

تبیین پارامترها و برنامه‌های راهبردی اخلاق بالینی

در نظام جامع سلامت

لادن عباسیان

محمود عباسی

چکیده

اخلاق پزشکی را می‌توان حول سه محور اساسی اخلاق در آموزش، اخلاق در پژوهش و اخلاق در درمان یا اخلاق بالینی در هر یک از مراحل مختلف آغاز زندگی، در طول زندگی، پایان زندگی و پس از مرگ مورد مطالعه قرار داد. هرچند اخلاق پزشکی بر تمام شئون علم پزشکی ساری و جاری است اما برخلاف گذشته که اخلاق پزشکی صرفاً به رابطه بین پزشک و بیمار می‌پرداخت از دهه هفتاد میلادی به این سو با گسترش روزافزون فنآوری‌های نوین زیست پزشکی و طرح مسائل مستحدثه پزشکی تحول چشمگیری در این زمینه ایجاد شده که از موضوعات مورد مطالعه اخلاق پزشکی است.

اخلاق بالینی به عنوان یکی از محورهای اساسی اخلاق پزشکی که به تبیین قواعد اخلاقی حاکم بر رابطه پزشک و بیمار و مسائل مستحدثه ناشی از فنآوری‌های نوین زیست پزشکی می‌پردازد جامعه پزشکی را با طیف وسیعی از مسائل اخلاقی روبه رو ساخته است که آزمایش‌های تجربی، ژنتیک، پیوند اعضا، قتل ترحم - آمیز، معاینات بالینی، توزیع عادلانه خدمات پزشکی، جراحی‌های نادر و پرهزینه، اعلان خبر بد، باروری‌های پزشکی، ارائه اطلاعات لازم به بیماری که در جریان معالجه و درمان قرار دارد از جمله آنهاست.

این مقاله ضمن تبیین پارامترهای اخلاق بالینی و چگونگی بسط و گسترش آن، به تشریح برنامه‌های راهبردی آموزش اخلاق بالینی و شناخت روش‌های آن می‌پردازد و ضرورت بسط و گسترش اخلاق بالینی و نهادینه کردن آن را در نظام جامع سلامت به عنوان یکی از محورهای اساسی اخلاق بالینی مورد مطالعه قرار می‌دهد.

واژگان کلیدی: اخلاق بالینی؛ مشاوره اخلاقی؛ طب بالینی؛ زیست پزشکی.

مقدمه

اولین تلاش‌ها به منظور توجه به اخلاق بالینی در آمریکا و کانادا آغاز شد و به تبع آن اکنون فعالیت‌های مشابهی در کشورهای غربی، اروپای مرکزی و ژاپن در حال انجام است. در واقع توجه به اخلاق بالینی در بسیاری از نقاط جهان گسترش یافته است که از آن جمله می‌توان به آمریکای جنوبی و مرکزی، اروپای شرقی و بخش‌هایی از آسیا و آفریقا اشاره کرد. با توجه به تعاریف گوناگونی که برای اخلاق بالینی وجود دارد می‌توان آن را چنین تعریف کرد: «شناخت، آنالیز و حل تعارض‌های ارزشی که در هنگام مراقبت‌های بهداشتی درمانی در بیمارستان‌ها مراکز درمانی به وجود می‌آید». فعالیت‌هایی که در زمینه اخلاق بالینی انجام می‌شود عبارتند از: بررسی و تنظیم سیاست‌های راهبردی، آموزش اخلاق، انجام مشاوره‌های اخلاقی برای ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی، بیماران، خانواده‌ها، نهادها و سازمان‌های بیمه و درمانگر. اخلاق بالینی باید دنیای واقعی را که در آن اخلاقیات اعمال می‌شود مدنظر قرار دهد، زیرا هدف آن کمک به خدمات بالینی و هدایت سیاست‌های بالینی است. این دنیای واقعی شامل ابعاد

گوناگون روان شناسی، پزشکی، حقوقی، فرهنگی و سیاسی می‌باشد که بر انواع مشکلات اخلاقی و نحوه حل آنها دلالت دارد.^۲

اخلاق بالینی به طور سنتی گرایش بر مسائلی همچون؛ رضایت آگاهانه، رازداری و حفظ حریم خصوصی، توانایی یا اهلیت تصمیم‌گیری، تصمیم‌گیری در مورد گروه‌های ناتوان، تخصیص منابع و مراقبت‌های پایان حیات دارد. با وجودی که این مسائل همچنان به عنوان دغدغه‌های اصلی مطرحند، ولی از دو دهه گذشته شاهد افزایش شناخت ارتباط مهم اخلاق بالینی، سازمانی و تجاری همراه با افزایش نگرانی در مواردی همچون خودکشی مساعدت شده توسط پزشک، مراقبت‌های تسکینی، خطاهای پزشکی، اخلاق ژنتیک و حتی بیوتروریسم بوده‌ایم.^۳

مکانیسم معمول برای توجه به اخلاق بالینی در بسیاری از سازمان‌های ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی، تأسیس کمیته‌های اخلاقی است. در حال حاضر این کمیته‌ها در بسیاری از بیمارستان‌های آمریکا و کانادا و حتی در مؤسسات ارائه خدمات مداوم وجود دارند. در بسیاری از مراکز بالینی و اغلب در مراکز پزشکی دانشگاهی تأسیس کمیته‌های اخلاقی بخشی از برنامه‌های گسترده اخلاق بالینی را تشکیل می‌دهند. چنین برنامه‌هایی معمولاً به وسیله کارشناسان اخلاق ارائه می‌شود که وظایفی از قبیل آموزش اخلاق، حمایت از حقوق بیماران، ارائه خدمات اخلاقی و تحقیق و پژوهش در زمینه اخلاق را بر عهده دارند. برای نخستین بار در منطقه خاورمیانه و ایران نیز در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی کمیته‌های اخلاق و معنویت راه‌اندازی شد که این کمیته‌ها وظایفی فراتر از آنچه برای کمیته‌های اخلاق بالینی آمریکا و اروپا تعریف شده برعهده دارند.^۴

تبیین معیارهای اخلاق بالینی و چگونگی آموزش و نهادینه کردن آن در مراکز درمانی، تشریح برنامه های راهبردی آموزش اخلاق بالینی و شناخت روش های آن و ضرورت بسط و گسترش اخلاق بالینی و نهادینه کردن آن در نظام جامع سلامت از جمله موضوعات مهمی هستند که در اخلاق بالینی مورد مطالعه قرار می گیرند.

