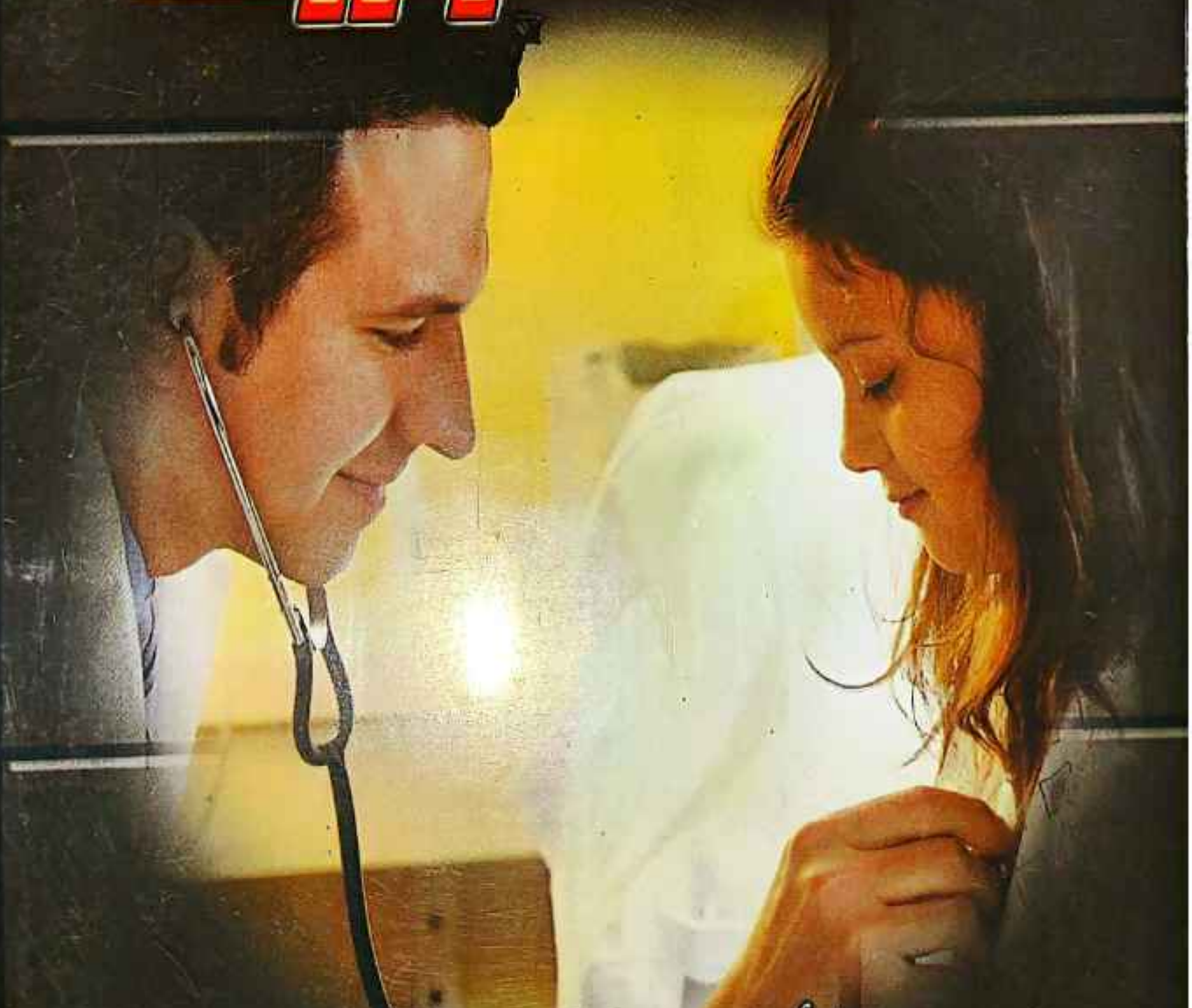
الأخلاق الطبية



د/أحمد الشريف

دار الكتب العلمية

٢٠١١م

الأخلاق الطبية

الدكتور أحمد الشريف

طبعة جديدة مزيدة ومنقحة

يناير ٢٠١١م

مسجل في المكتبة الوطنية برقم إيداع (٤٥) ٢٠٠١/٧/٧م

الطبعة الثانية

٢٠١١م

دار الكتب العلمية

تعز - الجمهورية اليمنية

تلفون / ٢٤٠٩١٤ - سيار / ٧٧٧١٦٢٨٧٧

فهرس الكتاب

مقدمة الطبعة الأولى

بالرغم من أن ممارسة علم وفن الطب ، وكذلك المبادئ الأخلاقية الأساسية العامة التي تنظمها وتحدد واجباتها، تعتبر أمورا عامة لجميع البشر في جميع الأزمان، إلا أن كثيرا من الأمور التفصيلية داخل الأطر العامة لأخلاقيات المهنة الطبية تعتبر أمورا ذات خصوصيات معينة، ومرتبطة بثقافات وحضارات المجتمعات المختلفة، وتتعلق بجوانب دينية وثقافية ومرتبطة بالعادات والتقاليد.

وقد أصبح واضحاً في العصر الحديث أن لأخلاقيات المهنة الطبية خصوصيات ثقافية تميز كثيرا من المجتمعات الحديثة مثل المجتمعات الإسلامية والهند والصين عن غيرها من المجتمعات في البلاد الغربية.

إن الجمل البليغة والحكيمة في قسم أبوقراط تؤخذ كرمز لوحدة المهنة الطبية وترابطها عبر العصور المختلفة ولكن محتواها لا يجعلنا مرتبطين بها بشكل أبدي، فمثلما تتطور المفاهيم والممارسات الطبية فإن أخلاقيات المهنة الطبية ومعاييرها هي أيضا تتغير وتتطور باستمرار مثل باقي جوانب المهنة ، ولا تعفينا ارتباطاتنا بأخلاقيات المهنة في العصور القديمة من العمل على صياغة القواعد الملائمة لمجتمعاتنا المعاصرة.

إن اللجوء إلى حكمة القدماء هو وسيلة للهرب من واجباتنا نحو مرضانا التي تشكل احتياجاتهم متطلبات جديدة، وقد وضعوا ثقتهم وأملهم فينا لتوفير الرعاية الطبية اللازمة لسد احتياجاتهم.

ولقد كانت التسمية السائدة لهذا العلم حتى السبعينيات من القرن العشرين هي :

"علم الأخلاق الطبية " أو"الأخلاقيات الطبية" "Medical Ethics" ولقد تغيرت التسمية بعد ذلك بسبب تغير المجال فأصبح يعرف بعلم "الأخلاق الحيوية الطبية" "Biomedical Ethics" أو " علم الأخلاق الحيوية" "Bio-Ethics" الذي يشمل مجالاً أوسع من العمل الطبي المعتاد ، مثل مجال الأبحاث الطبية ومجال الموت والاحتضار وعلم الأجنة والتناسل والوراثة وزراعة الأعضاء وغيرها من الأمور المستجدة.

