

اخلاق پزشکی

احمد رضا داورزن

«استفان تولمین»^۱ مقاله‌ای دارد با عنوان «اخلاق پزشکی: منجی فلسفه اخلاق» که در آن نشان می‌دهد مباحث اخلاق پزشکی، فلسفه اخلاق را از تاملات صرف فلسفی خارج کرده و در حوزه عمل به کار گرفته است. مباحث آکادمیک اخلاق پزشکی که از دهه ۱۹۶۰ آغاز شد، در بطن خود «فلسفه پزشکی» را نیز بوجود آورد. تکنولوژی جدید و چالش‌های اخلاقی که مستلزم استفاده از این وسایل بود (مانند «آتانازی»^۲، «سقط جنین»، «لقاح مصنوعی»، «مرگ مغزی»، «پیوند اعضا» و «ژنتیک») اخلاق پزشکی را از سوگندنامه بقراط خارج کرد و تأملات دقیق‌تر را ضروری ساخت. امروزه مرز «فلسفه پزشکی» و «اخلاق پزشکی» از هم جدا گشته است اگرچه هنوز نگرشهایی وجود دارد که اخلاق پزشکی را جزء بسیار وسیع فلسفه پزشکی می‌دانند. وقتی از فلسفه پزشکی سخن گفته می‌شود معمولاً مباحث معرفت‌شناسی و متافیزیکی پزشکی مد نظر است. (گرچه فیلسوفان این رشته هم به مباحث فلسفه پزشکی می‌پردازند و هم به اخلاق پزشکی). «اخلاق پزشکی» قلمروی است که چهار حوزه مهم یعنی «فلسفه»، «پزشکی»، «الهیات» و «حقوق» را در آن باید در نظر گرفت و همکاری متخصصان این حوزه‌ها بهره‌های فراوانی را به بار خواهد آورد، با این وجود نقش فلسفه در این میان پررنگ‌تر است.

بطور کلی مباحث اخلاقی در سه حوزه مورد بحث قرار می‌گیرند: «فرااخلاق»^۳، «اخلاق هنجاری»^۴ و «اخلاق توصیفی»^۵. اخلاق توصیفی، مطالعه علمی اخلاق است که هدف آن کسب شناخت تجربی اخلاق است. عالم اخلاق توصیفی به توصیف دیدگاه‌های

اخلاقی می‌پردازد و این دیدگاه را بر اساس شرحی از ریشه «علی» آنها تبیین می‌کند. البته ریشه‌های «علی» آنها را در رفتارهای روان‌شناختی و جامعه‌شناختی جست‌وجو می‌کند، مثلاً اگر اکثریت یک جامعه مخالف سقط جنین و در عین حال کاتولیک باشند، عالم اخلاق توصیفی، عامل عمده مخالفت با سقط جنین را در سنت کاتولیکی آنها می‌جوید. «فرااخلاق» و «اخلاق هنجاری» اما مطالعه فلسفی اخلاق است که «فلسفه اخلاق» را شامل می‌شود. «فرااخلاق» تحلیل مفاهیم اخلاقی مانند «خوب»، «بد»، «درست» و «نادرست» است. «اخلاق هنجاری» به رویکردهای اخلاقی بالفعل ما می‌پردازد و تلاشی است برای پی بردن به نظریه‌های پذیرفتنی و قابل دفاع از لحاظ عقلانی، در رابطه با این که چه قسم اعمال درستند و چرا درستند و چه چیزی اخلاقاً نادرست است. اما نکته مهم این است که رویکردهای اخلاقی بالفعل ما (اخلاق هنجاری) با مبانی فرااخلاق ما سازگار باشند. در واقع اعتبار هر نظام اخلاقی در سازگاری درونی اجزای سازنده آن است. در اخلاق پزشکی نیز توجه به اخلاق هنجاری و فرااخلاق به یک اندازه اهمیت دارد. در حوزه «اخلاق هنجاری»، افتراق میان «اخلاق هنجاری کلی»^۷ و «اخلاق هنجاری کاربردی»^۸ مهم است.

