

در آمدی بر تاریخ اخلاق پزشکی

حیدر شادی^{۱*}

چکیده

سابقه اخلاق پزشکی به قدمت خود پزشکی است. چنان‌که در ادبیات پزشکی تمدن‌های بین‌النهرین، یونان باستان، هندی، مسیحی و اسلامی نمونه‌های زیادی از اصول اخلاقی و سوگندنامه‌های پزشکی وجود دارد. البته اخلاق پزشکی به عنوان یک رشته علمی و آکادمیک در دهه ۱۹۶۰ ظهور کرد. این مقاله مروری اجمالی بر سیر پیدایش اخلاق پزشکی در سه دوره باستان، میانی و مدرن می‌باشد. در مقدمه بعد از تعریف اخلاق پزشکی و روشن سازی نسبت آن با حوزه‌های مشابه همچون اخلاق زیستی و اخلاق پرستاری به عوامل شکل‌گیری اخلاق پزشکی به عنوان یک رشته علمی اشاره شده است. در سه بخش بعدی یعنی " دوره باستان"، " دوره میانی" و " دوره مدرن" سیر پیدایش اخلاق پزشکی از جوامع ابتدایی تا تمدن‌های بین‌النهرین، یونان باستان، هندی، مسیحی، اسلامی و دوره مدرن توضیح داده شده است. در بخش پایانی تحت عنوان "اخلاق پزشکی مدرن در ایران" تحولات اخیر اخلاق پزشکی در ایران به اختصار گزارش شده است.

واژگان کلیدی: تاریخ اخلاق پزشکی، دوره باستان، دوره میانی، دوره مدرن، ایران معاصر

۱- مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نشانی: تهران، خیابان ۱۶ آذر، نبش پورسینا، پلاک ۲۱، طبقه ۴، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی؛ تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱ نمابر:

۶۶۴۸۰۲۷۶؛ پست الکترونیک: hshadi@tums.ac.ir

مقدمه

اخلاق پزشکی^۱ شاخه‌ای از اخلاق حرفه‌ای^۲ از دیرباز به عنوان یک موضوع مورد توجه جامعه پزشکی و فلسفی بوده است. قسم نامه بقراط^۳ و طرح مسائلی همچون اصلاح نژاد انسان^۴ توسط افلاطون^۵ را می‌توان نمونه‌های اولیه آن دانست [۱]، لکن در پی پیشرفت‌های فناوری پزشکی، که پزشکی را مرکز تحولات شگرف و گاه به شدت مستعد رفتارهای غیر انسانی کرد [۲] و تصمیم گرفتن را در برخی موقعیت‌ها برای پزشکان بسیار سخت نمود، اخلاق پزشکی بسان یک رشته ظهور کرد [۳].

دستگاه دیالیز، دستگاه‌های تنفس مصنوعی و امکان پیوند اعضا این امکان را به وجود آورد تا بیمارانی را زنده نگه داریم که در غیر این صورت می‌مردند. شیوه‌های بارورسازی آزمایشگاهی و تولید مثل‌های مشابه، طیفی جدید از روابط را بین والدین و فرزندان ممکن ساخت. چنانچه در برخی موارد بچه‌هایی متولد می‌شوند که از حیث ژنتیک با زنانی که آنها را وضع حمل می‌کنند، رابطه‌ای ندارند.

اما موفقیت‌های فناوری تنها عامل در افزایش دغدغه مسائل اخلاقی در حوزه پزشکی نبوده است. عامل دیگر، نگرانی روزافزون از قدرتی بوده است که پزشکان دارند و آن را اعمال می‌کنند. این نگرانی خود را در دفاع از حقوق بیماران و حقوق جامعه به عنوان یک کل، که در معرض تأثیر تصمیمات پزشکان قرار می‌گیرند، نشان می‌دهد. آگاهی عمومی فوق‌العاده‌ای در خصوص ماهیت ارزشی تصمیم‌گیری‌های پزشکی شکل گرفته و مبانی این نوع تصمیم‌گیری را مورد انتقاد قرار داده است. به عنوان مثال این دغدغه در طول چند دهه اخیر همیشه وجود داشته است که بالاخره یکی باید در خصوص سیستم‌های حیات^۶ برای بیمارانی که هیچ وقت هوشیاری خود را باز نخواهند یافت، تصمیم بگیرد. ولی واضح است که این تصمیم، یک تصمیم پزشکی نیست، بلکه اخلاقی است.

