائم قصدی مسلکی مطابق به
احکام قانون جزاء تحت بازپرسی و جزاء قرار گرفته میتواند. [13]

امتناع از کمک به مریض

کمک هایی طبي به اشخاصیکه به آنها ضرورت باشد از طرف موسسات معالجي، و قایوی وزارت صحت عامه، مراکز
صحي موسسات تولیدی، اتحادیه های صنفی، مقامات تامینات اجتماعي و سائر موسسات پیشکش می گردد.

ولی در بعضی شرایط خاص (تسمات، تروما، امراض عاجل وغیره) چنین اتفاق میافتد که کمک ها ی عاجل از طرف کارکنان طب در شرایط خارج از موسسه صح ی انجام یابد. مکلفیت رسانیدن چنین کمک ها در ماده یازده هم قانون صحت عامه ج.ا.ا. تصریح گردیده است.

ماده یازده هم قانون صحت عامه: - کارمندان طب و دواساز ی مکلف اند در راه ها، جاده ها، محلات اجتماع ی و در منازل برای مردم کمک های عاجل طب را عرضه نمایند.

عدم اجرای این مکلفیت بدون عذر معقول از طرف پرسونل طبی جرم شمرده میشود و مرتکب آن طبق ماده 354 قانون جزاء مجازات میگردد (ماده 354 قانون جزاء: شخصیکه هنگام وقوع حریق، یا حادثه بزرگ دیگر ی با وجود تقاضای موظف خدمات عامه بدون عذر معقول از معاونت امتناع م ی ورزد. به حبسیکه از شش ماه کمتر نباشد و جزای نقدی که بیشتر از شش هزار افغانی تجاوز نکند و یا به یکی از این دو جزاء محکوم می گردد).

باید گفت که این مسولیت به دوش تمام کارکنان طب ی (دوکتور، فلشر، نرس ها، نرس قابل ها وغیره) میباشد گرچه در حین حادثه شامل کار نباشند (دوکتور تقاعد ی)، (جز از رشته های که در مقررات و دستور العمل ها ی خاص شان این موضوع پیش بیری گردیده است میباشد).

در مورد اینکه امتناع از کمک به مریض از سبب عذر معقول و یا غیر معقول بوده در هر واقعه مشخص از طرف مقامات تحقیقی و قضائی تثبیت م ی گردد. عذر معقول میتواند مریض ی خود پرسونل طبی در حین واقعه و یا عدم موجودیت امکانات عیری برای رسیدن به محل حادثه باشد.

امتناع از کمک به مریض از سبب اینکه مریضی در وقت شب واقع گردیده یا اینکه وسیله ترانسپورتی به میل طیب نیست و یا ثبوت عدم دانش طبی از طرف طیب عذر معقول شمرده شده نمیتواند. در صورتیکه دانش طیب در کدام رشته کاملاً محدود و طبی باشد و از این سبب نتواند به مریض کمک نسبتاً تام کند او مکلف است بعد از معاینه دقیق کمک ها ی کاملاً عاجل را بنماید و تدابیر لازمه را برای خواستن طیب دیگر و انتقال مریض به موسسه صح ی اتخاذ نماید. حالات مشدده در مورد امتناع کمک از مریض وقتی است که این عمل منجر به مرگ و یا عواقب وخیم برا ی مریض میگردد. مسولیت جزائی وقتی به پرسونل طبی مواجه میگردد که آنها اقرار نمایند که مرگ مریض یا عواقب وخیم مرض در نتیجه عدم رسیدن کمک عاجل به مریض بوجود آمده است. در پراکتیک دیده میشود که جرایم به ارتباط امتناع از کمک به مریض از طرف پرسونل طبی نادرا واقع میشود. این نوع جرائم مانند تخلفات پرسونل طبی از مقررات طبی بطور عمومی دور از نورم ها ی اخلاقی و منافی اخلاق مسلکی کارکنان طبی میباشد. [15 - 21]

فصل دهم

تجارب غیر مجاز بالای انسان

تجارب غیر مجاز بالای انسان یکی از تخلفات مسلکی کارکنان طبی شمرده میشود. البته اجرای تجارب برای تکامل علم طب مانند دیگر علوم لازم میباید. نسبت اینکه هر تجربه بالای انسان میتواند خطرات برای صحت و حتی حیات وی بار آورد همچو تجارب در شرایط کلینیکی با مراعات مقررات مربوطه آن صورت میگیرد. اولاً باید تحقیقات مفصل مقدماتی بالای حیوانات انجام گردد ثانیاً باید اجازه نامه از مقامات مربوط جهت اجرای تجربه بالای انسان بدست باشد ثالثاً موافقه شخص که بالایش تجربه صورت میگیرد باید موجود باشد. در غیر آن عمل دوکتور نه بحیث تداوی بلکه بحیث تجربه غیر مجاز و در صورت عواقب ناگوار وخیم و مرگ مریض سهل انگاری وی وارد نمودن صدمات جسمی از طرف طبیب شمرده شده میتواند.

در ماده بیستم قانون صحت عامه جمهوری اسلامی افغانستان چنین آمده است که:

طبیبان هنگام ایفای وظیفه خویش از طریق وقایع، تشخیص و معالجه از مواد دوائی استفاده مینمایند که از طرف وزارت صحت عامه مجاز باشد. استفاده از وسایل جدید علم وی که به نفع مریض و بمنظور تداوی وی بوده و هنوز عمومیت پیدا نکرده در صورت موافقه مریض کاهل یا موافقه والدین وی و کلاهی قانونی اطفال پائینتر از 16 سال یا مریضان روحی مجاز می باشد. طرز استفاده از وسایل و میتودهای جدید از طرف وزارت صحت عامه تصویب می گردد. در قانون جزایی جمهوری اسلامی افغانستان کدام ماده مستقل راجع به جزای تجارب غیر مجاز بالای مریض موجود نیست. از این سبب جزای آن نسبت به عواقب عمل وی اینکه دکتور میتواند از عواقب عمل بداند یا خیر به اساس سائر مواد قانون جزاء تعیین می گردد. در مواردیکه عمل طبیب به مرگ مریض بانجامد عمل وی تجربه غیر مجاز شمرده شده و طبق مواد قانون جزاء یا بحیث قتل از اثر بی احتیاطی وی یا به حیث وارد نمودن صدمات جسمی سهوی یا عمدی بررسی و مواد 399 الی 412 قانون جزاء بالای شان تطبیق شده میتواند.

ماده 339 قانون جمهوری اسلامی افغانستان حکم میکند:

1- شخصی که بدون داشتن قصد قتل علیه شخص دیگری با وارد نمودن ضرب، جرح یا دادن مواد مضره وی یا با ارتکاب هر نوع فعل مخالف قانون عمدآ تجاوز نماید به نحوی که فعل او منجر به مرگ منجی علیه گردد حسب احوال به حبس طویل محکوم می گردد.

2- اگر ارتکاب جرایم مندرج فقره فوق با صراحت قبلی یا علیه موظف خدمات عامه در اثنای اجرای وظیفه یا به سبب آن - صورت گرفته باشد، مجری علیه مرتکب به حبس دوام محکوم می گردد.

ماده 400 قانون جزاء

- 1- شخصی که باثر خطای ناشی از اهمال، غفلت، بی احتیاطی عدم مراعات قانون، مقررات، لوایح و اوامر مرتکب قتل شخص دیگری گردد یا بدون عمد سبب قتل شود به حبس الی سه سال و جزای نقدی ای که از سری و شش هزار افغانی تجاوز نکند و یا به یکی از این دو جزاء محکوم میگردد مگر اینکه قانون طوری دیگری حکم کرده باشد.
- 2- اگر خطا در نتیجه تخلف صریح از اصولی صورت بگیرد که وظیفه پیشه یا حرفه بر او لازم گردانیده و یا خطا در وقت ارتکاب ناشی از استعمال مواد مخدره یا مسکره باشد. و یا هنگام وقوع حادثه از مساعدت با معنی علیه با وجود قدرت به آن امتناع ورزد مرتکب به حبس متوسط که از دو سال کمتر و جزای نقدی که از پنجاه هزار افغانی تجاوز نکند محکوم میگردد.
- 3- اگر باثر ارتکاب فعل مندرج فقرات فوق بیش از یک نفر به قتل برسد مرتکب، به حبس متوسط که از سه سال کمتر نباشد و در صورت یکجا شدن یکی از حالات مندرج فقره (2) با آن مرتکب به حبسری که از هفت سال کمتر نباشد محکوم می گردد. [16 - 17 - 21]

تخلف از مقررات علیه اپیدیمی ها

در ماده بیست و پنجم قانون صحت عامه چنین آمده است: شرایط مساعد سنتیری و اپیدیمو لوژیکی برای مردم با اجرای مجموع تدابیر سنتیری، ضد اپیدیمیکی و سیستم کنترل دولتی سنتیری تامین میگردد. تخلف از مقررات و نورم های سنتیری و ضد اپیدیمیکی مطابق قوانین و مقررات مربوط موجب کسب مسولیت می گردد. یک بخش این کمپلکس را مقررات خاص، دستورالعمل ها و اوامر برای جلوگیری از انتشار امراض اپید میک و سایر امراض انتانی تشکیل می دهند که عدم مراعات آن طبق حکم ماده (372) قانون جزاء ج.ا.ا جرم شمرده میشود. مسولیت وقتی متوجه شخص می گردد که در نتیجه تخلف و ی از مقررات موضوعه شیوع امراض اپید میک با سایر امراض انتانی صورت گرفته (حتی اگر یک شخص هم مریض گردد) و یا تمام شرایط برای انتشار آن آماده گردیده باشد. این جرایم میتواند بصورت عمدی و یا سهوی از طریق سهل انگاری (زمانیکه فعالیت های معین متذکره مقررات را اجراء نمی نماید) و یا از طریق اعمال ضد مقررات موضوعه صورت بگیرد.

اخفای وقایع امراض انتانی و عدم اطلاع به مقامات مربوطه دولتی و صحت عامه، عمل نکردن به تدابیر موضوعه برای جلوگیری از امراض انتانی و امراض اپیدیمیکی و همچنین اغماض و چشم پوشی از همچو اعمال که از طرف دیگران (مریض، اقارب مریض و غیره) صورت میگردد و خطر جدی برای انتشار امراض موجود باشد (مانند سرکش مریض انتانی از بستر شدن حتمی یا عدم موافقه به ضد عفونی ساختن ساحه، تطبیق واکسین و غیره) صورت میگردد. تخلف از مقررات شناخته میشود. اشخاصیکه این جرایم از طرف شان صورت میگردد می تواند کارکنان طبی، ترانسپورتنی، دادستد مواد ارتزاقی و سایر موظفین باشند که مکلف به مراعات مقررات ضد اپیدیمیکی می باشند. [21]

تهیه و فروش نر کوتیک ها مستحضرات سمی و ادویه شدید

مواد نر کوتیک عبارت از Opium (تریاک) مورفین، کوکائین، پانتوئین، هیروئین، چرس، (Hashish) و غیره میباشد که حالت نشه و خمار رابار می آورند استعمال این مواد سبب NARCOMANIA و امراض و خیم شده میتواند. ادویه شدید

موادی اند که استعمال دوزاژ بلند آنها سبب ضرر صحت می گردند (مانند ارسنیک، سترکینین، پتاسیم سیاناید و غیره). مواد سمی موادی اند که استعمال کمی آن سبب ایجاد تشویمات می گردند (مانند ارسنیک، سترکینین، پتاسیم سیاناید و غیره).

طبق لوايح و مقررات نافذه، این مواد تنها به منظور طبي، اهداف تحقیقی و علمی قابل استفاده میباشند. دستور العمل های خاص از طرف وزارت صحت عامه نافذ گردیده که در آنها هدایت جدی در مورد حفظ، محاسبه و انتقال، توزیع برای موسسات صحتی و غیر صحتی همچنین برای اشخاص انفرادی ذکر گردیده است. در موسسات صحتی و دواخانه ها نیز مقررات جدی برای حفظ، محاسبات و توزیع مواد سمی، نرکتیک ها و ادویه شديده نافذ میباشند.

مسئولیت های جزائی در قبال تهیه، فروش، حفظ و یابدست آوردن جهت فروش مواد سمی، نرکتیک ها و ادویه با تاثیرات قوی بدون اجازه نامه مخصوص و همچنین تخلف از مقررات نافذه برای تولید، حفاظت، توزیع محاسبات، انتقال و فرستادن مواد فوق الذکر در قوانین و مقررات تصریح گردیده است.

جرائم مبنی بر تخلف از مقررات حفاظت، توزیع محاسبه مواد سمی، نرکتیک ها و وسائر ادویه شديده میتواند عمداً یاسهواً از اثر بی احتیاطی (سهل انگاری) از طرف کارکنان فارمسی، مسولین دیپوهای ادویه، دواخانه ها و همچنین دوکتوران و پرسونل متوسط طبي صورت بگیرد.

یتروژنیا (Iatrogenia)

یکی از بخش ها ی مهم دوتولوژی ی طبي مطالعه یتروژنیا میباشد در حال حاضر امراض Iatrogenia و اورگانیک، اختلالات امراض و عواقب امراض که از سربب رویه و اعمال غیر محتاطانه دوکتوران در پرورسه تشخیص یا تداو ی مریض بوجود میآیند بنام یتروژنیا یاد می گردد.

در موارد که حالات روح ی مریض ثابت نداشته باشد کلمات و اظهارات نادرست طیب ناآرام ی عمیق به مریض بار آورده که منشاء دائم ی تاثیرات و اندوه مریض گردیده و بالاخره منبع امراض یتروژنی میگردند. بعضاً اسباب عکس العمل های یتروژنیکی مریض، آشنایی آنها با اسناد طبي (دوسیه مریض، کارت امبولاتور ی، نتایج معاینات، نتایج رادیو گراف ی و غیره) میباشند که توسط مریضان برا ی متخصص دیگر ارسال میگردد. ویا اینکه این اسناد در موسسه صحت ی بصورت محفوظ نگهداری نمی شود. در این واقعات مریضان برا ی آنکه خصوصیات مرض خویش را برا ی خود روشن ساخته باشند به دایرة المعارف های طبي مراجعه نموده و درانجا اعراض شبیه اعراض مرض خود پیدا نمایند که شاید این اعراض به امراض وخیم تری ارتباط داشته باشد.

یکی از اسباب دیگر ی Iatrogenia یتروژنیها تماس دوامدار مریضان هم تیپ در شفاخانه ها و خصوصاً در استراحت گاه های صحتی میباشد که در اینجا اکثر مریضان دانش طب ی از خود نشان داده تشخیص و تداو ی طیب را تشریح و توضیح کرده آنها را تائید یا رد مینمایند تشخیص های خود را میگذارند و هدایت لازم داده عواقب مرض را پیش بیری می کنند.

نادرا نشرات و مجلات علمی تبلیغاتی که مولفین در آنها بیش از حد علایم امراض و عواقب خطر ناک آنها را تشریح

می نمایند نیز سبب امراض یتروژنی شده میتواند. [21]

طبابت غیر قانونی:

طبابت غیر قانونی عبارت از اشتغال اشخاصیکه اسناد تحصیلات مربوطه طبیبی را ندارند به این مسلک دست می یازند. در جمهوری اسلامی افغانستان اجازه فعالیت در ساحه طب و دواسازی برای کسانی داده میشود که لیاقت کافی در رشته های مربوطه داشته و اسناد ختم تحصیلات را در موسسات اختصاصی طبی و دواسازی جمهوری اسلامی افغانستان و یا خارج کشور و یا جواز وزارت صحت عامه ج.ا.ا. را در دست داشته باشند. طبیبان و دواسازان خارجی مقیم جمهوری اسلامی افغانستان صرف به اجازه وزارت صحت عامه در رشته های اختصاصی شان شامل کار میشوند.

طبق قانون صحت عامه اشخاصیکه تحصیلات طبیبی ندارند (مانند فال بین ها، دعا خوانها و غیره) و یا پرسونل متوسط یا کوچک طبیبی که به اجرای فعالیت های طبی که با الخاصه آنها نیست اشتغال میورزند و همچنین اشخاصیکه تحصیلات طبیبی دارند ولی به انواع معین فعالیت های طبی دست زده نمی توانند (مانند اجرای عملیات نسائی از طرف ستوماتولوگ و غیره) تحت تعقیب قانونی از سبب اشتغال به طبابت قرار می گیرند. در حال حاضر در بعضی ممالک، شارلتانی، فال بینی و دعا خوانی به منظور علاج مریضان و سایر آرایج بوده بطور مثال در ایالات متحده سازمان بخصوص شارلتان ها فال بین ها موجود است که از خود نشرات داشته منظمآ جلسات خود را دایر و بصورت موفقانه بانجمن اطباء رقابت می نمایند.

بعضاً قربانی این فال بین ها و شارلتان ها اشخاص باسویه عالی کلتوری و علمی قرار می گیرند اعتماد و عقیده شان از علم روی بعضی ملحوظات ضعیف گردیده و روبرو موهومات و خرافات می آورند. اکثرآ این اشخاص، اشخاص متردد میباشند. که مریضی خود را کدام مرض خاص دانسته و عقی ده می داشته باشند که بامیتود ها طبی علاج شده نمی تواند این نوع مریضان با تلاش زیاد به هر نوع تداوی موافقه می کنند و اکثرآ نزد دکتوران خصوصی و فال بین ها و شارلتان ها مراجعه می نمایند.

زمینه را برای این نوع مریضان اکثرآ اشتباهات دوتولوژیکی دو دکتوران مساعد میازد از سببیکه دکتوران نمی توانند تماس لازمه را با مریض برقرار سازند و یا اینکه برای مریض یا اقارب وی اظهار می نمایند که مریض قابل معالجه نیست. اکثرآ این نوع طبیبان از نباتات مختلف استفاده نموده گویی این نباتات تاثیرات معجزه آسا دارند و بعضاً این تداوی خود را می خواهند اساسات علمی بدهند و توجه مریضان را به خویش جلب نمایند. به این صورت فعالیت این نوع طبیبان روی شارلتانی، دروغ و فریب استوار میباشد. باید گفت تحقیقات قانونی یگانه راه مبارزه با طبابت غیر قانونی نبوده بلکه در این مبارزه بلند بردن خدمات صحی، پیشبرد امور تبلیغاتی علیه طبابت و این نوع طبیبان و همچنان تبلیغات روشنگرانه برای مردم رول مهم را بازی می نماید. [21]

طرق جلوگیری از تخلفات مسلکی پرسونل طبی

جائیکه نورم های اخلاقی رویه کارکنان طبی را برهم بزنند، و دانش عالی مسلکی طبی موجود نباشد و جائیکه توجه معین به مسایل دوتولوژی طبی معطوف نگردد در آن جاها زمینه مساعد و امکانات بیشتر برای بوجود آمدن شکایات مردم و اقامه دعاوی علیه پرسونل طبی مهیا می گردد.

از این سبب یکی از عناصر عمده جلوگیری از شکایات مردم و اقامه دعاوی مختلفه علیه پرسونل طبی بلند بردن مداوم سویه مسلکی، تربیه کیفیت عالی اخلاقی و احساس مسولیت در مقابل وظیفه محوله و همچنین تنظیم تبلیغات سالم صحیحی برای مردم میباشد.

علاوتاً سازماندهی دقیق و صحیح امور موسسه طبی، انضباط عالی کار، مراعات نورم‌ها و اخلاق طبابت و پرنسب‌ها و دوتولوژی طبی امکانات شکایات مریضان و اقامه دعاوی علیه پرسونل طبی را از بین میبرد.

فکتور عمده دیگری جلوگیری از بوجود آوردن دوسیه‌های جزائی برای پرسونل طبی تحلیل و ارزیابی مداوم و همه جانبه اشتباهات، نقایص و کوتاه‌های پرسونل طبی در انجمن‌های علم‌ی به اشتراک کلینسین‌ها و در کنفرانس‌های کلیری‌کوانا تو میک‌می باشند. زیرا وظیفه مشترک نه تنها سپردن مقصرین به پنجه قانون است بلکه باید قبل از همه نتیجه‌گیری لازم از واقعه برای آینده نمود. " و. ی. الیانوف نوشته: مهم این نیست که در مقابل جنایت جزائی سنگینی داده شود بلکه مهم آنست که هیچ جنایتی نباید مخفی بماند.

اخلاق طبابت و دوتولوژی طبی را نمی‌توان تنها در لکچر‌ها و سیمینار‌ها آموخت بلکه آنها را باید عنصر لایتجزای هر لکچر (در هر رشته طب) در هر درس پرکتیک، هر بحث کلینیکی و هر ویزت مریض شمرد. بهترین میتود تدریس اخلاق طبابت و دوتولوژی طبی نمونه بودن خود مربی در امور روز مره در رویه و ارتباط و باهمکاران، محصلین و مریضان می‌باشد.

صحت عامه و روابط دولت با مریض:

پرکتیک طبابت منحصر به ارتباط بین مریض و داکتر نبوده بلکه دولت نیز مکلف به بررسی امور بوده و مسولیت دارد تا رعیت را از اضرار صحیح و وقایه نماید. مانیز مسولیت‌های را در مقابل هموعان خود داشته و منحیث یک عضو جامعه باید مراقبت آنها را نمایم. این مسولیت‌ها شامل محافظت از امراض بوده و کارکنان عرصه طبابت باید سعی و تلاش همه جانبه خویش را در درک معری و مفهوم مناسب از اداره صحت عامه که به گفتار بسیار آسان ولی در کردار و عمل بسیار مشکل بوده، بخرچ دهند. فعلاً تحولات زیادی در روابط داکتر و مریض رونما گردیده و این تحولات بالای مفهوم اخلاق طبابت نیز موثر بوده است. معیارات صحت عامه بدو کتگوری تقسیم میگردد که شامل انکشاف صحت Health Promotion و کنترل وقایه امراض یا disease prevention and control میباشد.

میتود‌های مختلفه در انکشاف وضع صحیح وجود دارد مثلاً تغذیه درست، تمرینات منظم، جلوگیری از الکول و دخانیات و غیره. زمانیکه وضع صحیح شخص به اندازه ناخوش آیند گردد که اصلاح آن از کنترل و توان و ی خارج باشد و خصوصاً به صحت دیگران مضر واقع گردد در این حالت دولت مکلف است تا دست به اقدامات موثر زده و جامعه را محافظت نماید. در تعمیم چنین اقدامات بعضاً حقوق شخص مریض مورد سوال قرار گرفته و در اینجاست که روابط بین داکتر و مریض مطرح نبوده بلکه رابطه بین دولت و مریض مورد بحث است. وظیفه قانون در چنین حالات نظارت بروسعت روابط بین دولت و مریض و اینکه هر گونه توجیه مناسب در تقویت عمل دولت که از حقوق فردی تجاوز میکند تامین نماید.

با وجود این بعضی تمایلات در تامین صحت افراد جامعه تا اندازه متبازر بوده که اعمال اجباری بر ضد آزادی های فردی و در جهت منافع عامه مورد قبول دولت قرار می گیرد.

در همچو حالات باید محتاطانه تصمیم گرفت و صحت عامه باید با در نظر داشت موجودیت شرایط لازم اقدام نماید در غیر آن منافع عامه همیشه باعث نقض آزادی ها و حقوق فردی خواهد شد. سیستم جدید و اخلاقی صحت عامه طرفدار این شیوه خشن و نادرست نبوده دولت در قدم اول باید هر گونه اقدام را در این زمینه از نظر قانونی توجیه نموده و سپس مداخله دولت حتی الامکان حتمی و ضروری بوده و یگانه راه حل می باشد. بلاخره احترام به تمام حقوق فردی مراعات گردد. با در نظر داشت نکات متذکره موضوع پروگرام انکشاف صحت Health promotion که هدف آن محافظت حقوق فردی بوده بیشتر مورد مناقزه قرار می گیرد. [22]

تأثیر حقوق بشر بالای قوانین طبی

موضوع حقوق باعث ایجاد یک سلسه پرابلم ها در پرکتیک طب گردیده که بعضاً در نظر گرفتن و رعایت حقوق مریض باعث تطبیق ناقص و نادرست معیارات معالجه می گردد. دسپلین نسبتاً جوان طب با دور نما ی حقوق بشر در بعضی موارد مخالفت داشته که این مخالفت ها بشکل پیمان ها، موافقت نامه ها و قوانین عرض اندام مینمایند. بطور کلی این معیارات توضیح کننده جهان بینی بوده که محراق توجه آن الویت ها ی بشر را وانمود می سازد و بیکتعداد قوانین فرع ی به اساس آن تصویب می گردد.

در متون حفظ الصحه این موضوع قرار ذیل بیان گردیده است:

- 1- حق مورد احترام قرار داشتن
- 2- حق مستفید بودن از معیارات صحی و فزیکئی
- 3- حق مختار بودن تأیید ورد معالجه
- 4- داشتن حقوق مساوی در چوکات قانون
- 5- محفوظ بودن از مداخلات استبدادی در امورات فامیلی و شخصی
- 6- حق استفاده از پیشرفت های علمی
- 7- حفاظت حقوق طبقه آسیب پذیر [22]

حقوق بشر و صحت روان (Mental Health and Human Right)

یکی از پر منظره ترین بخش طبابت را پرکتیک طب روان تشکیل داده و موضوع مداخلات دولت درین امور این حالت را بیشتر مغلق مینماید. تداوی طبی تقریباً همیشه مترافق بارضایت و موافقه مریض بوده ولی داکتر Psychiatrist میتواند برخلاف موافقه مریض اقدام به تداوی نماید. روان درمانی معمولاً بالای بهبود بخشیدن تشوشات Mood (مزاج) Behavior (سلوک) تأکید مینماید.

باتطبیق روان درمانی تحولات در ذهنیت مریض ایجاد گردیده که میتوان منحیث مداخله در امور خود مختار ی مریض جهت بهبود وضع صحت وی تلقی نمود. متأسفانه، بعضی از Psychiatrist با داشتن این نوع صلاحیت و اختیار (یعنی توانایی)، اقدام در تداوی مریض بدون موافقه وی) مداخلات غیر ضروری و نادرست در زندگی شخص مریض گردیده که یک موضوع قابل تحقیق و بررسی میباشد. اجتماع آگاه ی کافی را درین زمینه نداشته خصوصاً در موارد ی که مصونیت عامه مطرح باشد کوشش های درین مورد صورت گرفته باعث ایجاد تغییر در پالیسی روانی و عدلی میگردد. [22]

فصل یازدهم

جنبه های اقتصادی اخلاق طبابت

از آنجائیکه مریضان شاید یگانه استفاده کنندگان ی باشند که مجبور به گرفتن اجازه ای کسری دیگری به منظور دریافت خدمات میباشند، اخلاق طبابت در مسلک طبابت یک رول عمده اقتصادی رابازی مینماید.

بنابراین، طبیبان تصمیم گیرندگان اصلی در عرصه صحت و مصارف طبی میباشند. تجویز اضافی ادویه بواسطه طبیبان و اتکاء به رسم پرداخت " فیس برای-خدمات " اسباب عمده صعود قیمت ها در سیستم های متعدد مراقبت های صحتی بوده . در بسیاری ممالک، مریضان بیمه صحتی را مانند حسابات باز بانکی فکر میکنند. نتیجه آن بوده است که طبیبان و دیگر پرسونل فراهم کننده ای مراقبت های صحتی در مطابقت به آن عمل نموده و قیمت مراقبت های صحتی صعود نموده است.

فراهم کننده گان خدمات صحتی ممکن برای تشکیل سازمان های حفظ صحت (H.M.Os) باهم اتحاد نمایند، چنانچه در ایالات متحده امریکا صورت گرفته است. دانسته شده است حتی در صورت تضاد با منافع اقتصادی سازمان ها اخلاق مسلکی یک انگیزه قوی برای فراهم نمودن بهترین مراقبت میباشد. ولی وقتی که در بسیاری واقعات، (H.M.O) ها بواسطه کمپری های بیمه ایجاد و یا خریداری میشوند، طبیبان خودشان تحت کنترل نهاد های قرار میگیرند که سوگندنامه هیپو کرات رابجا نیاورده اند. این نهاد ها ممکن دریابند که ارزش سهام وانگیزه منفعت ممکن نظر به رفاه و آسایش مریضان اهمیت بیشتر داشته باشد. در بعضی واقعات، مالکین تشبث های خصوصی (مانند شفاخانه ها، سازمان های حفظ الصحه، شرکت های بیمه) ممکن فشار های اقتصادی را بالای طبیبان شان وارد آورند که باعث ایجاد پرابلم های غامض اخلاقی گردد. یکی از مسایل عمده و کلیدی محسوس در این رابطه استفاده از منابع اندک در مراقبت های صحتی میباشد. در حقیقت، دستیابی مساویانه به مراقبت های صحتی بدون در نظر داشت حالت مالی و اقتصادی، یک فکتور عمده در انکشاف اخلاق طبابت بوده است. بسیاری ممکن اظهار بدارند که واقعه مهم در عصر معاصر نشر متن ی در مجله (LIFE) به تاریخ 9 نوامبر 1962 تحت عنوان " آنها تصمیم میگیرند کی زنده می ماند، کی میمیرد " این متن از سببی به ظهور آمد که در شهر سیاتل ایالات متحده امریکا جهت بررسی اینکه کدام تعداد از مریضان باید به تکنالوژی دیالیز کلیوی که جدید آ کشف شده و نجات دهنده حیات میباشد، دسترسی یابند. در سال 1992 این شهر از 40 شخص برجسته این عرصه برای اشتراک در کنفرانس " تولد اخلاق طبابت " پذیرائی نمود.

در بسیاری کشور های کمتر انکشاف یافته، شرایط نامساعد اقتصادی منجر به خرابی حالت صحتی گردیده است. بسیاری از ناظرین بیان داشته اند که حالت واقع ی صحت در افریقا نسبت به دهه گذشته بدتر میباشد. اقتصاد دانان بدین باور اند که عدالت و مساوات در تخصیص منابع و توزیع آن در سیستم های صحتی عمده ترین ضروریات اخلاق طبابت در این کشور ها میباشد. [6]

اشتهارات ادویه

به صورت عموم قبول گردیده است که طرز استفاده دوائی در یک جامعه خاص عمدتاً تحت تاثیر معلوماتی قرار میگیرد که از طرف نمایندگان بخش های طبی صنایع دواسازی عرضه میگردد. تاثیر شناخته شده این نوع پرکتس میتواند در نسخه

های نامعقول تجویز شده بواسطه دکتوران و توزیع نامعقول ادویه جات بواسطه دواسازان منعکس گردد. این حقیقت بواسطه مسلک طبابت درک گردیده و در اسناد متعدد به منظور تنظیم دستور العمل اشتهاارات دوائی به چاپ رسیده است. به سطح جهانی انجمن فدراسیون بین المللی موسسات تولیدی ادویه (IFPMA) اساسنامه اخلاقی را به چاپ رسانیده است تا فعالیت های اعضای صنایع دواسازی را تنظیم نماید. در اساسنامه سی و نهم صحت جهانی در ماه می 1986، باتصویب W.H.A 39.27 دول عضو سازمان صحتی جهان سند جهانی را در مورد معیار های اخلاقی اشتهاارات دوائی به تصویب رساندند. این تصمیم دول عضو را تشویق مینماید تا: 1- بادر نظر گرفتن این معیار های اخلاقی اقدامات مناسب را به منظور تضمین اینکه اشتهاارات ادویه طبی هدف انکشاف مراقبت های صحتی را از طریق استفاده معقول ادویه جات حمایت می نماید، انکشاف دهد.

2- در جائیکه مناسب و درست باشد، از تطبیق اقداماتی که آنها ترتیب داده اند پشتیبانی و نظارت نمایند. در این رابطه، دفتر منظوقی سازمان صحتی جهان برای شرق مدیترانه با دول عضو جهت تدوین قانون ملی که فعالیت های اشتهاارات دوائی را تنظیم می نماید همکاری نموده و در عین زمان انجمن های مسلکی را برای پرسونل صحتی، گروپهای مصرفی و رسانه های گروهی و کسانی که مشغول مسلک فارمسی هستند، ترغیب و تشویق مینمایند تا:

- معیار های اخلاقی چنانکه مناسب باشد در ابعاد شایستگی، فعالیت ها و مسولیت های شان استفاده نمایند.
- اتخاذ اقدامات را به اساس معیار های اخلاقی چنانکه مناسب و درست باشد، در مورد تطبیق و نظارت شان عملی سازند.

- این سند بعداً طبق تصمیم و تصویب اسامبله چهل و هفت ام صحت جهانی تجدید نظر گردید [6]

انکشافات اخیر مربوط به اخلاق طبابت

رول یونسکو (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)
("UNESCO")

اخلاق طبابت باید با انکشافات و تکنالوژی جدید در عرصه های مختلف علوم و همچنان با افراد مسلکی سروکار داشته باشد. به عنوان یک موضوع بازپرسی، اخلاق طبابت بسیاری از موسسات و سازمان ها را جلب و جذب نموده است. علاقه به اخلاق طبابت در UNESCO از سالهای هفتاد (عیسوی) به اینسو بمیان آمده که با انجنیرنگ جنیتیک آغاز گردیده است. در سال 1970 یک سمپوزیم روی این موضوع بواسطه یونسکو در مادرید به همکار ی باشورای عالی تحقیقات علم ی کشور اسپانیا تدویر گردید. از آن تاریخ به بعد یونسکو ابتکارات روز افزون را در این عرصه بخرچ داده است.

- تنظیم و تدویر سمپوزیم ها

- طرح پیش نویس سفارش ها

- نشرات بگونه مثال، بیولوژی و اخلاق توسط Bruno Ribers در سال 1978 و در سال 1991 متن های از افهام و تفهیم و مباحثی روی اخلاق طبابت و فرهنگ هادرسال 1991، مباحث روی جلساتی که روی اخلاق طبابت و حقوق بشر در

مسکو تدویر گردیده بود و در سال 1993 نشر کارهای Eugene B. Brody روی تکنالوژی اخلاق طبابت و حقوق بشر (و غیره)

- ترتیب پیش نویس گذارشات (به گونه مثال، کار تحقیقاتی که با حمایت فدارسیون جهانی صحت روانی صورت گرفته است) قوه محرک کارهای یونسکو عبارت بود از کمیته بین المللی اخلاق طبابت، که اولین موسسه از نوع خود بوده که باید در جهان تاسیس میگردد. آغاز کار کمیته بعد از یک دوره کارهای مقدماتی صورت گرفت که بواسطه گروه رهنمائی علمی و تخنیکی انجام گردید. آن گروه از میان مطالب زیر یک میتود کار و فعالیت واقع بینانه را برای مطالعه یک موضوع مشخص قبول نمود:

- تحقیقات جین ها
- امبریولوژی
- علوم عصبی
- تداوی جبری
- تست های جینیکی [6]

نقش رهنمودی موسسه بین المللی برای علوم طبی (CIOMS)

Council for international organization of Medical Sciences

شورای سازمان های بین المللی علوم طبی (CIOMS) از بدو تاسیس خویش در انکشاف و رشد اخلاق طبابت سهم گرفته است. یک دیالوگ و گفتگوی بین المللی روی پالیسی های صحت، اخلاق و ارزش های انسانی در جریان دهه 1984-1994 آغاز گردید. این شورا با سازمان صحیح جهان (W.H.O) یونسکو و دیگر سازمانها و موسسات ذیدخل با اخلاق طبابت همکاری نموده است. CIOMS بیست و هشتمین کنفرانس خویش را روی " فقر، آسیب پذیری، ارزش زندگی انسان و ظهور اخلاق طبابت " در مکزیکو در اپریل 1994 تدویر نمود.

هر 110 اشتراک کننده در کنفرانس روی یک تعداد از مسائل به توافق وسیع نایل گردیدند و موافقه نمودند تا افکار و اندیشه خویش را با مصدر اعلامیه و تهیه اجندای جهانی برای اخلاق طبابت به پایان برسانند. در اعلامیه اصول اخلاق طبابت فرا خوانده شد که در بر گیرنده مسولیت های جدی برای مراکز بین المللی، فراهم کننده گان مراقبت های صحیح، موسسات مسلکی و موسسات در مجموع و همچنان اشخاص و گروه های مشخص مردم میباشد. همچنان تاکید به عمل آمده تا تلاش برای ترویج و تقویت انکشاف جاری ظرفیت های ملی و بین المللی برای تحلیل اخلاقی تغییرات موجوده و آن که در مراقبت های صحیح بوقوع می پیوندد باعث تاثیر بالا ی افراد و مردم میگردد صورت گیرد. یک دیالوگ (شمال- جنوب) در این رابطه ترغیب گردیده است. چون اخلاق طبابت در ممالک پیشرفته عمدتاً (اما نه بصورت مکمل) انکشاف یافته است در بسیاری کشور های در حال انکشاف یک ضرورت مبرم برای روشن ساختن و توافق جهانی اصول اساسی اخلاق طبابت وجود دارد. بنحوی که نظریات متفاوت فرهنگی و اخلاقی جهان، اولویت ها و ارزش ها را CIOMS بصورت اساسی و حقیقی در اخلاق طبابت بخصوص از طریق (دیالوگ بین المللی روی پالیسی صحت، اخلاق و ارزش های انسانی) در جریان دهه اول فعالیت خویش (1984-1994) سهم گرفته است. سازمان صحیح جهان همکاری خویش را در این دیالوگ ادامه میدهد [6]

رول مؤسسه اسلامی برای علوم طبی

(IOMS) Islamic Organization For Medical Sciences

سازمان اسلامی علوم طبی (IOMS) کنفرانس های بین المللی را روی طب اسلامی و یک تعداد زیاد از سیمینار های اختصاصی تدویر نموده است که تمام جنبه های عملی طبابت را مورد بحث قرار داده کنفرانس های سازمان اسلامی علوم طبی علمای شقوق مختلفه تخصصی و علمای دیری را گرد هم آورده تا این مسایل و جنبه های مختلف آنرا مورد بحث قرار دهند.

