

بحثی پیرامون اصل عدالت در اخلاق پزشکی

دکتر کیارش آرامش

مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

یکی از مهم‌ترین موضوعاتی که در اخلاق پزشکی مطرح و قابل پرداختن است و مسئله روز سلامت کشور را شامل می‌شود، موضوع تخصیص بودجه‌های کلان سلامت و پیشگیری از بیماری و اصلاح تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت است. عدالت در رابطه با سلامت، در مفهوم امروزی خود، نه فقط تخصیص منابع درمانی به بیماران، بلکه تامین شرایطی برای زندگی تمامی مردم است که آنها را تا حد ممکن بر مدار سلامت و دور از بیماری نگاه دارد. در این مقاله ضمن توضیح دو پارادایم پزشکی و اجتماعی عدالت در اخلاق زیستی، پرداختن به موضوع عدالت در سلامت از منظری که در پارادایم اجتماعی به آن نگریسته می‌شود، بعنوان حلقه مفقوده ادبیات اخلاق پزشکی در سطح جهان و بویژه در زبان فارسی مطرح شده و به شرح این نکته پرداخته شده است که اگر قرار است اخلاق پزشکی در جهت تامین و ارتقای سلامت جامعه گام بردارد، باید در کنار موضوعات دیگر، نگاهی جدی به موضوع سلامت عمومی داشته باشد و این عرصه‌ای است که در آن هیچ اصلی مانند اصل عدالت راهگشا و جهت بخش نیست.

واژه‌های کلیدی: عدالت، اخلاق پزشکی، سلامت عمومی، تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت.

سر آغاز

غلبه فکری و شخصیتی افرادی که به آن موضوع پرداخته‌اند،
۱- توجه پیشکسوتان و افرادی که برای اولین بار رشته‌ای یا شاخه‌ای از آن را بنیاد نهاده‌اند و اولویت‌ها و سلائق آنها به شاگردانشان منتقل شده است،
۲- حساسیت‌ها و منافع یا اولویت‌های سیاسی، ایدئولوژیک، مذهبی، ملی و غیره برای مثال برخی از رشته‌ها که پرستیژ خاصی را در رقابت‌های بین‌المللی به وجود می‌آورند یا موضوع رقابت‌های بین دولت‌ها قرار می‌گیرند، از توجه و تشویق کلان سیاسی برخوردار می‌شوند و رشد می‌کنند،

یکی از موضوعاتی که همواره مورد توجه فیلسوفان و تاریخ‌نگاران علم بوده است، همانا چگونگی توجه و تمرکز دانشمندان یک رشته به موضوع یا موضوعاتی خاص در هر برهه از تاریخ علم بشری است. گویی در هر دوره‌ای از تاریخ علم چالش‌های خاصی بیش از سایر چالش‌ها و موضوع‌ها و پرسش‌ها مورد توجه قرار گرفته‌اند و به آنها پرداخته شده است. علت این توجه بیشتر، همواره نیاز بیشتر جامعه به پرداختن به آن موضوعات خاص نبوده است، بلکه عوامل دیگری در شکل‌گیری آن نقش داشته‌اند نظیر:

دکتر کیارش آرامش: بحثی پیرامون اصل عدالت در اخلاق پزشکی

روش‌شناسی مستند و قابل اعتماد نگاشته می‌شوند که در این صورت نتایج آنها قابل اتکا نخواهد بود و تنها در حد تولید فرضیه قابل توجه خواهد بود.

۲- اتانازی و اخلاق پزشکی در ارتباط با پایان حیات که اگر چه موضوع بسیار مهمی است و یکی از نیازهای مهم امروز را چه در عرضه عملی و چه در عرضه نظری پاسخ می‌دهد، اما برخی از افراد صاحب‌نظر معتقدند که حجم پرداختن به این موضوع در مقایسه با سایر موضوعات در ادبیات اخلاق پزشکی کشور، قدری نامتناسب است.

۳- مسائل اخلاقی پژوهش بر سلول‌های بنیادین و همانند سازی که همان ملاحظات آورده شده در بند فوق در اینجا هم تا حدی صادق است.

۴- روابط پزشک و بیمار و موضوعاتی نظیر حقیقت‌گویی و رازداری که البته موضوعاتی بسیار مهمند و اجزای مهمی از اخلاق پزشکی بالینی را شکل می‌دهند.