در فضای چنین مسائل و گزینش‌های اخلاقی جدید بود که حوزه پژوهشی اخلاق پزشکی که اخیراً «اخلاق زیستی»^۷ بر آن ترجیح داده می‌شود، شکل گرفت.

اخلاق پزشکی از مبانی و شیوه تصمیم‌گیری اخلاقی در حوزه پزشکی بحث می‌کند. از جمله مسائل اخلاق پزشکی می‌توان به استفاده از انسان در تحقیقات پزشکی، مهندسی ژنتیک، پیوند اعضا، روش‌های بارداری غیر طبیعی، شبیه‌سازی، قطع درمان از بیمار رو به مرگ، رازداری و صداقت پزشک، قتل ترحمی^۸ و تخصیص منابع ناکافی پزشکی اشاره کرد.

اخلاق زیستی، اخلاق مراقبت‌های بهداشتی^۹، اخلاق بالینی^{۱۰}، و اخلاق پرستاری^{۱۱} اصطلاحات دیگر این حوزه هستند که عملاً باعث ابهام در ماهیت و قلمرو این رشته علمی می‌شوند. اخلاق زیستی حوزه علمی و یا عنوان نسبتاً جدیدی است که علاوه بر پزشکی، شاخه‌های دیگر علوم زیستی همچون بیولوژی، محیط زیست، جمعیت و علوم اجتماعی را نیز شامل می‌شود. اخلاق زیستی خود دو شاخه دارد: اخلاق زیستی بنیادی، که مبانی تفکر و استدلال اخلاق زیستی را در فرهنگ، فلسفه، دین و حقوق مورد مطالعه قرار می‌دهد و اخلاق زیستی کاربردی که حوزه‌های اخلاق پزشکی بالینی، اخلاق پرستاری، اخلاق محیط زیست، اخلاق تحقیق و... را شامل می‌شود [۴]. در تعلیل ترجیح «اخلاق زیستی» بر «اخلاق پزشکی» به سه نکته اشاره شده است:

۱- هدف اخلاق زیستی توسعه یک یا پشتیبانی از یک قانون و یا یک سری موعظه نیست بلکه هدف آن فهمی بهتر از مسائل (فراتر و اعم از پزشکی) است.

۲- اخلاق زیستی سؤالات عمیق فلسفی درباره ماهیت اخلاق، ارزش زندگی، معنای شخص بودن، اهمیت و معنای انسان بودن می‌باشد.

۳- اخلاق زیستی مسائلی را درباره خط مشی‌های عمومی، جهت‌گیری و کنترل علم شامل می‌شود به این معنی اخلاق زیستی یک حوزه پژوهشی مشخص و جدید

¹ Medical Ethics

² Applied Ethics

³ Hippocratic

⁴ Eugenics

⁵ Plato

⁶ Life-support systems

⁷ Bioethics

⁸ Euthanasia

⁹ Health Care Ethics

¹⁰ Clinical Ethics

¹¹ Ethics of Nursing

خودداری از کمک به سقط جنین و قتل ترحمی و... متعهد می‌شود [۷].

دوره میانی

اصول اخلاقی به کار گرفته شده در پزشکی دوره باستان مورد توجه اخلاق پزشکی مسیحیت نیز قرار گرفت ولی اموری چند به عنوان مثال «تعهد احترام به معلم و تلاش برای تأمین لوازم ضروری زندگی او» در مباحثات اخلاق پزشکی میانی و بعداً مدرن مورد توجه قرار نگرفته است. اخلاق پزشکی مسیحیت تغییراتی نیز در سوگندنامه بقراط اعمال کرد به عنوان مثال پزشکان مسیحی به جای خدایان و الهه‌های یونان باستان به «خداوند پدر خدایمان عیسی مسیح» قسم می‌خورند [۸]. تأکید مسیحیت بر مهر و محبت و نوع دوستی تأثیری مثبت بر اخلاق پزشکی گذاشت چنانچه سازمان‌های دینی همچون صومعه‌ها و دیرها شروع به تأسیس بیمارستان برای تهی‌دستان کردند و رساله‌ای که احتمالاً به اوایل قرن دوازدهم بر می‌گردد به پزشکان توصیه می‌کند که به خاطر پول طبابت نکنند [۹]. توماس آکوئیناس^۳ در قرن سیزدهم گفت اگر پزشک حق‌الزحمه‌ای بیش از حد مطالبه کند یا از درمان رایگان مریضی که در صورت عدم اقدام پزشک خواهد مرد، خودداری کند، مرتکب گناه شده است. ناواروس^۴ قدیس مشهور قرن شانزدهم در بیانیه‌ای تصریح کرد که اوتانازی حتی اگر با انگیزه ترحم بوده باشد، گناه و محکوم است. موضع تاریخی کلیسا درباره یکی از موضوعات مهم اخلاق پزشکی یعنی سقط جنین مبهم و موضوع نوسان در درجه حرمت بوده است. تا این‌که در سال ۱۸۶۹ پیوس نهم^۵ اعلام کرد که تمام سقط جنین‌های مستقیم، قطع نظر از مرحله رشد جنین، قتل محسوب می‌شوند.

