



MfJ

مجله فقه پزشکی

دوره سیزدهم، شماره چهل و سوم، ۱۴۰۰

Journal Homepage: <http://journals.sbm.ac.ir/mf>



مقاله پژوهشی

کاربست اصل تراحم در حل مسئله «تعارض منافع بیماران در تخصیص منابع پزشکی»

سعید نظری توکلی^۱، فاطمه زارع منشادی^{۲*} 

۱. استاد گروه فقه و مبانی حقوق اسلامی دانشکده الهیات و معارف اسلامی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. دانشجوی دکتری فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشکده الهیات و معارف اسلامی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: محدودیت منابع پزشکی از عوامل ایجاد تعارض منافع بیماران است که برای حل آن از نظام اولویت‌بندی استفاده می‌شود. دانشمندان علم اصول نیز به تبیین مفهوم و تعیین شاخصه‌های «تراحم» پرداخته و از تراحم بین حیات مادر و حیات جنین به عنوان یکی از مصادیق آن بحث کرده‌اند. با وجود این، تاکنون در مورد مسئله استناد به اصل تراحم برای حل تعارض منافع بیماران در استفاده از منابع پزشکی، پژوهشی صورت نگرفته است. از این‌رو، بر آن هستیم تا ظرفیت دانش اصول فقه را برای حل این تعارض بررسی کنیم.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر به روش توصیفی تحلیلی و با استناد به منابع کتابخانه‌ای انجام شده است. ابتدا دو مفهوم «تخصیص منابع پزشکی» و «تعارض منافع بیماران» توضیح داده شده، سپس مفهوم «تراحم» و راهکارهای برون‌رفت از وضعیت تراحم براساس منابع اصول فقه تبیین شده است. **نتیجه‌گیری:** از جمله راهکارهای انتخاب بیماران برای استفاده از منابع پزشکی، راهکارهایی است که در علم اصول برای حل مسئله «تراحم» احکام شرعی و تعیین وضعیت عملی مکلف در رویارویی با دو تکلیفی که قادر به انجام هم‌زمان آن‌ها نیست، ارائه شده است؛ چرا که راه‌های برون‌رفت از وضعیت تراحم، اموری عقلانی و قابل تعمیم به موارد مشابه است. اگر درمانگران با وجود تکلیف شرعی به درمان بیماران، به واسطه محدودیت منابع پزشکی، نتوانند این منابع را به چند بیمار تخصیص دهند، بایستی یکی را برگزینند. ملاک این ترجیح، «اهمیت» درمان یک بیمار نسبت به دیگران است. این اهمیت با شاخصه‌هایی همچون تقدم مصالح عمومی بر مصالح فردی، اهتمام شارع به ترجیح یک فرد و عدل و انصاف سنجیده می‌شود.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۲۴

تاریخ انتشار: ۱۴۰۰/۱۲/۱۴

واژگان کلیدی:

اخلاق پزشکی

اصول فقه

بیمار

تخصیص منابع

تراحم

تعارض منافع

* نویسنده مسئول: فاطمه زارع منشادی

آدرس پستی: تهران، خیابان شهید مطهری،
نیش خیابان شهید مفتاح، دانشکده الهیات و
معارف اسلامی، پلاک ۴۷.

پست الکترونیک:

fnzare@yahoo.com

۱. مقدمه

پزشکی حرفه‌ای است که حفظ و ارتقای سلامت، همچنین درمان بیماری‌ها از اهداف مهم آن به شمار می‌آید. (۱) پزشکان با استفاده از قضاوت‌های بالینی، بیمار را جهت تشخیص، درمان و پیشگیری از بیماری‌ها ارزیابی می‌کنند. در این رابطه هم خدمت‌گیرنده (بیمار) و هم خدمت‌دهنده (پزشک) هریک هدفی را دنبال می‌کنند؛ هدف بیمار، درمان شدن و ارتقای سلامت و یکی از اهداف پزشک، کسب درآمد است که می‌تواند زمینه‌ساز تعارض منافع با بیماران باشد، زیرا در برخی موارد، سود بیمار و سود پزشک در یک راستا قرار نگرفته و ناسازگار با یکدیگر هستند. با وجود پیشینه استفاده از واژه تعارض منافع در دانش‌های حقوق، تجارت و مدیریت؛ این واژه با اهمیت فراوان آن، تا پیش از سال ۱۹۸۰ میلادی در گستره زبانی پزشکی به کار نرفته است. بدون تردید، ناتوانی افراد به واسطه قرار گرفتن در وضعیت بیماری، سبب می‌شود تا اعتمادی کامل به تصمیم‌های کادر درمانی پیدا کرده، آن‌ها را در راستای منافع و مصالح خود ارزیابی کند؛ با این وجود، تعارض منافع بیماران به دلیل محدودیت‌های تخصیص منابع تهدیدی بزرگ برای این اعتماد به حساب می‌آید؛ چرا که ترجیح منافع یک بیمار به بیمار دیگر می‌تواند به نادیده گرفتن تعهد پزشک در اولویت دادن به منافع بیمار منجر شود. (۲)

ادعای نویسندگان بر آن است که دانش اصول فقه که عهده‌دار تدوین قواعد کلی استنباط احکام از دلایل مربوطه است، می‌تواند با ارائه راهکارهایی عملی، در رفع تعارض منافع کارگشا باشد. قاعده تزاحم که از جمله قواعد مؤثر در تعیین وظیفه عملی مکلف است، آن‌گونه که پس از این خواهد آمد، بیشترین نزدیکی را با بحث تعارض منافع بیماران در تخصیص منابع پزشکی دارد؛ زیرا تزاحم در اصول فقه و تعارض منافع در اخلاق پزشکی، ناظر به تصمیم‌گیری کنشگر و رفتار ناشی از آن است. از این رو، نویسندگان بر آن هستند که ضمن تحلیل محتوایی دو اصطلاح «تعارض منافع» و «تزاحم» و همچنین

تبیین حوزه کارکردی آن‌ها، به این پرسش پاسخ دهند که آموزه‌های دانش اصول فقه در مسئله تزاحم تا چه اندازه می‌تواند راهکاری عملی برای حل «تعارض منافع بیماران در تخصیص منابع پزشکی» ارائه کند؟

۲. روش کار

این مقاله به روش تحلیلی توصیفی تدوین و اطلاعات آن با استناد به منابع کتابخانه‌ای جمع‌آوری شده است. با توجه به میان رشته‌ای بودن مسئله پژوهشی، کوشش شده است تا سه مفهوم اصلی «تخصیص منابع پزشکی»، «تعارض منافع» و «تزاحم» براساس منابع چهارگانه دانش فقه، اصول فقه، اخلاق پزشکی و پزشکی بررسی و تحلیل شوند.

۳. یافته‌ها

عدم تناسب منابع سلامت با تعداد بیماران قابل درمان، سبب ایجاد تعارض منافع بیماران در استفاده از این منابع پزشکی می‌شود. برای برون رفت از این وضعیت راهکارهای مختلفی در کشورهای گوناگون پیشنهاد شده است مانند اولویت‌بندی بیماران براساس وضعیت بیماری، وضعیت سنی، وضعیت اجتماعی و اقتصادی، جنسیت، نژاد، قومیت و مذهب بیماران، همچنین نیاز بیماران، ظرفیت و امکانات موجود پزشکی، میزان سودمندی اقدامات درمانی و الزامات و تعهدات پزشکی. از سوی دیگر، بنا به آموزه‌های دانش اصول فقه، هرگاه مکلف قادر به انجام هم‌زمان دست‌کم دو تکلیف نباشد، در وضعیت «تزاحم» قرار می‌گیرد. اصولیان برای خروج مکلف از وضعیت تزاحم، چند راهکار پیشنهاد کرده‌اند که استفاده از آنها برای حل تعارض منافع بیماران در تخصیص منابع پزشکی، وابسته به پذیرش سه پیش‌فرض فقهی برای اقدامات درمانی کادر پزشکی است: الف) درمانگری برای کادر درمانی، تکلیف شرعی وجوبی است؛ ب) وجوب درمان صرف‌نظر از اینکه وجوب کفایی یا عینی باشد، نسبت به کادر درمانی وجوب بالفعل است؛ ج) تکلیف به وجوب درمان، در فرض قدرت کادر درمانی

به انجام درمان، تکلیف منجز است. بررسی متون اصول فقه و منابع اخلاق پزشکی نشان می‌دهد که «اهمیت داشتن» اصلی‌ترین شاخصه تعیین اولویت در مسئله تراحم، همچنین راهکارهای اخلاقی برای تخصیص منابع پزشکی است.

۴. تعارض منافع بیماران

«تعارض منافع» به مجموعه شرایطی گفته می‌شود که قضاوت حرفه‌ای در مورد یک منفعت نخستین (مانند رفاه بیمار و اعتبار پژوهش)، بدون دلیل، تحت تأثیر منفعت درجه دوم (مانند بهره مالی) قرار می‌گیرد. (۳) به عبارت دیگر، حالت یا شرایطی است که فرد (افرادی) در مقام و موقعیت خود، از یک‌سو، نیازمند اعتماد دیگران است و از سوی دیگر، دارای منافع شخصی یا گروهی مستقلی است که با مسئولیت و وظیفه حرفه‌ای وی در تعارض قرار دارد. بر این اساس، تعارض منافع زمانی رخ می‌دهد که فرد نسبت به پیشبرد منفعتی تعهد داشته باشد؛ اما به جای آن، منفعت متعارض دیگری را دنبال می‌کند یا ملزم به پیشبرد هم‌زمان دو منفعت متعارض می‌شود (۴)؛ هرچند این اتفاق به صورت غیرارادی تحقق پیدا کند. (۵)

در چنین وضعیتی، قضاوت یا رفتار حرفه‌ای مربوط به منافع با اهمیت به صورت ناروا تحت تأثیر منافع کم‌اهمیت به مخاطره می‌افتد؛ هرچند کنشگر برای هر دو انتخاب خود دلایل به ظاهر موجهی نیز دارد. (۶) روشن به نظر می‌رسد که در تعارض منافع لازم نیست منفعت نخستین به صورت قطعی در معرض خطر باشد بلکه شرایط و روابط موجود، سبب شود تا در اثر پیگیری منفعت درجه دوم، منفعت نخستین نادیده گرفته شود؛ هرچند در برخی از موارد نیز چنین نخواهد شد.

