

اخلاق داروسازی: تعریفی جدید از مسئولیت

حرفه ای داروسازان

مریم غلام پور

دلارام کاظمی

مهشید پورسعید اصفهانی

لیلا نجف نیا

چکیده

اهمیت انجام مطالعات در زمینه‌ی اخلاق در داروسازی آنجا نمایان می‌شود که مشاهده می‌کنیم مقالات بسیار اندکی در این زمینه وجود دارد، از طرفی به دانشجویان داروسازی در ایران هیچگونه واحد درسی در این زمینه ارائه نمی‌شود. این امر سبب شده است داروسازان پس از فارغ التحصیلی هیچگونه آشنایی با اصول اخلاق در داروسازی و قوانینی که در زمینه‌ی فعالیت حرفه‌ای خود بایستی بدان پایبند باشند، نداشته باشند و تنها آگاهی آنها از این اصول، مفاد سوگند نامه‌ای است که هنگام دفاع از پایان نامه‌ی خود آن را قرائت می‌کنند. این مسأله می‌تواند صدمات جبران ناپذیری به سیستم بهداشتی-درمانی کشور وارد نماید. از این رو در این مقاله سعی شده است به پاره ای از اصول اخلاقی که یک داروساز می‌بایست به آنها پایبند باشد پرداخته شود. اخلاقیات و حس مسؤولیت‌پذیری مبنای تعیین محدوده‌ی فعالیت برای بخش‌های مختلف جامعه می‌باشند. داروسازی، به عنوان یک فعالیت تخصصی و یکی از مواردی است که تصمیم‌گیری درباره‌ی داروها و درمان بیماران تا حد زیادی به زندگی فردی و اجتماعی آنان مرتبط می‌باشد. فعالیت یک داروساز زمانی به خوبی تبیین می‌شود که اصول اخلاقی و ارزش‌هایی که تصمیمات بر اساس آنها گرفته می‌شوند واضح باشند و توسط تمامی جامعه پذیرفته شده باشند. اساس رفتار مسؤولانه در رشته‌های پزشکی با سوگند نامه‌ی بقراط مرتبط می‌باشد. این سوگند نامه هیچگونه اساس مشخصی از لحاظ فلسفی ندارد و تنها

توسط پزشکان به رسمیت شناخته شده است. مشکلات امروزی نظیر نقش تکنولوژی، هزینه‌های زندگی، تعریف از زندگی، مهندسی ژنتیک و قتل ترحم‌آمیز نیاز به یک نگرش دارند که منطقی بوده و بر اساس باورهای فلسفی و قابل قبول توسط جامعه باشد. از آثار فیلسوفان قرن بیستم مانند Rawls، Nussbaum و Sen می‌توان ارزش‌های اصولی را استنباط کرد. اگرچه تبدیل این ارزش‌ها به قوانین عمومی دشوار به نظر می‌رسد، در این مقاله برآنیم که یک مدل جامع برای رفتار مسئولانه بر اساس این ارزش‌ها ارائه دهیم. این رفتار مسئولانه شامل برخورد داروساز با بیمار می‌شود به گونه‌ای که ارزش‌هایی نظیر تصمیم‌گیری فردی، ترحم، دلسوزی و عدالت حفظ شود. این مسئولیت نیاز به تجربه و دانش عملی دارد و بایستی به واسطه‌ی تبیین خط مشی و قانونگذاری شناخته شود.

واژگان کلیدی

اخلاق؛ مراقبت‌های دارویی؛ ارزش‌ها؛ مسئولیت حرفه‌ای.

اخلاق داروسازی: تعریفی جدید از مسئولیت حرفه ای داروسازان

داروهای تغییردهنده رفتار، ایمپلنت‌های آزادکننده دارو، داروهای خط پایانی درمان و همچنین فارماکوژنومیک تنها مثال‌هایی از داروسازی به عنوان یک دانش مبتنی بر فناوری برتر می‌باشند. نسخه‌نویسی مبتنی بر شواهد، راهکارهای بالینی، بودجه‌های دارویی و در دسترس بودن داروها همگی به خوبی نشان می‌دهند که تصمیمات پزشکی و دارویی کاملاً با سلامت عمومی در ارتباط هستند. این مسایل داروسازان را با معضلاتی مواجه می‌کنند که قبلاً ناشناخته بوده‌اند (سینگر و پلگرینو و زیگلر، ۲۰۰۱، ویتچ و حداد، ۱۹۹۹) و بیانگر این موضوعند که تصمیمات پیچیده قسمتی از عملیات حرفه‌ای روزانه‌ی هر داروساز هستند. روابط داخلی میان پرسنل یک سیستم درمانی، پیشرفت فناوری و همچنین مشکلات مربوط به حوزه‌ی سلامت هر فرد بسیار پیچیده هستند. چراکه هر پیشنهاد، تصمیم و یا مداخله‌ی حرفه‌ای در سیستم سلامت جنبه‌های عمومی و خصوصی خاص خود را داراست. جنبه‌های خصوصی شامل بهبود وضعیت عمومی هر بیمار و همچنین محیط اطراف وی بوده و جنبه‌های عمومی شامل این موضوع است که سلامت همانند حقوقی همچون حق کار، حق رأی و حق داشتن محیط زیست سالم به عنوان بخشی از شاخص‌های اساسی رشد کیفی هر جامعه محسوب می‌شود (گیلبرت، ۱۹۹۶).

مسئولیت پذیری

در داروسازی فعالیت‌های اصلی همانند نسخه پیچی، مشاوره‌ی داروساز با بیمار، جایگزین کردن داروها و مراقبت‌های دارویی همگی تلفیقی از جنبه‌های عمومی و خصوصی یاد شده هستند. داروسازان در این مرحله‌ی خاص از مراحل

