

نقش اخلاق پزشکی در نظام جامع سلامت^۱

دکتر علیرضا زالی^۲

چکیده

گسترش روزافزون دانش بشری و ارتقای فنآوری های زیست پزشکی و افزایش توانمندی های پزشکان در تشخیص و درمان انواع بیماری ها با مباحث فراوان و چالش برانگیزی به ویژه از حیث مسائل اخلاقی همراه بوده است. شناخت عمیق و دقیق این مسائل توجه بیشتر پزشکان و اندیشمندان حوزه های گوناگون به ویژه اخلاقیون را به اخلاق پزشکی به عنوان راهکاری جدید در نظام جامع سلامت برانگیخته است. با وجود تحولات فنآوری های پزشکی، هنوز نگرانی هایی راجع به قدرت پزشکان در تصمیم گیری هایی که به طور مستقیم بر سلامت و حیات افراد تأثیر گذار است، وجود دارد. این نگرانی ها به ظهور جنبش هایی با مضمون حقوق بیماران و نیز حق اجتماع در خصوص مشارکت در تصمیم گیری های پزشکی انجامیده است. از طرفی باید به مواردی اشاره کرد که در سیاستگذاری نظام جامع سلامت مؤثرند، به عنوان نمونه؛ با تحول تکنولوژی، منابع مورد نیاز تغییر می کنند، جمعیت و به ویژه جمعیت افراد سالخورده در حال افزایش است، همچنین زمان لازم برای ورود نیروی کار به جمع شاغلان افزایش یافته است. در نتیجه افراد بیشتری در انتظار بهره برداری از

۱- مقاله حاضر متن سخنرانی جامع نگارنده در دومین کنگره سراسری اخلاق پزشکی سازمان بسیج جامعه پزشکی است که در اردیبهشت ماه ۱۳۸۷ در قم ارائه گردید.

۲- دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و رییس شورای عالی مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی.

منابع بوده و شمار کمتری از کل جمعیت درگیر تولید منابع هستند. بنابراین پرداختن به مباحث مهمی همچون نیازهای جوامع بشری، ملاحظات اخلاقی مطرح در زیست فناوری و پژوهش های پزشکی، تخصیص منابع محدود و کلان، معیارهای مهم اخلاقی در تصمیم گیری ها، ارائه راهکارهای بنیادی و آموزش اخلاق پزشکی یکی از ضرورت های اساسی است که می بایست در نظام جامع سلامت مورد توجه قرار گیرند.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، تخصیص منابع، سیاستگذاری، نظام جامع سلامت.

مقدمه

طی چند دهه اخیر شاهد پیشرفت های وسیع و خیره کننده ای در حوزه تحقیقات زیست پزشکی و فناوری های نوین زیستی بوده ایم. گسترش چشمگیر دانش بشری، افزایش توانمندی های انسان، که بخشی از آن حاصل پیشرفت فناوری ها، به ویژه در زمینه زیست پزشکی و صنعتی شدن جوامع بوده است، مسائل چالش برانگیزی را فراروی پزشکان و عالمان اخلاق قرار داده و بدون شک همه افراد بشر را به نوعی تحت تأثیر خود قرار داده است.

براین اساس اندیشمندان حوزه های مختلف درصدد برآمدند تا با ارائه راهکارهای اخلاقی مناسب برای رفع مشکلات موجود یا لاقط کاهش آنها تلاش کنند. به این ترتیب اخلاق پزشکی به عنوان تخصصی میان رشته ای به ویژه در کشورهای پیشرفته که بیشتر با این مسائل سروکار داشتند، شکل گرفت و درحال حاضر توجه زیادی را به خود معطوف داشته است.

اگر چه اخلاق پزشکی از سابقه ای دیرینه در همه فرهنگ های بشری برخوردار است. اما شکل نوین آن که به بررسی موضوعات پزشکی جدید و مسائل اخلاقی و حقوقی مربوط به آن و ارائه راهکارهای مناسب می پردازد، رشته ای نوپا است و می کوشد تا اخلاقیات را به صورت کاربردی در حیطه ی عمل پزشکان و کادر درمانی وارد نماید. لذا این علم دیگر تنها به عنوان تدوین کننده قواعد حرفه ای خاص برای پزشکان نیست بلکه رویکردی تحلیلی است که طی آن افکار، عقاید، رفتار و نحوه تصمیم گیری پزشک در مواجهه با مسائل مختلف را به صورت دقیق و انتقادی مورد بررسی قرار داده و در صورت لزوم دستورالعمل ها و تذکرات مناسب را ارائه می دهد. به بیانی دیگر، اخلاق پزشکی، پزشک را در مواجهه با مسائل گوناگون یاری می کند و راهکارهایی سازمان یافته و اصولی را فراهم می آورد تا حس اعتماد و رابطه مستحکم پزشک و بیمار همچنان پایدار بماند. بنابراین پرداختن به نقش اخلاق پزشکی در سیاستگذاری نظام جامع سلامت و عدالت در تخصیص و توزیع منابع از نکات محوری مورد توجه در اخلاق پزشکی است که در دو بخش ارائه می گردد.