متخصصان اخلاق پزشکی تعارض منافع را در سه حوزه درمان^۱، آموزش^۲ و پژوهش^۳ مورد بررسی قرار داده و برای

برون‌رفت از آن، چند راهکار از جمله تدوین و کاربست کدهای اخلاقی، آشکارسازی^۴ (خودافشاگری)^۵ اعمال ممنوعیت‌ها، افزایش استفاده از ظرفیت نهاد بیمه، پیشنهاد کرده‌اند که بررسی میزان درستی و اثربخشی هریک از آن‌ها نیازمند مطالعات دیگری است.

۵. تخصیص منابع پزشکی

هرچند یکی از اهداف اصلی نظام سلامت، بیشینه کردن سلامت افراد با استفاده از منابع موجود است (۷) اما کمبود منابع پزشکی سبب شده است تا دستیابی به این هدف مشکل شود؛ زیرا از یک‌سو، هزینه‌های مراقبت سلامت به دلیل تغییرات جمعیت‌شناختی، تغییر الگوی بیماری‌ها، افزایش انتظارات عمومی، افزایش تعداد بیماران قابل درمان و امکان استفاده از فناوری‌های جدید و گران‌قیمت روندی صعودی دارد و از سوی دیگر، بودجه‌های دولتی ثابت یا به واسطه تغییر در اولویت‌ها در حال کاهش است. توزیع نابرابر سلامت در جوامع انسانی، به عنوان یکی از مهم‌ترین تنگناهای اخلاقی و عملی جامعه پزشکی، سبب شده تا در چند دهه اخیر، گرایشی جهانی برای اصلاح نظام سلامت به وجود آید. (۸)

به منظور تخصیص بهینه منابع و ایجاد اولویت در استفاده از منابع پزشکی، عوامل گوناگونی می‌توانند مؤثر باشند:

۵-۱. وضعیت بیماری

شدت بیماری از جمله معیارهای تعیین اولویت در مراقبت از سلامت است (۹) که در کشورهایی همچون هلند، اولویت مداخله‌گر (۱۰) و در کره جنوبی، معیاری مؤثر در ترجیح عمومی نسبت به تخصیص منابع به شمار می‌رود. (۱۱)

شدت بیماری با شاخصه‌های گوناگونی مانند وضعیت تنفس، وضعیت گردش خون، توانایی راه رفتن، سطح هوشیاری، میزان درد (۱۲) سنجیده می‌شود.

۵-۲. وضعیت سنی

1. Conflict of interest intreatment.

2. Conflict of interest in education.

3. Conflict of interest in research.

4. Disclosure.

5. Self-disclosure

بیماران، مالیات‌دهندگان، جامعه و حتی خود پزشک از طرف دیگر نیز تعادل برقرار شود. (۱۹)

۴-۵. جنسیت، نژاد، قومیت و مذهب

یکی از معیارهای اولویت در تخصیص منابع پزشکی در برخی از کشورها، جنسیت است. برای مثال، یکی از معیارهای ایجاد اولویت در مداخلات درمانی مربوط به آج آی وی در کشور هلند، جنسیت فرد مبتلا است؛ (۲۰) همچنین اگر در یک تصادف یا حادثه، چند مصدوم وجود داشته باشد و در بررسی اولیه مشخص شود که یکی از مصدومین خانم بارداری است، وی برای دریافت خدمات پزشکی بر دیگر مصدومین اولویت دارد. افزون بر این، منطقه زندگی، نژاد، قومیت و مذهب نیز از دیگر معیارهایی است که برای تعیین اولویت در مراقبت‌های سلامت به کار می‌رود (۱۶)؛ زیرا گرچه در قوانین بسیاری از کشورها، هرگونه تمایز در ارائه خدمات درمانی و ایجاد تبعیض‌های نژادی و رنگ پوست، جنسیت، ملیت و مذهب ممنوع است اما این امر در مراکز درمانی خصوصی همیشه اجرا نمی‌شود.

۴-۵. نیاز بیماران

در کشورهای زیادی، همچون انگلستان، آلمان و سوئیس، نیاز بیمار، مهم‌ترین معیار تخصیص منابع و تصمیم‌گیری در رابطه با مراقبت‌های سلامت اوست. (۲۱-۲۲) توجه به نیاز به عنوان شاخصه عدالت توزیعی، سبب شده است تا به‌عنوان یک معیار برای دریافت عضو اهدایی پذیرفته شده، ملاحظات دیگر اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، ... در این تصمیم‌گیری مورد توجه قرار نگیرند. (۲۳)

۴-۵. ظرفیت و امکانات موجود

در برخی از ایالت‌های کانادا کمیته پزشکی، اولویت‌های بهداشتی و درمانی را با توجه به ظرفیت و امکانات موجود و مبتنی بر سه اصل: کیفیت، اخلاق و اقتصاد تعیین کرده، (۲۴) از پزشکان می‌خواهند تا منابع موجود را براساس آن‌ها استفاده کنند. (۲۵) به‌کارگیری این روش سبب کاهش مشکلات پزشکان در تصمیم‌گیری و مسئولیت ناشی از آن می‌شود.

از معیارهای ایجاد اولویت، سن بیماران یا استفاده‌کنندگان از خدمات نظام سلامت است. (۱۳) برای مثال، در استرالیا از معیار سن برای جمع‌آوری اطلاعات در مورد دسترسی به داروهای پرهزینه در بیمارستان‌های دولتی استفاده می‌شود. (۱۴) همچنین در بعضی از کشورها توجه‌هایی همچون قرار داشتن در رده سنی مولد برای جامعه یا خانواده، میزان موفقیت اقدامات پزشکی در سن خاص و میزان هزینه ارائه خدمات بیمه به سالمندان سبب شده تا به صورت غیررسمی، ارائه خدمات پزشکی مراقبتی به افراد مختلف، محدودیت‌هایی داشته باشد. (۱۵) وضعیت سنی بیماران در منشور حقوق بیمار در ایران نیز ازجمله معیارهای اولویت برای دریافت خدمات سلامت به حساب آمده و بر لزوم توجه به حقوق گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه ازجمله کودکان و سالمندان تأکید شده است (ارائه خدمات سلامت باید با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد). ازاین‌رو، کودکان و سالمندان نسبت به نوجوانان، جوانان و میان‌سالان در دریافت خدمات پزشکی دارای اولویت هستند.

۳-۵. وضعیت اجتماعی و اقتصادی

در تأثیرگذاری وضعیت اجتماعی و اقتصادی افراد به عنوان یکی از معیارهای استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی (۱۶) دو دیدگاه وجود دارد: دیدگاه اول اینکه پزشک وظیفه دارد همه کارهای لازم برای بیمار را بدون در نظر گرفتن ملاحظات اجتماعی و مالی انجام دهد. (۱۷) بر این اساس، بی‌عدالتی‌های اجتماعی و اقتصادی قابل‌پذیرش نبوده، روا نیست که گروهی کمترین سود و گروهی دیگر بیشترین سود را از خدمات بهداشتی و درمانی دریافت کنند؛ بلکه امتیازها و فرصت‌های بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی باید برای همه یکسان باشد (۱۸) و دیدگاه دوم بر این پایه است که تعهدات پزشک نسبت به بیمار مسئولیتی قطعی و یک‌سویه نبوده، باید میان تمایل و نیازهای بیمار از یک سو و خواسته‌های موجه دیگر

۷-۵. اصل سودمندی

براساس اصل سودمندی بایستی بیشترین سود به بیشترین افراد و با کمترین هزینه ارائه شود. از این رو، منابع اختصاص یافته در حوزه پزشکی باید بیشترین کارایی و قابلیت ممکن را برای خدمت رسانی داشته باشند و هر فرد باید از این منابع به گونه‌ای بهره‌مند شود که شأن و کرامت انسانی وی حفظ شود.

۸-۵. الزامات و تعهدات پزشکی

وظیفه‌گرایان بر این باورند که ویژگی‌های خود عمل، بدون توجه به میزان نتایج مثبت آن، در تصمیم‌گیری‌های پزشکی از جمله تخصیص منابع باید مورد توجه قرار گیرد و به همین خاطر، التزام و تعهدهای حرفه‌ای، همچون حفظ جان و سلامت بیمار مبنای تخصیص منابع پزشکی خواهد بود. از سوی دیگر، چون افراد از حقوق یکسان اجتماعی برخوردارند، نژاد، سن، جنس و عوامل دیگر در بهره‌مندی افراد از خدمات سلامت مؤثر نخواهد بود.

