

اخلاق پزشکی امروزی

راهنمای اخلاق و قانون انجمن پزشکی بریتانیا

تالیف

سوفی برانان

النور کریسپین

مارتین دیویس

ورونیکا انگلیش

ربکا موسل

جولیان شیتلر

آن سامرویل

ترجمه

دکتر محمد صادق ربانی
استادیار سابق دانشگاه تهران

و

دکتر قربان بهزادیان نژاد
استاد سابق دانشگاه تربیت مدرس



شماره مسلسل ۹۸۳۱

شماره انتشار ۴۰۱۷

انتشارات دانشگاه تهران

عنوان و نام پدیدآور	: اخلاق پزشکی امروزی: راهنمای اخلاق و قانون انجمن پزشکی بریتانیا/آهیه کننده انجمن پزشکی بریتانیا؛ انوشته شده توسط برانان سوفی... او دیگران؛ مترجمان قربان بهزادیان-نژاد، محمدصادق ربانی.
مشخصات نشر	: تهران: دانشگاه تهران، مؤسسه انتشارات، ۱۳۹۷.
مشخصات ظاهری	: ۸۶۲ص.
فروست	: انتشارات دانشگاه تهران؛ شماره انتشار ۴۰۱۷.
شابک	: 978-964-03-7274-6
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: عنوان اصلی: Medical Ethics Today: The BMAs Handbook Of Ethics And Law, 3rd ed.2012
یادداشت	: کتابنامه.
عنوان دیگر	: راهنمای اخلاق و قانون انجمن پزشکی بریتانیا
موضوع	: اخلاق پزشکی -- انگلستان -- دستنامه‌ها.
موضوع	: اخلاق پزشکی -- انگلستان. رویه قضایی -- انگلستان
موضوع	: اخلاق پزشکی -- دستنامه‌ها. اخلاق زیست‌شناسی. اخلاق پزشکی
شناسه افزوده	: برانان، سوفی
شناسه افزوده	: Brannan, Sophie
شناسه افزوده	: بهزادیان-نژاد، قربان، ۱۳۴۴ - مترجم
شناسه افزوده	: ربانی، محمدصادق، ۱۳۲۳ - مترجم
شناسه افزوده	: انجمن پزشکی بریتانیا
شناسه افزوده	: دانشگاه تهران. مؤسسه انتشارات
رده‌بندی کنگره	: ۱۳۹۷ الف۲۸/R۷۲۴
رده‌بندی دیویی	: ۱۷۴/۲
شماره کتابشناسی ملی	: ۵۴۶۰۳۸۳

این کتاب مشمول قانون حمایت از حقوق مؤلفان و مصنفان است. تکثیر کتاب به هر روش اعم از فتوکپی، ریسوگرافی، تهیه فایل‌های pdf، لوح فشرده، بازنویسی در وبلاگ‌ها، سایت‌ها، مجله‌ها و کتاب، بدون اجازه کتبی ناشر مجاز نیست و موجب پیگرد قانونی می‌شود و تمامی حقوق برای ناشر محفوظ است.

عنوان: اخلاق پزشکی امروزی: راهنمای اخلاق و قانون انجمن پزشکی بریتانیا
 تألیف: سوفی برانان - النور کریسپین - مارتین دیویس - ورونیکا انگلیش - ربکا موسل - جولیان شیتلر - آن سامرویل
 ترجمه: دکتر قربان بهزادیان-نژاد - دکتر محمدصادق ربانی
 ویراستار ادبی: فرشاد رضوان



نوبت چاپ: اول
 تاریخ انتشار: ۱۳۹۷
 شمارگان: ۲۰۰ نسخه
 ناشر: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران
 چاپ و صحافی: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران

«مسئولیت صحت مطالب کتاب با مترجمان است»

بها: ۱۸۰۰۰۰۰ ریال

خیابان کارگر شمالی - خیابان شهید فرش می‌قدم - مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران
 پست الکترونیک: press@ut.ac.ir - تارنما: http://press.ut.ac.ir
 پخش و فروش: تلفکس ۸۸۳۳۸۷۱۲

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

فهرست

ش.....	مقدمه مترجم.....
ض.....	کمیتة اخلاق پزشکی.....
ظ.....	مقدمه چاپ سوم.....
۱.....	پیوند میان عمل و نظر - رویکرد BMA به اخلاق پزشکی.....
۱.....	اخلاق پزشکی چیست؟.....
۶.....	چارچوب پزشکی خوب.....
۹.....	زمینه نظری و فلسفی.....
۱۲.....	رویکرد BMA.....
۱۶.....	موردی فرضی در رد درمان طولانی کننده عمر.....
۱۹.....	فصل اول - رابطه پزشک - بیمار.....
۱۹.....	اصول عمومی.....
۲۰.....	تغییر انتظارات در رابطه پزشک - بیمار.....
۲۴.....	انواع ارتباطات در پزشکی مدرن.....
۲۶.....	انتخاب و وظیفه.....
۲۹.....	حفظ رابطه متوازن.....
۳۱.....	اهمیت رابطه خوب.....
۳۱.....	برقراری ارتباط و هماهنگی.....
۳۶.....	اعتماد و عمل متقابل.....
۴۰.....	ازکار افتادگی رابطه پزشک - بیمار.....
۴۱.....	شناسایی مسئولیت‌ها و محدودیت‌ها.....
۵۰.....	مسئولیت‌های بیماران.....
۵۷.....	فصل دوم - رضایت، انتخاب و امتناع: بزرگسالان توانمند.....
۵۷.....	ماهیت و هدف رضایت.....
۵۸.....	اصول عمومی.....
۵۸.....	استانداردها و رهنمون عمل شایسته.....
۵۹.....	فرایند کسب رضایت.....
۷۰.....	حیطه رضایت.....

۷۱	..... فشارها برای رضایت گرفتن
۷۲	..... امتناع از درمان
۷۷	..... آیا محدودیت‌هایی در انتخاب‌های فرد وجود دارد؟

فصل سوم - درمان بزرگسالانی که توانمند نیستند..... ۹۱

۹۱	..... رضایت و جایگزین‌ها
۹۴	..... اصول عمومی
۹۵	..... ارزیابی توانمندی تصمیم‌گیری فرد
۹۹	..... درمان پژوهشی و نوآورانه با مشارکت بزرگسالانی ناتوان از رضایت دادن
۱۰۰	..... فراهم آوردن درمان برای بزرگسالان ناتوان - انگلستان و ولز
۱۱۸	..... تدارک درمان برای بزرگسالان ناتوان - اسکاتلند
۱۲۹	..... فراهم آوردن درمان بزرگسالان ناتوان - ایرلند شمالی

فصل چهارم - کودکان و جوانان ۱۳۹

۱۳۹	..... آمیختن احترام برای خودمختاری و برترین مصالح
۱۴۰	..... آیا قانون حقوق بشر چیزهایی برای کودکان تغییر داده است؟
۱۴۱	..... دیدگاه این فصل
۱۴۱	..... اصول عمومی
۱۴۷	..... فوریت‌ها
۱۴۸	..... رضایت و امتناع به‌وسیلهٔ افراد جوان شایسته
۱۵۰	..... امتناع به‌وسیلهٔ افراد جوان صلاحیت‌دار
۱۵۳	..... رضایت و امتناع به‌وسیلهٔ افرادی با مسئولیت والدینی
۱۵۴	..... رضایت از افرادی با مسئولیت والدینی
۱۵۸	..... دادگاه‌ها
۱۵۹	..... امتناع از فرآورده‌های خونی به‌وسیلهٔ شاهدان یهووه
۱۶۱	..... فراهم کردن درمان علیه خواسته‌های کودک یا فرد جوان
۱۶۲	..... اعمال فرهنگی
۱۶۵	..... دوقلوهای به هم چسبیده
۱۶۷	..... حفاظت کودک

فصل پنجم - رازداری ۱۷۷

۱۷۸	..... وظیفهٔ رازداری
۱۷۸	..... اصول عمومی
۱۷۹	..... چه داده‌هایی محرمانه هستند؟
۱۸۰	..... تماس گرفتن با بیماران
۱۸۱	..... رضایت تلویحی برای افشای اطلاعات به‌مثابهٔ قسمتی از تدارک مستقیم مراقبت سلامتی

۱۸۳	..... قانون
۱۸۵	..... رهنمون GMC
۱۸۶	..... تضمین پروندهٔ مراقبت NHS
۱۸۶	..... اطلاعات گمنام
۱۸۷	..... داده‌های مستعار
۱۸۸	..... افشاهای قانونی و حقوقی
۱۹۲	..... فاش‌سازی به نفع عمومی
۱۹۹	..... کاربردهای ثانویه اطلاعات بیمار
۲۱۰	..... بزرگسالان ناتوان در رضایت دادن
۲۱۲	..... کودکان و نوجوانان
۲۱۳	..... فوت شدگان
۲۲۱	..... فصل ششم - پرونده‌های پزشکی
۲۲۱	..... اهمیت اطلاعات سلامتی
۲۲۲	..... پرونده‌ها و نگهداری آنها
۲۲۲	..... اصول عمومی
۲۲۳	..... محتوای پرونده‌های پزشکی
۲۲۷	..... حذف اطلاعات از پرونده‌های پزشکی
۲۲۷	..... خارج کردن اطلاعات از پرونده‌های پزشکی
۲۳۰	..... نشان‌دار کردن پرونده‌ها
۲۳۰	..... پرونده‌های الکترونیکی
۲۳۱	..... پرونده‌های مراقبت تفصیلی مشترک در بریتانیا
۲۳۳	..... پرونده‌های خلاصهٔ ملی در بریتانیا
۲۳۵	..... امنیت
۲۳۷	..... مخایره
۲۳۸	..... ضبط کردن‌ها
۲۴۱	..... ضبط کردن‌ها برای استفاده در رسانه‌های عمومی گسترده
۲۴۴	..... مالکیت
۲۴۴	..... نگهداری پرونده‌ها
۲۴۵	..... امحای پرونده‌ها
۲۴۶	..... پرونده‌های خصوصی
۲۴۶	..... دسترسی به پرونده‌های پزشکی
۲۵۱	..... دسترسی به گزارش‌های پزشکی
۲۵۱	..... نگاه به آینده

۲۵۷	فصل هفتم - پیشگیری از بارداری، سقط جنین و زایمان
۲۵۷	ماهیت اخلاقی تولید مثل
۲۵۸	اصول عمومی
۲۵۸	خودمختاری، حقوق و وظایف
۲۶۱	جلوگیری از بارداری
۲۶۷	عقیم‌سازی
۲۷۰	سقط جنین
۲۸۴	غربالگری پیش از تولد و تشخیص
۲۸۶	بارداری
۲۹۰	زایمان
۲۹۵	اخلاق تولید مثل: معضلی ادامه دار

۳۰۱	فصل هشتم - تولیدمثل کمکی
۳۰۱	فناوری‌های جدید باروری، معضلات تازه؟
۳۰۲	اصول عمومی
۳۰۲	مقررات تولید مثل کمکی
۳۰۴	پایش برونداد درمان باروری
۳۰۶	چه وظایفی، اگر باشد، در برابر افراد «فرضی» وجود دارد؟
۳۰۶	دسترسی به درمان
۳۱۳	رضایت برای نگهداری و استفاده از گامت‌ها و جنین‌ها
۳۱۷	استفاده از گامت‌ها یا جنین‌های اهدایی
۳۲۶	آزمایش پیش-لقاح وراثتی
۳۳۴	انتخاب جنسیت
۳۳۶	رجم جایگزین
۳۴۳	جست‌وجوی درمان در دیگر کشورها
۳۴۵	قانونی برای سده بیست و یک؟

۳۵۳	فصل نهم - ژنتیک
۳۵۳	تأثیر پیشرفت‌ها در علم ژنتیک
۳۵۴	اصول عمومی
۳۵۴	آیا ژنتیک موضوعات اخلاقی متفاوتی را بروز می‌دهد؟
۳۵۶	آزمایش ژنتیکی افرادی با سابقه بیماری خانوادگی ارثی
۳۵۶	رضایت برای انجام دادن آزمایش ژنتیک
۳۶۱	رازداری درون خانواده‌ها
۳۶۵	آزمایش تشخیصی
۳۶۶	آزمایش حامل بودن برای اختلال‌های بازگشتنی یا مرتبط به X

۳۷۰	..... آزمایش پیشگویانه یا پیش‌آگهی.....
۳۷۵	..... آزمایش حساسیت.....
۳۷۶	..... یافته‌های اتفاقی.....
۳۷۶	..... غربالگری ژنتیکی جمعیتی.....
۳۷۹	..... آزمایش‌های ژنتیکی با عرضه مستقیم به مشتری‌ها.....
۳۸۳	..... کاربردهای مناقشه‌ای اطلاعات ژنتیک.....
۳۹۰	..... سایر پیشرفت‌ها.....
۳۹۴	..... قانون و مقررات.....

فصل دهم - مراقبت بیماران در پایان زندگی..... ۴۰۱

۴۰۱	..... موضوعات پوشش داده شده در این فصل.....
۴۰۳	..... اصول عمومی.....
۴۰۴	..... برقراری ارتباط هنگامی که بیماران به سوی مرگ می‌روند.....
۴۱۱	..... تشخیص بیمار در حال مرگ و آماده شدن برای مرگ.....
۴۲۶	..... تصمیم‌هایی برای امتناع و کنار گذاشتن درمان تمدید زندگی.....
۴۳۲	..... احیای قلبی-ریوی.....
۴۳۶	..... مراقبت کودکان و افراد جوان.....
۴۴۰	..... پس از مرگ بیمار.....
۴۴۲	..... کارآموزی.....

فصل یازدهم - مرگ خودخواسته و خودکشی به کمک پزشک..... ۴۴۹

۴۵۰	..... اصول عمومی.....
۴۵۰	..... اصطلاحات و تعاریف.....
۴۵۳	..... نظرهای حرفه‌ای و عمومی درباره مرگ کمکی.....
۴۵۵	..... قانون.....
۴۶۲	..... بحث‌های اخلاقی، قانونی و عمل‌گرایانه.....

فصل دوازدهم - مسئولیت‌های پس از مرگ بیمار..... ۴۷۵

۴۷۵	..... دیدگاه این فصل.....
۴۷۶	..... اصول عمومی.....
۴۷۶	..... اصطلاحات.....
۴۷۷	..... رویکرد جامعه و اشخاص نسبت به مردگان.....
۴۸۰	..... انگیزه اصلاح قانون.....
۴۸۲	..... وظایف و مسئولیت‌های پس از مرگ.....
۴۸۴	..... رازداری پس از مرگ.....
۴۸۷	..... گواهی و تأیید فوت.....