۱- تبیین پارامترهای اخلاق بالینی

از آنجا که انسان موجودی متفکر، خودآگاه و قادر به انتخاب^۵ است، نمی توان به هنگام بیماری، وی را همچون ماشینی در نظر گرفت که خراب شده است. او موجودی مختار است که می تواند تصمیم بگیرد.

پزشکی نوین جامعه پزشکی را با طیف وسیعی از مسائل اخلاقی روبه رو ساخته است که پزشکان قدیم با آنها مواجهه نبوده اند. در حال حاضر مباحث زیادی درباره اخلاق پزشکی جریان دارد که نمونه بارز آن مجادلاتی است که بر سر اصول اخلاقی حاکم بر آزمایش های تجربی، معاینات بالینی و معالجه و درمان در گرفته است و از آن به عنوان اخلاق بالینی یاد می شود.

سؤالاتی درباره رضایت آگاهانه و این که تا چه اندازه باید بیمار را در جریان بیماریش گذاشت، حفظ حیات به هر قیمت ممکن، کیفیت زندگی و توزیع عادلانه درمان های پزشکی و جراحی های کمیاب و پرهزینه و ده ها موضوع مبتلا به دیگر در زمینه معالجه و درمان همه مسائلی هستند که به رهنمودهای اخلاقی احتیاج دارند و باید مجمعی از صاحب نظران به نحوی شایسته درباره آنها بحث کنند.

در طول سه ماه، پزشکان یک واحد پزشکی در بیمارستان بزرگی واقع در دانمارک، هرگاه با مسأله اخلاقی مهمی^۶ مواجه می‌شدند، آن را ثبت می‌کردند. مسأله‌ای اخلاقی که به ارزش داوری احتیاج داشت، و اهمیت موضوع در این بود که پزشک در تصمیم‌گیری دچار تردید می‌شد یا می‌پنداشت که ممکن است سایر پزشکان درباره مسأله به گونه‌ای متفاوت داوری کنند.

در این سه ماه، ۴۲۶ بیمار به این واحد مراجعه کردند. در ۲۵٪ این موارد پزشکان احساس می‌کردند که با یک یا چند مسأله اخلاقی مهم روبه‌رو بوده‌اند. در غالب این موارد پزشکان مردد بودند که آیا مجازند برای بیماران سالخورده و یا مبتلایان به بیماری‌های مزمن، یعنی کسانی که پیش‌بینی می‌شد ممکن است در آینده کیفیت زندگی پایینی داشته باشند، کار تشخیصی و درمان کمتری انجام دهند. مشکل دیگر آنها این بود که نمی‌دانستند به بیماری که اخیراً سرطان وی تشخیص داده شده چه باید بگویند.

لیکن طیف معضلات اخلاقی وسیع بود و شامل چنین سؤالاتی می‌شد: هنگامی که برای نجات جان بیمار اقدام جراحی لازم است، اما وی به دلایل مذهبی از انتقال خون سرباز می‌زند، چه باید کرد؟ هنگامی که بیمار می‌خواهد شخصاً رانندگی کند، درحالی که به نظر نمی‌رسد بتواند از عهده این کار برآید، چه باید کرد؟ وقتی بیمار در عین حال که قادر به مراقبت از خود نیست، با انتقال به یک مرکز پرستاری مخالفت می‌کند، چه تصمیمی درست است؟ وقتی بیمار توسط پزشک دیگری به غلط درمان شده است و اکنون بیمار از پزشک می‌خواهد درباره این درمان نظر بدهد، به او چه باید گفت؟ این مطالعه به وضوح نشان داد که تصمیم‌گیری بالینی همیشه یک بعد اخلاقی مهم به همراه دارد. پزشکان منحصراً با مسائل علمی، مانند تشخیص بیماری یا انتخاب مؤثرترین درمان، سروکار ندارند.^۷

اخلاق پزشکی قلمرویی در مرز میان دو حوزه طب و فلسفه است، و همکاری نزدیک میان پزشکان و فیلسوفان در این حوزه می تواند بهره فراوانی به بار آورد. اخلاق پزشکی یکی از رشته هایی است که مسائل مبتلا به آن مسائل پزشکی است. در عین حال، اخلاق پزشکی رشته ای فلسفی نیز هست، زیرا بسیاری از مسائل مطرح در آن، همان معضلات اخلاقی خاصی هستند که فیلسوفان اخلاق قرن ها بر سر آنها بحث کرده اند.

پزشکی که با مشکلی اخلاقی روبه روست، باید تصمیم بگیرد که برای بیمار چه باید بکند و بهترین کاری که برای بیمار می تواند انجام دهد چیست. برخی واژه ها اساسی اند و ما باید معنای آنها را در سیاق مباحث اخلاقی شرح دهیم.

واژه های «خوب» و «باید» (همانند عبارات مشابهی نظیر بهتر، بدتر، درست و نادرست) گاهی به معنای اخلاقی به کار می روند (خوب یا خیرگویی^۱ و باید مطلق^۲) و گاهی به معنای غیر اخلاقی. در طب، ممکن است بگوییم که یک آنتی بیوتیک برای از بین بردن باکتری معینی خوب یا مؤثر است. در این سیاق، «خوب» به معنای خوب در مقام وسیله است. اما هر از گاهی، پزشکی مردد می ماند که آیا بهتر نیست در بعضی موارد از به کارگیری درمان مؤثر چشم پوشد. برای مثال، هنگامی که آینده بیمار کاملاً ناامید کننده است.

