

## تأثیر فلسفه اخلاق در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در طب

باقر لاریجانی<sup>۱</sup>، فرزانه زاهدی<sup>۲</sup>

### چکیده

**مقدمه:** در دهه‌های اخیر اخلاق پزشکی سنتی که بیشتر شامل دستورات آمرانه و ناهیهانه پزشکان بود، جای خود را به اخلاق پزشکی نوین داده است که با پرداختن به موضوعات مطرح در حیطه طبابت مانند اتانازی، سقط جنین، پیوند عضو و غیره در ارائه راه‌حل‌های مناسب اخلاقی تلاش می‌نماید. این‌گونه راه‌حل‌ها خواسته یا ناخواسته بر مبانی فلسفی مبتنی هستند.

**روش‌ها:** فلسفه اخلاق پزشکی یک بخش اساسی اخلاق پزشکی است که کوشش می‌کند در سایه تحلیل فلسفی، درست و نادرست‌ها را در حیطه عمل در موضوعات مختلف طب و مراقبت‌های بهداشتی شرح دهد. فلسفه اخلاق، از سویی به تحلیل مبانی نظریه اخلاقی می‌پردازد و آنرا مورد نقد و تجزیه و تحلیل قرار می‌دهد و از سویی دیگر به عرضه ملاکی برای کارهای اخلاقی دست می‌یازد و معیار حسن و قبح را بیان می‌دارد.

**یافته‌ها:** در کشورهای غربی چهار اصل عمده به‌عنوان راهنمایی برای اتخاذ تصمیمات در صحنه‌های عمل اخلاق پزشکی پیشنهاد شده است که عبارتند از: خودمختاری و اختیار فرد، سودمند بودن، عدم زیانباری و عدالت. اما در خصوص هر یک از این اصول مطروحه، تفسیرها و پرسش‌هایی در فرهنگ‌ها و مکاتب مختلف مطرح است.

**نتیجه‌گیری:** آنچه مسلم است این است که مبانی فلسفی در جهان غرب در بسیاری از تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در حیطه طبابت، با مبانی فلسفی اسلامی متفاوت است. لذا تبیین جایگاه فلسفی اخلاق پزشکی در اسلام یک مسأله ضروری است که جز با تعامل و همفکری پزشکان و فلاسفه مسلمان مقدور نخواهد بود. تبیین تأثیر دیدگاه‌های فلسفی بر تصمیم‌گیری‌های اخلاقی پزشکان و تأکید بر لزوم تدوین چارچوب‌های اسلامی تصمیم‌گیری، هدف اصلی این مقاله خواهد بود.

**واژگان کلیدی:** اخلاق پزشکی، فلسفه اخلاق، اختیار، سودمندی، عدالت، اسلام

۱. فوق تخصص بیماری‌های غدد و متابولیسم، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم

۲. محقق مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران

\* **نشانی:** تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان دکتر شریعتی، طبقه پنجم، کدپستی ۱۴۱۱۴، مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم؛

تلفن: ۳-۸۰۲۶۹۰۲؛ نمابر: ۸۰۲۹۳۹۹؛ پست الکترونیک: emrc@sina.tums.ac.ir

## مقدمه

پیشرفت همه‌جانبه دانش و فناوری پزشکی طی دهه‌های اخیر، از یک سو میدان عمل پزشکان را وسعت بخشیده است و از سوی دیگر مسایل عمیق اخلاقی را مطرح نموده است. دانش و عملکردهای جدید نیاز به تبیین و تدوین احکام نوین دارند و مسؤولیت و اختیار تبیین مبانی لازم برای این امر در طب را نمی‌توان جز از اخلاق پزشکی خواست. بنابراین وظیفه اخلاق پزشکی با وسعت یافتن عرصه نگرش او سنگین‌تر شده است و انتظاراتی بیشتر از پیش در خاطر پزشکان و دست‌اندرکاران پزشکی پدید آمده است. فناوری‌ها در بخش‌های تشخیص، درمان و پیشگیری، طب قدیم را دچار چنان تحول عمیقی ساخته‌اند که پزشکی جدید بدون اتکا به روش‌ها و ابزار نوین قادر به ادامه حیات خویش نیست. در حقیقت، پزشکی نوین نیازمند شکل‌گیری اخلاق پزشکی نوین می‌باشد. امکان زنده نگه‌داشتن بیماران با دستگاه‌های مدرن، نجات جان افراد با پیوند اعضا، درمان زوج‌های نابارور با شیوه‌های جدید، و..... تنها نمونه‌هایی از مواردی هستند که دستاوردهای جدید علمی، دغدغه‌های جدیدی را برای عالمان حوزه اخلاق و دین و نیز وجدان عمومی جوامع آفریده است. به‌عنوان مثال، این پرسش که «آیا اعضای زنده انسانی که دچار مرگ مغزی شده است را می‌توان (به‌عنوان یک فعل اخلاقی)، در صورتی که آن فرد فاقد قیّم و ولی است، در جسم بیمار دیگری که قابلیت استفاده از آن را دارد به‌کار برد یا خیر؟»، موقعی پیدا شده است که دستیابی به فناوری نوین پزشکی امکان دستیابی بدن را فراهم آورده است. به عبارتی؛ ایجاد پیشرفت‌های جدید در عالم پزشکی، موضوعات جدید اخلاق پزشکی را اقتضا می‌کند. این موضوعات مستحدثه اخلاق پزشکی، در حیطه فلسفه نیز موضوع آفرینی می‌کند و فلاسفه را در جوامع مختلف به چالش می‌کشد. مثالی که به فهم بهتر مطالب کمک می‌کند، قدرت تشخیص ناهنجاری‌های جنینی در اوایل تشکیل نطفه است. علوم سیتوژنتیک می‌توانند نقایص کروموزومی را مشخص کنند و آنزیم‌شناسی پزشکی، راه‌های

اختلالات متابولیسم را پیدا می‌کند. این علوم به کمک ابزارهای پیشرفته و تکنولوژیک خود در جوامعی که برای سقط جنین مجوز قانونی صادر کرده‌اند چه تأثیری خواهند گذاشت؟ شک نیست که افرادی که به لحاظ عاطفی نمی‌توانند در اواخر حاملگی دست به سقط بزنند ولی اقدام به سقط در اوان شکل‌گیری نطفه برایشان بار عاطفی ایجاد نمی‌کند به جمع سقط‌کنندگان (با تشخیص ناهنجاری جنین) خواهند پیوست. اما این مسأله حتی در جوامعی که برای سقط مجوز قانونی ندارند نیز تأثیر خود را بر جای خواهد گذاشت.

بروز مسائل جدید در حوزه پزشکی و اخلاق پزشکی به موارد فوق‌الذکر محدود و منحصر نمی‌شود. عوامل زیادی بر روابط پزشک و بیمار تأثیر گذارده‌اند؛ دسترسی حیرت‌آور بیماران به دانش پزشکی، جایگزینی سرعت، دقت و انتقال رایانه‌ای به جای همتهای انسانی آن، فزون طلبی و رفاه‌جویی آدمی، نفع‌پرستی و خودمحوری فلسفی، همه در این دگرگونی سهیم و شریک بوده‌اند و این است که در حوزه پزشکی مانند سایر حوزه‌ها هر روز مسائل و پرسش‌های جدیدی شکل می‌گیرند و پاسخ می‌طلبند. نه تنها مسائلی که زاینده فناوری هستند بررسی تحلیلی از نظر اخلاقی را می‌طلبند بلکه دشواری‌های صنفی جدیدی نیز ایجاد شده‌اند، مثلاً با فناوری‌های جدید که تشخیص زودرس سرطان در مراحل اولیه را امکان‌پذیر ساخته است، وقتی می‌خواهیم خبری در مورد سرطان یکی از اعضای بدن بیمار به او بدهیم با پرسش‌هایی روبرو می‌شویم. آیا اصولاً از دیدگاه اخلاقی صحیح است که این خبر در اختیار بیمار قرار گیرد یا خیر؟ اگر پاسخ مثبت است در چه زمانی باید گفته شود تا کمترین آسیب به بیمار وارد شده باشد؟ نحوه گفتن آن باید ناگهانی باشد یا بهتر است بصورت تدریجی انجام گیرد؟ آیا همراه این خبر، اقدامات روان‌درمانی نیز باید در اختیار بیمار قرار بگیرد؟ این پرسش‌ها که در واقع «آسیب روانی» بیمار را مورد توجه و تفقد قرار داده‌اند، به سادگی با اندرزهای نصیحت‌گونه پاسخ‌پذیر نیستند، مطالعات گذشته‌نگر و آینده‌نگر متعدد و داده‌های آماری قابل اعتمادی