یکی دیگر از موضوعاتی که در این گونه مقالات به آنها پرداخته می‌شود، تخصیص منابع پزشکی است اما معمولاً هر گاه سخن از تخصیص منابع به میان می‌آید، به تخصیص منابع نادر درمانی - مانند عضو پیوندی یا تخت مراقبت‌های ویژه - به بیماران نیازمند، در مواردی که نیاز بیش از امکانات است، پرداخته می‌شود. پرسش‌هایی از این دست محور این گونه مقالات را تشکیل می‌دهند:

اگر یک تخت مراقبت‌های ویژه موجود باشد اما زندگی دو بیمار به استفاده از آن تخت بسته باشد، چگونه انتخاب می‌کنیم که کدام بیمار از آن تخت استفاده کند و کدام بیمار از آن محروم شود؟ یا این که: اگر یک عضو پیوندی و دو بیمار نیازمند به همان عضو داشته باشیم، چگونه تصمیم می‌گیریم که آن عضو را به کدام بیمار اختصاص دهیم؟

تردید نیست که مسائل اخلاقی بخش سلامت در موارد فوق خلاصه نمی‌شوند. ریشه بسیاری از مشکلات موجود در بخش سلامت کشور به نحوه توزیع بودجه‌های کلان این بخش باز می‌گردد. مواردی نظیر پوشش بیمه‌ای، شاخصهای تغذیه و دسترسی مردم به خدمات ضروری، در بسیاری از وجوه خود ماهیتی اخلاقی دارند. اگر پوشش

۳- رقابت‌های علمی بین دانشمندان و مراکز علمی، پرستیژ حاصل از پرداختن به موضوعاتی خاص و یا دیگر منافع مالی، اعتباری یا حیثیتی تمرکز یافته پیرامون آن موضوع.

۴- جو رسانه‌ای و مجموع عواملی که یک موضوع علمی را تبدیل به "مسئله روز" می‌کنند بی آن که آن موضوع ضرورتاً "نیاز روز" باشد.

این را شاید بتوان نوعی مدگرایی در عالم دانش و معرفت دانست، ۵- و نیز - در کشورهای در حال توسعه - گرته برداری و تقلید از کشورهای توسعه یافته و تکرار همان پژوهش‌ها و تقلید از همان پرسش‌ها و جدال‌های فکری، بی آن که ضرورتاً همان نیازها در این سوی جهان نیز وجود داشته باشد.

در اخلاق پزشکی نیز وضع بدین منوال است. توجهی که در سال‌های اخیر به اخلاق پزشکی در ایران مبذول شده، موجب رشد تصاعدی مقالات و تأسیس مجلات متعددی شده است که به این موضوع مهم می‌پردازند. این توجه و اقبال به خودی خود مبارک و فرخنده است. در این حیظه از دانش بشری، موضوعاتی مانند همانند سازی و یا اتانازی، از اهمیت و حساسیت ویژه خود برخوردارند و به شایستگی توجه صاحب‌نظران و نویسندگان را در جهان و از جمله در کشور ما به خود جلب کرده‌اند و سهم بزرگی را در ادبیات اخلاق زیستی به خود اختصاص داده‌اند. در مقابل اما، سایه‌ای از بی‌توجهی به موضوعات مهم دیگری نظیر تخصیص منابع در سطح کلان و عدالت در رابطه با شاخصهای اجتماعی سلامت در ادبیات اخلاق پزشکی کشورمان نشان می‌دهد که همچنان جای خالی زیادی برای کار نظری در این عرصه باقی است.

در یک نگاه به مقالاتی که در مجلات علمی پژوهشی کشور در زمینه اخلاق پزشکی به چاپ رسیده‌اند و مقالاتی که برای بررسی جهت چاپ به این مجلات ارسال شده و می‌شوند و نیز چکیده مقالات ارسالی برای ارائه در کنگره‌ها و سمینارها، مشخص می‌شود که بالاترین حجم این مقالات و چکیده مقالات به موارد ذیل اختصاص دارد:

۱- واکاوی نسبت امور کلان با یکدیگر، نظیر رابطه دین و اخلاق و یا استخراج اصول کلی اخلاق پزشکی از منابع دینی. این گونه مقالات اگرچه در جای خود بسیار ارزشمند و راه‌گشایند، اما در بسیاری از موارد از سوی افراد غیر کارشناس، و از آن مهمتر، بدون ذکر

نفسانی آدمیان ندارد بلکه تنها به خوب و بد اعمال ارادی آنها می‌پردازد. در این معنا، اگر بخواهیم معادلی برای اخلاق در علوم قدیمه پیدا کنیم، باید اذعان کنیم که این دانش در معنای جدید خود، بیشتر با فقه همپوشانی دارد تا آنچه که در علوم قدیمه اخلاق نامیده می‌شود (۲).