مراقبت‌های بهداشتی - درمانی، مسؤولیت‌های ویژه‌ای را بر عهده دارند، اگرچه در این مسؤولیت‌ها سایر پرسنل درمانی و همچنین بدنه‌ی اجتماع نیز سهیم هستند. واژه «مسؤولیت» (Responsibility) از Response به معنی «پاسخ» مشتق شده - است و بنابراین شخصی که مسؤولیتی را بر عهده دارد باید در برابر آن پاسخگو باشد و بدیهی است که پرسش احتمالی که پاسخ را بر می‌انگیزد و همینطور شخص پرسشگر (که می‌تواند بیمار، یکی از بستگان وی و یا حتی بدنه‌ی جامعه باشد) بعداً مشخص خواهد شد. بنابراین شخص مسؤول باید بداند که همیشه برای پاسخگویی به سؤالات احتمالی باید آماده باشد. بدیهی است که برای رسیدن به چنین آمادگی باید مسؤولیت‌پذیری را به وسیله‌ی مجموعه‌ای از ارزش‌های اخلاقی و اجتماعی نهادینه کرد. تنها عملکردهایی که بر پایه‌ی ارزش‌های به رسمیت شناخته شده باشند قادرند شخص را یاری رسانند تا در زمان مناسب بتواند به نحوی مسؤولانه پاسخگوی سؤالات مطرح شده بوده و به درستی قضاوت کند(هاراوی، ۱۹۹۷). مسؤولیت‌پذیری شامل وجود یک شخص عمل‌گرا، یک عمل مناسب و پیامدهای این عمل می‌شود. تا زمانیکه حس مسؤولیت‌پذیری عمومی مد نظر است جامعه به دنبال یک راه حل منطقی و قابل درک برای مشکلات می‌گردد خصوصاً هنگامی که صحبت از موضوعات بحران‌زا به میان می‌آید(انجل، ۲۰۰۰). مسؤولیت - پذیری تنها زمانی می‌تواند نمایان شود که اصول اخلاقی (ترجمان اخلاقی ارزش - ها) که تصمیمات بر پایه آن گرفته می‌شوند مشخص شود. در جامعه‌ی ما ارزش - های اخلاقی و سیاسی که دارای اساس منطقی نیستند می‌توانند به راحتی منجر به بروز بحران شوند چراکه اصولاً جوامع دارای فرهنگ‌های مختلف، بسیار نسبت به مسایل مبتنی بر اصول منطقی آسیب‌پذیر هستند(هوفتد، ۱۹۹۲). در مقاله‌هایی که پیش از این راجع به اخلاق نوشته شده‌اند استدلال‌ها بر پایه‌ی ارزش‌های اخلاقی

که به وسیله‌ی جامعه‌ی کنونی غرب و افراد ساکن در آن به رسمیت شناخته شده‌اند استوارند (دسینگ، ۲۰۰۰) و بدیهی است که می‌توان در جهت ترجمه و تطبیق این ارزش‌ها بر اساس چهارچوب‌های منطبق با اصول اخلاقی هر کشور تلاش نمود که نیل به این هدف نیازمند شناخت دقیق از اولویت‌های موجود در حرفه‌ی داروسازی می‌باشد، چراکه پیشرفت‌های سریع در عرصه‌ی علوم پزشکی و فن-آوری، داروسازان و محققین را با چالش‌ها و معضلات جدیدی روبرو می‌کند.

ارزش‌های پذیرفته شده توسط عموم

چگونه می‌توان به بینش صحیح نسبت به ارزش‌های اخلاقی و عقاید مورد قبول مردم دست یافت؟ آیا می‌توان صرفاً بر اساس منطق به یک نظریه‌ی اخلاقی قابل قبول دست یافت؟ ارسطو (۳۸۴-۳۲۲ پیش از میلاد) عقیده داشت که «طبیعت و خوی انسانی از مشاهدات وی سرچشمه می‌گیرد» (پوژمان، ۱۹۹۸) و اساساً وی معتقد به «حس مشترک» است که این نظریه در نقطه‌ی مقابل نظریه‌ی «شکل مطلوب» افلاطون قرار دارد. ارسطو برای تعریف «زندگی خوب» از مشاهدات خویش از طبیعت انسانی کمک می‌گیرد. او بر این باور است که افراد در مورد تعریف زندگی خوب شبیه به هم فکر می‌کنند ولی در مورد اینکه شادی چیست با یکدیگر اختلاف نظر دارند. از آن زمان به بعد این متدولوژی توسط بسیاری دیگر از فیلسوفانی که می‌خواستند در زمینه‌ی طبیعت انسان و مسایلی که به عنوان ارزش مطرح می‌شوند تحقیق کنند مورد استفاده قرار گرفت. بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که دنباله‌رو فیلسوفانی باشیم که معتقد به ارتباط بین خوب بودن افراد و سلامت آنها هستند و از اینرو می‌توانیم بگوییم که فعالیت درمانی افرادی که در بخش سلامت مشغول به کار هستند انعکاسی است از تلاش آنها برای رسیدن به

یک زندگی خوب و در اینجاست که درمیابیم نظرات فیلسوفان گذشته تا چه حد برای استفاده در جوامع چند فرهنگی کنونی قابل استفاده هستند. فلاسفه معمولاً به ندرت به موضوعات مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به عنوان یک مسأله-ی تک بعدی می‌نگرند، بلکه اغلب بر این باورند که این مسایل شامل جنبه‌های مختلفی نظیر امکان رشد و تکامل برای همه ابنای بشر به صورت برابر، برخورداری آنها از سلامت کامل جسمانی و روانی و در یک کلمه حق داشتن یک زندگی خوب می‌شود و این جنبه‌های طبیعی در نظر فلاسفه ارتباط مستقیمی با سلامت و حفظ آن دارند. از میان فیلسوفان یونانی سهم ارسطو در ارایه‌ی یک تحلیل جامع از اخلاقیات و ارتباط آن با برخورداری از یک نظام سلامت کارآمد بیشتر از سایرین است و امروزه مکاتب اخلاقی و انسانی کماکان از نظریات این اندیشمند بزرگ تاثیرپذیرند. پس از آن نیز از میان سایر جریان‌های فکری که با اصول نظریه‌ی زندگی خوب ارسطو منطبق بوده و نگرش عمومی نسبت به باورهای اخلاقی را در جوامع غربی تحت تأثیر خود قرار داده باشند می‌توان به «اخلاقیات کانت» و «اخلاقیات در مسیحیت» اشاره کرد (کروتون و کانت، ۱۹۸۲) و نظریات اخلاقی در حال حاضر ترکیبی از عقاید این سه نظریه اساسی می‌باشد. مرتبط کردن اخلاقیات با سیاست‌های مدرن و روزآمد برای اولین بار توسط جان راولز (۱۹۲۱) در نیمه دوم قرن بیستم صورت پذیرفت (رالز، ۱۹۹۹). تئوری «عدالت» وی را می‌توان به صورت یک مدل سیاسی و اجتماعی از یک جامعه‌ی عدالت پرور در نظر گرفت که از نقطه نظر فلسفی تئوری‌های ارسطو و کانت را نیز در بر می‌گیرد. اگرچه باید مدنظر داشته باشیم که نگاه به عدالت از منظر راولز تا حدودی متفاوت از آن چیزی است که مردم به عنوان عدالت می‌شناسند. در این مقاله نیز عدالت با توجه به دیدگاه راولز در نظر گرفته شده است.