رویکردهای «اخلاق هنجاری کلی»، توجیه و نشان دادن یک چارچوب اخلاقی کلی است تا به این پرسش که «چه چیزی اخلاقاً درست و چه چیزی اخلاقاً نادرست است» پاسخی کلی داده شود. چندین نظام دستوری در حوزه اخلاق هنجاری برجسته است. (۱) «پیامدگرایی»^۹ که معتقد است پیامدهای اعمال ما خوب یا بد بودن آن عمل را مشخص می‌کنند. مهم‌ترین زیرشاخه آن همان «فایده‌گرایی»^{۱۰} است که خود به «فایده‌گرایی معطوف به عمل»^{۱۱} و «فایده‌گرایی معطوف به قاعده»^{۱۲} تقسیم می‌شود. در «فایده‌گرایی معطوف به قاعده» که «جان آستین»^{۱۳} از سردمداران آن است، تصمیم‌گیرنده می‌اندیشد که در تصمیم او چه اصولی دخیل‌اند و اگر همه مطابق این اصول عمل کنند چه پیامدهای عامی به بار خواهد آورد. معمولاً این استراتژی زمانی که پزشکان بخواهند به پیامدهای گسترده رسمی از اعمال خود توجه کنند، اهمیت می‌یابد. (۲) «وظیفه‌گرایی»^{۱۴} که خوب یا بد بودن اعمال را مستقل از پیامدهایشان می‌داند و (۳) «فصلیت‌گرایی»^{۱۵} که به فاعل عمل و به ویژه ملکات نفسانی او نظر دارد و ملاک خوبی و بدی را آن قرار می‌دهد.

«اخلاق هنجاری کاربردی» اما به مشکلات اخلاقی خاص می‌پردازد. اخلاق پزشکی در واقع بحثی در حوزه «اخلاق هنجاری کاربردی» است. هدف اخلاق پزشکی حل مشکلات اخلاقی خاص است که به واسطه عمل پزشکی و تحقیقات زیست‌شناختی به وجود می‌آید. از طلایه‌داران مباحث آکادمیک اخلاق پزشکی، مراکزی چون «مرکز اخلاق و حیات»^{۱۶} که معمولاً به نام مرکز «هاستینگز»^{۱۷} شناخته می‌شود، «موسسه کندی»، «مرکز اخلاق زیستی دانشگاه جرج تاون» و مجلاتی چون «فلسفه و پزشکی» و «پزشکی

نظری و اخلاق پزشکی» بودند. «دانشنامه اخلاق پزشکی»^{۱۸} که در سال ۱۹۷۸ منتشر شد، موقعیت این رشته را به عنوان واحد دانشگاهی تثبیت کرد.

