

Medical Ethics and Law
Research Center

Faṣlnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2026; 20: e4

Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

Rethinking the Classification of Ethical Issues in Medical Sciences: The Necessity of a Comprehensive Model

Mohsen Torabifar¹

1. Department of Islamic Studies, Faculty of Medicine, Islamic Azad University, Shahrud, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Ethical issues in medical sciences have become increasingly complex and diverse with the expansion of emerging technologies. In this context, classifying these issues can contribute to better comprehension, more structured education, and more precise analysis of ethical challenges. This study was conducted to review the classification of ethical issues in medical sciences and to explain the necessity of adopting a comprehensive and multidimensional framework.

Methods: This study was a narrative review. To identify relevant published articles, searches were done in PubMed, Scopus, Web of Science, SID, and Magiran databases and the Google Scholar search engine from 2000 to 2025 using keywords including medical ethics, bioethics, classification, and conceptual frameworks. Included articles were then reviewed and analyzed in terms of classification type, area of focus, and conceptual limitations.

Ethical Considerations: In this research, the ethical aspects of library-based research, including the authenticity of texts, honesty, and academic integrity, were observed.

Results: The literature review showed that ethical issues in medical sciences can be examined through several major approaches, including stakeholder-based, temporal-stage-based, conceptual and principle-based, and context-based approaches. While each of these classifications has certain advantages, they also face limitations in addressing the increasing complexity of medical sciences, emerging technologies, and broader challenges in healthcare systems. The literature also indicated that a considerable proportion of ethical issues in medical sciences arise in areas such as the beginning of life, clinical care, end-of-life care, biomedical research, public health, emerging technologies, and medical education and organization.

Conclusion: Given the diversity, overlap, and dynamic nature of ethical issues in medical sciences, existing classifications alone do not appear sufficient to encompass all dimensions of this field. Therefore, considering the development of a comprehensive and multidimensional framework in this area is essential.

Keywords: Bioethics; Classification; Narrative Review; Medical Ethics; Medical Sciences

Corresponding Author: Mohsen Torabifar; **Email:** torabifarmohsen@gmail.com

Received: November 15, 2025; **Accepted:** August 03, 2026; **Published Online:** August 15, 2026

Please cite this article as:

Torabifar M. Rethinking the Classification of Ethical Issues in Medical Sciences: The Necessity of a Comprehensive Model. *Faṣlnāmah-i akhlāq-i pizishkī*, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2026; 20: e4.



بازاندیشی در طبقه‌بندی مسائل اخلاقی در علوم پزشکی:

ضرورت یک الگوی همه‌جانبه‌نگر

محسن ترابی‌فر^۱

۱. گروه معارف اسلامی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: مسائل اخلاقی در علوم پزشکی، با گسترش فناوری‌های نوپدید، پیچیده‌تر و متنوع‌تر شده‌اند. در این میان، طبقه‌بندی این مسائل می‌تواند به فهم بهتر، آموزش منسجم‌تر و تحلیل دقیق‌تر چالش‌های اخلاقی کمک کند. این مطالعه با هدف مرور طبقه‌بندی مسائل اخلاقی در علوم پزشکی و تبیین ضرورت توجه به یک الگوی همه‌جانبه‌نگر انجام شد.

روش: این پژوهش به صورت مرور روایتی انجام شد. برای شناسایی منابع مرتبط، جستجویی در پایگاه‌های Web of Science، Scopus، PubMed، Magiran و SID، Science و موتور جستجوی Google Scholar در بازه زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۵ با استفاده از واژگان کلیدی مرتبط با اخلاق پزشکی، اخلاق زیستی، طبقه‌بندی و الگوهای مفهومی انجام شد، سپس منابع منتخب از نظر نوع طبقه‌بندی، حوزه تمرکز و محدودیت‌های مفهومی مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند.

ملاحظات اخلاقی: در این پژوهش جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها: مرور منابع نشان داد که مسائل اخلاقی در علوم پزشکی را می‌توان در قالب چند الگوی عمده بررسی کرد، از جمله الگوهای ذی‌نفع محور، زمانی - مرحله‌ای، مفهومی و مبتنی بر اصول و نیز الگوهای زمینه‌محور. هر یک از این طبقه‌بندی‌ها، در عین برخورداری از برخی مزایا، در مواجهه با پیچیدگی‌های روزافزون علوم پزشکی، فناوری‌های نوپدید و مسائل کلان نظام سلامت با محدودیت‌هایی همراه‌اند. همچنین مرور متون نشان داد که بخش قابل توجهی از مسائل اخلاقی در علوم پزشکی در حوزه‌هایی، مانند آغاز حیات، مراقبت‌های بالینی، پایان حیات، پژوهش‌های زیست‌پزشکی، سلامت عمومی، فناوری‌های نوپدید و آموزش و سازمان پزشکی مطرح می‌شوند.

نتیجه‌گیری: با توجه به تنوع، تداخل و پویایی مسائل اخلاقی در علوم پزشکی، به نظر می‌رسد طبقه‌بندی‌های موجود به تنهایی برای پوشش همه ابعاد این حوزه کافی نیستند و توجه به تدوین یک الگوی جامع و چندبعدی در این زمینه ضرورت دارد.

واژگان کلیدی: اخلاق زیستی؛ طبقه‌بندی؛ مرور روایتی؛ اخلاق پزشکی؛ علوم پزشکی

نویسنده مسئول: محسن ترابی‌فر؛ پست الکترونیک: torabifarmohsen@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۲۴؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۱۲؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۵/۲۴

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Torabifar M. Rethinking the Classification of Ethical Issues in Medical Sciences: The Necessity of a Comprehensive Model. Faşlnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2026; 20: e4.

مقدمه

گسترش روزافزون فناوری‌های زیستی و پیچیدگی فزاینده نظام‌های سلامت، عرصه اخلاق پزشکی را در دهه‌های اخیر با موضوعات جدیدی مواجه ساخته است. امروزه دانشجویان، کادر درمان و پژوهشگران علوم پزشکی نه تنها با دوراهی‌های اخلاقی سنتی در سطوح خرد، مانند رازداری، حقیقت‌گویی و کسب رضایت آگاهانه، مواجه‌اند، بلکه با چالش‌های نوپدید و کلان در حوزه فناوری‌های نوپدید، مانند هوش مصنوعی، مهندسی ژنتیک و تجهیزات عصبی و نیز با مسائلی همچون توزیع عادلانه منابع و عدالت در سلامت دست به گریبان‌اند (۱). این تنوع و گستردگی سبب شده است که مواجهه با مسائل اخلاقی از امری صرفاً شهودی، به فرایندی پیچیده و چندوجهی تبدیل شود که نیازمند نظام‌های شناختی منسجم است.

در این گذار شتابان، شناسایی، دسته‌بندی و اولویت‌بندی چالش‌های اخلاقی، پیش‌نیازی قطعی و انکارناپذیر برای آموزش مؤثر، پژوهش‌های هدفمند و سیاست‌گذاری کارآمد محسوب می‌شود. مطالعات نشان می‌دهند که استفاده از الگوهای ساختاریافته و طبقه‌بندی‌های مفهومی (Taxonomy) می‌تواند به کادر درمان و پژوهشگران در درک بهتر ابعاد مسأله، کاهش خطاهای شناختی و در نهایت اتخاذ تصمیم‌های اخلاقی صحیح‌تر کمک شایانی کند (۲). بدون وجود یک نظام طبقه‌بندی مشخص، تحلیل تعارضات اخلاقی در محیط‌های پرفشار بالینی و پژوهشی با سردرگمی همراه خواهد بود.

با وجود احساس نیاز مبرم به چنین الگوهایی، مروری بر ادبیات موجود نشان می‌دهد که تلاش‌های انجام‌شده برای دسته‌بندی مسائل اخلاقی در علوم پزشکی، غالباً هر یک بر یک بعد خاص، مانند ذی‌نفعان، مراحل زمانی، اصول اخلاقی یا بستر وقوع مسأله، متمرکز بوده‌اند. این الگوها، با وجود سودمندی، در مواجهه با مسائل پیچیده، چندسطحی و نوپدید با محدودیت‌هایی رو به رو هستند. از این رو، مرور و بازاندیشی در این طبقه‌بندی‌ها می‌تواند به روشن‌تر شدن ظرفیت‌ها و کاستی‌های آن‌ها و نیز تبیین ضرورت یک چارچوب جامع‌تر

کمک کند. بر این اساس، مطالعه حاضر با هدف مرور روایتی طبقه‌بندی‌های موجود درباره مسائل اخلاقی در علوم پزشکی، تحلیل نقاط قوت و محدودیت‌های آن‌ها و تبیین ضرورت توجه به یک الگوی همه‌جانبه‌نگر انجام شد.

