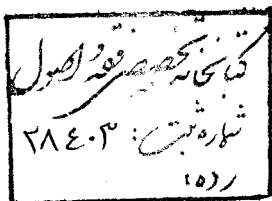


**به نام خداوند بخشنده مهربان**





دومین کنگره بین‌المللی

# اخلاق پزشکی ایران

تهران: ۲۸ - ۳۰ فروردین ۱۳۸۷

مکان: سالن همایش‌های بین‌المللی صدا و سیما

برگزارکنندگان:

مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

« چاپ دوم »



## برنامه دومین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی ایران

چهارشنبه بیست و هشتم فروردین ماه ۱۳۸۷

| نشست                                    | سالن            | ساعت          |
|-----------------------------------------|-----------------|---------------|
| توزیع کارت                              | --              | ۸-۹           |
| افتتاحیه                                | سالن خواجه نصیر | ۹-۱۰/۳۰       |
| پذیرایی                                 | ---             | ۱۰/۳۰ - ۱۱    |
| عمومی                                   | سالن خواجه نصیر | ۱۱-۱۲/۳۰      |
| نماز، ناهار                             | ---             | ۱۲/۳۰ - ۱۳/۳۰ |
| اخلاق پزشکی از دیدگاه اسلام و ادیان (۱) | سالن خواجه نصیر | ۱۳/۳۰ - ۱۵/۳۰ |
| تعهد حرفه‌ای                            | سالن فیض        |               |
| اخلاق پزشکی و سلامت عمومی               | سالن عطار       |               |
| پذیرایی                                 | ---             | ۱۵/۳۰ - ۱۶    |
| اخلاق پزشکی از دیدگاه اسلام و ادیان (۲) | سالن خواجه نصیر | ۱۶-۱۸/۳۰      |
| ارتباط پزشک و بیمار                     | سالن فیض        |               |
| اخلاق پزشکی و ملاحظات آغاز حیات         | سالن عطار       |               |

### پنجشنبه بیست و نهم فروردین ماه ۱۳۸۷

| نشست                                  | سالن            | ساعت          |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|
| عمومی                                 | سالن خواجه نصیر | ۸/۳۰-۱۰       |
| اخلاق پزشکی و فقه                     | سالن خواجه نصیر | ۱۰-۱۲/۳۰      |
| خطاهای پزشکی                          | سالن فیض        |               |
| تخصیص منابع                           | سالن عطار       |               |
| نماز و ناهار                          |                 | ۱۲/۳۰ - ۱۳/۳۰ |
| اخلاق پزشکی و حقوق                    | سالن خواجه نصیر | ۱۳/۳۰ - ۱۵/۳۰ |
| اخلاق پزشکی در روانپزشکی              | سالن فیض        |               |
| مسایل اخلاقی در مراقبت‌های پایان حیات | سالن عطار       |               |
| پذیرایی                               | ---             | ۱۵/۳۰ - ۱۶    |
| مبانی فلسفی اخلاق پزشکی               | سالن خواجه نصیر | ۱۶-۱۸         |
| اخلاق در پژوهش                        | سالن فیض        |               |
| ژنتیک و فن آوری های نوین              | سالن عطار       |               |

### جمعه سیام فروردین ماه ۱۳۸۷

| نشست                     | سالن            | ساعت       |
|--------------------------|-----------------|------------|
| پیوند اعضا               | سالن خواجه نصیر | ۸/۳۰ - ۱۲  |
| کاربردی کردن اخلاق پزشکی | سالن فیض        |            |
| آموزش اخلاق پزشکی        | سالن عطار       |            |
| نماز و ناهار             | ---             | ۱۲ - ۱۴    |
| عمومی                    | سالن خواجه نصیر | ۱۴ - ۱۵    |
| پذیرایی                  | ---             | ۱۵ - ۱۵/۳۰ |
| اختتامیه                 | سالن خواجه نصیر | ۱۵/۳۰ - ۱۷ |

**سالن خواجه نصیر:**  
**چهارشنبه ۲۸ فروردین ماه ۸۷**

| نشست عمومی                                            |        |               | ساعت        |
|-------------------------------------------------------|--------|---------------|-------------|
| توزیع کارت                                            |        |               | ۸۰۰-۹۰۰     |
| قرآن، سرود، اعلام برنامه و مراسم افتتاحیه             |        |               | ۹۰۰-۱۰/۳۰   |
| پذیرایی                                               |        |               | ۱۰/۳۰-۱۷۰۰  |
| هیأت رئیسه: ابراهیم امینی، باقر لاریجانی، دانیل ویکلر |        |               |             |
| عنوان سخنرانی                                         | کشور   | سخنران        | ساعت        |
| مسئولیت های فقهی و اخلاقی پزشک                        | ایران  | ابراهیم امینی | ۱۷۰۰-۱۷۲۰   |
| مروری بر دو دهه فعالیت های اخلاق پزشکی در ایران       | ایران  | باقر لاریجانی | ۱۷۲۰-۱۷۴۰   |
| اخلاق زیستی در سطح جمعیت: یک دستور کار پژوهشی         | آمریکا | دانیل ویکلر   | ۱۷۴۰-۱۲/۰۰  |
| بحث و گفت وگو                                         |        |               | ۱۲/۰۰-۱۲/۳۰ |
| نماز، ناهار                                           |        |               | ۱۲/۳۰-۱۳/۳۰ |

**سالن خواجه نصیر:**  
**چهارشنبه ۲۸ فروردین ماه ۸۷**

| نشست اخلاق پزشکی از دیدگاه اسلام و ادیان (۱)                                                                   |        |                      |             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------|-------------|
| <p>هیأت رئیسه: حمیدرضا آیت اللهی، محمد محمدیان، داریل میسر، هیثم الفیاط، شهین اعوانی، سید مسین فتاحی معصوم</p> |        |                      |             |
| عنوان سخنرانی                                                                                                  | کشور   | سخنران               | ساعت        |
| بیمارستان ایرانی - اسلامی، بیمارستان ایده آل اخلاق پزشکی                                                       | ایران  | محمد محمدیان         | ۱۳/۳۰-۱۳/۵۰ |
| تبیین برخی از مبانی اخلاق پزشکی اسلامی                                                                         | ایران  | حمیدرضا آیت الهی     | ۱۳/۵۰-۱۴/۱۰ |
| مرز درمان، فزونی خواهی جسمانی و ترمیم                                                                          | ایران  | شهین اعوانی          | ۱۴/۱۰-۱۴/۲۵ |
| کاربرد بیانیه اخلاق زیستی یونسکو در فرهنگ های مختلف                                                            | تایلند | داریل میسر           | ۱۴/۲۵-۱۴/۴۰ |
|                                                                                                                | سوریه  | هیثم الخیاط          | ۱۴/۴۰-۱۴/۵۵ |
| جایگاه پزشکی و پزشکان مسلمان در جهانی شدن اخلاق پزشکی                                                          | ایران  | سید حسین فتاحی معصوم | ۱۴/۵۵-۱۵/۱۰ |
| بحث و گفت وگو                                                                                                  |        |                      | ۱۵/۱۰-۱۵/۳۰ |
| پذیرایی                                                                                                        |        |                      | ۱۵/۳۰-۱۶/۰۰ |

**سالن خواجه نصیر:**  
**چهارشنبه ۲۸ فروردین ماه ۸۷**

| <b>نشست اخلاق پزشکی از دیدگاه اسلام و ادیان (۲)</b>                                                                       |                     |               |                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------|
| هیأت رئیس: عباسعلی عمید زنجانی، سعید تهرانی، محمد رضا مصطفی پور، توماس آیک، جمال صالح جارالله، ایرن آن جیلسون، فرهنگ معظم |                     |               |                                                                      |
| ساعت                                                                                                                      | سخنران              | کشور          | عنوان سخنرانی                                                        |
| ۱۶/۲۰ - ۱۶/۰۰                                                                                                             | عباسعلی عمید زنجانی | ایران         | اخلاق پزشکی از دیدگاه اسلام (بررسی طرح جامع اخلاق پزشکی)             |
| ۱۶/۳۰ - ۱۶/۲۰                                                                                                             | توماس آیک           | آلمان         | بررسی تاریخی بر تدریس پزشکی اسلامی                                   |
| ۱۶/۴۰ - ۱۷/۰۰                                                                                                             | فرهت معظم           | پاکستان       | چالش های بومی سازی اخلاق پزشکی                                       |
| ۱۷/۱۵ - ۱۷/۰۰                                                                                                             | پیمان چلبی          | ایران         | رویکردهای ادیان جهان نسبت به شبیه سازی و حیوانات دارای ژن های پیوندی |
| ۱۷/۳۰ - ۱۷/۱۵                                                                                                             | ایرن آن جیلسون      | آمریکا        | اخلاق مقایسه ای مراقبت های بهداشتی                                   |
| ۱۷/۴۵ - ۱۷/۳۰                                                                                                             | سعید تهرانی         | ایران         | بررسی یکی از عوامل غفلت در اخلاق پزشکی                               |
| ۱۷/۴۵ - ۱۸/۰۰                                                                                                             | جمال صالح جارالله   | عربستان سعودی | اخلاق پزشکی اسلامی: نگاهی به ریشه ها                                 |
| ۱۸/۱۵ - ۱۸/۰۰                                                                                                             | محمد رضا مصطفی پور  | ایران         | مبانی فقهی اخلاق پزشکی                                               |
| ۱۸/۳۰ - ۱۸/۱۵                                                                                                             | محمود متوسل آرانی   | ایران         | اخلاق پزشکی در اسلام و ادیان                                         |
| ۱۸/۴۵ - ۱۸/۱۵                                                                                                             | بحث و گفت وگو       |               |                                                                      |

**سالن فیض:**  
**چهارشنبه ۲۸ فروردین ماه ۸۷**

| نشست تعهد حرفه‌ای                                                                                    |         |                   |               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|---------------|
| هیأت رئیسه: سید مسن امامی (نموی، مسلم بهادری، مسن فرسام، سودابه جولایی، علیرضا یلدا، سید مسعود فاتمی |         |                   |               |
| عنوان سخنرانی                                                                                        | کشور    | سخنران            | ساعت          |
| تعهد حرفه‌ای یا پروفشنالیسم                                                                          | ایران   | حسن امامی رضوی    | ۱۳/۳۰ - ۱۳/۵۰ |
| تعهد حرفه‌ای و اخلاق پزشکی                                                                           | ایران   | مسلم بهادری       | ۱۳/۵۰ - ۱۴/۱۰ |
| آسیب شناسی اخلاق داروسازی                                                                            | ایران   | حسن فرسام         | ۱۴/۱۰ - ۱۴/۲۵ |
| اقدامات تجاری غیر اخلاقی در شرکت های داروسازی در پاکستان                                             | پاکستان | دیلیپ کومار روهره | ۱۴/۲۵ - ۱۴/۴۰ |
| درآمدی بر منشور حقوق بیمار و راه کارهای ارتقاء رعایت این حقوق در ایران                               | ایران   | سودابه جولایی     | ۱۴/۴۰ - ۱۴/۵۵ |
| ظاهر حرفه‌ای و Code of dress در دانشکده های دندانپزشکی ایران                                         | ایران   | منصوره محمدی      | ۱۴/۵۵ - ۱۵/۱۰ |
| بحث و گفت وگو                                                                                        |         |                   | ۱۵/۱۰ - ۱۵/۳۰ |
| پذیرایی                                                                                              |         |                   | ۱۵/۳۰ - ۱۶/۰۰ |

**سالن فیضی:**  
**چهارشنبه ۲۸ فروردین ماه ۸۷**

| <b>نشست ارتباط پزشک با بیمار</b>                                                                           |             |                        |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------|----------------------|
| <b>هیأت رئیسه: سید ضیاء الدین تابعی، مسین درگاهی، رضا نگارنده، عباس منزوی، سید مؤید علویان، فسرو جدیدی</b> |             |                        |                      |
| <b>عنوان سخنرانی</b>                                                                                       | <b>کشور</b> | <b>سخنران</b>          | <b>ساعت</b>          |
| رابطه پزشک و بیمار                                                                                         | ایران       | ضیاء الدین تابعی       | ۱۶/۲۰ - ۱۶/۰۰        |
| چگونه خبر بد را به بیماران یا همراهان آنها بگوییم؟                                                         | ایران       | محمد اربابی            | ۱۶/۳۰ - ۱۶/۲۰        |
| مطالعه تطبیقی منشور حقوق بیمار در کشورهای مختلف با ایران                                                   | ایران       | حسین درگاهی            | ۱۶/۴۰ - ۱۷/۰۰        |
| حمایت از بیمار و ضرورت دستورالعمل‌های اخلاقی ملی برای پرستاران                                             | ایران       | رضا نگارنده            | ۱۷/۲۰ - ۱۷/۰۰        |
| پروژه توافق آگاهانه در بیمارستانی دولتی در پاکستان                                                         | پاکستان     | یاسمین واجاهات         | ۱۷/۳۵ - ۱۷/۲۰        |
| مهم‌ترین انتظارات بیماران از پزشک معالجشان                                                                 | ایران       | ترانه درمحمدی طوسی     | ۱۷/۵۰ - ۱۷/۳۵        |
| الزامات اساسی رعایت حقوق بیماران در ایران: یک مطالعه پدیدارشناختی                                          | ایران       | علیرضا نیکبخت نصرآبادی | ۱۷/۵۰ - ۱۸/۰۵        |
| نگرش پزشکان عمومی و متخصصان در مورد ارتباط پزشک و بیمار و مهارت‌های ارتباطی                                | ایران       | بهشید گروسی            | ۱۸/۲۰ - ۱۸/۰۵        |
| <b>بحث و گفت‌وگو</b>                                                                                       |             |                        | <b>۱۸/۴۵ - ۱۸/۲۰</b> |

**سالن عطار:**  
**چهارشنبه ۲۸ فروردین ماه ۸۷**

| نشست اخلاق و سلامت عمومی                                                                                     |        |                   |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------|---------------|
| هیأت رئیسه: مسین ملک افضلی، عبدالله دار ، علیرضا مصداقی نیا ، ایرن آن جیلسون،<br>علیرضا مرندی، علیرضا دلاوری |        |                   |               |
| عنوان سخنرانی                                                                                                | کشور   | سخنران            | ساعت          |
| اخلاق در مباحث بهداشت عمومی                                                                                  | ایران  | حسین ملک افضلی    | ۱۳/۳۰ - ۱۳/۵۰ |
| اخلاق در سلامت جهانی                                                                                         | کانادا | عبدالله دار       | ۱۳/۵۰ - ۱۴/۱۰ |
| موضوعات اخلاقی در سلامت محیطی و شغلی                                                                         | ایران  | علیرضا مصداقی نیا | ۱۴/۱۰ - ۱۴/۳۰ |
| مسائل اخلاقی در مورد سوء مصرف مواد                                                                           | آمریکا | ایرن آن جیلسون    | ۱۴/۳۰ - ۱۴/۵۰ |
| بیمه ها و چالش های اخلاقی بخش های بالینی                                                                     | ایران  | حسین حسینیان مقدم | ۱۴/۵۰ - ۱۵/۰۵ |
|                                                                                                              |        | بحث و گفت وگو     | ۱۵/۰۵ - ۱۵/۳۰ |
|                                                                                                              |        | پذیرایی           | ۱۵/۳۰ - ۱۶/۰۰ |

**سالن عطار:**  
**چهارشنبه ۲۸ فروردین ماه ۸۷**

| <b>نشست اخلاق پزشکی، ملاحظات آغاز حیات</b>                                                                                           |             |                  |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|----------------------|
| <b>هیأت رئیسه: محمد مهدی آهوندی، عابدین مؤمنی، غلامعلی سیفی، ممسن معینی، علی عباسی، رویشی ایدا، محمد صفایی</b>                       |             |                  |                      |
| <b>عنوان سخنرانی</b>                                                                                                                 | <b>کشور</b> | <b>سخنران</b>    | <b>ساعت</b>          |
| تکوین و تکامل جنین، آغاز حیات                                                                                                        | ایران       | محسن معینی       | ۱۶/۱۵ - ۱۶/۰۰        |
| گزارش نشست تخصصی مسائل حقوقی و اخلاقی پیرامون انجام تحقیقات بر روی جنین انسان                                                        | ایران       | محمد مهدی آخوندی | ۱۶/۱۵ - ۱۶/۳۰        |
| ملاحظات اخلاقی در رابطه با پژوهش های اخیر بر روی سلول های بنیادی برای پزشکی ترمیمی                                                   | ژاپن        | رویشی ایدا       | ۱۶/۳۰ - ۱۶/۴۵        |
| اخلاق پزشکی و ملاحظات آغاز حیات                                                                                                      | ایران       | فاطمه سادات نیری | ۱۶/۴۵ - ۱۷/۰۰        |
| حقوق مدنی مترتب بر آغاز حیات                                                                                                         | ایران       | غلامعلی سیفی     | ۱۷/۰۰ - ۱۷/۱۵        |
| آغاز حیات انسان و آثار حقوقی آن                                                                                                      | ایران       | مرتضی قاسم زاده  | ۱۷/۱۵ - ۱۷/۳۰        |
| رحامت انسان با طبیعت، منشأ وحدت حیات و حقوق آن                                                                                       | ایران       | عابدین مؤمنی     | ۱۷/۳۰ - ۱۷/۴۵        |
| مراتب حیات و تبعات اخلاقی آن                                                                                                         | ایران       | صدرا ساده        | ۱۷/۴۵ - ۱۸/۰۰        |
| قوانین بی پایان اخلاق پزشکی، قوانین و مقررات مربوط به تجاوز، یا زنای با محارم، آسیب مهلک به جوانان باردار کم سن و دوراهی پزشکان جراح | آمریکا      | علی عباسی        | ۱۸/۰۰ - ۱۸/۱۵        |
| <b>بحث و گفت وگو</b>                                                                                                                 |             |                  | <b>۱۸/۱۵ - ۱۸/۳۰</b> |

**سالن خواجه نصیر:**  
**پنج شنبه ۲۹ فروردین ماه ۸۷**

| نشست عمومی                                                                        |        |                      |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------|-----------|
| هیأت رئیسه: صادق لاریجانی ، اندرو گوستافسون، سید مصطفی ممقق داماد، محمد علی شمالی |        |                      |           |
| عنوان سخنرانی                                                                     | کشور   | سخنران               | ساعت      |
| رنالیسم و الزامات اخلاقی                                                          | ایران  | صادق لاریجانی        | ۸۲۰ - ۸۰۰ |
| اخلاق در کسب و کار پزشکی در ایالات متحده                                          | آمریکا | اندرو گوستافسون      | ۸۴۰ - ۸۲۰ |
| روابط مالی پزشک و بیمار                                                           | ایران  | سید مصطفی ممقق داماد | ۹۰۰ - ۸۴۰ |
| زیست - اخلاق اسلامی: طرحی کلی                                                     | ایران  | محمد علی شمالی       | ۹۲۰ - ۹۰۰ |
| بحث و گفت وگو                                                                     |        |                      | ۹۳۰ - ۹۲۰ |
| پذیرایی                                                                           |        |                      |           |

**سالن خواجه نصیر:**  
**پنج شنبه ۲۹ فروردین ماه ۸۷**

| <b>نشست مبانی فلسفی اخلاق پزشکی</b>                                                      |                      |             |                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>هیأت رئیسه: روبرتو آندرنو، بایرون کالدیس، محسن جوادی، سروش دباغ، شمس شریعت تربقان</b> |                      |             |                                                                                           |
| <b>ساعت</b>                                                                              | <b>سخنران</b>        | <b>کشور</b> | <b>عنوان سخنرانی</b>                                                                      |
| ۱۰/۲۰ - ۱۰/۴۰                                                                            | روبرتو آندرنو        | سوئیس       | نقش کلیدی کرامت انسانی در اخلاق زیستی جهانی                                               |
| ۱۰/۳۰ - ۱۰/۴۰                                                                            | بایرون کالدیس        | یونان       | چالش های فرابشری در رابطه با اخلاق پزشکی نیاز به تصمیمات متافیزیکی، پیش از استدلال اخلاقی |
| ۱۰/۳۰ - ۱۷/۰۰                                                                            | محسن جوادی           | ایران       | معنا و نقش استقلال فردی در اخلاق پزشکی اسلام                                              |
| ۱۷/۰۰ - ۱۱/۱۵                                                                            | سروش دباغ            | ایران       | اصول گرایی و خاص گرایی در اخلاق پزشکی                                                     |
| ۱۷/۱۵ - ۱۷/۳۰                                                                            | حسین گدازگر          | ایران       | "ساخت گرایی اجتماعی" به عنوان روش انتخابی در آموزش اخلاق پزشکی                            |
| ۱۷/۳۰ - ۱۷/۴۵                                                                            | محمد مهرآسا          | ایران       | اصول گرایی در اخلاق پزشکی: کنشایش و پرتگاه                                                |
| ۱۷/۴۵ - ۱۲/۰۰                                                                            | علی کاظمی سعید       | ایران       | نقش هویت در اخلاق                                                                         |
| ۱۲/۰۰ - ۱۲/۳۰                                                                            | <b>بحث و گفت وگو</b> |             |                                                                                           |
| ۱۲/۳۰ - ۱۳/۳۰                                                                            | <b>نماز و نماز</b>   |             |                                                                                           |

**سالن خواجه نصیر:**  
**پنج شنبه ۲۹ فروردین ماه ۸۷**

| <b>نشست اخلاق پزشکی و فقه</b>                                                                                                                |                        |         |                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>هیأت رئیسه:</b> محمد ممدی ری شهری، سید ابوالحسن نواب، محمد ناصر سقایی بی‌ریا، محمد مهدی اصفهانی، نیکزاد عیسی‌زاد، ناصر کعدان، محمد بختومه |                        |         |                                                                      |
| ساعت                                                                                                                                         | سخنران                 | کشور    | عنوان سخنرانی                                                        |
| ۱۳/۳۰ - ۱۳/۴۵                                                                                                                                | محمد ممدی ری شهری      | ایران   |                                                                      |
| ۱۳/۴۵ - ۱۴/۰۰                                                                                                                                | ناصر کعدان             | سوریه   | برخی از دستاوردهای پزشکان مسلمان در اخلاق پزشکی                      |
| ۱۴/۰۰ - ۱۴/۱۵                                                                                                                                | سید ابوالحسن نواب      | ایران   | حوزه اخلاق پزشکی در اسلام و غرب                                      |
| ۱۴/۱۵ - ۱۴/۳۰                                                                                                                                | محمد ناصر سقایی بی‌ریا | ایران   | بررسی اجمالی ریشه ها، اهداف، موضوعات و ساحت‌های اخلاق پزشکی در اسلام |
| ۱۴/۳۰ - ۱۴/۴۵                                                                                                                                | محمد مهدی اصفهانی      | ایران   | ضرورت بازنگری در نظام آموزشی علوم پزشکی بر پایه فقه اسلامی           |
| ۱۴/۴۵ - ۱۵/۰۰                                                                                                                                | نیکزاد عیسی‌زاده       | ایران   | اخلاق پزشکی از نگاه فقه شیعه                                         |
| ۱۵/۰۰ - ۱۵/۱۵                                                                                                                                | محمد بختومه            | عربستان | حقوق‌شناسی اسلامی و طب رایج (ارتباط میان فقه و طب)                   |
| ۱۵/۱۵ - ۱۵/۳۰                                                                                                                                | بحث و گفت‌وگو          |         |                                                                      |
| ۱۵/۳۰ - ۱۶/۰۰                                                                                                                                | پذیرایی                |         |                                                                      |

**سالن خواجه نصیر:**  
**پنج شنبه ۲۹ فروردین ماه ۸۷**

| <b>نشست اخلاق پزشکی و حقوق</b>                                                |             |                |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------|----------------------|
| <b>هیأت رئیسه: شهاب الدین صدر، محمود عباسی، تهمورث بشیریه، امید علی احمدی</b> |             |                |                      |
| <b>عنوان سخنرانی</b>                                                          | <b>کشور</b> | <b>سخنران</b>  | <b>ساعت</b>          |
| بررسی پرونده های شکایت از قصور پزشکی رشته جراحی عمومی در ...                  | ایران       | شهاب الدین صدر | ۱۶/۲۰ - ۱۶/۳۰        |
| مطالعه تطبیقی مسئولیت ناشی از سهم خواری در پزشکی                              | ایران       | محمود عباسی    | ۱۶/۳۰ - ۱۶/۴۰        |
| اختیار وراث و پیوند اعضای افراد دچار مرگ مغزی یا متوفی                        | ایران       | تهمورث بشیریه  | ۱۶/۴۰ - ۱۷/۰۰        |
| مقایسه فرآیند قانون گذاری درباره تحقیقات با همانندسازی در کشورهای مختلف       | ایران       | امید علی احمدی | ۱۷/۰۰ - ۱۷/۱۵        |
| <b>بحث و گفت وگو</b>                                                          |             |                | <b>۱۷/۱۵ - ۱۸/۰۰</b> |

**سالن فیض:**  
**پنج شنبه ۲۹ فروردین ماه ۸۷**

| <b>نشست خطاهای پزشکی</b>                                                                                        |             |                        |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------|---------------|
| <b>هیأت رئیسه: علیرضا میلانی فر، فخرالدین تقدسی نژاد، محمد صادق احمدي آفوندي</b>                                |             |                        |               |
| <b>عنوان سخنرانی</b>                                                                                            | <b>کشور</b> | <b>سخنران</b>          | <b>ساعت</b>   |
| موازين اخلاقی در آيين دادرسی و رسیدگی به جرایم پزشکی                                                            | ایران       | علیرضا میلانی فر       | ۱۰/۲۰ - ۱۰/۴۰ |
| جنبه های اخلاقی و قانونی خطای پزشکی                                                                             | ایران       | فخرالدین تقدسی نژاد    | ۱۰/۲۰ - ۱۰/۴۰ |
| مقایسه Malpractice ارتودنسی بر مبنای آرای صادره از هیأت های بدوی و تجدید نظر سازمان نظام پزشکی در سال های ۸۴-۷۲ | ایران       | محمد صادق احمدي آفوندي | ۱۰/۴۰ - ۱۰/۵۵ |
| بررسی میزان تعهد اخلاقی پرستاران شاغل در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی ارومیه نسبت به گزارش خطاهای پزشکی     | ایران       | نادر آقاخانی           | ۱۰/۵۵ - ۱۱/۱۰ |
| گزارش کردن خطاهای پرستاری                                                                                       | ایران       | نیره باغچقی            | ۱۱/۱۰ - ۱۱/۲۵ |
| <b>بحث و گفت وگو</b>                                                                                            |             |                        | ۱۱/۲۵ - ۱۲/۳۰ |
| <b>نماز و نهار</b>                                                                                              |             |                        | ۱۲/۳۰ - ۱۳/۳۰ |

**سالن فیض:**  
**پنج شنبه ۲۹ فروردین ماه ۸۷**

| <b>نشست اخلاق پزشکی در روانپزشکی</b>                                                       |             |                    |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|----------------------|
| <b>هیأت رئیسه: احمدعلی نوربالا، مهدی نصر اصفهانی، محمد عمران رزاقی، سید محمود طباطبایی</b> |             |                    |                      |
| <b>عنوان سخنرانی</b>                                                                       | <b>کشور</b> | <b>سخنران</b>      | <b>ساعت</b>          |
| کرامت انسانی در اخلاق روان پزشکی                                                           | ایران       | احمدعلی نوربالا    | ۱۳/۳۰ - ۱۳/۵۰        |
| طرح قانون بهداشت روان در ایران                                                             | ایران       | مهدی نصر اصفهانی   | ۱۳/۵۰ - ۱۴/۱۰        |
| مبانی اخلاقی در طب اعتیاد                                                                  | ایران       | محمد عمران رزاقی   | ۱۴/۱۰ - ۱۴/۳۰        |
| برخی معیارهای اخلاق پزشکی در کتاب الحاوی رازی                                              | ایران       | سید محمود طباطبایی | ۱۴/۳۰ - ۱۴/۵۰        |
| بررسی حقوق مراجعان در مشاوره و روان درمانی                                                 | ایران       | خدابخش احمدی       | ۱۴/۵۰ - ۱۵/۰۵        |
| <b>بحث و گفت وگو</b>                                                                       |             |                    | <b>۱۵/۰۵ - ۱۵/۳۰</b> |
| <b>پذیرایی</b>                                                                             |             |                    | <b>۱۵/۳۰ - ۱۶/۰۰</b> |

**سالن فیض:**  
**پنج شنبه ۲۹ فروردین ماه ۸۷**

| <b>نشست اخلاق در پژوهش</b>                                                                                      |                  |       |                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>هیأت رئیسه:</b> رضا ملک زاده، محمد فرهادی، مینا مبشر، عبدالمحمد کجباف زاده،<br><b>محمد واسعی، اکبر فتومی</b> |                  |       |                                                                                        |
| ساعت                                                                                                            | سخنران           | کشور  | عنوان سخنرانی                                                                          |
| ۱۶/۰۰ - ۱۶/۲۰                                                                                                   | رضا ملک زاده     | ایران | اخذ رضایت نامه جهت شرکت در مطالعه‌ی مشاهده‌ای در جمعیتی اکثرآبی سواد                   |
| ۱۶/۲۰ - ۱۶/۴۰                                                                                                   | محمد فرهادی      | ایران | حقوق بیماران در کارآزمایی بالینی                                                       |
| ۱۶/۴۰ - ۱۶/۵۵                                                                                                   | علی اصغر پیوندی  | ایران | مسائل اخلاقی در تحقیقات پزشکی                                                          |
| ۱۶/۵۵ - ۱۷/۱۰                                                                                                   | مینا مبشر        | ایران | کدهای اخلاقی کار با حیوانات آزمایشگاهی                                                 |
| ۱۷/۱۰ - ۱۷/۲۵                                                                                                   | امیرحسین خداپرست | ایران | بررسی انتقادی راهنماهای شش گانه اخلاق در پژوهش                                         |
| ۱۷/۲۵ - ۱۷/۴۰                                                                                                   | فرهاد هنجنی      | ایران | اخلاق در کارآزمایی بالینی:<br>آزمایش یکی از واکسن‌های<br>سازمان بهداشت جهانی در اتیوپی |
| ۱۷/۴۰ - ۱۸/۰۰                                                                                                   | بحث و گفت‌وگو    |       |                                                                                        |

**سالن عطار:**  
**پنج شنبه ۲۹ فروردین ماه ۸۷**

| <b>نشست آموزش اخلاق پزشکی</b>                                                                               |                  |         |                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>هیأت (رئیس: محمد مسین نیکنام، فریبا اصغری، عباس شفیعی، عظیم میرزازاده، بهرام عین‌اللهی، مسین کشاورز)</b> |                  |         |                                                                        |
| ساعت                                                                                                        | سخنران           | کشور    | عنوان سخنرانی                                                          |
| ۱۰/۳۰ - ۱۰/۴۰                                                                                               | محمد حسین نیکنام | ایران   | آموزش اخلاق پزشکی و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت                        |
| ۱۰/۴۰ - ۱۰/۵۰                                                                                               | فریبا اصغری      | ایران   | اصلاح برنامه درسی اخلاق پزشکی دوره پزشکی عمومی                         |
| ۱۰/۵۰ - ۱۱/۰۰                                                                                               | عباس شفیعی       | ایران   | لزوم واحد درس اخلاق پزشکی جهت دانشجویان داروسازی                       |
| ۱۱/۰۰ - ۱۱/۳۰                                                                                               | عظیم میرزازاده   | ایران   | مشارکت بیماران در آموزش بالینی: یک وظیفه یا کمک؟                       |
| ۱۱/۳۰ - ۱۱/۳۵                                                                                               | امیر مصطفی جعفری | پاکستان | آموزش متخصصان سلامت در اخلاق زیست-پزشکی در پاکستان: برنامه‌ای مبتکرانه |
| ۱۱/۳۵ - ۱۱/۵۰                                                                                               | بهزاد مقصودی     | ایران   | کدهای اخلاقی در آموزش لوله گذاری تراشه ورگ گیری به دانشجویان پزشکی     |
| ۱۱/۵۰ - ۱۲/۰۵                                                                                               | اعظم خورشیدیان   | ایران   | آموزش اخلاق در دندانپزشکی                                              |
| ۱۲/۰۵ - ۱۲/۳۰                                                                                               | بحث و گفت‌وگو    |         |                                                                        |
| ۱۲/۳۰ - ۱۳/۳۰                                                                                               | نماز و نماز      |         |                                                                        |

**سالن عطار:**  
**پنج شنبه ۲۹ فروردین ماه ۸۷**

| <b>نشست تخصیص منابع</b>                                                                    |             |                   |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------|---------------|
| <b>هیأت رئیسه: رحمت اله حافظی، علی جعفریان، کیهان پارسى، فرید ابوالمسنى، على عرب فرمند</b> |             |                   |               |
| <b>عنوان سخنرانی</b>                                                                       | <b>کشور</b> | <b>سخنران</b>     | <b>ساعت</b>   |
| منابع و عدالت                                                                              | ایران       | رحمت اله حافظی    | ۱۳/۳۰ - ۱۳/۵۰ |
| ملاحظات اخلاقی در تخصیص اعضاء پیوندی                                                       | ایران       | علی جعفریان       | ۱۳/۵۰ - ۱۴/۱۰ |
| آماده سازی دانشجویان پزشکی برای جهان: آموزش خدماتی و عدالت بهداشتی جهانی                   | امریکا      | کیهان پارسى       | ۱۴/۱۰ - ۱۴/۳۰ |
| گزارش بلمونت و عدالت در اخلاق پزشکی                                                        | ایران       | علیرضا شعبان زاده | ۱۴/۳۰ - ۱۴/۵۰ |
| <b>بحث و گفت وگو</b>                                                                       |             |                   | ۱۴/۵۰ - ۱۵/۳۰ |
| <b>پذیرایی</b>                                                                             |             |                   | ۱۵/۳۰ - ۱۶/۰۰ |

**سالن عطار:**  
**پنج شنبه ۲۹ فروردین ماه ۸۷**

| نشست مسائل اخلاقی در مراقبتهای پایان حیات                                   |                     |                |                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| هیأت رئیسه: علی کاظمیان، امیر عباس علی زمانی، همایون همتی، ناهید دهقان نیری |                     |                |                                                                                  |
| ساعت                                                                        | سخنران              | کشور           | عنوان سخنرانی                                                                    |
| ۱۶/۰۰ - ۱۶/۱۵                                                               | علی کاظمیان         | ایران          | درمان بدون فایده                                                                 |
| ۱۶/۳۰ - ۱۶/۱۵                                                               | امیر عباس علی زمانی | ایران          | معنای زندگی معنادار                                                              |
| ۱۶/۴۵ - ۱۶/۳۰                                                               | همایون همتی         | ایران          | اتانازی از دیدگاه فلسفه اخلاق                                                    |
| ۱۶/۴۵ - ۱۷/۰۰                                                               | ناهید دهقان نیری    | ایران          | خط مشی های خاتمه دادن به زندگی در فرهنگ های مختلف                                |
| ۱۷/۱۵ - ۱۷/۰۰                                                               | مهدی عقیلی          | ایران          | بررسی نگرش بیماران مبتلا به سرطان و بستگان در مورد بیان حقایق به بیماران         |
| ۱۷/۳۰ - ۱۷/۱۵                                                               | عبدالرسول کشفی      | ایران          | تحلیلی فلسفی از رنج روان شناختی بیماران در آستانه مرگ و جایگاه آن در اخلاق پزشکی |
| ۱۷/۳۰ - ۱۸/۰۰                                                               | بحث و گفت وگو       |                |                                                                                  |
| نشست پیوند اعضا                                                             |                     |                |                                                                                  |
| هیأت رئیسه: محمود طباطبایی، علیرضا باقری چیمه، لئوناردو دو کاسترو           |                     |                |                                                                                  |
| ساعت                                                                        | سخنران              | کشور           | عنوان سخنرانی                                                                    |
| ۸/۰۰ - ۸/۲۰                                                                 | محمود طباطبایی      | ایران          | مرگ مغزی از دیدگاه جراحی اعصاب                                                   |
| ۸/۴۰ - ۸/۲۰                                                                 | علیرضا باقری چیمه   | ایران / کانادا | در دفاع از جبران خسارت اهداکنندگان عضو                                           |
| ۸/۴۰ - ۹/۰۰                                                                 | لئوناردو دو کاسترو  | فیلیپین        | اخلاق پزشکی از نگاه دیگر: دیدگاه جمعیت آسیب پذیر                                 |
| ۹/۰۰ - ۹/۱۵                                                                 | سعید بهاء لو هوره   | ایران          | پیوند کلیه: آیا جایی برای پناهندگان وجود دارد؟                                   |
| ۹/۱۵ - ۹/۳۰                                                                 | مرجان لعل           | ایران          | پیوند اعضا از دیدگاه اسلامی                                                      |
| ۹/۳۰ - ۱۰/۰۰                                                                | پذیرایی             |                |                                                                                  |

**سالن خواجه نصیر:**  
**جمعه ۳۰ فروردین ۸۷**

| هیأت رئیسه: محمد مسین مریرمیان، کیارش آرامش، غلامرضا پورمند |                    |         |                                                           |
|-------------------------------------------------------------|--------------------|---------|-----------------------------------------------------------|
| ساعت                                                        | سخنران             | کشور    | عنوان سخنرانی                                             |
| ۱۰/۲۰ - ۱۰/۴۰                                               | محمد حسین حریرچیان | ایران   | مرگ مغزی: تاریخچه و مناقشات                               |
| ۱۰/۴۰ - ۱۰/۶۰                                               | کیارش آرامش        | ایران   | نقدی اخلاقی بر مدل ایرانی پیوند کلیه                      |
| ۱۰/۶۰ - ۱۱/۰۰                                               | غلامرضا پورمند     | ایران   | ملاحظات اخلاقی در پیوند کلیه از بیماران مبتلا به مرگ مغزی |
| ۱۱/۱۵ - ۱۱/۴۰                                               | روبینا نقوی        | پاکستان | پیوند عضو از نگاه علم اخلاق                               |
| ۱۱/۴۰ - ۱۱/۶۰                                               | هاجر کاظمی         | ایران   | معامله اعضای بدن در آیین اخلاق پزشکی                      |
| ۱۱/۶۰ - ۱۲/۰۰                                               | بحث و گفت و گو     |         |                                                           |
| ۱۲ - ۱۳                                                     | نماز و ناهار       |         |                                                           |

| نشست عمومی                                  |                    |          |                                                      |
|---------------------------------------------|--------------------|----------|------------------------------------------------------|
| هیأت رئیسه: عبدالعزیز ساشادینا، مایکل پارکر |                    |          |                                                      |
| ساعت                                        | سخنران             | کشور     | عنوان سخنرانی                                        |
| ۱۴ - ۱۴/۳۰                                  | عبدالعزیز ساشادینا | آمریکا   | آموزش اخلاق زیستی در برنامه های آموزش پزشکی در ایران |
| ۱۴/۳۰ - ۱۵/۰۰                               | مایکل پارکر        | انگلستان |                                                      |
| ۱۵/۰۰ - ۱۵/۳۰                               | پذیرایی            |          |                                                      |
| ۱۵/۳۰ - ۱۶/۰۰                               | مراسم اختتامیه     |          |                                                      |

**سالن فیض:**  
**جمعه ۳۰ فروردین ۸۷**

| نشست کاربردی کردن اخلاق پزشکی                                                                                                  |       |                             |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------|------------|
| هیأت رئیس: فرامرز قراملکی، مصطفی قانع، علیرضا پارساپور،<br>مرضیه و امید دستجردی، عصمت باروتی                                   |       |                             |            |
| عنوان سخنرانی                                                                                                                  | کشور  | سخنران                      | ساعت       |
| نقش رویکرد راهبردی به اخلاق حرفه‌ای<br>در اثربخشی اخلاق پزشکی                                                                  | ایران | احد فرامرز قراملکی          | ۸/۲۰-۸/۳۰  |
| مدیریت اجرایی اخلاق در تحقیقات علوم پزشکی                                                                                      | ایران | مصطفی قانع                  | ۸/۳۰-۸/۴۰  |
| ارائه مدلی کاربردی جهت ارزیابی<br>وضعیت حقوق بیمار در بیمارستان‌ها                                                             | ایران | علیرضا پارساپور             | ۸/۴۰-۹/۰۰  |
| کدهای اخلاقی مصوب انجمن بین‌المللی<br>پرستاران: (ICN) چالش‌های انتقال و<br>کاربرد آن در نظام ارائه‌ی<br>خدمات پرستاری در ایران | ایران | سینا ولینی                  | ۹/۰۰-۹/۱۵  |
| کاربرد اخلاق در داروسازی                                                                                                       | ایران | سید ابوالقاسم<br>سجادی طبسی | ۹/۱۵-۹/۳۰  |
| پذیرایی                                                                                                                        |       |                             | ۹/۳۰-۱۰/۰۰ |

**سالن فیض:**  
**جمعه ۳۰ فروردین ۸۷**

| <b>نشست کاربردی کردن اخلاق پزشکی</b>                                                                                  |       |                     |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------|-------------|
| <b>هیأت رئیسه: امیرمسن حاج ترفانی، فرهنگ بابامحمودی، اکبر سلطان زاده، عبدالمسین روح الامینی نهف آبادی، عباس مسجدی</b> |       |                     |             |
| عنوان سخنرانی                                                                                                         | کشور  | سخنران              | ساعت        |
| اخلاق در پژوهش و ضمانت اجرایی                                                                                         | ایران | امیرحسن حاج ترخانی  | ۱۰/۲۰-۱۰/۳۰ |
| رعایت موازین اخلاق پزشکی در بیماران نورولوژیک                                                                         | ایران | اکبر سلطان زاده     | ۱۰/۳۵-۱۰/۴۰ |
| اخلاق پزشکی و بیماری های عفونی                                                                                        | ایران | فرهنگ بابامحمودی    | ۱۰/۴۵-۱۰/۵۰ |
| چالش های خفته در جنس مذکر ( مقایسه جنبه های اخلاقی خفته در اسلام و سایر ادیان)                                        | ایران | مهدی پاسالار        | ۱۰/۵۰-۱۱/۰۵ |
| ضرورت بازنگری در آئین نامه های مورد استناد بیمارستان ها در خصوص موارد مرتبط با تشکیل کمیته های اخلاق بیمارستانی       | ایران | علی اکبر مرتضی زاده | ۱۱/۰۵-۱۱/۲۰ |
| بحث و گفت وگو                                                                                                         |       |                     | ۱۱/۲۰-۱۲/۰۰ |
| نماز و ناهار                                                                                                          |       |                     | ۱۲-۱۴       |

**سالن عطار:**  
**جمعه سی ام فروردین ۸۷**

| <b>نشست ژنتیک و فن آوری های نوین</b>                                          |             |                     |             |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------|-------------|
| <b>هیأت رئیسه: مایکل پارکر، داریوش فرهود، جواد توکلی بزاز، مسن ابوالقاسمی</b> |             |                     |             |
| <b>عنوان سخنرانی</b>                                                          | <b>کشور</b> | <b>سخنران</b>       | <b>ساعت</b> |
| اخلاقیات در آزمایش های ژنتیکی                                                 | انگلستان    | مایکل پارکر         | ۸۲۰-۸۰۰     |
| ملاحظات اخلاقی در زمینه های پزشکی و زیستی                                     | ایران       | داریوش فرهود        | ۸۳۰-۸۲۰     |
| اخلاق در نانوبیوتکنولوژی                                                      | سوئد        | رگی ام چریان        | ۸۴۰-۸۵۵     |
| چالش های اخلاقی در تکنولوژی های نوین کمک باروری                               | ایران       | ناز آفرین قاسم زاده | ۸۵۵-۹۱۰     |
| مروری بر ملاحظات اخلاقی در ژنتیک پزشکی                                        | ایران       | جواد توکلی بزاز     | ۹۱۰-۹۲۵     |
|                                                                               |             | پذیرایی             | ۹۳۰-۱۰/۰۰   |

**سالن عطار:**  
**جمعه سی ام فروردین ۸۷**

| هیأت رئیسه: مهندس هوش نیت نیکو، عبدالمسن کاظمی، بیتا امانی، رسول دیناروند                                |        |                     |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------|---------------|
| عنوان سخنرانی                                                                                            | کشور   | سخنران              | ساعت          |
| چالش های اخلاقی پیش روی Nanomedicine                                                                     | ایران  | نسیم عالی دایی      | ۱۰/۰۰ - ۱۰/۱۵ |
| قدرت درمانی سلول های بنیادی در درمان DM: ملاحظات اخلاقی                                                  | ایران  | محسن خوش نیت نیکو   | ۱۰/۱۵ - ۱۰/۳۰ |
| تعریف: E-Topia ظهور مباحث خصوصی بودن اینترنتی و چالش های موجود بر سر راه حفاظت از اطلاعات (سلامت) ژنتیکی | کانادا | بیتا امانی          | ۱۰/۳۰ - ۱۰/۴۵ |
| تحقیقات بر سلول های بنیادی جنینی در ایران و ملاحظات اخلاقی                                               | ایران  | منصوره صنیعی        | ۱۰/۴۵ - ۱۷۰۰  |
| بیو انفورماتیک و ملاحظات اخلاقی آن                                                                       | ایران  | سحر زرین            | ۱۷۰۰ - ۱۷۱۵   |
| آزمایش های ژنتیکی پیش بینی کننده بیماری ها: چالش های اخلاقی و راه های مقابله                             | ایران  | محمدحسین شجاع مرادی | ۱۷۱۵ - ۱۷۳۰   |
| مفهوم، محدوده و ساختار خانواده در شبیه سازی انسان                                                        | ایران  | عبدالحسن کاظمی      | ۱۷۳۰ - ۱۷۴۵   |
| اخلاق و دوپینگ ژنتیکی                                                                                    | ایران  | علی اصغر فلاحي      | ۱۷۴۵ - ۱۲/۰۰  |
| بحث و گفت وگو                                                                                            |        |                     | ۱۲/۰۰ - ۱۲/۳۰ |



## سازمان‌های همکار

- دانشگاه تهران
- نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه‌ها
- شورای عالی انقلاب فرهنگی
- پژوهشکده فناوری‌های نوین علوم پزشکی جهاد دانشگاهی ابن سینا
- سازمان بهداشت و درمان سازمان نفت
- سازمان شهرداری استان تهران
- دانشکده علوم حدیث
- مرکز مطالعات و تحقیقات ادیان و مذاهب
- بنیاد حکمت اسلامی صدرا
- انجمن ایرانی اخلاق در علوم و فناوری
- مؤسسه پژوهشی حکمت و فلسفه ایران
- مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران
- سازمان بهداشت جهانی
- انجمن آسیایی اخلاق زیستی
- کمیته ملی یونسکو
- کمیسیون ملی آیسسکو در جمهوری اسلامی ایران
- بسیج جامعه پزشکی
- سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران



## معرفی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی

### مقدمه:

امروزه بحث اخلاق پزشکی نه تنها به‌عنوان یک علم، بلکه به‌عنوان یک رشته کاربردی در سراسر جهان در حال گسترش است. علم اخلاق پزشکی، موضوعی فرهنگی و ارزش مداراست. به این لحاظ و نظر به ارزش حیاتی علم اخلاق پزشکی در ارائه شایسته خدمات بهداشتی، اجرای برنامه‌های مداوم آموزشی و تحقیقاتی، در این زمینه از اهمیت قابل توجهی برخوردار است.

دانشگاه علوم پزشکی تهران با نگرشی خاص و توجه ویژه به تأثیر دو عنصر تعیین کننده دین و فرهنگ بر مسائل اخلاقی به خصوص علم اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی را در سال ۱۳۸۳ تأسیس نمود. این مرکز تحقیقاتی متشکل از بخش‌های «اخلاق پزشکی» و «تاریخ پزشکی» است که هر یک اهداف و برنامه‌های راهبردی خاص خود را دنبال می‌کنند.

### اهداف مرکز در حوزه/اخلاق پزشکی:

۱. مدیریت و توسعه آموزش اخلاق پزشکی

▪ طراحی و تأسیس دوره کارشناسی ارشد و PhD در زمینه اخلاق پزشکی

▪ برپایی دوره‌های آموزشی، سمینارها و کنگره‌ها

▪ ارائه دوره MPH با گرایش اخلاق پزشکی

▪ سازماندهی مرکز اطلاعات اخلاق پزشکی

۲. توسعه پژوهش در زمینه اخلاق پزشکی

▪ فراهم کردن محیط مناسب برای همکاری فعال محققان

▪ مشارکت در پروژه‌های تحقیقاتی و همکاری تنگاتنگ با کمیته کشوری اخلاق در پژوهش، کمیته اخلاق مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات سلامت باروری ولی عصر، مرکز تحقیقات علوم پزشکی و بیوتکنولوژی ابوعلی سینا، مرکز تحقیقات علمی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تاریخ پزشکی و طب اسلامی دانشگاه علوم پزشکی ایران و مرکز تحقیقات ایدز

▪ اولویت‌دادن به تبیین دیدگاه‌های اسلامی در علوم پزشکی  
۳. تلاش در جهت کاربردی کردن اخلاق پزشکی در کشور  
▪ تدوین آیین نامه های اخلاقی، راهنماهای کاربردی و قوانین مرتبط با علوم پزشکی، منطبق با اصول فرهنگی و مذهبی کشور

#### اهداف مرکز در حوزه تاریخ پزشکی:

۱. سازماندهی و توسعه آموزش تاریخ پزشکی  
▪ هدایت سمینارها در جنبه‌های مختلف تاریخ پزشکی  
▪ انتشار کتب، مجلات، بروشورها، نرم‌افزارها و تدوین بانک اطلاعاتی نسخ خطی پزشکی
۲. پایه‌ریزی و توسعه تحقیق در زمینه تاریخ علوم پزشکی  
▪ آشنایی با محققان و مراکز تحقیقاتی در حوزه تاریخ پزشکی و فراهم کردن زمینه مناسب برای پروژه‌های تحقیقاتی مرتبط  
▪ جمع‌آوری، سازماندهی و معرفی مدارک تاریخی با ارزش، با هدف معرفی تاریخ پرافتخار پزشکی در اسلام و ایران  
▪ همکاری در پروژه‌های تحقیقاتی با محققین سایر مراکز تحقیقاتی

فعالیت ها و اهداف تحقق یافته:

۱- هدایت و همکاری در دهه‌ها پروژه تحقیقاتی در زمینه‌های گوناگون از جمله :

- تدوین آیین‌نامه‌های اخلاق پزشکی
- کرامت انسانی از دیدگاه اخلاق زیستی اسلامی
- رضایت آگاهانه
- پیوند اعضا
- طب عامیانه ایران
- اخلاق در پژوهش

۲- فعالیت‌های آموزشی

- برگزاری ۳ دوره MPH با گرایش اخلاق بالینی
- بازنگری و اصلاح برنامه درسی اخلاق پزشکی دوره پزشکی عمومی
- کسب مجوز برگزاری دوره MSc اخلاق پزشکی
- برگزاری برنامه‌های بازآموزی مدون اخلاق پزشکی برای پزشکان عمومی

۳- اجرای صدها سخنرانی و کارگاه در مورد اخلاق در پژوهش در سراسر کشور

۴- برپایی کنگره‌های بین‌المللی علم و دین و اخلاق پزشکی ایران

۱- کتابخانه اختصاصی

بخش کتابخانه مرکز حاوی بیش از سه هزار عنوان کتاب در زمینه اخلاق و تاریخ پزشکی است.

۲- وب سایت مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی

<http://mehr.tums.ac.ir>

این پایگاه داده‌ها، اطلاعات مفید داخلی و بین‌المللی را در حوزه‌های مختلف اخلاق پزشکی ارائه می‌کند. کاربران می‌توانند اطلاعات مفیدی را در مورد پروژه‌ها، سمینارها و

کنگره‌ها به‌دست آورند. علاوه بر این، یک موتور جست‌وجو برای دسترسی به مطالب منتشر شده (کتاب، مقاله، CD) بر اساس عنوان، نام نویسنده یا کلید واژه طراحی شده است. علاوه بر این، برخی از سخنرانی‌ها و مطالب آموزشی، قابل دانلود از وب سایت هستند. همچنین لینک‌های مفیدی به مؤسسات مرتبط، موجود است.

لازم به ذکر است که از مهم‌ترین بخش‌های این سایت می‌توان بخش کتابخانه را نام برد که حاوی اطلاعات جامعی در خصوص اطلاعات کتاب‌شناسی و فهرست مطالب مندرج در کتاب‌های موجود در کتابخانه تخصصی اخلاق پزشکی است.

- آرشیو دیجیتال نسخ خطی قدیمی (موزه تاریخ پزشکی)

**<http://immb.tums.ac.ir>**

پایگاه داده‌ها حاوی اطلاعات کتاب‌شناسی و نسخه‌شناسی بیش از ۶۰۰۰ نسخه خطی پزشکی است که بر اساس این اطلاعات قابل جست‌وجو است.

۳- مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی

**<http://ijme.tums.ac.ir>**

این سایت مقالات تحقیقی ارسال شده در زمینه اخلاق و تاریخ پزشکی را داوری و به‌صورت آنلاین به دو زبان فارسی و انگلیسی منتشر می‌کند.

آدرس: تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، پلاک ۲۱

تلفن: ۹۸۲۱۶۶۴۱۹۶۶۱+، فکس: ۹۸۲۱۸۸۹۸۷۵۷۴+

ایمیل: [mehr@tums.ac.ir](mailto:mehr@tums.ac.ir)، نشانی وب سایت: <http://mehr.tums.ac.ir>

رئیس همایش: دکتر باقر لاریجانی

دبیر همایش: دکتر سید حسن امامی رضوی

هماهنگ کننده کمیته علمی: دکتر کیارش آرامش

هماهنگ کننده کمیته اجرایی: دکتر علیرضا پارساپور

کمیته برنامه ریزی:

- دکتر باقر لاریجانی
- دکتر سید حسن امامی رضوی
- دکتر محمد حسین نیکنام
- دکتر عبدالعزیز ساشدینا
- دکتر محمد مهدی اصفهانی
- دکتر مرضیه وحید دستجردی
- دکتر کیارش آرامش
- دکتر علیرضا پارساپور
- دکتر علیرضا باقری

کمیته علمی: (فقه و حقوق)

- آیت الله ابراهیم امینی
- آیت الله سید محمد خامنه ای
- آیت الله محمد محمدی ری شهری

- آیت الله دکتر حمید زنجانی
- حجه الاسلام محمد ناصر سقایی بی‌ریا
- حجه الاسلام و المسلمین دکتر حمید شهریاری
- حجه الاسلام نیکزاد عیسی زاده
- حجه الاسلام و المسلمین حاج شیخ صادق لاریجانی
- آیت الله دکتر سید مصطفی محقق داماد
- حجه الاسلام و المسلمین محمد محمدیان
- حجه الاسلام و المسلمین حاج سید ابوالحسن نواب
- دکتر علیرضا میلانی فر
- آیت الله محمد یزدی
- کمیته علمی: (فلسفه)
- دکتر حمید رضا آیت اللهی
- دکتر غلامرضا اعوانی
- دکتر شهین اعوانی
- دکتر محسن جوادی
- دکتر سروش دباغ
- دکتر امیر عباس علی‌زمانی
- دکتر احد فرامرز قراملکی
- کمیته علمی: (پزشکی)

- دکتر کیارش آرامش
- دکتر محمد مهدی آخوندی
- دکتر مرتضی اشرفی
- دکتر فریبا اصغری
- دکتر محمد مهدی اصفهانی
- دکتر سید حسن امامی رضوی
- دکتر سمانه انصاری
- دکتر علیرضا باقری
- دکتر کامران باقری لنکرانی
- دکتر عبدالله بهرامی
- دکتر علیرضا پارساپور
- دکتر غلامرضا پورمند
- دکتر ضیاء الدین تابعی
- دکتر جواد توکلی بزاز
- دکتر مریم جبری
- دکتر علی جعفریان
- دکتر نجات‌الله جورابراهیمیان
- دکتر امیر حسن حاج‌ترخانی
- دکتر محمد حسین حریرچیان

- دکتر محسن خوش نیت نیکو
- دکتر رسول دیناروند
- دکتر فاطمه رمضان زاده
- دکتر فرزانه زاهدی انارکی
- دکتر علیرضا زالی
- دکتر جواد سعید تهرانی
- دکتر سید جمال الدین سجادی
- دکتر شمس شریعت تربقان
- دکتر عباس صاحبقدم لطفی
- دکتر شهاب الدین صدر
- دکتر انیسه صمدی
- دکتر سید محمود طباطبایی (جراح مغز و اعصاب)
- دکتر سید محمود طباطبایی (روانپزشک)
- دکتر محمود عباسی
- مریم عزیزی
- دکتر سید مؤید علویان
- دکتر بهرام عین‌اللهی
- دکتر سید حسین فتاحی معصوم
- دکتر اکبر فتوحی

- دکتر داریوش فرهود
- دکتر مصطفی قانع
- دکتر عبدالحسن کاظمی
- دکتر حسین کشاورز
- دکتر علی کاظمیان
- دکتر علی کاظمی سعید
- دکتر سید منصور گتمیری
- دکتر سمیه ماهروزاده
- دکتر محمد علی محقق
- دکتر علیرضا مرندی
- دکتر مصطفی معین
- دکتر حسین ملک افضلی
- دکتر رضا ملک زاده
- دکتر میترا مهدوی مزده
- دکتر حسن میاننداری
- دکتر عظیم میرزازاده
- دکتر احمد علی نوربالا
- دکتر محمد حسین نیک‌نام
- سید ابوالحسن نواب

• دکتر مرضیه وحید دستجردی

• دکتر علی‌اکبر ولایتی

• دکتر محمد واسعی

اعضاء خارجی کمیته علمی:

• دکتر ریوایچی ایدا (ژاپن)

• دکتر توماس ایک (آلمان)

• دکتر هیثم الخياط (سازمان بهداشت جهانی)

• دکتر مایکل پارکر (انگلستان)

• دکتر عبدالناصر کعدان (سوریه)

• دکتر عبدالله دار (کانادا)

• دکتر لئوناردو دو کاسترو (فیلیپین)

• دکتر آندورنو روبرتو (سوئیس)

• دکتر عبدالعزيز ساشادینا (آمریکا)

• دکتر اندرو گوستافسون (آمریکا)

• دکتر فرحت معظم (پاکستان)

• دکتر داریل میسر (تایلند) (یونسکو)

• دکتر دانیل ویکلر (آمریکا)

کمیته اجرایی:

- دکتر کیارش آرامش
- کبری آقایی
- دکتر فریبا اصغری
- دکتر شهین اعوانی
- دکتر سمانه انصاری
- فاطمه باباخانی
- دکتر علیرضا باقری
- دکتر فتانه سادات بطحایی
- دکتر سید مهدی بلورچی
- دکتر علیرضا پارساپور
- دکتر مریم جبری
- غلامرضا حسن پور
- دکتر سید علیرضا حسینی
- دکتر زهره حقیقی
- دکتر غلامرضا حیدری
- امیر حسین خداپرست
- دکتر محسن خوش نیت نیکو
- هانیه رستم‌آبادی

- دکتر پونه سالاری
- صفورا سلیمانی فخر
- دکتر سعیده صادقی
- ساناز شریفی
- سهیلا شایان
- مریم شیرینی
- دکتر انیسه صمدی
- مریم عزیزی
- مریم علیایی
- دکتر سید احمد فاطمی تبار
- محمد قدرتی
- رضا کارگر
- مهدی کیهان
- زینب کریمی
- دکتر منصور گتمیری
- دکتر سمیه ماهروزاده
- علی محمدی
- لیلا نوری
- امیر هوشنگی

## مقدمه:

هم‌گرایی ایجادشده بین علوم پزشکی، فقه، حقوق و اخلاق پس از یک‌دوره فترت که به دنبال تخصصی‌شدن علوم و جدایی آن‌ها از یکدیگر ایجاد شده بود، فرصت مغتنمی برای بشریت فراهم آورده است تا بتواند طعم شیرین ثمره‌های همکاری این علوم با یکدیگر را بچشد.

پیشرفت‌های چشم‌گیری که در علوم پزشکی شاهد آن هستیم اگرچه فواید غیرقابل انکاری برای انسان‌ها به ارمغان آورده است، از طرف دیگر، سؤالات و معضلات اخلاقی جدیدی را نیز به همراه داشته است.

بی‌شک، ارائه پاسخ‌های اخلاقی به معضلات پزشکی بدون همکاری و دقت نظر متخصصان سایر رشته‌ها نظیر فقه و حقوق میسر نمی‌باشد.

خوشبختانه، تکیه بر مبانی دینی، فقه پویا و همکاری نزدیک متخصصان پزشکی و علمای دین در کشور اسلامی‌مان زمینه‌های مناسبی را در یافتن پاسخ به سؤالات جدیدی که علوم نوین پزشکی پیش روی ما می‌گذارند فراهم آورده است. برگزاری این کنگره نه تنها از این نظر که اخلاق پزشکی به‌عنوان یکی از

مباحث علمی در پزشکی محسوب می‌گردد، بلکه به جهت تأثیری که اخلاق پزشکی بر کل نظام سلامت دارد نیز مورد حمایت این وزارتخانه می‌باشد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در برنامه‌های خود توجه ویژه‌ای بر اولویت رعایت موازین اخلاقی، به‌خصوص در توزیع عادلانه منابع در خدمت‌رسانی به مردم عزیز کشور و نیز در پژوهش‌های پزشکی که سهم بسزایی در شکوفایی کشور ایفا می‌نمایند، دارد.

این وزارتخانه معتقد است که رعایت موازین اخلاقی نه تنها ضامن حفظ حقوق بیماران، بلکه موجب ارتقای شأن ارائه‌دهندگان خدمات در نظام سلامت و نیز تحکیم رابطه پزشک و بیمار براساس محبت و صداقت می‌گردد.

بر این اساس، در تهیه نقشه جامع علمی کشور در بخش سلامت نیز بر ارزش‌های حاکم بر نظام سلامت و نیز ملاحظات اخلاقی تأکید خاصی صورت گرفته است. در بخش آموزش پزشکی نیز با تشکیل گروه‌های اخلاق پزشکی در دانشگاه‌ها، برنامه‌ریزی برای پرورش متخصصان این رشته در دوره‌های کارشناسی ارشد و دکتری، حمایت از برگزاری دوره‌های آموزشی و سمینارها گام‌های بلندی در تقویت آموزش اخلاق پزشکی به دانشجویان برداشته است. با توجه به پیشرفت

علوم نوین پزشکی و پیشرفت چشم‌گیر ایران در بعضی از این فنون، به‌نظر می‌رسد که همکاری متخصصان طب، اخلاق، حقوق و فقه بیش از پیش ضرورت دارد.

هم‌چنین لازم است که ملاحظات و راهنماهای اخلاقی و حقوقی در مباحثی که فقه پویای اسلام آن را مجاز می‌داند، چه در بخش تحقیقات و چه در بخش درمان، توسط متخصصان امر با همکاری بخش‌های ذی‌ربط هرچه سریع‌تر تدوین گردد.

در پایان به همکارانم در دانشگاه علوم پزشکی تهران برای برگزاری این کنگره بین‌المللی تبریک می‌گویم و از خداوند سبحان توفیق روزافزون آنان را خواهانم.

**دکتر لنکرانی**

**وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**



## دیباچه

اخلاق پزشکی با قدمت دیرینه‌ای که دارد، بنا به ضرورت غیرقابل انکار جامعه معاصر و پیشرفت چشم‌گیر در علم و فناوری طی دهه‌های اخیر تحولی بی‌سابقه را تجربه کرده است و اخلاق پزشکی سنتی ما به اخلاق پزشکی نوین با ساختارهای جدید و پویا تبدیل شده است.

اخلاق پزشکی به‌عنوان دانشی میان‌رشته‌ای، نقطه تلاقی حوزه‌های متعدد و گسترده‌ای از معرفت بشری، شامل الهیات، فقه، فلسفه، حقوق، انسان‌شناسی و پزشکی است. شاید کم‌تر رشته‌ای را بتوان یافت که این‌گونه حاصل تعامل و تشریک مساعی دانشمندانی از چنین گستره وسیعی از تخصص‌ها باشد. رویکرد علمی و عملی مباحث اخلاق پزشکی از سویی نیازمند آگاهی از جنبه‌های تخصصی پیشرفته‌ترین فناوری‌های زیست‌پزشکی است و از دیگر سو به‌واسطه ماهیت ارزش-محوری که دارد تعامل نزدیکی با دین، فرهنگ، فلسفه و حقوق دارد. پرسش‌های اخلاق پزشکی هم‌زمان هم ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را درگیر می‌کند و هم فیلسوف را و در عین حال که از فقیه نیز کمک می‌گیرد، به یاری انسان‌شناس نیازمند است و فرهنگ را به همان اندازه زیر ذره‌بین قرار

می‌دهد که زیست‌شناسی و ریزفناوری را. در چنین زمینه گسترده‌ای از همکاری و تعامل است که از سویی علم و فناوری در مسیر شتابان خود مرزهای اخلاقی حرکت خود را باز می‌شناسد و از دیگر سو علوم انسانی ظهور خود را در عرصه عمل تجربه می‌کنند.

وابسته بودن اخلاق پزشکی به دین و فرهنگ پی‌آمد مهم دیگری نیز دارد و آن این که تفاوت‌های فرهنگی را باید در امر تصمیم‌گیری‌های اخلاق پزشکی جدی گرفت. به‌طور مسلم نمی‌توان داورهای صورت‌بندی‌شده در یک محیط فرهنگی و دینی را به سایر جوامع تعمیم داد، بلکه هر جامعه و فرهنگ زنده‌ای باید در عین گفت‌وگو و تبادل نظر با دیگر فرهنگ‌ها و جوامع، راه و الگوی ویژه خود را برای پاسخ‌گویی به مباحث اخلاقی مطرح در علوم و فنون مختلف بیابد. این زاینده‌گی و نوآوری نشانه زنده بودن و شکوفا بودن یک جامعه و فرهنگ است، همان‌طور که تقلید کورکورانه و ترجمه غیرنقادانه، از خمودی و مرگ آن فرهنگ خبر می‌دهد.

فرهنگ اصیل و غنی ایرانی-اسلامی از ظرفیت فراخ و توانایی گسترده‌ای برای پرداختن به این حیطه مهم معرفتی برخوردار است. تحقق و شکوفایی این ظرفیت میسر نمی‌شود جز با همکاری، گفت‌وگو و هم‌اندیشی میان متخصصان

رشته‌های گوناگون در داخل و نیز برقراری ارتباط و استفاده از تجارب کشورهای که سابقه دانشگاهی سترگی در پرداختن به این موضوعات دارند.

اولین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی در ایران در سال ۱۳۷۲ گامی مهم و اثربخش در این راستا بود. شکل‌گیری کانون‌هایی برای پژوهش و آموزش در این حیطه، به‌ویژه تأسیس مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، و برخی پیشرفت‌هایی که در این زمینه در کشور اسلامی ما حاصل شد، تا حد زیادی وامدار همان کنگره بود. از پی آن رویداد مهم، گام‌های بزرگی در این عرصه در کشورمان برداشته شد که از آن میان می‌توان به تشکیل کمیته‌های ملی و منطقه‌ای اخلاق در پژوهش، راه‌اندازی دوره‌های مختلف آموزشی، انتشار صدها کتاب و مقاله در داخل کشور و نشریات معتبر جهانی، تشکیل انجمن‌ها و کمیته‌های مربوطه در سطوح دانشگاهی و ملی و حضور فعال در مجامع جهانی مرتبط اشاره کرد.

اکنون دومین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی ایران با عنایات پروردگار و با تلاش صادقانه همکاران و پژوهشگران این رشته، برآن است که ضمن ایجاد محملی برای ارائه دستاوردهای درخشان سال‌های اخیر، به ارتقای دانش دست‌اندرکاران و روشن کردن هرچه بیش‌تر مسیر آینده این رشته در کشور

بپردازد. امید است که این کنگره با عنایت الهی گام مؤثری در جهت ارتقای سطح علمی و عملی اخلاق پزشکی در کشور اسلامی ایران باشد.

در پایان، لازم می‌دانم از زحمات همه همکاران محترم در کمیته علمی و کمیته اجرایی و اساتید و دانش‌پژوهان ارزشمند داخلی و خارجی که با ارسال مقاله و حضور در سخنرانی‌ها و هیأت رئیسه در برگزاری این کنگره مشارکت صمیمانه داشته‌اند و همین‌طور سازمان‌های همکار داخلی و خارجی که با همکاری خود برگزاری کنگره را میسر نموده‌اند قدردانی نمایم.

دکتر باقر لاریجانی

رئیس کنگره

## سخن آغازین:

### طب و طبیب

برداشتی از اثر استاد علامه آیت‌الله حسن‌زاده آملی

دانش گرانقدر طب و ارزش والای طبیب فراتر و فزون‌تر از آن هستند که در کراسه‌ای به‌صورت مقاله و رساله به رشته تحریر درآیند.

طبیب در میان ابناء نوع خود بدان سعادت و مقام و مرتبت است که به مظهر بودن اسم شریف «محیی» که از اسمای بزرگ الهی است، نایل آمده است. یعنی طبیب در منظر اعلای مردم اوحدی، «عیسوی مشربی» در مدینه فاضله، انسانی است که درمان بیماران، احیای نفوس می‌کند و به پیکر جامعه روح حیات و بقا می‌دمد. علاوه بر این، خود کلمه «طبیب» به دو معنا از نام‌های نیکوی خدای سبحان است: یک معنی این که لفظ «طبیب» از **اسمای کتبی** خداوند تعالی مأثور است؛ دوم این که هر کلمه‌ای از کلمات نوری وجودی، اسمی از **اسمای تکوینی** الهی است. تو صد حدیث مفصل بخوان از این مجمل.

وانگهی خدای را که به «یا شافی» می‌خوانی و از وی درمان می‌خواهی، چنان است که برزگر از خداوند باران طلب می‌کند. هر یک از درمان و باران را اسبابی

است که باید از آن اسباب خواسته هر یک برآورده شود. بیمار و برزگر هر دو تشنه آب حیات هستند؛ وجود طبیب برای بیمار به منزلت ابر رحمت برای برزگر است.

استاد بزرگوارم آیت علم و دین، جناب حاج میرزا مهدی الهی قمشه‌ای (شرف‌الله نفّسه)، در جلسه درسی حکایت فرمود: «در زمان پیامبر خاتم (صلی‌الله‌علیه و آله و سلم) طبیبی یهودی درگذشت. آن حضرت را از وفات وی خبر دادند. رسول اکرم از شنیدن آن اظهار تأسف کردند. عرض نمودند: یا رسول‌الله این متوفی یهودی بوده است. فرمود: مگر نمی‌گویید طبیب بوده است.»

انسان بالطبع مدنی است و خواهان مدینه فاضله است تا زندگی به آسایش داشته باشد و سعادت ابدی خود را تحصیل کند. مدینه فاضله را ارکانی است که باید هر یک در حدّ خود سخت پایدار و استوار باشد تا مدینه فاضله صورت پذیرد و تشکل یابد. مدینه پیکری است که اعضای آن بنی‌آدم‌اند و این افراد را، تن و روان است؛ لاجرم برای بهداشت هر یک، پزشکی ویژه باید؛ پیکر اجتماع را حکومت عدل الهی، روان را عالم پارسای دینی، تن را طبیب بصیر ثقه.

قال مولانا الامام الصادق (ع): «لَا يَسْتَعْنِي أَهْلُ كُلِّ بَلَدٍ عَنْ ثَلَاثَةٍ تُفَرِّعُ إِلَيْهِ فِي أَمْرِ دُنْيَا وَ آخِرَتِهِمْ فَإِنْ عَدَمُوا ذَلِكَ كَانُوا هَمَجًا: فقيه عالم ورع، و امیر خیر مطاع، و طبیب بصیر ثقه.»

این اطباء سه‌گانه، اصول و ارکانند. حال اگر کسی چون ابن‌خلدون در مقدمه تاریخی‌اش بگوید: «جامعه را چند بازرگان معتبر نیز باید تا پیکر اجتماع به فقر اقتصادی دچار نگردد»، گزاف نگفته است و یا دیگران بیفزایند که حرف و صنایع بسیاری نیز از قبیل خط و کتابت و فلاح و تجارت و حیاکت و خیاطت و نظایر آن‌ها برای حفظ پیکر مدینه فاضله و اجتماع انسانی، ضروری است درست گفته‌اند.

انسان موجودی ممتد به امتداد نظام هستی است. مرتبت مادی آن به نام بدن، مبدأ تکون او در تحت تدبیر منفرد به جبروت است «هُوَ الَّذِي يُصَوِّرُكُمْ فِي الْأَرْحَامِ كَيْفَ يَشَاءُ»؛ و به هر اندازه ارکان مزاج بایسته‌تر و اعتدال مزاج شایسته‌تر و اندام آدمی موزون و آراسته‌تر و تندرستی آن دل‌خواسته‌تر بود، قابلی قوی‌تر و شریف‌تر برای به فعلیت رسیدن کمال انسانی وی بود، چه این‌که بدن انسان و جمیع قوا از طبع تا عقل وی وسایل پیشرفت و تور شکار اویند، و انسان با حفظ وصف عنوانی انسان، شکار او علوم و معارف و درک حقایق است، نگاهداشت حدّ این آلت شکار و وسیله نیل به کمال به نعمت بود دانش پزشکی و وجود دانشمند پزشک است.

استکمال نفس ناطقه که ترقی وی از عقل هیولانی تا به مرتبه عقل مستفاد و مافوق آن است، بدون کمال بدن که صحت آن است صورت نپذیرد، چه این‌که بدن مبتلا به آلام و اسقام، از استقامت افکار باز می‌ماند و سیر تکاملی انسانی

برایش می‌سور نیست. به تعبیر دیگر، انسان با کمک کشتی بدن تواند که در دریای بیکران هستی سیر کند و کافل حفظ و سلامت این کشتی، علم شریف طب و طبیب عزیز است. چه فخر و مباهاتی و کدام پایه و سرفرازی برتر از این که چنین موهبت خدای سبحان نصیب نصاب انسان گردد!

شکرانه چنان نعمت سترگ، رفتار خوش با بندگان خدای است. دریغ باشد واجد چنان مقام معنوی‌ای افسون هوا و هوس شود و با ابناء نوع خود - آن هم با بیمار فگار دل شکسته و سوخته که چشم امید به عنایت طبیب دوخته - کبر فروخته، گران جانی و خودبینی و ناروایی را روا دارد!

تأثیر و تأثر هر یک از نفس و بدن در دیگری و از دیگری و طاعت طبیعت بدن مر اوهام نفسانی را، مطلبی بسیار شایان توجه است که کتب طبی و فلسفی آن را عنوان و استدلال فرموده‌اند، و جناب شیخ را، در فصل چهاردهم از جمله نخستین تعلیم دوم فن دوم کلیات قانون، اشاراتی لطیف در این مطلب شریف است. (ص ۱۹۵ ط وزیری چاپ سنگی).



## **رهنمودها:**

**در ملاقات با کمیته برگزارکننده کنگره**



فرازهایی از رهنمودهای حضرت آیت الله بهجت در ملاقات با کمیته

### برگزارکننده کنگره

---

کاری نکنید که عاقبت پشیمانی داشته باشد. اگر می‌توانید تلاش کنید که اولادتان اهل علم شود و درس بخواند. درس خواندن بر همه واجب است، حتی یک ساعت در ۲۴ ساعت، مخصوصاً اگر دروس دینی باشد.

اگر کسی می‌خواهد شاه یا رئیس‌جمهور بشود، باید محرمات را بداند که، انجام ندهد. اما اگر حلال و حرام را نداند، ممکن است مرتکب شود. پس باید حرام را از حلال یاد بگیرد.

خدا انشاءالله موفق‌تان کند که هرگز مثل جاهل‌ها نباشید و آن‌قدر علمیت داشته باشید که در خانه‌تان روایات اهل بیت، [این (سخنان ارزشمند) را از روایات و قرآن، که خدا می‌داند انبیا خصوصاً پیغمبر اعظم در آن چه فرموده‌اند] را بخوانید. کسی که عامی و درس نخوانده باشد از این روایات مطلع نیست.

حیوانات در این دنیا روزی می‌خورند، مبدا انسان‌ها از محلی ارتزاق کنند که عاقبتش هلاک ابدی است. انسان باید خودش را درون سیم‌خاردراری بگذارد که شیاطین انس و جن نتوانند در کار او دخالت کنند.

یکی از اساتید اخلاق در نجف می‌گفتند، من ضامنم، کسی که نمازهای پنجگانه را در اول وقت بخواند به مقامات عالی‌ه برسد و اگر این کار را انجام داد و

باز هم نرسید، آن وقت من را لعن کند.

درباره نماز اول وقت روایت‌های زیادی داریم. در روایتی آمده است:

فضل اول وقت بر غیر اول وقت، مثل فضل من است بر امت، در روایت دیگر هم آمده، مثل فضل دنیا است بر آخرت. در قرآن و روایات برای ما چه چیزها گذاشتند. مثل ما مثل این است که طیباتی را در اتاقی مقفل گذاشتند که هیچ کس کلیدش را ندارد. کسی که نماز می‌خواند همه چیز دارد، نماز ستون خیمه است. کسی که خود را مقید به نماز خواندن می‌کند خودش متلذذ از این تعبدیات می‌شود نه فقط اینکه نباید با زور شلاق به او بگوییم نماز بخوان. مثل حلوا خوردن که لازم نیست کسی را به زور وادار به حلوا خوردن نمود چون ذائقه‌اش با حلویات مناسب باشد.

طیب خیلی باید مراقب و ملتفت باشد که کاری خلاف ایمان از او سر نزند. اگر فقرا را معالجه می‌کند، خدا آگاه است، پس اجرت را باید از خدا بخواهد، نه از بیماران. شاید مال هم داشته باشد برکت نداشته باشد. صاحب کار می‌داند که چه باید بکند. انسان باید مزد کار را از خدا بخواهد، همه مخلوقات روزی می‌خورند چطور خدا برای انسان مضایقه دارد؟! خصوصاً روایت دارد که اهل علم را من ضامن از ارزاقشان هستم.

فرازهایی از رهنمودهای حضرت آیت الله صافی گلپایگانی در ملاقات با

### کمیته برگزارکننده کنگره

---

علم طب از جمله علمی است که بشر از اول به آن احتیاج داشته و هیچ‌گاه خود را از آموختن آن بی‌نیاز ندانسته و از آن غافل نمانده است. از دیدگاه ادیان مختلف و از جمله اسلام، این علم به عناوین مختلفی چون خدمت به مردم و رسیدگی به حال آنان و کمک به ضعفا و عناوین پسندیده دیگری مورد ترویج و تشویق قرار گرفته است. و وقتی که پزشک به وظایف خود عمل کند، مشمول تمامی اجر و ثواب و فضیلت عناوین یادشده می‌شود.

در روایاتی آمده است که: «تَبَسُّمُ الرَّجُلِ عَلَى الْبَشَرِ اَخِيهَ حَسَنه» و یا «مَا عَبْدُ اللَّهِ بِشَىْءٍ أَحَبَّ إِلَيْهِ مِنْ ادْخَالِ السَّرُورِ عَلَى قَلْبِ الْمُؤْمِنِ»، یعنی پروردگار به چیزی بالاتر از عملی که مؤمن یا بشری به واسطه آن خوشحال گردد، عبادت نشده است. در فعالیت پزشکی است که مصداق احادیث فوق به نحو کمال بروز می‌کند و اهمیت احسان و نیکی به مردم در این جا بارز است.

پزشکی علمی با قداست است و این قداست باید محفوظ بماند. پزشکان بدانند شغل بسیار بسیار شریفی دارند و با این شغل می‌توانند دائماً در مسیر تقرب به خداوند سیر داشته باشند. بیمارستانی که پزشکان در آن مشغول به کار هستند پرستشگاه بزرگی است که در اختیار دیگران نیست، آن‌جا نردبان ترقی و رسیدن به اوج مقامات معنوی است.

جامعه‌ای که در پزشکی کامل نباشد نقص مهمی دارد که نقایص دیگر در جنب آن چیزی نیست. روح و جسم انسان باید در مسیر ترقی و تکامل باشد. سلامت روح و بدن با هم در ارتباط است. قداست علم طب به حدی است که مرحوم آیت‌الله بروجردی، که ثانیه‌های حیاتشان منشأ برکت بود، با آن درجه از قرب و تقوی، در مورد پزشکی که در بروجرد بود - و شخص بسیار وظیفه‌شناس، با احساس مسؤولیت، دلسوز و همیشه در دسترس مردم بود و هر وقت که بیماری مراجعه می‌کرد یا لازم بود که خودش بیماری را عیادت کند با کمال اشتیاق می‌رفت - می‌فرمودند: «خدا/یا اگر/ینها بندگان تو هستند ما چه بگوییم.»

در رابطه با اخلاق پزشکی می‌توان گفت که پزشک باید آرام و متین باشد و صبر و تحمل بسیار داشته باشد. بیماری که یک‌سال یا بیش‌تر درد کشیده،

ممکن است به پزشک اعتراض کند، پزشک باید تحمل کند و با تبسم و روی خوش برخورد کند. جنبه مادی این علم در مقابل قداست آن چندان با اهمیت نیست و اگر اجر و منزلت آن با مادیات معاوضه شود، پزشک مغبون می‌گردد.

در زمینه اخلاق پزشکی رازداری بسیار اهمیت دارد و پزشک باید رازدار بیمار خود باشد. بزرگوارانی که به پزشکی و طبابت اشتغال دارند، در واقع، در خدمت بندگان خدا و در حال عبادت هستند و این عنوان کمی نیست. بسیاری توانایی مادی ندارند و نمی‌توانند دارو و درمان بگیرند، عزیزان پزشک باید احساس مسؤولیت کنند و سوگندی را که خورده‌اند همواره به یاد داشته و بدان متعهد باشند. نباید از پزشکی برای رسیدن به مقام یا عنوان خاصی استفاده کرد. مهم خدمتگزاری به بیماران و رسیدگی به حال آنان است. پزشکی که می‌خواهد بیماری را معالجه کند، باید توانایی مالی بیمار را بداند و اگر می‌تواند به او کمک نماید. باید توجه داشته باشند که به خدمت بندگان اشتغال دارند که این عنوان بلندمرتبه‌ای است. در روابط موجود در بیمارستان باید جنبه‌های شرعی و مسأله اختلاط زن و مرد و دستورات شرعی را مد نظر داشته و مسؤولیت‌پذیر باشند. توجه به تعالیم اسلام و اجرای آن در بیمارستان‌ها و جامعه می‌تواند مسائل و مشکلات را برطرف نماید.



فرازهایی از رهنمودهای حضرت آیت الله مکارم شیرازی در ملاقات با

### کمیتہ برگزارکننده کنگرہ

---

از نظر اسلام اخلاق با تمامی مباحث آمیخته است و تنها عبادات نیست که بعد اخلاقی دارد. در اسلام همه چیز بعد اخلاقی دارد. مثلاً یکی از اختلافات موجود با اقتصاددان‌های مادی‌گرا بر سر این است که از نظر اسلام اقتصاد نمی‌تواند از اخلاق جدا باشد، ولی از نظر آن اقتصاددانان کسب سود بیش‌تر از هر طریق ممکن است. در اسلام حتی در مراسم دفن اموات هم، که پایان زندگی است، رعایت مسائل اخلاقی در حد اعلاء دیده می‌شود. اما در پزشکی اخلاق اسلامی بسیار گسترده و دامنه‌دار است و نه تنها پزشک بلکه پرستار، عیادت‌کننده و همه کسانی را که به نوعی در محور بیمار فعالیت دارند در بر می‌گیرد.

اگر کاری بخواهد درست انجام پذیرد، باید توأم با نظم و دلسوزی و محبت و احساس مسؤولیت باشد و اگر نباشد، درست انجام نمی‌شود. مثلاً، اگر پزشک با بیماری که در بستر بیماری است، هرگونه که خواست برخورد کند و در قبال وی احساس مسؤولیت لازم را نداشته باشد، ممکن است جان بیمار به خطر بیفتد. اما اگر پزشکی با اخلاق آمیخته باشد، جان بیماران نجات می‌یابد. رعایت موازین اخلاقی در پزشکی از طرفی سبب آرامش روحی اطباء و اطرافیان‌شان می‌شود و به تبع آن موجبات بهبودی بیمار هم حاصل می‌شود.



## فرازهایی از رهنمودهای حضرت آیت‌اله نوری همدانی در ملاقات با

### کمیتة برگزارکننده کنگره

---

اسلام به‌طور کلی از سه بخش تشکیل گردیده است. بخش اول بخش عقاید است که معروف به معارف اعتقادی اسلام است، یعنی گام اول یا اصل اولی را که اسلام در راه تکامل انسان‌ها می‌داند، اصل ایمان و اعتقاد به ارزش‌های والای اسلام است. بخش دوم بخش اخلاق است که مربوط به ملکات و روحیات انسان‌هاست که به دو قسم تقسیم می‌شود؛ اخلاق رذیله و اخلاق فاضله. اخلاق رذیله آن خوی‌ها و ملکاتی است که ناپسند است و باید از مزرعه وجود انسان پاک و برداشته شود. در مقابل، اخلاق فاضله خوی‌های پسندیده‌ای است که باید روح انسان‌ها به آن‌ها منتصب باشد. بخش سوم بخش عمل است. واجبات و وظایفی که انسان باید انجام دهد و محرماتی که باید از آن‌ها اجتناب کند.

مسأله اخلاق که بسیار هم مهم است و در قرآن کریم در سوره شمس (سوره ۹۱) خداوند بعد از ۱۱ قسم، رستگاری را در تزکیه و تهذیب اخلاق دانسته و سقوط را عدم تزکیه اخلاق می‌داند. کتاب‌های زیادی در زمینه اخلاق داریم: «معارج السعاده» حاج ملا احمد نراق، «جامع السعادات» بد. اشاعه، «حیاء الاحیاء»

ملا محسن فیض کاشانی و ...

### انواع اخلاق

- اخلاق عمومی مردم: هر کسی باید سعی نماید روح خود را به اخلاق نیک منتصب کند و آن چه را فطرت اقتضا می‌کند رشد دهد و آن چه را که موجب سقوط و انحطاط روح انسان است - مانند خودپسندی، حسد، تکبر و صفات رذیله - از روح خود بزدايد.

- اخلاق صنفی: مربوط می‌شود به اصناف که از هر فردی در هر صنفی اخلاق و روحیات خاصی انتظار می‌رود، مثلاً از علماء و طلاب و روحانیون انتظار اخلاق خاصی می‌رود؛ اخلاقی شبیه به اخلاق انبیاء و ائمه اطهار علیهم‌السلام. چون در همان راه هدایت وارث و تعلیم و تربیت گام بر می‌دارند. از تاجر و کاسب اخلاق خاص آن‌ها و از اطباء محترم و پرستاران هم اخلاق خاص خودشان.

بحث درباره اخلاق پزشکی باید مورد توجه قرار گیرد. اخلاق پزشکی اسلامی با اخلاق پزشکی غیر اسلامی فرق دارد. چون آن چه در اسلام است، براساس جهان‌بینی اسلامی تنظیم شده است و این جهان‌بینی تأثیر زیادی هم در اخلاق و هم در عمل دارد.

نکاتی چند در این رابطه: اول این که از دیدگاه اسلام دو علم بیش از علوم دیگر اهمیت دارند، یعنی اگرچه اسلام فراگیری تمامی علوم را که به نفع بشر است

توصیه می‌کند، اما همه علوم را در یک‌مرتبه ندانسته و آن‌ها را براساس فوایدی که در آن وجود دارد طبقه‌بندی می‌کند.

تمایز علوم بسته به تمایز موضوعات است و شرافت علوم به موضوعات است و هرچه موضوع اشرف باشد، آن علم هم اشرف می‌شود. اسلام اولین علم را خداشناسی می‌داند. شریف‌ترین علم آن علمی است که از وجود خدا و صفات سلویه و صفات ثبوتیه ایشان صحبت کند. بعد از علم خداشناسی دو علم دیگر بسیار مهم هستند. «*علم علما علم الادیان و علم الابدان*»: یعنی علم فقه و علم طب. علم ادیان که بایستی در حوزه‌ها بحث شود و علم ابدان که در پزشکی بحث می‌شود. علم ادیان به روح مربوط است و علم ابدان به بدن مربوط می‌شود. در مقایسه روح و بدن، روح شریف‌تر است، اما هر دو بسیار مهم‌اند و با هم ارتباط دارند.

در اسلام تأکید مهم بر آن است که انسان‌ها یکدیگر را دوست بدارند. امام صادق (ع) می‌فرمایند: «*هنگامی که دو مسلمان با هم برخورد می‌کنند هر کدام به آن یکی محبت بیش‌تری داشته باشد نزد پروردگار افضل است.*»

در رساله حقوق از قول امام سجاد (ع)، ۵۰ حقی که به عهده انسان است ذکر گردیده است که اولین حق، حق خداوند است و این پنجاه حق را کسی می‌تواند مراعات نماید که واقعاً انسان کاملی باشد. حق مسلمان بر مسلمان آن است که در دل محبت فراوان نسبت به یکدیگر داشته باشند. توصیه شده است که بزرگ‌تر از

خود را به منزله پدرتان بدانید و کوچک‌تر از خود را مانند فرزندتان بدانید و همان‌گونه مورد محبت قرار دهید. حضرت امیرالمؤمنین (ع) در نامه‌ای خطاب به مالک اشتر (هنگام اعزام به کشور مصر) می‌فرماید: «دلت باید از محبت مردم سرشار و مالا مال باشد، از دو حالت خارج نیست یا برادر دینی شما است یا برادر دینی نیست ولی نظیر شما انسان است و شما باید انسان را دوست داشته باشید.»

پزشکان یا پرستاران باید هر بیماری را دوست داشته باشند و بزرگسالان را مثل پدرشان و کوچک‌ترها را مثل فرزندان خود و همسالان را مانند برادر خود بدانند. بنابراین، همان عنایتی که به پدر و فرزند و برادرشان دارند، همان را باید به بیماران هم داشته باشند. این اصل در تمام موارد اخلاق به‌خصوص اخلاق پزشکی حاکم است.

فرازهایی از رهنمودهای حضرت آیت الله موسوی اردبیلی در ملاقات با

### کمیتہ برگزارکننده کنگره

---

اخلاق پزشکی ترکیب یافته از دو کلمه اخلاق و پزشک است، اما کلمه اخلاق جمع خلق است. خَلَق و خُلُق هر دو از یک منشأ هستند منتها خَلَق مربوط است به ظواهر انسان و خُلُق مربوط است به باطن انسان. خُلُق به معنای خوی است. اخلاق یعنی رفتار و عادات و اصول حاکم بر سلوک درست انسان. این بدان معنی است که انسان همواره طبق فطرتش عمل نکرده و اصول اخلاقی را مراعات نمی‌کند. هوس‌ها، هواها، دغدغه‌ها و وسوسه‌ها انسان را از راه درست به در می‌کند، لذا همواره نیازمند ناصحانی است که او را مخاطب و مورد پند و اندرز قرار دهند. بودند اشخاصی که بدین مهم اقدام نمودند و بهترین‌شان انبیاء بودند. پیامبر (ص) فرمودند: «بَعَثْتُ لَا تَمُمُ مَكَارِمَ لَاخِلَاقٍ» و فلسفه برانگیخته شدن خویش را در اتمام مکارم اخلاقی شمرده‌اند. می‌توان گفت اخلاق یکی از اهداف اصلی انسانیت است نه وسیله، انسانیت بدون اخلاق به کمال مطلوب خود نمی‌رسد. خداوند در قرآن شریف هنگامی که می‌خواهند پیامبر را تعظیم کنند می‌فرمایند: «تَكْلَعُ لِعَلَى خَلْقٍ عَظِيمٍ».

سرچشمه اخلاق وابسته به جهان بینی است. اخلاق در مکتب مارکسیسم یک معنا دارد و در مکتب الهی یک معنای دیگر. معنای اخلاق در مکتب اشاعره با مکتب عدلیه تفاوت دارد. منظور ما از اخلاق، اخلاق اسلامی است. خصوصاً اخلاق مکتب تشیع که حسن و قبح را ذاتی می داند و اخلاق را برگرفته از حقایق عینی و حقیقی می داند. ارزش های اخلاقی را مربوط به اعمال اختیاری انسان می داند. در مکتب ما بالاترین کمال انسانیت، اخلاق و خوی های نیکو است. عدالت، پاکی و مهربانی، درستی و راستی، تواضع و رازداری، همه از احکام اخلاقی هستند. اسلام اهمیت فراوانی برای اخلاق قائل است و آن را یکی از ارکان مهم انسانیت بر شمرده است. نکته مورد توجه آن جاست که ناصحان اخلاقی خود باید اخلاقی باشند.

و اما پزشکی؛ انسان که از نخستین روزگاران آفرینش با درد و بیماری آشنا گشت، برای پیدا کردن علل بیماری‌ها و مبارزه با آن سعی و کوشش فراوان نموده و به دنبال علم پزشکی بوده است که این علم از ساده‌ترین صور آغاز شد و تا مرحله پیشرفته امروزی رسیده است.

قدر و ارزش پزشکی برای همگان شناخته شده و محترم است و از طرفی باید توجه داشت که اگرچه اخلاق برای همگان نیکو است، ولی برای پزشکان نیکوتر است و اگر برای همه لازم است، برای پزشکان لازم‌تر و ضروری‌تر است. پزشک با انسان‌های دردمند، ناتوان، دل‌شکسته و بیمار سر و کار دارد. پزشکی یکی از موضوعات مفید، لازم و ضروری بشریت است. از نخستین روزگاران پیدایش انسان مورد توجه بوده است و شاید کم‌تر چیزی به اندازه پزشکی ضرورت داشته باشد. اگر پزشک به معنویات و اخلاقیات گرایش نداشته باشد و به عواطف انسانی بی‌اعتنا باشد و در غم و شادی دیگران سهیم نباشد، چنان ضربه‌ی مهلک و سختی به اجتماع انسانی می‌رساند که شاید قابل جبران نباشد.

پزشک به اقتضای کارش یک انسان اجتماعی است، در اجتماع زندگی می‌کند و برای اجتماع کار می‌کند و خوبی و بدی او عمیقاً اثرگذار است. پزشک علاوه بر تشخیص بیماری و درد و معالجه از نقش معنوی و روحانی برخوردار است و باید از بیمارانش دلجویی نماید تا بیمار کم‌تر احساس تنهایی کند. اگر پزشک غرق در مادیات شود و از معنویات روی برگرداند، هر چند ماهر و متخصص باشد، باز هم پزشک خوبی برای بیمار نخواهد بود. پزشک باید سوگندی را که خورده مد نظر قرار دهد. وجدان خود را قاضی کند و خود را به جای فرد دردمند و بیمار فرض

کند و سپس دنبال معالجه رود. خلاصه، پزشک باید امین مردم، عادل، دلسوز و رفیق فرد دردمند باشد؛ در غیر این صورت، پزشک خوبی نمی‌باشد. برادران و خواهرانی که به این کار دست زده‌اید شرافتمندانه از حرفه مقدس خود دفاع کنید، وسعت نظر داشته باشید، از خودپرستی دوری کنید و بدانید با ارزش‌ترین کار انسان خدمت به خلق و مردم است.