پیشرفت دانش پزشکی و روش‌های نوین تحقیقات زیست‌شناختی، تعارضات اخلاقی مختلفی را به وجود آورد که ضرورت توجه به اخلاق پزشکی را ایجاد کرد. مثلاً تعهد پزشکان و حقوق بیماران یکی از مسائلی است که در اخلاق پزشکی مورد بحث قرار می‌گیرد. در رابطه بین پزشک و بیمار دو مفهوم «پدرسالاری»^{۱۹} و «خودمختاری»^{۲۰} بیمار مورد بررسی قرار می‌گیرد. مفهوم «پدرسالاری» اشاره بر این دارد که پزشک به مانند یک پدر برای بیمارش (به مانند فرزند) تصمیم می‌گیرد که چه درمانی مناسب و چه درمانی نامناسب است. حق تصمیم‌گیری فقط با پزشک است. سوالات اخلاقی متعددی در این رابطه مطرح شده است: آیا اخلاقاً توجیهی برای چنین رابطه‌ای وجود دارد؛ آیا پزشکان حق دارند اطلاعات بیماری را از بیمارانشان مخفی نگاه دارند؟ آیا پزشکان حق درمان بیماران را بدون رضایت آنها دارند؟ مفهوم «خودمختاری» به معنای این است که بیمار آزاد است تا درباره‌ی روش و روند درمان تصمیم بگیرد و حتی در بعضی از درمان‌های پزشکی استدلال می‌شود که تنها خود بیمار می‌تواند منافع و مضار نتایج احتمالی ناشی از درمان‌های مختلف را ارزیابی کند. در این زمینه بررسی دیدگاه‌های «فریضه‌شناسانه»، «فایده‌گرایانه»، تلقی فیلسوفان قاره‌ای از اختیار انسانی (چون هایدگر و کی‌یرکی گارد) و دیدگاه «جان رالز»^{۲۱} در زمینه پدرسالاری و عدالت اجتماعی به طور گسترده‌ای در اخلاق پزشکی استفاده شده است. اما کمبود مباحث اخلاق اسلامی در این زمینه بسیار چشمگیر است.

یکی دیگر از موضوعات اخلاق پزشکی، اخلاق پژوهش است. در پزشکی «درمان»^{۲۲} به مجموعه‌ای از اعمال گفته می‌شود که هدف آنها سلامتی یا برطرف کردن رنج بیمار است. تحقیق و پژوهش اما اعمالی هستند که هدف آنها شناخت کلی فرایندهای شیمیایی، فیزیولوژیکی یا روانشناختی است. برخی از این تحقیقات، «پژوهش‌های درمانی» هستند که به بررسی یک دارو، یا روند درمانی و یا فرایندهای تشخیصی بر روی بیماران می‌پردازند. هدف این تحقیقات این نیست که به کسانی که تحت این کارآزمایی‌ها قرار گرفته‌اند سودی برسد، بلکه منافع بیمارانی که در آینده به همان بیماری مبتلا می‌شوند مورد نظر است. بیانیه «هلسنکی» و بیانیه «نورمبرگ» تلاشی بوده است تا این تحقیقات در یک چارچوب اخلاقی قرار گیرد.

بر اساس هر یک از نظریه‌های اخلاق هنجاری می‌توان برخوردی با این مسأله داشت، به عنوان مثال «رضایت بیمار» که اساس تحقیقات است در بندی از بیانیه هلسنکی می‌تواند نقض شود^{۲۳}. البته در آن صورت، یک مجمع اخلاقی مستقل درباره‌ی موضوع تصمیم می‌گیرد. اما نقض خودمختاری بیمار توسط طیب یا مجمع اخلاقی مستقل در

اصل تفاوتی ندارد، برخی فیلسوفان بر اساس «نظریه قرارداد اجتماعی»^{۲۴} جان رالز از نقض اختیار بیمار دفاع می‌کنند. تصمیم‌گیری بر اساس فلسفه اخلاق اسلامی، ضرورتی در کشور ما است که شاید عدم آن، به علت نبود مباحث دقیق در فلسفه اخلاق اسلامی باشد.