روش

مطالعه مروری روایتی حاضر با هدف شناسایی، توصیف و تحلیل الگوهای موجود در طبقه‌بندی مسائل اخلاقی در علوم پزشکی انجام شد. برای گردآوری منابع، جستجوی هدفمند در پایگاه‌های اطلاعاتی فارسی شامل SID و Magiran و پایگاه‌های بین‌المللی شامل PubMed، Scopus، Web of Science و موتور جستجوی علمی Google Scholar انجام گرفت. جستجو در بازه زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۵ و در میان منابع فارسی و انگلیسی انجام شد. به منظور افزایش جامعیت بازیابی، Google Scholar نیز برای شناسایی منابع تکمیلی، ارجاعات مرتبط و برخی مقالاتی که ممکن بود در جستجوی اولیه پایگاه‌های اصلی بازیابی نشده باشند، مورد استفاده قرار گرفت.

راہبرد جستجو با استفاده از عملگرهای بولی AND و OR بر پایه ترکیبی از واژگان کلیدی فارسی و انگلیسی مرتبط با موضوع طراحی شد. واژگان کلیدی انگلیسی شامل «Medical Ethics» و «Bioethics» در ترکیب با اصطلاحات «Taxonomy»، «Classification»، «Framework» و «Categorization» بود. معادل‌های فارسی این اصطلاحات نیز شامل «اخلاق پزشکی»، «اخلاق زیستی»، «طبقه‌بندی»، «دسته‌بندی»، «چارچوب» و «الگو» در نظر گرفته شد. بر این اساس، ترکیب‌های جستجو به صورت مجزا یا ترکیبی و متناسب با ساختار هر پایگاه طراحی و اجرا شدند، به گونه‌ای که در پایگاه‌های بین‌المللی، نمونه‌ای از راهبرد جستجو به صورت ("Bioethics" OR "Medical Ethics") AND ("Taxonomy" OR "Classification" OR "Categorization" OR "Framework") به کار رفت و در پایگاه‌های فارسی نیز ترکیب‌های متناظر با همین منطق مورد

استفاده قرار گرفت. جستجوها عمدتاً در عنوان، چکیده و واژگان کلیدی انجام شد.

در مجموع، ۳۵۰۰ رکورد اولیه از پایگاه‌های مورد نظر بازیابی شد. در مرحله نخست، عناوین و چکیده‌های منابع از نظر ارتباط با هدف مطالعه بررسی و موارد نامرتبط یا تکراری حذف شدند، در نتیجه، ۲۵۰ متن کامل برای ارزیابی دقیق‌تر انتخاب شد. در مرحله بعد، متون کامل بر اساس معیارهای ورود و خروج مورد بررسی قرار گرفتند.

معیارهای ورود شامل: ۱- ارتباط مستقیم با هدف مطالعه؛ ۲- برخورداری از رویکردی طبقه‌بندی‌شده یا واجد چارچوب مفهومی؛ ۳- ارائه بحث تحلیلی درباره دسته‌بندی مسائل اخلاقی؛ ۴- محدود نبودن به یک مسأله اخلاقی خاص، به گونه‌ای که یافته‌ها یا تحلیل آن بتواند در فهم، دسته‌بندی یا صورت‌بندی کلی‌تر مسائل اخلاقی در علوم پزشکی نیز کاربرد داشته باشد.

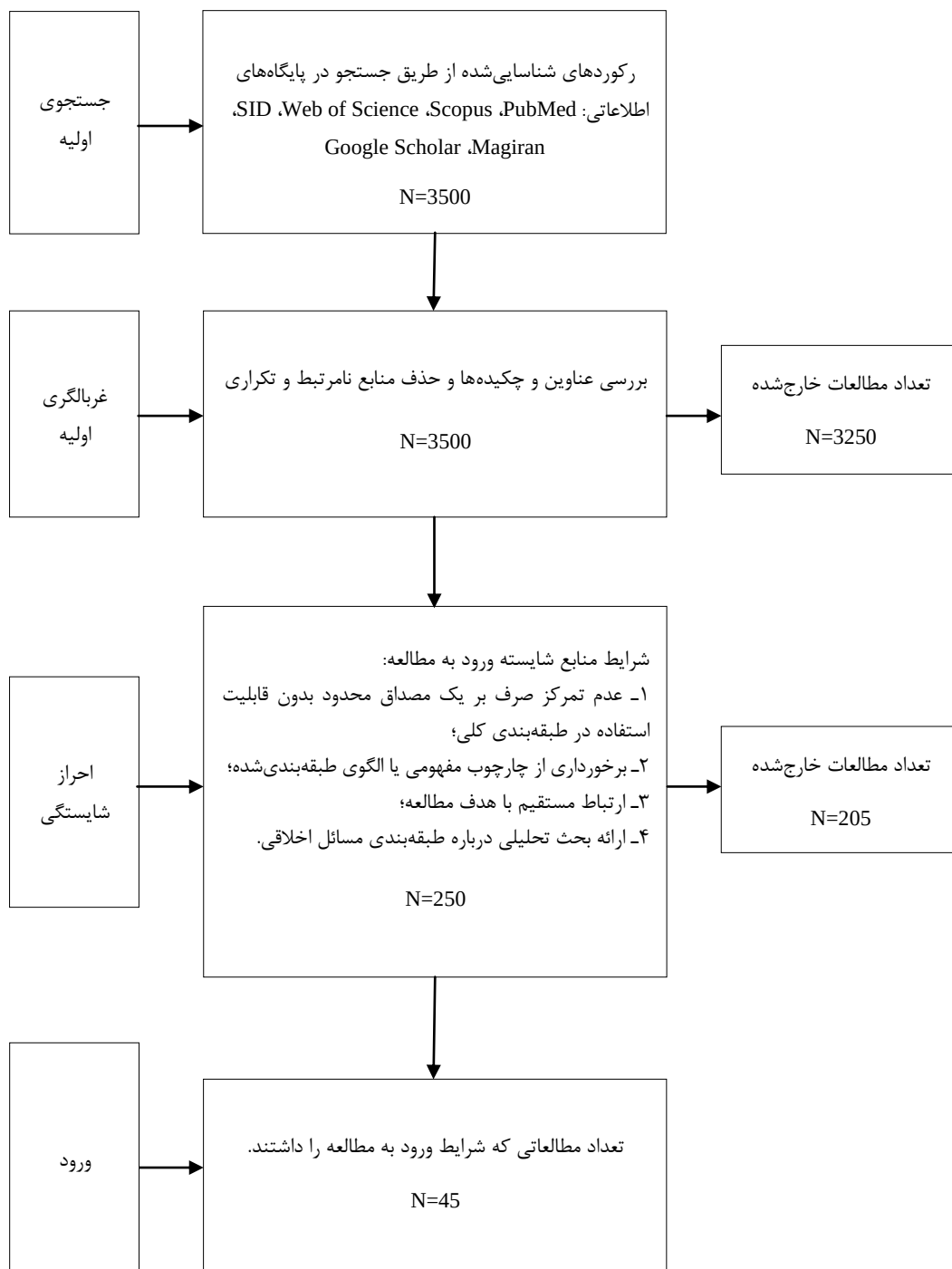
در مقابل، معیارهای خروج شامل: ۱- تمرکز انحصاری بر یک موضوع خاص بدون ارزش برای طبقه‌بندی کلی مسائل

اخلاقی؛ ۲- فقدان چارچوب مفهومی یا الگوی دسته‌بندی‌شده؛ ۳- نداشتن ارتباط مستقیم با پرسش مطالعه بود. بر پایه این معیارها، ۲۰۵ منبع کنار گذاشته شد و در نهایت ۴۵ مطالعه وارد تحلیل نهایی شدند.