ذکر می‌کنند که پزشکان آن دوره‌ها به‌عنوان شغل دوم به‌صورت رایگان به طبابت می‌پرداخته‌اند و حرفه اصلی آنان چیزی دیگر بوده است. در تاریخ بیمارستان‌ها در اسلام می‌خوانیم که موفق‌الدین عبدالعزیز، پزشک قرن پنجم، در آغاز به کار فقه اشتغال داشته است. بدرالدین قاضی بعلبک، پزشک قرن پنجم، در فلسفه، فقه و تفسیر، یعقوب‌بن‌صقلاب نصرانی در حکمت و بسیاری از پزشکان دیگر در علوم انسانی، ادب و شعر چیره دست بوده‌اند و جمع بین فلسفه و پزشکی در ابن سینا و رازی، دو تن از بزرگترین پزشکان ایران و جهان، مستغنی از توضیح است. در مورد فلاسفه و طبای مغرب زمین نیز چنین بوده است؛ از جمله فلاسفه مشهوری که پزشک هم بوده‌اند جان‌لاک<sup>۳</sup>، فرانتس فانون<sup>۴</sup>، ویلیام جیمز<sup>۵</sup> را می‌توان نام برد. ارسطو که یکی از فلاسفه مطرح در غرب است نیز نه تنها خود طبیب بود بلکه در خانواده‌ای با سابقه طبابت پرورش یافته بود.

در هر جای پزشکی و فلسفه معاصر هم این رابطه و تأثیر متقابل دیده می‌شود. به‌عنوان نمونه، مباحثی فلسفی که درباره «کیفیت زندگی» مطرح شده است، روی خاتمه دادن به زندگی بیمارانی که به بیماری‌های لاعلاج زجرآور مبتلا هستند، مؤثر واقع شده است. همچنین مباحثی که در مورد جایگاه فلسفی جنین مطرح است، از جمله مثال‌هایی است که در تصمیم‌گیری پزشکی و کادر پزشکی در موضوعات جدیدی چون پژوهش در سلول‌های بنیادی، همانندسازی، و پیوند بافت‌های جنینی اثر قابل توجهی خواهد گذاشت. شک نیست که اگر این مباحث در جامعه ما به طور جدی مطرح شود نه تنها متفکرین، فیلسوفان، و حقوقدانان را درگیر می‌کند، بلکه به طریق اولی‌تر، دین‌داران، متشرعین و علمای دینی را به میدان خواهد کشید؛ اینجاست که فلسفه، فقه و علوم انسانی، بصورتی مستقیم، پزشکی و اخلاق پزشکی را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

باید در دسترس باشند تا به ما کمک کنند که تشخیص دهیم کدام رفتار بهتر خواهد بود. اخلاق پزشکی سنتی به تنهایی توانسته است پاسخگوی پرسش‌های جدید باشد؛ چرا که صرفاً به روابط بین پزشک و بیمار و کادر پزشکی پرداخته است. اما اخلاق پزشکی نوین سه هدف عمده دارد: اول، ایجاد درک عمیق و درست مسائل حاصل از دستاوردهای فناوری زیستی مدرن؛ دوم، طرح پرسش‌های عمیق‌تر فلسفی و پرداختن به جوانب و لایه‌های زیرین‌تر اخلاقی موضوعاتی همچون ارزش حیات، مفهوم انسان و این‌که به چه کسی انسان اطلاق می‌شود؛ سوم، سیاست‌گذاری عمومی و کنترل و جهت‌دهی در این حوزه [۱]. وسعت مباحث مطروحه و ارتباط تنگاتنگ پزشکی با سایر علوم زیستی، در سال‌های اخیر به پیدایش شاخه‌ای جدید تحت عنوان «اخلاق زیستی»<sup>۱</sup> انجامیده است که اخلاق پزشکی زیرمجموعه آن محسوب می‌شود.

## ارتباط طب و فلسفه

باید اذعان نمود که رابطه متقابل بین پزشکی و اخلاق پزشکی با فلسفه از حد یک رابطه معنوی بالاتر است. آثار قدمای ما نیز مؤید چنین ارتباطی است چنان‌که به پزشک و فیلسوف هر دو لفظ «حکیم» را اطلاق می‌کرده‌اند. این مسأله نه تنها حاکی از بلند دانستن شأن پزشکان، بلکه نشانگر این نکته است که احاطه بر پزشکی از وظایف یک فیلسوف تمام عیار بوده است. فیلسوفان پیشین در فلسفه خود نه تنها از ماوراءالطبیعه، اثبات وجود یا ماهیت مفاهیم وحدت یا کثرت بحث می‌کردند، بلکه دامنه سخن از فلکیات و الهیات تا طبیعیات نیز کشیده می‌شده است. علم طب نیز به بیان ابن‌خلدون<sup>۲</sup>، از فروع طبیعیات محسوب می‌شده است. شواهدی که از تراجم و احوال پزشکان سلف اسلامی بدست آمده است ما را بدین امر رهنمون می‌سازد که در واقع امر نیز پزشکان سلف چنین احاطه‌هایی داشته‌اند. برخی از مراجع

3- John Lock (1632 – 1706)

4- Frontz Fanon (1921 – 1961)

5- William James (1842 – 195)

1- Bioethics

۲- عبدالرحمن بن محمد بن خلدون (۸۰۸ – ۷۳۲)

## لزوم پرداختن به فلسفه در اخلاق پزشکی

اخلاق پزشکی<sup>۱</sup> در حقیقت شاخه‌ای کاربردی از اخلاق یا فلسفه اخلاق است که سعی دارد در سایه تحلیل‌های فلسفی، درست و نادرست را در حیطه عملکرد طب و مراقبت‌های بهداشتی تبیین نماید [۲]. به عبارت دیگر اخلاق پزشکی در بعد نظری به تبیین مبانی و مفاهیم فلسفی زیر بنایی این علم، توضیح و تشریح فرضیات اخلاق موجود و ارتباط آن با فرهنگ‌ها و مذاهب در جوامع مختلف می‌پردازد و در بعد عملی با تکیه بر مبانی نظری، مسائل و مباحث مطرح اخلاقی در حیطه طب و مراقبت‌های بهداشتی را مورد بحث قرار داده و چارچوبی کاربردی را برای تصمیم‌گیری در مشکلات اخلاقی ارائه می‌نماید [۳]. اخلاق پزشکی در این تعریف ارتباط تنگاتنگی با فلسفه اخلاق، حقوق انسانی فرد و اجتماع، قوانین الهی و مقررات مدنی دارد. تفاوت‌های جغرافیایی، اجتماعی-اقتصادی، آموزشی، تاریخی، مذهبی و فرهنگی باعث می‌شود که جوامع مختلف، راهکارهای اخلاقی یکسانی نداشته باشند. لذا برای یک پزشک صرفاً داشتن یک نظر در یک موضوع مهم اخلاقی، کافی نیست بلکه بهتر است که با استدلال رسیدن به آن دیدگاه آشنا باشد [۴]. البته با توجه به تفاوت فرهنگ‌ها و اعتقادات پزشکان و بیماران، گاه جمع این دیدگاه‌ها آسان نمی‌باشد.

در حال حاضر اخلاق پزشکی نوین، با توجه به پیشرفت‌های وسیع دانش و فناوری، با مباحث عمده‌ای همانند خاتمه حیات، زندگی قبل از تولد، کیفیت حیات، پیوند اعضا، روش‌های پیشرفته کمک‌کننده به ادامه حیات، همانندسازی، مطالعه و درمان در سطح ژنها و DNA انسانی، اصلاح نژاد، ذخیره‌سازی سلول‌های انسانی، مطالعه داروهای جدید در انسان و مباحث بسیار دیگری روبروست که هر یک، پرسش‌های اخلاقی منحصر به خود را به دنبال دارد. تصمیم‌گیری‌های مهم اخلاق پزشکی همگی مبتنی بر دیدگاه‌های فلسفه اخلاق می‌باشند.