شایان یادآوری است که با پذیرش غایت‌گرایی به جای وظیفه‌گرایی، ارزیابی ما درباره عدالت توزیعی و چگونگی تخصیص منابع تغییر خواهد کرد. برای مثال، برخی بر این باورند که هزینه‌های صرف شده برای بستری بیماران الکلی در بیمارستان می‌تواند برای خدمات ضروری‌تری، همچون: مراقبت‌های قبل از تولد یا پروژه‌های تحقیقاتی صرف شود (۲۶) و به همین جهت باید از پذیرش این بیماران در بیمارستان خودداری شود؛ در برابر، گروهی نیز معتقدند که رها کردن این افراد در جامعه خطرهای زیادی برای اشخاص به وجود می‌آورد؛ پس باید آن‌ها را در بیمارستان پذیرش کرد. افزون بر موارد پیش‌گفته، مطالعات انجمن مراقبت‌های ویژه پزشکی نشان داده است که متخصصان بیهوشی شاغل در بخش آی‌سی‌یو عواملی همچون کیفیت زندگی با توجه به نظر بیمار، احتمال زنده ماندن بیمار، قابل برگشت بودن در مسائل حاد و ماهیت بیماری در مسائل مزمن را به عنوان شاخصه‌های مهم در پذیرش بیماران می‌دانند. (۲۷)

۶. اصل نزاحم

«نزاحم» واژه‌ای عربی از ریشه «ز. ح. م» به معنای ازدحام افراد یا اشیاء در مکانی خاص و تنگ (۲۸) یا فشردن یکدیگر از شدت شلوغی (۲۹) به کار رفته است. از آنجا که خاستگاه اصلی مسئله نزاحم، دانش اصول فقه است، اصولیان تعریف‌های مختلف و نزدیک به همی برای آن بیان کرده‌اند: الف) دو حکم شرعی با وجود مطلوبیت در نظر قانون‌گذار، چنان جعل شده باشند که انجام (امثال) هردوی آن‌ها در یک‌زمان، برای مکلف ممکن نبوده، تنها قادر به انجام یکی از آن‌هاست. (۳۰) ب) دلایلی که در مقام امثال و اطاعت، متخالف بوده، جمع آن‌ها ممکن نیست. (۳۱) ج) تضاد میان دو واجب که مکلف از جمع بین آن‌ها یا انجام تک‌تک آن‌ها ناتوان است. (۳۲) د) وجود تنافی غیردائمی میان دو حکم شرعی که هرچند در مقام قانون‌گذاری تنافی ندارند؛ اما پس از کشف توسط فقیه، در مقام فعلیت و تحقق موضوعشان ناسازگار شده‌اند. (۳۳)

هرچند در ادبیات پزشکی و اخلاق پزشکی از واژه «تعارض» در توصیف ناسازگاری منافع کادر درمانی با دیگران استفاده می‌شود، اما در ادبیات اصول فقهی، واژه «تعارض» مفهومی جز این دارد. اصولیان از دو واژه «نزاحم» و «تعارض» برای بیان دو مفهوم متفاوت استفاده می‌کنند. نزاحم در جایی به کار می‌رود که مکلف قادر به انجام هم‌زمان دو تکلیف نیست، هرچند هریک از آن دو تکلیف، درست و در جای دیگر قابل امثال هستند. اما تعارض زمانی رخ می‌دهد که یکی از دو حکم نادرست باشد؛ یعنی با وجود آن که دو حکم شرعی به مکلف رسیده است، ولی مکلف می‌داند که یکی از آن‌ها کاذب است، هرچند نمی‌داند کدام‌یک از آن‌هاست؛ مانند دو حکم فرضی «وجوب استفاده از مواد مخدر» و «حرمت استفاده از مواد مخدر». بدین ترتیب، تعارض در مقام تشریع است و نزاحم در مقام عمل به مفاد حکم (امثال). (۳۳)؛ دو حکم متزاحم دارای ملاک و مصلحت هستند، گرچه مکلف نمی‌تواند به هنگام عمل، هر دو مصلحت را به دست آورد؛ ولی در دو

حکم متضاد، بدون شک، یکی از دو حکم نادرست و فاقد ملاک است، هرچند مکلف نمی‌داند کدام یک از آن‌هاست. (۳۴)

با توجه به گونه‌های مختلف تزاحم، این اصل کاربردهای متعددی در متون فقهی پیدا کرده است:

۱-۶. تزاحم دو عمل واجب یا دو عمل مستحب

تزاحم بین دو امر وجودی (ضد) واجب یا مستحب که مکلف قادر به انجام هر دو نیست، مانند: نجات دو فرد در حال غرق شدن در فرض ناتوانی مکلف از نجات هم‌زمان هر دو آن‌ها، بدون اینکه هریک بر دیگری ترجیحی داشته باشند. (۳۵) یا تزاحم میان دو نماز مستحبی، همچون تزاحم میان خواندن نماز حضرت جعفر علیه‌السلام و نماز استغاثه به حضرت ولی‌عصر علیه‌السلام در دقایق پایانی روز جمعه یا تزاحم میان گرفتن روزه در روز عاشورا و نگرفتن روزه در این روز که هر دو مستحب است، ولی مصلحت یکی بیش از دیگری است. (۳۶)

۲-۶. مقدمه بودن عمل به یک حکم برای حکم دیگر

تزاحم ناشی از مقدمه بودن یک حکم برای عمل به حکم دیگر، درواقع تزاحم میان مقدمه و ذی‌المقدمه است؛ مانند حفظ جان مادر با سقط جنین که در این صورت میان حفظ جان مادر به عنوان عمل واجب (ذی‌المقدمه) و سقط جنین به عنوان مقدمه حرام، تزاحم به وجود می‌آید. یا ورود به حریم مالکیت دیگران برای نجات جان یک نفر که در این صورت، عمل به امر وجوبی نجات جان دیگران (انقاذ غریق) با عمل به نهی از ورود به حریم مالکیت افراد (لاتغصب)، در تزاحم قرار می‌گیرند.

۳-۶. تضاد اتفاقی میان متعلق احکام

گاهی ایجاد تزاحم به واسطه هم‌زمانی اتفاقی دو عمل واجب است؛ مانند وجوب پاک کردن نجاست از مسجد و وجوب نماز خواندن در مسجد، هنگامی که زمان شرعی نماز در حال سپری شدن است و عدم اقدام به خواندن نماز سبب، موجب قضا شدن آن می‌شود. (۳۰)

۴-۶. وجود رابطه طولی میان عمل به دو واجب

هرگاه میان دو عمل واجب رابطه‌ای طولی و ترتیب وجود داشته باشد و مکلف تنها قادر به یکی از آن‌ها باشد، در انتخاب عمل به واجب اول یا دوم تزاحم به وجود می‌آید. برای مثال، ایستادن (قیام) یکی از اعمال واجب در تمام رکعات نماز است. حال اگر مکلف قدرت بر ایستادن در یک رکعت (رکعت اول یا دوم یا سوم، یا چهارم) را نداشته باشد، میان قیام در رکعت اول با قیام در رکعت‌های دوم و سوم و چهارم تزاحم به وجود می‌آید. (۳۱)

۵-۶. تزاحم میان عمل مشروط به قدرت عقلی و مشروط به قدرت شرعی

بدون تردید برای انجام تکالیف الهی، می‌بایست مکلف افزون بر اهلیت (بلوغ و عقل)، قدرت بر انجام آن تکلیف را داشته باشد؛ اما در اینکه منظور از قدرت چیست، سه احتمال وجود دارد: قدرت عقلی، قدرت عرفی و قدرت شرعی. منظور از قدرت عقلی، ممکن بودن (محال نبودن) انجام یک عمل است؛ مانند قدرت بر نوشیدن تمام مایعات دنیا. قدرت عرفی عبارت است از امکان انجام عمل توسط شخص در شرایط عادی؛ برای مثال، در شرایط عادی فرد قادر است وزنه تا صد کیلو را جابه‌جا کند، البته ممکن است در شرایط غیرعادی کسی بتواند وزنه پانصد کیلویی را هم جابه‌جا کند. اما منظور از قدرت شرعی، امکان انجام عمل با توجه به شرایط معتبر شرعی است. برای مثال، مکلف قادر نیست با مشروبات الکلی وضو بگیرد، هرچند از نظر عقلی و عرفی چنین چیزی ممکن بوده، شخص قدرت بر انجام آن را دارد. (۳۷) اصولیان برای ارزیابی وجود قدرت شرعی سه شاخصه بیان کرده‌اند: ۱) ناتوان (عاجز) نبودن؛ ۲) عدم اشتغال به واجب مهم‌تر یا برابر؛ ۳) نبود مانع طبیعی و شرعی. بر این اساس، اگر پزشکی برای انجام حج واجب رهسپار فرودگاه شود، اما در آخرین لحظاتی که مسافران در حال سوار شدن به هواپیما هستند، یکی از کارکنان فرودگاه دچار عارضه قلبی شده، نیاز به اقدامات اولیه همچون ماساژ قلبی، تنفس مصنوعی باشد و هیچ پزشک دیگری هم در فرودگاه نباشد؛ در این صورت، پزشک در یک

هردوی آنهاست. (۳۵) در چنین فرضی، چون انجام ندادن هر دو حکم، امری نادرست است، مکلف بایستی یکی از دو حکم را انتخاب و به مفاد آن عمل کند. برگزیدن یکی از دو حکم نیازمند وجود عامل ترجیح دهنده است، زیرا ترجیح بدون دلیل (ترجیح بلامرجح) ناروا می‌باشد. (۴۲)