فرایند غربالگری و ارزیابی منابع توسط نویسنده مسئول انجام شد و در موارد ابهام درباره ورود یا خروج منابع، تصمیم‌گیری با مشورت متخصصان مرتبط با موضوع صورت گرفت تا انسجام علمی فرایند انتخاب و تفسیر منابع افزایش یابد.

در مرحله تحلیل، منابع منتخب با رویکردی تحلیلی - تفسیری مرور شدند و مضامین و محورهای پرتکرار مطرح در متون استخراج و در قالب طبقه‌های مفهومی سازمان‌دهی شدند. از این رو، محورهای ارائه‌شده در بخش یافته‌ها نه به مثابه یک الگوی ابداعی، بلکه به عنوان دسته‌بندی مفهومی برآمده از مرور ادبیات موجود معرفی می‌شوند.

همچنین برای افزایش شفافیت فرایند جستجو، غربالگری و انتخاب منابع، روند مطالعه در قالب نمودار جریان مبتنی بر الگوی PRISMA گزارش شده است.



نمودار ۱: نمودار جریان فرایند جستجو، غربالگری و انتخاب منابع در مرور روایتی حاضر با استفاده از الگوی PRISMA

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها

۱. مرور الگوهای موجود در طبقه‌بندی مسائل اخلاق پزشکی: در پاسخ به نیاز روزافزون برای سامان‌دهی مسائل اخلاق پزشکی، الگوهای دسته‌بندی متعددی در ادبیات این حوزه مطرح شده است. بررسی متون نشان می‌دهد که الگوهای موجود را می‌توان، با وجود برخی هم‌پوشانی‌ها، در چهار رویکرد یا الگوی اصلی دسته‌بندی کرد:

۱-۱. الگوهای ذی‌نفع محور (Stakeholder-Based Models):

این دسته از الگوها بر مبنای بازیگران و ذی‌نفعان اصلی در نظام سلامت سازمان می‌یابند. در این رویکرد، مسائل اخلاقی حول محور حقوق و استقلال بیمار، مسئولیت‌های حرفه‌ای و اخلاقی پزشک، و تعهدات نظام سلامت و دولت در قبال جامعه تعریف می‌شوند (۳). نقطه قوت این الگو، شفاف‌سازی وظایف متقابل و مسئولیت‌های اخلاقی در روابط درمانی و اجتماعی است.

۲-۱. الگوهای زمانی - مرحله‌ای (Chronological Models):

این الگو، ساختار زمانی و چرخه حیات انسان را مبنای دسته‌بندی قرار می‌دهد. در این الگو، چالش‌های اخلاقی از مراحل «پیش از تولد» - مانند سقط جنین و غربالگری‌های ژنتیکی - آغاز می‌شود و تا مسائل مرتبط با «پایان حیات» - مانند اتانازی، مراقبت‌های تسکینی و احیای قلبی - ریوی - امتداد می‌یابد (۴، ۵). این ساختار، به دلیل انطباق با سیر طبیعی زندگی، به ویژه در آموزش بالینی و سازمان‌دهی مباحث آموزشی کاربرد قابل توجهی دارد.

۳-۱. الگوهای مفهومی و مبتنی بر اصول (Conceptual Models):

این الگوها بر ماهیت نظری و مبانی بنیادین مسائل اخلاقی استوار هستند. شناخته‌شده‌ترین نمونه این الگو، دسته‌بندی مسائل بر اساس «اصول چهارگانه اخلاق زیستی»، یعنی خودمختاری، سودرسانی، عدم اضرار و عدالت

است. همچنین، تفکیک مسائل به دو حوزه «اخلاق خرد» - ناظر به روابط فردی درمانگر و بیمار - و «اخلاق کلان» - ناظر به سیاست‌گذاری، ساختارهای نهادی و تخصیص منابع - نیز در این دسته جای می‌گیرد (۳).

۴-۱. الگوهای زمینه‌ای و مبتنی بر بستر رخداد (Contextual Models):

برخی الگوهای کاربردی‌تر، بر بستر و محیط وقوع تعارض اخلاقی تأکید دارند. در این الگوها، چالش‌های اخلاقی در سه حیطه اصلی «بالینی (Clinical)»، «پژوهشی (Research)» و «آموزشی (Educational)» تفکیک می‌شوند (۶، ۷). این نوع طبقه‌بندی می‌تواند به نهادهای سیاست‌گذار و آموزشی در تدوین راهنماها، کدهای اخلاقی و سازوکارهای تصمیم‌گیری متناسب با هر حوزه یاری رساند.

۲. نقد و بررسی محدودیت‌های الگوهای موجود: اگرچه

الگوهای چهارگانه پیش‌گفته نقش مهمی در سامان‌دهی، آموزش و فهم مسائل اخلاق پزشکی داشته‌اند، با پیچیده‌تر شدن نظام سلامت و ظهور چالش‌های نوپدید، محدودیت‌های این الگوهای عمدتاً تک‌بعدی بیش از پیش آشکار شده است. مرور انتقادی این چارچوب‌ها نشان‌دهنده سه محدودیت عمده است:

۱-۲. نگاه تک‌بعدی و تقلیل‌گرایانه (Reductionist Approach):

بیشتر الگوهای موجود، مسائل اخلاقی را صرفاً از یک زاویه - برای مثال فقط بر اساس زمان یا فقط بر اساس ذی‌نفعان - بررسی می‌کنند؛ حال آنکه چالش‌های اخلاقی در موقعیت‌های واقعی، ماهیتی چندوجهی و درهم‌تنیده دارند (۸). به عنوان مثال، مسأله «رحم جایگزین (Surrogacy)» هم‌زمان یک چالش زمانی (پیش از تولد)، یک چالش ذی‌نفع محور (حقوق مادر جایگزین، والدین بیولوژیک و جنین) و یک چالش مفهومی (استقلال در برابر عدم اضرار) است از این رو، گنجاندن چنین مسأله‌ای در تنها یک دسته، می‌تواند به نادیده گرفتن سایر ابعاد آن بینجامد (۹).

۲-۲. ناتوانی در پوشش فناوری‌های نوپدید (Emerging Technologies):

الگوهای سنتی، به ویژه الگوهای بالینی و

یک سطح، بلکه در تلاقی ذی‌نفعان متعدد، بسترهای گوناگون و ابعاد مفهومی متفاوت شکل می‌گیرند؛ از این رو، تحلیل آن‌ها مستلزم نگاهی چندبعدی و منعطف است.

بر همین اساس، در این مطالعه به جای ادعای ارائه یک مدل مستقل، تلاش شد بر پایه مرور ادبیات، صورت‌بندی مفهومی چندبعدی‌تری برای فهم طبقات اصلی مسائل اخلاقی در علوم پزشکی ارائه شود. منطق این صورت‌بندی بر آن استوار است که هر مسأله اخلاقی را می‌توان دست‌کم از سه حیث بررسی کرد: ذی‌نفعان درگیر، بستر بروز مسأله و ماهیت تعارض اخلاقی. در این نگاه، هدف آن نیست که هر مسأله صرفاً در یک طبقه ثابت و انحصاری جای گیرد، بلکه مقصود، شناسایی کانون غالب هر مسأله در ادبیات و تسهیل فهم تحلیلی آن است. بنابراین، طبقه‌های مطرح‌شده در این مطالعه، بیش از آنکه مدعی مرزبندی کاملاً مستقل و آزمون‌پذیر باشند، کارکردی تفسیری و سازمان‌دهنده دارند.