سلامت و کیفیت زندگی

فیلسوف آمریکایی بارتا نوسبام و برنده‌ی نوبل اقتصاد آمارتیا سن که نویسندگان کتاب «کیفیت زندگی» (کنی، ۱۹۸۰) هستند در کتاب خود نقطه نظرات و سخنان فلاسفه و اقتصاددانان مطرح جهان را در زمینه‌ی تعریف زندگی کیفی و راهکارهای سنجش میزان آن را جمع آوری کرده‌اند. این کتاب مسایل اقتصادی، سیاسی و انسانی را با مباحث مربوط به رفاه و ارتقای سلامت بیماران و همچنین اخلاقیات درهم می‌آمیزد. اخلاقیات مورد بحث در این کتاب بر پایه‌ی نظریات ارسطو که عقیده داشت «سیاست باید سایر علوم مانند اقتصاد را نیز با هدف رساندن مردم به رفاه به کار گیرد» (آریستوتل، ۱۹۹۷) استوار شده است. ارسطو مسؤولیت‌هایی را برای دولت و قانون‌گذاران قایل می‌شود که بر طبق آن باید کیفیت زندگی اجتماعی و اقتصادی مردم را ارتقا دهند. پس از ارسطو فیلسوفان دیگری مانند سن و نوسبام نیز بر این عقیده بودند که منطقی، استدلال و احساس عواملی هستند که سبب می‌شوند مردم تنها به منافع شخصی خود نیندیشند و این مسأله بخصوص در مورد روابط حاکم بر خانواده صدق می‌کند که از آن جمله می‌توان به میل فداکردن منافع خود برای خانواده و نزدیکان به عنوان یک مثال بارز اشاره کرد. اینجاست که خوب بودن فرد با خوب بودن سایر افراد مرتبط می‌شود. بنابراین احساس خوب بودن و رضایت عمومی داشتن از کیفیت زندگی اگر چه بسیار پیچیده هستند ولی در عین حال کاملاً متأثر از اعمال و افکار انسان می‌باشند. با این وجود هنوز نمی‌توان به سادگی تعریفی از خوب بودن و کیفی زندگی کردن را ارائه کرد، گرچه برای ارائه تعریفی از این واژه‌ها باید به اصل آزادی فردی به عنوان اصلی ترین ارزش توجه کرد. یکی از جنبه‌های

آزادی فردی به نام آزادی در انتخاب نیز خود به نوعی محصول ارکان موجود هر اجتماع است و همین نوع از آزادی است که مردم را قادر را می‌سازد تا به بیان آرزوها و امیال شخصی خود بپردازند و با توجه به زندگی شخصی خود دست به انتخاب بزنند. «سن» آزادی فردی را به عنوان «آزاد بودن برای زندگی کردن به طرق مختلف» تعریف می‌کند. از امکان برخوردار بودن از گزینه‌های متعدد و روش‌های جایگزین مختلف به عنوان توانایی فردی یاد می‌شود که این توانایی‌ها به ویژگی‌های شخصی هر فرد و همچنین جامعه‌ای که وی در آن زندگی می‌کند وابسته هستند. سیاست‌های کلان جامعه باید به گونه‌ای تدوین شوند که به افزایش سطح توانایی‌های واقعی بیشترین تعداد ممکن از شهروندان بینجامد و اینجاست که ارتباط حقیقی میان سلامت افراد، مراقبت‌های بهداشتی و زندگی عمومی آنها نمایان می‌شود و این در درجه‌ی اول بدان دلیل است که یک رابطه‌ی مستقیم و قابل درک میان سلامت و توانایی‌های فردی وجود دارد. دومین علت این است که همانطور که می‌دانیم سلامت و حفظ آن کاملاً با فعالیت‌های عمومی افراد در ارتباط است که از این فعالیت‌های عمومی می‌توان به فعالیت‌های پیشگیرانه در امر سلامت، مراقبت از کودکان و موضوعات مربوط به محیط زیست اشاره کرد.

اخلاق در پزشکی و داروسازی

جدول ۱- سوگند نامه بقراط

این سوگند نامه در مجموعه‌ی بقراط است که نسخ مختلفی دارد. ۲۰۰۰ سال است که پزشکان قبل از ورود به حرفه‌ی پزشکی این سوگند نامه را می‌خوانند. آن زمان سوگند نامه توسط پزشکان یونان باستان خوانده می‌شد. در فرم اولیه‌ی این سوگند نامه کسانی که جراحی یا سقط جنین می‌کنند، منع شده‌اند. اغلب پزشکان اروپایی این منع‌ها را پذیرفته‌اند. امروزه تعداد زیادی از مدارس پزشکی یک نسخه جدید و بازبینی شده سوگند نامه را دارند. نسخه‌ای که توسط انجمن پزشکی آمریکا تصویب شده است از این قرار است:

از صمیم قلب سوگند بخورید (به هر چیز مقدس که در دستتان نگه داشته‌اید) که به حرفه داروسازی وفادار باشید و با مردم عادل و بخشنده باشید.

با افتخار و سر بلند کار کنید و زندگی کنید.

به هر خانه‌ای که وارد می‌شوید برای بهبود بیمار با تمام توان تلاش کنید، خودتان را از گناه و اشتباه مبرا سازید و دیگران را نیز به زشتی و پلیدی تشویق نکنید.

تمام هنرتان را برای درمان بیماران به کار گیرید و برای یک مقصود جنایی دارو ندهید. کاری انجام ندهید حتی اگر از شما درخواست شود.

در مورد آنچه که از زندگی مردم می‌بینید یا آنچه که می‌شنوید در جایی صحبت نکنید و رازدار باشید.

آیا به این چیزها سوگند می‌خورید؟

حالا اگر شما به این مسایل متعهد باشید برای همیشه خوبی و خوشبختی از آن شما خواهد بود.

برعکس اگر به این مسایل پایبند نباشید، به خودتان ثابت می‌کنید که سوگند دروغ خورده‌اید.

اخلاق در پزشکی علاوه بر اینکه اساس قانونی دارد، با متن سوگندنامه‌ی بقراط نیز مرتبط است (جدول ۱). این کد اخلاقی بیش از ۲۰۰۰ سال است که از سوی شاغلین حرف پزشکی و داروسازی حمایت می‌شود. این کد نه هرگز به طور جدی موضوع بحث عمومی بوده و نه اینکه توسط سازمان‌های دولتی مورد بررسی موشکافانه قرار گرفته است در ضمن هیچگونه ارتباطی نیز با استانداردهای اخلاقی معمول و تئوری‌های اخلاقی ندارد. متن سوگندنامه تا حدی به ارزش‌های صنفی کهن برمی‌گردد مانند احترام گذاشتن به همکاران، اساتید و عدم رقابت علنی با همکاران.

این کد برخی از ویژگی‌ها و عقاید جذاب ارسطو را مثل باورهای حرفه‌ای و متعالی که بر پایه مهارت و دانش استوارند، در هم می‌آمیزد. بخش بیمار محور متن یک نگرش پدر سالارانه به موقعیت دارو دارد و آزادی انتخاب به عنوان یک ارزش اساسی در آن مطرح نمی‌باشد. در اوایل قرن بیستم با پیشرفت‌های علمی و سیاسی نیاز به وجود یک کد اخلاقی شفافتر بیشتر احساس می‌شود که این مسأله خود نشان‌دهنده‌ی برتری‌های اجتماعی و سیاسی جوامع غربی در طی ۲۰۰ سال گذشته است. تا به حال به نظر می‌رسد که کدهای اخلاقی در حرف پزشکی و داروسازی به عنوان یک سری قوانین راهبردی با اصول نامشخص هستند تا به عنوان یک نتیجه بحث فلسفی.