در اینجا واژه های «بهتر» و «بهترین» معنای تام و تمام اخلاقی دارند، زیرا پزشک، ارزش هایی غایی را مدنظر قرار می دهد. معنای دیگر واژه «باید» در این جمله به خوبی دیده می شود: «پزشک متخصص زنان و زایمان نباید سقط جنین انجام دهد». ممکن است منظور گوینده جمله این باشد که از لحاظ اخلاقی انجام سقط جنین ممنوع است، در این حالت «باید» به معنای امر مطلق به کار رفته است. اما از جمله مزبور می توان این معانی را هم دریافت که اگر پزشک نمی

خواهد بیمار در معرض خطر قرار گیرد یا اگر نمی خواهد قانون را زیر پا بگذارد، نباید عمل سقط جنین انجام دهد. اگر یکی از تعبیر های اخیر درست باشد، از جمله باید به معنای مشروط به کار رفته باشد. این مثال نشان می دهد هنجارهایی که بر اعمال ما حاکم اند لزوماً اخلاقی نیستند، بلکه ممکن است هنجارهایی فنی^{۱۰} یا قانونی^{۱۱} باشند. اگر این تمایز را فراموش کنیم، دچار سردرگمی و آشفتگی فکری خواهیم شد.^{۱۲}

تاکنون بحث ما درباره این بود که نشان دهیم اخلاق به طور کلی چیست. اما تاکنون پرسش های بسیاری را بدون پاسخ گذاشته ایم و بنابراین لازم است که اندکی سازمان یافته تر سخن بگوییم. معمولاً در منابع درسی اخلاق پزشکی، حجم زیادی از مباحث را به موضوعات مناقشه انگیزی چون قتل ترحم آمیز، معیار مرگ^{۱۳} و مسأله سقط جنین اختصاص می دهند. اما در این بحث مختصر، لازم است در دو حوزه طب بالینی و تحقیق بالینی، به بحث بیشتری بپردازیم.

در زمینه طب بالینی پزشکان وظایف مختلفی برعهده دارند، که برای مثال، پاره ای از آنها از این قرار است: پزشکان وظیفه دارند تصمیمی اتخاذ کنند که برای بیمار بهترین نتیجه را در برداشته باشد؛ آنها موظف اند به اختیار و استقلال بیمار احترام بگذارند؛ و اگر در یک مرکز خدمات درمانی دولتی با بودجه ای محدود و مشخص کار می کنند، موظفند از توزیع عادلانه امکانات اطمینان حاصل کنند. اما این نیز کافی نیست که صاحبان حرف پزشکی بر سر موازین آن دسته از اخلاقی که همه این مسائل را در بر می گیرد اتفاق نظر داشته باشند، زیرا این موازین باید برای بیماران آن ها نیز قابل قبول باشد. نمی توان یک نظام اخلاق پزشکی را به تنهایی و جدا از دیگر مسائل، مدنظر قرار داد، بلکه این نظام باید با هنجارهای عمومی و ارزش های آن جامعه خاص هماهنگ باشد. گاهی اوقات پزشکان از

نکته ای غافل اند و معتقدند که موازین بین المللی اخلاق نشانگر «حقایق» اخلاقی است و این حقایق درست مانند حقایق علمی از اعتبار جهانی برخوردارند. اما اگر به مسأله دقیق تر نگاه کنیم، خواهیم دید که یا این موازین بین المللی آن قدر مبهم اند که نمی توانند در طب بالینی ارائه طریق کنند، و یا حاکی از معتقدات اخلاقی رایج در یک مجموعه فرهنگی خاص هستند.

با وجود همه این مشکلات، همان طور که هدف غایی علم یافتن نهایت حقیقت است، هدف غایی مطالعات اخلاقی نیز استقرار تعادلی فراگیر و مدبرانه است، اما باید بپذیریم که در هر دو حوزه علم و اخلاق، هدف مورد نظر دست نیافتنی است. مسائل اخلاقی در پزشکی بی نهایت متنوع اند و باید در تکامل فناوری های نوین بازنگری کرد، عالمان اخلاق نیز باید همواره درباره تمام سطوح نظام اخلاقی شان بازاندیشی کنند، ضمن اینکه باید به این نکته توجه داشته باشیم که این دور از انتظار است که بتوانیم، چیزی شبیه به یک نظام هماهنگ از اخلاق پزشکی ارائه دهیم.

هنجارها و ارزش های اخلاقی، که بخشی از نهادهای اجتماعی ما را می سازند و روابط ما را تحت ضابطه در می آورند همگی مصنوع انسان هستند. با این وجود آنها عینی اند، به این معنی که واقعیتی اجتماعی اند و باید از طریق گفتگوی عقلانی آنها را موجه ساخت.

بنابراین باید اخلاق پزشکی را بر این پایه استوار کرد که انسان موجوی آگاه و خودمختار است که در نفس خود تأمل می کند. در نتیجه، به طور معمول باید ملاحظات فایده گرایانه را تابع ملاحظات تعادلی قرار داد که ناظر به استقلال و اختیار افراد و عدالت نهادهای اجتماعی باشد.^{۱۴}

۲- برنامه های راهبردی آموزش اخلاق بالینی

چگونگی آموزش و شناخت روش ها و خدمات همانند مشاوره و سیاستگذاری در بسیاری از سازمان های ارائه دهنده خدمات بهداشتی کانون توجه بسیاری از فعالیت های اخلاقی بالینی می باشد. معمولاً برنامه های اخلاق بالینی در یک مرکز مراقبت بهداشتی نظیر یک بیمارستان بزرگ شامل موارد ذیل است: آموزش به پرسنل و افراد جامعه، تحلیل و تدوین سیاست ها، مرور موارد قبلی یا بعدی و مشاوره با بیماران. کارآمدترین برنامه اخلاق بالینی در مراکز پزشکی دانشگاهی استفاده از استادان این رشته است تا به تدریس در تمام سطوح آموزشی اعم از قبل از دوره بالینی، دوره بالینی، فارغ التحصیلی، بعد از دوره دکترای حرفه ای و غیره بپردازند. امروزه بار مسئولیت پزشکی بر دوش پزشکان سنگینی می کند و به نظر می رسد یکی از راهکارهای اساسی در این زمینه راه اندازی کمیته های اخلاق بالینی در مراکز درمانی است تا با برنامه های آموزشی اخلاق بالینی، آموزش های پیشرفته و دوره های مختلف آموزشی و هم چنین فعالیت هایی که برای سامان دهی برنامه های اخلاق بالینی و آموزش انجام می دهند بتوانند چهره این مراکز را دگرگون سازند.

با وجودی که آموزش و خدمت عناصر اصلی برنامه های اخلاق بالینی هستند، تحقیق نیز می تواند سهم مهمی به خصوص در مراکز دانشگاهی داشته باشد و نوعی کار مفهومی و تحلیلی در زمینه پژوهش های علوم انسانی مثلاً تحلیل موضوعات، روشن ساختن مفاهیم، ارزیابی اساسی مسائل اخلاق بالینی و یا نوعی پژوهش تجربی در زمینه علوم اجتماعی مانند: میزان رخداد هر یک از مسائل اخلاقی، تأثیر عملی سیاست ها و اعمال مختلف، نگرش ها و باورهای مردم نسبت به موارد ویژه اخلاقی، میزان تأثیر برخی مداخله های طراحی شده برای ارتقای

رضایت و برائت آگاهانه، محافظت از اطلاعات شخصی و غیره باشد. افزایش قابل توجه مقالات و نوشته های منتشره مربوط به اخلاق بالینی نشان دهنده رشد چشمگیر تحقیقات در زمینه اخلاق بالینی در دو سه دهه اخیر می باشد.^{۱۵}

مباحث روان شناسی نیز همانند اخلاق بالینی در طول سال ها دستخوش تغییر شده و گسترش یافته است.