۴۹۱	..... آزمایش‌های پس از مرگ
۴۹۹	..... پیوند عضو و بافت
۵۰۰	..... اهدای عضو و بافت برای تحقیقات و آموزش
۵۰۰	..... آزمایش کالبدشناسی
۵۰۱	..... استفاده از اجساد یا قطعات بدن برای نمایش عمومی
۵۰۱	..... استفاده از اسکلت‌ها برای مطالعه شخصی
۵۰۲	..... آزمایش برای بیماری‌های واگیردار
۵۰۳	..... آزمایش DNA پس از مرگ
۵۰۴	..... شیوه‌های اجرایی روی افراد تازه درگذشته
۵۰۴	..... مواجهه با درخواست‌های غیرعادی
۵۰۵	..... مالکیت و تجارت اجساد انسانی، قطعاتی از بدن و بافت
۵۰۶	..... قانون
۵۱۷	..... فصل سیزدهم - تجویزها و داروهای
۵۱۷	..... چالش‌ها و تنگناها
۵۱۸	..... اصول کلی
۵۱۸	..... تجویز
۵۲۲	..... تأمین اطلاعات برای بیماران دربارهٔ درمان
۵۲۵	..... تجویز برای گروه‌های بیمار مختلف
۵۲۸	..... فشار از سوی بیماران
۵۳۲	..... فشار از سوی کارفرمایان
۵۳۴	..... آزادی بالینی و رهنمون رسمی
۵۳۷	..... درگیری‌های سودجویانه در موضوعات تجویز
۵۴۰	..... تجویزهای مشارکتی
۵۴۴	..... چکیده‌های ارجاعات و ترخیص
۵۴۵	..... پزشکی که داروی مکمل و جایگزین تجویز می‌کنند
۵۴۶	..... تجویز دارونماها
۵۴۷	..... داروهای تحت کنترل
۵۴۸	..... خود درمانی و تجویز برای اعضای فامیل
۵۴۹	..... تجویز از راه دور
۵۵۳	..... مصرف دارو
۵۵۴	..... گزارش عوارض دارو
۵۵۵	..... تجویز ژنریک
۵۵۶	..... تأمین داروها به سوی بریتانیا
۵۵۷	..... واکنش وراثتی به داروها (فارماکوژنتیک)

۵۶۳	فصل چهاردهم - پژوهش و درمان مبتکرانه
۵۶۳	تعریفها
۵۶۷	اصول کلی
۵۷۷	افرادی که نمی‌توانند برای پژوهش یا درمان مبتکرانه رضایت دهند
۵۸۳	رازداری
۵۸۶	حاکمیت پژوهش
۵۹۲	قانون و مقررات
۵۹۶	حوزه‌های تخصصی پژوهش
۶۰۰	تقلب و بدرفتاری در پژوهش و درمان مبتکرانه
۶۰۲	چکیده
۶۰۷	فصل پانزدهم - فوریت‌ها
۶۰۷	اصول کلی
۶۰۷	رضایت و امتناع
۶۱۱	رازداری
۶۱۱	وظایف نسبت به خویشاوندان
۶۱۴	درمان قربانیان یا جانپان جنایت یا سوءاستفاده
۶۱۹	تشخیص مهارت و سطوح تبجر
۶۲۰	مراقبت فوریتی خارج از مؤسسات مراقبت بهداشت
۶۲۷	فصل شانزدهم - پزشکان با تعهدات دوگانه
۶۲۷	تعهدات دوگانه چه زمانی بروز می‌کند؟
۶۲۹	اصول عمومی
۶۲۹	تهیه گزارش برای طرف‌های سوم
۶۳۲	گزارش‌های پزشکی برای بیمه
۶۳۸	شاهدان متخصص
۶۴۱	داوری کردن پروانه اسلحه‌های گرم
۶۴۴	پزشکان معاینه‌کننده پناهجویان
۶۴۵	گزارش‌ها و آزمون‌های پیش از استخدام
۶۵۰	پزشکان سلامت شغلی
۶۵۵	پزشکان در نیروهای مسلح
۶۵۷	پزشکان ورزشی
۶۵۹	پزشکان رسانه
۶۶۰	پزشکان با منافع شغلی

۶۶۳	فصل هفدهم - مراقبت و درمان در محیط‌های بازداشتگاهی
۶۶۳	وظایف پزشکان در محیط‌های بازداشتگاهی
۶۶۵	اصول کلی
۶۶۵	موضوعات کلی رضایت، رازداری و انتخاب در محیط‌های بازداشتگاهی
۶۷۴	ابعاد عملی مشترک در محیط‌های بازداشتگاهی متفاوت
۶۹۰	مراقبت سلامت در زندان‌ها
۶۹۵	تسهیلات نگهداری خلافکاران بزرگسال جوان، کودکان و افراد جوان
۶۹۷	مراکز اخراج مهاجر
۷۰۱	پاسگاه‌های پلیس و پزشکان قانونی
۷۱۳	فصل هجدهم - آموزش و کارآموزی
۷۱۳	کار اخلاقی پزشکی
۷۱۳	اصول کلی
۷۱۴	آموزش پزشکی: چشم‌انداز در حال تغییر
۷۱۶	آموزش اخلاق و قانون پزشکی
۷۲۶	موضوعات اخلاقی مطرح شده در آموزش دانشجویان پزشکی
۷۳۴	تنگناهای ویژه دانشجویان پزشکی
۷۳۹	آموزش اخلاق و اخلاق آموزش
۷۴۳	فصل نوزدهم - کار گروهی، مشارکتی، ارجاعی و نیابتی
۷۴۳	اصول عمومی
۷۴۴	کار کردن در گروه‌های چندرشته‌ای
۷۵۱	همکاری و اشتراک اطلاعات میان تأمین‌کنندگان مراقبت
۷۶۰	واگذاری، ارجاع و آرای ثانوی
۷۶۴	موضوعات مدیریتی در همکاری با دیگران
۷۷۱	فصل بیستم - ابعاد بهداشت عمومی کار پزشکی
۷۷۱	اصول عمومی
۷۷۲	دورنمای بهداشت عمومی
۷۷۹	مفاهیم حقوقی سلامت عمومی
۷۸۲	تهدیدهای بهداشت عمومی مقابله با بیماری‌ها، تغییر دادن زندگی‌ها
۷۹۰	ابزارهای سلامت عمومی
۸۰۵	اجرای خدمات - مبارزه با نابرابری
۸۱۶	فرآوری داده‌های سلامت برای مدیریت سلامت عمومی
۸۱۸	نگاه به آینده

۸۲۳	فصل بیست و یکم - کاهش خطر، خطای بالینی و کارایی ضعیف
۸۲۳	وظیفه حفاظت بیماران
۸۲۵	اصول عمومی
۸۲۵	وضع استاندارد
۸۳۴	وظایف پزشکان برای واریسی کیفیت و کارایی
۸۴۱	سامانه‌هایی با کارآمدی و مدیریت ضعیف
۸۴۸	مشخص و رسیدگی کردن به مسائل سلامت پزشکان
۸۵۵	ضمیمه الف - سوگند بقراط
۸۵۶	ضمیمه ب - اظهارنامه زنو
۸۵۷	ضمیمه ج - اظهارنامه یک پزشک جدید، وضع شده به وسیله مدرسه پزشکی امپریال کالج دانش آموختگی سال ۲۰۰۱
۸۵۹	واژه‌نامه

مقدمه مترجم

راهنمایی که در اختیارتان است، ترجمه چاپ سوم کتاب *اخلاق پزشکی/امروزی*^a است که توسط اعضای انجمن پزشکی بریتانیا^b با بهره‌گیری از حدود ۲۰۰۰ مرجع معرفی شده در آن، که از سده نوزدهم میلادی تا سال ۲۰۱۲ را دربر می‌گیرد، توسط دانشمندان اخلاق پزشکی و حقوقدانان برجسته نوشته شده است. مطالب این کتاب موضوعات اخلاقی در پزشکی کودکان تا مراقبت‌های پایان زندگی بیماران را پوشش می‌دهد. به صورت سنتی، وظیفه پزشکان رعایت استانداردهایی بوده که توسط همکارانشان تدوین می‌شده است تا از اقداماتی که حرفه پزشکی را به تباهی می‌کشاند، جلوگیری کنند. اخلاق از این منظر، همواره دغدغه اصلی پزشکی و پزشکان بوده است. در حال حاضر بیش از ۹۰ درصد بیماری‌هایی که در گذشته بی‌درمان بوده‌اند، درمان می‌شوند. تغییرات ناگهانی و عمده در سده بیستم پیشرفت‌هایی چون پیوند عضو و فناوری‌های تولیدمثل، حاملگی در رحم عاریه‌ای برای افراد نابارور، پرسش اینکه حیات انسان به‌طور دقیق از چه زمانی آغاز می‌شود و چه زمانی پایان می‌پذیرد؛ وظیفه اخلاقی و وجدانی افراد در مورد بیماران چه وقت شروع می‌شود و کجا پایان می‌یابد؛ پاسخ‌های دینی، قانونی و علمی به چنین پرسش‌هایی چیست، پرسش‌های اخلاقی جدیدی بسیار فراتر از استانداردهای حرفه‌ای سنتی را پدید آورده است به نحوی که اظهار نظر اخلاقی از دایره محدود پزشکان خارج شده و افراد غیرپزشک مانند فیلسوفان، حقوقدانان و نمایندگان بیماران را نیز دربر گرفته است. در همین جا لازم به یادآوری است که کتاب حاوی شیوه نامه‌ها و چارچوب‌های حقوقی و اخلاقی فراوانی است که در بریتانیا مورد استفاده قرار می‌گیرند. هر چند که بخش عمده‌ای از قوانین، مقررات و معیارهای مورد استفاده در کتاب میان ملت‌های انگلستان، اسکاتلند، ایرلند شمالی و ولز مشترک است و به صورت یکسانی در آنها به اجرا در می‌آیند، ولی مواردی هم وجود دارد که برای تطابق با قانون و فرهنگ آن ملل معیار متفاوتی به اجرا می‌آید. با دور شدن از فرهنگ بریتانیایی و اروپایی طبعاً این مغایرت‌ها بیشتر هم می‌شود، به نحوی که در مواردی، برای مثال، با ارزشها و باورهای اسلامی و شیعی و نیز فرهنگ کشورهای شرقی مغایرت‌های آشکار و نهانی پیدا می‌کند. از این رو خوانندگان کتاب شایسته است در مواردی که نمونه‌هایی از آن در بالا ذکر شد، برای آشنایی با دیدگاه‌های اسلام پژوهان و محققان علوم پزشکی به نوشته‌های ارزشمندی که در این حوزه‌ها منتشر شده‌اند مراجعه کنند.

اخلاق نوین پزشکی اغلب تکالیفی را برای پزشکان، پرستارها و بیمارستان‌ها در نظر می‌گیرد و آنان را مخاطب خود قرار می‌دهد، در عین حال بر حقوق و اختیارات بیماران برای آگاهی از گزینه‌های مختلف درمانی، رضایت و حق رازداری بیماران تأکید می‌کند. گسترش اطلاعات پزشکی و رایانه‌ای شدن اطلاعات موجب شده است که آگاهی بیماران نسبت به بیماری‌ها بیشتر شود و در تصمیم‌گیری‌های درمانی با پزشکان به مشورت بپردازند. مطرح کردن بایدها و نبایدهای اخلاقی در پزشکی، نیازمند غور و بررسی و همفکری و تطبیق با قانون و معیارهای دینی و فرهنگی متفاوت است. در این کتاب موارد متعددی مطرح شده که برای گشودن گره‌های اخلاقی مربوط به آن، ناگزیر به دادگاه‌های بدوی، تجدید نظر و دادگاه عالی در داخل کشور باید رفت و در موارد پیچیده‌تر کار به دادگاه حقوق بشر اروپایی کشانده شده می‌شود. دادگاه آخری گاهی تمامی احکام دادگاه‌های قبلی را نقض کرده و رأی متفاوتی صادر می‌کند. طی کردن این مراحل متعدد گواهی بر آن خواهد بود که تصمیم‌گیری‌ها در مورد بایدها و نبایدها همواره آسان نیستند. آشنایی پزشکان با اخلاق پزشکی و قانون‌های ذیربط و تطبیق رفتارشان با قانون، آنان را در حاشیه امنی از مجازات‌ها و محرومیت‌ها و از جمله ابطال پروانه کارشان قرار می‌دهد. البته پزشکان در بریتانیا با بیمارانی از فرهنگ‌های متفاوت مواجه‌اند و اخلاق پزشکی آن سامان نیز خود را با فرهنگ و مذهب سایر اقوام یا مراجعان از کشورهای دیگر تا حدودی تطبیق داده است. مراجعه بیمارانی بسیار مقید به مذهب از کشورمان به آن کشور یا سایر کشورهای چندفرهنگی اروپایی کمتر با شکوه و گلایه همراه بوده است. پزشکان البته در آموزش‌های پزشکی که دریافت می‌کنند، در سوگندی که در پایان تحصیلات یا ابتدای کارشان یاد می‌کنند، در جلسات و دیدارهای

a- Medical Ethics Today

b- British Medical Association

علمی ادواری که شرکت می‌کنند و در تعامل با انواع بیمارانی که معاینه و مداوا می‌کنند، به وظایفشان آشناترند تا بیمارانی که اغلب غیرحرفه‌ای، ناآشنا به حقوقشان هستند و به‌ندرت با پزشک و بیمارستان سروکار داشته‌اند. رضایت نسبی بیماران از معالجات در کشورهای اروپایی را می‌توان به رعایت اخلاق پزشکی، مسئولیت‌پذیری بیشتر پزشکان و بیمارستان‌ها، نظارت‌ها بر کار مجریان سلامت و بیمارستان‌ها و احقاق حقوق بیماران (در صورت بروز آسیبی از روی غفلت) نسبت داد. پس می‌توان گفت که ملاحظه اخلاق پزشکی به شفاف‌سازی بیشتر وظایف بایسته پزشکان و روشن‌تر شدن حقوق بیماران کمک می‌کند.

به‌نظر می‌رسد نویسندگان کتاب حاضر تلاش کرده‌اند که بیشترین اطلاعات ممکن را در فشرده‌ترین شکل تدوین کنند. استفاده از جملات طولانی که گاه یک جمله به‌تنهایی یک پاراگراف مستقل را با جمله‌های معترضه چندی در میان آن جمله تشکیل می‌دهد، نشانه‌ای از این تلاش است. این کار به‌ویژه در موارد طرح دعوایی حقوقی بیماران در دادگاه‌ها آشکارتر است. عبارت‌های حقوقی در هر زبانی پیچیدگی‌های خاص خود را دارد و شاید طرح دعوای حقوقی در دادگاه‌ها بیشتر ناشی از تفسیرهای متفاوت از یک عبارت حقوقی ثابت بروز کند. در واقع این دادگاه‌ها هستند که وظیفه شفاف‌سازی قانون‌های موضوعه را به عهده می‌گیرند و رأی دادگاه‌ها مبنایی برای داوری‌های مشابه بعدی خواهند شد. در متن کتاب آن موارد از قانون که دارای ابهام‌هایی هست و در محکمه‌های قضایی مطرح ورأی صادر نشده، نآزموده خوانده می‌شوند. محکمه‌های دادگاهی مطرح شده در کتاب، که تعداد آنها نیز زیاد است، بسیار آگاهی بخش و مفید ارزیابی می‌شوند.

کمیته اخلاق پزشکی

نشریه‌ای از کمیته اخلاق پزشکی^a (MEC). افراد زیر اعضای کمیته در یک یا هر دو جلسه کمیته به منظور تهیه این کتاب بوده‌اند.

دکتر آنتونی کالند، رئیس - پزشک عمومی (بازنشسته)، گوئنت
دکتر کیت آدامز، پزشک عمومی، لندن
دکتر جان چیسم، پزشک عمومی، بروملی
دکتر ماری چرچ، پزشک عمومی، گلاسکو
دکتر پیتر دنجرفیلد، کارمند دانشگاه - لیورپول
آقای نیکولاس دیکین - دانشجوی پزشکی
استاد بابی فرسایدز - قانون پزشکی و اخلاق، برایتون
استاد - پزشکی ایلورا فینالی - پزشکی آرامبخشی، کاردیف
کلاری فوستر - اخلاق پزشکی، لندن
استاد رابین گیل، الهیات، کانتربری
استاد رانن گیلن - پزشک عمومی (بازنشسته) و اخلاق پزشکی، لندن
دکتر ایوانز هاریس - نماینده پیشین مجلس و پزشک بیمارستان، آکسفورد
استاد امیلی جکسون - قانون پزشکی و اخلاق، لندن
استاد دیوید کاتز (معاون) - کارمند دانشگاهی، لندن
دکتر راجش کومار هوشبری، پرستون
دکتر سورندرا کومار - پزشک عمومی، ویدنز
استاد، گرایم لوری - قانون پزشکی، ادینبورو
استاد، شی لا مک‌لین - قانون پزشکی، گلاسکو
دوشیزه لوییس مک‌منی - دانشجوی پزشکی
دکتر لوئیس موریسون - پزشک عمومی و سالخورده‌گی، لوتیان
دکتر کوین اوکین (معاون) - پزشکی حاد، لندن
دکتر برایان پترسون - پزشک عمومی، بخش آنتریم
استاد وندی ساویج - زنان و زایمان، لندن
استاد جولیان ساوولسکو - اخلاق عملی، آکسفورد
دکتر جن وایز - روانشناسی، لندن

از لحاظ سمت:

دکتر همیش ملدروم، رئیس شورای پزشکی بریتانیا^b BMA
استاد آوریل منسفیلد رئیس BMA (۲۰۰۹-۲۰۱۰)

استاد سر مایکل مارمُت رئیس BMA (۲۰۱۰-۲۰۱۱)
دکتر پیتر بنین رئیس BMA هیأت نمایندگی (تا سال ۲۰۱۰)
دکتر استیو هاجیوف رئیس BMA هیأت نمایندگی (از سال ۲۰۱۰)
دکتر دیوید پیکرزگیل خزانه دار BMA

سپاس از کمیته‌های BMA و کارکنان برای فراهم کردن اطلاعات و اظهار نظر دربارهٔ پیش‌نویس فصل‌های کتاب.