## تأثیر دیدگاه‌های فلسفی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در طب

تصمیم‌گیری‌های عملی در حیطه اخلاق پزشکی نوعاً نیازمند درک روشن از مباحث فلسفی هستند. به عنوان مثال سقط جنین و نیز انجام پژوهش‌های پزشکی در جنین، یکی از موضوعات متعدد مورد بحثی است که در عصر ما در اخلاق پزشکی مطرح است و تصمیم‌گیری‌های پزشکی متعددی با آن مرتبط است. سه دیدگاه فلسفی عمده در این مورد مطرح گردیده است: یکی این‌که، رویان و جنین، هر دو از ابتدا انسان محسوب شده و از تمام حقوق انسانی برخوردارند. دوم این‌که، به رویان و جنین، از ابتدا انسان اطلاق نمی‌شود. رویان در ابتدا یک شیء است نه شخص و از لحاظ اخلاقی هیچ یک از حقوق انسانی بر آن مترتب نمی‌شود. در اینجا فرد و محدوده‌ای که رویان یا جنین به عنوان انسان شناخته می‌شود و از حقوق انسانی برخوردار می‌گردد، متفاوت است [۲]. از منظر و دیدگاه سوم رویان و جنین انسان‌هایی بالقوه هستند و ظرفیت انسان بودن را دارند. براین اساس رویان و جنین در تمام مراحل رشد، همان وضعیت انسانی را دارند. در صحنه عمل، اتخاذ تصمیم در نهایت مبتنی بر دیدگاه فلسفی مورد پذیرش فرد خواهد بود. در اینجا برخی دیگر از مفاهیم فلسفه اخلاق را که در مجامع پزشکی مورد بحث می‌باشد، مورد اشاره قرار می‌دهیم و به کاربردهای اساسی آنها در حیطه طب اشاره می‌نماییم. مباحث و پرسش‌های بسیار ظریف و حساسی در هر یک از موارد مطرح شده وجود دارد که مجال پرداخت به آنها نیست. اما بیان مثال‌هایی می‌تواند به روشن تر نمودن لزوم پرداختن به فلسفه در اخلاق پزشکی کمک نماید.

### ارزش حیات

ارزش طول حیات در مقابل کیفیت حیات در مباحثی چون؛ کمک‌های مصنوعی و پیشرفته برای حفظ حیات در بیمارانی که آمیدی به بهبود آنها نیست - مثل بیماران سرطانی -

(هماندسازی)، رحم کرایه‌ای، ایجاد حیات در آزمایشگاه، اصلاح نژاد، تغییر جنسیت و..... بایستی مورد دقت قرار گیرند.

### شروع حیات انسان

زمان اطلاق مفهوم «انسان» به سلول‌های حاصل از لقاح سلول‌های جنسی یا غیر جنسی بحث قدیمی و دامنه‌داری است که در سقط جنین، پژوهش در جنین، استفاده از بافت‌های جنینی برای پیوند، ایجاد حیات انسانی در آزمایشگاه، همانندسازی، نحوه برخورد با نطفه‌های اضافی در باروری مصنوعی، پژوهش‌های سلول‌های بنیادی و..... مطرح است.

### حقوق فرد و اختیار او

محدوده اختیار فرد کدام است؟ این بحثی است که مخالفان و موافقان موضوعاتی چون اتانازی، سقط جنین، پیوند از حیوانات، کلونینگ و..... در آن اختلاف نظر دارند.

### مثال‌های عینی از ارتباط فلسفه با

#### تصمیم‌گیری اخلاقی در طب

برای روشن شدن موضوع و بیان پیچیدگی کار و برخی مشکلات موجود، چند مثال عینی از ارتباط نزدیک فلسفه با تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در نظام بهداشتی-درمانی ارائه می‌شود.

#### مثال ۱: اتانازی

پسری ۲۰ ساله با بیماری شدید عصبی ( هانتینگتون ) به بیمارستان مراجعه کرده و بستری می‌شود. بیمار به علت درگیری پیشرونده اعصاب مختلف بدن، قادر به حرکت و صحبت نیست و به سختی عمل بلع غذا را انجام می‌دهد و دچار عوارض مختلفی همچون عفونت ریه شده است. جز درمان‌های حمایتی و پرستاری، کمک دیگری از پزشکان بر

حمایت‌های طبی از بیماران دچار حیات نباتی، اتانازی و... کاربرد دارد. همچنین بحث ارزش حیات در مراحل مختلف جنینی، در موضوعاتی مانند سقط جنین، تحقیقات در جنین، استفاده از بافت‌های جنین برای پیوند، مطالعه و پژوهش در مورد ژنتیک انسانی، ژن درمانی و..... مطرح است. در حیطه پیوند اعضایی چون کلیه، پی‌ریزی نظام حقوقی پیوند عضو ( opt-out<sup>1</sup>, opt-in<sup>2</sup> ) و..... نیز بایستی ارزش حیات انسانی در مقابل ارزش احترام به جسد مورد بحث قرار گیرد. وجود افراد دچار ایدز، کودکان، افراد دچار اختلال شعور، مجرمین و .... هم مسأله تفاوت در ارزش حیات بیماران مختلف را طرح می‌کند.

بطور مسلم یکی از عمده‌ترین تفاوت‌های فلسفه اخلاق در اسلام با فلسفه اخلاقی غرب، مسأله «وسعت حیات» و نحوه نگرش به حیات، مرگ و پس از مرگ است.

### تعریف مرگ

جایگاه مرگ در سیر زندگی و تکامل انسان می‌تواند بر جهت‌گیری عملی در موضوعاتی چون اتانازی، محدوده استفاده از کمک‌های پیشرفته مصنوعی برای تداوم حیات و..... تأثیرگذار باشد. همچنین در مباحث مرگ مغزی، زمان برداشت عضو از بیمار دچار مرگ مغزی، موارد عدم احیاء بیمار، و....، تطبیق تعریف مرگ از لحاظ فقه و عرف با روش‌های نوین پیشرفته تأیید مرگ در طب، ضرورت می‌یابد.

### حیثیت و شأن انسانی

ارتباط حیثیت و شأن انسانی با مسأله زوجیت، و نیز ارتباط شأن و حیثیت انسانی با DNA و ژن‌های او، از مبانی مهمی هستند که در فناوری‌های جدیدی همچون کلونینگ

۱- نظام رضایت فرض شده (می‌توان اعضای جسد را برای پیوند به

دیگری برداشت مگر عدم رضایت اعلام شده باشد)

۲- نظام اخذ رضایت آگاهانه (برای برداشت عضو از جسد، رضایت قبلی

میت یا اولیای او ضروری است)

شفاف در مورد زندگی، مرگ، حیات پس از مرگ و... است که او را در تحلیل آنچه پیش رو دارد کمک خواهد کرد.

### مثال ۲: پیوند عضو

کودکی ۳ ساله، که تنها فرزند زن و شوهری است که پس از ۱۵ سال نازایی صاحب فرزند شده‌اند، به علت نارسایی پیشرفته قلبی در اثر یک بیماری مادرزادی قلب محکوم به مرگ است. چند راه برای کمک به بیمار وجود دارد:

- در صورتی که کودک دیگری دچار مرگ مغزی شود از خانواده او تقاضا کنیم قلب او را به این بیمار اهدا نمایند.
  - زن حامله‌ای در بیمارستان بستری است که پزشکان گفته‌اند جنین او به احتمال زیاد به علت عدم رشد مغز (آنسفال) قطعاً یا در رحم مرده و یا پس از تولد خواهد مرد. پزشکان می‌توانند قبل از مرگ این جنین، قلب او را خارج و به کودک فوق پیوند بزنند.
  - با توجه به پیشرفت فناوری، می‌توان از سلول‌های جنسی در آزمایشگاه نطفه‌ای تولید و آن نطفه را تا مرحله ایجاد قلب (قبل از ۱۲۰ روز) رشد داد و سپس قلب و اعضای دیگر را برای پیوند به بیماران نیازمند استفاده کرد.
  - می‌توان با استفاده از شیوه کلونینگ (تولیدمثل غیرجنسی) از سلول‌های خود کودک، جنین دیگری ایجاد و قلب او را استفاده کرد.
  - می‌توان نطفه‌ای را ایجاد و در مراحل بسیار ابتدایی، سلول‌های بنیادی سازنده قلب را از آن جدا و برای ساخت قلب رشد داد و سپس نطفه رشد یافته را از بین برد. بکار بردن سه شیوه ذکر شده اخیر مستلزم صرف هزینه بالایی است.
- مدتی انتظار برای پیداشدن کودک دچار مرگ مغزی نتیجه‌ای نداشته و حال کودک روزبروز وخیم‌تر می‌شود. پرسش‌های

نمی‌آید و بیماری عصبی طی ماه‌ها پیشرفت خواهد نمود تا زمانی که به مرگ بیمار منتهی شود. در این شرایط دشوار، بیمار از پزشک خود درخواست می‌کند که به زندگی او خاتمه دهد. پزشک مسلمان بوده و معتقد به عدم جواز کمک به کشتن دیگران باشد، اما تا چه حد موقعیت‌های زیر بر تصمیم او می‌تواند تأثیرگذار باشد؟

(۱) پزشک مجبور است روزانه چند بیمار را ویزیت کند و شاهد زجر کشیدن و اصرار مداوم و ملتسانه او برای خاتمه زندگی باشد.