بخش اول: اخلاق پزشکی و سیاستگذاری نظام جامع سلامت

۱- پیشینه اخلاق پزشکی

اخلاق پزشکی از سابقه ای دیرینه در همه فرهنگ های بشری برخوردار است. در همه آیین های کهن و پیشین، آموزه های خاصی در خصوص ویژگی های یک پزشک آرمانی و نحوه برخورد وی با بیماران وجود داشته و «رابطه پزشک و بیمار» و «فضیلت های اخلاقی ضروری پزشکان» دو محور اصلی اخلاق پزشکی سنتی بوده است. اخلاق پزشکی سنتی بیش از همه با اندیشه ها و تفکرات فلاسفه بزرگی چون بقراط، سقراط، افلاطون و ارسطو پیوند خورده است. به

تأسی از این بزرگان، اندیشمندان یونان باستان در کنار پزشکی، اخلاق را نیز در سرلوحه کار خود قرار داده بودند.

بقراط اولین کسی بود که مبانی اخلاقی را در قالب سوگندنامه با طبابت درهم آمیخت و آنرا به عنوان تعهدنامه اخلاقی در اختیار پزشکان گذاشت. سپس تمدن های مختلف و به ویژه تمدن اسلام و ایران توجه ویژه ای به اخلاق در طب نشان دادند. «پندنامه اهوازی» نیز در همین راستا به رشته تحریر درآمد. در تمدن های گذشته و به ویژه تمدن اسلامی، اخلاق یکی از پیش نیازهای طب بالینی محسوب می شده و دانش آموختگان پزشکی موظف به گذراندن اخلاق و حکمت بودند.^۱

۲- پیدایش اخلاق پزشکی نوین

با پیشرفت فناوری و تعدد روش های مختلف پیش روی پزشکان برای درمان بیماری ها، اخلاق پزشکی سنتی دیگر قادر به حل مسائل و معضلات موجود نبود. لذا اخلاق پزشکی نوین از دهه ۱۹۶۰ میلادی به عنوان تخصصی میان رشته ای و جدید وارد حوزه ی پزشکی شد.

عوامل متعددی تحول کیفی و بنیادی را در اخلاق پزشکی ایجاد کردند. دامنه و گستره این تغییرات به حدی بود که از نظر بسیاری از اندیشمندان و صاحب نظران دیگر اصطلاح «اخلاق پزشکی»^۲ واژه ای نارسا بود و لذا تصمیم گرفتند به جای این واژه، اصطلاح «اخلاق زیستی»^۳ را به کار برند.

۱- برای مطالعه بیشتر رجوع کنید به مقاله نگارنده در فصلنامه اخلاق پزشکی، سال اول، شماره اول، پاییز ۱۳۸۶، تحت عنوان: سیر تحول آموزش اخلاق پزشکی، ص ۱۵.

2 - Medical ethics

3 - Bioethics

گذشت زمان دانشمندان حوزه اخلاق را واداشت تا برای حل مشکلات اخلاقی و حقوقی مطرح شده، چاره‌ای بیاندیشند. مهمترین این ابداعات، پیدایش دستگاه دیالیز، دستگاه ونتیلاتور یا تنفس مصنوعی، امکان پیوند اعضا، استفاده از سلولهای بنیادین، فنآوری‌های تولید مثل، تحقیق و پژوهش‌های پزشکی و ... بود که همه این موارد امکان زنده نگهداشتن و یا افزایش طول عمر بیماران را فراهم می‌کرد که پیش از آن در مدت کوتاهی فوت می‌کردند.

عامل مهم دیگر، دغدغه و نگرانی از قدرت انحصاری پزشکان در تصمیم‌گیری‌هایی است که به طور مستقیم بر سلامت و حیات افراد تأثیر گذار است. این نگرانی‌ها به ظهور جنبش‌هایی با مضمون حقوق بیماران و نیز حق اجتماع در خصوص مشارکت در تصمیم‌گیری‌های پزشکی انجامید.

با توجه به این که تصمیم‌گیری‌های عملی در حیطه اخلاق پزشکی نوعاً نیازمند درک صحیح مباحث فلسفی مربوط می‌باشد، لذا باید با دقت تمام و بررسی جوانب امر، اصول و مبانی خاصی را تدوین و به گونه‌ای آنها را به کار گرفت که همه انسانها، بویژه افراد معتقد به اخلاقیات آنرا تأیید نمایند. کلیدهای اساسی که در حال حاضر در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی مطرح است، اصول چهارگانه استقلال یا اتونومی، سودمندی، زیان نرساندن و عدالت می‌باشد.^۱

دیدگاه جوامع غربی و اسلامی در مورد این اصول متفاوت است و هر کدام چهارچوب خاصی را با توجه به شرایط فرهنگی و مذهبی خود اتخاذ می‌کنند. مثلاً در مورد مسئله قطع دستگاه‌های حیاتی، در طی چند دهه گذشته همواره این مسئله مطرح بوده است که آیا دستگاه حیاتی را برای بیماران که امیدی به

۱- برای مطالعه بیشتر رجوع کنید به: مبانی نوین ارتباط پزشک و بیمار، دکتر محمدرضا زالی، چاپ