مقدمه چاپ سوم

این کتاب راهنمای توصیه اخلاقی BMA است و واقعیتی را منعکس می‌کند که پزشکان در انگلستان، اسکاتلند، ولز و ایرلند شمالی در سامانه‌های مراقبت بهداشت مختلف با نظام‌های اداری متفاوت و در بعضی موارد، قانون‌های متفاوت کار می‌کنند. دوره‌ای که طی آن پیش‌نویس کتاب تهیه شد (۲۰۱۰-۲۰۱۱) شاهد پیشنهادهای شایان ملاحظه‌ای برای تغییر در NHS بود و در هنگام نوشتن، معلوم نیست به چه صورت پیش خواهد رفت. هدف ما در این جریان فراهم کردن مشاوره‌ای است که عملی و مرتبط با زندگی روزانه پزشکان باشد پس، در حالی که پذیرفته شده که اکنون زمان تغییرات پی‌درپی و بی‌اطمینانی است، کتاب در موقع تهیه پیش‌نویس قانون و بهترین عمل را شروع می‌کند. همچنین تا جایی که امکان داشته باشد، به جهت‌گیری احتمالی آینده اهمیت می‌دهد. اطلاعات بیشتری در تارنمای BMA موجود است و ما در هر فصل، منابع دیگری از رهنمون اخلاقی و پزشکی - حقوقی را مشخص کرده‌ایم.

اولین چاپ کتاب راهنمای BMA در سال ۱۹۴۹ منتشر شد. هر نسخه بعدی جزئیات و جهت‌گیری‌های عملی توصیه، از جمله مفاهیم قانونی را به آن افزوده است. این سومین نسخه به‌روزشده، موسوم به *اخلاق پزشکی/مروزی*، اولین بار در سال ۱۹۹۳ منتشر شد. از آن پس، تغییرهای بسیاری در حرفه پزشکی و جامعه پدید آمده‌اند. چالش‌های جدید، یا چرخش‌های جدیدی در مورد معضلات قدیمی، روی داده‌اند. بعضی منعکس‌کننده تحولات درون خدمات سلامت هستند، همچون چالش برای اطمینان یافتن از برابری برای بیماران است، به‌نحوی که خدمات NHS تغییر شدیدی را طی می‌کند. برخی بازتاب انتظارات تغییر یافته پزشکان و بیماران است به‌طوری که مراقبت سلامتی به‌صورت فزاینده‌ای از منظر مصرف‌گرایی دیده‌شده و طی آن زیاد کردن نظرهای شخصی بیماران، از راه کمک‌ها به‌صورت لوازم آرایش و مرتبط با سبک زندگی است. دیگر معضلات تفاوت‌های آشکار نظرات میان بسیاری از پزشکان و بیماران بر روی موضوعاتی همچون وابستگی دانشجویان روی داروها برای ارتقای عملکرد درک مطلب یا درخواست‌هایی برای مرگ کمکی است.

اغلب موضوعات این کتاب به‌صورت کامل جدید نیست، ولی بعضی تغییرات نگرشی گسترده در جامعه و حرفه پزشکی و همچنین تغییرات عملی از زمان ارائه آخرین نسخه باید منعکس شوند. پزشکان اکنون باید شایستگی خود را برای ادامه کار پزشکی و تصمیم‌گیری، از طریق تجدید اعتبار در مراحل بیشتری از دوران شغلی خویش اثبات کنند. آنها در تلفیق ارزش‌های حرفه‌ای سنتی با قابلیت تحقق انتظارات رو به گسترش بیمار، تحت فشار قرار می‌گیرند. در گذشته، پزشکان تصمیماتشان را بر مبنای وجدان، بصیرت، معرفت دریافتی و دستورالعمل‌های اجرایی قرار می‌دادند. اکنون آنها نیازمند استفاده از برهان، تحلیل و آگاهی از قانون هستند. آنها باید بتوانند تصمیماتشان را برای بیماران، همکاران، رسانه‌ها، وضع‌کنندگان مقررات و دادگاه‌ها توجیه کنند. آگاهی از اخلاق موضوع محوری این فرایند است و نیز در ارزیابی پزشکان و تجدید اعتبار صلاحیتشان مهم خواهد بود. این کتاب برای فراهم کردن آن زمینه آگاهی طراحی شده است.

BMA از طریق سرویس توصیه محرمانه برای اعضای خودش، از معضلات اخلاقی در حال تغییر که در مقابله با حرفه پزشکی هستند، مطلع می‌شود. شیوه کار BMA در زمینه موضوعات مناقشه برانگیز این است که آن را در بحث اجلاس سالانه نمایندگان^a (ARM)، توسط نمایندگان اعضا مطرح می‌کند. داده‌های مقدماتی و زمینه‌ای برای بحث‌ها به وسیله کمیته اخلاق پزشکی^b (MEC)، گروهی چندرشته‌ای متشکل از متخصصان بالینی، حقوقی، فلسفی و مذهبی BMA فراهم می‌شود. همه انتشارات اخلاقی BMA توسط اعضای MEC، دیگر کمیته‌های BMA و تحت نظر هیأت فعالیت‌های حرفه‌ای بازنگری می‌شوند. این نهادها تحلیل کارشناسی، تجربه عملی و تعقلی سختگیرانه‌ای را تأمین می‌کنند. رهنمون BMA و مقالات مباحثه‌ای به‌صورت تأییدآمیزی توسط

a- Annual representatives meeting

b- Medical Ethics Committee

دادگاه‌ها، مجلس و هیأت‌های برنامه‌ریز استناد شده است.

از میان روندهای عمومی از زمان چاپ قبلی این کتاب، دادگاه‌ها به نقش خود در حل‌وفصل موارد پزشکی افزوده‌اند. چنان‌که داوری‌های پیشینی رهنمون مفیدی را فراهم می‌کند که بسیاری از آنها در سراسر این کتاب اضافه شده‌اند. این جابه‌جایی تغییرات بسیاری در عمل و در رهنمون در تمامی بریتانیا وارد کرده و اثر آن روی اساسنامه قانونی و شبه قانون، همچون بخشنامه‌های NHS و دستورات اجرایی نیز در اینجا منعکس شده است. روندهای ترسیمی و نموداری که به صورت متفاوتی در کشورهای توسعه‌یافته پیش می‌رود، به هر روی، درباره موضوعاتی همچون توان (ظرفیت) ذهنی ناگزیر به مقداری تکرار در بخش‌های کتاب می‌شود.

بیماران و جامعه اغلب بهتر از گذشته درباره حقوقشان و انتخاب‌هایشان در پزشکی مطلع می‌شوند و منابع بیشتری از اطلاعات در اختیار آنهاست. تأکید بر اهمیت انتخاب بیمار پیوسته افزایش یافته و درخواست بیشتری برای به رسمیت شناختن نظر جمعیت‌های محروم مطرح شده است. افراد مسن‌تر از نظر آماری، از نظر تخصیص منابع مالی، برنامه‌ریزی خدمات و پژوهش نمایان‌ترند. رازداری بیمار - جزیی اصلی از سوگندهای حرفه‌ای از زمان بقراط - مکرر در سال‌های اخیر بازبینی و بازتعریف شده است تا نیازهای عصر الکترونیک و خواسته رشدیابنده داده‌ها برای مقاصد پژوهشی و امور اداری تأمین شود. آگاهی بیشتری از تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی، میان جمعیت‌های بیمار و همچنین میان مجریان سلامت وجود دارد.

موضوعات سهمیه‌بندی و تجاری کردن خدمات سلامت، بیشتر از هر زمان دیگر در میان تغییر سازمانی چالشی شده است. اخلاق سلامت مردم به صورت فزاینده‌ای مورد توجه قرار دارد، از جمله نظرخواهی درباره اینکه بیماران باید برای امتناع از مصون‌سازی خویش، برای مثال، جریمه شوند یا برای اقدام‌های مثبت در زمینه بهبود سلامتشان باید جایزه بگیرند. عبور از مرز برای مراقبت سلامت پدیده‌ی رو به رشدی است که شاید برخی موضوعات مشکل اخلاقی و عملی را مطرح کند، چون بعضی بیماران مقررات بریتانیا را دور می‌زنند و برای خدماتی همچون مرگ کمکی یا درمان باروری به صورت گمنام یا با پرداخت به دهندگان گامت به خارج از کشور سفر می‌کنند.

بیشتر موضوعات اخلاقی بحث‌شده در فصل‌های بعدی برخاسته از درخواست‌های ارائه‌شده به BMA توسط اعضای آن است. آنها راه‌حل کاربردی برای موردی فوری نیاز دارند و مقدار زیادی از کتاب روی بازتاب‌های عملی برای پرسش‌های عادی متمرکز می‌شوند ولی ارجاع به فلسفه و قانون به عنوان زمینه بسیار مهم است. سقط جنین، تحقیقات جنین مرگ خودخواسته، برای مثال، موضوعات سنگین اخلاقی را مطرح می‌کند که باید شکافته شوند، اگرچه دستورالعمل‌های واقعی به وسیله قانون تنظیم می‌شود، به نحوی که اغلب پرسش‌ها درباره چیزی که مجاز است به اختصار قابل پاسخگویی است. حتی خواسته‌های ساده سطحی، همچون چه مقدار اطلاعات به بیماری داده شود یا آیا کودکان می‌توانند برای خودشان درمان انتخاب کنند، بدون یادآوری چگونگی تأثیر موارد حقوقی بر عمل پزشکی و برعکس، امکان پاسخگویی کامل ندارند.

هرچند اکنون بر اخلاق آموزش پزشکی تأکید می‌شود و پزشکان امروز و دانشجویان احتمالاً بیش از نسل گذشته با اصول آشنا هستند، اعمال آن در شرایط تغییریابنده خود چالشی محسوب می‌شود. علاوه بر رهنمون فراهم‌شده در اینجا BMA خط مشورتی برای اعضای که می‌خواهند در مورد مسائل خاص صحبت کنند و مجموعه‌ای از یادداشت‌های رهنمونی در مورد قانون و اخلاق در تارنمای خویش در: www.bma.org.uk/ethics فراهم کرده است.

پیوند میان عمل و نظر

رویکرد BMA به اخلاق پزشکی

پرسش‌هایی که در این فصل به آن پرداخته شده، شامل موارد زیر است.

- معنای اخلاق پزشکی چیست و اصول کلیدی آن کدامند؟
- چرا تفسیرهای واژگانی همچون «سود» و «زیان» تغییر می‌کند؟
- چگونه اخلاق و قانون تعامل می‌کنند؟
- چگونه مفاهیم حرفه‌ای‌گری سازگارند؟
- تفاوت بین حقوق اخلاقی و حقوق قانونی چیست؟

انجمن پزشکی بریتانیایی^a (BMA) نهاد حرفه‌ای پزشکان است که رهنمونش الزامی نیست، ولی قواعد مطرح‌شده به‌وسیله هیأت انضباطی شورای پزشکی عمومی^b (GMC) را تکمیل و نیز قانون مربوط را جمع بندی می‌کند. این فصل زمینه‌ای را برای توصیه ویژه BMA درباره فصل‌های بعدی فراهم می‌کند. برای خوانندگانی که به‌ویژه به فلسفه و نظریه‌ای که شالوده رهنمون را تشکیل می‌دهد علاقه مند هستند، این فصل رویکردهای فلسفی اصلی به اخلاق پزشکی را ترسیم می‌کند و نشان می‌دهد که چگونه آنها به عمل پزشکی نوین مربوط می‌شوند. رهنمون عملی در مورد چگونگی مواجه شدن به معضلی اخلاقی داده شده و موردی فرضی نشان می‌دهد که چگونه روش‌شناسی‌های متفاوت به موضوعات یکسانی می‌رسند.

اخلاق پزشکی چیست؟

«اخلاق پزشکی» زیرمجموعه‌ای از انضباط‌های گسترده‌تر از «اخلاق مراقبت سلامتی» و «اخلاق زیستی» است. با هر دو همپوشانی دارد، ولی بر وظایف پزشکان متمرکز می‌شود. بیان اصلی در یونانی و لاتین برای اخلاق^c و وجدان^d، اندیشه‌ای یکسان از مجموعه قواعد پذیرفتنی برای گروه خاصی را انتقال می‌دهد. این روزها، «اخلاق» یا به معنای تطابق با استانداردهای شناخته‌شده عمل است یا مطالعه عمومی اخلاق را بیان می‌کند. تمایز مهم است. به‌صورت سنتی، اخلاق حرفه‌ای مجموعه مطالبی بود که پزشکان برای خویش، از دیدگاه خودشان، تعریف کرده‌اند. وظیفه آنها کار کردن با استانداردهای تعیین‌شده به‌وسیله هم‌تایانشان و اجتناب از هر عملی بود که حرفه را به تخریب بکشاند. اخلاق، از این لحاظ، همواره دغدغه اصلی پزشکی بوده است. از پزشکان انتظار می‌رفت که وظیفه را فراهم کردن «نفع» برای مریض، احترام به رازداری و نشان دادن درستی بشناسد. چنین ارزش‌هایی، اغلب «بقراطی» دانسته شده، در نوشته‌های پزشکان فیلسوف در تمامی فرهنگ‌ها انعکاس داشته است. از درطول تاریخ، رازهای حرفه‌ای، پزشکان را به چنین فضیلت‌هایی دعوت کرده است، وبا تکرار مداوم، به آنچه تبدیل شده است که یک پزشک باید باشد. چنین مفاهیم سنتی مربوط باقی می‌مانند زیرا پزشکان اغلب راه‌حل‌هایی را می‌خواهند که نه فقط منطقی و قانونی باشد، بلکه همچنان اختلالی در بصیرت‌هایشان درباره هدف محوری پزشکی نکند.

به نسبت اخلاق پزشکی مدرن متفاوت و مستلزم وابستگی به ارزش‌های مشابه است، ولی اغلب نیازمند مقداری تفسیر خواهد بود و

a- British Medical Association

b- General Medical Council

c- Ethics

d- Moral

کوشش نمی‌کند پاسخ‌های ازپیش‌آماده ارائه دهد، بلکه مستلزم تحلیل و استدلال (بحث تغییر از اخلاق پزشکی «سنتی» به «تحلیلی» در صفحه ۳ را ببینید) و نیازمند انعکاس نقادانه درباره «هنجارها یا ارزش‌ها، خوب یا بد، درست یا نادرست و باید یا نباید در بستر عمل پزشکی» است.^۱ هدف پزشکی همان فراهم کردن منفعت خالص سلامت با حداقل آسیب خواهد بود، ولی تفکر اخلاقی اصرار می‌کند که این کار باید به شیوه‌هایی صورت گیرد که به استقلال بیمار احترام بگذارند و درست و منصفانه باشند. اخلاق مدرن با کارهای روزمره و نیز غیرعادی، پر هیجان و رقابتی سروکار دارد و شامل جست‌وجو برای پاسخ‌های پذیرفتنی اخلاقی و موجه در شرایطی است که نگرانی‌های وجدانی مختلف، منافع یا اولویت‌ها در تعارض قرار می‌گیرند. این مستلزم موشکافی نقادانه موضوعات و ملاحظه دقیق انتخاب‌های گوناگون است و به همان اندازه به مسیر رسیدن به تصمیم‌گیری توجه دارد که به خود تصمیم.