از دیگر موضوعات بسیار تامل‌برانگیز در حوزه اخلاق پزشکی «أتانازی»، «سقط جنین»، «ژنتیک و کلونینگ انسان» و مراقبت‌های بهداشتی - درمانی در سطح کلی جامعه است. پیشرفت‌های تکنیکی در ژنتیک، شناخت ناهنجاریهای کروموزومی، به ویژه شناخت بیماری‌های ژنتیکی و ناهنجاریهای آناتومیکی شدید را ممکن ساخته است. این پیشرفت‌ها ما را با چالش‌های اخلاقی جدی مواجه کرده است. آیا عمل سقط جنین بر اساس تقایص ژنتیکی اخلاقاً قابل قبول است؟ آیا با دانستن ریسک بالای بیماری‌های ژنتیکی در حاملگی‌های بعدی، حاملگی مجدد درست است؟ روش‌های تکنیکی ناباروری نیز تعارضات اخلاقی جدی بوجود آورده است. برخی فیلسوفان استدلال می‌کنند به وجود آمدن بچه توسط اهدای اسپرم یا تخمک توسط شخص دهنده، اگر برای دوری از وظایف مادری یا پدری باشد، اخلاقاً نادرست است. برخی دیگر از فیلسوفان با اساس باروری آزمایشگاهی مخالفند چون آن را سبب خلع شخصیت از انسان می‌دانند. در مسأله «کلونینگ» بحث بسیاری وجود دارد. برخی به علت یگانه بودن ژنتیکی با آن مخالفند و برخی دیگر از دیدگاه تکاملی آن را جایز نمی‌شمرند چون تنوع ژنوتیپ‌ها را در گونه‌ها محدود می‌کند در نتیجه سازگاری گونه‌ها در صورت تغییر شرایط محیطی محدود می‌شود.

نکته مهم اما این است که تدوین یک «نظام اخلاقی پزشکی» به تنهایی و جدا از هنجارهای عمومی و ارزش‌های یک جامعه ممکن نیست. چهار اصل اخلاق پزشکی (احترام به خودمختاری بیمار، عدالت، سودمندبودن عمل پزشکی و ضرر نرساندن به بیمار) آن قدر مبهم‌اند که نمی‌توانند در طب بالینی متمرثر باشند. اصول چهارگانه اخلاق پزشکی در توجیه مشکلات اخلاقی در حرفه پزشکی ناتوان است یا حداقل در جوامع مختلف مورد بحث است.

در جامعه اسلامی ما پرداختن به مشکلات اخلاقی حرفه پزشکی نیاز جدی به تحلیل مفاهیم اخلاقی و تدوین نظامی بر اساس آن دارد. آیا هنجارها و ارزش‌های اخلاقی ساخته انسان هستند یا این که یک معیار و مرجع بیرونی (خداوند) وجود دارد که این اصول اخلاقی را در قالب احکام نازل کرده است؟ آیا گزاره‌های اخلاقی قابل تحویل به گزاره‌های غیر اخلاقی هستند؟ آیا گزاره‌های اخلاقی، اساساً غیر قابل تعریفند؟ کمبود چنین مباحثی در فلسفه اخلاق اسلامی و تدوین ساختار و نظامی بر اساس آنها، جامعه پزشکی را با سردرگمی‌های بسیاری روبرو ساخته است.

اخلاق پزشکی در جامعه ما اگر چه بسیار مورد توجه واقع شده اما با سردرگمی بسیار روبرو است. اکنون افراد بسیاری در این حوزه فعالیت می کنند که با اصول فلسفه اخلاق و مباحث فلسفی آشنایی ندارند.

نکته مهم این است اخلاق پزشکی با فقه پزشکی متفاوت است. اخلاق عین فقه نیست همچنانکه اعتقادات عین فقه نیست. البته ارتباط با هم دارند. اخلاق پزشکی غیر از فقه پزشکی است، نه این که ضد آن است بلکه باید بین آنها سازگاری وجود داشته باشد. چنانکه نباید در اخلاق پزشکی چیزی بگوییم که معارض فقه باشد و بالعکس. البته امکان تعارض هست ولی اگر پیش آمد باید برطرف شود. آنچه امروز در دانشکده های پزشکی تدریس می شود اخلاق پزشکی نیست بلکه بیشتر احکام فقهی پزشکی است. اخلاق پزشکی در جامعه ما نیاز به خانه تکانی جدی دارد و آشنایی دقیق با مباحث فلسفی ضروری است تا تصمیم گیری ها بر مبنای درستی انجام شود. پزشکی امروز مرتب با مسائل اخلاقی جدید مواجه است. در نتیجه نیازمند بحث مداوم و ایجاد راهکارهای مناسب برای تصمیم گیری در مقام عمل هستیم.