در زمینه نارسایی های اخلاق بالینی، گلن گاربر^{۱۶} و دیوید توماسما^{۱۷} تلاش نمودند تا با ارائه تئوری «اخلاق وحدت گرا» رنگ و بوی تازه ای به اخلاق پزشکی بدهند.^{۱۸} این طرح با توجه به نقاط قوت و ضعفی که داشت، در سال ۱۹۹۰ به وسیله ریچارد زائر^{۱۹}، فیلسوف با تجربه دوره معاصر مورد بازبینی قرار گرفت. البته افراد دیگری هم بودند که با آثار فمینیستی که در زمینه اخلاق بالینی ارائه دادند نسبت به نادیده گرفتن ارزش های اخلاقی در روابط انسان ها انتقاد داشتند.^{۲۰}

با این حال پاسخ به انتقاد های برخی از مفسران اخلاق زیستی در جهت بررسی عمیق تر و پربارتر موارد مهمتر طب بالینی هم با استفاده از موارد و هم براساس دانش موجود و از طریق رابطه مستقیم پزشک و بیمار صورت می گیرد. کسانی که می خواهند چنین مطالعاتی انجام دهند باید یا کارشناس اخلاق بالینی باشند و یا حداقل به اندازه کافی با مراکز بالینی سر و کار داشته باشند. چند نمونه از موارد مطالعاتی در این زمینه عبارتند از: رضایت آگاهانه، تصمیم گیری راجع به مرگ و زندگی، درد و رنج و استفاده از قدرت مسئولین مراکز درمانی^{۲۱}.

این مطالعات، نیاز به تجربیاتی دارد که در مکان های ارائه خدمات بالینی به دست می آید. در حقیقت چنین مطالعاتی در جهت تشویق به بررسی دقیق مسائل اخلاقی و فهم درست آنها بخصوص در روابط بین بیمار و کارکنان مراکز درمانی

به کار می رود. در این روش آموزش اخلاق بالینی سبب افزایش درک مفهوم اخلاق پزشکی می شود و پرسنل مراکز بالینی را به تغییر در شیوه کاری براساس تجربیات اندوخته شده وادار می کند.

به عنوان مثال، در جامعه ای با ملیت های گوناگون که حقوق افراد برای زندگی براساس حقوق و ارزش های فردی است و ماهیت ارزشمند خدمات بالینی سبب ایجاد چالش های اخلاقی و عدم قطعیت و ویژگی غیر قابل انکار مراکز بالینی می شود در واقع این ویژگی ها همراه با پیشرفت هایی در تکنولوژی پزشکی، نیاز به تلاش های اساسی در اخلاق بالینی را برجسته تر می کند. بنابراین بدون توجه به رویکرد روش شناسی اعمال شده فردی که با اخلاق بالینی سروکار دارد باید حقوق سیاسی افراد مدنظر قرار گیرد. در حقیقت رویکردهای روش شناختی در اخلاق بالینی و تعهدات نظری نسبت به هدف اصلی این مجموعه در اولویت پایین تری قرار دارد.^{۲۲}

۳- ضرورت بسط و گسترش اخلاق بالینی و نهادینه کردن آن

رنه سی فاکس^{۲۳} و دیوید جی روتمن^{۲۴} معتقدند که اخلاق زیستی به عنوان یک جنبش اجتماعی و اندیشمندانه در دهه های ۱۹۶۰ آغاز شد و اولین نگرانی پژوهشگران این حوزه بروز مسائل حاد اخلاقی در حوزه تحقیقات بود. اخلاق زیستی تحت تأثیر جنبش حقوق شهروندی در آمریکا با نوعی ضعف در نظام سازمانی خود روبرو شد، به طوری که نتوانست با صراحت از بیماران و افراد شرکت کننده در تحقیقات حمایت کند. اخلاق زیستی از بدو تأسیس تاکنون دو هدف اساسی را تعقیب کرده است:

الف- گفتگوی بین رشته ای و تدوین مجموعه ای از مقررات جدید دانشگاهی در حیطه وسیع تر مسائل اخلاقی.

ب- برنامه ریزی برای تغییرات بنیادی و تأسیس نهادی اجتماعی به منظور جلوگیری از سوء استفاده از بیماران و افراد شرکت کننده در تحقیقات و معرفی الگوی های تصمیم گیری در موضوعات تحقیقاتی.

شروع این تغییرات در مراکز تحقیقاتی برای حمایت از آزمودنی های انسانی تقریباً یک دهه جلوتر از مراکز درمانی بود.

در دهه های ۱۹۶۰ شاهد موارد بحث برانگیزی بودیم که ناشی از گسترش طب بالینی و مشکلات متعاقب آن و پیشرفت های سریع در فناوری بود. اختراع شانت پلاستیکی شریانی وریدی توسط یک پزشک آمریکایی به نام بلدینگ اچ اسکریبنر^{۲۵} در سال ۱۹۶۰ همودیالیز مزمن را ممکن ساخت، اما از سوی دیگر، مسائل اخلاقی عمیقی را به بار آورد. زیرا تعداد بیمارانی که نیاز به دیالیز مزمن داشتند بیشتر از مراکز کلیه مصنوعی سیاتل بود که می توانستند این عمل را انجام دهند. این وضعیت دشوار منجر به تأسیس کمیته پذیرش و سیاستگذاری شد که بعداً «کمیته خدایی سیاتل» نام گرفت. این کمیته برای انتخاب داوطلبان دیالیز از معیار «ارزش اجتماعی» استفاده می کرد.