مفاهیم کلیدی در اخلاق پزشکی

اغلب رایج‌ترین عبارات اخلاقی بدیهی هستند، بقیه شاید به مقداری تفسیر نیاز داشته باشند.

خودمختاری یا خودگردانی: توانایی فکر کردن، انتخاب، تصمیم و عمل برای خویشتن، خودمختاری یا خودگردانی را تشکیل می‌دهد. تعهد وجدانی برای احترام به خودمختاری افراد تا جایی وجود دارد که مزاحم حقوق یا رفاه شخص دیگر نشود. احترام به خودمختاری یعنی افراد شایسته و مطلع بتوانند درمانی را بپذیرد یا رد کنند بدون اینکه توضیح بدهند چرا. آنها می‌توانند چیزهایی را انتخاب کنند که برای خودشان آسیب‌زا یا بد است ولی آنها آزاد نیستند مواردی را که برای دیگران مخاطره‌آمیز است انتخاب کنند.

صداقت یا درستکاری: این بسیار گسترده‌تر از راستگویی صرف است. پزشکان باید مطمئن باشند که اعمالشان به قصد فریب یا بهره‌کشی از طرف مقابل نیست. مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط مؤثر نیز بخش اساسی از ملاحظه اخلاقی است. قصور در برقراری ارتباط مؤثر شاید رضایت بیمار را بی‌اعتبار کند، اگر بیمار نیازمند دانستن باشد و مطالب ناگفته گذاشته شود و این اعتماد را سست کند.

رازداری: همه بیماران واجد حق رازداری هستند ولی حقشان مطلق نیست، به‌ویژه اگر دیگران در نتیجه آن در معرض آسیب جدی باشند. مواردی بروز می‌کند که غلبه نفع عمومی نقض رازداری را توجیه می‌کند. هرچند این یکی از قدیمی‌ترین ارزش‌های تکرار شده در استنادات اخلاقی است، به لحاظ عملی به‌صورت فزاینده‌ای تعریف آن مشکل است، چون نظرها در مورد نفع عمومی تغییر می‌کند.

منصفانه بودن و برابری: شخص بیمار مرکز اصلی نگرانی است، ولی پزشکان همچنین باید تصویر وسیع‌تری را در نظر بگیرند و اینکه آیا اثر درمان یک نفر به‌صورت پیش‌بینی پذیر و تعیین‌کننده‌ای بر دیگران اثر خواهد گذاشت. این ارزش‌ها بسیار به اولویت بندی و سهمیه‌بندی استفاده از منابع عمومی کمیاب، مربوط شده است.

سود و زیان: نظرهای مربوط به بیشینه کردن نفع و کمینه کردن زیان شاید در میان مشکل‌ترین مفاهیم اخلاق پزشکی مدرن قرار داشته باشد. این ارزش‌ها همواره در اخلاق پزشکی سنتی محوریت داشته و به‌صورت اعلانیه‌های حرفه‌ای در همه فرهنگ‌ها و دوره‌ها بیان شده است. زنده و فعال نگه داشتن افراد چیزی بوده که اغلب پزشکان از التزام به اجتناب از «زیان» و ارتقای «نفع» فهمیده‌اند، ولی هرچند واژه شناسی به‌سادگی شکاف‌های فرهنگی و تاریخی را رفع کرده است، تفاسیر زیان و نفع لزوماً چنین نکرده‌اند. در حال حاضر، تفسیر معمول آن است که فقط عملی زیان آور است اگر فردی که آن را تجربه می‌کند اعتقادی این‌چنینی داشته باشد. بیماران آنچه را که برای شرایط خودشان مفید یا زیان آور است، انتخاب می‌کنند. از میان مناقشات آمیخته شده در اخلاق پزشکی، برای مثال، در مورد ختنه نوزاد مذکور است که بعضی افراد آن را به‌عنوان عملی غیردرمانی و پس برای کودکان حجم‌های زیان آور می‌دانند و دیگران برای آن، طیفی از منافع، از جمله درستی و پذیرش فرهنگی قائل هستند. هرچند این شاید مسیر لغزنده‌ای باشد، نظرهای «زیان» و «نفع» به‌شدت به جنبه‌ای از روش‌شناسی حل مسئله BMA تبدیل شده و به‌صورت فزاینده‌ای دغدغه دادگاه‌هاست (با وجود آنکه هیچ تعریف روشن و فراگیری ندارد). تفسیر واژه‌ها به زمینه‌های تعدادی از متغیرها، از جمله استنباط‌های افراد و نیز معیارهای حرفه‌ای و قانونی وابسته است.

نگاه به گذشته: چگونه اخلاق پزشکی از قواعد نامنعطف به سوی تحلیل منطقی رشد کرد

تاریخ اخلاق حرفه‌ای پزشکان، تغییر شدیدی درون تفکر جامعه حرفه‌ای اواسط سده بیستم را نشان می‌دهد. پیش از آن، سازمان‌های پزشکی تدوین اصول خلاصه‌ای از رفتار حرفه‌ای پذیرفته شده، و چگونگی واکنش پزشکان در شرایط گوناگون را آغاز کرد. این‌ها براساس دستورالعمل‌های اولیه، مانند اخلاق پزشکی توماس پرسیوال^a سال (۱۸۰۳)^۲ بود که بر مبنای برداشت‌های سنتی بقراطی توسعه یافت. رهنمون روشی پدرسالارانه مفیدی از تفکر را ترغیب کرد که بازتاب انتظارهای اجتماعی معاصر بود. بیماران باید از اطلاعات محفوظ نگه داشته می‌شدند و مسئولیت‌های تصمیم‌گیری وظیفه پزشکان، نه حقوق بیماران، بود. دستورالعمل‌های حرفه‌ای رفتار و نزاکت قواعد پذیرفته شده را تشریح کرد ولی بدون هر گونه تحلیلی از موضوعات. تغییرات ناگهانی عمده در سده بیستم به صورت فزاینده‌ای نشان داد که قانون‌های سنتی تاریخ گذشته‌اند چون پیشرفت‌هایی چون پیوند عضو و فناوری‌های تولیدمثل پرسش‌های اخلاقی بسیار فراتر از دستورات حرفه‌ای سنتی را پدید آورده‌اند. اخلاق پزشکی باید رویکردی بیشتر تحلیلی به وجود آورد و این کار را در دهه ۱۹۶۰ شروع کرد وقتی که اعتماد عمومی به پژوهش‌های پزشکی، برای مثال، با افشا شدن آزمایش‌ها^۳ و مناظره اخلاقی درباره هدف پزشکی به وسیله غیر پزشکان، فیلسوفان، حقوقدانان و نمایندگان بیماران مطرح شد. این به رهنمونی هدایت شد که بیشتر تحلیلی و کمتر پرداخته شده به عملی بودن پزشکی و به صورت فزاینده‌ای متکی به نظرهای خودمختاری بیمار بود. در مجموعه‌ای از تبلیغات تاثیرگذار، کندی^b تشریح کرد که چگونه پزشکان اخلاق و همچنین تصمیمات پزشکی را ساختند و بحث کردند که اخلاق پزشکی باید «جزیی از وجدان عمومی و دستور اخلاقی باشد که به وسیله آن ما همگی زندگی می‌کنیم. تصمیمات به آن صورت که پزشک باید انجام دهد، بنابراین باید با اصول اخلاقی جامعه، تطبیق داده شود.»^۴ مجموعه قواعد و اعلانات از سازمان‌های پزشکی به وسیله بیماران و مسئولان جایگزین شد با این انتظار که باید دارای تحلیل، استدلال و توجیه باشد. بیماران اکنون در بهترین جایگاه دیده شده‌اند تا تفسیر کنند چه چیزی در جهت منافع خودشان است. به این منظور، آنها نیازمند اطلاعات درستی هستند که پزشکان پیشتر فکر می‌کردند دادن آن اطلاعات مضر است. با نگاه به گذشته، میان مهم‌ترین تغییرات در اخلاق پزشکی این انتقال از تصمیم‌گیری پزشکی به پذیرفتن این واقعیت بوده است که مراقبت سلامت به بهترین صورت با ارتباط پزشک - بیمار عملی می‌شود (همچنین فصل اول، صفحات ۲۴-۲۰ را ببینید).

نگاه به پیش در چالش‌های جدید

هر فصل این کتاب کوشش می‌کند تا حوزه‌های قابل پیش‌بینی که چالش‌های احتمالی جدیدی را بروز خواهد داد مشخص کند ولی فراهم کردن توصیه برای چنان چالش‌های آینده به‌ویژه وقتی مشکل است که فراهم کردن خدمات سلامت با تغییر ساختارهای مهمی مواجه می‌شود. این وضعیت زمان تهیه پیش‌نویس کتاب در سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۱۱ بوده است و در همه موارد، آخرین رهنمون در مورد همه موضوعات اخلاقی از تارنمای BMA قابل دستیابی است. براساس طرح‌های (NHS) ارائه شده به وسیله دولت ائتلافی^۵ در سال ۲۰۱۰، محتمل به نظر می‌رسد که چالش‌های شامل حفظ برابری و مدیریت تنش‌های منفعتی برای برخی پزشکان برجسته‌تر شود (همچنین صفحه ۶ را ببینید). کیفیت خوب مراقبت و انتخاب بیمار از اهداف اصلی باقی می‌ماند، ولی مقداری نگرانی وجود دارد که شاید با منافع اقتصادی در تنش قرار بگیرند. تغییرات پیشنهادی دولت در NHS انگلستان تندترین بازسازی خدمات را از زمان تأسیس آن در سال ۱۹۴۸ تشکیل می‌دهد و همچنین شاید روی کشورهای پیشرفته تأثیر بگذارد. تغییرات پیشنهادی در ساختار NHS شامل موارد زیر است:

- لغو اختیارات سلامت راهبردی و سازمان‌های مراقبت اولیه
- انتقال نقش‌های آنها به هیأت اجرایی مرکزی و گروه‌های اجرایی محلی
- تشویق «هر تأمین‌کننده صلاحیت دار» برای تأمین خدمات
- افزایش بخش خصوصی تأمین خدمات NHS

a- Thomas Percival

b- Kennedy

- لغو سازمان‌های NHS به نفع سازمان‌های بنیاد NHS
- انتقال نقش‌های بهینه‌سازی بهداشت محلی به مسئولان محلی
- لغو تعدادی از هیأت‌های نامرتبط از جمله مسئول جنین‌شناسی و باروری انسان و مسئول بافت انسانی.

با وجود پیشنهاد تجدید سازمان، مفاهیم و آرمان‌های اصلی که به‌عنوان هسته مرکزی مراقبت NHS پذیرفته شده است، تکرار شد، از جمله:

- اهمیت رایگان باقی ماندن NHS، بر مبنای نیاز منصفانه بیمار
- تداوم تعهد به برنامه‌ریزی گواه‌محور
- استمرار دادن انتخاب به بیماران، مراقبت شخصی‌شده و اطلاعات به‌مثابه جزئی از تصمیم‌گیری مشترک
- حفظ خدمات بیمار محو
- استفاده از معیارهای برونداد مبتنی بر گزارش بیمار و داده‌های تجربی بیمار
- تمرکز روی بروندهای بالینی توجیه‌شده، معیارهای مبتنی بر شواهد
- تشویق کیفیت و بازرسی بر مبنای استانداردهای کیفیت اساسی
- تداوم توسعه استانداردهای کیفی در سطح ملی
- پرداخت کردن به تأمین‌کنندگان کیفی مراقبت و دستاوردها، نه فقط حجم کار
- اطمینان از ارزش‌های بالینی فعالیت مدیریتی مستقیم
- همسو کردن تصمیم‌های بالینی با پیامدهای مالی آن تصمیم‌ها
- تولید اطلاعات مقایسه‌ای در مورد ایمنی، تأثیرگذاری و تجربه برای حمایت انتخاب و پاسخگویی
- ارتقای کار درست و مشارکتی بین NHS، مراقبت اجتماعی و سلامت عمومی
- توسعه خدمات مراقبت فوری منسجم از جمله خدمات پزشک خانواده، خارج از ساعات اداری
- تقویت مجریان سلامت برای استفاده از داوری بالینی آنها
- توسعه اختیار و مسئولیت اجرایی به شرکای اجرایی محلی
- تمرکز بر رهبری پزشکی عمومی
- ارتقای بیشتر خودمراقبتی بهتر به‌وسیله بیماران.

نگرانی‌های عملی در باره تغییرات ساختاری متمرکز شده روی موضوعاتی مانند امکان نابرابری بزرگ‌تر برای بیماران، نشان دهنده اولویت‌ها و مهارت پزشکی است که در کار اجرا مبتدی هستند؛ تعارض‌های منفعتی بزرگ‌تر منافع برای GPهایی که باید گزینه بیمار را با کمی منابع موازنه کنند؛ رقابت‌های مالی درون NHS که شاید روی کیفیت مراقبت اثر بگذارد؛ و ترس اینکه NHS به‌صورت فزاینده‌ای خصوصی خواهد شد، می‌باشد. BMA مجموعه‌ای از یادداشت‌های رهنمونی برای شغل تدوین کرده است و به موضوعاتی مثل اصول مأموریت‌گرایی GP می‌پردازد و این‌ها را می‌توان در تارنمای BMA، یافت.

حرفه‌گرایی و ارزش‌های اصلی

از زمانی که BMA در میانه سده نوزدهم تشکیل شد، به‌شدت به حفظ اعتبار حرفه علاقه‌مند بود، ولی این لزوماً نشان «اخلاق» به خود نگرفت و بیشتر، به‌عنوان جنبه‌ای از حرفه‌گرایی دیده شد. مناقشه‌ها درباره ماهیت «حرفه‌گرایی» و ارزش‌های محوری به‌صورت عناوینی از دلواپسی‌های زیاد در آغاز سده بیست‌ویکم مجدداً در زمانی سربرآورد که پس از مجموعه‌ای از مناقشات پزشکی تحت موشکافی شایان‌ملاحظه‌ای قرار گرفت. بودجه پادشاهی گزارشی درباره حرفه‌گرایی در سال ۲۰۰۴ منتشر کرد و با گزارش دیگری از

کالج سلطنتی پزشکان^a (RCP)^۷ دنبال شد. در این گزارش حرفه‌گرایی «مجموعه‌ای از ارزش‌ها، رفتارها و ارتباطاتی که شالوده‌اعتمادی را می‌سازد که مردم به پزشکان دارند» تعریف شد، پس به‌صورت نزدیکی با آنچه پزشکان به‌عنوان وظایف اخلاقی خویش می‌فهمیدند بازتاب یافت. رهنمون بر همکاری با بیماران و دیگر رشته‌ها تمرکز کرد ولی تعدادی از همان فضیلت‌های محوری را که قانون‌های سنتی سده‌های پیش فهرست کرده بود تکرار کرده است. خصوصاتی که پزشکان باید به‌دست آورند شامل صداقت، شفقت، نوع‌دوستی، بهینه‌سازی مستمر، تعالی و کار کردن بین رشته‌ای هستند.