بارها در جلسات مرتبط با اخلاق پزشکی در مراکز علمی یا اجرایی کشور، این نکته از سوی افراد سرشناس و صاحب تجربه مطرح شده است که: "اخلاق چیزی نیست که با خواندن و نوشتن مقاله و کتاب درست شود بلکه منوط به تلمذ نزد استاد وارسته‌ای است که بتواند شایسته عنوان معلم اخلاق باشد" و یا این که: "تا درون انسان‌ها اصلاح نشود پرداختن به اعمال آنها مراد اخلاق را برآورده نمی‌کند". این انتقادات تا حد زیادی بعلت خلط مفهوم جدید و قدیم اخلاق است. در اخلاق پزشکی مراد آن نیست که برنامه‌ای برای تهذیب نفس پزشکان ریخته شود تا ضمیر ایشان از حرص و حسد و ... پاک شود و اعتدالی بر قوای نفسانی ایشان حاکم شود که در عمل تنها بر منهج اعتدال حرکت کنند و از مدار فضیلت خارج نشوند. البته این هدفی والا و درخور تقدیر است اما اخلاق پزشکی به معنای امروزی خود، عهده دار این هدف متعالی نیست. بلکه هدف آن مشخص کردن خوب و بد اعمال ارادی در حوزه پزشکی و آموزش به پزشکان است که کدام رفتار خوب و کدام رفتار بد دانسته می‌شود، حال به هر نیتی که به سراغ آن می‌روند.

در مورد عدالت نیز ابهامی حاکم است. پیشینیان عدالت را فضیلت عقل عملی، و در واقع یکی از فضائل اربعه می‌دانستند. توضیح آن که نفس انسانی را واجد قوایی از قبیل قوه شهویه، غضبیه و عاقله می‌دانستند و برای هر کدام از این قوا افراط و تفریطی را تعریف می‌کردند که منشأ رذائل اخلاقی به حساب می‌آمد. نقطه تعادل یا اعتدال را برای هر قوه فضیلت آن قوه می‌دانستند، برای مثال در مورد قوه شهویه نقطه افراط شبق و نقطه تفریط خمودگی بود و اعتدال آن عفت دانسته می‌شد و فضیلت آن بود که این قوه تحت مهار عقل بر مدار عفت نگاه داشته شود. بنابراین در این جا، یعنی در دانش اخلاق آنگونه که نزد قداما مطرح بوده است، مفهوم عدالت در واقع تعریف نوعی ویژگی نفسانی است نه آن چه که ما از عدالت در تخصیص منابع مراد می‌کنیم. البته این معنا نیز نزد قداما حاضر بوده است اما بیشتر در

بیمه‌ای به‌گونه‌ای باشد که نوجوانی بعلت ناتوانی خانواده اش در پرداخت هزینه‌های درمان، قادر به درمان گلودرد استرپتوکوکی خود نباشد، آنگاه بحث اخلاقی در مورد تخصیص تخت‌های مراقبت ویژه یا جراحی قلب به مبتلایان به تنگی روماتیسمی دریچه قلب قدری دیرهنگام به نظر می‌رسد. چنان که اگر خدمات ترمیمی دندانپزشکی تحت پوشش بیمه همگانی نباشند، و اگر تغذیه و ورزش دختران نوجوان بسامان نباشد، همین سخن را می‌توان درباره درمان آبسه دندان یا پوکی استخوان زنان میانسال در میان آورد. بنابراین، یکی از مهم‌ترین موضوعاتی که در اخلاق پزشکی مطرح و قابل پرداختن است، و مانند تمامی موضوعات پیش گفته شایان توجه است و نیاز و مسئله روز سلامت کشور را شامل می‌شود، موضوع عدالت است، اما نه عدالت در تخصیص منابع نادر به فرد فرد بیماران نیازمند، بلکه عدالت در تخصیص بودجه‌های کلان سلامت و پیشگیری از بیماری و اصلاح تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت.