مواردی مثل محرمانه‌بودن خدمات پزشکی، قداست زندگی، حقوق بیمار، سلامت بیمار، سیاست‌های درمانی، نقش فناوری، هزینه‌های زندگی، تعریف زندگی، صداقت، ارتباط پزشک با بیمار، بهداشت و سلامت عمومی نکاتی هستند که خیلی دشوار است به صورت یک سری قانون درآیند. این مسأله توسط متخصصین

اخلاق در پزشکی مثل Beauchamp و Childress شناخته شده است (بیشامپ و چیلدرس، ۱۹۹۷).

چهار اصلی که در نگرش آنها ذکر شده است (جدول ۲) مشکل به دست آوردن توافق را در موضوعات اساسی نادیده می‌گیرد که این خود ممکن است زندگی یک بیمار را به بازی بگیرد.

جدول ۲

چهار اصل اخلاق در پزشکی

- احترام به خود مختاری: احترام به قدرت و آزادی تصمیم‌گیری افراد.
- جلوگیری از آسیب‌پذیری.
- سودرسانی: فراهم آوردن منافع در مقابل خطرها و هزینه‌ها.
- عدالت: توزیع منافع، خطرها و هزینه‌ها به صورت منصفانه.

این اصول به عنوان یک مسیر یا یک سری قوانین که می‌بایست همیشه مورد احترام باشند مطرح شدند مگر آنکه دلایل قوی وجود داشته باشند که آنها را ملغی سازند. با این وجود یک بررسی عمیق‌تر روی آنها نشان می‌دهد که آنها گنگ هستند. هر اصل برای اینکه موثر و کارآمد واقع شود و قابل درک باشد نیاز به توضیح و توصیف تعداد زیادی از موارد دارد. همچنین مردم را دعوت می‌کند تا این اصول را ارزیابی کنند (بسته به شرایط خاص).

نتیجه این است که تصمیمات درباره معضلات اخلاقی - پزشکی بر اساس مقایسه گرفته می‌شوند تا دلایل اساسی.

از آنجایی که اولویت اصول توسط تجارب یک فرد تعیین می‌شود این نگرش چهار اصله به یک نوع داستان اخلاقی تبدیل می‌شود. در نتیجه بحث درباره

پیشرفت‌های جدید مثل پیشرفت در علم ژنتیک و اقدام به خودکشی و سنجش طول عمر و سبک زندگی به واسطه کمبود تصویرهای ذهنی و مراجع تاریخی منجر به سر در گمی می‌شود (ریتدیک و دافمن، ۱۹۹۹، رورتی، ۱۹۹۰).

اخلاق و ارزش‌های اصولی

در مورد هر مفهوم اخلاقی یا قانون در محدوده‌ی فعالیت حرفه‌ای ارزش‌های اساسی وجود دارند که اساس و نقطه‌ی شروع بحث اخلاقی ما می‌باشند. این ارزش‌ها یک پایه برای چارچوب اخلاقی ایجاد می‌کنند. در اینصورت فعالیت‌ها می‌توانند به عنوان یک مرجع یا فضا باشند که بحث درباره‌ی مسؤلیت‌ها در آنها رخ می‌دهد. متعاقب آن این مسأله برای رسیدن به یک نتیجه در مورد بحث ارایه خدمات درمانی و به عنوان یک فعالیت اجتماعی برای سلامت همه مردم لازم می‌باشد.

نتیجه اینکه ارزش‌های اخلاقی و سیاسی و کدهای حرفه‌ای از تعقل نشأت می‌گیرند نه از رفتارهای سنتی پیشینیان یا اصول متافیزیکی یا برخی موضوعات مافوق طبیعی دیگر.

این نگرش عقلانی تنها وسیله برای پذیرش و حمایت از سوی جامعه چند ملیتی امروز است.

از زمان فیلسوف‌هایی مثل ارسطو، Rawls، Nussbaum، Rorty (نوسبام، ۱۹۹۰، سن، ۱۹۹۸) و همکاری اقتصاد دانها و فیلسوفها با هم مثل Smith و Sen (اسمیت، ۱۹۸۴) ارزش‌های ضروری می‌توانند در راستای کیفیت زندگی، سلامت و درمان افراد بازیابی شوند. مردم از اینکه بتوانند خودشان انتخاب کنند و اهداف و آرزوهای شخصی شان درک شود، راضی هستند. همه‌ی فیلسوف‌ها می‌دانند که

چطور یک دولت بایستی سازمان یابد و چه مسؤولیت‌هایی در هر بخش از آن وجود دارد.

ارزش‌هایی که از تعقل این فیلسوف‌ها بر خواسته‌اند و اهمیت درمان را نشان می‌دهند در جدول ۳ خلاصه شده‌اند.

برای تبدیل ارزش‌ها به عملکرد حرفه‌ای نیاز داریم ارزش‌ها را به قانون تبدیل کنیم یا آنها را در یک کد حرفه‌ای وارد کنیم. به این خاطر لازمست یک نگاه دقیقتر به اصل این ارزش‌ها داشته باشیم. برخی از ارزش‌ها به طبیعت جامعه مرتبط هستند. عدالت، منطق، انسانیت، اجتماعی بودن، برابری و دموکراسی می‌توانند در زمره‌ی ارزش‌های سیاسی به شمار روند. آنها با محیط فرهنگی و اجتماعی مردم و طریقه‌ی سازمان یافتگی جامعه‌شان ارتباط دارند. از افراد یک جامعه دموکراتیک انتظار می‌رود که از این ارزش‌ها تبعیت کنند.

این ارزش‌ها، یک جامعه با فضای آزادی فکر بر پا می‌کنند. در یک فرهنگ خاص، این ارزش‌ها خوب تعریف می‌شوند و پذیرفته می‌شوند و در زندگی روزمره مشخص شده و توسط دادگاه‌های قانونی تصویب می‌شود. ما می‌توانیم این ارزش‌ها را ارزش‌های فرهنگی - سیاسی بنامیم. ارزش‌های دیگر بیشتر با طبیعت انسان بودن مرتبطند. عملیات فردی و تداخلات بین افراد نشان می‌دهند که مردم بایستی اجتماعی، منطقی و مهربان باشند. خود محوری یک مشخصه‌ی انسان بودن است اما به درک ارزش‌های فرهنگی - سیاسی نیز وابسته است. یک جامعه بایستی به هر فرد شانس این را بدهد که در مسیر زندگی، خودش را نشان دهد. آنها رفتار بین فردی را تعیین می‌کنند. این ارزش‌ها می‌توانند به عنوان ارزش‌های فردی - اجتماعی دیده شوند و یک تداخل شدید با حدود خصوصی فردی دارند.