در دهه های اخیر موفقیت در پیوند اعضا، چالش هایی را در ارتباط با تخصیص منابع ایجاد کرد. در سال ۱۹۶۷ اقدام یک جراح آفریقای جنوبی به نام کریستین برنارد^{۲۶} در پیوند موفق قلب از یک بیمار با آسیب شدید و غیرقابل برگشت مغزی باعث به وجود آمدن مسائل جدی اخلاقی درباره تعریف مرگ شد. در پاسخ به این مسائل سال بعد کمیته اخلاقی کالج پزشکی هاروارد بیانیه ای تحت عنوان «مرگ مغزی» صادر کرد.^{۲۷}

اگر چه مشکلات اخلاقی ناشی از همودیالیز مزمن و پیوند اعضا از دید مردم عادی دور ماند، ولی در دهه های ۱۹۷۰ شاهد وقوع مسائل و مشکلات اخلاقی خاصی بودیم که با زندگی مردم عجین شده بود. در جو نژاد پرستانه اوایل سال های ۱۹۷۰ روزنامه نیویورک تایمز با بیان گزارشی از نتیجه تحقیق و مطالعه ۴۰ ساله بیماری سیفلیس بین مردان آفریقایی ساکن آمریکا توسط مراکز ارائه خدمات سلامت همگانی نشان داد که چگونه ارزش های اجتماعی و حتی ضد ارزش ها مثل نژاد پرستی می تواند بر علم پزشکی در مراکز بالینی تأثیری عمیق داشته باشد. در یک بررسی که طی سال های ۱۹۳۲ تا ۱۹۷۲ از ۶۰۰ آفریقایی ساکن آمریکا به عمل آمد، به همه شرکت کنندگان گفته شد که مشکل خونی دارند و باید تست های پزشکی منظمی بدهند. گروه مسئول انجام این آزمایش ها تعهد کردند که خدماتی از جمله انتقال به بیمارستان و برعکس، غذای گرم، مراقبت های پزشکی و تدفین رایگان (با تکمیل کالبدشکافی) را به شرکت کنندگان ارائه دهند. از ۶۰۰ شرکت کننده در این تحقیق، ۲۰۰ نفر مبتلا به سیفلیس نبودند و ۴۰۰ نفر باقی مانده این بیماری را داشتند، ولی راه های تشخیص و درمان بیماری حتی بعد از کشف درمان مؤثر آن به اطلاع آنها نرسید.^{۲۸} در ژانویه ۱۹۷۳ یعنی کمتر از یک سال بعد، زمانی که دادگاه عالی آمریکا تصمیم مهمی گرفت، اهمیت طب بالینی بیش از پیش نمایان شد. در زمینه سقط جنین نیز پس از یک دهه کشمکش برسر مسائل حقوقی و اخلاقی آن، همچنان این مسئله به عنوان یک امر فراپزشکی معرفی و تحت عناوینی از قبیل «امری شخصی» و «تحت اختیار» به مردم واگذار شده است.^{۲۹}

عیرغم اهمیت تمامی این موارد، هیچ کدام به اندازه تراژدی کاران آن کینلان^{۳۰} نتوانست توجه عموم را به خود جلب نماید. آن کینلان بیمار ۲۱ ساله در

بیمارستان کارلز در دنویل نیوجرسی بستری بود که به علت مصرف بیش از حد الکل، والیوم ولیریوم دچار ایست تنفسی شده بود و از دستگاه تنفس مصنوعی (ونتیلاتور) استفاده می کرد و کاملاً بیهوش بود. ولی علاوه بر ونتیلاتور از لوله مخصوصی که داخل بینی او گذاشته بودند تغذیه می شد. والدین آن کینلان بعد از ماه ها مشاوره با کشیش محلی تصمیم گرفتند او را از ونتیلاتور جدا کنند ولی با مخالفت مسئولین بیمارستان روبرو شدند. چون آنها جدا کردن بیمار از ونتیلاتور که منجر به مرگ بیمار می شد را نوعی «اتانازی» می دانستند.^{۳۱}

سرانجام دیوان عالی نیوجرسی در سال ۱۹۷۶ به نفع والدین کینلان رأی داد، ولی این تراژدی عمیق تأثیر زیادی روی جامعه داشت و باعث گسترش اخلاق بالینی شد. زیرا وابستگی کینلان به ونتیلاتور و تغذیه از طریق لوله برای بسیاری از افراد سمبلی از یک تکنولوژی ظالمانه پزشکی بود که تنها زمان مرگ طبیعی را به تأخیر می انداخت. پیشرفت فناوری های پزشکی باعث ایجاد مشکلات و مسائل اخلاقی جدیدی شده است. قبل از اختراع ونتیلاتور و لوله تغذیه بیمارانی که وضعیتی مشابه کینلان داشتند به راحتی فوت می کردند و سؤال درباره «امتناع از درمان»، «اتانازی فعال یا انفعالی» و یا «حادثه» و نیز این که چه کسی و تحت چه شرایطی باید برای زندگی یا مرگ تصمیم بگیرد، هیچ مفهومی نداشت. اگر چه برخی افراد نتوانستند موضوعاتی از قبیل همودیالیز، پیوند اعضا و غیره را تعریف کنند، ولی تقریباً همه شاهد وضع اسفبار کینلان بودند. در واقع دیوان عالی نیوجرسی نیز این وضعیت را درک کرد، زیرا براساس آن پیشنهاد داد تا کمیته های اخلاق در تمام بیمارستان ها تشکیل شود تا بتوانند موارد مشابه را قبل از ارجاع به دادگاه تا حدودی مورد بررسی قرار دهند.

در سال ۱۹۷۰ اولین تلاش‌ها در جهت ایجاد «کمیته‌های اخلاق بالینی» شکل گرفت و تأسیس کمیته‌های اخلاق در بیمارستان‌های اصلی آغاز شد. اساتید اخلاق زیستی موضوعات جدیدی را در دانشکده‌های پزشکی، پرستاری و دیگر مراکز مربوطه تدریس کردند و برنامه‌های پیشرفته‌ای تحت عنوان «انسانیت و پزشکی» را به دانشجویان معرفی نمودند. برخی مراکز دانشگاهی از این اساتید علاوه بر آموزش برای مشاوره‌های اخلاقی بیماران نیز بهره‌گرفتند.^{۳۲}