## فهرست

### نشست عمومی

۲۱ ..... مسؤولیت‌های فقهی و اخلاقی پزشک

ابراهیم امینی

۳۷ ..... مروری بر دو دهه فعالیت‌های اخلاق پزشکی در ایران

باقر لاریجانی، فرزانه زاهدی

۳۹ ..... اخلاق زیستی در سطح جمعیت: یک دستور کار پژوهشی

دانیل ویکلر

### نشست اخلاق پزشکی از دیدگاه اسلام و ادیان (۱)

۴۳ ..... خلاصه‌ای در مورد «بیمارستان ایرانی - اسلامی، بیمارستان ایده‌آل اخلاق پزشکی»

محمد محمدیان

۴۵ ..... تبیین برخی از مبانی اخلاق پزشکی اسلامی

حمیدرضا آیت‌اللهی

۴۶ ..... مرز درمان، فزونی خواهی جسمانی و ترمیم

شهین اعوانی

کاربرد بیانیه اخلاق زیستی یونسکو در فرهنگ‌های مختلف ..... ۴۸

داریل میسر

جایگاه پزشکی و پزشکان مسلمان در جهانی شدن اخلاق پزشکی ..... ۵۱

سید حسین فتاحی معصوم

## نشست اخلاق پزشکی از دیدگاه اسلام و ادیان (۲)

اخلاق پزشکی از دیدگاه اسلام، بررسی طرح جامع اخلاق پزشکی ..... ۵۷

عباسعلی عمید زنجانی

بررسی تاریخی بر تدریس پزشکی اسلامی ..... ۵۹

توماس ایک

رویکردهای ادیان جهان نسبت به شبیه‌سازی و حیوانات دارای ژن‌های پیوندی ..... ۶۲

پیمان چلیپی، احسان مصطفوی

اخلاق مقایسه‌ای مراقبت‌های بهداشتی ..... ۶۵

ایرن آن جیلسون

بررسی یکی از عوامل غفلت در اخلاق پزشکی ..... ۶۷

جواد سعید تهرانی

اخلاق پزشکی اسلامی: نگاهی به ریشه‌ها ..... ۷۰

جمال جارالله

مبانی فقهی اخلاق پزشکی ..... ۷۲

محمد رضا مصطفی پور

۷۴ ..... اخلاق پزشکی در اسلام و ادیان

محمود متوسل آرانی

### نشست عمومی

۷۹ ..... رئالیسم و الزامات اخلاقی

صادق لاریجانی

۸۰ ..... روابط مالی پزشک و بیمار

سید مصطفی محقق داماد

۸۲ ..... اخلاق زیستی اسلامی: طرحی کلی

محمد علی شمالی

### نشست مبانی فلسفی اخلاق پزشکی

۸۷ ..... نقش کلیدی کرامت انسانی در اخلاق زیستی جهانی

روبرتو آندورنو

چالش‌های فراپزشی در رابطه با اخلاق پزشکی، نیاز به تصمیمات متافیزیکی، پیش از

۸۹ ..... استدلال اخلاقی

بایرون کالدیس

۹۲ ..... معنا و نقش استقلال فردی در اخلاق پزشکی اسلام

محسن جوادی

۹۳ ..... اصول‌گرایی و خاص‌گرایی در اخلاق پزشکی

سروش دباغ

«ساخت‌گرایی اجتماعی» به‌عنوان روش انتخابی در آموزش اخلاق پزشکی ..... ۹۵

حسین گدازگر

اصول‌گرایی در اخلاق پزشکی: گشایش و پرتگاه ..... ۹۷

محمد مهرآسا، مهدی طیبی آراسته

نقش هویت در اخلاق ..... ۱۰۰

علی کاظمی سعید

### نشست اخلاق پزشکی و فقه

برخی از دستاوردهای پزشکان مسلمان در اخلاق پزشکی ..... ۱۰۵

عبدالناصر کعدان

حوزه اخلاق پزشکی در اسلام و غرب ..... ۱۰۷

سید ابوالحسن نواب

بررسی اجمالی ریشه‌ها، اهداف، موضوعات و ساخت‌های اخلاق پزشکی اسلام ..... ۱۰۹

محمد ناصر سقای بی‌ریا

ضرورت بازنگری در نظام آموزشی علوم پزشکی بر پایه فقه اسلامی ..... ۱۱۰

محمد مهدی اصفهانی

اخلاق پزشکی از نگاه فقه شیعه ..... ۱۱۵

نیکزاد عیسی زاده

دومین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی ایران ..... ۵

حقوق‌شناسی اسلامی و طب رایج (ارتباط میان فقه و طب) ..... ۱۱۷

محمد عبید باختما

### نشست اخلاق پزشکی و حقوق

بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی رشته جراحی عمومی در اداره کل پزشکی

قانونی استان تهران طی سالهای ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۲ ..... ۱۲۳

سید شهاب الدین صدر، محمد حسن قدیانی، محمد ودود حیدری

مطالعه تطبیقی مسؤولیت ناشی از سهم‌خواری در پزشکی ..... ۱۲۶

محمود عباسی

بحثی پیرامون اختیار وراثت در پیوند اعضای افراد دچار مرگ مغزی یا متوفی ..... ۱۲۸

تهمورث بشیریه

مقایسه فرایند قانون‌گذاری درباره تحقیقات مرتبط با همسانه‌سازی و سلول‌های بنیادی در

کشورهای مختلف ..... ۱۳۰

امید علی احمدی، آتوسا علی احمدی

### نشست پیوند اعضا

مرگ مغزی از دیدگاه جراحی اعصاب ..... ۱۳۵

سید محمود طباطبایی

در دفاع از جبران خسارت اهداکنندگان عضو ..... ۱۳۶

علیرضا باقری چیمه

پیوند کلیه: آیا جایی برای پناهندگان وجود دارد؟ ..... ۱۳۸

سعید بهارلو، بابک کردوانی، شروین آثاری، بهزاد عین‌اللهی

پیوند اعضاء از دیدگاه اسلامی ..... ۱۴۰

مرجان لعل

مرگ مغزی: تاریخچه و مناقشات ..... ۱۴۳

محمد حسین حریرچیان

نقدی اخلاقی بر مدل ایرانی پیوند کلیه ..... ۱۴۵

کیارش آرامش

ملاحظات اخلاقی در پیوند کلیه از بیماران مبتلا به مرگ مغزی ..... ۱۴۷

غلامرضا پورمند

پیوند عضو از نگاه علم اخلاق ..... ۱۵۱

روبینا نقوی، انور نقوی، ادیب ریزوی

معامله اعضا بدن در آئینه اخلاق پزشکی ..... ۱۵۳

هاجر کاظمی افشار، کیارش آرامش

### نشست تعهد حرفه‌ای

تعهد حرفه‌ای یا پروفشنالیسم ..... ۱۵۹

سید حسن امامی رضوی

تعهد حرفه‌ای و اخلاق پزشکی ..... ۱۶۳

مسلم بهادری

آسیب‌شناسی اخلاق داروسازی ..... ۱۶۶

حسن فرسام

اقدامات تجاری غیر اخلاقی در شرکت‌های داروسازی در پاکستان ..... ۱۶۸

دیلیپ کومار روهر، محمد عمر بشیر، اومی آیمن خاواجا، محمد رسام نظیر

درآمدی بر منشور حقوق بیمار و راه کارهای ارتقاء رعایت این حقوق در ایران ..... ۱۷۱

سودابه جولایی

ظاهر حرفه‌ای و CODE OF DRESS در دانشکده‌های دندانپزشکی ایران ..... ۱۷۳

منصوره محمدی، لیلا صدیق پور

### نشست ارتباط پزشکی و بیمار

رابطه پزشک و بیمار ..... ۱۷۹

سیدضیاء الدین تابعی

چگونه خبر بد را به بیماران یا همراهان آن‌ها بگوییم؟ ..... ۱۸۷

محمد اربابی، محمدرضا محمدی

مطالعه تطبیقی منشور حقوق بیمار در کشورهای مختلف با ایران ..... ۱۸۹

حسین درگاهی

«حمایت از بیمار» و ضرورت دستورالعمل‌های اخلاقی ملی برای پرستاران ..... ۱۹۱

رضا نگارنده

پروژه توافق آگاهانه در بیمارستانی دولتی در پاکستان..... ۱۹۴

یاسمین واجاهات

مهم‌ترین انتظارات بیماران از پزشک معالیشان..... ۲۰۹

ترانه درمحمدی طوسی، فریبا اصغری، آرش رشیدیان

الزامات اساسی رعایت حقوق بیماران در ایران: یک مطالعه پدیدارشناسی..... ۲۰۰

علیرضا نیکبخت نصرآبادی، زهره پارسا یکتا

نگرش پزشکان عمومی و متخصص در مورد ارتباط پزشک و بیمار و مهارت‌های ارتباطی..... ۲۰۳

بهشید گروسی، حسین صافی زاده، احمد امیر کافی، علیرضا بهرامی

### نشست خطاهای پزشکی

موازن اخلاقی در آیین دادرسی و رویه قضایی در رسیدگی به جرایم پزشکی (نگاهی

تحلیلی به مقررات موجود و محدودیت‌های آن)..... ۲۰۹

علیرضا میلانی‌فر، محمد مهدی آخوندی، محمد حسین شهبازی

جنبه‌های اخلاقی و قانونی خطای پزشکی..... ۲۱۱

فخرالدین تقدسی نژاد

مقایسه MALPRACTICE ار تودنسی بر مبنای آرای صادره از هیأت‌های بدوی و تجدید نظر

سازمان نظام پزشکی در سال‌های ۸۴-۷۲..... ۲۱۴

محمد صادق احمدی آخوندی، اعظم خورشیدیان، شقایق رحمتیان

بررسی میزان تعهد اخلاقی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی

ارومیه نسبت به گزارش خطاهای پزشکی ..... ۲۱۶

نادر آقاخانی، نرگس رهبر، مهدی مرتاض، حبیبه صابری، محمد ولی رخشی، صالح

خیراتی

گزارش کردن خطاهای پرستاری ..... ۲۲۰

نیره باغچقی، حمیدرضا کوهستانی، نرگس باغچقی

سوء رفتار حرفه‌ای؛ چگونه از شکایت‌های غی‌منصفانه جلوگیری کنیم ..... ۲۲۳

دکتر مرتضی اشرفی، دکتر لاله میرزایی

### نشست اخلاق در روان‌پزشکی

کرامت انسانی در اخلاق روان‌پزشکی ..... ۲۲۷

احمدعلی نوربالا

طرح قانون بهداشت روان در ایران ..... ۲۳۰

مهدی نصر اصفهانی

مبانی اخلاق در طب اعتیاد ..... ۲۳۴

محمد عمران رزاقی

برخی معیارهای اخلاق پزشکی از دیدگاه محمدبن زکریای رازی ..... ۲۳۷

سید محمود طباطبایی

بررسی حقوق مراجعان در مشاوره و روان‌درمانی ..... ۲۴۰

خدابخش احمدی

### نشست اخلاق در پژوهش

- ۲۴۵..... اخذ رضایت‌نامه جهت شرکت در مطالعه مشاهده‌ای در جمعیتی اکثراً بیسواد.....
- رضا ملک زاده، اکرم پورشمس، نجمه آل طه، الهام جعفری، گوهرشاد گوگلانی
- ۲۴۸..... حقوق بیماران در کارآزمایی بالینی.....
- محمد فرهادی، محمد علی اصغری
- ۲۵۰..... مسائل اخلاقی در تحقیقات پزشکی.....
- علی اصغر پیوندی، علیرضا شعبان زاده، محمد توشیح
- ۲۵۲..... کدهای اخلاقی کار با حیوانات آزمایشگاهی.....
- مینا مبشر، سید جاوید آل داوود، کیارش آرامش، نرگس اشرف گنجویی، کورس دیوسالار، باقر لاریجانی
- ۲۵۵..... بررسی انتقادی راهنماهای شش گانه اخلاق در پژوهش.....
- امیر حسین خداپرست، آزاده عبدالله زاده
- ۲۵۹..... اخلاق در کارآزمایی‌های بالینی: آزمایش یکی از واکسن‌های سازمان بهداشت جهانی در اتیوپی.....
- فرهاد هندجانی

### نشست کاربردی کردن اخلاق پزشکی در عمل

- ۲۶۳..... نقش رویکرد راهبردی به اخلاق حرفه‌ای در اثربخشی اخلاق پزشکی.....
- احد فرامرز قراملکی
- ۲۶۵..... مدیریت اجرایی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی.....
- مصطفی قانعی، علیرضا پارساپور، بیتا مسگرپور، فاطمه بامدادی

ارائه مدلی کاربردی جهت ارزیابی وضعیت حقوق بیمار در بیمارستان‌ها..... ۲۶۹

علیرضا پارساپور، باقر لاریجانی

کدهای اخلاقی مصوب انجمن بین‌المللی پرستاران (ICN): چالش‌های انتقال و کاربرد آن در

نظام ارائه خدمات پرستاری ایران..... ۲۷۱

سینا ولیئی، علیرضا نیکبخت نصر آبادی

کاربرد اخلاق در داروسازی..... ۲۷۴

سیدابوالقاسم سجادی طبسی

اخلاق در پژوهش و ضمانت اجرایی..... ۲۷۷

امیر حسن حاج ترخانی

رعایت موازین اخلاق پزشکی در بیماران نورولوژیک..... ۲۷۹

اکبر سلطان زاده

اخلاق پزشکی و بیماری‌های عفونی..... ۲۸۱

فرهنگ بابامحمودی، عبدالرضا بابامحمودی

رعایت اخلاق پزشکی در آماده‌سازی قبل از بیهوشی بیماران..... ۲۸۵

بهزاد مقصودی

چالش‌های ختنه در جنس مذکر (مقایسه جنبه‌های اخلاقی ختنه در اسلام و سایر ادیان)..... ۲۸۹

مهدی پاسالار، سید ضیاءالدین تابعی

ضرورت بازنگری در آئین‌نامه‌های مورد استناد بیمارستان‌ها در خصوص موارد مرتبط با

تشکیل کمیته‌های اخلاق بیمارستانی..... ۲۹۱

علی اکبر مرتضی‌زاده

### نشست اخلاق و سلامت عمومی

۲۹۷..... اخلاق در مباحث بهداشت عمومی

حسین ملک افضلی

۳۰۰..... موضوعات اخلاقی در سلامت محیطی و شغلی

علیرضا مصداقی‌نیا، حسین جبّاری

۳۰۲..... مسائل اخلاقی در مورد سوء مصرف مواد

ایرن آن جیلسون

۳۰۴..... بیمه‌ها و چالش‌های اخلاقی بخش‌های بالینی

حسین حسینیان مقدم، سعیده سرجمعی

### نشست اخلاق پزشکی: ملاحظات آغاز حیات

۳۰۹..... تکوین و تکامل جنین؛ آغاز حیات

محسن معینی، محمد مهدی آخوندی

گزارش نشست تخصصی مسائل حقوقی و اخلاقی پیرامون انجام تحقیقات بر روی جنین انسان به دعوت

یونسکو، WHO-EMRO و ایسیکو / ISESCO / قاهره، مصر، ۱۲-۱۴ فوریه ۲۰۰۸..... ۳۱۳

محمد مهدی آخوندی، محمود جدی تهرانی

ملاحظات اخلاقی در رابطه با پژوهش‌های اخیر بر روی سلول‌های بنیادی برای پزشکی

ترمیمی..... ۳۱۷

رویشی ایدا

۳۲۰..... اخلاق پزشکی و ملاحظات آغاز حیات

فاطمه سادات نیری

۳۲۳ ..... حقوق مدنی مترتب بر آغاز حیات

غلامعلی سیفی

۳۲۵ ..... آغاز حیات انسان و آثار حقوقی آن

سید مرتضی قاسم‌زاده

۳۲۷ ..... رحمت انسان با طبیعت، منشأ وحدت حیات و حقوق آن

عابدین مؤمنی

۳۳۰ ..... مراتب حیات و تبعات اخلاقی آن

صدرا ساده

۳۳۳ ..... جدال حیات: بررسی اجمالی نظریه‌های سقط جنین

محمد راسخ

قوانین بی‌پایان اخلاق پزشکی قوانین و مقررات مربوط به تجاوز، یازنای با محارم، آسیب

۳۳۶ ..... مهلک به جوانان باردار کم سن و دوراهی پزشکان جراح

۳۳۶ ..... الکس عباسی

### نشست آموزش اخلاق پزشکی

۳۴۳ ..... آموزش اخلاق زیستی در برنامه‌های آموزش پزشکی در ایران

عبدالعزیز ساشادینا

۳۴۵ ..... آموزش اخلاق پزشکی و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

محمد حسین نیکنام

اصلاح برنامه درسی اخلاق پزشکی دوره پزشکی عمومی در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران..... ۳۴۷

فریبا اصغری، عظیم میرزازاده، سید حسن امامی رضوی

لزوم واحد درس اخلاق پزشکی جهت دانشجویان داروسازی..... ۳۵۰

عباس شفیعی، حسن فرسام

مشارکت بیماران در آموزش بالینی: یک وظیفه یا کمک؟..... ۳۵۲

عظیم میرزازاده

آموزش متخصصان سلامت در اخلاق زیست - پزشکی در پاکستان: برنامه‌ای مبتکرانه. ۳۵۴

امیر مصطفی جعفری، فرحت معظم

کدهای اخلاقی در آموزش لوله‌گذاری تراشه و رگ‌گیری به دانشجویان پزشکی ..... ۳۵۷

بهزاد مقصودی

آموزش اخلاق در دندان‌پزشکی..... ۳۶۲

نفیسه مؤمنی، اعظم خورشیدیان، موزان علاءالدینی، شهرو اعتماد مقدم

### نشست تخصیص منابع

منابع و عدالت..... ۳۶۷

رحمت‌اله حافظی، مهندس مسعود ابوالحلاج، سید جعفر رضوی

ملاحظات اخلاقی در تخصیص اعضاء پیوندی..... ۳۷۱

علی جعفریان

آماده‌سازی دانشجویان پزشکی برای جهان: آموزش خدماتی و عدالت بهداشتی جهانی ۳۷۵

کیهان پارسی، جاستین لیست

گزارش بلمونت و عدالت در اخلاق پزشکی ..... ۳۷۷

علیرضا شعبان‌زاده، محمد توشیح

### نشست مسائل اخلاقی در مراقبت پایان حیات

درمان بدون فایده ..... ۳۸۳

علی کاظمیان

معنای زندگی معنادار ..... ۳۸۶

امیر عباس علی‌زمانی

اتانازی از دیدگاه فلسفه اخلاق ..... ۳۸۹

همایون همتی

خط مشی‌های خاتمه دادن به زندگی در فرهنگ‌های مختلف ..... ۳۹۱

ناهید دهقان نیری، سمیه مولایی

بررسی نگرش بیماران مبتلا به سرطان و بستگان آن‌ها در مورد بیان حقایق به

بیماران ..... ۳۹۴

مهدی عقیلی، یلدا عدیلی، علی کاظمیان

تحلیلی فلسفی از رنج روان‌شناختی بیماران در آستانه مرگ و جایگاه آن در اخلاق پزشکی ..... ۳۹۸

عبدالرسول کشفی

### نشست ژنتیک

ملاحظات اخلاقی در زمینه‌های پزشکی و زیستی ..... ۴۰۳

داریوش فرهود

۴۰۷..... اخلاق در نانوبیوتکنولوژی

رگی.م. چریان

۴۰۹..... چالش‌های اخلاقی در تکنولوژی‌های نوین کمک‌باروری

نازآفرین قاسم‌زاده، گلشه حسن زاده، زهره احمدی نیا

۴۱۲..... "GENETHICS" در ژنتیک پزشکی

جواد توکلی بزاز

۴۱۵..... NANOMEDICINE پیش روی

نسیم عالی دایی، نازآفرین قاسم‌زاده، سحر زرین، سارا حسینی

۴۱۸..... قدرت درمانی سلول‌های بنیادی در درمان DM: ملاحظات اخلاقی

محسن خوش‌نیت نیکو

تعریف E-TOPIA: ظهور مباحث خصوصی‌بودن اینترنتی و چالش‌های موجود بر سر راه

۴۲۰..... حفاظت از اطلاعات (سلامت) ژنتیکی

بی‌تا امانی

۴۲۲..... تحقیقات بر سلول‌های بنیادی جنینی در ایران و ملاحظات اخلاقی

منصوره صنیعی، ریموند داوریس

۴۲۳..... بیوانفورماتیک و ملاحظات اخلاقی آن

سحر زرین، نازآفرین قاسم‌زاده، نسیم عالی دایی

۴۲۷..... اخلاق و دوپینگ ژنتیکی

علی اصغر فلاحتی، هاشم پیری، داریوش فرهود

دومین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی ایران ..... ۱۷

آزمایش‌های ژنتیکی پیش‌بینی‌کننده بیماری‌ها: چالش‌های اخلاقی و راه‌های مقابله ..... ۴۳۰

محمدحسین شجاع‌مرادی، کیوان مجیدزاده

مفهوم، محدوده و ساختار خانواده در شبیه‌سازی انسان ..... ۴۳۴

عبدالحسن کاظمی



نشست

عمومی



چهارشنبه ۲۸ فروردین ۱۳۸۷



## مسئولیت‌های فقهی و اخلاقی پزشک

### آیت‌الله ابراهیم امینی

پزشکی حرفه بسیار مقدس، ارزشمند و پرمسئولیتی است. چون با سلامت جسم و جان انسان، یعنی اشرف مخلوقات سر و کار دارد. چنانچه سلامت انسان بیماری را بازگرداند، به او آرامش دهد و از مرگ برهاند چنان است که به تعبیر قرآن، گویا همه انسان‌ها را زنده کرده است.

و اگر در اثر تقصیر یا اشتباه جان بیماری را به خطر بیندازد، مصداق این آیه خواهد بود که خدای متعال می‌فرماید: «هر کس انسانی را نه به‌عنوان قصاص یا ارتکاب فساد در زمین بکشد چنان است که گویا همه انسان‌ها را کشته است.»

بنابراین، پزشکان را می‌توان به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین خدمتگزاران بشریت معرفی کرد. همه به آن‌ها نیاز دارند و در طول تاریخ، و در بین همه جوامع محترم بوده و هستند. در برابر این همه ارزش‌ها، مسئولیت‌های سنگینی را نیز بر عهده دارند که نمی‌توانند نسبت به آن‌ها بی‌تفاوت باشند. وظایف پزشکی را در دو بخش می‌توان خلاصه کرد:

## بخش اول، احکام فقهی

احکام فقهی مربوط به پزشکی از قبیل: پیوند اعضای بدن و بافت‌ها، سقط جنین در مراحل مختلف، یوتانازی یا مرگ از روی ترحم، عقیم‌سازی و کنترل موالید، آبستنی غیرطبیعی و تلقیح مصنوعی، کودکان آزمایشگاهی، شبیه‌سازی و تولید انسان مصنوعی، بهره‌گیری از سلول‌های بنیادی، استفاده از تخمک و اسپرم غیر همسر، تغییر جنسیت، خرید و فروش اعضای بدن انسان، اخذ عضو بیمار در حال مرگ و اغماء، بدون اجازه یا با اجازه، جواز جراحی‌های خطرناک با کسب اجازه یا بدون آن، تشریح بدن مرده در آزمایشگاه‌ها، این قبیل مسائل و فروع مختلف آن‌ها گرچه مربوط به پزشکان است و در زمره اخلاق پزشکی به شمار رفته‌اند، ولی در واقع از احکام فقهی هستند که بحث و ظاهراً نظر درباره آن‌ها در صلاحیت فقها و کارشناسان فقه و در حوزه‌های علوم دینی است. در این قبیل مسائل پزشکان ناچارند به فقها و رساله‌های علمیه مراجعه کنند.

البته فقیهان نیز در برخی مسائل مانند تحقق مرگ واقعی، به‌وسیله از کار افتادن مغز، یا قلب، یا هر دو، بی‌نیاز از اظهارنظرهای کارشناسانه پزشکان نیستند، همکاری و هم‌فکری نزدیک این دو قشر قطعاً مفید و لازم خواهد بود. مخصوصاً با توجه به این که علوم پزشکی همواره در حال توسعه و تکامل بوده و هر روز با مسائل تازه‌ای مواجه خواهیم بود.

## بخش دوم، اخلاق پزشکی

اخلاق جمع خلق، و خلق به معنای خوب یا بدی است که در نفس انسان رسوخ یافته و به صورت ملکه نفسانی آمده است. و منشأ صدور اخلاق و افعال خارجی است. اخلاق به دو قسم تقسیم شده‌اند: اخلاق نیک و اخلاق زشت، اخلاق نیک صفاتی هستند که وجدان پاک و عقل سلیم هر انسانی به‌خوبی آن‌ها گواهی می‌دهد و از همه انسان‌ها انتظار دارد بدان‌گونه باشند. مانند: عدالت، انصاف، احسان، وظیفه‌شناسی، مساوات، کمک به انسان‌ها به‌ویژه بی‌نویان و درماندگان، دفاع از محرومان و مستضعفان، امانتداری، راست‌گویی، خوش اخلاقی و مهربانی، رازنگهداری، خیرخواهی، بخشش و صفات پسندیده دیگری از این قبیل.

اخلاق زشت صفاتی هستند که هر وجدان سالمی به زشتی آن‌ها گواهی می‌دهد و دوست دارد همه انسان‌ها از ارتکاب آن‌ها پرهیز نمایند مانند: ظلم و بی‌عدالتی، بی‌انصافی و ستم‌کاری، بخل، تضییع حقوق دیگران، ترک انجام وظیفه، خیانت در امانت، دروغ‌گویی، فریب و حقه‌بازی، تندى و عصبانیت بی‌جا، توهین و ضرب و شتم بی‌گناهان، کشتن انسان‌های بی‌تقصیر، کشف اسرار مردم و ده‌ها صفت زشت دیگر از این قبیل.

تقید به اخلاق نیک و اجتناب از اخلاق زشت در اسلام از جایگاه والایی برخوردار است. در قرآن و کتب حدیث صدها و هزارها آیه و حدیث داریم که به

رعایت اخلاق توصیه می‌کنند. به گونه‌ای که می‌توان گفت بعد از عقاید در رتبه اول قرار گرفته است. پیامبر اکرم ترویج و توسعه اخلاق نیک و تهذیب نفوس را بزرگ‌ترین هدف بعثت خویش معرفی کرده است. در حدیثی فرمود: «من مبعوث شدم تا مکام اخلاق را به کمال برسانم.»

از رسول خدا (ص) سؤال شد: «ایمان کدامیک از مؤمنان برتر از همه است؟» فرمود: «آن کس که اخلاقش از همه نیکوتر باشد.»

و فرمود: «ساعات و رستگاری انسان در اخلاق نیک است.»

و فرمود: «بنده خدا در اثر حسن خلق به عالی‌ترین درجات آخرت و شریف‌ترین منازل خواهد رسید، با این که از جهت عبادت ضعف و قصوری هم داشته باشد.»

اخلاق یکی از نیازهای اولیه جوامع بشری است. با رعایت اخلاق نیک و پرهیز از اخلاق زشت امنیت و آرامش به وجود می‌آید و زندگی برای همگان شیرین می‌گردد و با عدم رعایت اخلاق هرج و مرج و ترس و بدبینی در جامعه حاکم می‌شود و زندگی بر همگان تلخ می‌گردد، سعادت هر جامعه‌ای به مقدار تعهد اخلاقی افراد بستگی دارد. پیامبران در طول تاریخ مروج اخلاق بوده‌اند. خیرخواهان و مصلحان بشریت نیز همواره از ضعف اخلاقی بشریت رنج می‌برند و در اصلاح آن کوشش می‌کردند. اسلام علاوه بر سعادت دنیوی انسان‌ها، کمال نفسانی و سعادت اخروی آن‌ها را نیز در پرتو رعایت اخلاق می‌داند.

اخلاق نیک به صورت ملکه و خوی راسخ نفسانی در می‌آید، نفس را تکمیل و انسانیت او را تقویت می‌کند. ارتکاب اخلاق زشت نیز خلق و خوی حیوانیت را تقویت می‌نماید و جنبه انسانیت او را تاریک و پایمال می‌نماید. و باطن او را به صورت حیوانی درنده و دیوی هولناک می‌سازد. سرنوشت چنین انسانی در جهان آخرت روشن است. بهشت و نعمت‌های بهشتی از بندگی خدا و اخلاق نیک، و دوزخ و عذاب‌های دوزخی از اخلاق زشت درست می‌شوند.

بنابراین، انسان‌های دینداری که به سعادت اخروی خویش می‌اندیشند نمی‌توانند نسبت به اخلاق بی تفاوت باشند. و به بهانه این که امور اخلاقی هستند از زیر بار رعایت آن‌ها شانه خالی کنند و وجدان خود را به انجام برخی مستحبات قانع سازند.

اخلاق در منابع اسلامی، قرآن، حدیث و سیره غالباً به صورت کلی آمده و مخاطبان آن‌ها مؤمنان، مسلمانان، ناس و انسان‌ها هستند. کلی و عام هستند و به صنف و حرفه و گروه خاصی اختصاص ندارند. اگر عدالت، انصاف، راست‌گویی، خیرخواهی، خدمت‌گزاری، فروتنی، وظیفه‌شناسی، مهربانی و دلسوزی، نرم‌خویی، بخشش و گذشت، ادب و احترام، پرهیزگاری و ... از صفات نیک هستند، برای همه کس و در همه جا و نسبت به همه گروه‌ها و اصناف و حرفه‌ها چنین است. و اگر ظلم، بی‌عدالتی، بی‌انصافی، دروغ‌گویی، بدخواهی، خودبزرگ بینی، تبعیض،

تندخویی، بخل، بی‌ادبی، بدزبانی، خیانت در امانت، بی‌تقوایی، مادی‌گری و ... از صفات زشت هستند، برای همه کس و در همه جا و نسبت به همه گروه‌ها و اصناف و حرفه‌ها چنین است. اخلاق غالباً به صورت حرفه‌ای تدوین نشده، بلکه صاحبان حرفه‌ها باید برای تشخیص وظایف خود به کتب اخلاق مراجعه کنند و با تناسب شغل خود وظایف خویش را بیابند و بدان‌ها عمل نمایند.

البته برخی رشته‌ها مانند پزشکی به دلیل اهمیتی که داشته‌اند، همواره در طول تاریخ مورد توجه خاص واقع شده‌اند و تألیفات جداگانه‌ای بدین منظور اختصاص یافته است. مانند سوگندنامه بقراط که در حدود پانصدسال قبل از میلاد تدوین شده و سوگندنامه عساف که در قرن اول هجری تألیف شده، و پندنامه اهوازی که در قرن چهارم، هجری تألیف شده و مناجات‌نامه ابن میمون که در قرن ششم تألیف شده است.

شاید رساله‌های دیگری هم قبل از اسلام و بعد از آن تدوین شده که متأسفانه اطلاعات درستی از آن‌ها نداریم. در این جا تذکر این نکته را لازم می‌دانم که آنچه در این رساله‌ها است ترکیبی است از احکام فقه پزشکی و اخلاق پزشکی. آن هم بدون استقصای کامل، به‌ویژه این که نسبت به وظایف و مسؤولیت‌های مختلف اخلاق پزشکی به مقدار کافی عنایت نشده است. خوشبختانه، در زمان‌های اخیر مسأله اخلاق پزشکی مورد عنایت مسؤولان وزارت بهداشت و

درمان و جمعی از پزشکان خیراندیش قرار گرفته و با ترتیب کنگره‌ها و کنفرانس‌هایی در تهران و دیگر شهرستان‌ها در رفع این کمبود همت گماشته‌اند، در اثر تلاش آنان و همکاری جمعی از دانشمندان، و کارشناسان فقه و اخلاق پزشکی ده‌ها رساله، کتاب، مقاله خوب و سودمند تهیه شده و در اختیار علاقه‌مندان قرار گرفته است.

متأسفانه، در این رساله‌ها نیز مسائل اخلاق پزشکی و فقه پزشکی در هم آمیخته و غالباً مسائل اخلاقی به حاشیه رانده شده و به مقدار کافی به آن عنایت نشده است. با این‌که جامعه اسلامی و همه جوامع بشری، در این زمان، بیش از هر چیز از ضعف اخلاقیات در رنج و عذاب است، چون بسیاری از مشکلات انسان‌ها از ضعف اخلاقی نشأت می‌گیرد. پزشکان از جمله کسانی هستند که در حل مشکلات انسان‌ها می‌توانند نقش مهمی را بر عهده بگیرند.

از همین روی اسلام وجود سه گروه را از نیازهای اولیه هر یک از بلاد دانسته ضرورت وجود و صلاحیت آن‌ها را به مردم گوشزد نموده است. یکی فقیه پرهیزکار (طیب نفس) دوم حاکم قدرتمند، و سوم پزشک آگاه و مورد اعتماد. در این رابطه و به‌عنوان نمونه به ذکر دو حدیث می‌پردازم و پیرامون آن‌ها مطالبی را عرضه می‌دارم.

امام صادق (ع) فرمود: «اهل هیچ بلدی، از سه چیز بی‌نیاز نیستند، تا در امر دنیا و آخرتشان به آنها پناه ببرند، به طوری که اگر فاقد آنها باشند امورشان مختلف و بدون تدبیر خواهد بود:

اول فقه دانشمند و پرهیزکار، دوم امیر و حاکم خیرخواه و با قدرت، سوم طبیب دانا و مورد وثوق.»

امیرالمؤمنین (ع) فرمود: «هر کس طبابت را پیشه خود ساخت باید باتقوا و خداترس باشد، و برای مردم خیرخواهی کند و (در تحصیل علم و معالجت بیماران) جدید نماید.»

در حدیث فوق به ارزش و اهمیت وجود سه نفر اشاره شده است: یکی عالم و فقیه، دیگری والی و حاکم، سوم طبیب. درباره آنها می‌گوید: هیچ بلدی از این سه شخص بی‌نیاز نیست. و مردم در امور دنیا و آخرتشان به این سه نفر پناه می‌برند. و اگر فاقد یک یا هر سه باشند همج یعنی نابسامان خواهند بود.

جالب این‌جاست که وجود هر یک از آنان را برای اصلاح امور دنیوی و اخروی لازم و ضروری دانسته است. با اندکی دقت ضرورت و ارزش این سه شخص برای تنظیم امور اجتماع روشن می‌شود:

فقیه مسؤولیت ارشاد و هدایت دینی و معنوی و اخلاقی مردم را بر عهده دارد و طبیب روحانی است، و حاکم ولایت مسؤولیت امنیت اجتماعی را بر عهده دارد. و طبیب مسؤولیت سلامت آنان را بر عهده دارد.

لیکن در هر یک از آنان شرطی را ذکر نموده است. در فقیه گفته دانشمند و باتقوا باشد، و در امیر گفته خیرخواه و با قدرت باشد، و در طبیب گفته بصیر یعنی آگاه و متخصص و مورد اعتماد باشد. سعادت دنیا و آخرت اجتماع در صورتی تأمین می‌شود که اشخاص مذکور واجد این صفات باشند. اگر فاقد شرایط باشند نتیجه مطلوب به دست نخواهد آمد.

هر فقیه‌ای ایمان و اخلاق و سعادت اخروی مردم را تأمین نمی‌کند، بلکه فقیه دانشمند و باتقوا چنین نیازی را تأمین می‌کند، نه فقیه کم‌دانش و بی‌تقوا، هر حاکمی امنیت و سعادت دنیوی مردم را که بر طبق صلاحشان باشد تأمین نمی‌کند، بلکه باید خیراندیش و با قدرت باشد. و هم‌چنین هر طبیبی سلامت جسم جامعه را به‌خوبی تأمین نمی‌کند، بلکه باید متخصص و کارشناس و آگاه و مورد اعتماد باشد. بنابراین، ارزش هر یک از اینان به وجود صفات مذکور بستگی دارد.

روشن شدن موضوع نیاز به توضیح و تشریح بیش‌تری دارد، لیکن به علت فرصت کم از توضیح دو موضوع اول صرف‌نظر می‌کنم و به توضیح موضوع سوم

یعنی طبیب می‌پردازم.

ارزش وجود طبیب بر همگان روشن است. چون تلاش و کار انسان، لذت بردن و خوشی او، آسایش و آرامش او، دانش و اختراع او، و حتی عبادت و نیکوکاری او، همه و همه در صورتی به خوبی امکان‌پذیر است که از سلامت جسمانی برخوردار باشد. بنابراین، حیات و سلامت انسان بزرگ‌ترین موهبت الهی است، و پزشک در تأمین بهداشت و سلامت انسان بزرگ‌ترین نقش را ایفا می‌نماید. پزشک است که با درد و بیماری مبارزه می‌کند و زندگی را زیبا و به بیمار و اطرافیانش آرامش می‌دهد. و به همین جهت پزشکان در اجتماع از موقعیت و احترام ویژه‌ای برخوردارند. پزشکان را می‌توان از بزرگ‌ترین خدمت‌گزاران انسان‌ها معرفی نمود. زیرا در تأمین سلامت و ادامه حیات آن‌ها سعی می‌کنند.

اما هر پزشکی صلاحیت احراز چنین مقامی را ندارد. بلکه باید واجد صفاتی باشد که در احادیث فوق به برخی از آن‌ها اشاره شده است. امام صادق (ع) به دو صفت مهم برای پزشک اشاره نموده است؛ اول این که بصیر باشد. یعنی به علوم پزشکی کاملاً آگاه و آشنا و متخصص باشد. به فن طبابت و روش تشخیص بیماری و راه علاج کاملاً وقوف و مهارت داشته باشد. بنابراین، پزشک به صرف تحصیلات و گرفتن مدرک نمی‌تواند اکتفا کند، بلکه باید با جدیت درس بخواند و بعد از اشتغال به طبابت در حال مطالعه کتب و مجلات پزشکی و تکمیل معلومات

باشد، به گونه‌ای که در علم طب اهل تجربه و نظر باشد.

چون اطلاعات پزشکی همواره در حال تکامل است، یک پزشک خوب نمی‌تواند به تحصیلات خود بسنده کند و فارغ‌التحصیل شود، بلکه تا آخر عمر نیاز به مطالعه و آزمایش و تکمیل معلومات دارد. تشخیص بیماری‌ها و راه علاج آن‌ها بسیار دشوار و یک هنر واقعی است که نیاز به اطلاعات وسیع و مهارت و صبر و کنجکاوی و اخلاص در عمل دارد.

دوم این‌که یک پزشک خوب کسی است که از هر جهت مورد اعتماد بیمار و اطرافیانش باشد. به دانش و مهارت او، به دلسوزی و خیرخواهی او، به ایمان و صداقت او، به امانت و رازداری او، به تقوا و خودنگهداری او، به مهربانی و خوش اخلاقی او، کاملاً اعتماد داشته باشد. یعنی رفتارش به گونه‌ای باشد که اعتماد همه را به سوی خود جلب کند. امام صادق (ع) در حدیث فوق با عبارت کوتاه (ثقه) به همه این‌ها اشاره نموده است.

امیرالمؤمنین (ع) نیز سه وظیفه برای پزشک تعیین می‌کند:

اول: «من تطبب فلیتی الله» یعنی طبیب باید همواره تقوا و ترس از خدا را رعایت کند. در معاینات و تشخیص بیماری، در تجویز دارو و مقدار آن، در رفتار خود با بیمار و اطرافیانش، در امانت و رازداری، در تعیین حق ویزیت و عمل

جراحی، در معاینه و لمس بدن بانوان بیمار، در همه حال خدا را حاضر و ناظر بدانند و تقوا را رعایت کنند.

دوم فرمود: «ولینصح» یعنی نسبت به بیمار دلسوز و خیرخواه باشد، و همواره مصالح واقعی او را رعایت کند.

سوم فرمود: «وليجتهد» یعنی در تحصیل علوم و کسب مهارت، و تشخیص بیماری، و علاج آن، جدیت و کوشش کند. امیرالمؤمنین (ع) در این حدیث به مهم‌ترین وظایف یک پزشک اشاره می‌کند در خاتمه شما را به چند امر مهم توصیه می‌نمایم:

**اول:** خواهران و برادران پزشک، دانشمندان و سروران گرامی، خدای را سپاس گوید که در مقام مقدس طبابت قرار گرفته‌اید و ادامه حیات و تأمین سلامت و آرامش انسان‌ها را بر عهده گرفته‌اید. در مقامی قرار گرفته‌اید که می‌توانید بهترین خدمت‌گزار انسان‌ها باشید. شغل شما مانند شغل فقها، و علمای دین یک شغل معنوی و یک عبادت محسوب می‌شود. با قصد اخلاص و انجام وظیفه بزرگ‌ترین ارزش‌های دنیوی و اخروی را برای خودتان کسب می‌کنید.

به وسیله اخلاق و خدمت به بندگان خدا و ایثار و فداکاری در طریق تأمین سلامت انسان‌ها، می‌توانید مصداق «و من احياها فکانما احیانا الاناس جميعا» باشید.

کرامت ذات و عزت نفس شما اقتضا دارد که اهداف عالی انسانی و خدمت به خلق خدا را تعقیب کنید و از مادی‌گری و پول‌پرستی و استغراق در رفاه‌طلبی جداً اجتناب نمایید. توجه به مادیات به‌عنوان یک اصل و هدف، برای یک عالم دین و برای یک پزشک، یک آفت و انحراف شغلی محسوب می‌شود. فقیه و طبیب، تاجر و کشاورز و مهندس و بساز و بفروش و کارخانه‌دار نیستند، تا هدف آن‌ها، تکثیر اموال و ازدیاد زخارف دنیوی باشد. هدایت یک انسان، و علاج و تسکین درد بیماری که از شدت درد به خود می‌پیچد، و نجات یک انسان از مرگ، و اشک شادی مادری که جگرگوشه‌اش را از مرگ نجات داده‌ای، برای یک فقیه و عالم ربانی و یک پزشک مخلص و خدمت‌گزار از میلیون‌ها پول بیش‌تر ارزش دارد. آیا حیف نیست که چنین ارزش گران‌بهایی را با مقداری پول معامله کنیم؟

البته فقیه و پزشک هم نیاز به زندگی و تأمین مایحتاج دارد و باید در این راه تلاش کنند، اسلام نیز در این‌باره منعی ندارد. آن‌چه را اسلام برای فقیه و پزشک نمی‌پسندد توجه به مادیات و هدف بودن آن است. آن‌چه برای یک پزشک پسندیده نیست مسابقه در ازدیاد ویزیت و مطالبه پول‌های زیاد برای عمل جراحی است، مخصوصاً نسبت به فقرا و مستضعفان و افراد کم‌درآمد.

ما، در زندگی خود، فقها و علمای ربانی و پزشکان مخلص و خدمت‌گزاری را دیده‌ایم که ساده‌زیستی را پیشه خود ساخته و به زندگی ساده و شرافتمندانه

بسندۀ کرده‌اند و عمر پربرکت خود را در راه خدمت به دین و سلامت انسان‌ها صرف نموده و با عزت و شرافت زندگی کرده و برای حیات اخروی خود بهترین توشه را برده‌اند. پس ما چرا این چنین نباشیم.

**دوم:** ایمان و تقوا و خودنگهداری برای پزشک یک امر کاملاً ضروری است. زیرا پزشک طبعاً با خانم‌های بیمار و احیاناً زیبا و جوان سر و کار دارد. لازمه شغلش این است که خانم‌ها را نیز معاینه و بدن آنان را مشاهده و لمس کند. و در چنین مواقعی امکان لغزش وجود دارد. مخصوصاً اگر پزشک جوان باشد. امکان دارد بدون ضرورت یا بدون رعایت مقدار ضرورت بدن بیمار زن را مشاهده و لمس کند. یا در زیبایی‌های او خیره شود یا شوخی و خوش‌زبانی کند و احیاناً به گناهان بالاتر کشیده شود. بدین‌وسیله هم مرتکب گناه شده و هم آبرو و حیثیت خود و اعتماد مردم را از دست خواهد داد.

آن‌چه می‌تواند در این مواقع حساس پزشک را از لغزش مصون بدارد ایمان و تقواست. پزشک باید همواره به یاد خدا باشد و او را همه‌جا و ناظر بداند. پزشک باید در تهذیب و کنترل نفس خویش کوشش نماید و همواره مراقب نفس خویش باشد. مبادا فریب بخورد و عفت و آبروی خود را از دست بدهد و در بین مردم رسوا شود. پزشک مورد اعتماد و امین بیمار و بستگان او است و اگر خیانت کند،

بزرگ‌ترین گناه را مرتکب شده و اعتماد عمومی را که برای شغلش ضرورت دارد از دست خواهد داد.

به پزشکان مخصوصاً پزشکان جوان چند توصیه می‌کنم:

۱- تا ضرورت در کار نباشد از مشاهده و لمس بدن خانم‌ها خودداری

نمایید. در صورت لزوم به مقدار ضرورت اکتفا کنید.

۲- در صورت و بدن خانم‌ها خیره نشوید و به‌صورت ریه نگاه نکنید. امام

صادق (ع) فرمود: نگاه به زنان نامحرم تیر مسمومی است از شیطان، چه

بسیار یک نگاه که موجب حسرت‌های طولانی خواهد شد.

۳- اگر احساس کردید که دوست دارید به‌صورت و بدن خانم بیمار نگاه

کنید چشم خود را بگردانید و به طرف دیگر نگاه کنید.

امام صادق (ع) فرمود: «نگاه بعد از نگاه شهوت را در قلب می‌نشانند. و همین

شهوت برای فریب خوردن صاحبش کافی است.»

۴- اگر لازم بود خانم بیماری را معالجه کنید سعی کنید در اتاق خلوت

نباشد. از خانم دیگری بخواهید که در اتاق معاینه حضور پیدا کند.

۵- با خانم‌ها مخصوصاً خانم‌های جوان شوخی و خوش‌زبانی نکنید.

۶- به پزشکان و دانشجویان پزشکی توصیه می‌کنم اگر ازدواج نکرده‌اند هر

چه زودتر ازدواج کنند تا از لغزش‌های جنسی مصون بمانند.

سوم: پزشک امین و باتقوا و متعهد باید در تجویز داروها احکام اسلامی و مسائل حلال و حرام شرعی را رعایت کند. در صورتی که ضرورت نباشد از تجویز داروهایی که الکل دارد، یا با حرام دیگری مخلوط شده، جداً خودداری کنید. در تجویز روزه‌خواری نیز احتیاط را رعایت کند، اگر روزه برای بیمار ضرر دارد به روزه‌نگرفتن توصیه کند، ولی اگر ضرر ندارد از تجویز و تشویق روزه‌خواری خودداری نماید.

پزشک امین بیمار است، باید رازدار باشد، اسرار بیمار را هیچ‌گاه فاش نکند. پزشک باید آن‌قدر مورد اعتماد باشد که بیمار بتواند همه افکار و اسرارش را با او در میان بگذارد و از او راهنمایی بخواهد. فاش کردن اسرار بیمار خیانت اخلاقی محسوب می‌شود و اعتماد را سلب می‌کند و به صلاح دنیا و آخرت پزشک نیست. امانت و تقوا و ایمان پزشکان اقتضاد دارد که در مقدار تجویز دارو احتیاط را رعایت کند. به مقدار نیاز دارو بنویسد. و از ردیف کردن چندین رقم داروهای تکراری و غیر لازم خودداری نماید. چنین عملی هم به اقتصاد کشور لطمه می‌زند و هم به زیان جسم و اقتصاد بیمار خواهد بود و این یک گناه و خیانت است. در خاتمه، از پزشکان محترم پوزش می‌طلبم و توفیق همگان از خدای بزرگ مسئلت می‌نمایم.

## مروری بر دو دهه فعالیت‌های اخلاق پزشکی در ایران

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

(۱) مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم،

مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دو دهه اخیر فرصتی خاص برای توسعه قابل توجه اخلاق زیستی در سراسر جهان بوده است. در این مورد که پیشرفت‌های رو به رشد در علم سؤالات اخلاقی مهمی ایجاد نموده است که باید به‌صورت کاربردی پاسخ داده شود، توافق وجود دارد. موضوعات بسیاری در علوم زیستی و پزشکی و فناوری‌های نوین وجود دارند که اخلاق پزشکی معاصر با آن‌ها روبه‌روست. این گزارش، فعالیت‌های اخلاق زیستی و موفقیت‌هایی را که در زمینه‌های مختلف سیاست‌گذاری، سازماندهی، آموزش، و استقرار اخلاق در صحنه عمل در کشور ما طی دو دهه اخیر حاصل شده است را به‌طور خلاصه بیان می‌کند.

در ابتدا، تلاش‌های مستمر در جهت تدوین برنامه راهبردی اخلاق پزشکی در کشور شایان توجه است. به‌منظور دستیابی به اهداف کلی و جزئی این برنامه، فعالیت‌های قابل توجهی صورت پذیرفته است. موضوع اخلاق در رشته‌های مختلف علوم، که قبلاً با شیوه سنتی پی‌گیری می‌شد، در حال حاضر به یک

موضوع مهم مورد بحث تبدیل شده است. تحقیقات زیادی در حوزه‌های مختلف اخلاق زیستی در کشور در حال اجراست. طی دوره مورد نظر، مقالات و کتب بسیاری در موضوعات مطرح اخلاق زیستی به چاپ رسیده‌اند.

طی سال‌های اخیر، کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی متعددی در دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی برگزار شده‌اند. همراه با افزایش دانش محققان و دانشمندان کشور، استقرار کمیته‌های اخلاق در سطوح مختلف، به‌طور ویژه مورد عنایت قرار گرفته است. از سوی دیگر، با در نظر گرفتن حیطه‌های مختلف اخلاق زیستی که نیازمند قانون‌گذاری و یا بازنگری در قوانین قبلی بوده‌اند، متولیان، سیاست‌گذاران، و دانشمندان کشور تلاش‌هایی را در راستای تدوین قوانین و راهنماهای اخلاقی لازم انجام داده‌اند. موضوع مهمی که باید در ایران مد نظر قرار می‌گرفت، تفاوت‌های بین قوانین بین‌المللی، و فرهنگ و اعتقادات مذهبی در جامعه ما بود. براین اساس، راهنمای اخلاقی در تحقیقات زیست‌پزشکی به‌صورتی منطبق بر فرهنگ جامعه، طی فعالیت‌های ستادی با دعوت از متخصصین دین، حقوق، اخلاق، پزشکی و رشته‌های وابسته، تدوین گردید. در مقاله حاضر سرفصل‌های اصلی قوانین ذکر شده بیان خواهد شد.

**واژگان کلیدی:** اخلاق زیستی، اخلاق پزشکی، برنامه راهبردی، کمیته اخلاق، ایران

## اخلاق زیستی در سطح جمعیت: یک دستور کار پژوهشی

دانیل ویکلر

استاد دانشکده بهداشت، دانشگاه هاروارد

مقولات اخلاقی در سلامت و پزشکی «/اخلاق زیستی» هزاران سال است که مورد بحث قرار گرفته‌اند، اما پرسش‌های جدید همواره پیش می‌آیند. این امر تا حدی ناشی از تغییراتی است که در عرضه فنون و دانش‌ها رخ می‌دهند، نظیر ابداع پیوند عضو انسانی و تولید مثل آزمایشگاهی. ولیکن اخلاق زیستی هنگامی که ما می‌آموزیم پرسش‌های تازه‌ای را درباره پدیده‌های آشنا مطرح کنیم نیز پیشرفت می‌کند. یکی از تغییراتی که امروزه در حال وقوع است، تغییر تمرکز از یک پزشک منفرد یا رابطه پزشک-بیمار، به نگاهی از بالاست که به مسائل اخلاقی پیش‌آمده در جمعیت و سلامت در سطح بین‌المللی می‌پردازد. بسیاری از مسائل اخلاقی اگر از منظر جمعیتی نگریسته شوند، متفاوت جلوه می‌کنند و گاهی فقط از این منظر است که دیده می‌شوند. یکی از مسائل از این منظر، تفاوت‌هایی است که بین سطوح مختلف اجتماعی-اقتصادی از نظر سلامت وجود دارد. اگرچه یک پزشک منفرد نیز ممکن است متوجه شود که افراد مرفه‌تر از

سلامت بهتری برخوردارند، اما هدف او همواره حفظ و ارتقا سلامت در هر بیمار خود خواهد بود. اما از نگاه بالا، به نظر می‌رسد که اگر جامعه نتواند نابرابری‌های موجود از نظر سلامت را بکاهد، این یک مشکل اخلاقی سیستمی است و پزشکان، دولت، سازمان‌ها و اشخاص مسؤول مقابله با آن هستند. این سخنرانی برنامه کار در حال رشد پژوهش بر روی «اخلاق زیستی در سطح جمعیت» را بررسی می‌کند و برخی از جنبه‌های متمایز آن را مورد توجه قرار می‌دهد.

نشست

# اخلاق پزشکی از دیدگاه اسلام و ادیان (۱)



چهارشنبه ۲۸ فروردین ۱۳۸۷



## خلاصه‌ای در مورد

«بیمارستان ایرانی - اسلامی، بیمارستان ایده‌آل اخلاق پزشکی»

حجت الاسلام و المسلمین محمد محمدیان

۱. سال‌هاست که مباحث اخلاق پزشکی به‌صورت جدی در فضای علوم پزشکی کشور پی‌گیری می‌شود، اما نکته حائز اهمیت آن است که علی‌رغم ضرورت تدوین مباحث اخلاق پزشکی در جامعه دانشگاهی کشور، آموزه‌های اخلاق پزشکی چندان در عرصه اجرا فراگیر نشده است.
۲. ممکن است تحقق همه‌جانبه آموزه‌های اخلاق پزشکی در جامعه امروز موضوعی آرمان‌گرایانه محسوب شود، ولی با طراحی چشم‌انداز بلندمدت و تعیین نقشه راه برای رسیدن گام به گام به نقطه هدف، می‌توان دهه‌های بعد را زمانی دانست که کاملاً به اهداف در نظر گرفته‌شده، دست خواهیم یافت. تا زمانی که طراحی و تدوین این چشم‌انداز بلندمدت با برنامه‌ریزی زمان‌بندی‌شده و اهداف سنجش‌پذیر صورت نگیرد، مسیر دستیابی به اخلاق پزشکی فراگیر، مبهم، دست‌نیافتنی و صرفاً آرمانی جلوه خواهد کرد.

۳. تا زمانی که تئوری‌های اخلاق پزشکی بومی در قالب یک مدل بیمارستانی جامع و فراگیر طراحی نشود و مدل عملیاتی بیمارستان ایده‌آل اخلاق پزشکی پایه‌گذاری نگردد، شتاب حرکت به سمت آن مدل مطلوب، کند و با فراز و نشیب بسیار همراه خواهد بود.

۴. اگر جمهوری اسلامی ایران بتواند به‌عنوان پرچمدار تمدن اسلامی، مدل بومی از بیمارستان ایده‌آل ایرانی - اسلامی از نظر اخلاق پزشکی الهی و خدامحور ارائه دهد و آن را تحقق بخشد، می‌تواند فصل جدیدی از کتاب سلامت را در تاریخ بشر بگشاید.

## تبیین برخی از مبانی اخلاق پزشکی اسلامی

دکتر حمیدرضا آیت‌اللهی

دانشیار گروه فلسفه دانشگاه علامه طباطبائی

در تبیین اخلاق پزشکی در جوامع مختلف تفاوت‌هایی دیده می‌شود که ناشی از تفاوت‌های مبنایی نگرش به دستورات اخلاقی است. با توجه به دیدگاهی که در یک فلسفه اخلاق پذیرفته می‌شود، پاسخ‌های متفاوتی به مسائل اخلاق پزشکی داده خواهد شد. در این مقاله در نظر است برخی از مبانی نگرش اسلامی - ایرانی به مسائل اخلاقی برشمرده شود تا پاسخ‌هایی که در جامعه ما به پرسش‌های اخلاق پزشکی داده می‌شود جهت‌گیری اسلامی - ایرانی داشته باشد تا راه حل‌های نامتناسب با جامعه ما بر ما تحمیل نشود. از آن‌جا که برشمردن تمامی عناصر مبنایی اخلاق پزشکی اسلامی کاری است که در فرآیندی طولانی‌مدت و با مشارکت بسیاری از اندیشمندان حاصل خواهد شد، در این مقاله به تبیین برخی از این مبانی جهت‌دهنده پرداخته می‌شود. این مبانی وجه ممیزه اخلاق پزشکی ایرانی - اسلامی را با اخلاق پزشکی سکولار و یا اخلاق پزشکی در حوزه‌های دیگر دینی و مذهبی نشان خواهد داد.

## مرز درمان، فزونی خواهی جسمانی و ترمیم

دکتر شهین اعوانی

عضو هیأت علمی مؤسسه‌ی پژوهشی حکمت و فلسفه ایران

پزشکان معتقدند معنا و مرز درمان در پزشکی مشخص است. درمان معالجه یا کاهش مرض و به قدر طاقت بشری و زمینه علمی تخصصی، بازگرداندن جسم بیمار به سلامت، از وظایف اصلی پزشک است و علم پزشکی احکام اخلاقی مشخصی در این باره دارد.

از منظر حکما جسم انسان امانتی است الهی که به صورت زندگی در دنیا موقتاً در دست حقیقت انسانی انسان گذاشته شده و حیات دنیوی فرصتی است جبران‌ناپذیر برای رشد معنوی و ارتقاء انسانیت... .

حال با دو تعریف فوق، مقاله به این موضوع می‌پردازد: وقتی مراجعه‌کننده به پزشک، بیمار نیست و به لحاظ جسمی در سلامت کامل به سر می‌برد، ولی او فزونی‌خواه در بهبود است و خواسته‌اش از طریق مداخله‌ی ژنتیکی یا جایگزینی تدریجی اعضای بدن، افزایش نیروی قوای بدنی، انجام عمل جراحی به منظور تغییر یا زیباتر کردن چهره است، آیا اموری از این گونه نیز در زمره درمان و معالجه محسوب می‌شود؟

به عبارت دیگر، با پیشرفت علم طب و تکنولوژی مربوط به آن، معیار و میزان دستکاری و ترمیم هر عضو از بدن کجاست؟ آیا این جراحی‌های و دستکاری‌ها سبب خروج انسان از طبیعت خویش نمی‌شود؟ به لحاظ اخلاقی ما تا چه اندازه مجاز به دستکاری در جسممان هستیم؟

کانت معتقد است جسم ما مطیعی خودکامگی آزادانه ما نیست و اجازه نداریم آن را کاملاً در اختیار خود بدانیم. نظام‌های حقوقی بعضی کشورهای اروپایی (از جمله فرانسه، اسپانیا، انگلیس و هلند) نیز فرد را به عنوان مالک تام‌الاختیار بدن خود، به معنایی که آزادانه هر کاری را که بخواهد نسبت به آن انجام دهد و بیش از هر چیز به مقاصد تجاری آن را به کار بندد، نمی‌شناسد. مقاله به بررسی دیدگاه کانت و دو دیدگاه مطرح در جهان کنونی می‌پردازد؛ یکی دیدگاهی که می‌گوید «طبیعت انسان با جسم او مطابقت دارد و هرگونه دستکاری بر جسم انسان، به طبیعت او لطمه می‌زند.» و دیگری دیدگاهی که می‌گوید «خلاقیت انسان در خدمت تکامل زندگی اوست و هرگونه تغییر یا دستکاری بر جسم انسان یا حیوان که در قالب «تکامل» جای گیرد، می‌باید علمی شود.»

**واژگان کلیدی:** درمان، فزونی‌خواهی، ترمیم، دستکاری بر جسم انسان، اخلاق

جراحی، حدود تکامل جسمی

## کاربرد بیانیه اخلاق زیستی یونسکو در فرهنگ‌های مختلف

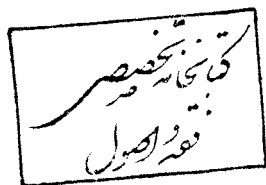
داریل میسر

یونسکو در سال ۱۹۹۳، برنامه اخلاق زیستی را منتشر کرد و از سوی سازمان ملل چالش‌هایی مطرح شد که منتهی به نگرانی جهانی در مورد اخلاق در علم و تکنولوژی در ارتباط با مسائلی مانند افزایش آگاهی، ایجاد ظرفیت و ایجاد استاندارد گردید. میراث زیر بنایی اخلاق در تمام فرهنگ‌ها، مذاهب و در سنت‌های قدیمی سراسر جهان قابل مشاهده است. از آن‌جا که تمام ۱۹۴ کشور عضو یونسکو با بیانیه بین‌المللی اخلاق زیستی تطابق یافتند (بیانیه جهانی ژنوم انسانی و حقوق انسانی، ۱۹۹۷؛ بیانیه بین‌المللی اطلاعات ژنتیک انسانی، ۲۰۰۱؛ بیانیه جهانی اخلاق زیستی و حقوق انسانی، ۲۰۰۵)، بحث و کاربرد مناسب این استانداردهای جهانی در هر جامعه با توجه به روشی که برنامه یونسکو در آن کاربرد دارد، اساسی است. این مقاله، مرتبط بودن اصول از جمله ارتباط بیانیه جهانی اخلاق زیستی و حقوق انسانی با جوامع و ملت‌های آسیا بر اساس عکس‌العملی که تا کنون از طریق گفت‌وگوهای انجام شده به‌دست آمده است، و

به‌خصوص تجربه آسیا و اقیانوسیه را بررسی خواهد کرد. بیانیه، خواهان شرکت تمام سهام‌داران در تصمیمات مربوط به اخلاق زیستی است که این تصمیمات بر اساس ساختار جامعه برای ایجاد توافق و تصمیم‌گیری موجود در بسیاری از جوامع، قابل اتخاذ هستند. بیانیه خواهان ایجاد کمیته اخلاق است.

هم‌چنین شرکت متخصصان با هر تابعیتی در اخلاق مراقبت‌های بهداشتی حرفه‌ای که خودمختاری و مسئولیت را توسعه می‌دهد، هم‌چنین آموزش قدرتمندسازی تمام افراد به‌گونه‌ای که هر فردی بتواند ارزش‌های خاص خود را در ارتباط با اخلاق زیستی توضیح دهد، لازم است. مقالات مربوط به مسئولیت‌پذیری اجتماعی بخش وسیعی از اخلاق زیستی را به خود اختصاص می‌دهند، و بندهای مربوط به مبادله منافع به‌خصوص با مسأله تولید دانش و مبادله آن در ارتباط هستند. ایجاد مشارکت در منطقه توسط دانشکده اخلاق آسیا اقیانوسیه در حال گسترش است و شامل بسیاری از افراد و تعدادی از سازمان‌ها می‌باشد و این روش و روش‌های دیگر برای کاربرد توصیه‌های این کنفرانس مورد بحث قرار خواهد گرفت. هدف یونسکو تسهیل ایجاد شبکه بین کشورهای مختلف به منظور تبادل تجربیات و دانش است. این کار در آسیا با کنفرانس آسیایی اخلاق زیستی در سال ۱۹۹۷ که به‌طور مشترک با مؤسسه اخلاق زیستی آسیا (ABA) برگزار شد، آغاز گردید. از آن به بعد گفت‌وگو و کسب دانش بین افراد در رشته‌ها و

کشورهای مختلف به‌وسیله ABA و یونسکو تقویت شد و این امر پیشرفت درک دوجانبه و ارتباط بین تحقیق و سیاست‌گذاری را بهبود بخشید. بنابراین، این بیانیه نقطه شروع یا پایان نیست، بلکه نقطه‌ای است در امتداد مسیر برای هر جامعه‌ای، برای سفر به منظور کشف دوباره ارزش‌های خود و کاربرد آن‌ها برای روشن‌شدن مسائلی که به‌وسیله علوم بیومدیکال و بحران‌های محیطی که با هم تبادل می‌کنیم، ایجاد می‌شوند.



## جایگاه پزشکی و پزشکان مسلمان در جهانی شدن اخلاق پزشکی

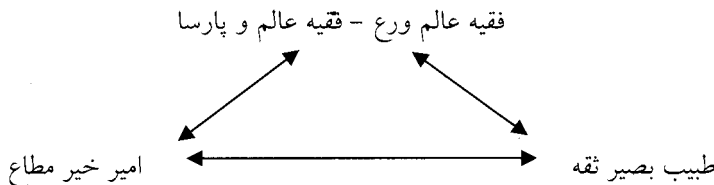
دکتر سید حسین فتاحی معصوم

استاد دانشگاه علوم پزشکی مشهد

در این مقاله با بهره‌مندی از حدیثی نورانی از امام صادق (ع) اشاره‌ای به جایگاه پزشک در اسلام و نقشی که بایستی ایفا نموده و سپس به وظیفه و نقش او در جهان می‌پردازیم.

امام صادق (ع) می‌فرماید: «لا یستغنی اهل کل بلد عن ثلاثه، یفزع الیه فی امر دنیاهم و آخرتهم فان عمو ذالک کانو همجاً»

یعنی: اهل هر شهری (کشوری) را از سه کس که برای دنیا و آخرتشان بدان پناه ببرند بی‌نیاز نباشند و اگر (این سه کس) را ندارند مردمی خواهند بود نادان و بی‌تدبیر.



امیر خیرخواه و قابل اطاعت

پزشکی بصیر و مورد اعتماد

که حاجب تو خلق را بر سه تن

بود از امام ششم این سخن

«فقیهی» خردمند و پرهیزکار «امیری» نکوکار و فرمان‌گزار

«طبیعی» به علم و عمل اوستاد به هر ناحیت مورد اعتماد

با توجه به این حدیث شریف بایستی موضوع را از دید کلان و وسیع نگاه کرد و سه نفر عمده مطرح شده را که در رأس تشکیلات ساختاری آنان دید.

یعنی ساختار و نظام فکری حاکم بر جامعه، حوزه‌های علمیه و دستگاه قانون‌گذاری و جایگاه ولایت فقیه ساختار و نظام اجرایی و مدیریتی، ریاست جمهوری، دولت و دستگاه‌های اجرایی.

ساختار نظام سلامت، بهداشت و درمان آموزش پزشکی، دستگاه‌های مسؤول و

جامعه پزشکی

**در داخل کشور دستیابی به جایگاه رفیع و مهم بصیر بودن و تقه بودن:**

یعنی کسب آخرین پدیده‌های علمی روز و به‌کارگیری آنان در راه سلامت جامعه یعنی شکوفایی علمی و توانمندی‌های بالقوه را به فعل و عمل درآوردن. در ثانی مورد اعتماد و اطمینان مردم بودن که نیاز به بازنگری در شیوه‌ها، روش‌ها، رفتارها و عملکرد جامعه پزشکی، پزشکان و گروه پزشکی از یک‌سو و از سوی دیگر بازنگری در شیوه‌های آموزش و تربیت نیروی انسانی و بهبود شیوه‌ها و روزآمد کردن دانش و آموزش پزشکی کشور، شیوه‌گزینش دانشجو، دستیار و استاد و ... دارد.

### در خارج از کشور، جایگاه پزشکی و پزشکی در کجاست؟

با توجه به سابقه کهن و تاریخی کشور ایران به‌ویژه پس از اسلام و شکوفایی تمدن اسلامی برای به‌دست آوردن جایگاه متناسب با اندیشه اسلامی و انقلابی می‌باید در تداوم فعالیت‌های داخلی و ارتقا علمی و فکری و دستیابی به فن‌آوری‌های لازم در زمینه‌های زیر نیز تلاش و هم‌فکری صورت پذیرد و موضوعاتی که می‌تواند بین ملل اسلامی در درجه اول و سپس سایر ملل مورد تعامل و گفت‌وگو و تبادل نظر قرار گیرد عبارتند از:

محور اول: اخلاق پزشکی

محور دوم: تاریخ و مشاهیر پزشکی در اسلام و ادیان

محور سوم: احکام و مبانی فقهی در زمینه مسائل مختلف و جدید پزشکی

پس از بررسی موضوعات مطرح شده بایستی به دو موضوع مهم پرداخت:

۱- تهیه و تدوین منشور اخلاق پزشکی کشور

۲- تهیه و تدوین منشور جهانی اخلاق پزشکی

در ادامه مقاله مفاد منشور کشوری و جهانی اخلاق پزشکی مورد بحث قرار

گرفته است.



نشست

## اخلاق پزشکی از دیدگاه اسلام و ادیان (۲)



چهارشنبه ۲۸ فروردین ۱۳۸۷



## اخلاق پزشکی از دیدگاه اسلام، بررسی طرح جامع اخلاق پزشکی

آیت‌الله عباسعلی عمید زنجانی

استاد دانشگاه تهران

اخلاق پزشکی، به مفهوم عام آن که همه نوع ارتباط اخلاقی و رفتاری با بیمار توسط اشخاص مرتبط با او را شامل می‌گردد، طیف وسیعی از آموزه‌های اسلامی را در بر می‌گیرد که بخشی از آن در این طرح تحت عناوین زیر مورد بررسی قرار می‌گیرد:

- ۱- اخلاق پزشکی در قالب رفتار پزشکان، پرستاران، داروسازان و اطرافیان نسبت به شخصیت بیمار به عنوان انسان در حال آزمایش برای ارتقا با نگاه به مفهوم و فلسفه بیماری نه به عنوان یک آفت و پلیدی که به عنوان «بلا» که عرصه امتحان الهی را تداعی می‌کند.
- ۲- اخلاق پزشکی در رابطه با ادوار مختلف بیماری از آغاز شروع درد، معالجه، نقاهت یا دوره اختصار هر کدام به نوبه خود رفتار خاصی را از پزشکان و دیگر اشخاص مرتبط با بیمار می‌طلبد که در هر مورد رفتار ویژه‌ای توصیه می‌شود.

۳- در ادوار سنی بیمار ویژگی‌هایی وجود دارد که پزشکان و سایر اشخاص مرتبط با بیمار باید رفتار متناسب با موقعیت او را داشته باشند و از انعطاف خلقی خاص و متناسبی برخوردار باشند.

بررسی اخلاق پزشکی در اسلام، با توجه به این مراحل سه‌گانه، در رابطه با تمام اشخاص مرتبط با بیمار در دوازده بخش قابل بررسی است و در خصوص هر کدام توصیه‌ها و آموزه‌های خاصی در متون اسلامی وارد شده است که هر کدام به نوبه خود حائز اهمیت و تأمل برانگیز است. هر چند برخی از این موارد به‌طور صریح در مجموعه متون اسلامی مربوط به اخلاق پزشکی دیده نمی‌شود، اما از بخش‌های به‌دست آمده می‌توان دیدگاه اسلام را در خصوص موارد ناگفته نیز به‌دست آورد.

## بررسی تاریخی بر تدریس پزشکی اسلامی

توماس ایک

استادیاریار مرکز مطالعات فرهنگی

بیانیه‌های مربوط به اخلاق پزشکی اسلامی، اغلب رویکردی دستوری دارند و تنها سؤالاتشان در مورد نظر اسلام در رابطه با سقط جنین، شبیه‌سازی، آسان‌کشی و غیره است. در این شرایط، اکثر عقاید محققان مذهبی مسلمان، معمولاً مشخص می‌گردد و به‌صورت فتوی یا توصیه‌های کمیته‌های ملی یا بین‌المللی دانش مذهبی، ارائه می‌گردد. با این حال، این متون، حاوی بینش اندکی نسبت به استدلال و مباحث موجود در پس بیانیه قانونی خاصی هستند. بررسی مباحث مستند و مطالعات بزرگ‌تر که در زمینه اخلاق پزشکی اسلامی سنی منتشر شده است نشان دهنده این است که متون کلاسیک دانش قانون اسلامی (فقه) رویکردی مطلقاً دستوری و غیرتاریخی دارند. این بدان معنا است که مفاهیم و قوانین که مورد تأیید دانشمندان شرعی در چندصد سال گذشته بوده است. بدون در نظر گرفتن شرایط تاریخی که می‌تواند بر این مفاهیم و قوانین تأثیرگذار باشد، به‌عنوان جوهره اخلاق اسلامی در نظر گرفته می‌شود. من

این موضوع مسأله‌ساز را با سه مثال به تصویر می‌کشیم، که هر سه به مباحث شروع زندگی انسان مربوط هستند.

**اولین مثال:** توسعه رویان‌شناسی اسلامی بر اساس سوره‌های قرآنی و سخنان پیامبران است. بنابراین متون، متون یونان باستان و براساس مشاهدات دانشمندان اسلامی، مفاهیم چگونگی رشد جنین انسان در داخل رحم، که در قرن ۱۴ پس از میلاد مسیح، تا حدودی مورد توجه بود، گسترش یافته است. این مفاهیم با شرایط کنونی سازگار گشته‌اند و ظاهراً قطعیت مفهوم تاریخی را دست نخورده باقی گذارده است. با این حال، طی فرآیند سازگاری، مفهوم تاریخی رویان‌شناسی، تغییر فراوانی یافته است و بنابراین دیگر با پایه متنی قرآن و حدیث که ابتدا از آن گرفته شده بود هماهنگی ندارد.

**مثال دوم:** قوانین شرعی در مورد سقط جنین به‌طور کلی است. این قوانین، تحت تأثیر مفاهیم تاریخی رویان‌شناسی و نیز حد اعلای پیشرفت در زمینه پزشکی در مدت زمان مربوطه است. بنابراین، بسیاری از قوانین تاریخی قضات مسلمان، بیانیه‌ای در مورد استانداردهای ضروری سند در عملکرد قضایی، به جای اظهارات اخلاقی، است. با این حال، در بحث فعلی، این قوانین در سطحی دستوری درک شده‌اند.

**مثال سوم:** مسأله سقط جنین پس از تجاوز است، که در کتاب‌های تاریخی فقه که تا به حال برای این مقاله مورد بررسی قرار گرفته‌اند، یافت نشده است. مباحثه کنونی هرگز نپرسیده که چرا این‌گونه است. به جای آن، سعی بر آن بوده است که بیانیه‌های دستوری از این منابع، از طریق استنباط از قوانین مربوط به سقط جنین به‌طور کلی، به‌دست آید.

با این حال، منطقی به‌نظر می‌رسد که بگوییم از لحاظ تاریخی، مسأله سقط جنین پس از تجاوز هرگز مورد بحث و بررسی قرار نگرفته است، زیرا بنابر مفاهیم رایج آبستنی، حاملگی پس از سقط غیرقابل تصور بوده است.

بنابراین، من به شدت معتقد به لزوم بهره‌گیری از رویکردهای تاریخی در فرآیند تصمیم‌گیری اخلاقی هستم.

## رویکردهای ادیان جهان نسبت به

### شبیه‌سازی و حیوانات دارای ژن‌های پیوندی

دکتر پیمان چلپی، دکتر احسان مصطفوی

گروه اخلاق پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

**مقدمه:** در رابطه با زیست - تکنولوژی حیوانات، علمای الهیات، در ادیان گوناگون، وجود دارند که مسأله بهره‌گیری از حیوانات را برای رفع نیازهای انسانی مورد مطالعه قرار می‌دهند. دانشمندان اخلاق، مسائلی چون شبیه‌سازی و ژن‌های پیوندی در حیوانات را، بسیار جدید می‌دانند.

رویکرد هندو نسبت به حیوانات بر پایه حضور الوهیت در همه چیز است. از دیدگاه هندوئیسم، حیوانات، مثل انسان، هم‌چون تجلی‌های الوهیت هستند. این نگرش منجر به حسی از یگانگی و احترام نسبت به همه چیز است. برخی فلاسفه هند تمامی تحقیقات آزمایشگاهی را رد می‌کنند، در حالی که برخی دیگر موافق آن هستند. از دیدگاهی عملی، شبیه‌سازی در هندوئیسم چنان‌چه سود آن برای انسان بیش از درد آن برای حیوانات باشد و چنان‌چه هیچ راه دیگری برای کسب این منافع وجود نداشته باشد، مجاز شمره می‌شود.

در بودیسم، حیوانات بسیار گرامی داشته می‌شوند. بودایی‌ها، در رابطه با استفاده از حیوانات در علم، عقیده دارند که باید هدف از این عمل، ابزار مورد استفاده و نتایج آن را در نظر گرفت. در زیست - تکنولوژی حیوانات، چنان‌چه نیت، خوب و نتایج، مورد نیاز و مفید باشد، این کار مشکلی نخواهد داشت.

در قانون یهود، تغییر ژنتیکی، مغایرتی با ممنوعیت پیوند ژنی ندارد. این، تا حدودی بدین علت است که در این فرآیند عمل جنسی میان گونه‌ها صورت نمی‌گیرد. ظاهر فیزیکی حیوان حاصل شده نیز از اهمیت فراوانی برخوردار است. حیوانات شبیه‌سازی شده، شبیه به حیوان اولیه هستند. تفکر کلی این است که از هر چیزی (شبیه‌سازی یا پیوند ژنتیکی) که برای انسان سودآور باشد و ممنوعیتی نداشته باشد، تا جایی که برای حیوان خطری نداشته باشد و منجر به رنج او نگردد، استقبال می‌شود. مسیحیان بر این عقیده‌اند که روح حیوانات، جاودانه نیست و دارای ارزش ذاتی نیست. شبیه‌سازی مسائل و سؤالات بزرگی را برای علمای الهیات مسیحی ایجاد کرده است. می‌توان گفت که ایجاد حیوانات براساس نیاز، مخالف طرح الهی برای تنوع زیستی است. بنابراین، شبیه‌سازی حیوانات، بسیار اشتباه است. ولیکن، برخی شبیه‌سازی‌ها در مقیاس کوچک، مورد تأیید برخی کلیساها قرار گرفته است. چنان‌چه علت شبیه‌سازی، ریشه در اقتصاد، رفاه یا نیازهای انسان داشته باشد، کاملاً غیر قابل قبول خواهد بود.

از دیدگاه اسلام، حیوانات روح دارند؛ سطح آگاهی آن‌ها از انسان پایین‌تر است، ولی چیزی بیش از غریزه به‌شمار می‌رود. بنابر تفکر اسلام، علم نباید چیزی را خلق کند، ولی باید حقایق خلقت الهی را قابل فهم سازد. بنابراین، این دانشمندان، شبیه‌سازی را معجزه‌ای می‌دانند که خداوند ممکن ساخته است و تغییر ژنی نیز از دیدگاه آن‌ها، دانشی از جانب پروردگار است. دانشمندان اسلامی شبیه‌سازی حیوانات را مجاز می‌دانند، ولی با شبیه‌سازی انسان مخالف هستند. به گفته آن‌ها، تحقیق در زمینه شبیه‌سازی باید محدود باشد و تنها ابزاری برای بهبود جهان، و نه ایجاد اختلال و هرج و مرج به‌شمار رود و منجر به رنج کشیدن حیوان نیز نگردد.

**نتایج:** تمامی ادیان بر این عقیده‌اند که تحقیق در زمینه شبیه‌سازی و پیوند ژنی حیوانات، تا حدی که برای بهتر شدن جهان و منجر به هرج و مرج و اختلال نگردد و به حیوان نیز رنجی نرساند، مجاز است.

**نتیجه‌گیری:** در این مقاله، رویکردهای دینی جهان در رابطه با کاربرد زیست

- تکنولوژی مدرن در پیوند ژنی حیوانات اهلی مورد بررسی قرار گرفته است.

**واژگان کلیدی:** دین، پیوند ژنی حیوانات، شبیه‌سازی، زیست - تکنولوژی

## اخلاق مقایسه‌ای مراقبت‌های بهداشتی

### ایرن آن جیلسون

دانشکده پرستاری و مطالعات سلامت، دانشگاه جرج تاون

در این مقاله، فرض بر این است که میزان و روش‌هایی که کشورها از طریق آن منابع بخش عمومی و خصوصی را به مراقبت‌های بهداشتی اختصاص می‌دهند و روش‌هایی که به‌وسیله آن‌ها از تبعیت از استانداردهای جهانی اخلاق در اجرای تحقیق اطمینان حاصل می‌کنند، بازتابی از ارزش‌های این کشورهاست. این مقاله، پیشرفت‌های تاریخی در مراقبت‌های بهداشتی و اخلاق پزشکی را توضیح می‌دهد و دو کشور مصر و ایالات متحده را از نظر اصول اخلاقی که از مذاهب و باورهای اعتقادی آنان منشأ می‌گیرند، مورد مقایسه قرار می‌دهد. اصولی که مورد مقایسه قرار می‌گیرند عبارتند از: عدالت توزیعی، خودمختاری و حفاظت از نمونه‌های انسانی، خیرخواهی و عدم بدخواهی. در این تحقیق، مسائلی هم‌چون توزیع منابع بهداشتی، نابرابری در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و کیفیت آن در میان جمعیت کشورها، کاربرد عملی اخلاق زیستی به‌صورت بالینی، و فرآیندهای مناسب برای اطمینان از حفاظت از خودمختاری فرد در اجرای تحقیق مورد توجه قرار

گرفته‌اند. همچنین این مقاله، روش‌هایی را که از طریق آن عوامل اجتماعی-فرهنگی در مراقبت‌های بهداشتی و اخلاق پزشکی در دو کشور مورد ملاحظه قرار می‌گیرند و روش‌هایی را که این کشورها از طریق آن اطمینان حاصل می‌کنند که تحقیق انجام شده به‌وسیله شهروندان آن‌ها ( دانشمندان، محققان مراقبت‌های بهداشتی ) و سیاست‌های آنان با احترام به توزیع تکنولوژی پزشکی در کشورهای دیگر، از قوانین و استانداردهای اخلاقی ملی این کشورها و قوانین متناسب با توافق‌های بین‌المللی پیروی می‌کنند، بررسی شده‌اند. این مقاله دو مشکل جهانی تحقیق پزشکی و پیشرفت‌های سریع در زمینه تکنولوژی پزشکی و نقشی را که این دو کشور در توجه به این مسأله در کشور خود و در مشارکت با کشورهای دیگر ایفا کرده‌اند، توضیح می‌دهد. خلاصه‌ای از روش بازتاب ارزش‌های این دو کشور در این اقدامات، ارائه شده است. در نهایت، این تحقیق تلاش‌های انجام‌شده برای طراحی مجموعه جهانی از اصول اخلاقی مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی را که از مرزهای مذهبی و فرهنگی می‌گذرند، شرح می‌دهد.

## بررسی یکی از عوامل غفلت در اخلاق پزشکی

دکتر جواد سعید تهرانی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

فعالیت‌های روزمره انسان تحت تأثیر دو نیرو است؛ غرایز و تمایلات طبیعی انسان را به‌سوی منافع شخصی، لذت‌ها و موقعیت‌های اجتماعی می‌خواند، خردورزی و حکمت‌گرایی و فضایل اخلاقی انسان را به‌سوی خدمت به هم‌نوع، ایثار و در نهایت رضایت الهی دعوت می‌کند.

پزشک به‌خاطر موقعیت ویژه‌ای که در جامعه دارد باید تلاش کند تا غرایز و تمایلات مرزناشناس خود را با اهرم ایمان و عقل کنترل نماید. این نکته برای پزشک و جامعه پزشکی اهمیتی حیاتی دارد، زیرا ممکن است یکی از عوامل جوانی یا ضعف و ایمان و یا فشار تمایلات طبیعی شرایطی را برای پزشک رقم بزند که هرگز قابل جبران نباشد.

*اکنون این سؤال مطرح است که چه عواملی موجب غفلت انسان می‌شود؟*

یکی از آفات انسان و بالطبع کادر پزشکی که موجب غفلت او از ارزش‌های انسانی می‌شود، تسلیم شدن در برابر تمایلات جنسی است. پزشک در جوامع

مختلف به‌عنوان امین ناموس و سلامت انسان شناخته شده است. در اسلام نیز کار پزشکی هم‌سنگ کار دانشمندان دین تلقی شده و از قداست بالایی برخوردار است.

امام صادق (ع) فرموده‌اند: «نگاه مداوم به نامحرم بذر شهوت را در قلب می‌نشاند و همین شهوت برای فریب‌خوردن صاحبش کافی است.»

ظاهری آرام و متین دارد و ممکن است در پاره‌ای از امور پزشکی جدی و دقیق باشد، اما با دیدن جنس مخالف دست و دلش می‌لرزد، گویی مهار فکر و اندیشه‌اش به دست غریزه جنسی می‌افتد! نگاه‌های هوس‌آلود، هم‌زبانی، استقبال هر دو جنس از هم‌نشینی و همراهی از دام‌هایی هستند که شیطان هر لحظه در مسیر انسان‌ها قرار می‌دهد.

پزشک در مقایسه با سایر انسان‌ها بیش‌تر در معرض خطر است، زیرا: مراجعه‌کننده بیمار خانمی است که تنها به مطب پزشک مراجعه کرده است و پزشک برای تشخیص بیماری مجبور است با او صحبت کند و در صورت لزوم بدن او را معاینه یا لمس نماید و ...

این موارد سبب می‌شود تا افکار پزشک از مسیر سلامت منحرف و در چنگال اهریمن لذت گرفتار شود. خداوند حکیم و مهربان به منظور پیش‌گیری، از مردان و زنان مؤمن می‌خواهد هنگام روبه‌رو شدن با نامحرم چشم‌های خود را مراقبت نمایند تا در دام شهوت گرفتار نشوند. (قرآن مجید، سوره نور، آیات ۳۰ و ۳۱)

در اسلام تعاملات بین زن و مرد نامحرم با انگیزه گرایش‌های شهواتی مذمت شده است و گناه تلقی می‌گردد، اما تعاملات بر مبنای کسب دانش و مهارت یا تشخیص بیماری و درمان بیمار بدون شائبه شهوانی و با رعایت همه جوانب شرعی منطقی و مورد تأیید شارع اسلام است.

اسلام برای پیش‌گیری از گناه و برای وارد نشدن به خطوط قرمز الهی، که همان گناهان هستند، حریمی قائل شده است و مسلمانان را از نزدیک شدن به آن منع می‌کند. (قرآن مجید، سوره بقره، آیه ۱۸۷)

گناهان، خطوط قرمز الهی هستند. خداوند برای پیش‌گیری از وقوع جرم دستور می‌دهد به حریم گناه وارد نشوید، زیرا مقدمات گناه هم گناه محسوب می‌شود. از لحاظ روانشناختی، انسان وقتی وارد حریم گناه شد و مقدمات آن را به دست خود فراهم نمود، کنترل خود را از دست می‌دهد و فقط معجزه می‌تواند از سقوط در آتش گناه جلوگیری نماید. پس توجه به این نکته موجب خواهد شد تا زمینه ارتکاب جرم فراهم نشود و شخص پزشکی که حرفه‌اش اقتضا می‌کند با نوامیس مردم سر و کار داشته باشد از ورود به قرقگاه‌های الهی پرهیز خواهد نمود تا خود را از سقوط اخلاقی در امان دارد.

## اخلاق پزشکی اسلامی: نگاهی به ریشه‌ها

### جمال جارالله

دانشگاه King Saud، ریاض، عربستان سعودی

تحقیقات و اقدامات پزشکی کنونی، موجب ایجاد پرسش‌های اخلاقی چالش‌برانگیزی شده است که باید پاسخ داده شوند. اخلاق پزشکی اسلامی در پاسخ دادن به این سؤالات در موارد اخلاقی متعدد، نقش داشته است ولی با این وجود هنوز مواردی مبهم و حل نشده وجود دارد.

درک چگونگی سهمیم شدن بیش‌تر اسلام در اخلاق کنونی و نحوه نگرش آن به اخلاقیات به‌طور کلی، و اخلاق ویژه به‌طور خاص، مستلزم درک پایه‌ها و اصولی است که اخلاق پزشکی بر آن استوار شده است.

لازم است توجه داشته باشید که شرع، یعنی پایه اخلاقیات در اسلام، تأکید زیادی بر پنج نکته ضروری دارد که باید به دقت مورد توجه قرار گیرند. این پنج نکته شامل این موارد است: دین، زندگی انسان، ذهن سالم انسان، تولید مثل و امثال.

هر عملی که تهدیدکننده این موارد باشد، مگر در برخی شرایط استثنایی، غیر اخلاقی محسوب می‌شود.

شایان ذکر است که منابع اخلاق اسلامی بسیار فراوان هستند. دو منبع اولیه، قرآن (کلام پروردگار) و حدیث (سخنان، قوانین و تأییدات حضرت محمد (ص)) است که هر دوی آن‌ها وحی الهی و بسیار عالی‌رتبه به‌شمار می‌روند. منبع دوم، عقیده دانشمندان دینی (علما): که به اجتهاد شناخته می‌شوند، است و شامل این موارد است:

آرای عمومی (اجماع)، مقایسه (قیاس)، علایق و سودهای کلی، سنن و علایق عمومی. این آراء باید همواره بر پایه سند، یعنی وحی‌های الهی یا از کاربرد منطقی و صحیح قوانین کلی فقه باشند. علاوه بر این، در رابطه با رفتار انسانی، سجایای اخلاقی شرع، مثل شفقت، رحم، نوع‌دوستی و مواردی چون این بسیار ارزشمند هستند. این مطلب دارای جزئیات بیش‌تری است که باید روشن گردد. هدف از این مقاله، ارائه جزئیات این منابع مهم از اخلاق پزشکی اسلامی، با استفاده از مثال‌هایی از اقدامات و تحقیقات پزشکی فعلی است.

## مبانی فقهی اخلاق پزشکی

### حجت الاسلام و المسلمین محمدرضا مصطفی پور

عنوان مقاله، این پرسش را متوجه انسان می‌کند که آیا فقه و اخلاق دارای دو حوزه و قلمرو واحدند، به گونه‌ای که احکام فقهی و اخلاقی یگانه باشند و یا دو حوزه متمایزند، به گونه‌ای که هیچ‌کدام وارد قلمروی دیگری نشود یا دو حوزه متقارب و بلکه مکملند، به گونه‌ای که در حوزه زندگی اجتماعی انسان این دو به هم نزدیک بوده یا همدیگر را تکمیل می‌کنند؟ ولی باید توجه داشت در حوزه تعلیم اسلامی در صورت دقت نمی‌توان حوزه فقه را از اخلاق جدا کرد و برای تنظیم زندگی انسان هم‌چنان که مقررات فقهی برای برقراری نظم و امنیت ضرورت دارد اخلاق نیز برای انسانی کردن زندگی ضرورت دارد.

از این رو، اخلاق و فقه با هم متقارب و بلکه مکمل یکدیگرند. از این جهت مبانی فقهی اخلاق پزشکی قابل توجیه است که با توجه به منابع اسلام، به تبیین مبانی فقهی اخلاق پزشکی پرداخته شود.

اگر در اخلاق پزشکی از اصول چهارگانه کلیدی، اختیار فردی، سودمندی عدم زیان مادی و عدالت سخن به میان می‌آید، در آموزه‌های فقهی نیز از اصل اختیار

فردی به‌عنوان معیار مقررات الهی بحث می‌شود، به‌گونه‌ای که اگر اختیار فرد لحاظ نشود، تصمیم‌های او مأخذ نخواهد بود و یا اگر آدمی در حدی از رشد عقلی نباشد که خود بتواند مصالح خود را تشخیص دهد، باید ولی او از وی حمایت کرده و با رعایت مصالح او برای او اتخاذ تصمیم کند.

از اصل سودمندی نیز در کل مباحث فقهی بهره گرفته می‌شود به‌گونه‌ای که مقاصد شریعت اسلامی به گفته غزالی حول محور حفظ جان، مال، عقل و ... دور می‌زند و اگر در جایی این اصل که روح آن همان رعایت مصلحت است در معرض خطر قرار گیرد آن حکم لازم‌الاجرا نخواهد بود. از این جهت هر چه که موجب عسر و حرج است موجب اسقاط تکالیف مرتبط با آن می‌گردد و اصل و قاعده لاضرر که از قواعد مسلم حوزه فقه است هر اقدامی را که موجب ضرر و زیان گردد از اعتبار ساقط می‌کند و برای همین گفته‌اند احکام الهی تابع مصالح و مفاسد واقعی است.

اصل عدالت نیز از اصول محوری اسلام و از مبانی فقه و حقوق و مقررات فقهی محسوب می‌شود، به‌گونه‌ای که در برخی روایات از آن به حیات احکام تعبیر می‌شود و در آیات قرآن فلسفه بعثت انبیاء الهی را قیام به قسط دانسته است. بنابراین، می‌توان از مبانی فقهی اخلاق پزشکی سخن به میان آورد، گرچه هر دو از بایدها و نبایدها سخن به میان می‌آورند و بلکه می‌توان گفت اصلاً تفکیک فقه و اخلاق امکان‌پذیر نخواهد بود.

## اخلاق پزشکی در اسلام و ادیان

دکتر محمود متوسل آرانی

عضو هیأت علمی گروه معارف اسلامی دانشگاه علوم پزشکی تهران

سعادت انسان در گرو سلامت جسم و روح اوست و علم پزشکی در جهت تأمین و تضمین این خواسته انسان که ضامن حیات و بقای اوست تلاش می‌کند. از سوی دیگر ادیان آسمانی برای انسان، کرامت و حرمت خاص قائل شده‌اند و جسم انسان را امانتی الهی دانسته‌اند که خداوند در اختیار او قرار داده است. تلاقی علم و دین در موضوع انسان، زمینه شکل‌گیری علوم مختلف از جمله اخلاق پزشکی گردیده که شیوه‌های صحیح آموزش، پژوهش و درمان را در حوزه پزشکی و جامعه پزشکان تبیین می‌نماید.

این مقاله با مراجعه به معتبرترین متن دینی موجود در میان بشر، یعنی قرآن کریم و استخراج اصولی که مورد پذیرش همه ادیان آسمانی است، زمینه پژوهش در اخلاق پزشکی را با موشکافی عبارات قرآنی فراهم آورده است.

۱. اصل احیاء، بیانگر آن است که حق حیات برای همه افراد بشر به‌طور

یکسان و مساوی است و حفظ حیات یک فرد با حیات همه افراد بشر، ارزشی برابر دارد.

۲. اصل شفا، پزشک را واسطه درمان می‌شمرد و پزشک و بیمار را متوجه شفا دهنده حقیقی یعنی خداوند می‌سازد.

۳. اصل عدم حرج، تکالیف فردی و اجتماعی بیمار را در حد توان او تقلیل داده و حکومت اسلامی را مکلف به پرداخت هزینه‌های درمان و تأمین نیازها و امکانات آنان می‌سازد.

۴. اصل احسان، کار پزشک را نوعی احسان به جامعه دانسته که براساس نوع دوستی به درمان هم نوع اقدام می‌کند و لذا در صورت خطا در تشخیص یا درمان ضامن نیست.

۵. اصل بهره‌گیری از حیوانات، استفاده از برخی حیوانات در امر آموزش یا پژوهش پزشکی را مجاز دانسته و در صورت ضرورت، حیات انسان را مقدم بر حیات آن‌ها می‌شمرد.

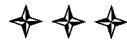
واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، حق حیات، عسر و حرج، قاعده احسان،

حیوانات آزمایشگاهی



نشست

# عمومی



پنج‌شنبه ۲۹ فروردین ۱۳۸۷



## رئالیسم و الزامات اخلاقی

### صادق لاریجانی

بحث فوق یکی از کلی‌ترین و انتزاعی‌ترین مسائل مربوط به فلسفه اخلاق است. در اخلاق پزشکی هم‌چون سایر نواحی اخلاق، با «بایدها و نبایدهایی» سروکار داریم.

پرسش بنیادین فلسفه اخلاق در این‌جا این است که بایدها و نبایدها چه واقعیتی دارند؟ آیا واقعیتی خارجی‌اند که سخن و کلام از آن‌ها پرده بر می‌گیرد یا صرفاً نوعی اعتبارند یا قرارداد اجتماعی‌اند و یا هیچ‌کدام. فیلسوفان بسیاری در این زمینه فکر سوزانده‌اند چه در فلسفه مغرب‌زمین و چه در فلسفه شرق. نگارنده تا کنون نظریه‌ای متقن که از دیدگاه رئالیسم در باب الزامات اخلاقی دفاع کند نیافته است. آن‌چه در این مقاله عرضه می‌شود نظریه‌ای ابتکاری است در باب نوعی رئالیسم در باب الزامات اخلاقی.