بر این اساس، هرگاه مکلف بتواند میان دو عمل متزاحم جمع کرده و هر دو را انجام دهد، بی‌تردید وظیفه دارد از ترک هر دو یا انجام یکی از دو عمل خودداری کرده، هر دو عمل را هرچند با وجود دشواری، انجام دهد (الجمع مهما ممکن اولی من الطرح). (۳۳) همچنین اگر نتواند میان دو وظیفه خود جمع کرده و نتواند یکی را بر دیگری ترجیح دهد، مکلف به استناد اصل تخییر، مجاز است یکی از دو کار را برگزیده و آن را انجام دهد و از انجام کار دیگر خودداری کند. (۳۰)

اما در وضعیت سوم، یعنی جایی که بتوان یکی از دو کار را بر دیگری ترجیح داد، ضروری است تنها کاری را انجام دهد که از مزیت و ترجیح نسبت به کار دیگر برخوردار است. اصولیان برای ترجیح گذاشتن میان عمل به یکی از دو حکم، شاخصه‌هایی را برشمرده‌اند:

۱-۷. تقدم زمانی

هرگاه دو حکم شرعی به‌گونه‌ای با هم تنافی پیدا کنند که زمان واجب شدن موضوع یکی از آنها پیش از دیگری باشد حکم نخست بر حکم رقیب مقدم می‌شود. (۴۳) از نظر برخی فقها این معیار زمانی قابل استناد است که عمل به حکم نخست از اهمیت بیشتری برخوردار باشد، وگرنه این تقدم غیرموجه است؛ زیرا اگر دو نفر در حال غرق شدن باشد، نجات یک نفر، تنها به دلیل اینکه زودتر دچار غرق‌شدگی شده، فاقد توجیه عقلی است. (۴۴-۴۵)

۲-۷. نبود جایگزین

هرگاه یکی از دو حکم متزاحم فاقد جایگزین (بدل) باشد، بر حکم دیگری که جایگزین دارد، مقدم می‌شود؛ زیرا احکام دارای بدل، مشروط به قدرت مکلف است، ولی احکام بدون

دو راهی قرار دارد: بیمار را به حال خود رها کند و با دیگر مسافران سوار هواپیما شده، عازم مکه شود یا اقدام به درمان بیمار کند که به‌واسطه آن، از پرواز جا مانده، حج را از دست می‌دهد. براساس مبانی فقهی، وجوب حفظ جان یک انسان، مشروط به قدرت عقلی است که در این مثال، پزشک چنین قدرتی را دارد؛ ولی رفتن به حج مشروط به استطاعت است و کسی که در حال درمان دیگری است، به‌واسطه تنگی وقت، استطاعت شرعی برای رفتن به حج را ندارد. اگر چنین تزاحمی میان این دو وظیفه واجب اتفاق بیفتد، واجب مشروط به قدرت عقلی مقدم بر واجب مشروط به قدرت شرعی است، یعنی بر پزشک واجب است که بیمار را درمان کند و با این کار، شرط استطاعت را از دست داده، انجام حج بر او واجب نیست. (۳۸)

۶-۶. ترک موقت عمل به یک حکم

هرچند برخی از اصولیان تزاحم را تنها در جایی قابل تصور می‌دانند که عمل به یک حکم (امثال) مستلزم ترک حکم دیگر باشد؛ (۳۹) اما گروهی نیز بر این باورند که اگر امثال یک حکم سبب ترک موقت امثال حکم دیگر شود، تزاحم تحقق پیدا می‌کند، مانند تزاحم میان واجب تعیینی (تعلق وجوب به موردی خاص بدون وجود جایگزین برای آن، مانند وجوب نماز) با واجب تخییری (تعلق وجوب به یکی از چند کار که مکلف به انتخاب خود آن را انجام می‌دهد، مانند کفاره روزه که مکلف مخیر میان چند کار است) (۴۰)

۷. معیارهای حل تزاحم

بنابر دیدگاه عالمان شیعه، احکام الهی تابع وجود مصلحت (ملاک) بوده، شارع (قانونگذار) هیچ حکمی را وضع نمی‌کند، مگر برای دستیابی مکلف به آن مصلحت (۴۱) روشن به نظر می‌رسد که تزاحم در هریک از شش حالت پیشین زمانی قابل تصور است که عمل به هر دو حکم به‌واسطه داشتن ملاک، برای قانون‌گذار مطلوبیت داشته، تنها مکلف ناتوان از انجام

اجتماعی (نوعی) باشد و انجام کار دیگری تنها مصلحت فردی (شخصی) داشته باشد، مصلحت اجتماعی بر مصلحت فردی مقدم می‌شود؛ (۴۷) برای مثال، در شرایط عادی قطع درختان باغ الف بدون اجازه مالک آن جایز نیست؛ اما اگر مهار کردن سیل وابسته به استفاده از چوب درختان آن باغ باشد، به‌منظور حفظ منافع عمومی، قطع آن درختان بدون اجازه مالکش جایز خواهد بود.

شایان یادآوری است اصولیان بر مرجح بودن همه مرجحات پیش‌گفته اتفاق نظر ندارند. ترجیح تقدم زمانی بر متأخر زمانی یا ترجیح واجب فاقد بدل اضطراری بر واجب دارای بدل اضطراری، مخالفانی هم دارد. (۳۱)

۸. تزامم و تعارض اخلاقی

توضیح‌های گذشته نشان داد که اصولیان و به پیروی از آنها فقها برای تزامم دو مصداق بیان کرده‌اند:

اول: وجود دو حکم شرعی متفاوت که بنا به دلیلی مکلف ناگزیر شده است آن‌ها را در یک زمان انجام دهد، حال آن‌که قدرت چنین کاری را نداشته، ناگزیر از یکی به سود دیگری چشم‌پوشی می‌کند. این دو حکم متفاوت گاه از دو جنس هستند (وجوب - حرمت یا حرمت - وجوب)، مانند حرمت نقض حریم مالکیت خصوصی افراد و وجوب نجات جان انسان یا حیوانی از خطر مرگ. بدون شک اگر مکلف بتواند بدون ورود به ملک دیگران، جان دیگری را نجات دهد (عمل به هر دو حکم) باید چنین کند؛ اما اگر راهی برای نجات جان فردی جز نقض حریم مالکیت خصوصی دیگران نباشد، باید به وظیفه مهم‌تر عمل کند و وظیفه دیگر را ترک کند (از این مسئله در منابع اصول فقه به اجتماع امر و نهی تعبیر می‌شود). همچنین این دو حکم متعارض گاه از یک جنس هستند (وجوب - وجوب یا حرمت - حرمت)، مانند وجوب خواندن نماز و وجوب شستشوی مسجد (ازاله نجاست) هنگامی که وقت نماز به سر رسیده و تأخیر در خواندن، سبب قضا شدن نماز می‌شود. در

بدل، مشروط به چنین شرطی نبوده، مکلف ملزم به انجام آن است (فان ما له البدل بمقتضی جعل البدلیه یکون مشروطاً بالقدرة شرعاً فیقدم علیه ما لیس بمشروط بها کذلک). (۴۳) هرچند تقدم حکم فاقد بدل بر حکم دارای بدل امری پذیرفته شده است؛ اما برای برخی از فقها این پرسش مطرح است که آیا وجود رابطه طولی یا عرضی میان این دو واجب تأثیری در تقدم یکی بر دیگری دارد یا ندارد؟ هرچند در پاسخ این احتمال مطرح شده است که میان بدل طولی و عرضی تفاوتی نیست و حکم بدون بدل بر حکم دارای بدل مقدم می‌شود (۳۹) اما برخی از فقها نبود جایگزین را مرجح مستقل ندانسته، آن را از مصادیق قانون تقدیم اهم بر مهم قلمداد کرده‌اند. (۳۲) به همین خاطر، تقدم وجوب حفظ جان انسان نسبت به وجوب وضو برای نماز تنها به دلیل جایگزین داشتن وضو، یعنی تیمم، کافی نبوده، وجود مصلحت مهم‌تر باعث این تقدم می‌شود.

۳-۷. مطلق و منجز بودن حکم

یکی از مرجحات باب تزامم، ترجیح واجب مطلق (واجبی است که وجوبش غیر از شرایط عامه تکلیف مقید به قیدی نیست (۴۶) و واجب منجز (واجبی که تحقق آن در عالم خارج، وابسته به چیزی نیست) بر حکم مشروط به قدرت شرعی است؛ برای مثال، هرگاه مکلف به مقدار تأمین هزینه سفر حج، توان مالی داشته باشد و از سوی دیگر، به همان اندازه یا کمتر از آن نیز بدهکار باشد؛ چون وجوب حج مشروط به استطاعت است ولی وجوب پرداخت بدهی، مطلق و منجز است، پرداخت بدهی بر انجام حج تقدم دارد، زیرا با وجود بدهکاری، استطاعت که شرط معتبر در وجوب حج است، تحقق پیدا نمی‌کند و با عدم احراز این شرط، وجوبی برای رفتن به حج جعل نخواهد شد. (۳۹)

۴-۷. برخورداری حکم از ملاک مهم‌تر

هرگاه یکی از دو حکم متزامم، ملاک مهم‌تری داشته باشد، این حکم بر حکم دیگری که ملاک ضعیف‌تری دارد، مقدم می‌شود. برای مثال، هرگاه انجام کاری دارای مصلحت

این فرض نیز مکلف ناگزیر است وظیفه مهم‌تر را بر وظیفه غیر مهم ترجیح دهد.