لازم به یادآوری است که از میان تمدن‌های باستان فقط تمدن یونانی و از میان ادیان فقط کلیسای کاتولیک نبودند که به اخلاق پزشکی توجه می‌کردند؛ چنانچه

است اگرچه تاریخ آن باید با اخلاق پزشکی شروع شود [۵].

اخلاق مراقبت‌های بهداشتی، اخلاق را در تمام حوزه‌های مرتبط با بهداشت، اعم از پزشکی و پیراپزشکی به کار می‌گیرد و از اخلاق پزشکی اعم و از اخلاق زیستی اخص می‌باشد [۶]. اخلاق بالینی بیشتر بر روابط بیمار با عوامل مراقبت‌های بهداشتی، اعم از پزشک و پرستار توجه می‌کند.

دوره باستان

اخلاق پزشکی تاریخی طولانی و پرفراز و نشیب دارد. اگر چه معمولاً گفته می‌شود آن با بقراط در یونان باستان آغاز شد ولی در واقع بسیار قدیمی‌تر است. حتی در جوامع قبیله‌ای فاقد زبان مکتوب، ارزش‌های مربوط به تأمین مراقبت‌های بهداشتی توسط شمن‌ها، جادوگران، اطباء گیاهی و... کم و بیش بیان می‌شده است. یکی از قدیمی‌ترین نوشته‌های مربوط به فعالیت پزشکی بخشی از قانون حمورابی^۱ (۱۷۵۰ ق.م.) است. متون قدیمی دیگر اخلاق پزشکی اغلب در فضای یک سنت دینی شکل گرفته بودند. بر روی لوح یادبودی در معبد اسکولاپیوس^۲ به پزشک‌ها توصیه می‌شود که «مثل خدا باشند؛ منجی، با همه، خواه بردگان و فقرا و خواه ثروتمندان و اشراف باید مثل یک برادر و عادلانه رفتار کند» [۶].

قوانین اخلاق باستان اغلب به صورت سوگندنامه‌ها اظهار گشته‌اند. مشهورترین سوگند نامه پزشکی در سنت غربی «سوگندنامه بقراط» است که معمولاً به قرن هفتم ق.م نسبت داده شده و عموماً بنیاد اصلی اخلاق پزشکی غربی تلقی می‌شود. حوالی سال‌های ۵۰۰ ق.م. مدارس پزشکی زیادی در یونان وجود داشتند. یکی از آن مدارس در جزیره کوس توسط بقراط حکیم اداره می‌شد. مدرسه بقراط آثار پزشکی و علمی و اخلاقی زیادی به یادگار گذاشت. اما تاریخ دقیق سوگندنامه معلوم نیست. در سوگندنامه بقراط، پزشک به تلاش جهت حفظ منافع بیمار به اندازه علم و توان خود، احترام و کمک به معلم،

³ Thomas Aquinas

⁴ Navarvus

⁵ Puis IX

¹ Code of Hammurabi

² Asclepius

در پی مبانی اخلاقی جهان شمول برای پزشکی تلاش کرد، بلکه او از تنگ نظری‌های دینی و عقاید کوتاه بینانه نیز فارغ بود. همچنین دیدگاه او درباره اصل محوری مراقبت و هم‌دردی در روابط پزشک - بیمار، چه بسا به عنوان یکی از اولین آراء درباره «اخلاق مراقبت» [۱۲] تلقی شود. توماس پرسیوال^۱ به سال ۱۸۰۳ اولین کتاب با عنوان «اخلاق پزشکی» را در انگلستان منتشر کرد. البته رویکرد او به اخلاق پزشکی همچون اسلاف خود، آداب معاشرتی بود. او به آداب و مقررات روابط بیمار - پزشک و همین‌طور آداب بین خود پزشکان توجه داشت.