در دهه‌های ۱۹۸۰ شاهد رشد اخلاق بالینی بودیم. قضیه آن کینلان از یک سو و مباحث مربوط به تصمیمات پایان حیات از سوی دیگر باعث شد تا از طرف رییس جمهور وقت آمریکا کمیته‌ای برای بررسی مسائل اخلاقی پیش آمده در پزشکی، زیست پزشکی و تحقیقات تشکیل شود. این کمیته در سال ۱۹۸۳ اعلامیه‌ای مبنی بر «درمان تا زمان حیات» صادر کرد. مباحث دیگری نیز درباره «امتناع از درمان»^{۳۳} و «درمان برای ادامه حیات» مطرح شد به منظور ایجاد بخش مراقبت‌های ویژه با یک سری بحث‌های داغ در مورد آسیب‌های دوران جنینی مطرح شد. مورد نانسی کروزان^{۳۴} و الیزابت بویا^{۳۵} نیز به این مباحث دامن زد^{۳۶} و سؤالات متعددی را پیش آورد:

آیا دادن آب و غذا به بیمار به صورت مصنوعی نوعی درمان محسوب می‌شود؟ برای تصمیم‌گیری درباره پایان حیات فردی که قبلاً قدرت تصمیم‌گیری داشته ولی اکنون فاقد آن است چه باید کرد؟ چه معیارهایی باید در نظر گرفته شود و چه کسی باید این معیارها را تعیین کند؟ آیا یک انسان توانا حق دارد آب و غذایی را که به او داده می‌شود نپذیرد؟

وقوع ناگهانی اپیدمی ایدز در سال ۱۹۸۰ مشکلات اخلاقی زیادی را به بار آورد و سایر مسائل را نیز تحت الشعاع خود قرار داد. مسائلی از قبیل، رازداری و حریم

خصوصی^{۳۷}، وظایف کارکنان خدمات سلامتی برای درمان افراد مبتلا به ایدز، افشای وضعیت بیماری مبتلایان، آگاه کردن افرادی که در معرض خطرند و تست های اجباری اچ. آی. وی برای کارکنان بخش سلامت و دیگران^{۳۸}.

در طی دهه های ۱۹۸۰ اصطلاح «اخلاق بالینی» در برنامه های آموزشی بعد از دوره لیسانس، برخی کتب درسی و مجلات دیده شد، در حالی که قبلاً این عبارت کاربردی نداشت. در اواسط دهه ۱۹۸۰ مشاوره اخلاقی تعریف شد و سپس کمیته های اخلاقی در مراکز درمانی برای حمایت از بیماران و خانواده های آنان تشکیل شد. به موجب اصل «احترام به خودمختاری و استقلال بیمار» که در سال ۱۹۹۱ به تصویب رسید و نیز تصریح کمیسیون اعتبار بخشی به سازمان مراقبت سلامتی، مؤسسات عضو باید برای حل و فصل مسائل اخلاقی که در زمان ارائه مراقبت های لازم به وجود می آید، مکانیسمی برای آموزش کارکنان و بیماران داشته باشند. اهمیت این تلاش ها در اخلاق بالینی با به وجود آمدن هر روزه مسائل مربوط بود به گونه ای که در سال ۱۹۹۰ شاهد فعالیت گروه هایی در کانادا و آمریکا به منظور ایجاد استانداردهایی برای مشاوره های اخلاقی بودیم. از اواسط دهه ۱۹۹۰ پزشکان در مراقبت هایی که به خودکشی یا تسکین بیمار می انجامید شرکت کردند و همین مسأله سبب طرح بحث های زیادی در زمینه مسائل اخلاقی و رشد و گسترش مراقبت های مدیریت شده در اخلاق بالینی شد.

تردیدی نیست که اخلاق بالینی به عنوان زیرمجموعه ای از حوزه بزرگ اخلاق مطرح است. در واقع مسائل اخلاق بالینی به وسیله مسئولین کلینیک ها، پزشکان، پرستاران، مددکاران اجتماعی و سایر کارکنان بخش سلامت و نیز افرادی که دستی در موضوعات انسانی همچون فلسفه، الهیات، تاریخ، ادبیات و سایر علوم اجتماعی نظیر، جامعه شناسی، مردم شناسی، سلامت همگانی و حقوق دارند دنبال

می‌شود. تا سال ۲۰۰۱ فقط در آمریکا، حداقل ۴۷ مرکز دانشگاهی برنامه های آموزشی شامل دوره های فلوشیپ اخلاق زیستی را ارائه دادند.^{۳۹}

تعدادی از این مراکز دارای بخشی به نام اخلاق بالینی بودند، اما بقیه به طور اختصاصی به این موضوع پرداختند.^{۴۰}

در کشور ما علیرغم افزایش قابل توجه واحدهای درسی مرتبط با اخلاق زیستی و اخلاق پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در پرتو راهاندازی گرایش اخلاق زیستی، جمع کثیری از افراد شاغل در مراکز مراقبت‌های بهداشتی و سلامت آموزش کمی در این زمینه دیده‌اند و یا اصلاً آموزشی ندیده‌اند. لذا باید برنامه‌هایی برای آموزش این گروه‌ها در نظر گرفته‌شود؛ موضوعی که یکی از برنامه‌های راهبردی مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی است.

نتیجه

از زمان ظهور و بروز اخلاق بالینی تا کنون رویکرد غالب برای تحقیق و تفحص در این زمینه، روش انعکاس سیستماتیک اصول اخلاقی و ارتباط آن با مباحث زیست پزشکی با نگاه ویژه به مؤلفه‌های اخلاقی بوده است.^{۴۱} گرچه این رویکرد به نتایج ارزشمندی نائل شد ولی منتقدان بر این عقیده‌اند که لازم است این روش در سه جهت تقویت شود:

- الف) باید به ماهیت بیماری و حوزه‌ای که بیمار و مراقب در آن با مسائل اخلاقی مواجه می‌شوند توجه خاصی کرد.^{۴۲}
- ب) انتقاد از اصول ثابت و قوانین که راه‌حلهایی برای مسائل پیچیده اخلاقی به دنبال دارد نباید مدنظر قرار گیرد.^{۴۳}

ج) باید منابع مفهوم سازی و روش شناسی بیشتری برای رسیدگی به مسائل اخلاقی در نظر گرفته شود. زیرا به نظر می‌رسد این اصول بسیار گنگ و مبهم بوده و نسبت به نتایج حاصل از دلایل منطقی انعطاف پذیر است؟^{۴۴}