دوم: وجود یک حکم شرعی که ناظر به دو یا چند مصداق بوده و مکلف قادر نیست هم‌زمان به وظیفه خود درباره آن‌ها عمل کند. مانند بیرون آوردن هم‌زمان دو مصدوم از زیر آوار. در این فرض مکلف ناگزیر است براساس شاخصه‌های پیش‌گفته، یکی از دو مصدوم را از آوار بیرون آورده و اجازه دهد دیگری بمیرد. روشن است در این فرض مکلف مجاز نیست هر دو مصدوم را رها کند، همچنین اگر به هر دلیلی یکی از دو مصدوم را رها کرد، تکلیف او نسبت به بیرون آوردن مصدوم دیگر همچنان باقی است.

در منابع اخلاق پزشکی نیز از دو گونه تعارض اخلاقی یاد شده است: (۱) تعارض تواردی (الزام ایجابی یک فعل خاص از یک‌جهت و الزام سلبی آن از جهت دیگر) (۲) تعارض تضادی (تولید تعارض به‌وسیله یک اصل اخلاقی). در تعارض تواردی، بنا به دخالت اصول مختلف اخلاقی، گاه چند وظیفه متضاد، یک مصداق پیدا می‌کنند، یعنی یک فعل خاص مصداق یک «باید» و هم‌زمان مصداق یک «نباید»؛ مانند تولید واکسنی که سبب نجات جان برخی و مرگ برخی دیگر از بیماران می‌شود یا قطع دستگاه تنفسی بیماری که بسیار درد دارد و امیدی به درمان وی نیست، این کار از یک‌سو کشتن اوست و از سوی دیگر، رهانیدن بیمار از درد و رنج بسیار. اما در تعارض تضادی، هم‌زمان چند مصداق برای یک یا چند اصل اخلاقی به‌وجود می‌آید که کنشگر قادر به انجام همه آن‌ها نیست؛ (۴۸) مانند انتخاب میان نجات مادر یا نجات جنین؛ پزشک از یک‌طرف موظف به نجات جان همه انسان‌هاست و از طرفی نجات مادر و فرزند با هم امکان‌پذیر نیست، عمل به هریک، منجر به زیر پا گذاشتن مصداق دیگر می‌شود. (۴۹) بدین ترتیب، تراحم به معنای «وجود دو حکم شرعی همجنس که مکلف قادر به انجام هم‌زمان آنها نیست» در اصول فقه (ترتب) با تعارض تضادی در اخلاق پزشکی همسو بوده، برای برون‌رفت از هردوی آن‌ها نیازمند پذیرش مرجح هستیم.

از سوی دیگر، هرچند تعارض منافع در اخلاق پزشکی، در سه حوزه درمان، آموزش و پژوهش به کار می‌رود (۵۰) اما در هر سه حوزه، در یک‌سو، کادر درمانی و به‌ویژه پزشکان قرار دارند و در سوی دیگر بیماران یا آزمودنی‌های پژوهش؛ در صورتی که به هنگام وقوع تعارض منافع بیماران در تخصیص منابع پزشکی، به‌طور معمول کادر درمانی از خارج این تعارض بوده، تنها در مقام تصمیم‌گیری برای تخصیص منابع پزشکی میان بیماران قرار دارند؛ مگر آن‌که میان کادر درمانی و بیمار نوعی پیوستگی عاطفی، خویشاوندی، اجتماعی و مانند آنها باشد. بدین ترتیب، عنوان تراحم در اصول فقه، فراگیر بوده، هم تعارض منافع در آموزش، پژوهش و درمان را دربر می‌گیرد و هم تعارض در تخصیص منابع را.

۹. کارآمدی قاعده تراحم در حل تعارض منافع

به‌منظور استفاده از قاعده تراحم در حل تعارض منافع بیماران در تخصیص منابع پزشکی، پذیرش چند مطلب به‌عنوان پیش‌فرض ضروری است:

اول: درمانگری برای کادر درمانی یک تکلیف شرعی وجوبی است؛ زیرا اقدام‌های درمانی، از آن جهت که مصداق «حفظ نفس محترم» و «احیای نفس» است و حفظ و احیای نفس نیز امری واجب به شمار می‌آید، واجب خواهند بود. (۵۱) این وجوب، بسته به اینکه فرد با صلاحیت دیگری برای انجام آن وجود داشته باشد یا وجود نداشته باشد، می‌تواند واجب کفایی یا واجب عینی باشد.

دوم: وجوب درمان بیماران، صرف‌نظر از اینکه وجوب کفایی یا عینی باشد، نسبت به کادر درمانی وجوب بالفعل است؛ یعنی مکلف (کادر درمانی) از تعلق تکلیف به خود آگاه بوده، براساس تعهدی که به مفاد سوگندنامه پزشکی ابراز کرده، می‌داند که وظیفه حرفه‌ای در درمان بیماران دارد؛ افزون بر این، از تعلق این تکلیف کلی به خود نسبت به درمان یک یا چند بیمار خاص نیز آگاهی کامل دارد. برای مثال، پزشک

مقیم در بیمارستان است و با یکی از روش‌های رایج در بخش‌های مختلف بیمارستانی از وجود بیماران نیازمند به خدمات خود با خبر شده است. بر این اساس، کادر درمانی پس از پایان نوبت کاری خود و خروج از بیمارستان، مسئولیت حرفه‌ای و تکلیف شرعی نسبت به درمان بیماران بستری در بخش مربوطه ندارند. همچنین اگر پزشک از وجود بیمار نیازمند به خدمات درمانی آگاه نباشد، باز هم تکلیف وجوبی نسبت به درمان آن بیمار نخواهد داشت.

سوم: تکلیف به وجوب درمان، تکلیف منجز است، یعنی افزون بر اینکه پزشک از وظیفه حرفه‌ای خود آگاه است و از توجه تکلیف به درمان بیمار خاص نیز آگاهی پیدا کرده است، قدرت بر انجام تکلیف را هم دارد (واجب منجز، حکمی است وجوبی که به مکلف تعلق گرفته و انجام آن، متوقف بر امر غیرمقدوری نیست. (۵۲) این قدرت می‌تواند ناظر به قدرت جسمی یا قدرت بر دسترسی یا قدرت تشخیصی باشد. روشن است که اگر پزشک به واسطه بیماری و مصدومیت یا مسدود بودن راه، خرابی ساختمان، قطع برق، از کار افتادگی آسانسور، ... یا عدم دسترسی به وسایل و تجهیزات لازم نتواند به وظایف حرفه‌ای خود عمل کند؛ تکلیف وجوب درمان، نسبت به وی منجز نیست.

با فرض تنجز تکلیف به درمان نسبت به کادر درمانی، می‌توان از تراحم به عنوان یک اصل فقهی در حل مسئله «تعارض منافع بیماران در تخصیص منابع پزشکی» سخن گفت. زیرا هرگاه منافع دو یا چند بیمار در بهره‌مندی از خدمات درمانی و بهداشتی و استفاده از تجهیزات و امکانات بیمارستانی در تعارض قرار گیرد و کادر درمانی تنها امکان خدمت‌رسانی به یک نفر را داشته باشد؛ در این صورت می‌توان این مورد را از موارد تراحم دو تکلیف منجز به حساب آورد زیرا گرچه پزشک قدرت بر درمان هریک از دو بیمار را به تنهایی دارد، اما قادر به درمان یا ارائه خدمات درمانی هم‌زمان به چند بیمار نیست. بدین ترتیب از نظر مفهومی شباهتی اساسی میان «تراحم» در اصول فقه و «تعارض منافع بیماران در تخصیص منابع پزشکی» وجود دارد. اما در این وضعیت، پزشک ناگزیر است

یک بیمار را برای دریافت خدمات انتخاب کند و برای این کار نیازمند یافتن وجود عامل ترجیح‌دهنده برای درمان یک بیمار نسبت به دیگر بیماران است. حال آیا می‌توان میان راهکارهای حل تراحم در اصول فقه و راهکارهای حل تعارض در تخصیص منابع در پزشکی شباهتی پیدا کرد؟

آن‌گونه که توضیح داده شد، در کشورهای مختلف، دست‌کم هشت معیار برای تصمیم‌گیری در تخصیص منابع پزشکی به بیماران وجود دارد: وضعیت بیماری؛ وضعیت سنی؛ وضعیت اجتماعی و اقتصادی؛ جنسیت، نژاد، قومیت و مذهب؛ نیاز؛ ظرفیت و امکانات موجود؛ اصل سودمندی؛ الزامات و تعهدات پزشکی.