دوم، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، ۱۳۸۷

هوشیاری مجدد آنها نیست، باید به کار برد یا خیر؟ این یک تصمیم اخلاقی است که تنها پزشک قادر به اتخاذ آن نیست بلکه بیمار، خانواده بیمار و دیگر آحاد جامعه نیز هر کدام به نوعی در این تصمیم گیری نقش دارند و نظرات آنها کمتر از دیدگاه پزشک نیست. یا مسئله پیوند اعضا و لیست انتظاری که در این زمینه وجود دارد.^۱ استفاده از پیوندهایی که هیچ گونه امیدی به زندگی را تضمین نمی کند، اما با این حال پزشکان آن را انجام می دهند نیز از این نوع مسائل هستند. با وجود تنوع دیدگاه ها ما باید دیدگاه های سازش جویانه را که موجه و قابل قبول هستند تشخیص دهیم و آنها را به کار گیریم. در این زمینه بهتر است به این نکات توجه داشته باشیم:

۱- هر بیمار در کنار مشکلات جسمانی خود، از یک سری احساسات و عواطف و به عبارت دقیق تر خصوصیات اخلاقی خاص نیز برخوردار است. لذا پزشک معالج باید ضمن گرفتن شرح حال از بیمار خود به این ویژگی ها نیز توجه داشته باشد تا بتواند بهترین مراقبت های پزشکی را با توجه به محدودیت های موجود به بیمار ارائه دهد.

۲- بیماران از نظر وضع جسمانی و مشکلاتی که دارند متعدد می باشند، مشکل بیمارانی که در مراکز درمانی اورژانس پذیرفته می شوند حادثتر است، لذا پزشکان باید بیماران را اولویت بندی کرده و با توجه به مشکلات آنها برای درمان اقدام نمایند. به علاوه مراکز پزشکی باید براساس دستورالعمل های از پیش تعیین شده نسبت به معالجه بیماران خود اقدام نمایند.

۱- عباسی، محمود، پیوند اعضا، انتشارات حقوقی ۱۳۸۲.

۳- بیمار به عنوان عضوی از جامعه است، لذا مراکز درمانی و پزشکان متعهد باید عشق و وفاداری خود را به بیمار ابراز نموده و در تصمیم‌گیری‌های خود عدالت و انصاف را مد نظر قرار دهند.

در نظر گرفتن این دیدگاه‌های سازش‌جویانه راهی برای کنترل تضاد بین علائق بیمار و استفاده از منابع کارآمد و مؤثر اجتماعی است، اگر چه ممکن است عملاً با مشکلات زیادی همراه باشد.

۳- اخلاق زیستی؛ و رویکرد نوین جامعه جهانی

جهان امروز به چیزی فراتر از اخلاق پزشکی می‌اندیشد و همه حوزه‌های پیرامون علوم پزشکی و علل و عوامل تأثیرگذار در عرصه پزشکی را در پرتو تخصصی میان رشته‌ای با نام اخلاق زیستی مورد مطالعه قرار می‌دهد. یکی از وجوه تمایز اخلاق زیستی از اخلاق پزشکی ماهیت انتقادی و اندیشمندانه آن است که به مسائل اخلاقی ناشی از افزایش خارق‌العاده توانایی ضمنی بشر می‌پردازد. هدف این حوزه به دست دادن یا ایجاد پایبندی نسبت به مجموعه‌ای از آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌ها نیست، بلکه می‌کوشد تا صورت و ماهیت بسیاری از مسائل را روشن کند.

وجه تمایز دیگر اخلاق زیستی، ماهیت فلسفی مباحث آن و توجه به موضوعاتی همچون ماهیت اخلاقی ارزش‌های، مفهوم شخص و مصادیق آن و ارزش و کرامت انسان در مقایسه با سایر موجودات است.^۱

و بالاخره یکی از مهمترین وجوه تمایز اخلاق زیستی و اخلاق پزشکی، پرداختن به مباحث سیاستگذاری عمومی و تصمیم‌گیری‌های کلان در سطوح مختلف

۱- رک: عباسی، محمود، سلسله مقالات اخلاق زیستی، نشریه نقل و نقد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، نیمه اول ۱۳۸۶.

است. این جنبه از مباحث اخلاق زیستی تحت عنوان «اخلاق در سیاستگذاری» یا در وجه محدودتر آن «اخلاق در نظام مراقبت های سلامت» نامیده شده است که در بخش دوم به تشریح آن خواهیم پرداخت.

۴- سیاست گذاری در نظام جامع سلامت

سیاست گذاری در نظام جامع سلامت بسیار حائز اهمیت است. با توجه به گسترش جمعیت به ویژه جمعیت سالمندان و بیماران و نیز محدودیت منابع، شاهد کاهش منابع به ویژه در حوزه مراقبت های سلامت هستیم. از طرفی منابع مورد نیاز، با تحول تکنولوژی و پیشرفت های صورت گرفته تغییر می کنند. زمان زیادی طول می کشد تا نسل جدید وارد صحنه فعالیت های اجتماعی شده و به عنوان نیروی کار به جمع شاغلان حرفه پزشکی بپیوندند. در نتیجه افراد بیشتری در انتظار بهره برداری از منابع بوده و شمار کمتری از کل جمعیت درگیر تولید منابع هستند. براین اساس اصل عدالت و توزیع عادلانه منابع و سودرسانی باید مدنظر قرار گیرد. سیستم مراقبت های سلامتی در اکثر کشورها معمولاً بر برقراری مساوات تأکید دارند. لذا سیستم عمومی و یکپارچه ای برای تمامی افراد در نظر گرفته می شود تا ارزش عدالت و توزیع منصفانه منابع در سایه آن مشخص شود.