(۲) در این امر خانواده بیمار هم با او هم صدا شده‌اند و به شیوه‌های مختلف سعی در جلب موافقت پزشک برای ایجاد شرایط مرگ آسان برای بیمار دارند.

(۳) مسئولین بیمارستان به علت هزینه بالای این بیمار و احتمال پرداخت نشدن هزینه‌ها، پزشک را برای تصمیم‌گیری در این مورد تحت فشار گذارده‌اند.

(۴) با پیشرفت بیماری، بیمار بدون کمک وسایل حمایتی مثل لوله معده یا دستگاه تنفس، قادر به زنده ماندن نیست، تا چه زمانی پزشک باید این درمان‌های حمایتی را ادامه دهد؟

(۵) بودجه بهداشتی - درمانی کشور محدود است و پزشک می‌داند با هزینه‌ای که صرف این بیمار می‌شود می‌توان از مرگ چند کودک در اثر بیماری‌های عفونی پیشگیری نمود.

(۶) خدمات بیمارستان محدود است و تخت اشغال شده توسط این بیمار می‌تواند به بیمار دیگری که شانس حیاتش بسیار بالاتر است اختصاص یابد.

(۷) اگر این بیمار دچار وقفه تنفسی و قلبی شود آیا تیم احیا باید او را احیا کند؟

(۸) اگر پزشک احتمال بدهد که احتمال خاتمه حیات از سوی خانواده بیمار وجود دارد آیا باید نیازهای عاطفی بیمار را نادیده بگیرد و او را ممنوع الملاقات کند؟

تصمیم‌گیری اخلاقی صحیح در هر یک از شرایط ذکر شده، مستلزم داشتن یک دیدگاه و تحلیل فلسفی روشن و قدرت استدلال و بحث با نظرات مخالف است. مسلماً در هر یک از این نقاط، آنچه در تصمیم‌گیری صحیح پزشک مؤثر می‌باشد (علاوه بر ایمان و التزام درونی)، اعتقاد مبتنی بر بینش فلسفی

(ب) انجام آزمایش‌ها می‌تواند برای مادر خطرزا باشد .  
 (ج) حتی در صورت تأیید وجود بیماری در جنین ، در قانون اجازه سقط داده نشده است .  
 (د) احتمال دارد در صورت تأیید بیماری ، والدین اقدام به سقط غیرقانونی کنند .  
 (ه) انجام ژن درمانی با صرف هزینه هنگفت در خارج از کشور امکان پذیر است .  
 پزشک ، حفظ حیات مادر و جنین را واجب می‌داند حال در شرایط خاص زیر چگونه تصمیم‌گیری کند ؟  
 (۱) والدین یک فرزند دیگر دچار این بیماری ژنتیک داشته‌اند که بعد از چند سال فوت نموده است.  
 (۲) اگر خطر سقط جنین بیش از خطر احتمالی برای مادر باشد، آیا به صرف رضایت او می‌توان اقدام به آزمایش نمود؟  
 (۳) در صورت انجام سقط غیرقانونی ، خطر مرگ مادر وجود دارد .  
 (۴) آیا سن جنین بر تصمیم‌گیری پزشک تأثیرگذار است؟  
 به نظر می‌رسد شرایط ساده‌ای نیست که تنها با استدلال کلی حل گردد و نیاز به همکاری و همفکری اندیشمندان و فیلسوفانی است که مبانی تصمیم‌گیری را در این‌گونه موارد مشکل به وضوح تبیین نمایند و قدرت تحلیل و ارائه نظر را در پزشک ایجاد کنند . در کنار تحلیل شرایط جدید، تصمیم‌گیری‌ها ممکن است متفاوت گردد. تمام افراد با اعتقادات و ارزش‌های خود زندگی می‌کنند اما اگر قدرت و آگاهی لازم برای تطابق اعتقادات خود با شرایط و مسائل جدید را نداشته باشند، روز بروز این اعتقادات در وجود فرد کمرنگ‌تر خواهند شد . لذا فلاسفه و اندیشمندان اسلامی باید در حیطه طب، مفاهیم فلسفی و مبانی لازم برای تصمیم‌گیری‌های اخلاقی را مبتنی بر فرهنگ اسلامی و ملی، با شفافیت و گستردگی بیشتری تحلیل و در مقابل بینش‌های فلسفی سکولار در جوامع غربی مطرح نمایند.

متعددی مطرح است که پاسخ هر یک از آنها نیازمند تعاریفی روشن از حیات، مرگ و برخی مفاهیم فلسفی دیگر است.  
 (۱) آیا می‌توان جنینی را که حتماً در آینده خواهد مرد ، برای حفظ حیات این کودک مورد استفاده قرار داد ( به عبارتی مرگ او راه جلو انداخت ) ؟ [با فرض رضایت والدین جنین]  
 (۲) آیا اگر قرار باشد جنینی به علت پزشکی ( مثل خطر برای حیات مادر ) سقط گردد می‌توان این سقط را به نحوی زمان بندی کرد که از قلب او برای این کودک استفاده شود ؟ [با فرض رضایت والدین جنین ]  
 (۳) اگر بتوان جنینی را در آزمایشگاه رشد داد آیا قبل از ولوج روح می‌توان قلب او را برداشت؟ آیا حفظ حیات یک انسان می‌تواند این عمل را توجیه کند ؟  
 (۴) آیا اگر شانس حیات کودک حتی در صورت پیوند قلب پایین (فرضاً کمتر از ۵٪) باشد آیا تصمیم پزشک متفاوت خواهد بود ؟  
 (۵) حال اگر تصور کنیم کودک از خانواده با نفوذ و یا ثروتمندی است؛ و یا برعکس از خانواده‌ای فقیر است و قدرت پرداخت هزینه‌ها را نخواهد داشت ، چه تصمیمی از لحاظ اخلاقی صحیح می‌باشد ؟  
 آنچه از تزلزل فکری و اخلاقی پزشک جلوگیری کرده و تصمیم‌گیری صحیح اخلاقی را می‌تواند به دنبال داشته باشد، وجود بینش فلسفی متقنی در مورد حیات و ارزش آن است که بتواند در مقابل راه‌های متعدد پیش‌روی پزشک بهترین و اخلاقی‌ترین راه را به او نشان دهد . مسلماً بینش فلسفی درست از بینش دینی جدا نمی‌باشد.

### مثال ۳: ژن درمانی

پدر و مادری که احتمال ابتلای کودک هنوز متولد نشده خود به یک بیماری ژنتیکی ارثی را می‌دهند ، درخواست دارند آزمایشات لازم بر روی جنین صورت گیرد . پزشک با چندین مسأله روبرو می‌شود :  
 الف) انجام آزمایش‌ها ممکن است باعث سقط جنین شود .

## مبانی متعارف تصمیم‌گیریهی اخلاقی در طب

فلسفه اخلاق، پایه‌ها و مبانی صدور و بروز احکام و توصیه‌های اخلاقی را تبیین می‌کند و چگونگی تحلیل منطقی آنها را به‌عهده می‌گیرد. از سویی به تحلیل مبانی نظریه اخلاقی می‌پردازد و آن‌را مورد نقد و تجزیه و تحلیل قرار می‌دهد و از سویی دیگر به عرضه ملاکی برای کارهای اخلاقی دست می‌یازد و ملاک خیر و خوبی را به‌دست می‌دهد و معیار حسن و قبح را بیان می‌دارد و می‌آموزد که به چه فعلی با دیده تحسین بنگریم و کدام عمل را توصیه نکنیم. لزوم تبیین دقیق اصول و مبانی تعیین حسن و قبح در حیطه اخلاق به‌طور اعم، و درحیطه اخلاق پزشکی به‌طور اخص، یک ضرورت است. درمورد حسن و قبح اعمال در کتب و منابع اندیشمندان اسلامی مباحثی وجود دارد که توسط فلاسفه اسلامی باید با توجه به مسائل مستحدثه جدید به نحوی روزآمد گردد که در مباحثی چون مرگ مغزی، اتانازی، همانندسازی، ژن‌درمانی، پژوهش درجنین انسانی و موارد بسیار دیگر قابل کاربرد باشد.