در جریان اولین کنفرانس روی طب اسلامی که در کویت در جنوری سال 1981 برگزار گردید، روی یک اساسنامه برای اخلاق طبی اسلامی توافق صورت گرفت. اساسنامه دربر گیرنده مطالب ذیل میباشد:

- تعریف مسلک طبابت
- اخلاق و سلوک طبیبان
- ارتباط داکتر با داکتر
- ارتباط داکتر با مریض
- راز دار ی مسلکی
- نقش داکتر در جریان جنگ
- مسولیت و اعتماد
- تقدس زندگی انسان
- داکتر و جامعه
- داکتر و اخلاق طبابت معاصر
- تعلیمات طبی
- سوگند داکتر [6]

اشتها را اخلاق طبابت در منطقه شرق مدیترانه

اخلاق طبابت باید انکشاف داده شود و سیر خویش را در مطابقت با بسیاری از اجتماعات، فرهنگ ها و سوبه های رشد نماید. کشور های در حال انکشاف باید در سیستم صحیح خویش توجه بیشتر را به موضوع اخلاق مبذول دارند و میکانیزم های مناسب را برای حفظ مسولیت های اخلاقی ایجاد نمایند

برای منطقه شرق مدیترانه، یک طریقه سه گانه جهت انکشاف اخلاق طبابت باید به اساس ذیل باشد

- تریننگ متخصصین طبی ورشته های مربوط به طبابت
- انکشاف تاسیساتی و رشد ظرفیت ها

ترینگ

چنانچه بواسطه سازمان صحی سفارش گردیده است، ترینگ در بخش اخلاق طبابت قوانین، اخلاق و رفتار و سلوک باید در تمام فاکولته های طب و مکاتیب علوم معاونه طب به محصلین داده شود. موسسات و افراد متخصص مربوط به صحت همچنان باید به اصول اخلاق طبابت آشنا گردند. چنین ترینگ باید نورم های مذهبی و فرهنگی محلی و منطقی راتاکید نموده ورشد یک کتله عظیم از علما ی ملی و منطقی اخلاق طبابت را هدف قرار دهد. [6]

تدریس اخلاق طبابت

سازمان صحی جهان با طیبیان برجسته درژینو از 12 الی 14 اکتوبر 1994 روی تدریس اخلاق طبابت مشوره نمودند. اشتراک کننده گان درمشوره توافق نمودند که هدف عمده تدریس اخلاق طبابت آن است که طیب در تمام تصامیم مسلکی خویش دربرابر مسایل اخلاقی حساس باشد. برعلاوه توافق عام روی اینکه اخلاق طبابت یک جزء لایتجزای تعلیمات متداوم اجباری باشد. وقتی محتوی کوریکلوم ساخته می شود. مهم است تابخاطر داشت که مراقبت صحی بصورت فزاینده بواسطه تیم های مسلکی طبابت باید دارا ی تاثیرات متقابل بااستفاده از سیمینارها، آموزش ها ی مستند درمورد مشکلات و مطالعه واقعات باشد. توافق گردید که سازمان صحی جهان وانجمن طبی ملی به انسجام تلاش های خویش در توصیه اهمیت تدریس اخلاق طبابت در تمام سویه ها ادامه دهند. جلسه دراظهار ویان اینکه اخلاق باید یک مضمون و کورس اجباری باشد و نه انتخابی هم رای بودند. در میان چوکات کاری فکتور های فوق، اشتراک کنندگان توافق نمودند که تمام محصلین طب باید به یک کورس اساسی روی اخلاق طبابت معروض گردند. [2]

انکشاف تاسیساتی ورشد ظرفیت ها در اخلاق طبابت

هر کشور باید دارا ی یک مکانیزم د تخامیک برای مواجه شدن با مشکلات اخلاقی و تنظیم نورم های اخلاقی در پراکتس طبی و تحقیقات باشند. این موضوع ممکن ایجاد یک کمیسیون ملی اخلاق طبابت و کمیته های اخلاقی محلی و سازمانی رادربر داشته باشد. ترکیب کمیسیون های ملی اخلاق طبابت باید نمایندگی ی تمام طرفین ذیدخل رابشمول انجمن ها ی مسلکی، موسسات واتحادیه را ضمانت نماید. کمیسیون ملی باید پالیسری های را در رابطه به اخلاق طبابت فومول بندی نماید ونورم ها وستندرد ها را برای صحت و مداخلات طبی تعیین نماید وهمچنان باید در مورد پیشنهاد ها ی تحقیقی مشوره بدهد. چنین کمیسیون ها باید آزاد از هر گونه فشار باشد. رهنمود های اخلاقی که بصورت جهانی یا منطقی ساخته شده اند. باید بصورت دور ه ئی بررسی و تجدید گردیده وبواسطه کمیته های ملی غری گردد وبا عطف توجه به این که اصول اخلاقی بیشتر اساسنامه و قوانین اساسی راداشته بصورت دشوار قابل تغیر می باشد.

ساختن و اشتهاار قوانین اخلاقی

سازمان صبحی جهان، یکجا با وزارت های صحت باید ضرورت انکشاف ورشد اخلاق طبابت را طرفدار ی نموده وباید جهت انکشاف وترویج یک فرهنگ اخلاقی درسیستم های صبحی تلاش نماید. درحقیقت سازمان صبحی جهان همیشه یک نقش کتالیتیکی رادرتهیه رهنمود های اخلاقی، درتجدیدشان وانتشار تمام مواد دررابطه به اخلاق طبابت راداشته است.[6]

کورس اخلاق طبابت برای محصلین طب

مبدهی و اصول:

- اصول اخلاقی در پركتس
- حقوق بشر وطبابت
- قانون ورفتار و کردار مسلکی
- ارتباط مسلکی با مریض: معلومات، رضایت، خودمختار ی، محرمت(رازداری)تصمیم گیری برای مریضان فاقد صلاحیت ویا درواقعات عاجل، ستندرد های مسلکی، بشردوستانه کردن مراقبت های صبحی
- مسایل اخلاقی درمورد تجارقی ساختن عملکرد های طبي
- مسایل اخلاقی درطبابت وقایوی وبهبود وارنقای صحت

اطفال و جوانان

- حقوق اطفال وجوانان در طبابت
- مسایل اخلاقی دررابطه به خود مختاری وداشتن صلاحیت
- مسایل اخلاقی در رابطه به رضایت
- مسایل اخلاقی دررابطه به محرمت ورازداری
- مسایل اخلاقی دررابطه به تحقیقات بالای اطفال

تکنالوژی تناسلی وجنیتک

- مسایل اخلاقی در طبابت تناسلی
- مسایل اخلاقی در جلوگیری از حاملگی
- مسایل اخلاقی دررابطه به سقط
- مسایل اخلاقی دررابطه به تعقیم
- مسایل اخلاقی دررابطه به توالد وتناسل کمکی
- مسایل اخلاقی دررابطه به surrogacy(وصایت)
- مسایل اخلاقی دررابطه به تحقیقات جنین

مراقبت اشخاص در حالت موت

- مسایل اخلاقی در مراقبتهای جدی و نهائی
- مسایل اخلاقی در رابطه به توقف تداوی
- مسایل اخلاقی در رابطه عدم احیای مجدد (non- resuscitation)
- مسایل اخلاقی در رابطه به انتحار کمکی و مرگ آرام (اتونازیا)

تحقیقات

- تحقیقات طبی و اخلاق
- مسایل اخلاقی در پیوند اعضا

دوکتوران بامسولیت های دوگانه

- مسایل اخلاقی در صحت حرفه ای
- مسایل اخلاقی در رابطه به گذارشات طبی برای بیمه، پولیس و دوکتوران زندان ها، و دوکتوران با دلچسپی تجارعی
- مسایل اخلاقی در رابطه به تهیه شواهد اکسپریتی برای قضایای محکمه

ارتباطات بین المسلمکی

- مسایل اخلاقی در رابطه به استفاده از ادویه معادل
- مسایل اخلاقی در رابطه به ارتباط با کارکنان اجتماعی، دواسازان، و دیگر کارکنان صحی

سهیمیه و تخصیص منابع محدود

- مسایل اخلاقی در اداره صحت
- مسایل اخلاقی در منابع اقتصادی صحی و تخصیص منابع
- مسایل اخلاقی در تخصیص منابع محدود [6 – 19]

سوء استفاده جنسی در هنگام پیشبرد وظایف مسلکی

عمومیات اخلاق جنسی (Sexual Morality)

Conventionalist (عمومی گرایان) عملیه Sexual Morality را تنها در محدوده ازدواج قابل قبول
نمیدانند، بعضی Conventionalist ها اجرای عملیه Sex. Mor. را در محدوده ازدواج منحصر ذکر کرده اند.
متفکرین Liberal درجه های مختلف جواز فعالیت های جنسی را تعیین نموده اند، بعضی آنها همجنس گرائی را تأیید می
نمایند و بعضی آن ها آن را رد می کنند، بعضی آنها یک Promiscuity مکمل و باز را اجازه میدهند. در حالی که، بعضی دیگر
آنها را اجازه نمی دهند. (Promiscuity به معنای داشتن روابط جنسی متعدد آمده است) که در این فصل مسایل مختلفی را در
مورد نظریه های Sexual Morality مطالعه می نماییم. [2]

اخلاق جنسی جهانی یا عمومی (Conventional Sexual Morality)

بر اساس Conventional Sexual Morality عملیه جنسی یا روابط جنسی تنها و تنها در محدوده ازدواج
Moral یا جواز اخلاقی یا معنوی دارد و هرگونه روابط جنسی خارج از محدوده ازدواج Immoral یا غیر مجوز دانسته
میشود. دلایل و بحث های مذهبی و غیر مذهبی نظریه Conventional Sexual Morality را پشتیبانی می نمایند، لیکن
بحث فعلی ما راجع به مسایل غیر مذهبی است، که آنها در مورد دفاعیه های خود پیشرفته تر و متکامل تر می باشند.
یکی از دفاعیه های معمول در مورد نظریه Conventional روابط جنسی این است، که روابط جنسی تنها در محدوده
ازدواج ها جواز دارد و باید داشته باشد، بر اساس اینکه مطابق به تصورات و کاربردهای اجتماعی استوار است و بیان می دارد، که
یک زندگی با ثبات فامیلی برای توالد و تناسل مناسب اطفال و نهایتاً اجتماع کاملاً یک امر ضروری پنداشته می شود، لیکن
محدود بودن روابط جنسی در محدوده ازدواج مستلزم یک زندگی خانوادگی با ثبات می باشد همچنان موجودیت روابط
جنسی در محدوده ازدواج باعث تقویت دوستی و محبت بین زن و شوهر شده و باعث تشویق مردم به ازدواج می گردد
و ممانعت روابط جنسی خارج از محدوده ازدواج باعث می گردد، که ازدواج ها پایدار باقی بمانند، بنابه اظهارات فوق گفته می
توانیم، که Conventional یا نظریه جهانی یا عمومی در مورد روابط جنسی، که به محدودیت آن در محدوده ازدواج نظر
دارد، بر اساس ملاحظات کاربردهای اجتماعی استوار می باشد.

بحث فوق بواسطه راه های مختلفی مورد نکوهش قرار داده شده است. بعضاً دلیل میاورند، که ثبات واحد های فامیلی
آنقدر ضروری پنداشته نمی شود و بیشتر گفته میشود که داشتن روابط جنسی خارج از محدوده ازدواج نمی تواند، زندگی
فامیلی را برهم بزند. دیگران می گویند، که داشتن روابط جنسی قبل از ازدواج یک شخص را به ازدواج آماده می سازد
و همچنان دلیل میاورند که حتی در جوامع، که دسترسی زیاد به روابط جنسی خارج از محدوده ازدواج میسر باشد، باز هم مردم
ازدواج میکنند. یعنی داشتن روابط جنسی خارج از ازدواج مردم را از ازدواج ممانعت نمی کند.

جرایم وانحرافات جنسی از نظر اخلاق طبابت

چون ارتکاب عمل ناروا و حرام جنسی که به موجب قواعد شرعی هریک مجازات خاصی دارد، اعمال منافی عفت نامیده میشود، اعمال منافی عفت به سه دسته تقسیم میشود: [2-7]

1 جریحه دار کردن عفت عمومی

اعمال منافی عفت عملی است که در ملاء عام صورت گیرد. ممکن است شخص گناه کار با رضایت فرد دیگر، اعم از زن و مرد، مرتکب جرم گردد و امکان دارد این عمل بدون رضایت فردی که مورد تجاوز قرار میگیرد، به انجام برسد. و صورت تهاجم بخود بگیرد. تعبیر خلاف عفت بودن عملی در هر جامعه به آداب و رسوم آن جامعه مربوط میباشد و ممکن است عملی در یک جامعه خلاف عفت و در جامعه دیگری یک امر عادی و بی اهمیت تلقی گردد. بعضی از افراد اعمال منافی عفت را با خود انجام می دهند از جمله این اعمال کشف عورت، ادرار کردن در محضر عام و استمناء بالید میباشد. باید دانست اغلب روانشناسان این اشخاص را بیمار روانی می دانند و این عمل را از یک انسان سالم از نظر عقلی و روانی بعید میدانند. ولی برخی محققین معتقداند که در بین این افراد، کسانی استند که این عمل را برای لذت جویی و اطفای شهوت انجام میدهند. مرتکب این اعمال اغلب مردان مسن استند که با عریان ساختن خود در مقابل دختران کوچک به ارضاء تمایلات شیطانی خود می پردازند.

2 - هتک عفت

عبارتست از انجام عمل جنسی بدون مجامعت و دخول، خواه آشکار باشد و موجب جریحه دار شدن عفت عمومی نیز بشود و خواه پنهانی انجام شود. غرض از هتک ناموس (تجاوز به زن) یا به اصطلاح انجام دادن عمل جنسی با زن به زور و برخلاف میل او، جرائم دیگری که جنبه جنسی داشته باشد هتک عفت تلقی می شوند. در شکایات مربوط به هتک عفت معمولاً قربانیان دختران کم سن و سال و متجاوزان مردان مسن می باشند که اغلباً از اقوام و نزدیکان همدیگر نیز هستند. در ارتکاب به این عمل شخص متجاوز معمولاً در جستجوی احساس لذت تماس های مختلفی با دست یا آلت یا دهان با دستگاه تناسلی یا قسمتهای دیگر بدن قربانی خود برقرار می کند که ممکن است در موقع معاینه دختر آثار آن تماسها بصورت اکیموز، تخریش، گاز گرفتن و وجه و بدن بویژه دستگاه تناسلی و رانها مشهود باشد. وجود لکه های منی روی بدن یا لباس های و در بعضی اوقات آلوده شدن وی به بیمارهای مقاربتی در حالتی که متجاوز بیمار بوده است و آلت تناسلی خود را به آلت دختر بچه مالیده باشد، به تشخیص کمک می کند. در بعضی موارد هتک عفت ممکن است قربانیان پسر بچه هایی باشند که توسط خدمتکار یا پرستار زن مورد هتک عفت قرار می گیرند. در بعضی ممالک نیز هر عمل جنسی غیر طبیعی در روابط زناشویی بین زن و شوهر هتک عفت تلقی می گردد و حتی در صورت شکایت زن می تواند دلیل کفایت کننده ای برای طلاق محسوب شود. [2-7]

3- هتک ناموس

عبارتست از نزدیکی با زنان که با دخول همراه است و در دختران باکره می تواند توام با ازاله بکارت باشد و یکی از عواقب آن در زنان حاملگی است. لواط به انجام دادن عمل جنسی از راه مقعد گفته می شود که معمولاً روی جنس مذکر انجام می گیرد.

باید توجه داشت که دخول رکتوم با وسائل مصنوعی و یا فرو بردن انگشت، قلم، چوپ،... هتک عفت محسوب می شود نه هتک ناموس. ازاله بکارت در غیر از مقاربت جنسی هتک ناموس محسوب نمی شود

لواط وطی انسان مذکر است چه دفع صورت بگیرد و چه صورت نگیرد (انجام عمل بدون دخول که با کبودی و خراشیدگی همراه باشد). انجام این عمل جنسی از راه مقعد اگر با ملایمت و بدون اعمال زور انجام گرفته باشد، علامتی روی مقعد باقی نمی گذارد ولی چون معمولاً این تجاوز یا اعمال به زور است فشار روی عضله اسفنکتر مقعد علانمی بوجود میآورد که به تشخیص کمک می کند آثار تروما در اسفنکتر می تواند بصورت اکیموز و یا خراشیده گی در لابای چین های مقعد دیده شود که امکان دارد این خراشها بصورت پارگیهای خفیف بطرف داخل مقعد ادامه یافته باشد. امکان پارگی شدید و بوجود آمدن ضایعات وسیع نیز وجود دارد. سائر علایم ابتلاء به بیماریهای آمیزشی در صورت آلوده بودن متجاوز، وجود آثار منی در ناحیه مقعد و... میباشند. فاعل و مفعول لواط هر دو محکوم به جزای شدید میگردند.

در هتک ناموس (تجاوز به زن با زور و بر خلاف میل و اراده او) حتی اگر از نظر قانونی قصد هتک ناموس ثابت شود، حتی بدون اینکه متجاوز به این عمل توفیق یافته باشد، باز مجازات هتک ناموس درباره او اجراء می شود. معمولاً تجاوز به یک دختر بچه تا شش سالگی امکان ناپذیر است و از شش سالگی تا دوازده سالگی باعث پارگی و ضایعات شدید ناحیه تناسلی می شود و بعد از آن علایم حاصله مشابه تجاوز به یک دختر بالغ و بزرگسالان است. مواردی از هتک ناموس در موقع بیهوشی یا خواب مصنوعی و مستی ذکر شده است. برای هتک ناموس، لازم است هم انجام عمل جنسی به اثبات برسد و هم مساله اعمال زور، ازاله بکارت کمک های ذیقیمتی به تشخیص می کند که در زن غیر باکره مطرح نخواهد بود. [2-7]

رابطه جنسی طیب با مریض

بعضی از اطباء در هنگام معاینه و پروسه تداوی یا جبراً یا برضاء ارتباطات جنسی را با مریض و یا پایواز مریض برقرار میسازند، زمینه ارتباط گرفتن رابطه جنسی برای اطباء مساعد است. زیرا مریض نسبت به طیب اعتماد داشته و شدیداً معتقد است دو کتور معالجه که معاینه مینماید بمنظور تشخیص درست و اجرای تداوی بهتر میباشد، اما داکتر با کمال بی حیایی، در جاهای مستوره، ثدیه ها و اعضای تناسلی مریض که ضرورت به معاینه نیست تماس های متواتر انجام میدهد و از آن لذت جنسی می برد که اطباء همچو عمل را که خواسته باشند، بیشتر در مطب و معاینه خانه های شخصی خود اقدام میورزند. بعضاً مریضان داخل بستر را نسبت برقراری رابطه جنسی بین داکتر و مریض، داکتر مریض را زیاد تر محکوم به بستر ساخته و برای پیشبرد هدف ناجائز خود مدت تداوی مریض را دوامدار تر میسازد.

بعضی از نرس های مردانه و دکتوران در شعبات عاجل که مریض بحالت Turpor کنگسیت پیشرفته و یا در حالت Comma یا Precoma مییاشد. و یا مریضانیکه برهنه بوده و برای ارجاع کسر وزنه انداخته میشود عمل جنسی را انجام میدهند. چنانچه جند واقعه آن در سال 1360 و 1365 در شفاخانه جمهوریت دیده شده که حتی موضوع به اثر ادعای مریضان به حارنوالی و جنائی رسیده، تحت تحقیق و باز پرس قرار گرفته، اما به اثر نفوذ داکتر بارشوه موضوع خاموش شده. همچنان در سرویس های نسائی ولادی برقراری ارتباطات جنسی غیر مشروع به کثرت دیده شده که مریضان را به اغفال قرارداده و اعمال جنسی را انجام داده اند زیرا زمینه در بخش های نسائی و ولادی برای اجرای عمل جنسی نسبت به سائر بخش های طبابت مساعد تر است. [2-7]

رابطه جنسی بین استاد و محصل

بعضی از استادان رزیل و پست فطرت، رابطه جنسی را با محصل برقرار میسازند. این موضوع میتواند بعضاً انجام گیرد، قسمیکه محصل نالایق است بخاطر اخذ نمره کامیابی به استاد مکرراً مراجعه می نماید آن استاد کثیف و بد اخلاق و لابلایی با اجرای مناسبت جنسی به محصل موصوف نمره قایل میگردد، فلهدا از نفوذ استادی خود استفاده کرده مرتکب اجرای عمل جنسی با دختر جوان و یا دختر خانمیکه ازدواج کرده و محصل است میگردد. اگر محصل خانم است موضوع بکارت مطرح نبوده زمینه به انجام عمل زشت و ناشایست اینوع استادان مساعد است. و این اعمال خلاف ادب و اخلاق طبی است در صورت تثبیت همچو مسایل باید استاد از وظیفه منفک، تشهیر و جزاء هم مطابق قوانین جزائی کشور بالایش تطبیق گردد. تاهتک حرمت بمقام والای استادی نشده و دیگران هم متنبیه گردند و یا همچنان با پسران محصل عمل Homosexuality را انجام میدهند. [2-7]

سوء رفتار جنسی در اجراءات طبی

تماس جنسی که همزمان با رابطه مریض و طیب بوقوع می پیوندد، باعث ایجاد سوء رفتار جنسی میگردد. عمل جنسی و یاعشقی بین طیب و مریض اهداف رابطه مریض و طیب را متناقص نموده و باعث آسیب مریض شده میتواند آسایش مریض، اهداف و قضاوت های معالجوی طیب را از بین می برد. اگر طیب فکر میکند که ارتباط غیر جنسی با مریض به ارتباط جنسی می انجامد، باید از چنین رابطه غیر جنسی اجتناب کند.

وظیفه اخلاقی یک طیب این نیست که رابطه غیر مشروع با مریض داشته باشد. رابطه عشقی و یا جنسی بین طیب و مریض قبلی میتواند بطور ناروا بالای رابطه مریض و طیب بعدی اثر بگذارد. اگر طیب هدفمند با ارتباطات و روابط قبلی حرفوی و مسلکی خویش با مریض در ایجاد روابط عشقی و جنسی سوء استفاده نماید غیر اخلاقی خواهد بود. [19]

روابط عشقی و جنسی بین طبیبان و پارتنی سوم کلیدی (اعضای فامیل مریض، ولی، وکیل و یا شرکت بیمه مریض)

مریضان همیشه با پارتی سوم همراه میباشند که در رابطه مریض و طیب نقش عمده را بازی مینمایند طیبیان با آنها مکالمه می نمایند و از آنها نظر میخواهند، در بعضی موارد با او شان مشوره می نمایند و به آنها معلومات ارائه میدارند، توصیه های طبی را یادآوری می نمایند و بالاخره روحاً آنها را تقویه و حمایت می نمایند.

هر قدر با این اشخاص روابط عمیق تر پیدا نمایند و در موضوعات کلینیکی و خصوصیات مریضی، مریض تحت تداوی شان مشغول و ارتباطات بیشتر گردد. چانس ایجاد روابط جنسی و عشقی بیشتر میگردد.

این موضوع بخصوص در مواردیکه تصامیم آنها در بخش آسایش مریضان سرنوشت ساز باشد. بهتر صدق میکند. پارتی سوم یا شریک های سوم کلیدی شامل شوهر، دوست والدین، ولی، اقارب و غیره شده میتواند.

طیبیان باید از ایجاد روابط عشقی و یا جنسی با بخش های شریک سوم کلیدی (در غرب به همین عنوان یاد میگردد). در صورتیکه باعث سوء استفاده از اعتماد آنها که در زمینه مسلک طبی ایجاد میگردد خود داری نمایند. فکتور های متعدد با در نظر داشت اینکه آیا رابطه مناسب است یا خیر؟ باید در نظر گرفته شود، طبیعت و چگونگی پرابل مریض، مدت رابطه مسلکی، اندازه احساسات پارتی سوم مربوط به طیب و اهمیت برخورد کلینیکی مریض با شرکای سوم میباشد.

اذیت و استثمار جنسی بین سرپرست و کار آموز در مراکز صحتی

اذیت و آزار بمنظور لذت بردن جنسی تجاوز تلقی می گردد. خواهشات جنسی، استفاده از اعمال سوء جنسی به صورت لفظی و یا فیزیکی خلاف آداب و اخلاق طبابت است:

این گونه مسایل نمی تواند به کار فرد و یا قابلیت اکادمیک وی تداخل نماید.

قبول و یا رد نمودن اینگونه مسائل باعث جلوگیری پیشرفت کاری و یا اکادمیک فرد شده نمیتواند، و اینها همه

آزار جنسی غیر اخلاقی محسوب میگردد. روابط جنسی باعث کاستن تسلط سرپرست بالای کار آموزان شده و این روابط بین سرپرست و کار آموز حتی می تواند گاه گاهی به مراقبت بیمار لطمه وارد کند.

روابط جنسی میان سرپرست و کار آموز در مراکز صحتی حتی در صورت رضایت طرفین نیز قابل قبول نبوده و ارتقای

سرپرست هیچ گونه ربطی به آن ندارد. و در صورت تقاضاء به دوام این گونه روابط سرپرست از وظیفه اش برکنار می

شود. [19]

تجاوز جنسی علیه خانمها، اطفال، اشخاص مسن و سائر افرادی که در معرض خطر قرار

دارند

رهنمود های ذیل جهت کشف و تداوی تجاوز خانوادگی در نظر گرفته شده است. بنا بر وقوع و عواقب طبی تجاوز های

خانوادگی، طیبیان باید روز مره منحصث یک بخشی از تاریخچه طبی مریضان راجع به سوء تهاجمات جسمی، جنسی و روانی

پرسش و تدقیق گردد. بر علاوه دکتوران باید جهت تشخیص یک سلسله شکایات طبی، بخصوص در قسمت معالجه خانمها

سوء استفاده جنسی رانیز مد نظر گیرند. دو کتورانی که احتمالاً فرصت دارند تا در جریان کارهایشان سوء استفاده جنسی رانیز نزد

مریضان جستجو نمایند، همچنان مسولیت دارند تا خویشتن را با پروتوکول‌ها آشنا سازند که برای تشخیص و تداوی سوء استفاده جنسی که توأم با منابع اجتماعی برای خانمها، اطفال و اشخاص کاهل که مورد سوء استفاده قرار گرفته‌اند، ضروری پنداشته میشود.

هکذا دو کتوران وظیفه دارند تا راجع به نظریات و افکار غلط اجتماعی درباره سوء استفاده جنسی آگهی داشته باشند و نگذارند این عقاید مفسدانه تشخیص و اهتمامات شان را که برای سوء استفاده جنسی در نظر گرفته‌اند، متأثر سازند، این افکار سوء عبارت از عقایدی‌اند اینکه سوء استفاده جنسی یک رویداد نادر بوده و در خانواده‌های عادی و ایده آل رخ می‌دهد و یا اینکه سوء استفاده جنسی یک پروابلیم شخصی بوده و بخوبی میتواند بدون دخالت سائترین حل گردد و یا اینکه قربانیان این ماجرا خودشان مسوول این جنایت میباشند.

بخاطر اینکه سطح اطلاعات طیبیان راجع به تجاوز جنسی فامیلی بیشتر کسب گردد باید آنها خوب آموزش ببینند تا علایم تجاوزات جنسی را شناسائی نمایند و نیز باید بطور مشترک بایک سلسله منابع خدماتی اجتماعی که هم اکنون باین واقعات سروکار دارند، داخل کار شوند شفاخانه‌ها باید **Traning** های اضافی را پیشنهاد نمایند تا آن‌ده از طیبیانیکه احتمال می‌رود واقعات تجاوزات جنسی و قربانیان آنرا می‌یابند آموزش ببینند.

در کوریکولم‌های درسی پوهنچی طب باید کورس‌های آموزشی جامع روی تهاجم فامیلی براه انداخته شود و نیز برنامه‌های خانه به خانه جهت اختصاص در خانواده تطبیق کردند که وقوع تجاوز جنسی در آن متحمل پنداشته میشود قوانینیکه مستلزم گذارندهی واقعات مشکوک تجاوز جنسی علیه اطفال و افراد کاهل میباشند اغلباً بایک برهان قاطع دشواری را برای طیب بوجود می‌آورد. افراد ذیدخل در واقعه اعم از متجاوزین مشکوک و قربانیان تجاوز جنسی اغلباً نزد طیب اقامه دعوا یا بهانه جویی خواهند کرد اینکه موضوع بایستی مخفی نگهداشته شود و نباید بروی تحقیق ذریعه مقامات افشا و گذارش داده شود. اطفالیکه شدیداً و بطور واضح از طرف والدین شان متضرر گردیده‌اند به هیچ وجه نخواهند کوشید تا والدین شان را باگفتن اینکه جروح ناشی از تصادم و یا افتادن بوده است، حمایت ورزند. دلیل آن میتواند از روابط طبیعی طفل با والدین و یا هم‌هرا س از مجازات بیشتر سرچشمه گیرد. حتی مریضان مسن که از لحاظ فزیک ب خوبی معالجه نشده‌اند ممکن نگران باشند از اینکه افشاء آنچه واقع شده ممکن منجر به خرابی بیشتر و سوء تداوی ذریعه مسوولین خواهد شد. [19]

ترمیم مصنوعی غشای بکارت

طوریکه میدانیم باکره عبارت از همان حالت عضویت دختر است که هنوز به حیات جنسی نپرداخته است. و مهمترین ثبوت باکره بودن سالم بودن غشای بکارت میباشند که معمولاً در اولین جماع غشای بکارت سلامتی خود را از دست میدهند و این حادثه را **Defloration** مینامند.

البته میدانیم که غشای بکارت التوای نسجی میباشند که در اطراف مدخل مهبل قرار داشته و از طرف داخل و خارج توسط غشای مخاطی پوشیده شده است. درین این دو طبقه مخاطی، نسج منظم و الیاف عضلی قرار دارند. در غشای بکارت قاعده آن که به جدار مهبل ارتباط دارد و کنارهای آزاد که یک فوچه را تشکیل میدهد تشخیص میگردد.

باکره بودن در ممالک اسلامی اهمیت بسزای دارد، هر شخصی که ازدواج میکند باید دختر باکره باشد و شوهر باید بکارت آنرا در شب زفاف زایل سازد در غیر آن اگر دختر باکره نبود اکثراً بعد از شب زفاف به طلاق مواجه میگردد. اما در ممالک اروپایی و آمریکا و بعضی ممالک غیر اسلامی موجودیت بکارت در دختر جوان عیب بزرگی بوده دختر جوان باید در شروع حیات جنسی خویش با انتخاب Boyfriend بکارت خویش را از بین ببرد.

در حالیکه در اسلام غیر از ازدواج هیچ نوع مناسبت جنسی در بین یک دختر جوان و پسر جوان جایز نبوده و جرم محسوب و مرتکبین آن بجزای پیش بین شده محکوم میگردد.

از اینکه در مملکت ما بعضی از دختران جوان یا اینکه فریب جوانان را میخورند و یا جبراً با اجرای مناسبت جنسی بکارت خویش را از دست میدهند. بعضاً آنها بذاکتران نسائی ولادی و یا جراح ها مراجعه نموده و به غشای بکارت خیاطه میگذارند و آنرا ترمیم تقلبی می نمایند تا بتوانند شوهران خویش را در شب زفاف فریب بدهند که این عمل دوکتوران خلاف آداب و اخلاق طبابت بوده و بدینوسیله مسلک پاک و مقدس طبابت را با دغل کاری و فریب لکه دار میسازند. چنانچه واقعات متعدد آن از طرف متخصصین طب عدلی در حالت مشکوکیت شوهران و مراجعه آنها به طب عدلی تثبیت و مرتکبین آن غرض اجراء جزائی به مقامات عدلی معرفی گردیده اند. [21]

فصل سیزده هم

Medical Confidentiality

محرمت راز های طبی

اساس Medical Confidentiality

طیب قانوناً مسولیت حفظ واحترام به راز های مریض داشته ماهیت این مسولیت را Guardian Newspaper مورد بررسی قرار داده و می افزاید که با حفظ واحترام به راز های محرمانه مریض میتوان قدم های موثر را در جهت منافع عامه برداشت.

در حالات ذیل این تعهد نقض میگردد،

1. معلومات افشا شده جزء اساسی راز ها بوده باشد.

2. معلومات بخش عمده تعهدات را دربر گرفته باشد.

3. استفاده غیر قانونی از این معلومات بعمل آید.

تمام معیارات فوق را در ساحه طب، که از نظر قانون تصویب شده، باید در نظر داشت.

ایفای مسولیت به اساس قانون باید صورت گیرد ومحتوای اخلاقی آن مهمتر میباشد ولی تجزی این دو دسپلین مشکل

بوده و Lord Cloridge (قاضی انگلیسی) چنین میفرماید:

وظیفه اساسی تطبیق مسولیت های اخلاقی به اساس قانون میباشد. فلهدا ما نه تنها به درک مریض از نظر حقوق

عدلی وی بلکه به اقتضای اخلاق از نظر مسلک طب نیز توجه نمائیم که میتوان ماخذ مختلف مثل قسمنامه بقراط را منحیث را هنمایی خود استفاده نمود.

تصویب Sydney 1968 وتائید بعدی واصلاح شده آن با اعلامیه ژینو (Stockholom 1994، طرفدار حفظ

اسرار محرمانه مریض حتی بعد از مرگ وی هم میباشد.

اکثریت صاحب نظران اخلاق طبابت تابع قوانین مشکل ومقید بوده عده طرفدار مکلفیت به اساس پیمان (Quas

contractual obligation) بوده که خود مختاری های مریض را بیشتر انکشاف میدهد. معهدا اکثریت منتقدین نکات

فوق را منحیث یک تظاهر یا بهانه جویی که دیوان سالاری یا (Burecracy) نفوذ قابل ملاحظه را در پرنسیب های آن

داشته، تلقی نموده و آن را مخالف ومغایر با انکشافات و تکنالوژی جدید میدانند.

ضمناً تاکید دارند که وسایل کمپیوتری بسهولت امکان پخش وانتشار معلومات سری در مورد مریض، افشای راز ها

بصورت غیر مجاز ودر مجموع باعث افزایش مشکل فوق میگردد... باوجود آن تغییر موقف داکتر یک امر بعید به نظر رسیده

زیرا وی در چوکات دسپلین قرار داشته ومطیع اصول General Medical Concl قرار داشته به استثنای بعضی

حالات معین، قیودات شدید توسط General inedical concil بالای طیب تعمیم گردیده که تاکید پنهان داشتن اسرار

مریض که توسط داکتر بصورت مستقیم وغیر مستقیم جمع آوری شده دارد.

همچنان نقض این قوانین باعث مجازات سخت اطباء میگردد این گونه مجازات در چوکات مکلفیت و مسلک طبیب قرار داشته و حفاظت حقوق مریض را تحت سوال قرار میدهد.

مسوده (98) Data Protection Act یا (اکت محافظت معلومات) تاکید بیشتر را در جهت حفظ محرمانه مریض نموده است که بعضی نکات عمده آنرا ذکر مینمایم.

قانون، مسولیت حفظ حقوق افراد را با در نظر داشت Personal Data (معلومات شخصی) در نظر دارد. پرسونل Data از نظر تعریف عبارت از معلوماتی است که شخص را تعیین هویت و یا به عباره دیگر عبارت از معلوماتی است در رابطه به شخص که تعیین هویت میگردد. تعیین هویت بصورت مستقیم و غیر مستقیم صورت گرفته خصوصاً به اساس نمبر تذکره، خصوصیات فزیک، فزیولوژیکی، روانی اقتصادی، کلتوری، اجتماعی و غیره صورت میگیرد.

قانون Data فوق را، به اساس نکات ذیل مورد بررسی قرار میدهد:

- 1 در صورت موجودیت مجوز قانونی
- 2- در صورتیکه شرایط محافظت Data آنرا ایجاب نماید
- 3 Data دقیق و Update باشد.
- 4- Data به محل و یا شخص که محافظت آن در خطر باشد انتقال نکند. [22]

تصنيف که در مورد Data (معلومات مریض) توسط قانون صورت گرفته قرار ذیل است

1. Sensitive Personal Data (معلومات حساس شخصی)

2. Anonymons Data (معلومات سِری)

S . p . d: عبارت از Data است که در مورد منشاء نژادی، قومی، سیاسی، عقاید مذهبی و فلسفی، و مسایل مر

بوط به جنس و سن باشد. حفاظت بیشتر در این موارد صورت گرفته و نکته اساسی را رضایت مریض تشکیل میدهد و در اکثریت واقعات تحلیل و تجزیه Data Subject باید موافقت مریض اخذ گردد.

ولی زمانیکه مریض Data Subject توانایی فزیک و قانونی توضیح معلومات را نداشته باشد و Data مذ

کور در محافظت حیات Data Subject یا شخص دیگر حتمی و ضروری باشد میتوان موافقه و رضایت مریض Data را مورد بررسی قرار داد.

همچنان بررسی و مطالعه Data بخاطر مطالعات در مورد معیارات و قایوی، تشخیص امراض، تهیه معیارات

حفظ الصحه و تدارک اهتمامات و تداوی امراض بدون اجازه مریض جواز دارد.

قانون، محدودیت های زیادی را در مورد استفاده از Data و اهداف توسط محققین وضع نموده است: اولاً هویت

صاحب Data و اهداف محققین که Data مذکور را مورد بررسی قرار میدهند. ثانیاً لایحه

و مقررات دسترسی به Data زمانیکه Data بدون نام و امضاء باشد قابل تطبیق نمیشد. قانون در مورد Data خصوصی یا

شخصی (معلومات که توسط آن هویت شخص تعیین میگردد) بیشتر تاکید نموده و در تمام حالات Data Processing)

تحلیل و تجزیه معلومات) که باید مریض مطلع بوده به استثنای ریکارد های قدیم و گذشته که ارتباط گرفتن با مریض ممکن نباشد بدون موافقت مریض میتوان از آن استفاده نمود.

خصوصیات و وضع گذشته و حال هر شخصی منحصر به خود اوست و راز داری بزرگترین صفتی است که یک طبیب یا پرستار باید بدان عمل کند.

چنانچه در سوگند نامه بقراط آمده است. ((هر گاه در مورد زندگی افراد، مطلبی چه در ارتباط با حرفه ام و چه غیر از آن بینم یا بشنوم، در مورد آن با دیگران صحبت نخواهم کرد و آنرا فاش نخواهم کرد، از آنجایی که تمامی آنها به عنوان اسرار می باید حفظ شود))

1. آنچه که بیمار در باره خود به طبیب می گوید خواه در برابر سوال طبیب باشد یا به عنوان شرح بیماری.

2. آنچه که طبیب با معاینه بیمار بدست میآورد.

3. آنچه که طبیب در منزل یا در بستر مریض می بیند.

حفظ اسرار طبی تا جایی که لطمه ای به جامعه و افراد دیگر نزنند لازم است، ولی حفظ اسرار طبی در مقابل سوال مقامات قضائی و عدلی نوعی پوشیده داشتن جرم و کمک به مجرم است.

قانون کلی این است که تنها بارضایت بیمار می توان اطلاعات را به شخص دیگری منتقل کرد ولی باید توجه داشت که تبادل نظریات و بحث در مورد بیمار با افراد آگاه مثل طبیب یا پرستار جهت تصمیم گیری برای معالجه صحیح از وظایف پرسونل بهداشتی است و افشای راز نمی باشد.

هیچ اطلاعاتی در مورد بیمار در خارج محیط شفاخانه و بدون اجازه صریح بیمار نباید فاش شود و منظور از محیط معالجوی نیز کسانی می باشند که در معالجه بیمار دخالت قانونی دارند.

بطور خلاصه طبیب مجبور به راز داری مطلق است که اساس روابط طبیب و بیمار و اعتماد بیمار به طبیب را

تشکیل می دهد و این رازداری هم به نفع بیمار است و هم به جامعه و هم تمام کسانی که ممکن است در آینده بیمار شوند. اما در برخی موارد استثنا وجود دارد که عبارتند از:

1. اگر بیمار یا ولی وی رضایت برای ابراز داشته باشند.

2. اگر قانون در موارد بخصوصی (که با امنیت کشور و جامعه ارتباط دارد) باصراحت طبیب را مجبور به این امر میکند.

3. در بعضی شرایط که صحت بیمار در خطر است و با دادن اطلاع به کسان بیمار نفعی عاید بیمار می شود جایز است.

4. کشف راز به دلیل منافع عالی جامعه.

5. موارد تصریح شده در قانون شامل تولد، بیماری روانی، بیماری های مقاربتی، سقط جنین جنائی، حوادث ناشی از

کار، گواهی سلامت قبل از ازدواج و گواهی دال بر سلامت برای اشتغال به کار، سوء استفاده از کودکان، بیماری مسری و خطرناک.

دادن اطلاعات محدود نیز در برخی موارد ضرورت می یابد:

1. در برابر مقامات اداری و دولتی، مدت استراحت در مورد کارگران و کارمندان بیمار، معافیت از کار و یا از کار

افتادگی.

2. شرکتهای بیمه: فقط در مورد میزان از کار افتادگی و هزینه درمانی، نوع حادثه و میزان صدمه وارده.
 3. شرکتهای بیمه عمر: فقط در مورد علت مرگ و گذارش سوالات از پیش تعیین شده با اطلاع فرد.
 4. نزدیکان بیمار: سیر بیماری گراف تداوی، رژیم خاص غذائی، محیط زندگی آینده بیمار و...
 5. خود بیمار: طوری که احساس ترس و اضطراب نکند.
 6. قضات: با دستور از طرف دادگاه و رعایت نفع جامعه.
- یکی از مسایل گریبانگیر طبیان در مورد برخورد با بیماران مبتلا به بیماری مسری خطرناک مثل ایدز، هپاتیت B و... قرار گرفتن بر سر دوراهی رازداری حفظ مصالح عمومی است. مثلاً جوانی مبتلا به ایدز می خواهد بدختری که اطلاعی از بیماری او ندارد ازدواج کند و پزشک معالج ازین موضوع اطلاع می یابد.
- حال باید به دلیل حفظ اسرار مسلکی ساکت بماند و حق مالکیت فرد بر اسرارش را فدای مصالح ورفاه و سلامتی جامعه نماید؟ و بدینگونه حق ازدواج را از فرد نگیرد؟ درینصورت به احتمال زیاد همسر فرد و حتی فرزندان آنها نیز آلوده خواهد شد و پس از اطلاع همسر از بیماری فرد کانون خانواده وی فرو میریزد و مسول این فرو پاشی کیست؟ و علاوه بر آن در صورت عدم رازداری و دادن اطلاع به همسر فرد طبعاً از ازدواج جلوگیری می شود و فرد برای ارضاء نیاز جنسی دست به اعمالی می زند که سبب گسترش بیشتر بیماری میشود و از طرف دیگر سبب عدم اعتماد به طیب نیز می گردد. حتی ممکن است فرد بار دیگر برای مشوره ازدواج به طبیی که از بیماری او مطلع نیست مراجعه کند. عوارض یاد شده علاوه بر اثرات مخرب روحی بر بیمار سبب منزوی شدن و عدم فعالیت اجتماعی و اقتصادی بیمار میشود. آیا طیب حق دارد زندگی فردی را که حتی ممکن است بدون هیچگونه خطائی (مثلاً از طریق انتقال خون) به این بیماری گرفتار شده است دگرگون سازد؟ پاسخ اینست:

در این باب طیب باید سه مصلحت را در نظر داشته باشد: مصلحت بیمار، اطرافیان و جامعه، مصلحت همسر فرد اطلاع از آلودگی شوهر خود به بیماری است تا در صورت ازدواج با او خود مسول عواقب بعدی آن باشد.