۱. مقاله «استفان تولمین» با نام <How medicine saved the life of ethics> در سال ۲۰۰۱ در کتاب *medicine Meaning and* منتشر شده است.

2. Euthanasia
3. Metaethics
4. Normative ethics
5. Discriptive ethics
6. Causal
7. General Normative ethics
8. Applied Normative ethics
9. Consequentialism
10. utilitarianism
11. act utilitirianism
12. rule utilitirianism
13. John Austin
14. Deontological ethics
15. virtue ethics
16. Ethics and the life of bioethics
17. Hastings Center

18. Encyclopedia of bioethics

19. paternalism

20. Autonomy

21. John Rawls

22. Therapy

۲۳. «ممکن است پزشکی به این نتیجه برسد که اخذ رضایت آگاهانه از بیمار لازم نیست. در این صورت او باید این پیشنهاد را در ضمن پیش نویس پژوهشی ذکر کند و آن را به مجمع مستقل تسلیم نماید». بندی از بیانیه هلسینکی که مطابق آن در پاره‌ای موارد استثنایی، رضایت بیمار می‌تواند نادیده گرفته شود.

24. Social contract



medical practice involves viewing as a text to be interpreted. Then the patient is interpreted through a variety of secondary sources that ultimately form the patient's medical record. The interpretive method for the practice of medicine is to diagnose a treatment plan. Over time the physician can verify the results of his interpretation through the progress of the patient. Ultimately the interpretation allows the patient to approach life anew with a healed body or mind, while the physician is privileged to enter the patient's world.



is not, as some philosophers have suggested, a product of ontological differences, but rather a product of the practical and pragmatic concerns of scientific theorizing in many areas of science, such as medicine.

Its Implication for the patient

Robert Veatch and William Stempsey.

Ali Samadi

This essay draw on a central (though controversial) notion in contemporary philosophy of science – incommensurability, or the idea that divergent theories may not be assessable by any measure acceptable to all contending perspectives – and chart out its consequences for the doctor-patient relationship, with very suggestive implications for the kind of authority on which doctors may be said to act in their patients' behalf. We argue that, from the production of basic scientific knowledge, through its uptake by physicians, to its communication to patients, to the ultimate stage of making a treatment decision, differing theoretical and value commitments are continually present and significantly affect what is known, expressed, recommended, and performed. This analysis makes the idea look rather naïve that physicians provide the facts while patients provide the values that go in to medical decision – making.

Hermeneutics and medicine

J. Miecznikowski, kathrin Grinnen

Ali Nekooyi

Hermeneutics is traditionally defined as the practice and theory of interpretation.

Examining interpretations of medicine one can see at work many hermeneutical concepts that are traditionally applied to classical hermeneutical subjects. One possible hermeneutical approach to

medicine, and (2) philosophy of medicine's relation with the philosophy of science. I argue that a usually overlooked aspect of Kuhnian paradigms, namely, their characteristic of being "exemplars", is of considerable significance in the biomedical sciences. I describe those differences and maintain that they are these differentiating features that require the use of more comparative and analogical reasoning in medicine. I suggest that Kitcher's recent introduction of the notion of a 'practice' may have similar implications if it is construed to contain more analogical elements than he appears to recognize in his initial formulation. Finally I argue that though Gorovitz and MacIntyre's characterization of medicine as a "science of particulars" bears some similarities with my thesis, I maintain that such a position without careful qualification can lead to ignoring both the nature of generalizations in these sciences and their role as positive analogies tying together a family of overlapping models.