## روابط مالی پزشک و بیمار

سید مصطفی محقق داماد

استاد دانشگاه و عضو فرهنگستان علوم ایران

بی‌تردید پزشکی از حرفه‌های داری قداست است ولی سؤال این است که آثار

عملی قداست چیست و چه تأثیری بر روابط بیمار و پزشک دارد؟

مهم‌ترین اثر آن در روابط مالی پزشک و بیمار است. فقها گرفتن اجرت برای

واجبات را امری حرام دانسته‌اند و وجوه حاصل از آن را از قبیل اکل مال بالباطل

محسوب نموده‌اند. حکمت این حکم همان قداست عمل است.

آیا حرفه پزشکی از این قبیل است؟ اگر چنین است پس چرا طبیب در

مقابل اعمالش ضامن است؟

چرا قاعده «/حسان» که در مورد انجام‌دهندگان سایر اعمال واجب در فرض

ورود خسارت مسقط ضمان است در این جا چنین نباشد؟ آیا عمل پزشک در قلمرو

قاعده احسان قرار ندارد؟

مستند نظر مشهور فقها در قاعده ضمان طبیب روایت سکونی است. قلمرو روایت چگونه اعمالی را شامل می‌شود. آیا اعمال بالمباشره را فقط شامل است یا هرگونه دستورات پزشکی را شامل می‌شود؟

قرار داد بیمار و طبیب چگونه قراردادی است؟ تعهد طبیب التزام به نتیجه است یا التزام به وسیله؟ با توجه به این که نتیجه عمل طبیب به دست اونیست بلکه به دست خداوند است آیا قرارداد واجد شرایط صحت است یا آن که به دلیل غیرمقدور بودن قرارداد فاقد صحت است؟

بررسی سؤالات فوق نیاز به طرح برخی مقدمات و قواعد فقهی است که در این مقاله مطرح خواهد شد.

## اخلاق زیستی اسلامی: طرحی کلی

محمد علی شمالی

عضو هیأت علمی دانشگاه امام خمینی

بدون شک، حیات، در تمامی اشکال خود، از جایگاه ویژه‌ای در اسلام برخوردار است. خداوند نیز از ویژگی «زنده بودن» برخوردار است. انسان، در میان موجودات دیگر، یکی از مقدس‌ترین موجودات است و توانایی آن را دارد که تبدیل به مقدس‌ترین گردد. بنابراین، توجه زیادی به حیات انسان می‌شود، تا حدی که زندگی انسان، قبل از تولد واقعی، گرامی داشته می‌شود و تا پس از مرگ نیز ادامه دارد. با این‌که جنبه اصلی واقعیت انسانی، روح است، ولی جسم انسان نیز مورد احترام است. زندگی انسان باید براساس دستورات الهی و در جهت بهترین حالت و کمال خود، تنظیم گردد. بنابراین، حیات او باید مورد تحسین، احترام و حفاظت قرار گیرد.

در این مقاله، ما خواهیم دید که چگونه این حفاظت در اخلاق زیستی و قانون اسلامی در نظر گرفته شده است و چه تفاوتی میان رویکردهای اخلاقی و قانونی

وجود دارد. حفظ سلامت و درمان فیزیکی بیمار، دو جنبه مهم در تعالیم اسلامی در این زمینه به‌شمار می‌روند. در رابطه با شروع زندگی انسان، ما ابتدا، خواهیم دید که تولید مثل باید در بافت خانواده مشروع و مستحکم صورت گیرد. سپس متوجه می‌شویم با دیدگاه زیست - تکنولوژی و قانون اسلامی در رابطه با سقط جنین آشنا می‌شویم. در رابطه با پایان زندگی، مسائلی چون مرگ، خودکشی و آسان‌کشی، مورد بررسی قرار خواهد گرفت.



نشست

# مبانی فلسفی اخلاق پزشکی



پنج‌شنبه ۲۹ فروردین ۱۳۸۷



## نقش کلیدی کرامت انسانی در اخلاق زیستی جهانی

### روبرتو آندورنو

مؤسسه اخلاق زیست پزشکی، دانشگاه زوریخ، سوییس

اصل احترام به کرامت انسانی که به ارزش ذاتی هر موجود انسانی استناد می‌کند، دارای نقشی برجسته در ابزارهای بین‌المللی مربوط به زیست - پزشکی است که در دهه اخیر ابداع شده‌اند. این مفهوم گاه به‌عنوان مفهومی تبلیغی و راهبردی سیاسی که تأثیری واقعی در عملکرد زیست - پزشکی ندارد، مورد نقد قرار گرفته است.

این سخنرانی بر آن است بیان کند که دلایل قابل توجهی به نفع استفاده از مفهوم کرامت انسانی در اخلاق زیستی جهانی وجود دارد: اول آن که این مفهوم در قوانین جهانی به‌عنوان مبنای حقوق بشر به‌خوبی جا افتاده است و رویکرد مبتنی بر حقوق به‌نحو گسترده‌ای برای حصول اطمینان از نهادینه‌شدن اغلب الزامات زیست اخلاقی (رضایت‌آگاهانه، رازداری، تمامیت جسمانی، عدم تبعیض، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و ...) به‌کار می‌رود.

**دوم آن‌که** ایده کرامت وسیله‌ای بسیار باارزش را برای گفت‌وگوی میان‌فرهنگی به دست می‌دهد، زیرا علی‌رغم تفسیرهای متفاوتی که از این مفهوم وجود دارد، ارزش بسیار خاصی که به انسان داده می‌شود، به‌نظر می‌رسد که در اغلب فرهنگ‌ها و مذاهب گوناگون جهان وجود دارد.

**سوم آن‌که** این مفهوم در معنای گسترده‌اش، نقش مؤثری در جلوگیری از برخی پیشرفت‌های بیوتکنولوژیک دارد که می‌توانند هویت و تمامیت انسان - از جمله نسل‌های آینده - را تحت تأثیر قرار دهند (نظیر همانندسازی تولیدمثلی انسان و مداخلات در سلول‌های زایا). و این در شرایطی به‌کار می‌آید که رویکرد مبتنی بر حقوق در مواجهه با این چالش‌ها ناتوان است. زیرا حقوق بشر تنها به انسان‌های موجود می‌پردازد نه به انسانیت در کل.

**چهارم آن‌که** مفهوم کرامت انسانی با تأیید بر منحصر به‌فرد بودن هر بیمار و نیازهای خاص او، تأثیر زیادی بر طبابت هر روزینه دارد.

## چالش‌های فرابشری در رابطه با اخلاق پزشکی

نیاز به تصمیمات متافیزیکی، پیش از استدلال اخلاقی

بایرون کالدیس

پروفسور فلسفه، یونان

این مقاله بعضی از مسائل مربوط به اخلاق پزشکی را از نقطه‌نظر پیشرفت‌های مدرن در پیوستگی بین انسان و ماشین که تحت عنوان transhumanism شناخته می‌شود، مورد بحث قرار می‌دهد. Transhumanis (هم‌چنان که منتقدان و مدافعان آن اذعان می‌نمایند)، بحث انگیزترین بخش پیشرفت‌های بنیادی علمی - تکنولوژیکی با نتایج بی‌سابقه و جدید آن است. در ابتدا باید به دو نکته اشاره کرد:

**اول این‌که،** ما شکل جدیدی از پیوند کلی بین تکنولوژی و علم را به شکل **تکنوعلم** در نظر می‌گیریم که تنها وسیله کسب دانش و آگاهی از جهان فیزیکی است؛ **دوم این‌که،** نگرانی در مورد نتایج جدید در آینده مربوط به این حقیقت است که ما اکنون نمی‌توانیم شکل دقیقی را که ممکن است پیشرفت‌های آینده در زمینه تکنوعلم به خود بگیرند، پیش‌بینی کنیم؛ در نتیجه، قادر به پیش‌بینی

نوع مسائل اخلاقی که ممکن است در بافتی از پیامدهای غیر مترقبه مطرح شوند، نیستیم. ما نمی‌دانیم که پیشرفت تکنولوژیکی موجودات بشری واقعاً چطور خواهد بود، در حالی که پرسش اخلاقی که با این آینده بی‌سابقه مطابقت دارد، پوشیده از ابهام است.

علاوه بر این، منتقدان ادعا می‌کنند که نمونه‌های فرا بشری ارزش اخلاقی (اگر وجود داشته باشد) که ایجاد می‌شوند، ممکن است روش‌های غیرقابل پیش‌بینی‌ای برای دستیابی منطقی به سؤالات اخلاقی داشته باشند. به این معنی که ممکن است آن‌ها از آن‌چه می‌توانیم تصور کنیم کاملاً متفاوت باشند، تا جایی که نوع اصول یا سلسله مراتب مربوط به آن یا مثال‌های اخلاقی و غیره شامل آن شود.

در اصطلاحات اختصاصی‌تر که برای اخلاق پزشکی به کار برده می‌شوند، نگرانی مشابهی در مورد احترام به سؤالات مشخص و مسائلی که زمینه اخلاق پزشکی را آن‌گونه که ما هم‌اکنون می‌شناسیم و تعریف می‌کنند، وجود دارد. اگر transhumanism چالشی را در مورد مفهوم فردیت انسانی ایجاد کند، باید اخلاق پزشکی سنتی را نیز به چالش بکشد. مسائلی هم‌چون شأن انسانی یا ارزش اخلاقی برابر به‌عنوان پس‌زمینه اخلاق پزشکی، اکنون باید از نظر غیرقابل پیش‌بینی بودن مخلوقات فرا بشری حقیقی در آینده و ویژگی‌های خاص آنان،

هم‌چنین از نظر این مسأله ماوراء اخلاقی که ما امروزه اجازه داریم در مورد پیشرفت آینده دوره بشریت در مورد ساختار بیولوژیکی آن تصمیم‌گیری کنیم، متفاوت به‌نظر برسد. سپس ما به‌جایی می‌رسیم که مشخص است باید در ابتدا معمای متافیزیکی فردیت را حل کنیم (و با ضرورت وجود گونه‌ها روبه‌رو شویم) و سپس نگران مسائل اخلاقی که به‌دنبال تغییرات تکنولوژیکی بنیادی ما پیش می‌آیند، باشیم.

به‌نظر می‌رسد که اخلاق پزشکی زمینه‌ای است که در آن این سؤال که آیا اخلاقیات می‌توانند بدون متافیزیک باقی بمانند یا نه، در مقابل posthumanism در حال بررسی و آزمایش است.

## معنا و نقش استقلال فردی در اخلاق پزشکی اسلام

محسن جوادی

دانشگاه قم

یکی از مباحث مناقشه‌آمیز پزشکی مسأله تصمیم‌گیری مستقل فردی است.

آیا صرف استقلال، تصمیم گرفته‌شده می‌تواند مبنای موجهی برای امتناع فرد از معالجه ضروری یا برعکس درگیر شدن در یک عمل جراحی خطرناک غیرضروری و یا قرار دادن بدن خود در برابر آزمایش داروهای ناشناخته باشد؟ از سوی دیگر، آیا پزشک می‌تواند به دلیل آن که بیمار بر اساس تصمیم مستقلانه خود از معالجه ضروری امتناع می‌کند از انجام معالجه او سر باز زند و یا با توجه به خواسته او وی را مورد عمل جراحی‌ای با احتمال موفقیت کم قرار دهد؟

این مقاله ضمن تعریف استقلال فردی در فرایند تصمیم‌گیری به بررسی ارزش اخلاقی آن پرداخته و به پرسش‌های فوق پاسخ می‌دهد.

از دیدگاه اسلامی تصمیم‌گیری مستقل فردی خود یک ارزش اخلاقی درجه اول در مجموعه نظام ارزشی اسلامی است، اما همین استقلال، چون شرط تحقق بسیاری از ارزش‌های اخلاقی درجه اول دیگر مانند سخاوت و عدالت است، دارای ارزش درجه دومی هم است که عدم توجه به ماهیت متفاوت این دو نوع ارزش موجب اشتباه در تصمیم‌گیری اخلاقی است.

## اصول‌گرایی و خاص‌گرایی در اخلاق پزشکی

دکتر سروش دباغ

موسسه پژوهشی حکمت و فلسفه ایران

اصول‌گرایی در کل و رویکرد مبتنی بر چهار اصل به‌طور خاص به‌نحو گسترده‌ای در اخلاق پزشکی معاصر مورد بحث قرار می‌گیرند. بر اساس اصول‌گرایی، رابطه اخلاقی میان پزشک و بیمار را باید بر اساس برخی اصول طبقه‌بندی کرد، اصولی که فراگیر، راهنمای عمل و دارای توانایی کمک به بیمار و پزشک برای داشتن رفتار اخلاقی می‌باشند. رویکرد مبتنی بر اصول چهارگانه، که رویکردی اصل‌گرا است، اصولی را صورت‌بندی کرده است که باید در اخلاق پزشکی در پرتو چارچوب اخلاقی راسی در نظر گرفته شوند: احترام به استقلال فردی، زیان نرسانی، سودرسانی و عدالت.

از دیگرسو، خاص‌گرایی اخلاقی اصول‌گرایی را به‌شدت مورد نقد قرار می‌دهد و تعمیم‌پذیری را در سپهر اخلاق انکار می‌کند. بر اساس خاص‌گرایی، شیوه‌ای که طی آن یک صفت مرتبط با اخلاق نظیر وفاداری و عدالت در موقعیت‌های اخلاقی گوناگون رفتار می‌کنند کاملاً وابسته به سیاق است و بنابراین آن‌ها را نمی‌توان به‌صورت

الگوی واحدی توصیه نمود. این نتیجه‌گیری حاصل از این امر است که برای مثال، وفاداری را همواره نمی‌توان از نظر اخلاقی صفتی خوب‌ساز تلقی نمود.

در این مقاله در ابتدا اخلاق راسی مورد بحث قرار می‌گیرد تا رویکرد مبتنی بر چهار اصل بهتر فهمیده شود. سپس، اصلی‌ترین برهان خاص‌گرایان در برابر اصول‌گرایی صورت‌بندی می‌گردد. و در نهایت، برهان خاص‌گرایان ارزیابی می‌گردد و قابل قبول بودن آن مورد بحث قرار می‌گیرد.

## «ساخت‌گرایی اجتماعی»

به‌عنوان روش انتخابی در آموزش اخلاق پزشکی

دکتر حسین گدازگر

دانشگاه علوم سیاسی یورک

جان آراس (۲۰۰۷)، جدیدترین و ارزشمندترین مقاله خود را این‌گونه شرح می‌دهد: «فضای موجود در جهان اخلاق زیستی همه‌های است با توازن انعکاسی». تا چندی پیش، این فضا، سرشار از جار و جنجال روش‌های اخلاقی متضاد با یکدیگر، مثل سفسطه‌بازان، فمینیست‌ها، داستان‌سرایان و عمل‌گرایان در مقابل اصول‌گرایان بود. او در بررسی جنبه‌های گوناگون توازن انعکاسی، به این نتیجه می‌رسد که با این که توازن انعکاسی «ممکن است برای توجیه اخلاقی لازم باشد»، ولی ارتباط اصلی آن با «ثبات» و «انسجام» مسأله‌ساز به نظر می‌رسد. او، در تفکرات نهایی خود بر این روش‌ها، در مبارزه برای کشف روشی مرتبط با داوری‌های اخلاقی از زوایای مختلف، آن‌چنان که گویی هیچ راهی خارج از انتساب «انسجام» و «کلی‌سازی» به نظریه وجود ندارد، ناامید جلوه می‌کند. این مسأله به‌خصوص زمانی بارز است که می‌گوید: «هرکسی که به‌طور جدی، تفکرات

روش‌شناختی اصول‌گرایان، سفسطه‌بازان، فمینیست‌ها، داستان‌سرایان و عمل‌گرایان را مورد مطالعه قرار داده باشد، متوجه می‌شود که هر کدام از این رویکردهای متمایز در تفکر در مورد اخلاقیات، ما را به جهتی مفید هدایت می‌کند.» با این حال، براساس آن‌چه در این مقاله ابراز می‌شود، راهی برای خروج از این وضعیت وجود دارد. این مقاله، بدون هیچ‌گونه تمایلی به انکار اهمیت و کارآمدی جنبه‌های این روش‌های غالب، به‌خصوص اصول‌گرایان، توازن انعکاسی و روش سفسطه‌بازان (Beauchamp and childress 1979-2001; Jonson and Toulmin 1988; Rawls, 1971; 1975)، چهارچوبی جدید را برای اخلاق زیستی، و با هدف ارتقاء گنجایش ما در داوری اخلاقی دقیق و موشکافانه، ارائه می‌کند: **ساخت‌گرایی اجتماعی**. ساخت‌گرایی اجتماعی، ناامید از دستیابی به روشی منسجم و هماهنگ، به جای ثبات و انسجام، تفاوت و گوناگونی می‌یابد و در تلاش برای کشف راه‌هایی است که فرد و گروه بتواند از طریق آن، واقعیت دریافتی خود را خلق و سازماندهی کند.

(berger and luckman 1966; Beckford 2003)

## اصول گرایی در اخلاق پزشکی: گشایش و پرتگاه

دکتر محمد مهر آسا<sup>۱</sup>، دکتر مهدی طیبی آراسته<sup>۲</sup>

۱- گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان

۲- هیأت علمی گروه بیهوشی

کفّ کز بحر صدقی خاسته است      اصل صاف آن ، فرع را آراسته است

آن کفش را صافی و محقوق دان      همچو دشنام لب معشوق دان

مثنوی معنوی

**چکیده:** قدمت اخلاق پزشکی گرچه به درازای تاریخ طب است، ولی به‌عنوان یک رشته دانشگاهی در ربع آخر سده بیستم در غرب پا به عرصه نهاد و در زمانی کوتاه هزاران کتاب و مقاله در باره آن نگاشته شد که واقعاً شگفت‌انگیز است. این امر را، که نشان از حساسیت وافر افکار عمومی دارد، نمی‌توان صرفاً زاییده تکنولوژی نوین دانست، بلکه اساساً طرح موضوع و نهایتاً پذیرش آن به‌عنوان یک رشته دانشگاهی در زمینه اجتماعی خاصی صورت گرفته است که طی آن نه تنها این رشته، بلکه رشته‌های دیگری نظیر اخلاق محیط زیست، اخلاق صنعتی،

---

1 - mehrasa.mohammad@yahoo.com

2 - mehtayeb@yahoo.com

اخلاق حرفه‌ای و ... نیز پدیدار شده‌اند؛ لذا موضوعات آن رابطه‌ای تنگاتنگ با فرهنگ معاصر بشری، که وجه غالب آن فرهنگ غربی و نظام ارزشی آن است، دارد. بنابراین، بدون توجه به سیر فرهنگ غرب طی چهار سده اخیر، به‌عنوان زمینه اجتماعی - فرهنگی آن، نمی‌توان در هیچ‌یک از موضوعات آن رشته‌ها به نقد و تحلیل صحیحی دست یافت. ما بدون چنین توجهاتی، حل معضلات موجود را در چهارچوب نظام ارزشی خاصی جویا هستیم که خود آن نظام با چالش‌های اساسی مواجه است.

این مقاله از سویی تلاش دارد به‌صورت فشرده نشان دهد که فرهنگ معاصر غرب در ابعاد گوناگون ادبی، فلسفی و علوم اجتماعی و اقتصادی با چالش‌های بی‌شماری روبرو است و آرمان‌شهر فرانسیس بیکن و خوش‌بینی‌های سایر متفکران سده‌های هفده و هجده اروپا در تمامی ابعاد به عدم خوش‌بینی ریکاردو، مالتوس و جان استوارت میل (نیمه اول سده نوزده) و رویاهای کودکانه پرودون و مارکس (نیمه سده نوزده) منجر شد و نهایتاً در ربع پایانی آن سده، دنیای سراسر درد و رنج شوپنهاور پدیدار می‌شود و زندگی پر از ریا و نیرنگ و پستی توسط نیچه به تصویر کشیده می‌شود و سرانجام در نیمه سده بیست جهان پراضطراب و وهم‌انگیز و فاقد معنای کافکا زاییده می‌شود، جهانی که در پس خنده‌های چارلی چاپلین آن، یک دنیا غم نهفته است. این روند چهارصد ساله در

یک منظومه هماهنگ، تمامی ابعاد تمدن غرب از پدیداری سبک‌های ادبی و مشرب‌های فلسفی تا علوم اقتصادی و اجتماعی و تاریخی را در بر گرفته است. در چنین شرایطی پراگماتیسم پا به عرصه می‌نهد. به زعم نگارنده، پراگماتیسم علی‌رغم آن‌که توجه دارد که جهان واقعی است و می‌باید برای حل معضلات آن تلاش کرد، ولی در فهم مسائل بنیادین جامعه بشری به مثابه یک کل، همانند پیشینیان خود ناتوان است.

از سوی دیگر، مقاله بیان می‌نماید که چگونه در حیطه اخلاق پزشکی، رویکرد مشهور به اصول‌گرایی تحت سیطره فلسفه پراگماتیسم قرار دارد؛ لذا علی‌رغم آن‌که همانند آن به واقعیت نزدیک می‌شود، اما از فهم آن عاجز است.

**واژگان کلیدی:** اخلاق پزشکی، اصول‌گرایی، پراگماتیسم، فرهنگ، تمدن

## نقش هویت در اخلاق

دکتر علی کاظمی سعید<sup>۱</sup>

مرکز قلب تهران

آیا می‌توان اندرزها و آموزش‌های اخلاقی را برای افراد مختلف یک جامعه یکسان تجویز کرد؟ بدیهی به نظر می‌رسد که برای هر کس اخلاقی شایسته و برازنده خواهد بود؛ آن‌چه برای کودک اخلاقی محسوب می‌شود، برای بزرگسال به یک ممنوعیت یا ضرورت تبدیل می‌شود. پس از چه زمانی می‌توان به آموزش اخلاق پرداخت؟

اخلاق احساسی درونی از ارضاء وجدانی را در فرد بر می‌انگیزد؛ بنابراین، برای دستیابی به این ارضاء باید فرد از وجدانی تکامل یافته و بالیده برخوردار باشد. اما بالیده شدن وجدان پس از تکامل و تکوین شخصیت یا فردیت فرد (identity) حاصل می‌شود. فردی که هنوز به جوهر فردیت خود دستیابی پیدا نکرده و عنصر اساسی فردیت را متمایز نبخشیده و یا به قول یونگ فرآیند فردیت را طی نکرده است، نمی‌توان برای او از ارضاء وجدانی و احساس این ارضاء سخنی گفت. اخلاق بر بستر شخصیت و هویت فرد می‌روید و هویت فرد پس از تکوین فردیت فرد

---

1 - Alikasaeid@yahoo.com

شکل می‌گیرد. پس اخلاق و آموزش آن زمان ندارد، ولی نیاز به بستر شخصیتی فرد دارد. ملکات فاضله برای عده قلیلی می‌سور می‌شوند و اگر از اخلاقی اجتماعی یا اخلاق پزشکی سخنی گفته شود بایستی زمینه رویش آن را شناسایی و تبیین کرد.

بررسی حاضر در روند شکل‌گیری اخلاقی شخصیت آدمی به عنصر فردیت می‌پردازد. فردیت تمایز فرد از افراد دیگر است. هر فردی موقعی فرآیند فردیت خود را طی می‌کند و به فرد اصیل تبدیل می‌شود که بتواند وجوه تمایز و تشخص خود را از دیگران نشان دهد؛ در این شرایط با شکل‌گیری این فرایند و آغاز تولد عنصر فردی، فرد می‌تواند به اخلاقیات گرایش نشان داده و ارضاء وجدانی یا تعذیب وجدانی را احساس نماید. در چنین فردی اخلاقیات بارور می‌شوند و سطح جدیدی از آموزه‌های اخلاقی مورد توجه فرد و گرایش او قرار می‌گیرند. در اجتماع فرد این امکان را دارد که با برخوردها و بازخوردها بتواند به شناسایی و وجوه افتراق خود و خواسته‌های خود وقوف پیدا کند؛ بنابراین، شخصیت در اجتماع متولد می‌شود قسمتی از بالندگی را در انزوا طی می‌کند، سپس مجدداً به اجتماع بر می‌گردد و در نهایت، اخلاق اجتماعی و فردی با همدیگر ممزوج می‌شوند. در مقاله حاضر اهمیت پذیرش و ظرفیت اخلاقی در شخصیت‌های گوناگون بررسی می‌شود.



نشست

# اخلاق پزشکی و فقه



پنجشنبه ۲۹ فروردین ۱۳۸۷



## برخی از دستاوردهای پزشکان مسلمان در اخلاق پزشکی

عبدالناصر کعدان

رئیس دپارتمان تاریخ پزشکی، دانشگاه حلب، سوریه

این نظر که پزشکی مطلقاً محصول اذهان غربی است، نزد اغلب اشخاص مسلم فرض شده است. مروری بر هر کدام از درسنامه‌های استاندارد یا دانشنامه‌های مرتبط با تاریخ پزشکی این دیدگاه را تقویت می‌کند. اغلب این درسنامه‌ها به پیشرفت‌های پدیدآمده توسط هندیان و چینیان باستان و به‌ویژه پزشکان قرون میانه اعتنایی ندارند یا کم‌اعتنا هستند. پزشکان مسلمان در دوران قرون میانه نقشی قابل توجه را در حوزه پزشکی به‌طور کل و اخلاق پزشکی به‌عنوان جزئی از آن ایفا کرده‌اند.

رازی پزشک و نویسنده‌ای شهیر بود که نوشته‌های او تأثیر بزرگی بر جهان اسلام و همچنین بر اروپا داشته است. رازی و کتاب او الحاوی به پزشکان توصیه می‌کند که خواندن مداوم کتاب‌های پزشکی در دوران طبابت ضروری است و در عین حال بر ذهنیت منطقی و تجربه شخصی در درمان بیماران برای دستیابی به سودمندترین نتایج تأکید می‌ورزد. علی ابن رضوان کتابی را تألیف کرده است که

آن را می‌توان مهم‌ترین کتاب اخلاق پزشکی در قرون میانه دانست. این کتاب به جنبه‌های گوناگونی از اخلاق پزشکی می‌پردازد. نام این کتاب شرف الطب است. در این کتاب او بیماری‌ها را به چهار گروه تقسیم کرده است و سپس رویکرد اخلاقی پزشکان را به هر کدام از این گروه‌ها شرح داده است. برای مثال، در مورد بیماری‌های کشنده ابن رضوان توصیه می‌کند که پزشک تلاش کند تا به تشخیص و پیش‌آگهی درست پی ببرد تا بتواند راهی مناسب را برای طولانی‌تر کردن عمر بیمار بیابد. الزهراوی که در اندلس (اسپانیا) می‌زیست و در همان‌جا در سال ۱۰۱۳ درگذشت، یکی از بهترین جراحان قرون میانه به شمار می‌آید. او در مقدمه‌ای که بر درمان‌های جراحی در کتابش با نام التصریف نگاشته است توصیه می‌کند که پزشک بیماری را که بیماری او ساختگی است درمان نکند، مگر آن که پزشکی را که این بیماری را ایجاد کرده است شناسایی نماید. ابن هندو در کتاب خود به نام مفتاح الطبر و منهاج الطلاب از آن چیزی سخن گفته است که امروزه با عنوان اخلاق در آموزش شناخته می‌شود.

هدف از این مقاله آشنایی با برخی از نوشته‌های مرتبط با اخلاق پزشکی است که توسط برخی از برجسته‌ترین پزشکان مسلمان در دوران میانه نگاشته شده‌اند تا اهمیت و نقش آن‌ها در این شاخه از پزشکی شناخته شود.

## حوزه اخلاق پزشکی در اسلام و غرب

حجت الاسلام و المسلمین سید ابوالحسن نواب

رئیس مرکز مطالعات و تحقیقات ادیان و مذاهب

در علم پزشکی علم الابدان که در اسلام مترادف با علم‌الادیان دانسته شده است در حوزه‌ای متفاوت از ناحیه فقه و اخلاق مورد بررسی قرار گرفته است که شاید این اصطلاح تا حدودی هم متأثر از بحث‌های کلیسا در مورد پزشکی باشد، چون آن‌چه آنان در غرب با تعبیر اخلاق زیستی از آن یاد می‌کنند در حقیقت با کم‌رنگ شدن شریعت در آن دین اخلاقی را به میدان می‌آورند که می‌خواهند در حقیقت با اخلاقی بودن یا اخلاقی نبودن آن‌چه را بیان کنند که ما در اسلام به آن جایز یا غیرجایز و یا حلال و حرام می‌گوییم، در حالی که مرز بایدها و نبایدهای اخلاقی در اسلام که اخلاق پزشکی هم جزء آن است با مرز احکام پزشکی کاملاً متفاوت است. در اسلام اخلاق پزشکی یک بحث کاملاً مستقل و دارای سرفصل‌های مستقل اخلاقی است: مانند امین بودن، فداکار بودن، رازدار بودن پزشک، پرتحمل و بی‌غرض بودن، پاک‌چشم و پاک‌دست بودن و ده‌ها عنوان اخلاقی دیگر که سرفصل‌های اخلاق پزشکی را تشکیل می‌دهد، اما مسائلی که در

غرب (تفکر کلیسایی) خوبی یا بدی آن را با اخلاق ثابت می‌کنند و در حقیقت پشتوانه ارزشی این احکام را اخلاق می‌دانند، این در حالی است که در اسلام پشتوانه باید و نباید فقهی از پشتوانه‌های اخلاقی جداست و این دو بحث از نظر اسلامی کاملاً در دو محور جداگانه مورد بحث قرار می‌گیرد.

در بحث اخلاق و شریعت و تفاوت مسائل اخلاقی و قوانین دینی سه تفاوت عمده در باب هدف، نیت، پشتوانه وجود دارد که در غرب با توجه به این‌که به الزامات دینی یا پشتوانه عقاب و ثواب توجهی نیست، این بحث در دایره اخلاق به معنی اعم جای می‌گیرد که شاید الزامات حقوق کیفری دنیایی را به همراه داشته باشد، ولی به هر حال سرفصل اخلاق و شریعت در اسلام و غرب متفاوت است که در مقاله به تفصیل بیان خواهد شد.

## بررسی اجمالی ریشه‌ها، اهداف، موضوعات

### و ساخت‌های اخلاق پزشکی اسلام

حجه الاسلام محمد ناصر سقایی‌ریا

مشاور رئیس جمهوری در امور روحانیت

در این مقاله ابتدا به پیشینه منشور اخلاقی که سوگند بقراطی است پرداخته شده است و سپس نسخه امروزی آن به شکل خلاصه با آن مقایسه می‌شود. این بررسی نشان می‌دهد که اهم موضوعات اخلاق پزشکی همان موضوعات مطرح در سوگند بقراطی است؛ چرا که ساخت‌های مهم آن عبارتند از: اخلاق آموزش پزشکی، رعایت حقوق بیمار، اخلاق فردی پزشک در عدم سوء استفاده شخصی، مالی و جنسی، اقدام به حیات و اجتناب از اضرار و قتل، تعهد و پایبندی به قسم. چهارچوب اخلاق پزشکی از چهارچوب اخلاق اسلامی برای یک فرد مسلمان و جامعه اسلامی گرفته شده است که براساس آن پزشک به‌عنوان یک مسلمان و عضو جامعه اسلامی پیگیر سعادت فردی و سعادت جامعه اسلامی از راه حرفه خویش است. اخلاق پزشک مسلمان را، در موضوعات مهم یاد شده، انعکاس ویژه و خاص کرامت‌های اخلاق اسلامی در پزشک و نحوه تعامل او با افراد شکل می‌دهد. پیگیری اهداف الهی، وارستگی مادی، روح خدمت‌گزاری و دلسوزی، همه از ریشه‌های اخلاق پزشکی در اسلام به‌شمار می‌آیند.

## ضرورت بازنگری در نظام آموزشی علوم پزشکی بر پایه فقه اسلامی

دکتر محمد مهدی اصفهانی

دانشگاه علوم پزشکی ایران

اگرچه غالباً در ارزیابی کارکرد مجموعه مراکز آموزشی، آگاهانه و به‌طور منطقی وجوه شش‌گانه: نظام آموزشی، استاد، دانشجو، محتوای آموزشی و مدیریت مورد توجه قرار می‌گیرد، اما واقعیت این است که در میان وجوه مذکور، نظام آموزشی که به‌گونه‌ای بنیادی بر سایر موارد سایه افکنده و شیوه‌گزینش دانشجو، مقطع تحصیلی، جایگاه استاد و نحوه و محتوای آموزشی را مشخص می‌کند و به تبع آن فضای آموزشی و قاعداً شیوه رفتاری و ویژگی‌های مدیریت نهاد آموزشی را ترسیم می‌نماید اهمیتی فراتر از موارد پیشگفت دارد.

محصول نهایی فعالیت این مجموعه در گروه علوم پزشکی، دانش‌آموختگانی است که با کوله‌باری از دانش و مهارت و به تناسب شرایط عهده‌دار خدمات آموزشی، پژوهشی و به‌طور عمده خدمات پزشکی می‌گردند. این‌که برای ارائه خدمات مشخص، چه سطحی از تحصیلات با گذراندن چه میزان از دروس نظری

و عملی و با کسب چه توانمندی‌هایی مورد نیاز است توسط نظام آموزشی مشخص می‌گردد.

برای مثال، وقتی پر کردن قطعات یک پازل برای کسب عنوان دانش‌آموختگی کافی است، این سؤالات قابل طرح است که «پر کردن هر یک از قطعات پازل با کسب چند درصد از اهداف آموزشی مربوطه میسر است؟» و این که «با چه مکانیسمی این ارزیابی صورت می‌گیرد؟» و «آیا پر شدن یک پازل واقعاً مترادف کسب مجموعه آگاهی‌ها و مهارت‌های ضروری برای ارائه خدمات تعریف شده می‌باشد یا نه؟» همین‌طور برای برنامه‌های آموزش مداوم گروه پزشکی نیز سؤالات مشابهی مثلاً در زمینه چگونگی تکمیل امتیازات بازآموزی مطرح است؛ برای مثال، «چند درصد این امتیازات باید مشخصاً همسو با زمینه تخصصی فراگیر باشد تا بتوان به ارتقاء علمی و مهارتی او باور داشت؟» فقه اسلامی با طرح قاعده پیشرو و پیش‌برنده ضمانت طبیب و خانواده علوم پزشکی انتظار دارد که دانش‌آموختگان علوم پزشکی با برخورداری از حد قابل قبول علمی و عملی و مراعات عرف علمی زمان (و احیاناً در مواردی علاوه بر آن، عرف مکان) و اعمال دقت و رعایت حقوق مشروع گیرندگان خدمت و در شرایط ضرورت با اخذ برائت informed concent و اگر واقع‌گرایانه‌تر بنگریم informed chois، خود را در جایگاه امین قرار دهند تا در

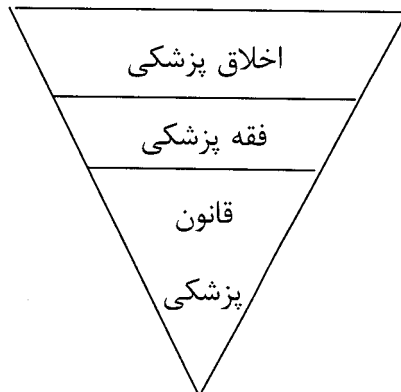
قبال پیامدهای ناخوشایند احتمالی که ناشی از کاستی‌های حرفه‌ای نیست ضامن نباشند. (الامین لایضمن الا بتعدی او تفریط)

از این رو، نمی‌توان از مسؤولیت‌های انفرادی، سیستمیک و سیستماتیک در بحث ضمانت پزشکی غفلت کرد و به عبارت دیگر در صورت وقوع پیامدی ناخوشایند مثلاً در یک رفتار درمانی به استیضاح و توییح و مجازات پزشک یا پیراپزشکی که مبادرتاً در آن نقش دارد بسنده کرد و مسؤولیت نظام آموزشی را که دانش‌آموختگان علوم پزشکی محصول برنامه‌ریزی، فعالیت و تأیید شایستگی توسط آن هستند به تغافل سپرد، حتی اگر نتوان در استیضاح نظام آموزشی به افراد مشخصی به‌عنوان مباشر و متهم قابل بازخواست رسید.

طرح این مسأله مهم در اینجا مستلزم بازنگری در مصادیق ضمانت پزشکی به‌خصوص در شرایط پیشرفت‌های سریع علمی امروز و طبعاً طبقه‌بندی موارد ضمانت در گروه ضمانت انفرادی (مباشر)، ضمانت سیستماتیک (مجموعه‌ای که در یک سامانه برای هدف خاصی با هم کار می‌کنند) و ضمانت سیستمیک (که بارزترین شکل آن ضمانت نظام آموزشی است) می‌باشد.

یادآوری این نکته نیز که دامنه عملکرد اخلاق پزشکی گسترده‌تر از فقه پزشکی و گستره فقه پزشکی به لحاظ اعتقاد به نظارت الهی وسیع‌تر از قانون پزشکی است جای تأمل دارد، چرا که بنا به ضرب المثل لاتینی

Nula Poena Nula crimen sine lege مصادیق جرم و مجازات با تعریف قانونی آن مشخص می‌شود و در موارد سکوت قانون یا فقدان تعریف مشخص مسکوت می‌ماند، و البته اخلاق پزشکی اسلامی هم فراتر از وظیفه اخلاقی (Deontology) با رویکرد مکارم اخلاق (virtue ethics) فراتر از وظیفه شرعی به رسالت تکمیل مکارم اخلاقی (انما بعثت لاتمم مکارم الاخلاق) می‌نگرد و حتی اگر در مواردی نیز فقه تکلیف ویژه‌ای مشخص نکرده باشد، تکلیف اخلاقی (و به قول کانت تکلیف فضیلتی)، رفتار پزشکی و حرفه‌ای را معین می‌کند.



گرچه عمیقاً معتقدیم که در ژرفای فقه اسلامی بستر اخلاقی به صورت نهفته یا پیدا وجود دارد، اما این که با گشودن این بحث و ورود به عرصه آن چگونه می‌توان تا حد امکان پیوند اندیشمندان حوزوی و دانشگاهی را برای طرح مسأله و چاره‌جویی‌های منطقی و قابل دفاع بر پایه آموزه‌های اسلامی صورت داد و چگونه

در درجه اول در نظام آموزشی بازنگری و سپس با بازنگری در وجوه دیگر یعنی دانشجو، استاد، محتوای آموزشی، فضای آموزشی، مدیریت به ارزیابی مجدد کارکرد نهاد آموزش پرداخت و پیش نیازهای لازم برای این حرکت چیست (مثلاً تدوین دانشنامه جامع فقهی - پزشکی) نکته‌های قابل توجهی دارد که در متن سخنرانی به یاری پروردگار خواهد آمد، بی آن که ادعا شود که آن چه ارائه می‌شود پخته و بی نقص است، بلکه حداقل فایده مورد انتظار، طرح سؤالات اساسی پیوسته و گسسته برای بهره‌گیری از اندیشه پویای صاحب‌نظران عرصه فقهات و علوم پزشکی است.

## اخلاق پزشکی از نگاه فقه شیعه

### حجت الاسلام و المسلمین نیکزاد عیسی زاده

علی‌رغم تشخیص فقه و اخلاق به‌عنوان دو علم با رویکردهای متمایز به افعال انسانی نقطه تقارن فقه و اخلاق پزشکی را باید در اصول مسلم و جاودانه‌ای جست‌وجو کرد که از یک‌سو مبنای احکام صادره از دلایل تفصیلی فقهی را تشکیل می‌دهد (*الفقه العلم بالاحکام الشرعیه الفرعیه عن ادلته التفصیلیه*) و از سوی دیگر باید‌ها و نبایدهای اخلاقی حاکم بر پزشک، بیمار و روابط میان آن‌دو را بر اساس خود بنیان می‌نهد.

از نگاه فقه پویای شیعه، افعال مبتنی بر قواعد اخلاق پزشکی، که درتعریف خاص خود چگونگی تعامل بین پزشک و بیمار و باید‌ها و نبایدهای اخلاقی حاکم بر آن‌دو را مورد بررسی قرار می‌دهد، نشأت گرفته از اصول بنیادینی است که آن را از اخلاق اومانیستی و انسان‌محورانه متمایز ساخته و فراز آن را تا مقام قرب الهی به پیش می‌برد و این برخاسته از نگاهی فراطبیعت به موجودیت انسان است. اصل کرامت در کنار اصل تکلیف‌مداری و مسؤولیت‌پذیری فردی و اجتماعی انسان نسبت به خدای خویش از یک‌سو و مبنای قصد و نیت و نقش آن درتکامل اخلاقی انسان به‌عنوان مقصد و هدف تمام افعال اخلاقی انسان از دیگر سو، سه

عنصر مهم در تعریف اخلاق پزشکی از منظر فقه شیعه هستند.

از نگاه فقه تکلیف‌مدار، اخلاق پزشکی مسیری است که مقصود بالذات نبوده، بلکه شاهراهی است که در پرتو خدمت به خلق، نیل به اهداف والای خلقت یعنی همان تعالی اخلاقی و مقام عبودیت را برای انسان به ارمغان می‌آورد.

برخلاف اخلاق پزشکی برآمده از مکاتب غیرالهی که غایه القصوای افعال اخلاقی انسان را در انسانیت انسان محدود ساخته و اخلاق را در نقطه‌ای پایانی به انتها می‌برد و برخلاف مکاتب الهی غیر اسلام و خصوصاً شیعه که افق بایدها و نبایدهای اخلاقی حاکم بر پزشک، بیمار و روابط آن‌دو را تا به این حد دنبال نکرده و نگاهشان به مقوله تکلیف‌مداری و مسؤولیت‌پذیری انسان در قبال فرد و اجتماع دیدگاهی ناقص و ناتمام است، اخلاق پزشکی برخاسته از مکتب پویا و مترقی قرآن و اهل بیت (علیهم السلام) با نگاهی الهی‌محور و برخاسته از منبع لایزال و حیانی تنها به دنبال سامان‌بخشی روابط انسانی بین پزشک و بیمار نبوده، بلکه با پیوند بعد ملکوتی انسان به سرچشمه زلال وحی ابتدا درون فرد را هدف قرار داده و با آغازی از درون به تدریج تمام شؤون فردی و اجتماعی انسان را تحت تأثیر قرار داده و متحول و نظام‌مند می‌سازد. افعال صادره از این مکتب اخلاقی، افعالی برخاسته از اعتقادات راسخ درونی و نیت‌های متعالی فراتر از عنصر طبیعت است که همراه با سازندگی درون، تعاملات سازنده بیرونی را نیز سامان می‌بخشد.

## حقوق‌شناسی اسلامی و طب رایج

(ارتباط میان فقه و طب)

محمد عبید باختمه

استادیار گروه جراحی دانشگاه King Abdulaziz

جامعه مسلمان، علی‌رغم هرگونه تغییرات فرهنگی که در جهان رخ می‌دهد، خود را در محدوده شریعت (سیستم ستایش الله) حفظ می‌کند. سیستم فقه دارای گستره حرکتی آزاد در چهارچوبی متشکل از پنج ستون اسلام (توحید، نماز، زکات، روزه و حج) است.

### ویژگی‌های فقه:

۱- دارای دلیلی قاطع، ثابت، ساده و شفاف برای وجود خود

۲- فرآیند فکری بر پایه اساس‌نامه‌ای شناخته‌شده

۳- کارآمد در زندگی

۴- قابل گسترش به‌طور نامحدود ولی حول یک مرکز

## اهداف فقه

- ۱- ارائه کیفیتی مستمر از سیستم ارتقاء زندگی به مسلمانان
- ۲- دستیابی به درک و احترام متقابل با دیگر جوامع
- ۳- سهمیم شدن در توسعه تمدن انسانی، به وسیله ارائه الگوهای کاربردی

## مزایا

- این اساسنامه (قرآن) تغییرناپذیر است.
- راه‌کارهای عملی (سنت) مورد استفاده انسان‌ها بوده است.
- محدود به گروه‌های قومی یا اجتماعی نیست.
- در پیش گرفتن دستورات آن به برآورده ساختن معیارها وابسته است.
- فرآیند فکری در محدوده شریعت صورت می‌گیرد و فرآیند فقه بدین ترتیب است.

## ۱- توصیف شرایط

- ۲- ارائه پرسش (چه چیزی؟ چه کسی؟ چگونه؟ چرا؟ و ...)
- ۳- پیدا کردن مورد مشابه در پایگاه داده‌ها یا موضوعاتی که این شرایط را شامل گردد.

## ۴- مباحثه در مورد تمامی پاسخ‌های ممکن

۵- جمع‌آوری اطلاعات موثق از متخصصان در این زمینه، به‌خصوص از مسلمانان که اتحاد آن‌ها معروف است.

۶- درک شرایط فعلی و مفاهیم ضمنی ممکن در آینده

۷- تصمیم‌گیری (ترجیحاً نظر عمومی) توسط کسانی که از ابراز دلایل خود امتناع می‌کنند و بیان تصمیم.

نمونه‌ای کاربرد فقه در علم پزشکی

تهویه مصنوعی، سقط جنین، حقوق بیمار، شبیه‌سازی انسان، انگشت‌نگاری

DNA، بانک‌های تولیدات انسانی، ایدز، تحقیق پزشکی



نشست

# اخلاق پزشکی و حقوق



پنج‌شنبه ۲۹ فروردین ۱۳۸۷



بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی رشته جراحی عمومی در

اداره کل پزشکی قانونی استان تهران طی سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۲

دکتر سید شهاب‌الدین صدر<sup>۱</sup>، دکتر محمد حسن قدیانی<sup>۲</sup>،

دکتر محمد ودود حیدری<sup>۳</sup>

۱- استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، رئیس سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

۲- متخصص بیماری‌های داخلی، استادیار و معاون پژوهشی سازمان پزشکی قانونی کشور

۳- پزشک عمومی

امروزه علی‌رغم پیشرفت‌های متعدد علمی و تکنولوژیک در تشخیص و درمان بیماری‌ها روند شکایت از پزشکان و کادر معالج رو به افزایش است. افزایش جمعیت، افزایش تعداد پزشکان، افزایش آگاهی جامعه و استفاده از ابزارهای تشخیصی و درمانی پیچیده‌تر از علل مهم این روند رو به رشد هستند و در این میان کاهش روابط سنتی میان پزشک و بیمار بیش‌تر به این موضوع دامن می‌زند. برای اطلاق قصور به عمل پزشک، سه شرط زیر ضروری است:

۱- مسئولیت تشخیص یا درمان بیمار با او باشد.

۲- پزشک در پروسه تشخیص یا درمان بیمار موازین علمی و فنی را رعایت نکرده باشد.

۳- به دنبال این سهل‌انگاری ضرر و زیان مادی، معنوی، جسمی یا روانی به بیمار رسیده باشد.

این تحقیق بر روی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته جراحی عمومی طی سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۲ در اداره کل پزشکی قانونی استان تهران انجام شده است.

طی این مدت از بین ۹۴۳ پرونده شکایت از قصور پزشکی ۱۲۵ مورد (۱۳/۲۵ درصد) به این رشته اختصاص داشته و از ۱۱ مورد در سال ۱۳۷۷ به ۱۸ مورد در سال ۱۳۸۲ افزایش یافته است. در ۴۸ درصد پرونده‌ها رأی براءت و در ۵۲ درصد رأی قصور صادر گردیده است. ۴۵/۶ درصد پرونده‌ها به مراکز خصوصی و ۲۹/۶ درصد به مراکز دولتی غیردانشگاهی و ۲۴/۸ درصد به مراکز دانشگاهی مربوط بودند، ولی میزان قصور در مراکز خصوصی ۵۰/۸ درصد، در مراکز دولتی غیردانشگاهی ۲۷/۷ درصد و در مراکز دانشگاهی ۲۱/۵ درصد بود. ۲/۸ درصد از موارد قصور به دنبال فوت بیمار و مابقی به دنبال نقص عضو و کاهش کارایی اتفاق افتاده بود. ۲۸/۸ درصد شکایت‌کنندگان مجرد و مابقی متأهل بودند.

بهبود مناسبات پزشک و بیمار، رعایت اخلاق پزشکی، کاهش روابط مالی مربوطه، افزایش دانش و مهارت‌های علمی و فنی پزشکان، توجه مناسب بیماران قبل از انجام پروسه‌های تشخیصی یا درمانی و ارتقاء سطح فنی و تجهیزاتی مراکز درمانی در کاهش قصور و شکایت تأثیر بسزایی دارد.

## مطالعه تطبیقی مسئولیت ناشی از سهم‌خواری در پزشکی

دکتر محمود عباسی<sup>۱</sup>

مدیر گروه حقوق پزشکی و رئیس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی

پرداخت‌های غیر رسمی و سهم‌خواری در پزشکی که به موجب گزارش بانک جهانی میزان آن در برخی کشورها به ۸۱ درصد در میان پزشکان عمومی و ۵۱ درصد در میان متخصصان اعلام گردیده، پدیده‌ای غیرقانونی و غیراخلاقی است که موجب تضییع حقوق بیماران، تخریب رابطه سالم پزشک و بیمار و مانع از توسعه علمی - اخلاقی جامعه پزشکی می‌گردد. این پدیده زشت اجتماعی که آثار و پیامدهای بی‌شماری به دنبال دارد، از سال ۱۹۳۰، در آمریکا و به تدریج در سایر کشورها رواج یافت و رفته‌رفته به‌عنوان یک اپیدمی، جامعه پزشکی را مورد تهدید قرار می‌دهد.

عدم دریافت نشانه‌هایی از این پدیده در پیشینه طب سنتی ایران و اسلام حکایت از آن دارد که این پدیده سوغات غرب است و همانند بسیاری دیگر از

---

1 - email: mahmoud.abbasi@free.fr

ره‌آوردهای تکنولوژی نوین بر رابطه پزشک و بیمار در فرهنگ حقوقی و پزشکی جامعه ما سایده افکنده و متأسفانه در سال‌های اخیر روندی رو به رشد یافته است؛ به گونه‌ای که در حال حاضر به‌عنوان یک بحران در رابطه پزشک و بیمار توجه مسئولان و دست‌اندرکاران برنامه سلامت و قانون‌گذاران را به خود معطوف داشته است. هر چند که براساس قوانین و مقررات جاری، ارتکاب این پدیده دارای آثار و پیامدهای حقوقی و کیفری و مسئولیت پزشکی برای مرتکبین آن است.

از این رو، نگارنده بر آن است از یک‌سو با نگاهی مقارنه‌ای و تطبیقی وضعیت حقوقی این پدیده و آثار حقوقی و کیفری آن را در کشورهای مختلف مورد مطالعه قرار داده و از طرفی ضمن آسیب‌شناسی موضوع در جامعه پزشکی کشورمان به ارائه راه‌کارهای تقنینی و اجرایی بپردازد؛ مطالعه‌ای که به نظر می‌رسد یکی از ضرورت‌های اساسی در وضعیت کنونی جامعه پزشکی است.

**واژگان کلیدی:** سهم‌خواری در پزشکی، مسئولیت پزشکی و پرداخت‌های غیر

رسمی

## بحثی پیرامون اختیار وراث در پیوند اعضای افراد

### دچار مرگ مغزی یا متوفی

#### دکتر تهمورث بشیریه

استادیار دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران

در مجموعه مقررات فعلی در باب مرگ مغزی و پیوند اعضا که نسبت به گذشته بسیار مدبرانه تر و با توجه به مقتضیات زمانی تدوین شده تنها با وصیت فرد دچار مرگ مغزی یا رضایت وراث اوست که می‌توان اعضای وی را با شرایط مقرر به افراد نیازمند عضو اهداء کرد. این مساله علیرغم پیشرفت‌هایی که نسبت به گذشته داشته از دو جهت قابل انتقاد به نظر می‌رسد. اول این که مبنای قطع حیات از شخص در حالت مرگ مغزی آن یافته‌هایی است که پیوسته و به‌طور شگفت‌انگیزی در حال تغییر و تکامل است و از این جهت نمی‌توان قاطعانه گفت که حالت "بازگشت ناپذیری" از دیدگاه پزشکی امروز، از دیدگاه فردای آن نیز چنین باشد و دوم این که حق وراث نسبت به اعضای متوفی از مبنای استواری برخوردار نیست. بنابراین در هیچ یک از موارد مرگ قطعی با مرگ مغزی نمی‌توان و نباید اختیار اعضای متوفی یا مصدوم را به وراث او سپرد تا آن‌ها در

این باره تعیین تکلیف کنند. بدیهی است جان دوباره بخشیدن عضو شخص متوفی به دیگری که در شرف مرگ است قابل سنجش با مدفون کردن اعضایی که می‌توانستند نیازمندان را بهره‌مند سازند در زیر تلی از خاک نیست. به نظر می‌رسد امروز با تحولات فرهنگی صورت گرفته در جامعه که آثار آن را در احکام قانونگذار و آرای فقها هم می‌توان دید تدبیر اندیشیدن برای این گونه امور به بیراهه نمی‌رود و لنگر کشتی احساس و عقل زوداندیش را به دامن عقل دوراندیش می‌افکند.

## مقایسه فرایند قانون‌گذاری درباره تحقیقات مرتبط با همسانه‌سازی

### و سلول‌های بنیادی در کشورهای مختلف

امید علی احمدی<sup>۱</sup>، آتوسا علی احمدی<sup>۲</sup>

۱- عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد واحد آشتیان

۲- دانشجوی دکتری میکروبیولوژی دانشگاه اصفهان

در مطالعه حاضر با استفاده از منابع اطلاعاتی موجود در اینترنت، قوانین مرتبط با تحقیقات همسانه‌سازی مولد و درمانی و همچنین سلول‌های بنیادی حاصل از رویان در کشورهای مختلف بررسی شده‌اند.

منظور از همسانه‌سازی مولد، تولید نسخه‌ای کاملاً مشابه از یک جانور بالغ است. در حالی که در همسانه‌سازی درمانی، هدف تولید یک موجود کامل نیست، بلکه از سلول‌های رویان تولیدشده، برای مقاصد درمانی استفاده می‌شود. سلول‌های بنیادی سلول‌هایی هستند که در محیط کشت (in vitro) به شکل غیرمحدود تقسیم می‌شوند و توانایی تبدیل به انواع سلول‌های موجود را در فرد

---

1 - aliahmadiomid@yahoo.com

2 - atousa.aliahmadi@gmail.com

بالغ دارند و برای آن‌ها استفاده‌های درمانی فرض شده است. یکی از مهم‌ترین منابع تولید و دستیابی به این سلول‌ها بافت‌های رویانی است. استفاده از رویان به این منظور در کشورهای مختلف واکنش‌های متفاوت و در نتیجه، وضع قانون‌های متفاوتی را سبب شده است.

تا کنون هیچ کشوری همسازسازی مولد را قانونی اعلام نکرده است. ولیکن در مورد همسازسازی درمانی و سلول‌های بنیادی می‌توان گفت که در کشورهای آسیایی، روی هم رفته، تحقیقات همسازسازی درمانی، بدون مانع مهمی در حال انجام است، گرچه اطلاعات در دسترس بسیار محدود است. سنگاپور، کره جنوبی، چین و ژاپن کشورهایی هستند که در آن‌ها تحقیقات سلول‌های بنیادی رویانی کاملاً آزاد بوده و حتی از حمایت دولتی برخوردار است. در کشورهای غربی از یک‌سو انگلستان قرار دارد که در آن تولید رویان برای مصارف درمانی و پژوهشی، حتی با استفاده از روش انتقال هسته سلول بدنی (SCNT)، زیر نظر دولت مجاز و قوانینی برای آن وضع شده است. و در سوی دیگر کشورهایی هم‌چون ایتالیا، آلمان، فنلاند، ایرلند، اتریش و نروژ قرار دارند که قوانین بسیار سختگیرانه‌ای درباره ایجاد جنین انسان برای مقاصد تحقیقاتی و یا حتی استفاده از سلول‌های جنین‌های تولید شده قبلی به منظور انجام مطالعات علمی وضع کرده‌اند. در کشورهایی هم‌چون فرانسه و هلند کوشش‌هایی برای قانونی کردن پژوهش‌های

سلول‌های بنیادی رویانی در حال انجام است. بر اساس اطلاعات موجود، ایالت‌های مختلف آمریکا قوانین خاص خود را دارند؛ به‌عنوان مثال، در کالیفرنیا تحقیقات سلول‌های بنیادی رویانی با استفاده از رویان‌های اضافی، که حاصل از لقاح خارج رحمی (IVF) هستند، تحت مجوزهای خاص قابل انجام است، در حالی که در سایر ایالت‌ها انجام چنین تحقیقاتی باعث مجازات‌های قانونی می‌شود. مهم‌ترین بحثی که در این مورد در ایالت متحده وجود دارد، بحث بر سر تخصیص بودجه دولتی به تحقیقات سلول‌های بنیادی رویانی است. لازم به ذکر است که در این کشور چنین تحقیقاتی به‌خوبی و به‌سرعت و با استفاده از سرمایه‌گذاری‌های شرکت‌های خصوصی در حال انجام هستند.

بسیاری از بهترین دانشمندان سلول‌های بنیادی در اسرائیل فعالیت می‌کنند. از آنجایی که بنا به قوانین آیین یهود، جنین‌ها تا وقتی به دنیا نیامده‌اند انسان به‌شمار نمی‌آیند، مشکلی بر سر راه تحقیقات سلول‌های بنیادی رویان در اسرائیل وجود ندارد و در این کشور بودجه‌های کلانی صرف پژوهش‌هایی از این دست می‌شود.

نشست

# پیوند اعضا



جمعه ۳۰ فروردین ۱۳۸۷



## مرگ مغزی از دیدگاه جراحی اعصاب

دکتر سید محمود طباطبایی

جراح اعصاب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

یکی از مسائل مهمی که از دیرباز برای بشر مطرح بوده تعریف حیات است. از این رو، تعیین مرگ به‌عنوان پایان حیات چه از نظر فلسفی و چه از نظر فیزیولوژیک از اهمیت بسزایی برخوردار است. پاسخ به این سؤال مهم نیازمند درک علمکردهای عالی مغز، تعریف هوشیاری و پیدایش روش‌هایی جهت تعیین از دست رفتن آن است. اگرچه مرگ به‌صورت وقفه عملکرد قلبی و تنفسی تعریف شده، در علم پزشکی مرگ مغزی نیز معادل با مرگ انسان در نظر گرفته شده است. بنابراین، جهت استفاده کاربردی از مفاهیم فوق و برخورد صحیح و ارائه منطقی خدمات درمانی به بیماران در حالت اغما، لازم است استانداردهای مشخصی در مورد تعیین موارد مرگ مغزی و اهداف درمانی با تکیه بر قوانین حاکم بر جامعه و اعتقادات بیماران و خانواده آنان فراهم شود. هدف از این سخنرانی بررسی مفهوم مرگ مغزی و تاریخچه آن، هدف از اعلام موارد مرگ مغزی همراه با ارائه معیارهای تشخیص آن است.

## در دفاع از جبران خسارت اهداکنندگان عضو

علیرضا باقری چیمه

دانشگاه تورنتو، مرکز مشترک اخلاق زیستی

در شرایط کنونی پیوند عضو در جهان، از مردم درخواست می‌شود که با انگیزه نوع‌دوستی، اعضای بدن خود را اهدا نمایند. در حالی که از افرادی که در سازماندهی و انجام پیوند عضو فعالیت می‌کنند انتظار نمی‌رود وقت و زمان خود را بدون جبران هزینه آن، صرف کنند. اهداکننده زنده عضو، نه تنها باید عضو خود را اهدا کند، بلکه انتظار این است که گرفتاری‌های مالی مربوط به اهدای عضو را نیز متحمل شود. با این حال، اهداکنندگان عضو از حق خود در جبران خسارت وارده ناشی از اهدای عضو به علت نگرانی از متداول شدن خرید و فروش عضو و سوءاستفاده‌های احتمالی محروم شده‌اند.

در این مقاله بیان می‌گردد که عدم جبران خسارت احتمالی به اهداکنندگان عضو، از لحاظ اخلاقی غیر قابل توجیه و شکلی از استثمار در نوع خود به شمار می‌رود. این مقاله از حق اهداکنندگان عضو برای جبران خسارت بابت زمانی که

صرف این کار می‌کنند، سفر و از دست دادن درآمد یا حتی هزینه‌هایی که در آینده ممکن است به علت اهدای عضو متحمل شوند، حمایت می‌کند. این وظیفه اخلاقی سیستم پیوند اعضا است تا زمینه‌هایی را فراهم نماید که موجب تضمین عدم فشار اقتصادی به علت اهدای عضو برای اهداکنندگان باشد.

در این مقاله، با توجه به دشواری در تفاوت قائل شدن میان «جبران معقول خسارت» و «پرداخت جهت تطمیع اهداکننده» که ممکن است افراد را وادار به اهدای عضو کند، توصیه می‌شود که کمیته‌های اخلاقی که بر سیستم‌های پیوند اعضای نظارت دارند، سیاست بازپرداختی صحیحی در جبران خسارت را براساس شرایط اجتماعی - فرهنگی و محلی تعیین نمایند.

در این مقاله، این گونه نتیجه‌گیری می‌شود که نگرانی‌های قانونی در مورد تجارت اعضا باید از طریق مکانیسم‌های کنترلی مناسب، و نه تحمیل فشارهای غیر ضروری بر اهداکننده اعمال گردد.

### پیوند کلیه: آیا جایی برای پناهندگان وجود دارد؟

دکتر سعید بهارلو، بابک کردوانی، شروین آثاری، بهزاد عین‌اللهی

مؤسسه پژوهشگران طب و توسعه بهداشت، واحد تحقیقات اخلاق پزشکی

بیش از ۸ میلیون پناهنده در سطح جهان وجود دارد که بخش اعظم آن در خاورمیانه ساکن است. عوامل اقتصادی - اجتماعی، مهم‌ترین مانع برای پناهندگان در جست‌وجوی مراقبت‌های پزشکی در کشور میزبان به‌شمار می‌رود. بنابراین، جای شگفتی نیست که پناهندگان از فرصت‌های برابری برای یکی از دقیق‌ترین و گران‌ترین اقدامات پزشکی، یعنی پیوند کلیه، محروم هستند. پناهندگان، در زمینه پیوند کلیه، دچار درگیری سختی شده‌اند: آن‌ها به‌عنوان دریافت‌کننده باید به تنهایی از موانع فراوان در راه صعب‌العبور پیوند کلیوی عبور کنند و به‌عنوان اهداکننده، در معرض خطر قاچاق اعضای انسان قرار دارند.

وظیفه اخلاقی کشور میزبان، حمایت از این جمعیت، توسط شبکه‌ای حمایتی است. راه‌ها و ابزار تأسیس این شبکه، باید به‌طور محلی تعریف شود؛ با این وجود فراهم کردن امکان دریافت پیوند برای پناهندگان، اولین گام به‌شمار می‌رود، که

باید بر پایه حمایت مالی و ارائه تسهیلات به روشی هماهنگ، و در جهت تأمین عملکرد مستمر پیوند، صورت گیرد. لازم است که از پناهندگان در برابر منابع عضوی در بازار سیاه، حفاظت گردد. هیچ‌گونه اطلاعات منطقه‌ای یا بین‌المللی در زمینه پیوند کلیه در پناهندگان وجود ندارد. در میان کشورهای جامعه پیوند عضو خاورمیانه، تنها ایران، عربستان سعودی، پاکستان و ترکیه، داده‌هایی در رابطه با قوانین و الگوهای پیوند کلیه در کشور خود، ارائه کرده‌اند. کشورهای دیگر منطقه نیز باید الگوهایی را براساس شرایط و نیازهای محلی، فراهم آورند. آن‌چه مسلماً، از فواید عظیمی در طولانی مدت برخوردار خواهد بود، تأسیس کمیته‌ای بین‌المللی برای پیوند عضو در میان پناهندگان است.

## پیوند اعضا، از دیدگاه اسلامی

### دکتر مرجان لعل

متخصص جراحی عمومی، مرکز تحقیقاتی ضایعه و جراحی، دانشگاه تهران

پیوند اعضا به‌منظور جایگزینی اندام‌های بیمار یا از کار افتاده، در جهت درمان بیماری، صورت می‌گیرد. این فرآیند پزشکی، همانند دیگر فرآیندهای پزشکی، از نظر اسلامی مجاز زیرا شکلی از درمان برای شرایطی پزشکی به‌شمار می‌رود. بنابراین، از نظر دانشمندان اسلامی، پیوند اعضا، اشکالی ندارد. در این مقاله به مسأله پیوند اعضا، که یکی از موفقیت‌های چشم‌گیر در علم پزشکی مدرن در جهت درمان بیماری است، پرداخته شده است. جامعه ما با مسائل متعددی روبه‌رو است که باید به دقت و عمیقاً مرود بررسی قرار گیرد و راه‌حل و پاسخ اسلامی مناسب یافت شود. بنابراین، هدف این مقاله، بازگو کردن دیدگاه اسلامی در مورد پیوند اعضاست.

مفاد و روش‌ها: مقالات و کتب مرتبط، با واژه‌های کلیدی «پیوند اعضا» و

«اسلام» در این مقاله ارائه و بررسی شده است.

نتایج: پیوند اعضا وسیله‌ای است که از طریق آن پزشکان بر بیماری، درد و معلولیت غلبه می‌کنند و بنابراین شکلی از درمان به شمار می‌آید. این روش، هدیه‌ای ارزشمند به کسانی است که از نقص عضو رنج می‌برند. پیوند عضو، روشی آکنده از رحمت و شفقت است. کسی که دچار بیماری است و برای ادامه زندگی به عضوی نیاز دارد، باید به هر طریق ممکن مورد توجه و کمک قرار گیرد.

خداوند می‌فرماید: «به یکدیگر در عفت و پرهیزگاری یاری رسانید و در گناه و تجاوز دیگران را یاری نکنید؛ بترسید از خدا؛ به درستی که خدا سخت عقوبت کننده است.» (سوره مائده، آیه ۴)

خداوند می‌فرماید: «هر که کسی را بدون حق قصاص یا بی‌آن‌که فساد و فتنه‌ای در روی زمین کند به قتل رساند مثل آن باشد که همه مردم را کشته است و هر که کسی را از مرگ نجات دهد، مثل آن است که همه مردم را از مرگ نجات داده است.» (سوره مائده، آیه ۳۲)

شکی نیست که پیوند عضو در مقوله نجات زندگی است. از این روش می‌توان برای نجات جان انسان‌ها بهره گرفت. در واقع، با اهدای عضو به کسانی که نیاز دارند، عضو در بدن فرد دیگری به عملکرد خود ادامه می‌دهد.

نتیجه‌گیری: به‌طور کلی، اهدای عضو در اسلام مجاز است. بنابراین، جراحی بدن فرد متوفقی به منظور نجات زندگی فردی دیگر نیز از نظر اسلام ممانعتی

ندارد. از دیدگاه اسلام می‌توان عضوی از بدن فردی را به فرد دیگر پیوند زد، البته در صورتی که فواید این عمل بیش‌تر از مضرات آن باشد و نیز برای جایگزینی چیزی که از دست رفته است یا حفظ ظاهر و عملکرد طبیعی، یا تصحیح نقص یا بدشکلی که منجر به اختلال روانی یا فیزیکی گردد، صورت گیرد.

## مرگ مغزی: تاریخچه و مناقشات

دکتر محمد حسین حریرچیان

دانشیار عصب‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات عصب‌شناختی ایران

پیوند اعضا در سال‌های اخیر، بر پایه پذیرش مرگ مغزی به‌عنوان مرگی غیرقابل برگشت صورت می‌گیرد. در واقع، این‌گونه پذیرفته شده است که مرگ غیرقابل برگشت تمامی عملکردهای مغز، از جمله Brainstem (تعیین عصب‌شناسی مرگ)، برابر است با مرگ عملکردهای گردش خون و تنفس. قبل از ظهور دستگاه تنفسی مصنوعی در میانه قرن بیستم و تحول اقدامات به‌هوش‌آوری، از فرمولی تنفسی - گردش برای تعیین مرگ استفاده می‌شد. از آن زمان، توانایی در زمینه حفظ مصنوعی بیمار مبتلا به آسیب مغزی شدید تا مدت‌ها پس از توقف تمامی اعمال کل مغز، گسترش یافته است. در سال ۱۹۵۹، اصطلاح “coma depasse” به معنای «حالتی فراتر از اغما» رواج یافت که بر از دست دادن هوشیاری، واکنش‌های brainstem و تنفس خودبه‌خود، که در رابطه با فقدان فعالیت انسفالوگرافیک است، دلالت دارد. در آغاز، از این اصطلاح برای توصیف بیهودگی مراقبت در چنین مواردی استفاده می‌شد، ولی معرفی متعاقب

پیوند عضو در سال‌های بعد به ایجاد ارتباط جدی میان موارد مرگ مغزی و پیوند عضو منجر شد که در اقدامات پزشکی کنونی نیز ادامه یافت.

امروزه، با وجود پذیرش جهانی کلی از مفهوم مرگ مغزی، عدم هماهنگی در معیارهای کلینیکی و آزمایش کمکی هنوز وجود دارد. برخی از راه‌کارهای کلینیکی برای مرگ مغزی، که از ویژگی‌های مشترکی برخوردار هستند منتشر شده است و بسیاری از جوامع پزشکی، استفاده کلینیکی از آن را توصیه می‌کنند.

با این حال، گوناگونی و عدم انسجام در این راه‌کارها، به‌خصوص در رابطه با آستانه‌های مورد استفاده در آزمایش‌های تشخیصی برای آزمایش کمکی، به چشم می‌خورد. به‌نظر می‌رسد این مغایرت‌ها، بازتابی از فقدان منطق علمی مورد قبول برای توصیه‌های راه‌کاری ویژه باشد.

## نقدی اخلاقی بر مدل ایرانی پیوند کلیه

### دکتر کیارش آرامش

آن‌چه که به‌عنوان «مدل ایرانی پیوند کلیه» شناخته شده است، اگرچه مزیت‌هایی نسبت به بسیاری از سامانه‌های جاری در سایر کشورها، به‌ویژه کشورهای منطقه دارد، از نقصان‌هایی جدی نیز رنج می‌برد. برخی از مهم‌ترین این نقصان‌ها ریشه در فقر اقتصادی و فرهنگی اقشاری از جامعه دارند و راه حل آن‌ها را نه در مدل و سازوکار مدیریت پیوند بلکه در اقتصاد کلان و فرهنگ جامعه باید جست‌وجو کرد. اما برخی دیگر از نقصان‌ها را می‌توان با اصلاح تدریجی مدل برطرف ساخت. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که مهم‌ترین این نقصان‌ها مشتملند بر:

۱- فقدان پی‌گیری و رسیدگی به مشکلات پزشکی دهندگان در درازمدت

۲- انگ اجتماعی برای دهندگان کلیه که باعث می‌شود:

- اهدای نوع دواستانه تقریباً منسوخ شود.
- دهندگان آدرس و گاه هویت خود را به‌طور نادرست اعلام می‌کنند و این امر پی‌گیری پزشکی را بسیار دشوار می‌کند.

۳- عدم استقبال از اهدا و دریافت پیوند از جسد

۴- وجود مواردی از اجبار یا سایر موارد مخدوش‌کننده رضایت‌آگاهانه و آزادانه در اهدای عضو

اگر چه وضعیت مطلوب آن است که اهدا کاملاً به‌طور نوع‌دوستانه انجام گیرد اما این هدفی بلند مدت است که دسترسی به آن در کوتاه مدت ممکن نیست. اما برای حل مشکلات اصلی مدل موجود در کوتاه‌مدت نیز راه‌حل‌هایی که توسط صاحب‌نظران ارائه شده‌اند که مشتملند بر:

۱- فرهنگ‌سازی در جهت ترویج اهدای نوع‌دوستانه

۲- تلاش در جهت افزایش نسبت موارد پیوند از جسد

۳- سامان‌بخشی فرآیند پی‌گیری و رسیدگی طولانی‌مدت به دهندگان عضو (بیمه کلیوی)

۴- اصلاح فرآیند اخذ رضایت‌آگاهانه از بیماران

۵- استفاده از روش‌هایی نظیر اهدای متقاطع جهت ترویج بیش‌تر اهدای نوع‌دوستانه

## ملاحظات اخلاقی در پیوند کلیه از بیماران مبتلا به مرگ مغزی

دکتر غلامرضا پورمند

مرکز تحقیقات ارولوژی، بیمارستان سینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران

در دهه‌های اخیر پیوند اعضا، گسترش چشم‌گیری داشته است و هزاران انسان زندگی، سلامت یا افزایش طول عمر خویش را مدیون این رشته از دانش پزشکی هستند. مطرح کردن این سؤال که آیا اصولاً پیوند اعضا (از جمله کلیه‌ها) از بیمار مبتلا به مرگ مغزی از نظر اخلاقی مجاز است یا نه، منطقی به نظر نمی‌رسد، زیرا منابع دیگر کافی نیست. اما باید در نظر داشت که مسائل اخلاقی در پیوند اعضا به علل مختلف از جمله مذهب، فرهنگ، سنت‌های جامعه، تعریف مرگ مغزی و جدا کردن اعضا از بیمار مرگ مغزی، بسیار اهمیت دارد و قابل بحث است. به‌طور کلی، اهدا یا دریافت عضو از نظر اخلاقی به سه اصل عمده خلاصه می‌شود:

### ۱- عدالت ۲- سودمندی ۳- اختیار فرد

**عدالت** به معنای دسترسی یکسان به عضو پیوندی و توزیع مناسب و عادلانه عضو پیوندی در بین متقاضیان پیوند است.

**سودمندی** به این معناست که نتایج آن از هر جایگزینی دیگر مطلوب‌تر باشد.

**اختیار فرد** به این معناست که افراد باید خودشان تصمیم بگیرند و نظر دیگران بر آن‌ها تحمیل نشود.

در ادیان الهی چون اسلام، مسیحیت و یهود، در مورد پیوند اعضا هر چند در دیدگاه‌ها تفاوت‌هایی دارند اما غالب فرقه‌ها و گروه‌های این ادیان، پیوند اعضا را با شرایط خاص خود پذیرفته‌اند. در اسلام رضایت فرد دهنده و همچنین حفظ احترام میت شرط ضروری جهت پیوند اعضاست.

در حال حاضر، نظر اغلب علمای اسلام (شیعه و اهل سنت) موافق با پیوند اعضاست. مبنای اخلاقی بودن پیوند عضو، فراهم کردن آسایش و سلامت بیش‌تر و بهبود کیفیت زندگی یا نجات جان فرد دیگری است. پیوند از بیمار مرگ مغزی یکی از اصلی‌ترین منابع تأمین عضو است. ارجحیت این روش نسبت به دهنده زنده این است که نیازهای بیمار با استفاده از اعضای تأمین می‌شود که سرنوشتی جز از بین رفتن ندارد؛ بنابراین، استفاده از آن‌ها در جهت سلامت دیگران نوعی بازیافت منابع است. علاوه بر آن، بسیاری از اعضا را مثل قلب نمی‌توان از فرد زنده دریافت کرد. به‌طور کلی، از نظر اخلاقی بدون وجود این مبانی (نیاز به نجات جان بیمار یا بهبود سلامت وی تشخیص علت مرگ مغزی، آموزش رشته پزشکی برای دانشجویان) هر گونه دستکاری در جسد و جدا کردن اعضا توجیه منطقی و اخلاقی ندارد.

در اکثر کشورهای اسلامی از جمله ایران، در صورت وجود رضایت قبلی فرد،

جدا کردن عضو بدن وی برای پیوند در زمان مرگ مغزی مجاز شمرده شده است، اما به علل ملاحظات مذهبی و فرهنگی این نوع پیوند در ایران هنوز پیشرفت چشم‌گیری نداشته است؛ این ملاحظات عبارتند از: اعتقاد مردم به هتک حرمت میت، تغییر در آفرینش خداوند، گناه بودن عمل، ایجاد آشفته‌گی روحی برای بازماندگان، در صورت انجام عمل پیوند از بیمار مرگ مغزی و هم‌چنین عدم تمایل افراد و بازماندگان به تغییر و جرح در جسد پس از مرگ.

معمولاً سه روش برای کسب رضایت در پیوند از بیمار مرگ مغزی وجود

دارد:

۱- رضایت آگاهانه: رضایت در زمان حیات اخذ گردیده است یا فرد دارای کارت

اهدای عضو است.

۲- رضایت فرض شده: موافقت هر بیمار مرگ مغزی برای اهدای عضو کسب

شده فرض می‌گردد مگر آن که خود وی در زمان حیات به آن مخالفت کرده

باشد.

۳- پرسش ضروری: پزشکان از نظر قانونی مسئولند که از اولیای قانونی متوفی

در مورد تمایل به اهدای اعضا پرسش نمایند و در صورت تمایل اولیای دم،

عمل برداشت عضو انجام می‌شود.

در حال حاضر، بهترین روش کسب رضایت روش «پرسش ضروری» است.

به‌طور کلی، در صورتی که مدرکی مبنی بر مخالفت فرد با پیوند وجود نداشته

باشد، موافقت تلویحی فرض شده و در صورتی که اولیای قانونی متوفی هم موافقت نمایند عمل پیوند انجام می‌شود.

**مسئله مهم دیگر در مورد پیوند اعضا از بیمار مرگ مغزی، تعریف مرگ مغزی است.** مرگ مغزی به معنای از کار افتادن مغز و قطع تمامی فعالیت‌های آن (از جمله ساقه مغز) است. تأیید مرگ مغزی بر عهده گروهی از متخصصان است که دخالتی در فرآیند پیوند عضو ندارند. در ایران از سال ۱۳۷۹ با تصویب قانونی در مجلس شورای اسلامی، پیوند اعضا از بیماران مرگ مغزی به صورت رسمی و با رعایت کلیه مسائل اخلاقی، شرعی و قانونی آغاز گردیده است. در شرایطی که جدا کردن عضو از بیمار مرگ مغزی نیازمند رضایت قبلی فرد یا موافقت کنونی بازماندگان وی باشد، معمولاً افراد جامعه تمایلی به موافقت چه در مورد خود و چه برای بستگان) نشان نمی‌دهند. در حالی که اکثراً از پیوند اعضا حمایت می‌کنند و این مسئله باعث شده است که علی‌رغم قانونی بودن پیوند اعضا از بیمار مرگ مغزی در ایران، هم‌چنان پیوند کلیه از بیماران مرگ مغزی درصد کمی از پیوندهای کلیه را تشکیل داده و اکثریت پیوندها از دهندگان زنده و عمدتاً غیر فامیل انجام می‌شود و بیماران نیازمند کبد، ریه و قلب هم‌چنان در لیست انتظار باقی می‌مانند.

## پیوند عضو از نگاه علم اخلاق

روبینا نقوی، انور نقوی، ادیب ریزوی

نفرو لوژیست STUT، کراچی، پاکستان

در طول چند دهه گذشته، پیوند بافت و اعضای انسان، که نجات‌دهنده بیماران بسیار و موجب برقراری عملکردهای ضروری برای بسیاری از بیماران لاعلاج است، در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه، موضوع بحث ملاحظات اخلاقی و سیاست‌گذاری برای مراقبت‌های پزشکی بوده است. در سال ۱۹۹۱، «مجمع سلامت جهانی» راه‌کارهایی را تصویب کرد که بر اهدای داوطلبانه، غیرتجاری کردن و ترجیح اجساد بر اهداکنندگان زنده و اهداکنندگان مرتبط از لحاظ ژنتیکی بر اهداکنندگان نامرتب، تأکید داشت. این اصول، گرچه تأثیر زیادی بر قوانین و کدهای حرفه‌ای داشتند، ولی به‌طور مستقیم به مسائل امنیتی نمی‌پرداختند. آن‌ها با چالش‌هایی از جانب رهبرانی مواجه می‌شدند که بر تغییر سیاست‌ها و مجاز شمردن استفاده از «مشوق» برای افزایش تعداد اعضای پیوندی، از شمول برنامه‌های اهدای عضو در عمل‌های بافتی تجاری، و از «هاچاق عضو» (همانند آنچه که در ۱۰ ماه مه سال ۲۰۰۳ توصیف شد) که ظاهراً در کشورهایی

که هزینه بهره‌گیری از عضو پیوندی بسیار زیاد است، اصرار داشتند.

منابع/عضای استفاده‌شونده برای پیوند چیست؟ ما چگونه می‌توانیم سیستم تدارکی

کارآمدتری داشته باشیم؟ آیا باید برای این اعضا پول بپردازیم؟

همیشه تعداد دریافت‌کنندگان از تعداد اهداکنندگان بیش‌تر است و به همین

دلیل، روزانه بیماران زیادی که نیازمند به عضو هستند، می‌میرند.

این موارد در سخنرانی مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

## معامله اعضا بدن در آئینه اخلاق پزشکی

هاجر کاظمی افشار<sup>۱</sup>، دکتر کیارش آرامش<sup>۲</sup>

۱- دانشگاه مازندران ، ۲- مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی

پیوند اعضا یکی از راه‌کارهای حفظ حیات و یا بهبود کیفیت زندگی است. این مسأله از ابعاد مختلف فقهی حقوقی و اخلاقی قابل بررسی است. قانون‌گذار ماده واحده «استفاده از اعضای افرادی که مرگ مغزی آن‌ها مسلم است» و تبصره ذیل آن را در سال ۱۳۷۹ به تصویب رساند و پاسخگوی بخشی از خلأهای قانونی در این زمینه شد. از جمله مباحثی که بدان اشاره نشده، ارتباط مالی بین دهنده و گیرنده عضو است. در این مقاله صرف نظر از مسائل فقهی - حقوقی مطرح حول محور مبادله اعضا، از منظر اخلاق پزشکی به بررسی آن می‌پردازیم.

بنا به دلایل مختلف از جمله کمبود عضو پیوندی و آمار بالای نیازمندان، موضوع مبادله اعضا در قالب یکی از قراردادهای حقوقی مطرح گردیده است. گرچه در نگاه نخست با فراهم بودن شرایط صحت معامله انجام آن بدون اشکال

می‌نماید، اما مسأله این است که، آن‌چه مورد مبادله واقع می‌شود شیئی صرفاً مادی نیست، بلکه جزئی از بدن اشرف مخلوقات آفرینش است.

دو دیدگاه اصلی در باب معاملات اعضای بدن وجود دارد. مخالفان دلایلی چون مغایرت آن با کرامت انسان، تنزل انسان به شیء مادی، عدم وجود رضایت آگاهانه، ایجاد بازار سیاه مبادله اعضا و نقض عدالت را ذکر نموده‌اند و وجود هرگونه ارتباط مالی بین دهنده و گیرنده را مخالف اصول اخلاقی می‌دانند. اما موافقان با پاسخ به دلایل مخالفان خود استدلالاتی از قبیل منطقی بودن پرداخت و ناچیز بودن آن در مقابل عوض دریافتی را مطرح می‌نمایند و ایجاد بازارهای قانونی معامله اعضا را تنها راه حل مشکلات موجود در این زمینه می‌دانند.

در نهایت، می‌توان چنین اظهار داشت که دلایل هیچ‌یک (موافقان و مخالفان) قانع‌کننده نیست و اخلاقی دانستن هر یک معضلات بیش‌تری به دنبال خواهد داشت. معامله نایستی به‌صورت قانونی رواج یابد و هم‌چنین بی‌پاداش ماندن عمل اعطاکننده عضو هم صحیح به‌نظر نمی‌رسد. پس سیستمی مشابه مدل ایرانی پیوند با اندکی تغییرات پیشنهاد می‌شود.

۱- در اعطا هدیه ایثار پارامترهایی چون میزان خسارت‌های متحمل‌ه فرد

دهنده (محروریت از شغل، ضررهای جسمانی وارده و...) لحاظ گردد.

۲- حمایت‌های آتی از بعد حقوقی در قالب بیمه اهدا عضو و از بعد اجتماعی

به‌صور مختلف مانند افزایش پایه حقوق پیشنهاد می‌شود.

۳- تکریم از آن‌ها به‌عنوان چهره‌های ایثار و فداکاری سبب افزایش میزان

اعطا عضو شده و حتی بستر مناسبی را در جهت گسترش پیوند از جسد فراهم می‌آورد.

واژگان کلیدی: اعضای بدن، معامله، اخلاق



نشست

# تعهد حرفه‌ای



چهارشنبه ۲۸ فروردین ۱۳۸۷



## تعهد حرفه‌ای یا پروفشنالیسم

سید حسن امامی رضوی

عضو هیات علمی گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی تهران و رئیس دانشکده پزشکی

پروفشنالیسم مفهوم جدیدی نیست و در تمام طول تاریخ طب، در قالب سوگندنامه‌های پزشکی وجود داشته است. آن چه رابطه پزشک و بیمار را مؤثر می‌سازد و لازمه موفقیت پزشک در تشخیص، درمان و ارائه خدمات پیش‌گیری است اعتماد بیمار به پزشک می‌باشد. آن چه پزشکی را به حرفه‌ای مقدس و با ارزش مبدل می‌سازد، اعتمادی است که جامعه به خدمت‌گزاران این حرفه دارند، اعتماد به این که شاغلان این حرفه هدف اصلی خود را تأمین سلامتی مردم قرار داده‌اند و آن را بر منافع خود ترجیح می‌دهند و این هدف مقدس را به شکل سوگندنامه متعهد می‌شوند. مشاغلی از این دست که خود را به جامعه به صورت خدمت‌گزار و برآورنده بخشی از خدمات اساسی اجتماعی معرفی می‌کنند، حرفه (profession) نام دارند. طبابت، قضاوت و تعلیم و تربیت مثال‌هایی بارز از حرفه هستند.

## مشخصات یک حرفه عبارتند از:

- ۱- اشتغال به حرفه عموماً نیاز به دانش یا مهارت تخصصی دارد.
  - ۲- جامعه به اعضاء حرفه امتیازات خاصی را اعطا می‌کند.
  - ۳- جامعه از آن‌ها انتظار دارد در ارائه خدمت اجتماعی منافع جامعه را بر منافع خود مقدم بدانند.
- جامعه به سیستم خدمات سلامت این حق را داده است تا آن‌چه را در مورد ارائه خدمات سلامتی به بیماران و جامعه صلاح می‌دانند تصمیم‌گیری و اجرا نمایند و صحت عملکرد اعضاء خود و فرایندهای سیستم سلامت را ارزیابی کنند. پزشکان نیز برای ارائه خدمات خود این امتیاز را دارند که اطلاعات محرمانه بیماران را بپرسند، بدن برهنه بیمار را معاینه کنند و پروسیجرهایی را بر بدن بیماران انجام دهند. بالطبع در قبال اعطای این حق، از این حرفه انتظار می‌رود که تأمین منافع جامعه را بر تمام اهداف خود مقدم بدارد و با آموزش و نظارت بر عملکرد حرفه‌ای اعضاء خود کیفیت خدمات را تضمین نماید. بنابراین، سیستم سلامت و نیز تک‌تک اعضای حرفه پزشکی خود را متعهد می‌دانند که تصمیمات و اقداماتشان در خدمت سلامت بیماران باشد و منافع بیمار را بر منافع خود ترجیح دهند. حیطه‌های مختلفی در مبحث پروفشنالیسم مورد بحث قرار می‌گیرند که در این مقاله به آن خواهیم پرداخت.
- به‌طور کلی، انتظار می‌رود کسی که به حرفه پزشکی دست می‌یازد این خصوصیات را داشته باشد:

**الف- در حوزه نوع دوستی**

- ۱- منافع بیمار را بر منافع خود ترجیح دهند.
- ۲- در مواجهه با بیماران مختلف عدالت را رعایت کنند.
- ۳- در برخورد با بیماران به تمام ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی آنان توجه داشته باشند.
- ۴- در تمامی مراحل مراقبت از بیماران وقت کافی صرف نمایند.
- ۵- به خواسته ها و آلام بیماران توجه داشته باشند.
- ۶- منشور حقوق بیمار را در شرایط مختلف رعایت و از آن دفاع کنند.

**ب- در حوزه وظیفه‌شناسی و مسئولیت**

- ۱- نسبت به انجام وظایف خود تعهد کافی داشته باشند.
- ۲- به سؤالات بیماران پاسخ دهند.
- ۳- اطلاعات مربوط به وضعیت بیمار را با مناسب‌ترین شیوه در اختیار وی و همراهان قرار دهند.
- ۴- از دخالت‌های بی مورد در کار همکاران پرهیز نمایند و با اعضای تیم سلامت تعامل داشته باشند.
- ۵- در تمامی مراحل مراقبت و انتقال بیماران احساس مسئولیت نمایند.
- ۶- برای مصاحبه، انجام معاینه و هر کار تشخیصی و درمانی از بیماران اجازه بگیرند.
- ۷- در رابطه با پیش‌گیری از تشدید بیماری، بروز عوارض، ابتلای مجدد، انتقال بیماری و نیز بهبود کیفیت زندگی به‌طور مناسب به بیماران آموزش دهند.

**ج- در حوزه شرافت و درستکاری**

- ۱- راستگو باشند.

۲- درستکار باشند.

۳- رازدار باشند.

۴- حریم خصوصی بیمار را رعایت نمایند.

#### د- در حوزه احترام به دیگران

۱- به عقاید، آداب، رسوم و عادات بیماران احترام بگذارند.

۲- بیمار را به‌عنوان یک انسان در نظر گرفته، از ذکر عناوین پزشکی به‌جای نام بیمار پرهیز نمایند.

۳- به وقت بیماران احترام گذاشته و نظم و ترتیب را رعایت نمایند.

۴- به همراهان بیمار، همکاران و کادر تیم درمانی احترام بگذارند.

۵- وضعیت ظاهری آن‌ها مطابق با شؤون حرفه‌ای باشد.

#### ه- در حوزه تعالی شغلی

۱- انتقادپذیر باشند.

۲- محدودیت‌های علمی خود را شناخته، در موارد لازم مشاوره و کمک بخواهند.

۳- به‌طور مستمر، دانش و توانمندی‌های خود را ارتقاء دهند.

۴- اقدامات تشخیصی - درمانی مناسب را مطابق با امکانات و دستاوردهای علمی در دسترس انجام دهند.

۵- استانداردهای تکمیل پرونده پزشکی و گزارش‌نویسی را رعایت کنند.

## تعهد حرفه‌ای و اخلاق پزشکی

دکتر مسلم بهادری

عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی، استاد آسیب‌شناسی، عضو هیأت علمی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

**مقدمه و تعریف:** طبابت پلی میان علم و جامعه است. در واقع، به‌کارگیری اطلاعات علمی و مهارت‌های وابسته، برای برقراری سلامت انسان، یک وظیفه حیاتی در پزشکی است و در این رابطه پزشکان یک عامل بسیار مهم و غیر قابل جایگزین هستند. ولی اقدام به حرفه طبابت چیزهایی بیش از اطلاعات علمی درباره بیماری‌ها لازم دارد. برای اقدام به این حرفه خدمتگزاری (Care giving)، پزشکان باید به‌وضوح بدانند که علاوه بر دانش و آموزش‌های تکنیکی، نیاز به آموختن و اجرای بسیاری از مطالب دیگر، در حوزه‌های اجتماعی و فرهنگی که بسیار هم باید پویا باشد، دارند. این حوزه‌ها منبعث از درک تاریخ و اخلاقیات ملی، مذهب، باورها و فلسفه است. به عبارت دیگر، یک پزشک، با انسان و تمام ویژگی‌هایش سر و کار دارد و باید اعتماد او را جلب نماید.

*Medical professionalism is central to sustaining the public's trust;*

*it is the essence of doctor - patient's relationship.*

**مسئولیت‌ها:** تعهد حرفه‌ای و اخلاق در طبابت، سابقه‌ای به قدمت خود تاریخ دارد. قسم‌نامه بقراط و ابن میمون، شاهی از این مدعاست. این باور عموم است که امر طبابت یک وظیفه و ایثار (Calling and devotion) است نه یک شغل (Business).

پزشک حکیم اجازه ندارد خود را اسیر درآمد یا کسب شهرتی کند که به اهلیت وی صدمه بزند. مسئولیت‌هایی وجود دارد که رعایت آن‌ها برای پزشک ضروری است و اهم آن‌ها عبارتند از:

حفظ اعتبار شغلی، صادق بودن با بیمار، احترام به اسرار بیمار، پرهیز از برقراری ارتباط نادرست با بیمار، اعتلای دانش پزشکی خود، حفظ و رعایت مقررات انجمن‌ها و سازمان‌های ذیربط، بالا بردن کیفیت مراقبت (quality of care)، آسان کردن دسترسی به خود (improve access to care)، قابل استفاده کردن امکانات برای بیمار و پرهیز از اعمال غیر تعهد پزشکی (non-professionalism).

مسائل پزشکی قدیم، بر پایه پزشک‌سالاری، با شرایط امروز فرق کرده است. اصل خودمختاری بیمار، سودمند بودن، عدم زیانباری و بالاخره ارزش نهادن به عدالت، مبانی‌ای هستند که مورد قبول عموم است. مسائل دیگری از قبیل خاتمه

حیات، سقط‌های قبل از تولد، پیوند اعضا، روش‌های پیشرفته کمک‌کننده به ادامه زندگی و ... محدودیت‌هایی هستند که بر سر راه تعهد پزشکی قرار دارند.

**نتیجه:** دکتر دانشمند (doctor - scholars) امروزه مسؤولیت بیش‌تری دارد. پزشک ناچار است هم در کارهای بالینی و هم در بهداشت عمومی، کوشا تر باشد. پزشکی ریاضی نیست و تنها با اعداد سروکار ندارد. او با انسان (با همه ویژگی‌هایش) سر و کار دارد. انسان حیوان آزمایشگاهی نیست. انسان‌ها در هر شرایطی از نظر حرفه طبابت پذیرفتنی هستند. در کل، پزشک مسلمان باید:

۱- به اعتقادات و ارزش‌های دینی فرد احترام گذارد.

۲- قوانین عمومی (فقهی، مدنی، و احکام خاصه) را کاملاً رعایت کند.

۳- راهنماها، قوانین و مقررات حرفه‌ای را رعایت کند.

۴- مبانی فلسفی و چهارچوب‌های اخلاقی را پایه طبابت خود قرار دهد.

اخلاق حرفه‌ای (Professionalism) صرفاً با گفتار، بدون آموزش عملی و الگوبرداری از نمونه‌های مناسب، عملی نخواهد بود. این وظیفه دانشکده‌های پزشکی و مؤسسات آموزشی است که عملاً تدریس و تعلیم اخلاق عمومی و اخلاق پزشکی را مد نظر قرار داده و طبیبی حکیم و با قداست فرشتگان تحویل جامعه دهند.