در مورد بیمار باید بانجام مشوره که یکی از مسایل طبی اجتماعی و از مهمترین وظایف طبیان است. موضوع را برای آگاهی موصوف افشاء کرد. زیرا که او حق ندارد دیگران را بکام این بیماری بکشاند و در ازدواج باید صادق باشد. علاوه بر آن روشهای انتقال بیماری و روشهایی که چانس انتقال را با مقاربت جنسی کم میکند. نیز باید آموزش داده شود. در واقع این خود بیمار است که واقعیت را به همسرش میگوید و رازداری طیب محفوظ میماند. راه قانونی دیگر انجام اجباری آزمایشات و تشخیص این قبیل بیماری ها قبل از ازدواج است تا اصولاً چنین مشکلاتی ایجاد نشود.

رازداری در طبابت بقدری مهم است که در قانون جزای اکثر کشورها مجازات بسیار شدیدی برای افشای راز در نظر گرفته شده است.

باید گفت که مراعات حفظ راز طبی از زمانه های قدیم در طبابت رایج است در قسم نامه هیپوکرات دکتور تعهد

میکند:

(اسرار فامیلی را که بوی اعتماد گردیده به تقدس حفظ می دارد و از این اعتماد به مقاصد شوم استفاده نمی نماید) در مراحل بعدی حفظ راز طبی در اکثر دول حیثیت قانونی را به خود گرفته. در قوانین دوتولوژی یک اکثر ممالک فصل مخصوص

برای رازطبی موجود است. بطور مثال در قانون طبی ارجنتاین یک فصل درباره راز طبی موجود است که دارای 12 ماده میباشد. در قوانین بعضی ممالک درین باره هیچ تذکار نرفته است (انگلستان، ناروی، دنمارک و غیره) قانون جزای فرانسه بصورت تام مسولیت حفظ رازطبی را بدوش طبیب انداخته است که طبیب نه تنها رازطبی را برای اشخاص انفرادی بلکه حتی برای موسسات دولتی نیز افشاء نمی تواند. در اکثر ممالک تخلف از رازطبی در مواردی مجاز می باشد که موضوع امراض انتانی مطرح بوده یعنی خطر انتشار انتان موجود باشد.

در جمهوری اسلامی افغانستان قانون جزاء، قانون صحت عامه قانون موسسات خدمات طب عدلی، صریحاً حفظ اسرار خدماتی طبی را حکم می نماید. [13-19-24]

ماده چهار صد و چهل و پنجم قانون جزاء

1- هر شخصیکه به حکم وظیفه، کسب پیشه، صنعت، فن و یا به لحاظ طبیعت کار خود، به یک سری از اسرار علم حاصل نماید و آنرا در غیر از حالات مصرحه قانونی افشاء نماید و یا آنرا به منفعت خود یا منفعت شخص دیگر استعمال کند به حبس متوسط که بیشتر از دو سال نباشد یا جزای نقدی که از بیست و چها هزار افغانی تجاوز نکند محکوم میگردد.

2- اگر صاحب راز به افشای راز اجازه داد و یا مقصود از افشای راز اخبار از جنایت یا جنحه و یا منافع در ارتکاب آن باشد مرتکب به جزاء محکوم نمی گردد.

ماده دهم قانون صحت عامه: طبیبان و دیگر کارکنان طبی مکلف اند راز طبی را حفظ نمایند. در صورتیکه مرض بعضی اشخاص صحت کتله های وسیع مردم را به مخاطره اندازد آنها موظف اند تا آمرین مربوطه شانرا مطلع ساخته و به مقامات پولیس و قضاء در صورت تقاضای شان اطلاع بدهند.

افشای اسرار طبی عبارت از اشکار نمودن معلوماتی است که دکتور یا سائر کارکنان طبی از مریض بدست آورده اند که این معلومات میتواند از طریق مباحثات، گذارشات تحریری یا شفاهی، مکاتیب، نشر آثار علمی (بدون تغیر نام مریض) و آشنایی اشخاص بیگانه بانوشته جات و اسناد طبی و غیره افشاء گردد.

مکلفیت حفظ رازطبی به این معنی نیست که کارکنان طبی از اظهارات بحیث شاهد در صورتیکه شهادت شان جنایتی را ثابت بسازد ابا ورزند. معلومات راجع به مرض، معلومات راجع به حیات فامیلی شخص و اسرار مریضان میتواند شامل این نوع شهادت باشد. به تقاضای مقامات تحقیقی و قضائی موسسات صحی مکلف اند اصل اسناد طبی یا کاپی آنها را مانند دوسیه مریض، کارت پولی کلینیک، نتایج معاینات لابراتواری، پروتوکول عملیات، رادیوگرافی نسخه جات و غیره را بدسترس مقامات فوق بگذارد.

آمرین مقامات و موسسات صحت عامه مکلف اند تادر مورد مرگهای که از اثر تاثیرات خارجی مانند صدمات میخانیکی، حرارت بلند و پایین، تسممات، سقط های خارج شفاخانه و غیره به مقامات کشف و تحقیق اطلاع بدهند. همچنین در مورد مریضانیکه جهت تداوی از سبب تسممات، جماع بالجبر، اعمال ناشایسته، مصابیت امراض زهروی، لواطت، تمارضات، امراض مصنوعی و صدمات خود کرده مراجعه مینمایند باید به مقامات مربوطه اطلاع داده شود.

ماده پنجم و هفتم قانون جزاء در مورد چنین حکم میکند : - شخصیکه پیشه طبابت یا صحی را دارد و در اثنای معاینات یا تداوی در بدن مرده یا مجروح زخمها را مشاهده کند که در نتیجه جرم به او رسیده یا قرائین طوری باشد که اشتباه جرم را بار آورد، مقامات باصلاحیت را اطلاع ندهند، به حبسیکه از سه ماه بیشتر نباشد یا جزای نقدی که از سه هزار افغانی تجاوز نکند محکوم میگردد

طوریکه تذکر بعمل آمد، وظیفه داکتر در حفظ اسرار مریض شامل اخلاق طبابت از زمانه ها و عصر هیپوکرات به این طرف بوده و باز هم مطالبی را از سوگند نامه هیپوکرات یاد آور میشویم که میگوید (هر آنچه را که در جریان تداوی یا حتی غیر از تداوی مریضان بینیم و یا بشنویم، باارج گذاشتن به کرامت انسانی به هیچ قیمت نباید افشاء کرد. این اسرار به مثابه سخنانی است که حرف زدن در مورد آن خجالت آور باشد، آنرا حفظ خواهیم کرد) این سوگند نامه وسائر تعهدات و اقوال جدید تری هیچ گونه استثنائی را در مورد حفظ اسرار طبی مریض اجازه نمیدهد. بگونه مثال نظام نامه بین المللی اخلاق طبی WMA لازم میندازد که (یک داکتر تمام اسراریکه در مورد مریض میدانند کاملاً به حفظ آن مکلف است، ولو مریض هم بمیرد) باوجودیکه بعضی از نظام نامه ها بصورت مطلق حفظ اسرار طبی را رد نمی کند. بدینوسیله بعضی نقایض حفظ اسرار طبی و رازداری در قبال داشته و ما را نظریات متفاوتی در زمینه فرا میخواند.

ارزش والای که به حفظ اسرار طبی قایل شده اند دارای سه مبتداء خود مختاری، احترام ب دیگران و اعتماد به نفس میباشد. خود مختاری ارتباط به یک سلسله معلومات شخصی دارد که به شخص تعلق میگیرد که نباید بدون خواست وی دیگران از آن واقف گردد. در زمانیکه یک فرد معلومات شخصی را بدیگری افشاء می نماید مرتکب جنایت میگردد. افشای این معلومات بطور مثال، بیک داکتر و یا یک نرس دیگر و غیره و یا اینکه معلومات در جریان یک تست طبی افشاء میگردد. موظفین آن تعهد بسپارند تا آن موضوع را افشاء نه نمایند. مگر اجازه افشاء نمودن آن از طرف فرد مذکور داده شود. یعنی رازداری از جانب دیگر به خاطر مهم تلقی میگردد که نوع بشر سزاوار احترام است. یعنی مراعات مراتب احترام افراد، حفظ و نگهداری محرمت آنهاست. در محیط متفاوت است. بعضی از مریضان موضوعات را که افشاء وبر ملا شود و یا اینکه کدام یک از معلومات حاصله از طرف طبیب آشکار نگردد فرق نمی کند.

اعتماد: جزء اساسی ارتباط داکترز با مریض را تشکیل میدهد. بمنظور دریافت خدمات طبی، مریض باید تمام آن معلومات را که نمیخواهد دیگران از آن آگاه باشد با داکتر و دیگر کسانیکه ممکن کاملاً به آن بیگانه باشند در میان گذارد. اساس این اعتماد را معیارات اخلاقی و قانونی راز داری که از کارکنان بخشی صحی انتظار رعایت آن میرود، تشکیل میدهد. مریضان بدون باور باینکه راز های آنها پوشیده خواهد ماند، ممکن از دادن معلومات شخصی خود بداکتر امتناع ورزد. اعلامیه W M A در پیوند بحقوق مریضان، حقوق مریض را به راز داری قرارذیل خلاصه میکند:

تمام موضوعات مشخص در مورد حالت صحی، وضعیت طبی، انزار، تداوی وسائر معلومات شخصیکه بدست می آید، حتی بعد از مرگ مریض هم محفوظ بماند.

استثناء اقارب مریض دسترسی به معلوماتیکه آنها را از خطرات صحی شان واقف میسازد، داشته باشند ما نعی ندارد. معلومات سری تنها در صورتی میتواند افشاء گردد که مریض رضایت صریح به آن داشته باشد یا صراحت قانونی در افشای آن موجود باشد.

همانطوریکه W M A بیان میدارد، نیاز استثنائی غرض حفظ راز داری وجود دارد. بعضی از ینها نسبتاً مشکل آفرین نیستند، اما دیگران موضوعات خیلی ها مشکل اخلاقی را برای دکتوران بوجود میاورند.

نقض های معمولی رازداری مکرراً در اکثریت نهاد های مراقبت های صحی اتفاق می افتد. بسیاری افراد مانند-

دکتوران، نرسها، تکنیشن های لابراتوار، محصلین وغیره- ضرورت به دسترسی به سابقه صحی مریض، بمنظور تامین و رسیدگی مناسب به آن افراد و برای محصلین برای اینکه بیآموزند تا چطور طبابت کنند، دارند. در جائیکه مریضان با لسان متفاوت از مراقبت کنندگان شان صحبت میکنند، ضرورت برای یک مترجم برای تسهیل ارتباطات، می افتد. در مواجه شدن با مریضان جهت گرفتن تصامیم طبی خود شان بی کفایت اند، به افراد دیگر باید در مورد آنها معلومات داده شود تا اینکه از طرف شان تصامیم گرفته و برای شان رسیدگی صورت گیرد. دکتوران معمولاً اعضای فامیل شخص متوفی را در مورد علت مرگ باخبر میسازند این نقایض رازداری اکثرآ موجه اند، اما اینها باید بیک حد اقل محدود بماند و آنهائیکه به معلومات سری دست رسی دارند باید از ضرورت انتشار ندادن آن اضافه تر از حد یکه به نفع مریض است مطلع گردند. تاجائیکه امکان دارد، مریضان باید مطلع شوند که همچون نقایض اتفاق می افتد.

دلیل دیگریکه بطور کلی برای نقض راز داری قبول شده رعایت مقتضیات قانونی است. به گونه مثال، بسیاری قضاوتها قواعد برای گزارش اجباری مریضانیکه از امراض مشخص رنج میبرند. آنهائیکه غرض افشای راز مریض مزنون میباشند و یا آنهائیکه به سوء استفاده اطفال، مزنون اند، دارامیباشند. دکتوران باید از مقتضیات قانونی برای افشاء معلومات مریض در جائیکه آنها کار میکنند، باخبر باشند. هر چند مقتضیات قانونی با ارج گذاشتن به حقوق بشر، که شالوده علم اخلاق طبی را تشکیل میدهد، ممکن در چالش باشد. بنا برین، دکتوران باید هر مقتضی قانونی را جهت نقض رازداری، بایک دید دقیق بنگرد و خود شان را مطمئن سازند که این نکته قبل از پیوستن به آن، قضاوت میگردد.

در صورتیکه دکتوران متقاعد میشوند تا مقتضیات قانونی را غرض افشاء معلومات طبی مریضان شان رعایت نمایند، بهتر است تا آنها ضرورت افشاگری را قبل از آنکه واقع شود بامریض در میان بگذارد و همکاری شانرا حاصل نمایند. بطور مثال بهتر است تا مریضانیکه به سوء استفاده اطفال مزنون باشد، مقامات حمایه طفل را در حضور دکتوران غرض گزارش خودی فرا خوانند یا اینکه رضایت شان را قبل از اینکه به مقامات اطلاع داده میشود فراهم نماید. در این روش زمینه رابرای مداخلات بعدی فراهم خواهد نمود. در صورتیکه همچو همکاری در دسترس نباشد، داکتر درین مورد حق دارد تا باور کند که هر تاخیر در اطلاع دهی ممکن یک طفل را به آسیب جدی مواجه نماید. پس داکتر باید فوراً مقامات حمایه طفل را اطلاع داده و بعداً البته زمانیکه این کار انجام شده باشد، مریض راباخبر سازد.

علاوتاً این نقض های رازداری که توسط قانون تقاضا میشود یا جنبه قانونی دارد، دکتوران ممکن یک مسولیت اخلاقی غرض انتقال معلومات سری به آنهائیکه احتمالاً مواجه به خطر آسیب رسی از مریض اند، داشته باشد. در دو حالاتیکه این موضوع ممکن اتفاق بیافتد موقعیت که مریض بیک psychiatrist را بگوید که او مایل است تا به شخص دیگری آسیب برساند و یا زمانیکه که یک داکتر متقاعد میشود که یک مریض با HIV مثبت قرار است تا به مقاربت جنسی غیر محفوظ با همسرش ادامه بدهد.

شرایط برای نقض رازداری زمانیکه توسط قانون لازمی پنداشته نمیشود. آنست که صدمه متوقع قریب الوقع، جدی (و غیر قابل برگشت)، غیر قابل جلوگیری بجزء از افشاگری قانونی و بزرگتر از آسیب که احتمالاً در نتیجه افشاگری بوجود می آید، فکر شود. برای معین کردن تناسب این صدمات خاص، داکتر احتیاج به ارزیابی و مقایسه صدمات و احتمال وقوع آنها دارد. در واقعات مشکوک عاقلانه خواهد بود تا داکتر مشوره کارشناس را بدست بیاورد.

زمانیکه یک داکتر مشخص کرده است که مسولیت آگاه ساختن افشاگری غیر قانونی را توجیه میکند، دو تصمیم دیگر باید اخذ گردد. کی راباید داکتر در جریان بگذارد؟ تاچه اندازه باید گفته شود؟ کلاً اگر صحبت شود، افشاگری باید تنها دربرگیرنده همان معلومات ضروری باشد که آسیب پیش بینی شده را مانع شود، و تنها دربرگیرنده همان معلومات ضروری باشد که آسیب پیش بینی شده را مانع شود و تنها به آنها رهنمای گردد که بمنظور جلوگیری آسیب احتیاج به همان معلومات دارند. گام های مناسب غرض به حد اقل رسانیدن آسیب و آرزردگی، که ممکن از باعث افشاگری به مریضان پیش بیاید، باید برداشته شود. چنین توصیه میگردد که داکتر باید مریض را اطلاع دهد که رازداری ممکن بمنظور حمایه خودش و به دلیل کدام قربانی ممکنه، نقض گردد. همکاری مریض در صورتیکه ممکن باشد منظور گردد.

در مواجه شدن بایک مریض که نزدش HIV مثبت است، افشاگری به همسرش ممکن خلاف موازین اخلاقی نباشد و مسلماً زمانیکه مریض خواهان در جریان گذاشتن شخص و یا اشخاص مواجه به خطر نباشد، توصیه میگردد.

همچو افشاگری زمانیکه تمام حالات ذیل دست به دست هم دهند، ضرورت می افتد. پارتر جنسی مواجه به خطر انتان HIV بوده و کدام وسیله مناسب دیگر برای درک خطر ندارد، مریض از اطلاع دهی پارتر جنسی اش ابا ورزیده است، مریض پیشنهاد کمک توسط داکتر را غرض انجام دادن چنین کاری از جانب او، رد کرده است، و داکتر مریض مورد نظر خود را اطلاع داده است تا معلومات را به پارتر افشاء نماید.

مراقبت طبی مجرمین مظنون و محکوم مشکلات مخصوص را با توجه به رازداری مطرح میکند. هر چند دو کتوران تامین کننده مراقبت برای آنهائیکه در باز داشت قرار دارند، دارای استقلال محدود میباشند، آنها باید آخرین تلاش های خود شانرا غرض تداوی این مریضان به پیمان که به دیگران بخرج میدهند، نمایند. بالخصوص آنها باید رازداری را بوسیله آشکار نکردن جزئیات وضعیت صحی مریض به مقامات مربوطه کسب رضایت مریض، حفظ نمایند. [16-17-24]

سندروم عدم کفایه کسبی سیستم معافیتی (ایدز)

در دسامبر 1993 درسمپوزیم روی (مشکلات اجتماعی مربوط به ایدز از نظر اسلامی) که بواسطه سازمان اسلامی علوم طبی به همکاری دفتر منطقوی سازمان صحی جهان برای منطقه شرق مدیترانه و اکادمی طب عدلی اسلامی در کویت برگزار گردید. سازمان صحی جهان یک سندپس منظر را ارائه داشت که ما از آن ذیلاً نقل قول مینماییم

" حتمی نیست که هر مریض ایدز مرتکب عمل زنا گردیده باشد، یکی ممکن مرض رادرنتیجه نقل الدم از خون ملوث کسب نموده باشد و دیگری میتواند زوج / زوجه ایماندار شخصی باشد که مرض رابه او سرایت داده است."

با این همه، حتی آنهائیکه مرتکب گناه گردیده باشند نباید از قلمرو اسلام دور گردند، خصوصاً بعد از آنکه ایشان دستخوش این مرض گردیده اند و شروع به تحمل ضجرت آن نموده اند.

آن حضرت (ص) فرمودند: هر کسی که در این دنیا باعث از بین بردن ضحرت برادر خویش میشود، خداوند در روز آخرت او را از ضحرت می رهند، و کسی که محرمیت یک مسلمان را حفظ می نماید، خداوند (ج) او را در دنیا و آخرت حفاظت می نماید))

((من نفس (وفی روایه فرج) عن اخیه کربه من کرب الدنیا، نفس (وفی روایه فرج) الله عنه کربه من کرب یوم القیامه ومن ستر مسلماً ستر الله علیه فی الدنیا و الآخرة))

آن حضرت (ص) فرمودند: مسلم برادر است برای هر مسلم دیگر. او به برادر خود ضرر نمی رساند و او را به دست ظالم و یا شرایط پُرگزند نمی سپارد، در نسخه دیگر (ونه او را تنه میگذارد)

"السلم احو المسلم لا یظلمه ولا یسلمه (وفی روایه) "ولا یخذله"

همچنان آن حضرت (ص) فرمودند (مومن برادر مومن در همه اوقات است. او برادر خویش را حفظ مینماید، در عدم موجودیت او از او دفاع و مراقبت می نماید)

"المومن احو المومن من حیث لقیه، یکف علیه ضیعته، ویحفظه من ورائه، ویحوطه"

بنابر آن و با در نظر داشت بیان فوق الذکر، با مریض ایدس باید مانند هر مریض دیگر برخورد صورت گیرد، با توجه به تداوی او، بارهائی او از زحمت، با مراقبت از او، از طریق کمک به او و همچنان راز او حفظ گردد. یگانه خداوند (ج) قادر به آوردن او تحت باز پرس میباشد.

بدنام و لکه دار ساختن، لکه زدن یا تحقیر مریضان ایدس مجاز نمیشود. خداوند (ج) میفرماید: "یک دیگر را بدنام نسازید" (ولاتلمز و انفسکم) (سوره الحجرت، 49، آیه 11) حضرت محمد (ص) میفرماید: "برای یک شخص از همه شرها کافی است که برادر مسلمان خویش را تحقیر نماید"

(بحسب امری ء من الشران یحقر اخاه المسلم)

باید که تمام دکتوران و دیگر کارکنان صحتی تمام مراقبت های صحتی مورد ضرورت مریضان ایدس را به همان طوریکه برای دیگر مریضان فراهم مینمایند انجام دهند.

یکی از سفارشات عمده ای این سمپوزیم قرار ذیل بود:

مریضان HIV- AIDS برای دریافت تداوی و مراقبت های صحتی چنانکه حالت صحتی شان ایجاب می نماید، مستحق دانسته شده اند، بدون در نظر داشت اینکه که چگونه آنها گرفتار مرض گردیده اند. از طرف دیگر مریض باید به منظور کمک جهت حفظ داکتر و دیگر مریضان از خطرانتان، داکتر خویش را مطلع سازد، در عین زمان داکتر باید به معالجه و تداوی مریض ادامه دهد، در حالیکه تمام اقدامات وقایوی و احتیاطی را در رابطه به خویش و دیگران اختیار می نماید. شخص مصاب باید تعلیماتی را دریافت نماید تا بتواند حالت خویش راز خرابی بیشتر نگهداشته و دیگران را از انتقال اتان جلوگیری نماید. تحت هیچ شرایطی نباید مریض از سبب مریضی اش مورد اذیت قرار گرفته، رها و یالکه دار گردد. [6]

ایدز و طرق جلوگیری آن

عفونت با HIV ویروس نقص ایمنی انسان میتواند منجر به سندروم نقص معافیتی اکتسابی (ایدز) گردد. در طی بیست سال اخیر بیشتر از همه امراض از مرض ایدز مطالبی نوشته شده است و بیشتر از همه در باره آن تحقیق گردیده. با وجود پیدایش دواهای که پیشرفت این عفونت را محدود میسازد با این حال هنوز هم هیچ واکسین برای مقابله با این مرض کشف نشده است. ایدز هفدهمین علت مرگ و میر را در ایالات متحده امریکا تشکیل میدهد. ایدز در واقع مجموعه از امراضی میباشد که در آن ضعف سیستم معافیتی به میزان زیاد نقش مهمی را بازی می کند نقص معافیتی شدید باعث میشود که بسیاری از اتانات فرصت طلب محیط مناسبی برای رشد خود پیدا نماید. حضور این عفونت های فرصت طلب و بعضی از انواع امراض از علائم اصلی ایدز میباشد.

مرکز کنترل و وقایه امراض در امریکا در سال 1981 کشف گردید. اما این ویروس قبل از سال های 1959 نیز هم وجود داشته است. این مرض در ابتدا از مردان جوان که مصاب به سرطان های غیر معمول و اتانات نادر فرصت طلب شده بودند کشف شد.

محققین انستیتوت ملی صحتی و سایر مراکز امراض انتانی از آن هنگام شروع به تحقیق نموده اند. در ابتداء دکتوران به ایدز به عنوان یک مرض مقاربتی نگاه میکردند زیرا اکثر موارد این مرض در مردان هم جنس باز دیده میشد. طی تحقیقات که در اوایل 1980 میلادی به عمل آمد ارتباط بین ورود یک مرد هم جنس باز کانادایی به امریکا، شیوع آن در امریکا دیده شد. و محققین به این نتیجه رسیدند که ویروس از خارج کشور به داخل امریکا آمده است

در سال 1983 عامل ایدز کشف و به آن HIV اطلاق شد، این ویروس غیر از انسان میتواند در بعضی از حیوانات مانند گوسفند، شادی، بز و سایر حیوانات اهلی مرض را ایجاد کند و در سال 1984 شایع ترین شکل ویروس شناخته شد که به آن HIV1 و در سال 1986 در غرب آفریقا نوع HIV2 کشف گردید که این دونوع ویروس از شادی ها به انسان انتقال نموده بودند.

نحوه انتقال مرض

دانشمندان توانسته اند تا HIV را در خون، مایع منوی، افرازات مهلبی، شیر مادر، افرازات طرق تنفسی و مایع C.S.F شناسایی نمایند. و تمام این معاینات میتوانند حاوی ویروس باشند اما هیچ شواهدی وجود ندارد که ثابت نماید که تمام این موارد میتوانند باعث انتقال مرض شوند یا خیر؟

عمده ترین طرق انتقال مرض قرار ذیل است:

- 1 - مقاربت های جنسی (مقعدی، مهلبی و فمی)
- نصفی از موارد در اثر هم جنس بازی و غیر هم جنس بازی
- در موجودیت امراض مقاربتی (S T D)
- سفلیس
- سوزاک
- لmf گر نو لوما و ینیروم
- ترایکو موناس و یجینا لس

- تبخال های ناحیه تناسلی
- ویجینوزس باکتریائی و امراض جنسی وابسته به آن
- امراض سماریتی ناحیه تناسلی مانند کاندید یازس (برفک)
- 2 - از طریق نقل الدم
- استفاده مشترک از سوزن های آلوده در معتادین تزریقی ادویه (IDU)
- نقل الدم محصولات خون درشفاخانه
- ایجاد آلودگی از طریق زخم های باز (وخذه سوزن، جروحات قاطعه)
- 3 - انتقال از مادر به جنین و حین تولد طفل
- حین بار داری
- حین ولادت
- حین شیر دهی
- 4 - از طریق شیر پستان و کلستروم مادران منتن به ویروس به طفل
- 5 - از طریق مایعات دیگر بدن (لعاب دهن)
- 6 - از طریق اشک و ادرار (ندرتاً)

طرق جلوگیری از مصاب شدن به ایدز

در سه بخش میتوان آنرا خلاصه نمود.

- 1 - تعلیمات صحی: باید به افراد ذیل تعلیمات صحی ارایه گردد.
 - دکتوران و نرسان
 - کارکنان لابراتوارهای صحی
 - پرسونل خدماتی صحی
 - سلمان ها
 - آرایش گرها
 - وترنرها
 - کارکنان شعبات استحصال لبنیات
 - چوپانان
 - افرادی که با حیوانات خانگی سرو کار دارد
- 2 - تغییر و تعدیل سلوک اشخاص
 - تعلیمات صحی جنسی مصون
 - اجتناب از ارتباط جنسی متعدد

- انتخاب مونوگامی (یک خانم یا یک شوهر)
 - استفاده از کاندوم (پوقانه)
 - قطع ادویه جات زرقی در نزد معتادین (اجتناب از استفاده مشترک وسوزن)
 - مصون نگذاشتن خون ومستحضرات آن
 - اجرای ختنه در مردان
 - تداوی امراض مقاربتی موجوده
 - وقایه امراض فرصت طلب انتانی
 - دور انداختن سرنج وسوزنهای متن
 - خانم های باردار مصاب به HIV در جریان بار داری تداوی ضد ویروسی گردند واز دادن شیر به طفل خود داری نمایند، وطفل باید ازروئ بطن گرفته شود.
- 3 - مشوره با متخصصین که با ایدز سر وکار دارند

وقایه

ساختن یک واکسین غرض وقایه از ابتلا هدف اصلی در مبارزه با این مرض است. در صورتیکه کشف واکسین میتواند بسیار موثر تر از تداوی رایج برای مریض باشد. اما بااین حال واکسین نیز مشکلات خود را خواهد داشت، زیرا HIV به سرعت و به آسانی جهش پیدا می کند. بنابراین یک واکسین فقط از یک نوع خاص ویروس وقایه می کند وبالای سائر انواع جهیش یافته تا تیری نخواهد داشت. [2-6-19]

انتانات فرصت طلب وابسته به ایدز

در هنگام که سیستم معافیتی بدن سرکوب میگردد، انتانات فرصت طلب از این حالت استفاده کرده وشخص مبتلا به ایدز را گرفتار میسازند.

محرمیت اطلاعات طبی بعد از مرگ

تمام معلومات طبی که از بیمار به داکتر حاصل میگردد ومعلوماتیکه از یک بیمار متوفی ثبت میگردد، معلوماتیکه از اتوپسی بیمار دریافت میگردد باید تا درجه ممکنه محرم نگهداری شود. هر چند استثنای شرایط مجاز و اخلاقی که افشاء معلومات جهت رسیدگی به جامعه ضروری پنداشته میشود وجود دارد. درجه حفظ محرمیت اطلاعات یک بیمار متوفی برابر است با بقیه بیمارانیکه هنوز زنده اند. بنا صرف درشرایطی که معلومات در جریان زندگی بیمار قابلیت افشاء شدن را داشته باشد بهمین گونه بعد از مرگ وی نیز تنها در چنین شرایطی ممکن میباشد.

آشکار ساختن معلومات طبی در مورد یک جسد برای تحقیقات ومطالعات طبی بعد از رفع شاخص های هویت وی جهت بلند بردن درجه حفاظت حق محرمیت، مجاز میباشد. در غیر آن، جهت آشکار ساختن هویت جسد، داکتران باید نکات آتی را در نظر داشته باشند:

1 جلوگیری از متضرر شدن فرد شناخته شده

- 2- مفاد نهایی ممکنه فرد مواجه به خطر یا صحت عامه.
- 3- کدام دستور یا وصیت نامه از طرف بیمار جهت آشکار ساختن معلومات محرمانه وی بعد از مرگ موجود باشد
- 4- اگر افشای معلومات محرمانه بیمار متوفی جهت حفظ آبرو و اعتبار وی مفید باشد.
- 5- برای تیره شخص داکتر از آنها مات به عدم توجه به وظایف مسلکی وی در حفاظت حقوق محرمیت بیمار متوفی و وقتی که فامیل یا اقارب تصمیم گیرنده بیمار متوفی درخواست اتوپسی را نموده باشند داکتر میتواند نتایج آن را برای فرد(افراد) موافقت کننده به این عمل، باز گو نماید.[19]

محرمیت وضعیت HIV در راپور اتوپسی

داکتران باید حتی المقدور برای حفظ محرمیت وضعیت ایدز بعد از اتوپسی سعی نمایند: بناً دو کتورانی که عمل اتوپسی را انجام میدهند یا هر کسی که به معلومات دریافت شده بعد از این عمل دسترسی دارد، باید با قوانین حاکم در این مورد آشنا باشد

(1) راپور دادن HIV و ایدز به مقامات صحت عامه، (2) وظیفه آگاه ساختن افراد دیگری که از طریق متوفی مبتلا به این بیماری، در خطر مبتلا شدن به ایدز قرار دارند، (3) کسان دیگری که لازم است آگاهی حاصل نمایند (مانند، مدیران مراسم تدفین، کارکنان مراقبت های صحی که در مراقبت بیمار متوفی وظیفه دار بوده اند)،

(4) وسعت و اندازه محرمیت یادداشت های اتوپسی، وضعیت HIV متوفی که بعد از اتوپسی آشکار میگردد، قسمتی از یادداشتهای طبی را در مورد متوفی قبل از مرگ وی تشکیل میدهد که باید مخفی بماند. داکتر افشا و ابلاغ چنین نتایج را به مقامات صحت عامه و کسانی که بدینوسیله در خطر قرار دارند، باهمآنگی قوانین دولت در این رابطه بعهده دارد در جائیکه چنین قوانین وجود ندارد، برای ارضای حس وظیفه شناسی اخلاقی، باید چنین نتایج را با کسانی که در خطر مبتلا شدن به این بیماری قرار دارند (مانند، کسانی که شریک در مقاربت جنسی یا استفاده از عین سوزن میباشند)، در میان بگذارند. این آگاه ساختن، دربرگیرنده راپور دادن به مراکز انتقال انساج و اعضاء، در صورتیکه عضو و یا نسج متوفی مبتلا به این بیماری، جهت پیوند زدن، به آنجا انتقال می یابد. وضعیت HIV که در یادداشت اتوپسی درج میگردد اگر متوفی در حادثه ترافیکی، مرگ مشکوک و یا علت های غیر قابل بازگو نمودن در گذشته باشد وضعیت HIV باید مخفی از دسترسی عامه بماند.

در موقعیکه عمل اتوپسی در حضور آزمایشگران طبی و همکاران صورت میگردد، و حکم قانون دولت اقتضای این را میکند که نتایج اتوپسی باید برای عامه بازگو گردد، داکتران مجبور به هم آهنگی با حکم قوانین دولت میباشند. هر چند که در چنین نمونه ها، وضعیت HIV باید در صورتی یادداشت گردد که وضعیت HIV مرتبط با علت مرگ متوفی باشد. ضمناً اگر چه آگاهی حاصل نمودن از وضعیت HIV متوفی از یادداشت های عامه در بعضی از حوزه های قضائی ممکن باشد، اما باز هم برای یک داکتر ابلاغ وضعیت HIV یک فرد بیمار برای عامه، بدون حکم درخواست چنین یادداشت از وی، یک عمل غیر اخلاقی بشمار میرود. داکتر چنین یادداشت هارا میتواند با همآهنگی قوانین دولت در این رابطه، افشاء سازد.[4-19]

کنترول خطرات صحی در جامعه

باید گفت که AIDS در انگلستان در سال 1981 بروز نمود. ویروس HIV سیستم معافیتی شخص را مآوف نموده و زمینه را در تاسیس انتانات فرصت طلب مساعد مینماید. تقریباً 40 میلیون نفر در جهان با این ویروس منتن بوده و کمپاین و تعلیمات و کشف ادویجات ضد Retroviral تا اندازه باعث کاهش نگرانی گردیده است.

با وجود این مشکل که صحت عامه در آن مواجه است عبارت عدم دسترسی به تعلیمات و ادویه جات فوق الذکر در کشور های روبه انکشاف میباشد. تقریباً 350 میلیون نفر در جهان در معرض منتن شدن به انتانات چون :- Hepatitis، SARS (Severe Acute Respiratory Distress Syndrome) و TB قرار دارند.

تمام مشکلات فوق بشر را به سویه جهانی درمخاطره افکنده و تنها پرابلم فردی نمی باشد. جهت اتخاذ استراتیژی مدافعی و موثر بر علیه این مشکلات هماهنگی و کوشش ها در سطح بین المللی ضروری بوده به همین اساس WHO در حال تهیه International Health Regulation (نظام بین المللی صحت) بوده که در مواجه به خطرات فوق مارا راهنمایی های زیادی خواهد نمود. [22]

مراقبت محرمانه از خورد سالان

داکترانیکه خورد سالان را تداوی میکنند، وظیفه اخلاقی در رابطه با بلند بردن عزت نفس بیماران خورد سال دارند و بدین سبب باید آنها را در تصامیم طبی که در مورد خود خورد سال بیمار گرفته میشود به تناسب توانائی آنها ذیدخل سازند. هنگامیکه طفل درخواست خدمات محرمانه مینماید داکتران باید آنها را در جریان قرار دادن والدین ایشان تشویق نمایند. این عمل دربرگیرنده سعی برای دریافت عللیکه طفل نمیخواهد بخاطر آن والدین خود را در جریان قرار دهد و به اصطلاح تصورات نادرستیکه باعث چنین اعتراض ایشان در این باره میشود بپردازند.

در حالاتیکه قانون راه دیگری را نمیپذیرد، داکتران میتوانند اجازه رضایت دادن را به طفل بیمار بدهند و والدین وی را از جریان مطلع نسازند. با وابستگی به جدیت تصمیم اخذ شده، داکتران باید چنین صلاحیت را برای اکثریت از اطفال ممکن بسازند. در مواقعیکه ضرورت احساس میشود، باید بامتخصصین طب دوره رشدیت (بلوغ) و روان شناسان اطفال مشورت گرفت. استفاده از حکم مخالف در باره اولویت چنین تصامیم، باید بشکل آخرین راه چاره نگاهداری شود.

هنگامیکه یک طفل نابالغ درخواست علاج ضد بارداری مینماید، یا خدمات مربوط به حاملگی (تست حامله گی، مواظبت والدین و نو تولد، و خدمات زاییدن)، یا معالجه امراض مقاربتی، استعمال نامناسب دارو و الکول، یا امراض روانی، مینماید، داکتر باید ضرر های آنرا در جریان قرار دادن والدین وی را به اساس واکنش خواست بار دار نشدن و صحت مراجعت کننده، تمیز دهد. داکتران باید در چنین مواقع آنها را تشویق به ذیدخل ساختن والدین ایشان در تصمیم گیری نمایند. هر چند که به پافشاری انجام خواسته های معمولی نوجوانان باید توجه شود. اگر داکتران نتوانند به راحتی بدون اطلاع والدین به انجام چنین خدماتی تن در دهند، و خدمات محرمانه دیگر موجود باشد، نوجوانان باید به همان خدمات دیگر رجوع داده شود. در حالاتیکه داکتر تصور میکند که در صورت عدم واقف بودن و راهنمایی والدین، نوجوانان ممکن است با خطرات جدی صحتی مواجه گردد، و داکتر براین باور باشد که مطلع ساختن والدین به مفاد نوجوانان خواهد بود، باز گو نمودن چنین مشکل

جزء وظایف اخلاقی داکتر در چنین حالات شمرده میشود. وقتی که داکتر باباز گو نمودن این مسله دچار نقض عهد محرمیت میگردد، متعاقباً باید سبب چنین تخلف را با نوجوانان در میان بگذارد.