حفظ منابع نیز از اهمیت ویژه ای برخوردار است. لازم است جامعه محدودیت هایی را بر تمامی افراد اعمال نماید تا نتوانند منافع شخصی خود را به صورتی بی قید و شرط و بدون توجه به مصالح اجتماعی دنبال نمایند.^۱

۱- پورمحمدی، علی، مبانی فلسفی اخلاق زیستی، جلد دوم دوره اخلاق زیستی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، ۱۳۸۷.

بخش دوم: عدالت در تخصیص و توزیع منابع

۱- عدالت در توزیع منابع

نیاز جوامع بشری بسیار متنوع است. در این میان تأمین نیازهای بیولوژیک افراد بشر اهمیت ویژه ای دارد. از سوی دیگر رشد عقلی و علمی افراد نیز باید مدنظر قرار گیرد، تا براساس آن برای تأمین خواسته ها و نیازهای هر فرد بتوان اقدام کرد. اما تأمین همزمان همه نیازهای بشری امکان پذیر نیست، یعنی تمام افراد نمی توانند همه چیز را با هم یا در کنار هم داشته باشند. هر جامعه مدنی و متمدنی باید به طور مناسب و به اندازه به تمام نیازها توجه داشته باشد و برای برآوردن آنها بکوشد. بر همین اساس جوامع پیشرفته امروزی سیستم بیمه را به عنوان راهکاری ایده آل در نظر می گیرند، تا در مواقع لزوم به حمایت افراد نیازمند آمده و مشکلات آنها را به ویژه در زمینه مراقبت های پزشکی و بهداشتی رفع نماید. رهنمودی که در برخی جوامع متمدن ارائه می شود، توجه به اصل عدالت و آزادی و نیز صرف هزینه ها به صورت مؤثر و کارآمد است. اما مسئله قابل بحث این است که آیا تضادهای کلیشه ای بین آزادی و هزینه های بهینه و عدالت باید مورد توجه قرار گیرد؟

یکی از اصول چهارگانه در نظام جامع سلامت اصل سودمندی است. یعنی بیشترین سود به بیشترین افراد با کمترین هزینه ارائه شود. این اصل با اصل عدالت در توزیع منابع درهم آمیخته است، بدین معنا که منابع اختصاص یافته باید بیشترین کارایی و قابلیت ممکن را برای خدمت رسانی داشته باشند. به علاوه هر فرد باید از این منابع به گونه ای بهره گیرد، که شأن و کرامت انسانی افراد حفظ شود. جامعه نیز باید مراقبت های سلامتی پایه را برای تمامی افراد

ارائه دهد. اقتصاددانان مدل هایی را در نظر می گیرند که با کمترین هزینه بیشترین سود به افراد برسد.

همچنین اولویت بندی بیماران از دیگر راهکارهایی است که می تواند در این زمینه مثر ثمر باشد. تجزیه و تحلیل مراقبت های ارائه شده و نیز هزینه صرف شده می تواند در ارائه خدمات بهتر مفید باشد و همین عامل به طور غیرمستقیم در افزایش سلامتی و طول عمر افراد جامعه مؤثر است. لذا در تصمیم گیری های مربوط به مراقبت های بهداشتی باید با توجه به منابع محدودی که در اختیار داریم برای افزایش کیفیت زندگی و کاهش بیماری ها و مرگ و میر تلاش کنیم، ضمن اینکه باید به برقراری تعادل در این زمینه توجه داشت. یعنی وقتی ناگزیریم بین زندگی کوتاه همراه با سلامتی و زندگی طولانی همراه با ناتوانی و استرس یکی را انتخاب کنیم، چگونه باید تصمیم بگیریم؟ در اینجا است که باید مسئله کیفیت زندگی^۱ را با در نظر گرفتن اولویت ها انتخاب نمود. بعضی افراد در طول زندگی خود با ناتوانی و سستی قابل توجهی مواجه می شوند، درحالی که دیگران ممکن است یک قرن را بدون هیچ بیماری بسر برند. سلامتی تا حدی ژنتیکی است اما بعد از تولد، عواملی چون مواد غذایی مصرفی، محیط زندگی و غیره می توانند سلامتی را تحت تأثیر قرار دهند.

در این جا سؤالاتی مطرح می شود که آیا کیفیت زندگی یک بیمار آن اندازه بی اهمیت است که استفاده از خدمات پزشکی به نظر بی جا می آید؟ در این مواقع چه کسی باید تصمیم بگیرد؟ تیم پزشکی، بیمار یا خانواده بیمار؟ مطالعات نشان داده اند که پزشکان اغلب سطح پایین تری از زندگی را نسبت به آنچه که خود بیمار در نظر دارد ارزیابی می کنند. لذا اگر بیمار از هوشیاری کامل برخوردار

1- Quality of life

باشد و بتواند ارتباط برقرار کند، باید در این زمینه با او مشورت کرد. اما چه معیارهایی برای قضاوت در مورد کیفیت زندگی قابل قبول است؟ در این خصوص کمتر بحث می شود و اغلب تحت تأثیر تعصب و پیش داوری قرار می گیرد. لذا بحث و تبادل نظر مسئولین مراقبت های بهداشتی و درمانی بیماران، می تواند تا حدی برخی نگرانی های موجود را کاهش دهد.