نخست، بر اساس الگوهای ذی‌نفع‌محور، بخشی از مسائل اخلاقی در علوم پزشکی را می‌توان بر پایه نسبت آن‌ها با بازیگران و ذی‌نفعان اصلی نظام سلامت فهم کرد. در این الگو، کانون توجه بر حقوق و استقلال بیمار، مسئولیت‌های حرفه‌ای و اخلاقی پزشک، نقش خانواده، تعهدات پژوهشگر، مسئولیت سازمان‌های درمانی و تکالیف نظام سلامت و دولت در قبال جامعه قرار دارد (۳). اهمیت این دسته از الگوها در آن است که تعارض مسئولیت‌ها، جایگاه طرف‌های مختلف و ابعاد ارتباطی و حرفه‌ای مسأله را برجسته می‌سازد. با این حال، بسیاری از مسائل اخلاقی در عمل صرفاً به یک ذی‌نفع محدود نمی‌شوند، بلکه در تلاقی ذی‌نفعان متعدد و در پیوند با بسترهای بالینی، پژوهشی، آموزشی، حقوقی و اجتماعی شکل می‌گیرند. برای مثال، موضوعی مانند رحم جایگزین، هم‌زمان با حقوق مادر جایگزین، والدین بیولوژیک، جنین، پزشک، مراکز درمان ناباروری و حتی نظام حقوقی و اجتماعی مرتبط است. از این رو، تحلیل آن تنها بر اساس یک ذی‌نفع، می‌تواند به نادیده‌گرفتن سایر ابعاد مسأله بینجامد (۹).

در گام دوم، بر پایه الگوهای زمانی - مرحله‌ای، بخشی از مسائل اخلاقی در علوم پزشکی را می‌توان در امتداد سیر

مرحله‌ای، در مواجهه با فناوری‌های نوپدیدی مانند هوش مصنوعی در پزشکی، ویرایش ژنی (CRISPR)، پزشکی از راه دور و کلان‌داده‌های سلامت (Big Data) با محدودیت‌هایی رو به رو هستند. این فناوری‌ها مرزهای متعارف میان «پژوهش» و «درمان» یا میان «اخلاق خرد» و «اخلاق کلان» را تا حد زیادی کمرنگ کرده‌اند و به همین دلیل، در الگوهای خطی و سنتی به سهولت جای نمی‌گیرند (۱۰-۱۲).

۲-۳. ضعف در مدیریت تعارض منافع در سطح سیستم و جامعه: الگوهای موجود بیشتر بر رابطه دوگانه پزشک - بیمار متمرکز هستند و در تحلیل مسائل پیچیده‌ای که به سطح ساختارهای اجتماعی، اقتصادی و سیاستی مربوط می‌شوند، مانند نظام‌های بیمه‌ای، سلامت جهانی، تخصیص منابع در زمان پاندمی‌ها (مانند کووید-۱۹) و تغییرات اقلیمی، کفایت لازم را ندارند (۱۳، ۱۴).

وجود این محدودیت‌ها و هم‌پوشانی‌های گریزناپذیر نشان می‌دهد که دسته‌بندی‌های بسته و مجزا (Siloed) به تنهایی پاسخگوی نیازهای پژوهشگران، سیاست‌گذاران و کمیته‌های اخلاق نیست. از این رو، می‌توان بر ضرورت حرکت از الگوهای تک‌بعدی به سوی نگاهی جامع‌تر و چندبعدی‌تر در طبقه‌بندی مسائل اخلاقی تأکید کرد؛ نگاهی که بتواند ابعاد مختلف هر مسأله را به طور هم‌زمان در نظر گیرد و زمینه را برای تحلیل منسجم‌تر این حوزه فراهم سازد (۱۵).

۳. ضرورت الگویی چندبعدی در صورت‌بندی مسائل اخلاقی در علوم پزشکی: مرور الگوهای موجود نشان داد که بسیاری از طبقه‌بندی‌های رایج در اخلاق پزشکی، هر یک بر یک بعد خاص از مسائل تمرکز دارند؛ برخی بر ذی‌نفعان اصلی، برخی بر مراحل حیات، برخی بر اصول و مفاهیم اخلاقی و برخی بر بستر وقوع تعارض. با وجود سودمندی این الگوها، پیچیدگی فزاینده مسائل اخلاقی در علوم پزشکی، به ویژه در مواجهه با فناوری‌های نوپدید، تحولات ساختاری نظام سلامت و گسترش مسائل کلان سلامت عمومی، نشان می‌دهد که تکیه بر یک مبنای واحد برای فهم این حوزه کفایت نمی‌کند (۸، ۱۵-۱۰). بسیاری از مسائل اخلاقی در عمل نه در

حیات انسان فهم کرد. در این الگو، نخست مسائل مربوط به آغاز حیات قرار می‌گیرند؛ حوزه‌ای که چالش‌هایی مانند مدیریت تولیدمثل و فناوری‌های کمک‌باروری، وضعیت اخلاقی رویان و جنین، سقط جنین، و مداخلات ژنتیکی در آن مطرح می‌شوند (۲۲-۱۶). در این طبقه، تعارض‌های اصلی معمولاً میان خودمختاری والدین، جایگاه اخلاقی و حقوقی جنین، منافع علمی و پیامدهای مداخلات برای نسل‌های آینده شکل می‌گیرد.

در ادامه این سیر، مسائل اخلاقی مربوط به مراقبت‌های بالینی و رابطه درمانگر - بیمار قرار می‌گیرند که از پرتکرارترین مسائل در عمل پزشکی به شمار می‌روند. در این حوزه، موضوعاتی مانند رضایت آگاهانه، ارزیابی ظرفیت تصمیم‌گیری، تصمیم‌گیری جایگزین، حفظ حریم خصوصی و رازداری، حقیقت‌جویی، افشای خطای پزشکی، و مدیریت تعارض منافع حرفه‌ای مطرح می‌شوند (۳، ۲۷-۲۳). کانون اصلی این دسته از مسائل، برقراری تعادل میان خودمختاری بیمار، سودرسانی، عدم آسیب‌رسانی و الزامات حرفه‌ای در بستر مراقبت بالینی است.

بخش دیگری از الگوی مرحله‌ای به مسائل مربوط به پایان حیات اختصاص دارد؛ جایی که دوراهی‌های اخلاقی در شرایط بیماری‌های لاعلاج، افت ظرفیت تصمیم‌گیری و نزدیک شدن به مرگ برجسته‌تر می‌شوند. در این طبقه، مباحثی مانند تصمیم‌گیری درباره تداوم یا قطع درمان‌های نگهدارنده حیات، دستور عدم احیا، برنامه‌ریزی پیشاپیش مراقبت، اتانازی و خودکشی با کمک پزشک و نیز مراقبت‌های تسکینی و آرام‌بخشی پایانی مطرح می‌شوند (۲۰، ۳۱-۲۸). در این حوزه، تنش میان خودمختاری بیمار، کیفیت حیات، وظیفه حرفه‌ای برای حفظ جان، و ملاحظات قانونی، اخلاقی و گاه مذهبی نمود بیشتری پیدا می‌کند.

سوم، در چارچوب الگوهای مفهومی و مبتنی بر اصول، مسائل اخلاقی بر اساس مبانی نظری و اصول بنیادین اخلاق زیستی تحلیل می‌شوند. در این الگوها، مفاهیمی مانند خودمختاری، سودرسانی، عدم اضرار و عدالت، مبنایی برای فهم و ارزیابی تعارض‌های اخلاقی فراهم می‌کنند (۳). این الگوها از آن جهت

اهمیت دارند که امکان می‌دهند مسائل اخلاقی فراتر از مصادیق عینی و صرفاً موقعیتی، بر پایه ارزش‌ها و اصول هنجاری تحلیل شوند. برای نمونه، مسأله رضایت آگاهانه را می‌توان ذیل اصل خودمختاری، تخصیص منابع را ذیل اصل عدالت و تصمیم‌گیری درباره درمان‌های پرخطر را در نسبت میان سودرسانی و عدم اضرار بررسی کرد. با این حال، محدودیت این الگو آن است که در بسیاری از موقعیت‌های واقعی، اصول اخلاقی نه به صورت جداگانه، بلکه در تعارض یا تزاخم با یکدیگر ظاهر می‌شوند. از این رو، تحلیل اصل‌محور اگر با توجه به ذی‌نفعان، بستر رخداد و پیامدهای اجتماعی همراه نباشد، ممکن است به ساده‌سازی بیش از حد مسائل پیچیده اخلاقی بینجامد.