اخلاق پزشکی تنها منبع برای اخلاق مربوط به مراقبت‌های بهداشتی نبوده است. پرستاری حرفه‌ای که در اوایل قرن نوزدهم ظهور کرد نیز به وجه اخلاقی فعالیت‌های خود توجه نشان داد. به سال ۱۹۰۱ ایزابل هامپتون^۲ اولین کتاب درباره اخلاق پرستاری را نوشت. یکی از مسائل اخلاق پرستاری این بوده است که آنها در قبال چه کسی مسؤول هستند، پزشک یا بیمار، دیدگاه پزشک سالارانه تا سال‌های ۱۹۶۰ رایج بود. ولی از آن به بعد با توفیق تفکر فمینیسمی و رشد خودآگاهی پرستاران، این رابطه دچار تحول شد و پرستاران در قبال بیمار مسؤول شناخته شدند. اخلاق پرستاری عمدتاً بر اساس رویکرد اخلاق مراقبت گرایانه صورت‌بندی شده است.

دوره مدرن

اخلاق پزشکی به معنی مدرن و جدی آن بعد از جنگ جهانی دوم شروع شد. شاید اولین اثر مدرن در اخلاق پزشکی کتاب «اخلاق و پزشکی»^۳ جوزف فلتچر^۴ بود که به سال ۱۹۵۴ منتشر شد. وی متکلم آمریکایی پیرو کلیسای اسقفی^۵ بود که رویکرد «اخلاق موقعیتی»^۶ بحث‌انگیز او به سؤالات اخلاقی، به اخلاق پیامدگرایی^۷ بیشتر نزدیک بود تا دیدگاه‌های سنتی مسیحیت. با توجه

اخلاق پزشکی اسلامی نیز به‌ویژه با توجه به پیشرفت‌های قابل توجه پزشکی در قرون میانی جهان اسلام وظایف و مسؤولیت‌های پزشکان مسلمان را به روشنی بیان کرده است، یا در شبه قاره هند و آسیای جنوبی شرقی اخلاق‌های پزشکی متناسب با مکتب‌های مختلف دینی و فکری همچون آئین تائو، آئین کنفوسیوس، آیین بودا، آیین شینتو، آیین هندو بوده است. در کتاب ریگ ودا، که از قدیمی‌ترین کتب طب هندیان است، عبارات زیادی درباره آثار نیک سخاوت و تعاون موجود است و شرافت شغل طبابت به چشم می‌خورد. در دوره براهمه، اطبا تعلیمات «ایورودا» را مانند کتاب مقدس کلمه به کلمه از برکرده و بر طبق آن رفتار می‌نموده‌اند [۱۰].

در منابع فرهنگ اسلامی به‌ویژه سنت توجه خاصی به پزشکی و اخلاق پزشکی معطوف شده است (العلم علمان، علم الادیان و علم الابدان). احادیث ضمن تکبیر و تمجید دانش و حرفه پزشکی، پزشکی را واجب کفایی دانسته‌اند. «هرکس مداوای مجروحی را ترک کند، مسلماً در جراحت او شریک است»... و وثاقت و تدبیر را از صفات لازم پزشک برشمرده‌اند. اگرچه برخی منابع انتخاب حرفه پزشکی را به خاطر کسب پول مکروه دانسته‌اند ولی اخذ وجه در قبال پزشکی را منع نکرده‌اند و روایت شده است که پیامبر (ص) حجامت کرد و مزد حجامت کننده را پرداخت [۱۱]. در خصوص بیماران لاعلاج توصیه شده است که هیچ وقت نباید درمان قطع گردد.

همان‌طور که گفته شد سیستم‌های اخلاق پزشکی گوناگون اغلب با سنت‌های دینی در ارتباط بوده‌اند ولی در قرون ۱۷ و ۱۸ تحولاتی در این زمینه رخ داد و زمینه برای شکل‌گیری اخلاق پزشکی سکولار و جهانشمول فراهم آمد. جان گریگوری (John Gregory) (۱۸۱۷)، پزشک و فیلسوف برجسته اسکاتلندی از فلسفه‌های روشنگری بهره گرفت تا دیدگاهش را درباره ویژگی‌های اخلاقی پزشکان بیان کند. او بیش از همه بر همدلی پزشک با بیمار تأکید کرد. آرا و نظرات گریگوری در خصوص نقش پزشکان و روابط پزشک - بیمار هنوز تا حد زیادی معتبر هستند. او نه تنها اولین پزشکی بود که

¹ Thomas Percival

² Isabel Hampton Robb

³ *Morals and Medicine*

⁴ Joseph Fletcher

⁵ American Episcopalian

⁶ Case-based Ethics/situationism

⁷ Consequentialism

تعیین می‌کرد به کمیته خدا^۲ شهرت یافت و ملاک مورد استفاده آن کمیته، در کانون توجه قرار گرفت. پژوهشی که نشان داد اعضای کمیته به افرادی که از طبقه اجتماعی و وابستگی قومی اعضای کمیته هستند گرایش دارند، در نهایت به بحث‌های بیشتر درباره بهترین راه حل این نوع مسائل منجر شد.