## آسیب‌شناسی اخلاق داروسازی

دکتر حسن فرسام<sup>۱</sup>

عضو هیأت علمی دانشکده داروسازی و مرکز تحقیقات علوم دارویی دانشگاه

علوم پزشکی تهران

داروسازی همانند پزشکی از آغاز با تندرستی و رفاه مردم و جامعه در ارتباط بوده و معیارهای اخلاقی خود را داشته است. در چند دهه گذشته، داروسازی به‌ویژه در خدمات دارویی از نسخه‌پیچی ساده به رابطه داروساز با بیمار و نظام مراقبت از سلامت تغییر یافته است. در حال حاضر، فلسفه خدمات داروسازی بر این شالوده است که داروساز فردی است که دانش و مهارت خود را با رعایت موازین اخلاقی در آگاه ساختن بیمار و مشورت علمی دادن به او درباره داروها به کار می‌گیرد. با گسترش علوم و پیدایش افق‌های نوین در شیوه‌های درمانی، دارورسانی و خدمات دارویی مفاهیم نوینی مانند حرفه‌گرایی و اخلاق حرفه‌ای نیز بیش‌تر مورد توجه قرار گرفته است. در این راستا مسائلی مانند حقوق بیمار،

---

<sup>۱</sup> - farsam@sina.tums.ac.ir

خودمختاری و رضایت بیمار، رابطه تجارت و سوداگری با خدمات دارویی، کیفیت، ایمنی و کارآیی داروها، مسائل اخلاقی فراگیر و ویژه در خدمات دارویی، انحصارطلبی علمی و آسیب‌های احتمالی نهفته در آن و ... از اهمیت بیش‌تری برخوردار هستند. بنابر آن‌چه گفته شد، لازم است درباره آسیب‌شناسی عملکرد اخلاقی در خدمات دارویی نیز سخن گفته شود. تاکنون، در ایران کم‌تر مطالعه‌ای درباره چالش‌های اخلاقی انجام گرفته است. از این نظر جا دارد در کنار انبوهی از مطالبی که در مورد اخلاق داروسازی گفته شده است، به عواملی که اخلاق را به چالش می‌کشد هم نظری انتقادی شود. در این راستا لازم است عواملی مانند دانش و مهارت ناکافی در زمینه کاربرد داروها، ناآشنایی به علوم اجتماعی و رفتاری، نگاه سنتی به خدمات دارویی، نارسایی قوانین و مقررات، سیاست‌های دارویی نامتوازن، مسائل فرهنگی و اجتماعی، ناتوانمندی انجمن‌های حرفه‌ای، عرضه داروهای نوین، سوداگری‌های تجارت دارو، قرص‌های جنسی، و از همه مهم‌تر مسائل اقتصادی مورد مطالعه قرار گیرد. نادیده گرفتن این عوامل می‌تواند زیان‌های بسیاری از این راه به تندرستی جامعه و مردم و شأن و اعتبار و ارزش حرفه داروسازی وارد سازد و به‌جای ایجاد روابط درست با بیمار و نظام مراقبت از تندرستی داورهای ناخوشایندی به بار آورد.

## اقدامات تجاری غیر اخلاقی در شرکت‌های داروسازی در پاکستان

دیلیپ کومار روهر<sup>۱</sup>، محمد عمر بشیر، اومی آیمن خاوجا، محمد رسام نظیر

علوم زیست‌پزشکی و زیست‌شناختی آگاهان، پاکستان

مقدمه: طب استنادی، اقدامی متداول در جهان کنونی گردیده است. این مسأله، تبلیغات داروسازی را به‌گونه‌ای تحت تأثیر قرار داده است که هم‌اکنون چندین تبلیغ داروسازی، مراجع مختلفی را برای اثبات ادعای خود ارائه می‌کنند. ما به‌طور منتقدانه، این مراجع را که همراه با ادعاهایی در تبلیغات دارویی ارائه می‌گردند، ارزیابی می‌کنیم.

روش‌ها: بروشورهای تبلیغ دارویی، از تعدادی متخصص عمومی، که دارای عملکرد خصوصی در کراچی هستند، تهیه شده‌اند. سپس سه بازبین، هر کدام از مراجع را به ۸ نوع تقسیم‌بندی کرده‌اند که بدین شرح است:

نشریات (با شاخص و بدون شاخص)، کتاب‌های مرجع پزشکی، آدرس‌های شبکه‌ای، ارتباطات شخصی و توصیه‌ها، چکیده‌های ارائه‌شده در همایش‌ها و

---

<sup>۱</sup> - dileep.rohra@aku.edu

کنفرانس‌ها، راه‌کارهای بهداشتی WHO و «دیگران» (که شامل یک‌سری مراجع گوناگون است). سپس هر بازمین مراجع را به دو گروه وسیع‌تر از مراجع قابل تعقیب و غیر قابل تعقیب تقسیم خواهد کرد. مراجع قابل تعقیب ارزیابی می‌شود و بنابر ادعایی که مرجع با آن همراه شده است به‌صورت صحیح، غیر صحیح / اشتباه، غلوآمیز و مبهم، طبقه‌بندی می‌شود.

نتایج: ما ۱۷۵ بروشور را جمع‌آوری کرده‌ایم. در ۳۹ (۲۲/۳ درصد) بروشور هیچ‌گونه مرجعی ارائه نشده بود و بنابراین مورد بررسی قرار نگرفت. ۱۳۶ (۷۷/۷ درصد) بروشور باقی مانده، حاوی ۵۵۹ مرجع بودند. از این میان ۳۰۵ مرجع از نشریات شاخص دار medline؛ ۶۷ مرجع مربوط به نشریات بدون شاخص؛ ۵۵ مرجع برگرفته از کتاب‌های مرجع پزشکی؛ ۲۷ مرجع حاوی آدرس اینترنتی؛ ۱۲ مرجع از توصیه‌ها و ارتباطات شخصی؛ ۱۱ مرجع از چکیده‌های ارائه‌شده در همایش‌ها و کنفرانس‌ها؛ ۱۲ مرجع از راه‌کارهای بهداشت ملی و سازمان بهداشت جهانی و ۸ مرجع بنا بر «داده در پرونده» بودند، در حالی که بقیه مراجع، تحت عنوان «سایر موارد» قرار داشتند. از ۵۵۹ مرجع، ۲۴۹ (۴۴/۵ درصد) مرجع قابل تعقیب نبودند. پس از بررسی و مطالعه این مراجع، ۳۱۰ مرجع قابل تعقیب صحیح (۱۹۷)، غیر صحیح / اشتباه (۳۰)، غلوآمیز (۷۹) یا مبهم (۱۵) شناخته شدند.

**تفسیر:** اقدامات تجاری مورد استفاده شرکت‌های داروسازی اخلاقی نیستند و باید با دقت مورد نظارت قرار گیرند. علاوه بر این، بازار دارویی حاکم باید به‌طور مناسبی تقویت شود. پزشکان نیز باید به‌طور منتقدانه، مراجع با ادعاهای دارویی را قبل از حقیقی به شمار آوردن آن، مورد بررسی قرار دهند. این عمل بسیار ضروری است، زیرا مراجع، اغلب بر رفتار تجویزی پزشکان تأثیر گذاشته و بنابراین می‌تواند علتی بالقوه برای تجویز نادرست باشد.

## درآمدی بر منشور حقوق بیمار و راهکارهای

### ارتقاء رعایت این حقوق در ایران

دکتر سودابه جولایی

استادیار و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران

توجه به حقوق بیمار، در رشته های گروه پزشکی، سابقه دیرینه‌ای دارد. تداوم توجه به این پدیده، در متون و تحقیقات علوم پزشکی خصوصاً در طی چند دهه اخیر گسترش بیشتری یافته و مباحث زیادی را در امر مراقبت‌های بهداشتی به خود اختصاص داده است. علی‌رغم این‌که در کشور ایران با فرهنگ غنی و ادبیات مملو از پیام‌های انسانی، در کنار آموزه‌های اخلاقی اسلام، بستر توجه به حقوق انسان به‌طور عام و حقوق بیمار به‌طور خاص فراهم بوده و تلاش‌های زیادی نیز در این سال‌ها در زمینه توجه به موضوعات اخلاق حرفه‌ای در علوم پزشکی صورت گرفته است، هنوز برآیند چشم‌گیری در زمینه ارتقاء حقوق بیماران حاصل نشده است. هرچند که در سال‌های اخیر، تدوین و تصویب «منشور حقوق بیماران» توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی چشم‌انداز امیدبخشی را در این زمینه ترسیم نموده است. البته لازم به ذکر است که منشور حقوق بیماران ایران ترجمه و برداشتی از منشورهای رایج دنیا است که اگر چه توسط

گروهی از مسؤولان که به نوعی دغدغه حقوق بیمار را در ذهن داشته‌اند تدوین شده است اما از مهم‌ترین کاستی‌های آن در نظر نگرفتن دیدگاه خود افراد و گروه‌های درگیر (از جمله بیماران، پرستاران، پزشکان و ...) در تدوین آن است. به علاوه، بررسی اجمالی بندهای این بیانیه به وضوح مشخص می‌کند که رعایت برخی از آن‌ها مستلزم پیش‌زمینه‌هایی است که ممکن است در بستر اجتماعی-اقتصادی جامعه ما فراهم نباشد. همچنین در چارچوب آموزه‌های فرهنگی ما، مواردی هست که این منشور پاسخی برای آن‌ها ندارد. در این مقاله به تحلیل منشور حقوق بیماران در ایران در شرایط حاکم بر سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی پرداخته شده و راهکارهایی نیز برای ارتقاء حقوق بیماران در ایران ارائه گردیده است.

**واژگان کلیدی:** حقوق بیمار، منشور حقوق بیماران، ایران

## ظاهر حرفه‌ای و Code of dress<sup>۱</sup> در دانشکده‌های دندانپزشکی ایران

منصوره محمدی<sup>۲</sup>، لیلا صدیق پور

دانشگاه علوم پزشکی تهران

**مقدمه:** ملاحظات کنترل عفونت، برقراری ارتباط و حساسیت‌های فرهنگی باعث شکل‌گیری سیاست‌های مرتبط با ظاهر حرفه‌ای و پوشش مناسب شده است. اعتماد بیمار به دندانپزشک یکی از ارکان ضروری در موفقیت درمان و نتایج حاصل از آن خواهد بود. پیامی که از طریق لباس و ظاهر کادر پزشکی منتقل می‌شود نقش بسیار مهمی در شکل‌گیری اعتماد و ایمان بیمار به پزشک دارد. انبوهی از شواهد معتبر اثبات کرده‌اند که ظاهر دندانپزشک بر بیماران، کادر درمانی و عملکرد دندانپزشک تأثیر می‌گذارد. بیمار نیز در مورد توانایی دندانپزشک براساس ظاهر او قضاوت می‌کند. بنابراین، با توجه به ملاحظات حرفه‌ای، اگر از بیماران انتظار می‌رود که به کفایت دندانپزشک باور و اعتماد

---

<sup>۱</sup> - قوانین مرتبط با نحوه پوشش

2 - m\_mohamadi@razi.tums.ac.ir

داشته باشند، دندانپزشک نیز باید لباس و ظاهری داشته باشد که بتواند به این مهم کمک کند.

**استراتژی جست‌وجو:** در ابتدا با کلید واژه‌های 'Code of dress'، 'code of ethics' و 'professional appearance' در دانشگاه‌های علوم پزشکی در Google site جست‌وجو آغاز شد. سپس شواهد یافت‌شده در دانشکده‌های دندانپزشکی محدود شده و در pub med site نیز همین کلید واژه‌ها جست‌وجو شد. برای پوشش دادن کامل شواهد موجود در نقاط مختلف دنیا، کلید واژه‌هایی چون Europe، Japan، Africa، South America، Middle east، Iran نیز انتخاب شد.

**خلاصه یافته‌ها:** تقریباً در اکثر دانشکده‌های دندانپزشکی «نحوه پوشش» مشخص و از قبل اعلام شده‌ای برای دانشجویان، اساتید و کارکنان وجود دارد. «نحوه پوشش» شامل نوع و سایز مناسب لباس، نحوه آرایش مو، صورت و ناخن، نوع و تناسب کفش و جوراب، استفاده از روپوش سفید و یا گان جراحی در موارد لزوم و میزان استفاده از زیورآلات و خوشبوکننده‌ها، به‌صورت کاملاً واضح و شفاف در کتابچه‌های معرفی دانشکده‌ها آورده شده است. در ضمن از آن‌جا که پذیرش نظم و قوانین معمولاً می‌تواند با مخالفت‌هایی روبه‌رو شود، به‌صورت کاملاً شفاف نحوه تذکر دادن (شفاهی/کتبی) و برخورد با متخلفان (ثبت در پرونده/عدم اجازه

به حضور در کلاس/ اخراج) نیز در همان کتابچه تعیین شده است.

از طرف دیگر، به علت نگرش انتقادپذیر مسؤولان، در کتابچه برخی از دانشکده‌ها مطرح آمده است که در «صورتی که فردی پیشنهاد یا انتقادی در مورد «نحوه پوشش» موجود دارد، می‌تواند نظرات خود را به مسؤول مربوطه اعلام نماید».

متأسفانه، در جست‌وجوی انجام‌شده، هیچ سند مکتوبی در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران با رویکرد حرفه‌ای در این زمینه یافته نشد. اخیراً تنها در دانشکده دندانپزشکی تهران استفاده از مقنعه آبی‌رنگ در تمامی بخش‌ها الزامی شده است و در دانشکده دندانپزشکی دانشگاه آزاد تهران، از سال‌ها پیش، پوشیدن مقنعه سفید در بخش‌ها الزامی بوده است.

**بحث:** از آن‌جا که ملاحظات کنترل عفونت و ظاهر حرفه‌ای در درمان بیماران بسیار تعیین‌کننده است، به نظر می‌رسد دانشکده‌های دندانپزشکی ایران نقش بسیار کم‌رنگی در آموزش دانشجویان در زمینه رعایت «نحوه پوشش حرفه‌ای» داشته‌اند و چون متأسفانه تنها از منظر ایدئولوژیک و عقیدتی نمی‌توان باعث تفهیم و تبیین رعایت ظاهر حرفه‌ای در بین دانشجویان شد، لازم است این مسأله براساس اصول Evidence-based - based بررسی شود و قوانین شفاف و روشنی در دانشکده‌ها وضع و در بدو ورود به دانشجویان ابلاغ شود.



نشست

# ارتباط پزشک و بیمار



چهارشنبه ۲۸ فروردین ۱۳۸۷



## رابطه پزشک و بیمار

دکتر سیدضیاءالدین تابعی

استاد، مدیر گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، عضو هیأت علمی

دانشگاه علوم پزشکی شیراز

به منظور راه‌گشا بودن این مقاله در عمل، لازم است که بحث را تحت دو عنوان بیان نماییم:

۱- مشخص نمودن رابطه‌ای ایده‌آل بین پزشک و بیمار بر اثر هویت‌ها و ابعاد وجودی انسان.

درست همان‌طور که ابتدا فیزیولوژی بدن را مشخص می‌کنیم و آن را سلامتی می‌دانیم و انحراف از فیزیولوژی را پاتولوژی یا بیماری می‌نامیم و برای درمان و پیش‌گیری اقدام می‌نماییم، رابطه فیزیولوژیک نیز باید مشخص گردد.

۲- بعد از مشخص نمودن رابطه فیزیولوژیک، می‌توان وضع فعلی را با آن مقایسه نمود. چنان‌چه بر اساس این مقایسه مشخص شد که از حد رابطه نرمال یا فیزیولوژی خارج شده‌ایم:

الف- آسیب شناسی دقیق را مشخص نماییم.

ب- چگونگی ایجاد پاتولوژی را مشخص نماییم.

ج- علت ایجاد معین گردد. واضح است که پس از مشخص شدن علت می‌توان با رفع آن پاتولوژی را به وضع طبیعی عودت داد یا با دفع آن مانع ایجاد رابطه پاتولوژیک گردید.

### رابطه ایده‌آل بر اساس هویت‌های انسان

اگر بر اساس هستی‌شناسی انسان را مورد مطالعه قرار دهیم، ابعاد وجودی او را می‌توان به شرح زیر بیان نمود:

۱) بعد معرفتی و ارادی انسان: از نظر هستی‌شناسی، این بعد والاترین درجه وجودی انسان است و او را از کلیه مخلوقات اعم از ملائکه، اجنه، جمادات، نباتات و حیوانات متمایز می‌سازد. یعنی با علم کلی که خداوند به او عطا نموده، از طریق این هویت است که می‌داند که نمی‌داند و اگر اراده نماید می‌تواند بر اساس علم کلی اولیه ندانسته‌های خویش را به دانسته‌ها تبدیل نماید. با افزایش دانایی توانایی نیز افزون می‌گردد.

متأسفانه، تاکنون، انسان از این بعد بیش‌تر برای شناسایی عالم خارج از خود استفاده کرده و تمام هم و غم او این بوده است که جهان خارج را به زیر سیطره خود درآورد. و زمانی که بدن او (هویت بیولوژیک او) دچار مشکل می‌شود، این اشکال را مربوط به جهان خارج می‌داند. به‌نحوی که از ابتدای تاریخ تا امروز گاهی

بیماری جسمی خود را به موجودات نامرئی مجهول، گاهی به کواکب و اجسام فلکی و گاهی به عناصر چهارگانه و امروز به موجودات میکروسکوپی نسبت می‌دهد و بر همین منوال کوشیده است با جهان خارج پیکار نماید. چون اکثر انسان‌ها تاکنون به این بعد وجودی (بعد معرفتی و ارادی) توجه زیادی نکرده‌اند، اعم از پزشک و بیمار، لذا ارتباط پزشک با بیمار در این بعد مثل ارتباط دو جاهل با یکدیگر خواهد بود و واضح است که نه تنها دو جاهل هیچ‌گاه نمی‌توانند از جهل خویش بکاهند، بلکه جهل آن‌ها اثر جمعی دارد.

ایده‌آل این است که حداقل پزشک به این هویت خود توجهی نموده باشد و هم‌چنین بداند که غفلت از این هویت و عدم دسترسی به این هویت بیمار، نقش خود فرد را در بازیابی، حتی سلامتی بدن، دچار مشکل می‌کند که این موضوع یکی از نکات مهم پاتولوژیکی طب امروز است.

۲) *هویت هیجانی یا عاطفی - ادراکی/انسان*: این هویت تا اندازه‌ای مورد کنکاش انسان بوده است و از قدیم الایام نیز قدما و اقدمین به ارتباط روان و تن معتقد بوده‌اند. اغلب دستورات اخلاقی مربوط به تعادل داشتن و جلوگیری از افراط و تفریط این هویت در انسان بوده است و قوای روانی نظیر حافظه و یادگیری مربوط به آن است. ایده‌آل‌های این هویت برای پزشک همان دستورات اخلاقی

است، که به‌طور عموم و برای صاحب حرف نظیر پزشکی، تحت عنوان اخلاق حرفه‌ای از آن نام می‌بریم.

۳) هویت جسمانی (بیولوژیک): این هویت حداقل در سیصد سال گذشته مورد کنکاش قرار گرفته و متأسفانه اصول پزشکی امروز نیز بر اساس همین هویت استوار گردیده است. توجه بیش از حد به این هویت مربوط به نگرش کلی انسان در دوران رنسانس است. به عبارت دیگر، همان‌طور که، در چند قرن اخیر، فیزیک و مکانیک نیوتون توجیه‌کننده کلی جهان بوده است، به انسان و بیماری‌هایش نیز از همین دریچه (هویت جسمانی) نگاه شده است و شاید تمام معضلات اخلاقی نیز ناشی از همین دیدگاه باشد.

رابطه ایده‌آل بیمار و پزشک را بر اساس شناخت هویت‌ها می‌توان به شرح

زیر بیان نمود:

۱- پزشک ضمن شناخت هویت معرفتی - ارادی خود و بیمار سعی نماید یک نوع اتحاد هستی‌شناسی با بیمار خود پیدا نماید و برای اختلالاتی که در هویت‌های عاطفی - ادراکی و بدن می‌داند، سهم اختلال این هویت را مد نظر داشته باشد. و خوشبختانه ارتباط در این هویت احتیاجی به وسایل و امکانات فیزیکی ندارد، ولی صبر و بردباری زیادی لازم است تا بتوان دریچه‌ای به این هویت باز نمود.

۲- پزشک همان‌طور که در سال‌های متمادی وقت خود را صرف شناخت هویت جسمانی می‌نماید، باید به شناخت هیجانی خویش نیز بذل توجه داشته باشد و راه‌های کنترل آن را فرا گیرد و به بیمار نیز آموزش دهد. اگر پزشک عجول و بی‌حوصله و بیمار نیز عجول و بی‌حوصله باشد، می‌توان حدس زد که نتیجه مقابله آن‌ها با یکدیگر چیست.

۳- اگرچه بدن انسان نازل‌ترین هویت انسانی است، چون عامل تظاهرکننده دریافت‌های معرفتی و ادراکی و عامل رابط با انسان‌های دیگر است، از احترام ویژه‌ای باید برخوردار باشد. به‌طوری که بدن انسان حتی بعد از مرگ هم مورد احترام است و تا زمان دفن کامل میت باید با لطافت کامل با آن برخورد نمود.

#### وضعیت موجود:

عدم درک صحیح انسان از هویت‌های خود و به‌خصوص حالت لجاجت و تکبر وی در مقابل انبیا و رسولان الهی، در قرون قبل از میلاد و بعد از آن، که متأسفانه تاکنون نیز ادامه پیدا کرده است و وجود مکاتب فلسفی مختلف، که به‌خصوص بعد از دوران رنسانس به وجود آمدند و گرچه باعث پیدایش تکنولوژی‌هایی شدند، اما تا اندازه‌ای نیز وسیله تهاجم بیش‌تر انسان به محیط و خود شدند، هویت معرفتی- ارادی و اجتماعی او را خدشه‌دار کرده است؛ به‌طوری که:

۱) در پزشکی منحصرأ بدن مورد توجه قرار می‌گیرد و صرفاً او را یک ماشین فرض می‌کند. لذا برای فراگیری آن ابتدا ساختمان ماشین (آناتومی)، بعد طرز کار ماشین (فیزیولوژی)، سپس شناخت عواملی که از بیرون ساختمان و کار ماشین را مختل می‌کنند، دروس میکروبی‌شناسی، انگل‌شناسی و ... و بالاخره اختلالات عمل ماشین تحت عنوان فیزیوپاتولوژی بررسی می‌شود و بر حسب علامت‌هایی که ظاهر نموده به علایم بالینی و به تشخیص و به اصطلاح درمان اقدام می‌شود.

۲) در بعد هیجانی (عاطفی - ادراکی) او را همانند یک حیوان کاملاً آزاد فرض می‌کند و به اصطلاح عنوان نموده است هر گونه مانع در بروز هیجانات باعث بیماری‌های روانی می‌شود.

۳) در بعد سیاسی و اقتصادی یا او را کاملاً آزاد (لیبرالیسم) و یا کاملاً برده (کمونیسم) در نظر می‌گیرد. به‌طور خلاصه، در ناخودآگاه انسان‌ها القا گردیده است، چه در جهان لیبرالیسم و چه در اردوگاه کمونیسم، باید همانند یک ماشین کار نماید و تمام یا قسمتی از محصولات کار خویش را به مدیران خود بسپارد تا آن‌ها در مواقع اضطرار به وی کمک نمایند و ضمناً انسان‌هایی که توانایی کار ندارند، توقع حمایت چندانی نباید داشته باشند. البته در اثر فشارهای

سیاسی و همچنین به وجود آمدن بعضی از سازمان‌های به اصطلاح خیریه در دنیای غرب سعی شده است تا اندازه‌ای نیازهای اولیه رفع گردد.

خلاصه این‌که در حال حاضر کلاً بدن انسان و تا اندازه کمی هیجانات او مورد نظر قرار گرفته است و او را به‌طور انفرادی وابسته به محیط فیزیکی صرف از تولد تا مرگ بیولوژیکی به رسمیت شناخته است. لذا نمی‌توان مدعی هر گونه راه حل بدون تغییرات در نگرش فوق بود.

دانشگاه‌ها و محصولات کار آن‌ها، در تمام عرصه‌های سیاسی و اقتصادی، همگی حکایت از همین انسان‌هاست؛ سکولاریسم، لیبرالیسم، کمونیسم.

بدن انسان را در چرخه اقتصادی به مثابه یک ماشین در میان ماشین‌های متعددی که خودش ابداع نموده است قرار می‌دهد. و پزشک در این مجموعه به مثابه یک مهندس ماشین، نظیر یک مهندس کامپیوتر، مکانیک یا الکترونیک، است و می‌باید قطعات ماشین را تعمیر یا گاهی از طریق پیوند تعویض نماید و حتی امروزه به ساختن قطعات بیولوژیکی (سلول‌ها) مبادرت ورزد. همان‌طور که مشاهده می‌شود اصل هویت انسان، که همان معرفت و اراده اوست، کاملاً مدفون گردیده است.

لذا تا زمانی که این هویت عملاً وارد صحنه انسان‌شناسی نشود و تأثیر آن بر هیجان و بدن به‌خوبی ترسیم نشود و همچنین نقش اختیار انسان از ابتدای

خلقت خود مد نظر قرار نگیرد (در تمام حوزه‌های علمی نظیر بیولوژی، روانشناسی، جامعه‌شناسی، سیاست و اقتصاد)، بحث ارتباط پزشک و بیمار، که اساساً ارتباط دو انسان است، به‌خوبی برقرار نمی‌شود. به‌طوری که امروز به هیچ‌وجه ارتباط اقتصادی پزشک و بیمار را نمی‌توان تعیین نمود، چون در دنیای فعلی، از نظر اقتصادی، هویت معرفتی و ارادی انسان به‌عنوان یک اصل اساسی پذیرفته نشده است.

رابطه عاطفی - ادراکی نیز بر اساس عدم به‌کارگیری هویت معرفتی - ارادی قابل مهار نیست و اگر دستورات اخلاقی را از خارج تدوین و به آن تحمیل نماییم، جواب مثبت دریافت نمی‌کنیم. لذا باید گفت تا زمانی که علم طب را با تشریح جسد شروع می‌کنیم و از روح در حاشیه صحبت می‌کنیم، نباید انتظار داشت رابطه‌ای صحیح بین بیمار و پزشک برقرار باشد.

## چگونه خبر بد را به بیماران یا همراهان آن‌ها بگوییم؟

دکتر محمد اربابی<sup>۱</sup>، دکتر محمدرضا محمدی<sup>۲</sup>

۱- روانپزشک، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران،

مرکز تحقیقات روان پزشکی و روان‌شناسی

۲- عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

در مدل بیومدیکال آموزش پزشکی، مهارت‌های تکنیکی بیش از مهارت‌های ارتباطی مورد توجه قرار می‌گیرد. اگرچه در سال‌های اخیر مطالعات بسیاری نشان می‌دهد که مهارت‌های ارتباطی یکی از مهارت‌های اساسی پزشکان است و تعامل پزشک و بیمار یکی از قدرتمندترین ابزارهای در اختیار پزشک است، بررسی‌های دیگری نشان می‌دهد پزشکان در این زمینه یعنی ارتباط پزشک و بیمار کم‌تر آموزش می‌بینند.

یکی از حوزه‌های دشوار در ارتباط پزشک و بیمار، چگونگی اطلاع دادن اخبار ناخوشایند، هم‌چون تشخیص بیماری‌های تهدیدکننده حیات، به بیماران است. در اوایل قرن بیستم، براساس متون اخلاق پزشکی، توصیه رایج عدم افشای اخبار بد بود، اما در سال‌های اخیر، با توجه به تمایل بیماران به اطلاع از روند تشخیص

و درمان بیماری خود، نظر رایج آگاه کردن بیماران از تشخیص و درمان است. البته تفاوت‌های فرهنگی در جوامع مختلف، خواسته‌های متفاوتی را هم از جانب بیماران و پزشکان مطرح می‌کند. در کشور ما نیز پزشکان نظرات متفاوتی در تأیید یا رد آگاه کردن بیماران از اخبار بد بیان می‌کنند. این مقاله به بررسی شواهد گوناگون پیرامون چگونگی آگاه کردن بیماران از اخبار بد می‌پردازد و نیز به شیوه‌های رایج در دنیا در مورد افشای خبر بد اشاره می‌کند و به بحث پیرامون عوامل فرهنگی مرتبط با این روش‌ها در ایران می‌پردازد.

**واژگان کلیدی:** ارتباط پزشک و بیمار، افشای خبر بد، مراقبت‌های پایان

حیات

## مطالعه تطبیقی منشور حقوق بیمار در کشورهای مختلف با ایران

دکتر حسین درگاهی<sup>۱</sup>

عضو هیأت علمی دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه: در بیش‌تر کشورهای پیشرفته قوانینی به منظور تنظیم عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی - درمانی در خصوص رعایت حقوق بیمار تدوین شده است. تدوین منشور حقوق بیمار در هر کشور بستگی به قوانین مدنی و الزامات جامعه دارد، اگرچه در منشور حقوق بیمار کشورها با یکدیگر تشابهاتی دیده می‌شود. منشور حقوق بیمار در ایران نیز همه محورها و مؤلفه‌های حقوق بیمار را در بر دارند. لذا این مقاله با هدف بررسی تطبیقی منشور حقوق بیمار در کشورهای منتخب با ایران انجام شد.

روش کار: در یک مطالعه مقطعی، تحلیلی و مقایسه‌ای اطلاعات لازم با استفاده از منابع موجود در مرکز اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و سایت‌های اخلاق پزشکی در کشورهای منتخب در قاره‌های آسیا، آمریکا، اروپا،

---

<sup>۱</sup> - hdargahi@sina.tums.ac.ir

آفریقا و استرالیا، مؤلفه‌های تدوین شده در منشور حقوق بیمار در این کشورها با یکدیگر و هم‌چنین با منشور حقوق بیمار در کشور ایران مورد مقایسه قرار گرفت. **نتایج:** ۲۰ مؤلفه در منشور حقوق بیمار کشورهای مختلف مشخص گردید. در منشور حقوق بیمار اتحادیه اروپا ۷۲/۴۱ درصد از مجموع مؤلفه‌های به‌دست آمده مورد توجه قرار گرفته است که از این نظر در بالاترین سطح قرار دارد، اما در کشور نیوزیلند فقط ۱۰/۳۴ درصد از مجموع مؤلفه‌ها به‌کار رفته است. منشور حقوق بیمار در کشور ایران نیز دارای ۲۰/۶۸ درصد از مجموع مؤلفه‌های به‌دست آمده است. هم‌چنین فراوانی هر یک از ۲۹ مؤلفه نیز در منشور حقوق بیمار هر کشور به‌دست آمد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** از مجموع ۲۹ مؤلفه مشخص شده در منشور حقوق بیمار در کشورهای مختلف دنیا تنها ۶ مؤلفه در منشور حقوق بیمار در کشور ایران مورد توجه قرار گرفته است که از این نظر از جامعیت مطلوبی برخوردار نیست.

**واژگان کلیدی:** منشور حقوق بیمار، مطالعه تطبیقی، سایر کشورها، ایران

## «حمایت از بیمار» و ضرورت

### دستورالعمل‌های اخلاقی ملی برای پرستاران

دکتر رضا نگارنده<sup>۱</sup>

عضو هیأت علمی و رئیس دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

ویرجینیا هندرسون (۱۹۷۷) یکی از صاحب نظران پرستاری نقش پرستار را بدین صورت توضیح داده است: «وظیفه منحصر به فرد پرستار کمک به افراد بیمار یا سالم، در انجام آن دسته از فعالیت‌هایی است که در سلامتی یا در بهبودی (یا مرگ آرام) آنان سهمیم هستند که او اگر توان، اراده، یا دانش لازم را داشت، بدون کمک می‌خواست آن‌ها را انجام دهد.» بنابراین پرستاری فعالیت‌هایی را در بر می‌گیرد که پرستار برای کمک به بیمار در انجام آن‌چه در سلامت او دخیل است، انجام می‌دهد. زمانی که بیمار توان آن را ندارد، پرستار آن را برای بیمار انجام می‌دهد. از این رو، نقش حمایتی پرستاران با خود نقش پرستاری تعریف می‌شود.

---

1 - rnegarandeh@tums.ac.ir

نقش حمایتی پرستار در دستورالعمل‌های ملی برخی از کشورها و همچنین بین‌المللی اخلاقی برای پرستاران، بیانیه‌ها و همچنین استانداردهای عملکرد حرفه‌ای، تأیید شده است. در دستورالعمل اخلاقی انجمن پرستاران آمریکا برای پرستاران (۲۰۰۱) نقش حمایتی به صورت زیر شرح داده شده است: پرستار باید راجع به هر موردی از عملکرد نامناسب، غیر اخلاقی، یا غیر قانونی توسط هر یک از اعضای تیم بهداشتی یا سیستم مراقبت بهداشتی یا اعمالی که از دیگران سر می‌زند که منجر به مخاطره افتادن حقوق و منافع مددجو می‌شود، هشیار باشد و اقدام مناسب صورت دهد.

جان استون تذکر می‌دهد «در همه جای دنیا پرستاران باید از به کار گرفتن دستورالعمل‌های اخلاقی رسمی و پذیرفته شده به‌خوبی آگاه شوند تا بتوانند هشیار و مراقب باشند.» جان استون معتقد است «دستورالعمل‌های اخلاقی نقش مهمی در الگوی عمومی اخلاق پرستاری دارند تا حدی که می‌توانند بیانیه همگانی درباره انواع استانداردها و ارزش‌های اخلاقی که بیماران و جامعه از پرستاران در مورد حمایت انتظار دارند، فراهم کند و در این صورت پرستاران آشکارا می‌توانند پاسخگوی اعمال خود باشند.»

لذا با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و ارزشی موجود بین کشور اسلامی ما و دنیای غرب ضرورت دارد که دستورالعمل‌های اخلاقی برای پرستاران بر اساس ارزش‌ها و موازین اخلاقی مورد قبول در سطح ملی تدوین و اعلام گردد تا پرستاران که عمده نیروی انسانی بخش سلامت را تشکیل می‌دهند، بر اساس آن‌ها در ارائه مراقبت‌های پرستاری مبتنی بر اخلاق بکوشند.

## پروژه توافق آگاهانه در بیمارستانی دولتی در پاکستان

یاسمین واجاهات<sup>۱</sup>

متخصص زنان و مامایی زایشگاه سوبهراج، پاکستان

توافق آگاهانه، نشان‌گر احترام قائل شدن برای فرد است که اصل اخلاقی بنیادینی به‌شمار می‌رود. این حق فردی است. در فرهنگ ما، که جامعه‌ای مردسالار است، توافق آگاهانه معمولاً در ارتباط با گروه‌های آسیب‌پذیر دیده نمی‌شود؛ بیماران مؤنثش که متعلق به جوامع فقیر هستند و از سواد اندکی برخوردار می‌باشد. در این گروه آسیب‌پذیر، تصمیم‌گیری توسط خانواده آن‌ها، از جمله مادر شوهر، برادر، عمو یا شوهر آن‌ها صورت می‌گیرد. این مشکل معمول فرهنگی در پاکستان است. زنان، از حقوق خود در مورد مطلع شدن در مورد عملکردی که باید روی آن‌ها صورت بگیرد، بی‌اطلاع هستند. علاوه بر این، پزشکان نیز بیماران زن را در تصمیم‌گیری دخالت نمی‌دهند.

زمانی که آموزش اخلاق زیست پزشکی در سپتامبر ۲۰۰۶ ارائه شد، زایشگاه سوبهراج تصمیم گرفت با ترویج هدایت اخلاقی در مورد بیماران خانم، دست به

<sup>۱</sup> - Ywajahat@gmail.com

اقدامی اخلاقی بزند.

این اقدام، مبنی بر دخالت دادن زنان در تصمیم‌گیری در ۲۵ سپتامبر ۲۰۰۶، و ابتدا در بیماران بخش مامایی صورت گرفت و هدف آن مطلع‌ساختن زنان از حقوق خود بود. در ماه ژانویه سال ۲۰۰۷، این اقدام در بیماران بخش زنان نیز آغاز شد.

هدف از این اقدام، آغاز توافق آگاهانه در میان آموزش‌گیرندگان، از طریق دخالت دادن بیماران زن در تصمیم‌گیری در طول عمل جراحی و ایجاد آگاهی در زنان نسبت به حقوق اولیه در زمینه توافق آگاهانه و بنابراین، ارتقای قدرت زنان بود.

روش‌شناختی این عملکرد نیز آموزش پزشکان سال سوم در مورد اهمیت توافق آگاهانه در رابطه با حقوق قانونی زنان پاکستان بود. پزشکانی که جراحی زنان را بر عهده داشتند، مسؤول توافق آگاهانه بودند. پیش از آن، داده‌ای مورد نیاز از پرونده‌ها به دست می‌آمد. متناوباً، آموزش‌گیرندگان تحت آموزش مجدد قرار می‌گرفتند.

در طول مدت مطالعه، در ماه جولای ۲۰۰۷، تعداد شرکت‌کنندگان خانم در تصمیم‌گیری در بخش مامایی، از ۴۴/۵۹ درصد به ۱۰۰ درصد و در بخش زنان، از ۵۹/۱۰ درصد به ۱۰۰ درصد افزایش یافت. در طول این زمان، ۳۷ پزشک (۲۲)

آموزش‌گیرنده دوره پس از کارشناسی و ۱۵ house officer در زمینه توافق آگاهانه، آموزش‌های لازم را دریافت کردند.

۱۹ نفر از آن‌ها (۱۴ آموزش‌گیرنده پس از دوره کارشناسی و ۵ house officer) حداقل به مدت شش‌ماه این آموزش را اجرا کردند و تغییراتی مسلم در اقدامات آموزش‌گیرندگان در مؤسسات، مبنی بر دخالت دادن بیمار در تصمیم‌گیری، صورت گرفت. فضایی خالی در سیستم بهداشتی عمومی به چشم می‌خورد که باید پر گردد.

## مهم‌ترین انتظارات بیماران از پزشک معالجشان

دکتر ترانه درمحمدی طوسی<sup>۱</sup>، دکتر فریبا اصغری، دکتر آرش رشیدیان

دانشگاه علوم پزشکی تهران

**مقدمه:** آگاهی از نیازها و توقعات بیمار از پزشک معالجش و به کار بردن آن در روند مراقبت از بیمار، نه تنها باعث رضایت‌مندی بیمار خواهد شد، بلکه با ایجاد اعتماد بیمار به پزشک باعث افزایش همکاری بیمار و کسب نتایج مثبت درمانی نیز خواهد شد. ما در این مطالعه انتظارات بیماران را در مورد پزشک معالجشان مورد بررسی و تحلیل قرار دادیم.

**روش اجرا:** این بررسی بر روی بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی<sup>(ه)</sup> در دو قسمت بستری و سرپایی صورت گرفته است. جهت بررسی اولولیت‌ها و انتظاراتی که بیماران از پزشکشان دارند پرسشنامه‌ای شامل ۱۸ مورد در قالب ۵ حیطه (حیطه‌های در دسترس بودن پزشک، دادن اطلاعات و حق تصمیم‌گیری، دلسوزی، ارتباط متقابل بین پزشک و بیمار، کیفیت مراقبت و تبحر پزشک) تهیه شد. روایی پرسشنامه طی دو دوره پیش مطالعه مورد بررسی قرار

---

1 - dormohammadi@tums.ac.ir

گرفت. پرسشگران آموزش‌دیده گزینه‌ها را از بیماران می‌پرسیدند و از آن‌ها می‌خواستند که روی خط کش Visual Analog Scale ۹ درجه میزان اهمیت آن گزینه را نشان دهند. در انتها از بیماران خواسته می‌شد که ۵ حیطه ذکر شده را براساس اهمیت اولویت‌بندی کنند.

**نتایج:** تعداد کل ۴۰۰ نفر (۱۹۹ نفر بستری و ۲۰۱ نفر مراجعه کننده سرپایی) بررسی شدند.

در مجموع از میان ۱۸ گزینه انتظارات، مهم‌ترین انتظار بیماران بستری و سرپایی «دانش و مهارت کافی پزشک» (میانگین امتیاز ۸/۴۷ از ۹ برای بیماران بستری و ۸/۹۵ از ۹ در مورد بیماران سرپایی) بوده است.

در حیطه در دسترس بودن پزشک مهم‌ترین انتظار بیماران سرپایی «کوتاه بودن زمان انتظار برای ویزیت» و در بیماران بستری «حاضر شدن بر بالین بیمار در مواقع نیاز فوری» بود. در حیطه دادن اطلاعات و حق تصمیم‌گیری بیمار مهم‌ترین انتظار بیماران سرپایی «توضیح واضح در مورد بیماری» و در مورد بیماران بستری «گفتن تمام راه‌های تشخیصی، درمانی و عوارض ناخواسته آن‌ها» بود. در حیطه دلسوزی در بیماران سرپایی «با حوصله گوش دادن به حرف‌های بیمار و پاسخ به سوالات وی» و در بیماران بستری «پی‌گیری کردن مداوم روند بیماری»، مهم‌ترین انتظارات بیماران بود. در حیطه ارتباط متقابل بین پزشک و بیمار مهم‌ترین

انتظار بیماران سرپایی و بستری «خوش‌برخورد و با‌ادب بودن»، بود. در حیطه کیفیت مراقبت و تبحر پزشک مهم‌ترین انتظار بیماران سرپایی و بستری «دانش و مهارت کافی پزشک» بود.

در مجموع، مهم‌ترین حیطه مورد انتظار بیماران سرپایی و بستری «کیفیت مراقبت و تبحر پزشک» و پس از آن در بیماران سرپایی «دادن اطلاعات و حق تصمیم‌گیری بیمار» و در بیماران بستری «در دسترس بودن پزشک» بوده است.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد مهم‌ترین انتظارات بیماران که اولویت بیش‌تری برای برنامه‌ریزی و سرمایه‌گذاری برای برآورده نمودن دارد، در درجه اول، ارتقاء «کیفیت مراقبت و تبحر پزشکان» است. پس از آن توجه به «دادن اطلاعات و حق تصمیم‌گیری به بیمار» و «در دسترس بودن پزشک» نقش مهمی در بهبود روند درمان، کیفیت مراقبت و ارتقاء سطح سلامت بیماران خواهد داشت.

## الزامات اساسی رعایت حقوق بیماران در ایران: یک مطالعه پدیدارشناسی

دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی<sup>۱</sup>، دکتر زهره پارسا یکتا

دانشیار، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

زمینه پژوهش: بیماران یکی از آسیب‌پذیرترین گروه‌های اجتماعی هستند که به دلیل شرایط خاص بیماری توانایی‌های معمول خود را از دست داده و خود را با اعتماد کامل به سیستم ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی می‌سپارند. آنان از بدو ورود به سیستم خدمات بهداشتی - درمانی با مسائل و مشکلاتی مواجه می‌شوند که آسیب‌پذیری‌شان را نسبت به مسائل گوناگون دو چندان کرده است و حقوق آنان را بیش از پیش در معرض نادیده گرفته شدن قرار می‌دهد. در چنین وضعیتی وجود معیارهایی برای تضمین رعایت حقوق بیماران و حمایت از آنان در این سیستم، ضروری و غیر قابل اجتناب به نظر می‌رسد. طبق نظر سازمان جهانی بهداشت، یکی از وجوه مقبولیت چنین معیارهایی، مشارکت کلیه افراد ذینفع و لحاظ کردن دیدگاه‌هایشان در طراحی و تدوین آنهاست.

---

1 - nikbakht@sina.tums.ac.ir

روند تدوین منشور حقوق بیماران در ایران بدون طی کردن این مسیر و از منظری یک‌سویه توسط مسؤولان بهداشت و درمان کشور صورت گرفته است، لذا تبیین دیدگاه افراد دیگری که به نحوی با این موضوع مرتبط و مواجه‌اند می‌تواند اقدامی اساسی در جهت شکل‌گیری معیارهای قابل اجرا و واقع‌گرایانه ارتقاء حقوق بیماران باشد.

**هدف پژوهش:** هدف از انجام این مطالعه تبیین پدیدارشناسی حقوق بیماران بر اساس تجربیات بیمار/همراه، پرستار و پزشک بوده است.

**روش کار:** این مطالعه با استفاده از رویکرد پدیدارشناسی هیبرید برای مطالعه یک تجربه مشترک از چشم‌اندازهای گوناگون انجام شده است. برای گردآوری داده‌ها مصاحبه‌های نیمه‌ساختاری با دوازده بیمار، هشت پرستار و پنج پزشک انجام شده و تجزیه و تحلیل متن پیاده‌شده با استفاده از آنالیز درونمایه‌ای ون‌منن صورت گرفته است.

**نتایج:** یافته‌ها حاکی از آن بود که علیرغم عدم آگاهی اغلب بیماران/همراهان، پزشکان و پرستاران از مبانی تئوریک حقوق بیمار، آنان درک مشترکی از حقوق بیمار داشته و بر اساس تجربیات خود معنایی خاص برای آن قائل بودند. بر اساس تجربیات مشارکت‌کنندگان در پژوهش، حقوق بیمار به معنای مراقبتی همه‌جانبه و بیمارمحور است که طی یک فرایند مشارکتی، از طریق ارتباط مؤثر و

همراه با درک مبتنی بر همدلی ارائه گردد. رفع نیازهای اساسی بیمار و حمایت از وی در تمام ابعاد از ویژگی‌های اساسی چنین مراقبتی بوده و ارائه آن تنها در سایه آگاهی، منابع کافی، لحاظ کردن حقوق مراقبت‌دهندگان و وجود یک سیستم مسؤول پاسخگو قابل حصول است. یافته‌های این مطالعه می‌تواند تصویری اولیه از تجربیات و دیدگاه‌های گروه‌های اصلی که همگی به نوعی در مواجهه با رعایت حقوق بیمار به‌عنوان دریافت‌کننده و یا ارائه‌دهنده مراقبت بودند ارائه داده و در کنار یافته‌های مطالعات دیگر این حوزه، به‌عنوان پایه‌ای برای بازنگری واقع‌گرایانه منشور حقوق بیماران ایران قرار گیرد.

**واژگان کلیدی:** پدیدارشناسی، تجربه زیسته، حقوق بیمار، روش ون منن

نگرش پزشکان عمومی و متخصص در مورد

ارتباط پزشک و بیمار و مهارت‌های ارتباطی

دکتر بهشید گروسی<sup>۱</sup>، دکتر حسین صافی زاده<sup>۲</sup>،

دکتر احمد امیر کافی<sup>۳</sup>، دکتر علیرضا بهرامی<sup>۴</sup>

۱- متخصص اعصاب و روان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان،

۲- متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۳- متخصص اعصاب و روان، مرکز تحقیقات علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۴- پزشک عمومی

بخش مهمی از اخلاق پزشکی ناظر بر روابط پزشک و بیمار است، زیرا پزشک تنها با بیماری طرف نیست، بلکه با بیمار که یک انسان است طرف است. هم‌زمان با ایجاد تحول جهانی در آموزش پزشکی، به‌نظر می‌رسد نظام عرضه خدمات نیز نیازمند تغییرات اساسی است. رابطه پزشک و بیمار مهم‌ترین بخش طبابت را تشکیل می‌دهد. اهمیت این مسأله تا آن‌جاست که آن را زیربنای فعالیت خوب پزشکی دانسته‌اند. دستاوردهای آشنایی با مهارت‌های ارتباطی به کاهش هزینه‌ها،

---

<sup>۱</sup> - BGarrusi@kmu.ac.ir

استفاده بهینه از امکانات موجود در مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی کمک می‌کند. هم‌چنان که پزشکی به تکنیک‌های پیشرفته منجر می‌گردد، خطر جدایی پزشکان از بیماران بیش‌تر می‌شود. از این دیدگاه به‌نظر می‌رسد آموزش‌های پزشکی در عمل بی‌تفاوتی نسبت به احساسات عاطفی بیماران را رواج می‌دهد که خود تاثیر زیان‌آوری بر قابلیت پزشک در جهت برقراری ارتباط مؤثر با بیماران دارد.

**روش کار:** تعداد ۲۶۰ نفر پزشک عمومی و متخصص در مطب‌های خصوصی، درمانگاه‌های عمومی و بیمارستان‌ها به روش qutta انتخاب شدند. پرسشنامه بر اساس متون معتبر در زمینه ارتباط پزشک و بیمار تهیه شد و جهت تأیید روائی از روش روائی محتوی استفاده شد. پایایی آن‌ها  $\alpha = 0.71$  مورد تأیید قرار گرفت.

**نتایج:** میانگین سن افراد شرکت‌کننده  $36/17 \pm 9/56$  است. میانگین سابقه کار  $8/17 \pm 8/81$  است. نگرش پزشکان برحسب رشته تحصیلی، جنسیت، وضعیت تاهل و محل کار تفاوتی نداشت. متخصصان رشته‌های جراحی در رابطه با دخالت دادن بیماران در پروسه‌های تصمیم‌گیری موافقت بیش‌تری از متخصصان رشته‌های داخلی داشتند. پزشکان شاغل در درمانگاه‌ها و بخش دولتی اعتقاد داشتند برقراری ارتباط وقت‌زیادی از پزشک تلف می‌کند در حدود  $1/3$  از پزشکان معتقد بودند که بهتر است بیمار چیزی در مورد بیماری‌اش نداند. در

حدود ۸۰ درصد پزشکان اعتقاد داشتند یک بیمار تنها وقتی خوب می‌شود که پروسه پاتولوژیک زمینه‌ای وی تصحیح یا کنترل شود.

در حدود ۷۰ درصد از پزشکان به این‌که اعتقادات و باورهای پزشکان نقش مهمی در بهبود بیماران دارد اعتماد داشتند. ۲/۳ پزشکان اعتقاد داشتند هیچ پزشکی به خاطر این‌که ارتباط مناسبی با بیمارش ندارد از نظرکاری افت نمی‌کند. در حدود ۳۰ درصد درصد موافق این مسأله بودند که برقراری ارتباط وقت زیادی از پزشک تلف می‌کند. کم‌تر از ۸۰ درصد درصد به نقش ارتباط مناسب در compliance بیمار یا کاهش هزینه‌های درمانی اعتقاد داشتند.

**بحث:** در این بررسی ضمن تأکید بر آموزش مؤثر روش‌های ارتباط پزشک و بیمار در آموزش‌های پزشکی، شناسایی علل منجر به نگرش‌های منفی در مورد این رابطه توصیه می‌شود.



نشست

# خطاهای پزشکی



پنجشنبه ۲۹ فروردین ۱۳۸۷



موازن اخلاقی در آیین دادرسی و رویه قضایی در رسیدگی به

جرایم پزشکی (نگاهی تحلیلی به مقررات موجود و محدودیت‌های آن)

دکتر علیرضا میلانی‌فر<sup>۱</sup>، دکتر محمد مهدی آخوندی<sup>۲</sup>، دکتر محمد حسین شهبازی<sup>۳</sup>

۱- پژوهشکده فن‌آوری‌های نوین علوم پزشکی جهاد دانشگاهی - ابن سینا

۲- پژوهشکده فن‌آوری‌های نوین علوم پزشکی جهاد دانشگاهی - ابن سینا

۳- دانشکده حقوق و علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال

حقوق، در مقام تنظیم روابط بین افراد اجتماع و روابط آنان با دولت و حکومت و بالعکس، شاخه‌های متعددی دارد که در بخشی از آن به افعال و ترک افعالی که با زخم بر پیکر اجتماع و صرف‌نظر از تضرر اشخاص، حیثیت کل جامعه را مخدوش می‌کند، می‌پردازد.

این فعل و ترک فعل‌ها و واکنش در برابر آن‌ها، که در قالب قانون معلوم و معین می‌شود، موضوع حقوق کیفری است. در رژیم حقوقی کنونی ایران برخی افعال و ترک افعال به اعتبار شخصیت مرتکب جرم انگاشته شده که از آن جمله برخی جرایم مختص پزشکان بوده یا دست کم به آنان تسری یافته است.

آیین دادرسی کیفری نحوه تعقیب، تحقیق، رسیدگی و تعیین مجازات جرایم

و سپس اجرای آن‌ها را معین و جز در چند مورد خاص (نظامیان، روحانیان) هیچ فرد دیگری را، نه به اعتبار جرم ارتكابی و نه به اعتبار شخصیت مجرم، از شمول قواعد خود خارج ندانسته است. در عین حال، هر چند حقوق در بسیاری موارد احکام و قواعد خود را از اخلاق برداشته است، ولی اصل «هر قاعده حقوقی الزاماً اخلاقی است و بر عکس» قابل پذیرش به نظر نمی‌رسد.

در هر صورت، با این مقدمات نمی‌توان بر لزوم تعقیب و مجازات مجرمان چشم بست، ولی باید دید چه میزان از قواعد اخلاقی دست کم در برخورد با گروهی از افراد جامعه که نقش حساس آنان در ارتقاء سلامت جامعه غیرقابل انکار است، و در روایت علم آنان در کنار علم ادیان قرار گرفته است، رعایت می‌شود. به عبارت دیگر، گروه پزشکان، که بیش از تمام گروه‌های علمی و شغلی در جامعه باید خود را به زیور رعایت اصول اخلاقی بیارایند، تا چه حد از برخوردهای اخلاقی عالم حقوق و قضا بهره‌مند می‌شوند؟

نگارنده نقدی گذرا بر پاره‌ای مقررات و رویه موجود در رسیدگی به جرایم پزشکی دارد و در پایان لزوم بازبینی دقیق قوانین و مقررات موجود با تکیه بر تدوین مقرراتی صریح و منطبق بر طبیعت دانش پزشکی و واقعیات اجتماعی را متذکر می‌گردد.

## جنبه‌های اخلاقی و قانونی خطای پزشکی

دکتر فخرالدین تقدسی نژاد<sup>۱</sup>

دانشیار و مدیر گروه پزشکی قانونی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

خطای پزشکی (Medical Malpractice) از مباحث بسیار مهمی است که از جنبه‌های مختلف پزشکی، اخلاقی و حقوقی قابل بحث است. طبیعتاً حرفه پزشکی نمی‌تواند خالی از خطا باشد، به طوری که امروزه عوارض، صدمات و مرگ‌های ناشی از خطای پزشکی یکی از معضلات رشته پزشکی محسوب می‌شود. با پیشرفت تکنولوژی و روش‌های درمانی جدید بر تنوع خطاهای پزشکی نیز افزوده می‌گردد. بنابراین، لازم است پزشک علاوه بر کسب تجربه و دانش فنی لازم در کار طبابت از مسائل اخلاقی، حقوقی و قانون حرفه خویش نیز تا حدودی آگاهی داشته باشد تا آسیب و عوارض ناشی از خطای پزشکی برای بیمار و پزشک به حداقل برسد. در این مقاله انواع مسئولیت پزشکی (مسئولیت اخلاقی، مسئولیت حقوقی یا قانونی و مسئولیت انتظامی) و همچنین انواع قصور پزشکی از دیدگاه حقوقی (بی‌احتیاطی، بی‌مبالاتی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی) مورد

---

<sup>۱</sup> - taghados@tums.ac.ir

بحث قرار گرفته است. هم‌چنین وظیفه اخلاقی پزشک در برابر بیمار در زمان وقوع خطای پزشکی، اثرات احتمالی ابراز یا عدم ابراز خطا توسط پزشک و نیز وظیفه اخلاقی پزشک در مواجهه با خطای پزشکی همکاران مورد بحث قرار گرفته است. آن‌چه مسلم است از نظر اخلاقی و قانونی باید خسارات و عوارض حاصله ناشی از خطای پزشکی به هر نحو ممکن جبران گردد. لذا با توجه به سطح فرهنگ، تحصیلات، وضعیت روحی، روانی و جسمی بیمار و بسته به مورد باید خطای پزشکی به شکلی ابراز گردد که کم‌ترین آسیب و بیش‌ترین سود را متوجه بیمار نماید. هم‌چنین با ابراز تأسف از اتفاق افتاده، خود را برای جبران آسیب وارده به بیمار آماده نموده و تمام تلاش خود را انجام دهید. آمادگی هر گونه واکنش و برخورد نامناسب از جانب بیمار را داشته باشید و این حق را برای بیمار قائل شوید که موضوع را از طریق مراجع ذی صلاح پی‌گیری نماید.

از نظر قانونی نیز برخوردهای متفاوتی با خطای پزشکی می‌گردد و بعضاً مواد قانونی در این خصوص دارای ابهام است. از آن‌جایی که علی‌رغم انجام اقدامات درمانی و جراحی براساس موازین علمی نیز ممکن است بیمار متحمل عوارضی گردد یا حتی فوت نماید، لازم است با حفظ حقوق پزشک و بیمار و حمایت‌های قانونی لازم به شکلی اقدام گردد تا در این‌گونه موارد آسیبی متوجه پزشکان نگردد. بنابراین، به‌طور خلاصه، چنان‌چه اقدام پزشک دارای پنج شرط زیر باشد،

ولو این که در نتیجه آن آسیب یا عارضه‌ای متوجه بیمار گردد، پزشک معالج مرتکب قصور نگردیده است و مسؤولیتی متوجه وی نخواهد بود:

۱- عمل قانونی باشد.

۲- قصد درمان داشته باشد (عدم سوء نیت).

۳- اخلاقی و مشروع باشد.

۴- علمی باشد (موازین پزشکی رعایت شده باشد).

۵- رضایت‌نامه گرفته باشد.

## مقایسه Malpractice ارتودنسی بر مبنای آرای صادره از هیأت‌های

بدوی و تجدید نظر سازمان نظام پزشکی در سال‌های ۸۴-۷۲

محمد صادق احمدی آخوندی<sup>۱</sup>، اعظم خورشیدیان، شقایق رحمتیان

دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات دندانپزشکی

در سالیان اخیر تعداد شکایات مطرح شده در سازمان نظام پزشکی نسبتاً افزایش یافته است. برخی از این شکایات به malpractice ارتودنسی که توسط دندانپزشکان عمومی و یا متخصص انجام می‌گیرد مربوط می‌شود. لذا به‌منظور تعیین میزان malpractice ارتودنسی در پرونده‌های موجود سازمان و مقایسه فراوانی آن در بین دندانپزشکان عمومی و متخصص بر مبنای آرای صادره از شعب بدوی و تجدید نظر سازمان نظام پزشکی این مطالعه انجام گرفت.

**روش بررسی:** این مطالعه به‌صورت مقطعی و به روش اسنادی و پرونده‌های سنواتی شکایت از دندانپزشکان عمومی و متخصص در ارتباط با درمان‌های ارتودنسی از سال ۱۳۷۲ شعب بدوی و تجدید نظر سازمان نظام پزشکی که مورد

---

1 - ahmadakh@sina.tums.ac.ir

بررسی و صدور حکم قرار گرفته است می‌باشد.

**یافته‌ها:** از بین ۵۴ پرونده شکایت ثبت شده در شعب بدوی و تجدید نظر سازمان، ۳۱ مورد مربوط به دندانپزشکان عمومی، ۱۶ مورد متخصصان ارتودنسی، ۳ مورد متخصصان اطفال و ۴ مورد دندانپزشکان تجربی بودند. ۲۵ مورد از کل پرونده‌ها رأی براءت، ۳ مورد توبیخ شفاهی و ۲۲ مورد توبیخ کتبی دریافت کردند و ۴ پرونده دندانپزشکان تجربی به محاکم قضایی ارجاع شده بود. از بین ۳۱ دندانپزشک عمومی محاکم بدوی و عالی برای ۲۰ نفر (۶۴/۵ درصد) توبیخ کتبی با درج در پرونده و برای ۲ نفر (۶/۵ درصد) توبیخ شفاهی و برای ۹ نفر حکم براءت صادر گردیده بود.

**نتیجه‌گیری:** تعداد پرونده‌های موجود در سازمان در ارتباط با malpractice ارتودنسی دندانپزشکان عمومی افزایش نسبتاً زیادی داشته است. پرونده‌های مربوط به malpractice ارتودنسی توسط دندانپزشکان عمومی که منجر به صدور رأی محکومیت گردیده، حدود ۸۸ درصد موارد را شامل گردیده است.

**واژگان کلیدی:** Malpractice، درمان‌های ارتودنسی، شکایات

بررسی میزان تعهد اخلاقی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه

علوم پزشکی ارومیه نسبت به گزارش خطاهای پزشکی

نادر آقاخانی<sup>۱</sup>، نرگس رهبر، مهدی مرتاض، حبیبه صابری، محمد ولی

رختی، صالح خیراتی

دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

مقدمه: خطاهای پزشکی به‌عنوان حوادث ناخوشایند قابل اجتناب ناشی از درمان، یکی از علل مرگ و میر و آسیب به بیماران است که ضمن هزینه‌بر بودن و داشتن عواقب ناخوشایند، به هرحال، قابل پیش‌گیری و نیازمند توجه جدی است. تنها در ایالات متحده در ۷ درصد از درمان‌ها، خطاهای پزشکی شدید رخ می‌دهد. دلایل این مسأله مواردی چون خستگی پرسنل، بدخطی دستورات دارویی، عدم تقید پرسنل درمانی به آموزش بیماران در زمینه پیگیری و اجرای دستورات بهداشتی و درمانی هستند. بررسی‌ها بیانگر آن است که با شناسایی

---

1 - nader1453@umsu.ac.ir

آنچه خطای تلقی می‌شود و اتخاذ تدابیر لازم ۶۰ تا ۸۰ درصد از این موارد کاسته می‌شود.

**اهداف:** این پژوهش با هدف شناسایی میزان تعهد پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی ارومیه نسبت به گزارش خطاهای پزشکی صورت گرفته است.

**مواد و روش‌ها:** در این پژوهش ۷۵ پرستار مورد تحقیق قرار گرفتند و داده‌ها از طریق پرسشنامه‌ای که روایی و اعتبار آن تأیید شده بود، گردآوری شدند.

**یافته‌های پژوهش:** واحدهای مورد پژوهش به‌عنوان یک تعهد اخلاقی اعتقاد داشتند که مرجع گزارش خطای باید نظام پرستاری (۴۳/۱ درصد)، مسئول بخش یا دفتر پرستاری (۲۰/۶ درصد)، کمیته مسئول خطاهای پزشکی در معاونت درمان (۱۲/۳ درصد)، ریاست بیمارستان (۱۰/۱ درصد)، دادگاه (۷/۶ درصد) و پزشکی قانونی (۵/۳ درصد) باشند.

جالب این‌جا بود که هیچ‌یک از افراد بررسی شده اعتقاد نداشتند که گزارش خطاها باید به بیماران نیز انجام شود و بیماران در جریان خطای انجام شده بر روی آنان قرار گیرند. اکثر موارد (۵۳/۳ درصد) انجام گزارش را اجباری می‌دانستند، درحالی که دیگران این امر را داوطلبانه می‌دانستند. همچنین ۸۶/۹ درصد عقیده داشتند که با عامل خطای خصوصی برخورد شود، در حالی که

دیگران ذکر می‌کردند که با عامل خطا باید برخورد علنی انجام شود تا از خطاهای بعدی جلوگیری گردد. در تعریف غیر عمدی بودن خطا، اکثراً خطاهایی را که به علت کم تجربگی یا سهل‌انگاری رخ می‌داد خطای غیر عمدی می‌دانستند (۷/۵۱ درصد). گروهی نیز عقیده داشتند خطاهایی ناشی از خستگی و کار بیش از حد (۷/۵۱ درصد) یا خطاهایی که به بیمار ضرر جانی نرسانند (۷/۱۰ درصد) نباید عمدی تلقی شوند!

در مورد نحوه حفاظت از فردی که خطای خود یا دیگری را گزارش می‌کند (۲/۶۴ درصد) اعتقاد داشتند که باید نام او مخفی بماند. ۹/۱۱ درصد فکر می‌کردند که وی باید تحت حمایت قرار گیرد. برخی نیز تصور می‌کردند که اجباری کردن گزارش باعث می‌شود، افراد ترسی از گزارش دادن نداشته باشند. (۱/۱۹ درصد) هیچ موردی از این که گزارش باید مورد تشویق قرار گیرد، حمایت کرده بود. در مورد این که درصد کنترل خطاهای پزشکی در محیط کار بیمارستان چه قدر است (۸/۶۴ درصد) کنترل کامل، (۹/۳۲ درصد) کنترل نسبی و (۳/۲ درصد) عدم کنترل را بیان کردند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد که در کلاس‌های درسی یا دوره‌های بازآموزی، خطاهای پزشکی و اهمیت گزارش آن‌ها برای پرستاران به وضوح بیان نشده‌اند، به طوری که حتی بسیاری از نمونه‌ها، به موقع ندادن داروها و عدم

رعایت زمان دقیق این کار را خطای پزشکی نمی‌دانستند و تصورشان از خطای

پزشکی فقط در مواقعی بود که زندگی بیماران در خطر باشد.

به نظر می‌رسد گزارش خطاهای پزشکی به عنوان یک ارزش و اتخاذ یک

سیستم حمایتی در راستای حمایت از منافع بیماران و نه ایجاد مشکل برای

پرسنل درمانی بتواند در کاهش این مسائل مؤثر باشد.

**واژگان کلیدی:** پرستاران ارومیه، تعهد اخلاقی، گزارش خطاهای پزشکی

## گزارش کردن خطاهای پرستاری

نیره باغچقی<sup>۱</sup>، حمیدرضا کوهستانی<sup>۲</sup>، نرگس باغچقی<sup>۳</sup>

۱ و ۲ کارشناسان ارشد پرستاری، اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک

۳ کارشناس پرستاری، بیمارستان امام حسین تهران

**مقدمه:** خطا (از جمله اشتباهات دارویی و ...) در پرستاری پدیده جدیدی نیست و حرفه پرستاری هرگز خالی از خطا نبوده است. خطای پرستاری به معنای کوتاهی از انجام استانداردهای مراقبتی و پرستاری می‌باشد. مبنای این استانداردها، وظایف و مسؤولیت‌های مصوب وزارت بهداشت و درمان است.

**متن:** بعضی از خطاهایی که در زندگی اتفاق می‌افتد باعث تغییر در رفتار می‌شوند، ولی خیلی از رفتارها را نمی‌توان از طریق آزمون و خطا آموخت، چون ممکن است باعث عوارض ناگواری گردد. آمارها نشان داده‌اند که پرستاران نیز مانند بسیاری از پرسنل پزشکی، بیش‌تر اشتباهات و خطاهای خود را گزارش نمی‌کنند. نتایج تحقیق رز و همکاران نشان داد که تنها ۳۲/۷ درصد از اشتباهات پرستاران گزارش شده است. مهم‌ترین علل گزارش نکردن خطاهای پرستاری، بدنامی و ترس از مسائل جزایی می‌باشد. البته لازم به ذکر است که میزان گزارش‌دهی اشتباهات در مورد دانشجویان پرستاری بشتر می‌باشد. از جمله در تحقیقی که توسط نویسندگان این مقاله انجام شده است مشخص شد که ۷۲/۲۲

درصد از اشتباهات دارویی اتفاق افتاده توسط دانشجویان پرستاری، به مربی اطلاع داده شده است. مهم‌ترین انگیزه اطلاع‌دادن اشتباهات به مربی حفظ سلامت و ایمنی بیماران ذکر شده بود و مهم‌ترین علت اطلاع‌دادن این اشتباهات به مربی، ترس از نمره ارزشیابی و بدنامی ذکر شده بود. جامعه پرستاری موظف است میزان خطا را به حداقل برساند. محققان در این زمینه معتقدند که یکی از روش‌های پیش‌گیری از خطاهای پرستاری، شناسایی و معرفی کردن خطاهای رایج است؛ به عبارتی، با استفاده از جمع‌آوری خطاهای گزارش‌شده می‌توان از تکرار بسیاری از خطاها در آینده جلوگیری به عمل آورد. نتایج یک تحقیق نشان داد که پرستاران زمانی خطای خود را گزارش می‌کنند که احساس امنیت کنند و گزارش خطا نتایج زیانباری برای آن‌ها نداشته باشد. مرکز ملی حفظ امنیت بیماران، در جهت بهبود گزارش‌کردن خطاها، پیشنهاد کرده است که کسی را به خاطر خطا سرزنش نکنیم و همچنین باید محیطی امن ایجاد شود که خطا در آن به راحتی گزارش شود. گزارش‌نکردن خطاهای پرستاری یک مسأله غیر اخلاقی است، زیرا گزارش یک اشتباه یا خطای پرستاری از دو لحاظ اهمیت دارد:

۱. پیش‌گیری از بروز خطاهای بعدی، به‌عنوان مثال پرستار به‌جای قرص‌هالوپریدول ۰/۵ میلی گرمی به بیمار قرص ۵ میلی گرمی تجویز می‌کند. اگر چه ممکن است این اشتباه جان بیمار را به خطر نیندازد ولی گزارش این اشتباه می‌تواند از بروز اشتباهات بعدی مشابه پیش‌گیری کند.
۲. پیش‌گیری از بروز عوارض ناگوار به‌خصوص در مورد خطاهای مهم.

به‌عنوان مثال در صورتی که سهواً یک پرستار آمپول نیتروگلیسرین را به‌جای انفوزیون به‌صورت داخل وریدی و به‌طور مستقیم تزریق کند، با گزارش این موضوع و انجام اقدامات درمانی می‌توان جان بیمار را نجات داد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** مشکل خطاهای پرستاری همیشه وجود داشته است، با این حال ریشه‌کشی و از بین بردن اشتباهات پرستاری صددرصد امکان‌پذیر نیست. تلاش برای کاهش دادن و کنترل خطاهای پرستاری منوط به استفاده از رویکرد سیستمی برای بررسی عوامل زمینه‌ساز، رفع کردن این عوامل در حد امکان و هم‌چنین طراحی سیستمی برای افزایش میزان گزارش‌دهی اشتباهات توسط پرستاران و دانشجویان پرستاری است. نقش مربیان پرستاری در جهت پیش‌گیری از بروز اشتباهات دانشجویان پرستاری بسیار مهم است، ولی باید اذعان کرد که بروز اشتباهات در دانشجویان پرستاری یک امر اجتناب‌ناپذیر است؛ بنابراین، باید مربیان پرستاری شرایط امن و مناسبی برای گزارش کردن اشتباهات دانشجویان پرستاری فراهم کنند.

**واژگان کلیدی:** اخلاق، خطای پرستاری، گزارش کردن، پرستار، دانشجویان

پرستاری

سوء رفتار حرفه‌ای؛ چگونه از شکایت‌های غی منصفانه جلوگیری کنیم.

دکتر مرتضی اشرفی، دکتر لاله میرزایی

۱- رادیولوژیست و کارشناس ارشد حقوق خصوصی

۲- متخصص جراحی زنان و زایمان

سوء رفتار حرفه‌ای بنا بر تعریف عبارت است از نقصان و ناتوانی در ارائه خدمات پزشکی مناسب، بی‌احتیاطی، غفلت و به‌کارنبردن مهارت قابل قبول و به عبارت دیگر قصور و تقصیر در ارائه خدمات پزشکی که خود به سه نوع اخلاقی، حقوقی، کیفری یا ترکیبی از آن‌ها قابل تقسیم است.

با نگاهی به تاریخ می‌توان دریافت که به درازنای سده‌ها، جوامع، قوانین و عرف، پزشکان ماهر را از بسیاری از مسؤولیت‌ها مبری نموده‌اند و در مواردی که پزشک ضامن محسوب گردیده است به روش‌هایی نظیر اخذ رضایت و برائت وی را بری‌الذمه نموده‌اند و این‌گونه تصور شده است که مسؤول قلمداد کردن پزشکان موجب بی‌علاقگی ایشان به کمک و درمان نیازمندان می‌گردد. تا چند دهه قبل، شکایت از پزشک امری نادر و گاه قبیح بود و به نوعی نشانه ناسپاسی محسوب می‌گردید و در عمل اثبات ادعا و معرفی شهود بسیار ناممکن به نظر می‌رسید.

در حال حاضر طرح دعوای سوء رفتار حرفه‌ای بر علیه پزشکان و صاحبان حرف

پزشکی روند بحرانی، رو به رشد و فزاینده‌ای را طی می‌کند. افزایش آگاهی بیماران چه در زمینه بیماری و راه‌های درمان و چه در زمینه حقوق قانونی خود، افزایش فزاینده دانش آموختگان و ارائه‌دهندگان خدمت، وسائل ارتباط جمعی، موارد مرتبط با بیمه مسئولیت حرفه‌ای، ظهور فناوری‌های جدید، تولید انبوه تجهیزات پزشکی که گاه معیوب و ناکارآمد هستند همگی در افزایش تعداد شکایات نقش ایفا می‌کنند.

در این مقاله سعی شده است تا ضمن بررسی موارد و شکایات واقعی، بینش و آگاهی عمیق و دقیق‌تری نسبت به تعهدات و مسئولیت‌های اخلاقی و قانونی صاحبان حرف پزشکی نسبت به یکدیگر و نسبت به بیماران فراهم آید و در باب مفاهیم مرتبط شامل؛ قصور، تحلیل عامل اصلی و قانون کشتی در حال غرق شدن، مستندسازی مناسب، وظیفه نجات بیماران در موقعیت غیرکاری (قاعده فقهی احسان - نظریه سامری نیکو)، رفتار نامناسب و به دور از شؤن پزشکی، افشای غیرمجاز اطلاعات بیماران، شبه جرم عمدی، مسئولیت ناشی از قرارداد، مسئولیت کارفرما، مسئولیت مطلق و بی‌چون و چرا و در نهایت نحوه اخذ رضایت آگاهانه و معتبر بحث گردد.

نشست

# اخلاق در روان‌پزشکی



پنج‌شنبه ۲۹ فروردین ۱۳۸۷



## کرامت انسانی در اخلاق روان‌پزشکی

احمدعلی نوربالا

عضو هیأت علمی گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

اخلاق در روان‌پزشکی مقوله‌ای فراتر، گسترده‌تر و گاهی متفاوت‌تر از رعایت مفاد پذیرفته‌شده اخلاق پزشکی است؛ به طوری که نه تنها چهار اصل مهم و اساسی اخلاق پزشکی یعنی خودمختاری، عدم زیان‌بخشی، خیرخواهی و عدالت در روان‌پزشکی حاکم است، بلکه به جهت توجه خاص این رشته به رعایت کرامت انسانی به مواردی ویژه نیز می‌پردازد که برخی از اهم آن موارد به شرح زیر است:

۱. روانپزشک مجاز نیست با سیاست‌های حذف، جداسازی یا تحقیر

بیماران به دلایل قومیت، نژاد، جنسیت، اعتقادات، سن، وضعیت اقتصادی - اجتماعی و گرایش جنسی همراهی و همکاری نماید.

۲. رازداری از اسرار بیماران هم از نظر محتوی و ماهیت مطالب و هم از نظر طول مدت حفظ اسرار در این رشته انحصاری است، به طوری که مطالب بالینی و سایر موضوعاتی که در آموزش و نگارش به کار می‌روند بایستی آن‌قدر تغییر داده شود که گمنامی افراد حفظ شود و اسرار

بیماران حتی پس از مرگ آن‌ها نیز باقی بماند. هم‌چنین رازداری در مورد افراد صغیر نیز اعمال گردد.

۳. روان‌پزشکی باید به جدیت خود را در مقابل بهره‌کشی احتمالی از بیماران برای تأمین نیازهای استخدامی، شغلی، فرزندخواندگی، مالی و جنسی خود مصون نگه دارد.

۴. روان‌پزشکی که به هر شکل اقدام به قانون‌شکنی می‌کند، احتمالاً از نظر اخلاقی مناسب طبابت در حرفه خود نیست و سایر روانپزشکان نیز موظفند رفتار غیر اخلاقی و غیر قانونی همکار خود را به مسؤولان ذی‌ربط گزارش نمایند.

۵. احساس همدلی روانپزشک با بیمار تا مرزی به جلو می‌رود که توصیه می‌شود حتی المقدور روانپزشک از پوشیدن لباس اختصاصی خودداری نماید و محل ویزیت (مطب) و نوع میز و صندلی خود را به شکلی ساده و بی‌پالایش انتخاب کند تا احساس کهرتری برای بیمار حاصل نشود، هم‌چنین مقوله تکلیف «انگ‌زدایی» از بیماران روانی برای روانپزشکان نیز در همین راستا می‌تواند تعبیر شود.

۶. روانپزشک در مواقعی که در مورد آموزش، مهارت و صلاحیت اخلاقی متخصصان همکار تیم بهداشت روانی (روان‌شناس، مشاور، مددکار

اجتماعی، روان پرستار و ...) تردید دارد نباید بیمار را برای مشاوره یا درمان نزد آنان ارجاع دهد.

۷. اظهار نظر روان‌پزشکی در مورد افراد خاصی که بنا به دلایلی مورد توجه رسانه‌ها هستند بدون معاینه و اخذ رضایت از فرد مذکور ممنوع است، و حتی روانپزشک مجاز به شرکت در مراسم اعدام قانونی افراد مجرم نیست.

## طرح قانون بهداشت روان در ایران

دکتر مهدی نصر اصفهانی

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

بیماران روانی علاوه بر رنج آشکار ناشی از وجود اختلال، با فرسودگی ناشی از برچسب اختلال روانی و جدایی از جامعه روبه‌رو هستند. نادیده گرفتن حقوق و آزادی بیماران روانی یک رویداد شایع در جهان است. از آنجایی که حقوق بیماران مبتلا به اختلال روانی نسبت به سوء استفاده و تهاجم آسیب‌پذیر است، وجود قوانین حمایتی از شهروندان آسیب‌پذیر که از جمله بیماران روانی را حفاظت کند، نشان‌دهنده ارزش و احترام جامعه به حقوق آحاد مردم است و در واقع تصویب قوانین، ابزاری برای سهولت دسترسی به مراقبت‌های بهداشت روان و محافظت از حقوق بیماران روانی است.

در سال ۱۹۹۶، سندی توسط سازمان جهانی بهداشت منتشر گردید که در آن به ده اصل اساسی برای تدوین قانون بهداشت روان اشاره شده است. این سند براساس تجزیه و تحلیل مقایسه‌ای قوانین بهداشت روان در ۴۵ کشور جهان و در

اصل به‌منظور پاسخ به نیاز کشورهای عضو تدوین گردیده است. این سند شامل اصول کلیدی و رهنمودهای اجرایی واضح و روشن است که با هدف تشریح اصول اساسی قانونی، برای بهداشت روان و با حداقل تأثیرپذیری از فرهنگی خاص تنظیم شده است.

در تاریخ گذشته ایران جایگاه بیماران روانی نسبت به سایر کشورهای جهان از موقعیت ممتازتری برخوردار بوده است. در حالی که در اروپای قرون وسطی «دیوانگان» را مأمّن شیاطین می‌دانستند و برای وادار کردن ارواح خبیثه به ترک بدن «جن زده» انواع آزار و شکنجه‌ها را نسبت به این دردمندان بینوا روا می‌داشتند، در ایران بخشی از دارالشفاء یزد به بیماران روانی اختصاص یافته بود. با ظهور ستارگان درخشانی در آسمان پزشکی دوران اسلامی در ایران، هم‌چون ابوبکر محمد زکریای رازی (۳۱۳-۲۵۱)، ابوعلی سینا (۴۲۷-۳۷۰) و سیداسماعیل جرجانی (۵۳۱-۴۳۳)، طب قدیم ایران به اوج ترقی رسیده بود و چندین سده، پرچمدار جهان پزشکی شد. مطالعه آثار این بزرگان به خوبی نشان می‌دهد که رویکردی که در اروپای قرون وسطی در مورد بیماران روانی وجود داشته، جایگاهی در تاریخ گذشته پزشکی کشور ما نداشته است.

بررسی قوانین موجود در ایران نشان می‌دهد که اگرچه قانون مستقلی برای بهداشت روان تا کنون مدون نشده است اما از دیرباز در مجموعه قوانین مختلف

کشور، اعم از قانون مدنی، قانون مجازات اسلامی، قانون امور حسبی، قانون دادن حضانت فرزندان صغیر یا محجور به مادران (مصوب مرداد ماه ۱۳۶۴)، قانون اقدامات تأمینی (مصوب اردیبهشت ۱۳۳۹)، قانون حمایت خانواده (مصوب بهمن ماه ۱۳۳۵) و قانون اجازه پرداخت حق‌الزحمه به بیماران روانی که در کارگاه‌های حرفه‌ای و یا رشته‌های خدماتی به کار گمارده می‌شوند به جنبه‌های مختلف حقوق بیماران روانی پرداخته شده است. در این قوانین از اصطلاحاتی همچون جنون، سفیه، اختلال مشاعر و ... استفاده شده است که از نظر علمی بر سر تعریف روشن و مشخص آن‌ها توافق وجود ندارد، ولی به هر حال توانسته است تا حدودی مشکلات و معضلات بیماران را پاسخگو باشد. با پیشرفت روزافزون بهداشت روان در کشور، به خصوص پس از ادغام بهداشت روان در شبکه‌های بهداشتی و افزایش آگاهی مردم و مسئولان به حقوق بیماران، ضرورت تدوین قانون بهداشت روان به تدریج در محافل علمی بیش از پیش احساس گردید.

تدوین پیش‌نویس قانون بهداشت روان از اواسط سال ۱۳۸۲ پس از تأمین اعتبار بخشی از بودجه طرح، توسط مرکز تحقیقات بهداشت روان دانشگاه علوم پزشکی ایران و دفتر سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، توسط گروهی متشکل از اساتید دانشگاه‌های مختلف آغاز گردید و با مشاورت سازمان‌ها و نهادهای گروه‌ها و مراکز تحقیقاتی، انجمن‌های علمی، بیمارستان‌های خصوصی تهران،

مرکز غیر دولتی و اساتید و صاحب‌نظران طی سه سال کار فشرده به پایان رسید. این قانون هم‌اکنون در مرحله آماده‌سازی برای ارائه به مجلس شورای اسلامی است. این قانون شامل تعاریف، بستری اختیاری، بستری اجباری، درمان جامعه‌نگر، تشنج‌درمانی، مهار حرکتی و جداسازی، قیومیت و قانون بهداشت روان، رضایت به درمان طبی، بیماران کیفری و جایگاه پلیس در قانون بهداشت روان است.

## مبانی اخلاق در طب اعتیاد

دکتر محمد عمران رزاقی<sup>۱</sup>

گروه روان پزشکی و مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران

اعتیاد بیماری شایعی در کشور است. لیکن به دلایل چندی مبانی اخلاق پزشکی در مورد آن نه تنها با حوزه عمومی اخلاق پزشکی تفاوت دارد، بلکه بر مبنای فرهنگ و قوانین هر کشور و منطقه نیز در حوزه اخلاق پزشکی دارای تفاوت‌های اساسی می‌گردد.

در ایران اگرچه مصرف غیرپزشکی هر نوع از مواد جرم محسوب می‌گردد، اقدام برای درمان وابستگی و حتی قرار گرفتن در برنامه‌های کاهش آسیب که ذاتاً مؤید ادامه مصرف مواد است نه تنها جرم نیست و مطابق قانون تشویق می‌شود، بلکه قانون در مورد رسمیت‌داشتن سرّ حرفه‌ای در زمینه اعتیاد استثنایی قائل نشده است.

حوزه‌های اخلاق پزشکی در این میان شامل زمینه بسیار وسیعی است که برخی از موارد آن به شرح زیر است:

- حوزه مسؤولیت نظام بهداشتی به دنبال اطلاع یافتن از جرائم دیگری که

---

<sup>۱</sup> - razaghie@sina.tums.ac.ir

مصرف‌کنندگان مواد مرتکب شده یا می‌شوند. این زمینه با توجه به نیاز وابستگان به مصرف مواد به تأمین مواد، ارتکاب به رفتار غیرقانونی تحت تأثیر مصرف مواد، و در نظر داشتن شیوع همراهی اختلالات شخصیت گروه ب شامل شخصیت ضد اجتماعی و شخصیت مرزی با بیماری سوء مصرف مواد اهمیت زیادی می‌یابد.

- مسائل مربوط به رازداری حرفه‌ای و اخلاق پزشکی در حوزه‌های درمانی اعتیاد در شرایطی که بخش بزرگی از خدمات درمان و کاهش آسیب اعتیاد توسط افراد عوام، معتادان سابق و بعضاً دارای سوابق قانونی و حتی مصرف‌کنندگان فعلی که شرایط بهتری دارند ارائه می‌گردد.
- حوزه مسئولیت نظام درمانی و بهداشتی اعتیاد در ایجاد تعادل بین منافع و مصلحت بیمار، خانواده او و جامعه در شرایطی که نه تنها این زمینه‌ها در قانون احصا نشده‌اند، بلکه نظر به شدت موردی بودن آن‌ها اصولاً قابل احصا نیز نبوده و بایستی به‌طور موردی تصمیم‌گیری شوند.
- سیاست‌گذاری در حوزه اعتیاد اگرچه بایستی بر مبنای فرهنگ و ارزش‌های رایج هر جامعه صورت گیرد، لیکن پیچیدگی رفتار مصرف‌مواد از یک‌سو و الزامات و ضرورت‌های گرایش‌دهنده به مصرف مواد در زندگی اجتماعی امروزی و حتی محدودیت‌های فناوری درمان رفتار سوء مصرف

مواد از سوی دیگر خود حوزه وسیع دیگری از اخلاق را در بر می‌گیرد که این سیاست‌ها به‌جای تأثیرپذیری از فرهنگ و ارزش‌های خود ممکن است موجب تغییر در فرهنگ و ارزش‌ها و ایجاد فرم‌های جدید شوند. مجموعه موارد فوق در این مقاله مورد بحث قرار گرفته و زمینه‌های پژوهشی‌ای که بتوانند در تولید و ارائه پاسخ به مشکلات مذکور کمک نمایند بررسی می‌گردند.

علاوه بر مسائل عمومی فوق، مسائل خاصی در مورد کشور ما نیز مطرح است که لااقل در مورد آن‌ها فتح بابی صورت خواهد گرفت. به‌عنوان نمونه، مسأله همراهی بسیار شایع رفتار مصرف‌کننده با اختلالات روان‌پزشکی است. در حالی که نظام بیمه‌ای کشور به‌دلیل آن‌که خود را در مقابل رفتار سوءمصرف مواد متعهد نمی‌شناسد، در صورت مشاهده هرگونه گزارش از مصرف مواد در گذشته و حال در پرونده بیمار از پوشش هزینه‌های درمانی خودداری می‌نماید. در این حال، پزشکان با آگاهی از موضوع و به دلیل آن‌که توجیه بیمه را غیرعلمی می‌دانند، از ذکر مسائل مربوط به سوءمصرف مواد در پرونده‌ها خودداری می‌نمایند. و در این حال، سند رسمی پزشکی خلاف واقع تشکیل می‌گردد که خود مبنای اقدامات قانونی بعدی قرار می‌گیرد.



داشتن اعتماد به نفس مناسب در هنگام کار و احترام گذاشتن به بیمار، همه از ویژگی‌های پزشک خوب به شمار می‌آیند.

۲- **رعایت موازین اخلاقی در امور پژوهش:** یکی از ویژگی‌هایی که رازی را نسبت به اکثریت پزشکان، و حتی ابن سینا، ممتاز می‌کند، رعایت اخلاق در پژوهش است. رازی، هر جمله و نقل قولی را با ذکر مأخذ می‌آورد و حتی مطالبی را که از مأخذ ناشناخته می‌آورد، تأکید می‌کند که از کتابی با نویسنده مجهولی آورده‌ام. وی به پزشکانی خرده می‌گیرد که مطالب دیگران را به گونه‌ای نقل کرده‌اند که گویی خودشان آن را انجام داده‌اند و می‌گویند که این کار شایسته پزشک نیست.

۳- **رعایت موازین اخلاقی در امور درمانی:** رازی برای هر اقدام درمانی، خود را موظف به رعایت اخلاق، دقت، امانت و احساس تعهد نسبت به بیمار می‌داند. به‌عنوان مثال، تأکید می‌کند که هیچ‌گاه نباید پیش از شناسایی عامل درد، داروهای ضد درد را تجویز کرد بلکه باید عامل را شناسایی کرد و به اقدام برای زدودن آن پرداخت. و در همین راستا تأکید می‌کند که در برخی از موارد، برخی از پزشکان، درد چشم را با تریاک یا دیگر داروها، درمان کرده‌اند و منجر به کوری شده است. هم‌چنین تأکید کرده است که زیاده‌روی در مصرف برخی داروهای به ظاهر سودمند، هم‌چون زعفران که

رنگ رخسار را نیکو می‌گردانند، ممکن است به عوارض وخیم و حتی غیرقابل جبرانی بینجامد. هم‌چنین تأکید کرده است که از به‌کار بردن داروهای متعدد برای برطرف کردن علامت‌های متعدد باید خودداری کرد، زیرا ممکن است چند علامت همگی مربوط به یک عامل باشند و با درمان عامل، همه آن علایم زودده شوند. در اصل مقاله هر کدام از موارد فوق به تفصیل مورد بحث قرار گرفته است.

## بررسی حقوق مراجعان در مشاوره و روان‌درمانی

خدابخش احمدی<sup>۱</sup>

دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، مرکز تحقیقات علوم رفتاری

**مقدمه:** مراجعان مشاوره و روان‌درمانی دارای حقوقی هستند و در درجه اول از تمامی حقوق انسانی برخوردارند. آن‌ها حق دارند که به دنبال اعتماد به متخصص انتظار داشته باشند که مورد سوء استفاده قرار نگیرند. آن‌ها حق دارند که وقت و هزینه‌شان برای درمان هدر نرود. از سوی دیگر، آن‌ها حقوق دیگری نیز دارند. در این مقاله سعی شده است، حقوق مراجعان روان‌درمانی و مشاوره از ابعاد گوناگون مورد بررسی قرار گیرد.

**روش:** تحقیق به روش مروری (کتابخانه‌ای) انجام شده است. اطلاعات حاصل با استفاده از پژوهش‌های انجام یافته و مطالب مکتوب جمع‌آوری و تدوین شده است. عمده‌ترین مراجع مورد استفاده در پژوهش ضوابط و استانداردهای اخلاقی

---

1 - kh\_ahmady@yahoo.com

و حرفه‌ای انجمن‌ها و مراکز مشاوره و روان‌درمانی در کشورهای مختلف جهان بود.

**نتایج:** ابعاد حقوقی مراجع در مشاوره و روان‌درمانی گسترده است و با تحقیقات و پژوهش‌های جدید موارد تازه‌ای به آن افزوده می‌شود. برخی از مهم‌ترین آن عبارتند از:

۱- **رضایت و موافقت آگاهانه:** کمک به مراجعان در انتخاب آگاهانه درمان و آگاهی او از اهداف کلی مشاوره و درمان، هزینه‌های جلسات، مسئولیت‌های مشاور در برابر مراجع، مسئولیت‌های مراجع، محدودیت‌ها و موارد استثناء در رازداری، پارامترهای قانونی و اخلاقی که می‌تواند در ارتباط درمانی تعریف شود، شرایط و صلاحیت‌های لازم برای حرفه‌ای‌ها، نوع خدماتی که مشاوره می‌تواند ارائه دهد، طول مدت درمان، همچنین اطلاعات لازم درباره فواید مشاوره، خطرات احتمالی در یک ارتباط درمانی و احتمال مطرح شدن مشکل مراجع در جمع سایر هم‌قطاران، دانشجویان و یا سوپروایزر.

۲- **حقوق خردسالان:** از قبیل موافقت و رضایت والدین در مراجعان نوجوان به‌ویژه در موارد حاملگی، سقط جنین، سوء استفاده جنسی، اعتیاد و سوء مصرف دارو و سوء استفاده جنسی.

۳- **حقوق مراجع در ارجاع:** از قبیل رابطه درمانی هم‌زمان، موارد ارجاع، شرایط و مراحل ارجاع.

۴- **رازداری:** شامل ابعاد رازداری، محدودیت‌های رازداری، رازداری در انواع درمان‌های فردی، گروهی و خانواده.

۵- **قرار دادن نیازهای مراجعان قبل از نیازهای خود**

۶- **پرهیز از سوء رفتار و**

۷- **شیوه برخورد با درمان‌های اجباری**

**بحث:** توجه به حقوق مراجعان یک اصل اساسی در ایجاد ارتباط صادقانه و انجام روان‌درمانی و مشاوره اثربخش است.

**واژگان کلیدی:** مباحث اخلاقی، مشاوره، روان‌درمانی، حقوق مراجع

نشست

# اخلاق در پژوهش



پنج‌شنبه ۲۹ فروردین ۱۳۸۷



## اخذ رضایت‌نامه جهت شرکت در مطالعه مشاهده‌ای

### در جمعیتی اکثراً بی‌سواد

رضا ملک زاده<sup>۱</sup>، اکرم پورشمس، نجمه آل طه، الهام جعفری، گوهرشاد گوگلانی

۱- عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

**مقدمه:** شمال شرق ایران بالاترین میزان بروز سرطان مری را در دنیا داراست. مرکز تحقیقات گوارش دانشگاه علوم پزشکی تهران به‌منظور بررسی علل این سرطان، مطالعه کوهورتی را طراحی کرده که قرار است ۵۰۰۰۰ نفر از ساکنان بالاتر از ۴۰ سال شهر و روستاهای گنبد و کلالة را شامل شود. اقوام ترکمن جمعیت اصلی منطقه مذکور را تشکیل می‌دهند و حدود نیمی از ساکنان بی-سواد هستند. چگونگی گرفتن رضایت‌نامه در چنین جمعیتی هدف این مطالعه است.

**متد:** در ابتدا هدف، روش مطالعه و تعهد مجریان طرح برای رهبران روحانی-مذهبی و نیز مسئولان بهداشت و درمان منطقه توضیح داده شد. یک هفته قبل

---

1 - malek@ams.ac.ir

از دعوت ساکنان واجد شرایط به مطالعه، پرسنل آموزش‌دیده به منزل افراد مراجعه کردند و از آنان خواستند که یک هفته بعد با آگاهی و پس از مشورت‌های لازم با بهورزان، مسؤولان مذهبی، دوست، فامیل و نیز مجریان طرح به محل اجرای پژوهش مراجعه نمایند. افراد فرصت داشتند که در محل، روند تحقیق را مشاهده نمایند و در صورت موافقت وارد مطالعه شوند. در این مطالعه سؤالاتی در مورد بیماری‌های مزمن، مصرف سیگار، مواد افیونی، نوع سوخت مصرفی، فعالیت بدنی، سطح سواد و رفتار تغذیه‌ای مطرح و پس از معاینه از افراد خون، ناخن، مو و ادرار جمع‌آوری می‌شود. افراد برای ۱۰ سال پی‌گیری می‌شوند و چنان‌چه هر نوع بیماری مری و معده پیدا کنند به‌صورت رایگان درمان می‌شوند.

**نتایج:** از سال ۸۲ تا کنون از ۵۵۶۶۱ (۲۸۷۹۳ زن، ۳۹۰۶۲ روستایی) دعوت به‌عمل آمده است که وارد مطالعه شوند. ۳۹۸۶۱ از دعوت‌شدگان (۷۱ درصد) به محل مطالعه وارد شدند که ۱۱۴ از زنان و ۷۸ نفر از مردان پس از مشاهده روند مطالعه و به دلایل کم‌خونی، ترس از خون دادن و شناخته شدن به‌عنوان معتاد از ورود به مطالعه منصرف شدند.

۳۹۶۶۹ نفر (۲۲۹۴۶ نفر زن، ۲۹۶۹۳ نفر روستایی) شرکت در مطالعه را پذیرفتند. پذیرش روستاییان ۷۵ درصد و شهری‌ها ۶۰ درصد بود. به

ترتیب ۶۶/۷ درصد و ۳۳/۳ درصد شرکت‌کنندگان روستایی و شهری بی‌سواد بودند. پذیرش زنان ۷۷ درصد و پذیرش مردان ۵۷ درصد بود. اشتغال به کار شایع‌ترین علت عدم پذیرش مطالعه در نزد مردان بود. هیچ فردی به خاطر عدم رعایت نکات اخلاق پزشکی از شرکت در مطالعه امتناع نورزید.