وللمجتمع العربي خصوصيته المميزة في هذا الموضوع وكثيرا ما تنشأ الحاجة إلى إجراءات طبية ووسائل علاجية يحتاج إليها المجتمع العربي مثل باقي المجتمعات ويجب تكييف مفاهيمنا لها وتطبيق وسائلها بما يلائم الحاجات العصرية وبما لا يتعارض مع قواعد الشريعة الإسلامية.

ولعل الحاجة قد أصبحت ماسة للقيام باجتهادات كبيرة في هذه المجالات وتشمل رجال العلم والأطباء مع علماء الدين وفقهاء الشريعة المتفتحين ذهنياً وفكرياً للتغلب على الكثير من الصعوبات القائمة.

ونحن ندرك صعوبة الموضوع ووعورة المسالك ولكن ذلك لا يمنع من مقاربة الموضوع ولو من ناحية المبادئ العامة لعلنا بذلك نلقي حجرا في الماء الراكد على أمل ان تتمكن الموجات الناتجة من إحداث الأثر المطلوب في تحفيز الهمم ، وتنشيط القدرات.

والكثير من الكتب التي تتناول الموضوع تقدم الأفعال الطبية الأخلاقية على شكل مواد محددة وبصورة تجريدية تظهرها وكأنها نصوص مقدسة لا يجوز مناقشتها أو التفكير فيها،و بطريقة لا تشرح الأسباب والمبررات المساندة لتلك القواعد والنصوص.

وكذلك فإن القواعد الأخلاقية للمهنة الطبية التي تتضمنها كثير من المرجعيات الأساسية مثل قسم أبوقراط، والقسم الإسلامي للطبيب وإعلان هلسنكي وغيرها تقدم النصوص بشكل لا يسمح بفهم الأفكار والمبادئ الأخلاقية التي تكمن وراءها.

ونحن ندعي أننا نقوم باستكمال ذلك النقص الفادح في هذا الموضوع لكي يتمكن الطبيب من فهم المبادئ والقواعد العامة لأخلاقيات المهنة الطبية بحيث يتسنى له التفكير في المسائل الأخلاقية الطبية بصورة انتقادية وفهم المقاربات البديلة والمتنافسة والمتعارضة وربما المتناقضة في كثير من الأحيان.

وفي جميع الأحوال يستطيع الطبيب أن يكون قادرًا على تفهم مختلف وجهات النظر والمساهمة في الجدل بشكل واع ومستنير وحتى يتمكن من تكوين رأي خاص مستقل قائم على الأسس الموضوعية في مختلف المواقف التي تواجهه في العمل اليومي.

والله من وراء القصد ،،،

د. أحمد الشريف

٢٣يوليو ٢٠٠١م

تعـــز

مقدمة الطبعة الثانية

شهدت الطبعة الأولى من هذا الكتاب ترحيباً كبيراً في أوساط الأطباء وفي الأوساط التعليمية الطبية مما جعل إصدار طبعة جديدة امراً ضرورياً وملحا .

وكان من بين تطلعاتي خلال الفترة السابقة ان اعيد كتابة الموضوع بأكمله وان أتفادى الأجزاء الفلسفية وان أجعله مرتكزاً على القواعد الإكلينيكية العملية ، واخلص الطبعة الأولى من بعض الأجزاء التي لم اكن راضياً عنها ، ولكن الأمور تدافعت بحيث لم أتمكن من إنجاز ما كنت أطمح إليه ، ورأيت كحل وسط ان ادفع بهذه الطبعة بعد تنقيحها وتصحيح بعض أجزائها الأساسية وإجراء بعض التعديلات على الفصول .

ولعل أبرز التغييرات هو إضافة موضوع الاستقلال المهني والتنظيم الذاتي للمهنة الطبية في الجزء الأول من الكتاب ، وإضافة ميثاق شرف المهنة الطبية اليمني وميثاق المثالية الطبية المهنية إلى الملاحق آخر الكتاب .

كما أنني قد أعدت كتابة وترتيب الباب الرابع الخاص بالأخطاء الطبية وسوء الممارسة المهنية بشكل كامل لما له من أهمية خلال الفترة الأخيرة .

هذا بالإضافة إلى تغييرات وإضافات صغيرة في معظم فصول الكتاب لعل أبرزها في فصل عدالة توزيع الموارد الطبية والتغييرات التي حدثت في المجتمعات المختلفة منذ انتهاء الحرب الباردة وانتشار قيم السوق الرأسمالية والعولمة وتأثيراتها على المهنة الطبية بشكل عام .

ولعل هذه الطبعة تسد نقصاً في المكتبة الطبية اليمنية ، وتفي بحاجة كثير من الأطباء إلى مرجع سهل المنال لا يتوفر في معظم البلاد العربية إلا باللغات الأجنبية التي يصعب الحصول عليها ، وينال الكثير منهم المشقة والجهد في قراءتها واستخلاص المعارف منها .

والله من وراء القصد ،،،

د. أحمد الشريف

يناير ٢٠١١م

تمهيد تاريخي

لعل قوانين حمورابي التي نحتت على مسلته الشهيرة والمحفوظة في متحف اللوفر في باريس ، هي أقدم الشرائع التي عرفها الإنسان . وقد تضمنت عدة مواد لتنظيم المهنة الطبية ، وتحددت فيها عقوبات على الأخطاء الطبية المهنية ، وتقررت فيها أجور الأطباء بحسب الخدمات التي يقدمونها للمرضى وطبقتهم الاجتماعية.

فالطبيب الذي يشفي مريضا حرا يستحق عشرة شياقل . أما إذا كان المريض عبدا فلا يستحق الطبيب إلا شيقلين فقط. والجراح الذي يسبب فقدان عين المريض أو يتسبب في موته يعاقب بقطع يده إن كان المريض حرا ، أما إن كان عبدا فيلزمه التعويض بتقديم بديل عن العبد أو ثمنه إلى سيده .

وتظهر الكتابات والنقوش القديمة للحضارة المصرية رقيا عظيما في مستوى الأخلاق العملية والشرائع والقوانين ، حيث كانوا يعتقدون بعمل الخير واجتناب الشر اعتمادا على محاسبة الضمير الواعي من أجل الوصول إلى الفضيلة في هذه الدنيا واكتساب مرضاة الإله في الحياة الآخرة.