از بین همه موفقیت‌های پزشکی آن دوره، اولین پیوند قلب، بیشترین و وسیعترین آوازه را داشت که در سال ۱۹۶۷ در آفریقای جنوبی انجام شد. امکان استفاده از اعضای افراد دچار مرگ مغزی شده جهت پیوند به بیماران دیگر باعث تشکیل «کمیته مرگ مغزی هاروارد» شد و همین طور دسترسی به دستگاه‌های تنفس مصنوعی و سایر فناوری‌های قدرتمند حیات بخش، سؤالاتی را درباره زمان اعلام مرگ بیمار طرح کرد.

سؤال این بود که چه زمانی می‌توان سیستم‌های زنده - نگره‌دار و به تبع آن حیات بیمار را خاتمه داد؟ اگر چه عموماً پذیرفته شده بود که نباید با بیمارانی که قدرت تشخیص دارند، برخلاف اراده و میلشان رفتار کرد، ولی موقعیت بیماران فاقد قدرت تشخیص چندان روشن نبود. این مسأله نه تنها در مورد بیمارانی که به خاطر بیماری و تصادف تشخیص خود را از دست داده بودند صادق بود، بلکه در مورد رفتار با نوزادان معلول یا ناقص الخلقه نیز قابل طرح بود. سؤال این بود که اگر بیماری قادر به گفتن «نه» نیست آیا می‌توان گفت که حتی اگر احتمال بهبودی وی بسیار ضعیف است، زندگی او تا آنجا که ممکن است ولو با صرف هزینه‌های گزاف باید ادامه داشته باشد؟

در سال ۱۹۷۳ یک نشریه معتبر پزشکی در آمریکا به نام «نشریه پزشکی انگلستان جدید»^۳ پژوهش دو پزشک کودکان را درباره یک معضل اخلاقی که در یک مهد کودک استثنایی با آن مواجه شده بودند منتشر کرد. رایموند دوف^۴ و ای-جی-ام کمپیل فکر نمی‌کردند که نوزادان ناقص الخلقه یا دارای چندین بیماری باید درمان‌های طولانی کننده زندگی را دریافت کنند. آنها معتقد بودند که سکوت عمومی و حرفه‌ای درباره یک

به این عقاید بود که او بعدها عقاید دینی خود را رها کرد. اگر چه فلتچر برای از سرگیری بحث بر سر امور اخلاق پزشکی تلاش زیادی کرد، ولی تنها در سال‌های ۱۹۶۰ بود که اخلاق پزشکی به عنوان یک رشته علمی شکل گرفت. در این دوره تحولات اجتماعی و فرهنگی مهمی رخ دادند. جنبش حقوق مدنی توجه خود را بر روی مسائل عدالت و نابرابری معطوف کرد، رواج مجدد فمینیسم با امکان دسترسی به سقط جنین بی‌خطر و جلوگیری از بارداری نوین، به طور مشترک پرسش‌هایی را درباره حقوق تولید مثلی زنان برانگیختند. اواخر دهه ۶۰ در پی ناآرامی‌های دانشگاه‌ها به‌ویژه در فرانسه، مقامات دانشگاهی و دانشجویان خواستار ارتباط بیشتر واحدهای درسی با مسائل اجتماعی روز شدند. این تحولات با ایجاد علاقه‌ای جدید به اخلاق هنجاری (normative ethics) و کاربردی بر فعالیت فلسفی نیز تأثیر گذاشت. فیلسوفان اخلاق بر خلاف رویکرد تحلیلی حاکم در دهه‌های ۵۰ و ۶۰، شروع به پرداختن به مسائل علمی اخلاق همچون سقط جنین، قتل ترحمی، اخلاق جنگ، مجازات اعدام، توزیع منابع ناکافی پزشکی، حقوق حیوانات و غیره کردند. آنها به طور مکرر جرأت طرح سؤالاتی را پیدا کردند که قبلاً پرسیده نشده بود. از آنجا که برخی از این سؤالات مربوط به فعالیت‌ها و مراقبت‌های بهداشتی و علوم زیستی بودند این جنبش در فلسفه، به تأسیس اخلاق پزشکی به عنوان رشته‌ای انتقادی کمک کرد.