برای افراد که بقدر کافی بالغ شده و هیچ وابسته گی با والدین برای آزمایشات ایشان ندارند، محرمیت معلوماتیکه در جریان یک آزمایش، مصاحبه و یا مشورت خاطر نشان میگردد، باید حفظ شود. چنین معلومات میتواند با والدین به اساس رضایت بیمار در میان فراداده شود. ضمناً محرمیت معلومات افراد نابالغ در صورتیکه لازم دیده شود ممکن است اخلاقاً جهت قادر ساختن والدین برای یک تصمیم گیری آگاهانه بخاطر تداوی طفل یا هنگامیکه افشای آن برای دفع نمودن از یک آسیب جدی ضروری پنداشته میشود. باید ابلاغ شود. [19]

محرمیت کمپیوترها

حداکثر دقت برای معلومات حفظ محرمیت معلومات طبی یادداشت شده، حتی کمپیوتر شده، ضروری میباشد. رهنمودهای ذیل جهت کمک به داکتران و گروه های خدمات کمپیوتری، جهت محرم نگهداشتن معلومات طبی که در پایه های معلومات کمپیوتری ذخیره شده باشند، تقدیم میگردد:

- 1 معلومات محرمانه بیماران در یادداشت های طبی وی صرف از طرف کارکنان با صلاحیت باید وارد کمپیوتر گردد. به ضمیمه یادداشتها باید ساعت و تاریخ نیز درج گردد، و هویت فردی که ضمیمه آن را درج مینماید باید در یادداشت ذکر گردد.
- 2 داکتر و بیمار باید از اینکه معلومات در کمپیوتر ذخیره میگردد آگاه باشند. این یادداشتها باید به تعقیب ارائه معلومات توسط داکتر به نهاد یا نهاد های وظیفه دار ذخیره معلومات در کمپیوتر، با داکتر و بیمار مذکور در میان گذاشته شود. تمام افراد و گروه هائیکه دسترسی به ذخیره معلومات در کمپیوترها دارند، باید به شکل دقیق شناسائی شده باشند. باز گو نمودن این معلومات به بیمار جهت تامین رضایت نامه آگاهانه بیمار برای تداوی، به شکل مکمل ان باید صورت گیرد. یادداشت های راجع به بیمار باید دارای یک سویه مصونیت و امنیت نظر به درجه حساسیت این معلومات، باشد، تا دسترسی داشتن کد ام اشخاص به این ذخایر معلوم باشد.
- 3 داکتر و بیمار باید از ذکر تمام راپور های منعکس کننده هویت ایشان در یادداشتها قبل از پخش آن در کمپیوتر جهت آسان ساختن دسترسی، مطلع ساخته شوند. قبل از ابلاغ و پخش یادداشت های کلینکی بیمار به افراد و گروه های خارج از محیط مراقبت های صحی، موافقت بیمار و آگاهی داکتر ضروری میباشد. چنین معلومات نباید بدون اجازه صریح بیمار ابلاغ گردد.
- 4 انتشار اطلاعات محرمانه طبی صرف محدود برای اشخاص یا نمایندگی های است که با حسن نیت از آنها استفاده مینمایند. صرف همان معلوماتیکه برای استفاده جایز ضروری میباشد باید در دسترس قرار داده شود. معلوماتیکه هویت بیمار را آشکار میسازد باید در صورت ضرورت و درخواست، تقدیم گردد. تقدیم معلومات محرمانه طبی باید محدود برای استفاده معین و برای همان مقطع زمانی که درخواست صورت گرفته پیش کش شود تمام افراد و گروه ها باید از اینکه، حق دسترسی به مقدار معلومات ارائه شده، جواز پخش آنرا در آینده برای افراد و گروه های دیگر و اجازه استفاده های گوناگون آنرا، به آنها نمیدهند، آگاه باشند.

5 جهت اضافه نمودن یا تغییر وارد نمودن به معلومات ذخیره شده کمپیوتری اقتضای موجودیت جواز برای افراد موظف، تعیین مقطع زمانی که تغییرات در طی آن صورت میگیرد و آنهائیکه از تغییرات در ذخایر معلومات طبی وارد میگردد باید خبر دار ساخته شوند.

6 از عملیه حذف و پاک نمودن معلومات ذخیره شده در کمپیوتر، داکتر و بیمار قبل از آن و بعد از انجام عملیه پاکسازی مطلع گردند. در ذخایر معلومات طبی یک داکتر نباید هیچ آمیزش با معلومات درج شده از طرف داکتر دیگر صورت گیرد. در ضمن عملیه باید قسمی طرح گردد که مجال هیچ آمیزش اشتباهی در راپورهای افراد و قسمت های دیگر وجود نداشته باشد.

7: معلومات طبی ذخیره شده در کمپیوتر صرف وقتی باید قابل دسترسی از طریق دیگر کمپیوترها باشد که مسولین دیگر درخواست دسترسی نموده باشند. افراد و گروه های خارج از خدمات کلینکی نباید قادر به دسترسی به معلومات حاوی هویت بیمار از یادداشت های طبی، باشند. دسترسی به ذخایر معلومات کمپیوتری شده باید با استفاده از کلید ورود (Password) محدود ساختن، مخفی نمودن، کنترل گردیده و دارای مهر و امضای قابل (Scan) باشند

8: تهیه نسخه احتیاطی باید در شرایطی صورت گیرد که از خراب شدن و از دست رفتن اطلاعات به سبب ناتوانی نرم افزار یا سخت افزار تشویشی نباشد.

9: امنیت:

(الف) عملیه تقویت امنیتی معلومات باید در شرایط صورت گیرد که هیچ امکان به دسترسی اشخاص بدون جواز ممکن نباشد. رسیدگی های شخصی باید برای تاسیس یک یادداشت در رابطه با آشکار ساختن غیر مجاز معلومات وسعت داده شوند. کارمندان اخراج شده و جدید استخدام شده نباید دسترسی به معلوماتیکه بیمار را ناراحت میسازد داشته باشند

(ب) در اثنای از بین بردن خدمات کمپیوتری برای یک داکتر، دوسیه هاییکه توسط خود همان داکتر جمع آوری شده بود باید بشکل فیزیکی به وی واپس داده شوند. و هنگامیکه معلوم گردد که داکتر یک نسخه دیگر از کاپی همان دوسیه دارد، دوسیه مذکور باید از کمپیوتر حذف یا کاملاً از بین برده شود. در اثنای حذف دوسیه، شعبه خدمات کمپیوتری باید عملیه حذف دوسیه را به شکل کتبی تصدیق نماید. [19]

محرمیت ارائه یادداشت ها به شرکتهای گرد آورنده

گرد آوری یاداشتهای طبی بخاطر مقاصد بازار یابی باعث بمیان آمدن مشکلات جدی اخلاقی میگردد. شرکتهای در پی گرد آوری اطلاعات از دواخانه ها در زمینه تجویز داروهای مختلف از طرف داکتران جهت مقاصد بازاریابی میباشند. اغلباً برای داکتران پیشنهاد های مختلف بخاطر ایجاد نمودن نرم افزارها و سخت افزار های طبی با استفاده از اطلاعات تجربی ایشان صورت میگیرد. شاید به آنها گفته شود که نرم افزارها در برگیرنده اسامی بیماران نخواهد بود.

این معاملات ممکن است باعث نقض قواعد رضایت نامه آگاهانه و حق محرمیت بیمار گردد. بیماران معلومات خویش را به داکتران صرف بخاطر معاینات و تداوی ابراز میدارند. اگر قرار باشد که بجز از این موارد، از معلومات داده شده از طرف بیمار کدام استفاده دیگر صورت گیرد، بناً اجازه ایشان بعد از اینکه کاملاً از چگونگی مسله باخبر ساخته شدند، ضروری

میگردد اگر اجازه اخذ نگردیده باشد داکتران بادر میان گذاشتن معلومات مخصوص و منحصر به فرد بیمار با مراجعیکه آن را برای مقاصد تجاری استفاده خواهند کرد، در واقع به حق محرمیت بیمار تجاوز نموده است. سرانجام، این معلومات روابط داکتر و بیمار را صدمه میزند. اعتماد که بنیاد این رابطه را تشکیل میدهد، مبنی بر قاعده آنست که داکتران اولین و بهترین و کلای مریضان ایشان میباشند [19]

محرمیت نماینده شرکت بیمه

سوابق معاینه، پیشگیری و نتیجه بدست آمده را میتوان در صورت رضایت خود مریض یا نماینده قانونی وی به شرکتهای بیمه ارائه نمود. مسولیت یک داکتر در قبال بیمار صرف در زمینه طب محدود نمیشد. آنها در برگیرنده کارهایی خدمات کمکی با تمرینات طبی میباشند. این خدمات ممکن است شامل تصدیق نمودن اینکه، این بیمار تحت مراقبت و توضیحات داکتر در معاینات و تداوی در مورد خاص قرار داشته میباشند. [19]

محرمیت داکتران استخدام شده از طرف منابع و معاینه کننده گان مستقل

در حالاتی که خدمات یک داکتر محدود به ارزیابی صحت یک فرد یا معیوبیت یک کار فرما، تاجر، یا بیمه کننده، میباشند معلوماتیکه از چنین ارزیابی ها بدست میاید محرمانه بوده و بدون رضایت نامه قبلی فرد با گروههای دست سوم نباید در میان گذاشته شود، الی وقتیکه با حکم قانون درخواست نگردیده باشد. اگر فرد مذکور جواز آشکار ساختن معلومات طبی خویش را به یک کار فرما یا کسی که قرار است کار فرما شود، داده باشد، داکتر باید صرف همان معلومات را ارائه بدارد که از طرف کارفرما جهت پیشبرد کار درخواست میگردد.

وقتیکه داکتر یک کارگر را معالجه مینماید که از سبب کاری که انجام میدهد. متحمل صدمه یا بیماری گردیده است، باز گوئی معلومات طبی وی به کار فرما، ممکن است عنوان بریاد آوری حق جبران خسارات کارگران در جریان کار گردد. داکتر باید در صورت امکان، هماهنگ با این قواعد عمل نماید. هر چند داکتر نباید معلومات طبی کارگران را بدون رضایت وی با کار فرما در میان بگذارد، یا در صورتیکه ناتوانی کارگر، اخذ رضایت از نماینده یا وکیل وی لازم میباشند.

هر وقتیکه معلومات احصائیوی در مورد صحت کارگزار ارائه میگردد، هویت تمام کارگران باید حذف گردد. معلوماتیکه در جریان روابط داکتر با مریض آشکار میگردد، باید تا به درجه امکان محفوظ و محرم بماند. بیمار باید بخاطر افشاء تمام معلومات برای داکتر جهت بهتر ساختن زمینه تداوی و تهیه خدمات لازمه، احساس ناراحتی نه نماید. این اطمینان باید به بیمار داده شود که محرمیت گفت و گو ها، نزد داکتر با دقت کامل حفظ خواهد شد. داکتر نباید گفتوگو ها و معلومات محرم بیمار را بدون رضایت صریح وی افشاء سازد، تازمانیکه درخواست این مُسله از طرف مقامات قانونی صورت نگرفته باشد.

چنین وظیفه داری برای حفظ حق محرمیت بیمار، به استثنای شرایط مجاز و اخلاقی که افشای معلومات جهت رسیدگی به جامعه ضروری پنداشته میشود، در نظر گرفته شود. در حالاتی که مریض خیال وارد نمودن ضرر های جدی جسمانی

به دیگران و یا خودش را داشته باشد، و احتمال این حادثه وجود داشته باشد، داکتر باید احتیاط مناسب را برای حفاظت از جان شخص مفعول در نظر بگیرد، ضمناً مراجع قانونی با صلاحیت امنیتی را نیز آگاه بسازد. [19]

نظریات پیرامون محرمت آگهی و روابط رسانه ها

یک داکتر میتواند خدمات صحی را برای اعضای یک پلان مواظبتی پیش پرداختی و یا برای اعضای یک اداره حفاظت صحی که خواهان جذب مشتریان از طریق اعلانات باشد، تامین نماید. داکترانی که در چنین فعالیت ها سهم میگیرند دارای عین مسولیت های اخلاقی که دیگر داکتران دارند میباشند. تبلیغات، مراجعین را در آینده به این باور میرساند که تمام خدمات یک داکتر شناخته شده نظر به لیاقت و شهرت کاری که دارا است، برای تمام مراجعین در دسترس باشد. اگر اینچنین نباشد، غیر اخلاقی شمرده میشود. بهر حال، انتشار شهرت داکتران که خدمات صحی را برای مراجعین تامین میکنند، نظر به لست اسامی آنها، نوع آزمایش که شرکت نموده اند، بیوگرافی و معلومات مرتبط دیگر، یک عمل غیر اخلاقی نمیباشد. از داکتران تقاضای اخلاقی و قانونی در رابطه با حفظ محرمت شخصی و دیگر حقوق قانونی بیماران، صورت میگیرد. هنگامیکه اطلاعات در مورد یک بیمار مخصوص از طرف رسانه ها درخواست میگردد، داکتر باید رضایت بیمار یا نماینده قانونی وی را در زمینه قبل از ارائه چنین معلومات اتخاذ نماید. داکتر صرف میتواند اطلاعات مجاز را که دانش عامه میباشد، ارائه نماید. روابط داکتر و بیمار و ماهیت محرمت آن باید حفظ شود.

با در نظر داشت این ملاحظات، داکتر میتواند نماینده گان رسانه ها را به طریق ممکنه یاری نماید. چنانچه بیمار یا نماینده قانونی وی رضایت خودی را در رابطه با نشر اطلاعات ارائه نماید، داکتران باید با مطبوعه ها برای ضمانت نمودن اینکه اخبار طبی بدون معطلی و با دقت در دسترس ایشان قرار خواهد گرفت، همکاری نمایند، در حالیکه بدون همکاری داکتران، آنگونه ممکن نخواهد بود. تاجائیکه تشخیص وابسته به معاینات X-Ray و لابراتوار میباشد، بنا هیچ بیانی درباره تشخیص توسط داکتر ارائه شده نمیتواند. به همین سبب، پیشگویی از سیر مرض صرف توسط داکتری که رسیده گی مینماید یا در راستای دستورات و رهنمایی داکتر مذکور صورت میگیرد.

اظهارات در مورد تیر اندازی، چاقو زنی ها و زهر دهی ها مسائلی است که مربوط به پولیس میشود. و حتی سوالات در مورد اینکه آیا چنین حادثات تصادفی بوده است نیز مربوط به مقامات با صلاحیت دیگر میباشد. اخبار واقعی که قسمی از یاد داشت های عامه را تشکیل میدهد، مانند مرگ و میر، ممکن است بدون رضایت بیمار یا نماینده وی، در دسترس قرار داده شود. [19]

اسرار طبابت و پروسه های عدلی

باید متذکر شد افشاء معلومات (Data disclosure) منحيث يك پروسه عدلي به دو كتگوري عمده مورد بحث قرار ميگيرد.

1 - Statuary disclosure (جزائي يا قانوني)

2- non Statuary (غير جزائي يا غير قانوني)

افشاء نمودن قانوني يا جزائي هيچ مشكلي را به داکتر مواجه ننموده ولي ميتواند . ارزش هاي سنتي را نقض نمايد . راپور دهی امراض اتناني و تسممات صنعتی به نفع جامعه بوده ولی بعضاً محدودیت های درین زمینه بادر نظر داشت اهداف احصایوی و محافظت افراد وضع گردیده است که این حالت نماینگر نظارت روز افزون دولت به مسلک طبابت میباشد. اما باوجود اعتراضات درین مورد، اکثریت مردم طرفدار این نظام میباشد. [6]

اسرار طبابت و مرگ (Confidentiality and death)

اعلامیه Sydney مینگارد " من به راز های محرمانه که مطلع شده ام احترام قایل بوده و این احترام را حتی بعد از مرگ مریض نیز انجام میدهم.

همچنان ارشاداتیکه برای اطباء درین اعلامیه صورت گرفته قرار ذیل است: شما مسولیت حفظ راز های محرمانه مریض را بعد از مرگ وی داشته و سرحد و سعت این مکلیفت با در نظر داشت شرایط فرق مینماید.

امادر پرکتیک طبابت تعمیل این فرامین ناممکن بوده زیرا گواهی نامه مرگ (death certificate) که بعد از مرگ ترتیب گردیده و به سهولت قابل دسترس میباشد. از همین لحاظ دولت انگلستان قانونی را وضع نموده که به اساس Death certificate تنها در صورتیکه ضرورت بوده و مجوز قانونی داشته باشد صرف به دسترس مقامات مربوطه قرار داده شود در غیر آن از نظر اخلاق طبابت Post mortem Report در حفظ راز های محرمانه معادل راپورهای کلینیکی ویمه بوده و هیچ مجوز قانونی در افشای آن حتمی نمیشد. [19]

اعمال مسلکی غیر قانونی در طبابت

داروهای تسریع کننده مرگ:

«من را اگر بخواهند به هیچ کس داروی کشنده نمی دهم و چنین توصیه نیز نخواهم کرد...»

(۱ زسوگند نامه بقراط)

اگر طبیبی دوایی را که به مرگ یک بیمار سرعت میبخشد تجویز نماید یا بوی بدهد در چهار چوب احتمالی قانون قتل قرار میگیرد. (در ممالک متمدن و پیش رفته جهان که طبابت بشکل واقعی آن انجام میابد تطبیق میگردد) اما این رفتار همیشه به قتل عمد یا شبه عمد (یا هیچ جرم کیفری در این خصوص) منجر نخواهد شد. در برخی شرایط، نمی توان رفتار طبیب را علت شناخته شده قانونی مرگ تلقی کرد. حتی اگر چنین تلقی شود، معمولاً طبیب فاقد عنصر تقصیر در قتل عمد یا شبه عمد خواهد بود. [2]

الف: - اصول کلی

عناصر خارجی: قتل عمد و شبه عمد عناصر خارجی یکسانی دارند، فرق بین آن دو در عناصر مختلف تقصیر است.

عناصر خارجی آنها موجبات مرگ یک انسان کامل الخلقه را دربر میگیرد.

صرف ارتکاب اعمالی که منتهی به مرگ می گردد نمی توان علت مرگ و از نظر قانونی قتل تلقی کرد. اما به هیچ وجه نمی توان همه علت های موجب راعلت های قابل انتساب به حساب آورد. ممکن است فعل، صرفاً بخشی از واقعه باشد (مانند فعل طبیب در صورتیکه بیمار هنگام عبور از جاده ای مصدوم و کشته شود که اگر درخواست طبیب برای حضور در عمل جراحی نبود، از آن عبور نمی کرد).

هیچ نیازی نیست که فعل تنها علت یا حتی علت اصلی مرگ باشد. از نظر قانون قتل، کافی است که فعل، یک علت باشد،

به این شرط که علتی خارج از قلمرو امور جزئی بوده و به نحو موثری به تسریع لحظه مرگ قربانی مربوط

باشد. اگر فرضاً پولیس از یک مرد روبه موت درباره هویت مهاجم بازجویی نماید و به این ترتیب لحظه مرگ آن مرد رابه

نحو بسیار جزئی تسریع کند، فعل وی رامی توان براساس اصل عدم توجه به امور جزئی، نادیده گرفت. اما اگر فرضاً شخصی

به فردی که مرگ وی قریب الوقوع است، ضربه ای مهلک وارد آورد یا سم بدهد، باینصورت این شخص مسبب مرگ تلقی

خواهد شد. [2]

عنصر تقصیر: شخصی که قصد آدم کشی دارد یا در اینکه فعلش مرگ آور است هیچ تردید اساسی ندارد، دارای عنصر تقصیر به لحاظ قتل عمد خواهد بود. اگر طبیعی بمنظور تسریع در مرگ تزریقی انجام دهد یا دارویی را بدهد که می داند چنین تاثیری خواهد داشت، در صورتی که متعاقب آن بیمار جان دهد، مرتکب جرم قتل عمد شناخته خواهد شد.

قصد ایجاب آسیب واقعاً جدی جسمی نیز (در اکثر موارد) یک عنصر کافی تقصیر برای قتل است. استثنای احتمالی درجایی است که عمداً عمل کردن در ایجاد چنین آسیبی قانونی باشد. اگر شخصی در جریان کاربرد قدرت معقول در دفاع از خود، عمداً آسیب جدی جسمی ایجاد کند، در صورتیکه واجد عنصر تقصیر برای قتل عمد شناخته شود، هیچ مشکلی پیش نخواهد آمد، وی استدلالی شناخته شده و محکم در اختیار خواهد داشت. اما درجایی که یک طیب با انجام عملی که به آن رضایت داده است و دلیل خوبی برای انجام آن وجود دارد، عمداً آسیب جسمی جدی ایجاد کند، در صورتیکه طیب واجد عنصر تقصیر برای قتل عمد، شناخته شود، میتواند مشکلاتی به وجود آید. به جای ارائه استدلالی جداگانه، شاید خوب باشد که گفته شود از آنجا که قصد ایجاد آسیب جسمی در این شرایط برای طیب قانونی است، وی واجد قتل عمد شناخته نمی شود. اما درجایی که (معمولاً هم چنین است) ایجاد آسیب جدی عمدی جسمی غیر قانونی باشد، اگر شخصی با این قصد عمل کند و به این ترتیب مرگ را تسریع نماید، میتوان وی را مرتکب قتل عمد شناخت. هیچ نیازی به اثبات این امر نیست که وی می دانسته است که فعلش زندگی را به خطر خواهد انداخت.

طیبان ندرتاً با این اعتقاد که فعل آنها به احتمال زیاد مرگ را تسریع خواهد کرد، اقدام می نمایند اما موقعیت هایی وجود دارد که طیبان با این اعتقاد کاری انجام می دهند که پیامد آسیب واقعاً جدی جسمی بسیار محتمل می باشد (و موقعیت های دیگری که آنها معتقدند که مرگ یا آسیب واقعاً جدی جسمانی نتیجه ای - حتمی - یا - احتمالی - می باشد) اگر پذیرفته شود طیب در صورتی که در ایجاد عمدی، آسیب واقعاً جدی جسمی، قانونی عمل کرده باشد، واجد عنصر تقصیر برای قتل عمد نخواهد بود. نتیجه گرفته میشود که وی دارای عنصر تقصیر قتل عمد صرفاً به این دلیل نخواهد بود که معتقد بوده است. آسیب واقعاً جدی جسمانی یک نتیجه احتمالی یا با احتمال زیاد عمل متفاوت قانونی وی می باشد. اما در مورد که طیب با اعتقاد به این که (احتمالی حتی با احتمال زیاد) است که رویه وی مرگ بیمار را تسریع نماید دخالت کند، چطور؟ محور این بحث بسیار احتمالی خواهد بود، اگر روشن شود که طیب هر گاه تصور کند که مرگ با احتمال زیاد نتیجه رفتارش خواهد بود، مرتکب قتل عمد شناخته نشود، این نتیجه بدست می آید که وی صرفاً به این دلیل مقصر نخواهد بود که میدانسته است مرگ به مفهومی حتمی یا احتمالی می باشد.

اگر بیماری دارای وضعیت قلبی بسیار بحرانی باشد، ممکن است طیبان احتمال ادامه حیات بیمار را برای یک سال دیگر در صورتی عدم پیوند قلب بعید تر بدانند، آنها ممکن است معتقد باشند که اگر پیوند قلب انجام شود احتمال دارد (حتی با احتمال زیاد) که زودتر از زمانی که پیوند قلب نداشته است بمیرد، اما این احتمال مهم وجود دارد که پیوند موفقیت آمیز باشد و بیمار عمری درازتر و کاملتر از زمانی خواهد داشت که قلب پیوندی نداشته است. اگر بیمار به انجام عمل در این شرایط رضایت دهد و طیبان کار خود را انجام دهند. آیا واجد عنصر تقصیر برای قتل عمد خواهند بود؟

خطر بسیار کمی وجود دارد که نظریک قاضی این باشد که هر گاه طیب با علم به این که فعل وی احتمالاً یا با احتمال بسیار، مرگ را تسریع خواهد کرد، آن عمل را انجام دهد، مرتکب قتل عمد شناخته خواهد شد. در صورتیکه خطر، امری

معقول باشد (یابه عبارتی دیگر، اگر برای قراردادن بیمار در معرض خطر، عذری قانونی وجود داشته باشد) طیب مقصر نخواهد بود. درست همانگونه که یک جرم قتل عمد وجود دارد، اگرچه ممکن است بایکی از چندین عنصر تقصیر ارتکاب شود، به همین نحوه فقط یک جرم قتل شبه عمد وجود دارد. اما براساس عنصر تقصیر مورد بحث، معمولاً از انواع گوناگون قتل شبه عمد سخن گفته می شود. دو نوع از آن که به احتمال بیشتر در زمینه طبابت دارای اهمیت می باشد قتل شبه عمد ناشی از عمل نامشروع (یا قتل شبه عمد اعتباری) و قتل شبه عمد (ناشی از بی احتیاطی) می باشند. قتل شبه عمد (ناشی از عمل نامشروع) مواردی را در بر میگیرد که مرگ ناشی از عمل نامشروعی باشد. که هر شخص عاقلی تصدیق نماید که متضمن خطری حداقل برخی صدمات میباشد بناً اگر طبییی با علم به اینکه رضایت موثری قانونی داده نشده است، عمل آزمایشی غیر کلینیکی خطرناکی انجام دهد، واجد عنصر تقصیر برای قتل شبه عمد ناشی از عمل نامشروع خواهد بود اگر رفتار طیب منجر به مرگ بیمار شود مرتکب قتل شبه عمد ناشی از عمل نامشروع شناخته خواهد شد، حتی اگر وی معتقد نبوده که هیچ خطری مرگی وجود داشته است و حتی اگر وی عمل را با نهایت احتیاط و قابلیت انجام داده باشد.

قتل شبه عمد ناشی از بی احتیاطی زمانی رخ می دهد که مرگ از بی احتیاطی فاحش متهم ناشی گردد. یک متهم را میتوان مجرم شناخت، حتی اگر نمی دانسته که هیچ خطری برای متوفی وجود نداشته است، اما بی احتیاطی باید آن چنان جدی باشد که هیت منصفه آن را برای تجویز مجرمیت به جهت قتل شبه عمد کافی بداند. اگر مرگ از بی احتیاطی شدید طیب در تجویز دارو ناشی شده باشد، می توان طیب را مرتکب قتل شبه عمد ناشی از بی احتیاطی تلقی کرد.

اگر مرگ از یک عمل مشروع که بدون بی احتیاطی انجام شده است ناشی شود، می توان آن را موردی از قتل مشروع توصیف کرد. هیچیک از مدافعات متقن در برابر قتل عمد و قتل شبه عمد، احتمالاً در مورد رفتار یک طیب در تجویز یا ارائه دوا یا انجام هر عمل دیگری در جریان معالجه قابل اعمال نمی باشد. بنابراین آیا نتیجه گرفته می شود که اگر طبییی به منظور پایان دادن به زندگی یک بیمار به وی دارویی بدهد، تحت هر شرایطی مرتکب قتل عمد شناخته خواهد شد؟ بررسی چند مورد از مدافعات ممکن، مناسب به نظر می رسد، این موارد به رضایت بیمار بایکی از بستگان، وضع کلینیکی بیمار، و انگیزه نوعی طیب و قابلیت های حرفه ای و رعایت اخلاق طبیی مربوط می شود.

گاهی اوقات وجود و یا عدم وجود رضایت در تشخیص این که شخصی مرتکب قتل عمد یا شبه عمد شده است، اهمیت حساسی دارد. اگر بیمار در پی عملی برای برداشتن کلیه اش جهت پیوند آن به شخصی که به آن نیاز دارد جان خود را از دست بدهد، در صورتی که بیمار به انجام عمل رضایت داده باشد، طیب مرتکب قتل عمد شناخته خواهد شد. اما اگر طیب می دانست که رضایت داده نشده است، مرتکب قتل شناخته خواهد شد. زیرا زمانی که انجام این کار نامشروع بوده است، قصد ایجاد آسیب واقعاً جدی جسمی را داشته است، به نحوی مشابهی اگر بیمار در پی یک اقدام خطرناک اما مطلوب طبیی که هدف از آن بهبود و سلامتی بیمار بوده است، جان دهد، چنانچه بیمار به آن اقدام رضایت داده باشد، طیب احتمالاً مسول نخواهد بود. اما اگر طیب بداند که رضایت موثر قانونی داده نشده است و شرایط به گونه ای نیست که وی مجاز به ادامه کار بدون رضایت باشد، ممکن است طیب مرتکب قتل شبه عمد ناشی از عمل نامشروع شناخته شود.

اگرچه وجود یا عدم وجود رضایت بر مسولیت برای قتل عمد و شبه عمد تاثیر خواهد گذاشت، یک چیز روشن است: رضایت به کشته شدن هیچ نوع دفاعی در برابر اتهام قتل عمد یا شبه عمد به حساب نمی آید. حتی اگر بیمار برای پایان دادن به

زندگی خود به طیب التماس کند، این امر برای طیب قابل پذیرش نخواهد بود رضایت یکی از بستگان یا هر شخص دیگری نیز چنین اثری نخواهد داشت.

این حقیقت که اگر قرار باشد بیمار زنده بماند یا این که زندگی باری بردوش وی شود، شدیداً در مانده خواهد شد، به این اصلی کلی خدشه ای وارد نمی‌آورد که قتل شخصی به وسیله انجام فعل مثبت به قصد تسریع در مرگ، قتل عمد محسوب می‌شود. از آن جا که اگر طیب به منظور پایان دادن به زندگی بیمار به وی دوا بی‌بدهد، رضایت بیمار با دیگران یا وضع صحیح بیمار، دفاعی را در اختیار طیب قرار نخواهد داد، بررسی این امر مناسب خواهد بود که آیا انگیزه نوعی طیب قابلیت های معالجوی رعایت اخلاق طبی دفاعی را برای وی ایجاد خواهند کرد.

دلیل طیب برای اقدام، گاهی اوقات بر مسولیت وی به موجب قانون قتل تأثیری خواهد گذاشت. اگر بیمار در جریان عملی بسیار خطرناک که امید به نجات زندگی بیمار انجام شده باشد جان دهد طیب معمولاً مرتکب قتل عمد شناخته نخواهد شد. اما اگر مرگ از انجام عملی توسط طیب بر روی یک شخص سالم برای یک طرح پژوهشی غیر ضروری ناشی شده باشد، طیب مسول خواهد بود. اماروشن است که انگیزه تسکین ناراحتی برای طیبی که عمدآ و دانسته مقدار کشنده ای را از یک دارو به بیمار می دهد استدلالی حقوقی فراهم نخواهد ساخت.

اگر طیبی به قصد ایجاد مرگ بیمار اقدام نماید این حقیقت که وی برای تسکین درد یا انگیزه های نوعی دیگری اقدام کرده است، فعلاً در مقابل اقدام قتل عمد، دفاعی را در اختیار وی قرار نخواهد داد. در برخی شرایط این حقیقت که شخص دارای قابلیت های ویژه طبابت می باشد، بر مسولیت وی برای قتل عمد یا شبه عمد تأثیری خواهد گذاشت. اگر بیمار در جریان یک عمل پیوند قلب که توسط طیبی با قابلیت ها و تجربه مناسب انجام می شود، جان دهد، معمولاً طیب مسول نخواهد بود. اما اگر عمل توسط فردی مبتدی انجام شود، به دشواری بسیار میتوان از این نتیجه گیری خودداری کرد که وی بیمار را در معرض خطری نامشروع قرار داده است و در تلاش برای انجام عمل، بی احتیاطی فاحشی کرده است. اما این حقیقت که شخص صلاحیت طبی داشته باشد، در این که وی بمنظور تسریع در مرگ بیمار به وی داری بدهد (یا هر اقدام دیگری اتخاذ نماید) فرقی نمی کند. در معدودی مواردی که طیبیان در پی کارهای انجام شده در جریان فعالیت معالجوی، به لحاظ قتل عمد یا تلاش برای قتل عمد تحت تعقیب قرار گرفته اند، قضات دادگاه تأکید کرده اند که قانون طیبیان را در هیچ موقعیت خاصی قرار نمی دهد. در دعوی دولت علیه "آدامس" (1)¹⁵ دکتر معروف انگلیسی "دولین" (2)¹⁶ قاضی معروف انگلیسی گفت که قانون برای همه یکسان است:

برای طیبیان هیچ دفاع خاصی وجود ندارد که آنها را در مقوله جداگانه قرار دهد و از آنها در مقابل بقیه افراد جامعه حمایت اضافی به عمل آورد. وی گفت: «برای (ارتکاب عملی مرگ آور به آنها هیچ اختیاری ویژه ای داده نشده است) حتی اگر طیب به پابندی های بیانیه های اخلاق طبابت مطروحه از سوی انجمن طبی بریتانیا یا هر سازمان دیگری عمل کرده باشد چنانچه طیب بمنظور تسریع در مرگ بیمار دوا بی داده باشد (یا هر عملی دیگری انجام داده باشد) بخودی خود برای وی دفاعی فراهم نخواهد کرد. در دعوی دولت علیه آنور قاضی "فارکوآرسون" نظر داد که در یک حرفه، توافق بر قواعد رفتاری

Adams¹⁵
Devlin¹⁶

برای اعضای آن معمول است. اما هیت منصفه رارهنمایی کرد که این به آن معنی نیست که هر حرفه بتواند مجموعه ای از قواعد اخلاقی وضع نماید و بگوید که قانون باید آنرا پذیرفته و به آن توجه نماید. ممکن است اخلاق در هر زمینه خاصی در اشتباه باشد. وی گفت: هر چه را که یک حرفه به عنوان نظامی از موازین اخلاقی تکوین نماید، نمی تواند متکی به خود باشد و در صورتیکه که مغایر قانون باشد، نمی تواند دوام داشته باشد) بنابراین مجرم تشخیص دادن طیب برای ارتکاب قتل عمد در اختیار هیت منصفه خواهد بود، حتی اگر آنها معتقد باشند که وی بر اساس موازین اخلاقی پذیرفته شده از سوی حرفه طبابت عمل کرده است.

باید چنین نتیجه گرفت که نه رضایت بیمار یا هر شخص دیگری، نه وضعیت بیمار، نه انگیزه نوعی و نه قابلیت های حرفه ای یا پابندی طیب به موازین پذیرفته شده اخلاق طبابت هیچ کدام دفاعی را برای طیبی که بمنظور تسریع در مرگ بیمار دارویی تجویز کرده یا داده باشد (یا هر عملی دیگری انجام داده باشد) فراهم نخواهد ساخت. [2]

ب:- دوا های ضد درد

در سطح گسترده پذیرفته شده است که اگر هیچ راه دیگری برای تسکین درد نباشد، طیب اخلاقاً مجاز به دادن دوا ی ضد درد به بیماری که مرگش قریب الوقوع است خواهد بود، حتی اگر معتقد باشد که ممکن است آن دارو تاثیری جزئی در تسریع مرگ داشته باشد. اما اگر دوا مرگ را تسریع نماید، آیا طیب مرتکب قتل عمد شناخته نخواهد شد؟ به نظر میرسد اینکه میتوان این پرسش غیر عقلانی را طرح کرد از این احتمال ناشی میشود که میتوان هر عملی که مرگ را تسریع نماید، علت مرگ تلقی کرد و نیز از این حقیقت که شخص را به دلیل ارتکاب قتل عمد میتوان مجرم شناخت، حتی اگر وی مایل به تسریع مرگ نبوده و اساساً مطمئن نبوده است که رفتار وی چنین تاثیری خواهد داشت.

بسیار بعید است که طیب در نتیجه تجویز یا ارائه دارویی در این شرایط تحت تعقیب قرار بگیرد. اگر قرار باشد تعقیب صورت بگیرد، صرف نظر از برداشت و نتیجه گیری قاضی، هیچ خطری برای محکومیت طیب از سوی هیات منصفه وجود نخواهد داشت. اما در واقع بیش از یک راه وجود دارد که قاضی بتواند از دادن این رهنمود به هیات منصفه اجتناب ورزد در صورتی که طیب دارویی ضد درد به بیماری بدهد که مرگش قریب الوقوع است، به این اعتقاد که ممکن است دارو احتمالاً مرگ را تسریع نماید، وی مرتکب قتل عمد یا شبه عمد شناخته نخواهد شد. [2]

عنصر تقصیر (دلیل مقصر بودن): اگر طیب به منظور تسریع مرگ بیمار دارویی ضد درد تجویز نماید، واجد عنصر تقصیر برای قتل عمد خواهد بود. اما اگر وی صرفاً معتقد باشد که ممکن است این تاثیر را داشته باشد، میتوان استدلال کرد که گاهی اوقات طیبیان مجاز به تجویز یا دادن دارو های ضد دردی که می توانند مرگ را تسریع نمایند، می باشند. چنین دارو هایی میتوانند با بهبود توانایی خواب و خوراک بیمار، عمر را طولانی نمایند برای این عقیده که طول عمر تنها دلیل است، هیچ دلیلی وجود ندارد. در بسیاری از عمل های که برای اصلاح شرایطی که فی نفسه زندگی را به خطر نمی اندازد، انجام میشود، طبیعتاً اندکی خطر مرگ وجود دارد.

در جایی که مرگ قریب الوقوع باشد برای کاهش یا فرونشاندن درد، اقدام به اعمال مخاطره آمیز بیشتر مجاز است. در این متن، قتل شبه عمد ساده تر از قتل عمد است. مادام که طیب به شیوه ای که هیچ طیب عاقلی انجام نمی دهد، عمل

نماید، واجد عنصر تقصیر برای قتل شبه عمد ناشی از بی احتیاطی نخواهد بود و به شرطی که طیب مرتکب تخلفات مهلکی نشود، واجد عنصر تقصیر برای قتل شبه عمد ناشی از عمل نامشروع نیز نخواهد بود. [2]

عناصر خارجی:- اثبات اینکه یک دوی ضد درد مرگ راتسریع کرده است، غالباً بی نهایت مشکل خواهد

بود. گاهی اوقات چنین داروهایی با کاستن از آثار ضعیف کننده درد شدید، زندگی راطولانی خواهد کرد و ممکن است بیماران از اثرآفات ریوی وفات نمایند، چه به آنها دارو هایی که بعضاً منجر به ناراحتی هایی شدید تنفسی میشود داده شده باشد و چه داده نشده باشد. حتی اگر روشن باشد که ارائه داروی ضد درد مرگ راتسریع کرده است، این احتمال قوی وجود دارد که رفتار طیب از نظر قانون قتل، علتی برای مرگ محسوب نشود. در مورد اکثر مرگ ها، اعمال بیشماری وجود دارد که بدون آنها مرگ اتفاق نمی افتد. این مسله که آیا یک علت (موجه " خاص علتی " قابل انتساب) نیز می باشد، غالباً به عنوان یکی از امور مربوط به عقل عملی به هیت منصفه واگذار می شود.

(اگر دیگر نتوان به باز گشت سلامتی، اولین هدف طبی دست یافت، هنوز طیب میتواند کار های زیادی انجام دهد و وی " حق دارد " هر آنچه را که برای تخفیف درد ورنج ضروری و مناسب است، انجام دهد حتی اگر اقداماتی که وی اتخاذ می نماید، احتمالاً و تصادفاً عمر را کوتاه نماید)

(معالجه طبی مناسب در پی بیماری یا جراحت هیچ نقشی در تثبیت قانونی ایفاء نمی کند و معالجه طبی مناسب بدون شک برای تخفیف آلام مرگ است). این اصل که (معالجه مناسب طبی هیچ نقشی در تثبیت قانونی ایفاء نمی کند) به نتیجه رضایت بخشی درباره ارائه دارو های ضد درد به بیماری که مرگش قریب الوقوع است منجر خواهد شد. اگر چه دادگاه ها در مورد معالجه مناسب حرف آخر را خواهند زد، در این جا هیچ تردیدی در این که نظر آنها چه خواهد بود نمی توان داشت. قاضی " فار کوارسون " قاضی مشهور انگلیسی در جریان نتیجه گیری خود در دعوای دولت علیه " آتور " مثال شخصی را ذکر کرد که از درد های شدید سرطان لاعلاجی رنج میرد و داکتر وی مقادیر روز افزونی از یک دارو برای کاهش درد به وی داده است. قاضی گفت که لحظه ای میرسد که " مقادیر این دارو به حدی است که بخودی خود بیمار را هلاک خواهد کرد، اما وی به دلایل طبی به سوی آن سوق داده میشود " وی گفت که در چنین مواردی هیت منصفه بد و ن تردید خواهد گفت (که این هرگز قتل عمد نمی تواند باشد این یک فعالیت مناسب معالجوی بوده است).

با اتخاذ یک اصل کلی که بموجب آن هیچ چیزی که به عنوان مناسب طبی قابل توصیف باشد نمیتوان از نظر حقوقی یک علت تلقی کرد. مخالفت های شده است هما نظر به رهنمود ارائه شده از سوی قاضی (دولین قاضی انگلیسی) علیه (آدامس لارد انگلیسی) احتمال دارد که در هر گونه دعوای در آینده متضمن تجویز یا ارائه داروی برای تخفیف مرگ باشد قاضی آماده استفاده از مفهوم اسباب جهت اجتناب از نتیجه گیری خواهد بود که فعل طیب علت مرگ بوده است.