**نتیجه‌گیری:** توجه مطالعه و اخذ رضایت‌نامه از افراد بی‌سواد با دادن اطلاعات کافی به آنان و مشاوران محلی - خانوادگی و مذهبی ایشان و نیز امکان مشاهده روند مطالعه امری اخلاقی و به پذیرش افراد کمک می‌نماید. چنین مطالعه منحصر به فردی نشان می‌دهد که رعایت شرایط اخلاق پزشکی در مناطق دورافتاده از ضروریات است و روش آگاهی‌دهی این مطالعه می‌تواند الگوی مبنایی برای ایران و جهان به‌ویژه کشورهای اسلامی باشد.

## حقوق بیماران در کارآزمایی بالینی

دکتر محمد فرهادی<sup>۱</sup>، دکتر محمد علی اصغری<sup>۲</sup>

۱- رئیس مرکز تحقیقات گوش و حلق و بینی و سر و گردن

دانشگاه علوم پزشکی ایران

۲- عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات گوش و حلق و بینی و سر و گردن

دانشگاه علوم پزشکی ایران

رعایت حقوق بیماران یکی از مهم‌ترین اصول پژوهش بالینی به‌شمار می‌رود. در بین روش‌های گوناگون تحقیق، کارآزمایی بالینی، به دلیل مداخله درمانی که اغلب جدید و ناآزموده است، بیش‌تر از روش‌های پژوهشی دیگر موجب نگرانی از عدم رعایت اصول اخلاقی پژوهش می‌شود.

اطلاع‌رسانی کافی و لازم به بیمار، دادن حق انتخاب برای ورود یا خروج از مطالعه اخذ رضایت‌نامه، پیش‌بینی عوارض و مراقبت بیمار از آن‌ها، حفظ درمان پذیرفته‌شده قبلی بیماری، رعایت فازهای قبلی کارآزمایی بالینی، عدم تحمیل

هزینه‌ها به بیمار، آسیب‌زا نبودن مداخله یا عدم درمان در گروه مداخله و شاهد از موارد مهمی است که در کارآزمایی‌های بالینی باید رعایت گردد.

رعایت اصول اخلاقی در کارآزمایی بالینی آنچنان با اهمیت است که بسیاری از مجلات علمی معتبر انتشار مقالات منتج از کارآزمایی بالینی را منوط به ثبت آن از ابتدای مطالعه و داشتن مجوز اخلاق پزشکی می‌دانند. گرفتن مجوز از کمیته‌های اخلاق پزشکی شرط لازم تصویب و اجرای کارآزمایی‌های بالینی در مراکز تحقیقاتی است.

### مسائل اخلاقی در تحقیقات پزشکی

دکتر علی اصغر پیوندی<sup>۱</sup>، دکتر علیرضا شعبان زاده<sup>۲</sup>، محمد توشیح<sup>۳</sup>

۱. دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲. استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران و محقق اخلاق پزشکی

۳. عضو هیأت علمی و محقق اخلاق پزشکی،

ستاد ترویج اخلاق پزشکی سازمان نظام پزشکی

مسأله ترویج و تقویت اخلاق به‌ویژه در رشته‌های پزشکی اخیراً به‌صورت جدی مورد توجه قرار گرفته است و همواره از سوی وزارت بهداشت، مراکز تحقیقات اخلاقی، واحدهای اخلاقی و حقوقی دانشگاهی، سازمان نظام پزشکی و سازمان پزشکی قانونی مورد بررسی و تدوین قرار دارد. از برنامه‌های اخلاقی می‌توان به افزایش کاربردی تحقیقات، اصلاح تحقیقات پژوهشی در راستای ارتقاء سلامت جامعه، سامان‌دهی تحقیقات کاربردی در زمینه طب سنتی، آموزش مناسب در اصول اخلاقی به‌ویژه در رشته‌های پزشکی و بالینی و آموزش مناسب مصرف داروها در مسائل تحقیقاتی اشاره نمود. هم‌چنین ارتقاء مهارت‌های رفتاری

پزشکان، محققان و افرادی که با تحقیقات پزشکی سر و کار دارند، در جهت پیشرفت پژوهش، توزیع عادلانه خدمات دارویی و کالایی و تضمین سلامت جامعه از اهم بالایی برخوردارند.

اخلاق پژوهشگری تابعی از اخلاق حاکم بر جامعه است و هر جامعه اصول اخلاقی خاص خود را دارد. البته برخی از این اصول جهان‌شمولند و در تمامی جوامع بشری رعایت می‌شوند. اما اخلاق در حوزه‌های مذهبی، فرهنگی و سیاسی هر جامعه تفاوت چشم‌گیری دارد و لازم است متناسب با آن اجرا شوند تا به نظام و هنجارهای آن جامعه خللی وارد نشود. در حوزه‌های پزشکی محقق باید بکوشد تا خود را از تعصبات فردی، مذهبی، سیاسی و نژادی جدا سازد و گرایش‌های ایدئولوژیک و فردگرایی خود را تحت کنترل درآورد تا در زمینه پژوهش مشکلی رخ ندهد و نتیجه تحقیق مثبت و قابل اجرا در کل جامعه باشد. در ملاحظات اخلاقی چندین نکته ضروری است؛ از جمله صداقت، شجاعت، امانت، عدالت و دقت که همه از اصول اساسی یک کار تحقیقی به‌شمار می‌روند.

**واژگان کلیدی:** اخلاق پزشکی، تضمین سلامت، سامان‌دهی تحقیقات

کاربردی

### کدهای اخلاقی کار با حیوانات آزمایشگاهی

مینا مبشر<sup>۱</sup>، سید جاوید آل داوود<sup>۲</sup>، کیارش آرامش<sup>۲</sup>، نرگس اشرف گنجویی<sup>۱</sup>

کورس دیوسالار<sup>۱</sup>، باقر لاریجانی<sup>۳</sup>

۱- مرکز تحقیقات علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی کرمان

۲- دانشکده دامپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

یکی از موضوعاتی که تحقیق روی آن انجام می‌گیرد حیوان است. اگرچه خداوند سبحان تمام آن‌چه در آسمان و زمین است مسخر انسان قرار داده است، انسان فقط حق بهره‌گیری مشروع از آن‌ها را دارد. واقعیت این است که هنوز بحث اخلاق و نقش آن در علم مورد غفلت است. آزمایش روی حیوان اگر با هدف کسب اطلاعات برای حفظ و ارتقاء زندگی حیوان و انسان باشد مجاز است. ولی اجازه نداریم به هر شکل که بخواهیم روی حیوان آزمایش انجام دهیم. در

---

1 - minamobasher@yahoo.com

مکتب اسلام، ما از هر چیزی مطابق شأن و جایگاهی که خلق شده است می‌توانیم استفاده نماییم.

با توجه به وسعت کار بر حیوانات آزمایشگاهی در کشورمان، با استفاده از مقررات و آیین‌نامه‌های موجود در کشور و همچنین بهره‌گیری از اطلاعات مشابه در سایر کشورهای جهان، کدهایی برای رعایت شرایط مناسب زندگی حیوانات آزمایشگاهی تدوین شده که شایسته است پژوهشگران ما با توجه به اصول اسلامی برخورد با حیوانات، کدهای اخلاقی کار با حیوانات آزمایشگاهی را بشناسند و طبق آن عمل نمایند.

در این مطالعه، ابتدا منابع اسلامی در زمینه رفتار با حیوانات و نیز منابع بین‌المللی و راهنماهای اخلاقی معتبر کار با حیوانات آزمایشگاهی از سایر کشورها جمع‌آوری و بررسی شد. سپس، با دسته‌بندی اطلاعات فوق و انطباق آن‌ها، مطالب مورد نظر استخراج گردید. پس از آن، مطالب تهیه‌شده توسط اساتید آگاه در زمینه اصول اسلامی کاربرد حیوانات و اصول اخلاقی نگهداری حیوانات آزمایشگاهی مورد بازبینی قرار گرفت و در نهایت راه‌کارهای اجرای صحیح و کامل دستورالعمل اخلاقی کار با حیوانات آزمایشگاهی با توجه به دیدگاه دین مبین اسلام و نظارت بر کار پژوهشگران کشورمان ارائه گردید. با انجام این مطالعه، آیین‌نامه کمیته‌های اخلاقی کار با حیوانات آزمایشگاهی مراکز تحقیقاتی و . . . . .

/ یا دانشگاه ..... ، فرم تقاضانامه مجری طرح پژوهشی، چک‌لیست برای ارزیابی فرم تقاضانامه مجری طرح و طرح پژوهشی، فرم درخواست حمل حیوانات آزمایشگاهی، چک‌لیست نظارت بر اجرای صحیح موازین اخلاقی کار با حیوانات آزمایشگاهی، چک‌لیست دیگری برای نظارت بر نگهداری حیوانات آزمایشگاهی تدوین گردید و دوره آموزشی اصول اخلاقی کار با حیوانات آزمایشگاهی برای پژوهشگران و پرسنل نگهداری حیوانات طراحی و پیشنهاد شد. مسلماً توصیه‌های فوق در صورتی عملی خواهد شد که برنامه‌های آموزشی برای آموزش استاندارد به پژوهشگران و مراقبان حیوانات طبق نیاز و امکانات کشورمان برنامه‌ریزی شوند و با استفاده از اساتید مجرب کشورمان به‌طور منظم به‌صورت واحدهای درسی، کارگاه‌ها، سمینارها، جزوات و بروشورهای آموزشی ارائه گردند. دراین راستا نیاز به کارگیری یا تأسیس مراکزی برای آموزش افراد در خصوص کار با حیوانات آزمایشگاهی و صدور گواهینامه‌های لازم طبق استانداردهای جهانی وجود دارد. حسن انجام اقدامات فوق با ایجاد مراکز و افراد ناظر بر کار با حیوانات آزمایشگاهی به‌صورت محلی و مرکزی تضمین می‌گردد.

**واژگان کلیدی:** حیوانات آزمایشگاهی، گواهینامه، راهنمای اخلاقی کار با

حیوانات آزمایشگاهی

## بررسی انتقادی راهنماهای شش گانه اخلاق در پژوهش<sup>۱</sup>

امیر حسین خداپرست<sup>۱</sup>، آزاده عبدالله زاده<sup>۲</sup>

۱ - کارشناس ارشد فلسفه و عضو گروه حقوق و اخلاق زیستی پژوهشکده

فناوری‌های نوین علوم پزشکی جهاد دانشگاهی - ابن سینا<sup>۲</sup>

۲ - کارشناس حقوق و عضو گروه حقوق و اخلاق زیستی پژوهشکده فناوری‌های

نوین علوم پزشکی جهاد دانشگاهی - ابن سینا<sup>۳</sup>

راهنماهای شش گانه اخلاق در پژوهش، شامل دستورالعمل‌های اخلاقی در «پژوهش‌های ژنتیک»، «پژوهش بر گروه‌های خاص»، «پژوهش بر حیوانات»، «پژوهش بر گامت و جنین»، «پژوهش‌های پیوند عضو و بافت» و «کارآزمایی‌هایی بالینی» است. هدف از تدوین این راهنماها، ارائه دستورالعمل‌های اخلاقی در شش حوزه پژوهشی نوپا در علوم پزشکی است که برانگیزنده مسائل گوناگون اخلاقی و

---

۱- این مقاله زیر نظر جناب آقای دکتر محمد راسخ، دانشیار دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی و مدیر گروه حقوق و اخلاق زیستی پژوهشکده ابن سینا نگارش شده است.

۲- نویسنده پاسخگو، تهران، انتهای بزرگراه چمران، اوین، بلوار دانشجو، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده فناوری‌های نوین علوم پزشکی جهاد دانشگاهی - ابن سینا، تلفن: ۰۲۱-۲۲۴۳۲۰۲۰

۳- نویسنده پاسخگو، همان.

حقوقی هستند. با این حال، به نظر می‌رسد نقاط ضعف، ابهام و کاستی‌هایی در تألیف و تدوین آن‌ها راه یافته که به دلیل اهمیت موضوع، قابل طرح و بررسی است. در این خصوص و برای نمونه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. پیش از تدوین هرگونه راهنمای اخلاقی، لازم است مؤلفان و مدونان با پیچیدگی‌ها و شاخه‌های مختلف مباحث اخلاقی آشنا باشند. این آشنایی موجب می‌شود که آنان در تدوین راهنما با در نظر داشتن یک نظریه کلی وارد موارد جزئی‌تر شوند. برگرفتن یک نظریه اخلاقی موجه و منسجم کمک می‌کند که فاعل اخلاقی از ناسازگاری‌های نظری و در نتیجه تذبذب‌های عملی به دور باشد. در غیر این صورت، ممکن است فرد در مواضع مختلف، تصمیم‌های اخلاقی ناسازگار اتخاذ کند. به نظر می‌رسد در این راهنماها به اتخاذ و توجیه یک نظریه اخلاقی کلی توجه نشده و در نتیجه، پاره‌ای از بندهای راهنماها با بندهای دیگر در تعارض است.

۲. در تدوین راهنمای اخلاقی باید به تفاوت و تمایز میان حوزه اخلاق و حوزه‌های دیگر علوم (حقوق، پزشکی، اقتصاد و...) توجه داشت. به این معنا که باید مسائل اختصاصی مربوط به هر حوزه را به عالمان آن علم واگذار کرد. برای نمونه، می‌توان به پرهیز از برآمیختن دو حوزه هنجاری اخلاق و حقوق اشاره کرد. مهم‌ترین تمایز این دو حوزه، برخورداری قواعد حقوقی از ضمانت اجرا، الزام

بیرونی و پشتیبانی نهادهای اجرایی است. این تفاوت موجب می‌گردد احکام مختلفی بر گزاره‌های اخلاقی و حقوقی بار شود. در بندهایی از راهنماهای مذکور، احکام این دو حوزه در هم آمیخته شده‌اند؛ به گونه‌ای که موازین «حقوقی» در راهنماهای «اخلاقی» راه یافته‌اند. در بندهایی از راهنماهای فوق، مؤلفان، وارد مقولات پزشکی نیز شده‌اند و گاهی برای پزشک در اخذ تصمیم پزشکی تکلیف‌هایی معین نموده‌اند که کاملاً تخصصی و خارج از حیطه اختیارات آنان است.

۳. ابهام در قواعد اخلاقی اولاً سردرگمی فاعل اخلاقی را در پی دارد، ثانیاً زمینه سوء استفاده از قواعد را فراهم می‌کند و ثالثاً در عمل قواعد را بی‌اعتبار می‌سازد. بنابراین، باید از کاربرد اصطلاحات و عبارات کلی و مبهم نظیر «افراد غیر مجاز»، «افراد ذی صلاح»، «امنیت نمونه‌ها»، «موازین شرعی و عرفی» و «وقوع حوادث نامناسب» تا حد ممکن پرهیز کرد یا پیش از کاربرد، آن‌ها را در حد مقدور روشن ساخت. متأسفانه، بسیاری از بندهای مهم در راهنماهای شش‌گانه، مبهم هستند و در آن‌ها عبارات اخلاقی، حقوقی، دینی و حتی علمی‌ای به کار رفته است که بمعانی و مفاهیم متعددی را در ذهن می‌آورد.

۴. قواعد اخلاقی باید علاوه بر دقت و عمق، تا آنجا که امکان دارد جامع و مانع باشند؛ بدین معنا که موضوع مورد توضیح و تأکید خود را تا حد ممکن در بر

گیرند و موضوعات نامربوط را کنار گذارند. چنان‌که پیش‌تر اشاره شد، راهنماهای شش‌گانه، موضوعاتی از حقوق و پزشکی را در بر گرفته‌اند که نامرتب با بحث اصلی هستند. علاوه بر این، پژوهش بر افراد خاص و زندانی‌ها، مسأله تبعیض، سودانگاری در فعالیت‌های درمانی، اکراه، رضایت آگاهانه در درمان، میزان مورد قبول ریسک در پژوهش، مرگ مغزی و مسائل اخلاقی مربوط به آن، رابطه فرد با عضو خود، داد و ستد اعضا، تبعیض در اهدا، اهمیت مشاوره، محتوای مشاوره برای کسب رضایت آگاهانه، اصلاح نژاد و محرمانگی از مواردی هستند که در راهنماها یا سخنی درباره آن‌ها وجود ندارد یا به اجمال طرح شده‌اند.

با توجه به موارد مذکور و کاستی‌ها و خطاهای جزئی‌تری که در راهنماهای شش‌گانه اخلاق در پژوهش راه یافته‌اند، هدف از این نوشتار نقد و بررسی راهنماها به منظور ایجاد زمینه مناسب جهت تدقیق بیش‌تر مباحث مطرح‌شده و فراهم آوردن زمینه نظری برای اصلاح آن راهنماهاست.

## اخلاق در کارآزمایی‌های بالینی:

### آزمایش یکی از واکسن‌های سازمان بهداشت جهانی در اتیوپی

فرهاد هندجانی<sup>۱</sup>

عضو هیأت علمی گروه بیماری‌های پوست دانشگاه علوم پزشکی شیراز

رعایت اصول اخلاقی، از اهمیت فراوانی در طراحی و هدایت آزمون‌های کلینیکی برخوردار است. سازمان بهداشت جهانی (WHO)، یکی از حمایت‌کنندگان اصلی بسیاری از آزمایش‌های واکسنی و دارویی در سطح جهان است و به شدت از اصول «اقدامات کلینیکی مناسب» (GCP) در این حرکت، پیروی می‌کند.

من، در این سخنرانی به‌عنوان ناظر کلینیکی آموزش دیده WHO، مراحل گوناگون در طراحی و هدایت آزمون مورد حمایت WHO را به‌طور کلی بیان کرده و توجه ویژه‌ای بر اصول اخلاقی، که باید پیروی گردند، خواهم داشت. من به‌عنوان ناظر کلینیکی بر آزمایش واکسن مننژیت، تحت حمایت WHO در اتیوپی، بر مباحث گوناگون اخلاقی در این زمینه تمرکز خواهم کرد که از آن

---

<sup>۱</sup> - hanjanif@yahoo.com

میان می‌توان این موارد را نام برد: دستیابی به تأیید اخلاقی پروتکل، اشکال توافقی مطلع شده و دیگر اسناد مرتبط از کمیته‌های بازبینی اخلاقی و جوامع قانون‌گذار در داخل و خارج از اتیوپی، تهیه و نهایی‌سازی اشکال توافقی مطلع و اجرای آن در این زمینه، مسأله پوشش بیمه‌ای برای شرکت‌کنندگان و آموزش GCP برای گروه رسیدگی، قبل از شروع آزمایش.

این سخنرانی، با اسلایدهای واقعی از این زمینه (ناحیه‌ای روستایی خارج از آدیس‌آبابا) همراه خواهد بود. در این اسلایدها، مراحل گوناگون برای تخمین GCP و رعایت اصول اخلاقی در انجام آزمایش، به‌تصویر کشیده شده است.

نشست

# کاربردی کردن اخلاق پزشکی در عمل



جمعه ۳۰ فروردین ۱۳۸۷



## نقش رویکرد راهبردی به اخلاق حرفه‌ای در اثربخشی اخلاق پزشکی

دکتر احد فرامرز قراملکی<sup>۱</sup>

عضو هیأت علمی دانشگاه تهران

اخلاق پزشکی را با دو رویکرد می‌توان مورد بحث قرار داد؛ رویکرد مدیریت منابع انسانی و رویکرد مدیریت استراتژیک. حصر توجه به رویکرد نخست اخلاق پزشکی را به اخلاق پزشکان، پرستاران و سایر منابع انسانی تحویل می‌دهد. چنین تحویلی نگرانی کارآمدی و اثربخشی اخلاق پزشکی را کاهش می‌دهد. رویکرد دوم بر اخلاقی بودن مراکز و مؤسسه‌های پزشکی با همه هویت سازمانی آن تأکید می‌کند. به لحاظ فلسفی، فارغ از نزاع اصالت فرد و جمع، سازمان‌های غیر اخلاقی، نیروی انسانی را نه تنها به اخلاق دعوت نمی‌کنند، بلکه نوعی آموزش حین عمل و آموزش از طریق فرهنگ سازمانی را در جهت سوق افراد به حرفه غیر اخلاقی ترویج می‌کنند. رویکرد استراتژیک به اخلاق را مدیران استراتژیست وجهه همت خود قرار می‌دهند تا وظایف اخلاقی مؤسسه‌های پزشکی - در همه مأموریت‌های سازمانی آن - در قبال حقوق عناصر محیط

---

1- ghmaleki@ut.ac.ir

داخلی و خارجی را ترسیم و با برنامه‌ریزی جهت تحقق آن‌ها به اخلاقی‌سازی سازمان به‌عنوان شخصیت حقوقی برسند. رویکرد نخست بر توجه حصرگرایانه به وظایف پزشکان و پرستاران در قبال بیماران و ارباب رجوع تأکید می‌کند، در حالی که رویکرد نخست ضمن اولویت دادن به حقوق بیماران و ارباب رجوع بر استیفای حقوق سایر عناصر سازمانی نیز تأکید می‌کنند. و این عامل اثربخشی اخلاق پزشکی است.

## مدیریت اجرایی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی

مصطفی قانعی<sup>۱</sup>، علیرضا پارساپور<sup>۲</sup>، بیتا مسگریور<sup>۳</sup>، فاطمه بامدادی<sup>۳</sup>

۱- دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله

۲- مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

**مقدمه:** موضوع «/اخلاق در پژوهش» از مهم‌ترین مباحث و موضوعات مطرح در اخلاق پزشکی نوین است که در حال حاضر توسط مجامع بین‌المللی، سازمان‌های منطقه‌ای، سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان کشورهای مختلف، محققان و متخصصان رشته‌های مختلف علوم و فنون مورد توجه ویژه قرار دارد. از آنجایی که مدیریت این موضوع در وزارت بهداشت، دانشگاه‌ها، مراکز و سازمان‌های وابسته نیازمند تدوین آیین‌نامه‌های اجرایی است، تدوین دستورالعمل‌هایی برای اجرایی کردن کدهای اخلاق پزشکی (عمومی و اختصاصی) در حوزه‌های مختلف مدیریت و اجرا در دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی علوم پزشکی مد نظر قرار گرفت.

---

<sup>۱</sup> - m.ghanei@bmsu.ac.ir

**روش کار:** یک کارگاه دو روزه با حضور ۹۰ نفر شامل ۴ نفر از هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی تیپ ۱ شامل: معاون پژوهشی، مدیر پژوهش، یک متخصص علوم بالینی و یک متخصص علوم پایه با مسئولیت اجرایی در شورای پژوهشی یا کمیته اخلاق پزشکی یا مراکز تحقیقاتی؛ ۳ نفر از هر یک از ۹ دانشگاه دارای مراکز تحقیقاتی (یزد، مازندران، گیلان، علوم بهزیستی و توانبخشی، بقیه ا. . . ، کرمانشاه، کاشان، سمنان و شاهد) و انستیتو پاستور شامل: معاون پژوهشی، یک متخصص علوم بالینی و یک متخصص علوم پایه با مسئولیت اجرایی در شورای پژوهشی یا کمیته اخلاق پزشکی یا مراکز تحقیقاتی؛ ۳ نفر از هر یک از شبکه‌های تحقیقاتی پزشکی مولکولی و سلول‌های بنیادی؛ اعضای کمیته کشوری اخلاق پزشکی ترتیب داده شد.

روز اول کارگاه، شرکت‌کنندگان با کدهای اختصاصی اخلاق در پژوهش‌های پزشکی آشنا شدند و در روز دوم به ۵ گروه تقسیم شدند و نسبت به تدوین دستورالعمل‌های اجرایی کردن کدهای اخلاق پزشکی در حیطه‌های مختلف مدیریتی در دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی علوم پزشکی اقدام کردند. بدین‌منظور برای هر یک از گروه‌ها دو نفر هدایت‌گر نیز در نظر گرفته شد. به‌منظور تسهیل

انجام کار گروهی، هدایت‌گران گروه پیش از برگزاری کارگاه پیش‌نویس شرح وظایف در حیطه‌های مختلف مدیریتی و اجرایی را تهیه و تنظیم کردند.

**یافته‌ها:** در نتیجه اقدامات انجام شده، ۵ پیش‌نویس دستورالعمل اجرایی کردن کدهای اخلاق پزشکی شامل الف- شرح وظایف معاونان و مدیران پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی، ب- شرح وظایف سردبیران مجلات ج- شرح وظایف روابط بین‌الملل دانشگاه‌های علوم پزشکی د- شرح وظایف شوراهای پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی و ه- شرح وظایف کمیته‌های اخلاق دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی علوم پزشکی تهیه و تنظیم شد.

هم‌چنین پیش‌نویس دستورالعمل اجرایی کردن کدهای اخلاق پزشکی (عمومی و اختصاصی) در سیاست‌گذاری کلان وزارت بهداشت (شورای گسترش دانشگاه‌ها، ارزشیابی مراکز تحقیقاتی، شورای تخصصی دانشگاه‌ها، کمیته کشوری اخلاق پزشکی) توسط اساتید کارگاه و تعدادی از اعضای کمیته کشوری اخلاق پزشکی تنظیم و ارائه شد و مقرر گردید پس از جمع‌بندی نظرات و ارسال پیش‌نویس‌های تهیه شده برای شرکت‌کنندگان، نظرات اصلاحی گردآوری و اعمال شود.

**نتیجه‌گیری:** از آن جایی که مدیریت اجرایی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی نیاز به تدوین دستورالعمل‌های جامع در حیطه‌های مختلف و مربوط دارد، لازم است وزارت بهداشت نسبت به تهیه دستورالعمل‌های اجرایی و نظارتی اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی اقدام نماید و آن را در اختیار سیاستگذاران، مدیران و محققان علوم پزشکی قرار دهد.

## ارائه مدلی کاربردی جهت ارزیابی وضعیت حقوق بیمار در

### بیمارستان‌ها

دکتر علیرضا پارساپور<sup>۱</sup>، دکتر باقر لاریجانی<sup>۲</sup>

۱- محقق مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، پزشک

و MPH اخلاق پزشکی

۲- رئیس دانشگاه علوم پزشکی تهران و مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی

در این مطالعه با مروری جامع بر متون اخلاقی پزشکی و بیانیه حقوق بیمار، بیانیه پیشنهادی حقوق بیمار در ایران در شش محور: «حق دریافت مراقبت مطلوب و متناسب»، «حق دریافت اطلاعات»، «حق انتخاب و تصمیم‌گیری»، «حق احترام به حریم خصوصی بیمار و رازداری»، «حق دسترسی به نظام رسیدگی به شکایات» و «حق پیش‌گیری و جبران صدمات» ارائه گردیده است که مبنای این مطالعه بوده‌اند. بر مبنای حقوق تعریف‌شده برای بیمار، پرسشنامه‌ای جامع جهت ارزیابی نگرش بیماران (گیرندگان خدمت) و پزشکان و پرستاران (ارائه‌کنندگان خدمت) در دو سطح «بیان ضرورت هر حق» و «میزان رعایت آن در بیمارستان مورد پژوهش»

---

<sup>۱</sup> - aliparsa@sina.tums.ac.ir

طراحی گردیده است. بیان نگرش بر مبنای معیار لیکرت از صفر به معنی فاقد ضرورت و عدم رعایت تا ده به معنی ضرورت قطعی و رعایت کامل خواهد بود. با بررسی نتایج به‌دست آمده می‌توان نگرش گروه‌ها را در خصوص ضرورت هر حق (مقبولیت حق در هر گروه) و رعایت هر حق ارزیابی نمود. مهم‌ترین شاخص پیشنهادی در این پژوهش «تخلّف میان ضرورت و رعایت هر حق» هست که بیانگر مطالبات تأمین‌نشده هر گروه است.

با ارزیابی نتایج فوق می‌توان مداخلات لازم را به نحو دقیق‌تری برنامه‌ریزی کرد. به‌عنوان مثال، در مورد حقوقی که فاصله ضرورت و رعایت آن از دیدگاه ارائه‌کنندگان خدمات کم‌تر از گیرندگان خدمات است، به‌نظر می‌رسد بیش‌ترین ضرورت مداخله وجود خواهد داشت.

**واژگان کلیدی:** حقوق بیمار، تعهدات پزشکان، تعهدات بیمارستان، تعهدات

نظام سلامت

## کدهای اخلاقی مصوب انجمن بین‌المللی پرستاران (ICN): چالش‌های

### انتقال و کاربرد آن در نظام ارائه خدمات پرستاری ایران

سینا ولیئی<sup>۱</sup>، دکتر علیرضا نیکبخت نصر آبادی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

با توجه به مسئولیت‌های اساسی پرستاران یعنی ارتقاء سلامت، پیش‌گیری از بیماری‌ها، برقراری مجدد سلامت و تسکین آلام و رنج‌ها؛ ذات و ماهیت جدانشدنی پرستاری احترام به حقوق انسان‌هاست که شامل حقوق اجتماعی، حق انتخاب، حق زندگی، شأن و دریافت درمان محترمانه می‌باشد. با توسعه حوزه‌های مختلف عملکرد پرستاری و حضور پرستاران در بخش‌های مختلف اجتماع، این حرفه هر روز خود را هر چه بیش‌تر در معرض چالش‌های اخلاقی می‌بیند.

انجمن بین‌المللی پرستاران (ICN) برای اولین بار در سال ۱۹۵۳ کدهای اخلاقی حرفه پرستاری را در چهار حوزه «پرستاران و مردم»، «پرستاران و عملکرد

---

<sup>۱</sup> - valiai@razi.tums.ac.ir

بالینی»، «پرستاران و حرفه» و «پرستاران و همکاران» تصویب و آن را به همه کشورها و انجمن‌های عضو ابلاغ نمود.

این کدها در واقع رفتارهای اخلاقی مورد انتظار از پرستاران را بیان کرده است و راهنمای تصمیم‌گیری آنان و ابزاری برای خودارزیابی در خصوص عملکردهای پرستاران و پایه‌ای برای بازخورد به آنهاست. به عبارت دیگر، این کدها آنچه را که پرستاران باید در مورد مسؤولیت‌های اخلاقی‌شان بدانند مطرح نموده است و همچنین سایر اعضای تیم درمان را نیز در رابطه با تعهدات اخلاقی پرستاران آگاه می‌سازد و در مجموع پایه‌های اخلاقی حرفه را برای ارائه مراقبت پرستاری جامع، ایمن و با کیفیت که هدف متعالی پرستاری است فراهم می‌نماید.

با توجه به عدم عضویت ایران در ICN، هنوز سازوکار مشخصی به‌منظور تبیین و عملیاتی کردن منشور اخلاقی بین‌المللی حرفه پرستاری، اعلام‌شده توسط آن مجمع، اندیشیده نشده است. این که آیا کدهای اعلام‌شده با توجه به بافت و زمینه فرهنگی جامعه ما از کفایت لازم برخوردار هستند و این که کل یا بخشی از آن می‌باید مورد تجدید نظر و تعدیل قرار گیرد، نحوه اجرا، نظارت و پایش آن‌ها در نظام ارائه خدمات پرستاری ایران چگونه خواهد بود، همه از موضوعاتی هستند که در این مقاله به آن پرداخته شده است؛ به این امید که

مراقبت‌های پرستاری جامع، مبتنی بر اخلاق و آموزه‌های فرهنگی و دینی به مددجویان کشور عزیزمان توسط پرستاران ارائه گردد.

**واژگان کلیدی:** اخلاق پرستاری، انجمن بین‌المللی پرستاران، مراقبت

پرستاری فرهنگ‌مدار

## کاربرد اخلاق در داروسازی

دکتر سیدابوالقاسم سجادی طبسی<sup>۱</sup>

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

داروسازی یک علم چندرشته‌ای (multidisciplinary) است که از علوم مختلف از جمله شیمی، فیزیک، ریاضی و زیست‌شناسی بهره می‌برد. در گذشته‌های دور، حرفه داروسازی از پزشکی جدا نبود و یک فرد به هر دو کار می‌پرداخت. به‌عنوان مثال، دانشمندانی مانند رازی، بوعلی و اهوایی ضمن تشخیص بیماری و یافتن روش درمان در مواقع لزوم داروهای مورد نیاز بیماران را خود تهیه و تجویز می‌نمودند. پیشرفت‌های جدید در پزشکی و داروسازی و پیدایش رشته‌های تخصصی متعدد در هر کدام، ضرورت تفکیک این دو را در قرون اخیر محرز نموده و باعث شده است پزشک و داروساز هر کدام به‌طور مستقل و البته در ارتباط تنگاتنگ با یکدیگر در تأمین سلامت جامعه نقش‌آفرینی نمایند.

---

1 - sajadia@mums.ac.ir

کاربرد اصول اخلاق حرفه‌ای در پزشکی همواره مورد تأکید بوده است و بدین منظور در دهه‌های اخیر فعالیت‌های درخور توجهی توسط مراجع ذی‌ربط در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ج.ا. ایران صورت پذیرفته است. با این حال و علی‌رغم نقش مؤثر و غیر قابل انکاری که داروسازان در فرایند درمان بیماران ایفا می‌نمایند و امروزه حتی در بسیاری از کشورها داروسازان بالینی (clinical pharmacists) دوشادوش سایر اعضای تیم پزشکی در بالین بیماران حضور می‌یابند و در داروخانه نیز بخش آخر چرخه درمانی را هدایت می‌نمایند، موضوع اخلاق داروسازی کم‌تر مورد توجه قرار گرفته، به‌طوری که در دروس برنامه جدید داروسازی تنها یک واحد اخلاق داروسازی گنجانده شده است که کافی به‌نظر نمی‌رسد.

بنابراین، به‌نظر می‌رسد که تدوین منشور اخلاقی داروسازی در حوزه‌های مختلف فعالیت داروسازان - از جمله حوزه‌های تولید، توزیع و نسخه‌پیچی - ضروری است تا این کدهای اخلاقی همواره نصب‌العین داروسازان باشد و آن‌ها را در تصمیم‌گیری‌ها هدایت نماید. در کشورهای مختلف از جمله آمریکا، انگلستان و کانادا این کدهای اخلاقی توسط سازمان‌های غیر دولتی مرتبط که همان انجمن‌های داروسازی هستند تدوین و به‌عنوان منشور اخلاق حرفه‌ای به داروسازان ابلاغ شده است.

برای یک داروساز شاغل در داروخانه (pharmacy practice) مسائلی از جمله به روز بودن معلومات علمی، تدارک دارو، داروهای تقلبی، نسخه‌پیچی (dispensing)، داروی تاریخ گذشته، داروهای ترکیبی یا جالینوسی، نحوه تعامل با همکاران تیم سلامت و نحوه تعامل با بیمار از اهمیت خاصی برخوردار است. در مورد خاص نحوه تعامل با بیمار مسائلی از قبیل حفظ حرمت بیمار، راستگویی، رازداری، تلاش در جهت تأمین سلامتی بیمار، پرهیز از اضرار به بیمار و ...، همگی از مقولات اخلاقی‌ای هستند که شایسته است مورد توجه قرار گیرند.

در این مقاله سعی شده است با استفاده از تجربیات دیگر کشورها و با توجه به شاخص‌های اخلاق اسلامی اصول اخلاق حرفه‌ای داروسازی در قالب کدهای اخلاقی تهیه و تدوین گردد.

## اخلاق در پژوهش و ضمانت اجرایی

دکتر امیر حسن حاج ترخانی

دانشیار و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

حفظ سلامت، کرامت و حقوق افراد جامعه، که در پژوهش‌های زیست‌پزشکی شرکت داده می‌شوند، ایجاب می‌نماید که اصول و موازینی رعایت گردد. دستورالعمل‌های اخلاقی پژوهش‌های زیست‌پزشکی به همین منظور تدوین و منتشر شده است.

پرسشی که مطرح می‌شود این است که: چه تضمینی بر رعایت آن‌ها وجود

دارد؟

به عبارت دیگر، ضمانت اجرایی این اصول و موازین و دستورالعمل‌های اخلاقی

چیست؟

اولین دستورالعمل بین‌المللی اخلاقی برای پژوهش بر روی انسان بیانیه نورنبرگ (۱۹۴۷) است که چون ضمان اجرایی نداشت، بیانیه هلسینکی جایگزین آن شد. گرچه در این بیانیه و آخرین ویرایش آن (۲۰۰۰) بندها و دستورالعمل‌هایی برای تضمین اجرای ضوابط اخلاقی در پژوهش‌های انسانی

پیش‌بینی شده که موجب بهبود و ارتقاء آن نسبت به قبل گردیده، اما مانع پژوهش‌های غیر اخلاقی نشده است و نمونه‌هایی از آن را می‌توان در همه کشورها مشاهده کرد.

در صورت تخلف از موازین اخلاقی در پژوهش‌های پزشکی چه می‌توان کرد؟

آیا اصولاً موازین اخلاقی نیازی به ضمانت اجرا دارند یا خیر؟

این مقاله کاوش و تلاشی در یافتن پاسخ برای پرسش‌های بالاست.

## رعایت موازین اخلاق پزشکی در بیماران نورولوژیک

دکتر اکبر سلطان زاده<sup>۱</sup>

استاد و مدیر گروه بیماری‌های مغز و اعصاب،

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

گرچه تشخیص و درمان صحیح در بیماران نورولوژیک اهمیت بسیار دارد و با پیشرفت روزافزون اقدامات تشخیصی در نورولوژی کمک فراوانی به این بیماران شده است، ولی این دلیلی نخواهد بود که بیماران تحت آزمایش‌های غیرضروری قرار گیرند.

متأسفانه، بعضی از اقدامات پاراکلینیک در نورولوژی مانند TCD برای بیماران گران تمام می‌شود و از جمله اقداماتی است که بیش از حد لزوم و بدون اندیکاسیون درخواست می‌گردد. حتی اگر بستری کردن بیماران در بیمارستان‌های خصوصی لزومی نداشته باشد انجام آن دور از اخلاق پزشکی خواهد بود.

---

1 - aksoltan@yahoo.com

درخواست صحیح آزمایش‌ها، بیهوده بستری نکردن بیماران در بیمارستان‌های خصوصی، نترساندن بیماران از انجام آزمایشی خاص و ... همه می‌توانند جزء اخلاق پزشکی محسوب شوند.

در سال‌های اخیر، با به بازار آمدن تجهیزات پزشکی مدرن، درخواست‌های غیرضروری رو به افزایش رفته است و به همین دلیل از نظر مالی فشار زیادی به بیماران وارد می‌شود که این برخلاف اخلاق پزشکی است. نگارنده مقاله موارد بسیاری در ضایع شدن حق بیماران مشاهده نموده است و توصیه‌هایی برای انجام صحیح آزمایش‌ها در زمینه نورولوژی ارائه خواهد نمود.

## اخلاق پزشکی و بیماری‌های عفونی

فرهنگ بابامحمودی<sup>۱</sup>، عبدالرضا بابامحمودی

پزشک و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، گروه بیماری‌های عفونی

بیواتیک یا اخلاق زیستی از نوعی تبعیض و عدم تعادل در زمینه تحقیقات پزشکی رنج می‌برد. نسبت ۱۰/۹۰، که در این زمینه وجود دارد، بیانگر این نکته است که ۹۰ درصد هزینه پژوهشی در مورد بیماری‌های ۱۰ درصد مردم جهان صرف می‌شود و در مورد بیماری‌های ۹۰ درصد مردم فقط ۱۰ درصد بودجه‌های تحقیقاتی تخصیص می‌یابد.

متأسفانه، پزشکی نیز مانند سایر علوم سودمحور است، یعنی جایی سرمایه‌گذاری می‌شود که منافع بیشتری داشته باشد نه جایی که مشکلات تعداد بیشتری از مردم را حل کند.

یعنی سرمایه‌گذاری برای بیماری‌های سرمایه‌دارانی که در اقلیت هستند و نه برای بیماری‌های فقیران و مستضعفانی که اکثریت را شامل می‌شوند.

---

1 - farhangbabamahmoodi@yahoo.com

اگر بنا بود که عدالت در این زمینه رعایت شود، باید بیماری‌های عفونی در صدر فهرست تحقیقات اخلاق پزشکی قرار می‌گرفت. اما به دلیل تبعیض ذکر شده توجه بسیار اندکی به این موضوع شده است و در عوض موضوعاتی چون شبیه‌سازی، اتانازی، مهندسی ژنتیک و مطالعات سلول‌های بنیادی عناوین مورد علاقه دانشمندان فلسفه طب و اخلاق پزشکی بوده است.

در این مقاله به سه دلیل اساسی‌ای که اثبات‌کننده نیاز به انجام مطالعات بیش‌تر در زمینه اخلاق پزشکی و بیماری‌های عفونی است اشاره می‌شود:

۱- علی‌رغم گذشت سالیان زیادی که از کشف آنتی بیوتیک‌ها و واکسیناسیون علیه بیماری‌های مسری می‌گذرد، هنوز سایه شوم این بیماری‌ها بر سر بشر گسترده است. خاطرات گذشته بشر مملو از تلخی‌هایی است که بیماری‌های عفونی ایجاد کرده‌اند: به یاد بیاوریم که قرن چهاردهم میلادی، مرگ سیاه توانسته بود یک‌سوم مردم اروپا را به کام مرگ ببرد، همچنین بیماری آنفلوآنزا، در سال ۱۹۱۸، بیش از بیست میلیون انسان را از هستی ساقط نمود و یا آبله به تنهایی، در قرن بیستم، سه‌برابر تمامی جنگ‌های این قرن باعث مرگ و میر انسان‌ها شد.

در قری که در آن زندگی می‌کنیم اپیدمی بیماری‌های عفونی هم‌چنان در حال ایجاد رعب و وحشت و یادآوری خاطرات بشر در مورد مرگ‌های ناشی از

بیماری‌های عفونی است: ایدز، سل مقاوم به درمان، سارس، آنفلوآنزای پرندگان، بیماری‌های نو پدید و ... این روزها واژه‌های ناآشنایی برای عموم مردم نیستند.

۲- بیماری‌های عفونی همواره با خود سؤالات بزرگی را همراه دارند که هرگز به درستی پاسخ داده نشده‌اند: به‌عنوان نمونه به این نکته سؤال برانگیز اشاره می‌کنیم.

- هرگاه فرد یا گروهی دچار بیماری عفونی مسری شود، از طرف مسؤولان بخش بهداشت و درمان یک یا چند اقدام از اقدامات زیر انجام می‌شود:

الف: قرنطینه می‌شوند.

ب: ایزوله می‌شوند.

ج: واکسیناسیون یا درمان اجباری دریافت می‌کنند.

د: نام و مشخصاتشان به مراکز بهداشتی گزارش می‌شود.

به راستی این اقدامات با حقوق اولیه انسانی انطباق دارد؟ از یک‌سو، به دلیل پیش‌گیری از احتمال ایجاد خطر برای سایر افراد این اقدامات منطقی به‌نظر می‌رسد، اما آیا راهی وجود دارد که تعادلی بین منافع جمعی و حقوق فردی بیماران مبتلا به این بیماری‌ها برقرار شود؟

۳- یکی از ارکان اخلاق پزشکی بحث رعایت عدالت است و بیماری‌های

عفونی، بنا به شواهد و مطالعات انجام‌شده اساساً بیماری فقیران، افراد مستضعف و در یک کلام افراد ناتوان و تحت ستم است. به راستی، اگر محققان اخلاق پزشکی برای یاری رساندن به چنین افرادی مطالعات گسترده‌ای را برنامه‌ریزی نکنند، پس چگونه می‌توانند مدعی این معنی باشند که عدالت و اخلاق درهم تنیده و آمیخته‌اند.

در ادامه مقاله به دلایل عدم توجه به اخلاق پزشکی در حوزه بیماری‌های عفونی خواهیم پرداخت و شش دلیل برای آن ذکر خواهیم کرد.

## رعایت اخلاق پزشکی در آماده‌سازی قبل از بیهوشی بیماران

دکتر بهزاد مقصودی<sup>۱</sup>

دانشیار گروه بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

برای انجام هر نوع بیهوشی ارزیابی اولیه بیمار با هدف شناخت نوع عمل جراحی و تکنیک‌های مربوطه، بیماری‌های همراه، داروی مصرفی، سابقه بیهوشی و عمل قبلی، معاینه عمومی و آگاهی از عملکرد سیستم‌های مهم بدن صورت می‌گیرد. آماده‌سازی بیمار در کنار ارزیابی اولیه، در دو بخش خارج و داخل اتاق عمل صورت می‌گیرد. آماده‌سازی خارج از اتاق عمل شامل انجام مشاوره‌های مورد نیاز، انجام آزمایش‌های مورد لزوم، تهیه خون و فرآورده‌های خونی، تجویز داروهای مسکن و تنظیم مصرف داروهای بیمار و قطع مصرف آب و غذاست. آماده‌سازی درون اتاق عمل دربرگیرنده آماده‌سازی وسایل، امکانات و داروی بیهوشی، تهیه کانول وریدی مناسب، تهیه مانیتورهای مورد لزوم و ارزیابی نهایی قبل از بیهوشی است. هر کدام از مراحل فوق ملاحظات اخلاقی خاصی دارد که عدم رعایت آن‌ها موجب آزار و پریشانی روحی و جسمی بیمار می‌گردد.

---

1 - maghsodb@sums.ac.ir

**الف: مرحله ارزیابی اولیه**

۱- گروهی از بیماران علاقه‌ای به فاش شدن بیماری همراه خود (مانند تشنج، کمی دید، کاهش شنوایی و ...) ندارند.

۲- مصرف تعدادی از داروها (مانند داروهای عصبی، داروهای آب سیاه و ...) اعتیاد و ... جزء راز زندگی فرد است. اطمینان بیمار از رازپوشانی پزشک بیهوشی موجب اعلام آن‌ها و در غیر این صورت موجب کتمان این موارد است.

۳- مخفی داشتن سابقه بعضی اعمال جراحی (مانند درآوردن رحم در زنان و عمل بیضه در مردان) برای بیمار اهمیت دارد.

نحوه ثبت اطلاعات فوق، نحوه آماده‌سازی تمهیدات مورد لزوم و نحوه گزارش این موارد به کادر پزشکی و درمانی مسؤول بیمار نیازمند رازداری و توجه خاص است.

۴- در زمان معاینه عمومی بیمار رعایت نکات معمول، خصوصاً در مورد معاینه بانوان، حائز اهمیت است.

**ب: مرحله آماده‌سازی خارج از اتاق عمل**

۱- مشاوره‌ها باید به حداقل ممکن و در حداقل زمان صورت گیرد. هم‌چنین تمهیداتی برای تسریع در مشاوره مورد نیاز باید اندیشیده شود.

۲- تنها آزمایش‌هایی که قطعاً برای بیمار ضرورت دارد درخواست گردد. هم‌چنین آزمایش‌هایی که با آبروی افراد ارتباط دارد (مانند آزمایش HIV)، می‌باید به‌صورت کاملاً اختصاصی و در کمال رازداری صورت گیرد.

۳- بیمار نیازمند عمل جراحی نباید برای تهیه خون دچار استرس و معضل گردد. حداقل مقدار خون مورد نیاز درخواست گردد و به‌جای روش مرسوم Type, Crass Match از روش Type, Screen استفاده شود تا امکان استفاده بهینه از خون در دسترس فراهم آید.

۴- تسکین بیمار در روز و شب قبل از عمل حائز اهمیت است. اقدام به ویزیت قبل از بیهوشی از روش‌های بسیار مؤثر در کاهش اضطراب قبل از عمل می‌باشد. تجویز داروهای مسکن با همین هدف صورت گیرد.

۵- قطع پاره‌ای از داروها قبل از عمل خطرناک است. لذا بیمار باید آموزش لازم در خصوص نحوه مصرف داروهای مصرفی را در ساعات قبل از عمل دریافت کند.

۶- زمان NPO بیمار باید به حداقل برسد. در مورد کودکان و نوزادان توصیه‌های دقیق و صریح در خصوص زمان و مقدار مصرف مایعات و شیر و غذا قبل از بیهوشی صورت گیرد.

### ج: مرحله آماده‌سازی درون اتاق عمل

۱- آماده‌سازی وسایل، امکانات و داروهای بیهوشی باید به‌نحوی صورت گیرد

که حداقل تأخیر در شروع بیهوشی صورت گیرد. همچنین کلیه امکانات و داروهای مورد نیاز از قبل آماده گردد تا خطری از بابت آماده نبودن وسایل متوجه بیمار نشود.

۲- برای تهیه کانول وریدی باید فردی با تجربه کافی اقدام نماید. کانول حتی‌المقدور از دست nondominant تهیه شود.

۳- نصب مانیتورهای لازم (نوار قلب، کاف فشارخون) خصوصاً در مورد خانم‌ها به‌نحوی صورت گیرد که بدن بیمار expose نگردد. در زمان کارگذاری فولی پوشش لازم در نظر گرفته شود.

۴- انجام ارزیابی نهایی قبل از بیهوشی به منظور ارتباط با بیمار و احساس آرامش و تشخیص مواردی که بعد از ارزیابی اولیه حائز اهمیت است.

## چالش‌های ختنه در جنس مذکر

(مقایسه جنبه‌های اخلاقی ختنه در اسلام و سایر ادیان)

دکتر مهدی پاسالار<sup>۱</sup>، دکتر سید ضیاءالدین تابعی

گروه اخلاق پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

**هدف:** هدف از این پژوهش بررسی چالش‌های موجود در انجام ختنه در جنس مذکر و مقایسه آن بین دین مبین اسلام و جنبه‌های اخلاقی این روند پزشکی در کشورهای غربی (ادیان غیر اسلام) است.

**مواد و روش کار:** نتایج مطالعات مختلفی که در کشورهای غربی انجام شده، در کنار دستورات شرعی مراجع تقلید و آیات و احادیث موجود در این باب مورد نقد و بررسی قرار می‌گیرد و چالش‌های اخلاقی موجود مقایسه می‌شود.

**بحث:** پژوهشگران احتمال ارتباط بین ختنه در جنس مذکر و کاهش خطر احتمال عفونت‌های ادراری، سرطان‌های دستگاه تناسلی، عفونت‌های منتقله جنسی، سرطان دهانه رحم، زگیل تناسلی و حتی ایدز را در پژوهش‌های مختلف متذکر شده‌اند. اما موضوعات اخلاقی مهمی در این رویداد پزشکی - بهداشتی

---

1 - ethics@sums.ac.ir

هم‌چنان مورد بحث و اختلاف نظر است. از آنجا که ختنه در سه زمان (کودکی، قبل از بلوغ و در فرد بالغ) قابل انجام است، چالش‌هایی چون رضایت، جبران خطر، تبعیض جنسی، تأثیر همه‌گیری، انجام آزمایش HIV و بار خدمات بهداشتی بیش از پیش خودنمایی می‌کنند. از سویی در دین اسلام ختنه در پسران واجب شمرده شده و در احکام بسیاری از مراجع تقلید در انجام این فریضه در سنین کودکی تأکید فراوانی شده است. تا آنجا که شرط صحت عباداتی چون طواف، منوط به انجام ختنه است. ائمه معصومین (ع) نیز در روایات مختلفی بر انجام ختنه در جنس مذکر تأکید ورزیده‌اند. چنان‌چه امام باقر (ع) در حدیثی که در کتاب وسایل الشیعه آمده است، بر انجام ختنه در مردان (و نه در زنان) اشاره فرموده‌اند. این پژوهش سعی در بررسی مقایسه‌ای چالش‌های اخلاقی فوق از دیدگاه اسلام و سایر ادیان دارد.

**نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد قوانین اسلامی و احادیث، با وجود قدمتی بیش از ۱۴ قرن از زمان وضع این قوانین، برخی از چالش‌های اخلاقی مطرح در پزشکی امروز را پاسخ داده‌اند، اما هنوز نیاز به بررسی‌های بیش‌تری برای پاسخگویی به بعضی چالش‌های موجود در پزشکی وجود دارد.

ضرورت بازنگری در آئین‌نامه‌های مورد استناد بیمارستان‌ها  
در خصوص موارد مرتبط با تشکیل کمیته‌های اخلاق بیمارستانی

علی‌اکبر مرتضی‌زاده

دانشجوی MPH اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

پایان جنگ جهانی دوم و آشکار شدن اعمال غیر انسانی و غیر اخلاقی دسته‌ای از پزشکان آلمانی، لزوم رعایت اصول اخلاقی در انجام تحقیقات علمی را به دغدغه‌ای جهانی مبدل نموده است.

منشأ آغازین حرکت در راستای این دغدغه را می‌توان بیانیه سال ۱۹۴۷ نورنبرگ عنوان نمود، که نتایج مربوطه یک‌سال بعد در جریان انتشار اعلامیه جهانی حقوق بشر در گردهمایی عمومی سازمان ملل منعکس شد. در حوزه تخصصی مربوط به پزشکی نیز اولین اعلامیه هلسینکی را، که در پایان نشست هجدهم انجمن پزشکی جهانی صادر شد، می‌توان اولین حرکت جهانی پزشکی به دنبال افشای جنایات جنگی پزشکان به حساب آورد.

با توجه به این که هر نوع اعلامیه یا منشوری در صورت عدم انجام اقدامات عملی و واقعی صرفاً عباراتی بر روی کاغذ خواهند بود، در همین راستا و برای انجام اقدامات عملی به منظور انعکاس ابعاد اخلاقی در پیشرفت‌های علم و تکنولوژی نیازمند برپایی اشکال مختلفی از کمیته‌های اخلاق زیستی بوده است. کمیته‌های اخلاقی مذکور حوزه‌های کاری مختلفی را پوشش داده و بر حسب حوزه مربوطه عناوین خاصی را به خود گرفته‌اند که یکی از این کمیته‌ها «کمیته‌های اخلاق بیمارستانی» است.

در کشور ما طبق یک آیین‌نامه، از سوی وزارت بهداشت و درمان، تمامی بیمارستان‌ها ملزم به تشکیل کمیته اخلاق پزشکی بوده‌اند که در متن آیین‌نامه مربوطه هدف از تشکیل کمیته‌های فوق ارائه رهیافت‌های لازم در زمینه نحوه استفاده مطلوب از یافته‌های علوم تجربی و امکانات تشخیصی - درمانی و مراعات ارزش‌های متعالی اسلامی در امور پزشکی و نیز زمینه‌سازی برای اعتماد متقابل بین جامعه پزشکی و مردم و مراجعان بیمارستان‌ها ذکر شده است. ترکیب کمیته مذکور نیز، بر طبق آیین‌نامه، شامل نمایندگان رئیس دانشگاه و رئیس بیمارستان، یک نفر از پزشکان شاغل و یک نفر از پزشکان بازنشسته و دو نفر از پزشکان خوش‌نام (همگی) با معرفی رئیس بیمارستان است.

علی‌رغم الزام قانونی فوق‌الذکر موجود در کشور جهت تشکیل کمیته‌های اخلاق بیمارستانی در تمامی بیمارستان‌ها، به نظر می‌رسد که کمیته‌های اخلاق بیمارستانی کشور در عمل کارایی چندانی نداشته‌اند و عمدتاً غیرفعال بوده و صرفاً یا بیش‌تر از جنبه اخذ امتیاز مربوطه در ارزشیابی بیمارستان‌ها مورد توجه بوده‌اند.

این کمیته‌ها اغلب تحت الشعاع کمیته دیگری تحت عنوان «کمیته رعایت موازین شرع» قرار گرفته‌اند و تشکیل یا عدم تشکیل کمیته اخلاق بیمارستانی در عمل هیچ‌گونه تفاوتی با یکدیگر ندارند.

در این مقاله تلاش می‌شود با توجه به مرور متون انجام‌گرفته، آیین‌نامه مرتبط با تشکیل کمیته‌های اخلاق بیمارستانی مورد استناد بیمارستان‌های کشور از نقطه نظر سؤالات مطروحه زیر مورد مقایسه قرار گیرند:

۱. چرا یک کمیته اخلاق لازم است؟
۲. آیا هر بیمارستانی باید یک کمیته اخلاق داشته باشد؟
۳. اعضای این کمیته توسط چه مرجعی انتخاب خواهند شد؟
۴. برای تشکیل یک کمیته اخلاق چه کمک‌هایی لازم است و از چه منابعی باید تأمین گردند؟
۵. چه موضوعاتی برای طرح در این کمیته‌ها مناسب خواهند بود؟

۶. چه وظایفی باید به‌عنوان وظایف مشخص کمیته‌ها لحاظ گردند؟

۷. آیا مدیریت‌های بیمارستان‌ها می‌توانند در تصمیم‌گیری‌های کمیته‌های اخلاق

بیمارستان‌ها دخالت داشته باشند؟

۸. نحوه تداخل فعالیت‌های این کمیته‌ها با کارکرد پزشکان و جراحان چگونه

خواهد بود؟

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، کمیته‌های اخلاق زیستی، کمیته‌های اخلاق

بیمارستانی

نشست

# اخلاق و سلامت عمومی



چهارشنبه ۲۸ فروردین ۱۳۸۷



## اخلاق در مباحث بهداشت عمومی

دکتر حسین ملک افضلی

استاد دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

اخلاق و مباحث بهداشت عمومی را می‌توان از دو منظر کلی بحث کرد، یکی اخلاق در سیاست‌گذاری در بهداشت عمومی و دیگری اخلاق در ارائه خدمات در بهداشت عمومی.

### الف) اخلاق در حیطه سیاست‌گذاری در بهداشت عمومی

نکات قابل بحث در این عرصه عبارتند از:

- ۱- سیاست‌گذاری بر اساس شواهد علمی
- ۲- توجه به اولویت‌ها در بهداشت عمومی
- ۳- تخصیص منابع بر اساس اولویت‌ها و اصل عدالت اجتماعی
- ۴- جامع‌نگری در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی و توجه خاص به تعیین‌کننده‌های اجتماعی
- ۵- توجه به اصول سه‌گانه PHC در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی تکنولوژی مناسب، همکاری بین‌بخشی و مشارکت جامعه

## ب) اخلاق در حیطه ارائه خدمات در بهداشت عمومی

نکات قابل بحث در این عرصه عبارتند از:

- ۱- کیفیت مناسب خدماتی که ارائه می‌شود.
- ۲- حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت
- ۳- رازداری
- ۴- مشاوره شامل گوش دادن دقیق به سخنان مشتری، اطمینان از آزادی مشتری در انتخاب نوع خدمت و اطمینان از دریافت توصیه‌های ارائه‌شده
- ۵- توضیح کامل درباره انواع خدمات موجود برای مسأله خاص و ذکر مضار و منافع هر یک از این خدمات
- ۶- توجه به عقاید و مسائل فرهنگی گیرنده خدمت
- ۷- مشارکت دادن همسر یا ولی فرد مراجعه‌کننده در صورت ضرورت
- ۸- ارجاع مراجعه‌کننده به مرکز تخصصی‌تر در صورت ضرورت

## اخلاق در سلامت جهانی

عبدالله دار

دانشگاه تورنتو، کانادا

نابرابری‌های عظیمی از نظر سلامت میان بخش‌های مختلف جهان و حتی بین زیرگروه‌های جمعیتی در داخل کشورها وجود دارد. من در این مقاله بعد از ارائه چند تعریف، به پرسش‌هایی خواهم پرداخت از قبیل این‌که چه کسی مسؤول رسیدگی به این نابرابری‌ها است؟ آیا ما وظیفه اخلاقی داریم که این نابرابری‌ها را کاهش دهیم؟ آیا این امر یک گزینه انسان‌دوستانه مشترک است؟ دامنه نگرانی‌های ما تا چه حد است؟ اکنون چه کسانی چه کارهایی را در این زمینه انجام می‌دهند؟ اصول زمینه‌ای و روش‌های در دسترس برای مقابله با نابرابری‌ها کدام است؟ آیا رویکردهای مذهبی در این زمینه مهم و سودمندند؟

## موضوعات اخلاقی در سلامت محیطی و شغلی

دکتر علیرضا مصداقی نیا Phd، دکتر حسین جباری Mph, MD

**مقدمه:** اخلاق محیطی و شغلی شامل سطح وسیعی از مباحث، در رابطه با درک تأثیرات سلامت بسیاری از محیط‌های زندگی و کار انسان است. انسان‌ها، از قرون بسیار دور، برای زندگی بر سطح زمین، طراحی گشته‌اند: برای نفس کشیدن در هوای زمین، نوشیدن آب زمین، خوردن گیاهان و حیوانات سطح زمین. این موضوع، ارتباط نزدیکی با مسائل اجتماعی درباره کیفیت محیطی و اختلافات قدرت و مزیت که باری بر دوش جوامع غیرمنصفانه به‌شمار می‌رود، دارد.

اخلاقیات، انسان را تا فراتر از علایق و منافع شخصی بیش می‌برد، زیرا مستلزم در نظر گرفتن منافع و حقوق دیگران در هنگام کار کردن به‌جای فرد یا سازمانی دیگر است. هنگامی که منافع شخصی برتر از حقوق و منافع دیگران فرض گردد، هر گونه پیامدی، خودخواهانه و اشتباه خواهد بود.

با وجود تاریخچه بادوام موارد شغلی و محیطی در تعالیم دینی، تنها از چند سال پیش بود که این موضوعات، به‌عنوان مباحث اخلاقی در تحقیقات دانشگاهی، مورد توجه قرار گرفت. این مباحث، در رابطه با انتخاب عناوین اخلاقی به‌منظور

مطالعه، روش‌های مورد استفاده در بررسی این عناوین، آگاه ساختن عموم از نتایج تحقیق و بهره‌گیری از متخصصان علمی در شکل‌دهی به سیاست محیطی و قوانین حکومتی است.

موضوعات اخلاقی در عملکرد شغلی و محیطی، به وسعت مفاهیم مربوط به گوناگونی شغلی و محیطی است و می‌توان به همان ترتیب آن را بررسی کرد. ولی برخی از آن‌ها، امروزه مشکل‌ساز هستند. خطرات محیطی مثل سرطان، برابری و نابرابری، سلامت محیطی اقلیت‌ها، قرار گرفتن کارکنان یا قرار گرفتن گیرداوطلبانه در معرض آلودگی عمومی و دشواری و پرهزینه بودن اثبات طبیعت این خطرات، از مهم‌ترین مباحث در قلمرو سلامت است.

**مفاد و روش‌ها:** در این مقاله، نویسنده سعی دارد مباحث مهم اخلاقی را در قلمرو سلامت شغلی و محیطی، بسته به نوع جوامع، طی تحقیقی عمیق، توصیف کند. **نتیجه‌گیری:** با این‌که ارتباط سرطان scrotal با قیر زغال‌سنگ دویست سال قدمت دارد، ملاحظات اخلاقی خطرات شغلی و محیطی و مباحث مرتبط با آن، تنها در چند سال گذشته مورد بررسی و تحقیق دانشگاهی قرار گرفته است. مباحث اخلاقی مهم در این قلمرو سلامت قابل ملاحظه، موضوع بحث این سخنرانی است.

**واژگان کلیدی:** اخلاق، محیط، شغل

## مسائل اخلاقی در مورد سوء مصرف مواد

### ایرن آن جیلسون

دانشکده پرستاری و مطالعات سلامت، دانشگاه جرج تاون

محافظت از نمونه‌های تحقیق در تحقیقات زیستی پزشکی و رفتاری و در تحقیقات خدمات بهداشتی مربوط به سوء مصرف مواد، حداقل از اوایل دهه ۱۹۷۰ مطرح بوده است. در حقیقت، محرمانه بودن گزارشات درمانی بیماران در برنامه‌های درمان سوء مصرف مواد به عنوان مقدمه محافظت از رویه‌های حفظ گزارشات مربوط به نمونه‌های انسانی است که در قالب اصل ۴۵ قانون سلامت عمومی، بخش ۴۶، قانون محافظت از نمونه‌های انسانی و قوانین و مقررات پیش از آن تا حدودی مطرح شده است. با این حال، مسائل اخلاقی در رابطه با تحقیقات مربوط به سوء مصرف مواد نه تنها ادامه داشته، بلکه کامل‌تر نیز شده است. این مسائل اخلاقی شامل محافظت از جمعیت‌های مستعدتر (به عنوان مثال، افراد مبتلا به اختلالات هم‌زمان، نوجوانان باردار کم‌درآمد، زندانیان مبتلا به ایدز که معتاد به مواد هستند) با اطمینان از این که دسترسی مساوی به درمان تجربی

دارند؛ انتشار یافته‌های تحقیق درمانی نا معتبر و یا یافته‌هایی که به اندازه کافی تأیید شده نیستند؛ وارد کردن جمعیت‌های بسیار متنوع به مطالعات تحقیقی ( به‌عنوان مثال، مهاجران جنوب آسیا، آمریکایی‌های دارای اصالت عربی، مهاجران غیر افریقایی) هنگام در نظر گرفتن عوامل فرهنگی که توانایی آن‌ها را برای شرکت در تحقیق تحت تأثیر قرار می‌دهند؛ و شیوه‌های مؤثر برای شرکت نوجوانان در مطالعات تحقیقی، هستند. این مسائل اخلاقی و مسائل دیگری که در ایالات متحده و سایر کشورهای پر درآمد مورد توجه قرار گرفته‌اند، در کشورهای در حال توسعه از جمله مصر وضعیت بدتری دارند. عواملی که در این مسأله نقش دارند شامل سواد و دانش بهداشتی کم‌تر (که اعتبار روبه‌های اخذ رضایت آگاهانه را تحت تأثیر قرار می‌دهد)؛ و دسترسی مشکل به نمونه‌های به‌ویژه مستعد برای وارد کردن در مطالعات تحقیقی هستند. پیشرفت‌های اخیر در تقویت فرآیندهای مورد مرور موسسه‌ای (IRB)، توانایی محققان مصری (و محققان کشورهای دیگر در منطقه از جمله ایران) را در توجه به این مسائل اخلاقی، به‌طور کلی تقویت کرده است. با این وجود، برای اطمینان از اخلاقی بودن تحقیقات مربوط به سوء مصرف مواد (یک مشکل اجتماعی که به طور کلی سبب نگرانی فزاینده در مصر و منطقه MENA شده است)، باید توجه بیش‌تری معطوف گردد.

## بیمه‌ها و چالش‌های اخلاقی بخش‌های بالینی

دکتر حسین حسینیان مقدم<sup>۱</sup>، دکتر سعیده سرجمعی<sup>۲</sup>

۱- متخصص پزشکی قانونی و فلوشیپ سم‌شناسی بالینی و مسمومیت‌ها،

استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان، مرکز مشاوره دانشجویی

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

بیمه‌های پزشکی یک نیاز شناخته‌شده جوامع امروزی‌اند و بدون آن‌ها حمایت از سلامتی مردم امکان‌پذیر نیست. صرف نظر از منافع شناخته‌شده، بیمه در هر حال از نظر کلی یک بنگاه اقتصادی به‌شمار می‌رود و مانند هر بنگاه اقتصادی دیگری سعی می‌کند منافع بیش‌تری را در کنار خرج کم‌تر مد نظر قرار دهد. طبیعی است که با این سیاست منطقی مشاوران حقوقی، سازمان‌های بیمه‌گر شرایطی را در زمان عقد قراردادهایشان با بیمه‌گذاران برای پرداخت‌ها لحاظ

---

1 - Hassanian@sbm.ac.ir

می‌نمایند که بعضاً با روح منشور حقوق بیماران در تضاد است. بند ششم منشور حقوق بیمار اشعار می‌دارد که:

«بیمار حق دارد جهت حفظ حریم شخصی خود از محرمانه‌ماندن محتوای پرونده پزشکی، نتایج معاینات و مشاوره‌های بالینی جز در مواردی که بر اساس وظایف قانونی از گروه معالج استعلام صورت می‌گیرد اطمینان حاصل نماید.»

این شرایط ممکن است مستقیماً با خود افراد یا به شکل غیرمستقیم با نهادهای طرف قرارداد بیمه‌گر و بیمه‌گزار منعقد گردد. مأموران بیمه در تلاش برای حمایت از بیمه‌گر ناگزیر از خواندن پرونده‌ها و انطباق شرایط بیمه خود برای پرداخت هزینه‌ها هستند و عدم همکاری پزشکان با آنان عملاً سبب در تنگنا قرار گرفتن بیماران برای دریافت هزینه‌های درمان می‌گردد. برخی موارد خاص نظیر خودکشی یا سوء مصرف مواد از شمول پرداخت‌های اکثر شرکت‌های بیمه خارج است و کسی که مورد سؤال قرار می‌گیرد، معمولاً پزشک معالج است که بر اساس اصل اشاره‌شده و نیز ماده ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی موظف به حفظ اسرار مردم خواهد بود. چنانچه واقعیت‌ها عنوان گردند و اسرار بیماران افشا گردد، در تقابل با قانون و اخلاق خواهد بود و چنانچه تشخیص غیرواقعی در جهت حفظ منافع بیمار به شرکت‌های بیمه عنوان گردد، این شرکت‌ها می‌توانند در صورت کشف حقیقت علیه پزشک اعلام جرم کنند و درخواست ضرر و زیان نمایند. حتی این

احتمال وجود دارد که بیمه قراردادهای خود را با بیمارستان یا کلینیک مربوطه به‌طور یک‌جانبه لغو نماید.

بیمه‌های دولتی، در حال حاضر، با استقرار نمایندگانی در بیمارستان‌های دولتی عملاً بدون اجازه از بیمار و پزشکان درمانگر به اطلاعات پرونده‌ها دسترسی دارند و گویا این حق برای آنان مجاز شمرده می‌شود. در بیمارستان‌های خصوصی گرچه گروه پزشکی به‌طور قانونی می‌تواند از پاسخ به سؤالات بیمه‌گران خودداری نماید، اما قربانی اصلی در این تلاش برای حمایت از حقوق بیمار کسی جز بیمار نخواهد بود.

شایسته است حمایت از بیماران در حد شعار باقی نماند و قانون، در حمایت از حفظ اسرار بیماران، شرکت‌های بیمه را از تلاش برای کشف تشخیص بیماری بر حذر دارد.

نشست

# اخلاق پزشکی: ملاحظات آغاز حیات



چهارشنبه ۲۸ فروردین ۱۳۸۷



## تکوین و تکامل جنین؛ آغاز حیات

دکتر محسن معینی، دکتر محمد مهدی آخوندی

مرکز تحقیقات تولید مثل،

پژوهشکده فناوری‌های نوین علوم پزشکی جهاد دانشگاهی - ابن سینا

جنین اولیه انسان از لقاح (Fertilization) دو سلول جنسی زن و مرد حاصل می‌شود. سلول جنسی زن تخمک (egg, oocyte) و سلول جنسی مرد اسپرم (Spermatozoa) نامیده می‌شود. تکامل جنین از زمان لقاح تا تولد به مدت ۲۶۶ روز (معادل ۳۸ هفته) به طول می‌انجامد و یک پروسه به هم پیوسته است.

این پروسه به چهار مرحله تقسیم می‌گردد:

قبل از لانه‌گزینی، لانه‌گزینی، رویانی و جنینی

۱- مرحله قبل از لانه‌گزینی (Pre implantation): هر ماه تخمدان‌های زن

به‌طور طبیعی معمولاً یک تخمک رسیده و بالغ را آزاد می‌نمایند و در صورتی‌که این تخمک آزادشده در مجاورت اسپرم قرار گیرد، لقاح صورت می‌گیرد. ترکیب این دو سلول جنسی در لوله‌های رحمی واقع می‌شود و منجر به تولید جنین اولیه

(تخم یا Zygote) می‌شود. این سلول، پس از ۲۸ تا ۳۶ ساعت، شروع به تقسیم می‌کند و با تقسیم مداوم خود یک توده سلولی (مورولا) را تشکیل می‌دهد.

پس از ۵ روز این توده سلولی با اولین تمایز، حفره‌ای داخل خود ایجاد می‌نماید (بلاستوسیست) و آماده ورود به مرحله لانه‌گزینی می‌شود.

## ۲- مرحله لانه‌گزینی (Implantation): در این مرحله از زندگی جنینی که

از روز هفتم تا چهاردهم بعد از لقاح است، جنین به‌طور کامل در دیواره رحم جایگزین می‌شود. در این مرحله سلول‌های مختلف برای تشکیل لایه‌های مختلف جنینی اختصاص داده می‌شوند. لایه سلولی خارجی جنین (تروفوبلاست) پس از جایگزینی در رحم، ارتباط خونی بین مادر و جنین را از طریق شکل‌گیری ارگانی به‌نام جفت برقرار می‌نماید، به‌طوری‌که از روز دوازدهم بعد از لقاح این ارتباط خونی آغاز می‌شود.

لایه سلولی داخلی نیز در اوایل هفته دوم، به دو لایه سلولی جنینی تبدیل می‌شود.

## ۳- مرحله رویانی (Embryonic): این مرحله از زندگی جنینی از هفته سوم

تا هشتم بعد از لقاح است. در هفته سوم، صفحه سه‌لایه‌ای اکتودرم، مزودرم و آندودرم از دو لایه سلولی جنینی شکل می‌گیرد.

از هر کدام این لایه‌ها، بافت‌های اصلی و ارگان‌های مختلف جنین تکامل حاصل می‌کنند. از اکتودرم ارگان‌هایی که در تماس با خارج از بدن هستند، مثل سیستم عصبی، اپی تلیوم حسی، گوش، بینی، چشم و پوست، از مزودرم بافت‌های حمایت‌کننده مثل استخوان، عضله و بافت‌های زیرجلدی پوست و نهایتاً از اندودرم پوشش‌های داخلی بدن مثل پوشش داخلی دستگاه گوارش و دستگاه تنفسی تکامل می‌یابند.

**۴- مرحله جنینی (Fetal):** این مرحله با شروع هفته نهم بعد از لقاح آغاز و تا زمان تولد ادامه می‌یابد. تمایز بافت‌ها و ارگان‌های بدن و بلوغ آن‌ها در این مرحله تکمیل می‌گردد. شکل ظاهری جنین در طی هفته دوازدهم پس از لقاح بسیار شبیه به صورت انسان است. دستگاه تناسلی خارجی بعد از هفته دوازدهم با دستگاه‌های سونوگرافی قوی قابل تشخیص می‌گردد.

مراکز استخوان‌سازی در اغلب استخوان‌ها از هفته ۱۲ شروع می‌شود و به تدریج قابل بررسی با سونوگرافی یا رادیولوژی می‌شوند. در هفته دهم، جنین قادر به انجام حرکات موضعی مانند بازکردن دهان و حرکت انگشتان است. در این مرحله از زندگی جنینی تمایز و تکامل اندام‌های مختلف و ارگان‌های بدن امری به هم پیوسته است و قابلیت تفکیک ندارد. در حدود هفته ۱۸، با استفاده از سونوگرافی بسیاری از قسمت‌های بدن قابل بررسی دقیق می‌گردند؛ به عنوان

مثال، حفره‌های داخل مغز، لب‌ها، حفره‌های مختلف قلب، کلیه‌ها، کبد، معده و همه اندام‌ها قابل تشخیص هستند، ولی جنین هنوز قابلیت حیات را ندارد. جنین قابلیت حیات خارج از رحم را بعد از ۲۴ هفته پیدا می‌کند و مراکز مجهز بیمارستانی در کشورهای غربی به‌ندرت توانسته‌اند جنین‌های بین ۲۳ و ۲۴ هفته را زنده نگه‌دارند که معمولاً این جنین‌ها در صورت زنده‌ماندن در معرض عوارض بعدی زایمان‌های زودرس مثل کری، کوری، عقب‌ماندگی‌های ذهنی و ... قرار می‌گیرند.

گزارش نشست تخصصی مسائل حقوقی و اخلاقی پیرامون انجام

تحقیقات بر روی جنین انسان به دعوت یونسکو، WHO-EMRO و ایسیکو

ISESCO / قاهره، مصر، ۱۲ - ۱۴ فوریه ۲۰۰۸

دکتر محمد مهدی آخوندی، دکتر محمود جدی تهرانی،

زهره بهجتی اردکانی

مرکز تحقیقات تولید مثل،

پژوهشکده فناوری‌های نوین علوم پزشکی جهاد دانشگاهی - ابن سینا

جنین انسان متفاوت از سلول‌های دیگر بدن انسان است، چرا که توانایی انتقال به رحم و لانه‌گزینی و تبدیل شدن به یک انسان را دارد. این که جنین انسان از چه زمانی به عنوان انسان تلقی می‌شود، موضوعی بحث‌انگیز است و اساس موضع‌گیری‌های اخلاقی و شرعی را بر انجام و عدم انجام تحقیق بر روی جنین تشکیل می‌دهد. برخی از مذاهب زندگی انسان را از زمان شکل‌گیری لقاح و تشکیل جنین می‌دانند و برخی دیگر زمان مشخصی پس از رشد جنین (ولوچ روح) و یا تولد فرزند را زمان تحول جنین به انسان و شخص تلقی می‌نمایند.

تا دهه ۱۹۹۰ میلادی، علایق به انجام تحقیقات بر روی جنین در چارچوب فراهم کردن امکان موفقیت بیش‌تر در درمان ناباروری محدود می‌شد و نگرانی خاص اخلاقی را در چارچوب رعایت اصول اخلاقی پذیرفته‌شده ایجاد نمی‌کرد. زمانی که، در سال ۱۹۹۸، گروهی از محققان آمریکایی موفق به تولید سلول‌های بنیادی جنینی انسانی شدند، که توانایی تمایز و تبدیل بافت‌ها و ارگان‌های بدن را داشت، تحقیق بر روی جنین موقعیت جدیدی را پیدا نمود. از یک طرف، سلول‌های بنیادی جنینی امکان توسعه درمان را برای بیماران قطع نخاعی، پارکینسون و آلزایمر نوید می‌داد و از طرفی موقعیت اخلاقی تحقیق بر روی جنین انسان مورد بحث قرار گرفت و به دنبال آن همانندسازی درمانی (therapeutic cloning)، زمینه را برای جلوگیری از رفع پیوند سلول‌ها (سلول درمانی) ناشی از درمان با سلول‌های بنیادی، زمینه جدیدی از تحولات را در این حیطه به وجود آورد.

توسعه علم ژنتیک زمینه را برای تشخیص جنین‌های سالم حاصل از لقاح خارج رحمی و جلوگیری از انتقال جنین‌های مبتلا به نقایص ژنتیکی نظیر سندروم روشن، سیستمیک فایبروزیس و تالاسمی فراهم نمود. هم‌چنین موجبات انتخاب جنینی مطابق با درخواست والدین (جنسیت خاص و یا HLA همسان با فرزند قبلی) فراهم نمود.

این تحولات زمینه طرح سؤالات اخلاقی بسیاری را در ارتباط با آغاز حیات انسانی فراهم کرد.

در این ارتباط سازمان‌های یونسکو، WHO /EMRO، IOMS و ISESCO تصمیم گرفتند نشست مشترکی را برای روشن‌شدن پیچیدگی‌های تحقیقات بر روی جنین و سلول‌های بنیادی داشته باشند و چالش‌های اخلاقی مطرح را با دیدگاه اسلامی کشورهای عرب و غیر عرب منطقه مورد بررسی قرار دهند.

این جلسه با اهداف ذیل برگزار شد:

- تشکیل شبکه گفت‌وگوی منطقه‌ای در تحقیقات جنین انسانی از ابعاد علمی، پزشکی، فلسفی و مذهبی
- مشخص نمودن یک روند منظم و قانونمند در هر کشور منطقه در تحقیقات روی جنین انسان
- مشخص نمودن مباحث مورد نیاز در مطالعات اخلاق زیستی و ایجاد قانون‌مندی تحقیقات بر روی جنین انسانی
- بررسی امکان داشتن قوانینی در هر کشور
- فراهم کردن مقدمات کنفرانسی بزرگ‌تر در این زمینه با شرکت دولت‌ها و مجالس و عالمان اسلامی و متخصصان رشته‌های مرتبط با هدف افزایش اطلاعات تصمیم‌گیرندگان جامعه و تسهیل ایجاد چارچوبی در تحقیقات جنین انسانی

در پایان نشست، پیشنهاداتی در زمینه مسائل حقوقی و اخلاقی تحقیق بر روی جنین انسان در دوازده بند ارائه شد.

این نشست با شرکت متخصصانی از ۱۷ کشور اسلامی منطقه و ۵ سخنران مدعو از بلژیک، فرانسه، آمریکا و کانادا و به همت سازمان یونسکو، سازمان WHO/ EMRO، سازمان IOMS و سازمان ISESCO در سه روز کاری، تاریخ ۱۴-۱۲ فوریه ۲۰۰۸، در شهر قاهره تشکیل شد که گزارش آن تقدیم می‌گردد.

## ملاحظات اخلاقی در رابطه با پژوهش‌های اخیر بر روی سلول‌های بنیادی برای پزشکی ترمیمی

رویشی ایدا

استاد دانشگاه کیوتو

پزشکی ترمیمی به‌عنوان فناوری تازه و امیدبخشی در عرصه پزشکی شناخته شده است، زیرا می‌تواند درمانی کارآمد را برای بیماران مبتلا به بیماری‌های درمان‌ناپذیر یا دارای درمان دشوار ارائه کند. اما در عین حال ملاحظات اخلاقی قابل توجهی نیز در این رابطه وجود دارد که در این مقاله با ارجاع به ملاحظات و مقررات اخلاقی ژاپن به آن‌ها می‌پردازیم.

جریان اصلی پژوهش در رابطه با پزشکی ترمیمی در حال حاضر همانا پژوهش بر روی سلول‌های بنیادین رویانی است که طی آن‌ها رویان برای دستیابی به سلول‌های بنیادین تخریب می‌گردد. پرسشی که پیش می‌آید این است که آیا تخریب رویان که اولین مراحل حیات انسانی را طی می‌کند از نظر اخلاقی مجاز است؟ و اگر پاسخ بلی است، تحت چه شرایطی؟ دشوارترین پرسش در این‌جا همانا وضعیت رویان انسانی است. در کشورها و جوامع مختلف درجات مختلفی از

اهمیت و ارزش به این موجود زنده مهم داده می‌شود. در جامعه ژاپنی، رویان انسانی «ماده اولیه حیات انسانی» است و ارزش آن مشتق از کرامتی است که انسان دارد. بر همین اساس، رفتار با رویان و سلول‌های بنیادین باید متناسب با چنین جایگاهی باشد. به علاوه، از آن‌جا که سلول‌های بنیادین همه توان‌اند، این امکان وجود دارد که یک انسان با استفاده از اسپرم و تخمک مشتق شده از سلول‌های بنیادین ایجاد شود.

یکی از استفاده‌های سلول‌های بنیادین می‌تواند همانندسازی درمانی برای تهیه بافت‌هایی باشد که فرد دریافت‌کننده با آن‌ها واکنش ایمنولوژیک نشان ندهد. در این‌جا پرسش‌هایی درباره اخلاقی بودن همانندسازی درمانی و نیز پرسش‌هایی عملی نظیر روش جلوگیری از انجام همانندسازی تولیدمثلی پیش می‌آید.

دشواری‌های سنگین اخلاقی که به آن‌ها اشاره شد، برخی از پژوهشگران را به سوی راه دیگری سوق داده است که همانا استفاده از سلول‌های بنیادین بالغین است. در این‌جا نیز مسائل اخلاقی وجود دارد، اما تخریب رویان رخ نمی‌دهد. در هر حال، ایمنی و مؤثر بودن و نیز فرآیند اخذ رضایت از دهنده و گیرنده عناصر اصلی اخلاقی را تشکیل می‌دهند.

عرضه شدن سلول‌های بنیادین چندظرفیتی القا شده که اخیراً رخ داده است نیز خالی از مقولات اخلاقی نیست، هر چند که طی آن رویانی تخریب نمی‌گردد. پرسش‌های اخلاقی احتمالی دیگری این شیوه ظاهراً امیدبخش استفاده از سلول‌های بنیادین را هدف گرفته‌اند.

## اخلاق پزشکی و ملاحظات آغاز حیات

دکتر فاطمه سادات نیری

استاد زنان بیمارستان حضرت ولیعصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی تهران

سؤالات متعددی در زمینه اخلاق پزشکی پرسنل بهداشتی و پزشکان متخصص نوزادان یا زنان و مامایی را در بدو تولد به چالش می‌کشد. دیدگاه‌ها و قوانین مربوطه از کشوری به کشور دیگر و از بیمارستانی به بیمارستان دیگر بسیار متفاوت است. اهم مسائلی که در بدو تولد و ابتدای زندگی خارج رحمی برای والدین و پزشکان و پرسنل بهداشتی چالش‌برانگیز است، عبارتند از :

• *Limits of Viability* کجاست؟

• برای چه گروهی از نوزادان عملیات احیاء شروع نشود؟ یا عملیات احیاء تا چه

مرحله‌ای پیش رود؟

• کدام آنومالی‌های مادرزادی، بیماری‌های ارثی متابولیک و سایر بیماری‌های

مادرزادی را به‌عنوان «لا‌علاج» باید از جراحی و سایر درمان‌های طبی معاف

کرد؟

• برای نوزادان بسیار بدحال بستری در NICU و با در نظر گرفتن احتمال زیاد

برای معلولیت دائمی در آن‌ها چه زمانی درمان‌های تهاجمی محدود یا قطع

شود و چه زمانی ادامه یابد؟

• نقش والدین در تصمیم‌گیری چگونه و تا چه حد است؟ اگر صلاحیت اخلاقی

نداشته باشند، چه کسی تصمیم بگیرد؟

تفاوتی که بین نوزادان با سایر گروه‌های سنی وجود دارد، در این است که در

عین حال که بسیار شکننده و آسیب‌پذیر هستند و احتمال آسیب‌رسیدن به آن‌ها

زیاد است، پتانسیل و توانایی بالقوه بسیار زیادی در بازسازی و ترمیم دارند. و

این بر دشواری تصمیم‌گیری در زمینه‌های فوق می‌افزاید و تعیین پیش‌آگاهی را

غیرممکن می‌سازد. به‌علاوه، زنده‌ماندن نوزاد با معلولیت و عوارض دائمی با توجه

به طول زندگی که در پیش دارد، تأثیر بنیادی بر تمام ابعاد زندگی خانواده دارد.

نکته مهم دیگر آن است که درمان‌های مورد نیاز در طب نوزادان اغلب بسیار

گران‌قیمت هستند و نیاز به تکنولوژی پیشرفته دارند. در نتیجه، همیشه مسأله

cost – benefit در ذهن متولیان بهداشتی و والدین برجسته می‌گردد.

ضروری است که در موارد فوق و سایر مواردی که در ابتدای حیات پیش

می‌آید، تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری مناسبی اتخاذ شود که به‌طور طبیعی این

تصمیم‌گیری مبتنی خواهد بود بر:

۱. شواهد فقهی و در نظر گرفتن اصول دینی ما
۲. بررسی رویه و دیدگاه‌ها و قوانین کشورهای دیگر
۳. به دست آوردن آمار و اطلاعات دقیق از *out come* و پرگنوز نوزادان با مشکلات و وضعیت خاص از داخل کشور
۴. در نظر گرفتن منابع مالی و اقتصادی کشور

## حقوق مدنی مترتب بر آغاز حیات

دکتر غلامعلی سیفی

استادیار دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی

تشخیص زمان شروع زندگی حمل از نظر حقوقی واجد اهمیت و شایان توجه است. بر خلاف احکام حقوق کیفری که نحوه اجرای آن‌ها در مراحل مختلف تکوین جنین متفاوت است و با رشد و تکامل تدریجی این موجود حمایت کیفری از او نیز گسترش می‌یابد، در قلمرو حقوق مدنی، اعطای برخی حقوق به شخص انسانی یا اعمال بعضی از احکام، موکول به تکامل حیات داخل رحمی نیست و همین که از منظر علوم زیستی موجود زنده اولیه‌ای که قابلیت تکامل به صورت بشر را داشته باشد و مفهوم موجود اولیه انسانی بر آن صدق نماید، از حقوق شناخته شده‌ای برخوردار است و پاره‌ای از احکام مدنی به‌طور کامل درباره وی اجرا خواهد شد.

مطابق مقررات قانون مدنی ایران، برعکس مقررات بسیاری از کشورهای دیگر، قابلیت زنده ماندن طفل بعد از ولادت جهت تمتع از حقوق مدنی شرط نیست و

ولادت زنده به تنهایی در این خصوص کفایت می‌کند.

با این حال، اعطای برخی حقوق به حمل یا امکان اجرای بعضی از احکام در مورد موجود اولیه انسانی در فروض خاص محل گفت‌وگو است. بحث‌انگیز بودن کیفیت اجرای حکم گاه ناشی از طبیعت خود حکم و گاه ناشی از نوع خلقت و هیأت ظاهری جنین انسانی است که قبل و یا بعد از تولد آشکار می‌گردد. شناسایی و دسته‌بندی این موارد و بیان احکام حقوقی آن‌ها در راستای حمایت از شخصیت حمل در حقوق معاصر ضرورت کامل دارد.

## آغاز حیات انسان و آثار حقوقی آن

دکتر سید مرتضی قاسم‌زاده<sup>۱</sup>

دانشیار دانشکده علوم قضایی و خدمات اداری

هر انسانی که پا به عرصه وجود می‌گذارد، باید رابطه او با دیگران تنظیم شود. تنظیم بخش مهم و الزام‌آور این روابط بر عهده قواعد حقوقی است و از منظر این قواعد هر انسانی حق حیات دارد و از حقوق مدنی و اجتماعی نیز بهره‌مند است؛ هیچ‌کس حق ندارد حیات را از دیگری ولو از نوچه انسان سلب یا به حقوق او تعرض کند. بنابراین، تشخیص آغاز حیات و تکوین شخصیت حقوقی انسان از اهمیت ویژه و بنیادی در روابط اجتماعی-حقوقی برخوردار است و همواره این سؤال را برانگیخته است که «حیات انسانی از کی آغاز می‌شود و منشأ آثار حقوقی می‌گردد؟»

تشکیل نطفه (به‌صورت قانونی یا غیرقانونی، اعم از این که در رحم استقرار یافته یا نیافته باشد)، استقرار نطفه در رحم مادر، انقضای مدتی از زمان تشکیل نطفه استقرار یافته در رحم (چهارماهگی و مانند آن)، ولوج روح در جنین (نطفه

---

<sup>۱</sup> - Dr.Qasemzadeh@yahoo.com

استقرار یافته در رحم)، زنده متولد شدن و در پایان، زنده متولد شدن جنین با قابلیت زنده ماندن، همه از نظریه‌های قابل طرح در این باره هستند.

هریک از این نظریه‌ها با رویکردهای فقهی-حقوقی، اصول حقوق موضوعه، قواعد خاص فلسفی اخلاقی عرفی و علمی قابل تبیین و توجیه است.

در این مقاله نظریه‌های مذکور با تأکید بر قواعد و اصول حقوقی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند و نظریه قابل قبول در حقوق اسلام و ایران معرفی شده است.

**واژگان کلیدی:** آغاز حیات انسان، تکوین شخصیت حقوقی، نوچه و جنین

انسان

## رحامت انسان با طبیعت، منشأ وحدت حیات و حقوق آن

دکتر عابدین مؤمنی

استادیار دانشکده الهیات و معارف اسلامی دانشگاه تهران

رحم نام دیگر زهد/ان است و در اسلام پیوند خویشاوندی به وابستگی رحمی است که به سلسله مادران ختم می‌شود. اسلام برای ایجاد پیوند اجتماعی از دو حکم اخلاقی و ارزشی «وجوب صله رحم» و «حرمت قطع رحم» یاری جسته و قطع رحم را از گناهان کبیره شمرده است. از آن جهت که «طبیعت» مادر حقیقی انسان است، طبیعت را «رحم» نامیده‌اند. مادری طبیعت، استعاره و مجازگویی نیست؛ طبیعت واقعاً مادر است و خداوند متعال از طریق طبیعت به انسان حیات افاضه کرده و طبیعت واسطه فیض الهی برای حیات انسان است؛ چنان‌که قرآن آفرینش انسان را از خاک و گل دانسته و فرموده که «ز آب، هر چیزی زنده است». لذا طبیعت سرچشمه حیات بشر است. گمان و توهم پیش نیاید که فقط بعد جسمانی انسان از طبیعت است، بلکه روح و نفس انسان نیز ولیده طبیعت است که از آن تعبیر به «جسمانیه/الحدوث» کرده‌اند. البته نظریه دیگری، که در مورد نفس و روح وجود دارد، طبیعت را نسبت به روح بی‌نقش و بی‌تأثیر نمی‌داند،

زیرا حداقل تعین روح به فردی از افراد بشر با وساطت طبیعت است و منشأ تعین روح برای افراد است و نیز انسان در دامن طبیعت رشد می‌کند و به کمال می‌رسد. دامن طبیعت محل رشد و پرورش انسان است و روح انسان در اثر مصاحبت با جسم و طبیعت به کمال می‌رسد و تعالی پیدا می‌کند. بنابراین، طبیعت واقعاً و حقیقتاً مادر انسان است.

با توجه به مقام مادری، طبیعت، که واسطه فیض حیات است، از منزلت و بزرگی خاصی برخوردار است و شناخت آن از اهمیت والایی برخوردار است. لذا در کلام نورانی پیامبر اعظم (ص) علم بر دو قسم شده است: علم «/بدان» که علم شناخت طبیعت است و علم «/دیان» که شناخت معارف الهی است؛ همچنان که مقام اخلاقی «وصل رحم» نیل به شناخت طبیعت است. این که قطع رحم حرام دانسته شده، وجه و صورتی از آن ترک شناخت طبیعت و منشأ حیات بشر است. البته ادعای حصر نمی‌شود به این که «وصل رحم» و «ترک رحم» منحصرأ شناخت طبیعت و ترک شناخت طبیعت است، بلکه حداقل وجه و صورتی از آن به شناخت و ترک شناخت طبیعت تفسیر شده است. با شناخت طبیعت، عظمت طبیعت و عظمت حیات آشکار می‌شود و باید از اصل اخلاقی وصل رحم برای شناخت طبیعت بهره برد و به طبیعت احترام گذاشت و آن را گرامی داشت که میان انسان و طبیعت خویشاوندی وجود دارد و پیامبر گرامی اسلام (ص) بر اساس

احادیث منقول توصیه به گرامی‌داشت طبیعت کرده‌اند. لذا نباید طبیعت را به چشم خادم نگاه کرد و از آن فقط بهره برد و به خدمت گرفت؛ چنان‌که مادر به انسان خدمت می‌کند، اما مستخدم انسان نیست، بلکه پناهگاه انسان است. در هیچ اصل اخلاقی‌ای، از جمله در تمام نظام‌های دینی، معنوی و فلسفی، استخدام مادر را روا ندانسته‌اند. با این‌که خدمت مادر به فرزند جای هیچ‌گونه انکار را ندارد، با لحاظ مهر و محبت مادری و پناه‌جستن به آغوش گرم او آرامش و نشاط حاصل می‌شود. طبیعت هم‌چون مادر است. و هم‌چون احترامی که به مادر می‌شود، اکرام طبیعت هم لازم است.

بر این اساس، حقی که به طبیعت داده می‌شود، حق اخلاقی و معنوی است که با ملاحظه وابستگی انسان به طبیعت و خویشاوندی انسان با طبیعت، اکرام و احترام طبیعت یک حق است که انسان را مکلف به ادای آن می‌کند.