نگاهی به مفاهیم اخلاق و عدالت در زبان فارسی

اخلاق و عدالت، هر دو، به معنایی که در اخلاق پزشکی امروز از آنها سخن می‌رود و همین معنا در مقاله حاضر مورد نظر است. قدری از کاربرد و معنای سنتی خود فاصله گرفته‌اند. همین فاصله که نوعی تشابه لفظی را میان دو معنای متفاوت ایجاد کرده است، باعث برخی از سوتفاهم‌ها و برداشت‌های نادرست نزد مخاطبین و علاقه‌مندان این دانش گردیده است.

توضیح آن که اخلاق همواره بعنوان رشته‌ای از علوم سنتی در حوزه‌های علوم قدیمه تدریس و تحصیل شده است. اخلاق به معنایی که در دانش‌های سنتی مطرح بود و کتاب‌های اخلاقی نظیر آثار ابن‌مسکویه، خواجه نصیرالدین طوسی یا ملا احمد نراقی از آن مراد می‌کردند، علم و روش تهذیب نفس بود. پرسش محوری این بود که چه ویژگی‌هایی در نفس آدمی منشأ رذائل و فضائل اخلاقی‌اند و چگونه می‌توان نفس آدمی را بگونه‌ای تربیت کرد که آن چه در جلوت از او در قالب رفتار بروز می‌کند یا در خلوت بر خاطر و ضمیر او می‌گذرد، فضیلت باشد نه رذیلت (۱) اما آنچه امروزه در اخلاق پزشکی از معادل واژه Ethics مراد می‌شود، سر و کاری با ضمیر و ویژگی‌های

دکتر کیارش آرامش: بحثی پیرامون اصل عدالت در اخلاق پزشکی

رویکردی که بنگریم، شاید بتوان از بعد نظری عدالت را مادر سایر اصول نظیر استقلال فردی، احترام به حقوق بیمار، سودرسانی و زیان نرسانی دانست.

تامین و حفظ سلامت جامعه تنها از طریق توجه به بیماران و تامین منابع لازم برای ارائه مراقبت‌های درمانی و توانبخشی به ایشان حاصل نمی‌شود بلکه تمامی این تلاش‌ها ابتر و بی‌حاصل خواهد بود اگر توجه نکنیم که ریشه‌ها و علل اجتماعی، اقتصادی و محیطی پیدایش و شیوع بیماری‌ها در جامعه کدامند و چگونه انسان‌ها را به کام بیماری می‌فرستند. یکی از مهم‌ترین موضوعات تاثیرگذار بر تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت، موضوع عدالت است (۹۰۸). در جامعه‌ای که نابرابری از نظر درآمد، دسترسی به امکانات اجتماعی، آموزشی، تفریحی، ورزشی و تسهیلات بهداشتی درمانی وجود داشته باشد، تلاش برای درمان تک‌تک بیماران مانند تلاش کسی است که می‌خواهد با استفاده از یک کاسه استخری را از آب خالی کند در حالی که از دیگر سو جوی آبی به داخل آن استخر می‌ریزد!

بر طبق تعریف نانسی جکر (Nancy S. Jecker) عدالت را در دو پارادایم به شرح ذیل می‌توان تعریف کرد (۴):

۱- پارادایم پزشکی: این پارادایم که نوع نگاه غالب مقالات اخلاق پزشکی در داخل و خارج کشور در سالهای اخیر را تشکیل می‌دهد، عدالت را در تخصیص منابع درمانی به بیماران نیازمند مورد توجه قرار می‌دهد، که مثالی از آن در بالا آورده شد. ویژگی این پارادایم این است که به نقطه نهایی سیر تبدیل سلامت به بیماری، یعنی به انسان بیمار توجه دارد. در این پارادایم، افراد بیماری در اجتماع وجود دارند که باید منابع سلامت صرف تامین درمان و توانبخشی برای ایشان شود. اکنون پرسش این است که تخصیص منابع بر اساس چه معیارهایی به انجام برسد و چه معیارهایی در این تخصیص در نظر گرفته نشوند. تولد رشته اخلاق زیستی بصورت رشته دانشگاهی مستقل در قرن اخیر با مسائلی از این دست توأم بود. بعد از ابداع تکنیک تعبیه شنت ویریدی-شریانی و امکان‌پذیر شدن دیالیز در یکی از ایالت‌های آمریکا، پزشکان با این مسئله روبرو شدند که تعداد زیادی بیمار نیازمند وجود داشت اما تعداد دستگاه‌های دیالیز برای خدمت رسانی به این بیماران ناکافی بود. در

فقه و سیاست بوده است که این معنا را از عدالت مراد می‌کرده‌اند (۳ و ۲). باری این دو گانه بودن معنا ممکن است موجب بدفهمی‌هایی شود که باید نسبت به آن هشیار بود.