کمیته اخلاق پزشکی^b (MEC) انجمن بحث‌های خودش را درباره حرفه‌گرایی و ارزش‌های اصلی پزشکی هدایت کرد و نیاز به حفظ ارزش‌های سنتی مانند ویژگی‌های خدمت و نوع‌دوستی را که باید به‌وسیله همه پزشکان نشان داده شود، به رسمیت شناخت، صرف‌نظر از اینکه آنها در مدیریت، نقش‌های دانشگاهی یا بهداشت عمومی یا مراقبت از بیماران کار می‌کنند. آن همچنین مفهوم بنیادین مشاغل را که دارای مسئولیت‌های خاصی به‌عنوان بخشی از میثاق اجتماعی هستند، برجسته می‌کند که با آن به‌صورت کلی خود را به استانداردهای بالا از رفتار متعهد می‌کنند، به‌جای اینکه روی نفع شخصی خودشان متمرکز شوند. در این جنبه، مفهوم حرفه‌گرایی به‌صورت تنگاتنگی با فضیلت اخلاقی و مفاهیم سنتی رفتار اخلاقی، مسئولیت جمعی، «وجدان حرفه‌ای» و ارزش‌های مشترک همچون همدردی و عدم تبعیض، همراه است. جنبه‌های حیاتی به‌عنوان نظر پزشکی دیده شده است که به جامعه خدمت می‌کند و رفاه و اهداف اجتماعی را ارتقا می‌دهد. از نظر MEC، تمرکز اولیه همه گروه‌های حرفه‌ای باید حسی از تعهد خاص باشد (بجای کارکردن فقط در یک قرار داد). برای پزشکان، ویژگی‌های اساسی که لازم است به آنها منتسب باشند شامل تعهد به گروه‌های آسیب‌پذیر، آگاهی از وظیفه خودشان و دیگران برای فراهم آوردن مراقبت کارا، همدردی و پایبندی فعال به ارزش‌های اصلی مشترک است (همچنین کادر زیر را ببینید). این بحث MEC حاوی بازتاب‌هایی از کارزار گسترده پیشین BMA درباره ارزش‌هایی اصلی بود که در دهه ۱۹۹۰ وقتی مطرح شد که نمایندگان نهادهای پزشکی بحث می‌کردند چگونه ارزش‌های اصلی حرفه در حال تغییر بود.^۸ بیش از ۸۰۰ پزشک با رتبه‌ها و تخصص‌های متنوع کمک کردند تا ارزش‌هایی را که مربوط‌ترین موارد نسبت به حرفه پزشکی دانستند، تعریف و به ترتیب اهمیت رتبه‌بندی کنند. در آن مرحله، ارزش‌های اصلی که اغلب پزشکان به‌عنوان اصول پزشکی با دوام و مرتبط دیدند، با ادغام مهارت‌ها و فضیلت‌ها، عبارت بودند از: شایستگی، مراقبت/مهربانی، صداقت، تعهد، مسئولیت، رازداری، روحیه تحقیق و حمایت.

عناصر اصلی حرفه‌گرایی پزشکی

تعریف‌های متعددی از حرفه‌گرایی وجود دارد، ولی اغلب شامل عناصر یکسانی هستند:

- دانش تخصصی
- آموزش تخصصی
- خودسامانی
- نوع‌دوستی و ایدئولوژی خدمت
- قانون اخلاقی روشن
- حس وظیفه‌شناسی
- ارزش‌های اصلی: درستی، همدلی، صداقت، احترام به دیگران، توکل، مسئولیت‌پذیری
- پاسخگویی به تغییر انتظارات اجتماعی
- شناخت آشکار وظایف نسبت به بیماران و جامعه
- انضباط آموخته‌شده و ارزیابی‌شده.

a- Royal College of Physicians

b- The BMA's Medical Ethics Committee

در سال ۲۰۱۰، بسیاری از پزشکان بار دیگر نگرانی‌هایی را دربارهٔ تاثیر روی حرفه‌گرایی گسترش به سوی الگوهای ارائه خدمات سلامت بازار بریتانیا ابراز کردند. به صورت سنتی در NHS، اثر مستقیم منافع پولی روی تأمین مراقبت متوقف شده بود. هرچند پزشکان NHS همواره تعهد اخلاقی داشته‌اند تا اثر تصمیمات بالینی را روی منابع در نظر بگیرند، پاداش شخصی آنها به مقدار زیادی به تصمیمات بالینی دربارهٔ مراقبت بیمار مرتبط نبود. به صورت فزاینده‌ای، به هر حال، استفاده از ابزارهای بازارگرایی بیشتر، از جمله انگیزه‌ها و پذیرش بعضی فراهم‌کنندگان مسئولیت‌های راه‌اندازی به نگرانی‌هایی دربارهٔ چگونگی مدیریت تعارض‌های احتمالی منفعت منجر شده است. به صورت کلی‌تر، نگرانی‌هایی مطرح شد که جابه‌جایی فرهنگی گسترده‌تر به سوی الگوی همسو با مصرف‌کننده مراقبت سلامتی شاید ارزش‌های اصلی حرفه‌گرایی پزشکی را سست کند. خارج از حرفهٔ پزشکی، مفسران پیشنهاد کرده‌اند که ورود بازارها، لایه‌های عظیمی از دیوانسالاری ایجاد می‌کند و اغلب غیرحرفه‌ای شدن افرادی را در پی می‌آورد که مرکز این خدمات، معلمان، پزشکان، پرستارها و کارگران اجتماعی هستند. «ورود بازار به عرصهٔ خدمات... موجب تغییر در اخلاق است.»^۹ خصلت‌های خدمت عمومی سنتی که مدت‌ها بنیان مشاغل بوده‌اند با تمرکز فزاینده بر روی پاداش‌های مالی فرسوده شده است. چالش‌های اصلی برای آینده شامل نگاه کردن به راه‌هایی است که در آن ارزش‌هایی مانند شفقت، نیکوکاری و تعهد قوی برای ارتقای منافع بیماران همچنان درمان را در مواجهه با بازارگرایی بیشتر و محیط سلامت مشتری‌محور هدایت کند.

خلاصه - اخلاق پزشکی چیست؟

- اخلاق پزشکی برآمده از مجموعه‌هایی از قواعد نامنعطف به سوی اجرای تحلیلی است.
- واقعیت‌ها و بستر معضلات بسیار مهم هستند.
- به صورت سطحی معضلات مشابه شاید، بسته به زمینه، راه‌حل‌های بسیار متفاوتی داشته باشند.
- مفاهیم حرفه‌گرایی بر اصول سنتی قانون‌های پزشکان ترسیم می‌شود.

چارچوب پزشکی خوب

شورای پزشکی عمومی (GMC)

علاوه بر بازتاب ارزش‌های سنتی و انجام دادن داورهای مستدل در موارد خاص، پزشکان همچنین باید با قانون و قواعد GMC که به آنها متعهدند کار کنند. قصور در پیروی شاید موجب سوءرفتار حرفه‌ای شدید با مجموعه‌ای از محرومیت‌ها و در نهایت، ابطال پروانهٔ پزشکی شود. مهم است که پزشکان خود با شیوه‌نامهٔ GMC که همچنین در فصل‌های بعدی این کتاب تذکر داده شده است آشنا شوند.

رهنمون GMC دربارهٔ وظایف پزشک

«بیماران باید بتوانند با زندگی و سلامتشان به پزشکان اعتماد کنند. برای توجیه آن اعتماد شما باید نشان دهید که به زندگی انسان احترام می‌گذارید و شما باید:

- مراقبت از بیمارتان را نخستین نگرانی‌تان بسازید
- سلامت بیماران و جامعه را حفاظت کنید و ارتقا دهید
- استاندارد خوبی از پزشکی و مراقبت فراهم آورید، دانش و مهارت‌های حرفه‌ای خود را روزآمد نگه دارید
 - محدودیت‌های مهارت خود را بشناسید و در محدودهٔ آن کار کنید
 - با همکاران به شیوه‌ای کار کنید که بیشترین خدمت به منافع بیماران باشد
- با بیماران به‌عنوان افراد رفتار کنید و به منش آنها احترام بگذارید، با هر بیمار مؤدبانه و با ملاحظه رفتار کنید
- به حقوق رازداری بیماران احترام بگذارید

- با مشارکت بیماران کار کنید، حرف‌های بیماران را بشنوید و به نگرانی‌ها و اولویت‌های آنها پاسخ دهید
 - به بیماران اطلاعاتی را که می‌خواهند یا نیاز دارند به‌نحوی که بتوانند بفهمند بدهید
 - به حقوق بیماران برای رسیدن به تصمیم مشترک با شما، دربارهٔ درمان و مراقبت از او، احترام بگذارید
 - از بیماران برای مراقبت خودشان تا سلامتشان را ارتقا دهند و حفظ کنند حمایت کنید
 - درستکار و شفاف باشید و با صداقت عمل کنید. اگر دلیل خوبی دارید که معتقدید شما یا همکاران شما باید به مخاطره بیندازد، بدون تأخیر اقدام کنید
 - هرگز غیرمنصفانه علیه بیماران یا همکاران تبعیض قائل نشوید
 - هرگز از اعتماد بیماران به خود یا اعتماد عمومی سوءاستفاده نکنید
- شما شخصاً مسئول عمل حرفه‌ای خویش هستید و باید همواره آمادهٔ توجیه تصمیمات و اعمال خود باشید.^{۱۰}

رابطهٔ اخلاق و قانون

مشکلاتی که به BMA ارجاع می‌شود اغلب شامل هم قانون و هم اخلاق است و شیوه‌نامه‌های زیادی برای پزشکان از طریق داوری‌های دادگاه‌ها مطرح شده‌اند. از این‌رو، نمونه‌های موردی نشان‌دهندهٔ قانون در این کتاب ذکر شده است. داوری‌ها در این موارد دارای مقدار زیادی تحلیل‌های انتقادی هستند. بعضی در پرسش‌های وجدانی تعمق می‌کنند. معنای «زنده» بودن چیست و چه زمانی «حیات انسان» آغاز می‌شود یا از نظر وجدانی شروع می‌شود. به‌صورت فزاینده‌ای، موضوعات مطرح‌شده به‌وسیلهٔ قانون پزشکی دارای ابعاد فلسفی، اخلاقی، جامعه‌شناختی، دینی، سیاسی و نیز قانونی است. رابطه بین اخلاق و قانون دوسویه است: «قانون سازوکاری را تنظیم می‌کند که درون آن گزینه‌های اخلاقی شاید به‌ویژه به‌کار گرفته شوند، ولی اخلاق محدودیت‌هایی را تنظیم می‌کند که درون آن قانون به‌عنوان بیانی از ارزش‌ها و آرزوهای جامعه‌ای که در آن اعمال می‌شود، به‌صورت داوطلبانه اطاعت و محترم شمرده می‌شود».^{۱۱} هر دو، به مقدار زیادی، جدایی‌ناپذیرند و جدا کردن ملاحظات وجدانی از قواعد حقوقی مشکل است.

حرفهٔ پزشکی اغلب نیز با بحث‌هایی دربارهٔ اینکه قانون چیست و آیا باید تغییر کند، درگیر است. در بسیاری از موارد پزشکی پر سر و صدای گذشته، نقش دادگاه صدور بیانیه‌ای دربارهٔ قانونی بودن یک عمل پیشنهادشده با احتساب نظرهای بیماران و پزشکان بود. در بسیاری موارد، دادگاه‌ها رهنمونی برای پزشکان برای موارد آینده صادر می‌کردند. در فصل‌هایی که به دنبال می‌آید، نمونه‌هایی از انواع مواردی ذکر شده است که در آن، اگر توافقی بین طرف‌های درگیر حاصل نشود یا اگر قانون روشن نباشد، شاید ابلاغیه‌ای از دادگاه لازم شود. قانون بر بسیاری از حوزه‌های بحث‌انگیز همچون سقط جنین، فناوری تولیدمثل و استفاده از بافت انسان حاکم است، ولی بسیاری قانون عادی (قاضی‌ساخته) باقی می‌ماند. در این موارد، قضات به سوابق موارد استناد می‌کنند و مقررات از آن تصمیمات استخراج می‌شود. با در نظر گرفتن مشکل پزشکان پرمشغله در مورد روزآمد نگه داشتن تغییرات قانون، این کتاب توجه را به تمهیدات قانونی مرتبط جلب می‌کند. پیشرفت‌های عمده به دنبال انتشار آن در تارنمای BMA، گنجانده می‌شوند. جایی که مرتبط باشد، تفاوت‌هایی در قانون اعمال‌پذیر در انگلستان، ولز، اسکاتلند و ایرلند شمالی وجود دارد، در متن برجسته شده‌اند.

اخلاق پزشکی و حقوق بشر

شیوه‌نامه برای پزشکان اغلب چندین مجموعه از ارزش‌ها را بازتاب می‌دهد و به هم می‌پیوندد: وظایف سنتی از قانون‌های شغلی، تحلیل تدارک‌شده به‌وسیلهٔ نظریه‌پردازان و مفاهیم «حقوق» که در فرهنگ مدرن وارد شده‌اند. هر بحثی از «حقوق» نیازمند تمیز بین حقوق وجدانی و انواعی از حقوق قانونی اجرائی است. بسیار از حق‌ها را که ما می‌شناسیم اساساً ادعاهای وجدانی است که به‌صورت شهودی در بستر مورد مناسب در نظر می‌گیریم («او حق داشت بداند فرزندش بیمار است»). حقوق بشر، به هر روی، رسمی‌تر است، از نظر قانونی اجراپذیر و اغلب مذاکره‌ناپذیر، هرچند تا حدی تداخل مشروع با حقوق، مادامی که متناسب باشد، مجاز است. در تحلیل اخلاقی، مفهوم «حق» شاید مشتق از بیانیه‌های حقوق بشر یا به‌صورت نزدیکی بازتاب آنها باشد، حتی اگر به‌صورت عبارت‌هایی از

مطالبه اخلاقی پوشیده شده باشد. مشکلات وقتی بروز می کند که حقوق یا ادعاهای وجدانی افراد متفاوت، در تزامن با هم قرار می گیرند (حق A به رازداری در تعارض با حق B برای دانستن قرار می گیرد). تحلیل اخلاقی ابزار حل مسئله است که زمینه معضلات را به حساب می آورد تا چنین تعارض هایی از حقوق وجدانی را موازنه کند. چون آنها در قانون قرار دارند (پایین را ببینید)، حقوق بشر به آن صورتی که حقوق وجدانی به بستر مرتبط است، وابسته نیست. آنها کمتر انعطاف دارند هر چند که در بعضی زمینه ها میدانی برای تفسیر وجود دارد. بسیاری از جنبه های مسیری که در آن مفاهیم حقوق بشر در قانون منعکس شده، دارای کاربردهایی برای پزشکی است.^{۱۲} زبان حقوق بشر و اصل مهمی که "تمام مردم دارای حقوق قانونی یکسانی هستند" بر اخلاق پزشکی اثر گذاشته است. اعلامیه جهانی حقوق بشر سال ۱۹۴۸ ملل متحد^{۱۳} در دوره ای طلایه دار شد که در آن عقاید استقلال شخصی و «حقوق» به عنوان محور در بسیاری از بخش های جهان، از جمله بریتانیا و اروپا به صحنه آمد. مفاهیم بین المللی و قانونی درباره منزلت انسانی، استقلال رأی، رهایی از مداخله و برخورداری از رفاه که در اعلامیه سازمان ملل مدون شده است، بیشتر در پیمان های بین المللی تعریف شده است.^{۱۴} این دو دسته بندی وسیع از حقوق بشر را تشریح کرد: حقوق «آزادی» آزادی از چیزهای معین و «استحقاق» یا حقوق «رفاه» (برای دریافت منافع مشخص). رهایی از شکنجه یا مجازات ناعادلانه مثالی از اولی است. حقوق برای آموزش و بهره مندی از بالاترین استاندارد جسمی و روانی قابل حصول نمونه های مثالی دومی می باشند. بعضی (اما نه همه) از این نظرها درباره حقوق بشر، در قانون اروپایی و کشوری تصویب شده اند. بریتانیا قانون حقوق بشر سال ۱۹۹۸ را تصویب کرد که بیشتر بر آزاد بودن از مداخله متمرکز می شود تا حق دریافت منافع خاص.