رهیافت لرد "دولین" به این دلیل مورد انتقاد قرار گرفته است که ارزیابی ذهنی مربوطه رامبهم میسازد، چیزی که درباره دیگر موارد مسبب نیز صادق است. اما پرداختن به چنین رفتاری بدون ارائه دفاعی برای یک قتل عمدی با تحلیل اخلاقی متعارف از چنین رفتاری هماهنگ است. از آنجا که قانون به ندرت بین پیامد های مطلوب و پیامد های نامطلوب اما اساساً پیش بینی شده قطعی فرق میگذارد. معمولاً به هنگام ارزیابی انطباق اخلاقی یک جریان خاص رفتاری چنین تمایزی صورت می گیرد. جدا از قانون، غالباً بین پیامد های (عمدی) و پیامد های (پیش بینی شده اما غیر عمدی) فرق گذاشته می شود. پیامد های

نوع دوم به طور کامل نادیده گرفته نمی شود، اما به نحوی گسترده ای پذیرفته شده است که شرایطی وجود دارد که در آن تعقیب یک رویه که به پیامد های پیش بین شده نامطلوبی منجر خواهد شد، اخلاقاً مجاز است، در حالی که، تلاش برای ایجاد پیامد نادرست خواهد بود. این تمایز به هیچ وجه در سطح جهانی پذیرفته نشده است و برای عرف عمومی حقوقی مناسب نخواهد بود. اما اکثریت قاطع دو کتوران ظاهر آ به این نظر وسیعاً پذیرفته شده موافق هستند که همان گونه که قاضی لرد "جویت" زمانی پذیرفت، بین استفاده از دارو برای تخفیف درد، حتی اگر بتوان پیش بینی کرد که ممکن است طول عمر کاهش یابد و ارائه دارو برای کاستن از طول عمر، تمایزی واقعی وجود دارد. استفاده از دارو برای تخفیف درد عموماً قتل عمدی تلقی نمی شود.

از آنجا که دادگاه انگلیس ندرتاً بین پیامد های مطلوب و پیامد های نامطلوب اما اساساً قطعی پیش بینی شده، قائل به تفکیک میشوند، دادگاه ها گاهی اوقات برای اجتناب از این نتیجه گیری که شخصی که پیامد های قطعی فعل خود را پیش بینی کرده است، لزوماً از نظر قانونی مسول این پیامد ها میباشد، مفهوم مسبب را مورد استفاده قرار میدهند با چنین کاری آنها نه تنها به نتیجه میرسند که تحلیل متعارف از وضعیت، سازگارتر از نتیجه ای است که در آن شخص مسبب عمدی حادثه نامطلوب تلقی می گردد، بلکه، از تکلیف ارائه دفاعی متناسب اجتناب می نمایند. البته تحلیل اخلاقی متعارف می تواند تغییر کند. اما حتی در آن زمان، ممکن است قاضی به جای تلاش برای ارائه دفاع جدید، احتمالاً از رهیافت موردی نظر در دعوی دولت علیه "آدامس" پشتیبانی نماید [2]

مدافعات: - اشاره شده است که برای طبیعی که دواي ضد درد را که میدانسته است مرگ را تسریع خواهد کرد ارائه

نموده است. ممکن است گاهی اوقات دفاعی مبتنی بر ضرورت فراهم باشد. در عمل احتمال مطرح شدن این مسله وجود ندارد. طبیبان که دارو های ضد درد را تجویز می نمایند معمولاً فاقد عنصر تقصیر برای قتل عمد یا شبه عمد می باشند و حتی اگر داشته باشند، دادگاه میتوانند از این نتیجه گیری اجتناب نماید که فعل طبیب علت مرگ از نظر قانون بوده است. این فقط مناسب است زیرا دعوی اخیر نشان میدهد که دادگاه های انگلیس از ارائه دفاعی مبتنی بر ضرورت اکراه شدید دارند.

اگر این مورد مطرح میشد ممکن بود اندکی تمایل بیشتر به ارائه استدلالی خاص تر که در این زمینه میتواند همان اثر دکترین کلی ضرورت را داشته باشد، موجود باشد. در دعوی دولت علیه "آدامس" قاضی "دولین" فراهم بودن هر گونه دفاعی خاص را برای طبیب در این شرایط رد کرد. اما اظهارات وی که (اگر دیگر نتوان به بازگشت سلامتی، اولین هدف طبی دست یافت "طبیب" حق دارد هر آنچه را برای تخفیف درد در درونج مناسب ضروری است، حتی اگر اقداماتی که وی اتخاذ نماید احتمالاً و تصادفاً عمر را کوتاه نماید، انجام دهد) میتواند توسط قاضی که مایل به ارائه استدلالی خاص است به کار برده شود.

آزادی طبیب برای تجویز دارو های ضد درد نامحدود نیست. اگر بیمار در نتیجه تجویز مقادیری از یک مسکن بیشتر از آنچه عرفاً می توانست برای تخفیف درد ضروری دانسته شود، توسط طبیب جان دهد میتواند در برخی مواقع طبیب را مرتکب قتل شبه عمد یا (اگر واجد یک عنصر تقصیر متناسب بود) عمد شناخت.

اگر طبیب دوايي را تجویز نماید که میدانسته است احتمالاً مرگ را تسریع می کند، درحالیکه میدانسته است که دارویی بسیار مطمئن تر با تاثیری برابر در دسترس است، در صورتی که بیمار متعاقباً جان سپرد، میتوان آنرا مرتکب قتل عمد شناخت. اما اگر طبیب از چنین خطراتی اجتناب نماید، در صورتیکه برای تخفیف "آلام مرگ" دوايي را تجویز نماید، از مسولیت برای قتل عمد یا شبه عمد برائت خواهد داشت، اگرچه میدانسته است که آن دارو احتمالاً مرگ را تسریع خواهد کرد. [16]

Transplantation پیوند اعضا

اصول رهنمودی برای پیوند اعضای بدن انسان که در سال 1991 بواسطه سازمان صحتی جهان حمایت گردید، در ذیل داده شده است:

اصول رهنمودی اول: اعضا را میتوان از اجساد متوفی به هدف پیوند اعضا در صورتی بیرون آورد که رضایت و موافقه قانونی بدست آمده باشد. دلیلی وجود ندارد تا بدین باور باشیم که شخص متوفی در عدم موجودیت موافقه رسمی - که در زمان حیات داده باشد در مورد کشیدن اعضا اعتراض کند.

اصل رهنمودی دوم: طبیبان که مرگ یک دهنده احتمالی را تعیین مینمایند بصورت مستقیم نباید در کشیدن اعضا آن دهنده و عملیه های بعدی پیوند زیدخل باشند، و یا مسولیت مراقبت گیرنده احتمالی چنین اعضا را داشته باشند.

اصل رهنمودی سوم: ترجیحاً اعضای پیوند باید از اجساد اشخاص متوفی برداشته شود. اگرچه، اشخاص بالغ (حیات) ممکن اعضای خویش را اهداء نمایند. ولی بصورت عموم این دهنده گان اعضا باید از نظر جینیتیکی با گیرنده اعضا ارتباط داشته باشند. استثناهات در پیوند مخ عظم و دیگر انساج تکثیری قابل قبول وجود دارد. یک عضو میتواند از بدن یک شخص بالغ زنده به هدف پیوند در صورت موافقانه آزادانه آن دهنده برداشته شود. دهنده باید از هر نوع نفوذ و فشار بیمورد آزاد باشد و بصورت کافی آگاه گردد و قادر به درک و دانستن خطرات، مفاد و پوی آمد های رضایت خویش باشد.

اصل رهنمودی چهارم: هیچ عضوی نباید از بدن اشخاص صغیر به هدف پیوند اعضا برداشته شود. استثناهات میتواند تحت قوانین ملی در صورت انساج تکثیری صورت گیرد.

اصل رهنمود پنجم: بدن و اعضا انسان نمیتواند تابع معاملات تجارتي گردد. بنابراین پرداخت و یا دریافت پول (شامل هر نوع جبران خساره و یا پاداش) برای اعضا باید تحریم گردد.

اصل رهنمود ششم: نشر اعلانات برای ضرورت و یا موجودیت اعضا با ارائه و یا جستجوی پرداخت باید تحریم گردد.

اصل رهنمودی هفتم: برای طبیبان و همسلکان صحتی عملیه های پیوند اعضا در صورتیکه ایشان دلیل بر آن داشته باشند که آن اعضا تابع معاملات تجارتي باشد تحریم میگردد.

اصل رهنمودی هشتم: برای هر شخص و یا مرکز صحتی زیدخل در عملیه های پیوند اعضا دریافت پرداخت های اضافه از فیس قابل توجیه برای خدمات انجام شده تحریم میگردد.

اصل رهنمودی نهم: در پرتو اصل عدالت و مساوات توزیعی، اعضا اهداشده باید در دسترس مریضان به اساس ضرورت طبی شان قرار داده شود و نه به اساس ملاحظات مالی و غیره. نظریه اسلامی بصورت زیبا در این مورد به واسطه

سازمان اسلامی علوم طبی بیان گردیده است . درذیل یک نقلی از یادداشت مطالبی در مورد طب اسلامی بواسطه حسن صورت آورده شده است.[6]

هر فرد مریض از مسولیت دسته جمعی جامعه بوده و به هر وسیله، که باشد باید ضروریات صحی ویرا برآورده سازند. در صورتیکه به دیگران آسیب نرسد این شامل اهداء مایعات و اعضاء بدن مانندئ نقل الدم به یک شخص معروض به خونریزی و یا پیوند کلیه به مریضی که دارای تخریب دوطرفه و غیر قابل علاج کلیه دارد، میباشد. این یک فرض کفایه دیگر است. وظیفه که دهنده ها آنرا از طرف جامعه برآورده میسازند و مجزا از عمل تخنیک، مسولیت و بار تعلیم جامعه به دوش مسلک طب می افتد که باید مقررات تخنیک، سازمانی و مربوط به طرز العمل و پالیسی اولویتها را ترسیم نمایند)

اهداء اعضاء هر گز نباید نتیجه جبر، شرمساری خانوادگی، اجتماعی و یا دیگر فشارها و یا بهره برداری از ضرورت مالی باشد. اهداء اعضاء نباید اهداء کننده را به خطر مواجه سازد. مسلک طبابت عمده ترین بخش مسولیت برای ساختن قوانین و مقررات اعضاء در زمان حیات و بعد از مرگ را با اظهار میل اهداء کننده و یا رضایت خانواده و همچنان تاسیس بانک های انساج و اعضاء قابل نگهداری را به عهده دارد. همکاری با بانک های مشابه در خارج از کشور باید به اساس همکاری های متقابل صورت گیرد

" عمر ابن الخطاب، خلیفه دوم اسلام چنین حکم فرمودند: که اگر شخصی در محلی از گرسنگی به اثر عدم توانایی تغذی خویش وفات نماید، پس جامعه باید فدیة او را تادیه بدارد و به مانند اینکه او را به قتل رسانده باشند. مشابهت آن با مردمی که از اثر نبود نقل الدم و یا اهداء کلیه وفات می نمایند، بسیار نزدیک میباشد. دو حدیث آن حضرت (ص) در این رابطه بسیار مشابه به نظر میرسد. یکی آن: **مومن در عشق و ترحم متقابل مانند یک بدن میباشد. اگر عضوی از بیماری یا دردی شکایت نماید، تمام اعضای دیگر بصورت مجمعی عکس العمل نشان میدهند.** حدیث دوم میفرماید: **(مومنین به یکدیگر مانند بلاک های یک تعمیر میباشد که یک دیگر را تقویت می نماید)**

خداوند (ج) در قرآن عظیم الشان مومن را توصیف می نماید: **" ایشان الویت را به دیگران میگذارند اگر چه ضرورت مند میباشد "** (سوره الحشر آیه 9) این عمل حتی مقدم تر از اهداء کلیه بوده زیرا اهداء کننده میتواند یک کلیه خویش را اهدا کند و با کلیه دیگر بصورت نارمل حیات بسربرد قبل از اهدا این موضوع را ثابت میسازند.

اگر یک شخصی میتواند عضوی را اهدا نماید پس متوفی حتی بیشتر میتواند آنرا اهدا نماید با برداشتن قلب، کلیه ها، چشم ها یا شرایین از اجساد و استفاده ای درست آن در شخص زنده، به جسد هیچ ضررنمی رساند در حقیقت این یک عمل خیر بوده و مستقیماً کلام خداوندی را عملی میسازد: **" کسی که حیات یک انسان را نجات میدهد، به مانند آن آست که تمام بشریت را نجات داده باشد "** (سوره المائده آیه 32)

ولی در اینجا احتیاط بکار است اهدا باید رضا کارانه و یا ابراز آزادانه رضایت باشد در غیر آن استبداد اعضای مردم را ضبط نموده بنابراین از دو حق اساسی اسلامی، حق آزادی و حق ملکیت تخطی بعمل می آید.

در جامعه مومنین اهدا باید سخاوتمندانه باشد و باید ثمر ایمان و عشق به خداوند [و به مخلوق او باشد و دیگر جوامع نباید

از ما در این هدف نجیب سبقت جویند.[6]

مسایل تعویض انساج و اعضاء (Transplantation) فعلاً یک سلسله پرابلم های جدی و مغلقی را ببار آورده چنانچه یکی از پروابلیم های عمده معاصر طبی را تشکیل می دهد. مواد عمده که جهت تعویض استفاده میگردد عبارتند از اعضا و انساج که یا آنآ ویا بعد از سپری شدن یک زمان کوتاه پس از حصول مرگ که از اجسادیکه عملاً صحت بوده اند (اکثرآ اشخاصیکه از اثر صدمات قحفی-دماغی فوت نموده اند) اخذ میگردد ولی در اخذ این مواد یک سلسله مشکلات اداری و حقوقی بروز مینماید.

عملیات موفقانه تعویض قلب که از طرف C.bernard در اوایل سال 1968 صورت گرفت توجه جهانیان را بخود جلب نمود. علاوه بریک سلسله دشواریهای کاملاً طبی (دور ساختن عکس العمل عضویت در مقابل نسج بیگانه مغلق بودن تخنیک عملیات دور ساختن امکانات انتقال مرض به دو نور و غیره) در تعویض اعضاء مسایل زیادی اخلاقی و حقوقی نیز مطرح میگردد. امکانات استفاده مواد از جسد یک سلسله سوالات مغلق را در مقابل طیب و اجتماع مطرح میسازد که عمدتآ عبارت اند از: تعیین زمان یعنی چه وقت اعضاء جسد گرفته شود. (تثبیت لحظه مرگ) حق گرفتن از جسد (مجاز بودن و مجاز نبودن درج وصیت نامه باشد یا نباشد اقارب موافق هستند یا نه) کدام دکتور حق اجازه دادن اخذ مواد را دارد مسایل دادن مواد (اعانه) و غیره.

تنظیم مسایل حقوقی این موضوع از یک طرف به پیشرفت علم طب و از طرف دیگر به حقوق و منافع افراد تماس می کند لذا در ترتیب اسناد رسمی این موضوع باید کمیسیونی باصلاحیت مشتمل از متخصصین طبی اشتراک نماید. اعضا و انساج که جهت تعویض استفاده می گردند معمولاً موادی میباشند که باید تحت تحقیقاتی طب عدلی قرار داده شوند برای برآورده ساختن تقاضاهای صحت عامه و تکامل علم طب از یک طرف و مراعات خواسته های قانون و مقامات عدلی و قضایی از طرف دیگر باید مناسبات حسنه بین دکتوران کلینیک و اکسپرت های طب عدلی برقرار باشد. اکسپرت طب عدلی باید حین تثبیت مرگ شخصاً موجود بوده و موافقه خود را جهت گرفتن اعضاء و انساج قابل تعویض در صورتیکه اخذ آنها تاثیری بالای استنتاج طیب عدلی نکند و مانع رسیدن به هدف نهایی تحقیقات طب عدلی جسد مذکور نگردد اظهار نماید. به اساس قوانین اجسادیکه تحت تحقیقات طب عدلی قرار میگیرد به نحو خوددیکه از مدارک اثباتیه جرم شمرده شده و هر نوع مداخله به آن باید بصورت رسمی درج اسناد گردد. [6-7]

مفاهیم اخلاقی اعضاء مختلفه (Xenotransplantation)

مفهوم اصلی پیوند اعضاء بیگانه (Xenotransplantation) دربرگیرنده هر روند است که آن ارتباط با پیوند اعضاء (Transplantation) پیوند ویا القاح به انسان گیرنده دارد.

a:-- حجرات زنده، انساج ویا یک عضو ازیک منبع حیوانی غیر انسانی مایع بدن انسان، حجرات انساج ویا اعضا هر چند Xenotransplantation یک منبع قوی از انساج و اعضا را پیشکش میکند برای روند طبی تحقیقات در این راستا ممکن آشکار خواهد ساخت که حالات فزیک و روانشناسی را که مستلزم دقت بیشتر را دارد و داکتران که نیاز مند اشتراک در انکشاف و اجرای رهنمایی برای ادامه تحقیقات را دارند بنابراین غرض تحقیقات رهنمایی ذیل را برای کارکنان طبی و علمی تقدیم نموده است.

1- داکتران باید تعلیم و تربیه و جرو بحث عمومی Xenotransplantation را تشویق کنند.

2- کارکنان طبی باید حمایت قبلی برای انکشاف پروتوکول محکمه کلینیکی و تحقیقات جاری

Xenotransplantation داشته باشند.

3- از نظر خطرات نامشخصی که Xenotransplantation در پی دارد برای جامعه سوال برانگیز جلوه میکند

شرکت کننده گان در آزمایشات پیشین کلینیکی باید بامواد آتی موافقت نمایند، الف: اندازه گیری عاجل موثریت مانند تعیین عمر- افشای روابط جنسی، اتو پسی. ب:- واگذاری حق ابطال حق برای کناره گیری از آزمایش تاوقتی که ثابت گردد که خطر شایع شده اصلاً وجود ندارد. این نیاز مندی حتی در صورت که نسج پیوند شده جدا یا رد گردد، وجود خواهد داشت. در رضایت نامه کتبی مواد فوق نیز کنجانیده خواهد شد تا بعداً مشکلات روانی به سبب چگونگی بدست آمدن عضویا نسج که از یک حیوان بشکل نادرست حاصل شده، ایجاد نگردد توجه دقیق باید به هر دو موضوع افشا مواد رضایت نامه و موافقت نامه طرف درخواست کننده صورت گیرد [2-19]

4 - فقط در صورت که برای بیماران دیگر موجود نباشد شامل کردن اطفال و اشخاص بالغ فاقد صلاحیت در پروتوکول تحقیقات Xenotransplantation اخلاقی شمرده میشود.

5 اختصاص پروتوکول باید منصفانه باشد. تصمیم درباره اختصاص منابع طبی از بین بیماران باید فقط براساس مشخصات مناسب که ارتباط به نیاز مندی تغییرات در کیفیت زندگی منافع در بعضی حالات مقدار منابع که برای تداوی ضروری است صورت گیرد

6 ضامنین Xenotransplantation باید اطمینان حاصل کنند که مقدار کافی پول برای مراقبت دراز مدت و اختلالاتی که ممکن در هنگام تحقیق رخ میدهد در دسترس دارند.

7 حداقل تمام تحقیقات که در جریان است باید ارتباط به Public health Service guideline on infectious disease یعنی رهنمای خدمات صحی عامه در مورد امراض میکروبی داشته باشد.

8 تمام تحقیقات Xenotransplantation باید به خاطر ترقی لازم عالی برای مراقبت و تداوی انسانی و حیوانی صورت گیرد. [2-19]

انگیزه های مالی در تامین اعضاء:

تامین خود آگاهانه اعضا از طرف افراد باید بشکل جدی مورد بحث قرار داده شود. چنانچه برانگیختن طرف برای دریافت پول به سبب بخشش عضو یک مسله غیر اخلاقی شمرده میشود. به جز مقداریکه برای دوباره فعال ساختن عضو گرفته شده از فرد و برای حل مشکلات آن در آینده، وجه دیگری نباید پرداخت. رونده که برای انتقال اعضاء پیش برده میشود باید کاملاً بی خطر برای تامین کننده و قبول کننده عضو یا اعضاء باشد. کیفیت عضو انتقال شده باید از بین نرود موجب وانگیزه مالی و وجه قابل پرداخت باید برای مرحله بعد از انتقال عضو به تعویق انداخته شود. با به تعویق انداختن قرار داد بعد از مرگ تامین کننده اعضاء، فرد ذی صلاحیت و واجب شرایط میتواند تصمیم خود را عوض کند. فامیل و یا وارثین تامین کننده میتواند بعد از انتقال اعضاء وثبوت درست بودن اعضاء وجه تعیین شده را دریافت کنند. مسایلی متفرقه در این مورد:

1 تنها خود فرد تامین کننده اعضاء میتواند تقاضای پرداخت مالی نماید، نه فامیل وی یا دست سوم از اقارب وی. باید فرد تامین کننده اعضاء بزرگسال بوده و هیچگاه دست به خود کشی نزده باشد.

2- مقدار وجه برای پرداخت نباید خیلی زیاد تعیین گردد و برای تعیین این وجه باید شرایط قانونی (دولتی) وجود داشته باشد

3- وجه معین شده باید بعد از انتقال عضو پرداخته شود. موفقیت انتقال عضو باید از طرف هیات یا انجمن انتقال اعضاء بررسی گردد.

4- وجه قابل پرداخت نباید به سبب کم بودن وی زیاد بودن هیچ تاثیری بالای کیفیت اعضاء داشته باشد انتقال اعضا باید تماماً بدر نظر داشت مسایل اخلاقی آن صورت گرفته و بعداً ضرورت طبی آن مد نظر گرفته شود. [20]

اجازه تامین و تهیه اعضاء از اجساد:

یک دستگاه تعهد گیری از افراد برای اهداء اعضاء آنها بعد از مرگ عبارت از همان مراحل گرفتن لایسنس رانندگی وی یا کدام مرجع دیگر که اگر مجبور به ارائه معلومات دقیق در مورد خویش باشند که میتوان در این مواقع، از افراد د رباره اینکه آیا موافق با اهداء اعضاء هستند یا خیر؟ برای موثر بودن، باید چنین معلومات در همان سند ایشان (تذکره، لایسنس) درج گردد. در دستگاه حکم بر تامین اعضاء از فرد بعد از مرگ وی، در رضایت فرد بر نقل اعضاء وی بعد از مرگ آن، این عملیه به سبب مسایل اخلاقی آن متوقف میشود.

در مواردی که افراد در مقابل سوال که آیا راضی به اهداء اعضاء ایشان پس از مرگ اند یا خیر؟ جوابی ندهند، این به معنی رضایت بوده میتواند. در صورتیکه متوفی این موضوع را رد نکرده باشد باید از وارثین یا فامیل وی در باره عدم رضایت متوفی در جریان حیات پرسش شود. [20]

تامین اعضاء بعد از سکنه قلبی

بنا بر احتیاج زیاد به تامین کنندگان اعضاء موافقت نامه در رابطه با تامین اعضاء، از افراد که با سکنه قلبی وفات میکنند تهیه شود. در بعض مواقع بیمار وی یا همراهان وی میتوانند تصمیم بر عدم ادامه حیات بیمار بواسطه وسایل شفاخانه (ماشین تنفس مصنوعی وغیره) بگیرند و آنرا به حیث تامین کننده اعضاء قرار بدهند. در این صورت اعضاء رامیتوان باتوافق دادن دستگاه حیاتی مصنوعی، دودقیقه پس از ایستادن قلب بدست آورد. و باید در جای آن از مایع سرد مخصوص استفاده نمود. بدر نظر داشت اشارات ذیل، اینگونه انتقال اعضاء مجاز است،

i- در هنگام تطبیق مراحل انتقال اعضاء باید رضایت طرف، خود آگاهانه بوده و تیم صحتی از این موافقت مطمئن باشند.

ii- نفع تیم تهیه اعضاء در جریان عملیات نباید مطرح باشد و همچنان تیم تداوی (الی مرگ) بیمار، از تیم تهیه اعضاء باید جدا باشد.

iii- در مورد توقف دادن دستگاه حیاتی مصنوعی و متاقباً نقل اعضاء باید برنامه های آموزشی تطبیق و پی گیری گردد.

iv- در صورت پر کاری جای اعضاء گرفته شده از متوفی، شکافتن بدن متوفی با اخذ اجازه آن از خود شخص وی همراهان با صلاحیت وی ممکن بوده ولی در صورت عدم رضایت آشکار و خود آگاه متوفی قبل از مرگ عمل انتقال اعضاء وی شکافتن جسد وی غیر قانونی میباشد.

v- اشخاص محتاج به اعضاء، بايد از منبع آن آگاه ساخته شود چرا كه در مورد تطابق و چگونگي آن با داکتر خود صحبت نمایند و موافقت داکتر خویش را اخذ کنند.

vi- بايد شرايط کلينيکی برای قبول اعضاء وضع گردد، تادر مورد مناسب بودن يا نبودن اعضاء نظر ارائه شده بتواند. [20]

رهنمائي برای انتقال عضو يا پیوند اعضاء

مسائل ذیل برای رهنمائي داکتران میباشد كه آنها خواهان در نظر گيري مراتب بلند اخلاقی در انتقال و پیوند اعضاء بدن انسان هستند.

1 در تمام روابط خصوصي و مسلکی میان داکتر و بیمار، اولین دقت داکتر بايد مبنی بر صحت بیمار باشد. داکتر عمدتاً وظیفه دار صحت ياب شدن مريض میباشد. این دقت و وظیفه داری در همه موارد کاری كه در برگیرنده پیوند اعضاء از فرد اهداء کننده به فرد محتاج كه هر دو بیمار تلقی میگردند، بايد اولويت داده شود مراقبت بايد جهت مراعات نمودن حقوق هر دوی اهدا کننده و محتاج در نظر گرفته شود، و هیچ داکتر نمیتواند اقدام به عملی ساختن كنش پیوند اعضاء بدون در نظر گيري حقوق مساویانه طرفین معامله، نماید. مراتب پیوند اعضاء هیچگونه ترجیح برای رفاه طرف محتاج به پیوند نسبت به اهدا کننده نمیدهد.

2 در مواردی كه انتقال و پیوند يك عضو در نتیجه مرگ اهداء کننده صورت میگیرد، اقلآ يك داکتر دیگری كه هیچ ربطی به عمل انتقال این عضو نداشته باشد، بايد تصمیم نهایی را برای این عمل بگیرد. مرگ اهداء کننده بايد در نتیجه حكم کلينيکی داکتر تصمیم گرفته شده و بعد از آزمایشات فرد اهدائی کننده اقدام به عمل پیوند صورت گیرد.

3 يك مباحثه يا مذاکره کامل و کافی با اهداء کننده و فرد محتاج يا اقارب و نمایندگان ایشان لازم میباشد. داکتر بايد مطمئن گردد كه موافقت طرفین برای این معامله، مطابق به رهنمود های انجمن در مورد موافقت كاملاً آگاهانه و دواطلبانه میباشد. علاقه مندی داکتر برای بلند بردن سطح دانش تخصصی وی بايد در مرحله بعدی قرار گیرد.

4 مراتب انتقال و پیوند اعضاء بايد تعهد گردد، اگر (الف) داکتر موظف دارای قابلیت کافی در مورد این کار کرد باشد از طریق تجربیات لابراتواری و آزمایش و مطالعات کافی تربیت شده باشد. (ب) دريك موسسه كه دارای امکانات و تجهیزات مکمل برای این کار و حفاظت صحت طرفین باشد.

5 -گیرنده اعضاء (فرد محتاج) بايد تصمیم خود را مطابق به رهنمود های انجمن در رابطه با واگذاری منابع محدود طبي، گرفته باشد.

6 اعضاء بايد تحت رسیده گی های ملی، نه محلی و منطقه بی باشد. حق تقدم و مناطق مختلف جهت عمل انتقال اعضاء بايد ممنوع شمرده شود بجزء مواقيعی كه تغير مکان دادن عضو مناسب بودن آنرا برای پیوند تهدید نماید.

7 بیماران نباید در محلات مختلف درج لست های انتظار برای عمل پیوند جاسازی گردند، بلکه بیماران هر عمل برای يك عضو مشخص بايد دريك مرکز عمل پیوند درلست انتظار درج گردند. [20]

استفاده طبي در پیوند انساج نوزاد

نگرانی اساسی اخلاقی در مورد استعمال انساج نوزاد برای پیوند، سقط کردن طفل برای استعمال انساج آن برای پیوند میباشد. در رابطه با پیوند انساج نوزادان بايد مواد ذیل در نظر گرفته شود.

1 رهنمایی های انجمن در مورد پیوند اعضا و تحقیقات کلینیکی وابسته با طرف دریافت کننده عضو یا نسج، باید تعقیب شود.

2- تصمیم نهایی در مورد سقط، قبل از گفت و شنود در مورد استفاده های پیوند اعضا اتخاذ میگردد.

3- تصمیم در مورد اینکه مهارت ها جهت وادار ساختن سقط باید اتخاذ گردد. و وقت سقط در رابطه با عمر جنین که مربوط میشود به مصونیت زن حامله.

4- تسخ نوزاد برای حق الزحمه مالی تدارک نگردیده برای اینکه یک قیمت درست را روی دست بگیریم.

5- بدست آورنده یا گیرنده نسج توسط تادیه کننده تعیین نمیشود.

6- پرسونل مراقب صحت در پایان یک عمل مهم ذیدخل می باشد که نمی تواند در این پیوند کدام نفعی را کسب نمایند.

7- موافقت آگاهانه به عوض هر دو، گیرنده و تهیه کننده بواسط قانون تامین میگردد. [19]

خون بند ناف نوزاد

خون بند انسان منحصی منبع حیاتی برای تولید حجرات خون شناخته شده است که میتوان جهت علاج مغز استخوان پیوند کرد. این خون با بسته کردن بند ناف بعد از زایمان بدست آورده میشود.

استفاده خون بند ناف دو مشکل اخلاقی را ایجاد کرده است:

اول - مشکلات در تعیین نمودن زمان دقیق بند نمودن، اهمیت عمده برای نوزاد دارد که میتوان سبب خونریزی شدید شود، عمدتاً برای اطفال که قبل از معیاد تولد شده باشند.

دوم - خطر این وجود دارد که طفل یا نوزاد به خون بند ناف خود ضرورت احساس کند. اگر این طفل یک اهدا کننده باشد، بنآ بدون خون خواهد ماند. در حالیکه خود وی میتواندست خون ذخیره شده خود را حین ضرورت استفاده نماید. برای جلوگیری از خطرات صحی، پروتوکول نور مال بند زدن باید تعقیب شود و باید به طریقه صورت نگیرد که طفل

را معروض به خطر قرار دهد علاوتاً به والدین باید خبر داده شود و آنها باید از خطر احتمالی که مواجهه طفل است آگاه ساخته شوند و موافقت نامه کتبی باید از ایشان گرفته شود. نگرانی دیگر اینکه ممکن است که طفل بعد ها به این خون محتاج شود، که این امر یک مسله مغلق بوده و تقریباً استثنایی میباشد. دلایل برای اینکه طفل شاید در آینده به این محتاج شود، متعدد میباشد. بیماری های که ناشی از عملیات نمودن مغز استخوان است، شایع نمیشود. و شاید هم طریق مختلف عملیات موجود باشد، بخصوص در آینده هنگامیکه مرض ظهور میکند اضافتاً، در صورتیکه در آینده ها این به اثبات برسد که استفاده از خون بند ناف اطفال برای اشخاص بیگانه (بجز از اعضای فامیل وی) نیز ممکن است، استفاده از این خون شاید متداول تر گردد. این امر ضرورت به ذخیره کردن خون بند ناف اطفال را غیر ضروری میسازد، چرا که در آن صورت دریافت خون از دیگر اطفال ممکن میگردد.

بدر نظر داشت این اسباب، استفاده از خون بندناف اطفال غیر اخلاقی پنداشته نمیشود. در حالاتی که طفل با اهداء این خون در خطر مواجه شدن به امراض مخ عظم قرار گیرد، میتوان از نقل این خون صرف نظر نموده و خون او را برای احتیاج آینده اش نگهداری کرد. [19]

کاربرد اطفال منحيث اهداء کننده گان اعضاء وانساج

استفاده از اطفال منحيث منابع اعضاء ممانعت نشده است اما باید محدود باشد. عملیه های مختلف خطرات گوناگون رایبار می آورد. مثلاً پیوند قسمت جگر و یاشش خطرات جدی آنی و یا طویل المدت را سبب می شود. اگر همین نظریه تعقیب شود اطفال که خطرات شان کم باشد منحيث منابع استفاده خواهند شد. طور مثال در عملیه پیوند خون و جلد در صورتیکه نسج پیوند شده گاهی زندگی کرده میتواند، انستیزی نخاعی و عمومی ضرورت نیست. بطور عموم مثلاً در عملیه پیوند مغز استخوان، در صورتیکه نسج دوباره زندگی کرده میتواند یک انستیزی کوتاه عمومی یا نخاعی ضرورت است. در صورتیکه یک طفل قادر به تصمیم گیری در مورد معالجه خود باشد در آن حال قادر به دادن عضو نیز میباشد. داکتران نباید پیوند های را که خطر جدی در قبال داشته باشد بدون مشوره محکمه انجام دهند. و اگر در مورد تولدات قبل المعیاد تصمیم گیری لازم باشد در این حالت باید والدین نیز نظر به قرار حکم در این مورد تصمیم بگیرند و در این چنین حالت موارد ذیل در نظر گرفته میشود:

- a. طفل میتواند یک منبع قابل دسترس باشد.
 - b. برای پیوند اعضا که دارای خطرات جدی باشد، مراقبت های صحی و ادویه لازم مخصوص در نظر گرفته شود. که کیفیت زندگی اهداء کننده و دریافت کننده خراب نشود. و در صورتیکه حالات بیمار خرابتر میشود پیوند نباید صورت گیرد.
 - c. عضو یا نسج که پیوند میشود باید احتمال موفقیت را داشته باشد. چانس موثریت آن در محکمه طبی مورد بررسی قرار میگیرد حالت فزیک کسی که عمل پیوند بالای آن صورت میگیرد با پیوند از خود مخالفت نشان ندهد و حالت بهبودی را برایش بیار آورد. اطفال نباید به خاطر پیوند استفاده شوند زیرا غیر ستندرد محسوب میشوند.
- 4- در مجموع، خورد سالان صرف برای اعضای فامیل خویش باید بحیث تامین کننده اعضاء قرار گیرند.
- 5- در انتقال و پیوند اعضاء از اطفال آماده ساختن آنها در این رویداد شرط مهم میباشد. و در جریان این مسله، شخص محتاج به عضو باید با کودک تامین کننده آن دیالوگ داشته باشد تا فرد گیرنده بتواند راحت خاطر احساس کند و همچنان ایجاد چنین ارتباط به کودک نیز کمک میکند تا روحیه چنین رویداد را کسب کند چون موافقت و یا عدم موافقت کودک با این رویداد بخش عمده آنرا تشکیل میدهد. در صورت عدم موافقت آن نمیتوان باروشاهای دیگر اورا راضی ساخت چون هنوز طفل بوده و عقل کامل ندارد.

6- باید از اینکه اهدا کننده هیچ وضعیت نهایی ندارد تا در آینده باعث کدام مشکل گردد، اطمینان حاصل نمود. [20]

Insimination (غرض سپرم بصورت صنعی):-

D.I - Donor insimination) میتواند یگانه تداوی عقامت مذکر (که 50 فیصد واقعات عقامت راتشکیل میدهد) باشد. درین حالت Semen (منی) که از دو نور گرفته میشود در رحم زرق و تطبیق گردیده ولی چانس حمل گرفتن بسیار کم

میباشد. در این حالت منی را از همسر یا شخص دیگر میتوان گرفت. این طریقه در واقعات oophrectomy، سوء شکل سپرم عکس العمل غیر نارمل مهبل استتباب دارد.

Artificial Insimination by Husband Partner (A. I. H. – AI P)

(۱) لقاح مصنوعی از سپرم شوهر یا شخص دیگر

عموماً AIH و AI P از محدوده آکت 1998 خارج بوده و به اساس آن هیچ کس حق استفاده از Sperm مرد رادرتداوی زن بی اولاد، بدون داشتن مجوز قانونی و رضایت جانبین ندارد.

بایشرفت های جدید AIH نیز انکشافات داشته طوریکه اجرای Micromanipnitive technique که شامل

ICSI و SUZI بوده مثال این انکشافات میباشد (ICSI (Intracytoplasmic Sperm injection

(SUZI(SubZonal insimination) که در این میتود ها یک Sperm مستقیماً به داخل Ovum زرق میگردد.

فلهذا میتوان خصوصیات Sperm را از قبل تعیین نمود در اجرای این عمل داشتن مجوز قانونی مطابق اکت 98 حتمی

و ضروری است. بدون در نظر گرفتن حقوق فامیلی که مربوط حالت مدنی بوده و ملاحظاتی که ارزش های اخلاقی ازدواج را مطرح مینماید، اضرار حاصله از AIH و PIA غیر اختلاطی را نادیده گرفت یعنی اگر AIH و AIP دارای کدام موانع اخلاقی و قانونی نبوده خطرات جدی را به مریض ایجاد نمی نماید. از AIH به غیر از واقعات عقامت مثلاً تعیین جنس قبل از لقاح نیز استفاده میگردد. موضوع عمده از باعث AIH مطرح میگردد امکان ذخیره و نگهداری Sperm منحصیث بیمه در صورت عقامت به سبب تداوی مثلاً تداوی شعاعی در امراض خبیثه و استفاده از سپرم توسط زن بعد از مرگ شوهرش میباشد که از نظر قضا باعث مشکلات زیادی در زمینه وراثت و وصیت میگردد.

Humen Fertilization and Embryology act 1990 چنین مینگارد که هر گاه سپرم یک شخص

در لقاح مصنوعی استفاده و طفل از آن تولد گردد، بعد از مرگ شخص مذکور، والد طفل محسوب نمیکردد. لهنذا نه تنها باعث تولد طفل با والدین متفاوت گردیده بلکه با در نظر داشت Act سبب ایجاد یک صنف قابل ملاحظه اطفال بی پدر میگردد. AIH نادرآ در افرادی که در زندان اند و خانم شان تقاضای حمل را قبل از رهایی شوهر مینماید، صورت میگردد.

انتخاب جنسیت (Primary Sex Selective)

امکان انتخاب جنس قبل از حمل نگرانی های عامه را برانگیخته است. در اکثریت میتودهای scientific یا علمی امکان

تغییر تناسب مذکر بر مونث وجود دارد. نظریات متفاوت در مورد موثریت این میتود ها و وسعت اطمینان به آنها وجود دارد. در مجموع دقت این میتود ها در حدود 90 فیصد میباشد.

موضوع مهم موثریت یا عدم موثریت میتود نبوده بلکه جنبه اخلاقی آن باید تحلیل و تجزیه گردد بحث در این مورد در دو سطح صورت میگردد که عبارت Dontology و Practic میباشد که در جوامع شرقی و غربی تفاوت های زیادی را دارد مثلاً این موضوع در جهان غرب اهمیت چندان نداشته و در مجموع قابل قبول بوده ولی غیر قابل تطبیق در جوامع شرقی میباشد.

از نظر Practic انتخاب جنس اولیه تاثیر کمتر بالای توزیع جنسیت داشته بعضاً در مورد وقایه امراض X-linked (وابسته به کروموزم X) میتوان از آن استفاده نمود.

عقیم ساختن مردان و زنان بدون استتباب طبی

عقیم ساختن عبارت از عملیات جراحی است که در نتیجه آن خانمها قدرت باردار شدن و مرد ها قدرت القاح کردن را از دست می دهند. ماهیت این عملیه بسته نمودن یا قطع نفیرها (نزد زنان) و یا قنات م نوبی (نزد مردان) می باشد. علاوه از میتود های جراحی از سائر میتود ها (اشعه X، اشعه ایونیزی شده وغیره) به این منظور نیز استفاده میگردد. استتبابات طبی عقیم ساختن خانمها در آنگونه امراض و حالات میباشد که موجودیت حمل برای خانمها خطر صحی داشته و حیات شان را تهدید نماید. اما Castration یا عقیم ساختن مردها در بعضی از مذاهب عیسوی در نزد راهب ها مجاز میباشد. اما در اسلام مجاز نبوده چنانچه حضرت پیغمبر می فرماید: لا رهبانیه فی الاسلام. (رهبانیت یعنی عقیم ساختن مرد در اسلام مجاز نم ی باشد). بنآء بدون استتبابات طبی عقیم ساختن بصورت قطع ی مجاز نبوده زیرا سبب تشوشات روح ی و عصبی گردیده و عضویت راقبل از موعد به پیری و پژمرده گئی دچار میسازد.