به عنوان مثال، ساکنان یک ساختمان پزشکی ممکن است نسبت به بازگشت بیماران الکلی به بیمارستان ابراز نگرانی کرده و چنین مطرح کنند که هزینه های صرف شده می تواند برای خدمات ضروری تر مثلاً مراقبت های قبل از تولد یا پروژه های تحقیقاتی صرف شود.^۱ بنابراین باید از پذیرش این بیماران در بیمارستان اجتناب ورزید. شاید حق با آنها باشد، اما اگر آنها به همین صورت رها شوند جامعه با چه مشکلاتی مواجه می شود؟ اینها مسائلی است که نیاز به بحث و تبادل نظر مسئولین مربوطه دارد.

مسلم است که با پیشرفت فناوری و صنعتی شدن جوامع، کیفیت زندگی افراد کاهش می یابد و موجب تقلیل پتانسیل بدن برای کار و فعالیت می گردد. برخورداری از نعمت سلامتی خواسته همگان است و باید برای ارتقای سلامتی افراد تلاش نمود. برخی از افراد تئوری های اخلاقی و حقوقی سودمندی را در دوره های مختلف برای رفاه اجتماعی ارائه داده اند. مثلاً نوزیک^۲ برای اضافه کار، مالیات مقرر نمود و این نشان دهنده این است که متناسب با بدن خود حقوقی داریم و اگر بخواهیم بیش از حد به بدن فشار وارد آوریم باید مالیات بپردازیم.

۱- پلومر، اورورا- زالی، علیرضا- عباسی، محمود، حقوق و اخلاق در پژوهش های پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، جلد چهارم دوره اخلاق زیستی، ۱۳۸۷.

2- Nozick

در کشورهای توسعه یافته تر مسائل زیادی در خصوص تشخیص مالیات برای بخش مراقبت های بهداشتی مطرح بوده است. اما باید به اولویت های مالیاتی توجه داشت. در برخی کشورها سیستمی وجود دارد که اجازه می دهد شهروندان قدرت انتخاب داشته باشند و طرح هایی را انتخاب کنند که با ایده های خودشان و نیز استطاعت مالی شان هماهنگی داشته باشد.

دولت برای تأمین منابع، برنامه هایی را در دستور کار خود قرار می دهد اما برخی از این طرح ها شاید باعث اتلاف منابع و یا استفاده بیش از حد از آنها شود. افرادی که به مناسب نبودن یا ناکارآمد بودن برنامه های طراحی شده اعتراض دارند، مخالف تأمین مراقبت های بهداشتی برای همگان به ویژه افراد نیازمند نیستند، بلکه اذعان دارند که این مراقبت ها بهتر است توسط مؤسسات اجتماعی و خصوصی ارائه شود تا افراد خیری که استطاعت دارند بتوانند وارد این حوزه شده و خدمات بهتری ارائه دهند. در این صورت مسئله داد و ستد اعضا برای پیوند از بین رفته و به جای آن اهدای عضو که عملی خدایسندانه است، رخ می نماید. از طرفی هزینه های برخی خدمات درمانی بسیار بالا است و همه افراد توانایی پرداخت آن را ندارند، لذا باید با راهکارهای مناسب شرایطی فراهم شود تا تمام افراد از منابع محدود استفاده نموده و امکان ادامه حیات داشته باشند.

۲- تخصیص منابع محدود و کلان

برقراری عدالت اجتماعی در سیستم خدمات درمانی و مراقبت های بهداشتی و تخصیص عادلانه منابع در جامعه از عمده ترین مباحث اخلاق پزشکی نوین است. این موضوع هم در اولویت بندی تخصیص منابع در سطح جامعه و هم در سهمیه بندی ها و انتخاب افراد و گروه ها برای خدمات، مورد بحث است. علاوه

بر رعایت عدالت، حفظ شأن و کرامت انسان ها و رضایت عموم جامعه، از اصول مهم اخلاقی است که باید به آن توجه داشت.^۱

اخلاق زیستی به این مسائل پرداخته است. مبنای اخلاق زیستی بر دو چیز استوار می باشد: رابطه افراد با یکدیگر و رابطه افراد با جامعه. به بیان اخلاق پزشکی، اولی شامل تخصیص منابع محدود^۲ و دومی دربرگیرنده تخصیص منابع کلان^۳ است. منابع مراقبت های بهداشتی تقریباً همیشه کمیاب هستند و باید به طریقی تخصیص یابند، اگر چه ما آنها را اغلب به عنوان منابع کمیاب یا تخصیص یافته در نظر نمی گیریم، به ویژه وقتی هیچ کس درباره چگونگی توزیع آنها تصمیمی آگاهانه نمی گیرد. اما در برخی کشورها از جمله آمریکا حجم کثیری از خدمات مراقبت بهداشتی به شهروندانی اختصاص یافته که تحت پوشش بیمه قرار دارند و ساختار بیمه در مورد چگونگی تخصیص منابع توضیح داده و تصمیم گیری می نماید. این تصمیم باید توسط فرد یا افرادی اتخاذ شود که به نیازهای جامعه آگاهی داشته و با توجه به اصل عدالت برای توزیع منصفانه منابع تلاش نمایند.