این نگرش به تعریف ارسطو در مورد یک فرد پارسا و با تقوی شباهت دارد که تنها یک فرد عاقل، آزاد و با تجربه که از حدود رشته‌ای خاص آگاه است می‌تواند موقعیت متعادل که بهترین است را بیابد.

عالیترین موقعیت می‌تواند به واسطه‌ی مشاهده، مداخله و تجربه به دست آید. اگر ما این ارزش‌ها را در عمل به کارگیریم، بایستی بدانیم که محل واقعی اجرای فعالیت‌های ما یک جامعه است که به واسطه ارزش‌های فرهنگی - سیاسی مشخص می‌شود. در زندگی شخصی و حرفه‌ای، ما بایستی بر اساس ارزش‌های فردی - اجتماعی یا ارزش‌های اخلاقی عمل کنیم. برای یک گروه خاص مثل شاغلین بخش درمان (کسانی که در یک جامعه‌ی دموکراتیک غربی کار می‌کنند) ارزش‌های مزبور بایستی به واسطه برنامه‌های آموزشی و تمرینی شناسایی شوند. رفتار آنها باید با دلسوزی و عدالت همراه بوده و خود محور باشد. بخش درمان بایستی بیماران را با رویه منصفانه و عادلانه درمان کند. دلسوزی شاغلین بخش درمانی بایستی این فرصت را به بیمار بدهد که بتواند رویه‌ی درمان خود را انتخاب کند.

جدول ۳: ارزش های اساسی

الف: اجتماعی بودن

انسان‌ها موجودات اجتماعی هستند و نمی‌توان آنها را به عنوان جزیی جدا از محیط اجتماعی اطرافشان در نظر گرفت. هر فردی بیشتر از اینکه تصور کند که بوجود آمده است به آن می‌اندیشد که زاده شده و بنا براین طبیعی است که والدین، دوستان و خویشاوندانی داشته باشد.

ب: منطق گرایی و استدلال عملی

انسان موجودی است که همواره دست به استدلال می‌زند. هر شخص با توجه و به استدلال خاص خود عمل می‌کند و نه بر پایه اصول متافیزیک و ماورای طبیعی.

ج: ترحم و دلسوزی

انسان نسبت به دیگران دارای احساسات است گرچه حس شخصی تنها انگیزه‌ی انسان برای رفتارهای وی نیست. بر طبق نظریه‌ی نوسبام ترحم و دلسوزی نوعی احساس اساسی اجتماعی است که مختص زندگی و عمل انسانی است.

د: خود مختاری

انسان قادر است خود شخصاً در مورد آنچه که منجر به رفاه و صلاح‌دید او و دیگران می‌شود تصمیم‌گیری کند.

ه: دموکراسی

یک حکومت دموکراسی بالغ این نیست که فقط یک فرد حق رای داشته باشد چنین حکومتی همه افراد را به مشارکت در تمامی سطوح زندگی سیاسی تحریک می‌کند و افراد را به تصمیم‌گیری‌های خصوصی با احترام به علائق و دیدگاه‌های شخصی دیگران توانا می‌سازد.

و: مساوات

با وجود تفاوت‌های فردی که بین افراد وجود دارد جامعه باید افراد را به طور مساوی درمان کند بطوری که به همه‌ی افراد امکانات مساوی برای افزایش قابلیت‌های آنها داده شود.

ی: عدالت

در جامعه، عدالت و انصاف به معنی وجود شانس‌های مساوی برای همه‌ی افراد است. نابرابری تنها در شرایطی قابل قبول است، که این نابرابری نتیجه‌ی وجود موقعیت‌های قابل تغییر و در دسترس باشد و همچنین منجر به ایجاد فوایدی برای افرادی که کمترین مزیت را در جامعه دارند گردد.

اصل اتونومی و خود مختاری

خود مختاری یکی از اصول مهم در اخلاق پزشکی است که می‌تواند هم به نفع بیمار و هم پزشک باشد. در مراقبت‌های سلامتی Autonomy واژه‌ی غلط اندازی است و می‌توان از چندین منظر به آن نگریست زیرا کمتر به نظر فرد بستری در بیمارستان و نسخه پیچ داروخانه بها داده می‌شود. استفاده از واژه‌های آزادی و خود محوری بجای خود مختاری ارجحیت دارد که به این معنی است که هر فرد زندگی خود را فارغ از توانایی‌های فکری و فیزیکی و فشارهای اجتماعی ببیند و در نظر گیرد.

هر فرد دارای نیازهای اساسی می‌باشد (مانند سلامتی، ویژگی‌های فیزیکی، محیط زیست پاکیزه، آزادی، ثروت و استعداد) که ترکیب آنها با هم می‌تواند تعریف جدیدی از توانایی‌های فرد ایجاد نماید مانند قهرمان شدن، دکتر شدن و غیره البته این نیازها به وجود فرد و آن هم به استعدادهای فردی و عوامل محیطی وابسته است.

شایان ذکر است که این نیازها به عناصری دیگر نیز وابستگی دارد از جمله تغذیه کافی، سلامتی، اجتناب از شیوع بیماری‌ها و مرگ‌های نارس و موفقیت‌های بیشتر مانند شاد بودن، اعتماد و رضایت از خود و توانایی شرکت در فعالیت‌های اجتماعی؛ البته در میان این نیازهای اساسی، سلامتی نقش نسبتاً بزرگتری در مقایسه با سایرین دارد. بیماری یکی از عواملی است که این نیازها و در نتیجه توانایی انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

بین سلامتی و بیماری ارتباط مستقیمی وجود دارد که می‌تواند محدودیت‌هایی را در زمینه امکانات افراد در ارتباط با توانایی‌های قبلی و فعلی آنها ایجاد نماید. تقاضای کمک و استفاده از ابزار، رفتارهای خودمحورانه را محدود می‌نماید.

پزشکان در تجزیه و تحلیل اینکه کجا و چطور و چه مقدار از این نیازهای اساسی بوسیله مشکلات سلامتی به مخاطره می‌افتد، می‌توانند کمک نمایند. از آنجایی که ماهیت بیماری به گونه‌ای است که پیشروی سریع دارد بیمار انتظار دارد که از فرایند بیماری‌اش جلوگیری شود و روند سلامت او هر چه زودتر تثبیت گردد و مراجعه بیمار به پزشک بخشی از انتظارات بیمار با هدف نهایی برگرداندن سلامتی او می‌باشد.