از دیدگاه دیگری نیز می‌توان برای عدالت معنای جدید و قدیمی قائل شد: عدالت در معنای قدیمی آن معادل دادن هرچیز به کسی است که استحقاق آن را دارد. یعنی با برابرها برابر و با نابرابرها نابرابر برخورد شود (۴ و ۱). این معنای عدالت با آن چه که معمولاً در تخصیص منابع پزشکی به بیماران از آن سخن می‌رود سازگارتر است. اگر تعداد محدودی عضو پیوندی داریم و تعداد بیشتری بیمار نیازمند به عضو، باید اعضای موجود را به افرادی تخصیص دهیم که مستحق‌ترند. اما معنای امروزی تر عدالت که مبتنی است بر برابر شناختن انسان‌های جامعه در برخی از حقوق خاص، و عدالت را در گرو احقاق آن حقوق برای تمامی افراد جامعه می‌داند، بیشتر با این نگاه سازگار می‌افتد که عدالت در رابطه با سلامت نیز نه فقط تخصیص منابع درمانی به بیماران، بلکه تامین شرایطی برای زندگی تمامی مردم است که آنها را تا حد ممکن بر مدار سلامت و دور از بیماری نگاه دارد (۴). در ادامه به این موضوع بیشتر خواهیم پرداخت.

باری، در این مقاله از واژه‌های اخلاق و عدالت تنها مفهوم جدید آن مراد است و از پرداختن به این مفاهیم آن گونه که در علم سنتی اخلاق مورد بحث قرار می‌گیرند خودداری می‌کنیم.

عدالت در اخلاق پزشکی

عدالت یکی از مهمترین اصول و سرفصل‌های اخلاق پزشکی است. در رویکرد اصول‌گرایی در اخلاق پزشکی، عدالت یکی از اصول چهارگانه اخلاق زیست پزشکی دانسته شده است (۵). صاحب نظرانی هم که هر کدام فهرستی از اصول اخلاق پزشکی از دیدگاه اسلامی را تدوین و پیشنهاد کرده‌اند، عدالت را در زمره آن اصول گنجانده‌اند (۶). حتی چنین مطرح شده است که اگر چه ارائه دهندگان اولیه رویکرد اصول‌گرایی، این اصول را واجد ترتیب تقدم و تاخر و اولویت بندی نمی‌دانستند (۵)، در واقع در جوامع غربی این استقلال فردی است که بالاترین اولویت را به خود اختصاص می‌دهد اما در جوامع اسلامی، بالاترین اولویت در میان این اصول از آن عدالت است (۷). با هر

رفاه آنها می‌گذارد را تعیین می‌کنند. برای مثال افراد فقیر جامعه بعلت برخورداری از سطوح پایین‌تری از سواد و آموزش‌های بهداشتی، بهداشت دهان و دندان را کم‌تر رعایت می‌کنند، بنابراین در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به بیماری‌های قابل پیشگیری دندان و لثه در سنین پایین‌تر قرار دارند. از سوی دیگر از آنجا که این افراد توانایی پرداخت برای خدمات دندانپزشکی را ندارند و تحت پوشش بیمه‌ای که شامل خدمات دندانپزشکی باشد نیستند، معمولاً زمانی به دندانپزشک مراجعه می‌کنند که بیماری پیشرفته شده است و درد آن‌ها را ناگزیر از مراجعه کرده باشد. در این مرحله نیز توانایی استفاده از روش‌های نگهدارنده دندان را ندارند و در نتیجه به خارج کردن دندان متوسل می‌شود. همین امر مشکلات زیادی را در جنبه‌های مختلف سلامت ایشان از قبیل عوارض عفونتهای دهان و دندان (مانند آبسه‌ها و ...) و مشکلات تغذیه‌ای ایجاد می‌کند. در رابطه با این افراد تنها تأمین کردن واحدهای عفونی پیشرفته برای درمان آبسه‌های دندانی که به کاسه چشم نفوذ می‌کنند (پارادایم پزشکی) راهگشا نیست بلکه باید با مقابله با فقر فرهنگی، نابرابری‌های اقتصادی و افزایش پوشش بیمه دندانپزشکی، از رسیدن عده زیادی به این مرحله جلوگیری کرد (۹و۴).