**واژگان کلیدی:** رحم، طبیعت، حیات، کرامت، اکرام، حق، خویشاوندی

## مراتب حیات و تبعات اخلاقی آن

صدرا ساده

کارشناس ارشد فلسفه علم، دانشکده فلسفه علم دانشگاه صنعتی شریف

در تعریف حیات انسانی و تمایز آن از حیات ماشینی و نباتی و حیوانی ملاک‌های مختلفی به کار می‌رود و کوشش‌های متعددی برای ارائه این تمایز و تعریف و تحدید حیات انسانی انجام شده است. این کوشش‌ها در ابتدا مبتنی بر تعریف حیات و توضیح نحوه ظهور پدیده حیات از زیر لایه مکانیکی و بیوشیمیایی است و قابل بحث از منظر بیولوژی، فیزیولوژی، علوم اعصاب و سیستم‌های پیچیده است. در این سطح، سؤال مذکور در واقع تلاش برای تبیین و توضیح این پدیده است که «چه طور از لایه مادی و فیزیکی-شیمیایی، پدیده یا هویتی به نام حیات بیرون آمده است؟»

در سطح بعد، کوشش‌ها معطوف به پاسخ این پرسش است که «این پدیده چگونه در میان موجودات مختلف تفاوت می‌یابد؟» موجودات زنده در طیفی از شعور قرار می‌گیرند که از نباتات آغاز می‌شود، در حیوان‌ها شدت و افزایش می‌یابد، و

در نهایت، در انسان به اوج خود می‌رسد. سؤال در این سطح، تبیین چرایی و چگونگی این تشکیک در حیات و آگاهی در مدارج موجودات زنده، با توجه به تعریف‌های متفاوتی است که در سطح اول از حیات ارائه می‌شود. پیداست که این مسأله، مسأله‌ای بسیار درازدامن و گسترده است و عوامل مختلف و متکثری از حافظه و ادراک گرفته تا زبان و (ثبات) شخصیت و آگاهی را در بر می‌گیرد، و به تبع، رشته‌های متنوع و متفاوتی را برای بررسی این سؤال‌های بین رشته‌ای درگیر خود می‌کند؛ از علوم اعصاب شناختی و روان‌شناسی و زبان‌شناسی گرفته تا فلسفه اخلاق و فلسفه ذهن و متافیزیک (تحلیلی).

بصیرت‌های به‌دست آمده از پرداختن به سؤال‌های پیشین درباره حیات و تشکیک آن، به‌جای کاربرد بینافردی، قابل طرح و کاربرد در مورد یک فرد خاص نیز هست؛ بدین شکل که:

- این تشکیک خود را در تاریخ حیات و رشد یک فرد چگونه نشان می‌دهد؟
- تمایز مراتب مختلف حیات را در مراحل رشد فرد - از تشکیل مادی تخم تا کامل شدن ذهن و زبان فرد - چگونه می‌توان تشخیص داد؟
- آیا اصلاً این تمایزها مبتنی بر تفاوت‌های درجه‌ای و مشکک هستند یا مستلزم تغییر و تحولاتی ذاتی و در نوع هویات و پدیده‌ها هستند؟

تلاش برای تعریف و تحدید این مرزها و تفاوت‌ها در صورت‌بندی و پاسخ به مسائل اخلاقی مربوط، حائز نقش و اهمیت بسیار است. برای مثال، تعریف حیات اهمیت زیادی در چگونگی حل مسائل اخلاقی مربوط به سقط جنین یا مرگ مغزی دارد. هم‌چنین مسائل مربوط به تشکیک حیات و تفاوت سطوح مختلف حیات و آگاهی، و این‌که هر سطحی از حیات شایسته چه تصمیم‌گیری‌ها و اعمال اخلاقی در مسائل مبتلابه است، تبعات اخلاقی پرداختن به مسأله تعریف در سطح دوم است.

این مقاله می‌کوشد در حد امکان مقدمه‌ای اجمالی بر این مسأله باشد.

## جدال حیات: بررسی اجمالی نظریه‌های سقط جنین

دکتر محمد راسخ

دانشیار حقوق عمومی و فلسفه حقوق دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی

با این که در ابتدای سده بیست و یکم به سر می‌بریم و به میمنت فعالیت‌های فداکارانه پیشینیان، در سده گذشته، میراث‌بر یک اندیشه و نظام حقوق بشر در هر دو سطح ملی و بین‌المللی هستیم، متأسفانه، هنوز شاهد برخوردهای خشن، عاطفی و غیر عاقلانه میان طرفداران و مخالفان سقط جنین هستیم. منازعات عملی در مسأله سقط جنین بدون غور در مبانی نظری و برساختن یک منظر موجه تئوریک در این مورد، قابل حل و رفع نسبی نیست. از این رو، در این مقاله نظریه‌های عمده درباره سقط جنین به اجمال بررسی می‌شود و ضمن بیان استدلال‌های اصلی مورد ادعای هر یک از این نظریه‌ها، نقاط ضعف و قوت آن‌ها تحلیل می‌گردد. بنابراین: نخست، مسأله سقط جنین از دیدگاهی نظری بیان خواهد شد و سؤال‌ها یا مسأله‌های بنیادین، که قبول یا رد سقط جنین با پرداختن به آن‌ها موجه‌شدنی‌تر می‌گردد، بیان می‌شوند. دوم، به‌عنوان یکی از

باسابقه‌ترین نظریه‌ها، «نظریه تقدس حیات» در مخالفت با سقط جنین بیان و بررسی می‌گردد؛ شرح و بسط بسیاری از دیدگاه‌های اخلاقی دینی در قالب این نظریه است. سوم، «نظریه آزادی اراده» در طرفداری از سقط جنین بررسی خواهد شد که محمل‌بخش عمده‌ای از ادعاها - اگرچه نه همه ادعاهای عمده - از جمله نظریه لیبرال و نیز زن‌گراست. پیداست که این دو نظریه، به‌طور کلی و تا حدی بسیط، مدعی پذیرش پایان دادن به حیات جنین یا رد اقدام به آن هستند. «آیا می‌توان از جنین دیدگاهی یکسره و کلی پرهیز کرد و به موضوع از منظری متفاوت نگریست؟» چهارم، و بر این اساس، «نظریه ارزش سرمایه» بررسی می‌شود که به ظاهر دیدگاهی متفاوت با دو نظریه قبلی دارد. از این نظر، مسأله پایان دادن یا ندادن به زندگی موجودی به نام جنین بستگی به میزان سرمایه‌گذاری و ارزش آن دارد. پنجم، یکی دیگر از رویکردهای متفاوت که در پی اتخاذ موضعی غیربسیط و موجه‌تر است، «نظریه شخص یا هویت ناطق» است که در این باره بحث خواهد شد. طرفداران این نظریه می‌کوشند سهم هر یک از عناصر گوناگون و به‌ظاهر متناقض مطرح در بحث سقط جنین را - مانند آزادی، حیات، ارزش سرمایه، والدین و جنین - بپردازند. در بیان و بر پایه نقد و بررسی، نظریه‌های مورد بحث نتیجه‌گیری خواهند شد. سقط جنین در میان موقعیت‌های جمعیتی،

عاطفی و اقتصادی، از یک سو و باورهای ارزشی، اخلاقی و دینی از دیگر سو، نیازمند توجه جدی نظری اندیشمندان و سیاست‌گذاران یک جامعه پویاست.

**واژگان کلیدی:** سقط جنین، تئوری تقدس حیات، تئوری آزادی اراده، تئوری

ارزش سرمایه، تئوری شخص یا هویت ناطق

## قوانین بی‌پایان اخلاق پزشکی

قوانین و مقررات مربوط به تجاوز، یا زنای با محارم

آسیب مهلك به جوانان باردار كم سن و دو راهی پزشكان جراح

دکتر الکسی عباسی

در یکی از بعدازظهرهای جمعه در ماه اکتبر سال ۱۹۸۳، گزارشگر پلیس در شهر simi valley، در کالیفرنیا، به من اطلاع داد که زن جوان بارداری که بیمار من است، در حین بحث و درگیری با خانم جوان دیگری در «استادیوم فوتبال‌های اسکول»، چندین بار چاقو خورده است. او همراه با پیراپزشکان با آمبولانس پلیس به اورژانس بیمارستان منتقل می‌شود.

من بعد از ده دقیقه، قربانی ۱۴ ساله‌ای را دیدم که تمامی لباسش خونی بود و تقریباً از ترس شوکه شده بود و بر روی تخت ER خوابیده بود. من، ناگهان متوجه شدم که بارها او را، همراه با پدر هفتادساله‌اش که مبتلا به دیابت بود، در مطب خود ملاقات کرده بودم. مادر او که ۴۴ ساله بود، از پدرش جدا شده بود و با مردی جوان‌تر زندگی می‌کرد.

این خانم جوان، درگیر یک تجاوز کیفری با مردی ۱۹ ساله گشته بود.

شایعاتی وجود داشت مبنی بر این که پدر پیرش نیز از او سوءاستفاده جنسی کرده است. یک روز پس از این واقعه، این خانم در حالی که ظاهراً یکی از بازیکنان فوتبال را به طور غیرعادی تشویق می‌کرده است، با دوست دختر اسپانیایی - پرتغالی این بازیکن، درگیر می‌شود و بدین ترتیب ۱۴ بار با قیچی کوچکی ضربه به او وارد می‌گردد. برخی از زخم‌های او در اطراف شکم، قفسه سینه، گردن، دست‌ها و پاها بودند. پس از بررسی سریع وضعیت او، برای اتاق جراحی آماده شد ولی پس از مشاوره‌ای سریع با همکاران متخصص بیهوشی و جراح عمومی، تصمیم گرفتیم قبل از آغاز جراحی، به او خون تزریق کنیم. من به شدت با عقیده مذهبی والدین او مبنی بر جراحی بدون تزریق خون مخالفت کردم، زیرا قانون ویژه دادگاه عالی، مبنی بر حمایت از کودکان در مقابل دخالت والدین به علت عقاید مذهبی‌شان، آگاه بودم. من از شورای قانونی بیمارستان درخواست واکنش و عملکرد سریع را کردم.

ما، هنگام بررسی زخم‌های ناحیه شکم، متوجه شدیم که یکی از زخم‌ها، کبد را مجروح ساخته است و زخم دیگری به طور مهلکی به رحم باردار آسیب زده و منجر به از دست رفتن خون فروانی و خروج اندک جفت شده است. اما ابتدا کبد را به سرعت ترمیم کردیم و سپس من پاسخ لازم را از شورای بیمارستان، که با قاضی دادگاه کشوری مشاوره کرده بودند، دریافت نمودم. آن‌ها با من در انجام

هرگونه عمل جراحی ضروری برای نجات جان مادر و احتمالاً فرزند نارسیده او، هم‌عقیده بودند. بنابراین، من تصمیم گرفتم عمل هیستروتومی را صورت داده و جنین مرده را خارج ساخته و رحم و تمامی زخم‌های دیگر را ترمیم کنم. در طول بستری پس از عمل، از روان‌شناس و مشاور اجتماعی درخواست همکاری کردم. گزارش محرمانه آن‌ها به من حاکی از این بود که پدر از دختر سوءاستفاده جنسی کرده است ولی فرزند متعلق به پدر نبوده است و مربوط به دوست پسرش است.

داستان فجیع و مصیبت‌بار او ادامه داشت. پلیس، دو روز بعد از واقعه، دوست پسر ۱۹ ساله او را به جرم چندین بار تجاوز از قانون، دستگیر کرد. پسر جوان وحشت‌زده و آشفته از لحاظ احساسی، با حلق‌آویز کردن خود به وسیله کمربندش از پنجره زندان، خودکشی کرد.

کمی بعد، والدین پسر علیه دادگاه پلیس شهر دادخواهی کرده و والدین این دختر ۱۴ ساله درخواست میلیون‌ها دلار غرامت کردند. فرد مهاجم، دانش‌آموزی ۱۶ ساله بود و با ملیت اسپانیایی - پرتغالی بود که بعدها به ۶ سال حبس محکوم گردید. بیمار ما به مدت یک‌سال تحت حمایت برنامه حمایت از کودکان بود و سپس تصمیم گرفت، تحت نظارت مراجع دولتی، با مادرش زندگی کند.

### مباحثه شنوندگان:

بررسی این مسأله در چندین روان‌شناس کودک و بالغ و مرور چندین گزارش

مشاور خانواده خاکی از این است که سر منشأ اصلی ۹۵ درصد از تمامی جرم‌ها، در کودکی و خانواده‌های از هم گسیخته است. طلاق و جدایی والدین، موجب حس عدم امنیت، ترس و ناامیدی می‌گردد. کودکان، علت این رویدادهای نامیمون را به‌خوبی درک می‌کنند. آن‌ها به‌دنبال پناه و حمایت برای فردی که در مشاجره به ظاهر مغلوب شده است، هستند. آن‌ها در پی عشق و توجه هستند و هر کاری برای کمک می‌کنند. در این مورد، دختری جوان سعی داشت چیزی را جایگزین مادرش که خانه را ترک کرده و با مردی جوان‌تر زندگی می‌کرد، کند. او عاشق مردی جوان، خارج از خانه، می‌گردد و در عین حال درگیر سوءاستفاده‌های جنسی پدرش نیز است، تنها به خاطر این که او را شاد سازد. نتیجه تمامی این حوادث ناخجسته، منجر به حاملگی ناخواسته و ایجاد تردید برای مسئولان بهداشتی، که تحت فرمان پزشکان هستند، گردیده بود! پزشکانی که باید تصمیم بگیرند:

- ۱- چه اقدامی را باید ابتدا صورت داد؟
- ۲- چگونه راز او را به‌طور محرمانه نگه‌داشت؟
- ۳- چه کسی را سرزنش کرد؟
- ۴- به کجا گزارش داد؟
- ۵- چه زمانی و از چه کسی درخواست تنبیه کرد؟



نشست

# آموزش اخلاق پزشکی



پنجشنبه ۲۹ فروردین ۱۳۸۷



## آموزش اخلاق زیستی در برنامه‌های آموزش پزشکی در ایران

عبدالعزیز ساشادینا

استاد مطالعات مذهبی دانشگاه ویرجینیا

با افزایش توجه جهانی به اخلاق زیست - پزشکی، اکنون زمان آن فرا رسیده است که در جوامع مسلمان، دوره‌های آموزش اخلاق زیست - پزشکی اسلامی، که متناسب با بسترهای اجتماعی و فرهنگی این جوامع باشند، تدوین شوند. تاکنون، مدل غربی و سکولار اخلاق زیستی، به‌عنوان یک پارادایم جهانی، مورد پذیرش بوده است. اما از آنجایی که برنامه اخلاق زیستی دارای کاربردهای اجتماعی و مذهبی در تمام جامعه است، آموزش اخلاق زیست پزشکی اسلامی باید به دقت براساس دیسپلین‌های اسلامی و سکولار تدوین شود تا متخصصان اخلاق زیست - پزشکی اسلامی به‌خوبی با منطق اخلاق اسلامی و نیز اخلاق اجتماعی اسلامی و ریشه‌های آن در اخلاقیات دین‌شناسانه - فلسفی آشنا شوند.

امروزه در تمام جهان افراد با استفاده از منابع مذهبی و اخلاقی موجود در سنت‌های خود، در جست‌وجوی پاسخ به سؤالاتشان می‌باشند. آنان تمایل دارند این کار را به شیوه‌ای قانونی انجام دهند، بنابراین به مؤسسات مذهبی رسمی

مراجعه می‌کنند تا نظرات متخصصان را در زمینه‌ی تمام اموری که بر احساس افراد از تندرستی جسمی و معنوی تأثیر می‌گذارد، جویا شوند. در طول دوران تدریس اخلاق زیست - پزشکی اسلامی در جوامع غربی، دریافته‌ام که اخلاقیات زیست - پزشکی اسلامی مسلمانان باید فرای محدوده الزامات قانونی گسترش یابد. در حال حاضر در اخلاق زیستی مسلمانان، سکولارهای مسلمان تمایل دارند بر نقش پاسخ‌های قانونی و عملی به چالش‌های اخلاق زیستی، تأکیدی بیش از حد داشته باشند، و نقش عناصری بزرگ‌تر و پویاتر را در منطق و توجیه‌پذیری اخلاقی، که در بحث‌های اخلاقی رایج هستند، نادیده بگیرند. دوره آموزشی اخلاقیات زیست - پزشکی نمی‌تواند نگاه جهانی مذهبی، اخلاقی و فلسفی را در آماده‌سازی متخصصان اخلاق زیستی که به‌زودی به‌عنوان متخصصان اخلاق بالینی در مؤسسات مراقبت بهداشتی و نیز مدرسان برنامه در دوره تحصیلی اخلاق زیست - پزشکی اسلامی مشارکت خواهند داشت، نادیده بگیرد.

## آموزش اخلاق پزشکی و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

دکتر محمد حسین نیکنام

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی، گروه ایمونولوژی.

سلامت تنها منحصر در مراقبت‌های پزشکی نیست. شرایط اجتماعی و سیاسی بر زندگی و خوب زیستن و در نتیجه بر سلامتی مؤثر است. بررسی‌های انجام‌شده نمایانگر آن است که سهم عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در سلامتی فرد ۵۰ درصد است. این در حالی است که سهم عوامل بیولوژیک، شرایط فیزیکی و سیستم مراقبت‌های بهداشتی به ترتیب ۱۵، ۱۰ و ۲۵ درصد است.

از این رو است که همه تصمیمات اتخاذشده در عرصه‌های مختلف اجتماعی می‌باید با لحاظ نمودن تأثیرگذاری این اقدامات بر سلامتی و همچنین بی‌عدالتی در سلامت مورد دقت قرار گیرند.

از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت می‌توان به طبقه اجتماعی، درآمد، امنیت شغلی، دسترسی به خدمات سلامت، محیط اجتماعی، محیط فیزیکی، مهارت‌های فردی و تطابق رفتار، رشد و نمو سالم کودکی، نژاد، مذهب، جنسیت، امنیت غذایی، سواد، حمایت‌های اجتماعی، مسکن، اشتغال و استرس اشاره کرد که برای

استقرار یک سیستم عادلانه و برخوردار از ارزش‌های اخلاق پزشکی می‌باید به همه آن‌ها پرداخته شود.

این امر تا بدان پایه اهمیت دارد که می‌توان سلامتی را شاخص مهمی برای پیشرفت‌های اجتماعی دانست. در این مقوله تأکید بر برابری است و برابری امری اخلاقی است. از آن‌جا که جامعه پزشکی در ارائه خدمات پزشکی عادلانه به آحاد مردم نمی‌تواند از نقش عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت غافل باشد، در آموزش‌های پزشکی خود خصوصاً در حیطه مباحث مرتبط با اخلاق پزشکی می‌باید دیگر مؤلفه‌های مؤثر بر برخورداری عادلانه همه اقشار جامعه از خدمات پزشکی را بیاموزد و در تعامل با بیماران و درمان آنان از دانش خود در تشخیص واقعی ریشه مشکلات آنان و همچنین در حل آن‌ها چه در ظرفیت‌های فردی و جمعی و احیاناً مدیریتی سطوح خرد و کلان بهره گیرد.

اصلاح برنامه درسی اخلاق پزشکی دوره پزشکی عمومی در دانشکده

پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر فریبا اصغری، دکتر عظیم میرزازاده، دکتر سید حسن امامی رضوی

مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

**مقدمه:** نگرش و ارزش‌های حرفه‌ای و اخلاقی یکی از اساسی‌ترین توانمندی‌هایی است که هر پزشک باید کسب نماید. مطالعه نیازسنجی که در دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد نشان داد که دوره اخلاق پزشکی در توانمندساختن دانشجویان در برخورد با مسائل اخلاقی پزشکی ناتوان بوده است. براساس این احساس نیاز، طی پروژه‌ای برنامه درسی این دوره در دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد بازنگری و اصلاح قرار گرفت.

**روش‌ها:** تیمی متشکل از شانزده عضو هیأت علمی داوطلب، که اغلب آن‌ها از بخش‌های بالینی بودند، به‌عنوان اعضای کمیته بازنگری در این پروژه همکاری کردند. یک کمیته مرکزی متشکل از ۵ عضو از همکاران، طی جلسات منظم هفتگی براساس ده سؤال هاردن پیش‌نویس اجزای مختلف برنامه درسی را تدوین

می‌نمودند. هر ماه پیش‌نویس بخشی از برنامه درسی در جلسات کمیته بازنگری ارائه می‌شد و مورد بحث و اصلاحات قرار می‌گرفت و نهایی می‌شد.

**برنامه درسی:** در برنامه جدید اهداف آموزشی در حوزه‌های دانش، نگرش و مهارت تدوین یافت و حدوداً نیمی از محتوای درس تغییر پیدا کرد. برنامه درسی جدید از طریق شیوه‌های لاگ‌بوک آموزشی، برگزاری راند اخلاق بالینی و آموزش از طریق بحث در گروه‌های کوچک به سمت استراتژی‌های دانش‌محور، مبتنی بر حل مسأله و ادغام یافته اصلاح شد.

**اجرای برنامه درسی:** برنامه درسی اصلاح‌شده برای اولین بار در نیم‌سال دوم تحصیلی سال ۸۵-۸۶ اجرا شد.

یکصد و چهل دانشجوی سال پنجم پزشکی در این دوره وارد شدند. هفده جلسه درس برگزار شد که هفت جلسه آن به شکل بحث در گروه‌های کوچک برگزار شد. در هر جلسه حداقل دو نفر از اعضای کمیته بازنگری برای ارزیابی استاد حضور داشتند. از دانشجویان خواسته شد که فرمی را برای ارزیابی اساتید در هر جلسه درس تکمیل کنند. جلسه آخر دوره، به راند اخلاق بالینی اختصاص داشت که در آن دانشجویان با حضور اساتید در مورد مسائل اخلاقی، که خود در بخش‌ها شاهد آن بوده‌اند، بحث می‌کردند.

**ارزیابی برنامه:** ارزیابی برنامه از طریق فرم‌هایی که نظر دانشجویان را در مورد دستیابی دوره به اهداف آموزشی و نقاط ضعف و قوت آن می‌سنجید مورد بررسی قرار گرفت. ۷۱/۷ درصد دانشجویان موافق بودند که این دوره توانست آن‌ها را در تشخیص و پذیرش تعهدات حرفه‌ای‌شان توانمند سازد. ۸۷/۶ درصد معتقد بودند که دوره آن‌ها را به مسائل اخلاقی پیرامونشان حساس کرده است. اثربخش‌ترین شیوه آموزش از نظر دانشجویان بحث در گروه‌های کوچک بود (۸۰/۸ درصد).

اصلاحات هر چند بر اساس امکانات موجود و قابلیت اجرا اعمال شده بود، موفق شد بهبودی قابل توجهی در اثربخشی این دوره به‌وجود آورد.

**واژگان کلیدی:** آموزش، اخلاق پزشکی، برنامه درسی

## لزوم واحد درس اخلاق پزشکی جهت دانشجویان داروسازی

دکتر عباس شفیعی، دکتر حسن فرسام

دانشکده داروسازی و مرکز تحقیقات علوم دارویی دانشگاه علوم پزشکی تهران

داروسازی یکی از حرفه‌هایی است که به‌طور مستقیم با سلامت و رفاه مردم و جامعه در ارتباط است و از دیرباز به‌عنوان یک حرفه اخلاقی توصیف شده است. در چند دهه اخیر، نقش داروساز از نسخه‌پیچی سنتی به ارتباط او با بیماران و سایر اعضای نظام مراقبت از تندرستی و دخالت در فرآیند درمان تغییر یافته است. این مسؤولیت‌های نوین در سایر شاخه‌های داروسازی مانند تولید، توزیع و عرضه خدمات دارویی و غیره هم به وجود آمده است. در این رابطه دانشجوی داروسازی، جدا از آموزه‌های حرفه‌ای و علمی خود نیازمند آموزش علوم اجتماعی، رفتاری، ارتباطی و اصول موازین اخلاق داروسازی است. جدا از این نکات، پیشرفت سریع علمی مانند زیست‌فناوری و ریزفناوری و افزایش شدید هزینه دارو در خدمات درمانی اهمیت مطالعه اخلاق داروسازی را مطرح کرده است. از این نظر آموزش اصول معیارهای اخلاق داروسازی به‌عنوان یک وظیفه و امر لازم به‌نظر می‌رسد. این اصول در حقیقت رهنمودهایی هستند برای استانداردشدن

خدمات دارویی. از این نظر، تدوین برنامه‌ای شامل قوانین و اخلاق داروسازی یک نیاز مبرم برای دانشجویان داروسازی در سطوح عمومی حتی تخصصی است. هدف آموزش این اصول آن است که معیارهای اخلاق و رعایت آن در ذهن و فکر دانشجو جای گیرد و درباره آن آگاهی کافی پیدا کند. این داروساز است که باید در عرضه خدمات دارویی این اصول و موازین را آگاهانه به کار گیرد و چنانچه بدان‌ها عمل کند از روی ناآگاهی نخواهد بود.

## مشارکت بیماران در آموزش بالینی: یک وظیفه یا کمک؟

دکتر عظیم میرزازاده

استادیار دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

آموزش فراگیران رشته پزشکی (اعم از دانشجویان پزشکی و دستیاران) در مرحله بالینی به شدت وابسته به آموزشی است که از طریق کسب تجربه بر بیماران خود دریافت می‌کنند. مشارکت بیماران در امر تربیت نسل آینده پزشکان به اشکال مختلف صورت می‌گیرد. مطالعات نشان داده است که انجام اقدامات مختلف بر روی بیماران با افزایش شانس بروز مشکل برای ایشان همراه است. همین امر سبب شده است تا برخی بر این باور باشند که آموزش بر بیماران غیراخلاقی است. در بسیاری مواقع بیماران از این امر ناراضی نیستند. هرچند به نظر می‌رسد موارد نارضایتی بیماران در کشورمان از این امر در حال افزایش است. از سوی مقابل این اعتقاد وجود دارد که مشارکت بیماران در تربیت دانشجویان و دستیاران یک الزام است. به این معنا که هر فرد از افراد جامعه از این طریق کمک می‌کند تا پزشکان به نحو مطلوبی تربیت شوند و در نتیجه فایده آن نهایتاً نصیب

تمامی اعضای جامعه می‌شود. در این خصوص استدلالات مختلفی وجود دارد که در این مقاله به بررسی این دیدگاه‌ها می‌پردازیم. در مجموع، باید گفت که مشارکت بیماران در تربیت نسل آینده پزشکی یک امر اجتناب‌ناپذیر برای تداوم حیات آموزش پزشکی است، اما مشارکت بیماران در این زمینه یک وظیفه نیست و لازم است سیاست‌گذاران آموزش پزشکی با برنامه‌ریزی بهتر و استفاده مناسب‌تر از امکاناتی نظیر مراکز مهارت‌های بالینی و سیمولاتورها زمینه را برای به حداقل رساندن مشکلاتی که از این طریق برای بیماران ایجاد می‌شود فراهم کنند.

## آموزش متخصصان سلامت در اخلاق زیست - پزشکی در پاکستان:

### برنامه‌ای مبتکرانه

دکتر امیر مصطفی جعفری، دکتر فرحت معظم

مرکز اخلاق زیست - پزشکی و مؤسسه ارولوژی و پیوند سیند

پاکستان دارای ۴۵ کالج پزشکی برای جمعیتی بیش از صدوپنجاه میلیون نفر است. شورای پزشکی و دندان‌پزشکی پاکستان که تنظیم‌کننده تمامی مؤسسات پزشکی در سرتاسر کشور است، تصریح کرده است که علم اخلاق باید بخشی از برنامه آموزشی پزشکی باشد. با این حال، به استثنای یک یا دو کالج پزشکی در بخش خصوصی، آموزش اخلاق زیستی هنوز جای خود را در برنامه رسمی پزشکی پیدا نکرده است. ما عقیده داریم که علت اصلی این مطلب، فقدان گنجایش برای آموزش اخلاق زیستی است، زیرا تنها محدودی از مردم از آموزش رسمی در زمینه زیست - اخلاق، در این کشور بهره‌مند می‌گردند. با این‌که در دهه گذشته شاهد رشدی در کنفرانس‌های اخلاق زیستی به‌خصوص با تلاش

عده‌ای خاص بوده‌ایم، ولی هیچ اقدام صریحی در جهت ارتقای اخلاق زیستی در کشور، در سطحی سازمانی، صورت نگرفته است.

تأسیس مرکز اخلاق زیست - پزشکی و فرهنگ (CBEC) در مؤسسه ارولوژی و پیوند sindh در کراچی، که مؤسسه‌ای دولتی است، اولین حرکت در این کشور در جهت رفع این کمبود است. CBEC که کار خود را در اکتبر سال ۲۰۰۴، آغاز کرد، برای ارتقاء آموزش اخلاق زیستی از طریق فعالیت‌های سازمانی و منظم، تلاش می‌کند. این فعالیت‌ها شامل سمینارها، کارگاه‌ها و کنفرانس‌های منظم در فواصل کوتاه است. هدف این برنامه‌های آموزشی گوناگون، معرفی متخصصان بهداشتی و دیگران به این زمینه به سرعت در حال رشد است. با این حال، بهترین و مهم‌ترین برنامه CBEC دیپلم پس از دوره کارشناسی در زمینه اخلاق زیست - پزشکی است که دوره‌ای یک‌ساله است و در ژانویه ۲۰۰۶ آغاز گشت. این، برنامه‌ای ترکیبی، نیمه‌وقت، دانشگاهی و آموزشی از راه دور، برای افراد دارای شغل نیمه‌وقت در حرفه مراقبت بهداشتی است که به کسب دانش در زمینه اخلاق زیست - پزشکی علاقه دارند ولی نمی‌توانند برای مدتی طولانی، در برنامه آموزشی طولانی‌مدت شرکت کنند. این تنها برنامه درجه‌دار در اخلاق زیستی در این کشور است و ما، دومین کلاس خود را در ماه دسامبر ۲۰۰۸ برگزار خواهیم کرد. فارغ‌التحصیلان سال ۲۰۰۷، هم‌اکنون در حال تأسیس کمیته‌های مرور

اخلاقی در مؤسسات خود هستند که برای اولین بار، برنامه‌هایی را برای دانشجویان پزشکی دوره کارشناسی، رزیدنت‌ها و پیراپزشکی ارائه کرده، سیاست‌های مدیریتی بیمارستان و مراقبت بهداشتی را برای بیمارستان‌های خود مشخص ساخته و شروع به تأثیرگذاری کرده‌اند. امید است که نسل‌های بعدی فارغ‌التحصیلان این برنامه، به هدایت ابتکارات زیست اخلاقی در مؤسسات خود، در سراسر کشور، ادامه دهند.

این مقاله، بر برنامه دیپلم پس از دوره کارشناسی در زمینه اخلاق زیست - پزشکی تمرکز دارد و ویژگی‌های گوناگون آن را در جلسات ارتباط و اجرای آموزش از راه دور توضیح می‌دهد. ما تجربه خود را در تأسیس و اجرای این برنامه مبتکرانه ارائه خواهیم کرد، زیرا عقیده داریم که تجربه ما، برای افراد دیگر در منطقه که قصد تأسیس برنامه‌های آموزشی را در زمینه اخلاق برای متخصصان بهداشتی دارند، مفید واقع می‌شود.

## کدهای اخلاقی در آموزش لوله‌گذاری تراشه و

### رگ‌گیری به دانشجویان پزشکی

دکتر بهزاد مقصودی<sup>۱</sup>

دانشیار گروه بیهوشی علوم پزشکی شیراز

آموزش لوله‌گذاری تراشه و رگ‌گیری از موارد مهمی است که یادگیری آن برای دانشجویان پزشکی حائز اهمیت است. این اقدامات در شرایط اورژانس و بیماران بدحال و دچار ایست قلبی - تنفسی بسیار ضروری است. در کنار این ضرورت، لزوم توجه به جایگاه انسانی بیمار که در این اقدامات به‌عنوان مدل آموزشی مورد استفاده قرار می‌گیرد، اهمیت فراوان دارد. لذا تعریف کدهای خاص اخلاقی را در این موارد ضروری می‌نماید.

### مسائل اخلاقی:

الف: در خصوص لوله‌گذاری تراشه مسائل اخلاقی متعددی قابل طرح است:

- این‌گونه آموزش در بیماران بیهوشی صورت می‌گیرد که دفاع و نظری از خود بروز نمی‌دهند.

---

1 - maghsodb@sums.ac.ir

- بعضی بیماران تحریک شدید لوله‌گذاری برای آن‌ها خطرناک است، مانند فشار خون، ایسکمی قلبی
- دندان‌های لق، دندان‌های برجسته، دندان‌های تک در معرض خطر لوله‌گذاری قرار دارند.
- در گروهی از افراد سختی لوله‌گذاری تراشه از قبل قابل پیش بینی است.
- در بیماران با ریسک معده پر (اورژانس، دیابتی، عفونت شکم و...) احتمال آسپراسیون محتوی معده وجود دارد.
- گروهی از بیماران مایل نیستند به‌عنوان مدل آموزشی استفاده شوند.
- بعضی بیماران از بستگان و آشنایان پرسنل و پزشکان هستند.
- ب: در خصوص رگ‌گیری قبل از بیهوشی مسائل اخلاقی زیر مطرح است:
- در هر بیمار تعداد وریدهای قابل استفاده جهت کاتولاسیون وریدی محدود است.
- هر نوع کاتولاسیون وریدی موجب درد و ناراحتی بیمار می‌گردد.
- در کودکان رگ‌گیری سخت‌تر از بزرگسالان است. کودک ترس بیش‌تری از محیط بیمارستان یا اتاق عمل دارد.

- وجود رگ مناسب در پاره‌ای موارد جهت حفظ حیات بیمار ضروری است. لذا ممکن است آسیب رساندن به رگ‌های بیمار در زمان اقدامات اختیاری با تبعات خطرناکی در زمان نیازهای اورژانس همراه باشد.
- بیمار به دلیل درد ناشی از کانولاسیون مایل است حداقل ناراحتی را تحمل نماید.
- تعدادی از بیماران مایل نیستند به عنوان مدل آموزشی استفاده شوند.
- بعضی بیماران از بستگان و آشنایان پرسنل و پزشکان هستند.
- پیدا کردن حتی یک رگ مناسب در بعضی بیماران به راحتی میسر نیست.
- بیمار مایل است قبل از اقدام به کانولاسیون، مورد توجه قرار گیرد، اطلاعات لازم به وی داده شود و برخورد انسانی با وی صورت گیرد.

### کدهای اخلاقی :

الف : آموزش لوله‌گذاری تراشه به دانشجویان:

- آموزش‌گیرنده، به بیمار به عنوان یک انسان و دارای شأن والای انسانی و نه یک ماکت آموزشی توجه داشته باشد.
- آموزش لوله‌گذاری تنها در حضور استاد مربوطه و با رعایت اصول علمی صورت گیرد.

- آموزش در بیمارانی که قبل از بیهوشی مایل نیستند به عنوان مدل آموزشی مورد استفاده قرار گیرند، صورت نگیرد.
  - اقدام به آموزش با رضایت آگاهانه بیمار صورت گیرد.
  - در بیمارانی که تحریک لوله‌گذاری خطرناک است آموزش صورت نگیرد.
  - در بیماران با دندان‌های لق و برجسته، آموزش صورت نگیرد.
  - آموزش در اطفال تنها پس از کسب تجربه کافی در بزرگسالان صورت گیرد.
  - در بیماران با احتمال لوله‌گذاری مشکل یا احتمال معده پر آموزش لوله‌گذاری صورت نگیرد.
  - در مواردی که بیمار از آشنایان پرسنل و پزشکان است و یا جراح حساسیت ویژه‌ای دارد، آموزش صورت نگیرد.
  - آموزش گیرنده مجاز به یک اقدام برای لوله‌گذاری است و حداکثر زمان مجاز وی ۳۰ ثانیه است.
  - در صورت هر گونه اقدام نامناسب از طرف آموزش‌گیرنده، آموزش متوقف و لوله‌گذاری توسط فرد با تجربه صورت گیرد.
- ب: آموزش کانولاسیون وریدی به دانشجویان

- قبل از پیدا کردن رگ و کانولاسیون با بیمار صحبت کرده و بیمار را از اقداماتی که صورت می‌گیرد مطلع کنیم.
- آموزش کانولاسیون وریدی تنها تحت نظر استاد یا دستیار تخصصی صورت گیرد.
- در انتخاب رگ و کانول و کلیه مراحل انجام کانولاسیون، استریلیتی رعایت گردد.
- در هر بیمار آموزش‌گیرنده تنها یک‌بار حق تلاش در کانولاسیون را داشته باشد.
- در انتخاب رگ و آماده‌سازی محل رگ‌گیری نهایت دقت به‌کار رود تا امکان موفقیت به حداکثر برسد.
- در بیمارانی که مایل نیستند به‌عنوان مدل آموزشی استفاده شوند آموزش صورت نگیرد.
- در بیمارانی که از آشنایان پرسنل و پزشکان هستند یا جراح حساسیت ویژه‌ای نسبت به آن‌ها دارد آموزش صورت نگیرد.
- در افرادی که رگ‌های قابل دسترسی محدودی دارند، اقدام به آموزش جایز نیست.
- کانولاسیون وریدی در کودکان تنها در شرایط بیهوشی و با رعایت کلیه اصول قبلی انجام شود. هیچ کودک بیداری برای آموزش رگ‌گیری به‌عنوان مدل آموزشی مورد استفاده قرار نگیرد.

## آموزش اخلاق در دندان پزشکی

دکتر نفیسه مؤمنی، دکتر اعظم خورشیدیان،

دکتر موژان علاءالدینی، دکتر شهر و اعتماد مقدم

مرکز تحقیقات دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

**مقدمه:** اخلاق پزشکی نظام ساختاری و کاربردی برای ارائه راه‌کارهای مناسب در ارتباط با مشکلات اخلاقی مطرح در حیطه علوم پزشکی است و دندان پزشکی نیز همانند سایر شاخه‌های علوم پزشکی نیازمند چنین ساختاری است. ارتقاء رفتارهای اخلاقی در دندانپزشکان انعکاسی از تأکید بر آموزش اصول اخلاقی در طول دوره تحصیل آن‌هاست. تأکید این مطالعه بر آموزش اخلاق متناسب با شرایط رشته دندان پزشکی است.

**مواد و روش‌ها:** این مقاله از نوع مقالات مروری می‌باشد که مطالب آن با مراجعه به کتب، مجلات و سایت‌های معتبر گردآوری شده است.

**بحث و نتیجه‌گیری:** دوره دانشجویی بهترین زمان برای یادگیری اصول و شیوه به‌کاربردن اخلاق حرفه‌ای است که نتیجه آن برقراری ارتباط درست با بیماران و همکاران است. سرفصل‌های آموزشی درس اخلاق در دانشکده‌های

دندان‌پزشکی بر پایه اخلاق پزشکی استوار است و اغلب تفاوت‌های حرفه‌ای دندان‌پزشکی در آن نادیده گرفته می‌شود. امروزه، درمانی موفقیت‌آمیز تلقی می‌گردد که مبنی بر توقعات بیمار، توجه به اخلاقیات، ارتباطات بین پزشک و بیمار و همراه با کسب رضایت از بیمار باشد. هدف از آموزش اخلاق ایجاد انگیزه و تغییر نگرش در دانشجویان است که موجب ارتقاء مهارت رفتاری و آگاهی از تعهدات حرفه‌ای آن‌ها می‌گردد. در حال حاضر، آموزش اخلاق در دانشکده‌های دندان‌پزشکی به صورت سنتی و ارائه سخنرانی توسط استاد و مبتنی بر آموزه‌های دینی و پزشکی است و به نظر می‌رسد کم‌توجهی به جنبه عملی درس اخلاق در دانشکده‌های دندان‌پزشکی، کارایی آن را کاهش داده است. این نکته حائز اهمیت است که تکرار مفاهیم به صورت تئوری صرف نیز تنها موجب کاهش علاقه دانشجویان می‌گردد.

بر این اساس، می‌باید آموزش اخلاق در دانشکده‌های دندان‌پزشکی متحول شود تا بتوان به اهداف عالی در این زمینه دست یافت. و با در نظر گرفتن تفاوت‌های حرفه‌ای دندان‌پزشکی بهتر است Curriculum آموزشی درس اخلاق بازنگری و بر اساس نیازهای این رشته تدوین گردد.

**واژگان کلیدی:** اخلاق حرفه‌ای دندان‌پزشکی، آموزش اخلاق، اخلاق پزشکی



نشست

# تخصیص منابع



پنجشنبه ۲۹ فروردین ۱۳۸۷



## منابع و عدالت

دکتر رحمت‌اله حافظی<sup>۱</sup>، مهندس مسعود ابوالحلاج<sup>۲</sup>،

دکتر سید جعفر رضوی<sup>۳</sup>

۱- عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله (عج)

۲- مدیر کل دفتر برنامه‌ریزی منابع مالی و بودجه

۳- رئیس مرکز نظارت و اعتبار بخشی امور درمان

اکثر دولت‌ها در جهان امروز بسط و گسترش قسط و عدالت اجتماعی و اقتصادی را به‌عنوان هدفی عمده مورد توجه قرار داده‌اند، لذا در جهت حصول به این هدف، مشارکت مؤثری در فراهم کردن خدمات تأمین اجتماعی، خدمات آموزشی و بهداشت و درمان دارند. در این میان، بهداشت و درمان به‌عنوان یکی از نیازهای اساسی و حیاتی هر جامعه‌ای تلقی می‌شود، به‌نحوی که امروز حکومت‌های مختلف جهان بهینه‌سازی و ارائه مناسب خدمات بهداشتی و درمانی را از جمله موفق‌ترین خدمات خود می‌دانند. به‌طوری که هر وقت در کشوری یا جامعه‌ای مسأله بهداشت و درمان به درستی حل و فصل نشود، این نقصان به‌عنوان یکی از نقاط ضعف دولت تلقی شده و از جمله عواملی است که سبب نارضایتی وسیع اجتماعی می‌شود.

در همین راستا، دبیر کل سازمان بهداشتی جهانی، گروه‌ها را برونتند<sup>۱</sup>، در مقدمه گزارش این سازمان در سال ۲۰۰۰ چنین آورده است:

«نظام‌های سلامت دیگر صرفاً مسؤول ارتقاء سلامت افراد نیستند، بلکه موظفند از آن‌ها در برابر هزینه‌های مالی بیماری و ناخوشی محافظت نمایند. چالشی که دولت‌های کشورهای کم‌درآمد با آن مواجه هستند، کاهش بار نزولی<sup>۲</sup> پرداخت‌های مستقیم از جیب<sup>۳</sup> افراد برای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از طریق گسترش برنامه‌های پیش‌پرداخت (پوشش‌های بیمه‌ای) است. این امر باعث پخش شدن خطر مالی و کاهش هزینه‌های کمرشکن<sup>۴</sup> صرف‌شده برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می‌شود.»

مطالعات انجام‌شده در کشورهای کم‌درآمد نشان می‌دهد که ۲۵-۲۰ درصد از کل هزینه‌های سلامت صرف یک‌درصد از جمعیت می‌شود و تقریباً ۶۰ درصد از کل هزینه‌ها به مصرف ۱۰ درصد جمعیت می‌رسد؛ به عبارت دیگر، ریسک مالی در بخش بسیار کوچکی از جمعیت متمرکز شده است (مرکز پژوهش‌های مجلس، ص ۹، ۱۳۸۲).

از این رو، می‌توان گفت که هرچند هدف اصلی یک نظام بهداشتی و درمانی ارتقاء سلامت است، چون ممکن است مراقبت از سلامت هزینه‌های کمرشکنی به

---

1 - Gro Harlem Brandtland

2 - regressive

3 - out of pocket

4 - catastrophic

دنبال داشته باشد، سازوکارهای مشارکت و تسهیم خطر و ارائه حمایت مالی بسیار حائز اهمیت هستند.

خوشبختانه، در چند سال اخیر، دولتمردان و تصمیم‌گیران بخش بهداشت و درمان کشور به اهمیت موضوع عدالت در بخش بهداشت و درمان پی برده‌اند، به‌طوری که به این مهم در موادی از قانون برنامه چهارم توسعه کشور (مواد ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹۵ و...) اشاره شده است.

اما بحث عدالت در تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی موضوع ماده ۹۰ این قانون است که به شرح ذیل است:

«به منظور ارتقاء عدالت توزیعی، در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آن‌ها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به‌نحوی صورت گیرد که «شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم (FFC) به ۹۰ درصد<sup>۱</sup> ارتقاء یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از ۳۰ درصد افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیر قابل تحمل (کمرشکن) سلامت به یک درصد کاهش یابد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با مشارکت سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی

---

۱ - همان طور که در شرح ماده ۹۰ قانون برنامه توسعه مشاهده می‌کنید، شاخص FFC برای کشور و تا پایان برنامه چهارم توسعه ۹۰ تعیین گردیده است که با شاخص تعیین‌شده توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ به دلیل تفاوت در نحوه محاسبه، متفاوت است.

کشور آیین‌نامه چگونگی متعادل نمودن سهم مردم در تأمین منابع بهداشت و درمان برای تحقق اهداف مذکور را ظرف مدت شش‌ماه پس از تصویب این قانون تهیه و برای تصویب به هیأت وزیران ارسال نماید.»

به‌طور کلی، دو جنبه نه چندان مرتبط شاخص عدالت در تأمین مالی در نظام سلامت را تعیین می‌کنند. جنبه اول به ساختار و کارکرد نظام اقتصادی و توزیع درآمد و امکانات بین آحاد جامعه برمی‌گردد و جنبه بعدی به مداخلات مؤثر مدیریت نظام سلامت در بلندمدت مرتبط است.

براساس توصیه‌های تخصصی سازمان بهداشت جهانی، تداوم و تأکید بر دو سیاست کلی ذیل منجر به بهبود شاخص عدالت در تأمین منابع مالی می‌شود و هزینه‌های کمرشکن و بحرانی تأمین مالی خانوارها را قابل کنترل می‌سازد.

**سیاست کلی اول:** توزیع ریسک بین افراد سالم و بیمار به‌گونه‌ای که هر دو قشر در تأمین مخارج خدمات بهداشتی و درمانی مشارکت داشته باشند.

**سیاست کلی دوم:** توزیع ریسک بین افراد توانمند و فقیر به‌گونه‌ای که هر دو گروه متناسب با بضاعت مالی و درآمدهایشان در تأمین مخارج خدمات بهداشتی و درمانی مشارکت داشته باشند. از نقطه نظر اجرایی و سیاسی، پیشنهاد مشخص سازمان بهداشت جهانی برای عملی کردن این دو سیاست کلی، طراحی و مدیریت علمی صندوق بیمه خدمات بهداشتی و درمانی است.

## ملاحظات اخلاقی در تخصیص اعضا پیوندی

دکتر علی جعفریان

دانشیار گروه جراحی عمومی، سرپرست بخش پیوند کبد بیمارستان امام خمینی،

عضو مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی تهران

**مقدمه:** پیوند عضو از جسد از موضوعات مهم مطرح در جهان پزشکی است و کم‌تر موضوعی به اندازه آن با احساسات انسانی آمیخته است. پیوند اعضا در سال‌های اخیر تبدیل به یک درمان استاندارد برای بسیاری از نارسایی‌های پیشرفته ارگان‌ها شده است که درمان دیگری برای آن‌ها وجود ندارد. در حال حاضر، مقوله عضو پیوندی جزو مباحثی قرار می‌گیرد که به‌عنوان منابع کمیاب طبیعی در زمینه پزشکی شناخته می‌شود. خصوصیت اصلی این دسته از منابع عدم کفایت آن‌ها برای کل نیازمندان و عدم امکان فراهم نمودن آن با ابزارهای مادی است. پاسخ‌گویی به تمامی نیازهای جامعه با توجه به محدودیت منابع، نه امکان‌پذیر است و نه منطقی. متناسب‌نبودن میزان عرضه با تقاضا در بحث پیوند

عضو و بافت یکی از مشکلات عمده است و بر این اساس، مسأله انتخاب گیرنده پیوند با توجه به کمبود عضو پیوندی، در بسیاری از کشورها، یک بحث اساسی است.

**تخصیص منابع:** جنبه‌هایی که باید در تخصیص منابع مورد توجه قرار گیرند، عبارتند از: *اقتصاد (Cost Effectiveness)* و *اخلاق*. تخصیص منابع باید به گونه‌ای باشد که ضمن دربر داشتن حداکثر فایده، به عادلانه‌ترین صورت انجام گیرد. برای عدالت در تخصیص منابع تعاریف متفاوتی بیان شده که اهم آن‌ها *انصاف (Fairness)*، *مساوات (Equality)* و *تساوی حقوق (Equity)* است.

**جنبه‌های مهم تخصیص منابع در اعضاء پیوندی:** افراد در لیست انتظار در پایان سال ۲۰۰۷ در امریکا ۱۰۴۷۶۴ نفر و تعداد پیوندهای انجام شده در سال حدود ۲۰۰۰۰ مورد بوده است. از طرف دیگر، باید توجه داشت پیوند عضو در سیستم سلامت، یک روش درمانی ارزشمند برای بیماران است که در مرحله پایانی بیماری خود هستند و امیدی به زنده ماندن آن‌ها بدون پیوند وجود ندارد. نظریه‌های متفاوتی برای توزیع اعضای پیوندی وجود دارد که بر اساس آن‌ها معیارهای تخصیص عضو تعیین می‌گردد. معیارهایی که در برنامه‌های پیوند و

برای انتخاب افراد گیرنده پیوند مورد استفاده قرار می‌گیرند، به دو دسته کلی اولویت بر مبنای دلایل و ضرورت‌های پزشکی و اولویت بر مبنای دلایل غیرپزشکی تقسیم می‌گردند. **مهم‌ترین معیارهای پزشکی انتخاب:** بیمارترین افراد (اولویت اورژانس‌ها)، انتخاب بیمارانی که امکان منفعت آن‌ها از دریافت عضو بیش‌تر باشد (طول عمر بیش‌تر) و انتخاب افرادی که عمل پیوند در آنان ریسک کم‌تری دارد (مورتالیتی کم‌تر) است. از معیارهای غیرپزشکی می‌توان به انتخاب بیماران بر مبنای نوبت ثبت‌نام و مدت زمان قرارگیری در لیست انتظار، سن، انتخاب بیماران بر مبنای برتری آن‌ها نسبت به دیگران بر مبنای ارزش اجتماعی، انتخاب بر اساس قابلیت تولید در جامعه و انتخاب بیمارانی که پیوند ناموفق داشته‌اند اشاره کرد. در مواردی که معیارهای پزشکی در دو یا چند کاندید دریافت عضو یکسان باشد، تصمیم‌گیری عموماً بر اساس زمان ورود به لیست صورت می‌گیرد. سؤال این جاست که در «شرایطی که این زمان نیز یکسان باشد، کدام معیار باید به کار رود و چه کسی باید تصمیم بگیرد؟» **مهم‌ترین اهداف تخصیص عادلانه اعضای پیوندی:** افزایش اعضای پیوندی قابل دسترس، افزایش عمر بیمار و عضو پیوندی، کاهش مرگ و میر افراد در لیست انتظار و کاهش هزینه‌های پیوند است.

**جمع‌بندی:** در نظر گرفتن اولویتهای پزشکی همیشه به‌عنوان اولین معیار ضروری است و معیارهای غیرپزشکی (به‌جز اولویت ثبت‌نام در لیست) عموماً به‌کار گرفته نمی‌شوند. به همین دلیل اولویت‌بندی معمولاً توسط گروه پیوند انجام می‌گیرد. در مواردی که معیارهای غیر پزشکی کاربرد دارند، باید این معیارها برای عموم آشکار باشد. در این موارد حضور افرادی غیر از تیم پیوند و حتی خارج از گروه پزشکی می‌تواند کمک‌کننده باشد. با این روش، علاوه بر قابلیت نقد معیارهای مورد استفاده، اعتماد جامعه به گروه پزشکی در بالاترین سطح حفظ می‌شود.

## آماده‌سازی دانشجویان پزشکی برای جهان: آموزش خدماتی و عدالت

### بهداشتی جهانی

دکتر کیهان پ. پارسی، دکتر جاستین لیست

دانشگاه پزشکی شیکاگو استریت اسکول لویولا، مؤسسه سیاست بهداشتی و

اخلاق زیستی Neiswanger

آموزش خدماتی در تحصیل پزشکی صورت می‌گیرد. با این‌که آموزش خدماتی، پیشرفت‌های چشم‌گیری در زمینه‌های دیگر، مثل آموزش مراقبت‌های بهداشتی، داشته است، ولی هنوز نیاز به بحثی گسترده‌تر در مورد چگونگی عملکردهای آموزش خدماتی وجود دارد.

ما، در این مقاله، آموزش خدماتی را تعریف کرده و تفاوت آن را با داوطلب‌گرایی و خدمات به‌طور کلی بیان می‌کنیم و سپس فواید و مشکلات بالقوه آن را کشف می‌کنیم. ما توجه خود را، به‌طور خاص، به چگونگی تأثیرگذاری آموزش خدماتی بر درک دانشجویان پزشکی از عدالت بهداشتی جهانی معطوف خواهیم ساخت.

ما، مکرراً، در مورد تأثیر تبدیلی آن بر دانشجویان در دانشگاه شیکاگو استریت اسکول لویولا، آگاه می‌شویم. یکی از چالش‌هایی که با آن روبه‌رو خواهیم شد، چگونگی پایدارسازی بیش‌تر تجارب تبدیلی و نیز خلق پایداری بیش‌تر برای مکان‌هایی است که این دانشجویان از آن بازدید می‌کنند. بنابراین، هدف ما ایجاد پایداری بیش‌تر در این مکان‌ها، و در عین حال نقش آن در شکل‌دهی به دانشجویان است. قدرت‌های بالقوه آموزش خدماتی به‌عنوان ابزاری برای اصلاح مهارت لازم برای این نوع عدالت اجتماعی در شرایط شغلی، هنوز باید پرده‌برداری گردد.

## گزارش بلمونت و عدالت در اخلاق پزشکی

دکتر علیرضا شعبان‌زاده<sup>۱</sup>، دکتر محمد توشیح<sup>۲</sup>

۱. استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران و محقق اخلاق پزشکی

۲. عضو هیأت علمی و محقق اخلاق پزشکی، ستاد ترویج اخلاق پزشکی

### سازمان نظام پزشکی

در تحقیقات پزشکی احکام و قوانین بسیاری از سوی کمیته‌های پژوهشی تدوین شده است که یکی از این احکام اخلاقی گزارش بلمونت است که در قانون ملی تحقیقات آمریکا در اولین کمیته حمایت از انسان در تحقیقات پزشکی و رفتاری به تصویب رسید. یکی از اهداف این کمیته این بود که اساس و اصول اخلاقی مربوط به تحقیق را مشخص کند و راهنمایی‌های لازم را برای اجرای موازین تشخیصی را به عمل آورد.

گزارش بلمونت سه اصل زیر را مورد تأکید قرار می‌دهد:

*احترام به فرد، اصل خیررسانی و عدالت که نگرانی اساسی گزارش بلمونت نسبت به عدالت بیش‌تر مورد توجه قرار گرفته است. به‌منظور درک عدالت لازم*

است تئوری توزیع عدالت و تئوری راولز (Rawls) یا Original Position توضیح داده شوند.

### گزارش بلمونت و عدالت راولز شامل مفاهیم ذیل است:

انصاف در توزیع مزایا، انصاف در توزیع زیان‌ها، عدالت انفرادی، عدالت گروهی، درمان برابر و عدالت در به‌کارگیری برابر. مطابق گزارش بلمونت و قانون راولز، عدالت به دو دسته توزیعی (Distributive) و پاداشی (Retributive) قابل تقسیم‌بندی است.

در این‌جا نیز نگرانی اصلی بر توزیع عدالت است که تئوری توزیعی عدالت شامل چهار قسم است: ۱- تئوری عدالت راولز که بیش‌تر مورد بحث گزارش بلمونت است. ۲- تئوری مساوات‌گرایان (Egalitarian) که همه افراد آزمودنی باید مشابه هم درمان شوند. ۳- تئوری سودمندگرایان (Utilitarian)، چیزی که برای جامعه بیش‌ترین سود را ایجاد می‌کند مورد اولویت قرار می‌گیرد. ۴- تئوری تجارت‌گرایان (Market-base) که شاخص‌های تجاری جامعه تعیین‌کننده توزیع عدالت در رعایت امور درمان در جامعه است.

مطابق قانون راولز این عقیده وجود دارد که تا زمانی که انسان در پرده‌ای از ابهام (مثال؛ سیاه یا سفید، فقر یا ثروت، ناتوانی یا توانمندی جامعه، جنس مرد یا زن) قرار گرفته است، نمی‌تواند وضعیت مناسب خود را در جامعه پیدا کند و به

اهداف توزیع عدالت دست یابد. ابهاماتی که در تئوری راولز بیان می‌گردد از این قرار است که «چه قوانینی را می‌توان به‌عنوان عدالت پذیرفت، درحالی که فرد درپس پرده ابهام قرار گرفته است؟» و در پاسخ به این سؤال، اصول متفاوتی به‌شرح ذیل مطرح می‌گردد:

الف- اصل آزادی و حقوق برابر که معتقد است برای همه افراد باید آزادی و حقوق یکسانی درنظر گرفته شود.

ب- اصل نابرابری که معتقد است آزادی و حقوق براساس وضعیت و توانمندی جامعه باید توزیع گردد.

نتیجه‌گیری: گزارش بلمونت تأکید بر سه اصل: احترام به فرد، اصل خیررسانی و عدالت دارد و بر اجرای آن درخصوص مسائل اخلاق پزشکی تأکید زیادی می‌نماید. مطابق گزارش بلمونت توزیع زیان‌ها در مقایسه با توزیع مزایا بیش‌تر تأکید شده است و در بحث تجارت‌گرایی بیش‌ترین نگرانی درخصوص توزیع عدالت نسبت به توزیع مزایاست.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، گزارش بلمونت، قانون راولز، توزیع عدالت



نشست

# مسائل اخلاقی در مراقبت پایان حیات



پنجشنبه ۲۹ فروردین ۱۳۸۷



## درمان بدون فایده

### دکتر علی کاظمیان

مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

بی‌فایده بودن درمان وقتی معنی پیدا می‌کند که برای یک درمان خاص هدفی در نظر گرفته شود و آن درمان از رسیدن به آن هدف ناتوان باشد. بنابراین، طبق پیشنهادات کمیته اخلاق انجمن پزشکی آمریکا و انجمن مراقبت‌های ویژه سه شرط زیر باید در تصمیم‌گیری راجع به بیهوده بودن یک اقدام پزشکی در نظر گرفته شود:

۱- هدفی وجود داشته باشد.

۲- اقدامی برای رسیدن به آن هدف وجود داشته باشد.

۳- آن اقدام شرایط بیمار، توانایی رسیدن به آن هدف را نداشته باشد.

نظرات متعددی درباره این که چه هدفی برای اقدامات پزشکی در بیمارتان قابل تصور است وجود دارد. بعضی از مؤلفان اهداف فیزیولوژیک اقدامات پزشکی را مد نظر قرار می‌دهند؛ به‌عنوان مثال اگر CPR در یک بیمار قادر به برقرار کردن و درمان خود بیمار نشود آن را ناتوان از رسیدن به هدف خود در نظر

می‌گیرند. تعریف اقدام بیهوده بر مبنای اهداف فیزیولوژیک اقدامات پزشکی توجهی به در نظر گرفتن ارزش‌های فرد یا خانواده در رابطه با وضعیت بیمار ندارد. گروه دیگری از صاحب‌نظران عقیده دارند در صورتی که هدف از یک اقدام پزشکی تغییر در کیفیت زندگی بیمار باشد، باید ارزش‌های بیمار در تصمیم‌گیری راجع به آن در نظر گرفته شود.

بعضی از نویسندگان بیهوده بودن یک اقدام پزشکی را به‌صورت کمی بیان می‌کنند. از نظر این افراد، اقدام پزشکی که در کم‌تر از ۱ درصد یا ۲ درصد یا ۵ درصد موارد منتج به نتیجه شود، اقدامی بیهوده است. در حالی که گروه دیگر بیهوده بودن اقدام پزشکی را نه تنها وابسته به میزان موفقیت آن اقدام بلکه وابسته به ارزش‌های بیمار و خواسته‌های او نیز می‌دانند. حتی در عده‌ای ممکن است ارتباط بین هزینه‌های اقدام درمانی و میزان موفقیت آن در تصمیم‌گیری راجع به بیهوده بودن درمان تأثیر داشته باشد. سؤال دیگر در حیطه درمان‌های بیهوده آن است که چه کسی باید راجع به بیهوده بودن درمان تصمیم بگیرد.

گروهی از صاحب‌نظران بر این عقیده‌اند که پزشک تنها مرجع تصمیم‌گیری راجع به بیهوده بودن درمان است، وقتی که به این نتیجه برسد که درمانی بیهوده است، می‌تواند خودش بدون اطلاع به بیمار یا بستگان، درمان را قطع نماید. گروهی دیگر بر این باورند که گرچه پزشک مسؤول تصمیم‌گیری راجع به

بیهوده‌بودن درمان است ولی باید اطلاعات مربوطه را در یک روند یک‌طرفه بیان اطلاعات با بیمار یا خانواده او در میان بگذارد و گروهی دیگر عقیده دارند که تصمیم‌گیری راجع به بیهوده بودن یک اقدام پزشکی باید در گفت‌وگو با بیمار و خانواده بیمار گرفته شود و پزشک در این جا نقش ارائه‌کننده اطلاعات و حامی را خواهد داشت.

در مطالعات متعددی که بر روی این مسأله انجام شده است، مشخص شده که اختلاف نظر فراوانی در بین صاحب‌نظران در کشورهای مختلف و حتی در یک کشور در زمان‌های مختلف وجود دارد.

## معنای زندگی معنادار

دکتر امیر عباس علی‌زمانی

عضو هیأت علمی گروه فلسفه دین دانشگاه تهران

هر یک از ما انسان‌ها در فرایند زیستن خویش در پی رسیدن به یک زندگی معنادار هستیم، ولی همه ما در لحظاتی از زندگی با رنج‌ها و ناکامی‌هایی مواجه می‌شویم که سایه‌ای از تردید را بر سراسر زندگی ما می‌افکند و این پرسش را در ما زنده می‌کند که به‌راستی آیا زندگی ارزش زیستن دارد؟ آلبر کامون این پرسش را فوری‌ترین و خطرناک‌ترین پرسش فلسفه می‌داند.

پیش از پاسخ به این پرسش، فیلسوفان تحلیلی به ما می‌آموزند که خود پرسش را به‌درستی تحلیل کنیم تا شیوه مواجهه با این پرسش و روش پاسخ‌گویی به آن معلوم شود. ما در این مقاله سعی خواهیم کرد که معنای «معنای زندگی» را به‌درستی تحلیل کنیم. در این راستا واژه معنا از ابهام بیش‌تری برخوردار است، به‌طوری که برخی اسناد آن را به زندگی نوعی «خطای معقولی» دانسته‌اند. به‌نظر می‌رسد که معنا در این تعبیر معنای زندگی یا به معنای هدف است یا به معنای

ارزش و اهمیت. البته برخی «معنا» را در این جا به معنای کارکرد هم گرفته‌اند؛

بنابراین، معنای زندگی به یکی از این سه معنا است:

۱- هدف زندگی ۲- ارزش و اهمیت زندگی ۳- کارکرد مثبت.

به نظر می‌رسد عنصر اصلی در زندگی معنادار، عنصر غایت و هدف‌داری است. به‌طوری که اگر زندگی خاصی معطوف به برآوردن هدفی درخور و ارزشمند باشد، این نوع از زندگی ارزش زیستن دارد و از نظر عینی و ملموس دارای کارکردهای مثبت روحی، روانی، فردی و اجتماعی است.

در این مقاله ما پس از تحلیل واژه معنای زندگی، به بررسی و تبیین ملاک‌ها و معیارهای معناداری یا معنا بخشی به زندگی می‌پردازیم و این ملاک‌ها را از سه منظر طبیعت‌گرایی و ناطبیعت‌گرایی و فراطبیعت‌گرایی مورد بررسی قرار می‌دهیم. هر یک از رهیافت‌های فوق زندگی معنادار را به‌گونه خاصی تحلیل و توصیف می‌کنند. در مقام تحلیل این دیدگاه‌ها به بررسی نظریه‌های خدامحور، روح‌محور و ... خواهیم پرداخت. در پایان به نظر نویسنده:

۱- معنای زندگی به معنای هدف زندگی است.

۲- هدف زندگی انسان بدون تبیین هدف هستی و غایت خداوند قابل تبیین

نیست.

۳- معنای زندگی امری عینی - ذهنی بوده و صرفاً بر اساس عینیت محض یا ذهنیت صرف قابل تبیین نیست.

۴- حالت‌های روان‌شناختی از قبیل آرامش، شادی و امید لازمه زندگی معنادار هستند نه مؤلفه‌ها و ذاتیات آن.

۵- زندگی معنادار در کنار زندگی و احساس خوشبختی سه ضلع بهترین زندگی را تشکیل می‌دهند.

## اتانازی از دیدگاه فلسفه اخلاق

دکتر همایون همتی

مقاله حاضر به مسأله اتانازی از دیدگاه فلسفه اخلاق (Moral Philosophy) می‌پردازد. بحث درباره اتانازی از دیدگاه اخلاقی از مباحث رایج روزگار ماست و هم‌چون دیگر بخش‌های مربوط به اخلاق پزشکی (Medical Morality) و اخلاق زیستی از رونق و جایگاه و اهمیتی ویژه‌ای برخوردار است. در روزگار ما فیلسوفان اخلاق با مشرب‌های مختلفی هم‌چون فایده‌باوری، پیامدگرایی، شهودباوری، ناپایامدگرایی، واقع‌باوری و عاطفه‌گرایی درباره جواز یا عدم جواز اتانازی به بحث‌های مبسوطی پرداخته‌اند که مقاله حاضر بیش‌تر به طرح دیدگاه‌های دو تن از متخصصان اخلاق زیستی و فلسفه اخلاق یکی «پیت‌ر سینگر» و دیگری «جیمز راشلز» خواهد پرداخت.

بعد از تعریف اتانازی و معرفی انواع آن دلایل موافقان و مخالفان تقریر خواهد شد و مورد ارزیابی مختصری قرار خواهد گرفت. رهیافت اصلی مقاله حاضر رهیافتی فلسفی - الهیاتی، تئوریک و ناظر به مقام نظر است و سعی خواهد شد از

منابع معتبر و دست اول به‌ویژه کتب فلسفه/اخلاق و دیدگاه‌های متخصصان اخلاق زیستی، مقاله‌ها و آثار مرتبط با این موضوع استفاده شود.

واژگان کلیدی: اتانازی، فلسفه اخلاق، اخلاق زیستی، داوری اخلاقی، الهیات،

مرگ

## خط مشی‌های خاتمه دادن به زندگی در فرهنگ‌های مختلف

دکتر ناهید دهقان نیری<sup>۱</sup>، سمیه مولایی<sup>۲</sup>

۱- استادیار دانشکده پرستاری و مامایی تهران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری

**مقدمه:** مسؤولیت مجریان مراقبت سلامت برای عملکردهای حساس اخلاقی نظیر تصمیم‌گیری برای خاتمه دادن به زندگی بسیار بنیادین است. این مسؤولیت‌ها همواره با چالش‌های بسیاری روبه‌رو بوده است.

**هدف:** هدف این مقاله بررسی سیستماتیک از شیوع، محتوا، ارتباطات و اجرای خط‌مشی‌های اخلاقی در رابطه با موضوع است. این مقاله همچنین به مقایسه این امر در فرهنگ‌های مختلف خواهد پرداخت.

**روش:** برای این بررسی سیستماتیک پایگاه‌های اطلاعاتی

اصلی نظیر Pubmed, Cinahl, PsycINFO, FRANCIS

و... مورد کاوش قرار گرفتند و لیست رفرنس‌ها نیز از جهت همه مقالات مرتبط مورد بررسی قرار گرفت. معیار ورود به مطالعه مقالاتی بودند که به‌طور تجربی روی شیوع، محتوا، ارتباطات یا اجرای خط‌مشی‌های اخلاقی مکتوب مربوط به موضوع خاتمه‌دادن به زندگی تمرکز می‌نمودند. اطلاعات پایه اصلی به‌طور سیستماتیک از مقالات مرتبط بررسی و چک لیستی در این رابطه تهیه شد و بر اساس آن نتایج استخراج شد.

**نتایج:** در کل، ۱۹ تحقیق از کشورهای آمریکا، بلژیک، دانمارک و کانادا وارد مطالعه شدند. قسمت اعظم تحقیقات، سیاست‌هایی برای عدم انجام احیا و پایان زندگی نداشتند (شیوع ۸۹-۱۰٪). تنها دانمارک و بلژیک، سیاست‌هایی برای کنترل درد و علایم (شیوع ۱۹-۱۵٪) و سیاست‌هایی برای اوتانازیا (شیوع ۷۹-۳۰٪) داشتند. جوانب تکنیکی به موارد اولیه توجه داشتند، در حالی جوانب خاص نامعلوم بودند. در سیاست‌های اخلاقی در اوتانازیا، توجه ویژه‌ای به پروسیجرهایی که با هوشیاری پرستاران و پزشکان در اهداف بود، می‌شد. مطالعات تجربی درباره اجرای سیاست‌های اخلاقی نادر بودند.

**نتیجه:** با توجه به موارد ذکر شده، برای ایجاد حمایت پرستاران و پزشکان در رابطه با قطع احیا و اتانازیا وجود یک راهنما لازم است. بیش‌تر تحقیقات نیاز به سیاست‌های اخلاقی در مسأله پایان زندگی را مطرح می‌نماید که می‌تواند برای مراقبت بهتر در پایان زندگی کمک‌کننده باشد.

**واژگان کلیدی:** اخلاقیات، خاتمه‌دادن به زندگی، سیاست‌های احیا، تصمیم‌طبی خاتمه دادن به زندگی، خط‌مشی‌های سازمانی

## بررسی نگرش بیماران مبتلا به سرطان و بستگان آن‌ها در مورد بیان

### حقایق به بیماران

دکتر مهدی عقیلی<sup>۱</sup>، دکتر یلدا عدیلی، دکتر علی کاظمیان<sup>۲</sup>

۱- دانشگاه علوم پزشکی تهران انستیتو کانسر

۲- مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه: در حال حاضر، عقیده عموم به‌ویژه پزشکان و بیماران به این سمت و سو پیش می‌رود که بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج باید از تشخیص بیماری خود اطلاع داشته باشند. هدف از انجام این مطالعه تعیین میزان آگاهی از تشخیص بیماری در میان بیماران مبتلا به سرطان و بستگان آن‌ها و همچنین آگاهی از نظرها و تمایلات بیماران و خانواده آن‌ها در مورد بیان حقایق و اطلاع‌رسانی در مقاطع مختلف تشخیصی و درمانی سرطان است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به‌صورت مقطعی بر روی بیماران مبتلا به سرطان (که پس از اتمام درمان جهت پیگیری به درمانگاه مراجعه کرده بودند)، و

---

<sup>۱</sup> - aghili@sina.tums.ac.ir

همراهان آن‌ها در مرکز انستیتو کانسر انجام شد. پرسشنامه‌هایی ویژه بیماران و همراهان آن‌ها - که با نظرخواهی از عده‌ای از بیماران و همراهان، پزشکان، کادر درمانی و بررسی متون تنظیم شده بود - در سه مرکز درمانی به‌صورت مصاحبه مستقیم پزشک غیر معالج با بیماران مبتلا به سرطان و همراهان آن‌ها تکمیل شد و در نهایت با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و تست‌های مناسب تجزیه و تحلیل به‌عمل آمد.

**نتایج:** تعداد کل بیماران مورد مصاحبه ۲۵۰ نفر شامل: ۹۴ نفر (۳۷/۶٪) مرد و ۱۵۳ نفر (۶۱/۲٪) زن با میانگین سنی  $47/88 \pm 15/13$  بود. ۲۲۷ نفر (۹۰/۸٪) خواستار آگاهی از تشخیص بیماری خود بودند در حالی که فقط ۹۴ نفر از بیماران (۳۸/۸٪) اظهار کرده‌اند در رابطه با تشخیص بیماری از سوی پزشکان اطلاعات کامل به آن‌ها داده شده است. ۱۱۵ نفر از بیماران (۴۶٪) از میزان اطلاعات داده شده توسط پزشکان کاملاً راضی بوده‌اند. بیش‌ترین میزان رضایت در میان افراد بی‌سواد (۵۴/۳٪) و بیش‌ترین میزان نارضایتی از میان بیماران با سطح تحصیلات بالاتر از دیپلم (۴۰٪) بوده است که فاقد اختلاف معنی‌دار آماری است. هم‌چنین میزان رضایت در طبقه با سطح درآمد بالا (۶۸/۸٪)، بیش از سطح متوسط و پایین بوده است که دارای اختلاف معنی‌دار آماری است ( $p=0.01$ ).

۲۱ نفر از بیماران (۸/۴٪) سعی در کسب اطلاعات از کانال‌های دیگر به غیر از پزشک معالج داشته‌اند. نتایج حاصل نشان می‌دهد تمام افراد با تحصیلات بالاتر از دیپلم حداقل از یک روش دیگر کسب اطلاع کرده‌اند. در این میان بیش‌ترین تعدادی که از اینترنت جهت کسب اطلاعات استفاده کرده‌اند، از میان افراد با تحصیلات بالاتر از دیپلم بوده است که از نظر آماری دارای اختلاف معنی‌دار است ( $p=0.00$ ). به نظر ۱۵۳ نفر (۶۱/۲٪) از همراهان، بیمار باید تشخیص بیماری را بداند و از نظر ۷۱ نفر (۲۸/۴٪) بیمار نباید تشخیص را بداند، در حالی که ۲۰۵ نفر از همراهان (۸۲٪) مایلند در صورتی که خودشان در آینده به این بیماری مبتلا شوند، تشخیص به آن‌ها گفته شود. ۲۲۱ نفر از همراهان (۸۸/۴٪) بر این عقیده‌اند که پزشکان موظفند کلیه اطلاعات را با ذکر جزئیات در رابطه با بیماری، درمان و عوارض در اختیار همراهان بیماران قرار دهند و از نظر ۱۱۶ نفر از همراهان (۴۶/۴٪)، پزشکان برای دادن اطلاعات جزئی به بیمار لازم است از خانواده وی اجازه بگیرند. ۱۴۶ نفر از همراهان بیماران (۵۸/۴٪) معتقدند اطلاع‌رسانی به بیمار سبب بهبود نتایج درمانی خواهد شد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های حاصل نشان می‌دهد درصد بالایی از بیماران سرطانی و بستگان آن‌ها خواهان اطلاع کامل از تشخیص بیماری هستند، در حالی که تعداد بسیار کم‌تری از آنان به این خواسته خود دست یافته‌اند. به نظر می‌رسد پزشکان و کادر درمانی با احترام به این خواسته و با توجه به حق بیمار در رابطه با اطلاع از وضعیت خود، با روش‌های مناسب این اطلاعات را در اختیار بیماران قرار دهند و همچنین بر اساس اظهار بیماران و خانواده آن‌ها توصیه می‌شود خط اول اطلاع‌رسانی، ترجیحاً پزشک باشد.

## تحلیلی فلسفی از رنج روان‌شناختی بیماران

### در آستانه مرگ و جایگاه آن در اخلاق پزشکی

دکتر عبدالرسول کشفی

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم شیراز

بیماران درمان‌ناپذیری که در آستانه مرگ قرار دارند دو نوع درد را تجربه می‌کنند: فیزیکی و روان‌شناختی. رنج روان‌شناختی بیماران درمان‌ناپذیر در آستانه مرگ، ریشه در دو رنج وجودی دارد و آن دو، یکی «حساس‌تنهایی» و دیگری «حساس‌بی‌معنایی زندگی» است. هر دو رنج، زندگی همه آدمیان را تحت تأثیر قرار داده و می‌دهند، اما بنا به دلایلی که خواهد آمد این دو، در اوج خود و به شکلی ویرانگر، کیفیت زندگی این بیماران را بیش از دیگران تهدید می‌کنند.

این مقاله از رنج دوم، «حساس‌بی‌معنایی زندگی» سخن می‌گوید و

می‌کوشد به پنج مسأله زیر بپردازد:

۱- تعریفی از احساس‌بی‌معنایی زندگی را ارائه دهد.

۲- علل پیدایش این رنج را از منظری فلسفی بیابد.

۳- راه حلی برای رهایی از این رنج نشان دهد.

۴- دلیل تشدید این رنج را در بیماران در آستانه مرگ توضیح دهد.

۵- ارتباط میان شناخت دقیق این رنج و مسأله همدلی و ارتباط عاطفی با بیماران

یاد شده را بیان کند.

**واژگان کلیدی:** رنج روان‌شناختی، معنای زندگی، احساس تنهایی،

پارادوکس خواستن



نشست

# ژنتیک



جمعه ۳۰ فروردین ۱۳۸۷



## ملاحظات اخلاقی در زمینه‌های پزشکی و زیستی

دکتر داریوش فرهود

استاد ژنتیک دانشگاه علوم پزشکی تهران

متفکران یونانی، شباهت‌های بسیاری را بین پزشکی و علم اخلاق به‌عنوان «هنر زندگی» و «مراقبت از نفس» ارائه داده‌اند. شعار سقراط «روح سالم در بدن سالم» تصویری پزشکی از علم اخلاق به‌عنوان بهداشت روان را مطرح می‌سازد. بسیاری از اندیشمندان ایرانی و غیر ایرانی، علاقه خاصی به پزشک و تشخیص همبستگی روان و تن نشان داده‌اند. از فرمایشات رسول اکرم (ص) است که فرموده‌اند: «علم شامل علم بدن‌ها و علم ادیان است». بقراط پدر علم پزشکی به این حرفه ارزش والای علمی، معنوی و انسانی بخشید که سوگندنامه وی با اندک تغییراتی تا به امروز مورد قبول و احترام بسیاری از ملت‌هاست.

دستورات و آیین پزشکی در ایران باستان، پیش از سوگندنامه بقراط، با شباهت‌های زیادی، اجرا می‌شد. علی ابن عباس مجوسی اهوازی، پزشک نامی ایرانی در قرن چهارم هجری، با گردآوری و استفاده از سوگندنامه‌ها و پندنامه‌های قدیمی دوران تمدن ایران پیش از اسلام، مجموعه‌ای معروف به «پندنامه اهوازی»

تألیف و در آن به گرمی داشتن استادان دانش و مهارت‌های پزشکی، جلوگیری از ورود و آموزش افراد پست و بی‌هویت در این حرفه شریف، نگه‌داری راز بیماران، مطالعه پیوسته کتاب‌های طبی و همچنین تأکید بر این‌که پزشک باید رحیم، چشم‌پاک، مهربان، خیررسان و خوش‌زبان باشد و در درمان بیماران به‌ویژه تنگدستان و فقرا بکوشد.

در سال ۱۸۰۳ میلادی، توماس پرسیوال (Thomas Persival) پزشک، فیلسوف و نویسنده سرشناس انگلیسی در شهر منچستر، قانون «اخلاقیات پزشکی» خود را منتشر کرد. در سال ۱۸۴۷، نخستین جلسه انجمن پزشکی آمریکا در فیلادلفیا «*صول اخلاقی پزشکی آمریکا*» را با الهام از همان قانون پرسیوال تصویب کرد که در سال‌های بعد و آخرین بار در سال ۲۰۰۱ در آمریکا مورد تجدید نظر قرار گرفت. در آغاز قرن بیستم، ادوارد وسترمارک (Edward Westermarck) اثر خود را تحت عنوان «ریشه‌ها و شکل‌گیری دیدگاه‌های اخلاقی» در دو جلد منتشر کرد (۱۹۰۶ و ۱۹۰۷) و طی آن تفاوت‌های جوامع در زمینه موضوعاتی از قبیل نادرست بودن کشتار به هر دلیل و انگیزه (از جمله کشتار در جنگ، کشتن انسان‌ها برای رهایی آن‌ها از درد و عذاب بیماری‌های علاج‌ناپذیر، خوکشی، عملیات انتحاری، ترور، کشتن نوزادان، سقط جنین، قربان کردن، دئول) مورد بررسی قرار داد. وی همچنین به مسائلی مانند حمایت از

کودکان و سالمندان، فقرا، انواع مختلف رابطه جنسی مجاز، جایگاه و حرمت زنان، حق مالکیت، سرقت، برده‌داری، راست‌گویی، محدودیت‌ها و ممنوعیت‌های غذایی، علاقه به موجوداتی غیر از انسان، وظیفه انسان‌ها درباره درگذشتگان و نیز خدایان اشاره نموده است.

هر پزشک، دانشمند و پژوهشگر و بالاخره هر انسان می‌باید قداست اخلاقی و نیک‌اندیشی را در درون فکر خود داشته باشد و گر نه، قوانین و مقررات هرگز نخواهند توانست او را به این ملاحظات اخلاقی مجبور کنند.

این امر مهم و بنیادی، نیاز به آموزش‌های اجتماعی و عمومی را از دوران کودکی و دامن خانواده نشان می‌دهد. فراگیری رفتارهای اخلاقی گام اول است، ولی پذیرفتن و باورداشتن ارزش‌های نیک، آغاز کردار اخلاقی خواهد بود. سازمان جهانی بهداشت از سال ۱۹۹۴ اقدام به ایجاد یک کمیته تخصصی، متشکل از خبرگانی از قاره‌ها و ادیان مختلف نموده که در تنظیم و سپس ترویج اصول و ملاحظات اخلاقی در ارائه هر گونه خدمات و سرویس ژنتیک پزشکی، بالینی، مشاوره‌ای و پژوهشی همت کنند.

اولین آیین‌نامه ملاحظات و محدودیت‌های اخلاقی در فعالیت‌های ژنتیک پزشکی، (معرف به کتاب آبی) سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۵ و متمم این آیین‌نامه (معروف به کتاب سفید) در سال ۱۹۹۸ و سپس نسخه کامل‌تر آن در

سال ۲۰۰۱ میلادی منتشر شد و از آن زمان این ملاحظات و اصول اخلاقی در بسیاری از کشورهای جهان مورد استفاده و اجرا قرار گرفته‌اند. دانش ژنتیک به‌عنوان یکی از زمینه‌های مشترک بین پزشکی و زیست‌شناسی، در دو دهه اخیر توانمندی‌های کاربردی خود را برای شناسایی، پیش‌گیری و هم‌چنین درمان بسیاری از بیماری‌های توارثی و حتی غیرتوارثی و نیز ایجاد تغییرات ساختاری در ژنوم جانوران و گیاهان نشان داده است. از این روست که پیشرفت‌های پرشتاب و دستاوردهای نوین و حیرت‌انگیز این دانش می‌باید برابر با موازین اخلاقی، همراه با احترام به فرهنگ، باورها و قوانین خاص ملت‌ها و جوامع گوناگون انسان به‌کار گرفته شوند، به‌گونه‌ای که در رویکردهای این دانش، موازنه شایسته‌ای برقرار باشد. چهار رکن اساسی اخلاقی در ارائه خدمات گوناگون در زمینه ژنتیک پزشکی عبارتند از: خودمختاری، سودمندی، نازیانمندی و عدالت.

## اخلاق در نانوبیوتکنولوژی

رگی.م. چریان MBA, MA

دانشگاه لینک شاپینگ سوئد

آیا امکان «گردآورندگان مولکولی خود-تکثیر» وجود دارد؟ به نظر من، ما برای توسعه اخلاق نانوبیوتکنولوژی، مجبور به پاسخ دادن به این پرسش نیستیم، زیرا حتی بدون این نانو گردآورندگان نیز توسعه تولید مولکولی تولیدات گوناگون توسط نانوتکنولوژی‌ها، میسر و کارآمدتر خواهد بود.

با این حال، بعد اجتماعی نانوتکنولوژی‌ها، یادآور این مطلب است که ارزش‌ها و اهداف خالق آن باید نزدیک به اهداف جامعه برای پذیرش تکنولوژی باشد. بنابراین، ما می‌پرسیم: آیا نانوتکنولوژی، محصولی از ارزش‌های اجتماعی مشترک و بسیار گسترده به‌عنوان یک کل است یا تنها مربوط به برگزیدگان است؟ و نانوتکنولوژی، عرضه‌کننده چه نوع دیدگاه جهانی است و چه مفاهیمی از انسانیت و رشد، آن را هدایت می‌کنند؟ و چگونه می‌توانید از پس مسؤولیت انسانی و مسائل هویتی ناشی از همکاری دستگاه و انسان برآیید؟ آیا می‌توان تکنولوژی‌های مربوط به اقدامات درمانی برای اهداف تقویتی استفاده کرد؟ چه چیز به حیات، ارزش می‌بخشد؟ آیا ما باید به تلاش

برای توسعه زندگی خود ادامه دهیم؟ ما چگونه مسائل مربوط به محرمانه‌بودن یا استفاده از این تکنولوژی توسط تروریست‌ها و ارتش را توجیه می‌کنیم؟ ما چگونه با مسائل مربوط به «حقوق اموال عقلانی» روبه‌رو خواهیم شد؟ از آنجایی که کنار گذاشتن ایده توسعه به جای ارائه هولناک و مصیبت‌بار خطرات مربوط به این تکنولوژی، مستلزم ترک ایده‌آل‌های عدالت و برابری نیز می‌باشد (J.Haberman, apel)، ما نمی‌خواهیم علم از سرعت خود بکاهد، ولی می‌خواهیم اخلاق سرعت خود را افزایش دهد. (پیتر سینگر) با این حال، تکنولوژی باید ارزش‌ها و نیازهای جامعه‌ای بزرگ‌تر را در نظر بگیرد و خود را انسانی‌تر سازد.

## چالش‌های اخلاقی در تکنولوژی‌های نوین کمک‌باروری

دکتر نازآفرین قاسم‌زاده<sup>۱</sup>، گلشه حسن زاده، زهره احمدی نیا

کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

**مقدمه:** طبق آمارهای موجود ۳۰ - ۵ درصد زوجها در کشورهای مختلف از ناباروری رنج می‌برند و علی‌رغم شیوع نسبتاً پایدار ناباروری و به‌کارگیری تکنیک‌های جدید، تسهیل باروری در سال‌های اخیر با رشد قابل توجهی همراه بوده است. ابداع تکنولوژی‌های کمک‌باروری (ART) و پیشرفت‌های دانش پزشکی در روش‌های نوین باروری باعث شده است تا دگرگونی‌های گوناگونی در عرصه تولید مثل انسان پدیدار شود.

در راستای همه این تحولات و بهره‌گیری از روش‌های نوین، تحقیقات جدید و متعدد به این نکته اشاره دارند که پذیرش و طرح مسائل حقوقی، اخلاقی و فقهی در تمامی رشته‌های مختلف بشری که به هر نحوی با انسان سروکار دارند نیاز و ضرورت مهم و مبرمی است که بی‌توجهی به آن ساختار انسانیت را تخریب و جامعه بشریت را به ابتذال می‌کشاند و زوال اجتماعی را برای نسل‌های آینده به

---

1 - nghansemzadeh@umsu.ac.ir

ارمغان خواهد داشت.

**بحث و نتیجه‌گیری:** دنیای امروزی مفتخر است عنوان جادویی‌ای از قرن پیشرفت تکنولوژی را در مباحث مختلف علمی و رشته‌های گوناگون روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، فلسفه، فقه و حقوق را با خود به یدک بکشد، درحالی که درآن جایی برای مسؤولیت‌پذیری و تعهد به انسانیت و اخلاق پزشکی وجود ندارد یا کم‌تر به آن توجه می‌شود.

عجیب نیست که اگر بگوییم همه این پیشرفت‌ها و راه‌کارهای جدید در زمینه باروری از درمان‌های ساده باروری تا روش‌های کمک باروری ( IUI, IVF )، تلقیح مصنوعی ( AIH, DI )، اخذ تخمک و اسپرم، اهداءگامت یا جنین ( GIFT, ZIFT )، رحم جایگزین، رحم مصنوعی و.... اگر با علم اخلاق و حقوق انسانی و درجهت ارتقاء ابعاد روحی و عرفانی بشریت همسو و همگام نباشند و تحول درونی و بیرونی را درپی نداشته باشند، نه تنها به پیشرفت‌های علمی و دستاوردهای نوین باروری اعتبار و ارزش نمی‌بخشد، بلکه بیش‌تر از پیش‌افق جدیدی بر مشکلات ناشی از باروری و تولید مثل انسانی می‌افزاید که خسارات جبران‌ناپذیری به بار خواهد داشت.

در این مقاله سعی بر این شده است که با توجه به جنبه‌های مختلف ناباروری و روش‌های جدید تولید مثل و استفاده از آخرین دستاوردهای نوین درجهت

باروری، توجیهی منطقی و فقهی و راه‌کارهای اخلاقی متناسب با شان انسانیت و جامعه بشری ارائه بدهیم که پیرامون آن براساس آخرین منابع علمی و مناظرات پژوهشگران و محققان کشورهای مختلف مطالعه تطبیقی انجام داده‌ایم. هم‌چنین در این راستا مباحث شایع و جاری ART را از نظر ادیان مختلف و اصول‌گرایی مورد توجه قرار داده و نهایتاً نظر اسلام را بیان نموده‌ایم و در جهت انجام این روش‌ها حداقل به هفت اصل اخلاقی از قبیل احترام به استقلال افراد، رضایت آگاهانه، مشاوره، حفاظت و نگهداری منافع فرزندی، محرمانه بودن، جلوگیری از تجارت‌گرایی و مقررات اخلاقی پرداخته‌ایم. در خاتمه، راهنمای عملی اخلاقی- ملی پیشنهاد نموده و برای هرکدام از روش‌های (ART) تدوین دستورالعمل اخلاقی را مؤثر و لازم دانسته و ضمن ارائه آن‌ها بیان داشته‌ایم که این راهنما و دستورالعمل‌ها می‌توانند در مدیریت مخاطرات این روش‌ها برای سیاست‌گذاران سلامت مؤثر واقع شوند.

**واژگان کلیدی:** اخلاق پزشکی، ادیان (اسلام، مسیحی، یهودیت، سیک و....)، تکنولوژی‌های نوین کمک‌باروری، اصول‌گرایی اخلاقی، مقررات اخلاقی، راهنمای اخلاقی

## مروری بر ملاحظات اخلاقی در ژنتیک پزشکی "GenEthics"

دکتر جواد توکلی بزاز

متخصص ژنتیک پزشکی، استادیار مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم

دانشگاه علوم پزشکی تهران

ژنتیک پزشکی به واسطه دستیابی و دسترسی به اطلاعات ژنتیکی که در فعالیت‌های روزمره و در قالب آزمایش‌های مختلف صورت می‌گیرد، محل بسیاری از منازعات حقوقی و اخلاق پزشکی است. پیش‌بینی ایجاد یک صفت یا بیماری در یک فرد (صرف نظر از میزان احتمال آن) در کنار کاربردهای تشخیصی یا پیش‌آگاهانه، کارکردهای متنوع و مهم اطلاعات ژنتیکی را در عرصه بالینی نشان می‌دهند. اهمیت دیگری که اطلاعات ژنتیکی دارند، ناشی از ماهیت تغییرناپذیر و ثبات و صحت این اطلاعات در طول دوره حیات فرد است، در حالی که عمده اطلاعات مربوط به بیماری فرد پس از درمان و رفع بیماری، اهمیت و موضوعیت اصلی خود را تا حد قابل ملاحظه‌ای از دست می‌دهند. تعمیم‌پذیر بودن این اطلاعات از یک فرد به سایر اعضای خانواده و حتی بستگان، بعد دیگری را مطرح

می‌سازد که نشان‌دهنده گستره نفوذ و حضور این اطلاعات از سطوح فردی تا اجتماعی است. نحوه مدیریت، نگهداری و طبقه‌بندی این اطلاعات خواه ناشی از اهداف درمانی باشند یا تحقیقاتی، با توجه به سوءاستفاده‌های بالقوه‌ای که در مواردی هم‌چون بیمه، استخدام، ازدواج و... متصور است، کانون این مناظرات است.

ژنتیک پزشکی علاوه بر مواجهه با مسائل اخلاقی و نکات حقوقی که مبتلابه کلیه رشته‌های پزشکی است و به موضوع مورد مطالعه یعنی انسان بر می‌گردد، با چالش‌ها و مباحث دیگری نیز روبه‌رو است که به قابلیت‌های ویژه و خدمات قابل عرضه این علم به عرصه سلامت مربوط است. سقط جنین در مقطع پس از تشخیص، معیارهای مورد سنجش در انتخاب یک روش از میان تکنیک‌های موجود در تولید مثل یاری‌شده و خصوصاً موضوع بهره‌برداری از انواع بافت‌های جنینی انسان در تحقیقات ژنتیک، از مباحث عمده در این زمینه هستند. تعارض آشکاری که در نفس این مداخلات، یعنی کسب منافع بیولوژیک و سودرسانی به سلامت جامعه از یک سو و تحمیل ضررهای احتمالی اخلاقی و عوارض اجتماعی از سوی دیگر مشاهده می‌شود، سبب شده که تاکنون حصول یک اجماع بین‌المللی و فرافرهنگی در این مجادلات غیر ممکن شود و در عمل هر فرهنگ و ملیتی فارغ

از منازعات موجود، بر حسب چارچوب‌های ارزشی و اخلاقی خاص خود رفتار کند. البته بدیهی است که در این تصمیم‌سازی، نحوه تعامل بین محققان و متخصصان عرصه‌های ذی‌ربط (ژنتیک اخلاق پزشکی، حقوق و...) با سیاست‌گذاران نظام سلامت (و در کشورهایی هم‌چون ایران که شریعت اولویت و حاکمیت دارد، نحوه عرضه و ارائه موضوع به محضر مراجع عظام) نقشی اساسی دارد.

## چالش‌های اخلاقی پیش روی Nanomedicine

دکتر نسیم عالی دایی، دکتر نازآفرین قاسم‌زاده،

دکتر سحر زرین، دکتر سارا حسینی

کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

**مقدمه:** مهندسی و علم در مقیاس نانو یک بخش پویا از علم و تکنولوژی است که با فیزیک، شیمی، بیولوژی، فناوری اطلاعات، بیوتکنولوژی و پزشکی ارتباط دارد. استفاده نانوبیوتکنولوژی در پزشکی، nanomedicine نامیده می‌شود. بنابراین، nanomedicine شاخه نوینی از نانوتکنولوژی است که به مداخلات اختصاصی‌تر پزشکی در مقیاس مولکولی برای اهداف درمانی (شامل درمان بیماری‌ها یا ترمیم بافت‌های تخریب‌شده) و ایجاد روش‌های تشخیصی برای کنترل سریع، درمان‌های هدف‌دار سرطان، تحویل موضعی دارو، داربستی برای مهندسی بافت و سیستم تحویل ژن می‌پردازد که در این رهگذر می‌تواند تهدیداتی برای امنیت بین‌المللی ایجاد نماید و از موانع کلیدی این تکنولوژی مخالفت اجتماعی و اخلاقی و اثرات غیر عمدی زیست محیطی است.

**بحث و نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد که طی دو دهه آینده صنعت نانوبیوتکنولوژی و پیشرفت‌های منحصر به فرد آن، باعث تحول علم پزشکی و ارتقا سلامتی می‌گردد. این تکنولوژی می‌تواند تحولاتی در درمان بیماری‌هایی نظیر سرطان، دیابت، پارکینسون، آلزایمر، بیماری‌های قلبی و عروقی، التهابی یا عفونی ایجاد کند. تراشه‌های مغزی و implantها بخشی از نوآوری‌های جدید فناوری نانو هستند که می‌توانند پیامدهای اخلاقی مختص خود را به دنبال داشته باشند.