به طور کلی نظریات مطرح در فلسفه اخلاق پزشکی را نیز همانند سایر رشته‌های فلسفی می‌توان به سه حوزه کلی تقسیم نمود: *فرا اخلاق*<sup>۱</sup>، *اخلاق اصولی یا دستوری*<sup>۲</sup> و *اخلاق کاربردی*<sup>۳</sup> [۵]. *فرا اخلاق*، در حقیقت، آنچه را که مبانی اخلاقی از آن نتیجه می‌شوند، مورد بررسی و بحث قرار داده و معانی آنها را مشخص می‌سازد. به عبارت دیگر، *فرا اخلاق*، مطالعه منشأ و محتوای مفاهیم اخلاقی می‌باشد اما اخلاق اصولی یا دستوری، تعیین استانداردها، اصول و قواعد اخلاقی و مشخص نمودن رفتار درست و غلط را برعهده دارد [۵]. اخلاق کاربردی موضوعات مورد بحث و مباحث مورد اختلاف (مانند سقط، حقوق حیوانات، اتانازی و ...) را بررسی می‌نماید و سعی در حل آنها دارد [۵]. برای کاربردی

و مفید بودن بحث اخلاقی باید از معیارهای فهم، عمل و تصمیم‌گیری مناسبی استفاده شود، به نحوی که انسان‌های معتقد به اخلاقیات آن را تصدیق نمایند. برخی نظریه‌ها و مکاتب موجود در فلسفه اخلاق اصولی یا دستوری در فلسفه غرب با فلسفه اسلام تفاوت‌های بنیادین دارند که این امر می‌تواند در قضاوت‌ها و تصمیم‌گیری‌های بالینی در بحث‌های اخلاق پزشکی تأثیرگذار باشد.

در حال حاضر اخلاق مبتنی بر اصول<sup>۴</sup> هر چند دقیقاً یک تئوری محسوب نمی‌شود اما به‌طور وسیع در آموزش اخلاق زیستی<sup>۵</sup> و اخلاق مراقبت‌های بهداشتی<sup>۶</sup> در بسیاری از جوامع کاربرد دارد [۶]. این نظریه چهار مبانی کلیدی اخلاقی عمده دارد که در آمریکا، انگلستان و بسیاری از کشورهای غربی، به عنوان وسیله‌ای برای راهنمایی تصمیم‌گیری‌های عملی در اخلاق پزشکی جا افتاده است و مورد استفاده قرار می‌گیرند [۶]. این چهار اصل عمده عبارتند از [۲، ۶، ۷]:

۱ - خودمختاری فرد یا اتونومی<sup>۷</sup>

۲ - وظیفه سودمند بودن<sup>۸</sup>

۳ - وظیفه عدم زیانباری یا لاضرر

۴ - ارزش نهادن به عدالت<sup>۹</sup>

این نظریه توسط بیوکامپ<sup>۱۰</sup> و چیلدرس<sup>۱۱</sup> در سال ۱۹۸۳ ارائه گردید [۸]. هر چند علاوه بر مبانی چهارگانه این نظریه، پیشنهادها و نظرات دیگری نیز بیان شده است و اختلافاتی نیز در مورد این اصول و تفسیر و کاربرد آنها وجود دارد ولی در حال حاضر این نظریه از متعارف‌ترین و عام‌ترین فرضیه‌ها در اخلاق پزشکی است که برای حل مسائل و مشکلات اخلاقی به‌کار می‌رود [۴]. هر چند این اصول ایجادکننده قانون نیستند؛ اما به پزشکان و همکاران در تصمیم‌گیری در مباحث اخلاقی کمک می‌کنند [۳]. البته صرف وجود چهار

4- Principle – based ethics

5- Bioethics

6- health – care ethics

7- Respect for autonomy

8- Duty of beneficence

9- Respect for justice

7- Beauchamp

8- Childress

1- Metaethics

2- Appliedethics

3- Normative ethics



رضایت از بیمار در جوامع مختلف مورد تأیید و حمایت قرار می‌گیرد [۶]. مسلماً وجود یک برگه امضا شده رضایت نامه به معنای حصول یک «رضایت آگاهانه» نیست بلکه شرایطی باید مورد ملاحظه قرار گرفته باشد:

۱. اطلاعات کافی باید به بیمار داده شود [۶]. توضیحات و آگاهی‌های داده شده به بیمار برای او قابل فهم بوده باشد.
  ۲. فواید و نتایج مثبت اقدام پزشکی شرح داده شود اما به صورتی متعادل عوارض و خطرات احتمالی نیز بیان شوند [۱۴].
  ۳. درمان‌های دیگری که می‌توانند جایگزین درمان فعلی شوند برای بیمار شرح داده شوند [۱۴].
  ۴. از به‌کارگیری زور و اجبار خودداری شود [۱۴] و تصمیم بیمار کاملاً داوطلبانه باشد [۶].
- علاوه بر این، بیمار باید صلاحیت لازم برای دادن رضایت داشته باشد [۶]. بیماران دارای صلاحیت اختیار کسانی هستند که قادرند انتخاب‌های مستدل و عقلانی داشته باشند و با اختیار خود بر مبنای آگاهی کافی تصمیم بگیرند. در حال حاضر خودمختاری، آگاهی دادن و احترام به بیمار همه با هم بخش ضروری مباحث اخلاقی در ارتباط حرفه‌ای پزشک با بیمار را تشکیل می‌دهند [۳].

### سودمندی و عدم زیانباری

این دو مفاهیمی وابسته به هم هستند. بر مبنای این دو اصل، ارائه کنندگان خدمات بهداشتی - درمانی بایستی کارهای مفید و در جهت کمک به بیمار را انجام دهند نه کارهایی که به بیمار آسیب یا ضرر می‌زند [۴]. سودمند بودن نیز کاملاً با سنت معالجه، کمک کردن و شفادهی مرتبط است [۶]. گاه سودمندی بیمار، اولیای او و کادر پزشکی در تقابل با یکدیگر قرار می‌گیرد. لذا باید توجه داشت که مفهوم سودمندی و عدم اضرار یک مفهوم بیمارمحور<sup>۲</sup> است؛ هر

اصل برای تصمیم‌گیری و عمل در موارد اختلاف‌نظر کافی نیست و در بسیاری موارد برای انجام یک عمل صحیح اخلاقی بایستی بحث و تبادل نظر صورت گیرد و تمام جوانب امر بررسی شوند [۹].

### اتونومی

توانایی فرد برای خودرأی و خود مختار بودن [۱۰] و ظرفیت او برای انتخاب مستدل بر پایه آگاهی‌ها [۴] و اعتقادات و ارزش‌های فردی [۱۱]، «اتونومی» نامیده می‌شود. رعایت اتونومی بیمار مستلزم احترام به افراد است [۴]. این اصل برای پزشک و سایر خدمات‌دهندگان در سیستم بهداشتی - درمانی این وظیفه را ایجاد می‌کند که آنچه را که اتونومی بیمار را تقویت می‌نماید و یا حداقل به آن خدشه وارد نمی‌آورد، انجام دهند [۴]. پزشک متعهد است که برای تمام بیمارانش آسایش و خیر را جستجو کند و از صدمه و آسیب آنها اجتناب نماید [۱۲]. اتونومی ایجاب می‌کند که قبل از هر اقدامی، مشورت با بیمار صورت گیرد و توافق او جلب شود [۳]. براساس اصل اتونومی، کادر پزشکی نمی‌توانند بدون رضایت آگاهانه بیمار یا قیم او، جز در موارد نادر اورژانس، اقدامی را انجام دهند [۱۳]. اتونومی ممکن است در مواردی با تصمیم صحیح اخلاقی متفاوت یا در تضاد باشد. لذا اگر ما بخواهیم یک تصمیم کاملاً با اتونومی فرد سازگار باشد نباید در جهت اصلاح یا تغییر مناسب آن عمل دیگری انجام دهیم [۱۴]. به عبارت دیگر؛ وقتی یک تصمیم یا انتخاب مبتنی بر اتونومی فرد خواهد بود که بدون توجه به درست یا نادرست بودن تصمیم از دیدگاه دیگران و بدون توجه به پیامدهای خوب یا بد آن مطابق با خواسته فرد باشد [۱۴]. بنابراین اصل احترام به اختیار فرد نیازمند این است که پزشک حقوق بیماران را در آزادی تصمیم‌گیری بر مبنای ارزش‌های اعتقادی خود محفوظ دارد [۶].