(D I) Donor Insemination

D I - باعث مطرح شدن دو موضوع دیگر در مبحث عقامت میگردد. اولاً این عملیه از ارزش های فردی بین دوشخص فراتر رفته و باعث مطرح شدن شخص سوم که محراق توجه را در قضیه تشکیل داده، میگردد. ثانیاً sperm denation (دادن اسپرم) باعث تولید بیش از حد گامت ها گردیده و زمینه استفاده آن را در آینده مساعد میسازد. وایده آل خواهد بود که این پروسه تحت بررسی باشد. ولی نمیتوان آنرا مانند Natural insemination کنترل نمود. استفاده از sperm مرد و Ovum زن در صورت ضرورت در هنگام عقامت طوریکه جنین خارج از وجود انسان نشو نماء مینماید قابل توجه میباشد. در نهایت موضوع اخلاقی و قانونی Donor Insemination و ovum denation مربوط به رضایت donor ها بوده و در Act 1990 بطور مفصل ذکر گردیده است. موافقت جنین بصورت کتبی بوده و امکان استفاده و ذخیره گامت ها باید ذکر گردد. گامت ها نباید به استثنای موارد ذکر شده در موافقت نامه مورد استفاده قرار گیرد. [22]

DI - Marital bond (رابطه ازدواج)

بر علاوه محدودیت هایکه بادر نظر داشت موافقت مطرح میگردد بعضی اعتراضات جدی در تطبیق DI در شرایطی حامله شدن زن توسط مرد دیگر باعث نقض اساسات Marital bond (رابطه ازدواج) گردد و وجود دارد. طرفداران این اعتراض چنین استدلال می نمایند که درین حالت ارزش های والای ازدواج پایمال گردیده و تفاوت اندک بین DI و زنا وجود دارد. موضوع اینک DI معادل زنا است در قضیه شخص سکاتلندی بنام Mc.lenae مطرح گردیده و ادعا شد تازمانیکه تماس جنسی در بین نباشد زنا نبوده و این ادعا مورد قبول قوانین قضاء قرار گرفت.

تطبیق DI بدون اجازه شوهر یک عمل غیر انسانی تلقی گردیده و باعث میگردد تا موضوع ناخوشایند طلاق در قضیه مطرح گردد. ولی در صورت موافقت جانبین یک عمل قابل توجه قبول می شود. سند ازدواج درین موارد تنها از نظر مفهوم متافزیک آن مغشوش گردیده و از جانب زوجین مطرح میگردد. [22]

STERILIZATION

هدف Sterilization خاتمه بخشیدن به توانایی تولید مثل میباشد. یک مقدار میتود های جراحی در اجرای این عملیه وجود داشت که معمولترین میتود آن نزد ذ کور Vasectomy که عبارت از قطع نمودن و بستن Vasa deferens بوده و نزداناث Tubeligation یا بستن نفیر ها میباشد. این عملیه ها درموقع که شخص دوباره خواستار رجعت قوه تولید مثل گردد، تاندازه قابل برگشت بوده ولی درمجموع نتایج آن قناعت بخش نمیشد. نکته مهم از نظر عدلی و اخلاقی غیر قابل برگشت میباشد. و اشخاص که تحت این عملیه قرار گرفتند، بعداز سپری شدن مدت زمانی خواهان برگشت به حالت ابتدایی خویش که در مجموع غیر قابل برگشت است شده اند. استفاده از Contraceptive Sterilization جواز قانونی داشته زیرا شخص درین حالت تصمیم خویشرا مستقلانه اتخاذ نموده و داکتر صرفاً وظیفه مراقبت وی رادارا میباشد. British Medical association (B M A) موافقت زوجین را در اجرای Sterilization ضروری ندانسته و این موضوع را از جمله مسولیت های فردی میداند. [22]

استفاده از اعضاء برای مقاصد تجارتي

ترقی و پیشرفت در تکنالوژی بیولوژیکی باعث آن شده است که در زمینه تجارت نیز از اعضاء بدن انسانها استفاده صورت میگيرد. داکتران و کاردانان، استفاده تجارتي از اعضاء بدن رادرسورت عدم موافقت های ذیل رد میکنند.

1. برای استفاده اعضاء بدن در پژوهش های کلینیکی توافق آگاهانه شخص شرط میباشد.
2. قبل از استفاده اعضاء بدن فرد به مقاصد تجاری باید وئ رامطلع ساخت.
3. محصول و خود اعضاء بدن قبل از اینکه قناعت و توافق شخص تامین کننده مواد (اعم از مالیکولی، سلولی، جینیتیکی وغیره) فراهم نگردیده باشد، نباید عرضه گردد.
4. از فواید و منابع بدست آمده از عرضه اینگونه محصولات، شخص تامین کننده مواد نیز باید نظر به قرارداد رسمی مستفید گردد.
5. استفاده گوناگون (متنوع) از انساج افرادیکه به نفع آنها باشد، باید از طرف داکتران و متخصصین طرح و پیشکش شود...

مادامیکه داکتران باید باخبر از قیمت هاباشند و نباید خدمات غیر ضروری راتجویز یا تهیه نمایند، کیفیت مراقبتی که بیمار دریافت مینماید باید اولین مواردی باشد که داکتر به آن توجه میکند. این ممانعت از مشارکت داکتر به شکل فردی و یا بواسطه موسسات طبی و غیر طبی در سیاست گذاری با در نظر داشت دقت به مسایل اجتماعی که مراقبت صحی رامتاثر میسازد، نمی نماید. [20]

القاح در محیط مصنوعی

تخنیک القاح در محیط مصنوعی لابراتواری و عملیه جابجا سازی جنین ایجاب میکند تا جفت مورد نظر، خواهان داشتن طفل بوده و قبلاً ذکر کرده باشند. این عملیه همچنان کاربردی خوبی برای تشخیص عوارض جنیتیکی قبل از دنیا آمدن کودک داشته و حتی میتوان عوارض مذکور تداوی و یا لاقول جلوگیری از پیشرفت آن کرد.

جابجا ساختن یک سپرم القاح شده در رحم یک خانم نسبت مسایل جدی اخلاقی و معنوی اجتماع نباید ثبت مطالعات کلینیک گردد.

پیش جنین های منجمد (Frozen pre embryos)

مسئله منجمد کردن جنین ها در هنگامی که جفت تقاضای نگهداری جنین ایشان را برای القاح نمودن در آینده بکنند، پیش می آید. مسایل اخلاقی در زمینه نگهداری و پژوهش بالای جنین ها یک معمای دیگر برای قانون پیشکش مینماید. سنن قانونی و فرهنگی کشور (در ممالک متمدن و پیشرفته جهان غیر از ممالک اسلامی) اختیار عام و تام جنین های منجمد را به مرد و زن که صاحب گامت ها (سپرم و اووم) هستند، میدهد. طرف تامین کننده گامت ها علاقه مند به یک نوع رقابت و شرط بندی روی توانایی و ضرورت خویش هستند و خواهان نگهداری جنین های منجمد نیز میباشند. اغلباً تامین کننده گامت ها قادر به القاح و یا به دسترس قرار دادن آنها برای کسانی دیگر بوده ولی اجازه فروش آنها را نمی دهند. اجازه صاحبان گامت ها برای آزمایشات ابتدایی لابر اتواری آنها و یا الی قرار دادن جنین در رحم یک زن، امر حتمی و ضروری میباشد. و بادر نظر داشت حکم انجمن در مورد جنین منجمد القاح شده و یا معدوم نمودن جنین نیز امکان پذیر است. تامین کنندگان گامت (مرد و زن) هر دو در زمینه چگونگی استفاده از گامتها باید رای مشترک و مساوی داشته باشند. [19]

اصلاح و باز شکافی پیش جنین (Pre-embryos)

در نتیجه باز شکافی Pre-embryos القاح شده در محیط لابر اتواری ممکن است. چند حاصل همگانه از یک جنین بدست بیاید. جریان و کار کرد روی پیش جنین ها باید تا حد امکان برای زوج تامین کننده آن قابل دسترسی باشد. این روش قابلیت القاح را برای زوجها که نمیتواند باردار شوند مهیا می سازد. باز شکافی Pre embryos هایی که جهت استفاده (القاح) در آینده منجمد شده باشد، باید بادر نظر داشت هدایات انجمن صورت گیرد. مسئله تعدد جنین و یا همگانگی جنین ها بعد از تولد یک طفل سوالات اخلاقی دیگر را ایجاد میکند. زوجها باید منتظر بمانند تا حالات فیزیکی و روانی کودک مشخص گردد تا بتوانند تخمه را برای شکل گیری جابجا نمایند آنها میتوانند. Pre embryos منجمد خویش را نظر به چگونگی طفل همگانه آن بفروشد. و یا میتوانند برای استفاده از همگانه جنیتیکی طفل خویش، پیش جنین آنرا دوباره رشد بدهند تا برای بکار بردن بجای نسج یا عضو تخریب شده طفل خویش از آن مستفید شوند.

انجمن برای منع تولید همگانه ها دلایل کافی ندیده است چنانکه:

1 ازواج شاید برای دریافت چگونگی وضع صحی طفل آینده خویش از روی معاینات ژن ها، سالهای متمادی انتظار بکشند تا نتایج معلوم شود. در حالیکه ازواج به طریق تولید همگانه میتوانند کمترین وقت را ضایع نمایند. Pre-embryos ها باید خواه مخواه ممنوع باشد.

2 زوجهای محدودی که پیش جنین همگانه طفل خویش را صرف به سبب استفاده آن برای نقل اعضاء به طفل خویش نگهداری میکنند نباید وجداناً ناراحت باشند چون بالاخره حیات طفل خویش را حفظ نموده اند. برای حل این نوع معما های وجدانی و اخلاقی، زوجها باید از مزایای نگهداری پیش جنین های منجمد همگانه مطلع گردند. [19]

کاپی کردن انسان (هم مانند سازی)

انتقال هسته سلول از راه جسمی و طبیعی همان طریقه تولید مثل است که هسته یک سلول یک جسمی به یک محیط سلولی دیگر انتقال میابد. کاپی انسان یا عملیه (Clone) عبارت از روش گرفتن هسته یک سلول از یک شخص بطور نمونه برای تولید هم مانند آن میباشد. که حاصل این عملیه شباهت عام و تام جسمی با تامین کننده هسته سلول میداشته باشد. برای جلوگیری از ایجاد مشکلات قانونی و اخلاقی، جوامع باید از چگونگی و محدودیت تولید هم مانند (کاپی) مطلع گردند. که این وظیفه بخصوص داکتران میباشد.

این مسایل دربرگیرنده موارد ذیل است:

- 1- استفاده از کاپی اشخاص برای حل مشکلات صحتی و مرگ و میر افراد مفهومی است که باعث دچار اشتباه شدن ملیت از جهت ژنوتایب که مربوط به شخصیت فرد است، میشود.
- 2- دچار مشکل شدن طفل کاپی به نسبت سوابق فرد زاید یا فرد منشاء ویی موقوف بودن طفل کاپی در جامعه که اینچنین اطفال رادچار مشکلات روانی خواهد کرد.
- 3- مشکلات بی خانوادگی طفل کاپی و چگونگی روابط آن با فامیل شخص زاید (منشاء)
- 4- مشکلات که طفل کاپی در جامعه به سبب همانندی وی با فرد منشاء دارد و همچنان تاثیرات سوء آن بالای خصایص یک نفوس.

صرف دومیوردی که ایجاب میکند تا هم مانند شود یکی به سبب اینکه زوج در حالیکه توانایی جسمانی برای تولید مثل نداشته باشد ولی خواهان باردار شدن باشد، و دیگر اینکه برای نقل اعضاء و انساج پروریده شود. بجز این دو مورد مسایل دیگری نیز اگر وجود داشته باشد که خارج از ماده های فوق باشد داکتر نباید حکم بر تولید کاپی نماید و همچنان مسئله کاپی نمودن منحصر به ایالات متحده نبوده بلکه داکتران دیگر ممالک نیز باید با همانگی در این مورد عمل نمایند تا در آینده از ایجاد چنین مشکلات در سطح جهان جلوگیری شده باشد. [19]

القاح مصنوعی ذریعه Donor

هر شخص و یا زوجیکه قصد القاح مصنوعی را ذریعه شوهرش partner و یا سائر Donor شناخته شده داشته باشد باید با وی راجع به وسعت کامل امراض انتانی و genetic مشورت صورت گیرد و برایش گفته شود که این امراض میتواند بشمول انتان HIV نزد donor و یا شخص گیرنده (recipient) ذریعه معاینات کمپیوتری مشاهده شود. برای recipient-donor بایستی افساء تام تاریخچه طبی و screen تشخیصیه مناسب توصیه گردد. اما امر لازمی نیست، رضایت آگاهانه القاح مصنوعی دربرگیرنده افساء خطرات، فواید و میزان موفقیت مربوط میتود پیشنهاد شده و میتود های قوی معاوضوی میباشد. افراد مجرد باید راجع به قیمت فیس screen و اجرای طرز العمل در صورتیکه قابل عملی شدن باشد بخاطر کسب اعتماد اخذ بدارند. به والدین مابعد آنها راجع به حقوق اطفالیکه فریب القاح مصنوعی را خورده اند معلومات داده شود. بر علاوه برایشان راجع به قوانین درباره حقوق والدین و مجبوریتهایشان نیز اطلاعاتی داده شود. هر گاه recipient-donor ازدواج نموده باشند. درینصورت اطفال شان تماماً حقوقی را که به یک طفل که طور طبیعی در رحم صورت یا نقش بسته است برخوردار خواهند بود.

اگر donor یا recipient مزدوج نباشد درینصورت این حالت همانند donor های ناشناخته شده ذریعه یک قانون شرعی مناسب رهنمایی خواهد شد: باستثنای وقوعات که در آن هر دو recipient - donor موافق شناخت حقوق پدری باشد. recipient منحیث والد - والدہ مجرد طفل تصور خواهد گردید.

انتخاب نوع جنس sperm بمنظور جلوگیری از امراض قابل ارثیت جنسی مناسب است. معهداً بنا بر دلیل رجحان داشتن gender (جنسیت) طیبیان نباید در قسمت انتخاب جنس سهم گیرند. طیبیان می بایست والدین و یا والدقبلی یا اجداد را ترغیب و تشویق نمایند تا ارزش و اهمیت هر دو جنس را مد نظر گیرند.

هرگاه مایع منوی یخ بسته باشد و قبل از استفاده از مایع منوی شخص donor فوت نموده باشد - درینصورت مایع منوی یخ زده نباید بکار برده شود. و یا اهداء گردد مگر اینکه به آنچه که از جانب donor اساساً توصیه شده باشد. هرگاه Donor کدام هدایتی در زمینه از خود بجان گذاشته باشد - بهتر خواهد بود تا Partner بازمانده را اجازه بدهیم که از مایع منوی بمنظور القاح مصنوعی استفاده بعمل آورند اینکه مایع رابه کسی دیگر اعطا نماییم. [16]

موضوعات مربوط به آخر حیات

این موضوعات در یک محدوده از تلاش ها برای طولانی ساختن حیات مریض در حال مرگ با کاربرد تکنالوژی عالی تجربی مانند، جاسازی اعضای یک حیوان تا کوشش ها غرض خاتمه حیات قبل از موقع به شیوه euthanasia و انتحار کمک شده و طریقه طبی آن فرق میکند. در لابلای این حدود نهایی موضوعات متعدد با توجه به اجراء و منصرف شدن از تداوی های بالقوه طولی کننده حیات، مراقبت مریضان علاج ناپذیر و مشوره و به کاربرد رهنمود های جدید متعلق است. دو موضوع توجه خاص را جلب میکند: Euthanasia و همکاری در انتحار.

Euthanasia به معنی انجام دادن عمدی کاریست که واضحاً به قصد خاتمه حیات شخص دیگر بوده و شامل اجزای ذیل میباشد: شخص یک فرد مطلع و آگاه بایک مریض غیر قابل علاج، که بطور دو اطلبانه خواهان خاتمه حیات خود است، میباشد، عامل در مورد وضعیت مریض و تمایل اش به مرگ میفهمد و به قصد خاتمه حیات همان شخص دست بکار میشود، و این عمل با ترحم و بدون منفعت شخص تعهد مینماید. همکاری به انتحار بدین معنی است که بطور عمدی و قصدی برای یک شخص شناخت یا روش یا هر دو که برای مرتکب شدن به انتحار لازمی است، بشمول رهنمای کردن درباره دوزهای کشنده دواها، توصیه همچو دوزهای کشنده یا در دسترس قرار دادن دواها، زمینه سازی گردد.

Euthanasia و انتحار مساعدت شده اکثر آ از نظر اخلاقی مساوی تلقی میشود، هر چند یک تفاوت عملی واضح و در بعضی قضاوت ها یک تفاوت قانونی بین آنها وجود دارد. Euthanasia و انتحار مساعدت شده نظر به این تعریف ها، بهتر است تا از امتناع و انصراف از تداوی طبی نامناسب و عبث یا خلاف میل یا تهیه مراقبت های ممکن از روی ترحم، حتی زمانی که این عملکرد ها زندگی را کوتاه بسازد، تفریق گردد.

درخواست ها برای Euthanasia یا همکاری در انتحار در نتیجه درد یا رنجش که برای مریض غیر قابل تحمل میباشد، پیش میشود. در همچو موارد آنها مرگ را نسبت به ادامه دادن زندگی ترجیح میدهند. گذشته از این، بسیاری از مریضان به این نظر اند که انها حق برای مردن، در صورتیکه آنها چنین میپسندند و حتی حق برای تسهیل مرگ را دارند. دکتوران بحیث

مناسب ترین وسیله مرگ تلقی میشوند، چون آنها معرفت طبی و دسترسی به ادویه جات مناسب برای اطمینان دادن یک مرگ آنی و بدون درد را دارند. دور از انتظار نیست که دکتوران غرض تحقق بخشیدن euthanasia یا مساعدت به انتحار ناراضی اند. چون این عملکردها در بسیاری کشورها غیر قانونی بوده و در بسیاری از نظام نامه های علم اخلاق طبی ممنوع قرار داده شده است. این ممنوعیت جزء از سوگندنامه هیپوکرات بوده و اکیداً بوسیله WMA ایراد و در پیوند به euthanasia بازگوشده است:

Euthanasia که عبارت از عملکرد پایان دادن آگاهانه حیات یک مریض میباشد، حتی در صورت درخواست خود مریض یا اقارب نزدیک او غیر اخلاقی پنداشته میشود. این مسله داکتر را از ارج گذاشتن به خواست مریض برای اینکه پروسه طبیعی مرگ را بگذارد تا خط سیر خود را در صفحه آخری مرض طی کند، ممانعت نمیکند.

رد کردن euthanasia و انتحار کمک شده به این معنی نیست که دکتوران نمی توانند برای مریضان بایک مریضی تهدید کننده حیات که در صفحه پیشرفته خود قرار دارد و درین مرحله روش های شفابخش مناسب نیست کاری انجام دهند. در این اواخر پیشرفت های چشم گیری در عرصه تداوی تجویز مسکن برای تسکین درد و نا آرامی زندگی بوجود آمده است. تجویز مسکن میتواند برای مریضان با هر سن و سال از یک طفل مصاب به سرطان تا به بزرگتر که در مراحل آخر زندگی نزدیک شده است مناسب باشد. جنبه مراقبت مسکن که مستلزم توجه جدی تر برای تمام مریضان است. کنترل درد میباشد. تمام دکتوران که از مریضان در حال مرگ مراقبت میکنند، باید مطمئن سازند که آنها با مهارت های مناسب در این زمینه، همچنان دسترسی به همکاری مشورتی یک متخصص مراقبت های مسکن جایی که فراهم است دارند. بالاتر از همه، دو دکتوران نباید مریضان را در حال مرگ ترک کنند، اما باید به تهیه مراقبت از روی ترحم، حتی زمانی که معالجه بیش از آن امکان ندارد، ادامه بدهد.

رویکرد مرگ برای مریضان، تصمیم گیرنده های جانشین و دکتوران چالش های دیگر اخلاقی را پیشکش میکند. امکان طویل ساختن حیات با توصل به دوا، مداخلات حمایتی، پروسیجرهای رادیولوژیک و مراقبت جدی مستلزم تصمیم در مورد اینکه چه زمانی این تداوی ها را شروع کرد و چه زمانی از آنها در صورت که کار آیی نداشته باشد دست کشید، میباشد.

قسمیکه در پیوند به ارتباطات و رضایت بحث صورت گرفت، مریضان با کفایت حق رد هر تداوی طبی راحتی اگر این امتناع منتج به مرگ شان گردد، دارند. افراد با توجه به نگرش شان نسبت به مرگ خیلی فرق دارند، بعضی حاضر به اجرای هر کاری برای زنده ماندن میباشد، مهم نیست که چقدر درد ورنج بوجود می آید. در حالیکه دیگران به اندازه چشم براه مرگ اند که حتی اقدامات ساده، که احتمالاً آنها را زنده نگهدارد، مثلاً تجویز انتی بیوتیک به مریضان Pneumonia با کتریائی وارد میکنند. همینکه دکتوران در صدد هر کوشش برای در جریان گذاشتن مریضان با معلومات در مورد تداوی های در دسترس داشته شان و یاهر کوششی برای در جریان گذاشتن مریضان با معلومات در مورد تداوی های آنها و احتمال موفقیت آن شده اند، آنها باید به تصمیم مریضان در مورد شروع و ادامه هر تداوی ارج گذارند.

تصمیم گیری خاتمه حیات برای مریضان بی کفایت مشکلات بیشتر را پیشکش میکند. در صورتیکه مریضان واضحاً خواست های شان را از پیش بیان کرده اند، مثلاً در یک رهنمود قبلاً تهیه شده، تصمیم آسانتر خواهد بود. هر چند همچو رهنمود ها اکثر آ بسیاری مهم بوده و ضرورت به تفسیر شدن با توجه به حالت همیشگی مریض دارد. در صورتیکه مریضان خواست

های شانرا بطور مناسب بیان نکرده اند، تصمیم گیرنده مناسب جانشین معیار دیگر را برای تصامیم تداوی، یعنی به منافع علیامریضان، بکاربرند. [6]

خاتمه دادن حیات مریض بواسطه داکتر و کمک داکتر به خود کشی مریضان

Euthanasia and physician Assisted Suicide

درین مبحث در مورد عملکرد های اطباء، که قصد آ باعث مرگ مریضان میگرددند و یا در خود کشی مریضان کمک می نمایند، بحث به عمل می آید. دونوع Euthanasia وجود دارد، که یکی آن بنام NanowSense و دیگری broadsense یاد میگردد و تفاوت های آن ها وقتی خوب مطالعه می گردد، که به گنگوری Killing (قتل کردن) allowing to die (اجازه دان به مردن) اشاره گردد.

در صورتی، که یک داکتر dose کشنده یک دوا را به یک مریض که نهایتاً وخیم و تهدید به مرگ است، تجویز می نماید و باعث ختم حیات وی میگردد این را بنام Killing یاد می نمایند وقتی که مثلاً یک Respirator را از یک مریض قطع می نمایند و به این طریق باعث مرگ مریض می گردد بنام Allowing to die یاد می گردد، که این نظریات در گروه NanowSense شامل است در حال که در این نظریات گروه BroadSense موضوع Killing که بنام Active euthanasia و شکل Allowing to die که بنام Passive euthanasia یاد مینمایند.

همچنان صحبت ها در مورد Voluntary euthanasia و Non-voluntary Euthanasia نیز بنام Nans آمده است، بدین مفهوم که در صورتیکه Euthanasia باساز خواش مریض باشد، آن را بنام voluntary euthanasia یاد می نمایند، ولی در صورتی که euthanasia باساز خواش مریض نباشد، و یا مریض قادر به خواش کردن Euthanasia نباشد آنرا بنام involuntary euthanasia یاد می نمایند.

در صورتی که، انواع euthanasia اشکال Active, passive, Voluntary و non voluntary را بسازیم، در آن صورت چهار نوع euthanasia بمیان می آید:

- 1 - Voluntary Active euthanasia
- 2 - Voluntary passive euthanasia
- 3 - Involuntary Active euthanasia
- 4 - Involuntary passive euthanasia

Assisted dying یا مرگ تسهیل شده

عبارت از اختتام بخشیدن به حیات شخص قبل از وقت Premature Termination of life بوده و بنام easing the passing و good death نیز یاد میگردد. از نظر قانونی و اخلاقی شرایط درد و نهایت زندگی متفاوت بوده مثلاً در کاهلان برخلاف نوزادان توانایی اظهار خواهشات و آرزو های خویش را از زندگی داشته ولی سالمندان که یک گروه عمده جامعه را تشکیل داده بعضی تفاوت های فیزیکی و روانی را دارند. و توانایی شان در حفظ روابط با دیگران تنزیل میابد.

اختتام بخشیدن به حیات شخصی با اساس اصول و باور های عمیق استوار بوده که دارای ریشه ها متعدد بوده طریقه های گوناگون قابل توضیح میباشد و بخش عمده موضوع بحث را در اخلاق طبابت تشکیل میدهد. [22]

Involuntary Euthanasia اختتام حیات غیر ارادی

اشخاص که خواهان قانونی شدن Euthanasia در طبابت اند بیشتر بالای Involuntary Euthanasia تاکید مینمایند این اصطلاح به مفهوم آن است که مریض به صراحت خواهان اختتام حیات خویش بوده و به این عمل، خود مختاری خویش را نیز مطرح مینماید.

Involuntary Ruth .. موضوع کاملاً متفاوت بوده و آنها یکی که در زمینه اصلاحات قانون فعالیت مینمایند تا حد امکان از آن دوری میجویند.

عمل Involuntary Ruth.. عبارت از اختتام حیات مریض در عدم حضور و کلاً و اشخاص دیگر میباشد. در این حالت فاعل این عمل رامیتوان هر کسی را در تماس مریض بوده انتخاب نمود. ولی این عمل منحیث یک عمل بی رحمانه که توسط اقارب و خویشاوندان مریض صورت گرفته تلقی میگردد.

Voluntary Euthanasia یا اتنازیای ارادی

اظهار اراده و نیت شخص که مورد Euthanasia قرار میگیرد در تمام واقعات وجود نداشته و موضوع اساسی رادرین بحث قضیه داکتر Cox که منعیث Consultant Rheumatologist در لندن فعالیت مینمود تشکیل میدهد. موصوف متهم به اختتام حیات یک مریض مصاب به Rhumatoid arthritis میباشد و (به تعقیب تاکید و اصرار متکرر مریض جهت رهایی از درد ناتوان کننده روماتیزم)

قضیه داکتر Cox حاوی تمام عناصر ضروری در یک واقعه قتل را دارا میباشد:

- تصمیم به قتل
- اقدام در جهت تعمیل قتل
- عدم موجودیت مجوز قانونی
- مواد توکیسک که تطبیق گردیده هیچ نوع تاثیر مسکن و معالجوی نداشته صرف به هدف قتل تطبیق گردیده است .
- بر علاوه به اساس قانون رضایت و خواهش غیر قابل توجیه بوده و داکتر Cox صرفاً مانند یک مجرم و قاتل عادی محاکمه شده و درینجاست که موضوع Active and pasive Euthanasia مطرح میگردد.

Active and passive Euthanasia

حیات مریض را میتوان بطور فعال و منفعل (Active Passive Euthanasia) خاتمه داد. تفکیک این دو حالت یکی از موضوعات اساسی مناظره Euthanasia بوده و در سطح اخلاقی و قانونی مورد بحث قرار میگیرد. نکته مهم اتخاذ تصمیم در اجرای این عمل بوده که هیچ کس مشتاقانه آن را انجام نداده و اگر داکتر قصد کشتن مریض رامینماید مانند یک فرد عادی تحت تحقیق و بررسی قرار میگیرد (مانند قضیه داکتر Cox) که در بالا تذکر داده شد.

Incurable Patient مریض لاعلاج

حالت مریض که روبه خرابی بوده و غیر قابل علاج میباشد سهولت های را در حل مناظره Euthanasia ایجاد نموده است. پرابلم برای اطباء و محققین اخلاق طبابت زمانی مطرح میگردد که مریض غیر قابل تداوی بوده و احتمالاً وضعیت وی بسیار ناخوشایند گردیده ولی بطور ثابت و طولانی درین وضعیت ناهنجار ادامه پیدا نماید.

Varriant های مختلف در این حالت مطرح گردیده و روش های متفاوت تداوی پیشنهاد میگردد. مثلاً دو ملاحظه درین زمینه مطرح گردیده که افکار عامه راتحت تاثیر قرار میدهد.

a - آیا مریض Sentient (توانایی درک و داشتن احساس) یا Non sentient (بدون حس و ادراک) است.

b - آیا تفکیک بین مریض غیر قابل تداوی و مریض که با استفاده از وسایل مصنوعی و ادار به مرگ میگردد وجود

دارد یا خیر؟ [20-22]

c - Advance directives (اوامر پیشرفته)

نظربه حالات مخصوص بیماران، تداوی های نجات دهنده حیاتی میتواند دربرگیرنده اشکال مختلف باشد، مثلاً: Mechanical Respiration احیای مجدد قلبی تنفسی دادن انتی بیوتیک ها، تغذی مصنوعی و تجویزی مایعات یا Hydration.

نظریه معمول اینست، که هر Competent adult یا شخص بالغ و عاقل می تواند، که از نظر معنوی، یا اخلاقی و از نظر قانونی هر نوع تداوی را بشمول تداوی های نجات دهنده حیات رد نماید، لیکن چقدر می توانیم که مطمئن باشیم، که آیا یک شخص، که بیماری شدید دارد و تداوی دارد می نماید، آیا قدرت تصمیم گیری او از دست نرفته است یا خیر؟ اگر چه صحبت و مفاهمه با خود شخص بیمار، فامیل او و دوستانش به ما کمک مینماید، که اقدامات محافظوی را آغاز نمایم و خود طیب تصمیم اتخاذ نماید.

Physician Assisted Suicide

به اساس تعریف استاندارد گفته میشود، که Suicide یا خود کشی عبارت از ختم قصدی حیات بواسطه خود شخص می باشد. آیا خود کشی از نظر اخلاقی یا معنوی قابل قبول است؟ جواب چنین ارائه شده است که خود کشی از دیدگاه مذهبی و طبیعی جایز نبوده و شخص محکوم به جزاء میگردد چرا که تخطی شخص در مقابل خداوندج بوده قانون طبیعی را انحراف نموده و اجتماع را متاثر می سازد.

Physician- Assisted Suicide یا خود کشی کمک شده بواسطه داکتر میتواند به یکی یا دو اشکال زیر باشد:

1 یاد دادن به یک مریض، که چطور میتواند که حیات خود را بطور موثر خاتمه بدهد.

2 تهیه نمودن اسباب خود کشی برای مریض مثلاً تجویز مقدار کشنده دوا برای یک مریض.

در هر دو شکل Voluntary Active euthanasia و Physician Assisted Suicide یک داکتر رول اساسی

رأبازی مینماید. اگر چه تفاوت عمده بین این هر دو وجود دارد، که در هر دو شکل Voluntary Active euthanasia

داکتر سبب قتل مریض می گردد، در حال که در Physician Assisted Suicide داکتر در قتل مریض به واسطه خود

مریض کمک اساسی می نماید، که البته در هر دو نوع فوق الذکر از نظر اخلاق طبابت جواز ندارد. بنآ تعریف

برای Euthanasia دقیق نمیباشد و ممکن است از یک شخص تا دیگر شخص فرق نماید ، اما یک اندازه توافق وجود دارد. بسیاری از مفسرین نظر خویش را به Euthanasia مستقیم و یا فعال منحصر میسازند، که میتواند به سه کتگوری تقسیم شود:

1 قتل عمدی کسانی که بصورت آزادانه وبدون جبر رضایت برای کشته شدن شان را ابراز نموده اند.

2 خود کشی تهسیل شده بواسطه مسلک.

3 - قتل عمدی طفل نوزاد که دارای نقیصه های ولادی باشد که ممکن به حیات وی خطر داشته باشد و یا نه، اکثر آ

بواسطه قطع تغذیه.

اصطلاح Euthanasia منفعل یا passive همراه کننده بوده، دقیق نمیباشد و به پركتس های ذیل راجع میگردد وزمانیکه به مریضان در حال مرگ بکار برده شود، دوام مراقبت خوبی صحی بوده دراصل از تصامیم مشابه دردیگر موارد در طبابت تفاوت ندارد و عبارت انداز:

- قطع تداوی که غیر مفید ثابت شده باشد.

- آغاز نکردن تداوی در صورتیکه غیر مفید قضاوت شده باشد.

- استفاده شدید از تداوی که برای کنترل ضحرت شدید واضطراب، معمولاً برای درد شدید ضروری باشد، اگر چه

ممکن باعث کوتاه شدن حیات گردد.

از این که این تصامیم ممکن در روز های آخر حیات صورت گیرد، مرگ ممکن بزودی واقع گردد، ولی نه بصورت

ثابت و از این لحاظ بعضی مردم این عمل را Euthanasia نامیده اند.

عالم معاصر، شیخ یوسف القرضاوی روی این موضوع واضح صحبت مینماید. موصوف چنین بیان میدارد که تداوی

میتواند مستحب و یا واجب باشد البته در صورتیکه تداوی امیدوار کننده باشد و بهبودی توقع رود. ولی اگر بهبودی توقع

نرود، مطابق قوانین الهی مربوط به اسباب و اثرات که برای ماهرین و طبیبان ورزیده واضح است، پس هیچ کس گفته نمیتواند

که چنین تداوی واجب است و یا حتی توصیه گردد. او ادامه داده میگوید معروض ساختن مریض به هر گونه تداوی، چه فمی

چه زرقی یا تزریق گلوکوز و یا نصب وسایل که وظایف حیاتی را بصورت مصنوعی تقویت میبخشد، مدت مریضی او را طولیل

ساخته و او را برای بیشتر تحمل رنج و عذاب نگه میدارد.

و این عمل یک تقویه بوده و نه توصیه میگردد و نه اجباری میباشد، در چنین واقعات برعکس آن واجب بوده و یا توصیه

میگردد. این نوع Euthanasia اگر نامگذاری درست باشد نباید تحت اصطلاح (قتل ترحمی) تصنیف گردد زیرا در آن

هیچ نوع اقدام فعالانه بواسطه طیب وجود ندارد، بلکه این خودداری از اقدامی میباشد که واجب نبوده و نه توصیه گردیده

است. بنابراین این عمل، هر چند که مطلوب نیست مجوز قانونی داشته و دکتور بمنظور آرام ساختن مریض وفامیل وی بدون

احساس تقصیر و گناه میتواند آنرا عملی کند. در مورد دور نمودن سیستم های حمایتی و وظایف حیاتی از نزد مریض که از نظر

فن، در نتیجه مرگ ساقه دماغ، مرده شمرده شده و یا عملاً مرده باشد، شیخ القرضاوی به این عقیده است که این نباید در میان

Euthanasia فعال تصنیف گردد. این شکل دیگری است که بنام (Passive Euthanasia) یاد میگردد و مجوز قانونی

میباشد. دیگر انواع Euthanasia فعال یا (active) که آنها یک نوع قتل عمدی دانسته شده، نامشروع و حرام میباشد. قرآن

عظیم الشان میفرماید: "من قتل نفساً بغير نفس او فساد فی الارض فکانما قتل الناس جميعاً"

کسی که روحی را بدون کشتن شخص دیگر یا از برای فساد روی زمین به قتل برساند، مانند آنست که تمام بشریت را به قتل رسانیده باشد. (سوره المائده آیه 32)

چنانچه دریکی از نشریه های سازمان علوم طبی اسلامی بیان گردیده است:

(حیات انسان مقدس است و نباید خودسرانه گرفته شود به استثنای آنکه در عدالت اسلامی حکم بالای آن صادر شده باشد که تمام آنها خارج از چوکات مسلک طبابت می باشند) و یک طیب نباید حیات کسی را ازین ببرد. حتی اگر انگیزه آن ترحم هم باشد. این منع است و جواز قانونی برای قتل نمیباشد).

چنانچه Brian J. pollard ارائه میدارد طرفداران اوتانازیا اکثرآ پیروان مکاتب عقیدوی فائده گرا Utilitarian میباشند. برای آنها طریق تعیین یک عمل که آیا خوب است یا بد. نگرستن به نتایج آن میباشد، اگر نتیجه آن مفید بود، پس آن عمل خوب است و برعکس آن. چه چیز خوب است نظر به استاندارد های غیر ثابت که اکثرآ شخصی (خودی) میباشد، قضاوت میگردد.

ولی دین، اخلاق را از روی نیت شخصی که عمل را اجراء می نماید تعیین میکند، " **انما الاعمال بالنیات** " یک عمل اگر واقعآ به نیت درست اجراء شده باشد از نظر اخلاقی درست میباشد. با این استندرد، اخلاق بصورت صمیمی به این مفکوره که خداوند (ج) منحیث خالق و قانون گذار که انسان ها باید از آن خدا (ج) فرمان برداری نمایند ارتباط میگردد. اگر شخصی به این نظر باشد که اخلاق بواسطه قصد و نیت تعیین میگردد، گذاشتن کسی برای مردن (قطع تداوی ایکه منجر به تقویت و ادامه حیات میگردد) و قتل مستقیم میتواند به دو کنگوری مختلف مسولیت های اخلاقی مجزاء گردد. از نظر اخلاقی، گذاشتن شخصی تا بمیرد نظر به حالات، ممکن خوب، بی اثر و یا بد باشد، در حالیکه عمدآ بقتل رسانیدن همیشه بد پنداشته میشود. خوب خواهد بود تا بیاد داشته باشیم که قانون عین مشخصات انگیزه جرم را برای ارزیابی گناه در ساحه قضاوت عدلی و جرمی به کار می برد. [19-22]

فصل پانزدهم

اعمال غیر مجاز مسلکی در طبابت

سقط جنین یا Abortion

در قانون جزاء درباره اسقاط جنین زن حامله چنین حکم میکنند:

ماده 0402- شخصیکه عمدآ جنین زن حامله را از طریق ضرب یا هر نوع اذیت دیگر سقط نماید به حبس طویل که از هفت سال بیشتر نباشد محکوم میگردد.

ماده 0403-

1- شخصیکه بواسطه دادن ادویه یا استعمال دیگر وسایل موجب سقط جنین زن حامله گردد اگر چه اسقاط جنین به رضای زن حامله صورت گرفته باشد به حبس متوسط یا جزای نقدی که از دوازده هزار افغانی کمتر واز شصت هزار افغانی بیشتر نباشد محکوم میگردد.

5 اگر ادویه سهواً داده شده باشد مرتکب به حبس قصیر یا جزای نقدی که از دوازده هزار افغانی بیشتر نباشد محکوم میگردد.

ماده 0404:

1- اگر اسقاط کننده طیب- جراح، دواساز یا قابله باشد به حد اکثر جزای پیش بینی شده محکوم میگردد.

3 اگر اقدام اشخاص مندرج فقره فوق به منظور نجات حیات مادر از طریق تداوی صورت گرفته باشد مرتکب مجازات نمی گردد.

ماده 0405:- زنیکه با وجود علم به عواقب، عمدآ با خوردن ادویه واستعمال دیگر وسایل راضی شود ویا به اشخاص دیگر اجازه استعمال وسایل متذکره را بدهد وبه اثرآن اسقاط جنین تحقق یابد به حبس قصیر یا جزای نقدی که از دوازده هزار افغانی تجاوز نکند محکوم میگردد.

ماده 0406:- شروع به جرم اسقاط جنین قابل مجازات نمی باشد.