ويمكن أن يقال نفس الشيء عن الحضارة الهندية القديمة التي وصلت فيها القواعد الأخلاقية وآداب السلوك الاجتماعي إلى درجة راقية .

أما الصينيون فيمكن اعتبارهم أقدم الشعوب القديمة التي سبقت إلى تأسيس الحياة الإنسانية في جميع جوانبها على الأخلاق ، كما سبقوا الشعوب الأخرى في البحث النظري والعملي لأصول الفلسفة الأخلاقية التي وصلت إلى ذروتها في عهد حكيم الصين الأعظم كونفوشيوس في القرن السادس ق . م (ولد سنة ٥٥١ ق. م)

وتدعو تعاليم كونفوشيوس إلى تقديس الواجب وجعله مقياس السلوك الإنساني . فالواجب يحتم على الإنسان أن يسعى جهده إلى الفضائل وعلى رأسها محبة الآخرين واعتبارهم جميعا متساوين ، والعمل على الاستقامة والصدق وتحقيق الخير والارتقاء بالذات عن طريق العلم والمعرفة وتحكيم الضمير الواعي لضمان استمرار الالتزام بالواجب وتجنب الانزلاق في مهاوي الخطيئة .

ولكن الفلسفة وصلت أوج تطورها في بلاد الإغريق في القرن الخامس قبل الميلاد حيث كثر الفلاسفة وتعددت مناهجهم وتنوعت تنوعا عظيما ، ومن أشهرهم فيثاغورث وهيرقليطيس وديموقريطيس وبروتاجوراس وسقراط وأفلاطون وغيرهم كثيرون .

ووصلت الفلسفة الأخلاقية إلى قمة عظمتها على يد سقراط الذي نبذ المذاهب القديمة للسوفسطائيين، واندفع يبشر بالقيم الأخلاقية السامية والفضائل، ونبذ القيم المادية الساعية إلى تكديس الثروات وتحقيق المصالح الذاتية والسعي وراء المناصب على حساب القيم والأخلاق .

وطبق سقراط تلك التعاليم على نفسه فأهمل مصالحه الذاتية ،وعاش حياة بسيطة نذرها لنشر المبادئ الأخلاقية وتعليم الشباب .

فالفضيلة لدى سقراط هي أثمن ما في الحياة . والإنسان العاقل لا يخشى شيئا سوى العار ، والخير هو الأصل الدافع في حياة الإنسان ، ويستدل عليه بضميره الواعي . ويدعو سقراط كل إنسان إلى التفكير بعمق ليكتشف منابع القوة في نفسه، ومكامن الضعف فيها ويستدل على منابع الأخلاق والضمير تحت شعار حكمته الخالدة : "اعرف نفسك" .

وفي منتصف القرن الرابع قبل الميلاد عاش أبو الطب اليوناني " أبوقراط " ووصل الطب على يديه إلى أرقى مستوى من الناحية العملية القائمة على الطرق العقلانية ، ولكنه أيضا استطاع استيعاب الفلسفة الأخلاقية لعصره وقام بتطبيقها على المهنة الطبية .

ولذلك فإن أبوقراط هو بحق أول من أسس ممارسة المهنة الطبية على قواعد الأخلاق الفاضلة والسلوك القويم ، ولخص جملة هذه المبادئ في قسمه الشهير [1] .

وأضافت بعد ذلك الديانات السماوية الثلاث اليهودية والمسيحية والإسلام الكثير من الثقل إلى مبادئ الأخلاق السامية لأنها أقامتها على أسس العقيدة الدينية التي تلزم المؤمن بها خضوعا لطاعة الله وسعيا نحو مرضاته للوصول إلى السعادة في الدنيا والنعيم في الآخرة.

وفي الديانات الثلاث استطاع الفلاسفة إقامة نظريات فلسفية تمزج أصول التعاليم الفلسفية والأخلاقية بالمعتقدات الدينية ، ومن أشهر فلاسفة المسلمين الذين اهتموا بالجوانب الأخلاقية الكندي والفارابي وابن سينا وابن مسكويه وابن باجه الأندلسي.

فإذا وصلنا إلى العصور الحديثة ابتداء من عصر النهضة الأوروبية وما بعدها فقد ظهر الكثيرون من الفلاسفة وتعددت مدارسهم ومناهجهم بشكل كبير .

وتعتمد الحضارة الغربية الحديثة في أصولها واستمرارها وتطورها على العديد من تلك المذاهب الفلسفية مثل الفلسفة الواقعية العملية لفرنسيس بيكون ، والفلسفة العقلية لديكارت واسبينوزا ، والفلسفة القائمة على الاستقلالية والفردية والحرية لعمانويل كانت ، والفلسفة الماركسية ، وأخيرا مذاهب الفلسفة النفعية (الذرائعية أو البرجماتية) وغيرها.

والممارسات الطبية السائدة في عالمنا المعاصر تستقي منابعها الأخلاقية من العديد من المبادئ الأخلاقية التي تشتمل عليها العديد من المذاهب والنظريات الفلسفية السابقة ، إلى جانب الأديان السماوية وغير السماوية،وهي التي تحدد الأطر النظرية التي تقام عليها المذاهب الأخلاقية المختلفة والشرائع والقوانين في جميع المجتمعات الحديثة والمعاصرة.

---

[1] الملحق رقم (١) في اخر الكتاب .

الأخلاق وعلم الأخلاق والقانون

يلزم أولا التفريق بين مفهوم "الأخلاق" و"علم الأخلاق". فالأخلاق Morality هي القيم الأساسية التي يتأسس عليها السلوك أو الفعل الإنساني مثل قيم الحق والواجب والخير والشر والخطأ والصواب والعدل والظلم وغيرها من القيم الأخلاقية العامة.

أما "علم الأخلاق"Ethics فيختص بدراسة وبحث القيم الأخلاقية وتحليل المواقف والتوجهات والسلوك والأفعال لاكتشاف القيم الأخلاقية التي تستند عليها.

والقوانين السائدة في الكثير من دول العالم المعاصرة تستمد أصولها وجذورها ومبرراتها من القيم الأخلاقية التي تستند بدورها على خليط من التأثيرات الفلسفية والدينية ، وإن كان دور الدين قد أصبح فيها غير ظاهر بسبب سيادة الفكر العلماني الذي يفصل الدين عن الدول والنظم التشريعية والقوانين .

ولكن كثيرا من المبادئ الأخلاقية الدينية قد وجدت طريقها إلى أسس تفكير تلك المجتمعات وإلى أصول بعض النظريات الفلسفية القديمة والحديثة .