همان‌طور که هر تکنولوژی جدیدی نوآوری‌هایی به همراه دارد، نانوتکنولوژی احتمالاً توانایی‌های جدید و غیرقابل پیش‌بینی زیادی دارد که ممکن است در رویارویی با اخلاق قرار گیرند. همانند بحث عموم راجع به مزایا و مضرات نانوتکنولوژی مناظره‌ای در حیطه اخلاق پزشکی آغاز شده است. برخی مطالعات نشان داده‌اند که تکنولوژی به خودی خود خنثی است، اما بسته به استفاده جامعه از آن می‌تواند مفید یا مضر باشد.

در این مقاله اشاره می‌گردد که هم‌زمان با پیشرفت Nanomedicine، اخلاق و سیاست در جهت محدود کردن آن قرار گرفته است و لذا تأکید می‌نماید که می‌باید به‌طور جدی جنبه‌های اخلاقی، علمی، اجتماعی و قانونی Nanomedicine در جهت کاهش تأثیرات منفی آن در محیط، سلامتی

عمومی و همچنین جلوگیری از واکنش‌های شدید عمومی تحت نظارت قرار گیرد.

به هر حال، پیش‌گویی دقیق درباره تأثیرات فناوری نانو روی بشریت دشوار است. یکی از این نگرانی‌ها در رابطه با این مسأله، جهت‌گیری این علم است:

- نانوتکنولوژی به کدام سو پیش می‌رود و نتایج حاصل از آن چیست؟
- چه کسی باید به آن دسترسی داشته باشد و آن را کنترل کند؟
- چه کسی در معرض خطر است و چه کسی از آن سود می‌برد و نانو چگونه روی ابعاد سیاسی، اجتماعی و اخلاقی در جامعه تأثیر می‌گذارد؟

بنابراین، ضروری به نظر می‌رسد که یک چهارچوب صحیح قانونی و اخلاقی برای کاربرد نانوتکنولوژی به‌منظور استفاده در مراقبت‌های سلامتی ایجاد شود. همچنین پذیرش یک رویکرد احتیاطی بر پایه استفاده از اطلاعات علمی معتبر به‌منظور کاهش خطر توصیه می‌گردد.

## قدرت درمانی سلول‌های بنیادی در درمان DM: ملاحظات اخلاقی

دکتر محسن خوش‌نیت نیکو M.D

مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

بر اساس گزارشات اخیر، یکی از روش‌های درمانی امیدبخش، می‌تواند به کارگیری سلول‌های بنیادین، یعنی سلول‌های شبه‌جزیره‌ای تفکیک‌ناپذیر که علایم دیابت را در موش کاهش می‌دهند، باشد. با این حال، یک مورد اخلاقی مطرح می‌گردد: سلول بنیادین را می‌توان از منابع گوناگون، از جمله بافت بالغ، به‌دست آورد. ولی خالص‌ترین منبع سلول‌های بنیادین، بالاترین قدرت درمانی جنین در مرحله آغازین است. فرآیند به‌دست آوردن سلول‌های بنیادین، موجب تخریب جنین می‌گردد. آیا جنین انسان، از وضعیتی اخلاقی که تجویز کننده تخریب آن، بدون توجه به مزایای بالقوه آن، باشد برخوردار است؟ در این صورت، آیا هنوز، روش‌هایی برای تحقیق بر سلول بنیادین که هم علمی و هم مجاز باشد، وجود دارد؟ جنین جزء انسانی بی‌همتایی است که هویت بیولوژیکی آن در لحظه لقاح، مشخص می‌گردد. تمامی انسان‌ها، دارای حقوق اولیه‌ای مثل حق حیات و

یک پارچگی فیزیکی، که از هر شرافت ذاتی انسانی به‌عنوان افرادی سهیم در طبیعت مشترک انسان جاری می‌گردد و با تمامی انسان‌ها باید به‌روش اخلاقی برابری برخورد گردد. هیچ منفعت درمانی نمایش داده‌شده‌ای که می‌تواند ناشی از بهره‌گیری از سلول‌های بنیادین جنین باشد، نمی‌تواند بر ضرر بلافاصله (مرگ) آن برای جنین انسان، در هنگام استخراج سلول بنیادین، فراتر رود. بنابراین، تحقیقات مربوط به کسب سلول‌های بنیادین از جنین زنده انسان، حتی اگر منافع ناشی آن از هیچ طریق دیگری قابل حصول نباشد، از لحاظ اخلاقی، غیر قابل قبول است. روش‌های علمی اخلاقی دیگری در مورد تحقیقات در زمینه سلول بنیادین وجود دارند که ظاهراً مقدمه بزرگی برای درمان نهایی DM به شمار می‌رود که استفاده از سلول بنیادین، نمونه‌ای از آن است.

## تعریف E-Topia: ظهور مباحث خصوصی بودن اینترنتی و چالش‌های

موجود بر سر راه حفاظت از اطلاعات (سلامت) ژنتیکی

دکتر بیتا امانی

دانشگاه کویین، دانشکده حقوق

حفاظت از اطلاعات مربوط به سلامت پزشکی، با توجه به ظهور تکنولوژی‌های اینترنتی و ژنتیکی، چالشی روزافزون به‌شمار می‌آید. از آغاز ظهور ارتباط از راه دور و تبدیل دانش و اطلاعات، تمامی حدود ژئوپلیتیکی و موانع زمان و فضا از میان برداشته شده است. استفاده از چنین ارتباطاتی، تحت‌الشعاع نگرانی‌های مربوط به سری بودن و دسترسی غیر مجاز به محتوای آن قرار دارد. تکنولوژی‌های نو، به وجودآورنده چالش‌های جدیدی در ایده خصوصی بودن هستند، با این‌که قوانین مفهومی که بر این موضوع حاکم هستند، حداقل در کانادا، متعهد به هیچ‌گونه ابزار منسجم منفرد از مفهوم «سری بودن» نمی‌گردد. اطلاعات ژنتیکی، سری‌ترین نوع از اطلاعات بهداشتی و بیوگرافیکی به‌شمار می‌روند. طراحی و ثبت اطلاعات ژنتیکی، مسائلی چون تشخیص، بهره‌برداری و مزاحمت بالقوه و دسته‌بندی اجتماعی از جمع‌آوری، ذخیره و دسترسی به این

نوع اطلاعات را مطرح می‌کند. ساختار اینترنت گنجایش و سرعت آن برای یادآوری، تجمع و ارجاع با دیگر داده‌های شخصی، همراه با اطلاعات کاملاً خصوصی و بسیار حساس موجود در DNA ما، منجر به چالش‌های فراوانی در زمینه سری بودن شده است که تعهد ما به حمایت از آن را مورد سؤال قرار می‌دهد. با تکنولوژی نوین، دسترسی مشروح‌ترین اطلاعات، نه تنها، در زمینه وجود فردی ما، بلکه عضویت خانوادگی و اجتماعی نیز ممکن است. علاوه بر این، این اطلاعات به‌طور روزافزون و به‌طور الکترونیکی در بانک‌های اطلاعاتی ذخیره شده و چالش‌های تنظیم کننده جدیدی را برای قانون‌گذاران، وکلا، قضات، دانشمندان، متخصصان اخلاق، فن‌مدارها و به‌طور کلی عموم، براساس «تهدید همیارانه سری بودن» ایجاد می‌کند. این تهدید، بر اثر بازار ژنتیکی که به‌طور مستقیم در دسترسی مصرف کننده است و ایجاد پروفایل‌های اینترنتی که همواره در دسترس هستند، وخیم‌تر شده است. در چنین شرایطی، «آیا حفظ سری بودن در اطلاعات ژنتیکی شایسته برخوردی ویژه و منفک از جست‌وجوهای اخلاق سنتی برای حفظ سری بودن و محرمانه بودن اطلاعات پزشکی خواهد بود و آیا حکم قانونی عمومی دریافت خواهد کرد؟ ایران چه درس‌هایی می‌تواند از تجربه کانادایی در برخورد با این نوع موارد بیاموزد؟»

## تحقیقات بر سلول‌های بنیادی جنینی در ایران و ملاحظات اخلاقی

دکتر منصوره صنیعی، ریموند داوریس

موفقیت‌های چشم‌گیر در پزشکی ريجنريت برگرفته از شبیه‌سازی درمانی، امید در درمان بیماری‌های لاعلاج را افزایش داده است. این در حالی است که استفاده از سلول‌های بنیادی جنینی در این تکنیک، از یک سو پرسش‌های فراوانی در مورد زندگی انسان و زمان شروع فردیت وی را مطرح می‌نماید و از سوی دیگر موضوع مسئولیت در تسکین رنج بشری را به میان می‌آورد، که ورای مفاهیم مرسوم ماهیت بشری است. بی‌شک، در کشورهای مختلف استدلال‌های متفاوتی در این زمینه به بحث گذارده می‌شود که از تعالیم مذهبی، نگرش‌های اخلاقی و البته فرهنگ‌های خاص در منطقه تأثیر گرفته است. این مقاله تلاش می‌نماید تا با ارائه مطالبی در خصوص روند علمی این پیشرفت مهم و هم‌چنین تدوین راه کارهای مذهبی اخلاقی در اجرای تحقیقات سلول‌های بنیادی در ایران، چگونگی شکل‌گیری و تأیید این پژوهش‌ها را در کشور نشان دهد.

## بیوانفورماتیک و ملاحظات اخلاقی آن

دکتر سحر زرین، دکتر ناز آفرین قاسم‌زاده، دکتر نسیم عالی دایی

کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

**مقدمه:** بیوتکنولوژی می‌رود تا در مدت کوتاهی نحوه زیست بشر را دگرگون کند. تحولی که حتی مخالفان نیز نتوانسته‌اند آن را انکار و همه ابعاد آن را نفی کنند. و قطعاً بیوتکنولوژی در سال‌های آتی نقش حیاتی‌تری در امنیت غذایی، دارویی و نظامی جهان ایفا خواهد نمود و برجسته‌ترین نقش آن در عصر حاضر خدمت به ارتقاء سطح سلامت بشر است. یکی از ابزارها و شاخه‌های بیوتکنولوژی که اخیراً به شکوفایی رسیده، بیوانفورماتیک است. در واقع، بیوانفورماتیک عرصه جدیدی است که به دلیل نیاز به توانایی محاسبه جهت کمک به سازماندهی، آنالیز و ذخیره اطلاعات زیستی ایجاد شده است.

انواع اصلی اطلاعات زیست شناختی که در بیوانفورماتیک مورد نظر است،

شامل اطلاعات مربوط به توالی DNA و پروتئین‌هاست. همچنین نقش مهمی در تکامل و توالی‌یابی DNA، ژنوم انسانی، ژنوم‌های پروکاریوتی، بیماری‌های

ژنتیکی، ژن‌های سرطان، پروژه ژنوم انسانی، ژنومیک و پروتئومیک دارد و در نهایت نقش بسزایی در ژن‌درمانی و کلونینگ ... دارد. هدف این اطلاعات پیش‌بینی ساختار و عملکرد از روی داده‌های توالی است تا معالجات پزشکی توسعه یافته و داروها به سرعت طراحی شوند که در کلیه این موارد بحث‌های اخلاقی، حفظ حریم، رضایت آگاهانه و عوارض اجتماعی در خصوص محققان، حقوق‌دانان و تأمین‌کنندگان امنیتی مطرح می‌گردد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** از آنجایی که در داده‌های ژنتیک (ژنومیکس، پروتئومیکس و مواد بیولوژیک) به‌طور بالقوه اطلاعاتی وجود دارند، پس می‌توانند مورد سوء استفاده قرار گیرند که این اطلاعات مسائل اخلاقی را در استفاده از اطلاعات ژنتیکی توسط آژانس‌های دولتی، انستیتوهای پزشکی و شرکت‌های بیمه ایجاد می‌کند. از طرفی، ذخیره‌سازی نمونه‌های DNA و اختلاف نظر در مورد وضعیت و مالکیت DNA از عمده‌ترین مسائل مورد اختلاف نظر در قوانین و بیانیه‌های اخلاقی است.

تکنولوژی‌های ژنومیک جوانب اخلاقی و قانونی بسیار دارد که مواردی مربوط به انواع داده‌های پزشکی و مواردی به‌طور ویژه مربوط به داده‌های ژنومیک است و

به منظور حل چالش‌های اخلاقی و حقوقی و حفظ امنیت تکنولوژی‌های اطلاعاتی، اخذ رضایت هنگام جمع‌آوری‌های داده‌های اضافی و رازداری زمان نگهداری این داده‌ها پیشنهاد شده است.

احترام به اتونومی، جسم انسان و رازداری از اصول اخلاقی بانک‌های زیستی است. نگرش‌های متفاوت کشورها در این زمینه، مسائل اخلاقی جدیدی را مطرح نموده که در هر کشوری متفاوت است.

تأکید بر مالکیت اطلاعات ژنتیکی، حفاظت از حریم خصوصی، اتونومی افراد و سودرسانی از مسائل مهم مطرح در تحقیقات ژنتیکی است که رضایت آگاهانه و رازداری از مکانیسم‌های محافظتی این حقوق است.

در حال حاضر، در اکثر مطالعاتی که بر روی تکنولوژی DNA، بانک‌های زیستی، برنامه‌های بیولوژیکی، تحقیقات ژنتیکی و پروژه ژنوم انسانی انجام می‌گیرد، چالش‌های اخلاقی، حقوقی و اجتماعی را مطرح می‌نماید. لذا این مقاله مباحثی از قبیل: «صحت و خطای اطلاعاتی»، «کاربردهای مناسب»، «استفاده‌کنندگان اطلاعات وراثتی» و «حفظ حریم خصوصی و رازداری» در حوزه بیوانفورماتیک را باعث تعادل این علم معرفی نموده و از طرفی تدوین آیین‌نامه‌های اجرایی اخلاقی - حقوقی را راه حل مناسبی در این مقوله دانسته است. بنابراین،

پیشنهاد می‌گردد در کشور ما نیز با استفاده از منابع غنی مذهبی، اصول راهنمای اخلاقی کاربردی در بیوانفورماتیک تدوین و ارائه گردد تا با مدیریت خطرات آن عوارض اجتماعی، اخلاقی و قانونی آن کاسته شود. در این مطالعه سعی گردیده است تا با بررسی منابع بین‌المللی و تأکید بر دیدگاه‌های فقهی و قانونی کشورمان، یک‌سری استانداردهای اخلاقی مبتنی بر اصول فوق، برای محققان و دوره‌های آموزشی بیوانفورماتیک پیشنهاد گردد.

## اخلاق و دوپینگ ژنتیکی

علی اصغر فلاحی<sup>۱</sup>، هاشم پیری<sup>۲</sup>، دکتر داریوش فرهود<sup>۳</sup>

۱- کارشناس ارشد فیزیولوژی دانشگاه تهران

۲- کارشناس ارشد حرکت اصلاحی و آسیب‌شناسی ورزشی دانشگاه تهران

۳- استاد ژنتیک پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

با وجود تلاش‌های فراوان صورت‌گرفته از سوی مجامع بین‌المللی و کمیته جهانی مبارزه با دوپینگ (wada) در زمینه مبارزه با دوپینگ، با پیشرفت تکنولوژی و دستیابی علوم مختلف به‌ویژه پزشکی به فناوری‌های مدرن و کشف راه‌ها و روش‌های مختلف درمانی، رده جدیدی از دوپینگ با نام دوپینگ ژنی در جوامع ورزشی شیوع پیدا کرده است که مباحث اخلاقی جدیدی را برای ورزش، مسابقات ورزشی و مجامع ضد دوپینگ به وجود آورده است. با کامل شدن پروژه ژنوم انسانی و کشف تعداد زیادی از ژن‌ها، زمینه درمان بسیاری از بیماری‌های لاعلاج با استفاده از فناوری ژن‌درمانی به وجود آمده است. ولی در کنار پیشرفت‌های صورت‌گرفته چالش‌های اخلاقی متعددی نیز پیدا شده است که از

آن جمله می‌توان تولید نوزادان تغییر یافته ژنتیکی، تغییر ژنتیکی ورزشکاران و دوپینگ ژنی را نام برد که هر کدام از این موارد جدال اخلاقی زیادی را در پی داشته‌اند.

دوپینگ ژنی طبق تعریف کمیته جهانی ضد دوپینگ یعنی استفاده غیر درمانی از سلول‌ها، ژن‌ها، اجزای ژنتیکی، یا تعدیل بیان ژنی که از طریق آن‌ها ظرفیت ورزشکاران برای انجام اجزای ورزشی بهبود یابد. امروزه، مشخص شده است که ژن‌های متعددی با اجرای انسانی مرتبط (حدود ۹۰ ژن) هستند که با توجه به گستره ورزش و علاقه روزافزون جهانی به آن استفاده از این ژن‌ها به منظور دوپینگ ژنی دور از انتظار نیست. البته از تکنولوژی ژنی می‌توان بهره‌های ارزشمندی نیز برد. مثلاً برای درمان آسیب‌های ورزشی شدیدی که می‌تواند باعث کناره‌گیری ورزشکار از صحنه ورزش شود می‌توان از تکنولوژی ژنی استفاده کرد. در مجموع، مباحث و محدودیت‌های اخلاقی متعددی پیش روی مجامع ورزشی است که از آن میان می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- آیا باید مطلقاً دستکاری ژنی در ورزشکاران ممنوع شود؟
- آیا باید استفاده از آن در ورزشکاران فقط برای بهبود از جراحت یا بیماری‌های خاص مجاز باشد؟

• آیا با در نظر گرفتن کشف و تشخیص بسیار مشکل دوپینگ ژنی در آینده

ماهیت و حقیقت ورزشی زیر سؤال نمی‌رود؟

• آیا باید ورزشکاران تغییر یافته از نظر ژنتیکی را از رقابت‌های ورزشی محروم

کرد یا برای آن‌ها مسابقاتی جداگانه ترتیب دارد؟

• و ....

این مقاله سعی دارد تا به بررسی و توضیح مباحث اخلاقی و بررسی برخی از

سؤالات اخلاقی در زمینه دوپینگ ژنی بپردازد.

واژگان کلیدی: دوپینگ ژنتیکی، اخلاق، ورزشکاران

## آزمایش‌های ژنتیکی پیش‌بینی‌کننده بیماری‌ها :

### چالش‌های اخلاقی و راه‌های مقابله

دکتر محمدحسین شجاع‌مرادی<sup>۱</sup>، دکتر کیوان مجیدزاده<sup>۲</sup>

۱- گروه پژوهشی ژنتیک سرطان پستان، جهاد دانشگاهی علوم پزشکی تهران

۲- رزیدنت بیوتکنولوژی، انستیتو پاستور ایران- گروه پژوهشی ژنتیک سرطان پستان،

جهاد دانشگاهی علوم پزشکی تهران

**مقدمه:** ژن‌ها از مهم‌ترین عواملی هستند که خصوصیات بیولوژیک هر فرد را تعیین می‌کنند. امروزه، با پیشرفت‌هایی که در علم ژنتیک حاصل شده است، می‌توان ژن‌های زمینه‌ساز برخی از بیماری‌ها را مشخص نمود. بدین ترتیب، افراد به‌ظاهر سالمی شناسایی می‌شوند که حامل ژن زمینه‌ساز بیماری هستند و ممکن است در آینده دچار آن شوند.

---

1 - mh\_shoja@yahoo.com

**روش تحقیق:** این بررسی نوعی مطالعه مروری است که با مراجعه به کتب و مجلات معتبر علمی انجام شده است.

**یافته‌ها:** انجام آزمایش‌های ژنتیکی پیش‌بینی‌کننده از لحاظ جنبه‌های تشخیصی بسیار سودمند به نظر می‌رسد، ولی چالش‌های اخلاقی زیادی پیرامون آن مطرح است که مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از:

۱. **فقدان روش‌های پیش‌گیری و درمانی مناسب:** با انجام آزمایش‌های پیش‌بینی‌کننده می‌توان احتمال ابتلا فرد به یک بیماری خاص را سال‌ها قبل از پیدایش آن مطرح کرده، اگرچه در بسیاری از موارد نمی‌توان مانع ابتلا فرد به بیماری شد و هم‌چنین ممکن است درمان قطعی برای آن وجود نداشته باشد.

مطرح کردن احتمال ابتلاء به یک بیماری خاص بدون آن‌که روشی مناسب برای پیشگیری و درمان آن وجود داشته باشد چه فایده‌ای دربردارد؟ و آیا آزمایش‌های ژنتیکی پیش‌بینی‌کننده باید محدود به بیماری‌هایی شوند که در حال حاضر قابل پیش‌گیری و درمان هستند؟

۲. **مشکلات روانی:** در فردی که به‌ظاهر سالم است، انجام آزمایش‌های پیش‌بینی‌کننده و مطرح کردن احتمال ابتلا به یک بیماری خاص در آینده

تبعات روانی زیادی را به دنبال دارد. در این شرایط ممکن است فرد تصور کند که واقعاً بیمار است و دچار اختلالاتی نظیر اضطراب و افسردگی شود. فرد واجد ژن معیوب از نظر سلامت چه وضعیتی دارد؟ آیا او را باید سالم، فعلاً سالم تا زمان بروز علائم، بیمار یا بیمار بدون علامت در نظر گرفت؟

۳. **محرمانه بودن:** با افشای نتایج آزمایش‌های پیش‌بینی‌کننده ممکن است به فرد در جامعه برچسب بیماری زده شود. همچنین افشای نتایج این آزمایش‌ها می‌تواند در امور اجتماعی نظیر پوشش بیمه‌ای و استخدام فرد مشکل ایجاد کند. یافتن ژن زمینه‌ساز بیماری در یک فرد ممکن است نشانگر آن باشد که سایر افراد خانواده نیز در معرض خطر هستند.

آیا در این شرایط می‌توان نتایج آزمایش‌های ژنتیکی را در اختیار دیگران گذاشت؟

۴. **عدم دسترسی همگانی:** آزمایش‌های ژنتیکی گران و پرهزینه هستند و تنها در مراکز محدودی انجام می‌شوند. همانند سایر خدمات بهداشتی انجام این آزمایش‌ها نیز باید برای همگان میسر باشد تا عدالت رعایت گردد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** مهم‌ترین راه‌کار مقابله با این چالش‌ها ارائه مشاوره‌های لازم به فرد است تا وی به‌صورت آزادانه و با آگاهی کامل در مورد انجام آزمایش‌های پیش‌بینی‌کننده تصمیم‌گیری کند.

در مشاوره‌های قبل از انجام آزمایش موارد زیر بایستی لحاظ گردد:

- ۱- مشخص ساختن انگیزه فرد از انجام آزمایش ژنتیکی
  - ۲- مشخص ساختن باورهای غلط پیرامون آزمایش‌های ژنتیکی پیش‌بینی‌کننده، مثلاً این که انجام آزمایش ژنتیکی باعث پیش‌گیری از بیماری می‌شود.
  - ۳- توضیح نتایج احتمالی حاصله و این که یافتن ژن معیوب الزاماً به معنی ابتلا به بیماری نیست.
  - ۴- توضیح عواقب روانی، خانوادگی، اجتماعی و اخلاقی ناشی از انجام آزمایش‌های ژنتیکی پیش‌بینی‌کننده.
- در مشاوره پس از انجام آزمایش باید در مورد نتیجه آزمایش و مراقبت‌های پزشکی که ممکن است بر اساس آن لازم باشد توضیح داده شود.

## مفهوم، محدوده و ساختار خانواده در شبیه‌سازی انسان

دکتر عبدالحسن کاظمی<sup>۱</sup>

هیأت علمی و عضو شورای پژوهشی مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی دانشگاه

علوم پزشکی تبریز

**زمینه و هدف:** اظهار نظر افراد بصیر در زمینه مهندسی ژنتیک و بیولوژی مولکولی همراه با انتشار اخبار علمی مبهم در زمینه شبیه‌سازی انسان، موضوع شبیه‌سازی انسان را به امری محقق و یا حداقل قابل تحقق تبدیل نموده است؛ به‌ویژه آن‌که تجربیات محقق در زمینه شبیه‌سازی موجودات پستاندار در آزمایشگاه‌های تحقیقاتی متعدد، تقریب شبیه‌سازی انسان به واقعیت را گوشزد می‌نماید و بر این مبنا توجه به مفهوم، محدوده و ساختار خانواده در صورت تحقق شبیه‌سازی انسان ضروری به‌نظر می‌رسد.

**روش کار:** در جامعه بشری، روابط زن و شوهری، پدر و فرزندی، مادر و فرزندی، خواهر - برادری و سایر روابط خویشاوندی (خاله، عمه، دایی، عمو و

---

1 - Hassan5628@yahoo.com

فرزندان آن‌ها) بر مبنای تبادل مشروع ماده ژنتیکی مابین مذکر و مؤنث استوار شده و زیست و تربیت مشترک نیز از ارکان تداوم، استحکام و تعمیق روابط خانوادگی محسوب می‌گردد. هر چند که مناقشات فراوانی در مورد میزان و نوع تعلق فرزندخوانده‌ها در طول حیات جامعه بشری وجود داشته است، ولی در افراد حاصل از شبیه‌سازی و متعلق به یک کلون، میزان و نحوه تعلق انسان‌های یک کلون به صاحبان اولیه سلول‌های جنسی نر و ماده و ارتباط خانوادگی فرزندان یک کلون به صاحب رحم اجاره‌ای (Surrogacy) نیز جای تأمل فراوان دارد، ضمن آن‌که روابط خواهر، برادری و خواهر و برادری و هم‌چنین برادر یا خواهر زادگی، عموزادگی و خاله زادگی و ... نیز محل تأمل هستند.

**نتایج:** تردید در احتساب ماده ژنتیکی یا رحم اجاره‌ای به‌عنوان مبنای تنظیم روابط ابویت و خانوادگی یا سهم منتسب به هر یک از آن‌ها، موجب مباحث ارزشی، اخلاقی، اجتماعی و فرهنگی عدیده‌ای خواهد بود و در این میان در صورت عدم نیاز به رحم اجاره‌ای در صورت امکان پرورش کامل زیگوت یا سلول تخم در رحم مصنوعی، در آینده مباحث جدیدتری را مطرح خواهد نمود. در این میان، گمنام ماندن اهدا کنندگان اسپرم یا تخمک بر صعوبت موضوع خواهد افزود و مفهوم و شالوده موضوعی به‌نام خانواده و روابط نسبی را در جامعه بشری دگرگون خواهد کرد، به‌ویژه آن‌که گاهاً مباحثی در زمینه شبیه‌سازی انسان صرفاً

بر مبنای پتانسیل ژنتیکی دو هسته‌ای سلولی از یک فرد نیز مطرح می‌گردد که یکی از ارکان مفهوم خانواده یعنی پدر یا مادر را نیز از ریشه تولد یک انسان شبیه‌سازی شده حذف می‌نماید و برای نسل حاصل از یک کلون فقط پدر یا فقط مادر را به‌عنوان صاحب اولیه ماده ژنتیکی منظور می‌سازد.

**بحث:** به‌نظر می‌رسد که مفهوم و شالوده موضوعی به‌نام خانواده و روابط نسبی در انسان‌های شبیه‌سازی شده، محتاج تأملی جدی و دوراندیشانه توأم با حزم و احتیاطات چندجانبه است.

**واژگان کلیدی:** شبیه‌سازی، خانواده، روابط نسبی







**Embryonic Stem Cell Research in Iran: Status and Ethics****Mansoorreh Saniei<sup>1</sup>****Centre for Biomedical Ethics and Law**

The great successes in regenerative medicine by therapeutic cloning give rise to high expectation for treatment of incurable diseases. But using embryonic stem (ES) cells for reaching this purpose raise new questions about protection of human life and as a result, the beginning of human existence which go beyond traditional concepts of human nature and also responsibility to alleviate suffering of humankind. Definitely, different arguments concerning therapeutic cloning as well as stem cell research in different countries are influenced both by religion and bioethical attitudes which dominate in specific cultures. This article aims to show how the traditions shape stem cell research in Iran. To do so I give a detailed account of the earlier developments of regulations on embryo research and the specific scientific advances made in Iran.

**Keywords:** Embryonic Stem Cells, Ethics, Science, Religion, Islam, Culture, Iran

---

1 - saniee50@yahoo.com

collection, storage, and access to this type of data. The architecture of the internet, its capacity and speed for recall, aggregation, and cross-reference with other personal data, in tandem with the uniquely personal and highly sensitive information contained in our DNA raises unique privacy challenges that interrogate our commitment to its protection. The new technology provides the most detailed data not only on our individual being but also on our familial and community membership. Moreover, it is increasingly stored electronically in data banks creating new regulatory challenges for legislators, lawyers, judges, scientists, ethicists, technocrats, and the public in general based on the *synergistic threat to privacy*. This threat is exacerbated by direct-to-consumer genetic test marketing and the internet facilitated creation of identity profiles, effectively permanent and remotely accessible. In such a context, does the protection of privacy in genetic information merit special treatment distinct from traditional ethical pursuits for protecting privacy and confidentiality in medical health information and does it mandate a public regulatory response? What lessons can Iran learn from the Canadian experience in grappling with these issues?

**Defining E-Topia: Emerging Internet Privacy Issues and  
the Challenge Posed to Protecting Genetic (Health)**

**Information**

Bitá Amani<sup>1</sup>

Queen's University, Faculty of Law Macdonald Hall

Protecting medical health information is a growing challenge given the emergence of new genetic and internet technologies. Telecommunications has since its inception been the technological tool used to revolutionize and facilitate communication and transfer of knowledge and information, transcending all geopolitical boundaries and overcoming barriers in time and space. The use of such communication has been eclipsed by privacy concerns over unauthorized access to its content. New technologies raise significant challenges to the idea of privacy even though conceptually laws governing privacy, at least in Canada, are not committed to any singular coherent articulation of what is meant by the idea of *privacy*. Genetic information is considered to be the most personal type of biographical and health information. Mapping and recording genetic information raises issues of potential intrusion, exploitation, discrimination, and social sorting from the

---

1 - amanib@queensu.ca

infiltrative are the genetic data affecting different levels from individual to social.

Management, preservation and classification of this data whether acquired through therapeutic or research analysis has also led to a series of challenges as much as they can be misused for insurance, employment, marriage and other purposes.

**"GenEthics": Ethical Issues in Medical Genetics**

Javad Tavakkoly Bazza

Medical Geneticist, Endocrinology & Metabolism Research  
Center (EMRC)

Since "Medical Genetics" is inevitably dealing with extraction and manipulation of "genetic information" in daily practice, it has given rise to a large debate and caused controversies about its ethical and legal concerns.

"Prediction" of development of a particular trait or disease (regardless of its probability), along with its "diagnostic" and "Prognostic" potentials reveal that the application of genetic data in clinical practice is quite extensive. The significance and importance of genetic data is also attributable to its "unchangeable" nature and its permanence and validity throughout the human life. This is contrary to typical "medical data" which may lose their value noticeably after treatment and / or removal of the disease. "generalization ability" of the genetic data from pro-band to other members of the family and even to genealogical relatives reflects how comprehensive and

nature, all living human beings must be regarded as persons and treated in a morally equivalent manner. No projected therapeutic good that may come from the use of embryonic stem cells can outweigh the immediate harm (death) to the human embryo when its stem cells are extracted. Therefore research that involves the derivation of stem cells from living human embryo is morally unacceptable, even if the projected benefits can be gotten in no other way. Other ethically viable avenues of stem cell research do exist that appear to hold great promise for the eventual treatment of DM, including the use of adult stem cells.

**Therapeutic Potential of Stem Cells in the Treatment of DM:****Ethical consideration**

Mohsen Khoshniat

Medical ethics research center of TUMS

Recent reports suggest that one of the most promising potential treatment may come from the use of stem cells, undifferentiated islet- like cells that reduce diabetes symptom in mice. There is one ethical catch, however: stem cell can be derived from a number of sources, including adult tissue, but the purest source of stem cells with greatest therapeutic potential is early- stage embryo. The process of deriving stem cells destroys the embryo. Dose the human embryo have moral status that would proscribe its destruction, regardless of the potential good that might be achieved? If so, are there still avenues of stem cell research that are both scientifically viable as well as morally permissible? An embryo is a unique human entity whose biological identify is determined from the moment of fertilization. All human persons possess certain basic rights including the right to life and physical integrity, flow from each human person's intrinsic dignity as sharers in a common human

What is it that makes life worth living? Should we continue to seek to extend our lives? How will we justify the privacy issues or use of this technology by mmilitary/terrorists? How will we deal with the Intellectual Property Rights issues?

Since abandoning the idea of progress on behalf of the apocalyptic and nightmarish presentation of the risks associated with this technology is to abandon also the ideals of justice and equality' (Apel & J. Habermas), we 'don't want science to slow down, but ethics to catch up.'(Peter Singer). However, technology should consider the larger society's needs and values, and make itself more humanized.

**Ethics of Nano-Biotechnology**

Regi M Cherian

European Union Erasmus Mundus Master of Bioethics

University of Linköping Sweden

Are the “self-replicating molecular assemblers” possible? I think we don’t necessarily have to answer this Drexler-Smalley debate, to develop the ethics of nanobiotechnologies. Because, even without these nanoassemblers, it would be more efficient for nanotechnologies to develop molecular manufacturing of various products.

However, the societal dimension to nanobiotechnologies reminds us that the values and goals of the inventor should be close to those within the society for a technology to be welcomed. So we ask: Is nanobiotechnology a product of widely shared values of society as a whole, or only of the elite? And what world views will nanotechnology come to express, and driven by what notions of human being and progress? And how will you tackle the human responsibility, identity issues raised by the human-machine interface? Can the technologies devised for therapeutic interventions be used for enhancement purposes?

**Ethical Issues in Medicine & Biology**

Daryoush Farhoud

Tehran University of Medical Sciences

**Hippocrates**, known as the father of medicine, with arranging an **oath**, added a great deal of moral values to this field.

Regulations and guidelines in ancient Iran, before **Hippocrates**, were carried out with high resemblance. In the 4<sup>th</sup> century Hegira ( 10<sup>th</sup> century AD ), the " **Ahvazi Exhortation** " was inspired by the Iranian exhortations before Islam, and written by **Ali ben Abbas Magusi**

( **Magian** ) **Ahvazi**.

In 1803 AD, Thomas Percival published his book on " Medical Ethics " and in 1847 AD, during the first session of American Medical Association in Philadelphia, the laws of medical ethics was passed.

**Wester Mark** published his books concerning the **formation of ethical visions** in 1906 and 1907.

The **World Health Organization** has provided medical genetic guidelines in 1995, 1998; and finally in 2001 four principles of **Autonomy, Beneficence, Non-malficence** and **Justice** have been extensively discussed in providing medical services.

**Keywords:** Medical Ethic, Genetical Ethics, Iranian Medical Ethics

146 family members believe that telling the truth to the patients improve the treatment results.

**Conclusion:** Our findings indicated that most patients and family members want to be informed about diagnosis, while some of them achieved this aim. The present study suggests that physicians should respect the patients and their family standpoint because patients have the right to know about their own condition and the physicians should first provide the diagnosis of the disease to their patients.

153(61.2%) female, with  $47.88 \pm 15.13$  mean age. 227 patients (90.8%) want to be informed of their disease diagnosis while just 98 patients (38.8%) said that physicians informed them completely. 153 family members (61.2%) believe that patients should know the truth but 71 of them (28.4%) did not have the same regard. 115 patients (46%), were satisfied of physician's information. Maximum satisfaction has seen among uneducated patients (54.3%) and minimum satisfaction has seen among high educated patients (40%), there were not statistically significant differences. Satisfaction among patients with high income, was significantly more than others ( $p=0.01$ ).

21 patients (8.4%) tried to get more information from another ways except physicians in charge. Data analysis show that all of the high educated patients used at least one of another ways to get more information about diagnosis ( $p=0.00$ ), and they significantly were the most patients that used internet ( $p=0.00$ ). 205 family members (82%) wanted to know the truth if they affect by cancer in the future. 221 family members (88.4%) think that physicians should inform the patients with all of details. 116 family members (46.4%) said that the physicians should get the family permit to inform patients.

**A Survey of Cancer Patients and Their Families****Attitude toward Informing Patients about Their Real Disease**

Mahdi Aghili, Yalda Adili, Ali Kazemiyan

**Objective:** Most physicians and patients now accept as ethical the proposition that patients are entitled to know their diagnosis. The aim of this study was to determine what proportion of cancer patients and their families know the diagnosis and investigate different attitudes of patients and families toward informing patients about their real disease.

**Methods:** this is a cross-sectional survey in cancer institute of Imam hospital on cancer patients under follow up and their families. We constructed a questionnaire that included demographic and clinical characteristic and information on attitude toward the disclosure of cancer. The questionnaires answered with face to face interview between, patients, participants from patient's family members, and physician, separately.

**Results:** In the direction of study, 250 cancer outpatients and 250 participants from patients' family members have been interviewed. The patients group consisted of 94(37.6%) male and

symptom control (prevalence: 15–19%) and policies on euthanasia (prevalence: 30–79%). Procedural and technical aspects were a prime focus, while the defining of the specific roles of involved parties was unclear. Little attention was given to exploring ethical principles that question the ethical function of policies. In ethics policies on euthanasia, significant consideration was given to procedures that dealt with conscientious objections of physicians and nurses. Empirical studies about the implementation of ethics policies are scarce.

**Conclusions:** With regard to providing support for physicians and nurses, DNR and euthanasia policies expressed support by primarily providing technical and procedural guidelines. Further research is needed whether and in which way written institutional ethics policies on MELDs could contribute to better end-of-life care.

**Keywords:** Ethics; Organizational policy; Medical end of life decisions; Resuscitation Policy; Euthanasia

**Policies on Medical End-of-Life Decisions**

Nahid Dehghan Nayeri<sup>1</sup>, Somayeh Molaee<sup>2</sup>

1- Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical University

2- Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical University

**Objectives:** The responsibility of healthcare administrators for handling ethically sensitive medical practices, such as medical end-of-life decisions is very important. This responsibility was deal with too many challenges.

The overall aim of this paper is to thoroughly examine the prevalence, content, communication, and implementation of written institutional ethics policies on MELDs by means of a systematic review.

**Methods:** Major databases (Pubmed, Cinahl, PsycINFO, FRANCIS, and et.al) and reference lists were systematically searched for all relevant papers. Inclusion criteria for relevance were that the study was empirically based and that it focused on the prevalence, content, communication, or implementation of written institutional ethics policies concerning MELDs.

**Results:** Our search yielded 19 studies of American, Canadian, Dutch and Belgian origin. The majority of studies dealt with do-not-resuscitate (DNR) policies (prevalence: 10–89%). Only Dutch and Belgian studies dealt with policies on pain and

School of Medicine. One of the challenges we face is how to make such transformative experiences more lasting and also create more sustainability for the places that students visit. Our goal then is to create greater sustainability in these places, while also contributing to the formation of our students. The potential for service learning as a means for refining the necessary skill set for this type of social justice vocational work has yet to be unleashed in its full capacity.

**Preparing Medical Students for the World: Service Learning  
and Global Health Justice**

Kayhan P. Parsi<sup>1</sup>, Justin List<sup>2</sup>

Loyola University Chicago Stritch School of Medicine,  
Neiswanger Institute for Bioethics and Health Policy

Service learning in medical education has arrived. Although service learning has made significant inroads in other areas of health care education<sup>1</sup>, there exists a need for a wider discussion on how service learning functions in medical education, social analysis, and addressing social injustices.

In this article, we define service learning, distinguish it from volunteerism and service in general, and then explore the benefits and potential pitfalls of service learning. We pay particular attention to how service learning may impact medical students' understanding of global health justice. Our view is that such service learning has a profound effect upon many medical students. We hear repeatedly the transformative effect it has upon our students at the Loyola University Chicago Stritch

---

1 - [kparsi@lumc.edu](mailto:kparsi@lumc.edu)

2 - [jlist@lumc.edu](mailto:jlist@lumc.edu)

Achieving justice in organ allocation not only reinforces the public trust to medical community but also increases the overall organ donation which is the rate limiting factor for transplantation. The lack of a universally accepted protocol forces us to have a clear decision making process to clarify the problems and resolve pitfalls of organ allocation. This decision is sometimes of non medical type and help of others could be effective.

**Ethical Considerations in Organ Allocation for  
Transplantation**

Ali Jafarian

Dept. of General Surgery, Liver Transplantation Program, Medical  
Ethics and History Research Center  
Tehran University of Medical Sciences

Organ transplantation is a standard treatment for end stage organ failure which has several ethical and social considerations. Deceased donor organ allocation in the era of organ shortage and rapidly increasing number of recipient is a major ethical problem.

Resource allocation theories are mainly established on the ethical principle of justice and the cost effectiveness issue. There are different definitions for justice in resource allocation including Fairness, Equality and Equity which are mainstay of any decision planning format.

Medical need is the major criterion for receiving an organ but non-medical indications such as age or registration priority are intervening factors that is discussed more. Other problematic cases are retransplantation and allocating an organ to a person with behavioral diseases. Explanation of these viewpoints is coming in details.

spearhead bioethics initiatives at their institutions across the country.

This paper will focus on the Postgraduate Diploma Program in Biomedical Ethics and describe its various features included in the contact sessions and the distance learning components. We will share our experience in setting up and running this innovative program because we feel that our experience can be of benefit to others in the region who wants to set up training programs in ethics for health care professionals.

country to correct this deficiency. Inaugurated in October 2004, CBEC has been working towards promoting bioethics education through regular, organized activities. These include regular seminars, workshops and conferences and short courses. The objective of these varied educational programs is to introduce health care professional and others to this rapidly developing field. However, the “flagship” program of CBEC is the one year duration Postgraduate Diploma in Biomedical Ethics, established in January 2006. This is a composite, part time, on-campus and distance-learning program for mid career individuals in the health care profession who have a desire to acquire knowledge in the field of biomedical ethics who cannot afford to take leave from their professional commitments for an extended period of time to join a full time academic program. This is the only degree program in bioethics to be offered in the country and we have our second class due to graduate in December 2008. The graduates of the Class of 07 have already gone on to establish Ethical Review Committees at their institutions, initiated bioethics education programs for undergraduate medical students, residents and paramedics, establish health care and hospital management related policies for their hospitals and have thus started to make an impact. It is hoped that successive generations of graduates of this program will continue to

**Training Health Care Professionals in Biomedical Ethics  
in Pakistan: An Innovative Program**

Aamir M. Jafarey, Farhat Moazam

Center of Biomedical Ethics and Culture Sindh Institute of  
Urology and Transplantation

Pakistan has 45 medical colleges training physicians for a population of more than one hundred and fifty million people. The Pakistan Medical and Dental Council which is the regulating body for all medical institutions across the country stipulates that ethics should be a part of the medical curriculum, yet with the exception of one or two medical colleges in the private sector, bioethics education has not found its way into the formal medical curriculum. We believe that an important reason for this is a lack of capacity to teach bioethics because only a handful of people have had any kind of formal training in bioethics in the country. Although the last decade has seen an increase in bioethics conferences mainly through personal efforts of a few individuals, there has been no concrete effort to promote bioethics in the country at an institutional level.

Establishment of the Centre of Biomedical Ethics and Culture (CBEC) at the Sindh Institute of Urology and Transplantation, Karachi, a public sector institute was the first initiative in the

study of ethics in pharmacy. Therefore, setting syllabus in pharmacy law and ethics is a need for undergraduate and even postgraduate students. The code, therefore attempts to define principles to be bone in mid. It is the pharmacist who must interpret them in the light of pharmacy practice.

### **Teaching and Learning**

#### **Pharmaceutical Code of Ethics as a Syllabus**

Abbas Shafiee, Hassan Farsam

Faculty of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences Research  
Center, Tehran University of Medical Sciences

Pharmacy, being a profession which its activities are directly related to the health and wellbeing of the people and society has been described and ethical profession from earliest time. In the recent decades there has been a shift in the pharmacist role from dispensing to relationship with patients and health care providers and interfere the therapeutic process. Other branches of pharmacy such as producers, distributors and etc. will certainly have the same responsibilities. In this respect, students of pharmacy, besides his professional education needs learning social, behavioral, communicational sciences as well as the principles code of pharmaceutical ethics. Therefore, teaching and learning principles code of ethics seems as an obligation. These principles are a guide to the standards of conduct. Furthermore, rapid progress of biotechnology, nanotechnology and increase cost of new drugs are factors presented the importance of the

awareness. The most effective educational method they mentioned was small group discussion (80.8%).

Although the reform was done based on the available facilities and its feasibility, it was successful in improving efficacy of this course.

**Key words:** Education, Medical ethics, Curriculum

attitudes and about half of the content was changed. Also the new curriculum has gotten closer to student centered, problem based and integrated strategies in teaching medical ethics, by using educational logbook, clinical ethics round, practical case-based teaching and small group case discussions.

**Curriculum implementation:** We implemented the new curriculum for the first time in the second semester 2006. One hundred and forty students attended this course in their 5<sup>th</sup> year of medical education. 17 sessions has been conducted of which 7 was in small group discussion form. In each session at least two reform committee members were participated for peer review. Students filled a form for evaluating faculty members teaching in every session. The last session was the ethics round, in which students discussed around ethical topics they had encountered in their clinical rotations.

**Curriculum evaluation:** We evaluated the course by questionnaire for evaluating students' view regarding attaining the educational goals and its strength and weak points. 71.7% of students agreed with this statement that this course could enable them to recognize and appreciate their professional commitments. 87.6% said this course enhanced their ethical

**Reform in Medical Ethics Curriculum of Undergraduate  
Medical Education in TUMS School of Medicine**

Fariba Asghari, Azim mirzazadeh,

Seyed Hasan Emami Razavi

Medical Ethics Research Center of TUMS

**Background:** One of the essential core competencies for a physician is categorized as professional values, attitudes, behaviors and ethics. A needs assessment study survey in Tehran University of Medical Sciences showed defect of the current ethics course in comprising students' needs in this domain. According to this demand in our university we made a reform in medical ethics curriculum for undergraduate medical students.

**Method:** A team of 16 volunteer faculty members who most of them were from clinical department took part in this project as member of reform committee. A central committee consist of 5 members had weekly sessions in which they were developing different part of the new curriculum according to Harden's 10 questions. Every month the draft of a part of curriculum was presented in the reform committee meetings and got finalized.

**Curriculum Development:** In the new curriculum, educational objectives have defined for students' knowledge, skills and

All these factors should be taken care in order to establish an equitable system enriched with medical ethics values. This issue is so important that health can be considered as an important measure of social development. In this context the emphasis is on equitable right to health as an ethical and moral concept.

Considering the above, the important role of social determinants of health can not be ignored by medical / health workers to deliver the equitable health care services. Therefore courses in social determinants of health in the context of health equity in medical ethics should be added to the academic curricula.

The result will reflect itself application of the attained knowledge in every day medical practices which enables the health workers in individual or collective capacity to recognize the real and main causes of medical problems and how to properly address them at low or high level managerial position.

**Medical Ethics Education and Social Determinants of Health**

Mohammad Hossein Nicknam

Immunology department, medical faculty, Tehran University  
of Medical Sciences

Health is not merely a matter of medical care. Social and political circumstances affect life and well-being of the people to a significant degree and indeed have great influence on health.

Studies point to the fact that social determinants play a major role in health amounting to 50% of all determining factors. The share of other important factors including biologic, physical environment and health care system are 15%, 10% and 25% respectively.

Therefore all policies should be framed with regard to their effect on health and their impact on removing health inequity.

Social determinants of health includes social class, income, job security, accessibility to health care services, social environment, physical environment, individual skills and behavior adjustment, early life development, race, religion, sex, food security, literacy, social support mechanisms, housing, employment and stress.

that Muslim biomedical ethics needs to go beyond the purview of legal deliberations. In Muslim bioethics at this time Muslim scholars tend to overemphasize the role of legal and practical responses to bioethical challenges, ignoring larger dynamics of moral reasoning and justifications that are prevalent in ethical deliberations. Biomedical ethics curriculum cannot ignore moral philosophy, ethics, and religious world view in preparing bioethics specialists who are going to serve as clinical ethics specialists in healthcare institutions as well as teachers of the program in Islamic biomedical ethics curriculum.

**Teaching Bioethics in Medical Programs in Iran**

Abdulaziz Sachedina

Francis Ball Professor of Religious Studies University of  
Virginia

With growing interest in biomedical ethics internationally, the time has come to design courses in Islamic biomedical ethics that are responsive to the social and cultural as well as political contexts of Muslim societies. Until recently, the tendency has been to adopt the Western, secular model of bioethics as a universal paradigm. However, since bioethics program has social and religious implications for the entire society, the teaching of Islamic bioethics needs to be founded on carefully constructed Islamic and secular disciplines so that the Muslim bioethics specialist is well grounded in Islamic moral reasoning as well as Islamic social ethics with its roots in theological-philosophical ethics. Today people everywhere search for answers by using the religious and moral resources of their traditions. They wish to do so in a legitimate way, and so they consult official religious institutions that can provide expert decisions on all matters that affect people's sense of physical and spiritual well being. In my teaching of Islamic biomedical ethics in the Western context for a number of years, I have concluded

counselor reports, reveal that: original source of 95% of all criminals acts start from the children of the broken homes.

Divorce and separation of parents causes insecurity, fear and despair. Children understand well the cause of these unfortunate events. They look for shelter and protection from the person who seemed to be the victim on the battle. They seek love, attention and they do anything to help or please. In this case, a young girl was trying to replace her mother who left home and abusing environment for a younger man. She falls in love with a young boy outside of her house also unknowingly crashed and involved in her father's sexual advance trap, just in order to please him.

The consequence of all these unfortunate events caused her unwanted pregnancy and the dilemma for the healthcare personals, commanded by her doctor! Who had to decide: what should be done first? How to start and keep her secret confidential? Who to blame? Where to report and discuss? When and whom to ask for punishment?

baby. Therefore, I decided to perform Hysterectomy and removing the dead fetus, repair the uterus and all other wounds (see picture 3, 4, 5, 6).

During the course of post op hospitalization I asked for psychiatrist as well as Social Worker's consultation. Their confidential report to me was that; her father had sexually molested her, but the child was not his. It was her boy friend.

Her unfortunate and horrified history was endless. Her 19 years old boyfriend was arrested by Police for different legal violation two days after this incidence. The frighten and emotionally disturbed young man suicide inside the police station jail by way of hanging himself with his own belt to the window of the jail house.

Later on the parents of the boy brought a legal action and lawsuit against the city police department and the parents of this 14 years old teenager demanding millions of dollars. The attacker student was a 16 years old Hispanic girl who later on was convicted and sentenced to six years in Juvenile Hall.

Our patient was kept in Child protection Custody program for a year. Then she decided to live with her mother, also supervised by state authorities.

**Discussion for the audience:** to discuss this case with several child and adult psychiatrists as well as reviewing many family

usual way and this was the cause of the fight between her hand the ball player's Hispanic girlfriend. Therefore she was stabbed fatally, fourteen times wit a pair of small scissors.

Some of her wounds were around her abdomen, chest, neck, arms and, legs. After a quick consultation with anesthesiologist and general surgeon colleagues we decide to give her blood transfusion prior to start her surgery. I realized that she and her family were the members of a special sector of the Christianity religion called Johova Witness and they did not believe in blood transfusion. I denied and declined this religious belief of the parents and their intense request of bloodless surgery, since I remembered the special law of the Supreme Court protection minor children from interference of parents for their religious belief. I asked for immediate court action and response from hospital legal counsel.

At the time of exploring her injured abdomen we realized that one of her wound lacerated the liver and the second one fatally penetrated to her pregnant uterus, causing progress amount of blood loss and partially ejection of the placement. We first repaired the liver quickly and then I received my returned call from the hospital counsel who had consulted with the County Court House Judge. Their advised was supporting my judgment and decision to perform whatever surgical procedure necessary to save the life of the mother and possibly her unborn premature

**The Endless of Medical Ethics, the Laws and Orders for Rape,  
or Incest Fatally Wounded Pregnant Minor Youth and a Dilemma  
of a Surgeon**

Alex Abbasi

Dept of Obstetrics and gynecology, U.C.L.A

In one late Friday afternoon on October 1993, police department dispatcher in City of Simi Valley, California informed me that a young pregnant patient of mine has been stabbed several times during a fight and an argument with another young girl at the high school football stadium. She is in the police ambulance with paramedics on their way to the hospital emergency (see picture 1 and 2).

Within ten minutes I met the victim a 14 years old teenager with bloodstains all over her clothes frighten almost in shock lying down on the ER table. I suddenly realized that she was the patient whom I had seen at my office several times with her 70 years old diabetic father. Her mother was 44 years old separated from her father and was living with a younger man.

This young girl had been involved in a statutory rape situation with a 19 years old boy. There was a rumor that her old father has also sexually molested her. On a day of his incidence, she was apparently admiring one of the football players, over and above

in the above mentioned cases rendering the detection of prognosis. More over keeping permanently disabled neonates deeply affects the rest of his/her family. The other point is that the required treatment for neonates are usually very expensive and in cost – benefit terms this is an important issue for parents and health services. In view of the preceding observations decision procedures should take into account the following factors :

1. Religious and shariah laws.
2. Taking note of the views , insight of the rules of other countries.
3. Obtaining reliable information and statistics regarding the outcome and prognosis of neonates with special conditions from our own country.
4. The economic state of our country.

**Medical Ethics Reflecting on the Issues Involving The Newborn**

Fatemeh Sadat Nayyeri

Many questions in medical ethics, challenge health care providers, pediatricians and obstetricians. Views and laws differ from one country to another and from hospital to the other. The most important challenge involving extrauterine life that parents, physicians and health care providers face are as follows :

- Where are the limits of viability ?
- For which groups of neonates , resuscitation is unnecessary. At what stage should resuscitation be terminated ?
- Which types of congenital malformations and metabolic disorders should be exempted from surgery or other treatments as “ untreatable “ ?
- When are we supposed to limit or prevent aggressive treatments for those neonates who are very sick with high incidence of permanent handicap ?
- What role are the parents supposed to play decision making ? Who should make the decisions in case they are not morally dependable ?

Despite being fragile , neonates are quite capable of repair and regeneration and this adds to the difficulties of making decisions

are toti-potent, there may be a possibility of generating a human being by using sperm and ovum differentiated from ES cells.

Then, expected clinical use of ES cells and differentiated cells thereof requires avoiding immunological effect to the patient, so that therapeutic cloning should be envisaged so as to derive ES cells of same genetic profile as that of the patient. Here arises also the question of ethical permissibility of the patient. Here arises also the question of ethical permissibility of therapeutic cloning. And if yes, different ethical issues of practical importance come up, such as donation of ova and prohibition of reproductive cloning.

Such heavy ethical obstacle leads researchers to another direction which is the utilization of adult stem cell. Here we face also ethical issues, although the question of destruction of embryo does not arise. However, safety and effectiveness as well as consent procedure both for the donor and the recipient are of central ethical elements. Recent appearance of iPS cell (induced pluri - potential stem cell) does not escape from ethical issues, despite the destruction of embryo is avoided. Possible ethical questions will be pointed out on this seemingly promising stem cell.

**Ethical Consideration on Recent Stem Cell Research for  
Regenerative Medicine**

Ruichi Ida

Kyoto University School of Government

Regenerative medical care is expected as new and hopeful medical technology, because it will give efficient treatment for those diseases so far difficult or impossible to cure. However, besides such tremendous benefit, there lie important ethical issues, which we will examine in this paper, referring to relevant Japanese ethical consideration and regulation.

Current main stream of the research for regenerative medicine is embryonic stem cell research in which an embryo is to be destroyed in order to derive the ES cells. The question arises whether a human embryo which is the first stage of human life is ethically permitted. And if yes, in which condition? The most difficult here is the status of human embryo. Different values and status are given in each country or society to this important living entity. In Japanese society, a human embryo is a "germ of human life", the value of which derives from the dignity of human being. Accordingly, an embryo and ES cells should be treated in a way worthy of their status moreover, since ES cells

At the end of the meeting, recommendations on legal and ethical aspects of embryo research presented in 12 articles.

Three days meeting was organized by the effort of UNESCO, WHO/EMRO, IOMS, and ISESCO with participation of 17 experts from Islamic regional countries and 5 lecturers from Belgium, France, U.S and Canada on Feb 12-14, 2008.

order to address the contemporary ethical challenges from the Islamic view point between Arab and Non-Arab countries.

This meeting has been organized with the following aims.

**Objectives of the meeting:**

- To initiate a regional dialogue on the scientific, medical, philosophical and religious aspects of human embryo research with possibility of networking ;
- To identify a regulatory system and current regulations on human embryo research in each country of the region;
- To identify the areas of needs for further promotion of bioethical discussion and establishment of regulations concerning human embryo research;
- To explore the possibility to harmonize regulations at the regional level;
- To prepare for a larger conference on the issue where the participants will come from governments, parliaments, religious experts and other related fields, with the aim to increase awareness among decision makers and facilitate establishment of a harmonized regulation on human embryo research;

In 1998 a group of American researchers succeeded in separating human embryonic stem cells that have potentiality to develop into any kind of organ or tissues. This achievement opened a new horizon in the field of human embryo research.

On one hand, Embryonic Stem Cells research yield an opportunity for treatment of spinal cord injuries and serious degenerative diseases such as Alzheimer and Parkinson but on the other, moral issues concerning human embryos, persist. Furthermore, therapeutic cloning prepares the possibility of cell therapy by stem cells technique.

Genetics developments have provided the opportunity for diagnosis of healthy embryo resulting from IVF. Pre-implantation Genetic Diagnosis has made it possible to detect inherited genetic diseases such as Duchenne muscular dystrophy, cystic fibrosis, and thalassemia. This technique also allows sex selection for non-medical reasons or HLA compatibility with previous children upon the parents' request.

This evolution has contributed to raise many ethical questions concerning the beginning of human life.

In this regard, UNESCO, WHO/EMRO, IOMS and ISESCO have decided to join their efforts to organize an expert meeting on "Legal and Ethical Issues of Human Embryo Research" in

**Report of the Expert Meeting on Legal and Ethical Issues of  
Human Embryo Research Feb. 12 – 14, 2008, Cairo, Egypt  
Co-organized by UNESCO Cairo Office (UCO), EMRO/WHO  
and ISESCO (Islamic Education, Scientific and Cultural  
Organization)**

Mohammad Mehdi Akhondi, Mahmoud Jeddi Tehrani,  
Zohreh Behjati Ardakani  
Avesina Research Institute

**Background:** Human embryo has special status different from other cells of human body. It has potentiality to develop into a human being once implanted into a uterus. However, whether an embryo should be regarded as a human being or not is a controversial issue which raises many ethical and Shari's challenges. Some religions believe that a life begins at the moment of conception while others argue that human embryo has only potentiality to become a human being thus does not deserve the same rights and protection as a born baby until certain period of its development

Until 1990s, human embryo researches were mainly limited to development and amelioration of infertility treatments as they didn't make any problem regarding the approved ethical codes.

chambers in heart, kidneys, stomach, liver and limbs but fetus is not viable outside the uterus.

Viability of the fetus out of uterine cavity is probable after 24 weeks. 23-24 weeks Fetuses can seldom survive after birth, and are exposing at high risk for severe complications such as blindness, deafness, cerebral palsy, and so on.

implants completely in the uterine wall. During this stage, cells are specified for developing different embryonic layers. This process will ultimately develop different organs and structures in the fetus.

The outermost embryonic layer, trophoblast, by forming placenta, develops fetal maternal blood circulation. The inner embryonic layer, forms 3 layers called ectoderm, mesoderm and endoderm.

**3. Embryonic Stage:** The embryonic stage occurs once the zygote has formed implanted itself into the uterine wall. This stage is from third to eight weeks after fertilization. At the third week, 3 layers will develop from inner embryonic layer including ectoderm, mesoderm, and endoderm. Each layer then differentiates to special organs and tissues in the fetus.

**4. Fetal Stage:** This stage will begin at ninth week and continues with birth of child. Differentiations of all organs, tissues and structures in the fetus will be completed during this stage. At 12<sup>th</sup> week the appearance of fetus is similar to human being. External genitalia can be seen at 12<sup>th</sup> week by ultrasound. Ossification of different parts begins at 12<sup>th</sup> week. Fetus can do local movements like opening the mouth and movement of fingers at 10<sup>th</sup> week. At 18 week by ultrasound; several parts of fetus are recognizable in details, ventricles in brain, lips,

### **Development of Fetus, Beginning of Life**

Mohsen Moini, Mohammad-mehdi Akhondi

After a female egg or oocyte is fertilized by spermatozoa, it becomes known as a Zygote. Development of fetus from a little zygote to child birth takes 266 days (about 38 weeks) and is a continuous process. This process has been divided into 4 stages: Pre implantation, Embryonic, fetal.

**1. Pre implantation:** During menstrual cycle in women, a mature ovarian follicle ruptures and discharges an ovum. The spermatozoa reaches oocyte and fertilization can be achieved. Fertilization constitutes the penetration of the oocyte which the sperm performs; fusion of the sperm and oocyte, succeeded by fusion of their genetic material. Fertilization occurs in the tubes and generates zygote. 28-36 hours after fertilization Zygote begins to divide and produces a cell mass called morolla. After 5 days, a cavity forms in morolla and produces blastocyst. As the blastocyst develops within the uterine environment, it sheds its protective coat and undergoes further differentiation before developing an intimate association with the endometrium, which represents the commencement of implantation . At this stage, the embryo is ready for implantation

**2. Implantation:** Implantation of an embryo into the lining of the uterus occurs 7-14 days after fertilization and the embryo

account cultural factors that impact on their ability to participate in research; and effective approaches to engaging adolescents in research studies. These and other ethical issues that pertain in the U.S. and other high income countries are exacerbated in developing countries, including Egypt. Factors that contribute to this exacerbation include lower literacy and health literacy (affecting validity of informed consent procedures); and difficulty in accessing particularly vulnerable populations for inclusion in research studies. Recent developments in strengthening institutional review board (IRB) processes has improved the ability of Egyptian researchers – and those in other countries in the region, including Iran –to address these ethical issues generally. However, increasing attention must be paid to them to ensure that research related to drug abuse – a public health problem of increasing concern in Egypt and the MENA region generally – is conducted ethically.

### Ethical issues in Substance Abuse

Irene Anne Jillson<sup>1</sup>

Georgetown University School of Nursing and Health Studies

Protection of research subjects in biomedical and behavioral research and in health services research related to drug abuse has been an issue since at least the early 1970's. In fact, confidentiality of treatment records of patients in drug abuse treatment programs served as a forerunner of protection of human subjects recordkeeping procedures devised as part of is embodied in Title 45 Public Welfare, Part 46, Protection of Human Subjects and its antecedent laws and regulations. Nonetheless, ethical issues regarding drug abuse research have not only continued, but have become even more complex. These include: protecting the *most* vulnerable populations (e.g., those with multiple co-occurring disorders, poor pregnant adolescents, prisoners with HIV/AIDS who are drug abusers), while ensuring that they have equal access to experimental treatment; dissemination of invalid or not adequately justified treatment research findings; inclusion of increasingly diverse populations in research studies (e.g., South Asian immigrants, Arab Americans, recent African immigrants) while taking into

---

1 - iaj@georgetown.edu

significant health domain are the subject of discussion of this presentation.

1. Corresponding author, Professor, Center for Environmental Research (CER), Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, I.R.Iran

2. Assistant professor, Center for Environmental Research (CER), Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, I.R.Iran

**Key words:** Ethics, Environment, Occupation

since few years ago that these subjects are highlighted as ethical topics of academic research. These issues relate to the choice of ethical topics to study, the methods employed to examine these topics, the communication of research findings to the public, and the involvement of scientific experts in the shaping of environmental policy and governmental regulation.

The ethical issues in environmental and occupational practice are as wide-ranging as the concepts of environment and occupational diversities, and can be reviewed as the same, but some of them are more problematic nowadays.

Environmental threats like cancer, equality and inequalities, environmental health of minorities, occupational exposures of workers or involuntary exposure to pollution of the public generally, and difficult and expensive to prove nature of these threats are among the most important issues in these health domains.

**Material and Methods:** In this article, the authors have tried to describe the main ethical issues considered in the environmental and occupational health domains depending on the type of the societies through a deep search.

**Conclusion:** Although linking scrotal cancer to coal tar has two centuries of age, ethical consideration of environmental and occupational threats and its related issues has elapsed academic research until few years ago. Highlighted ethical issues in this

**Ethical Issues in Environmental and Occupational Health**

Alireza Mesdaghinia, Hossain Jabbari

Tehran University of Medical Sciences

**Back Ground:** Environmental and occupational ethics encompasses a wide range of topics concerning the understanding of health effects of the many environments in which humans live and work. Humans are designed by eons of evolution to live on the earth: To breathe the earth's air, to drink the earth's water, to eat the plants and animals that grow on the earth's surface. The field is intimately connected with social concerns about environmental quality and disparities of power and privilege that place differential burdens upon members of underserved communities.

Morality moves people beyond self-interest by requiring that they take the rights and interests of others into account when acting on behalf of others or an organization. When self-interest violates the rights and interests of others, any resulting actions become selfish and wrong.

Despite long-lasting history of environmental and occupational issues' consideration in religious teachings, it's just

**Global Health Ethics**

Abdallah S Daar

University of Toronto

There are huge disparities in health between different parts of the world, and even between sub-populations within countries. Starting with some definitions I will go on to address a number of questions, including the following: Who is responsible for doing something about these disparities? Do we have a moral obligation to reduce them? Is there a shared humanitarian instinct? What is the extent of our concern? Who is doing what now? What are the underlying principles and what are the available methods of implementing them? Are religious perspectives important and useful?

2. preservation of confidentiality on rendering services to the clients
3. preservation of privacy
4. Counseling, that includes: listening intently to the words spoken by the clients, giving assurance to the clients on their freedom of choice regarding health services and assurance of receiving the best advices from the services rendered to them.
5. Complete description on the different services available regarding a particular matter, with an explanation of their advantages and disadvantages
6. give consideration to the clients' cultural beliefs
7. encourage the participation of the client's spouse or parents if necessary
8. referral of the client to special centers for further evaluation when necessary

### **Ethic Issues on Public Health**

Hossein Malekafzali

Ethics and matters regarding public health can be discussed from a general perspective; ethics on policy – making and ethics in the performance of health services.

A. Ethics in the domain of policy – making in public health. Topic of discussion on this area includes:

1. policy – making based on scientific evidences
2. giving attention to the priorities on public health
3. allocation of resources based on the priorities and social equity
4. Comprehensive views on policy – making and program planning with special observance of the social determinants of health.
5. Observance of the 3 basic principles of PHC i.e. appropriate technology intersectional collaboration and community participation

B. Ethics in the domain of performing public health services. Topics of discussion on this area are as follows.

1. rendering of good quality services

between medical societies and people and hospital's seeks.

Based on law this committee is composed from universities president proxy, hospital president proxy, a doctor from hospital, a superannuated doctor, two

Civil and friendly to people doctors that all of whom is selected by hospital's president. These committees is effected with other committee in the name of religious adjustment. At practice formation or unformation of ethics committee meeting don't make any difference. At this article will try to deliberate connected law in Iran adjustment with review of texts and try to answer to below questions:

- 1- Why hospital ethics committee is necessary?
- 2- Whether would have every hospital one ethics committee?
- 3- Who is selecting the member of committee?
- 4- What resources are necessary for establishing and developing of committee?
- 5- What issues are suitable for saying to committee?
- 6- What function are the typically function for committee?
- 7- Can president or manager of hospital affect on committee decision making?
- 8- What is interaction between committee and doctors or surgeons?

**Key words:** medical ethics, bioethics committee, hospital ethics committee

**Necessity for Review in Hospital Provision Relative to  
Establishing Hospital Ethics Committee**

Aliakbar mortezazadeh

Tehran University of Medical Sciences

After the Second World War and disclosing of inhumane and nonethical works from some of doctors in Germany caused that regarding of ethical principles in scientific research become a universal worry.

This worry at first is reflected in Nuremberg Code in 1947 and echoed in the United Nations General Assembly's Universal Declaration of Human Rights in 1948.

It is important to notice without practical and actual efforts all of Codes and Declarations become merely some words on paper. Thus for doing actual and practical work and in order to reflect on the moral dimension of advances in science and technology there is need to establishment of various forms of bioethics committees. One of these bioethics committees in the medical background is hospital / health care ethics committee.

In our country "IRAN" based on a law passed by ministry of health and medical education in 1988 all hospitals must have a hospital ethics committee. At that law is said that aim is:- give the way for better use from empirical sciences' findings and diagnostic-therapeutic possibilities. – regard of Islamic high values in medicine \_ to prepare the way for bilateral confidence

‘Black Death’ eliminated one third of the European population during the 14th Century; the 1918 flu killed between 20 and 100 million people; and, in the 20th Century smallpox killed perhaps three times more people than all the wars of that period. In the contemporary world, epidemics (of AIDS, multi-drug resistant tuberculosis, and newly emerging infectious diseases such as SARS) continue to have dramatic consequences.

Second reason why the topic of infectious disease deserves further attention is that it raises difficult ethical questions of its own. While infected individuals can threaten the health of other individuals and society as a whole, for example, public healthcare measures such as surveillance, isolation, and quarantine can require the infringement of widely accepted basic human rights and liberties. An important and difficult ethical question asks how to strike a balance between the utilitarian aim of promoting public health, on the one hand, and libertarian aims of protecting privacy and freedom of movement, on the other, in contexts involving diseases that are – to varying degrees – Contagious, deadly, or otherwise dangerous.

Third, since their burden is most heavily shouldered by the poor (in developing countries), infectious diseases deeply involve issues of justice – which should be a central concern of ethics. I conclude by providing sociological and historical explanations of why the topic of infectious disease has not already received more attention from bioethicists.

**Medical Ethics and Infectious Diseases**

Farhang Babamahmoodi, A. reza Babamahmoodi  
Mazandaran University of Medical Sciences –Infectious  
Diseases Department

Bioethics apparently suffers from a misdistribution of research resources analogous to the ‘10/90’ divide in medical research. The ‘10/90 divide’ is a phenomenon whereby ‘less than 10 percent of [medical] research funds are spent on the diseases that account for 90% of the global burden of disease . Diseases affecting large proportions of humanity are given comparatively little attention. Because medical research so often aims at the promotion of profits rather than solutions to the world’s most urgent medical problems, a majority of funds focus on the wants of a minority of the world’s population – those who are relatively wealthy. As a result, health care is often unavailable to those who need it most.

Though infectious disease should be recognized as a topic of primary importance for bioethics, the general topic of infectious disease has received relatively little attention from the discipline of bioethics in comparison with things like abortion, euthanasia, genetics, cloning, stem cell research, and so on. The fact that the historical and potential future consequences of infectious diseases are almost unrivalled is one reason that the topic of infectious disease warrants more attention from bioethics. The

what nurses must know about their ethical responsibilities, inform other health care professional about ethical commitments of nurses.

Because I. R. Iran is not a regular member of the ICN, we do not have clear framework in operationalizing the international code of ethics announced by them. Whether it is efficient for providing ethical care in our special culture? Whether the whole or some parts of them should be revised or modified? And finally how can use them in our nursing system? This article discussed these challenges with the hope of providing ethical and comprehensive nursing care, based on our special culture and religious believes.

**Key words:** Nursing ethic, ICN, Culturally oriented nursing care.

**The ICN Code of Ethics: Challenges of Application and  
Transferring to Iranian Nursing System**

Sina Valee<sup>1</sup>, Alireza Nikbakht Nasr Ababdi

Tehran University of Medical Science

Nurses have four fundamental responsibilities: to promote health, to prevent illness, to restore health and to alleviate suffering. Inherent in nursing is respect for human rights, including cultural rights, the right to life and choice, to dignity and to be treated with respect. Differing responsibilities, capabilities and ways of working of nursing also increase ethical situation for nurses. So, an international code of ethics for nurses was first adopted by the International Council of Nurses (ICN) in 1953, has four principal elements Nurses and people, Nurses and practice, Nurses and the profession, Nurses and co-workers, announced to all constitutions countries and associations.

The code of ethics set out the ethical behavior expected for nurses, guidance for decision making concerning ethical matters, serves as a means for self-evaluation and provides a basis for feedback and peer review. In other word, the code delineates

---

<sup>1</sup> - valiai@razi.tums.ac.ir

regulatory bodies both inside and outside Ethiopia, the drafting and finalization of the informed consent forms and its implementation in the field, the issue of insurance coverage for the participants and GCP training of the investigating team prior to initiation of the trial.

This presentation will be supplemented with actual slides from the field (a rural area outside Addis Ababa) which will depict the various steps that were taken to ensure GCP and adherence to ethical principles in the conduction of the trial.

**Ethics in Clinical Trials: A True Example of a WHO Vaccine  
Trial in Ethiopia**

Farhad Handjani<sup>1</sup>

Department of Dermatology Shiraz University of Medical  
Sciences, Shiraz, Iran

Adherence to ethical principles are of paramount importance in the design and conduction of clinical trials. The World Health Organization (WHO) is one of the major sponsors for many drug and vaccine trials throughout the world and is a body that strictly follows the principles of Good Clinical Practices (GCP) in this endeavor.

In this presentation, I as a trained WHO Clinical Monitor will outline the various steps that are usually taken in the design and conduction of a WHO-sponsored trial and will especially concentrate on the ethical principles and procedures that are to be followed. As the Clinical Monitor of an ongoing WHO-sponsored meningitis vaccine trial in Ethiopia, I will focus on the various ethical issues in this trial such as: obtainment of ethical approval of the protocol, informed consent forms and other related documents from various ethical review committees and

---

1 - hanjanif@yahoo.com

In this line, there is a need for establishing educational centers for training individuals and issuing licenses of working on experimental animals based on international standards. Local and central supervisory organization ensures the adequacy of the mentioned measures.

**Key words:** experimental animal, license, animal ethics guideline

about ethical codes of treating experimental animals as well as Islamic principles in this regard.

In the present study, all Islamic sources related to treating animals and also the related international sources and valid ethical guidelines from other countries were collected and classified in order to extract the aimed points. Then all extracted points were reviewed by experts familiar with Islamic and ethical rules of treating animals and finally the strategies for appropriate and complete application of these guidelines were prepared. In this study, the principles of ethics committees in research centers/universities about working on experimental animals, request form for research projects, check list for evaluating the research projects' request form, request form for animals transfer, check list for control of working on animals and check list for supervision of keeping experimental animals were prepared. Moreover, training courses about ethical principles of working on experimental animals for researchers and also personnel of animals' house were designed and suggested. It is obvious that the suggested principles are applicable only with appropriate planning of training courses based on the facilities and needs of our country and using experienced experts and in the framework of university course units, workshops, seminars and educational pamphlets.

**Ethical Codes in Work with Laboratory Animals**

Mina Mobasher<sup>1</sup>, Sayyed Javid Ale-Davood<sup>1</sup>, Kiarash Aramesh<sup>3</sup>,  
Narges Ashraf Ganjooee<sup>2</sup>, Korous Divsalar<sup>2</sup>, Bagher Larijani<sup>3</sup>

1- Tehran University, Faculty of Veterinary

2- Kerman University of Medical Sciences, Neurological Research Center

3- Medical Ethics & History of Research Center, Tehrna University  
of Medical Sciences

Although Allah has put the Man as the lord of all creatures, he has the right to use other creatures under specified conditions. Ethic and its role in scientific activities are still being ignored. One of the domains of scientific activities is working on animals. Performing experiments on animals is permissible only with purpose of obtaining necessary information for saving and improving the life of human beings or animals. Nobody is allowed to use animals in experiments in any way he wants. Based on Islamic rules everybody is allowed to use things based on their real statue. Because of the widespread use of experimental animals in our country, special codes have been defined for living conditions of experimental animals based on the present regulations in Iran and also other countries. Therefore, all our researchers should have enough information

---

<sup>1</sup> - minamobasher@yahoo.com

medical error reporting in treatment vice chancellery of university (12. 3%), hospital manager (7. 6%), court (7. 6%) and legal medicine (5. 3%). No body didn't believe that cases of error must be report to patients. 53. 3% confirm its compulsory and the rest believed that it is a voluntary case. 86. 9% believed that penalty is a necessity for any error, but it must be done in privacy . 51. 7% knows errors that are for tiredness, overwork, lack of experience, negligence should not be considered intentional. 64. 8% knew the control of medical errors strong, 32. 9%rational and 2. 3% weak.

**Conclusion:** It appears that the importance of medical errors reports is neglected. Teaching in service and helping to its acceptance for nurses is very necessary.

**Key Words:** Urmia Nurses, Ethical Responsibility, Medical Errors Report

**Study of Ethical Responsibility of Nurses for Medical Errors  
Report in Educational Hospitals in Urmia**

Nader Aghakhani\*, Narges Rahbar, Mehdi Mortaz, Habibe  
Saber, Mohammad Wali Rakhsh, Saleh Kheirati

Urmia Faculty of Nursing

**Introduction:** Medical errors are usually considered to be "preventable adverse medical events". It is one of the most common causes of mortality with complications and expenses. The causes of it are fatigue, bad handwriting of medical orders, and personnel's carelessness in patient teaching. Patients are harmed as a consequence of either what is done to them or what is not done but should have been done to prevent an adverse outcome, Studies show that by recognizing of medical errors and correct decision making . 60-80% of them will be decreased.

**Goals:** This research was done for recognition of ethical responsibility of nurses for medical errors report in educational hospitals in Urmia.

**Methods and Materials:** 75 nurses were took part in research. Data gathering was done by a questionnaire.

**Results:** Samples of research believed that the reference for medical error report must be nursing organization (43. 1%), matron or head nurse (20. 6%), a responsible committee for

number of general practitioners in the field of dentistry carrying out such practices.

**Materials and Methods:** The selected study design was that of a descriptive type, in which all the filed complaints in the area of dentistry, since 1372, which received rulings and were documented by the Iranian Medical Council were thoroughly examined.

**Results:** of the 54 orthodontics cases, 31 were filed against general practitioners, 16 against orthodontists, 3 against pediatricians and 4 against the so-called practical dentists 25 cases of total were acquitted and 3 cases were verbal punish, 33 cases were written punish and 4 cases of practical dentist refer to the court, 27 cases were against malpractices in the area of removable and 26 involving fixed orthodontics. The individuals sentenced have also been charged with lack of professional care, 12 cases, lack of expertise, 14 cases, and for negligence, 2 cases. Regarding aforementioned points and the remarkable number of files most of which (88%) related to the dentists in the organization in the recent years,

**Conclusion:** more supervision on the dentist's performance and more accountability is recommended.

**Keywords:** malpractice – orthodontic treatments – complains

**Prevalance of OrthodonticM alpractice in Propounded  
Recorded in Medical Council Based on Votes from Primary an  
Advanced Commeties**

Mohammad Sadegh Akhnodi<sup>1</sup>, Azam Khorshidian,

Shaghayegh Rahmatyan

Tehran University of Medical Sciences

**Background and aim:** The great rise in the number of medical school graduates in recent years has led to an overpopulation of doctors, in specific, General Practitioners in our country. In view of the newly proposed and approved curriculum by the Ministry of Health, Treatment and Medical Sciences, no specialty degree is offered in the area of fixed orthodontics. This decision has led to a wide open opportunity for such practices to be carried out by the general practitioners in the field of dentistry who have received no special training in the field of fixed orthodontics, which in turn has led to an increasing number of improper treatments and malpractices. Consequently, we have witnessed an increase in the number of complaints filed by patients in recent years.

Decision to study was to find the existence of a correlation between the number of malpractice complaints filed and the

---

1 - ahmadakh@sina.tums.ac.ir

considered in hospitals and clinics by qutta method. Questionnaires were prepared based on relevant literature about the patient- physician relation. Content validity was used to confirm it and stability was confirmed by  $\alpha = 0.71$ .

**Results:** The age average of the subjects was  $36.17 \pm 9.56$  and their work experience average was  $8.17 \pm 8.81$ . Physicians' views were not different according to their specialties, gender, marital status and the place of work. Surgical specialists were more agreed with involving patients in decision processes than internal specialists. Physicians working in clinics and public sectors believed that to establish communications with patients would waste the time and about %1.3 thought that it was better not to tell the patient anything about her/his disease. %80 of physicians suggested that only pathological process of the patient should be controlled and %70 of them believed in the commitment of physician in the recovery of the patient. On the other hand, %2.3 of physicians believed that no physician would blemish his/ her job because of not establishing good communication with patients. About %30 agreed with the idea of wasting time in communication and less than %80 believed in the role of proper communication in patient's compliance and the reduction of treatment expenses.

**Discussion:** In this study, emphasizing on training methods of communication and identifying the reasons for negative views about it is recommended.

### **The View of Specialists and General Practitioners about the Patient-Physician Relation**

Behshid Garrusi<sup>1</sup>, Hossein Safizadeh<sup>2</sup>, Ahmad Amirkafi<sup>3</sup>,  
Alireza Bahrami<sup>4</sup>

1- Community Medicine Medical school, Kerman medical sciences university, IR Iran

2- Community Medicine Medical school Kerman medical sciences university IR Iran

3- Neurosciences Research Center Kerman medical sciences university IR Iran

4- Kerman medical sciences university

The main part of moral in medicine is the communication between physician and patient since the physician is not only related with disease but also with the patient. It seems that the service system needs fundamental changes together with the worldwide revolution in medical education. The relation of physician - patient is the main part in medicine; so much so that physician, himself, is the basic part in treatment. Communication skills cause expense reduction and optimal use of facilities in medical and health cares. As medicine goes toward advanced technology, this kind of communication will be faded. Unfortunately, it seems that medical education, does not care about the emotion of the patient and it may cause adverse effect on the capability of the physician in making communication with the patient.

**Method:** 260 specialists and general practitioners were

---

<sup>1</sup> - BGarrusi@kmu.ac.ir

needs. The findings of this study can reflect the meaning of patients' rights from the patients', patients companions', nurses and physicians' perspectives and through their lived experiences. This can be in use for the policy makers who are interested in considering their main partners perspectives in revising patients' rights monitoring tools.

**Key words:** lived experience, patients' rights, phenomenology

nurses' and physicians lived experiences with patients' rights practice.

**Methods:** This is a phenomenological study based on Van Mannen's approach to investigate a shared experience from different perspectives. Data was gathered via semi-structured interviews with 9 patients, 3 patient's companions, 8 nurses and 5 physicians in a central teaching hospital in Tehran. The transcribed interviews were analyzed through the process of Van Mannen's thematic analysis.

**Findings:** Five themes and eleven sub-themes were captured from analyzing the participants' lived experiences. Holistic care was the main theme as the meaning of patients' rights practice. This was presented by the sub themes including: patient focused care, compassion, effective communication, informed participation, advocacy, and meeting patients' basic needs. The theme awareness of rights included sub themes like public awareness of rights and health professional awareness of rights. Adequacy of resources was the other theme presented with human resources, basic facilities as well as vital supplies. Accountability and integrate rights of patients and health care providers were two other main themes emerging in this study.

**Conclusion:** patients' rights monitoring tools can be realistic and usable when be based on all stakeholders' expectations and

**Necessary Conditions of Patients' Bill of Right in Iran: A  
Phenomenological Study**

Alireza Nikbakht Nasr-Abadi<sup>1</sup>, Zohre Parsa - Yekta

**Background:** Patients are one of the most vulnerable social groups which their particular situation makes their rights more sensitive in health care system. They fully relegate themselves to the health system and trust to the health professionals but unfortunately they encounter problems from the time entering hospital. This makes them more vulnerable and increases the risk of their rights being neglected. In such a context the existence of tools and strategies for assuring patients rights advocacy, seems to be necessary. To designing and establishing these tools participation of all stakeholders is important and vital according to WHO's recommendations. The first step in this direction is entering to the world of the particular groups involving in patients' rights practice in their daily activities and hearing their voices. The aim of this study is to explore patients' rights practice in patients', patients' companions',

---

<sup>1</sup> - nikbakht@sina.tums.ac.ir

As a whole, the most important domain from the view point of both inpatients and outpatients was "physician proficiency and support". The second priority on the part of ambulatory patients was "giving information and patient's autonomy" and of admitted patients was "Physician's availability".

**Conclusion:** It seems that priority should be given to planning and more investment on "physician proficiency and support". After that "giving information and patient's autonomy" and "physician's availability" would have an important role in improvement of patient care.

end, the interviewers asked patients to rank the 5 domains based on their priorities and importance.

**Result:** A total number of 400 (199 inpatients, 201 outpatients) were selected randomly. Among the 18 questions, the most important outpatient and inpatient expectation was "physician's knowledge and expertise" (mean scores 8.95 out of 9 and 8.47 out of 9 for outpatients and inpatients respectively).

In the domain of availability of physician for outpatients, "short waiting time" was the most important expectation; For inpatients, "providing quick service in case of emergencies".

In the domain of giving information and autonomy, the most important issue for outpatients was "giving a clear explanation of disease" and for admitted patients, it was "telling all the things about diagnosis, treatment and side effects". In the humanistic behavior domain for outpatients "physician's patience and attention to the patient and being responsive to patient's questions" and for inpatients "following up the patient's disease constantly" were the main concerns.

In the domain of doctor-patient relationship, "courtesy and friendliness" were the main matter for both inpatients and outpatients.

In the domain of physician proficiency and support, the most important expectation of both outpatients and inpatients was "physician's knowledge and expertise".

**The Most Important Patients' Expectations of their Physicians**Taraneh Door-Mohammadi Tousi<sup>1</sup>,

Fariba Asghari, Arash Rashidian

**Background:** Knowing the patient's needs and expectations and applying them for the patient's care can cause patient satisfaction and create confidence. This causes to increase patient cooperation and get a positive response to treatment.

This research tries to evaluate the patients' expectations of their physicians.

**Method:** Patients who are hospitalized or attend the clinic at Imam Khomeini Hospital were chosen for this research.

To study the patients' priorities and expectations of their physicians, 18 questions in the form of 5 domains (physician's availability, giving information and patient's autonomy, humanistic behavior, doctor-patient relationship, physician proficiency and support) were designed.

Trained interviewers requested the patients to rate each question on the Visual Analog Scale ruler (from 1 to 9). In the

---

1 - dormohammadi@tums.ac.ir

change noted in the practices of the trainees in the institution from not involving the patient in decision making to trying to involve each and every patient. A gap present in public health care system has been tried to be fulfilled.

initially, aimed to educate women about their Rights. In January 2007, this practice was initiated with the gynecological patient's as well.

The objectives were to initiate the practice of taking informed consent amongst the trainees by involving female patients in decision making during surgery and to create awareness in females of the basic rights of informed consent thereby, promoting women empowerment.

The methodology was to educate the junior doctors and trainees about the importance of informed consent in relation to the legal rights of Pakistani women. The physicians attending the women undergoing surgery (obstetrics and gynecology) were responsible for the informed consent. Data was collected retrospectively from the case files. Periodically the trainees were re-educated in informed consent when the missed out numbers appeared to increase.

During the study period, a rise from 44. 59% to 100% participation of female patients was seen in decision making in obstetrics and from 59. 10% to 100% participation was seen in gynecological patients till the month of July 2007. During this time 37 doctors (22 Postgraduate trainees & 15 House Officers) were trained and educated in informed consent.

19 (14 Postgraduate trainees & 5 House Officers) of them practiced the knowledge for at least six months and an obvious

**Informed Consent Project at a Public Sector Hospital in Pakistan**

Yasmin Wajahat<sup>1</sup>

OB-GYN, Sobhraj Maternity Hospital, Pakistan

Informed consent indicates respect for a person, which is a basic ethical principle. It is the right of an individual. In our culture, being a male dominant society, informed consent is usually lacking when dealing with the vulnerable group; women patients coming from the poor community, having low literacy rate and are powerless. In this vulnerable group, decision is either taken by their family, including mother in law, brother, uncle or their husband. This is the usual norm of the culture in Pakistan. Females are unaware of their right of being informed about the procedure to be conducted on them. In addition, physicians are also not in practice of involving female patients in decision making.

When teaching of biomedical ethics was introduced in OB-GYN in September 2006, at Sobhraj Maternity Hospital, it was decided to practice ethically by fostering the ethical conduct towards the female patients.

This practice of involving the females in decision making was initiated on 25<sup>th</sup> September, 2006 in the obstetrical patients

---

1 - ywajahat@gmail.com

critically analyze the references that accompany drug claims on brochures before considering them as reliable proof of the claims' truthfulness. This is necessary because references often influence physicians' prescribing behaviour and hence a potential cause of irrational prescription.

broad categories of traceable and non-traceable. The traceable references were appraised and depending upon the claim with which the reference was attached, these were classified into accurate, inaccurate/false, exaggerated and ambiguous.

**Results:** We collected a total of 175 brochures. 39 (22. 3%) brochures did not cite any references and hence were not subjected to further analysis. The remaining 136 (77. 7%) brochures were found to contain a total of 559 references. 305 of these references were from Medline-indexed journals; 67 were from non-indexed journals; 55 references quoted medical reference books; 27 references cited web addresses; 12 references were personal communications/testimonials; 11 references referred to abstracts presented at symposia/conferences; 12 references were from WHO and National Health Guidelines; 8 references were referred to as 'data on file', while the rest were classified as 'others'. Out of the total of 559 references, 249 (44. 5%) could not be traced. After looking, studying and analyzing the cited references, the 310 traceable references were adjudged as accurate (197), inaccurate / false (30), exaggerated (79), or ambiguous (15).

**Interpretation:** The marketing practices adapted by the Pharmaceutical companies are not ethical and need to be closely monitored. Furthermore, laws governing drug marketing that are in place should be properly enforced. Doctors should also

**Unethical Marketing Practices of  
Pharmaceutical Companies in Pakistan**

Dileep Kumar Rohr<sup>1</sup>, Muhammad Umair Bashir,  
Ummey Aymen Khawaja, Muhammad Ressam Nazir  
Biological & Biomedical Sciences Aga Khan, Pakistan

**Background:** Evidence-based medicine has become a common practice in the present world. This has affected pharmaceutical advertising in the way that several drug advertisements now cite different kinds of references to authenticate their claims. We critically assessed the references that accompany such claims on drug advertisements.

**Methods:** Drug advertising brochures were collected from a number of privately practicing General Practitioners in Karachi. Three blinded reviewers then categorized each reference into one of 8 types viz: journals (both Medline indexed and non-indexed), medical reference books, web addresses, personal communications or testimonials, abstracts presented at symposia/conferences, WHO and National Health Guidelines and ‘others’ (which included a diverse set of references). Each reviewer then assessed and analyzed the references further into 2

---

1 - dileep.rohra@aku.edu

which apparently occurs in a number of countries where payment for organs is supposedly outlawed.

What are the sources of organs used in transplantation? How can we make the procurement system more efficient? Should we pay for organs?

There are always fewer donors than there are potential recipients, and that's why thousands people die every year while waiting for new organs.

Issues will be discussed in presentation.

**Ethics of Organ Transplants**

Rubina Naqvi<sup>1</sup>, Anwar Naqvi , Adib Rizvi

Nephrology SIUT, Karachi. Pakistan

Transplantation of human organs and tissues, which saves many lives and restores essential functions for many otherwise untreatable patients, both in developing and developed countries, has been a topic for ethical scrutiny and health care policy-making during last few decades. In 1991, the World Health Assembly approved a set of Guidelines which emphasize voluntary donation, non-commercialization and a preference for cadavers over living donors and for genetically related over non-related donors. While they have had a great influence on professional codes and legislation, these Principles do not directly address safety concerns and they face challenges from leaders in the field who urge that policies be changed to allow the use of "incentives" to increase the numbers of organs for transplantation, from the involvement of organ donation programs in commercialized tissue operations, and from "organ trafficking" (such as that described in the 10 May 2003 Lancet)

---

1 - naqvirubina@yahoo.com

despite the lawfulness of organ transplant from the deceased in Iran. Kidney transplant from the deceased still include a small proportion of the transplant; most of the kidney transplant are performed from unrelated live donors; thus, patients in need of liver, lungs and heart are still lingering in the waiting lists.

2. assume consent: the agreement of the patient is taken by law unless he had expressed his disagreement when he was alive;
3. Essential questioning: physicians are legally responsible for asking the legal guardians of the patient about their willingness for donating the organs of the deceased; the organs are removed if they agree.

Currently, the best method is essential questioning.

Generally, if there is no document stating the disagreement of the patient with organ transplant, the agreement is assumed to be implicitly obtained and in case the immediate family members agree, organ transplant will be carried out.

Another significant issue in the area of organ transplant from a deceased patient is the definition of *deceased*.

**"Deceased condition"** is defined as the complete dysfunction of the brain and the discontinuation of all brain activities (including the brain stem). The verification of deceased condition is the responsibility of a group of specialists who are not involved in the process of transplanting organs. In 2000, performing organ transplant from deceased patients, in cases where removing the organ was permitted by previous consent of the deceased or the family members, was approved by the Iranian Islamic Parliament considering all ethical, religious and legal aspects. People do not usually agree while the support organ transplant. Therefore,

are met by using the organs which are going to finally die out. Therefore, using such organs for providing health for other people is a kind of source recycling. Moreover, many organs like the heart cannot be transplant while the patient is still alive.

Generally, in the absence of the said principles (the need for saving the life of a patient or improving his health status, deceases diagnoses and trainings medical students), any kind of intervention and manipulation on the corpse and removing the organs lacks logical and ethical justification.

In most Islamic countries including Iran, removing organs is permissible if previous consent is obtained from the patient or his / her immediate family members; however, due to some religious and cultural considerations, this kind of organ transplant has not yet progressed significantly in Iran. The considerations include insulting the body of the deceased, manipulating God's creation, the guilty nature of the act, the family psychological disturbances due to the unwillingness of the individuals and their family members towards manipulating or injuring the corps.

There usually are three ways for obtaining the consent for organ transplant in deceased conditions:

1. informed consent: the consent was obtained when the patient was alive or the patient possesses and organ donation card;

Justice refers to the equal accessibility of organ transplant candidates for being informed of the possibility performing the relevant transplant, having equal access to organs as well as their fair and proper distribution for the purpose of performing the transplant.

Usefulness means, the result of the transplant would be more appropriate than any other kind of replacement therapy.

The willingness and self - decisiveness of the patient means, individuals should decide themselves and the ideas of others should not be imposed on them.

Although the divine religions like Islam, Christianity and Judaism have various ideas on organ transplant, most branches of the said religions have accepted the issue with particular conditions.

In Islam, the willingness of the donor and respecting the deceased are the essential conditions for performing the organ transplant.

The bases for the ethicalness of organ transplant is providing further health and welfare for a patient and improving the quality of life or saving the life of an individual.

Organ transplant from a deceased patient is one of the main sources of organ donations. The preference of the mentioned method over performing the transplant from a live person is in the former, needs of the patients (organ transplant candidates)

**Ethical Consideration for Kidney Transplant  
From Deceased Patients**

Gholamreza Pourmand, Tahereh Mahmoudi

Urology Research Center, Transplantation Unit, Tehran

University of Medical Sciences

*"Surviving the life of one person is equal to surviving the whole society".*

*(Koran verses)*

Organ transplant has developed remarkably within the recent decades; thousands of people owe their live, health or longevity to this branch of medicine.

Asking about the permissibility of performing organ transplants (including kidney transplant) from deceased patients does not seem logical because of organ shortage; yet, it should be born in mind that the ethical issues of organ transplant are significant and require deliberations due to various considerations such as religion, culture, social customs, the definition of the deceased and removing the organs from the body of a deceased patient.

Generally, receiving or donating organs is based on the three ethical principles of justice, usefulness and patients' willingness and self-decisiveness.

death and organ transplantation which has continued into current medical practice.