موضوع دیگری که بعنوان مثال در این پارادایم قابل طرح است، نابرابری درآمد در میان ارائه دهندگان خدمات سلامت است. این که درصد کوچکی از پزشکان (برای مثال، عده‌ای از جراحان فوق تخصصی) درآمدهای افسانه‌ای و خیره کننده داشته باشند و در مقابل درصد نسبتاً بزرگی از پزشکان (نظیر عده زیادی از پزشکان عمومی) حتی قادر به تأمین معاش عادی یک خانواده نباشند و نیز تفاوت غیر منطقی درآمد میان گروه‌های مختلف شغلی نظیر پزشکان و پرستاران یا بهیاران، تکنیسین‌ها و حتا کارکنان عادی مراکز درمانی، خود باعث بی‌انگیزگی و دلسردی در کار و غلبه جو اعتراض و نارضایی می‌شود و یا رقابت‌های ناسالمی را ایجاد می‌کند که بستری برای فساد و طمع‌کاری می‌گردد. این همه، تاثیرات بسیار مخربی بر سلامت مردم باقی می‌گذارند. این که سرانه بهداشت و درمان در کشور پایین است و این که بخش بزرگی از این سرانه مستقیماً از جیب مراجعین پرداخت می‌شود، تمامی ماجرا نیست. بلکه باید توجه داشت که بخش بزرگی از

این زمان بود که کمیته‌ای که غالب اعضای آن پزشک نبودند تشکیل شد تا پزشکان را برای انتخاب بیماران جهت درمان یاری کند و این‌گونه بود که تصمیم‌گیری اخلاقی در کمیته‌های اخلاقی باب شد. بعد از آن هم هر گاه صحبت از عدالت و تخصیص منابع پیش آمده است؛ غالباً نظر به همین گونه موضوعات بوده است. جکر این‌گونه پرسش‌ها را خود به دو دسته اصلی تقسیم می‌کند:

i مواردی که در آنها کمبود منابع به‌علت کمبود یک دستگاه یا ماده خاص است، این کمبود ناشی از تصمیم‌گیری‌های افراد نیست بلکه به‌واسطه ماهیت طبیعی آن منبع خاص (برای مثال، زمانی که چند بیمار نیازمند به قلب پیوندی وجود دارد اما تنها یک بیمار مرگ مغزی واجد شرایط پیوند در اختیار هست) یا بعلت بدیع بودن و محدود بودن امکان تولید یا عرضه آن محصول یا خدمت (نظیر مثالی که در بالا در مورد دستگاه دیالیز ارائه شد) می‌باشد.

ii مواردی که در آن‌ها کمبود بعلت انتخابی است که در نحوه تخصیص بودجه عمومی صورت پذیرفته است. برای مثال آیا داروهای گرانبه‌تر شیمی‌درمانی تحت پوشش بیمه قرار گیرند یا نه؟ اگر قرار باشد این گونه داروها از بودجه عمومی تأمین شوند، البته امکان‌پذیر است اما این مستلزم آن است که برنامه‌های دیگری - مثلاً ایمن سازی کودکان یا تأمین خدمات ضروری دندانپزشکی برای عده بسیار بیشتری از افراد جامعه - با کمبود بودجه روبرو شوند زیرا مجموع بودجه بخش سلامت محدود است. از سوی دیگر اگر این بودجه به بیماران نیازمند شیمی‌درمانی تخصیص داده نشود ممکن است عده‌ای از ایشان که توان تأمین داروی خود را با بودجه شخصی یا کمک‌های خیریه ندارند، با مرگ زودرس مواجه گردند.