نظیر این مرجحات توسط برخی از عالمان مسلمان نیز مطرح شده است. برای مثال، برخی از فقها بر این باورند که هرگاه تراحم میان مصادیق یک تکلیف باشد، مصداقی که ملاک قوی‌تر دارد بر مصداقی که ملاک ضعیف‌تری دارد، مقدم می‌شود. برای این مسئله به برخورداری فرد از «موقعیت اجتماعی برتر» اشاره کرده، می‌نویسند: «از نظر عقل اگر مکلف مجبور به انتخاب جان دو نفر، یکی پیامبر و دیگری فردی عادی (رعیت) شود، عقل به تقدم حفظ جان پیامبر بر جان افراد عادی جامعه حکم می‌کند (إذا دار الأمر بین إنقاذ النبی و الرعیة، فالعقل حکم بتقدیم الأول). همچنین اگر مکلف در مقام انتخاب بین نجات جان رهبر جامعه یا فرمانده عالی‌رتبه نظامی و فردی عادی قرار گیرد؛ فرد اول اولویت دارد، هرچند نجات جان او نیازمند خطرپذیری بیشتر باشد» (۵۳). در برخی متون، میزان دانش، عامل مرجح به حساب آمده، در تراحم میان نجات جان فردی دانشمند و نجات فردی بی‌سواد، تقدم با فرد عالم دانسته شده است (۵۴) گاه مذهب نیز به عنوان عامل ترجیح‌دهنده دانسته شده است. براساس این دیدگاه، «مسلمان بودن» شاخصه قطعی تقدم مسلمان بر غیرمسلمان می‌باشد. همچنان که «داشتن یک نژاد خوب» (هاشمی بودن) از نظر برخی از اصولیان حکایت از اهمیت حفظ جان آن فرد نسبت به دیگران دارد (۵۵)

«نیاز به حمایت بیشتر» نیز می‌تواند به‌عنوان عامل امتیاز و اولویت به حساب آید. امام کاظم علیه‌السلام در مقام پاسخ به این پرسش که اگر کسی نذر کرده برده‌ای را آزاد کند، آیا برده جوان را آزاد کند یا برده پیر ناتوان؟ حضرت برده پیر ناتوان را به واسطه نیاز بر برده جوان که ظرفیت تحمل بردگی را دارد اولویت می‌دهد (الشَّيْخُ الْكَبِيرُ الضَّعِيفُ أَفْضَلُ مِنَ الشَّابِّ الْأَجْرَدِ) (۵۶) از سوی دیگر، آن‌گونه که پیش‌تر گذشت، یکی از معیارهای مطرح در اصول فقه برای حل مسئله تزاحم دو تکلیف، وجود و عدم وجود تکلیف جانشین (بدل) است. یعنی هرگاه دو تکلیف در تزاحم قرار گیرند، عمل به تکلیفی که فاقد جانشین است بر تکلیفی که دارای جانشین است، تقدم پیدا می‌کند. نظیر این معیار در ترجیحات پزشکی نیز دیده شده، پزشکان از معیار «نبود جانشین» برای اولویت‌بندی توزیع دارو بهره می‌گیرند. برای مثال، چنانچه دو بیمار نیازمند داروی تزریقی خاصی همچون آمپول نوروبیون^۱ باشند که بسیار محدود توزیع شده است با این تفاوت که یکی از آن‌ها به دلیل مشکلات گوارشی نمی‌تواند داروی خوراکی مشابه آن، یعنی قرص نوروبیون^۲ را دریافت کند، ولی بیمار دوم، چنین مشکلی نداشته باشد؛ به هنگام استفاده، بیماری که داروی جانشین برای او قابل مصرف نیست بر بیماری که داروی جانشین برای او قابل مصرف است، تقدم دارد.

همچنین، یکی از معیارهای مطرح برای حل تزاحم در اصول فقه، تقدم زمانی یک حکم بر حکم دیگر بود. بر این اساس، هرگاه زمان فعلیت یک حکم پیش از حکم دیگر باشد یا زمان فعلیت یک حکم در حق شخصی پیش از فعلیت همان حکم در حق شخص دیگر باشد؛ حکم نخست بر حکم دوم مقدم می‌شود. در برخی از کشورها نیز تنها ملاک برای تقدم درمان یک بیمار نسبت به بیمار دیگر، زمان مراجعه آن‌ها به بیمارستان بوده، بیماری که زودتر مراجعه کرده است، نسبت

به بیماری که پس از وی مراجعه کرده، در اولویت درمان قرار می‌گیرد. (۵۷) به عبارت دیگر، چون حکم وجوب درمان نسبت به بیمار «الف» با زودتر آمدنش فعلیت پیدا کرد و پزشک نیز قادر به درمان شخص دیگر نیست، حکم به وجوب درمان نسبت به بیمار «ب» که دیرتر به بیمارستان مراجعه کرده به فعلیت نمی‌رسد تا تزاحم دو حکم قابل تصور باشد.

به نظر نویسندگان، بازگشت همه مرجحات به «اهمیت» یکی از دو حکم بر حکم دیگر و تقدم یک مصداق بر مصداق دیگر است. در نتیجه، «اهمیت داشتن» تنها شاخصه در تعیین اولویت در مسائل فقهی مرتبط با «قاعده تزاحم» در اصول فقه و «تخصیص منابع پزشکی» در اقدامات درمانی است. بسیاری از فقها در مقام رفع تزاحم میان دو حکم و تشخیص وظیفه عملی مکلف، به قاعده اهمیت (اهم و مهم) استناد کرده‌اند. (۵۸) بر این اساس، هرگاه میان دو حکم (مهم و مهم‌تر) در مقام امتثال، تزاحم باشد، حکم مهم‌تر مقدم می‌شود. (۵۹) مهم‌ترین دلیل در تقدیم اهم بر مهم، حکم عقل و روش مورد تأیید عقلا (سیره عقلا) است؛ چرا که در هنگام تزاحم، فرض آن است که امتثال هر دو حکم ممکن نیست، همچنان که ترک هر دو حکم نیز جایز نخواهد بود؛ پس کاری را باید انجام داد که از اهمیت بیشتری برخوردار است. (۶۰) استناد به چنین روشی، چنان آشکار و واضح است که برخی از فقها آن را امری فطری می‌دانند. (۶۱) اما وضوح تقدیم اهم بر مهم، حکایت از آسانی تمایز اهم از مهم ندارد و به همین خاطر، احتمال وجود اهمیت در یکی از دو طرف نیز کافی بوده، احراز اهمیت در یک طرف لازم نیست.

این نگرش در میان مذاهب اهل سنت نیز رواج دارد. فقهای اهل سنت در حل مشکل تزاحم از راهکاری با نام «موازنه مصالح» استفاده می‌کنند که براساس آن، اهم بر مهم ترجیح دارد. از نظر محققان اهل تسنن، در رویارویی با تزاحم، چهار گام به ترتیب برداشته می‌شود: (۱) جمع بین مصالح (پایبندی حداکثری به دو طرف تزاحم)، (۲) ترجیح یکی از دو

1. Neurobionch ampoule.

2. Neurobion tablets.

طرف، ۳) تخییر ۴) توقف و پرهیز از انجام عمل براساس هیچ‌یک از دو طرف تراحم. (۶۲)

بررسی منابع فقهی نشان می‌دهد که فقها چند شاخصه برای تعیین اهمیت بیان کرده‌اند:

یک، دامنه شمول افراد: هرگاه تراحم میان مصالح جامعه (عمومی) و مصالح افراد (خاص) رخ دهد، رعایت مصالح عمومی از اهمیت بیشتری برخوردار هستند.

دو، روش عملی دین‌داران و خردمندان: اگر از نظر متشرعه و عقلا امری نسبت به امر دیگری ترجیح داشته باشد، چنین ترجیحی بیانگر اهمیت آن امر در نزد قانون‌گذار (شارع) است؛ مانند اولویت نجات جان مادر به هنگام تراحم نجات جان مادر و جنین.

سه، اهتمام بیشتر قانون‌گذار نسبت به امری: برای مثال، قانون‌گذار نسبت به امور مربوط به جان (نفس) و حیثیت (عرض) اهتمام بیشتری داشته، اصل را در دماء و نفوس بر احتیاط گذاشته است.

چهار، تصریح به اهمیت در متن دلیل: هرگاه امری که اهمیت آن در متن دلیل به صراحت بیان شده با امری که تصریحی به اهمیت آن نشده است، تراحم پیدا کنند؛ امر اول تقدم بر دومی خواهد داشت؛ مانند نسبت میان فتنه (منحرف کردن مردم از دین خدا) و کشتن دیگران که قرآن، اولی را با اهمیت‌تر از دومی به حساب آورده است. (بقره/ ۲۱۷)

پنج، تعدد حقوق: هرگاه تراحم میان غیبت کردن و دروغ گفتن باشد، غیبت کردن از اهمیت بیشتری برخوردار بوده، مقدم بر دروغ گفتن است؛ زیرا در غیبت کردن دو حق (حق الناس - حق الله) از بین می‌رود و در دروغ گفتن، تنها حق الهی از بین می‌رود.

شش، عدل و انصاف: برخی از فقها بر این باورند که در تراحم میان دو حق مالی، قاعده عدل و انصاف جاری است (۶۳) و بدون در نظر گرفتن اهمیت یکی از دو طرف، دعوا به گونه‌ای رسیدگی می‌شود که به هیچ‌یک ظلم نشود. (۵۹) برای مثال، هرگاه دو نفر هرکدام یک سکه نزد دیگری به امانت بگذارند و امانت‌گیرنده (ودیعه‌پذیر) یکی از آن‌ها گم کند؛ در بازگرداندن

یک سکه باقی مانده، قانون اهمیت اجرا نشده، براساس عدل و انصاف، میان آن‌ها به تساوی تقسیم می‌شود. (۶۴)

به نظر می‌رسد هریک از این شاخص‌ها در جای خود می‌توانند درست باشند. اگر مسئله مورد نظر، رفتاری دینی (تکلیف شرعی) است باید منتظر بود تا شارع خود میزان اهمیت آن را تعیین کند. اما اگر مسئله مورد اختلاف امری عرفی است، عقلای آن جامعه می‌بایست اولویت کاری را بر کاری تبیین کنند. بر این اساس، در مسائل پزشکی هم که موضوع آن سلامت انسان است، کادر متخصص درمانی به عنوان عرف خاص، توضیح‌دهنده مفهوم و تعیین‌کننده مصداق اهمیت به حساب می‌آیند. منظور از اهمیت در ارائه خدمات پزشکی، میزان اثرگذاری اقدام‌های درمانی در حفظ حیات و سلامت یک بیمار نسبت به بیماران یکدیگر است. از این رو، هرچه احتمال خطر مرگ یا آسیب‌پذیری بیمار بیشتر باشد، میزان اهمیت ارائه خدمات درمانی به او در مقایسه با دیگران بیشتر می‌شود. همچنین هرچه احتمال اثربخشی اقدامات پزشکی در فرایند درمان بیمار بیشتر باشد، وی برای دریافت این خدمات نسبت به بیماری که این احتمال نسبت به او کمتر است، اولویت بیشتری پیدا خواهد کرد. در صورتی که واکسن آنفولانزا به میزان محدودی تهیه شده باشد، سالمندان و کودکان که بیشتر در معرض بیماری‌های واگیردار و عفونی قرار دارند، بر دیگران اولویت دارند.