ترحم و دلسوزی

ترحم و دلسوزی یک شاخص مهم اخلاقی است که باعث ایجاد رفتارهای مبتنی بر اصول اخلاقی می‌گردد و با جنبه‌های مختلف روابط ارسطویی که بین تک تک افراد و کل اجتماع وجود دارد در هم می‌آمیزد. این مسأله سبب می‌شود منافع دیگران را نیز علاوه بر منفعت شخصی خویش در نظر داشته باشیم این امر نیازمند خلاقیتی است که بوسیله‌ی آن بتوانیم تصویری از منافع دیگران را پیش روی خود ترسیم کنیم. این توانایی باید بوسیله‌ی تجارب فردی و تقابل و ارتباطات و فرهنگ بومی حمایت گردد (نوسام، ۱۹۹۷).

گسترش رفتارهای دلسوزانه نیازمند نوعی استراتژی حرفه‌ای می‌باشد و به همین دلیل است که ایجاد نوعی رابطه میان هنر و نیازهای انسانی مهمترین اصل در آموزش می‌باشد. آموزه‌های فرهنگی به ما می‌آموزد که به تمام جنبه‌های سلامت فردی احترام بگذاریم. دلسوزی می‌تواند در ساختار سلامت عمومی مؤثر باشد و بدلیل تنوع چهار چوب‌های فرهنگی باید فضایی مناسب برای افرادی که مستقیماً با سلامت افراد در ارتباط هستند وجود داشته باشد. ترحم به طریقی که

در نظریه‌ی Original position راثول به آن اشاره شده است به ما نشان می‌دهد چگونه می‌توانیم یک ساختار سیاسی و عمومی و حرفه‌ای طراحی نماییم. چنین می‌توان گفت که در سیستم بهداشتی درمانی ترحم و دلسوزی آیینی تمام نمای نیازهای بیمار است که در ذهن پزشک شکل می‌گیرد. ارتقای سلامت بیمار و اجتناب از آزرده و آسیب رساندن به وی از نتایج چنین بینشی می‌باشد. در حین مراحل درمان، بیماران همدلی بیشتری از خود نشان می‌دهند از سوی دیگر پرسنل درمانی باید بتوانند بوسیله‌ی آموزش و افزایش مهارت‌ها، انتظارات بیمار را بر آورده ساخته و تصمیمات دلسوزانه‌ای بگیرند. این مسأله می‌طلبد که پرسنل درمانی در مورد تمامی مسایل با دید شخصی نگرینسته و همینطور سازمان-های بهداشتی و درمانی نیز چنین دیدگاهی را درک کنند. همدلی و دلسوزی یک احساس انسانی است که سلامت و رفاه بیمار را تأمین کرده و از ضرر رساندن به بیمار جلوگیری می‌کند.

عدالت

عدالت از مهمترین اصول در امر مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می‌باشد. تعریف راثول از عدالت به این معنی است که در یک جامعه‌ی دموکراتیک همه‌ی افراد از حقوق برابر برخوردارند. این اصول شامل موارد زیر می‌باشد:

- ۱- همه‌ی افراد دارای حقوق و آزادی برابر هستند.
- ۲- برابری اجتماعی و اخلاقی با دو شرط برآورده می‌شود: اولاً ارتباط با هر ارگان و اداره‌ای برای تمام افراد باید در شرایط یکسان صورت گیرد. ثانیاً: امکانات و مزایا برای همه‌ی افراد جامعه فراهم باشد حتی برای افرادی کمترین منفعت را به جامعه می‌رسانند(رالز، ۱۹۹۹).

بر این اساس تصمیم‌گیری‌های کلان جامعه باید بر مبنای اصول اخلاقی باشد. این تعریف از عدالت نسبت به سایر تعاریف آن در اخلاق پزشکی سبب محدودیت بیشتر می‌گردد. قبل از اتخاذ هر گونه تصمیم رسمی در بخش مراقبت‌های سلامتی که از روی خلاقیت باشد مواردی را باید از پیش در نظر گرفت که تضمین‌کننده منافع عمومی باشد اگرچه تصمیمات عمومی نمی‌تواند برای تمامی موارد راه‌حل‌های درست را به همراه داشته باشد.

مسئولیت‌پذیری در داروسازی امروز

تجارت یا درمان؟

داروسازی همیشه دو بخش حرفه‌ای داشته است. یک بخش در فعالیت‌های تجاری نمود پیدا می‌کند و وابسته به قوانین تجاری می‌باشد. یک شاخه‌ی دیگر آن داروسازی در زمینه‌ی فعالیت‌های درمانی و وابسته به کدهای حرفه‌ای رفتاری می‌باشد.

پیشرفت در زمینه‌ی درمان دارویی، مسئولیت‌پذیری و رقابت را با تعریف جدید قوانین دارویی در بحث درمان و سلامت ایجاد می‌کند. سؤال واقعی این است که آیا اصول اخلاقی برای افرادی که به عنوان یک شخصیت کاملاً تجاری عمل می‌کنند یا در بحث درمان دخالت دارند، متفاوت هستند یا خیر. آیا می‌توان گروهی از افراد را معرفی کرد که ارزش‌های اساسی (طبق جدول ۳) برای آنها کاربردی ندارد؟

ارزش یک متخصص اقتصاد یا فیلسوف مثل آمارتیس این است که تشخیص داده‌است که نفع اقتصادی در جمع‌گرایی، رقابت و ارتباطات اجتماعی و اخلاقی جای دارد. پیشرفت صفات و شخصیت انسان با برقراری تعادل بین رقابت و یا

شاید موقعیت‌های دیگر بدست می‌آید. این قاعده‌ی کلی برای همه‌ی فعالیت‌ها به شمار می‌رود بدون در نظر گرفتن چیزی که در ظاهر آنها به نظر می‌رسد.

در این زمینه، کلمه‌ی مسؤلیت‌پذیری شامل این واقعیت است که یک داروی خاص نشان‌دهنده‌ی یک فرایند می‌باشد، علاوه بر اینکه دارو یک فرمی از یک محصول تک ماده‌ای است، در واقع ترکیبی از عناصر فکری، مادی، فرهنگی، اجتماعی و اخلاقی می‌باشد. محصولات دارویی نشان‌دهنده‌ی نحوه فکر-کردن و طرز تفکر امروزی راجع به زندگی خوب می‌باشد.

دارو ترکیبی از تکنولوژی، سیاست و فرهنگ می‌باشد و این نتیجه‌ی فرآیندی است که تعداد زیادی افراد مسؤل در آن شرکت دارند. با تثبیت شدن فعالیت‌های داروسازی، خرید و فروش دارو به مشتریان، داروسازان وارد این زمینه شدند و جزیی از یک مفهوم اصلی که توسط محققین، سازندگان، سیاست‌مداران و تاجرین طراحی شده است، قرار می‌گیرند. مسؤلیت‌پذیری که توسط فعالیت افراد توسعه داده می‌شود و در واقع نتیجه فعالیت افراد می‌باشد، فواید و ریسک‌های احتمالی که در ارتباط با مصرف واقعی دارو هستند را پوشش می‌دهد. این مسؤلیت‌پذیری بوسیله‌ی ترویج فعالیت‌های شما با عنوان تجاری یا درمانی تغییر نمی‌کند زیرا مسؤلیت‌پذیری با اصول اساسی مذکور اندازه‌گیری می‌شود که این با رفتارهای جهانی فاصله دارد.