چهارم، بر اساس الگوهای زمینه‌ای و مبتنی بر بستر رخداد، شماری از موضوعات اخلاقی را باید با توجه به محیط و زمینه وقوع تعارض تحلیل کرد. در این الگو، مسأله اخلاقی نه صرفاً بر اساس مرحله حیات یا اصل اخلاقی حاکم، بلکه بر پایه بستر بروز آن، مانند حیطه بالینی، پژوهشی، آموزشی، سازمانی یا سیاست‌گذاری سلامت، صورت‌بندی می‌شود (۶، ۷). یکی از مهم‌ترین این حوزه‌ها، اخلاق پژوهش‌های زیست‌پزشکی است که در آن نسبت میان پیشرفت علمی و حفظ حقوق، ایمنی و کرامت آزمودنی‌ها محور اصلی بحث قرار می‌گیرد. در این زمینه، مسائلی مانند محافظت از آزمودنی‌های انسانی و گروه‌های آسیب‌پذیر، اخذ رضایت آگاهانه در کارآزمایی‌های بالینی، ارزیابی نسبت سود و زیان، پرهیز از بهره‌کشی و نیز سوءرفتار پژوهشی مانند سرقت ادبی، داده‌سازی، تحریف داده‌ها و تعارض منافع مورد توجه قرار دارند (۳۶-۳۲).

در امتداد همین الگوهای مبتنی بر بستر رخداد، مسائل کلان سلامت عمومی و تخصیص منابع نیز قابل تحلیل‌اند، زیرا در این حوزه، کانون مسأله از سطح تعامل فردی فراتر می‌رود و به مناسبات میان فرد، جامعه و سیاست‌گذاری سلامت مربوط می‌شود. در این طبقه، موضوعاتی مانند تخصیص منابع کمیاب، تریاژ، عدالت در سلامت، الزامات بهداشت عمومی در شرایط پاندمی، واکسیناسیون اجباری، قرنطینه و نیز مسائل اخلاق سلامت جهانی، از جمله نابرابری در توزیع واکسن و

دارو مطرح می‌شود (۳۷-۴۰). در اینجا، تنش اصلی معمولاً میان حقوق و آزادی‌های فردی از یک‌سو و منافع جمعی، امنیت عمومی و عدالت توزیعی از سوی دیگر شکل می‌گیرد. بنابراین، تحلیل این دسته از مسائل نشان می‌دهد که الگوهای زمینه‌ای، افزون بر محیط‌های بالینی، پژوهشی و آموزشی، می‌توانند در فهم تعارض‌های اخلاقی در سطح سیاست‌گذاری و سلامت عمومی نیز کارکرد داشته باشند.

همچنین فناوری‌های نوپدید، هوش مصنوعی و سلامت دیجیتال نیز در چارچوب الگوهای مبتنی بر بستر رخداد، طبقه‌ای متمایز، اما به شدت درهم‌تنیده با سایر حوزه‌ها را تشکیل می‌دهند. در این بخش، چالش‌هایی مانند استفاده از هوش مصنوعی و یادگیری ماشین در تصمیم‌گیری بالینی، مسأله جعبه سیاه الگوریتم‌ها، سوگیری داده‌ها، ابهام در مسئولیت‌پذیری، مالکیت و حریم خصوصی داده‌های سلامت، استفاده از کلان‌داده‌ها، پزشکی از راه دور، و نیز مسائل مربوط به ارتقای انسانی و فناوری‌های عصبی مطرح می‌شوند (۱۰، ۴۴-۴۱). اهمیت این طبقه در آن است که مرزهای سنتی میان درمان، پژوهش، نظارت و حتی مفهوم سلامت و بیماری را دستخوش تغییر می‌کند و نشان می‌دهد که برخی مسائل نوپدید در ضمن الگوهای خطی و تک‌بعدی به‌سهولت جای نمی‌گیرند.

سرانجام، آموزش پزشکی و اخلاق سازمانی نیز، از جمله حوزه‌های مهم زمینه‌ای و میان‌بخشی‌اند که بسترهای نهادی و ساختاری شکل‌گیری رفتار اخلاقی را برجسته می‌کنند. در این طبقه، مسائلی مانند رضایت بیمار در محیط‌های آموزشی، حفظ حریم خصوصی در فرایند آموزش بالینی، تعادل میان نیاز آموزشی و ایمنی بیمار، برنامه درسی پنهان، الگوسازی حرفه‌ای، فرسایش اخلاقی، سوءرفتارهای آموزشی، مسئولیت‌پذیری نهادی، حمایت از کارکنان و گزارش‌دهی مسئولانه خطا یا سوءرفتار مطرح می‌شود (۴۵-۴۹). این حوزه نشان می‌دهد که اخلاق در علوم پزشکی صرفاً به تصمیم‌های فردی در مواجهه بالینی محدود نیست، بلکه به بافت سازمانی، فرهنگ حرفه‌ای و ساختارهای آموزشی نیز وابسته است.

با این حال، این طبقه‌ها را نباید حوزه‌هایی کاملاً منفک و بدون هم‌پوشانی تلقی کرد. برای مثال، یک مسأله مرتبط با هوش مصنوعی می‌تواند به طور هم‌زمان ابعاد بالینی، پژوهشی، حقوقی و سیاستی داشته باشد یا موضوعی مانند رحم جایگزین، علاوه بر پیوند با آغاز حیات، دربردارنده جنبه‌های حقوقی، اجتماعی و حتی سازمانی نیز باشد. از این رو، فایده این صورت‌بندی نه در حذف کامل هم‌پوشانی‌ها، بلکه در آشکارکردن ابعاد غالب و فراهم‌ساختن زبانی منسجم‌تر برای تحلیل مسائل اخلاقی در علوم پزشکی است. به بیان دیگر، این طبقه‌بندی باید بیش از آنکه یک طبقه‌بندی صلب تلقی شود، به مثابه ابزاری تحلیلی برای نظم‌بخشی به ادبیات موجود فهم شود.

بحث

یافته‌های این مرور نشان داد که طبقه‌بندی مسائل اخلاق پزشکی در ادبیات موجود، از مسیرهای متنوعی دنبال شده است. برخی منابع، مسائل اخلاقی را بر اساس ذی‌نفعان اصلی درگیر در تصمیم‌گیری، از جمله بیماران، خانواده‌ها، پزشکان، پژوهشگران و نهادهای نظام سلامت، سازمان‌دهی کرده‌اند؛ برخی دیگر، آن‌ها را در امتداد مراحل حیات، سیر مراقبت یا موقعیت‌های بالینی صورت‌بندی نموده‌اند و گروهی نیز بر اصول اخلاقی، مفاهیم هنجاری یا بسترهای نهادی و اجتماعی تأکید کرده‌اند (۷-۳). این تنوع، با ماهیت چندلایه و میان‌رشته‌ای اخلاق پزشکی سازگار است و نشان می‌دهد که ادبیات این حوزه از یک منطق طبقه‌بندی واحد و فراگیر پیروی نمی‌کند، بلکه هر الگو می‌کوشد بخشی از پیچیدگی‌های مفهومی و عملی آن را روشن سازد (۲، ۴، ۷، ۱۵). در عین حال، مقایسه منابع بررسی‌شده نشان می‌دهد که هیچ‌یک از این الگوها، به تنهایی، قادر به پوشش همه ابعاد بالینی، پژوهشی، فناورانه، آموزشی، سازمانی و سیاستی مسائل اخلاق پزشکی نیستند. از این رو، تفسیر منسجم‌تر این حوزه مستلزم نگاهی چندبعدی و تلفیقی است (۲، ۶، ۷، ۱۵).

در خصوص الگوهای ذی‌نفع‌محور، یافته‌های این مرور با آن بخش از ادبیات هم‌سو است که مسأله اخلاقی را در نسبت با کنشگران مختلف نظام سلامت تحلیل می‌کند. در متون کلاسیک و کاربردی اخلاق پزشکی، توجه به رابطه پزشک و بیمار، مسئولیت‌های حرفه‌ای، تصمیم‌گیری مشترک و تعارض منافع، از محورهای اصلی تحلیل اخلاقی به‌شمار می‌رود (۴، ۵، ۱۴، ۱۵). این الگو از آن جهت سودمند است که نشان می‌دهد بسیاری از تعارض‌های اخلاقی نه در خلأ، بلکه در بستر روابط میان افراد و نهادها شکل می‌گیرند. برای مثال، حتی در موضوعاتی مانند رحم جایگزین، مسأله صرفاً به یک داوری انتزاعی اخلاقی فروکاسته نمی‌شود، بلکه حقوق، آسیب‌پذیری و منافع چندین طرف به طور هم‌زمان درگیر است (۹). با این حال، تحلیل منابع نشان می‌دهد که تمرکز صرف بر ذی‌نفعان، همان‌گونه که در برخی نقدهای وارد بر الگوهای تصمیم‌گیری نیز قابل استنباط است، ممکن است ماهیت هنجاری خود مسأله، زمینه نهادی و پیامدهای اجتماعی گسترده‌تر آن را کم‌رنگ سازد (۲، ۱۵). به بیان دیگر، این الگو در تبیین این‌که «چه کسانی درگیرند» توفیق دارد، اما لزوماً به تنهایی برای روشن‌سازی اینکه «تعارض اصلی چیست؟» و «در چه بستر ساختاری‌ای پدید آمده است؟» کفایت نمی‌کند.