انگیزه عمده دیگر در توسعه این رشته همان طور که قبلاً نیز آمده، پیشرفت فناوری بود که سؤالاتی را طرح کرد که قبلاً لازم نبود کسی به آنها جواب دهد. یکی از مسائل اخلاق پزشکی که در آمریکا رخ داد این امر را به خوبی نشان می‌دهد. دستگاه‌های دیالیز می‌توانستند بیمارانی را که به طور شدید از کارافتادگی کلیه رنج می‌بردند از مرگ نجات دهند. ولی این دستگاه‌ها خیلی گران بودند و تعدادشان از تعداد بیماران کمتر. در سال ۱۹۶۲ مرکز کلیه مصنوعی در شهر سیاتل^۱ واشنگتن کمیته‌ای را تشکیل داد تا بیماران را جهت درمان گزینش کنند. تصمیمات این کمیته که مرگ و حیات انسان‌ها را

² The God Committee

³ New England Journal of Medicine

⁴ Duff Raymond

¹ Artificial Kidney Center of Seattle

موارد منجر به تحولاتی مهم در آزمایشاتی شد که از آن به بعد مراکز آمریکایی در پژوهش پزشکی انجام می‌دادند. در سال ۱۹۷۳ کنگره آمریکا «کمیسیون ملی حمایت از انسان‌های شرکت کننده در پژوهش‌های زیست - پزشکی و رفتاری» (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research) تشکیل داد. بیشتر توصیه‌ها و مصوبات کمیته از جمله احترام به اشخاص، خیرخواهی و عدالت تبدیل به قانون شدند. در اواخر دهه ۱۹۶۰ مسائل فزاینده اخلاقی در پزشکی، پژوهشی و علوم مراقبت‌های بهداشتی منجر به تأسیس اولین مؤسسات، انجمن‌ها و مراکز اخلاق پزشکی شد. ابتدا بیشتر فعالیت‌ها در ایالات متحده انجام می‌شد حتی کارهای صورت گرفته در آمریکا در دهه ۷۰ در اروپا چندان مشاهده نمی‌شد. در اروپا صرفاً برخی از دانشگاهیان به طور فردی روی موضوع کار می‌کردند. اما در دهه هشتاد بیشتر کشورهای اروپایی کمیته‌های ملی اخلاق پزشکی خود را تشکیل دادند.

سال ۱۹۸۵ انجمن مراکز اخلاق پزشکی اروپا تأسیس شد که اکنون اعضای آن به ۶۰ مورد رسیده است [۱۳]. تقریباً از همان ابتدا اخلاق پزشکی یک کار میان رشته‌ای بود. به ویژه آن‌که تحت عنوان جدیدش یعنی «اخلاق زیستی» از مرزهای نه تنها پزشکی، پرستاری و مامایی و علوم زیست پزشکی بلکه از مرزهای حقوق، اقتصاد و برنامه عمومی نیز گذشت. اخلاق پزشکی به این معنای گسترده به عنوان یک حوزه آموزش و پژوهش در دانشگاه همان کشورهای مختلف توسعه یافته تأسیس شد و اکنون در هر دو مقطع لیسانس و تحصیلات تکمیلی در دانشگاه‌ها و در مراکز آموزش پزشکی و پرستاری به عنوان واحد درسی الزامی تدریس می‌شود. در سرتاسر جهان بیش از ۲۰۰ مرکز پژوهش اخلاق پزشکی وجود دارد و متخصصان اخلاق پزشکی اغلب توسط کمیته‌های دولتی، مراکز و افراد تجدید نظر کننده در قانون و سازمان‌های حرفه‌ای طرف مشورت قرار می‌گیرند. کشورهای زیادی انجمن اخلاق پزشکی ملی خود را دارند و «انجمن بین‌المللی اخلاق زیستی» (IAB- International Association of Bioethics) متخصصان اخلاق زیستی و پزشکی را از سرتاسر جهان به هم ارتباط می‌دهد. تعدادی

تابوی مهم باید شکسته شود. آنها اظهار نظر کردند که از ۲۹۹ نوزاد تحت مراقبت در مهد کودک استثنایی، ۴۳ نوزاد در پی تصمیم به قطع درمان فوق کرده‌اند. سؤال اصلی این بود که آیا تصمیم‌های عدم درمان از نظر قانونی و اخلاقی درست بودند؟ به این ترتیب مناقشه‌ای جدی درباره درستی رویکرد «تقدس زندگی» یا «زندگی برابر» در فعالیت‌های پزشکی آغاز شد.