اخذ رضایت همراه با آگاهی از بیماران، رازداری و وفای به عهد از جمله مواردی است که بیانگر اتونومی بیمار می‌باشد [۳]. اصل احترام به اتونومی از لحاظ قانونی با وظیفه اخذ

1- Informed Consent

2- patient-centered

از آنجا که اسلام در هر یک از این چهار موضوع نظرات جامع و گاه متفاوت با فرهنگ جوامع غربی دارد، لذا تعیین چارچوبی مشخص برای تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در طب برای پزشکان مسلمان ضرورت ویژه‌ای می‌یابد. راهکارهای عمده‌ای که می‌توانند پزشکان ما را در تصمیم‌گیری‌های مشکل‌کمک کنند عبارتند از:

(۱) اعتقادات و ارزشهای دینی فرد

(۲) قوانین عمومی (قوانین فقهی، قوانین مدنی،...)

(۳) راهنماها و قوانین حرفه‌ای

(۴) مبانی فلسفی و چارچوب‌های اخلاقی

هرچند در کل اصول چهارگانه مذکور، اصول قابل‌قبولی هستند و نوعاً در شرایط متفاوت می‌توانند برای تصمیمات پزشکی کمک‌کننده باشند، در شرایط مشکل‌تنها با اتکا بر این اصول نمی‌توانیم راهکاری در مباحث اخلاق پزشکی بیابیم؛ به عنوان مثال آیا ما می‌توانیم با توجه و استناد به اصل اختیار انسان، مرگ آسان یا اتانازی را بپذیریم؟ به‌نظر می‌رسد این اصول چهارگانه از جهت جامع و مانع بودن جای تأمل دارد. آیا برای در بر گرفتن همه موارد ممکن، این اصول می‌توانند پاسخگو باشند و نیاز به تغییر آنها یا افزودن اصل دیگری نیست؟ لذا باید به میزان کارایی این چهار اصل توجه کافی نمود.

تعریف دقیق این اصول و بررسی محتوای این چهار اصل به لحاظ مفهومی نیز ضروری است؛ چرا که بدون تبیین دقیق مفاهیم مذکور در این اصول و بدون تعیین سعه معنوی آنها، پاسخ به پرسش‌های فوق ممکن نیست. بنا به تعبیر قرآن کریم، برای کارآ بودن هر قانونی، بایستی آن قانون «مبین» بوده و از فضای ابهام خارج شود.

اتونومی یا خودمختاری به عنوان اولین اصل در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در جوامع غیرمذهبی مطرح می‌باشد. در حیطه طب به خوبی پذیرفته شده است که پزشک باید در جهت صلاح و خیر بیمار تصمیم‌گیری کند اما پرسش مهم این است که پزشک باید تصمیم بگیرد چه چیزی برای بیمار مناسب است یا خود بیمار تصمیم‌گیرنده اصلی است؟ مسلماً احترام به اتونومی مستلزم این است که پزشک

چند که ممکن است در این مسیر، دانش و تجربه کادر پزشکی به کمک گرفته شود [۲]. پزشک، (و سایر ارائه‌کنندگان خدمات) تشخیص بیماری، تعیین پیش‌آگهی بیمار، تعیین نوع درمان و درمان‌های جایگزین احتمالی و آگاهی دادن به بیمار در مورد هزینه درمان را برعهده دارند [۲]. مسلماً انجام تمام آنچه سودمند است و اجتناب از تمام آنچه دارای ضرر است مقدور نیست [۲]. به عنوان یک قاعده کلی، میزان خطر مورد انتظار نیز باید با میزان فایده مورد انتظار قابل توجیه باشد [۶]. در اینجا تعهداتی که بیمار، قیم او و نیز پزشک و سایر ارائه‌کنندگان خدمات دارند باید مورد توجه باشد [۲].

## عدالت

چهارمین مبنای بدیهی اخلاق، عدالت است. عدالت یک تعهد اخلاقی است مبتنی بر قضاوت منصفانه بین طرفین قضاوت که دو مدعی رقابت‌کننده می‌باشند [۱۵]. مفهوم عدالت مورد مناقشه می‌باشد. در برخی متون به معنای رفتار یکسان برای همه افراد در تمام موارد ممکن می‌باشد [۴، ۱۴]، اما گاه نیز به معنای رفتار متفاوت اما متناسب با تفاوت‌های موجود به‌کار می‌رود [۴]. برخی فلاسفه معتقدند عدالت به معنای برابری در توزیع منابع است اما برخی دیگر صرفاً برابری در دسترسی به خدمات را لازم می‌دانند [۴].

اما آیا تمام این اصول ذکر شده در عرض یکدیگر بوده و اهمیت یکسانی دارند؟ مسلماً اصل «استقلال فردی» نه یک اصل هم‌وزن سه اصل دیگر، بلکه مبنای اخلاق و تعامل انسانی است. همچنین اصلی همانند «عدالت» نیز هم وزن و هم‌سنگ اصل «سودمندی» یا عدم ضرر نیست، بلکه اعتبار آن دو اصل در پرتو اصل عدالت قابل توجیه است [۱].

## تحلیلی مبتنی بر معارف دینی بر اصول

### چهارگانه

«ارزش» به خود می‌گیرد که با کمال آگاهی و آزادی از او سرزند [۱۸]. از دیدگاه قرآن انسان مسؤول است چون مختار است و تحت تعلیم معلمان الهی قرار می‌گیرد چون مختار است. سطح اختیار در هر فردی متناسب با میزان رشدیافتگی اوست لذا بالاترین سطح اختیار متعلق به انسان کامل است؛ چرا که متأثر از جبرهای درونی و برونی نمی‌اندیشد و عمل نمی‌کند.

یکی از عمده‌ترین نکات در تعارض دیدگاه‌های فلسفی مختلف، مسأله «وسعت حقوق فرد» است. در اسلام بنا به تأکیدات قرآن کریم (از جمله آیه لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ)، خداوند انسان را دارای بالاترین شأن و دارای وسیع‌ترین حوزه حقوقی آفریده است. اختیار پلی است از آن شأن والا به حق عظیم انسانی. انبیای الهی، در حقیقت برای شناسایی حقوق واقعی افراد بشر مبعوث گردیده‌اند تا انسان جایگاه حقیقی خود را بشناسد و حقوق خویش را ضایع نسازد. آنچه در برخی دیدگاه‌های فلسفی آشکار است این است که به علت عدم توجه به شأن واقعی انسان، شئون کوتاه مدت او ملاک عمل قرار می‌گیرند و در حقیقت شئون درازمدت انسانی فدا می‌گردند. این نکته‌ای است که فلسفه اخلاق سکولار را از فلسفه اخلاق در اسلام متمایز می‌سازد. براین اساس است که به عنوان مثال در برخی جوامع، اتانازی جایز است ولی در فرهنگ اسلامی، انسان (که دارای روحی الهی است و جسمی که نزد او امانت است) به صرف خودمختاری مجاز به صدمه زدن به خود نمی‌باشد.

یکی از مهم‌ترین پیش شرط‌های اختیار فرد در اسلام «معرفت» است. واژه اختیار در معنای دقیق خود می‌تواند «خیرگزینی» معنی شود و «خیر» یعنی بهترین راه ممکن و لذا مسلماً اختیار جز با حصول معرفت لازم ممکن نخواهد شد. هرچه معرفت و شناخت انسان وسیعتر و عمیق‌تر باشد محدوده اختیار او نیز گسترده‌تر می‌باشد و بالعکس. این نکته در مسأله اختیار افراد دچار عقب‌ماندگی ذهنی و کودکان، نمود عینی‌تری دارد. اختیار در منصب ظهور و مجال تحقق، نیازمند بستر معرفت و آگاهی است. «رضایت آگاهانه» که