در تمام ممالک دنیا سقط دادن زن حامله مجاز نبوده ومرتکب آن مجازات میگردد اما امروز نظر به بعضی معذرت های طبی واجتماعی واقتصادی در اکثر ممالک جهان ختم حمل را مجاز میدانند به شرط اینکه نظر به شرایط ومعذرت قانونی و اصولی صورت گیرد و تقریباً در اکثر ممالک شرایط مشابه را قبول کرده اند. شرایط که نظر به آن میتوان سقط را مجاز دانست عبارتند از:

1 دوام حمل سبب تشدید مرض گردیده حیات مادر در خطر باشد(سقط طبی)

2- در صورتیکه دوام حمل برای مادر تشوشتات روحی و عصبی تولید گردد که صحت و حیات او را در خطر بیاندازد (سقط طبی)

3- تولد طفل جدید سبب تاثیرات سوء صحتی روحی و تربیتی بالای اطفال موجوده در خانواده گردد (سقط اقتصادی اجتماعی)

4- اگر طفل به دنیا بیاید یک طفل معیوب بوده و باردوش فامیل و جامعه باشد (سقط اجتماعی طبی)

شرایط واهتماماتیکه تحت آن سقط باید انجام گیرد

- 1- انگیزه سقط باید از طرف سه داکتر تصدیق شود.
- 2- از مقامات باصلاحیت وزارت صحت عامه گذارش و اجازه گرفته شود.
- 3- قبل از ماه سوم حاملگی سقط انجام گیرد.
- 4- در تحت شرایط اسپسی و انتی اسپسی در یک شفاخانه و یا کلینیک مجهز ولادی و نسایی دارای لایسنس، سقط انجام یابد.

5- راز آن بجز از مقامات مربوطه بدیگر جا افشاء نگردد.

تعریف: - سقط عبارت از اخراج خام جنین از رحم که قبل از تکمیل دوره حمل Gestation صورت گیرد از نظر طبی سقط به خاتمه بخشیدن حامله گی در اثنای سه ماه اول حیات داخل رحمی گفته میشود در حالیکه پایان دادن حمل در دوران متوسط اصطلاح Miscarriage نام میگردد آنکه پس از ماه هفتم واقع میشود تولد Premature نامیده میشود اما از نظر قانونی کدام تمایز مشخص بین سقط - miscarriage و ولادت Premature وجود نداشته و همه بنام Abortion مسما شده است به صورت عموم حصول حمل را به سه دوره تقسیم مینمایند:

اول - در اثنای دو هفته اول حاملگی Zygote نام میگردد از هفته سوم الی پنجم یعنی دوره که اعضای مختلف انکشاف نموده و شکل مشخص را بخود میگردد محصول حاملگی Embryo یا رشیم گفته میشود و از هفته پنجم به بعد سخن از جنین یا Fetus است و از لحاظ تکامل Prenatal آن مرحله رشد جنین شامل صفحات Cleavage fertilisation و تظاهرات طبقات از لحاظ طب عدلی چندان توجه را بسوی خود جلب نمی نماید. جنین قانوناً در هفته بیست و هشتم Viable میگردد. از این رو خاصیت جنین در این مرحله تکامل از لحاظ طب عدلی پر ارزش میباشد. طول جنین 350 ملیمتر بصورت Crown-Heel (CH) و 230 ملی متر بصورت (Crown-Rump) (CR) میباشد. و 1220 گرم وزن دارد محیط Occipital -Frontal بصورت نور مال 249 ملیمتر بوده و طول اطراف علوی 136 ملیمتر و اطراف سفلی 145 ملیمتر میباشد فخذ 520 ملیمتر و عضد 406 ملیمتر طول دارد. (21 - 23)

اسقاط جنین چار نوع است

1 - طبیعی Natural -2 تصادف Accidental -3 معالجوی Therapeutic -4 جنایی Criminal سقط های طبیعی میتواند در اثر امراض مادر امراض اعضای Generative و امراض Fetus بوجود آید و اوقات تصادفی نادر آ واقع میشود شکل معالجوی آن بیشتر بخاطر نجات مادر از طرف اطباء تجویز میگردد. در حالیکه شکل چارم یا جنایی

آن توسط خود شخص حامله یا بکمک شخص دیگر مانند داکتر و نرس قابلۀ دایه ها و اشخاص غیر طیبی انجام میابد مفهوم سقط جنایی اخراج غیر قانونی محصول حمل در هر مرحله حاملگی میباشد. [19-20]

جنبه های طب عدلی وقانونی

1 محاکم وقضات عموماً یک سلسله سوالات را در واقعات سقط جنایی Miscarriage در مقابل دوکتوران طب قرار میدهند که باید به آنها جواب داده شود. آیا خانم حامله بوده است یا نه؟ سقط در اثر موافقت خانم صورت گرفته یا نه؟ مرگ جنین در اثر وسایل سقط بوجود آمده یا مرگ خانم در اثر سقط تولید شده و غیره که جواب این سوالات با معاینه دقیق و مکمل واقعه داده شده میتواند.

(مسایل اخلاقی سقط) Abortion: The ethical issue

بحث در مورد قابل قبول بودن معنوی یا اخلاقی سقط بر دو چیز استوار است:

1. آگاهی در مورد دلایل که باعث سقط میگردد
2. تصمیم گیری منطقی در مورد انکشاف بیولوژیک جنین.

دلایل سقط:-

چرایک خانم میخواهد که سقط نماید، که در ذیل یکتعداد دلایل آن تذکر یافته است:

- A- در بعضی حالات اگر حامله یابد، در نتیجه باعث مرگ مادر می گردد.
- B- در بعضی حالات اگر حامله یابد، باعث وخامت وضع جسمی یا دماغی مادر می گردد، لیکن مرگ مادر زیر سوال نمیشد.

C- بعضی حالات اگر حامله یابد، صحت مادر تحت سوال نبوده، لیکن با ادامه حمل یک طفل شدیداً ناقص پیدا می شود.

D- بعضاً حاملگی نتیجه یک تجاوز جنسی می باشد یعنی موضوع Rape و Incest موضوع بحث است.

E- در بعضی حالات داشتن یک طفل دیگر باعث ایجاد مشکلات اقتصادی زیاد برای یک فامیل می گردد.

F- در بعضی حالات امکان دارد. که باتولد یک طفل حالت خوشحالی یک خانم یا زن وشوهر ویا فامیل، که روابط زندگی آنها برهم میخورد، بنا در آنها سقط مورد بحث قرار می گیرد.

بادر نظر داشت دلیل آخری میتوانیم، که بگویم، که صدها دلیل دیگر می تواند برای سقط وجود داشته باشد. [19-22]

انکشاف بیولوژیک یک جنین

در جریان یک حامله گی از جریان یا شروع القاح الی زمان تولد تغییرات زیاد به عمل آمده و در پروسه تکامل بملاحظه میرسد. Conception یا القاح زمانی صورت میگیرد که یک تخمه مرد (Spermatozoide) بایک تخمه زن یا Ovum یکجا شده و باعث ایجاد یک حجره واحد بنام Zygote میگردد، که دارای یک خصلت مکمل Genetic که عبارت از داشتن (23) جفت کروموزوم می باشد. بعداً Zygote شروع به انقسام حجروی می نماید و یک Multicellular -zygote یا زایگوت چندین حجروی بمیان می آید، که Zygote آخر الذکر به انکشاف خود ادامه داده و شکل خاص را اختیار نموده، حرکت نموده در داخل نفیر پیش رفته و در خاتمه در جدار رحم غرس میگردد که تقریباً از زمان القاح تا غرس Zygote دو هفته را در بر میگیرد. بعداً الی هفته هشتم تکامل ادامه می یابد که بنام مرحله انکشاف یا تکامل رشیمی یا دمیگردد.

در مرحله انکشاف رشیمی است که، Organ system و دیگر خصوصیات یک انسان تکامل نموده و واضحاً قابل مشاهده می‌باشد. مثلاً در هفته ششم است که brain wayes یا موجه های دماغ ملاحظه میگردد. بعد از هفته هشتم الی زمان تولد بنام مرحله انکشاف جنینی یا Fetus یاد میگردد. از نقطه نظر سقط دو مرحله در انکشاف جنینی دارای اهمیت است، که مرحله یا هفته دوازدهم الی شانزدهم quickening یاد میگردد که در آن حرکات جنینی به واسطه مادر احساس میگردد و بعداً مرحله Viability که هفته بیست و چارم می باشد در آن مرحله Fetus خارج از womb باقی مانده میتواند.

با در نظر داشت مراحل تکاملی جنینی، می توانیم، که از طریق های مختلفه جهت سقط یا خاتمه دادن حیات داخل رحمی خاتمه بدهیم. abortion مقدم یا Primenster بواسطه (D&C) Dilatation and Curetage صورت میگیرد. که اخیراً میتود Uterine aspiration بیشتر مورد توجه قرار دارد در (D&C) در ابتدا توسع cervix صورت میگیرد و بعداً، Scraping یا Curretage جدار های رحم صورت میگیرد. Abortion های موخر با واسطه عملیه های (D.&E) یا Dilatation and evacuation، تکنیکهای های Induction یا hysteric tomy صورت میگیرد.

تابه اینحال راجع به دلایل Abortion و مراحل تکاملی جنین و طریق های Abortion معلومات حاصل نمودیم، که با در نظر داشت آن معلومات چنین نظریه ها در مورد قابل قبول بودن یا نبودن معنوی یا اخلاقی Abortion وجود دارند. جنین در هر مرحله تکاملی، که قرار داشته باشد و هر دلیل، که برای آن وجود داشته باشد، گفته میشود، که Abortion از نظر معنوی یا اخلاقی قابل قبول است، ولی نظریه دومی چنین است، که Abortion هرگز از نظر اخلاقی یا معنوی قابل قبول نیست ولی نظریه سومی بیان می دارد، که Abortion تنها در حالت قابل قبول است، که حیات مادر به خطر مواجه باشد، که نظریه اولی، بنام Liberal view- و نظریه دومی رابنم Conservative view یاد می نمایند و بعضی ها عقیده دارد، که Abortion تنها در بعضی مراحل تکاملی جنین در تحت بعضی دلایل مقلع می تواند، که اخلاقاً قابل قبول باشد، که این نظریه را بنام Moderate view یاد مینمایند. [20-23]

The conservative view and the liberal view

(نظریه آزاد و نظریه محافظوی در مورد سقط)

ارزش یا حالت معنوی یا اخلاقی Moral status جنین یک مسله تحت مناقشه در مورد قابل قبول بودن و یا نبودن سقط می باشد. در نظریه Liberal view گفته می شود، که هیچ گونه ارزش معنوی یا Moral جنین ندارد و حتی قابل ملاحظه برای زندگی نمودن ندارد و بمثابه یک انسان کامل تلقی نمی گردد، بنآ تحت هر دلیل و در هر مرحله تکاملی جنین می توانیم، که سقط را انجام دهیم، در Conservative View چنین گفته میشود، که یک جنین حق کامل زندگی کردن را دارد و برخورد در مورد آن باید مانند یک انسان صورت گیرد، بنآ تنها در موقع، که حیات مادر به خطر مواجه باشد، سقط جواز دارد.

خلاصه گیری: - باتوضیح معلومات فوق الذکر به این نتیجه میرسیم، که قابل قبول بودن یا نبودن اخلاقی یا معنوی سقط استوار به دو فکتور عمده است، که یکی آن دلایل برای سقط و فکتور دومی مراحل انکشاف جنینی، که بادر نظر داشت این دو فکتور سه نظریه مهم، که عبارت اند از:

1 - نظریه آزاد یا Liberal view

2 - نظریه محافظوی یا Conservative view

3 - نظریه متوسط یا moderate view

در مورد قابل قبول بودن اخلاقی سقط نظریات مختلف وجود دارد، که در نظریه Liberal اصلاً یک جنین بمشابه به یک انسان ارزش ندارد و سقط ماندی یکتعداد عملیه های طبی و جراحی مثلاً کشیدن Appendix فکرمی گردد، که یک نظریه کاملاً افراطی بوده در حالیکه نظریه محافظوی، Conservative View تنها سقط را وقتی اجازه میدهد، که حیات مادر به خطر مواجه باشد، که این یک نظریه کاملاً تفریطی می باشد، در حالیکه نظریه اعتدال یا متوسط Moderate View بیان می دارد، که سقط با در نظر داشت مراحل تکاملی جنین ودلایل قانع کننده می تواند، که جواز قانونی یا اخلاقی داشته باشد، که این نظریه طرفداران بیشتر نسبت به دو نظریه اولی دارد.[19]

اختتام حمل (Termination of pregnancy)

Abortion از جمله موضوعات مهم در اخلاق طبابت بوده و آکت سقط 1967 (Abortion act 67) تاثیرات قابل ملاحظه را بالای اخلاق طبابت وارد نموده است.

بطور مثال بعد از تصویب این اکت یکجا از نکات عمده قسمنامه بقراط که عبارت آن " من انتهای کوشش خود را مینمایم تا حیات بشر را از ابتداء محافظت نمایم " بوده از طرف داکتران منسوخ گردید.

اعلامیه Oslo بارعایت اساسات اخلاقی، این موضوع را با دیدگاه های جدید مطابقت داده وافزود که مهم ترین عامل که باعث ایجاد اختلاف درین موضوع شده عبارت از تصمیم گیری در مورد حیات طفل که تولد نگردیده میباشد و در مجموع محافظت حیات طفل ومادر در نظر گرفته میشود.[19]

انکشافات قانون در مورد Abortion

انکشافات قانون در مورد Decriminalize نمودن Abortion رامیتوان با توضیح مختصر بیان نمود. Person act 1861 در مورد تطبیق سقط، سقط بنفسهی، سقط قصدی وتهیه وسایل در اجرای آن بحث مینماید. به اساس این Act هیچ نوع فرق بین سقط Criminal و Therapeutic وجود ندارد.

مخالفت باسقط قبل از 1967 به اندازه جدی بود که طیب که مرتکب این عمل میشد درضمن مجازات از طرف قضا منبعد منعیث داکتر مورد قبول قرار نمی گرفت. با وجود آن سقط های غیر قانونی در نقاط مختلف جهان توسط اشخاص بامهارت باشرايط متفاوت اجراء میگردد.

اولین نوسان قانون رادراین مورد میتوان در Infant life act 1929 (اکت حیات Infant) مشاهده نمود که تخریب و صدمه رسانیدن ومرگ طفل را که توانایی حیات را دارد منعیث یک جرم آشکارا تلقی نموده است. اما حالاتی که سقط باعث حفظ حیات مادر میگردد ازین حالت مستثنی میباشد.

1967 Abortion Act: سقط اصلاحات چشمگیری را بعد از تصویب اکت Human fertilization 1990 and Embryo

نتیجه آن عبارت از جواز داشتن Abortion در صورتیکه استطباب آن توسط یک شخص مسلکی طبابت گذاشته شده و در حفظ حیات مادر ضروری بوده باشد.

توجهات دیگر اینکه ادامه حمل خطرات جسمی و روحی را به مادر داشته یعنی ادامه حمل نسبت به اختتام حمل خطر بیشتر را بر سلامتی و حیات مادر وارد نموده، میباشد. همچنان طفل که در صورت ادامه حمل تولد گردیده مترافق باتشوشات فزیک و دماغی خواهد بود.

اختتام حمل باید در شفاخانه یا محلی که بدین منظور از جانب وزارت صحت تعیین گردیده اجراء گردد. فرموده آخیر در این آکت عدم جواز اجرای سقط را در کلینیک های شخصی واضح مینماید. [23]

اکثریت سقط هایکه به اساس Act 67 اجرا میگردد نظر به دلایل معالجوی و اجتماعی بوده و دانستن ارجحیت اجرای Abortion از ادامه حمل و Full term pregnancy نکته مهم و اساسی میباشد. همچنان موجودیت Fetus abnormalities یا تشوشات رشمی نیز یکی از موارد است، که میتوان سقط را اجراء نمود.

اطباء تصویب اکت را یک کامیابی بزرگ دانسته و در تطبیق هرچه وسیعتر آن سعی و تلاش مینمایند. در بعضی حالات

در اجرای Abortion و توجیه آن از نظر قانونی اختلاف نظر های وجود دارد مثلاً اجرای سقط به اساس جنس جنین.

Dr. John Davidson سخنگوی BMA (British Medical Association) در بخش اخلاق طبابت

چنین میفرماید که " اجرای سقط به اساس جنس جنین سوء استفاده از مسلک بوده و من باور دارم که اقدامات جدی با مرتکبین این عمل صورت خواهد گرفت " .

این موضوع از Preconceptive Selection (انتخاب جنس قبل از حمل) و Preimplantive Selection

انتخاب جنس قبل از القاح متفاوت بوده و آکت 1967 چنین بیان میدارد که در حین اقدام باید محیط و حالت فعلی و آینده را در نظر داشته باشیم. در کلتور آسیائی و اسلامی تولد نوزاد مونث معمولاً تاثیرات سوء را بالای روحیه فامیل خصوصاً مادر داشته و در Act 1967 هیچ تعبیری و تفسیری در این مورد وجود ندارد. سقط های مجاز به اساس Act 1990 وسعت بیشتر یافته و همچنان اجرای سقط به اساس Infant Life act 1929 در صورتیکه توسط طبیب مسلکی صورت گرفته باشد هیچ گونه جرم محسوب نمیگردد.

بعضی مردم در انگلستان Abortion را به مقایسه با قوانین عدلی دیگر محدود تر دانسته ولی Act 67 از حالت ابتدایی آن انکشافاتی زیادی را متحمل خواهد شد.

سقط های اجرا شده در خانم های ساکن در انگلستان تا سنوات اخیر 186912 واقعه رسیده و تا سال 1996 تدریجاً سیر نزولی خود را پیموده ولی بعداً دوبار افزایش یافته و در سال 2003 به 190660 واقعه ثبت گردیده است. تعداد تقریبی سقط ها در انگلستان و ویلیس در خانم های بین سنین 44-15 تقریباً 1000/16.6 واقعه بوده است در اسکاتلند این مقدار تا اندازه کمتر بوده و 12000 واقعه سالانه را پور داده شده است.

تعداد سقط های اجراء شده در انگلستان در خانم های مهاجر و مسافر در سال 2003 در حدود 9078 واقعه بوده که تنقیص قابل ملاحظه را از سال 1473 که 87/33٪ واقعات سقط را تشکیل داده، نشان میدهد.

نظریات راجع به مسایل مربوط به سیاست اجتماعی (در مورد سقط جنین)

مبادی اخلاق طبابت AMA (انجمن طبی امریکا) برطبق رشته خوب طبابت و تحت شرایطی که از قانون تخطی نرزد- طبیب را از اجرای عمل سقط (Abortion) باز نمی دارد. [23]

احساس رضایت والدین بطور حکمی نسبت به Abortion

طیبیان بایستی قانون را با دخیل ساختن والدین معین سازند تا متقین شوند که اقدامات و طرز العمل هایشان بروفق ضروریات و نیاز مندی هایشان میباشد. طیبیان باید طور جدی به نوبالغان جرات ببخشند تا موضوع حاملگی شان را با والدین شان در میان بگذارند. هکذا- طیبیان باید توضیح نمایند که چگونه دخالت والدین شان در زمینه کمک کننده بوده میتواند و نیز اینکه والدین بالعموم کمک کننده و با درک اند. در صورتیکه خورد سالان نگرانی هایی راجع بدخالت والدین شان ابراز نمایند درینصورت بر طبیب است که خوشتین را متیقین سازد که بی علاقه گی وعدم تمایل نوبالغان راجع به عواقب احتمال دخالت والدین شان مبنی بر هیچ نوع غلط فهمی نمی باشد.

دکتوران نباید مجبور ساخته شوند تا از نوبالغان تقاضا نمایند که قبل از اینکه درباره اجرای Abortion تصمیم بگیرند یا خیر، والدین شان را دخیل نمایند. والدین حتی از یک شخص کاهل نیز بطور عموم باید تصمیم بگیرد که آیا زمینه برای دخالت والدین میسر است یا خیر. بنابراین سرانجام به نوبالغان اجازه داده شود تا تصمیم بگیرند که آیا دخالت والدین در این زمینه، مناسب و بجاست یا خیر. همچنان طیبیان باید توضیح دهند که تحت کدام شرایط (فرضاً واقعات عاجل تهدید کننده حیات) حس اعتماد و محرمیت نوبالغان ایجاب مینماید تا مورد فسخ قرار گیرد یا خیر؟.

طیبیان باید سعی ورزند تا یقین حاصل نمایند که مریضان نوبالغ سال پس از داشتن ملاحظات دقیق روی مسایل فوق تصمیم آگاهانه اخذ نموده اند. در صورتیکه مریضان در تصمیم گیری راجع به سقط دخیل دانسته نمی شوند. باید طیبیان در همچو حالات مریضان را تشویق نمایند تا با افراد همردیف دیگر مشورت نمایند. بهمین منوال- این خورد نوبالغان باید وادار به این امر شوند تا توصیه و مشورت آن عده از بزرگسالان را جستجو نمایند که مورد اعتماد شان میباشد البته به شمول مشاورین مسلکی، اقارب، دوستان، معلمین و روحانیون. [16]

انتخاب موضوع برای آزمایشات و تجارب کلینیکی

در تمام جوامع، پیشرفت ها در طبابت مدیون تحقیقات و آزمایش های کلینیکی میباشد. این موضوع بدرستی درامثال واحکام سقراط "زندگی آزمایش ناشده ارزش حیات راندارد" توضیح گردیده است. بدین معنی که طبابت/ادویه که از طریق تحقیقات سیستماتیک آزمایش ناشده باشد ممکن برای مریض خطرناک باشد. قرآن عظیم الشان این دعا را سفارش می نماید (پروردگار من، مرا به علم و دانش ترقی ده) و آن حضرت ص امر مینماید "آموزش علم برای هر مسلم، هم مرد وهم زن فرض است".

تمام کشور ها به این مفکوره هستند که تحقیق یک وسیله حتمی برای انکشاف میباشد. سازمان اتحاد افریقا اخیراً دول عضو را تشویق کرد تا اقلاً یک فیصد تولیدات خالص ملی را برای تحقیق وانکشاف تخصیص دهند.

تحقیقات بالای انسان در تمام کشور های پیشرفته و در حال انکشاف اجرا میگردد و (باید اجرا گردد) اصلاً، تمام تحقیقات بیومدیکال بالای انسان ها باید در مطابقت با سه اصل اخلاقی اجرا گردد: احترام به افراد، توزیع عادلانه اظهاررضایت.

تحقیقات بالای انسان ها

این مهمترین جنبه اخلاقی تحقیقات صحتی را تشکیل میدهد. اعلامیه، روی این موضوع بعد از آزمایش های Nuremberg انتشار یافت. متعاقباً شورای سازمان بین المللی علوم طبی (CIOMS) و سازمان صحتی جهان (WHO) بصورت مشترک قانون یا اساس نامه، را برای اخلاق در تحقیقات کلینیکی تدوین نمودند که در هشتمین اسامبله طبی جهانی در هلسنکی در سال 1964 که (بنام اعلامیه هلسنکی یاد میشود) مورد قبول واقع گردیده و در اسامبله بیست و نهم طبی جهان در توکیو در سال 1975 (اعلامیه هلسنکی - 2) تجدید گردید. بعد از مشاورت های زیاد با ماهرین بین المللی، CIOMS در سال 1982 (رهنمود های پیشنهاد شده بین المللی برای تحقیقات بیومدیکال بالای انسان ها) را به چاپ رسانید. این رهنمود ها بعد از مشاورت های بیشتر تجدید و در سال 1993 دوباره به چاپ رسید. در سال 1991 رهنمود های بین المللی برای مرور اخلاقی، مطالعات اپیدمیولوژیک) به صفت نشریه ضمیمه وی نشر گردید. بعضی از موضوعات مهم در رهنمود ها، در ذیل ذکر شد. [6]

رضایت آگاهانه

رضایت فرد بعد از فهمیدن موضوع که آزادانه ابراز گردیده باشد و آزادی برای پس گرفتن آن در تمام مراحل یکی از شرایط مهم برای استفاده از انسان ها در تحقیقات میباشد و در قانون Nuremberg مخصوصاً روی آن تاکید گردیده است ولی بکار برد این اصل مهم در عمل بسیاری پروابلیم ها مطرح مینماید که بعضی از آنها قرار ذیل میباشد:

- 1- این مسئله برای مردم عادی (خارج از حرفه) خصوصاً در مناطق دهاتی در کشور های روبه انکشاف مشکل خواهد بود تا بصورت کامل از چگونگی آزمایش و یا خطراتی را که ایشان از سبب رضا کار بودن در تحقیق متحمل میگرددند، بدانند.
- 2- (رضا کاران) اکثرآ از طبقه فقیر تر مردم می آیند و حتی خطر تحمل زحمت و خسارات قابل تحمل را در مقابل پرداخت و معاشات اندک بدوش میگیرند. این واضحاً اخلاقی نخواهد بود تا از غربت و آسیب پذیری افراد بهره برداری صورت گیرد.
- 3- محصلین طب، زندانیان و سائر همجو گروه ها بصورت مکرر برای آزمایشات طبی در مقابل مساعدت ها و مفاد های مختلف مورد استفاده قرار میگیرند و این باعث کم رنگی تنفیض آزادی جهت ابراز رضایت چنین افراد و گروه های مشابه میگردد.
- 4- اطفال و اکثرآ افرادی دارای نقصیه های عقلی و اشخاص مریض واضحاً قادر به ابراز رضایت آگاهانه نمی باشند. آنها باید از تحقیقات مستثنی قرار داده شوند، در صورتیکه اشتراک شان حتمی باشد رضایت ولی قانونی ایشان در عوض گرفته شود.

5- خانم های حامله ممکن بصورت تصادفی یا عمدی در آزمایشات کلینیکی ذیدخل گردند. این عمل، موضوع مهم یعنی اثرات آن بالای جنین و انکشاف آن را تنفیض میدهد. به عقیده بعضی از علمای اخلاق، پارچه از جنین انسان صرف

تازمانی مورد استفاده قرار گرفته می‌تواند که جنین بصورت بالقوه قابل زنده ماندن می‌گردد، ولی توافق نهایی روی مشخصات تعیین کننده آن مرحله که جنین قابل زنده ماندن می‌گردد وجود ندارد. بعضی از اجتماعات گروپ های مذهبی و افراد (بشمول طبیبان) استفاده جنین زنده انسان و یا انساج آنرا در کار های عملی شدید آ مورد انتقاد قرار می‌دهند. این قابل توصیه می‌باشد که خانم های حامله و شیرده از تحقیقاتی که احتمال ضرر به جنین و یا جدید الولاده را دربر دارد مستثنی ساخته شود، البته تا وقتی که این موضوع به منظور واضح ساختن پرابلم های ولادی و شیر دهی نباشد.

6- رضایت بالوکالت بعضاً بواسطه رئیس قبیله و یا کلان یک قریه به نمایندگی تمام قبیله یا قریه ابراز می‌گردد، ممکن طوری فکر گردد که این نوع رضایت ممکن در یک محل اعتبار داشته باشد ولی مسلماً این رضایت بواسطه شخص نمی باشد مشکل (و حتی ناممکن) خواهد بود تا رضایت آگاهانه هر عضوی از جامعه را بدست آورد. [6]

تحقیقات اجتماعی

میتود های معاصر و جدید جمع آوری، تحلیل و حفظ معلومات اجتماعات در تحقیقات اپیدمیولوژیک بالای اشخاص، حقوق و آزادی مردم و محرمیت ها را با تهدید های تازه مواجه می‌سازد. این پرابلم بواسطه پاندمی و ویروس HIV یا مرض ایدز برجسته گردیده است که تبعیض و تفاوت های غیر موجه را میان قربانیان این انتان بوجود آورده است. Cloms مسایل اخلاقی را مورد مطالعه قرار داده و رهنمود های راروی این موضوع در سال 1991 به چاپ رسانده است. مسلماً تحلیل ساده و آسان ابهامات ذیدخل اخلاقی وجود ندارد. ولی ستندرد های عالی مسلکی در رابطه به سلوک و رفتار انسانی و کیفیت تحقیقات میتواند حالت اشخاص و منافع جامعه را خیلی بهتر سازد. [6]

ابراز نظر بیطرفانه اخلاقی

این موضوع است که پروسیجر ابراز (رضایت آگاهانه) برای حفظ منافع افراد در قضایای مختلفه کافی نمی‌باشد. همچنان سوء استفاده از آن باعث آسیب پذیری می‌گردد. بنابراین ضرورت است تا حکومت و یا مقامات ذیصلاح یک میکانیزم را ایجاد کند تا ضمانت نماید که تحقیقات صحی مطابق پلان و در چوکات نورم و معیارات اخلاقی جامعه اجرا و مورد استفاده قرار می‌گیرد. این عمل بواسطه تاسیس یک کمیته بررسی ملی اجراء شده میتواند، و در صورت ضرورت بواسطه کمیته های محلی، در پوهنتون ها و انستیتوت های برجسته صورت گرفته میتواند. آنها باید جهت حتمی ساختن نکات زیر اقدامات ضروری اتخاذ نمایند:

1- تحقیقات پیشنهاد شده بمنظور پیشرفت و ترقی و دانش صحی برای منافع اجتماع یا یک بخش از آن توجیه گردیده است.

2- تمام تلاش های ممکنه از طریق آزمایش ها و تست های لابراتواری روی حیوانات به منظور تا حد امکان دور ساختن خطر مداخلات آزمایشی صورت پذیرفته و اشخاص از پیامد های اشتراک شان باخبر گردیده اند.

3- محقق بطور مناسب دارای مهارت ها برای اجرای کار بوده و شخص تحت مراقبت طبی باقی می ماند که تجربه تسهیلات لازمه برای حفظ مصونیت آن شخص دارد.

4- اشخاص میتوانند رضایت خویش را در هر مرحله بدون خساره به منافع شان باز گیرند.

5- معلومات در مورد شخص مانند دیگر ریکارد های طبی بصورت محرم حفظ می‌گردد.

6- نورم ها و معیارات اجتماعی -فرهنگی جامعه فراموش نگردیده است.

کمیته بررسی و تجدید باید طوری تشکیل گردد که دسترسی به اکسپرتیز مسلکی داشته و همچنان ابراز نظر نموده و بتواند منافع اجتماع و علم صحت را مراقبت نماید. خانم ها باید در میان اعضای کمیته باشند. چندین مملکت شرق مدیترانه دارای ظرفیت و میکانیسم های ارزیابی اخلاقی تحقیقات نمیشوند. این جنبه باید بصورت قابل ملاحظه تقویت گردد. [6]

تحقیقات روی جنیتیک انسان

مباحث روی این موضوع بواسطه تلاش های بین المللی جهت ترسیم جین های انسان تفوق یافته است. 5 الی 10٪ فیصد از مجموع جین های تخمین شده تاحال روی یک ساحه مشخص کروموزومی ترسیم گردیده است. در میان دیگر منافع، این پروژه از معلومات فوق العاده مهم در مورد بالاتر از 4000 امراض و نقیصه های جنیتیک امیدوار میسازد. بسیاری از اینها امراض یک جینی مانند تالاسمی، کمخونی داس مانند، Cystic Fibrosis و Huntington s Chorea میباشد. دانش جدید تشخیص دقیق را در مرحله قبل از پیدا شدن اعراض (حتی قبل از ولادت) ممکن میسازد، دیگر امراض با اجزای جنیتیک مانند امراض شرائین اکلیلی، فرط فشار خون، دیابت و کانسر های معین و تشوشات عقلی عصبی ممکن بصورت بهتر دانسته شده، با gene therapy وقایه یا تداوی گردند.

استفاده از دانش فوق الذکر در تشخیص و نشان دادن امراض جنیتیک پرابلم های رابرای حفظ حرمت، خود مختاری و محرمت اشخاص مطرح میسازد. بیست و چهارمین کنفرانس CIOMS روی جنیتیک، اخلاقی و ارزش های انسانی که در توکیو و شهر اینویامای جاپان در سال 1991 برگزار گردیده، اعلامیه اینویاما (Inuyama) جهت حل چنین پرابلم ها قبول گردید. [6]

عدم موثریت طبی (یا تداوی های بی ثمر) در مراقبت های مرحله نهائی حیات (Placebo)

طبیان اخلاقاً مجبور نیستند مراقبت های را انجام دهند که از نظر حرفه شان یک فرصت قابل قبول بهره گیری از سوی بیماران تلقی نشود. بیماران فقط به این خاطر که نیاز به معالجه دارند، نباید مداوا شوند. رد معالجه بیمار باید متکی به بیان واضح اساسات اخلاقی و استاندارد های قبول شده مراقبت های صحی باشد. هنگامیکه مداخلات بیشتر طبیب در زمینه تداوم زندگی یک بیمار بی ثمر میشود، طبیان می باید مراقبت را با قصد آرامش دهی و پایان مراقبت ادامه دهند. هر چند، قضاوت های ارزشمند و الزامی وجود دارد تا طبیب به این ارزیابی برسد که دیگر مراقبت ها بی ثمر است این قضاوت ها باید توجه و ملاحظه به بیمار داشته باشد یا هم ارزیابی های به وکالت بیمار در زمینه دست آورد با ارزش مراقبت ها انجام دهد. آنها نیز برداشت طبیان یا دیگر تهیه کنندگان خدمات طبی را در زمینه قصد آنها برای مداوا در نظر گیرند که نباید یک روند را- که به نابدی می انجامد بدون هیچ نوع فایده ای به بیمار یا آنانیکه قانوناً از این روند مستفید می شوند، تداوم بخشد. آنها همچنین می توانند استاندارد های اجتماعی و نهادی را در نظر گیرند که به نوبت، ممکن است اقدامات پیامد فزیولوژیک یا عملی را مورد استفاده قرار داده باشند.

با وجود آن، اختلاف نظر میان جناحهای مختلف طبی ممکن است براین نظریه که بی ثمری در شرایط خاص چیست، سماجت کنند. این ممکن است تصمیم گیری رضایت بخش را اختلال کند و در نتیجه تاثیر سوء بر مراقبت بیمار

رضایت خانواده از مراقبت بیمار و عملیات موثر تیم کلینکی. طبیبان برجا بگذارند. به منظور دریافت تصمیم گیری رضایت بخش و عادلانه در مورد عواملی که بی ثمری مراقبت را تشکیل می دهد، باید به این نکات توجه کرد:

- 1 تمام نهاد های مراقبت صحی - چه خرد و بزرگ، باید سیاستی در مورد بی ثمری طبی اتخاذ کنند
- 2 سیاست ها بر سربى ثمرى طبی روند مناسب به اجراء گذاشته شود. دلایل ذیل شامل این روند به اجراء گذاشتن سیاست ها باشد تا بی ثمری مراقبت های طبی را در موارد ویژه بیان نماید.
- 1 تلاشها متمرکز باید پیش از وقت انجام پذیرد تا دواطلبانه، گفتگو های صورت گیرد و مذاکرات برای درک ابتدایی اینکه چه چیزها مراقبت بی ثمر از بیمار را می سازد و چه چیزی در حدود قابل قبول برای طبیب، خانواده و احتمالاً خود نهاد مداوا گر وجود دارد، در میان بیمار، وکیل بیمار و طبیب صورت گیرد.
- 2 تصمیم گیری مشترک باید تا حد اکثر ممکن بین بیمار یا وکیلش و طبیب صورت گیرد.
- 3 تلاشها باید صورت گیرد تا مخالفت های احتمالی از بین برود، و در حدود قابل قبول تمام طرف ها موافقت حاصل شود، حتی اگر نیاز باشد از همکاری مشاوران و طبیبان ارشد نیز می توان کمک جست.
- 4 اگر اختلافات غیر قابل حل است از یک کمیته صحی مانند کمیته اخلاقیات صحی طلب همکاری شود.
- 5 اگر نهاد طبی در جریان اختلافات بین مریض و داکتر، از موقف مریض حمایت کند و طبیب قادر به قناعت دادن به آنها نشود، در آنصورت ماموریت مراقبت از بیمار به طبیب دیگری از همان نهاد طبی ممکن است انتقال یابد.
- 6 اگر نهاد طبی در جریان اختلافات بین مریض و داکتر، از موقف داکتر حمایت کند و بیمار، وکیل بیمار قادر به قناعت دادن به آنها نشود، ممکن است بیمار به نهاد دیگری منتقل شود و اگر چنین شد بیمار باید زیر حمایت و مراقبت همان نهاد دیگر قرار گیرد.
- 7 اگر انتقال بیمار ممکن نیست، نباید مداخلات صورت گیرد. [6-7]

خود کشی های که به کمک داکتران صورت میگیرد

این عمل هنگامی رخ میدهد که داکتر زمینه را برای مرگ بیمار با تهیه مواد لازم و یا در اختیار قرار دادن معلومات که فرد بیمار را قادر به ارتکاب چنین عمل میسازد، مساعد ساخته باشد.

طور مثال، (داکتران درحالیکه از تصمیم بیمار خود آگاه اند، تابلیت های خواب آور و معلومات راجع به دوز های کشنده آن در دسترس بیمار قرار میدهند).

طوری که می فهمیم بعضی از بیمارها دچار رنج و عذاب امراض مزمن، درد آور و ضعیف کننده قرار دارند که این خود، بیمار را به نتیجه بهتر بودن مرگ برزندگی میرساند.

اگرچه اجازه دادن داکتران برای شرکت کردن در خود کشی صدمه و یا آسیب زیادی را نظر به خوبی و تداوی سبب می شود. خود کشی های که با کمک داکتران صورت میگیرد، بادستورات داکتران منحیث شفا دهنده اساساً ناسازگار است که کنترل آن مشکل و یا ناممکن است و می تواند خطر ها و یا ضرر های اجتماعی خطرناک و مضر را به بار بیاورد. یک داکتر در عوض آنکه به تمدید حیات بیمار حصه بگیرد در خود کشی بیمار حصه میگیرد، داکتران باید احتیاجات بیمار را

در آخر زندگی ایشان مهمتر در نظر گیرند. اگر چه که مرض بیمار قابل معالجه و بهبود هم نباشد، ولی باز هم نباید آنها را به دست فراموشی سپارد. [19]

راننده های ماؤف و طبیبان مربوط آنها

منظور از این راپور شاخه بندی مسولیت داکتران برای شناسایی اختلالات در قابلیت در یوری بیماران که خطرات جدی را برای جامعه به وجود میاورند و سر انجام نیاز مند راپور دادن به بخش وسایط نقلیه اند، میباشد. این به منظور راپور دادن اطلاعات طبی به دلیل ذیل است.

1 داکتران باید اختلالات فکری و جسمی بیماران را که ممکن است در قابلیت های در یوری شان تاثیر داشته باشد مشخص کنند. هر مسئله باید به طوری مشخص از زمانی که تمامی اختلالات از سوی داکتر ارزیابی شده صورت گیرد. نه هم ممکن است تمامی داکتران در شرایطی برای ارزیابی تاثیر اختلالات موظف باشند. (برای مثال داکترانی که بیماران را به کوتاه مدت تداوی می کنند) در ارزیابی داکتران باید فاکتورهای ذیل بررسی گردد.

الف- داکتران باید قادر باشند تا اختلالات فکری یا جسمی در یور را به طور واضحی مشخص سازند.

ب- در یور نباید یک خطر واضحی را برای جامعه بمیان بیاورند.

2- قبل از راپور دادن شماری از مسایل اولیه وجود دارد که داکتران باید آنها را طی کند. یک بحث با مورد ولی منصفانه با خانواده بیمار راجع به ریسک های در یوری از اهمیت اولیه است. نسبت به وضعیت بیمار، داکتر میتواند به بیمار پیشنهاد کند که وی برای معالجه خویش تلاش بیشتری نماید، برای مثال داکتران همچنین میتوانند بیمار و خانواده وی را به انتخاب یک برنامه در یوری محدود تشویق کنند، آنها را با اختیارات که دارند نصیحت کنند و یک راپور واقعی را بمرجع مربوطه ارائه دارند.

3- داکتران باید با بهترین قضاوت شان در حین راپور اختلالات که می تواند قابلیت در یوری سالم را از بیمار بگیرد به کار گیرند. در شرایطی که شواهد واضح اختلال قابل توجه در یوری حاکی از تهدید جدی سلامت جامعه و بیمار است و زمانی که ادامه امتیاز در یوری سلب می گردد، اطلاع دادن به دیپارتمنت وسایط نقلیه یک کار اخلاقی و پسندیده است.

4- داکتران باید آشکار سازند و برای بیمار تشریح نمایند که بنا بر مسولیت خویش این موضوع را راپور میدهند.

5- داکتر باید بیمار خود را محرمانه حمایت نماید و با مطمئن ساختن آنها که مقدار اندک معلومات دست داشته برای امنیت مناسب ضروری میدانند.