در سال ۱۹۷۶، مسئله کارن آن کوینلان^۱ در آمریکا نقطه عطفی شد و باعث حمایت از این نظریه گشت که پزشکان قانوناً وظیفه‌ای مبنی بر طولانی کردن زندگی بیمار در هر شرایطی ندارند. کارن آن کوینلان که در سال ۱۹۷۵ به حالت کما افتاده بود به کمک دستگاه تنفس مصنوعی نفس می‌کشید. شرایط او حالت نباتی مداوم توصیف شده بود. وقتی دکتر درمانگر از قبول درخواست خانواده او مبنی بر قطع دستگاه تنفس مصنوعی از کارن، امتناع کرد، مسئله به «دادگاه عالی نیوجرسی»^۲ ارجاع داده شد و دادگاه حکم کرد که سیستم زنده - نگه‌دار می‌تواند بدون این‌که پزشک درمانگر به ارتکاب قتل خلاف قانون متهم شود، قطع گردد. این مسئله الهام‌بخش تاملات بعدی درباره مسائل مختلف مربوط به تصمیمات پایان مرگ پزشکی بود. مسائل اخلاقی مهم در خصوص آزمایش انسان قبلاً توسط نویسندگانی همچون هنری کی - بیچر^۳ در ایالات متحده طرح گشته بود. چنانچه در بیمارستان یهودی بیماری‌های مزمن^۴ بروکلین به بیمارانی بدون اجازه، سلول‌های زنده سرطان تزریق شده بود و کودکانی که بین سال‌های ۱۹۷۱ - ۱۹۶۵ در بیمارستان دولتی ویلبروک نیویورک^۵ با ویروس‌های هپاتیت آلوده شده بودند، به عقب ماندگی ذهنی دچار شده بودند و همین طور پژوهشی که در سال‌های ۱۹۳۰ به منظور تعیین تاریخ طبیعی سیفیلیس بر روی مردان سیاه پوست واکسینه نشده شروع شده بود تا سال‌های ۱۹۷۰ در توسکنجه آلباما^۶ ادامه داشت. توجه عمومی معطوف گشته به این

¹ Karen Ann Quinlan

² New Jersey Supreme Court

³ Henry K. Beacher

⁴ Jewish Chronic Disease Hospital

⁵ Willolbrook State Hospital, New York

⁶ Tuskegee

پزشکی در مرکز اخلاق پزشکی تدوین شد و به دانشگاه‌های کشور ابلاغ شد.

با پیشنهاد ایجاد شبکه اخلاق پزشکی سال ۱۳۸۰ چندین کارگاه مقدماتی در دستور کار قرار گرفت. کارگاه‌هایی در تبریز، مشهد و تهران برگزار گردید و حاصل این کارگاهها تدوین برنامه راهبردی اخلاق پزشکی کشور بود.

از سال ۱۳۸۲ به این سو، مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران فعالیت‌های زیادی را در این حوزه سامان داده است که از جمله آنها می‌توان به اجرای ۱۷ طرح پژوهشی، نگارش ۴۷ مقاله، برگزاری نزدیک به ۱۰۰ جلسه سخنرانی و کارگاه آموزشی، انتشار ۱۲ عنوان کتاب، ایجاد سایت اخلاق پزشکی کشور به آدرس <http://mehr.tums.ac.ir> و راه‌اندازی کتابخانه تخصصی اخلاق پزشکی اشاره کرد.

تاسیس انجمن ایرانی اخلاق در علوم و فن‌آوری در سال ۱۳۸۳ یکی دیگر از فعالیت‌های مرتبط با اخلاق زیستی است که می‌تواند در شناخت و به کارگیری بهتر اصول اخلاقی در حوزه علوم از جمله پزشکی موثر باشد. با وجود فعالیت‌های فوق، بدیهی است که جامعه ایرانی تا رسیدن به وضعیت مطلوب در حوزه اخلاق پزشکی فاصله زیادی دارد. به ویژه از حیث تئوریک کاستی‌ها فراوان است، شاید بشود گفت مهمترین چالش اخلاق پزشکی ایران، تبیین روشنی از جایگاه دین در اخلاق پزشکی است. اهمیت این مسأله وقتی روشن می‌شود که متوجه فریبهی فقه در سنت اسلامی باشیم. به عبارت دیگر یکی از سوالات اخلاق پزشکی جامعه ایرانی تعیین نسبت اخلاق دینی و اخلاق سکولار در اخلاق پزشکی است.