وقواعد علم الأخلاق تشكل الإطار النظري الذي يتم على أساسه وضع التشريعات والقوانين في غالبية الدول المعاصرة ، فإذا استند القانون إلى أساس أخلاقي صحيح يصبح قانونا ينال درجة من الاحترام ويصبح الالتزام به واجبا على جميع الأفراد إلا إذا أمكن مناقشته بناء على قواعد أخلاقية مختلفة فيمكن في مثل هذه الحالة تعديله أو تغييره إذا نالت المبررات القبول والموافقة.

و نجد أن التشريعات والقوانين في الدول المتقدمة ليست جامدة أو ثابتة لأن تطور المجتمعات وحركتها الاجتماعية يحدث تغييرات في بنيان المجتمعات وأفكارها وعاداتها وأخلاقها مما يؤدي إلى ضرورة تغيير التشريعات والقوانين بما يواكب المتغيرات الاجتماعية ويسايرها ويفي بمتطلباتها.

و لذلك فإننا نجد دائما أن الجدل والصراع داخل تلك المجتمعات لا يتوقف من أجل تغيير القوانين التي لم تعد ملائمة للتغيرات الاجتماعية والثقافية ويتركز الجدل والنقاش دائما حول الأسس الأخلاقية التي تدعم وجهات النظر المختلفة المطالبة بسن التشريعات الجديدة أو المعارضة لها.

الأخلاق الطبية والقانون:

تستند القوانين المنظمة للمهنة الطبية في جميع الدول المعاصرة على القيم الأخلاقية السائدة في مجتمعاتها، ولكن القانون لا يمكن أن يكون أساسا متينا للأخلاق الطبية، وإن كان القانون في كثير من الأحوال يحدد الحد الأدنى من المتطلبات الأخلاقية الطبية وواجبات الطبيب نحو المريض.

هناك كثير من المسائل الطبية لا يشملها القانون، أو يتأخر اهتمام المجتمعات وأصحاب التشريع في صياغة القوانين اللازمة لها، كما أن القانون قد يكون قاصرا عن الوفاء بالمتطلبات الطبية الأخلاقية، أو أنها قد تكون خاطئة ومخالفة لقيم الطبيب ومبادئه الأخلاقية.

وبصورة عامة فإن على الطبيب أن يطيع قوانين البلاد التي يعمل فيها، وأن يسعى مع زملاء المهنة إلى تغيير القوانين التي تخالف المبادئ الأخلاقية أو لا تفي بمتطلباتها، أو لا تتواكب مع التطورات الاجتماعية والثقافية والعلمية والتكنولوجية.

و تشمل التطورات التشريعية والقانونية جميع جوانب الحياة في البلدان المتقدمة ومن الأمثلة عليها في المجال الطبي قوانين الإجهاض والموت الدماغي وغرس الأعضاء والقوانين المنظمة للأبحاث الطبية وغيرها .

و لا بد أن تكون الأسس الأخلاقية التي تبرر وضع التشريعات الجديدة متينة وراسخة لكي تنال القوانين القائمة عليها درجة عالية من القبول الاجتماعي والاحترام العام الذي يوجب على الفرد الالتزام بها وطاعتها.

وبعض القوانين الوضعية في الدول المعاصرة تخالف القواعد الأخلاقية أو القواعد الدينية أو تخالف مصلحة الأمة، وكثيراً ما يحدث التلاعب بالقوانين ويتم تغييرها وتعديلها بما يتناسب مع مصالح السلطات والحكام أو بعض طبقات المجتمع المسيطرة.

و لذلك فإننا نجد أن القوانين الوضعية في بعض هذه الدول عرضة للرغبات والأهواء ولا تستند إلى قيم أخلاقية مقبولة ومتفق عليها . وفي مثل هذه الحالة فإن ضمير الفرد يجب أن يصبح هو الحكم وعليه أن يتخذ منها الموقف الصحيح وله أن يرفضها ويصبح في حل من الالتزام بها إذا كانت لا ترتكز على القوانين الأخلاقية الصحيحة. وإذا اختار الطبيب في مثل هذه المواقف إتباع ما يمليه عليه ضميره. فإن عليه يعد ذلك أن يكون مستعدا لتحمل النتائج والعواقب التي أملت عليه متابعة ما يفرضه عليه ضميره الأخلاقي حتى وإن كان مخالفا للقانون.

و الضمير هو ذلك الشعور الباطني الذي يدرك الخير والشر ويجعل الإنسان يخضع لصوت منبعث من أعماق الصدر آمراً بالخير أو ناهيا عن الشر ويدفعه إلى أداء الواجب بغض النظر عما تقره الشرائع والقوانين وبدون رجاء للثواب أو خشية من العقاب.

وفي المجتمعات الإسلامية فان أغلبية القوانين الوضعية تستند إلى الشريعة الإسلامية أو يتوخى عدم معارضتها للشريعة الإسلامية على الأقل.

ولكن التخلف العام الذي تعاني منه المجتمعات الإسلامية لا يقتصر على نواحي التنمية الاقتصادية والاجتماعية والعلمية والتكنولوجية والخدمات فحسب، ولكنه يشمل أيضا جميع المجالات بما فيها التشريع والقوانين التي هي في حاجة إلى ثورة قانونية وتشريعية شاملة تشمل جميع جوانب الحياة الإنسانية المعاصرة ، وتواكب التغييرات القائمة فيها بحيث تحطم القيود الباقية على العقول وتحرر الإنسان وتفتح الآفاق أمام الشعوب العربية والإسلامية لتحقيق نهضتها المنشودة .

وخلال مناقشتنا للموضوعات المختلفة في صلب الكتاب فسوف نحاول بيان الجوانب القانونية المهمة لتلك الموضوعات إلى جانب الأمور الأخلاقية التي تشكل الموضوع الرئيسي .

و من المهم أخيرا التأكيد على قضية مهمة وهي أن القيم والمبادئ الأخلاقية الخاصة للطبيب ليست مطلقة، ويجب عليه الا يعتبرها كذلك، أو يعتقد أنها تحتل مقام الأولوية على القيم الأخلاقية الخاصة بالمريض، وعليه الا يحاول أو يتصور أنه يجب عليه أن يفرض قيمه الأخلاقية على المريض.

إن من واجب الطبيب احترام قيم المريض وآراؤه الخاصة وسلوكياته وعاداته وأن يتفهمها ويتعامل معها مهما بدت له شاذة أو غريبة أو مناقضة لقيمه ومبادئه الخاصة.

وعلى الطبيب كذلك الا يصدر اي أحكام قيمية سلبية على المريض بسبب معتقداته الخاصة أو عاداته السلوكية كالإدمان على المشروبات الروحية او المخدرات أو الشذوذ الجنسي، وأن يتعامل معه بكل احترام لشخصه، وبدون إصدار أحكام إدانة ضده، حتى وهو يحاول أن يوجه إليه النصح والإرشاد عما تحمله مثل تلك السلوكيات من الآثار السلبية على صحته وحياته.