6- داکتران باید با انجمن طبی شان یکجا کار نمایند تا قانونی راجهت حمایت از بهترین مراقبت های بیمار و جامعه

ایجاد نمایند که این پناه گاه داکتران از مسولیت هنگام راپوردهی از اعتماد خوبی برخوردار است. [19]

فصل شانزدهم

خصوصیات دوتولوژی در رشته های مختلف طبی

علاوه بر بعضی پرنسیب های دوتولوژی فوق الذکر که به تمام رشته های طبی ارتباط دارد بعضی خصوصیات اختصاصی دیگر برای فعالیت های دوکتوران هر رشته نیز موجود است که این پرنسیب ها از وظایف و اهداف رشته های مختلفه طبی منشاء گرفته و ارتباط به وظایف اختصاصی و خصوصیات میتود هایکه در تشخیص، تداوی و وقایه امراض استفاده می گردد دارد.

دوتولوژی در جراحی

قسمیکه معلوم است یکی از جهات عمده دوتولوژی جراحی استطباب مداخله جراحی می باشد که به اساس دانش عمیق بادر نظر داشت اوصاف مرض، درجه پیشرفت آن، سن مریض، و حالت عمومی عضویت مریض گذاشته میشود. از این سبب یکی از تقاضاهای حتمی دوتولوژیکی از جراح اینست که نباید جراح مداخله جراحی را بدون ترتیب نمودن قرار مداخله که در آن تشخیص مدلل، استطباب عملیات، پلان عملیات و نوع انستیتیزی ذکر باشد اجراء نماید. اینکه این قرار چه اهمیت حقوقی دارد بدون شک به همه معلوم است زیرا دیده شده است که بعضاً دعاوی بوجود میآید که جراح اشتبهاً همان عملیه را اجراء نموده و یا تخلف مسلکی در واقعه موجود است این دعاوی از سببی بوجود می آیند که جراح قبل از عملیه در دوسیه مریض قرار خود را تحریر ننموده و میدانیم که دوسیه مریض نه تنها سند مهمی طبی است بلکه یکی از اسناد مهم حقوقی و یکی از مدارک اثباتیه بوده و این موضوع را باید در وقت تحریر آن مدنظر داشت. یکی از پرنسیب های دیگر مهم در دوتولوژی در جراحی عبارت از تداوی جراحی رضایی میباشد بدون رضایت مریض نباید هیچ عملیه جراحی صورت گیرد. ولی از تمام امکانات در صورتیکه عملیه استطباب حیاتی داشته باشد باید جهت رضاء ساختن مریض به عملیات جراحی استفاده گردد.

ماده (21) قانون صحت عامه ج ۱-۱ در مورد چنین حکم می کند: عملیات جراحی و میتود های تشخیص مغلق بعد از موافقه کتبی مریضان صورت می گیرد و در صورتیکه مریض به سن قانونی خویش نرسیده یا به امراض عقلی مبتلا باشد عملیات جراحی به موافقه والدین یا اقارب شان صورت میگیرد. در وقایع عاجل که تاخیر در تشخیص و تداوی حیات مریض را به مخاطره اندازد و حصول موافقه والدین و اقارب مریض میسر نباشد و یا اینکه مریض والدین و اقارب نداشته باشد عملیات جراحی و میتود های تشخیصی بعد از فیصله تحریری هیت دوکتوران بدون موافقه مریض صورت میگیرد. اکثر اشتباهات دوتولوژیکی را اطمینان بیش از حد به خود جراحان بوجود میآورد که به نظر شان آنها همه موضوعات را میدانند و هیچ وقت اشتباه نمی کنند و تنها آنها علاقه مند واقعات جالب و مهارت عالی تخنیک خود میباشد این اطمینان بدون اساس که مفکوره (هیچ وقت اشتباه نمی کند) را بوجود میآورد. برای جراح خیلی خطرناک میباشد خصوصاً وقتیکه جراح به بالین مریض قرار گرفته که احتمال مرض حاد نزدش موجود است و ایجاب مداخله جراحی عاجل را مینماید. از سبب شرم کاذب از دست دادن اوتوریتی و غیره از مشوره با سائردوکتوران و یا تشکیل کمیسیون طبی جهت وضع تشخیص امراض مغلق امتناع می ورزد.

این نارسایی نزد دوکتوران جوان و حتی نزد دوکتوران مجرب که تجارب چندین ساله کار اوتوریتی اعتراض ناپذیر و عقیده لا اشتباهی رانزدشان بوجود آورده است دیده میشود. از این سبب این گروه دوکتوران مریض را به یک نظر معاینه نموده اکثر آ معاینه شان یکمرتبه بوده و علاقه ندارند تا کامیون طبی برای وضع تشخیص تشکیل گردد و حتی درین مورد مخالفت نیز می نمایند خصوصاً زمانیکه خواستن جراحی از موسسه دیگر جراحی مطرح باشد.

خود خواهی و اطمینان بیش از حد به دانش و تجربه خود، و همچنین ضعف مسولیت در مقابل حیات مریض اکثر آ منجر به مرگ مریض میگردد. استندردها در تشخیص و تداوی مریضان جراحی واضح بوده و سردرگم کننده نمیشد از این سبب یکی از پرنسیب های عمده دوتولوژی جراحی باید هم آهنگی در کار کولکتیف باشد. عدم موجودیت درک متقابل بین کارکنان طبی، نفاق و در بعضی موارد نزاع در کلکتیف چنان فضای غیر سالم را بوجود می آورد که قواعد و اصول ابتدایی روش های اجتماعی فراموش نشده و احساس مشترک مسولیت از بین میرود و بعضاً این رویه به ارتکاب جنایات می انجامد. رفتار محتاطانه از نظر روحی بامریض و اقارب آن نیز یکی از پرنسیب های عمده در دوتولوژی جراحی شمرده میشود. به این منظور ارائه معلومات سنجیده شده راجع به وضع مریض، تداوی و پروگنوز آن برای مریض یا اقارب مریض همیشه مفید واقع می شود. تصور روشن و دقیق کیفیت مرض، تداوی لازم آن و امکانات اختلاطات تداوی بدون حس خوش بینی غیر واقعی از یکطرف و هراس از عواقب ناگوار مرض و عملیه جراحی از طرف دیگر باید قاعده حتمی روش هر جراح باشد. چون به موضوعات دوتولوژی جراحی تماس گرفتیم بیجا نیست که نکات چند راجع به پرابلم های تعویض اعضاء (ترانسپلانتیشن) نیز ذکر شود در حال حاضر این پرابلم وسیعاً مورد بحث جوامع قرار میگیرد موقعیت ها در این ساحه چشم گیر است ولی در پهلوی آن موضوعات حقوقی و مسلکی آن نیز حاد گردیده است. این پرابلم ها و امیدارد تا در مورد بعضی پرنسیب های عنعنوی دوتولوژی دوباره تجدید نظر گردد قبل از همه راجع به اخذ عضو قابل تعویض: در تمام واقعات اخذ عضو قابل تعویض از سه امکانت ذیل بیرون نمی باشد:

الف:- از شخصیکه تحت عملیه جراحی قرار گرفته و استطباب کشیدن عضو موجود است.

ب:- از دونور های دوطلب

ج:- از اموات.

استفاده از منبع اولی از نظر دوتولوژی مورد اعتراض قرار نمی گیرد ولی زمانیکه اخذ عضو از دونور هاییکه ضرورت به عملیات ندارد مطرح میگردد درینصورت پرنسیب عمده دوتولوژی یعنی **به مریض ضرر نرسان** نقض میشود. زیرا اخذ عضو یا نسج سالم از دونور برای وی بی ضرر نبوده و باریسک های معین برای صحت و حیات وی چه در وقت عملیه و چه بعد از آن همراه میباشد.

یکی از منابع اخذ اعضا قابل تعویض انساج اموات میباشد که استفاده از انساج مانند جلد، اوعیه، غضاریف و غیره نسبت اینکه- که قابلیت حیاتی آنها بعد از مرگ شخص زیاد میباشد در پراتیک جراحی وسیعاً استفاده می گردد.

قلب و سائر اورگان ها یا اعضا مهمه حیاتی از اشخاصیکه در حال مردن باشند یا در زمان مرگ کلینیکی اخذ میگردد. اینجاست که تضاد بین اهداف ترانسپلانتیشن و ریانییشن بوجود آمده و در مقابل طبابت موضوعات بسیار مغلق ذیل قرار می گیرد:

الف: - کی را باید نجات داد؟

ب: - آیا میتوان از اعضای میت قبل از حصول مرگ بیولوژیکی استفاده کرد؟

دست آورد عمده ترانسپلانتیشن که عبارت از تعویض قلب بود در سال 1968 از طرف جراح افریقائی بنام برنارد صورت گرفت و توجه جهانیان را بخود جلب و جهان را تکان داد. بی سبب نیست که سال 1968 را بنام سال مود ترانسپلانتیشن یاد نموده اند درین سال 101 تعویض قلب صورت گرفت که اضافه از نصف آن (53) در ایالات متحده امریکا اجراء شده است. الی ماه اگست 1971 این عدد به (175) رسید گرچه مریشان بعد از تعویض قلب میمردند اما تعویض قلب دوام داشت و چنین معلوم میشد که مبارزه نه برای حیات مریض بلکه برای پرستیز ملی و فردی روان است. در سالهای اخیر کوشش برای تعویض اعضا نه تنها توجه جهانیان را به ضرورت آن بلکه به پرابلم های جدی مغلق و غیر قابل حل جلب نمود. تعویض اعضا موضوع حاد را در مورد داشتن حق اخلاقی طیب بمیان آورد به این معنی که آیا طیب اختیار زندگی دهنده (دونور) و گیرنده (ریسپینت) را دارد؟ آیا حیات یک مریض را توسط حیات دیگری میتوان طولانی ساخت؟ آیا امکانات پیدایش اضافه روی ها در دونهایت این حق موجود نیست؟ کدام علایم و معیارات مرگ در این واقعات قابل قبول می باشد؟ آیا موافقه و عدم موافقه دونور و اقارب آن در این مورد اهمیت دارد؟.

با تعویض اعضا اگر حیات شخص رانجات دهند اخلاقاً درست است این وظیفه راطیب حین ترانسپلانتسیون مطابق به اهداف طب و پرنسیپ های انسانی اخلاق طبابت یعنی نجات حیات یا احیای فعالیت عضو انجام می دهد. افکار عامه این هدف را رد نمی نماید اما وسایلی را که دکتوران به این هدف می رسانند غیر انسانی می شمارند.

موفقیت عملیات ارتباط به احیای فعالیت عضو تعویض شده دارد هر قدر زمانی ایسکمیک کوتاه باشد این عضو میتواند خوبتر فعالیت نماید از این سبب بهترین وقت گرفتن عضو مرحله مرگ کلینیکی میباشد یعنی زمانیکه ادامه دوران و تنفس بصورت مصنوعی غیر مثر شمرده شود.

میدانیم که اعضای مختلفه هم زمان نمی میرند در حالی حاضر، معیار مرگ بیولوژیکی عضویت نه تنها توقف قلب، دوران و تنفس بلکه تغییرات غیر قابل ارجاع در دماغ (مرگ دماغ) شمرده میشود. حل موضوعات مربوط به این نوع عملیات ها به دوش طیب و احساسات انسانی وی بوده این احساسات نباید به طیب اجازه دهد تا یک ثانیه قبل از موعد قبول شده تدابیر ریانیشن مریض در حال مرگ را به دفع مریض منتظر تعویض قطع نماید. در این مواقع از پرنسیپ های انسانی که مراعات آنها نه به ضرر گیرنده و نه به ضرر دهنده (خصوصاً زمانیکه دهنده هنوز شخص زنده است) باشد باید استفاده گردد. در تعویض اعضا سوا دیگری نیز مطرح میگردد که آیا تنها موافقه گیرنده برای اینکه تعویض اعضا را نزدش اجراء کند کافی میباشد یا خیر؟

گیرنده و دهنده که یکی موافقه به تعویض عضو دیگری به دادن عضو می نمایند چون دانش طبی ندارند از عواقب این موافقه خود نمی دانند استناد به موافقه تحریری و یا شفاهی تنها بعضاً کوششی میباشد که فشار اخلاقی و بعضاً مسولیت قانونی را از دوش طیب به دوش دهنده و یا گیرنده می اندازند.

مسئله اخلاقی که کی را باید نجات داد دهنده یا گیرنده را؟ و به کدام شان فوقیت قایل شد؟ این موضوعات تقاضای

واقعی انسانی دیگری را در اخلاق طبابت بوجود می آورد که عبارت از پرنسیب روابط و مناسبات مساوی با تمام مریشان

میباشد به اساس این پرنسپ طیب مکلف می باشد تا مواظبت و توجه به هر شخص مریض رابابی غرضی تمام بدون در نظر داشت جنس، سن، ملیت، نژاد، افکار مذهبی و غیره انجام دهد. [21]

دونتولوژی در ولادی نسایی

فعالیت های چندین جانبه ولادی ونسائی از نظر اخلاق طبابت خصوصیات بالخاصه وزیادی رادارا می باشد که این خصوصیات در برخورد اول طیب با مریض ظهور می کند. خصوصیات معاینات ولادی نسائی که اکثرآ در حضور چندین نفر پرسونل طبی اجراء می گردد، اطلاع وضعیت نسایی خانم به شوهرش، پروگنوز وموضوعات مرتبط به حمل گرفتن وتولد اطفال بعد از عملیات های نسائی وغیره این ها همه مسولیت های معین رابدوش طیب انداخته واز طیب نزاکت های را میخواهد.

استطباب وعدم استطباب بعملیات ها باید دقیق وهمه جانبه حل گردد ودر میتود های عملیاتی بصورت حتمی نه تنها نتایج مقدم بلکه نتایج موخر آن در نظر گرفته شود. فعالیت های جراحی دوکتور ولادی نسائی نباید به اساس تعداد عملیات ها بلکه به اساس نتایج آنها که در چند واقعه فعالیت های اعضای تناسلی را حفظ ویا اعاده کرده است ارزیابی گردد. در کار متخصص ولادی نسائی در پولی کلینیک به ارتباط جلوگیری از حمل نیز مسایل دونتولوژیک مطرح میگردد. یک خانم حق دارد فیصله کند که چند طفل داشته باشد در حال حاضر وسایل ومیتود ها یمختلفه جلوگیری از حمل موجود است. حینکه طیب هدایت لازم رابه این منظور میدهد باید توجه خاص به عوارض جانبی آنها از نظر صحی داشته وموضوع را به خانم ها توضیح بدهند. در فعالیت های دکتوران ولادی نسائی حفظ راز طبی دراین مسلک خصوصیت خودرا دارا میباشد از نظر اخلاق طبابت وقوانین مسئله مهم راتشکیل میدهد. دراین موارد از یکطرف منافع مریض ایجاب می نماید تاراز طبی محفوظ نگهداشته شود واز طرف دیگر دوکتور نباید معلوماتی را که برای اجتماع خطر تولید کند مخفی نگه دار د طیب باید راز طبی را که به ارتباط امراض و حیات خصوصی زن باشد مانند حمل غیر قانونی، سوء تشکلات وامراض نسایی رابدون موافقه مریض افشا ننماید.

ولی در صورتیکه با حفظ این اسرار منافع اجتماع در خطر باشد مسولیت حفظ راز طبی از دوش طیب دور میشود مثلا شخصیکه سقط جنایی را اجراء می نماید واین عمل خطری است برای اجتماع طیب باید راجع به این موضوع به مقامات عدلی تحقیقی اطلاع بدهد. [21]

دونتولوژی در ستوماتولوژی

اطاقهای ستوماتولوژی اکثرآ با تجهیزات عصری انستیزی دندان ها وجوف دهن برای تشخیص وتداوی مجهز هستند. وهمچنین وسایل اختصاصی جهت تعیین حیاتیات، پولپ دندان، وسایل رادیولوژیک برای معاینات انساج سخت دندان فک ها وغیره موجود است طیب درحین استفاده از آنها باید خصوصیات فردی هر مریض را در نظر بگیرد ونباید تنها مریض رابلکه سن، وضعیت عمومی وحالت روحی وی را در نظر داشته باشد رویه مطمینا نه ستوماتولوگ ووسایر پرسونلیکه در اتاق میباشد رول عمده را درآمادگی روحی مریض حین معاینات وتداوی دارا می باشد.

و به همین ترتیب اعتماد مریض به طیب جلب میگردد تداوی باید بدون درد و بارحمانه باشد در صورتیکه نزد مریض مرض وخیم تشخیص گردد طیب نباید این موضوع را بدون ضرورت با اشخاص داخل اطاق به میان بگذارد زیرا بدون در نظر داشت سطح رشد فکری، مسلک و سن تمام مریضان توجه خاص به صحت و امراض خود دارند خصوصاً زمانیکه موضوع از بین رفتن دندان ها مطرح باشد. در شرایط شفاخانه طیب باید مریض را از نظر وقایوی به منظور دریافت مراحل مقدم کاریس دندانها پارادانتوز و امراض سرطانی معاینه نماید.

یعنی دوکتوران بدون در نظر داشت احساس مریض زمانیکه بعضی عدم کفایه ها را نزد مریض دریافت می نمایند آنها را به نمایش می گذارند واقعاتی دیده شده که مریضان تمام دندان های خود را از دست داده برای اینکه این کمبود را پنهان نموده باشند بین بیره ها پارچه های پنبه را می گذارند که بدین شکل عدم موجودیت دندانهای خود را پنهان نماید ولی با جرای تمام این اعمال باز هم آنها روحاً زجر می کشند تنها دوکتوران با برخورد عاقلانه و خوشبینانه میتوانند با ساختن پروتیز های دندان مریضان را ازین زجرت رها سازد.

به جاست یا آور شویم که اکثر مریضان از استفاده دندان های ساختگی رنج برده کوشش می نمایند این واقیته را از اطرافیان خود پنهان نمایند و این موضوع چندان هم غیر طبیعی نیست کاری این نوع مریضان بجای میرسد که اکثرآ برای مدتی زیاد دندان های ساختگی خود را از جوف دهن بیرون نمی نمایند. برای اینکه پروتیز برای مریض مضر واقع نشود و نیز سبب پیدایش تقرحات مرض نگردد باید دندان های ساختگی پاک نگاه شود و محلیکه دندان های ساختگی به آن اتکاء می داشته باشد وقتاً فوقتاً استراحت نماید. این موضع را باید طیب برای مریضان خود توضیح نموده و باید نه تنها از خوبی های پروتیز برای مریض بگوید بلکه از مضرت های آن در صورت استفاده که غیر صحیح آنها گوشزد نماید زمانیکه پروتیز رابه مریض میدهند باید توضیح نماید که پروتیز برای چه مدت قابل استفاده است و همچنین برای مریض گفته شود که جهت منافع خودش وقتاً فوقتاً جهت معاینات وقایوی مراجعه نماید.

دندان ساز در حین ساختن پروتیز اکثرآ با پروابلیم های دشوار برمیخورد که یکی از این پرابلیم ها شکل ظاهری مرض میباشد تمام مریضان کوشش می نمایند تا پروتیز دندان شان از نظر رنگ و شکل شبه دندان های طبیعی شان باشد و در وقت تکلم دندان های ساختگی شناخته نشوند در بعضی موارد این خواسته مریضان خیلی ها دشوار بوده و حتی امکان پذیر می باشد از طرف دیگر این دندان نباید بصورت کلاسیک نصب گردند بدین معنا که بعضی شان دارای تدور، میلان و کجی ها باشند زیرا این شکل دندان ها به دندان طبیعی زیاد تر مشابه میباشد.

معاینات دهن و دندان های اطفال دارای اهمیت زیادی در فعالیت ستوماتولوژیک می باشد. برای اطفال تنها مهم است که دکتور چه گفته ولی از آن مهمتر این است که دوکتور چطور گفته. بهتر است برای اطفال قبلاً گفته شود که کدام مانور ها درد ناک و کدام شان بدون درد است.

اطفال به بسیار خوبی تحت تاثیر هم سن های خود قرار میگیرد اگر یک طفل تمام مانورها را با خونسردی طاقت نماید اطفال دیگری که به اتاق موجود باشند تحت تاثیر آمده و در حین معاینات و تداوی نیز کوشش مینمایند تا مانند طفل اولی تمام مانور ها را طاقت نمایند. در بعضی موارد طیب مجبور میباشد که تمام مانور ها را بدون در نظر داشتن عکس العمل طفل بصورت دقیقانه اجراء نماید رویه آزادانه طفل در اتاق تداوی دندان تاثیر خوبی بالای اطفال می نماید طیب باید به

طفل موقع بدهد تا با اتاق تداوی آشنا شده و حتی بداند که ماشین و آلات چطور کار می کنند و به آنها اجازه داده شود که تا با شرایط جدید خوبتر آشنا شوند در پروسه تداوی باید به طفل استراحت داده شود این استراحت ارتباط خوب و تفاهم متقابل را بین طفل و دوکتور بوجود می آورد. در تمام واقعات خیر خواهی به مریض داشتن، حوصله فراخ و کوشش برای ازین بردن در مریض، اعاده قدرت کار و توازن روحی مریض وظیفه عمده طبیب ستوماتولوگ بوده که رسیدن به آن ها از طرق مختلف امکان پذیر است. [21]

دونتولوژی در کلینیک داخله

دوکتوران داخله باید با پتالوژی و وظیفوی سیستم عصبی آشنایی داشته و حالت عصبی، روحی مریض را مد نظر بگیرند نه اینکه به مشوره دوکتور عقلی و عصبی اکتفا نمایند در برخورد روز مره خود با مریض باید از خودمهربانی و دلسوزی نشان داده و خود را روحاً شریک مشکلات مریض بدانند. که در این ارتباط خود باید خصوصیات فردی عکس العمل مریض را به مرضش مد نظر داشته باشد. دوکتور داخله اکثرآ برای تثبیت تشخیص خود از میتود های تحقیقاتی مدرن و مشوره سایر متخصصین استفاده بینمایند اکثرآ معاینات عصاره معده هدایت داده میشود که در این موارد آماده گی روحی این نوع مریضان و سلوک خوب با آنها حین اجرای معاینات اهمیت به سزای دارد در صورتیکه کدام عدم استتباب طبی برای داخل نمودن سند موجود نبوده تنها عقیده نادرست یا ترس و هراس ازین مانور مریض را فرا گرفته باشد موفقیت لازمه تنها وقتی بدست می آید که مریض به طبیب معالج خود اعتقاد داشته و نرس اطاق گستر و انترولوژی مهارت و خوش رفتاری لازم را داشته باشد.

در کلینیک های داخله اکثرآ مریضان مصاب به قرحات معده در مراحل حاد آن داخل بستر میگردند که این حالت اکثرآ توأم با تشوشات عصبی و روحی به شکل عصبانیت تند خویی بی حوصلگی و غیره می باشد این وضعیت بر خودمهربانه و دوستانه پرسونل طبی را ایجاب می نماید. بعضی مریضان نسبت به مریضی خود بی اعتنایی باشند ولی گروه دیگر اشخاص از پیدایش مرض فوق العاده رنج برده و عکس العمل شان بصورتی است که گوئی بد بختی بزرگ برایشان رو آورده که منبععد نمی توانند زندگی قبلی خود را چنانکه عادت نموده اند پیش ببرند در مورد برخورد انفرادی هر شخص به مرض و لزوم برخورد منفردانه طبیب به هر مریض طبیب مشهوری چنین اظهار نموده. (**طبیب نه تنها با مرض سروکار دارد بلکه سروکارش با مریض هاست که هر کدام شان به نظر خودشان مریض تر میباشد.**) [21]

دونتولوژی طبی در طب اطفال

طب اطفال یکی از رشته های طبابت می باشد که متخصصین آن بصورت مساوی علاقمند اشخاص مریض و اشخاص سالم از زمان تولد الی زمان بلوغیت شان میباشد دوکتور اطفال اکثرآ به فعالیت های وقایوی و مشورتی اشتغال داشته و دایماً متوجه رشد فیزیکی و عقلی اطفال بوده و در تربیت صحیح آنها کمک می نماید. اطفال همیشه موجود مغلق برای طبیب است زیرا مانند مریضان کاهل قدرت آن را ندارد تا بصورت مکمل صحیح و دقیق احساس خود را بیان نماید. حین مواجه شدن با طفل، طبیب باید خصوصیات روحی طفل را مد نظر داشته باشد. طفل تنها طالب رویه معمول بوده بلکه تقاضای برخورد عالی، انسانی، مهربانی، نوازش و محبت را مینماید. اطفال در مقابل رویه با

احساس نسبت به برخورد عاقلانه و منطق عکس العمل مثبت نشان می‌دهد. از رویه دروغین و ساختگی آنها رو می‌گردانند به این ترتیب آنها را میتوان با بازی متوجه خود ساخت. هر نوع مشکلات که در حین معاینه و یا تداوی طفل تصادف کند ترسانیدن آنها به هیچ وجه مجاز نیست در صورتیکه ضرورت بیافتد تا طفل تنبیه شود باید این تنبیه هیچ وقت به تحقیر و پایین آوردن عزت نفس طفل تبدیل نگردد چه رسد با آنکه این تنبیه سبب صدمات جسمی یا روحی طفل گردد در مواردیکه تدابیر دردناک مانند پیچکاری و واکسین و غیره ضرورت می‌افتد باید از آسان‌ترین شکل آنها بدون استفاده از قوه و بدون آنکه طفل احساس زجر و شکنجه را نماید استفاده گردد.

متأسفانه اکثر تصادف می‌کند که اطفال برای تماس با طیب آماده نمی‌باشند بعضی والدین اطفال خورد سال را نسبت اینکه غذا نمی‌خورند و یا البسه گرم نمی‌پوشند از طیب، پیچکاری، و ادویه تلخ و غیره می‌ترسانند. این نوع میتودها تربیه، کاری دوکتور اطفال را سخت مغلق می‌سازد زیرا اولاً او باید این ترس را از مریض کوچک خود دور بیسازد و بعداً علاقه او را به خود جلب نماید. پرابلم مغلق ارتباط متقابل بین طیب و اقارب مریض در طب اطفال اهمیت خاصی دارد جای شک نیست که بیم از عواقب مریضی طفل یک امر طبیعی برای مادر و غیره اعضای فامیل طفل می‌باشد. ولی بعضاً این احساس بشکل خوب آن از طرف والدین نمایان نمی‌گردد در همین موارد است که طیب اطفال با حوصله فراخ و نزاکت عالی باید معلومات لازمه راجع به صحت طفل به والدین ارائه نموده و از عواقب مرض بصورت خوشبینانه اظهار نظر نماید. ولی باید گفت که خوشبینی بیش از حد مانند بدبینی از حد مضر واقع می‌شود. همچنین تشریحات غیر ضروری و اضافی اعراض و علایم مرض بیش از این به طفل مفید واقع نمی‌شود. تنها باید معلومات مهم به والدین ارائه گردد. زمانیکه طفل مریض داخل بستر میگردد موضوع گذاشتن والدین با طفل در شفاخانه اکثراً بوجود می‌آید. روی این موضوعات باید طیب بادر نظر داشت سن، وضعیت مریض شرایط شفاخانه و سوبیه کلتور والدین مریض تصمیم اتخاذ نماید. [21]

دونتولوژی طبی در پراتیک طب عدلی و پتالوگواناتومها

- اکسپرت طب عدلی قبل از همه یک دکتور طب است که مراعات تمام پرنسپها و تقاضایهای دونتولوژی طبی برایش حتمی شمرده می‌شود علاوه تا خصوصیات مسلکی اکسپرت های طب عدلی یک سلسله عناصر دیگر دونتولوژیکی را ایجاب می‌نماید. در حین تحقیقات جسم بیجان اکسپرت طب عدلی باید به یاد داشته باشد که جسد تنها یک اویژکت تحقیقی بوده بلکه چند مدت قبل انسان زنده بوده و از خود اقارب و نزدیکان دارد که از مرگ وی خیلی ها متاثر می‌باشند. از این سبب نباید صدمات اضافی و غیر ضروری را در جسم بیجان بوجود آورد در ختم تحقیقات باید کوشش شود تا میت چهره و حالت مناسب برای وداع و دفن داشته باشد. مراعات نظافت و پاکیزگی یکی از شرایط حتمی شمرده میشود کثیف ساختن میت، اعضای وی و آلات و اسباب اتوپسی باخون صفر، مواد معدنی و معانی و غیره نه تنها تاثیرات روحی ناگوار را بار می‌آورند بلکه مانع تشریح صحیح تمام لوحه پتالوژیکی می‌گردد. از این سبب در حین اتوپسی باید متوجه بود که مستحضر تمام آلات و اعضاء را در صورتیکه کثیف شده باشند بموقع شست و شو نماید. در حین اتوپسی اتفاق می‌افتد که مباحثه جدی بین دکتوران معالج و اکسپرت صورت گیرد به هیچ وجه این مباحثات نباید شکل حاد را بخود بگیرد خصوصاً زمانیکه اشخاص بیگانه حضور داشته باشند در اتوپسی ها میتوانند محصلین و مستحضران حضور داشته باشند که آنها بعضاً بصورت ناآگاهانه گفتار دوکتور معالج و اکسپرت را بصورت تحریف شده به اقارب میت می‌رسانند و در نتیجه اقارب میت استنتاج غیر

صحیح راجع به علت مرگ می نمایند. در صورتیکه تفاوت بین تشخیص کلینیکی واناتومپتالوژیکی حین اتوپسی بمیان آید اظهارات اکسپرت باید با کمال احتیاط و نزاکت باشد.

حین ملاقات با اقارب میت اکسپرت باید مهربان و باشفقت بوده و از صدمات روحی اضافی به اقارب میت جلوگیری نماید. اقارب و نزدیکان میت اکثرآ علاقه مند نتیجه اتوپسی می باشند که راجع به این موضوعات از نرس هایا مستحضران معلومات می خواهند. ازین سبب باید به مستحضران و نرس ها تفهیم گردد که تنها معلوماتی را که در کارت دفن میت تحریر گردیده به اقارب و نزدیکان وی بدهند. و اکسپرت می تواند تنها معلومات لازمی و عینی را که اسرار تحقیقی شمرده نمی شود. به اقارب میت ارائه نمایند.

در مورد اشخاص زنده که از سبب صدمات جسمی و یا حالات جنسی و جنایات جنسی تحت معاینه اکسپرت قرار میگیرد. اکسپرت باید فوق الادیه نزاکت را مراعات نموده از سوالات اضافی (که برای استنتاج ضروری نیست) که به حیات شخص و جهات محرمانه زندگی معاینه شونده تماس کند و یا اینکه سبب امراض Iatrogenia گردد صرف نظر نماید. و اتفاقی تصادف می کند که معاینه شونده با اظهار غلط راجع به وقت واقعه یا کیفیت واقعه کوشش می نماید تا اکسپرت رابه بیراهه بکشاند در این موارد اکسپرت حق ندارد از خود عصبانیت نشان بدهد یا عدم اعتماد خود را وانمود سازد. وظیفه اکسپرت اینست که بتمام اظهارات معاینه شونده گوش دهد و به اساس معاینات و ارقام عینی استنتاج مدلل خود را راجع به اینکه حصول صدمات (یا سایر آفات) در شرایط که معاینه شونده اظهار داشته امکان پذیر بوده یانه. هوشیاری خاص دوتولوژیکی و اتفاقی ایجاب مینماید که موضوع اشتباهات طبی و نقایض کمک های طبی مطرح باشد. مطابق به دستورالعمل پیشبرد اکسپرتیز های طب عدلی اکسپرت طب عدلی حق ندارد نظری راجع به صحیح بودن و یا غلط بودن امور طبی بدهد این موضوع بصورت کمیسونی به اشتراک متخصصین ورزیده رشته مربوطه حل میگردد.

اظهارات بی اساس درباره تداوی غلط یا تاخیر در کمک به مریض میتواند به اقارب میت یا معاینه شونده بصورت تحریف شده برسد که اکثرآ منشه شکایات شان به مراجع مربوطه میگردد که بعد از معاینه دوباره تأیید نمی گردد. تقریباً تمام نتایج اکسپرتیز، مدارک اثباتیه دردعاوی جزائی ومدنی محسوب گردیده و به اساس آنها فیصله های مهم در قضیه گرفته میشود که به این اساس بدوش اکسپرت مسولیت بزرگ مسلکی و اخلاقی افتیده است. پتالوگ اناتوم مسولیت دیگری در بخش معاینات تشخیص بیوپسی ها دارد بی احتیاطی و عدم هوشیاری لازم دوتولوژیکی در وظایف کارکنان شعبه پتالوژی میتواند سبب اشتباهات جدی گردد. در مواردیکه دو کتوران سایر موسسات طبی علاقه مندی و یا ضرورت به نتیجه معاینات پتالوژیک یا سلاید ها پیدا نماید در این مواقع باید نتایج یا سلاید ها تنها توسط پرسونل پتالوژی باتعهد اعاده دوباره آنها به سائر موسسات ارسال گردد.

نتایج غیر مشخص و احتمالی تحقیقات میکروسکوپیکی، ایجاب بیوشیمی دوباره و شک به امراض وخیم به اطلاع مریضان نباید رسانیده شود باز هم اگر ایجاب نماید تابعی معلومات ها به دسترس شان گذاشته شود این موضوع باید بصورت قابل فهم برای انها بشکل احترامانه و هر قدر مرض وخیم تر باشد به همان اندازه با احتیاط تر ارائه گردد که در این صورت همیشه لازم است تامریض را امید وار به صحتیاب شدن ساخت.

پتالوگ اناتوم به اساس معاینات پارچه بیوپسی نزد اشخاص زنده و به اساس اتوپسی نزد اموات میتواند به موجودیت بعضی امراض نزد اشخاص پی ببرد که تشهیر آن ضروری نمی باشد. نویسنده مشهور بنام کانیا، در رساله بنام (اسرار طبابت) می نویسد که: "طیب با حفظ اسرار کشف شده برایش میتواند خود را با اخلاق و از نظر حقوقی آزاد بداند" به این ترتیب دوکتوران اناتوم و پتالوژی در فعالیت های روزمره خود نسبت به سائر دوکتوران با موضوعاتی که به اسرار طبابت ارتباط دارد بیشتر مواجه میشود. [21]

[ **NKS** Medical Library ]

ID: <http://t.me/NKS02>



ENGLISH



PASHTO



DARI

SUBSCRIBE



مأخذ : References

- 1- القرآن عظیم الشان:
سوره فصلت آیه (40) - سوره الغاشیه آیه (22) - سوره ق آیه (45) - سوره طور آیه (21) - سوره المدثر آیه (38) - سوره الاسرا آیه (36) - سوره المائده آیه (32) - سوره النمل آیه (90)
- 2- اسکیح ، دی ، جی. 1377. حقوق اخلاق پزشکی.
مترجمان: عباسی، محمود، شاه یحیی، بهرام - انتشارات پایا، تهران
صفحات: 35.....42-75.....84-91.....95
- 3- باندمن، آلتی ال، باندمن، برترام. 1375. اخلاق پرستاری در طول زندگی.
مترجم: علیزاده، مهتاب، نشر و تبلیغ بشری، تهران
صفحات 6.....12-15.....19-25.....81.....92
- 4- پروانی عبدالظهور. 1365. طب عدلی . انستیتوت طب کابل ، کابل.
صفحات 14.....19-211.....213
- 5- حضرت امیر المومنین. ترجمه محمددشتی سال 1365 نهج البلاغه. محل نشر(ایران)
صفحات 9....11-25.....35-41.....45
- 6- خیاط، محمد هشیم. 2006، اخلاق طبابت وصحت . نشرات وزارت صحت، کابل
صفحات 1...8.....12-14.....16....19...27
- 7- زاهدپاشا، یدالله . حسنجانی روشن، محمد رضا، ریانی، حمید رضا
میزان رعایت اخلاق پزشکی . در پایان نامه ها و کار آزمائی های بالینی در دانشگاه علوم پزشکی، مجله
دانشگاه علوم پزشکی. سال پنجم، شماره 3، سال 1382. تهران
صفحات 1.....3-15.....18
- 8- سلجوقی، صلاح الدین. 1331. مقدمه علم اخلاق . جلد 1-2، مطبعه کابل، کابل
صفحات 12.....14-18.....29
- 9- سیناء ابوعلی . شیخ رئیس، 1370. قانون طب . چاپ دوم، مطبعه سروش، تهران
صفحات 2-8-15-24
- 10- شریعتی، منصوره. 1383. تاریخ اخلاق مقررات مامائی و پزشکی قانونی . چاپ دوم، انتشارات
فیروز تهران

- صفحات 8.....13-25.....31-71
- 11- طوسی، خواجه نصرالدین . سال 1365 . اخلاق ناصری . مطبعه سعدی، تهران،
صفحات 6.....13-19.....25
- 12- عزیزی، دوکتور فریدون . سال 1371 . روش های یادگیری و تحقیق در علوم پزشکی .
مطبعه رامین، تهران
صفحات 18.....2-31.....38
- 13- فاینستاین، آلیس . باهمکاری دولمور، دوک، هولمن، مارسیا، کافمن، برایان پل، Etal، 1383. چه
وقت به پزشک مراجعه کنیم؟ . چاپ ششم، تهران،
صفحات 85.....91-101.....121.....135
- 14- کمیسیون مستقل اصلاحات عدلی و قضائی . قانون اجراءات جزائی . مطابق نسخه اصلی جریده
رسمی عقرب سال 1344 .
- 15- محمد ابن اسماعیل . بخاری 1357 . حدیث صحیح البخاری . جلد اول، محل نشر قندهار، کابل
صفحات 25.....32-81.....121-224
- 16- وزارت عدلیه . قانون جزاء . مطابق نسخه اصلی جریده رسمی سال 1355 .
- 17- وزارت صحت عامه . قوانین ولوایح . مطابق نسخه اصلی از نشرات وزارت صحت عامه سال 1365
- 18- یسنا، یعقوب . تطور تاریخی اخلاق . مجله عدالت، سال هفتم
شماره های 23-33، سال 1385 . نشرات وزارت عدلیه، کابل
- 19 - American Medical Association. 2003 . Cod of Medical Ethics. U.S.A.
Pages 16-50 – 61 -.....65 -68 -77 -78 -102.....104 - 116 -136.....139 - 141**
- 20 - Jonsen. Albert. R, siegler. Mark, Winslade. Walliam. j .2002
Clinical Ethics . 5th Edition . New York
Pages 13.....25-40.....60-211.....225**
- 21 - KAZALOWA. M.F. Forensic Medicine . Publication of Kabul Medical
Institute 1982 .
Pages 593.....605**
- 22 - Mason J.K, Laurie G.T . 2006 . Law and Medical Ethics . 7th Editoin Oxford
University New York
Pages 3-4 -8...12- 29 – 35 – 41 – 74...78 – 8081 – 129 – 140...146 -253 -291 -
744 ...746**
- 23 - Mapps, Thomas A, Zembaty . James. s. 1997 . Social Ethics Morality & Social
Policy . 5th Edition New York
Pages 74.....83-129.....143-144-146**

**24 - World Medical Association,2002. Medical Ethics Manual ISBN. Ferny,
Voltarie Cedex,France
Pages 10....12 – 1619 – 23 ... 31**

Medical Ethics Book Name:
Author: Dr. Abdul Ghafor Hamdil Sediqi
Publisher: Balkh Medical Faculty
No of Copies: 1000
Download: www.balkh-un.edu.af

This Publication was financed by the German Academic Exchange Service (**DAAD**) with funds from the German Federal Government.
The technical and administrative affairs of this publication have been supported by Umbrella Association of Afghan Medical Personal in German speaking countries (**DAMF e.V.**) and **Afghanic.org** in Afghanistan.
The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

All rights are reserved with the author.
If you want to publish your text books contact us:
Dr. Wardak, MoHE, Kabul, Afghanistan
Afghan cell: 0706320844, Email: wardak@afghanic.org

ISBN:



Printed in Afghanistan, 2010



Balkh Medical Faculty



Medical Ethics



Dr. Abdul Ghafor Hamdil Sediqi

2010



Funded by  Deutscher Akademischer Austausch Dienst
German Academic Exchange Service



Printed in Afghanistan Times Printing Press

Numan Sahak