یافته‌های این مرور درباره الگوهای زمانی یا چرخه حیات نیز با ادبیات موجود هم‌راستا است. بخش مهمی از منابع، مسائل اخلاق پزشکی را در قالب سه حوزه عمده آغاز حیات، مراقبت‌های بالینی و پایان حیات سازمان‌دهی کرده‌اند؛ الگویی که به ویژه در متون آموزشی و بالینی رواج دارد و از حیث نظم‌بخشی به مباحث و تسهیل آموزش، کارآمد تلقی می‌شود (۵، ۱۸-۱۶، ۲۸). در حوزه آغاز حیات، موضوعاتی مانند فناوری‌های کمک‌باروری، وضعیت اخلاقی جنین و رویان، ویرایش ژنتیکی و مداخلات تولیدمثلی، از جمله محورهای برجسته‌اند (۲۲-۱۶). در حوزه مراقبت‌های بالینی، مسأله ظرفیت تصمیم‌گیری، رضایت آگاهانه، محرمانگی، حقیقت‌گویی و افشای خطای پزشکی از مهم‌ترین مباحث‌اند (۲۷-۲۳، ۴۹). همچنین در پایان حیات، منابع بر چالش‌هایی مانند تصمیم‌گیری درباره احیا، مراقبت تسکینی و نسبت میان

حفظ حیات و کیفیت آن تأکید کرده‌اند (۲۹، ۳۰). با این حال، یافته‌های حاضر نشان می‌دهد که محدودیت الگوی مرحله‌ای در مواجهه با مسائل نوپدید آشکارتر می‌شود، زیرا موضوعاتی مانند هوش مصنوعی، کلان‌داده‌های سلامت، تعارض منافع یا عدالت در سلامت عمومی، به یک مرحله خاص از حیات یا مراقبت محدود نیستند و در چند سطح و چند بستر به صورت هم‌زمان بروز می‌یابند (۱۲-۱۰، ۳۹، ۴۰، ۴۳). از این منظر، یافته‌های این مرور مؤید آن است که الگوی چرخه حیات، هرچند برای سازمان‌دهی آموزشی مفید است، برای درک جامع مسائل پیچیده و فرابخشی معاصر کافی نیست.

در مورد الگوهای مبتنی بر اصول، یافته‌های این مرور با جایگاه دیرپای اصل‌محوری در ادبیات اخلاق زیستی سازگار است. الگوی چهار اصل خودمختاری، سودرسانی، زیان‌رسانی و عدالت، همچنان یکی از مهم‌ترین ابزارهای تحلیل هنجاری در اخلاق پزشکی به شمار می‌رود و در کنار آن، مفاهیمی مانند محرمانگی، کرامت انسانی و مسئولیت حرفه‌ای نیز نقش تعیین‌کننده دارند (۳، ۸، ۱۵). بررسی منابع نشان داد که بسیاری از مسائل مورد بحث، از رضایت آگاهانه و ارزیابی صلاحیت تصمیم‌گیری گرفته تا تخصیص منابع و مدیریت مداخلات پرخطر، در پرتو این اصول قابل فهم و مقایسه‌اند (۳، ۲۳، ۲۷، ۲۹). با این حال، همان‌گونه که برخی نویسندگان یادآور شده‌اند، اتکا به اصول به تنهایی، تضمین‌کننده حل رضایت‌بخش مسائل پیچیده نیست، زیرا تعارض‌های اخلاقی در عمل، در بسترهای اجتماعی، فناورانه و نهادی خاص رخ می‌دهند و صرف ارجاع به اصول کلی ممکن است به ساده‌انگاری بینجامد (۸، ۱۵، ۴۱، ۴۲). این نکته، به ویژه در حوزه‌هایی، مانند اخلاق هوش مصنوعی، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند؛ جایی که حتی تأکید بر اصول نیز بدون توجه به سازوکارهای اجرا، حکمرانی و زمینه استفاده، کفایت ندارد (۴۱، ۴۲). بنابراین یافته‌های این مرور از دیدگاهی حمایت می‌کند که اصل‌محوری را نه بی‌اهمیت، بلکه نیازمند تکمیل با ملاحظات زمینه‌ای و رابطه‌ای می‌داند.

همچنین یافته‌های این مرور نشان داد که رویکردهای زمینه‌ای و نهادی در سال‌های اخیر برجستگی بیشتری یافته‌اند. این روند با تحولات نظام سلامت، گسترش پژوهش‌های زیست‌پزشکی، توسعه فناوری‌های نوپدید و پیچیده‌تر شدن محیط‌های آموزشی و سازمانی همخوان است (۱، ۱۰، ۱۲، ۳۵-۳۳). در این چارچوب، مسأله اخلاقی نه صرفاً بر حسب موضوع یا اصل، بلکه بر اساس بستر رخداد آن، مانند پژوهش، آموزش پزشکی، سلامت عمومی، اخلاق سازمانی یا حکمرانی فناوری، تحلیل می‌شود (۶، ۷، ۳۳، ۳۴). در حوزه پژوهش، منابع بر مسائلی مانند رضایت آگاهانه، ارزیابی نسبت سود و زیان، حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر، مسئولیت‌های پس از پایان مطالعه و نیز یکپارچگی پژوهش تأکید کرده‌اند (۱، ۳۶-۳۳). در حوزه سلامت عمومی، موضوعاتی، مانند تخصیص منصفانه منابع کمیاب، تریاژ، محدودسازی‌های بهداشتی، واکسیناسیون و نابرابری‌های سلامت نشان می‌دهد که بخش مهمی از مسائل اخلاق پزشکی در سطحی فراتر از رابطه دو نفره پزشک و بیمار شکل می‌گیرد (۴۰-۳۷). در حوزه فناوری نیز، ادبیات موجود تأکید می‌کند که هوش مصنوعی، کلان‌داده‌ها، پزشکی از راه دور و فناوری‌های ارتقابخش، مرزهای سنتی میان مراقبت، پژوهش و سیاست‌گذاری را تضعیف کرده‌اند و از همین رو، تحلیل اخلاقی آن‌ها نیازمند چارچوب‌هایی چندلایه‌تر است (۱۲-۱۰، ۴۴-۴۱). از این حیث، یافته‌های حاضر با ادبیات جدیدتر هم‌سو است که بر ضرورت عبور از طبقه‌بندی‌های صرفاً موضوعی یا فردمحور و توجه جدی‌تر به ساختارها و بسترهای تولید مسأله اخلاقی تأکید دارد.

یکی از یافته‌های مهم این مرور آن بود که مرز میان طبقه‌های مختلف، در عمل، سخت و نفوذناپذیر نیست. این نتیجه با ماهیت واقعی مسائل اخلاق پزشکی سازگار است، زیرا بسیاری از مسائل، به طور هم‌زمان، ابعاد بالینی، هنجاری، اجتماعی، حقوقی، فناورانه و سازمانی دارند. برای مثال، استفاده از داده‌های بیماران در سامانه‌های مبتنی بر هوش مصنوعی، هم به محرمانگی و رضایت آگاهانه مربوط است، هم به عدالت و سوگیری الگوریتمی، هم به مسئولیت حرفه‌ای و هم به

حکمرانی داده در نظام سلامت (۱۱، ۱۲، ۴۳-۴۱). به همین ترتیب، پژوهش‌های ژنتیکی و مداخلات مرتبط با آغاز حیات نیز صرفاً مسائل زیستی یا فنی نیستند، بلکه هم‌زمان با منزلت جنین، آینده‌نگری نسبت به پیامدها، چارچوب‌های حقوقی و ارزش‌های فرهنگی پیوند دارند (۲۲-۱۸). بنابراین یافته‌های این مرور مؤید آن است که هرگونه طبقه‌بندی در این حوزه، اگرچه برای نظم‌بخشی مفهومی مفید است، نباید به صورت مرزبندی قطعی و تغییرناپذیر فهم شود، بلکه باید بر شناسایی «بعد غالب» یا «کانون اصلی» مسأله استوار باشد.