قانون حقوق بشر سال ۱۹۹۸

قانون حقوق بشر سال ۱۹۹۸ که به صورت کامل در اکتبر سال ۲۰۰۰ اجرایی شد، در قانون بریتانیا ادغام شد. عمده حقوق در پیمان اروپایی برای حفاظت حقوق بشر و آزادی های اساسی قرار داده شده است. این تغییر عمده ای در عمل ایجاد نکرد، به هر حال، چون خواسته های قانون بازتابی از پزشکی خوب از قبل موجود بود. تصمیمات پزشکان بر اساس استانداردهای اخلاقی موجود، مثل احترام به شأن بیمار و ارتباط خوب، به احتمال با قانون ناسازگار بود. با وجود این، پزشکان اغلب باید از آن آگاه باشند و در تطابق با این قانون عمل کنند. این کار همواره واضح نیست چون بعضی از حقوق بشر که به ویژه با پزشکی مرتبط هستند (پایین را ببینید) لزوماً این گونه به نظر نمی رسند. همچنین، مقداری از آنچه به نظر می رسد در مراقبت سلامتی محوریت داشته باشند، نیازمند تفسیر است. برای مثال حق زندگی به معنای این نیست که زندگی باید با فناوری پزشکی با هر قیمتی طولانی شود و حق تشکیل خانواده یک حق سراسری برای درمان باروری اعمال نمی شود. موارد قانونی درباره کنار گذاشتن درمان طولانی کننده زندگی بر اساس حق درمان رهایی از شکنجه و شرایط تحقیرآمیز استدلال شده است. حق احترام به حریم خصوصی و زندگی خانوادگی در مواردی درباره رازداری و اشتراک اطلاعات اعمال شده است. BMA شیوه نامه ویژه ای روی اثر قانون حقوق بشر در تصمیم گیری پزشکی صادر کرده است و در تمام فصل های بعدی کتاب، جایی که مناسب بوده، به حوزه هایی از پزشکی که شاید بر اساس قانون مورد چالش واقع می شد ارجاع داده شده است. به صورت خلاصه، هنگام تصمیم گیری ها، پزشکان باید در نظر بگیرند که آیا حقوق بشر فردی تحت تأثیر قرار گرفته، اگر آری، آیا تداخل با آن حقوق معقول است. هر تداخلی با حق باید متناسب با هدف مورد نظر باشد. این یعنی، اگر حتی دلیل معقولی برای مداخله با حق ویژه ای وجود داشته باشد، نتیجه مورد نظر باید برای توجیه سطح مداخله پیشنهادی کافی باشد. جایی که حقوق متفاوت در تعارض قرار می گیرند، پزشکان باید بتوانند انتخاب یکی بر دیگری را در مورد خاص توجیه کنند.

پیمان اروپایی حفاظت از حقوق بشر و آزادی های اساسی

مواد زیر از مربوط ترین مواد در مورد مجریان سلامت است:

- حق حیات (ماده ۲)
- منع شکنجه، درمان تحقیرآمیز یا غیرانسانی یا تنبیه (ماده ۳)

- حق آزادی و امنیت (ماده ۵)
- حق محاکمه منصفانه (ماده ۶)
- حق احترام به زندگی خصوصی و خانوادگی (ماده ۸)
- آزادی اندیشه، وجدان و دین (ماده ۹)
- آزادی بیان (ماده ۱۰)
- حق ازدواج و تشکیل خانواده (ماده ۱۲)
- منع از تبعیض (ماده ۱۴).

چکیده - چارچوب عمل شایسته

- پزشکان ملتزم به شیوه‌نامه GMC هستند و لازم است از آن آگاه باشند.
- قانون و اخلاق پزشکی اغلب خیلی به هم مرتبط هستند؛ بعضی داورهای دادگاه درباره اصول اخلاقی به تفصیل بحث می‌کنند و اغلب شیوه‌نامه اخلاقی جاری در موارد پزشکی بازتاب می‌یابد.
- همپوشانی شایان ملاحظه‌ای بین اخلاق پزشکی و حقوق بشر وجود دارد؛ پزشکان باید اغلب آگاه باشند که چگونه پزشکی‌شان به وسیله قانون حقوق بشر سال ۱۹۹۸ تحت تأثیر قرار گرفته است.

زمینه نظری و فلسفی

قسمتی از جذابیت اخلاق پزشکی مشتق از تعامل چشم‌اندازها و اصول در جست‌وجوی راه‌حل‌های منسجم وجدانی برای معضلات اخلاقی است. حل مشکل در عمل شامل تشخیص واقعیت‌ها با بیشترین دقت ممکن پیش از ارزیابی ارزش‌ها و منافع متفاوت برای رسیدن به موازنه‌ای پذیرفتنی است. هرچند شاید که راه‌های مختلفی برای انجام دادن این کار وجود داشته باشد، رویکردهای عملی متمایل به رسیدن به راه‌حل‌های مشابه تصمیمات اخلاقی در پزشکی، با وجود ظرافت‌های فرهنگی، متخذ از همان مخزن ارزش‌های جا افتاده است. برای تصمیم‌گیری در عمل به عنوان مخالف نظریه‌پرداز، محدودیت‌های قانونی و رسوم اجتماعی نیز به صورت فزاینده‌ای طیف انتخاب‌ها را، حتی پیش از اینکه ما بحث‌های اخلاقی را بیازماییم، محدود می‌کند. در واقع، در بعضی شرایط، انتخاب‌های مهم قانونی چنان واضح بیان شده‌اند که به نظر می‌رسد وقتی هدف اجرای توصیه عملی است، نگاه کردن به خارج از آن‌ها بیهوده است. اجبار به نگاه کردن به ماورای قانون و رویه‌های حقوقی، به هرروی، از لزوم اطمینان از اینکه توصیه اخلاقی از نظر وجدانی همساز و در زمینه‌های متفاوت توجیه‌پذیر است، سرچشمه می‌گیرد صرف نظر از اینکه قانون روی تمام سناریوهای مربوط به صورت رسمی بیان کرده باشد یا نکرده باشد. توصیه اخلاقی عملی باید همچنین با انتظاراتی در حال تغییر اجتماعی سازگار باشد، به‌ویژه در حوزه‌هایی که قانون برای تفسیر باز باقی مانده است.

برای آنهایی که به آزمون نظریه شالوده بودن بحث‌های اخلاقی در کتاب علاقه مند هستند، بحث‌های خلاصه و ساده‌شده بعضی از فلسفه‌های اصلی و روش‌شناسی‌های استفاده‌شده در اخلاق پزشکی در این بخش ارائه شده است.

اخلاق پیامدگرا

بحث‌های پیامدگرا (مانند فایده‌گرایی) روی پیامدها، با هدف اساسی به حداکثر رساندن رفاه، یا فایده، یا به‌نحوی رسیدن به «بالاترین خیر برای بیشترین تعداد» متمرکز می‌شوند. برای پزشکان آشکارا مهم است که پیامد تصمیم‌های خود را محاسبه کنند و حداکثر سود خالص را برای بیمارانشان تدارک ببینند. با کنار گذاشتن بعضی از مشکلات ذاتی تصمیم‌گیری مثل اینکه «رفاه» یا «شادمانی» به چه مفهومی است و چگونه باید اندازه‌گیری شود، نقد اصلی در رویکردی تنها پیامدگرا این است که آن شاید به نتایجی برخلاف شهود وجدانی منتهی شود. در نظر، بعضی افراد می‌توانند قربانی شوند اگر برون‌دادها به تعداد بیشتری از افراد نفع برساند. پس

اصول وجدانی که از نظر شهودی مهم به نظر می‌رسد، مانند احترام به دیگر افراد، شاید وقتی که رفاه افراد بیشتری با نادیده گرفتن آن اصول حاصل می‌شود، کنار گذاشته شود. بعضی متغیرهای پیامدگرایی، مانند فایده‌گرایی، تلاش می‌کند تا بر این مسئله با وزن کردن نتایج کار به موجب قواعد عمومی وجدانی غلبه کنند.

اخلاق جماعت‌گرا

جماعت‌گرایی بر این واقعیت تأکید می‌کند که افراد دارای مسئولیت‌ها و همچنین حقوقی هستند. از سیاست‌های مبتنی بر اجماع به‌جای سازش‌جانبداری می‌کند و مدعی است که افراد نیازمند تمرکز نه فقط روی حقوق خودشان، بلکه تمرکز بر مسئولیت‌هایشان نسبت به افراد نزدیک به آنها و به جامعه هم هستند. جماعت‌گرایان انتظار دارند توجه به دیگران هنگام تصمیم‌گیری به حساب آورده شود. این رویکرد هنگامی در صحنه ظاهر می‌شود که سلامت جوامع به‌جای افراد مد نظر قرار گیرد و به‌ویژه مرتبط با اخلاق سلامت عمومی، ژنتیک و هر وضعیتی است که در آن همبستگی افراد و منافع آن عامل مهمی باشد. به هرروی، نظریه‌های جامعه‌محور، بر این عقیده است که اعمال پزشکی‌هایی همچون ختنه‌زنان یا سوءرفتار جنسی اگر جماعت‌ویژه‌ای آنها را تأیید کنند، غلط نیستند. آن همچنین دلمشغولی‌هایی را درباره‌ی تعارض و تمایز در درون گروه و پرسش‌هایی درباره‌ی میزانی که افراد شاید و باید برای خیر جامعه فداکاری کنند، مطرح می‌کنند.

اخلاق وظیفه‌گرا

وظیفه‌گرایی در وهله‌ی اول بر وظایف («دئونتولوژی»^a در یونانی مشتق از وظیفه یا آنچه بر عهده است) تأکید می‌کند. چنین نظریاتی بر اصولی مانند احترام به افراد دیگر مبتنی است. کانت فیلسوف، بزرگ‌ترین نماینده‌ی این نظریه، گفته است که با مردم هرگز نباید تنها به‌عنوان ابزارهایی به سوی یک نتیجه رفتار شوند بلکه همواره خودشان باید غایت هدف‌ها باشند. او همچنین گفت که مردم باید به‌گونه‌ای عمل کنند که گویا آنها مشغول قانونگذاری برای حاکمیت چنان افرادی هستند، کسانی که غایت‌ها خودشان هستند. نظریات کانت بر توسعه‌ی اخلاق پزشکی تأثیر گذاشت، زیرا آنها با مفاهیم مدرن احترام به افراد و استقلال همخوانی داشتند. باوجوداین، نظر کانت از استقلال بسیار خواستنی است که در آن مردم فقط تا آن جایی مستقل هستند که وظیفه‌ی وجدانی خودشان را تعقیب می‌کنند. مفاهیم مدرن استقلال وسیع‌تر از آن کانت است و حقوق به استقلال اکنون فقط محدود به خودمختاری شخص در تعقیب وظیفه‌ی وجدانی نیست. نظرهای کانتی احترام به استقلال افراد را، همچنین استقلال تمامی افراد دیگری را که بالقوه تحت تأثیر «حاکمیت غایت‌ها» هستند، به حساب می‌آورد. بسیاری از معضلات وجدانی که در عمل پزشکی بروز می‌کنند مواردی هستند که در آن موارد، وظایف پزشکان نسبت به افراد متفاوت در تعارض باهم قرار می‌گیرند.

«رویکرد چهار اصلی» به اخلاق

این رویکردی فلسفی نیست بلکه بیشتر روش‌شناسی برای اطمینان از این است که همه‌ی ابعاد یک معضل در نظر گرفته شده باشد. بسیاری از اخلاق‌گراها این روش حل مسئله را^{۱۵} یا بعضی تعدیل شده‌های آن را می‌پذیرند. در مرکزیت آن اصول بهبود دادن فایده (فایده‌گرایی) و اجتناب یا کمینه کردن آسیب‌ها (بی‌آسیبی) قرار دارد که به طور مستقیم ارزش‌های بقراطی و قانون‌های سنتی را بازتاب می‌دهد. دو اصل نوین دیگر احترام به انتخاب‌های دیگر افراد (احترام به استقلال) و انصاف (اصل عدالت) هستند. ارزیابی رابطه هر یک از این اصول با وضعیت خاص، سازوکاری برای تحلیل آن فراهم می‌کند. بسیاری از پزشکان چهار اصل را به‌عنوان فراهم‌آورنده‌ی زبان بسیار آشنایی در زمینه‌ی وظیفه برای تولید منفعت خالص پزشکی با حداقل آسیب، احترام به انتخاب‌های بیماران و کار با شیوه‌ای بدون غرض ورزی می‌بینند. اشکال‌هایی نیز، به علت راه‌های متفاوتی که پزشکان این وظایف را تفسیر می‌کنند یا به علت تداخلی که در وظایف به‌وجود می‌آید، شاید بروز کند. همچنین، هرچند، به نظر می‌رسد که فقط چهار عامل باید در نظر گرفته شود، شبکه

پیچیده‌تر است و نیازمند دیگر ارزش‌ها، رهنمون‌ها، قانون‌ها و قانونگذاری‌هاست. به عبارتی‌های خیلی کلی، رویکرد اصول احترام به استقلال را اولویت می‌دهد، اگر بیمار مطلع، شایسته و خطری برای سایرین نباشد، اگر بیمار توانایی ذهنی معیوبی دارد، منفعت‌گرایی بیشتر به صحنه می‌آید. در هر دو مورد، هم‌افزایی قدرتمندی در برون‌داد بین روش‌شناسی BMA (بحث شده در صفحات ۱۶-۱۲) و چهار اصل خواهد بود، هرچند رویکردها متفاوت هستند. این غیرمنتظره نیست چون اغلب رویکردهای وجدانی روی مجموعه‌ای از ارزش‌های مشترک ترسیم می‌شود، ولی شاید آنها تحت عناوین متفاوتی دسته‌بندی شوند. تفاوت‌ها میان روش‌شناسی BMA و رویکرد چهار اصل، یا در واقع سایر رویکردهای مهم، شاید به مقدار زیادی معنادار باشد.

اخلاق روایی

رویکرد عملی دیگر استفاده از داستان‌گویی به منظور محتوا دادن به مسئله و روشن کردن معمای اخلاقی آن است. این به‌عنوان «قدیمی‌ترین راه برای کشف و توضیح موضوعات اخلاقی» از طریق اسطوره، تمثیل یا زندگی‌نامه، بیان شده است.^{۱۶} این رویکرد به مسائل با نگاه کردن به وضعیت بیمار به‌عنوان یک کل، به‌جای در نظر گرفتن یک جنبه خاص به‌صورت مجزا، ورود پیدا می‌کند و شاید شامل مرور کلی زندگی، ارزش‌ها و تجربیات بیمار باشد. مجریان سلامت متفاوت و اعضای خانواده شاید تصویری از زوایای مختلف ارائه کنند و در نظر گرفتن همان معضل از دیدگاه‌های گوناگون راهی فراهم می‌کنند برای اطمینان از اینکه همه منظرها و دریافت‌ها در نظر گرفته شده‌اند.

اخلاق فضیلت‌گرا

اخلاق فضیلت‌گرا، از اخلاق ارسطویی اقتباس شده و اخلاق در شخصیت‌های افراد، به‌جای اینکه در اصول عمومی باشد، نهفته است.

در پزشکی، علاقه‌مندی به صفات شخصیت‌فاصله پزشکان، بیش از عمل‌هایشان است. پس پزشکی که مهربان، دلسوز، احترام‌آمیز نسبت به دیگران، نجیب و مهربان هستند با هر چیزی که از نقش یک الگو انتظار می‌رود تطبیق می‌کند. چنین خصلت‌هایی به‌وضوح قسمت مهمی از آنچه به معنای "پزشک خوب بودن" است را تشکیل می‌دهند و صفاتی هستند که در قانون‌های سنتی و در حال حاضر در عمل پزشکی خوب (GMC) بازتاب پیدا کرده است.^{۱۷} حُسن نظریات فضیلت برای آنهایی که با معضلات اخلاقی مواجه شده‌اند این است که آنها می‌پرسند شخص با فضیلت در چنان شرایطی چه کاری می‌کند. آنها همچنین آنچه را جامعه و هم‌تایان، از پزشکان انتظار دارند، برجسته می‌کنند. هرچند نظریه پردازان که بر اصول وجدانی متمرکز می‌شوند اهمیت فضیلت و فضیلت‌ها را انکار نمی‌کنند، بحث می‌کنند که همان تصمیمی که ویژگی شخصیت با فضیلت است مستلزم مرجع یا روالی است که هم اصل‌ها و فضیلت‌ها برای زندگی وجدانی لازم دارند.