یکی دیگر از منابع روش شناسی برای پژوهش‌های اخلاقی، ایجاد علاقه نسبت به حل مسائل اخلاقی با استفاده از قوانین مذهبی و اجتماعی یعنی هنر تحلیل شباهت‌ها و تقابل‌های بین مسائل اخلاقی است. تصمیم‌گیری بالینی موردی صورت می‌گیرد و ارتباط مستقیمی با بیمار، بیماری و آسیب وارده به او دارد. هر بیماری شرح حالی دارد. به عنوان مثال، چه عاملی باعث شده تا بیمار به پزشک مراجعه کند؟ چه اقدامی باید صورت گیرد؟ چه کاری برای بیمار انجام شده است؟ از آنجا که اخلاق بالینی بر روی اخلاق در حین عمل تمرکز دارد، می‌کوشد تا موارد پیش آمده را به بهترین نحو ممکن توصیف کند و ابعاد شخصی و تفاوت‌های بنیادی را مد نظر قرار دهد،^{۴۵} در این زمینه چندین اثر ارزشمند با اطلاعات بالینی جامع منتشر گردیده است و همانند طب بالینی، حل مسائل اخلاقی نیز با استفاده از قوانین مذهبی و اجتماعی نیازمند مطالعه و بررسی است. این تجارب حاصل رویارویی اشخاص و کارکنان نظام سلامت با موارد مختلف است. مقایسه و تقابل بین موارد می‌تواند ملاحظات اخلاقی مهمی را نشان دهد که در بررسی موردی به دست نمی‌آید.

این رشد چند بخشی در اخلاق بالینی باعث به وجود آمدن روش‌های متنوع در برخورد با مسائل اخلاق بالینی شده است. به گونه‌ای که رویکردهای روش شناسی که توسط کارکنان بخش سلامت، کارشناسان مسائل انسانی و علوم اجتماعی مطرح شده است در متون مختلف دیده می‌شود.^{۴۶} در عمل، رویکرد اشخاصی که در فعالیت‌های مرتبط با اخلاق بالینی دخیل هستند؛ تا حدودی

نشانگر دیدگاه شغلی یا قانونی آنهاست و این دست آورد بزرگ اخلاق بالینی است.

با وجود همه این روش های مفید و متنوع؛ اخلاق بالینی به دور از هر گونه از هم پاشیدگی با هدفی کاملاً عملی که همان کمک به طب بالینی و سیاستگذاری برای رهبری مسئولین مراکز درمانی می باشد همچنان پابرجاست. برای رسیدن به چنین هدفی، اخلاق بالینی باید ویژگی های خاص حیطه عمل را دقیقاً مدنظر داشته باشد. همان طور که در ابتدا ذکر شد این ویژگی ها شامل ابعاد پیچیده روانی-اجتماعی، پزشکی، حقوقی، فرهنگی و سیاسی است که هم بر روی نوع مسئله اخلاقی به وجود آمده و هم بر روی روش حل آن تأثیرگذار است.

پی نوشت‌ها

- 1- Fletcher and Boyle, Robert, Introduction to Clinical Ethics, 2nd edition, 1997. Jonson, Albert, Siegler, Whnslade, A practical Approach to Ethics Decision in Clinical Medicine, New York.
- 2- Aulisio, Arnold and Younger, Ethics Consultation: From Theory to practice. Baltimore, MD; Johns Hopkins University press, 2000, 2003.
- 3- Schyve et al. "Organisational Ethics: promises and pitfalls" In Ethics Consultation: from Theory to practice, ed. Mark P Aulisio, Robert M. Arnold and Stuart J. Younger. Baltimore, MD: Johns Hopkins University press.
- ۴- برای مطالعه بیشتر در زمینه شرح وظایف این کمیته‌ها به آیین نامه کمیته‌های اخلاق و معنویت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مراجعه کنید.
- 5- Autonomy
- 6- Significant ethical problem
- ۷- جوادی (محمدعلی)، عباسی (محمود) ضیایی (حسین)، اخلاق پزشکی و انتظار بیمار از پزشک، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، ۱۳۸۷، ص ۲۷.
- 8- the ultimate good
- 9- categorical ought
- 10- technical
- 11- legal
- 12- Wulff, Henrid R. An derPe derson, steygand Rozenderg, Reden, An Introductin to Philosophy of Medecine, Blak weu, Oxford , 1990 .
- ۱۳- Death criteria یعنی معیاری که نشان می‌دهد مرگ چه هنگام واقع شده است.
- 14- Encyclopedia of Bioethics 3rd Editions 2005. P 433-437.
- 15- Singer, Pellegrins, Siegler, Edmund D. 1990
- 16- Glen C. Garber
- 17- David C. Thomasma
- 18- Ackerman Clinical Medical Ethics: Exploration Assessment . Lanham, MD : University press Of America
- 19- Richard M . Zaner
- 20- Gillian , Psychological Theory and Womens Development. Cambridge University Press.
- 21- kartz, the silent world if Doctor and patient , New York press Cassell, the Nature if suffering and the Goals of Medicine Brody, Life and Death Decision Making , Oxford University press Brody , the Haven , CT, Yale University press
- 22- John C Fletcher, and Boyle Robert , Introduction to clinical Ethics, 2nd Edition, Frederick , University Publishing Group, 1997
- 23- Renee C . Fox
- 24- David J. Rothman
- 25- Belding H Scribner
- 26- Cristian Bernard