چنین رویکردی به روشنی در نظام درمان دیده می‌شود. برای مثال، واحد تریاژ در اورژانس بیمارستان، عهده‌دار فرآیند تصمیم‌گیری برای اولویت‌بندی بیماران مراجعه‌کننده به بخش اورژانس و هدف از تأسیس آن، پاسخگویی به این پرسش است: «در این لحظه، مراقبت از این بیمار خاص در چه مرتبه‌ای از اولویت نسبت به دیگر بیماران مراجعه‌کننده به اورژانس قرار دارد؟».

اولویت‌گذاری در واحد تریاژ به این ترتیب است: اولویت اول: بیماران بحرانی با وضعیت ناپایدار که به پایش تهاجمی یا مراقبت و درمان‌های ویژه‌ای نیاز داشته که این کار، خارج از

آی‌سی‌یو امکان‌پذیر نیست، مانند بیماران با نارسایی تنفسی حاد که نیاز به تهویه مکانیکی دارند یا بیماران دچار شوک که وضعیت همودینامیک ناپایدار دارند. اولویت دوم: بیماران ناپایدار که به پایش مداوم غیرتهاجمی و شاید مداخلات فوری نیاز داشته باشند، مانند بیماران قلبی با انفارکتوس حاد عارضه‌دار یا دیس ریتمی‌های بدخیم. اولویت سوم: بیماران پایدار پرخطر و نیازمند پایش همودینامیک یا داروهای انفوزیون وریدی، مانند بیماران پرخطر پس از عمل جراحی یا بیماران هوشیار با همودینامیک پایدار تحت درمان با داروهای وازواکتیو. اولویت چهارم: بیماران با شرایط انتهایی و برگشت‌ناپذیر یا بیماری با مرگ قریب‌الوقوع مانند آسیب مغزی بسیار شدید، نارسایی متعدد ارگان‌ها، سرطان متاستاتیک غیرقابل درمان، مرگ مغزی که دهنده عضو نیست و بیمارانی که کاهش سطح هوشیاری دائمی دارند. بر این اساس، بیمارانی که دچار ایست قلبی یا دچار خون‌ریزی داخلی می‌شوند در سطح ۱ تریاژ قرار گرفته، نسبت به بیمارانی که در سطح ۳ تریاژ هستند، مانند بیمار مبتلا به سنگ کلیه یا شکستگی دست و پا، اولویت پیدا می‌کنند. (این اولویت وقتی است که قادر به مراقبت هم‌زمان نباشیم).

همچنین بنا به گزارش انجمن مراقبت‌های ویژه پزشکی، متخصصان بیهوشی شاغل در بخش آی‌سی‌یو عواملی همچون: احتمال زنده ماندن بیمار، قابل برگشت بودن در مسائل حاد، ماهیت بیماری در مسائل مزمن را به‌عنوان معیارهای مهم در اولویت پذیرش بیماران در نظر می‌گیرند. (۲۷) انتخاب بیمار برای بستری شدن در آی‌سی‌یو براساس اندیکاسیون‌های کلاسیک انجام می‌گیرد و برای انتخاب بیمارانی که به‌صورت مساوی اندیکاسیون بستری در این بخش دارند، افرادی در اولویت قرار می‌گیرند که امکان بهره‌مندی بیشتری از خدمات بخش آی‌سی‌یو دارند، یعنی احتمال مرگ و میر آن‌ها کمتر و بستری شدن در این بخش، پیش‌آگهی بهتری برای آن‌ها ایجاد می‌کند؛ همچنین عواملی همچون سن، شدت بیماری، میزان پاسخ به درمان،

کیفیت زندگی باقی‌مانده نیز ازجمله مؤلفه‌هایی است که در اولویت قرار دادن بیماران در بخش آی‌سی‌یو مؤثر است. روشن به نظر می‌رسد استناد به اصل عدالت در تخصیص منابع، مفهومی جز توجه به اهمیت نخواهد داشت. زیرا اقدام‌های درمانی عادلانه، اقدام‌هایی است که به جا و متناسب با نیاز فرد متقاضی دریافت خدمات درمانی باشد. ازاین‌رو، هرگاه احتمال خطر مرگ شخصی بیشتر باشد، عدالت اقتضا می‌کند که وی پیش از دیگران خدمات درمانی را دریافت کند. همچنین، هرگاه احتمال اثربخشی اقدام‌های درمانی نسبت به یک بیمار بیش از دیگران باشد، اصل عدالت دلالت بر ترجیح او نسبت به فردی دارد که این احتمال درباره‌اش کمتر است. ازاین‌رو، در درمان عادلانه، بیماری ترجیح داده می‌شود که نیاز بیشتری به خدمات درمانی دارد و استفاده او از این خدمات، شانس بهبودیش را نسبت به دیگران افزایش می‌دهد.

۱۰. نتیجه‌گیری

تعارض منافع بیماران در تخصیص منابع پزشکی، یکی از بارزترین مصادیق قاعده تزام در اصول فقه است که تنها راه برون‌رفت از آن، یافتن اهمیت است. اهمیت در خدمات پزشکی ناظر به احتمال افزایش خطر مرگ یا آسیب جدی یک بیمار نسبت به دیگر بیماران است؛ همچنین می‌تواند ناظر به احتمال اثربخشی بیشتر خدمات درمانی برای یک بیمار نسبت به بیمار دیگر باشد. ازاین‌رو، درمان‌های بی‌نتیجه^۱ یا درمان‌های تسکینی^۲ نمی‌توانند از اهمیت بیشتری نسبت به درمان‌های مؤثر در بهبودی بیمار برخوردار باشند. ازجمله مهم‌ترین سازوکارهای فقهی تشخیص اهمیت یک عمل نسبت به عمل دیگر، تقدم مصالح عمومی بر مصالح فردی، اهتمام بیشتر شارع (قانونگذار)، تأکید بیشتر آموزه‌های دینی نسبت به یک عمل، تقدم حق افراد بر حق خداوند و عدل و انصاف هستند.

1. Medical Futility.

2. Palliative Care.

References

1. Rafieifar SH. From health education to health, Tehran: Department of Health Communication and Health Education, Ministry of Health, 1383, p. 10. [in Persian]
2. Jones JW, McCullough LB. Intentional over-treatment: The unmentionable conflict-of-interest. *J Vasc Surg.* 2007; 46(3): 605-607.
3. Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. *N Engl J Med* 1993; 329(8): 573-6.
4. College of Dietitians of Alberta, THE Professional Practice Handbook For Dietitians In Alberta, Conflicts of Interest (chap11), p. 167.
5. Anonymous. Law West's Encyclopedia of American Conflict of Interest. <http://www.answers.com/topic/conflict-of-interest> (accessed in 2011)
6. McConnell, Terrance, Moral Dilemmas and consistency in Ethics, *Canadian journal of philosophy*, 1978, no. 8, p. 269-287.
7. Nord E, Richardson J, Kuhseh, singer P. Maximizing health issues, *Soc Sci Med*, 1995, 41:1429-37.
8. Aqlmand S, Pourreza AG. Health sector reform. *J Social Welfare.* 2004; 4(14):15-38. [In Persian]
9. Mobinizadeh M, Raïsi P, Nasiripour AA, Olyaïmanesh A, Tabibi SJ. The health systems' priority setting criteria for selecting health technologies: A systematic review of the current evidence. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran.* 2016; 30:329.
10. Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: The need for multi-criteria decision analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation.* 2006; 4(14): 1-9.
11. Lim MK, Bae EY, Choi SE, Lee EK, Lee TJ. Eliciting public preference for health-care resource allocation in South Korea. *Value Health.* 2012; 15 (1SUPPL.): S91-S4.
12. Safari S, Rahmati F, Baratlo A, et al. Hospital and Pre-Hospital Triage Systems in Disaster and Normal Conditions. *J SBMU.* 2015;2(1). [in Persian]
13. Youngkong S, Kapiriri L, Baltussen R. Setting priorities for health interventions in developing countries: A review of empirical studies. *Tropical Medicine and International Health.* 2009; 14(8): 930-9.
14. Gallego G, Taylor SJ, McNeill P, Brien JA. Public views on priority setting for high cost medications in public hospitals in Australia. *The journal of public participation in health care and health policy.* 2007; 10(3): 224-35.
15. Campbell A, Gillett G, Jones G. Medical ethics theories of medical, UK; Oxford University press, 2001. p. 179-199.
16. Norheim OF, Baltussen R, Johri M, Chisholm D, Nord E, Brock DW, et al. Guidance on priority setting in health care (GPS-Health): The inclusion of equity criteria not captured by cost-effectiveness analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation.* 2014; 12(18): 1-8.
17. Levinsky NG. The doctor is master. *N Engl J Med;* 1984, 311: 1543-5
18. The Blackwell Ethics in Medicine, University of Washington, School of Medicine, 1998.
19. Morreim EH. Balancing act: the new medical ethics of medicine s new economics. Washington: Georgetown University press: 1995: 2.
20. Youngkong S, Baltussen R, Tantivess S, Koolman X, Teerawattananon Y. Criteria for priority setting of HIV/AIDS interventions in Thailand: A discrete choice experiment. *BMC Health Services Research* 10, 197 (2010).
21. Guindo LA, Wagner M, Baltussen R, Rindress D, van Til J, Kind P, et al. From efficacy to equity: Literature review of decision criteria for resource allocation and health care decision making. *Cost Effectiveness and Resource Allocation.* 2012; 10 (9): 2-13.
22. Gress S, Niebuhr D, Rothgang H, Wasem J. Criteria and procedures for determining benefit packages in health care: A comparative perspective. *Health policy.* 2004; 73(1): 78-91.
23. Rahimi QR. world health organization (WHO), *Journal of Paramedical Faculty of Aja Medical Sciences*, 1389; 8: 53-56
24. Canadian medical association. Core and comprehensive health care services: a framework for decision making. Ottawa: The Association; 1994.
25. Canadian medical association. Code of ethics. *Canadian Medical Association Journal;* 1996; 155:1176A-1176D.
26. Plomer A, Zali A, Abbasi M. The Law and Ethics of Medical Research. Tehran. The Iranian Research Center for Ethics and Law in Medicine, 1387.
27. Zweibel NR, Cassel CK, Karrison T. Public attitudes about the use of chronological age as a criterion for allocating health care resources. *The Journals of Gerontology* 1993; 33 (1): 74-80.