تنوع الأخلاقيات الحيوية الطبية

DIVERSITY OF BIOMEDICAL ETHICS

ذكرنا سابقا أن النظريات الأخلاقية المتنوعة أفرزت نظريات أخلاقية حيوية طبية مختلفة في المجتمعات المختلفة وفي الأزمنة المختلفة على مر التاريخ .

وبالرغم من اختلاف الأسس النظرية والمنطلقات الفلسفية لتلك النظريات فقد لاحظنا أنها تصل إلى قيم أخلاقية مشتركة عامة في المجتمعات الإنسانية المختلفة .

فالمبادئ والقواعد الأخلاقية ذات صفات شمولية عامة ولذلك فإن الأخلاقيات الحيوية الطبية مقبولة عالميا في جميع الثقافات في مستواها التجريدي والشمولي ، ولكنها تخضع للاختلافات والتعارضات عندما نصل بها إلى المستوى التطبيقي والعملي ،وكذلك في التفاصيل الدقيقة لكثير من الأمور .

و لكن إقرارنا بالصفات الشمولية للأخلاقيات الحيوية الطبية لا يعني إطلاقاً أننا نقر النزعة الأخلاقية المطلقة التي كانت سائدة في الماضي ، والتي تفترض أن المفاهيم الأخلاقية عامة وشاملة ومستقلة عن العصر والزمان والمكان ، وأنه ليس هناك إلا معيار أخلاقي واحد يحكم العالم كله منذ الأزل وسيظل كذلك إلى الأبد.

فلقد تهاوت أسس هذه النزعة الأخلاقية المطلقة بفضل تطور علوم الاجتماع والإنثروبولوجيا التي أظهرت بوضوح الأدلة العلمية القاطعة على أن الأخلاق نسبية وأن المعايير الأخلاقية قد تطورت مع تطور المجتمعات والنظم البشرية.

و ليس هناك مجال يمكن فيه البرهان على نسبية الأخلاق أكثر من مجال الأخلاقيات الحيوية الطبية وخصوصاً بما حدث فيها من تحولات مذهلة في النصف الثاني من القرن العشرين.

والأخلاقيات الحيوية الطبية هي في أساسها علم تطبيقي ، ولذلك فإن المستوى التطبيقي هو الأمر المهم لدينا وهو الذي يجب أن ينال الأولوية ،كما أن الشعوب المختلفة التي تتميز بمعتقدات مختلفة سوف تصل إلى نتائج تطبيقية مختلفة انطلاقاً من نفس المبادئ العامة .

فعلى سبيل المثال فإن العدالة مطلب أخلاقي وشرعي وقانوني تقره جميع الثقافات والحضارات المعاصرة والقديمة على مر التاريخ ، وجميعها تطمح إلى تحقيقه، وليس هناك خلاف عليه في الأساس ، أما عند التطبيق فإن المفاهيم والمعايير تختلف إلى حد التناقض أما الأفعال والوسائل فإنها تتفرع إلى كل سبيل .

كما أن تطبيق الكثير من القواعد والمبادئ الأخلاقية العامة يتأثر على المستوى العملي ليس بمجرد التعارض بينها أو عدم تحديدها مما ذكرناه سابقاً فحسب ، ولكنه يتأثر أيضاً بعدد من العوامل المختلفة التي تختلف من شخص إلى آخر ومن ثقافة إلى أخرى، على ضوء خصوصيات مجتمعية تشمل العادات والتقاليد والقيم والديانات والتعليم ومستوى التطور الاجتماعي وغيرها من الاختلافات الثقافية .

والأخلاقيات الطبية الحيوية ليست مجرد فرضيات جامدة ثابتة ، او مجرد مواثيق ودساتير اخلاقية متفق عليها - بالرغم من انها قد تتضمن هذه المواثيق - ولكنها تمثل مواضيع جوهرية تتعلق بتعامل المهنة الطبية والمهن الأخرى المرتبطة بها مع المرضى والمجتمع في ضوء مبادئ وقواعد اخلاقية تنال قبولا عاما وداخل مجتمعات ذات خصوصيات ثقافية مختلفة .

ولما كانت المجتمعات وحاجتها ومشاكلها ليست جامدة وتخضع للتطور والتغيير، فإن الأخلاقيات الحيوية الطبية هي كذلك خاضعة للتطور والتغيير بحسب حاجات المجتمع ومشاكله المتجددة .

ومثلما تتطور العلوم والتقنيات الطبية وتطرح مشكلات جديدة فإن الأخلاقيات الحيوية الطبية هي أيضا تخضع للتطور لتواجه المشكلات الجديدة وتتعامل معها .

و في المجتمعات الحية المتطورة نجد أن الجدل والصراع الاجتماعي والطبقي والقانوني لا يكف لحظة عن طرح المشكلات المتجددة والتصدي لها بآفاق من حرية الراي لا تحدها حدود ، وهي تجد في كل يوم حلولا أخلاقية مبتكرة لكل جديد .

و على النقيض فإن المجتمعات المتخلفة لا تتخلف علميا وتكنولوجيا فحسب ، ولكنها تتخلف في كل المجالات أيضا، فنجد ان مواضيع الأخلاقيات الحيوية الطبية ومشكلاتها المتجددة لا تشكل أي هم لدى هذه المجتمعات ، وفي كثير منها لا يجرؤ أحد حتى على مجرد التساؤل عن بعض هذه المواضيع ناهيك عن حرية التعبير عن مختلف الآراء .

فالتطور في التقنيات الطبية مثل وسائل تدعيم الحياة في وحدات العناية المكثفة ووسائل التناسل مثل التلقيح الصناعي خارج الرحم (اطفال الأنابيب) وزراعة الأعضاء وتطور علوم الوراثة والجينات والاستنساخ وغيرها تطرح مشكلات وتحديات جديدة ، تتطلب مقاربات أخلاقية جديدة ، لأن مثل هذه المشاكل لم تكن قائمة في الماضي ولا تشملها النظريات الأخلاقية الطبية القديمة .

و هناك اختلافات كبيرة ثقافية ودينية واجتماعية بين المجتمعات الشرقية التقليدية العربية والإسلامية والصينية والهندية تميزها عن المجتمعات الغربية، لعل اهمها تأثير العائلة الممتدة على حياة الأفراد، والترابط الأسري العميق، والاحترام والتبجيل للمسنين والشيوخ، والتكافل الأسري في تقديم الدعم المالي والمعنوي للمرضى، ورعاية العاجزين من أفراد الأسرة والاهتمام بهم.