به عنوان مثال، واکسن آنفولانزا به میزان محدودی تهیه می شود، لذا باید بیماران نیازمند را اولویت بندی کرد. مثلاً سالمندان و کودکان که بیشتر در معرض بیماری های واگیردار و عفونی هستند، بیش از سایرین این واکسن را دریافت کنند.

گاهی خیلی از بیماران به طور همزمان خواستار توجهات پزشکی و اقدامات درمانی هستند و پرسنل پزشکی نمی توانند در یک زمان به تمام آنها خدمات لازم را ارائه نمایند. به عنوان مثال، در یک واحد اورژانس بسیار شلوغ یا یک بیمارستان محلی که تعداد مراجعه کنندگان به حدی است که سرویس دهی به

1- The Black well Guide to Medical Ethics, Rosamond Rhodes, Leslie pr Francis and Anita Silver, Black Well Publishing

2- Micro Allocation

3- Macro Allocation

آنها خارج از توان پرسنل شاغل است. اینجا است که مسئله اولویت بندی بیماران مطرح می شود، یعنی ابتدا باید به بیمارانی توجه کرد که وضعیت آنها وخیم تر است و سپس بیمارانی با وضعیت خفیف تر مورد معالجه قرار گیرند.

اندیشمندان حوزه اخلاق زیستی، منتقدان سیاست گذاری سلامتی و اقتصاددانان حوزه سلامت نوعاً بین تخصیص محدود و کلان منابع تمایز قائل می شوند. تخصیص محدود منابع در مراکز درمانی خاصی با توجه به گستردگی جمعیت محل صورت می گیرد. برای مثال، در یک بیمارستان تعداد زیادی تخت دیالیز برای بیماران کلیوی وجود دارد، اما بیمارانی که به این مرکز ارجاع داده می شوند بیش از حدی است که بتوان آنها را جای داد. اما تخصیص کلان تخت های دیالیز در حوزه مسئولیت نمایندگی های هماهنگ کننده منطقه ای یا استانی است. اگر سیستمی برقرار شود که همه بیماران دیالیز را تحت پوشش قرار دهد، تعداد تخت ها نیز افزایش می یابد و لذا بیماران با مشکلی مواجه نمی شوند. موضوع توزیع اعضای پیوندی یا تخت های آی.سی.یو نیز به همین منوال است. تخصیص کلان منابع که با تخصیص منابع به مؤسسات یا گروه ها و طبقات مختلف سروکار دارد را باید در سه سطح مورد بررسی قرار داد:

- ۱- هر جامعه ای منابع خود را در بخش های کلانی همچون آموزش، رفاه، مراقبت های بهداشتی و غیره توزیع می کند. این که به هر یک از این بخش ها چه میزان از منابع باید اختصاص یابد، از نکات مورد بحث است.
- ۲- تخصیص منابع در درون هر یک از بخش های کلان آموزش، رفاه و سلامت و معیارهای اخلاقی لازم برای تصمیم گیری در این موارد، سطح دیگری از بحث تخصیص منابع را تشکیل می دهد.

۳- توزیع منابع در سطح مؤسسات و اینکه برای مثال چه میزان صرف بخش های آی.سی.یو می شود و چه میزان به بخش کودکان اختصاص می یابد، سومین بحث تخصیص کلان منابع را تشکیل می دهد. اما در تخصیص منابع بصورت کلان باید به نکاتی توجه داشت که حائز اهمیت فراوانند:

- الف- باید بدانیم که تصمیمات ما لاجرم بر زندگی افراد حقیقی تأثیر گذار است.
- ب- باید تصمیم گیری ها منصفانه باشد و اجازه ندهیم آنهایی که توان بیشتری دارند از این منابع بیشتر بهره گیرند و دیگران دسترسی کمتری داشته باشند.
- ج- در سیاستگذاری در این زمینه باید تا حدی انعطاف پذیر باشیم تا تغییراتی که در آینده ممکن است ضرورت یابند، امکان پذیر گردد.

۳- دیدگاه جان رالز^۱ و وظیفه گرایان

مسئله دیگری که در تخصیص کلان منابع حائز اهمیت بسیار است، عدالت و توزیع منصفانه منابع است. این بحث از سابقه ای طولانی در اندیشه بشری برخوردار است، به گونه ای که افلاطون عدالت را توجه به نقش و وظیفه فردی می دانست و ارسطو آن را در عبارت «به هر کس به اندازه ای که مشخص است» خلاصه می کرد. دیدگاه ها در این زمینه متفاوت و گاهی متناقض است. جان رالز فیلسوف معاصر، عدالت را چنین تعریف کرده است:

- ۱- تأمین حداکثر آزادی برای هر فرد در جامعه
- ۲- تأمین دسترسی برابر به همه مدارج و مناصب موجود در جامعه برای آنها که واجد مهارت و توانایی لازم هستند.
- ۳- توزیع منابع به گونه ای که محروم ترین افراد هم بتوانند بیشترین سود را ببرند.