28. Farahidi Kh. Al-eyn. 2nd ed. Qum: Dar al-hejrah; 1367. p. 166. [In Arabic]
29. Ibn manzour M. lisan al- Arab. Beirut: Dar al-Ihya al-turath al-arabi; 1414. p. 262. [In Arabic]
30. Mozafar M. usoul al-Fiqh, 3th ed. Qum: Dar al-fikr; 1384. p. 373. [In Arabic]
31. Khomeini M. Tahrirat fi al-usoul. Tehran: The Institute for Compilation and Publication of Imam Khomeini's Works; 1385. p. 357. [In Arabic]
32. Sadr M. Dorous fi ilm al-usoul. Qum: Markaze Al-Abhath wa al-Dirasat Al-Takhassosiyah Le Al-Shahid al-sadr; 1424. p. 235& vol: 7. p. 82-83. [In Arabic]
33. kazemi khorasani M. Fawaeid al-usoul. Qum: Majmae al-fekr al-islami; 1377. p. 19&4:317. [In Arabic]
34. Heidary A. Usoul al-Istinbat. Qum: Hawzah ilmiyah; 1413. p. 229. [In Arabic]
35. Mishkini A. Mostalahat al-usoul. Qum: Al-Hawzah al-ilmiyah of qum; 1383. p. 87. [In Arabic]
36. Roohani M. Zubdat al-Uşūl. 2nd ed. Tehran: Hadith del; 1382, p. 82. [In Arabic]
37. Sabzevari A. Tahdhib al-usoul. 2nd ed. Qum: Moassisah al-Manar; 1417, p. 50-51. [In Arabic]
38. Sobhani J. al-waseit. Qum: Moassisah Imam sadig; 1380. p. 188. [In Arabic]
39. waez hoseini behsoudi M. Misbah al-usoul. Maktabah al-Davari. Qum; 1420. p. 357. [In Arabic]
40. Jalali mazandarani M, Al-Mahsoul fi Ilm al-usoul, Qum: moassisah Imam sadig, 1415. p. 410
41. Ameli M. Al-qavaeid va Al-favaeid. Qum: Maktabat al- mofid. nd; p. 38-39. [In Arabic]
42. khorasani MK. Kifayah al-usoul. 1st ed. Qum: Moassisah al-bayt; 1409. p. 218-435. [In Arabic]
43. Khoei AQ. Ajvad al-taqrirat. Mostafavi. Qum; 1386: P. 128 & 277. [In Arabic]
44. Isfahani M, al-Ijarah, Qum: nashre islami, 1409, p. 185. [In Arabic]
45. Tabatabaei Yazdi M. Hashiyah al-Makasib. Qum: Ismaeilian; 1410, vol: 2. p. 163. [In Arabic]
46. Haeri Isfahani M. Al-fosoul al-ghorwiyah fi al-usoul al-fiqhiyah. Qum: Dar al-ehiae al-Oloum al-Islamiyah; 1404. p. 79. [In Arabic]
47. Araqi AZ. Nahayat al-Afkar. Qum: Moasisah nashre islami; 1417. p. 412-413. [in Persian]
48. Ladd J. Remarks on the conflict of Obligations, Journal of philosophy, 1958; 55(19): 811-819
49. Bousliki H. Taaroz akhlaqi va daneshe usoul fiqh. Qum: Pajoheshgah oloum va farhang islami; 1391. p. 53. [in Persian]
50. De Melo-Martin I, Intemann K. How do disclosure policies fail? Let us count the ways. FASEB J. 2009; 23:1638–42. doi: 10.1096/fj.08-125963.
51. Allamah Helli HBY. Montaha al-Matlab fi Tahqiq al-Mazhab. Mashhad: Majmae al-Bohouth al-Islamiyah, 1412, 6:427.
52. Isfahani M. Al-fosol al-ghoravyat. Al-Olom al-eslamiyah. 1404. p. 79. [In Arabic]
53. Shirazi M, AL-qavaeid al-Fiqhie, Qum: bayt ayatollah shirazi, 1378, p. 144. [In Arabic]
54. jazayeri Mj, Montahi al-derayah fi tozih al-kifayah, Qum: Moasisah dar al-ketab, 1415, vol: 6, p. 529.
55. Sobhani J, Irshad al-Oqoul, 2nd ed, Beirut, Dar al-Azvae, 1421, p. 312. [In Arabic]
56. Kulayni M, AL- Kafi, Dar al-kotob al-Islamieh, 1407, vol:6, p.193(10). [In Arabic]
57. Stoffman v.Vancouver General Hospital, 1990,76 DLR(4th) 700 (SCC).
58. Mohaqiq damad M. Mabahesi az osoul-e fiqh. 5th ed. Tehran: Markaze nashre oloum Islami. 1387. p. 132. [in Persian]
59. A group of researchers, farhangnameh usoul fiqh, Qum: pajoheshgahe oloum va farhang Islami, 1389, vol: 2, p. 613/618
60. Alidoost A. Fiqh va Maslahat. Qum: Farhang va Andisheh islami; 1388. p. 21. [in Persian]
61. Sabzivari A. Mohadhab al-ahkam. Qum: Al-monar; 1413, p. 236. [In Arabic]
62. Alavi hoseini al-Taei A. Al-Movazinah bein Al-Masalih. Jordan: Dar al-nafeais; 1427. p. 80. [In Arabic]
63. Khoei AQ. Mohazirat fi al-Usoul. Qum: Ansarian; 1417, p. 291. [In Arabic]
64. Hur al-Amili MH, Tafşil wasā'il al-shī'a ilā tahşil masā'il al-sharī'a, Qum: Al al-Bayt, 1409, p. 451



MfJ

Medical Fighh Journal

2022; 13(43): e9

Journal Homepage: <http://journals.sbm.ac.ir/en-mf>



ORIGINAL RESEARCH

Applying the principle of antagonism in solving the “patients’ conflict of interests in the allocation of medical resources”

saeid nazari tavakkoli¹, fatemeh zare manshadi^{2*} 

1. Professor at Department of Jurisprudence & the Essentials of the Islamic Law, Faculty of Theology and Islamic studies, University of Tehran, Tehran, Iran.

2. Ph.D. Student of Jurisprudence & the Essentials of the Islamic Law, Faculty of Theology and Islamic Studies, University of Tehran, Tehran, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received: 1 July 2021

Accepted: 15 December 2021

Published online: 5 March 2022

Keywords:

Medical Ethics

Principles of Jurisprudence

Patient

Resource Allocation

Antagonism

Conflict of Interests

ABSTRACT

Background and Aim: Limitation of medical resources is one of the factors causing patients’ conflict of interests which is used from the prioritization system to solve it. Scientists have explained the concept and characteristics of "antagonism" and discussed the conflict between the mother's life and the fetus' life as one of its examples. However, so far no research has been done on the principle of antagonism to resolve the patients’ conflict of interest in the use of medical resources. Therefore, we intend to examine the capacity of jurisprudence to resolve this conflict.

Materials and Methods: The present research has been done by descriptive-analytical method with reference to library sources. First, the two concepts of "allocation of medical resources" and "patients’ conflict of interests" and then the concept of "antagonism" and strategies to get out of this situation are explained based on the sources of the principles of jurisprudence.

Results: The strategies have been presented in the science of principles to solve the problem of "antagonism" in religious rules and determination of the obliged person's practical situation in the face of two tasks that he is unable to perform at the same time. Because the ways out of antagonism are rational and can be generalized to similar cases. If therapists despite their religious duty are unable to allocate these resources to several patients due to the limited medical resources, they should choose one. The criterion for this preference is the "importance" of one patient's treatment over others. This importance is measured by characteristics such as the priority of public interests over individual interests, the legislator's concern for the preference of an individual and justice.

* Corresponding Author: fatemeh zare manshadi

Address: Tehran, shahid motahari street, Corner of Shahid Mofateh Street, No. 47.

Email: fnzare@yahoo.com

© Copyright (2018) Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Cite this article as:

nazari tavakkoli S, zare manshadi F, Applying the principle of antagonism in solving the “patients’ conflict of interests in the allocation of medical resources”. *Med Fighh J* 2022; 13(43): e9.