نشریه تخصصی مورد توجه دانشگاهیان و کشورهای مختلف منتشر می‌شوند و کنگره‌های بین‌المللی نیز در این حوزه به طور منظم برگزار می‌شوند [۱۴].

اخلاق پزشکی مدرن در ایران

اخلاق پزشکی مدرن در کشور ما، طی دهه اخیر بسط و گسترش قابل توجهی یافته است. تشکیل اولین "مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی" در حوزه معاونت دانشجویی - رهنگی - حقوق و مجلس وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۲ در پاسخ به نیازهای ضروری در این زمینه بود. تشکیل گروه‌های آموزشی اخلاق پزشکی در بسیاری از دانشکده‌های علوم پزشکی کشور آموزش متخصصان اخلاق پزشکی پژوهش درباره ابعاد مختلف اخلاق پزشکی انتشار کتب درسی جهت برنامه درسی دانشکده‌های علوم پزشکی تاسیس شورای نظارت بر مسائل اخلاقی در پزشکی جهت ایجاد هماهنگی بین تعالیم اسلامی و قوانین متعارف جهانی در شما مهمترین اهداف این مرکز بود.

یکی از مهمترین فعالیت‌های مرکز اخلاق پزشکی، برگزاری اولین همایش بین‌المللی اخلاق پزشکی در تیر ماه ۱۳۷۲ بود و استقبال زیاد گروه پزشکی و سایر علاقمندان اهمیت این موضوع را در محافل علمی کشور ما را به اثبات رساند. این سمینار نقطه عطفی در فعالیت‌های اخلاق پزشکی با نگرش جدید در کشور ما بود. همزمان با این سمینار چندین جلد کتاب مباحث سمینار و کتب دیگر ترجمه شده، به چاپ رسید. در سال ۱۳۷۴ با تلاش و همکاری تعدادی از صاحب نظران فکر تاسیس مرکز اخلاق پزشکی به صورت یکی از مراکز تحقیقاتی مطرح شد. در سال ۱۳۷۸ کدهای اخلاق در تحقیقات

مآخذ

1. Erich H. Textbook of Medical Ethics. New York: Plem Medical book Company; 1989. P: 5
2. Kuhse H Singer P. A Companion to Bioethics. Oxford: Blackwell; 2001. p:3
3. Ibid. p:485
4. Kenneth M. The New Dictionary of Medical Ethics. London: BMJ Publishing Group; 1996
5. A Companion to Bioethics. P: 4
6. BIOETHICS DICTIONARY .UNESCO/ IUBS/ EUBIOS. [http://www .bioscience-bioethics .org /u.htm.\(access17 April 2006\)](http://www .bioscience-bioethics .org /u.htm.(access17 April 2006))
7. Etzioni M. The Physician's Creed: an anthology of medical prayers, oaths, and codes of ethics written by practitioners throughout the ages. Springfield: Thomas; 1973
8. Edelstein L. The Hippocratic Oath: text, translation

- and interpretation. In: Temkin O, Temkin C. (editors). *Ancient Medicine: Selected Papers of Ludwig Edelstein*. Johns Hopkins Press; 1967
9. Jones W. *The Doctor's Oath: an essay in the history of medicine*. New York: Cambridge Press; 1924
 10. Mackinney L. Medical ethics and etiquette in the early Middle Ages: the persistence of Hippocratic ideals: *Bulletin of the History of Medicine*. 26.1952.p:1-31
 ۱۱. چهرازی، ابراهیم. طبیب در جامعه. ص ۱۸. (به نقل از اخلاق پزشکی. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۷۰، ص ۳۸).
 ۱۲. نفیسی، ابوتراب، تاریخ اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۷۱، ص ۱۰۹.
 13. Gregory J. *Lectures and Duties on the Qualifications of a Physician*. Philadelphia: M.Carey; 1817
 14. Nicholson R. (editor). *Medical Ethics in Europe: A Short History*. In: *NIRAREVIEW*. Spring;1997.P:3
 15. *Blackwell Companion to Bioethics*. P:10
 ۱۶. لاریجانی، باقر. پزشک و ملاحظات اخلاق: مروری بر مبانی اخلاق پزشکی. تهران: انتشارات برای فردا؛ ۱۳۸۳. ص ۳۱ - ۳۰.
 ۱۷. برنامه راهبردی اخلاق پزشکی در ایران. سایت اخلاق پزشکی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران. <http://mehr.tums.ac.ir> (مشاهده در تاریخ ۲۹ فروردین ۱۳۸۵)