ولذلك فإن تأثير الأسرة على اتخاذ القرار الطبي للمريض يقوم بالدور الأكبر ويتولاه خاصة الذكور الأكبر سنا ومقاما بين أفراد الأسرة والذين يتكفلون عادة بتقديم النفقات المالية للمريض. وهم يختلفون في هذا المجال عن المجتمعات الغربية حيث تعطى الأولوية المطلقة للمريض وحقه في الاستقلال الفردي والحرية الذاتية التي تكفل له الاختيار الحر لجميع ما يختص به من قرارات طبية وصحية وحياتية.

و على الرغم من ذلك فقد حدثت الكثير من التغييرات خلال الحقب الأخيرة في المجتمعات النامية المعاصرة كالهند والصين، وكذلك في المجتمعات العربية والإسلامية حيث كان للتطورات العلمية والتقنيات الطبية وقع عظيم على الأخلاقيات الطبية التقليدية التي كانت سائدة في تلك المجتمعات . وحدثت تغييرات في النظرة التقليدية القديمة ، وتغيرت كثير من الثوابت فيها وأصبحت الممارسات السائدة فيها تقترب من الأخلاقيات الطبية الحيوية القائمة على الليبرالية في المجتمعات الغربية .

مواثيق الأخلاق الحيوية ا لطبية ودساتير آداب وسلوكيات المهنة

اعتادت المهنة الطبية منذ اقدم العصور على إنشاء دساتير أو مواثيق تتضمن القواعد الطبية التي يقررها اعضاء المهنة الطبية بانفسهم لانفسهم كما يرونها من وجهة نظرهم وبما يحقق مصلحة المريض والمجتمع والمهنة الطبية ذاتها ، ولعل قسم ابوقراط [1] هو أقدم هذه المواثيق على الإطلاق.

وهناك الكثير من هذه المواثيق الأخلاقية الطبية في جميع الأمم والدول المعاصرة ولا تخلو أي دولة معاصرة منها وتشمل مجالات المهنة الطبية أساسا والمهن الأخرى المرتبطة بها كالتمريض والصيدلة وغيرها .

و في بلادنا وضعت نقابة الأطباء والصيادلة اليمنيين " ميثاق شرف المهنة الطبية " [2] كمسودة على الجمعية العمومية في عام ١٩٨٧م، ولكن لم يتم إقراره بشكل نهائي ولم يصدر بصورة رسمية.

و هناك مواثيق دولية كثيرة تنظم المهنة الطبية والأبحاث الطبية تصدر عن تجمعات دولية وإقليمية مثل الدستور الإسلامي للمهن الطبية (١٩٧٩م) ولكن أهمها المواثيق الصادرة عن اتحاد الأطباء العالمي ومنظمة الصحة العالمية.

ولعل أشهر هذه المواثيق هو "إعلان جينيف" [3] الصادر عام ١٩٤٨م، والذي يعتبر في جوهره صورة عصرية ومجددة من "قسم أبقراط". وكذلك " إعلان هلسنكي" [4] عام ١٩٦٤م الخاص بتنظيم الأبحاث الطبية، و"إعلان طوكيو" ١٩٧٥م الخاص بمنع التعذيب وغيرها من المعاملات القاسية والمهدرة للكرامة الإنسانية، و"إعلان لشبونة"١٩٨١م الخاص بإقرار حقوق المريض في اختيار الرعاية الطبية الملائمة.

ونلاحظ أن القواعد والمبادئ التي تتضمنها هذه المواثيق تكون مبسطه أكثر من اللازم وغير كاملة فهي بحكم تركيزها واختصارها تركز على أمور وتهمل جوانب أخرى كما أنه ليس لها ما تدعيه من القوة والإلزام على أعضائها.

وقد يكون من عيوبها أنها قد تعطي شعورا لدى أعضاء المهنة بأن وضع الميثاق وإقراره هو هدف بحد ذاته قد حقق لهم كل ما يجب عليهم أن يفعلوه من الناحية الأخلاقية ، ويعفيهم من ضرورة متابعة المراقبة والإشراف على كل الجهات ذات العلاقة بالمهنة الطبية ومتابعة أي تجاوزات أو انتهاكات لأخلاقيات وآداب المهنة التي تحدث في العمل اليومي ، سواء على مستوى الأفراد أو المؤسسات الصحية والطبية أو المجتمعات بشكل عام.

ولكن الفائدة التي لا يمكن إنكارها لمثل هذه المواثيق الأخلاقية سواء على المستويات المحلية أو الإقليمية أو الدولية تكمن في رفع مستوى الوعي بأخلاقيات المهنة الطبية وآدابها لدى أعضاء المهنة الطبية ، وفي توطيد الثقة وروح التعاون بين أبناء المهنة الطبية والمهن المتعلقة بها ، وأخيراً في تشكيل تصورات ومفاهيم أخلاقية مشتركة بين الجميع في الحد الأدنى على الأقل.

---

[1] الملحق رقم (١).

[2] الملحق رقم (٥) .

[3] الملحق رقم (٣) .

[4] الملحق رقم (٤)

وأخيرا يجب علينا التمييز بين هذه المواثيق الأخلاقية الطبية التي يقررها اعضاء المهنة الطبية المختلفة وبين نوعين من القوانين والإجراءات المنظمة والمحددة للمهنة الطبية في جميع الدول والمجتمعات المعاصرة.

و أولها القوانين المنظمة للمهنة التي تصدر عن السلطات الحكومية المشرفة على تنظيم الأعمال الصحية والطبية مثل وزارة الصحة العامة ، وثانيها القوانين المنظمة للمهنة الطبية التي تفرضها الشرائع والقوانين المختلفة وتصدرها الجهات التشريعية والقضائية.

الاستقلال المهني الطبي

PROFESSIONAL MEDICAL AUTONOMY

تعريف ومفهوم المهنة Profession :

يختلف مفهوم المهنة عن اي عمل أخر او حرفة بأن المهنة تتضمن إعلانا عاما له قوة العهد يلتزم به اعضاء المهنة بواجبات ومسئوليات معينة يقيمونها على انفسهم نحو الأفراد الذين يقدمون لهم الخدمة ولتحقيق خير المجتمع العام .

وبمعنى آخر فإن المهنة تقدم نفسها للمجتمع على أساس أنها تقوم بخدمة ضرورية ومطلوبة للمجتمع وتحقق منفعة واهدافاً اجتماعية عامة من أجل الصالح العام للأفراد والمجتمع .