به بیمار اجازه دهد خود تصمیم بگیرد، از بین درمان‌ها یکی را برگزیند و یا از گرفتن درمان امتناع کند [۱۱، ۱۲]. در حقیقت اتونومی در مقابل اعتقاد پدرسالاری<sup>۱</sup> پزشک قرار می‌گیرد [۱۱]. البته احترام به اتونومی بیمار، این حق را به بیمار نمی‌دهد که از پزشک عملی مغایر با اخلاق حرفه‌ای را درخواست کند [۱۱]. لذا اتونومی در بسیاری از فرهنگ‌ها یک حق و ارزش مطلق نیست [۱۱]. به عنوان مثال یکی از محدودیت‌های اتونومی، ضرر زدن به دیگران است [۱۱]. اما در صورتی که ضرر حاصله صرفاً متوجه خود فرد باشد، نظرات متفاوت است. اما اگر انجام هر عملی در هر شرایطی محتمل الوقوع باشد، آیا هیچ‌وقت مشخص خواهد شد که کدام عمل درست و کدام عمل نادرست است؟ اگر ارزش‌ها و اعتقادات فرد با سنت‌ها و عرف جامعه متفاوت باشد چه پیش خواهد آمد [۲]؟ این امر مورد تأکید است که خدمات‌دهندگان نظام بهداشتی - درمانی تصمیماتی بگیرند که بهترین فواید ممکن برای فرد بیمار را با توجه مقتضی به آنچه جامعه «خوب» می‌نامد در پی داشته باشد [۹]. دو پرسش عمده در اینجا مطرح می‌باشند [۱۵]: اول اینکه، چه کسی به طور بدیهی و از نظر اخلاقی پزشکی دارای اختیار و استقلال فردی در نظر گرفته می‌شود؟ دوم این‌که، محدوده اختیار فردی کدام است؟ آیا خودمختاری به معنای خودمحوری فرد قابل قبول است؟

مسلماً اگر ما بخواهیم اصل اتونومی را در فرهنگ خود بپذیریم بایستی تعریف و محدوده‌ای متفاوت با آنچه در فرهنگ غرب متداول است از آن ارائه نماییم. آنچه در اسلام مورد قبول است نه خودمختاری و نه خودمحوری و نه آزادی فردی بی قید و شرط بلکه «اختیار فردی» است آن هم با پیش شرط‌ها و شرایط خاص خود. مکتب اسلام شاخص اختیار انسان را بسیار مورد تأکید قرار داده است. اساساً فصل و وجه تمایز انسان در میان موجودات سفلی و علوی همین اختیار است. نه تنها اصل «اختیار» آدمی و قدرت انتخاب او مورد قبول قرآن کریم می‌باشد [۱۶، ۱۷]، بلکه عمل در صورتی نام

لازمه اصلی برای حفظ اتونومی بیمار شمرده شده است [۱۳،۴،۲]، جز با معرفت و شناخت واقعی انسان و غایت او بی‌معنی خواهد بود.

مسئله دیگر، «حوزه اختیار فرد» است. اختیار هر فرد محدود به فضای حقوق خود اوست و لذا تعارض یا تقابل با حقوق جامعه و اطرافیان قابل قبول نیست. شاید مثال بارز این مسئله «سقط جنین» باشد که اسلام به هیچ‌وجه سقط جنین را (به جز در شرایط خاص) به صرف اختیار مادر جایز نمی‌داند. اما محدوده حقوق فردی (از دیدگاه فلسفه اخلاق نه از دیدگاه حقوق مدنی) خود یک بحث مفصل است که تبیین آن در پاسخگویی به بسیاری از پرسش‌های مطروحه کمک خواهد نمود.

نتیجه این که هر انسانی نسبت به میزان آزادی از جبرها و نسبت به معرفت خود در مرتبه‌ای از اختیار قرار دارد. با توجه به این نکات، پرسش‌هایی مطرح است؛ یکی این‌که، اگر سطح اختیار انسان در حد پایینی باشد و نتواند از حقوق خویش استیفا کند (مثل افراد صغیر و عقب ماندگان ذهنی) وظیفه حمایت از حقوق او به عهده کیست؟ دوم اینکه، اگر انسان معرفت و شناخت و آگاهی لازم را نداشته باشد و در مقامی بین خود و حقوق خود حائل شود (مثل خودکشی) آیا کسی حق دارد که علیرغم اختیار ظاهری و صوری او، برای حفظ مصالح عالی‌فرد و حصول حقوق او به یاریش بشتابد؟ سوم اینکه، گاه حقوق متعددی در تعارض با یکدیگر قرار می‌گیرند (مثلاً در سقط جنین) در اینجا آیا تصمیم‌گیری بر مبنای اختیاریکی از صاحبان حق چه جایگاهی خواهد داشت؟

برخی از نکات فوق‌الذکر در مورد اصل دوم و سوم یعنی نفع و عدم ضرر نیز وجود دارد. تعریف دقیق «سودمندی» و تعریف دقیق «ضرر» چیست؟ مسلماً معیار سودمندی در یک جهان بینی با جهان بینی دیگر بسیار متفاوت است. اگر نفع را صرفاً منافع مادی و دنیوی بدانیم تصمیم‌گیری‌های ما در اکثر موارد با دیدگاه مذاهب الهی متفاوت خواهد شد. بر مبنای مکتب اسلام، در پی‌ریزی سعادت انسان، باید زندگی دنیوی و اخروی او را در نظر گرفت [۱۸]. هدف غایی و حقیقی

انسان از دیدگاه قرآن همانا تشبیه به صفات خداوند و تخلّق به اخلاق اوست. استکمال انسانی و شرط کمال‌جویی او در این است که از رنگ‌آمیزی خداوندی (صبغه‌الله) نقش پذیرد و سرانجام متحلّی و متّصف به صفات الهی گردد. بنابراین تنها هدف انسان اتّصاف به کلیه صفات الهی است که همه ارزش‌های بالذات‌اند [۱۹]. این نکته‌ای است که نفع از دیدگاه اسلام را از دیدگاه‌های سکولار در برخی جوامع غربی متمایز می‌سازد.

از سوی دیگر، نفع و ضرر، اموری نسبی هستند و این امری است که در برخی موارد تصمیم‌گیری بر اساس آنها را با مشکل روبرو می‌سازد. اینجاست که ما برای شناسایی دقیق وضعیت اخلاقی افعال، محتاج وحی هستیم [۱۶].

در مقوله عدالت نیز دیدگاه اسلام بسیار جامع است. عدالت گسترده‌ترین مفهوم ارزشی در جامعه انسانی است که یک الزام عام و همگانی دارد؛ در حالی که برخی کمالات انسانی مثل کرم، جود و عفو الزامی قطعی برای افراد ایجاد نمی‌نماید (که فرضاً در هر حال کرم نموده و یا عفو نمایند). اساساً عمومیت و فراگیری در مفهوم عدل نهفته است و عدلی که اختصاصی باشد عدالت نخواهد بود. حال این عدلی که سعه و عمومیت در آن ملحوظ است می‌تواند نسبت به کل جامعه مطرح شود یا نسبت به فردی از اعضای جامعه. در عدالت فردی، شرط تحقق آن، در نظر گرفتن همه اجزا و مصالح متشکله است. در عدالت اجتماعی، فراگیری همه افراد و فراگیری همه مصالح ضرورت دارد و به نوعی عدالت اجتماعی، تعمیم عدالت فردی است. لذا در دو حالت، عدالت تحقق نمی‌یابد: یکی این‌که عدالت نسبت به بعضی افراد جامعه اختصاصی شود، و دیگر این‌که، نسبت به بعضی از مصالح اختصاصی گردد. در وهله اول باید بنگریم آیا مجری عدالت خود عادل است؟ مگر یک نظام غیرعادل می‌تواند مجری عدالت باشد؟ مجری عدالت چه جایگاهی باید داشته باشد؟ آیا هرکسی می‌تواند عدالت را اجرا کند؟ امیرالمؤمنین (ع) در غررالحکم می‌فرماید: «کیف یعدل فی غیره من یظلم نفسه: چگونه در حق دیگران عدالت ورزد آن کسی که به خویش ستم می‌کند». لازمۀ دید عام و نگرش فراگیر نسبت

های مختلف ایفا نمایند. باتوجه به فرهنگ اسلامی و تفاوت‌های فلسفه و اخلاق اسلامی با فلسفه و اخلاق در غرب، ضرورت توجه سریعتر مجامع اسلامی به این موضوع به منظور جلوگیری از نفوذ فرهنگ غرب در کشورهای اسلامی احساس می‌شود. تعامل پزشکان با فقها، حکما، فلاسفه، اخلاقیون و اندیشمندان علوم مرتبط در این حوزه، امری است که می‌تواند در پایه‌گذاری اصولی یک نظام اخلاق پزشکی مدون و تعیین چارچوب‌های تصمیم‌گیری اخلاقی در طب بسیار تأثیرگذار و ارزشمند باشد. آنچه عالم طبابت اکنون از اندیشمندان علوم مختلف، از فلاسفه تا فقها و اخلاقیون گرفته تا اطبا و صاحب‌نظران علوم پزشکی انتظار دارد را می‌توان در دو جنبه وابسته به یکدیگر بیان نمود؛ یکی بیان شفاف و تدوین متناسب مفاهیم فلسفه اخلاق در علم پزشکی با توجه به علوم و فنون جدید و دیگری تبیین چارچوب‌های اخلاقی برای تصمیم‌گیری پزشکان در موارد مشکل و تعریف حدود و کاربردهای هر یک از آن چارچوب‌ها.