فرایند درمان

فرایند درمان به عناصری مثل قانون، راهکارهای درمانی، بودجه، منابع انسانی، تحقیقات و سیاست‌های بیمه‌ای وابسته است. همه‌ی این عناصر بازتاب ارزش‌هایی هستند که توسط محیط فرهنگی تعیین می‌شود. آنها بطور مجازی

بخشی از همه‌ی ساختار بخش سلامت هستند. با در نظر گرفتن این ارزش‌ها طراحان بخش سلامت باید فضایی داخلی برای فعالیت‌های شخصی نزدیک به ارزش‌هایی مثل خود مختاری، ترحم و دلسوزی و انصاف برای پزشکان و بیماران در نظر بگیرند.

دست‌اندرکاران بخش سلامت باید با محیط فرهنگی‌ای که افراد در آن قرار دارند آشنا باشند. علم و مهمتر از آن مهارت و تجربه خصوصیات ضروری برای انجام دادن و تصمیم‌گرفتن در زمینه‌ی برقراری تعادل بین این ارزش‌های اصلی می‌باشند. سندیت و ارتباطات برای مسئول‌بودن و پاسخ‌گوبودن در این زمان و هر زمان دیگری ضروری می‌باشد (هالوی، ۲۰۰۰).

مفهوم عملی این مسأله این است که دست‌اندرکاران بخش سلامت اگر با محیط فرهنگی اجتماعی آشنا نباشند باید انتظار مشکلاتی در زمینه درمان دارویی داشت.

در فرهنگ‌های دیگر مثل فرهنگ بودا، متفاوت بودن میزان ارزش‌ها و تعیین رفتارهای مردم می‌تواند باعث بی‌کفایتی عملکرد دست‌اندرکاران بخش درمانی شود. در هلند، مطالعه روی پرستاران فیلیپینی که در بیمارستان کار می‌کردند عملکرد بد آنها در زمینه‌ی فعالیت‌های درمانی را آشکار کرد. داروها به نوعی محصولات تکنولوژی بالا هستند و نتیجه فرایندی شامل تحقیق، توسعه، بازاریابی و قانون‌گذاری می‌باشد.

مصرف دارو در جامعه نتیجه‌ی فعالیت‌های مرتبط با محیط فرهنگی- اجتماعی می‌باشد و بنابراین می‌تواند بازتاب خوبی از ارزش‌های مذکور باشد. داروسازان و پزشکان این فرایند را ادامه می‌دهند و مسؤولیت‌پذیری برای پیگیری و نتایج آینده را تقسیم می‌کنند. استفاده‌ی نهایی دارو که بخشی از فرایند درمان است

نتیجه‌ی اثر متقابل بین دست‌اندرکاران بخش درمان و دریافت‌کنندگان خدمات درمانی می‌باشد و زمانی بخوبی اتفاق می‌افتد که ارزش‌های ضروری شناخته شده- باشند و به آنها احترام گذاشته شود. این بدین منظور است که راهکارهای درمانی چارچوبی برای فعالیت عمومی هستند ولی هرگز جایگزین اظهارنظرهای شخصی و تداخل افرادی که بطور مستقیم در این مسأله دخالت دارند، نمی‌شود. خود مختاری افراد، نیاز پزشکان به کسب آگاهی بیشتر و برقراری ارتباط مؤثر را تحریک می‌کند. در نهایت انتخاب بیماران در این تقابل حکمفرمایی می‌کند. ترحم و دلسوزی به این معنی است که خود را به جای فردی که نیاز به کمک دارد تصور کنید. اقدامی که در این زمینه انجام می‌دهید باید فراتر از حالت حرفه- ای باشد. این دلالت می‌کند بر درگیری فکری افراد وابسته، افرادی که همان احساسات، همان ترس‌ها و درک‌هایی که شما دارید را دارند. بسیاری از قانون‌ها نتیجه بی‌کفایتی در کنترل این تقابلات هستند. اینها معمولاً نتیجه عدم درک مشکلات افراد دیگر هستند. مراقبت کامل، در واقع بهترین ایده درباره انتظارات بیماران از کادر پزشکی می‌باشد (ملکر، ۲۰۰۱).

آیا این ارزش‌ها به عنوان راهکارهایی برای همه شرایط محیطی و تمرینات هر روزه کافی هستند؟ آیا آنها می‌توانند به پاسخ این سؤال کمک کنند که آیا یک داروی گران‌قیمت که شانس کمی برای موفقیت دارد، لازم است که شرکت بیمه هزینه آن را بپردازد؟ آیا اگر بیماری که تمایل به مردن دارد، داروساز می‌تواند دارو را تهیه و در اختیار او قرار دهد که به عنوان وسیله‌ای برای خودکشی مورد استفاده قرار بگیرد؟ (سینگر، ۱۹۹۹) آیا محققین دارویی لازم است که روی حیوانات زنده تحقیقات خود را انجام دهند؟ چرا باید یک داروساز در تیم بیمارستان مجبور به حمایت کردن از انجام عمل سقط جنین باشد؟ آیا یک

داروساز می‌تواند از مسؤولیت توزیع داروهای ضد بارداری بعد مقاربت خود را کنار بکشد؟ اجازه بدهید آخرین مثال را هم بزنیم: تعدادی داروساز وظیفه شناس هستند که با تجویز و توزیع داروهای ضد بارداری بعد از مقاربت مخالفت دارند. تحت چهار قانون اصلی آنها خودمختاری‌های اولیه شخصی خود را رتبه بندی می‌کنند و این ممکن است با این استدلال که این درمان ممکن است آسیب زننده باشد همراه باشد. آنها احساس می‌کنند که باید خوب باشند بخاطر اصول ماورالطبیعه، که این جزیی از قانون در جامعه‌ی سکولار نمی‌باشد. بر طبق ارزش‌های پیشنهادی فیلسوفان، رتبه‌بندی امکان‌پذیر نیست. درخواست برای قرص ضد بارداری بعد از مقاربت یک تصمیم فردی است. از نقطه نظر دیپلماسی افراد از نظر قانون مستحق دریافت واکنش مثبت از طرف دست‌اندرکاران بخش سلامت هستند. دست‌اندرکاران بخش سلامت باید بر طبق علاقه‌ی بیمار برای تهیه و توزیع داروی ضدبارداری بعد از مقاربت عمل کنند. بخش سلامت و داروسازان باید قوانینی در موارد خاص به منظور جلوگیری از تکذیب‌های غیر قابل انتظار در مواردی که به آنها نیاز می‌باشد تصویب کنند. تحلیل پیرامون مطلب ضد بارداری‌های بعد از مقاربت در دهه ۶۰ این موضوع را آشکار کرد که تعدادی از داروسازان حرفه‌ای این استدلال اخلاقی یعنی انجام کار به خوبی و با انصاف را بر ضد این پیشرفت بکار برده‌اند. بزرگترین فایده‌ی ارزش‌ها این است که آنها نتایج مشاهدات هستند نه تئوری. مشخصه‌ی خودمختاری و ترحم و دلسوزی این است که از زندگی واقعی نتیجه‌گیری می‌شود. اینها توسط افراد مختلف در فرهنگ‌های متفاوت و شرایط محیطی مختلف قابل اجراست. اصول انصاف، همانطور که توسط رائل فرموله شده است، نتیجه‌ی موافقت عمومی می‌باشد. تجربه با اصول دموکراتیک ثابت کرده است که افراد راحتی بیشتری با ارزش‌های دموکراتیک