- ۲۷- برای مطالعه بیشتر ر.ک.به: مطالعه تطبیقی پیوند اعضا، تألیف دکتر محمود عباسی، مؤسسه حقوق پزشکی سینا، ۱۳۸۹.
- ۲۸- پلومر (اورورا) زالی (علیرضا) و عباسی (محمود) حقوق و اخلاق در پژوهش های پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، ۱۳۸۸.
- ۲۹- عباسی، محمود سقط جنین، انتشارات حقوقی ۱۳۸۸.
- 30- Karen Ann Quinlan
- ۳۱- برای مطالعه بیشتر در زمینه اتانازی و شرایط تحقق آن نگاه کنید به: عباسی، محمود، قتل ترحم آمیز، انتشارات حقوقی، ۱۳۸۲.
- 32- Jonsen, Albert R. 1980. "Can an Ethicist be a Consultant"? in *Frontiers in Medical Ethics: Application in a Medical Setting*, Virginia Abernathy and Harry S Abram. Cambridge, MA: Ballinger.
- ۳۳- مارشال، دیوید، راهنمای حقوق پزشکی، ترجمه نگارنده، جلد اول سلسله مباحث حقوق پزشکی، انتشارات حقوقی ۱۳۸۲، ص ۲.
- 34- Nancy Cruzan
- 35- Elizabeth Bouvia
- 36- Cruzan V. Director, Missouri Department of Health. 1990 –Elizabeth Bouvia V. Superior Court of the State of California of the country of Los Angeles. 1986 .
- ۳۷- عباسی، محمود، افشای اسرار بیماران، جلد نهم از سلسله مباحث حقوق پزشکی، انتشارات حقوقی ۱۳۸۲، ص ۸۴.
- ۳۸- بودوان، ژان لویی، حقوق، ایدز و قانون، ترجمه نگارنده، انتشارات حقوقی، ۱۳۸۲، ص ۵۵.
- ۳۹- برای اولین بار در منطقه خاورمیانه و ایران در مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی دوره فلوشیپ اخلاق زیست پزشکی راه اندازی شد که در نتیجه آن دوازده نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور در این دوره پذیرفته شدند و این دوره با حضور اساتید برجسته داخلی و خارجی برگزار گردید و هم اکنون دوره سوم فلوشیپ در حال برگزاری است.
- 40- Aulision and Rothenberg. 2002. "Bioethics, Medical humanities and the Future of the Field: Reflections on the Results of the ASBH survey North American Graduate Bioethics/Medical/Humanities Training Programs". *American Journal of Bioethics*.
- 41- Beauchamp, Childress, Principal of Bioethics, Oxford University Press, 2005.
- 42- Sider and Clements, "The New Medical Ethics: A second opinion" *Archives of Internal Medicine*
- 43- Jonsen and Toulmin, *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*. Berkeley: University of California Press.
- 44- Clouser and Gert, *A Critique of Principlism*. *Journal of Medicine and Philosophy*
- ۴۵- برای مطالعه بیشتر بنگرید به دکتر جوادی (محمد علی) دکتر عباسی (محمود) دکتر ضیایی (سید حسین) اخلاق پزشکی و انتظار بیمار از پزشک، موسسه فرهنگی حقوقی سینا، ۱۳۸۷.

46- McGee, pragmatic Bioethics, Cambridge University press, charon Matter: the Role of Narrative in Medical Ethics, New York

فهرست منابع

الف) منابع فارسی

- جوادی (محمدعلی)، عباسی (محمود) ضیایی (حسین) اخلاق پزشکی و انتظار بیمار از پزشک، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، ۱۳۸۷، ص ۲۷.
- عباسی، محمود، افشای اسرار بیماران، جلد نهم از سلسله مباحث حقوق پزشکی، انتشارات حقوقی ۱۳۸۲، ص ۸۴
- بودوان، ژان لویی، حقوق، ایدز و قانون، ترجمه محمود عباسی، انتشارات حقوقی، ۱۳۸۲.
- مارشال، دیوید، راهنمای حقوق پزشکی، ترجمه محمود عباسی، جلد اول سلسله مباحث حقوق پزشکی، انتشارات حقوقی ۱۳۸۲.
- قتل ترجمه آمیز، انتشارات حقوقی، ۱۳۸۲.

ب) منابع انگلیسی

- Fletcher and Boyle, Robert, Introduction to Clinical Ethics, 2nd edition, 1997 . Jonson, Albert, Siegler, Whnslade, A practical Approach to Ethics Decision in Clinical Medicine, New York.-
- Aulisio, Arnold and Younger, Ethics Consultation:From Theory to practice.Baltimore, MD;Johns Hopkins Univesity press, 2000, 2003
- Schvye et al. 'Organisational Ethics:p romises and pitfalls" In Ethics Consultation: from Theory to practice, ed. Mark P Aulisio, Robert M.Arnold and Stuart J.Younger. Baltimore, MD:Johns Hopkins University press.
- Wulff,Henrid R.An derPe derson, steygand Rozenderg, Reden, An Introductin to Philosophy of Medecine, Blak weu, Oxford , 1990 .
- Encyclopedia of Bioethics 3rd Editions 2005.
- Singer, Pellegrins, Siegler, Edmund D.1990
- Beauchamp,Childress, Principal of Bioethics, Oxford University Press, 2005.
- Sider and Clements, "The New Medical Ethics: A second opinion' Archives of Internal Medicin
- Jonsen and Toulmin, The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning.Berkeley:University of California Press.
- Clouser and Gert,A Critique of Principlism.Journal of Medicine and Philosophy
- Ackerman Clinical Medical Ethics: Exploration Assessment . Lanham, MD : University press Of America
- Gillian , Psychological Theory and Womens Development. Cambridge University Press.
- kartz, the silent world if Doctor and patient , New York press Cassell, the Nature if suffering and the Goals of Medicine Brody, Life and Death

- Decision Making , Oxford University press Brody , the Haven , CT, Yale University press
- McGee, pragmatic Bioethics, Cambridge University press, charon Matter: the Role of Narrative in Medical Ethics, New York
- John C Fletcher, and Boyle Robert , Introduction to clinical Ethics, 2nd Edition, Frederick , University Publishing Group, 1997
- Jonsen, Albert R.1980."Can an Ethicist be a Consultant"? in Frontiers in Medical Ethics: Application in a Medical Setting, Virginia Abernathy and Harry S Abram.Cambridge, MA:Ballinger.
- Cruzan V.Director , Missouri Department of Health. 1990 –Elizabeth Bouvia V.Superior Court of the State of California of the country of Los Angeles. 1986.
- Aulision and Rothenberg. 2002. "Bioethics, Medical humanities and the Future of the Field: Reflections on the Results of the ASBH survey North American Graduate Bioethics/Medical/Humanities Training Programs". American Journal of Bioethics.
- Encycopedia of Bioethics , 3rd Edition, 2005 , P439
- Granford: Glover et AL" Siegler and singer "Flecher 1986
- Encycopedia of Bioethics 3rd Edition, 2005.
- Encyclo Pedia of Bioethics 3rd Edition 2005 P.357

یادداشت شناسه مؤلفان

دکتر لادن عباسیان؛ عضو هیأت علمی دانشکده بهداشت، عضو کمیته مرکزی اخلاق و معنویت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و عضو شورای پژوهشی مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی.

Email: L.abbasian@yahoo.com

دکتر محمود عباسی؛ دبیر کمیته مرکزی اخلاق و معنویت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، رئیس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی و عضو گروه اخلاق زیستی فرهنگستان علوم پزشکی.

Email: Dr.abbasi@sbm.ac.ir

تاریخ وصول مقاله: ۸۷/۷/۱۲

تاریخ داوری مقاله: ۸۷/۱۱/۲۵