رالز معتقد است که عدالت در تمامی مراحل مراقبت های بهداشتی باید رعایت شود. هیچ کس نباید در خارج از چارچوب قانون مشارکت اجتماعی رفتار کند. بی عدالتی های اجتماعی و اقتصادی برای افراد جامعه از لحاظ قانون قابل قبول نیست و تنها در صورتی قابل تحمل است که برای همه یکسان باشد نه این که گروهی در معرض بی عدالتی قرار گرفته و کمترین سود را ببرند و در عوض گروه دیگر بیشترین سود ممکن را داشته باشند. امتیازات و فرصت ها برای همگان باید برابر باشد.^۱

بی عدالتی در تخصیص منابع باعث می شود بیمارانی که از استطاعت کافی برخوردار نیستند به این منابع دسترسی نداشته و در نتیجه برای درمان و دسترسی به مراقبت های بهداشتی و درمانی با مشکلات عدیده ای مواجه شوند.

تصمیم گیری های اخلاقی در دیدگاه رالز مبتنی بر تصور یک وضعیت فرضی در ذهن فرد عامل است که بر آن «برده جهل یا فراموشی» نام می نهد و در بردارنده این مفهوم است که انتخابی عادلانه و اخلاقی است که در آن فرد همه تعلقات جنسی، نژادی، عقیدتی و ... را فراموش کرده و تصور کند که چه تصمیمی به سود جامعه است. لذا با توجه به محدودیت منابع در بخش خدمات سلامت و مراقبت های بهداشتی، ما ناگزیر از به کارگیری معیارهایی برای تعیین اخلاقی بودن تصمیمات در هنگام توزیع منابع هستیم. و همانگونه که اشاره شد، یکی از حوزه های نظریه پردازی و عمل در اخلاق زیستی امروزی پرداختن به چنین مسائلی است.

از آن جا که نیازهای افراد بشر و به ویژه بیماران گوناگون، به خدمات بهداشتی و درمانی متفاوت است و همچنین نیاز گروه های سنی مختلف نیز به این خدمات

1- see: The Black well Guide to Medical Ethics, Rosamond Rhodes, Leslie pr Francis and Anita Silver, B lack Well Publishing

و نوع و میزان آن‌ها متفاوت می‌باشد، ملاحظات اخلاقی متفاوت و بعضاً متعارضی در این حوزه مطرح می‌شود. اخلاق زیستی باید بتواند به این سؤال پاسخ دهد که چه بخشی از منابع نظام سلامت باید صرف رسیدگی به مشکلات افراد سالخورده شود. دین اجتماع به خدمات گذشته این افراد ایجاب می‌کند که بخش مهمی از منابع بخش خدمات سلامت صرف رفع مسائل آنان شود. این امر مبتنی بر اخلاق وظیفه‌گرا است.

ملاحظات اخلاقی متعارضی نیز گاهی در تخصیص منابع در گروه‌های سنی مختلف به چشم می‌خورد. ملاحظاتی همچون کیفیت زندگی در سالیان آخر عمر، پایین بودن عمومی امید به زندگی در سنین بالا و نیز این واقعیت که احتمال انتفاع جامعه از افزایش طول عمر این افراد کم است. از دیدگاه نتیجه‌گرایان، توجیه و استدلال چندانی برای صرف هزینه‌های سنگین خدمات سلامت در این گروه وجود ندارد. از دیدگاه نتیجه‌گرایی پرداختن به مسائل سلامت در گروه سنی کودکان و نوجوانان با توجه به این که در آینده سالیان بیشتری می‌توانند به جامعه خدمت کرده و احیاناً منشأ اثرات مفیدی باشند، بیشتر قابل توجیه است.

با توجه به مطالب پیش‌گفته، نقش متخصصان اخلاق در نظام جامع سلامت بیش از پیش آشکار می‌شود. صاحب‌نظران و اندیشمندان اخلاق باید با در نظر گرفتن ارزش‌ها و هنجارهای جامعه‌ای دینی، گره‌گشایی کنند. این مسائل در بخش‌های مختلف درمان، دارو، غذا و آموزش و پژوهش مطرح است. لذا مسئولین مربوط باید با برقراری تعادل میان ملاحظات گوناگون و رعایت انصاف و عدالت و توجه به همه اقشار و گروه‌های سنی برای رفع مشکلات تلاش نمایند.