وقد اكتسبت المهن التقليدية وهي الطب والتعليم والمحاماة والقضاء (ورجال الدين في الكنائس المسيحية) مكانة عظيمة خلال العصور ، ومنحت المجتمعات هذه المهن والأعضاء المنتسبين إليها مكانة اجتماعية راقية واحتراما عظيما ، وأولتها ثقة كبيرة وأوكلت إليها مسئوليات اجتماعية هامة .

وفي العصر الحديث اكتسبت أعمال أخرى ثقة المجتمعات ونالت مكانة المهنة كالتمريض والصيدلة والبحث العلمي والهندسة والصحافة والمحاسبة وغيرها .

الأساس الأخلاقي للعلاقة بين المجتمع والمهنة :

الخاصية الأساسية التي تجمع هذه المهن هي قيامها على أساس (الوكالة القائمة على الثقة) Fiduciary Relationship بين أعضاء المهنة وبين الأفراد والمجتمع .

وواجب الوكالة القائمة على الثقة مفهوم أخلاقي وقانوني يقوم بين طرفين غير متكافئين ، ويلتزم فيها الطرف الأقوى بواجبات ومسئوليات أخلاقية أعلى لكي تكفل تحقيق مصلحة الطرف الأضعف حتى ولو كانت تتعارض مع مصلحة الطرف الأقوى في العلاقة .

وفي المهنة الطبية فإن الطبيب بما يملكه من علم ومعرفة وخبرة ومهارة هو الطرف الأقوى، ولذلك فإنه يلتزم بواجبات ومسئوليات أخلاقية قوية تلزمه بالعمل على تحقيق المصلحة العليا للمريض ، وعلى العمل بما يحقق توفير أفضل مستويات الرعاية الطبية والصحية لجميع أفراد المجتمع وخصوصا الفئات الفقيرة والعاجزة والمحرومة .

مواصفات وشروط المهنة :

تتطلب المهنة توفر الشروط الثلاثة التالية :

١) الكفاءة في نوع من الأعمال التخصصية كالطب علماً ومعرفة وخبرة ومهارة .

٢) الالتزام بواجبات اخلاقية محددة تجاه الأفراد الذين تقدم لهم الخدمة المهنية بشكل خاص ونحو المجتمع بشكل عام .

٣) تقديم الخدمة للمجتمع : وفي المهنة الطبية فإن الخدمة تتمثل في تقديم الرعاية الطبية اللائقة للأفراد والمجتمع .

ومن هنا فإن المجتمع في المقابل يمنح المهنة مكاناً مرموقاً في المجتمع كما يمنحها الاحترام والثقة التي تمكنها الالتزام بواجباتها ومسئولياتها الأخلاقية والمهنية ، ويعترف لها بمزايا لا يعترف بها لأي نوع من الأعمال الأخرى ، وأهمها الاستقلال المهني والتنظيم الذاتي .

التزامات المهنة الطبية نحو المجتمع :

١) توفير الرعاية الطبية الملائمة لجميع أفراد المجتمع ومواكبة التغيرات التي تحقق صحة المجتمع ورفاهيته .

٢) الالتزام بتحقيق الكفاءة المهنية والأخلاقية وضمان استمرارها على أفضل مستوى لضمان تحقيق رعاية طبية ذات نوعية ممتازة لجميع أفراد المجتمع .

٣) توفير المعلومات الضرورية للمجتمع التي تمكنه من تحديد أولويات الرعاية الصحية المناسبة.

٤) الالتزام بتوفير الحد الأدنى الكريم من الرعاية الطبية المجانية لجميع أفراد المجتمع.

٥) العمل على تحقيق مبادئ العدالة في توزيع خدمات الرعاية الطبية على الأفراد والمناطق المختلفة والطبقات الاجتماعية المختلفة وخصوصاً الموارد الطبية الشحيحة والمحدودة .

٦) الالتزام بعدم التمييز في المعاملة لأي طبقات اجتماعية أو فئات عرقية أو جنسية أو دينية أو طائفية والدفاع عن الفئات الفقيرة والعاجزة والمحرومة .

٧) الالتزام بمعارضة أي ممارسات أو قوانين لا تتماشى مع المبادئ الإنسانية وحقوق الإنسان مثل تعذيب السجناء والأسرى أو العقوبات القاسية أو غير ذلك .

الاستقلال المهني الطبي Professional Medical Autonomy :

وينقسم إلى مستويين :

١) الاستقلال الفردي للطبيب :

وهذا يمنح الطبيب الحق والحرية في تقرير أنواع الإجراءات التشخيصية والعلاجية دون أي تحديدات قانونية أو تدخلات إدارية أو اشتراطات تنظيمية من أي جهة كانت .

وفي هذا المجال فإن الطبيب يلتزم بالمعايير العلمية الطبية والأخلاقية ويسخر علمه وخبرته ويبذل كل ما في وسعه من أجل تحقيق مصلحة المريض ورفاهيته ولا يخضع إلا إلى ما يمليه عليه ضميره والتزاماته العلمية والأخلاقية .

ولا يحق لأي سلطة أن تتدخل في عمل الطبيب ولا أن تحدد له المعايير التي يجب أن يعالج أي مريض على أساسها ولا يمكن لأي جهة كانت أن تصدر إليه الأوامر أو التوجيهات أو أن يخضع لأي رقابة إدارية أو تنظيمية .

والاستقلال المهني الفردي للطبيب هو الذي يكفل للطبيب القدرة على تأدية دوره في تقديم أعلى مستوى ممكن من الرعاية الطبية الممتازة لكل مريض بدون تدخل أو عوائق أو قيود من أي نوع .

ويلعب الاستقلال المهني الفردي للطبيب دورا هاما في توفير ذلك القدر العظيم من الثقة بالنفس واحترام الذات الذي يحفزهم على الكفاءة والأداء الممتاز في أعمالهم المهنية وعلى الوفاء بالتزاماتهم الأخلاقية نحو الأفراد والمجتمع .

٢) الاستقلال الجماعي للمهنة الطبية :

وهذا يكفل للمهنة الطبية أمرين أساسيين هما :

أ) إرساء معايير الممارسة للمهنة الطبية :

وتشمل :

- وضع أصول وقواعد الممارسة المهنية التقنية والأخلاقية وتحديد مسئولياتها وواجباتها .
- تنظيم التعليم الطبي وتحديد مواصفاته ومتطلبات التخرج والإشراف على مناهج وتدريب الأفراد الذين يريدون الانتماء إلى المهنة الطبية .
- ضمان كفاءة التخصصات الطبية العالية والتعليم الطبي المستمر .
- قبول الأعضاء الجدد في المهنة وتحديد مواصفات وشروط القبول .
- ضمان عدم قبول أي أعضاء لا ينالون المستوى اللازم من التعليم الطبي .
- ضمان عدم اندساس المزورين بشهادات مزيفة بين أعضاء المهنة .
- ضمان كفاءة الإجراءات التنظيمية والرقابية والإدارية والقوانين المنظمة للعمل الطبي العام والخاص في العيادات والمستشفيات على كافة المستويات .