در هر صورت بایستی دقت داشته باشیم تعیین حکم اخلاقی که صادر می‌شود چند عاملی<sup>۲</sup> است و غفلت از هر کدام از این عوامل، نظریه ما را غیر واقع بینانه و به دور از واقعیت‌های موجود و در نتیجه عبث خواهد کرد. عملکرد اخلاقی یا رفتاری معنوی نزد افراد معانی متفاوتی دارد. مسلماً در تمام بیماران و در تمام شرایط محتمل، تصمیم‌گیری‌ها نمی‌تواند یکسان باشد لذا پزشک یا درمانگر باید با فرضیه‌ها و مکاتب اخلاقی آشنا بوده و مهارت بکارگیری عملی آنها را داشته باشد. مسلم است که به منظور تبیین صحیح مباحث و تهیه چارچوب‌های موردنیاز، آشنایی با کلیات اخلاق اسلامی، و نیز فلسفه اخلاق یک ضرورت است. در نهایت این‌که، برای تصمیم‌گیری در حیطه اخلاق پزشکی، ما نیازمند چارچوبی هستیم که یا باید خود چارچوبی متقن، کاربردی و قابل اجرا در تمام موارد ارائه کنیم و یا چارچوب ارائه شده توسط فرهنگ غربی را مطابق با فرهنگ و اعتقادات دینی تعریف و

به همه جامعه و همه مصالح، این است که فرد از تنگناهای فردی و سلیقه‌ای خویش خارج گشته باشد. چنین فردی باید اولاً معرفتی جامع نسبت به همه مصالح داشته باشد و ثانیاً به واسطه وسعت وجودی، نسبت عام با همه این مصالح و افراد داشته باشد. پرسش دیگر این است که: معیارهای عدالت کدامند؟ به‌طور مسلم این معیارها در مکاتب مختلف متفاوت هستند. بحث «تخصیص منابع»<sup>۱</sup> که در دهه‌های اخیر به‌صورت گسترده‌ای مطرح می‌باشد [۲۰، ۴، ۳]، ارتباط تنگاتنگی با بحث عدالت دارد.

در هر حال ما برای کنترل اخلاقی ناگزیر به طرح اصول و چارچوب‌های راهنمایی هستیم لذا ایجاد یک نظام اخلاقی مدون در این حیطه یک ضرورت است. بدون تردید در این حیطه، فقه اسلامی بسیار تأثیرگذار است اما تبیین مبانی تحلیلی و تدوین چارچوبی متقن برای تصمیمات اخلاق پزشکی جز با همکاری فلاسفه و حکمای شیعی میسر نخواهد بود. فلاسفه شیعه، دانشمندان علوم پزشکی، و فقهای مذهبی باید این مباحث را با یکدیگر بررسی و به دیدگاه جامع، قابل قبول و مشترکی دست یابند. مباحثی که تحت عنوان قواعد اخلاقی و مفاد «حسن و قبح» و «باید و نباید» توسط فلاسفه شیعی در منابع و کتب مختلف [۲۳، ۲۲، ۲۱] مطرح شده است، می‌تواند به صورت کاربردی و قابل تطبیق با مسائل اخلاق پزشکی و اخلاق زیستی بازنگری و بازنویسی گردد.

## نتیجه‌گیری

پیشرفت‌های بشری، وسعت روزافزونی را در حیطه اخلاق پزشکی ایجاد نموده است لذا لازم است قدم‌های قاطع و اساسی در جهت تبیین موضوعات صورت گرفته و به منظور پاسخگویی به شبهات و پرسش‌های موجود و سهولت تصمیم‌گیری اخلاقی در موارد مشکل، چارچوبی مدون ایجاد گردد. ادیان و مذاهب، روح مکاتب اخلاقی هستند که می‌توانند نقش بی‌بدیلی در رفع معضلات اخلاقی در حیطه

ابعاد و حدود آن را معین نماییم و این جز با تعامل و همفکری اساتید حوزه و دانشگاه امکان‌پذیر نمی‌باشد.

### مآخذ

۱. سیدفاطمی، سیدمحمدقاری. بیوتکنولوژی در آیین فلسفه اخلاق. فصلنامه باروری و ناباروری، پائیز ۱۳۸۱، صفحات ۵۵-۷۲.
2. Campbell A, Gillett G, Jones G. Medical ethics. 3rd ed. Australia: *Oxford University Press*, 2001.
۳. لاریجانی، باقر. پزشکی و ملاحظات اخلاقی. جلد اول: مروری بر مبانی اخلاق پزشکی. چاپ اول، تهران: نشر برای فردا، ۱۳۸۲، صفحات ۱۳-۱۹.
4. Schwartz L, Preece PE, Hendry RA. Medical ethics: a case-based approach. Edinburgh: Saunders, 2002, P. 134-155.
5. Fisher J, Dowden B (editors). The Internet Encyclopedia of Philosophy: ethics. <http://www.Utm.edu/research/iepl> (Updated March2003).
6. Stone J. An ethical framework for complementary and alternative therapies. First ed. London: Routledge, 2002: P. 31-90.
۷. ماوردس، جورج. دین و غرابت اخلاق. ترجمه و توضیح رضا اکبری. قسبات (پژوهشنامه فصلنامه در حوزه‌ی فلسفه، دین و فرهنگ) سال چهارم، شماره سوم، ۱۳۷۸، صفحات ۴۴-۷۲.
8. Beauchamp TL, childress JF. Principles of biomedical ethics. First ed. Oxford: Oxford University Press, 1983.
9. Dracopoulou S. Ethics and values in health care management. First ed. London: Routledge, 1998.
10. Downie R, Calman K. Healthy respect. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1994.
11. Giles JE. Medical ethics: a patient-centered approach. First ed. Rochester: Schenkman Books, Inc, 1983.
12. Kushner Th.k, Thomasma DC. Ward ethics: dilemmas for medical students and doctors in training. First ed. UK: Cambridge University Press, 2001: P. 18-77.
13. Garrett TM, Baillie HW, Garrett RM. Health care ethics: principles & problems. 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall, second Edition, 1993, P.28-53.
14. dePender W, Ikeda-Chandler W. Clinical Ethics: an invitation to healing professionals. First ed. New York: Praeger, 1990.
15. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ* 1994; 309: 184-8.
۱۶. جوادی، محسن. چشم‌اندازی به اخلاق در قرآن. نقد و نظر، شماره ۱۳. آدرس اینترنتی: <http://www.balagh.net/persian/akhlaq/falsafeh/02/20.htm>
۱۷. مصباح یزدی، محمدتقی. معارف قرآن. چاپ اول، قم: انتشارات در راه حق، ۱۳۶۷، صفحه ۳۷۴.
۱۸. سبحانی، جعفر. ملاک فعل اخلاقی و ویژگی‌های اخلاق در اسلام. فصلنامه کلام اسلامی، شماره ۳۳، بهار ۱۳۷۹. آدرس: <http://www.hawzah.net/per/Magazine/kl/Index.htm>
۱۹. شریف، میرمحمد. تاریخ فلسفه در اسلام. ترجمه اساتید دانشگاه، چاپ اول، تهران: مرکز نشر دانشگاهی، ۱۳۶۲، جلد اول، صفحه ۲۰۲.
20. Loewy EH. Textbook of medical ethics. First edition, New York: Plenum Medical Book Company, 1989, P.30-31.
۲۱. مطهری، مرتضی. فلسفه اخلاق. چاپ یازدهم، تهران: انتشارات صدرا، ۱۳۷۲.
۲۲. مصباح یزدی، محمدتقی. فلسفه اخلاق. چاپ دوم، تهران: شرکت چاپ و نشر بین الملل، پائیز ۱۳۸۲، صفحات ۵۳-۸۲.
۲۳. معلمی، حسن. مبانی اخلاق در فلسفه غرب و فلسفه اسلامی. چاپ اول، تهران: مؤسسه فرهنگی دانش و اندیشه معاصر، زمستان ۱۳۸۰، صفحات ۱۹۷-۲۸۲.