Nowadays despite general worldwide acceptance of the concept of brain death, inconsistencies in clinical criteria and ancillary testing requirements remain. A number of clinical guidelines for brain death which share many common features have been published in the literature and is advised in clinical practice by a variety of medical societies. However, variability and inconsistency within these guidelines does exist, particularly in regard to the thresholds applied to diagnostic tests and requirements for ancillary testing. These discrepancies seem to be a reflection of the lack of acceptable scientific rationale for specific guideline recommendations.

**Brain death: History and Controversies**

Mohammad Hossein Harirchian

Tehran University of Medical Science,

Iranian Center of Neurological Research

The retrieval of organs for transplantation in recent years is based on the acceptance of brain death as irreversible death. In fact it has been accepted that irreversible cessation of all functions of the entire brain, including the brainstem (neurological determination of death) is equal to irreversible cessation of circulatory and respiratory function.

Prior to the introduction of mechanical ventilators in the mid 20<sup>th</sup> century and the evolution of resuscitative measures, a circulatory-respiratory formulation was used to determine death. Since then ability has been improved to artificially maintain patients with severe brain injury long after complete cessation of all functions of the entire brain. In 1959, the term "coma dépassé" meaning "a state beyond coma", has been described which meant loss of consciousness, brain stem reflexes, and spontaneous respiration, associated with absent encephalographic activity. It was initially considered to describe the futility of care in such cases, but the subsequent introduction of organ transplantation later led to a serious linking of the issues of brain

amongst those in needs, and has to be assisted by any means possible.

Allah s.w.t. says: which means: “[H]elp one another in goodness and piety, and do not help one another in sin and aggression; and be careful of (your duty to) Allah; surely Allah is severe in requiting (evil).” (Sura Al-Ma’idah, verse 2)

Allah s.w.t has said which means: “Unless it be for murder or for spreading mischief in the land - it would be as if he slew the whole people: and if any one saved a life, it would be as if he saved the life of the whole people.” (Sura Al-Ma’idah, verse 32).

There is no doubt that organ transplant is in the same category as saving a life. Organs can be used to save human life, especially when no longer used, such as upon death. In fact, by donating organs to those in need, the organs continue to function, although in someone else’s body.

**Conclusions:** In general, organ donation is allowed in Islam. As such, an operation on the body of the deceased for the purpose of saving a human life is allowed in Islam. It is permitted to transplant or graft an organ from one place of a person’s body to another, so long as one is careful to ascertain that the benefits of this operation outweigh any harm that may result from it, and on the condition that this is done to replace something that has been lost, or to restore its appearance or regular function, or to correct some fault or disfigurement which is causing physical or psychological distress.

**Transplantation; Islamic view**marjan.Laal<sup>1</sup>

Trauma &amp; Surgery Research Center, Tehran University

**Introduction:** Organ transplants are performed to replace non-functional or diseased organs in order to cure patients. This medical procedure, like many other medical procedures, are permissible in Islam, because it is a form of treatment for a medical condition. Thus, in the opinion of Islamic scholars, organ transplants are permissible. This paper deals with organ transplant, which is one of the remarkable achievements of modern medical science in the treatment of disease. Our society face many new issues that need to be studied in-depth, in order to offer the appropriate Islamic response and solution, so the aim of this article was to mention the Islamic view on transplantation.

**Materials & methods:** Related articles and books with the keywords of *transplantation*, *islam* reviewed and this paper presented.

**Results:** Organ transplant is a means whereby doctors overcome illness, pain and mutilation and is therefore a form of treatment. It is an invaluable gift to those in pain and suffering from organ failure. Pledging organs is a practice that is imbued with the spirit of *rahmah* and compassion. One who has a disease and needs an organ to continue living is definitely

---

1 - laal.marjan@gmail.com

There are no precise regional or international data available on kidney transplantation in refugees; among the Middle East Society for Organ Transplantation countries, only Iran, Saudi Arabia, Pakistan, and Turkey have thus far provided data on their respective kidney transplantation regulations and models. Other countries in the region should follow suit and design models tailored to the local needs and conditions. What could, indubitably, be of enormous benefit in the long term is the

Establishment of an international committee on transplantation in refugees.

**Kidney Transplantation: Is There Any Place for Refugees?**

Saeed Baharlou, Babak Kordvani, Shervin Asari, Behzad  
Eynollahi

There are more than 8 million refugees worldwide with the Middle East bearing the brunt. Socioeconomic factors are the major obstacles that refugees encounter when seeking health care in the host country. It, therefore, comes as no surprise that refugees are denied equal opportunities for one of the most sophisticated and expensive medical procedures in the world, kidney transplantation. With respect to transplantation, refugees are caught between a rock and a hard place: as recipients they have to single-handedly clear many hurdles on the arduous road to renal transplantation and as donors they are left unprotected against human organ trafficking. It should be the moral responsibility of the host country to provide this population with a support network. The ways and means of establishing this network should be defined locally; nevertheless, enabling refugees to receive a transplant is the most basic step, which should be followed by the provision of financial support and follow-up facilities in a concerted effort to ensure the continued function of the invaluable graft. It is also necessary that refugees be protected from being an organ reservoir on the black market.

situated on the fringes of global consensus. This presentation argues for a “bioethics from below” that recognizes the value of global consensus while respecting minority perspectives. It supports a human rights account of global bioethics that gives special attention to the needs of the weak and vulnerable. The particular example of organ donation for transplantation is used to illustrate the values rendered prominent by those with a view of bioethics from below.

**Bioethics from Below:**

**Vulnerable Publication Prospective on Bioethics**

Leonardo De Castro

University of Philippines

Philosophers have offered various accounts of principles that they consider important to provide guidance in the settlement of bioethical issues and controversies. Most of these accounts attempt a framework that is broadly acceptable and transcends cultural, social and economic differences. The pursuit of a globally acceptable and transcendent bioethics framework is laudable. However, it takes the risk of neglecting perspectives “from below.”

The pursuit of global bioethics tends to suppress outlooks or approaches that have limited advocacy even when they are not lacking in consistency or ideological coherence. A minority view could have a strong foundation in the practical values that are capable of inspiring those with vulnerabilities arising from their cultural, social or economic situation. In this respect, attempts at a global consensus face what appears to be an inherent risk of self-contradiction, overlooking individual or minority narratives

By acknowledging the difficulty of drawing the line between “legitimate compensation” and “persuasive incentives” that may pressure people into donating their organs; it suggests that the ethics committees who supervise organ procurement systems should establish a rightful reimbursement policy based on local socio-cultural situation.

The paper concludes that the legitimate concerns about organ trade and commodification should be addressed through the establishment of appropriate control mechanisms, not the imposition of unnecessary burdens on donors guised as a moral demand for pure altruistic donation.

**In Defense of Compensating Organ Donors**

Alireza Bagheri

University of Toronto, Joint Center for Bioethics

In the current situation of organ transplantation worldwide, people are being asked to donate organs for transplantation altruistically. While those involved in organizing and carrying out transplantation are not expected to give their time and expertise without compensation, living organ donors are expected not only to donate their organs but also to bear, in addition, the financial hardships associated with the act of organ donation. However, organ donors' right to legitimate compensation has been ignored out of fear of exploitation and organ sales.

This paper argues that ignoring organ donors of a legitimate compensation is morally unjustifiable and is a form of exploitation in its own right as well. It advocates for the right of donors to be compensated for their time taken from work, travel, and loss of earnings incurred, and even perhaps to be incurred in future due to organ donation. It is the moral responsibility of the procurement system to take the necessary steps to ensure that donors suffer no economic detriment from their act of donation.

**Neurosurgical Concepts in Brain Death**

Sayyed Mahmoud Tabatabaei

Tehran University of Medical Sciences

The question of what is life and when it is lost must be considered in both philosophical and physiological terms. Thus it follows that the determination of the ending of a life has tremendous importance. The problem is that there is no consensus about exactly what constitutes consciousness and how to determine whether it is lost. The concept that brain death is equivalent to death as diagnosed by the criteria of loss of respiratory and cardiac function is generally accepted by medicine. To apply this concept to stopping patient care would require agreement on the goals of treatment, the family or society. The focus is on how the concept of brain death evolved, also the reasons to declare brain death, its definition and criteria for diagnosis are presented.

The constitution (QURAN) is; Non changeable or editable;

The practical guidelines (SUNNAH) has been practiced by human;

Not restricted to ethnic or social groups

Embarking on it's practice depends on fulfilling criteria's

Thinking process in the boundaries of SHARIAH, the Fiqh process is:

Describe the situation, current or possible

Formulate a question (what? how? whom? why? etc)

Find a similar case in the database or a category that may include the situation

Discuss all possible answers

Collect accurate information from the expert in the field.  
Particularly from Moslems Known with their integrity (ODOOL)

Conceder the current situation and the possible future implications

Take a decision (consensus is better) those who abstain declare their reasons. &declare the decision

#### Examples of applications of Fiqh in medicine

Artificial ventilation, Abortion, Patient rights &privacy, Human genome and cloning, DNA finger printing; Human products banks, AIDS, Medical research.

**Islamic Jurisprudence & Contemporary Medicine (The  
Relations between Fiqh and Medicine)**

Mohamad-abid bakhotmah<sup>1</sup>

Dept of Surgery of king abdul aziz University

Moslem society keeps itself inside the boundaries of the Shariah, which is (the system of worshipping ALLAH) in spite of any global cultural changes.. The Fiqh system has a free range of movement within a frame of 5 pillars of islam (Unity of ALLAH; Salah ,Zakat, Ramadan fasting and Hajj)

Characteristics of FIQEH

Has a definitive, permanent, simple, clear reason for its existence.

Thinking process based on well-known constitution.

Applicable in life, not a theoretical model/s

Expandable to no limits, but around a center

Aims & goals of the FIQEH

Give Moslems a continuous quality of life improvement system.

Have mutual respect and understanding of other societies;

Contribute to the development of the human civilization by offering practically applied models.

Advantages

---

1 - bakhotmah@hotmail.com

the most important book in the field of medical ethics during the medieval ages. This book dealing with different aspects of medical ethics. It is Sharaf al-Tibb book (honor of medicine book), in which he divided diseases into four types, then he explained the ethical physician's attitude toward every type. For fatal diseases, for example, ibn Radhwan advises the physician to reach the correct diagnosis and prognosis as he may be able to apply the proper way of treatment to elongate the patient's life. al-Zahrawi (Albucasis) who lived in al-Andalus (Spain), and died there in 1013, is considered one of the most celebrated surgeons during the Middle Ages. In his introduction to the surgical treatise of his book al-Tasrif, al-Zahrawi cautioned in treating fatal diseases saying do not treat mischievous maladies lest you get the name of mischievous doctors. ibn-Hindu in his book Miftah al-Tibb wa-Minhaj al-Tullab (the key of medicine and the curriculum of the students) has embodied the outlines of what is now known the medical education ethics.

The aim of this paper is to shed light on some of medical ethics writings of the most prominent Muslim physicians during the medieval ages, to reveal their accomplishment and contribution in this field of medicine.

**Some of Muslim Physician's Achievements in Medical Ethics**Abdul Nasser Kaadan<sup>1</sup>

History of Medicine Department, Aleppo University, Aleppo-Syria

The concept that medicine is exclusively the products of western minds remains unquestioned by most individuals. A review of any of the standard texts or encyclopedias regarding the history of medicine would support this view. Most texts give little or no mention of the advancements made by ancient Indian, Chinese or, particularly, medieval physicians. Muslim physicians, during the Middle Ages, have played a considerable role in the field of medicine development as a whole and medical ethics in particular.

Al-Razi (Rhazes) was a famous physician and writer, whose medical writings greatly influenced the Muslim world as well as Western Europe. al-Razi in his al-Hawi book advises the physicians the necessity of continuing reading medical books during their medical practice and at the same time he stresses on the importance of the rational cogitation and the personal experience in treating the patients for getting the best beneficial outcome. Ali ibn Radhwan composed what may be considered as

---

1 - *a.kaadan@scs-net.org*

disparate approaches to thinking about morality points us in helpful directions.’ Yet, this article proposes that there is a way out of this situation. Without wishing to deny the significance and usefulness of aspects of the dominant methodologies, particularly principlism, reflective equilibrium, and casuistical methods (Beauchamp and Childress 1979-2001; Jonsen and Toulmin 1988; Rawls 1971; 1975), this article will introduce a new framework for bioethics with the intension of improving our capacity for making sensitive and discriminating moral judgments: social constructionism. Disappointed with the struggle to find a homogeneous and coherent approach, social constructionism takes difference and diversity, rather than consistency and coherence, as the core of its approach, and intends to discover the ways in which individuals and groups create and institutionalise their perceived reality (Berger and Luckmann 1966; Beckford 2003).

**Social Constructionism as an APT Method in  
Medical Ethics Training**

Hossein Godazgar<sup>1</sup>

Politics University of York

John Arras (2007) begins his most recent and valuable article with '[i]n the world of bioethics, the air is abuzz with reflective equilibrium. Not too long ago this same air echoed the din of clashing moral methodologies' such as casuists, feminists, narrativists, and pragmatists against principlism. Investigating the various aspects of reflective equilibrium, he concludes that although reflective equilibrium 'may be a necessary condition of moral justification', its main concern and association with 'consistency' and 'coherence' seems to be problematic. In his final thoughts on methods, he sounds very disappointed with the struggle to find a specific method that could contribute to moral judgments from various angles as if there is no way out from the attribution of 'coherence' and 'generalization' to theory, particularly when he remarks: '[a]nyone who has seriously studied the methodological reflections of principlists, casuists, feminists, narrativists, and pragmatists realizes that each of these

---

1 - hg11@york.ac.uk

In this paper, firstly, the Russian ethics is discussed in order to make Four Principles Approach intelligible. Secondly, the main particularists' argument against principlism is formulated. Finally, Particularists' argument is evaluated and its plausibility is discussed.

**Key words:** Particularism, Principlism, morally relevant feature.

**Principlism and Particularism in Medical Ethics**

Soroush Dabbagh

Iranian Institute of Philosophy

Principlism, in general and Four Principles Approach in particular is largely discussed in current medical ethics. According to principlism, the ethical relationship between physician and patient has to be categorized based on some principles, the principles which are general, action-guiding and could help both the patient and the physician to arrange their ethical behaviour. Four Principles Approach which is a principlistic view has formulated the principles which has to be considered in medical ethics in the light of Rossian ethical framework as follows: respect for autonomy, nonmaleficence, beneficence and justice.

Ethical Particularism, on the other hand, strongly criticizes principlism and repudiates the very idea of generalizability in the realm of ethics. According to particularists, the way in which a morally relevant feature like fidelity and justice behave in different ethical occasions is fully context-dependent so that they cannot be patternable in advance. It follows from this that fidelity, for instance, is not a good-making feature, generally speaking.

**The Autonomy of an Individual Its Meaning and Moral status in  
Islamic Bioethics**

Mohsen Javadi

The University of Qom

One of the controversial issues of bioethics is individual autonomy.

Can this autonomy be a permissible reason for refusing treatment, undergoing harmful or risky medical surgery, or being a subject for the experiment of a newly invented drug? On the other hand, does the autonomy of the patient and the patient's demand justify a physician's compliance so that he withholds treatment or to begin a treatment which he thinks is harmful?

After defining individual autonomy, this paper will study its moral status and answer to the above questions.

From an Islamic point of view individual autonomy as a moral property has a first order value like other moral goods, but it also has a second order value because of being the condition of moral action. The confusion of these values creates ambiguity and mistakes in moral decisions.

first solve metaphysical puzzles about personhood – and confront essentialism of species – and then worry about the ethical issues that will be raised subsequent to our own radical technological changes.

Medical Ethics appears to be the field where the question of whether ethics can survive without metaphysics or not is being tested in the face of post-humanism.

turn out to be while the ethical questioning that would correspond to this unprecedented future is equally shrouded in darkness.

What is more it is claimed by critics that the posthuman subjects of moral worth – if any – thus created may have unpredictable ways of rationally approaching ethical questions. That is, they may be completely different from what we can envisage as far as the kind of principles or hierarchies thereof or moral maxims and the like are involved.

In more specific terms applied to medical ethics, the same worry applies with respect to by now classic questions and issues defining the field of medical ethics as we now know it. If transhumanism posits a challenge to the concept of human personhood, then it also must challenge traditional medical ethics. Issues of human dignity or equal moral worthiness as background to medical ethics must now be seen as altered both in respect to the unpredictability of the actual future post-human creatures and their particular characteristics as well as in terms of the meta-ethical issue of whether we are now permitted to decide the future development of the course of humanity in terms of its biological make-up.

We are then arrive at the point where it is clear that we must

**Post human challenges to medical ethics: the need for  
metaphysical decisions prior to ethical reasoning**

Byron Kaldis

This paper discusses some issues in medical ethics from the point of view of modern advances in human-machine interconnectedness known as transhumanism. The latter – as both its critics and its supporters acknowledge – is the most controversial area of technoscientific radical advances with unprecedented consequences. Two points must be first made here: first, we are envisaging a new form of total fusion of technology and science in the form of technoscience being the sole vehicle of acquiring knowledge and tracking the physical world; second, the worry about unprecedented future outcomes is related to the fact that we can not now predict the exact form future developments in advance technoscience may assume and thus, consequently, we are unable to predict the kind of moral issues that may emerge within a context of unforeseen eventualities. Hence the double problem: we do not know how the technological enhancement of human beings may actually

explications of this notion, the very special value attached to every human being seems to be present in the most diverse cultures and religions.

Third, this notion, in its extended meaning, plays a decisive role in preventing some biotechnological developments that may affect the identity and integrity of humankind as a whole, including future generations (like human reproductive cloning and germline interventions); this can be explained by the circumstance that the human rights approach is insufficient to cope with these new challenges, because human rights only apply to existing individuals, not to humanity as such. Fourth, the idea of human dignity, far from being purely speculative, has a strong impact on every day medical practice by stressing the uniqueness of every patient and of his or her particular needs.

**The Key Role of Human Dignity in Global Bioethics****Roberto Andorno<sup>1</sup>****Institute of Biomedical Ethics, University of Zurich,  
Switzerland**

The principle of respect for human dignity, which refers to the intrinsic value of every human being, holds a prominent position in the international instruments dealing with biomedicine that have been adopted during the last decade. The strong recourse to this notion has been sometimes criticized as being a purely rhetorical or political strategy, without any real impact on biomedical practice.

This presentation aims to argue that there are substantive reasons for appealing to human dignity in global bioethics: First, this notion is firmly established in international law as the foundation of human rights, and the rights approach is widely employed to ensure the implementation of most bioethical requirements (informed consent; confidentiality; physical integrity; non-discrimination; access to health care, etc.).

Second, the idea of dignity constitutes an invaluable tool for intercultural dialogue because, despite the different conceptual

---

1 - andorno@ethik.uzh.ch

### Islamic Bioethics: A General Scheme

Mohammad Ali Shomali

Dept of Religious Studies, the Imam Khomeini Education & Research Institute

No doubt life in its all forms enjoys a very high status in Islam. God Himself is characterised as "the Living". Among the creatures, human life is one of the most sacred ones and has the potentiality of become *the* most sacred one. As a result, great attention has been attached to human life to the extent that the respect for human life starts much earlier than actual birth and this continues to the period after death. Though the main aspect of human reality is the spirit, this respect extends to the body as well. Human life must be regulated according to divine instructions, that is, to its best and towards a *fully* human one. Therefore, it must be appreciated, respected and protected.

In this paper, we will see how this protection is regulated in Islamic law and bioethics and what the difference between the legal and the ethical approaches is. Maintenance of physical health and treatment of the sick are two important aspects of Islamic teachings in this regard. In respect to the beginning of human life, first we will see that reproduction must occur in the context of a legitimate and stable family. Second we will see how abortion is viewed in Islamic law and bioethics. In respect to the end of life, issues such as death, suicide and euthanasia will be studied.

It is also noteworthy that the sources of Islamic ethics are many. It starts with the holly Quran (the words of ALLAH) and the Hadith (sayings, acts and approvals of the prophet Mohammad (PBUH)), both are considered as devine relevations and are highly ranked. The second source is the opinion of the religious scholars (Ulama), known as Ijtihad which include; the consensus opion (Ijmaa), analogy (Qias), general interests and benefits, customs, and unspecified public interests. These opinions should be always based on evidence either from the devine revelations and/ or the sound and reasonable use of general rules and principles of Figh (jurisprudence). Als, in relation to human behavior ,the Sharia virtues such as compassion ,mercy, altruism and the like are highly valued. There are further details to this that need to be clarified.

The aim of this paper is to give a detailed account of these principal sources of Islamic medical ethics usning examples from current medical practices and research.

**Islamic Medical Ethics: Looking at the Roots**

Jamal Jarallah

King Saud University, Riyadh, Saudi Arabia

Contemporary medical practice and research raised several challenging ethical questions that need to be answered and clarified. Islamic medical ethics has contributed to the answer of these questions in several ethical issues, although there are still some issues which were not discussed or the dilemma around them was not resolved.

To understand how could Islam further contribute to contemporary ethics and how does it look to ethics in general and medical ethics in particular, one need to understand the bases and principles on which Islamic medical ethics are based.

It is important to notice that the sharia law, the base for ethics and morality in Islam, puts a great emphasis and value on five distinct necessities that should be carefully considered and preserved. These are: the religion, the human life, the sound human mind, reproduction, and property. Any act that may endanger any of these will be regarded as non-ethical except in certain specific situations.

the ways that the countries ensure that research conducted by their citizens (scientists, healthcare researchers) and their policies with respect to distribution of medical technology in other countries adheres to their own nation's ethical regulations and standards and those that pertain in international accords. The paper describes the twin conundrum of global medical research and rapid advances in medical technology and the role that these two countries have played to address this conundrum in their own country and in collaboration with others. A summary of the way in these two countries' values are reflected in these actions is presented. Finally, the paper describes the attempts to devise a universal set of healthcare and medical ethical principles that cross religions and cultural boundaries.

### **Comparative Health Care Ethics**

Irene Anne Jillson<sup>1</sup>

School of Nursing and Health Studies Georgetown University

This paper posits that the degree to and ways in which countries distribute public and private sector resources to healthcare and the ways that they ensure adherence to global standards of ethics in the conduct of research is a reflection the countries' values. The paper describes historical developments in healthcare and medical ethics and compares two countries in terms of ethical principles that pertain across religions and spiritual beliefs. The countries are Egypt and the United States. The principles against which they are compared are: distributive justice, autonomy and protection of human subjects, benevolence and non-malevolence. The paper addresses issues such as health resource allocation, disparities in health care access and quality within the countries' population, practical application of clinical bioethics, and processes in place to ensure the protection of individual autonomy in the conduct of research. The paper also addresses the ways in which sociocultural factors are taken into account in healthcare and medical ethics in the two countries and

---

1 - [iaj@georgetown.edu](mailto:iaj@georgetown.edu)

for cloning is rooted in economics, convenience or the demands of human preference, then it is clearly unacceptable.

Islam teaches that animals possess a psyche; they have a lower-level consciousness than humans, but it's higher than just instinct. The thought is that science shouldn't create things, but it should make understandable the facts of Allah's creation. These scholars thus see cloning as a miracle made possible by Allah, and genetic modification as knowledge made possible by Allah. Islamic scholars accept cloning for animals, but not for humans. They say that research in the field of cloning should be restricted so that it becomes a means of betterment for the world, not a cause of chaos and disturbance, and it should not result in suffering for animals.

**Results:** All the religions believe that research in the field of cloning and transgenic animals should be restricted so that it becomes a means of betterment for the world, not a cause of chaos and disturbance, and it should not result in suffering for animals.

**Conclusion:** This paper presents a review of religion's approaches of world to which the application of modern biotechnology in breeding of domestic animals gives rise.

**Keywords:** religion, transgenic animals, Cloning, Biotechnology.

benefits, then experimentation such as cloning animals may be seen as acceptable.

In Buddhism Animals are highly respected. With regard to the use of animals in science, Buddhists say you must consider the intentions of the act, the means used and its consequences. With animal biotechnology, if the intentions are good and the consequences are needed and beneficial, then maybe it's justifiable.

In Jewish Law, Genetic modification does not constitute a violation of the prohibition against crossbreeding. This is in part because the process does not involve sexual acts across species. Also, the physical appearance of the resulting animal is of key importance. Cloned animals look like the originals. The overall thinking is that anything (cloned or transgenic) that benefits people and is not prohibited is encouraged, as long as there are no associated dangers and it doesn't cause suffering to the animal.

Christians believe that animals have no immortal soul and no intrinsic worth. Cloning raises questions and big problems for Christian theologians. It could be argued that creating animals on demand goes against God's plan for biodiversity. So the cloning of animals is seen to be the greatest wrong. But some small-scale cloning work has been approved by some Churches. If the reason

**Approaches of World Religions to  
Cloning and Transgenic Animals**

Peyman Chalapi, Ehsan Mostafavi

Shiraz University of Medical Sciences<sup>1</sup>

**Introduction:** Regarding animal biotechnology, we have ethics theologians from the various religions who study the question of use of animals to provide for human needs. The ethics scholars we have involved from the various religions find that questions such as cloning or transgenics are new to their tradition.

The Hindu approach to animals is based on the presence of the divine in all beings. For Hinduism, Animals, like humans, are viewed as manifestations of the divine – leading to a deep sense of unity and respect for all life forms. Some Hindu philosophers reject all research on laboratory animals, while others allow some. From a practical point of view, Hinduism does permit cloning if the benefits to humans outweigh the pain the animals experience, and if there's no other way to get the

---

1- ethics@sums.ac.ir

for this paper so far. The contemporary debate has never asked the question, why this is so. Instead it has tried to derive normative statements from these sources by way of deduction from rulings about abortion in general. However, it seems reasonable to argue that historically the issue of abortion after rape was never discussed because according to prevailing concepts of conception it was unthinkable that pregnancy after abortion ever occurred.

Therefore I would strongly argue for the necessity of introducing historical approaches into the process of ethical decision-making.

beginnings of human life.

The first example is the development of an Islamic embryology, which is based on Quranic suras and prophetic sayings. From these texts, texts from Greek antiquity and based on observation Islamic scholars developed concepts of how the human embryo develops inside the womb, which became more or less canonized in the 14<sup>th</sup> century C.E. These concepts have been adapted to contemporary contexts, apparently leaving the conclusiveness of the historical concept untouched. However, in the course of adaptation, the historical embryological concept has been altered significantly and thus is not in logical accordance anymore with the textual basis of Qur'an and Hadith, from which it has been derived initially.

The second example is legal rulings about abortion in general. They have been influenced by historical concepts of embryology as well as the state of the art in the field of medicine in a respective period of time. Therefore, many historical rulings of Muslim jurists were intended as statements about necessary standards of evidence in juridical practice rather than ethical declarations. However, in contemporary discussions these rulings have been understood almost exclusively on a normative level.

The third example is the question of abortion after rape, which has not been covered in the historical fiqh handbooks analyzed

**Historical Approach in Teaching Contemporary****Islamic Medicine**

Eich Thomas

Cultural Studies

Statements concerning issues in Islamic Medical ethics are often approached in a normative way, merely asking what “Islam says” about abortion, cloning, euthanasia etc. In this context majority opinions of Muslims religious scholars are usually identified, which are usually expressed in fatwas or recommendations of national or international committees of religious scholarship. However, these texts give only little insight into the reasoning and discussions behind a certain legal statement. An analysis of documented discussions and larger studies published in the field of Sunni Islamic Medical ethics shows that classical texts of Islamic legal scholarship (fiqh) are approached in an almost exclusively normative and rather unhistorical way. This means that concepts and legal rulings which have been developed by legal scholars several hundred years ago are taken to present an Islamic ethical essence without taking into account the historical circumstances which might have impacted on these concepts and rulings. I will illustrate this problematic with three examples, all linked to issues of the

exist in many nations. The Declaration calls for the establishment of ethics committees.

It also demands the engagement of professionals with all citizens in professional health care ethics promoting both autonomy and responsibility, as well as education for the empowerment of all so that each person can clarify their own values relating to bioethics. The articles on social responsibility take a broad view of bioethics, and benefit sharing clauses are particularly relevant to the debates on knowledge production and sharing. Partnership building in the region is developing through the Asia-Pacific School of Ethics, involving many individuals and a range of organizations, and this and other avenues towards implementation of the recommendations of this conference will be discussed. UNESCO aims to facilitate networking between different countries to share experiences and knowledge. This work in Asia started with the 1997 Asian Bioethics Conference that was held jointly with the Asian Bioethics Association (ABA). Since then dialogue and scholarship between persons in different disciplines and countries has been enhanced by both ABA and UNESCO, and this has enhanced the development of mutual understanding and linkages between research and policy making. The declaration is thus not a beginning or an end point but a point along the journey for each society to travel to rediscover its values and apply them to the emerging issues raised by biomedical sciences and the environmental crisis that we share.

**Implementation of UNESCO Bioethics Declaration  
in Different Culture**

Darryl Macer

UNESCO established a bioethics program in 1993 and on behalf of the United Nations has taken up some of the challenges that led to global concerns over the ethics of science and technology through awareness raising, capacity building, dialogue fora and standard setting. The underlying heritage of ethics can be seen in all cultures, religions, and in ancient traditions from around the world. While all 194 member countries of UNESCO have adopted the International Declarations on Bioethics (Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights, 1997; International Declaration on Human Genetic Data, 2001; Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, 2005), the appropriate discussion and implementation of these international standards with each community is central to the spirit in which the ethics programme of UNESCO works. The presentation will look at the relevance of the principles included in the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights to communities and nations in Asia based upon feedback so far received through dialogues that have been held, and experience from Asia and the Pacific in particular. The Declaration calls for engagement of all stakeholders in decisions about bioethics, which can build upon the community structures for consensus building and decision making that

however, a society's lack of progress in narrowing health disparities among population groups appears to constitute a systemic ethical lapse, one that imposes responsibilities on physicians, government agencies, and individuals alike. This lecture surveys the growing research agenda of "population-level bioethics" and notes some of its distinctive features.

**“Population-Level Bioethics: A Research Agenda”**

Daniel Wikler

Harvard School of Public Health

Ethical issues in health and medicine – “bioethics” – have been debated for millennia, but new questions frequently appear. In part this is due to changes in techniques and in sciences, as has happened with the advent of human organ transplantation and in-vitro fertilization. But bioethics evolves also when we learn to ask new questions about familiar phenomena. One development now in progress is a shift in focus from the work of the individual physician, and on the relationship between doctors and patients, to a “bird’s-eye” perspective that addresses ethical issues arising in population and international health. These issues look quite different from a population-level perspective, and in many cases arise only there. The study of inequalities in health across the socio-economic spectrum is a case in point. Though individual physicians may note that higher-status patients often seem to be doing better, the doctor’s goal remains the restoration of health in each patient. From a bird’s eye perspective,

can result in a disconnect between “bioethics” as an abstract academic exercise undertaken in classrooms, and professional medical ethics in real life situations that must take indigenous values into account.

My presentation will elaborate on these observations based on my experience as a physician in Pakistan. I will also discuss my belief that in order to maximize benefit to those we serve we need to work towards finding a suitable meld between what we learn from contemporary biomedical ethics and the values inherent in our own culture and traditions. In order to do so however, it is important for us to begin by casting a constructively critical eye on both sources of ethical knowledge.

**“The Challenge: Indigenizing Medical Ethics”**

Farhat Moazam

Center of Biomedical ethics and Culture, SIUT Dewan Farooq  
Medical Complex

Traditional codes of ethics for medical professionals can be found in all major civilizations dating back to Hammurabi (2000 BCE). Most of these rest on a fiduciary relationship between healer and patient and emphasize the duties of the former in a profession perceived as sacred. In contrast, contemporary biomedical ethics relies on a secular contractual model that focuses on the legal rights of the parties involved in medical interactions. It is this model, evolved first in the United States in mid-20<sup>th</sup> century in response to advances in science and biomedical technology, which is being globalized to developing countries, including Pakistan.

Contemporary biomedical ethics has much to offer but it suffers from a form of cultural myopia that disregards the shared histories, indigenous values, religious belief systems, and socioeconomic realities that shape moral lives of societies that are not products of Anglo-European, philosophical schools of thought. In many developing countries, the philosophical “Georgetown Mantra” of autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice still forms the basis for imparting ethics education to healthcare professionals. This principlistic approach

countrywide. During the period under review, considerable articles and books have been published in the emerging subjects of bioethics.

Over recent years, several educational workshop and courses have been frequently taking place in the universities and research centers. Along with this overall increase in researchers and scientist' knowledge, there has been a great attention to establishing ethics committees at different levels.

On the other hand, considering several areas of bioethics that need legislation or reconsideration of previous regulations, the authorities, policy - makers and scientists have carried out some endeavors to prepare appropriate law, codes, and guidelines. One important point that should have been examined in Iran includes variations between international regulations and cultural and religious beliefs. On account of this fact, the culturally - adapted ethical guidelines in biomedical research was compiled by means of fast force activities in which the experts of religion, law, ethics, medicine, and related fields of science have been invited. We will present the main points of the regulation in current article.

**Key words:** bioethics, medical ethics, strategic plan, ethics committee, Iran

**Medical Ethics in Iran: a Two - Decade Review**

Bagher Larijani, Farzaneh Zahedi,

Medical Ethics and History of Medicine Research Center,  
Endocrinology and metabolism Research Center, Medical  
Sciences/ University of Tehran

Recent decades have been an occasions of considerable development for bioethics worldwide. It was agreed that the growing developments in sciences have been raised ethical questions that should practically be addressed. There are a large number of topics in biomedical sciences and innovative technologies with which contemporary medical ethics deals. This report summarizes the bioethical activities and achievements in different fields of policy - making, organizing, teaching, and putting ethic into practice in our country during two recent decades.

At first, it is worth mentioning the ongoing initiative to arrange the national strategic plan for medical ethics. In order to accomplish the goals and objectives, substantial activities have been undertaken. The subject of ethics in different fields of science, which was followed in a traditional approach previously, is an important object of discussion currently. Much research is no being undertaken in various areas of bioethics

**Policies on Medical End-of-Life Decisions .....127**

*Nahid Dehghan Nayeri, Somayeh Molaee*

**A Survey of Cancer Patients and Their Families Attitude toward Informing Patients about Their Real Disease .....129**

*Mahdi Aghili, Yalda Adili, Ali Kazemiyan*

**Ethical Issues in Medicine & Biology .....132**

*Daryoush Farhoud*

**Ethics of Nano-Biotechnology .....133**

*Regi M Cherian*

**Therapeutic Potential of Stem Cells in the Treatment of DM: Ethical consideration .....135**

*Mohsen Khoshniat*

**"GenEthics": Ethical Issues in Medical Genetics .....137**

*Javad Tavakkoly Bazzaz*

**Defining E-Topia: Emerging Internet Privacy Issues and the Challenge Posed to Protecting Genetic (Health) Information ...139**

*Bita Amani*

**Embryonic Stem Cell Research in Iran: Status and Ethics .....141**

*Mansoorreh Saniei*

**Medical Ethics Reflecting on the Issues Involving The Newborn.....105***Fatemeh Sadat Nayyeri***The Endless of Medical Ethics, the Laws and Orders for Rape, or Incest Fatally Wounded Pregnant Minor Youth and a Dilemma of a Surgeon .....107***Alex Abbasi***Teaching Bioethics in Medical Programs in Iran ..... 110***Abdulaziz Sachediana***Medical Ethics Education and Social Determinants of Health.113***Mohammad Hossein Nicknam***Reform in Medical Ethics Curriculum of Undergraduate Medical Education in TUMS School of Medicine .....115***Fariba Asghari, Azim mirzazadeh, Seyed Hasan Emami Razavi***Teaching and Learning Pharmaceutical Code of Ethics as a Syllabus.....118***Abbas Shafiee, Hassan Farsam***Training Health Care Professionals in Biomedical Ethics in Pakistan: An Innovative Program .....120***Aamir M. Jafarey, Farhat Moazam***Ethical Considerations in Organ Allocation for Transplantation .....123***Ali Jafarian***Preparing Medical Students for the World: Service Learning and Global Health Justice .....125***Kayhan P. Parsi, Justin List*

## **Abstracts**

**The International Congress of Medical Ethics in Iran ——— 5**

**Necessity for Review in Hospital Provision Relative to  
Establishing Hospital Ethics Committee.....86**

*Aliakbar mortezazadeh*

**Ethic Issues on Public Health.....88**

*Hossein Malekafzali*

**Global Health Ethics.....90**

*Abdallah S Daar*

**Ethical Issues in Environmental and Occupational Health.....91**

*Alireza Mesdaghinia, Hossain Jabbari*

**Ethical issues in Substance Abuse.....94**

*Irene Anne Jillson*

**Development of Fetus, Beginning of Life .....96**

*Mohsen Moini, Mohammad-mehdi Akhondi*

**Report of the Expert Meeting on Legal and Ethical Issues of  
Human Embryo Research Feb. 12 – 14, 2008, Cairo, Egypt**

**Co-organized by UNESCO Cairo Office (UCO), EMRO/WHO  
and ISESCO (Islamic Education, Scientific and Cultural  
Organization).....99**

*Mohammad Mehdi Akhondi, Mahmoud Jeddi Tehrani, Zohreh*

*Behjati Ardakani*

**Ethical Consideration on Recent Stem Cell Research for  
Regenerative Medicine.....103**

*Ruichi Ida*

**The View of Specialists and General Practitioners about the Patient-Physician Relation.....71**

*Behshid Garrusi, Hossein Safizadeh, Ahmad Amirkafi, Alireza Bahrami*

**Prevalance of Orthodontic Malpractice in Propounded Recorded in Medical Council Based on Votes from Primary an Advanced Commeties .....73**

*Mohammad Sadegh Akhnodi, Azam Khorshidian, Shaghayegh Rahmatyan*

**Study of Ethical Responsibility of Nurses for Medical Errors Report in Educational Hospitals in Urmia .....75**

*Nader Aghakhani, Narges Rahbar, Mehdi Mortaz, Habibe Saberi, Mohammad Wali Rakhsh, Saleh Kheirati*

**Ethical Codes in Work with Laboratory Animals.....77**

*Mina Mobasher, Sayyed Javid Ale-Davood, Kiarash Aramesh, Narges Ashraf Ganjooee, Korous Divsalar, Bagher Larijani*

**Ethics in Clinical Trials: A True Example of a WHO Vaccine Trial in Ethiopia.....80**

*Farhad Handjani*

**The ICN Code of Ethics: Challenges of Application and Transferring to Iranian Nursing System .....82**

*Sina Valee, Alireza Nikbakht Nasr Ababdi*

**Medical Ethics and Infectious Diseases .....84**

*Farhang Babamahmoodi, A. reza Babamahmoodi*

**Bioethics from Below: Vulnerable Publication Prospective on Bioethics .....44**

*Leonardo De Castro*

**Kidney Transplantation: Is There Any Place for Refugees? 46**

*Saeed Baharlou, Babak Kordvani, Shervin Asari, Behzad Eynollahi*

**Transplantation; Islamic view .....48**

*marjan.Laal*

**Brain death: History and Controversies .....50**

*Mohammad Hossein Harirchian*

**Ethical Consideration for Kidney Transplant From Deceased Patients .....52**

*Gholamreza Pourmand, Tahereh Mahmoudi*

**Ethics of Organ Transplants .....57**

*Rubina Naqvi, Anwar Naqvi , Adib Rizvi*

**Informed Consent Project at a Public Sector Hospital in Pakistan .....62**

*Yasmin Wajahat*

**The Most Important Patients' Expectations of their Physicians 65**

*Taraneh Door-Mohammadi Tousi*

**Necessary Conditions of Patients' Bill of Right in Iran: A Phenomenological Study .....68**

*Alireza Nikbakht Nasr-Abadi, Zohre Parsa - Yekta*

**The Key Role of Human Dignity in Global Bioethics .....27***Roberto Andorno***Post human challenges to medical ethics: the need for metaphysical decisions prior to ethical reasoning .....29***Byron Kaldis***The Autonomy of an Individual Its Meaning and Moral status in Islamic Bioethics .....32***Mohsen Javadi***Principlism and Particularism in Medical Ethics.....33***Soroush Dabbagh***Social Constructionism as an APT Method in Medical Ethics Training .....35***Hossein Godazgar***Some of Muslim Physician's Achievements in Medical Ethics 37***Abdul Nasser Kaadan***Islamic Jurisprudence & Contemporary Medicine (The Relations between Fiqh and Medicine).....39***Mohamad-abid bakhotmah***Neurosurgical Concepts in Brain Death .....41***Sayyed Mahmoud Tabatabaei***In Defense of Compensating Organ Donors .....42***Alireza Bagheri*

## Abstracts

**The International Congress of Medical Ethics in Iran ——— 1**

### Table of Content:

**Medical Ethics in Iran: a Two - Decade Review .....8**

*Bagher Larijani, Farzaneh Zahedi*

**The Challenge: Indigenizing Medical Ethics ..... 10**

Farhat Moazam

**“Population-Level Bioethics: A Research Agenda” .....12**

*Daniel Wikler*

**Implementation of UNESCO Bioethics Declaration in Different Culture .....14**

*Darryl Macer*

**Historical Approach in Teaching Contemporary Islamic Medicine..... 16**

*Eich Thomas*

**Cultural Studies Approaches of World Religions to Cloning and Transgenic Animals.....19**

*Peyman Chalapi, Ehsan Mostafavi*

**Comparative Health Care Ethics .....22**

*Irene Anne Jillson*

**Islamic Medical Ethics: Looking at the Roots .....24**

*Jamal Jarallah*

**Islamic Bioethics: A General Scheme .....26**

*Mohammad Ali Shomali*



## **Abstracts**

### **The International Congress of Medical Ethics in Iran ——— UU**

among those steps which have helped to promote medical ethics in Iran.

Now, the Second International Congress of Medical Ethics in Iran intends to provide a platform to introduce what have been achieved so far, promote ethical discussions and awareness, and pave the way for our future developments.

I hope the congress, with the Almighty God's blessing, will be a step forward towards promotion of medical ethics, in theory and practice in our Islamic country.

At the end, I would like to appreciate my colleagues in the scientific and executive committees, students, researchers and scholars from Iran and our guests from abroad who have contributed and attended the congress as well as different national and international organizations who helped us to organize such international congress.

**Bagher Larijani**

**Congress Chairman**

**Chancellor; Tehran University of Medical Sciences**

hand human sciences experience their presence and involvement in practical challenges in the society.

The dependency of medical ethics in socio-cultural and religious issues has urged policymakers to take such differences into account. It indicates that each society and culture has to find its own innovative way to address ethical dilemmas posed by new biotechnology. And of course any dynamic society needs to establish a dialogue and exchange of ideas with other cultures and societies. Such innovation and generation is a sign of lively and flourishing society and culture, whereas, a blind imitation and non-critical acceptance of ethical standards of other cultures suggest death and degeneration of that culture.

The rich Iranian-Islamic culture has such a capacity and potential to address ethical issues raised in biomedicine. This will not come true without cooperation, dialogue among scholars from different disciplines.

The first international congress of medical ethics in Iran held in 1994 was a step forward towards promoting ethical discussions.

That followed by establishing research centers, especially the Medical Ethics and History of Medicine Research Center, in Tehran University of Medical Sciences, and other progresses in this field. The establishment of the departments of medical ethics, research ethics committees, in national and regional levels, book publications, and also establishing related bioethics associations and committees at university and national levels are

## **Foreword**

Medical ethics, having an old history, due to advancement in sciences and technology as required by contemporary societies has been evolved dramatically. During last decades the traditional medical ethics has turned into modern medical ethics with new methodology and structure.

Medical ethics as a multidisciplinary field becomes an intersection of different sciences such as religion, jurisdiction, philosophy, law, anthropology and medicine. Perhaps it can be claimed that it is not so common in other disciplines that scholars from different branches of sciences come together and collaborate in such manner.

Medical ethics with its methodology and practical approach, on the one hand requires sufficient knowledge of medicine and new technology, on the other hand because of its value-laden nature it is mutually related to religion, culture, philosophy and law.

Ethical question attracts healthcare providers, philosophers, anthropologists, as well as experts in religion and it scrutinizes culture as well as biology and nanotechnology in its rapid progress.

It is in such a collaborative environment, that science and technology recognizes its ethical boundaries and on the other

people as well as ethics in biomedical research which has an important role in the flourishing and development of our country.

At the Ministry of Health and Medical Education, we believe that the application of medical ethics would protect patients' rights and professional integrity of healthcare providers and it would also strengthen physician-patient relationship based on trust and compassion.

Following that, we have incorporated ethics and values in health in drafting the health section of Comprehensive Scientific Roadmap in Iran.

Furthermore, in medical education, strong steps such as, establishing departments of medical ethics, planning MSc and Ph.D. courses for post graduate students and short courses for medical students have been taken to strengthen this discipline in Iran.

Now, it is an important task for scholars in the field to devise ethical and legal codes for those medical methods and procedures that have been authorized in Islamic jurisdiction.

I would like to congratulate my colleagues in Tehran University of Medical Sciences for such a wonderful congress and wish their success.

**Lankarani**

**Minister of Health and Medical Education**

## **Introduction**

The existing collaboration between medicine, religion, law and ethics after a period of interruption caused by specialization and separation of different sciences brought an opportunity for mankind to benefit from the sciences more than before.

Although, rapid advances in medicine have brought remarkable benefits to patients worldwide, these advances have created many ethical dilemmas and questions. There is no choice other than strengthening collaboration between different disciplines such as ethics, jurisdiction and law to find answers these ethical questions and to address the needs of societies.

Fortunately, in the I.R. of Iran, considering the support of the dynamic Islamic jurisdiction, as well as the close collaboration between physicians and Islamic jurists, a suitable ground has been provided for scholars to address the ethical questions raised by new biomedical technologies.

The Ministry of Health and Medical Education supports activities such as this congress not only since medical ethics is a discipline among other medical sciences but also we strongly believe that the application of medical ethics can influence other medical sciences and public health.

In our programs, the Ministry of Health and Medical Education pays a particular attention to ethical issues, especially justice in health resource allocation in providing services for



## **Abstracts**

# **The International Congress of Medical Ethics in Iran ——— OO**

- Mazloomiyan Amirbehdad
- Noori Leila
- Parsapour Alireza
- Oliyae Maryam
- Rostamabadi Hanieh
- Samadi Aniseh
- Salari Pooneh
- Shayan Soheila
- Soleimani Fakhr Safura
- Sharifi Sanaz
- Shiri Maryam
- Sadeghi Saedeh

- Aramesh Kiarash
- Asghari Fariba
- Avani Shahin
- Azizi Maryam
- Babakhani Fatemeh
- Bagheri Alireza
- Bathaai Fatane Sadat
- Bolorchi Seyyed Mahdi
- Fatemitabar Seyyed Ahmad
- Getmiri Mansour
- Ghodrati Mohammad
- Hassanpour Gholamreza
- Haghighi Zohreh
- Heidari Seyyed Gholamreza
- Houseini seyyed Alireza
- Hooshangi Amir
- Jessri Maryam
- Karimi Zeynab
- Kargar Reza
- Keyhan Mahdi
- Khoda Parast Amir Hossein
- Khosh Niyat Nikoo Mohsen
- Mahrouzade Somayyeh
- Mohammadi Ali

## **Abstracts**

# **The International Congress of Medical Ethics in Iran ——— MM**

- Zali Alireza

### **International Scientific Committee:**

- Al-khayat Heitham (WHO)
- Andorno Roberto (University of Zurich, Switzerland)
- Abdulaziz Schedina (U.S.A.)
- De Castro Leonardo ( University of the Philippines, Philippines)
- Daar Abdallah (Joint Center For Bioethics, University of Toronto, Canada)
- Eich Thomas ( Bochum University, Germany)
- Gustafson Andrew (U.S.A)
- Ida Ryuichi (Former Chairperson, Intenational Bioethics Committee of UNESCO)
- Kaadan Abdul Nasser (Aleppo University, Syria)
- Macer Darryl (RUSHSAP, UNESCO Bangkok, Thailand) (UNESCO)
- Moazam Farhat (The Center of Biomedical Ethics and Culture, SIUT, Pakistan)
- Parker Michael (The Ethox Centre, University of Oxford,U.K)
- Wikler Daniel (U.S.A)

### **Executive Committee:**

- Aghaee Kobra
- Ansari Samaneh

- Mirzazadeh Azim
- Miandari Hasan
- Moeen Mostafa
- Mohagheghi Mohammad Ali
- Niknam Mohammad Hossein
- Noorbala Ahmad Ali
- Parsapour Alireza
- Pourmand Gholamreza
- Ramezan Zadeh Fatemeh
- Sadr Shahabeddin
- Sajjadi Seyyed Jamal e ddin
- Samadi Aniseh
- Saeed Tehrani Javad
- Sahebghadam Lotfi Abbas
- Tabatabaee Seyyed Mahmoud (Neurosurgion)
- Tabatabaee Seyyed Mahmoud (Psychiatrist)
- Tabeii Zia e din
- Tavakolli Bazzaz Javad
- Shariat Torbaghan Shams
- Vahid Dastjerdi Marzieh
- Velayati Ali Akbar
- Vasei Mohammad
- Zafarghandi Mohammad Reza
- Zahedi Anaraki Farzaneh

## **Abstracts**

### **The International Congress of Medical Ethics in Iran ——— KK**

- Bahrami Abdullah
- Dinarvand Rasoul
- Emami Razavi Seyyed Hasan
- Esfahani Mohammad Mehdi
- Eynollahi Bahram
- Farhoud Daryoush
- Fattahi Ma'soum Seyyed Hossein
- Fotouhi Akbar
- Getmiri Seyyed Mansoor
- Ghane i Moustafa
- HajTarkhani Amir Hasan
- Harirchian Mohammad Hossein
- Jafarian Ali
- Jessri Maryam
- Jour Ebrahimian Nejat ol llah
- Kazemi Said Ali
- Kazemi Abdol Hassan
- Kazemian Ali
- Keshavarz Hossein
- Khosh Niyat Nikoo Mohsen
- Malek Afzali Hossein
- Malek Zade Reza
- Marandi Alireza
- Mahruzadeh Somayeh

- Saghaye Beriya Mohammad Naser
- Shahriyari Hamid
- Yazdi Mohammad
- Zanjani Amid

**Scientific Committee: (*Philosophy*)**

- Ali Zamani Amir Abbas
- Ayatollahi Hamid Reza
- Avani Gholam Reza
- Avani Shahin
- Ayatollahi Hamid Reza
- Dabbagh Soroush
- Gharamaleki Faramarz
- Javadi Mohsen

**Scientific Committee: (*Medicine*)**

- Aramesh Kiarash
- Aboulhasani Farid
- Akhoundi Mohammad Mehdi
- Alavian Seyyed Mouayyed
- Ashrafi Morteza
- Abbasi Mahmoud
- Ansari Samaneh
- Asghari Fariba
- Bagheri Alireza
- Bagheri Lankarani Kamran

**Chairman:** Larijani Bagher

**Congress Secretary:** Emami Razavi Seyyed Hasan

**Scientific Committee Coordinator:** Aramesh Kiarash

**Executive Committee Coordinator:** Parsapour Alireza

**Organizing Committee:**

- Aramesh Kiarash
- Bagheri Alireza
- Emami Razavi Seyyed Hasan
- Esfahani Mohammad Mehdi
- Larijani Bagher
- Niknam Mohammad Hossein
- Parsapour Alireza
- Schedina Abdulaziz
- Vahid Dastjerdi Marzieh

**Scientific Committee:** (*Law & Theology*)

- Amini Ebrahim
- Khamenei Seyyed Mohammad
- Larijani Sadegh
- Milanifar Alireza
- Mohaghegh Damad Seyyed Moustafa
- Mohammadi ReyShahri Mohammad
- Mohammadian Mohammad
- Navvab Seyyed Abolhasan
- Eisazadeh Nikzad



## **Abstracts**

### **The International Congress of Medical Ethics in Iran ——— GG**

Digital archive of Old Iranian Manuscripts (Museum of History of Medicine)

<http://immb.tums.ac.ir>

The database provides more than 6000 old medical manuscripts which have been categorized according to their subject, author, and keywords.

Iranian Journal of Medical ethics and History of Medicine

<http://ijme.tums.ac.ir>

This refereed and online journal publishes original articles in medical ethics and history of medicine field. The paper should be coordinated with the title of journal framework for publication. It is published in two languages: English and Persian. We are pleased to assess the manuscripts in a short period of time.

*Contact:* 4<sup>th</sup> floor, 21, 16 Azar Ave, Keshavarz Blvd, Tehran,  
Iran.

Tel: +982166419661

Fax: +982188987574

Email: [mehr@tums.ac.ir](mailto:mehr@tums.ac.ir)

Website: <http://mehr.tums.ac.ir>

**FF ——— The International Congress of Medical Ethics in Iran**

- Ethical aspects of Iranian kidney transplantation programme
- 1. Folk medicine
  - Performing more than 100 lectures and workshops in research ethics all over the country
  - Managing two international congresses

**FACILITIES**

*Specialized Library*

The library contains more than 10000 subjects of books in medical ethics and history of medicine area.

*Websites*

Medical Ethics and History of Medicine Research Centre

<http://Mehr.tums.ac.ir>

The website provides useful national and international information in different fields of medical ethics. Users can get useful information about staffs, projects, seminars and congresses. In addition a search engine designed to prepare searching books, papers, CDs by subject, author, or keyword. Furthermore some lectures and tutorials can be downloaded from website. There are also some useful links to the related institutions.

## **Abstracts**

### **The International Congress of Medical Ethics in Iran ——— EE**

- Organising and advancing education in history of medicine;
- Organizing seminars in various aspects of history of medicine;
- Publishing books, journals, brochures, soft wares;
- Compiling data bank of medical manuscripts;
- Establishing and advancing research in history of medical sciences;
- Recognition and introduction of researchers, and research centres in the field of history of medicine and providing a proper base for related research projects;
- Collecting, categorizing, and introducing valuable historical documents in Islamic Medicine as well as history of medicine in Iran.
- Evaluation and cooperation in research projects

#### *Our Activities*

- Conducting more than 20 research projects including:

- Ethical guideline & declaration in Biomedical sciences.
- Implications of human dignity theories in Islamic bioethics
- Compiling specialized informed consent forms

- Establishing medical ethics information centre;
- 2. Advancing research in medical ethics field;
- Providing an appropriate environment for active cooperation of researchers in the field;
- Evaluation and cooperation in research projects;
- Evaluation and implementation of Islamic view in medical ethics;
- Compiling related guidelines, declarations, and regulations in medical ethics;
- 3. Institutional amendments in the purpose of developing practical ethics in our country

The medical ethics department cooperates with National Research Ethics Committee, the ethics committee of Endocrinology and Metabolism Research Centre (emrc), Valie-asr Reproduction Health Research centre, Avecinna Research Centre of Modern Medical Sciences and Technology, Students Scientific Research Centre of Tehran University of Medical Sciences, Institute of History of Medicine and Islamic Medicine of Iran University of Medical Sciences, and AIDS Research Centre.

*History of Medicine:*

**Medical ethics and history of medicine research center**

Nowadays medical ethics is developing all around the world not only as a science but also as a practical discipline. Practical medical ethics is culture and religious- oriented. The crucial value of practical medical ethics highlights the importance of continuous research programs in different aspects.

Concerning the influence of culture and religion on moral issues in the society, especially on medical ethics.

The Medical ethics and History of Medicine Research Centre, funded by Tehran University of Medical sciences in May 2004.

The center combine of medical ethics and history of medicine departments, each one characterized with its own goals and strategic plan.

*Our Aims:*

*In medical ethics Department*

1. Managing and advancing medical ethics education
  - Designing and establishing MSc and PhD courses on medical ethics;
  - Organizing training courses, seminars, and congresses;
  - Providing MPH course in medical ethics;



**Attar Hall: Friday, 18 April 2008**

| <b>Genetics &amp; New Technologies</b>                                                    |                               |                |                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Chairs: Mohsen Khosh neyyat, Abdol Hassan Kazemi,<br/>Bita Amani, Rasoul Dinarvand</i> |                               |                |                                                                                                                       |
| <b>TIME</b>                                                                               | <b>LECTURER</b>               | <b>COUNTRY</b> | <b>TOPIC OF THE LECTURE</b>                                                                                           |
| <b>10.00-10.15</b>                                                                        | Nasim Aali Daee               | Iran           | Ethical challenges in nonomedicine                                                                                    |
| <b>10.15-10.30</b>                                                                        | Mohsen Khosh neyyat Nikoo     | Iran           | Therapeutic potential of stem cells in the treatment of diabetes mellitus: ethical consideration                      |
| <b>10.30-10.45</b>                                                                        | Bita Amani                    | Canada         | Defining E-Topia: emerging internet privacy issues and the challenge posed to protecting genetic (health) information |
| <b>10.45-11.00</b>                                                                        | Mansoureh saniee              | Iran           | Research on Embryo Stem Cells & Ethical Considerations                                                                |
| <b>11.00-11.15</b>                                                                        | Sahar Zarrin                  | Iran           | Ethical challenges in bioinformatics                                                                                  |
| <b>11.15-11.30</b>                                                                        | Mohammad Housein Shoja Moradi | Iran           | Ethical challenges & solutions in genetic tests                                                                       |
| <b>11.30-11.45</b>                                                                        | Abdol Hassan Kazemi           | Iran           | The concept of family structure & it's domain in human cloning                                                        |
| <b>11.45-12.00</b>                                                                        | Ali Asghar Fallahi            | Iran           | Ethics & doping in genetics                                                                                           |
| <b>12.00-12.30</b>                                                                        | Discussion                    |                |                                                                                                                       |

**Attar Hall: Friday, 18 April 2008**

| <b>Genetics &amp; New Technologies</b>                                                     |                          |                |                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------|------------------------------------------------------------|
| <i>Chairs: Michael Parker, Daryoush Farhoud, Javad Tavakoli Bazzaz, Hassan Abolghasemi</i> |                          |                |                                                            |
| <b>TIME</b>                                                                                | <b>LECTURER</b>          | <b>COUNTRY</b> | <b>TOPIC OF THE LECTURE</b>                                |
| <b>8.00-8.20</b>                                                                           | Michael Parker           | U.S.A.         | Ethics in genetic testing                                  |
| <b>8.20-8.40</b>                                                                           | Daryoush Farhoud         | Iran           | Ethical issues in medicine & biology                       |
| <b>8.40-8.55</b>                                                                           | Regi M Cherian           | Sweden         | Ethics of Nano bio-technology                              |
| <b>8.00-9.10</b>                                                                           | Nazafarin<br>Ghasemzadeh | Iran           | Ethical challenges in new<br>technologies of fertilization |
| <b>9.10-9.25</b>                                                                           | Javad<br>Tavakoli Bazzaz | Iran           | Ethical issues in medical genetics                         |
| <b>9.30-10.00</b>                                                                          | Coffee Break             |                |                                                            |

**Feyz Hall: Friday, 18 April 2008**

| <b>Bringing Medical Ethics into Practice</b>                                                                                           |                         |                |                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Chairs: Amir Hassan Hajtarkhani, Farhang Baba-Mahmoudi, Akbar Soltanzadeh, Abdol-Housein Rohol-Amini Najaf-Abadi, Abbas Masjedi</i> |                         |                |                                                                                              |
| <b>TIME</b>                                                                                                                            | <b>LECTURER</b>         | <b>COUNTRY</b> | <b>TOPIC OF THE LECTURE</b>                                                                  |
| <b>10.00-10.20</b>                                                                                                                     | Amir Hassan Hajtarkhani | Iran           | Ethics in research guide & practical security of it                                          |
| <b>10.20-10.35</b>                                                                                                                     | Akbar Soltanzadeh       | Iran           | Medical ethics Issues in neurological patients                                               |
| <b>10.35-10.50</b>                                                                                                                     | Farhang Baba-mahmoudi   | Iran           | Medical ethics & infectious disease                                                          |
| <b>10.50-11.05</b>                                                                                                                     | Mahdi Pasalar           | Iran           | Challenges in male circumcision (comparing the ethical matters in Islam & other religions)   |
| <b>11.05-11.20</b>                                                                                                                     | Ali Akbar Morteza zadeh | Iran           | Necessity of review in hospital provision relative to establishing hospital ethics committee |
| <b>11.20-12.00</b>                                                                                                                     | Discussion              |                |                                                                                              |
| <b>12.00-14.00</b>                                                                                                                     | Praying & Lunch Time    |                |                                                                                              |

**Feyz Hall: Friday, 18 April 2008**

| <b>Bringing Medical Ethics into Practice</b>                                                                          |                                   |                |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Chairs: Ahad Faramarz Gharamaleki, Mostafa Ghaneie, Alireza Parsapour, Marzeyeh Vahid Dastjerdi, Esmat Barouti</i> |                                   |                |                                                                                              |
| <b>TIME</b>                                                                                                           | <b>LECTURER</b>                   | <b>COUNTRY</b> | <b>TOPIC OF THE LECTURE</b>                                                                  |
| <b>8.00-8.20</b>                                                                                                      | Ahad Faramarz Ghara maleki        | Iran           | The role of strategic approach to professional ethics in medical ethics efficiency           |
| <b>8.20-8.40</b>                                                                                                      | Mostafa Ghaneie                   | Iran           | Managing of practical role of ethics in medical sciences studies                             |
| <b>8.40-9.00</b>                                                                                                      | Alireza Parsapour                 | Iran           | Providing a practical model to evaluate the patient's right in hospital                      |
| <b>9.00-9.15</b>                                                                                                      | Sina Valeei                       | Iran           | The ICN code of ethics: challenges of application and transferring to Iranian nursing system |
| <b>9.15-9.30</b>                                                                                                      | Sayyed Abol-ghasem Sajjadi Tabasi | Iran           | Applying ethics in pharmacy                                                                  |
| <b>9.30-10.00</b>                                                                                                     | Coffee Break                      |                |                                                                                              |

**Khaje Nasir Hall: Friday, 18 April 2008**

| Organ Transplantation                                                       |                              |          |                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------|
| Chairs: Mohammad Housein Harirchiyan, Kiarash Aramesh, Gholam Reza Pourmand |                              |          |                                                                          |
| TIME                                                                        | LECTURER                     | COUNTRY  | TOPIC OF THE LECTURE                                                     |
| 10.00-10.20                                                                 | Mohammad Housein Harirchiyan | Iran     | Brain death history and controversies                                    |
| 10.20-10.40                                                                 | Kiarash Aramesh              | Iran     | Iranian Model of Kidney Transplantation: An Ethical Review               |
| 10.40-11.00                                                                 | Gholam Reza Pourmand         | Iran     | Ethical considerations in kidney transplantation of Brain death patients |
| 11.00-11.15                                                                 | Rubina Naqvi                 | Pakistan | Ethics of organ transplants                                              |
| 11.15-11.30                                                                 | Hajar Kazemi                 | Iran     | Body organs donation in medical ethics                                   |
| 11.30-12.00                                                                 | Discussion                   |          |                                                                          |
| 12.00-14.00                                                                 | Praying & Lunch Time         |          |                                                                          |
| General Meeting                                                             |                              |          |                                                                          |
| Chairs: Abdulaziz Sachedina, Michael Parker                                 |                              |          |                                                                          |
| TIME                                                                        | LECTURER                     | COUNTRY  | TOPIC OF THE LECTURE                                                     |
| 14.00-14.30                                                                 | Abdulaziz Sachedina          | USA      | Teaching Bioethics in Medical Programs in Iran                           |
| 14.30-15.00                                                                 | Michael Parker               | UK       |                                                                          |
| 15.00-15.30                                                                 | Coffee Break                 |          |                                                                          |
| 15.30-17.00                                                                 | Closing Ceremony             |          |                                                                          |

**Khaje Nasir Hall: Friday, 18 April 2008**

| <b>Organ Transplantation</b>                                                          |                            |                |                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <i>Chairs: Sayyed Mahmoud Taba-tabaei, Alireza Bagheri, Chimeh Leonardo De Castro</i> |                            |                |                                                                       |
| <b>TIME</b>                                                                           | <b>LECTURER</b>            | <b>COUNTRY</b> | <b>TOPIC OF THE LECTURE</b>                                           |
| <b>8.00-8.20</b>                                                                      | Sayyed Mahmoud Taba-tabaei | Iran           | Neurosurgical concepts in Brain death                                 |
| <b>8.20-8.40</b>                                                                      | Alireza Bagheri Chimeh     | Iran           | In Defense of compensating organ donors                               |
| <b>8.40-9.00</b>                                                                      | Leonardo De Castro         | Philippines    | Bioethics from below: vulnerable publication prospective on bioethics |
| <b>9.00-9.15</b>                                                                      | Saeed Bahaalou Houreh      | Iran           | Kidney transplantation, is there any place for refugees?              |
| <b>9.15-9.30</b>                                                                      | Marjan Laal                | Iran           | Transplantation: Islamic review                                       |
| <b>9.30-10.00</b>                                                                     | Coffee Break               |                |                                                                       |

**Attar Hall: Thursday, 17 April 2008**

| <b>End of Life Issues</b>                                                                   |                       |                |                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Chairs: Ali Kazemyan, Amir abbas Ali Zamani, Homayoon Hemmati, Nahid Dehghan Nayyeri</i> |                       |                |                                                                                                            |
| <b>TIME</b>                                                                                 | <b>LECTURER</b>       | <b>COUNTRY</b> | <b>TOPIC OF THE LECTURE</b>                                                                                |
| <b>16.00-16.15</b>                                                                          | Ali Kazemyan          | Iran           | Medical Futility                                                                                           |
| <b>16.15-16.30</b>                                                                          | Amir abbas Ali Zamani | Iran           | The meaning of a meaningful life                                                                           |
| <b>16.30-16.45</b>                                                                          | Homayoon Hemmati      | Iran           | Euthansia moral philosophy perspective                                                                     |
| <b>16.45-17.00</b>                                                                          | Nahid Dehghan Nayyeri | Iran           | Policies of ending the life in different cultures                                                          |
| <b>17.00-17.15</b>                                                                          | Mahdi Aghili          | Iran           | Assessment of the attitude of patients with cancer & their family members about telling the truth          |
| <b>17.15-17.30</b>                                                                          | Abdol- Rasoul Kashfi  | Iran           | Philosophical analysis of physiologic suffering in near death patients & it's importance in medical ethics |
| <b>17.30-18.00</b>                                                                          | Discussion            |                |                                                                                                            |

**Attar Hall: Thursday, 17 April 2008**

| <b>Resource Allocation</b>                                                                                 |                     |                |                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Chairs: Rahmatollah Hafezi, Ali Jafariyan, Keyhan Parsi,<br/>Farid AbolHassani, Ali Arab Kheradmand</i> |                     |                |                                                                                      |
| <b>TIME</b>                                                                                                | <b>LECTURER</b>     | <b>COUNTRY</b> | <b>TOPIC OF THE LECTURE</b>                                                          |
| <b>13.30-13.50</b>                                                                                         | Rahmatollah Hafezi  | Iran           | Justice (equity) in resource allocation                                              |
| <b>13.50-14.10</b>                                                                                         | Ali Jafariyan       | Iran           | Ethical Considerations in Organ Allocation for Transplantation                       |
| <b>14.10-14.30</b>                                                                                         | Keyhan Parsi        | U.S.A.         | Preparing Medical Students for the World: Service learning and global health justice |
| <b>14.30-14.50</b>                                                                                         | Alireza Shabanzadeh | Iran           | The Belmont report & justice (equity) in medical ethics                              |
| <b>14.50-15.30</b>                                                                                         | Discussion          |                |                                                                                      |
| <b>15.30-16.00</b>                                                                                         | Coffee Break        |                |                                                                                      |

**Attar Hall: Thursday, 17 April 2008**

| <b>Medical Ethics Education</b>                                                                                             |                         |                |                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Chairs: Mohammad Housein Niknam, Fariba Asghari, Abbas Shafiee, Azim Mirzazadeh, Bahram Eynollahi, Housein Keshavarz</i> |                         |                |                                                                                    |
| <b>TIME</b>                                                                                                                 | <b>LECTURER</b>         | <b>COUNTRY</b> | <b>TOPIC OF THE LECTURE</b>                                                        |
| <b>10.00-10.20</b>                                                                                                          | Mohammad Housein Niknam | Iran           | Medical ethics education & social determinates of health                           |
| <b>10.20-10.40</b>                                                                                                          | Fariba Asghari          | Iran           | Revision of medical ethics educational program in general medicine course          |
| <b>10.40-11.00</b>                                                                                                          | Abbas Shafiee           | Iran           | Teaching & learning pharmaceutical code of ethics in pharmacy students             |
| <b>11.00-11.20</b>                                                                                                          | Azim Mirzazadeh         | Iran           | Patients' participation in clinical education: duty or help?                       |
| <b>11.20-11.35</b>                                                                                                          | Amir Mostafa Jafari     | Pakistan       | Training health care professionals in biomedical ethics in Pakistan: An innovation |
| <b>11.35-11.50</b>                                                                                                          | Behzad Maghsoudi        | Iran           | Medical codes in education of intubations & IV line therapy to medical students    |
| <b>11.50-12.05</b>                                                                                                          | Azam Khorshidian        | Iran           | Ethics education in dentistry                                                      |
| <b>12.05-12.30</b>                                                                                                          | Discussion              |                |                                                                                    |
| <b>12.30-13.30</b>                                                                                                          | Praying & Lunch Time    |                |                                                                                    |

**Feyz Hall: Thursday, 17 April 2008**

| <b>Ethics in Biomedical Research</b>                                                                                            |                           |                |                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Chairs: Reza Malekzadeh, Mohammad Farhadi, Mina Mobasher, Abdol - Mohammad Kajbaf - zadeh, Mohammad Vasei, Akbar Fotouhi</i> |                           |                |                                                                                              |
| <b>TIME</b>                                                                                                                     | <b>LECTURER</b>           | <b>COUNTRY</b> | <b>TOPIC OF THE LECTURE</b>                                                                  |
| <b>16.00-16.20</b>                                                                                                              | Reza Malekzadeh           | Iran           | Acquiring informed consent of illiterate population for participation in descriptive studies |
| <b>16.20-16.40</b>                                                                                                              | Mohammad Farhadi          | Iran           | Patients rights in clinical trials                                                           |
| <b>16.40-16.55</b>                                                                                                              | Ali Asghar Peyvandi       | Iran           | Ethical considerations in medical studies                                                    |
| <b>16.55-17.10</b>                                                                                                              | Mina Mobasher             | Iran           | Ethical codes in work with laboratory animals                                                |
| <b>17.10-17.25</b>                                                                                                              | Amir Housein Khoda Parast | Iran           | Critical assessment of ethical guide of research                                             |
| <b>17.25-17.40</b>                                                                                                              | Farhad Handjani           | Iran           | Ethics in clinical trials: A true example of a WHO vaccine trial in Ethiopia                 |
| <b>17.40-18.00</b>                                                                                                              | Discussion                |                |                                                                                              |

**Feyz Hall: Thursday, 17 April 2008**

| <b>Medical Ethics and Psychiatry</b>                                                                           |                                 |                |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------|
| <i>Chairs: Ahmad Ali Nourbala, Mahdi Nasr Isfahani,<br/>Mohammad Omran Razzaghi, Sayyed Mahmoud Tabatabaei</i> |                                 |                |                                                           |
| <b>TIME</b>                                                                                                    | <b>LECTURER</b>                 | <b>COUNTRY</b> | <b>TOPIC OF THE LECTURE</b>                               |
| <b>13.30-13.50</b>                                                                                             | Ahmad Ali Nourbala              | Iran           | Human dignity in psychiatric ethics                       |
| <b>13.50-14.10</b>                                                                                             | Mahdi Nasr Isfahani             | Iran           | Mental health law                                         |
| <b>14.10-14.30</b>                                                                                             | Mohammad<br>Omran Razzaghi      | Iran           | Ethical considerations in addiction<br>medicine           |
| <b>14.30-14.50</b>                                                                                             | Sayyed<br>Mahmoud<br>Tabatabaei | Iran           | Some Criteria of medical ethics in<br>Razi's "Al-Havi"    |
| <b>14.50-15.05</b>                                                                                             | Khodabakhsh<br>Ahamadi          | Iran           | The consultants rights in<br>consultation & psychotherapy |
| <b>15.05-15.30</b>                                                                                             | Discussion                      |                |                                                           |
| <b>15.30-16.00</b>                                                                                             | Coffee Break                    |                |                                                           |

**Feyz Hall: Thursday, 17 April 2008**

| <b>Medical Errors</b>                                                                              |                                 |                |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Chairs: Alireza Milanifar, Fakhroddin Taghaddosi Nejad,<br/>Mohammad Sadegh Ahmadi Akhoundi</i> |                                 |                |                                                                                                                                  |
| <b>TIME</b>                                                                                        | <b>LECTURER</b>                 | <b>COUNTRY</b> | <b>TOPIC OF THE LECTURE</b>                                                                                                      |
| <b>10.00-10.20</b>                                                                                 | Alireza Milanifar               | Iran           | Ethical consideration in judgment (legal procedures) & investigation of medical errors                                           |
| <b>10.20-10.40</b>                                                                                 | Fakhroddin Taghaddosi Nejad     | Iran           | Ethical & legal issues of medical errors                                                                                         |
| <b>10.40-10.55</b>                                                                                 | Mohammad Sadegh Ahmadi Akhoundi | Iran           | Prevalence of orthodontic malpractice in propounded records in medical council based on votes from primary & advanced committees |
| <b>10.55-11.10</b>                                                                                 | Nader Aghakhani                 | Iran           | Study of ethical responsibility of nurses for medical errors report in educational hospital in Urmia                             |
| <b>11.10-11.25</b>                                                                                 | Nayyere Baghcheghi              | Iran           | Reporting nursing errors                                                                                                         |
| <b>11.25-12.30</b>                                                                                 | Discussion                      |                |                                                                                                                                  |
| <b>12.30-13.30</b>                                                                                 | Praying & Lunch Time            |                |                                                                                                                                  |

**Khaje Nasir Hall: Thursday , 17 April 2008**

| <b>Medical Ethics &amp; Law</b>                                                        |                     |                |                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Chairs: Shahab-oddin Sadr, Mahmoud Abbasi, Tahmoures Bashiryeh, Omid Ali Ahmadi</i> |                     |                |                                                                                  |
| <b>TIME</b>                                                                            | <b>LECTURER</b>     | <b>COUNTRY</b> | <b>TOPIC OF THE LECTURE</b>                                                      |
| <b>16.00-16.20</b>                                                                     | Shahab eddin Sadr   | Iran           | Assessment of legal complains Regarding General Surgery                          |
| <b>16.20-16.40</b>                                                                     | Mahmoud Abbasi      | Iran           | A comparative study of fee spreading responsibility in medicine                  |
| <b>16.40-17.00</b>                                                                     | Tahmoures Bashiryeh | Iran           | The heritors authority in organ donation of Brain death patients                 |
| <b>17.00-17.15</b>                                                                     | Omid Ali Ahmadi     | Iran           | Comparing the regulation process in simulation researches in different countries |
| <b>17.15-18.00</b>                                                                     | Discussion          |                |                                                                                  |

## Khaje Nasir Hall: Thursday , 17 April 2008

| <b>Medical ethics &amp; Islamic Jurisprudence</b>                                                                                                                                |                               |                |                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Chairs: Mohammad Mohammadi ReyShahri, Sayyed Abol-Hassan Navvab, Mohammad Naser Saghaye Bi-Rya, Mohammad Mahdi Isfahani, Nikzad Isazadeh, Naser Kaadan, Mohammad Bakhtoma</i> |                               |                |                                                                                                        |
| <b>TIME</b>                                                                                                                                                                      | <b>LECTURER</b>               | <b>COUNTRY</b> | <b>TOPIC OF THE LECTURE</b>                                                                            |
| <b>13.30-13.45</b>                                                                                                                                                               | Mohammad Mohammadi ReyShahri  | Iran           |                                                                                                        |
| <b>13.45-14.00</b>                                                                                                                                                               | Naser Kaadan                  | Syria          | Some of the muslim physicians achievements about medical ethics                                        |
| <b>14.00-14.15</b>                                                                                                                                                               | Sayyed Abol-Hassan Navvab     | Iran           | The domains of medical ethics in Islam & West                                                          |
| <b>14.15-14.30</b>                                                                                                                                                               | Mohammad Naser Saghaye Bi-Rya | Iran           | A short review of the roots, goals, issues and domains of medical ethics in Islam                      |
| <b>14.30-14.45</b>                                                                                                                                                               | Mohammad Mahdi Isfahani       | Iran           | The Necessity of reviewing medical sciences educational program according to the Islamic jurisprudence |
| <b>14.45-15.00</b>                                                                                                                                                               | Nikzad Isazadeh               | Iran           | Medical ethics in "shieh" jurisprudence                                                                |
| <b>15.00-15.15</b>                                                                                                                                                               | Mohammad Bakhtoma             | Saudi Arabia   | Relation between fighh and medicine                                                                    |
| <b>15.15-15.30</b>                                                                                                                                                               | Discussion                    |                |                                                                                                        |
| <b>15.30-16.00</b>                                                                                                                                                               | Coffee Break                  |                |                                                                                                        |

**Khaje Nasir Hall: Thursday , 17 April 2008**

| <b>Philosophical Basis of Medical Ethics</b>                                                          |                      |                |                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Chairs: Roberto Andorno, Byron Kaldis, Mohsen Javadi, Soroush Dabbagh, Shams Shariat Torbaghan</i> |                      |                |                                                                                                   |
| <b>TIME</b>                                                                                           | <b>LECTURER</b>      | <b>COUNTRY</b> | <b>TOPIC OF THE LECTURE</b>                                                                       |
| <b>10.00-10.20</b>                                                                                    | Roberto Andorno      | Switzerland    | The key role of human dignity in global bioethics                                                 |
| <b>10.20-10.40</b>                                                                                    | Byron Kaldis         | Greece         | Post human challenges to medical ethics. The need for metaphysical decisions to ethical reasoning |
| <b>10.40-11.00</b>                                                                                    | Mohsen Javadi        | Iran           | The autonomy of an individual and it's limits in Islamic bioethics                                |
| <b>11.00-11.15</b>                                                                                    | Soroush Dabbagh      | Iran           | Principalism and particularism in medical ethics                                                  |
| <b>11.15-11.30</b>                                                                                    | Housein Godazgar     | Iran           | Social constructionism as an apt method in medical ethics training                                |
| <b>11.30-11.45</b>                                                                                    | Mohammad Mehr Asa    | Iran           | Principalism in medical ethics                                                                    |
| <b>11.45-12.00</b>                                                                                    | Ali Kazemi Saeed     | Iran           | The role of identity in ethics                                                                    |
| <b>12.00-12.30</b>                                                                                    | Discussion           |                |                                                                                                   |
| <b>12.30-13.30</b>                                                                                    | Praying & Lunch Time |                |                                                                                                   |

**Khaje Nasir Hall: Thursday , 17 April 2008**

| <b>General Meeting</b>                                                                                    |                                |                |                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------------|
| <i>Chairs: Sadegh Larijani, Andrew Guestafson<br/>Sayyed MostafaMohaghegh Damad, Mohammad Ali Shomali</i> |                                |                |                                                                |
| <b>TIME</b>                                                                                               | <b>LECTURER</b>                | <b>COUNTRY</b> | <b>TOPIC OF THE LECTURE</b>                                    |
| <b>8.00-8.20</b>                                                                                          | Sadegh Larijani                | Iran           | Realism and moral obligation                                   |
| <b>8.20-8.40</b>                                                                                          | Andrew Guestafson              | U.S.A          | Ethics of the medicine business in the us: some current issues |
| <b>8.40-9.00</b>                                                                                          | Sayyed Mostafa Mohaghegh Damad | Iran           | Physician - patient financial relationship                     |
| <b>9.00-9.20</b>                                                                                          | Mohammad Ali Shomali           | Iran           | Islamic bioethics: a general scheme                            |
| <b>9.20-9.30</b>                                                                                          | Discussion                     |                |                                                                |
|                                                                                                           | Coffee Break                   |                |                                                                |

**Attar Hall: Wednesday, 16 April 2008**

| <b>Beginning of the Life Issues</b>                                                                                               |                            |                |                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Chairs: Mohammad Mahdi Akhoundi, Mohsen Moeini, Abedin Moemeni , Ali Abbasi, Ryuich Ida, Gholam ali Seyfi, Mohammad Safaei</i> |                            |                |                                                                                                 |
| <b>TIME</b>                                                                                                                       | <b>LECTURER</b>            | <b>COUNTRY</b> | <b>TOPIC OF THE LECTURE</b>                                                                     |
| <b>16.00 - 16.15</b>                                                                                                              | Mohsen Moeini              | Iran           | Development of fetus, beginning of life                                                         |
| <b>16.15 - 16.30</b>                                                                                                              | Mohammad Mahdi Akhoundi    | Iran           | Report of the expert meeting on legal and ethical issues of human embryo research               |
| <b>16.30 - 16.45</b>                                                                                                              | Ryuich Ida                 | Japan          | Ethical consideration on recent stem cell research for regenerative medicine                    |
| <b>16.45 - 17.00</b>                                                                                                              | Fatemeh Sadat Nayyeri      | Iran           | Medical ethics and beginning of the life issues                                                 |
| <b>17.00 - 17.15</b>                                                                                                              | Gholam ali Seyfi           | Iran           | Civil rights on the beginning of life                                                           |
| <b>17.15 - 17.30</b>                                                                                                              | Sayyed Morteza Ghasemzadeh | Iran           | The beginning of the lifetime and it legal impression                                           |
| <b>17.30 - 17.45</b>                                                                                                              | Abedin Moemeni             | Iran           | Kinship of the human being with nature, the origin of the unity of life and its relevant rights |
| <b>17.45 - 18.00</b>                                                                                                              | Sadra Sadeh                | Iran           | Life levels and its ethical outcomes                                                            |
| <b>18.00 - 18.15</b>                                                                                                              | Ali Abbasi                 | U.S.A          | The endless rules of medical ethics                                                             |
| <b>18.15 - 18.30</b>                                                                                                              | Discussion                 |                |                                                                                                 |

**Attar Hall: Wednesday, 16 April 2008**

| <b>Ethics &amp; Public Health</b>                                                                                           |                              |                |                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------|
| <i>Chairs: Housein Malek-afzali, Abdallah Daar, Alireza Mesdaghi Niya, Irene Jillson, Alireza Marandi, Alireza Delavari</i> |                              |                |                                                         |
| <b>TIME</b>                                                                                                                 | <b>LECTURER</b>              | <b>COUNTRY</b> | <b>TOPIC OF THE LECTURE</b>                             |
| <b>13.30-13.50</b>                                                                                                          | Housein Malek-afzali         | Iran           | Ethical issues in public health                         |
| <b>13.50-14.10</b>                                                                                                          | Abdallah Daar                | Canada         | Global health equity                                    |
| <b>14.10-14.30</b>                                                                                                          | Alireza Mesdaghi Niya        | Iran           | Ethical issues in environmental & occupational health   |
| <b>14.30-14.50</b>                                                                                                          | Irene Jillson                | U.S.A.         | Ethical issues in substance abuse                       |
| <b>14.50-15.05</b>                                                                                                          | Housein Hassaniyan Moghaddam | Iran           | The insurances and ethical challenges in clinical wards |
| <b>15.05-15.30</b>                                                                                                          | Discussion                   |                |                                                         |
| <b>15.30-16.00</b>                                                                                                          | Coffee Break                 |                |                                                         |

**Feyz Hall: Wednesday, 16 April 2008**

| <b>Physician - Patient Relation</b>                                                                                             |                             |                |                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Chairs: Sayyed Zia-oddin Tabeie, Housein Dargahi, Reza Negarandeh, Abbas Monzavi, Sayyed Moayyed Alaviyan, Khosro Jadidi</i> |                             |                |                                                                                                               |
| <b>TIME</b>                                                                                                                     | <b>LECTURER</b>             | <b>COUNTRY</b> | <b>TOPIC OF THE LECTURE</b>                                                                                   |
| <b>16.00-16.20</b>                                                                                                              | Sayyed Zia-oddin Tabeie     | Iran           | Physician- patient relation ship                                                                              |
| <b>16.20-16.40</b>                                                                                                              | Mohammad Arbabi             | Iran           | How to tell the bad news to patient & his / her significant others?                                           |
| <b>16.40-17.00</b>                                                                                                              | Housein Dargahi             | Iran           | Comparative study between patient's right charter of Iran and other countries                                 |
| <b>17.00-17.20</b>                                                                                                              | Reza Negarandeh             | Iran           | Patient's advocating & the necessity of considering national ethics principles for nurses                     |
| <b>17.20-17.35</b>                                                                                                              | Yasmin Wajahat              | Pakistan       | Informed consent project at a public sector hospital in Pakistan                                              |
| <b>17.35-17.50</b>                                                                                                              | Taraneh DorMohammadi Tousei | Iran           | The most important patient's expectations of their physicians                                                 |
| <b>17.50-18.05</b>                                                                                                              | Alireza Nikbakht Nasr-Abadi | Iran           | Necessary conditions of patients' bill of right in Iran: a phenomenological study                             |
| <b>18.05-18.20</b>                                                                                                              | Behshid Garousi             | Iran           | The view of specialists and general practitioners about the patient-physician relation & communication skills |
| <b>18.20-18.45</b>                                                                                                              | Discussion                  |                |                                                                                                               |

**Feyz Hall: Wednesday, 16 April 2008**

| <b>Professionalism</b>                                                                                                            |                            |                |                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------|
| <i>Chairs: Sayyed Hassan Imami Razavi, Moslem Bahadori, Hassan Farsam, Soudabeh Joulaee. Alireza Yalda, Sayyed Masoud Khatami</i> |                            |                |                                                                        |
| <b>TIME</b>                                                                                                                       | <b>LECTURER</b>            | <b>COUNTRY</b> | <b>TOPIC OF THE LECTURE</b>                                            |
| <b>13.30-13.50</b>                                                                                                                | Sayyed Hassan Imami Razavi | Iran           | Professionalism                                                        |
| <b>13.50-14.10</b>                                                                                                                | Moslem Bahadori            | Iran           | Professionalism & medical ethics                                       |
| <b>14.10-14.25</b>                                                                                                                | Hassan Farsam              | Iran           | The pathology of pharmacy ethics                                       |
| <b>14.25-14.40</b>                                                                                                                | Deelip Rohra               | Pakistan       | Unethical marketing practices of pharmaceutical companies in Pakistan  |
| <b>14.40-14.55</b>                                                                                                                | Soudabeh Joulaee           | Iran           | An approach to patient's bill of right and applying it in Iran         |
| <b>14.55-15.10</b>                                                                                                                | Mansoureh Moahammadi       | Iran           | Professional appearance & code of dress in dentistry faculties in Iran |
| <b>15.10-15.30</b>                                                                                                                | Discussion                 |                |                                                                        |
| <b>15.30-16.00</b>                                                                                                                | Coffee Break               |                |                                                                        |

**Khaje Nasir Hall: Wednesday, 16 April 2008**

| <b>Medical Ethics: Islamic and Other Religions' Perspectives (2)</b>                                                                                      |                            |                |                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Chairs: Abbas Ali Amid Zanjani, Saeed Tehrani , Thomas Eich,<br/>Irene Jillson, Jamal Saleh Jarellah, Farhat Moazam<br/>Mohammad Reza Mostafa Pour</i> |                            |                |                                                                                                   |
| <b>TIME</b>                                                                                                                                               | <b>LECTURER</b>            | <b>COUNTRY</b> | <b>TOPIC OF THE LECTURE</b>                                                                       |
| <b>16.00-16.20</b>                                                                                                                                        | Abbas Ali Amid Zanjani     | Iran           | Medical Ethics: the viewpoint of Islam (assessment of a comprehensive approach to medical ethics) |
| <b>16.20-16.40</b>                                                                                                                                        | Thomas Eich                | Germany        | Historical approach in teaching contemporary Islamic medicine                                     |
| <b>16.40-17.00</b>                                                                                                                                        | Farhat Moazam              | Pakistan       | The challenge: Indigenizing Medical Ethics                                                        |
| <b>17.00-17.15</b>                                                                                                                                        | Peyman Chalapi             | Iran           | Approach of World religions to cloning and transgenic animals                                     |
| <b>17.15-17.30</b>                                                                                                                                        | Irene Jillson              | U.S.A.         | Comparative health care ethics                                                                    |
| <b>17.30-17.45</b>                                                                                                                                        | Saeed Tehrani              | Iran           | Assessment of one of the reasons of neglect in medical ethics                                     |
| <b>17.45-18.00</b>                                                                                                                                        | Jamal Saleh Jarellah       | Saudi Arabia   | Islamic medical ethics (looking at the roots)                                                     |
| <b>18.00-18.15</b>                                                                                                                                        | Mohammad Reza Mostafa Pour | Iran           | Juridical basis of medical ethics                                                                 |
| <b>18.15 - 18.30</b>                                                                                                                                      | Mhamoud Motevassel Arani   | Iran           | Medical ethics: Islamic and other religion's perspective                                          |
| <b>18.15-18.45</b>                                                                                                                                        | Discussion                 |                |                                                                                                   |

**Khaje Nasir Hall: Wednesday, 16 April 2008**

| <b>Medical Ethics: Islamic and Other Religions' Perspectives (1)</b>                                                                            |                               |                |                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Chairs: Mohammad Mohammadian, Hamid Reza Ayatollahi,<br/>Shahin Avani, Heitham Alkhayat, Darryl Macer,<br/>Sayyed Housein Fattahi Masoum</i> |                               |                |                                                                                    |
| <b>TIME</b>                                                                                                                                     | <b>LECTURER</b>               | <b>COUNTRY</b> | <b>TOPIC OF THE LECTURE</b>                                                        |
| <b>13.30-13.50</b>                                                                                                                              | Mohammad Mohammadian          | Iran           | Iranian - Islamic hospital:<br>the Ideal hospital in<br>considering medical ethics |
| <b>13.50-14.10</b>                                                                                                                              | Hamid Reza Ayatollahi         | Iran           | Interpretation of some issues in<br>Islamic medical ethics                         |
| <b>14.10-14.25</b>                                                                                                                              | Shahin Avani                  | Iran           | The border of treatment, physical<br>avariciousness & amendment                    |
| <b>14.25-14.40</b>                                                                                                                              | Darryl Macer                  | Thailand       | Implementation of UNESCO<br>bioethics declaration in<br>different cultures         |
| <b>14.40-14.55</b>                                                                                                                              | Heitham Alkhayat              | Syria          |                                                                                    |
| <b>14.55-15.10</b>                                                                                                                              | Sayyed Housein Fattahi Masoum | Iran           | The role of Islamic medicine &<br>physicians in globalization<br>of medical ethics |
| <b>15.10-15.30</b>                                                                                                                              | Discussion                    |                |                                                                                    |
| <b>15.30-16.00</b>                                                                                                                              | Coffee Break                  |                |                                                                                    |

**Khaje Nasir Hall: Wednesday, 16 April 2008**

| TIME                                                  | General Meeting        |         |                                                        |
|-------------------------------------------------------|------------------------|---------|--------------------------------------------------------|
| 8.00-9.00                                             | Distribution of Badges |         |                                                        |
| 9.00-10.30                                            | Opening Ceremony       |         |                                                        |
| 10.30-11.00                                           | Coffee Break           |         |                                                        |
| Chairs: Ebrahim Amini, Bagher Larijani, Daniel Wikler |                        |         |                                                        |
| TIME                                                  | LECTURER               | COUNTRY | TOPIC OF THE LECTURE                                   |
| 11.00-11.20                                           | Ebrahim Amini          | Iran    | Juridical & ethical responsibilities in medical ethics |
| 11.20-11.40                                           | Bagher Larijani        | Iran    | Medical Ethics in Iran: a two decade review            |
| 11.40-12.00                                           | Daniel Wikler          | U.S.A.  | Population-Level Bioethics: A Research Agenda          |
| 12.00-12.30                                           | Discussion             |         |                                                        |
| 12.30-13.30                                           | Praying & Lunch Time   |         |                                                        |

**17<sup>th</sup> of April 2008**

| <b>Time</b>   | <b>Hall</b>        | <b>Session</b>                                                                                           |
|---------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8:30 - 10.00  | Khajeh- Nasir Hall | General                                                                                                  |
| 10.00 – 12:30 | Khajeh- Nasir Hall | and Islamic Figh Medical Ethics                                                                          |
|               | Feyz Hall          | Medical Errors                                                                                           |
|               | Attar Hall         | Justice and Resource Allocation                                                                          |
| 12:30 – 13:30 |                    | Lunch                                                                                                    |
| 13:30 – 15:30 | Khajeh- Nasir Hall | Medical ethics and Laws                                                                                  |
|               | Feyz Hall          | Medical Ethics in Psychiatry                                                                             |
|               | Attar Hall         | Medical Ethics in End-of-life cares                                                                      |
| 15:30 - 16 00 | ---                | Break                                                                                                    |
| 16.00 – 18 00 | Khajeh- Nasir Hall | Philosophical Approaches to Medical Ethics                                                               |
|               | Feyz Hall          | Ethics in Research                                                                                       |
|               | Attar Hall         | New Issues in Medicine (Cloning, Transplantation, Medical Genetics, Assisted Reproductive Techniques...) |

**18<sup>th</sup> of April 2008**

| <b>Time</b>   | <b>Hall</b>        | <b>Session</b>                     |
|---------------|--------------------|------------------------------------|
| 8:30 – 12.00  | Khajeh- Nasir Hall | Organ Transplantation              |
|               | Feyz Hall          | Practical Issues in Medical Ethics |
|               | Attar Hall         | Medical Ethics Education           |
| 12.00 – 14.00 | ---                | Break                              |
| 14.00 - 15.00 | Khajeh- Nasir Hall | General                            |
| 15.00 – 15:30 | ---                | Break                              |
| 15:30 - 17.00 | Khajeh- Nasir Hall | Closing Keynote                    |

**Program of 2<sup>nd</sup> International Congress of Medical Ethics****16<sup>th</sup> of April 2008**

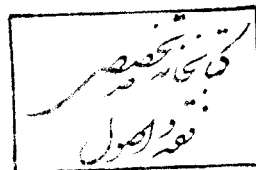
| <b>Time</b>   | <b>Hall</b>        | <b>Session</b>                                                |
|---------------|--------------------|---------------------------------------------------------------|
| 8.00-9.00     | ---                | Late Registration                                             |
| 9.00 – 10:30  | Khajeh- Nasir Hall | Welcome and Opening Keynote                                   |
| 10:30 - 1.001 | ---                | Break                                                         |
| 11.00 – 12:30 | Khajeh- Nasir Hall | General                                                       |
| 12:30 – 13:30 | ---                | Lunch                                                         |
| 13:30 – 15:30 | Khajeh- Nasir Hall | Medical Ethics in Islam and Other Religions Point of View (1) |
|               | Feyz Hall          | Professionalism                                               |
|               | Attar Hall         | Medical Ethics and Public Health                              |
| 15:30 - 16 00 | ---                | Break                                                         |
| 16.00 – 18:30 | Khajeh- Nasir Hall | Medical Ethics in Islam and Other Religions Point of View (2) |
|               | Feyz Hall          | Patient - Physician Relationship                              |
|               | Attar Hall         | Issues in Prenatal Medical Ethics                             |

**In cooperation with:**



**Asian  
Bioethics  
Association**

**In the Name of God**



**The Second International Congress of  
Medical Ethics in Iran**

*Tehran, 16-18 April 2008*

**IICC Conference / Exhibition Center**

**Organized by:**

Medical Ethics and History of Medicine Research Center

Tehran University of Medical Sciences

Ministry of Health and Medical Education