چرا داشتن رویکردهای مختلف به معضلات اخلاقی مفید است؟

در حالی که نظریات فلسفی شاید فارغ از عمل روزانه به‌نظر برسند، در واقعیت شالوده‌تصمیم‌گیری‌ها در مراقبت سلامت را ساخته‌اند و برخی از شبکه‌های اخلاقی به‌ویژه به‌نظر می‌رسند مناسب با حوزه‌های مشخصی از گفتمان اخلاقی باشند. باوجود رویکردهای متفاوتی که شاید پزشکان اخذ کنند، اعمالشان باید با قانون و انتظارات جامعه‌ای که در آن کار می‌کنند همخوان باشد. در بریتانیا، این به معنای آن است که تأکید بیشتر اغلب روی استقلال، نسبت به سایر ارزش‌ها گذاشته شده است. دانش وراثت، به هر حال، پیوستگی افرادی را که DNA مشترکی دارند، برجسته می‌کند و نظریات اولویت انتخاب شخصی و حریم خصوصی فرد را به چالش می‌کشد. همچنین پیوندهای داخلی افرادی که بر مفاهیم چالشی انتخاب خاص فائق می‌آیند را برجسته کرده است. در این شرایط، تصمیمات افراد به‌احتمال به دیگران آسیب می‌رساند و این واقعیت آنها را تا حدی از سایر فضاهای پزشکی که انتخاب فردی تعیین‌کننده اصلی است متفاوت می‌کند. برای معضلات در باره رازداری اطلاعات ژنتیک یا نظریات عدالت بین نسلی، رویکرد

منعکس‌کننده ارزش‌های جماعت‌گرایی و مسئولیت‌های مشترک بیش از استقلال به‌تنهایی شاید کمک‌کننده باشد و نیز نشان می‌دهد چه تعدادی از بیماران افراد نزدیک به خودشان را هنگام تصمیم‌گیری به حساب می‌آورند. سایر رویکردها و روش‌شناسی‌ها شاید برای فضاهای خاصی از پزشکی، روان‌شناختی، مراقبت روان‌شناسی یا پرستاری مناسب باشند.

هرچند ما چند رویکرد اصلی را در بالا برجسته کردیم، طیفی از شبکه‌های حل مسئله، مانند اخلاق زن‌گرایی، سفسطه‌ای، محتوایی، شهودگرایی، عمل‌گرایی، نسبی‌گرایی، آزاداندیشی و نیز حقوق و وظایف مبتنی بر روش‌شناسی نیز شاید استفاده شوند. برای عمل کردن پزشکان و دانشجویان پزشکی، این طیف از رویکردهای فلسفی و روش‌شناسی دورنمای آنها را دلهره‌آور می‌کند. قابل بحث اینکه، به هرروی، داشتن طیفی از رویکردهای در دسترس به گفتمان در بستر آموزش کمک می‌کند یا شاید در روشن کردن لب مشکل در زمینه‌های خاص کمک‌کننده باشند. حتی وقتی که آشکارا قانون جهت‌گیری روشنی ارائه می‌کند، راه‌حلی برای یک مورد بیمار، لزوماً نمی‌تواند اجراشدنی به مورد دیگر در ظاهر مشابه باشد، اگر زمینه و نظریات بیمار متفاوت باشد. هرچند قواعد عمومی و اولویت‌ها روشن‌کننده‌اند، شرایط ویژه مورد اغلب خیلی مهم‌اند. همان‌طور که درباره مورد فرضی در آخر فصل بحث شده است، درک عمومی از نظریات وجدانی مختلف شاید کمک کند که نشان بدهد چگونه و چرا مسائل اخلاقی در پزشکی اغلب در مسیرهای متفاوت و گاهی رقیب، دستوربندی و حل شده‌اند.

خلاصه - مبانی نظری و فلسفی

- روش‌های مختلف تحلیل معضلات اخلاقی وجود دارد، ولی روش استفاده‌شده نیز باید با رهنمون قانون و GMC همخوان باشد.
- اعمال روش‌های متفاوت برای روشن شدن لب مشکل شاید مفید باشد.
- اغلب روش‌ها با وجود تفاوت‌هایشان در رویکرد، وقتی که با آگاهی از قانون و بهترین شیوه‌نامه عمل آمیخته شوند، پیامدهای مشابهی به وجود می‌آورند.

رویکرد BMA

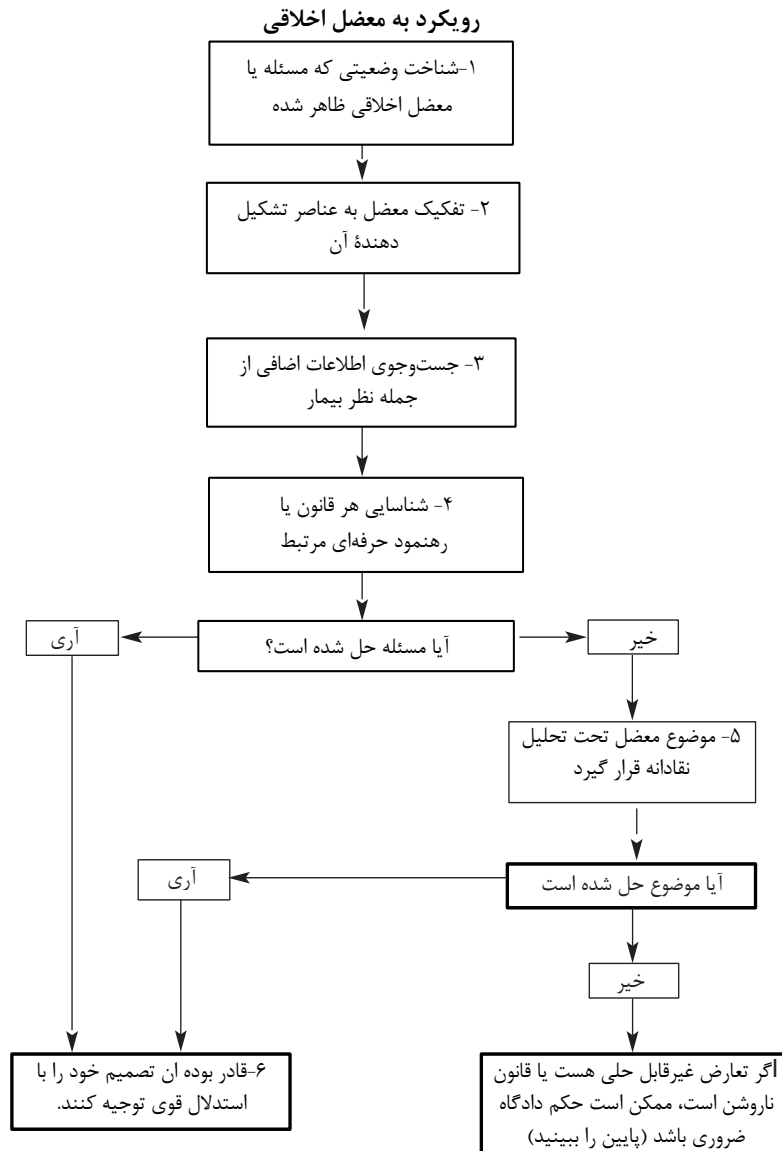
پل زدن برای پر کردن شکاف بین نظر و عمل

BMA در رهنمونش رویکرد برگزیده مستدلی را با تلفیق عملی بودن با فرضیه وجدانی و قانون انتخاب می‌کند. به مشکلات اخلاقی با آگاهی از اصول عمومی وسیعاً پذیرفته شده، خطوط راهنمای حرفه‌ای و موارد حقوقی جافتاده قبلی رسیدگی می‌کند. اصول و فضیلت‌ها، وظایف و پیامدها، چشم‌اندازهای همسوی جامعه و چشم‌اندازهای فرد یا بیمار محور توجه قرار گرفته است. برای فراهم آوردن رویکردی بسیار عملی، BMA از مفاهیم و نمونه‌های آشنا برای طبابت پزشکان استفاده می‌کند.

در حالی که تأکید بسیاری بر فضیلت‌ها و کیفیت‌های مورد انتظار از پزشکان گذاشته شده، لازم است توجه شود که بخش عمده‌ای از کار دور از فضاهای مطلوب است جایی که بحث ارزش‌های فرضی، در عمل واقعی برای نگهداری مشارکت بیماران مهاجم یا مشکل، جداافتاده از واقعیت خام دیده می‌شوند. تمام بحث اخلاق پزشکی توجه را به وظایف پزشکان متمرکز می‌کند، بیشتر از آنکه به حقوق آنها یا محدودیت‌های عملی بپردازد که با آن مواجه‌اند. اخلاق نوین بر لزوم ارتباط به‌خوبی متوازن‌شده میان بیماران و پزشکان تأکید می‌کند، ولی به‌ندرت در مورد اگر و چگونگی تعهداتی که هر دو طرف دارند بحث می‌کند. پزشکان باید با صداقت، احترام و مایل به بحث درباره گزینه‌های مختلف باشند، ولی به‌صورت مطلوب بیمارانشان نیز باید چنین باشند. (این موضوع در فصل اول، صفحه ۳۶ بحث شده است.) اگر قراردادی اجتماعی در مرکز موقعیت حرفه‌ای وجود دارد، هر دو طرف دارای مسئولیت‌ها و حقوقی هستند. اغلب، آزادی پزشکان برای تعریف مطالبی مانند استانداردهای مراقبت نادیده مانده است و آنها شاید فرصت کمی برای بازسازی ساختاری داشته باشند که به‌صورت شایان ملاحظه‌ای در نحوه تعامل با بیماران تأثیر می‌گذارد. از نظر اخلاقی، به آنها تأکید شده است که منافع فرد بیمار را در اولویت قرار دهند، در حالی که همزمان اطمینان می‌یابند که منابع محدود به‌خوبی استفاده شود، حقوق بیماران برای

دسترسی به مراقبت و استفاده از ترجیحات مورد احترام واقع و از اقدامات بیهوده پرهیز شود. بعضی از این انتظارات در تنش با یکدیگرند. بخشی از هدف این کتاب کمک به پزشکان به منظور یافتن پاسخ‌های درست برای معضلات، همراه با درک فشارها و محدودیت‌هایی است که آنها اغلب در زندگی واقعی مواجه می‌شوند.

راهی که به معضلات پرداخته می‌شود تا حدی، به پیچیدگی، پرسش بستگی دارد. بسیاری تصمیمات موضوعات اخلاقی را بروز می‌دهد ولی با وجود این می‌توانند به سادگی و سرعت حل شوند. این‌ها می‌توانند با ارجاع به وظایف عمومی پزشک، مانند وظیفه رازداری، یا ارجاع به قانون مربوط یا شیوه‌نامه حرفه‌ای، مثل تعیین کردن اینکه چه کسی باید از سوی کودک جوان رضایت بدهد، صورت بگیرند. در موارد پیچیده‌تر، به‌ویژه جایی که وظایف طرف‌های متفاوت در تعارض قرار می‌گیرند، ملاحظه‌ای تفصیلی‌تر برای اطمینان اینکه به معضلات تحلیل انتقادی کامل داده شده و همه چشم‌اندازها مورد توجه قرار گرفته است، باید صورت بگیرد. راه‌های گوناگونی برای انجام دادن این کار وجود دارد. در طول سال‌ها، بخش اخلاق BMA روش‌شناسی خودش را به‌منظور کمک به پزشکان برای اینکه پرسش‌های اخلاقی را تحلیل و چاره‌اندیشی کنند، تدوین کرده است. این رویکرد نیازمند حداکثر شش مرحله جداگانه است.



۱- موقعیت را به‌عنوان چیزی که موضوعی اخلاقی یا معضل بروز می‌دهد، تشخیص دهید

هرچند بدیهی به‌نظر می‌رسد، بسیاری مشکلات به‌دلیل قصور حرفه‌ای‌ها برای شناخت اینکه موضوعی اخلاقی یا تعارض منفعتی در صحنه است بروز می‌کند، یا آنها اصول را درک می‌کنند ولی ارتباط آن را با موردی خاص نمی‌بینند. پاسخگویی به درخواست خویشاوندی درباره سلامت بیمار، بدون رضایت بیمار، نمونه پیش‌پا افتاده‌ای است که نقض رازداری شاید به‌صورت غیر عمد روی دهد. پزشکان ممکن است معضل را به زبان اخلاق بیان کنند، آن را مشکلی بالینی درک کنند، ولی موضوعات پیچیده داوری بالینی نیز شاید ابعاد اخلاقی داشته باشد. این دو طبقه‌بندی از مشکلات نافی یکدیگر نیستند، اما پیچیدگی اولی شاید توجه را از دومی دور کند. تصمیم به اینکه آیا درمان گران‌قیمت جدید ارائه شود، برای مثال، شاید نیازمند نه فقط ارزیابی بالینی بیمار، بلکه نیازمند در نظر گرفتن هزینه‌های فرصت برای دیگران در هنگام محدودیت منابع هم باشد. واکنش اخلاقی وقتی که در شرایط ملازم با تعارض منافع، ارزش‌ها، حقوق یا آزادی‌های مدنی است، ضرورت دارد. اگر اصول عمومی که اغلب متکی بر تعامل با چنین موضوعاتی متکی است کمکی نمی‌کند یا با یکدیگر در تعارض هستند، معضلی اخلاقی به وجود می‌آید. وضعیت‌هایی هست که دلایل وجدانی خوبی برای عمل به دو شیوه متفاوت وجود دارد، هریک از آنها نیز به‌نحوی از نظر وجدانی کاستی‌هایی دارند.

۲- معضل را به بخش‌های تشکیل‌دهنده‌اش تفکیک کنید

بسیاری از خواسته‌ها از بخش اخلاق BMA پیچیده و مفصل هستند. هرچند لازم است که معضلات در محتوا رسیدگی شود، همچنین مهم است که از نظر ذهنی اطلاعات اضافی کنار گذاشته شود تا موضوعات کلیدی مطرح‌شده در معضل مشخص شود. وقتی که حقوق متفاوت متنوع و منافع رقابت می‌کنند، باید روشن شود که کدام یک باید تقدم داشته باشد، به‌ویژه اگر شخص آسیب‌پذیری درگیر باشد. برای مثال، وقتی که نگرانی‌های حفاظت کودک بروز می‌کند، ترجیحات بیماران اغلب نسبت به منافع کودک در جایگاه دوم قرار می‌گیرد.

۳- اطلاعات اضافی، از جمله نظر بیمار را جویا شوید

با مشخص شدن موضوعات کلیدی، مرحله بعدی تحلیل آنهاست. این موضوع نیازمند روشن شدن واقعیت‌ها خواهد بود. اگر، برای مثال، موضوع درباره درمان یا رازداری کودک یا فرد جوانی است، خیلی مهم است که دانسته شود آیا آن شخص به قدر کافی بالغ هست که تصمیم‌گیری معتبری داشته باشد. اگر کودک شایسته است، او باید مشارکت کند. اگر کودک خیلی کم‌سن است، مهم است خواهد بود چه کسی دارای مسئولیت والدینی است. در اغلب موارد، همچنین مهم است به‌جای اتکا به مفروضات خود شخص، نظر بیمار لحاظ شود. در گذشته، از این اغلب غفلت می‌شد. برای مثال فرض می‌کردند، که از نظر اخلاقی انتشار مطالعه موردی پذیرفته است، مفروض بر اینکه اسامی بیماران خارج شده باشد، اگرچه بیماران و خانواده‌هایشان هنوز می‌توانستند واقعیت‌های مورد را تشخیص دهند. گزینه کسب رضایت بیمار برای انتشار، اغلب نادیده گرفته می‌شد، با اینکه موارد جالبی در مجلات حرفه‌ای گاهی انتخاب و به‌وسیله رسانه‌های اصلی پخش شده است.