به منظور دستیابی به این اهداف به نظر می‌رسد که با نگاه محدود و سطحی به مقوله اخلاق نمی‌توان بر مشکلات موجود فائق آمد. باید با نگاهی ژرف به پیشینه تمدنی اسلام و ایران و با بهره‌گیری از آخرین دستاوردهای علمی، راهکارهای بنیادی ارائه نمود تا در پرتو آن نقش و تأثیر اخلاق در نظام جامع سلامت را کاملاً مشاهده نمود. چرا که دیگر آموزش‌های سنتی اخلاق برای دانش‌آموختگان کارایی ندارد، بلکه آموزش‌های نوین همراه با متدهای جدید آموزشی به صورت علمی و عملی می‌تواند گره‌گشای مشکلات موجود باشد. بحث و تبادل نظر و تحلیل و بررسی موارد اخلاقی در کلاس‌های درس، برگزاری کارگاه‌های آموزشی تخصصی و تجزیه و تحلیل موارد اخلاقی در مراقبت‌های بالینی توسط متخصصان آموزش‌دیده، از ضروریات آموزش پزشکی است.

نتیجه

پیشرفت دانش بشری و ارتقای فناوری‌های نوین زیست‌پزشکی، طب قدیم را با تحولی عمیق مواجه ساخته است، به گونه‌ای که پزشکان جدید بدون اتکا به روش‌ها و ابزارهای نوین قادر به ادامه فعالیت حرفه‌ای خود نخواهند بود. لذا پزشکی جدید مسلماً نیازمند اخلاق پزشکی نوین است. پایه‌گذاری اخلاق پزشکی مبتنی بر چارچوب‌های اسلامی برای جلوگیری از نفوذ فرهنگ غرب و اخلاق زیستی و پزشکی سکولار در کشورهای اسلامی، یک ضرورت اساسی است. بنابراین اندیشمندان حوزه‌های مختلف با ارائه راهکارهای بنیادی و تدوین دستورالعمل‌های خاص برای شاغلین حرفه پزشکی، می‌توانند گامی مؤثر در این راه برداشته و بر مشکلات موجود فائق آیند.

اخلاق در سیاستگذاری و اخلاق در نظام جامع سلامت از مباحث اخلاقی پزشکی مدرن است که با توجه به اهمیت مباحث و مسائل این حوزه و تبعات تصمیم گیری ها در این سطح، که شامل همه آحاد جامعه می شود، ضروری است تا اندیشمندان حوزه اخلاق پزشکی با نگاهی ژرف به مبانی فلسفی و آموزه های دینی از یک سو و شرایط و نیازهای اجتماعی طبقات و گروه های مختلف مردم از سوی دیگر و رعایت اصل انصاف و عدالت، به تدوین نظریه ای جامع در این حوزه و بخصوص مبحث چالش برانگیز تخصیص و توزیع منابع محدود در بخش سلامت بپردازند. بدون تردید در پرتو اخلاق پزشکی و این نگاه همه جانبه و فراگیر است که می توان برنامه راهبردی سیاستگذاری در نظام جامع سلامت را سامان دهی کرد.

منابع

- 1- The Blackwell Ethics in Medicine, University of Washington, School of Medicine, 1998.
- 2- Guide to Medical Ethics, Rosamond Rhodes , Leslie p. Francis and Anita Silvers, Black well publishing.
- ۳ - صفوی، بهاره، سلامت در سایه ارزش های اخلاقی، گزارش از دومین کنگره بین المللی اخلاق پزشکی، روزنامه جام جم
- ۴- پلومر(اورورا) زالی(علیرضا) ، عباسی (محمود) حقوق و اخلاق در پژوهش های پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، جلد چهارم دوره اخلاق زیستی ، ۱۳۸۷ .
- ۵- پورمحمدی، علی، مبانی فلسفی اخلاق زیستی، جلد دوم دوره اخلاق زیستی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، ۱۳۸۷ .
- ۶-زالی، محمدرضا، مبانی نوین ارتباط پزشک و بیمار، چاپ دوم، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، ۱۳۸۷
- ۷- عباسی، محمود، پیوند اعضا، انتشارات حقوقی ۱۳۸۲ .
- ۸- زالی، علیرضا، سیر تحول آموزش اخلاق پزشکی، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال اول، شماره اول، ۱۳۸۶، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی ص ۱۵

۹- عباسی، محمود، سلسله مقالات اخلاق زیستی، نشریه نقل و نقد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، نیمه اول سال ۱۳۸۶.

The role of medical ethics In comprehensive health system Alireza Zali

Abstract

The increasingly development of human science and improvement of biomedical technology and growth of physicians abilities in diagnoses and treatment of diseases of all kind, have been accompany with many challenging issues especially in respect of ethical problems. Deep and accurate knowledge of these problems bring medical ethics as a new solution in comprehensive health system, to attention of most physicians and scholars of different fields particularly the ethicists.

In spite of development of medical technology, there are still some concerns about physicians' power in decisions making that directly affect the health and life of individuals. These concerns have cause appearance of movements that support patient's rights and the right of society in respect of participating in medical decisions making.

Also must be mentioned some occasions that have effect on policy making of comprehensive health system, for instance: with development of technology the required resources would changed, population particularly population of elderly are growing, also the required time for entering into labor market have risen. Thereby more people are waiting to exploit from the resources, and less people are involved in production of resources.

Therefore studying of important matters such as, needs of human society, ethical consideration in biotechnology and medical research, allocation of limited and immense resources, important ethical criteria in decisions making and

representing fundamental solutions and teaching of medical ethics are essential necessities that must considering in the comprehensive health system.

Key word: medical ethics, allocation of resource, policy making, comprehensive health system.