۲- پارادایم اجتماعی: این پارادایم بر این واقعیت مبتنی است که سلامت و بیماری انسان‌های جامعه تحت تاثیر شاخص‌ها و تعیین‌کننده‌های اجتماعی است. این تعیین‌کننده‌ها، نظیر پوشش بیمه، میزان با سواد، شدت نابرابری‌های اقتصادی و غیره، تا حد زیادی زمان و چگونگی بیمار شدن افراد و تأثیری که بیماری بر زندگی و

دکتر کیارش آرامش: بحثی پیرامون اصل عدالت در اخلاق پزشکی

صرف نظر از سن، جنس، سطح اجتماعی- اقتصادی، محل زندگی، قومیت، زبان و هر گونه عامل افتراق دیگری که جزء ضروری انسانیت انسان محسوب نمی‌شود- از آن برخوردار شوند.

تأمین پوشش بیمه‌ای فراگیر، سواد آموزشی عمومی و توانمند سازی گروه‌های آسیب‌پذیر اجتماعی، کنترل جمعیت و حفظ محیط زیست شهری، همگی- اگر چه در یک نگاه نامرتبط با یکدیگر می‌نمایند- اجزایی از تامین عدالت در رابطه با سلامت‌اند.

کسانی که در حوزه اخلاق پزشکی فعالیت می‌کنند، می‌توانند بهترین منادیان و تبیین‌گران رویکرد عدالت محور در رابطه با سلامت باشند. فراموش کردن این رسالت مهم، آفتی است که این رشته را در کشور ما و بسیاری از دیگر کشورها تهدید می‌کند. برای رهایی از این آفت و ایفای رسالت حرفه‌ای و تاریخی باید به موضوع عدالت و نقش آن در تامین سلامت عمومی توجه ویژه‌ای مبذول شود.

این سرانه صرف درمان‌ها و مداخلات تشخیصی غیر ضروری و گاه حتا مضر می‌شود که تا حد زیادی ناشی از فضای ناسالم اقتصادی و عدم توجه به عدالت در میان صاحبان مشاغل مرتبط با سلامت است (۱).

نتیجه‌گیری

پرداختن به موضوع عدالت در سلامت از منظری که در پارادایم اجتماعی به آن نگریسته می‌شود، حلقه مفقوده ادبیات اخلاق پزشکی در سطح جهان و بویژه در زبان فارسی است. اگر قرار است اخلاق پزشکی در جهت تامین و ارتقای سلامت جامعه گام بردارد، باید نگاهی جدی به موضوع سلامت عمومی داشته باشد و این عرصه‌ای است که در آن هیچ اصلی مانند اصل عدالت راهگشا و جهت بخش نیست.

عدالت، در مفهومی که امروزه از آن مستفاد می‌شود، متضمن اولویت دادن به پیشگیری از بیماری و حذف عوامل محیطی و اجتماعی اقتصادی زمینه ساز بیماری به‌گونه‌ای است که تمامی افراد جامعه-

واژه نامه

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| 1-Social Determinants of Health | تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت |
| 2-Medical Paradigm | پارادایم پزشکی |
| 3- Social Paradigm | پارادایم اجتماعی |

منابع

۱. مطهری م. عدل الهی. انتشارات صدرا. ۱۳۷۲، صفحات ۵۳-۲۵.
۲. فنایی ا. دین در ترازوی اخلاق. چاپ اول. انتشارات صراط. ۱۳۷۴، صفحات ۱۲ تا ۶۶.
۳. موحد م ع. در هوای حق و عدالت. چاپ اول. نشر کارنامه. ۱۳۸۱، صفحات ۱۵ تا ۸۸.
4. Jecker NS (2008). A broader View of Justice. American Journal of Bioethics. 8(10):2-10.
5. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, Fifth Edition, New York: Oxford University Press. USA. 2001. pp.34-56.
6. Sachedina A. "No Harm, No Harassment": Major Principles oh Health Care Ethics in Islam; In: Guinn DE. Handbook of Bioethics and Religion. New York: Oxford University Press.USA. 2006. pp. 265-89.
7. Atighetchi D. Islamic bioethics: problems and perspectives. New York: Springer. USA. 2007. pp: 124-56.
8. Marmot M (2005). Social determinants of health inequalities. The Lancet. 365(9464): 1099-1104.
9. Ruger J (2004).Ethics of the social determinants of health. The Lancet. 364(9439): 1092-1097.
10. Mullis J (2005). Medical malpractice, social structure, and social control. Sociological Forum. 10(1): 135-163.