۴- هر شیوه‌نامه قانونی یا حرفه‌ای مرتبط را مشخص کنید

در هر مورد، بخشی از شناسایی عوامل مرتبط شامل قانون و شیوه‌نامه صادرشده به‌وسیله GMC است. با مقداری دو راهی‌های اخلاقی، این اطلاعات پاسخ واضحی را فراهم می‌کند. دیگران پیچیده‌تر هستند و نیازمند موازنه دقیقی از منافع رقیب خواهد بود. بسته به پیچیدگی موضوع، شاید اطلاعات از طیفی از منابع لازم باشد، از جمله اطلاعات مربوط به:

- قانون یا قانون موردی درباره موضوع
- شیوه‌نامه ناشی از GMC
- شیوه‌نامه از هیات‌های حرفه‌ای، همچون BMA یا کالج‌های سلطنتی

- توصیه‌ی صادر شده به‌وسیله‌ی مسئولان در انگلستان، اسکاتلند، ولز و ایرلند شمالی
- رهنمون از سازمان‌های تنظیم‌کننده‌ی حوزه‌ی رسیدگی مانند دفتر باروری انسانی و جنین‌شناسی یا مسئول بافت انسانی
- توصیه از سازمان‌های مدافع پزشکی.

۵- معضل را در معرض تحلیل نقادانه قرار دهید

هنگام در نظر گرفتن تصمیمات اخلاقی مشکل، شاید پزشکان نیازمند مشارکت سایر اعضای گروه مراقبت سلامتی باشند که دیدگاه متفاوتی دارند، به‌ویژه اگر آنها تماس بیشتری با فرد بیمار یا خانواده‌ی او داشته باشند. موضوعات مهم و واقعیت‌هایی که مشخص شده‌اند باید تحلیل شود تا با منافع رقیب موازنه داشته باشد. اغلب اوقات تصمیمات باید سریع و در شرایط پرتنش گرفته شود. در چنین مواردی، از پزشکان انتظار نمی‌رود که همه چیزدان باشند، ولی انتظار هست که به‌صورت معقولی روی واقعیات عمل کنند و بتوانند تصمیمات خود را توجیه کنند. دانستن اینکه هنگام لزوم کجا رهنمون حرفه‌ای پیدا کنند، آمادگی خوبی برای مشکل خواهد بود. (با این ذهنیت بود که BMA در تارنمای خود مجموعه‌ای از چکیده «جعبه ابزار» را، با خلاصه کردن نکات اصلی از قانون و رهنمون GMC روی مجموعه‌ای از موضوعات منتشر کرده است.)

وظایف نسبت به بیماران متفاوت اغلب مغایرند. برای نمونه یک درخواست رایج، مربوط به درخواست‌هایی از پلیس برای دسترسی کامل به پرونده‌های پزشکی بیماران است. وظیفه‌ی رازداری باید در مقابل وظیفه‌ی پزشکان برای حفاظت دیگران از آسیب پیش‌بینی پذیر موازنه شود. عواملی که لازم است در تصمیم‌چگونگی ادامه‌ی کار به حساب آیند، موارد زیر هستند.

- آیا امکان دارد یا مطلوب است که رضایت بیمار کسب شود؟
- آیا جرم یا تهدید به اندازه‌ی کافی جدی است تا نفع جامعه مستولی شود؟
- آیا کسی در معرض مرگ یا آسیب شدید قرار دارد؟
- آیا امتناع از افشا به‌صورت جدی رسیدگی را متوقف می‌کند؟
- آیا اطلاعات در جای دیگری بدون نقض رازداری در دسترس هست؟
- آیا اطلاعاتی مرتبط با جرم در پرونده‌ی پزشکی هست؟

براساس ارزیابی این نوع عوامل، پزشک باید تصمیم بگیرد که آیا به درخواست تن بدهد. در بعضی موارد افشای به پلیس موجه است؛ در دیگر موارد نیست. گاهی اگر از دسترسی امتناع شود، پلیس جویای دستور دادگاه می‌شود. (همچنین فصل پنجم، صفحات ۱۸۹-۱۹۱ را ببینید، جایی که افشا به‌وسیله‌ی دادگاه تجویز شده بحث شده است.)

۶- بتوانید تصمیم را با استدلال‌های قوی توجیه کنید

گاهی مطرح کردن معضل، به‌صورت گم‌نام، با یک همکار، BMA یا یک هیأت حامی، مفید است. در نهایت، به هرروی، پزشکی که مسئول مراقبت بیمار است، باید درباره‌ی چگونگی ادامه کار تصمیم بگیرد و آماده‌ی توجیه آن باشد و استدلال‌های خودش را بیان کند. برای مثال، پزشکانی که تصمیم می‌گیرند درمانی را که طولانی‌کننده‌ی زندگی را قطع کنند باید بتوانند نشان دهند که، هم از نظر بالینی و هم از نظر اخلاقی، بر چه مبنایی به این تصمیم رسیده‌اند. هر بحثی که با بیمار صورت گرفته است باید در پرونده پزشکی ثبت شود. اگر بیمار فاقد توانایی بوده و هیچ تصمیم پیشاپیشی به جا نگذاشته است، پزشک باید بتواند توضیح دهد که چرا ادامه‌ی درمان در جهت برترین مصالح بیمار نبوده است. اطلاعات باید درباره‌ی هر رهنمونی که به آن ارجاع شده یا هر توصیه‌ای که کسب شده است، در پرونده‌ی پزشکی ثبت شود. در بعضی موارد، برای گروه مجری سلامت و بیمار امکان حل مسئله نیست، چه به علت اینکه آشکارا تعارض حل ناشدنی است یا چون قانون مبهم است. در چنین مواردی شاید لازم باشد که از دادگاه نظرخواهی شود.

خلاصه - رویکرد BMA

- در تصمیم‌گیری‌ها، چارچوب یا عواملی وجود دارد که پزشکان باید آنها را لحاظ کنند. اینها شامل رهنمون GMC، قانون و توصیه از نهادهای حرفه‌ای است. آنها باید بتوانند مفاهیم مهم اخلاقی هر وضعیتی را تشخیص دهند و تحلیل کنند و به نتیجه‌گیری مستدلی برسند.
- در تهیه رهنمون، BMA طیفی از رویکردهای فلسفی را در نظر می‌گیرد و موازنه می‌کند تا به وضعیت‌های مختلف رسیدگی کند. وظایف و پیامدها، استقلال و نیازهای جامعه و همچنین انعکاس اصول و فضیلت‌ها را که یک دکتر خوب می‌سازد، در نظر می‌گیرد و اطلاعاتی را دربارهٔ قانون و رهنمون حرفه‌ای فراهم می‌کند.

موردی فرضی در رد درمان طولانی‌کنندهٔ عمر

خانم X، مادر ۳۶ سالهٔ دو فرزند، دارای خانوادهٔ بزرگ و به‌هم پیوسته‌ای است و پس از تصادف رانندگی از ناحیهٔ گردن به پایین فلج شد و او نمی‌تواند بدون ابزار کمکی نفس بکشد. بعد از بررسی‌های گسترده، پزشکان به او می‌گویند که او برای بقیهٔ عمر وابسته به تهویهٔ تنفسی باقی خواهد ماند. خانم X توان ذهنی دارد، خوب صحبت می‌کند و می‌تواند با خانواده‌اش تعامل کند. بحث‌های دامنه‌داری دربارهٔ پیش‌بینی مرض او، با مشارکت گروه مراقبت سلامتی، خانواده او و، به درخواست او، یک کشیش صورت گرفته است. اکنون خانم X، پس از اینکه با خانواده‌اش خداحافظی میکند، می‌خواهد دستگاه تهویه را قطع کند، با دانستن اینکه در نتیجه این کار مرگش فرا می‌رسد. خانواده از تصمیم او نا راحتند، با این اعتقاد که او باید حداقل تا زمانی که فرزندانش به قدر کافی بزرگ بشوند که بفهمند، به درمان ادامه دهد. خانواده اصرار می‌کند که درمان باید با وجود خواسته‌های او ادامه یابد، ولی پزشکان توضیح می‌دهند که بیماران دارای توان ذهنی حق دارند این تصمیم را بگیرند و آن درمان بدون رضایت او نمی‌تواند ادامه یابد. در اینجا پاسخ قانونی آشکاری وجود دارد، ولی نظرات شخصی در گروه مراقبت سلامتی و خانواده دربارهٔ موضع اخلاقی آمیخته است.

برخی از پزشکان معتقدند که آنها باید روی بیشینه کردن سلامت و رفاه بیمارانشان متمرکز شوند، به‌جای پیروی از آنچه به نظرشان خواسته‌های نامعقول و آسیب‌زای فرد است. تمرکز بر پیامدهای مداخله، شاید آنها را به این باور برساند که از نظر وجدانی، تمکین به خواسته‌های این بیمار غلط است. آنها فکر می‌کنند تصمیم او به صورتی ناپذیرفتنی آسیب‌زاست زیرا به مرگ او می‌انجامد. پزشکان با اتخاذ چنین رویکردی تمرکز کردن بر پیامدها، بر یک شکل از استدلال اخلاقی فایده‌گرایی متکی هستند. با وجود دانستن اینکه تداوم درمان غیرقانونی است، آنها از قطع تهویهٔ تنفسی ناتوان هستند چون آن کار اعتقادات وجدانی خودشان را می‌آزارد. فرض اینکه رویکرد نتیجه‌گرایی، ناگزیر از نظر وجدانی با خارج کردن درمان مخالفت خواهد کرد، به هرروی، مغالطه آمیز خواهد بود.

برخی از پزشکان ممکن است بر پیامدهای غفلت از خواسته‌های افراد متمرکز شوند و استدلال کنند، فایده‌گرایی رضایتمندی بیشتری برای افراد با پیروی کردن از خواسته‌های آنان فراهم خواهد شد.

پزشکان دیگر تأکید وجدانی بیشتری روی حق استقلال بیماران می‌گذارند. آنها حق خانم X را برای طراحی زندگی خودش و تصمیم دربارهٔ آنچه «آسیب» و «نفع» برای خودش می‌داند را به رسمیت می‌شناسند، حتی اگر دیگران مخالف باشند. انجام دادن کاری جز آنچه با تصمیم او (خانم) سازگار باشد یک بی‌حرمتی به ارزش‌هایشان خواهد بود. احترام گذاشتن به دلایل و انتخاب او بخشی از احترام به وی محسوب می‌شود. پزشکانی که وظیفهٔ اولیهٔ خود را احترام به نظر بیمار می‌بینند، با وجود پیامدها برای او، شاید نسخه‌ای از رویکرد وظیفه‌گرایی به اخلاق دیده شوند. آنها روی وظیفهٔ درک شدهٔ خویش، بیش از پیامدها متمرکز می‌شوند. پزشکی دیگر، به هرروی، شاید نظر مخالفی روی بسترهای وظیفه‌گرایی برداشت کند. او ممکن است ببیند که وظیفهٔ اولیهٔ پزشکان احترام به استقلال نیست بلکه نجات زندگی انسان است.

هرچند استقلال شخصی و تصمیم‌گیری فردی عموماً در دموکراسی‌های لیبرال نوین پیشی می‌گیرد، همواره وضع این‌گونه نیست. رویکردی بیشتر جمعیت‌گرا به اخلاق شاید کمتر بر خواسته‌های شخص متمرکز شود تا بر نیازهای نزدیکان او (خانم). لذا وزن بیشتری ممکن است به نظرات خانوادگی و نیازهای کودکان او، که مقداری وظیفه نسبت به آنها دارد، بدهد. خانم X می‌توانست تشویق شود تا

مسئولیتش را برای خیر خانواده در نظر بگیرد. او ممکن بود فکر کند که دارای تعهد وجدانی برای ادامهٔ درمان به خاطر آنهاست. چشم‌انداز وجدانی مهم دیگر روی شخصیت وجدانی پزشکان متمرکز می‌شود و بحث می‌کند که فضیلت‌های آنها در زندگی حرفه‌ای، همچون شایستگی بالینی‌شان، مهم است. توانایی انجام دادن آنچه «درست» است (به هر نحوی تعریف‌شده) نیازمند نگرش‌های معین و مهارت‌های شخصی است. تصمیم دربارهٔ چگونگی رساندن خبر بد به بیمارانی مانند خانم X و شرح وخامت وضعیت بیمار، تحت تأثیر میزانی است که پزشکان نسبت به آن، حقوق بیمارانشان را جدی می‌گیرند. پذیرش اینکه بیمارانشان به چنین اطلاعاتی نیاز دارند، به هر روی، همان داشتن انگیزه و صداقت برای دادن آن نیست. ترس از اندوهگین کردن یا تحمیل کردن به بیمار شاید پزشکی را که می‌خواهد هشیارانه عمل کند، از این کار بازدارد. از سوی دیگر، اعتقاد به اینکه خانم X نیازمند اطلاعات دقیق است شاید نیازمند پزشک باذکاوت دیگری باشد که دارای اقتدار شخصیت و شفقت باشد تا به صورت حساسی به او بگوید. شجاعت، مصلحت‌اندیشی و همدردی نمونه‌هایی از فضیلت‌هایی هستند که به وسیلهٔ آنهایی تأکید شده است که استدلال می‌کنند آن به همان اندازهٔ ساختن شخصیت اخلاقی در دانشجویان پزشکی و پزشکان جوان اهمیت دارد که آموزش نظریات فلسفی دربارهٔ مبنای اخلاقی عمل پزشکی خوب اهمیت دارد.

هدف این مورد فرضی نشان دادن آن است که رویکردی فلسفی ناگزیر منتهی به نتیجهٔ خاصی نمی‌شود. با شناخت رویکرد وجدانی که نظراتشان را پایه‌گذاری می‌کند، می‌توانند دربارهٔ آنچه باورهایشان است و چرا هست روشن‌تر شوند. این به آنها کمک می‌کند تا دلایلشان را برای پشتیبانی یک دوره از عمل وجدانی نسبت به دیگری تنظیم کنند. در نهایت، پزشکان باید بتوانند رویکرد خودشان را با انتظارات جامعه و خواسته‌های قانون و نهاد مقرراتی خود سازگار کنند.

منابع

- 1 Gillon R. (1985) *Philosophical Medical Ethics*, Wiley, Chichester, p.2.
- 2 Leake CD. (ed.) (1927) *Percival's Medical Ethics*, Williams & Wilkins, Baltimore.
- 3 British Medical Association (2001) *The Medical Profession and Human Rights: Handbook for a Changing Agenda*, Zed Books, London, Chapter 9.
- 4 Kennedy I. (1981) *The Unmasking of Medicine*, George, Allen & Unwin, London.
- 5 Department of Health (2010) *Equity and Excellence: Liberating the NHS*, The Stationery Office, London.
- 6 The King's Fund (2004) *On being a doctor: redefining medical professionalism for better patient care*, King's Fund, London.
- 7 Royal College of Physicians (2005) *Doctors in society: medical professionalism in a changing world*, Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London, RCP, London.
- 8 British Medical Association (1995) *Core values for the medical profession in the 21st century*, BMA, London.
- 9 Kennedy H. (2010) *The Decline of Ethics in a Material World*. Public lecture at St George's House, Windsor. Available at: www.stgeorges-windsor.org (accessed 10 January 2011).
- 10 General Medical Council (2006) *Good Medical Practice*, GMC, London.
- 11 Dickens B. (1977) *Ethical issues in health*. In: Shenfield F, Sureau C. (eds.) (1977) *Ethical Dilemmas in Assisted Reproduction*, Parthenon, Carnforth, p.77.
- 12 British Medical Association (2008) *The impact of the Human Rights Act 1998 on medical decision making*, BMA, London.
- 13 United Nations *Universal Declaration of Human Rights 1948*.
- 14 United Nations *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights 1966 and International Covenant on Civil and Political Rights 1966*.
- 15 Beauchamp T, Childress J. (2001) *Principles of Biomedical Ethics*, 5th edn, Oxford University Press, New York. See also: Gillon R. (1994) *Principles of Healthcare Ethics*, Wiley, Chichester. Ashcroft RE, Dawson A, Draper H. et al. (eds.) (2007) *Principles of Healthcare Ethics*, 2nd edn, Wiley, Chichester.
- 16 Boyd KM, Higgs R, Pinching AJ (eds.) (1997) *The New Dictionary of Medical Ethics*, Wiley, Chichester, p.166.
- 17 General Medical Council (2006) *Good Medical Practice*, GMC, London.