Exemplary reasoning a comment on theory structure in biomedicine

Arthur L. caplan

abdolvahab fakhr yaseri

The contributions that the philosophy of medicine can make to both the philosophy of science and the practice of science have been obscured in recent years by an overemphasis on personalities rather than critical themes. Two themes have dominated general discussion and dynamic gradualism. These themes are defined and considered in light of Kenneth Schaffner's argument that theories in biomedicine have a structure and logic unlike that found in theories of the natural sciences. Schaffner's arguments are suggestive but not definitive as a refutation of methodological essentialism. I argue that a primary reason for differences in the logic and structure of theories in biomedicine

medicine is a distinct discipline or a branch of the philosophy of science has provoked vigorous arguments.

Philosophy of medicine: Towards A Definition

Edmund Pellegrino

ahmad reza hemmati

This essay proposed three ways in which philosophy and medicine might engage each other. The first mode of relationship is that of medicine and philosophy. The second mode of relationship is that of philosophy in medicine. The third mode of relationship, philosophy of medicine, concentrates on a philosophical inquiry into medicine – qua – medicine but a philosophy of medicine serves to build up a repository of propositions explaining the nature of medical activity. The elaboration of these propositions, their critical examination, their synthesis into a coherent theoretical whole is the business of the philosophy of medicine.

The concept of health, illness and disease

Artur Caplan

Hassan miandari

Caplan In his essay analyses the concept of health, illness and disease, he explains why this analysis is more than a mere academic endeavour and has many important social, legal and etc. He considers three different approaches evolutionary, stastical and normative.

Exemplar reasoning about biological models and diseases: a relation between the philosophy of medicine and philosophy of science

Kenneth F. Schaffner

hadi samadi

This paper discusses (1) the structure of medical science with a special focus on the role of generalizations and universals in

Philosophy of Medicine

Kenneth F. schaffner

Ali Malaekch

The philosophy of medicine can be generally defined as encompassing those issues in epistemology, axiology, logic, methodology and metaphysics generated by or related to medicine. Issues have frequently focused on the nature of the practice of medicine, on concepts of health and disease, and on understanding the kind of knowledge that physicians employ in diagnosing and treating patients.

The history of philosophical reflections concerning medicine reaches back to ancient Greece. Medical knowledge took a further step in the nineteenth century with the introduction of clinical pathological correlations, statistical methods, and systematic experimentation, out of which grew substantive literature exploring the character of medical reasoning and the framing of diagnoses. Debates also developed over contrasting physiological, ontological, nominalist accounts of disease entities.

Contemporary philosophy of medicine has been concerned with the nature of medicine in an increasingly scientific context, a concern that has generated several models of medicine, including George Engel's biopsychosocial model, as well as analyses of the nature of the physician – patient interaction. The long-standing debate over the ontological status of health and disease has been recapitulated and extended by a number of authors, favouring an objective, statistically – based account, while others argue for an irreducible social and valuational element in these concepts. Several approaches to diagnostic logic, including Bayesian and computer – based analyses, have been developed, and sophisticated methods of determining disease causation and therapeutic efficacy, including analyses of the randomized clinical trial, have also been explored. Whether the philosophy of

SOROUSHE ANDLSHE

Philosophy of medicine
Kenneth E. Schlegel

111-119

Philosophy of medicine / Towards a Dharma for
Edmond Pellegrine
Abdolreza Hemmati

The concept of health, illness and disease
André G. Gagnon

Biomedical research and disease
Gunnar Bergström

Philosophical foundations of ethics, structure and health care
Arthur A. Jonsen

The paradigm for the future
William G. Sullivan, George
Sullivan

Health care, biotechnology, and the environment
Gunnar Bergström

Health care and the environment
Gunnar Bergström

Health care and the
environment

Gunnar Bergström

133

Concessionaire

Sordusil Press

Director

Ahmed Khatib

Editorial Director

Muhammad Husein Asadi

Managing Director

Zahra Asadi

Translation

Ahmed Hani Nemmani

Tel: 00982 43822530

P.O. Box: 15875-1162

E-mail: zahra@sordusil.com

<http://www.sordusil.com>

SOROUSHÉ ANDISHÉ

www.soroushe.com
www.andishe.com