احساس می‌کنند. سلامتی و مشکلات سلامت بخشی از زندگی واقعی هستند. بیماری بخشی از تاریخچه‌ی آدمی می‌باشد و در واقع شرایطی است که افراد از هم انتظار کمک دارند. در شکل حرفه‌ای این بدین معنی است که هر موردی که از زندگی واقعی منشأ گرفته باشد این عناصر را به شکل پنهان در خود دارد. تحقیقات برای شناخت این عناصر ادامه دارد. هر تصمیم یا ترک تصمیمی باید نتیجه‌ی تحقیق بر ضد این ارزش‌ها باشد. دست‌اندرکاران این قضیه ارایه خدمات سلامت زمانیکه همه‌ی ارزش‌ها در تقابل با بیمار شناخته شده باشد، احساس مسؤولیت می‌کنند. تقابل بیمار و دست‌اندرکاران بخش سلامت (در واقع بین دو هم وطن هم سطح) با علاقه‌ی هر شخص برای تعیین زندگی شخصی خود بر اساس حس‌ترحم، تصور ذهنی و قواعد عدالت سازماندهی می‌شود.

نتیجه

داروسازان مدرن مسؤولیت‌پذیری خاصی در زمینه‌ی دارو و دارو درمانی دارند. به طور سنتی موضوعاتی مثل ریسک سنجی، هزینه‌ها، دسترسی به محصولات و آموزش‌های عمومی و سنتی با موضوع مسؤولیت‌پذیری ارتباط دارند. سؤال این است که چگونه یک نفر مسؤولیت‌پذیری و قوانین رفتاری را تعریف می‌کند. مطالعه‌ی ارزش‌های اخلاقی که توسط فرد و جامعه شناخته می‌شوند به نظر می‌رسد که نقطه‌ی شروع منطقی باشد. به نظر می‌رسد که حس مسؤولیت‌پذیری شامل ارتباط با بیمار می‌شود تا حدی که اصول اولیه‌ی خود مختاری، ترحم و دلسوزی و عدالت برای هر دو طرف این ارتباط به یک میزان اهمیت داشته باشند. تصمیماتی که از این جنبه بدست می‌آید اینطور به نظر می‌رسد که مسؤولیت و توانا ساختن ما در پاسخ به سؤالات دیگران باشد. این مسؤولیت، تجربه و دانش

عملی را می‌طلبد و نیاز به یک محیط فرهنگی که بوسیله قانون‌گذاری و تعیین خط‌مشی بتوان آن را تدوین کرد، دارد.

فهرست منابع

- Angell M. The pharmaceutical industry. N Engl J Med 2000; 342:1902.
- Aristotle. *Ethica Nichomachae*. Amsterdam: Kallias, 1997.
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*, Oxford: Oxford University Press, 1997.
- De Melker RA. Analyse van expertiserapporten bij tuchtza – ken. N Tijdschr Geneesk 2001;145:1019.
- Dessing RP. Ethics applied to pharmacy practice. Pharmacy World sci 2000; 22: 10-6.
- Edgar A, Salek S, Shickle D, Cohen D, editors. *The ethical QALY*. Haslemere, UK: Euromed Communications, 1998.
- Gailbraith JK. *The good society*. New York: Houghton Mifflin Company, 1996.
- Gordijn B. Getherapie; het ethisch debat. Pharm weekbl 1999; 134:903.
- Haraway DJ. New York: Routledge, 1997.
- Hofstede G. *Allemaal andersdenkenden*; Amsterdam: Contact, 1992.
- Holloway SWF. Values and the practice of pharmacy. Pharm J 2000; 265:308-12.
- Kenny A. Aquinas. Oxford: Oxford University Press, 1980.
- microsoft® Encarta® 97 Encyclopidia.
- Nussbaum MC, Sen A, editors. *The quality of life*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- Nussbaum MC, Sunstein CR, editors. *Clones and Clones*. New York: WWnorton 1998.
- Nussbaum MC. *Aristotelian social democracy*. London: Routledge, 1990.
- Nussbaum MC. *Upheavals of thought: a theory of emotions*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
- pojman LP. *Classics of philosophy*. New York: Oxford University Press, 1998.
- Rawls J. *Justice as Fairness: political not metaphysical*. In collected papers. Cambridge: Harwad University Press 1999.
- Rietdijk W, Dophmen J. *Filosofie Magazine* 1999.
- Rorty RM. *Solidarity or objectivity? Three philosophical essays*. Meppel, The Netherlands: Boom, 1990.
- Scruton R. *Kant*. Oxford: Oxford University Press, 1982.
- Sen a. *Inequality reexamined*. Cambridge: Harward University Press, 1998.
- Sen A. *On ethics and economics*. Oxford: Basil Blackwell, 1987.
- Singer P, editor. *Applied ethics*. New York: Oxford: Oxford University Press, 1986.
- Singer P. *Bioethics at the bed side*. Ottawa: Canadian Medical Association, 1999.

- Singer PA, Pellegrino ED, Siegler M. Clinical ethics revisited. Medical ethics 2001; 2:1 (<http://www.BioMedCentral.com>).
- Singer PA. Recent advances in medical ethics. BMJ 2000; 321:282.
- Sloterdijk P. Regels voor een mensenpark. Meppel, The Netherlands, 2000
- Smith A. The theory of moral sentiments, 11, ii,3. USA 1984.
- Smith K, Johnson Ph. Bussiness ethics and business behaviour. London, 1996.
- Van Everdingen J, Cohen A, Feenstra G, editors. Meppel, The Netherlands: Boom, 1999.
- Veatch RM, Haddad A. Case studies in pharmacy ethics. New York: Oxford University Press, 1999.

یادداشت شناسه مؤلفان

مریم غلام پور، دلارام کاظمی، مهشید پورسعید اصفهانی، لیلا نجف نیا؛ داروساز
 معاونت غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
 دفتر تحقیق و توسعه

Email: maryamgh14@yahoo.com

تاریخ وصول مقاله: ۸۷/۱۲/۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۲/۱۳