بر این اساس، نتایج این مرور از ضرورت یک صورت‌بندی جامع‌تر و چندبعدی‌تر برای تحلیل مسائل اخلاق پزشکی حمایت می‌کند. مقصود از این صورت‌بندی، ارائه یک الگوی بسته یا مدعی جامعیت نهایی نیست، بلکه پیشنهاد نوعی سازمان‌دهی تحلیلی است که بتواند میان طبقه‌بندی‌های ذی‌نفع‌محور، مرحله‌ای، اصل‌محور و زمینه‌محور پیوند برقرار کند. در این نگاه، مسأله اخلاقی باید به طور هم‌زمان از حیث نوع تعارض، مرحله یا موقعیت بروز، ذی‌نفعان درگیر، اصول هنجاری مرتبط، بستر نهادی و پیامدهای اجتماعی آن بررسی شود. چنین رویکردی با منطق بسیاری از مرورهای تحلیلی در اخلاق پزشکی سازگار است که به جای جستجوی یک الگوی انحصاری، بر قدرت تفسیر و توان توضیح‌دهندگی آن تأکید می‌کنند (۲، ۴، ۱۵، ۳۳). از این منظر، ارزش این صورت‌بندی بیشتر در ظرفیت آن برای نظم‌بخشی به ادبیات پراکنده و تسهیل تحلیل مسائل پیچیده است، نه در ادعای مرزبندی مطلق میان حوزه‌ها.

از منظر کاربردی نیز، یافته‌های این مرور دلالت‌های مهمی برای آموزش، پژوهش و سیاست‌گذاری دارد. در آموزش اخلاق پزشکی، صورت‌بندی چندبعدی می‌تواند به طراحی برنامه‌های درسی منسجم‌تر کمک کند و به فراگیران نشان دهد که مسائل بالینی، پژوهشی، فناورانه، اجتماعی و سازمانی از یکدیگر جدا نیستند، بلکه در بسیاری موارد بر هم اثر می‌گذارند (۵، ۱۵، ۴۵، ۴۶). در حوزه پژوهش، این الگو می‌تواند برای شناسایی خلأهای ادبیات و تعیین اولویت‌های مطالعاتی سودمند باشد، به ویژه در زمینه‌هایی مانند اخلاق

نتیجه‌گیری

مرور حاضر نشان داد که مسائل اخلاق پزشکی به دلیل ماهیت پیچیده، میان‌رشته‌ای و وابسته به زمینه، با یک طبقه‌بندی واحد و خطی قابل تبیین کامل نیستند. الگوهای موجود، از جمله الگوهای ذی‌نفع‌محور، مرحله‌ای، اصول‌محور و زمینه‌محور، هر یک بخشی از این حوزه را روشن می‌سازند، اما به تنهایی قادر به پوشش همه ابعاد بالینی، فناورانه، اجتماعی، آموزشی و سیاستی مسائل اخلاق پزشکی نیستند. از این رو، فهم منسجم‌تر این مسائل نیازمند نگاهی چندبعدی و انعطاف‌پذیر است.

بر این اساس، صورت‌بندی پیشنهادی در این مقاله باید به عنوان ابزاری تحلیلی برای نظم‌بخشی به ادبیات، شناسایی خلأهای پژوهشی، تقویت آموزش اخلاق پزشکی و حمایت از سیاست‌گذاری اخلاقی در نظام سلامت تلقی شود، نه به عنوان الگویی قطعی یا جهان‌شمول. با توجه به پویایی حوزه اخلاق پزشکی، ظهور فناوری‌های نوپدید و تفاوت‌های فرهنگی و نهادی میان جوامع، بازنگری، تکمیل و ارزیابی کاربردی این صورت‌بندی در مطالعات آینده ضروری است.

مشارکت نویسندگان

محسن ترابی‌فر تمامی مراحل پژوهش را به انجام رسانده و ضمن تأیید نسخه نهایی، مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته است.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسنده هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده است.

فناوری‌های نوپدید، اخلاق سلامت عمومی، تعارض منافع، یکپارچگی پژوهش و اخلاق سازمانی (۱، ۱۰، ۱۲، ۳۴، ۳۵، ۴۰). در سطح سیاست‌گذاری نیز، توجه به چندبعدی بودن مسأله اخلاقی می‌تواند به تدوین دستورالعمل‌ها و راهنماهایی واقع‌بینانه‌تر بینجامد، زیرا نشان می‌دهد که حل یک مسأله اخلاقی معمولاً با ارجاع به یک اصل یا یک ذی‌نفع امکان‌پذیر نیست، بلکه نیازمند ملاحظه زمینه اجرایی، ظرفیت نهادی و پیامدهای اجتماعی است (۳۳، ۳۷، ۴۰).

همچنین این مرور نشان داد که توجه به زمینه‌های فرهنگی، اجتماعی و نهادی در تحلیل مسائل اخلاق پزشکی اهمیت اساسی دارد، هرچند بسیاری از موضوعات مورد بحث، مانند رضایت آگاهانه، تصمیم‌گیری در پایان حیات، محرمانگی، تعارض منافع و عدالت در تخصیص منابع، در ادبیات جهانی مطرح‌اند، نحوه بروز و مدیریت آن‌ها به طور معناداری تحت تأثیر فرهنگ حرفه‌ای، ساختار خانواده، نظام حقوقی، باورهای دینی و سازمان نظام سلامت قرار می‌گیرد (۶، ۱۵، ۱۹، ۳۹، ۴۶). این نکته در آثاری که به اخلاق پزشکی در بافت‌های غیر غربی یا دینی پرداخته‌اند نیز قابل مشاهده است و نشان می‌دهد که استفاده از ادبیات بین‌المللی، بدون توجه به اقتضائات بومی، ممکن است به نوعی انتزاع‌گرایی بینجامد (۶، ۱۹).

با وجود این، مطالعه حاضر با محدودیت‌هایی همراه است: نخست آنکه، به دلیل ماهیت مرور روایتی، فرایند جستجو، انتخاب و تحلیل منابع با هدف سنتز مفهومی انجام شده و ادعای پوشش کامل و نظام‌مند همه مطالعات منتشرشده را ندارد؛ دوم، صورت‌بندی ارائه‌شده ماهیتی تحلیلی و انعطاف‌پذیر دارد و نباید به عنوان الگویی قطعی، جهان‌شمول یا نهایی تلقی شود؛ سوم، با توجه به پویایی حوزه اخلاق پزشکی و ظهور مداوم فناوری‌ها و چالش‌های نوپدید، این طبقه‌بندی نیازمند بازنگری، تکمیل و ارزیابی در مطالعات آینده است. همچنین بررسی تجربی میزان کارآمدی این صورت‌بندی در آموزش اخلاق پزشکی، تحلیل پژوهش‌های اخلاقی، تدوین سیاست‌ها و راهنمایی تصمیم‌گیری بالینی می‌تواند موضوع مطالعات بعدی باشد.

تأمین مالی

نویسنده اظهار می‌نماید که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده است.

بیانیه هوش مصنوعی

در فرایند تدوین این مقاله، از ابزار هوش مصنوعی Gemini 3.1 به صورت محدود و صرفاً برای کمک به جستجوی اولیه، سازمان‌دهی مطالب و ویرایش زبانی متن استفاده شده است. خروجی‌های حاصل از این ابزار به طور مستقل توسط نویسنده بررسی، با منابع معتبر تطبیق و در صورت تأیید در متن مقاله به کار گرفته شده‌اند. هیچ‌یک از تحلیل‌ها، قضاوت‌های علمی و نتیجه‌گیری‌های مقاله بدون ارزیابی و تأیید نویسنده وارد متن نهایی نشده است و مسئولیت کامل محتوای مقاله بر عهده نویسنده است.

References

- Hendriks S, Grady C, Ramos KM, Chiong W, Fins JJ, Ford P, et al. Ethical challenges of risk, informed consent and posttrial responsibilities in human research with neural devices: A review. *JAMA Neurology*. 2019;76(1):1506-14.
- Johnson MK, Weeks SN, Peacock GG, Domenech Rodriguez MM. Ethical decision-making models: A taxonomy of models and review of issues. *Ethics & Behavior*. 2022;32(3):195-209.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 4th ed. São Paulo: Edicoes Loyola; 1994.
- Lo B. Resolving ethical dilemmas: A guide for clinicians. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
- English V, Sommerville A, Brannan S. Medical ethics today: The BMAs Handbook of Ethics and Law . London: British Medical Association; 2012.
- Larijani B, Gooshki ES, Salari P, Parsapoor A. The Encyclopedia of Islamic Medical Ethic [Internet]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; [cited 2026 Feb 4]. Available from: [https://eime.tums.ac.ir/files/site1/files/English_Translation_of_the_Guideline-1st_Revision\(1\).pdf](https://eime.tums.ac.ir/files/site1/files/English_Translation_of_the_Guideline-1st_Revision(1).pdf).
- Bulger RE, Heitman E, Reiser SJ. The ethical dimensions of the biological and health sciences. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
- Dawson A, Garrard E. In defence of moral imperialism: Four equal and universal prima facie principles. *Journal of Medical Ethics*. 2006;32(4):200-4.
- Wilkinson S. The exploitation argument against commercial surrogacy. *Bioethics*. 2003;17(2):169-87.
- Topol EJ. High-performance medicine: The convergence of human and artificial intelligence. *Nature Medicine*. 2019;25(1):44-56.
- Price WN, Cohen IG. Privacy in the age of medical big data. *Nature Medicine*. 2019;25(1):37-43.
- Char DS, Shah NH, Magnus D. Implementing machine learning in health care-addressing ethical challenges. *The New England Journal of Medicine*. 2018;378(11):981-83.
- Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of COVID-19. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(21):2049-55.
- Ghigolea AB. Ethical Dilemmas in the Doctor-Patient Relationship in a Post-Pandemic Context: A Literature Review. *Pangee*. 2025;25(2):94-100.
- Doherty RF. Ethical dimensions in the health professions. 7th ed. St. Louis (MO): Elsevier Health Sciences; 2020.
- Jans VAAM. From lab to fertility clinic: The welfare of the child and the ethics of introducing new reproductive technologies. [Doctoral Thesis on the Internet]. Maastricht: Maastricht University; 2020 [cited 2026 Feb 4]. Available from: <https://doi.org/10.26481/dis.20201111vj>.
- Hans J, Yelland E. American attitudes in context: Posthumous sperm retrieval and reproduction. *Journal of Clinical Research & Bioethics*. 2013;1:1-9.
- Steinbock B. Life before birth: The moral and legal status of embryos and fetuses. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2011.
- Ilkilic I, Ertin H. Ethical aspects of human embryonic stem cell research in the Islamic world: positions and reflections. *Stem Cell Reviews and Reports*. 2010;6(2):151-61.
- Melillo TR. Gene Editing and the Rise of Designer Babies. *Vanderbilt Journal of Transnational Law*. 2017;50(3):757-90.
- Rocha de Moraes Falcao J. The role of gene editing in the future of the fetus: circumstances for wrongful life. [Master's Thesis on the Internet]. St. John's (NL): Memorial University of Newfoundland; 2024 [cited 2026 Aug 4]. Available from: <https://research.library.mun.ca/16528>.
- v. Hammerstein AL, Eggel M, Biller-Andorno N. Is selecting better than modifying? An investigation of arguments against germline gene editing as compared to preimplantation genetic diagnosis. *BMC Medical Ethics*. 2019;20(1):83.
- Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*. 2007;357(18):1834.
- Siegler M. Confidentiality in medicine-a decrepit concept. *New England Journal of Medicine*. 1982;307(24):1518-21.
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-a six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
- Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes

- regarding the disclosure of medical errors. *Jama*. 2003;289(8):1001-7.
27. Foundation A, Foundation AA. Medical professionalism in the new millennium: A physician charter. *Obstetrics and Gynecology*. 2002;100(1):170-2.
28. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 7th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2010.
29. Mentzelopoulos SD, Couper K, Van de Voorde P, Druwé P, Blom M, Perkins GD, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions. *Resuscitation*. 2021;161:408-32.
30. Gerson SM, Koksvik GH, Richards N, Materstvedt LJ, Clark D. The relationship of palliative care with assisted dying where assisted dying is lawful: A systematic scoping review of the literature. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020;59(6):1287-303.
31. Dell'Olio M, Reeve J. Addressing hidden tensions and grey areas of general practice: A qualitative study of the experiences of newly qualified GPs attending a course on generalist medicine. *British Journal of General Practice*. 2024;74(746):e637-e43.
32. Friesen P, Gligorov N. Surrogate decision making for unrepresented patients: proposing a harm reduction interpretation of the best interest standard. *Clinical Ethics*. 2020;15(2):57-64.
33. 33. Sciences CfiOoM. International ethical guidelines for health-related research involving humans: Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO) [Internet]. Geneva: Council for International Organizations of Medical Sciences; 2016 [cited 2026 Mar 4]. Available from: <https://doi.org/10.56759/rgxl7405>.
34. Resnik DB. *The ethics of science: An introduction*. New York: Routledge; 2005.
35. Muthanna A, Chaaban Y, Qadhi S. A model of the interrelationship between research ethics and research integrity. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*. 2024;19(1):2295151.
36. Hubrecht RC, Carter E. The 3Rs and humane experimental technique: Implementing change. *Animals*. 2019;9(10):754.
37. Savulescu J, Persson I, Wilkinson D. Utilitarianism and the pandemic. *Bioethics*. 2020;34(6):620-32.
38. Giubilini A, Savulescu J, Wilkinson D. Which vaccine? The cost of religious freedom in vaccination policy. *Journal of Bioethical Inquiry*. 2021;18(4):609-19.
39. Eneanya ND, Boulware LE, Tsai J, Bruce MA, Ford CL, Harris C, et al. Health inequities and the inappropriate use of race in nephrology. *Nature Reviews Nephrology*. 2022;18(2):84-94.
40. Mehmet N. Ethics and Global Public Health . In: La Placa V, Morgan J, editors. *Social Science Perspectives on Global Public Health*. London: Routledge; 2022. p.50-58.
41. Mittelstadt B. Principles alone cannot guarantee ethical AI. *Nature Machine Intelligence*. 2019;1(11):501-7.
42. Floridi L, Cowls J, Beltrametti M, Chatila R, Chazerand P, Dignum V, et al. AI4People-An ethical framework for a good AI society: Opportunities, risks, principles and recommendations. *Minds and Machines*. 2018;28(4):689-707.
43. Masterson Creber R, Dodson JA, Bidwell J, Breathett K, Lyles C, Harmon Still C, et al. Telehealth and health equity in older adults with heart failure: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*. 2023;16(11):e000123.
44. Kahane G, Savulescu J, ter Meulen R. *Enhancing human capacities*. Chichester: Wiley-Blackwell; 2011.
45. Omid A, Adibi P, Bazrafkan L, Johari Z, Shakur M, Yousefi AR. A review on some aspects of patient's rights in clinical education. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012;11(9):1299-1311. [Persian]
46. Hafferty FW, O'Donnell JF. *The hidden curriculum in health professional education*: Hanover (NH): Dartmouth College Press; 2015.
47. Liu LX, Goldszmidt M, Calvert S, Burm S, Torti J, Cristancho S, et al. From distress to detachment: exploring how providing care for stigmatized patients influences the moral development of medical trainees. *Advances in Health Sciences Education*. 2022;27(4):1003-19.
48. Morley G, Bradbury-Jones C, Ives J. What is 'moral distress' in nursing? A feminist empirical bioethics study. *Nursing Ethics*. 2020;57(5):1297-314.
49. Crone KG, Muraski MB, Skeel JD, Love-Gregory L, Ladenson JH, Gronowski AM. Between a rock and a hard place: disclosing medical errors. *Clinical Chemistry*. 2006;52(9):1809-14.