ب) التنظيم الذاتي Self-Regulation :

وهذا يعطي الحق لأعضاء المهنة في وضع قواعد الإجراءات الرقابية والعقابية من أجل محاسبة المخالفين لأصول وقواعد المهنة وتوقيع الجزاءات عليهم بإيقافهم من مزاولة المهنة او تعليق عضويتهم أو فصلهم من المهنة .

ويجب أن تضمن المهنة من خلال تكوين المنظمات المهنية كفاءة الإجراءات الرقابية والعقابية وقيامها على الأمانة والنزاهة وأن يتم تنفيذ الإجراءات في إطار من الوضوح والشفافية بحيث يطمئن الأفراد والمجتمع إلى وجود هيئات أمينة يمكن الركون إلى نزاهتها وشرفها عند حدوث أي مخالفات أو شكاوى ولا تقوم أمام أحد أي شبهة في الانحياز أو المحاباة أو المجاملة لأعضاء المهنة المخالفين .

والاستقلالية المهنية والتنظيم الذاتي ليست حقا للمهنة ، ولكنها امتياز خاص يمنحه المجتمع لها مقابل الوفاء بمسئولياتها وواجباتها المهنية والأخلاقية ، ويقوم على احترامه للمهنة وثقته بالطبيب الفرد وبالمهنة مجتمعة .

ولذلك فإن على المهنة ا لطبية الوفاء بالتزاماتها والسعي نحو تحقيق التوقعات والتطلعات التي يتطلبها منها المجتمع من أجل المحافظة على ثقته بها واستمرار الامتيازات الخاصة التي يمنحها لها والتي تتمثل في الاستقلالية المهنية والتنظيم الذاتي .

أهمية الاستقلال المهني الطبي :

١) يوفر الاحترام للمهنة الطبية وللطبيب بما يحفز الأطباء على الأداء الممتاز في أعمالهم المهنية والوفاء بالتزاماتهم الأخلاقية نحو الفرد والمجتمع .

٢) يمكن المهنة الطبية من تقديم المعلومات الضرورية للمجتمع وللجهات المسئولة من اجل رسم السياسات الصحية وتحديد الأولويات الطبية التي تحقق افضل المصالح الصحية للأفراد والمجتمع.

٣) يمكن المهنة الطبية من القيام بدورها باستقلالية وامانة في توجيه السياسات الصحية وتحديد اولوياتها بما يتناسب مع ظروف المجتمع وبما يضمن عدالة توزيع الموارد الطبية والمالية وتوجيه ميزانيات الرعاية الصحية بما يكفل اكبر قدر من الخير لجميع افراد المجتمع وبما يحقق المساواة بين المناطق المختلفة والأولويات الصحية المختلفة .

٤) يمكن المهنة من الدفاع عن المجتمع والأفراد من اية ممارسات او قوانين او انشطة تقوم بها الدولة أو الشركات الصناعية والتي قد تهدد صحة الناس او تعرضها للمخاطر .

٥) يمكن المهنة من القيام بدورها في الدفاع والوكالة عن الطبقات الفقيرة والمحرومة والفئات الاجتماعية المضطهدة والعجزة والمسنين والمعوقين لكي تحصل لها من المجتمع والدولة على حقوقها في الرعاية الصحية والاجتماعية .

٦) يمكن المهنة الطبية إلى جانب غيرها من المهن ذات الالتزامات الأخلاقية المتينة من اداء دور هام في إرساء قيم وقواعد المجتمع المدني ويجعلها تقوم بدورها المستقل بامانة وشرف كضمير للمجتمع يحمي قيمه واخلاقياته من اي ممارسات سواء كانت حزبية او دينية او طبقية او عرقية أو غير ذلك وخصوصا في فترات الاضطرابات السياسية والاجتماعية والحروب .

وعندما تفقد المهنة الطبية استقلالها وتصبح جزءاً من النظام المسيطر أو الحاكم أو مجرد جهاز من أجهزة الدولة فإن ذلك يؤدي إلى انحراف المهنة الطبية عن أهدافها الإنسانية السامية وإلى انهيار قيم المجتمع الأخلاقية نفسها ويعود على المجتمع كله بالأضرار والعواقب الوخيمة .

ولا تزال ممارسات الأطباء اللاأخلاقية البشعة في ألمانيا النازية وممارسات الأطباء النفسيين في الاتحاد السوفيتي والأطباء في دولة جنوب أفريقيا العنصرية خير شاهد يذكرنا بفداحة العواقب الاجتماعية والأخلاقية التي تحدث عندما تفقد المهنة الطبية استقلالها وتصبح أداة مسخرة لخدمة الدولة أو الطبقات الحاكمة والمسيطرة .

الانتقادات الموجهة للاستقلال المهني الطبي :

لقد شهدت الحقب الأخيرة تغييرات عظيمة في تقديم خدمات الرعاية الطبية في معظم بلاد العالم واهمها انتقال مسئوليات الرعاية الصحية إلى الدولة وشركات التامين ، مع توجهات تجارية تهدف إلى الحد من الإنفاق واحتواء النفقات وتحقيق الأرباح ، مما أثر على دور الأطباء والمنظمات المهنية وأحدث نقصا بالثقة في المهنة الطبية ، وأثار التساؤلات حول قدرتها على الوفاء بالتزاماتها المهنية والأخلاقية نحو المرضى والمجتمع .

وتتعرض المهنية الطبية لانتقادات كثيرة أهمها ما يلي :

١) الاستقلال المهني الطبي أدى إلى احتكار الأطباء للمهنة وجعلهم يسعون إلى خلق الاحتياجات والطلب على الخدمات الطبية المختلفة من قبل الأفراد والمجتمع لكي تزدهر اعمالهم بتقديم هذه الخدمات .

٢) الاهتمام بالمصالح المالية للأطباء وتقديمها على مصالح المرضى .

٣) الفشل في التنظيم الذاتي بحيث أصبحت المنظمات المهنية تستخدم لحماية الأعضاء المخالفين للقواعد الأخلاقية أو الذين يتصفون بنقص أو انعدام الكفاءة المهنية .

٤) الدور المزدوج للمنظمات المهنية في حماية مصالح المرضى والمجتمع من جهة وفي حماية أعضاء المهنة من جهة أخرى يخلق وضعا صعبا ودقيقا من تعارض المصالح وربما يرجح فيها التوازن لصالح أعضاء المهنة الطبية حتى على المستوى الظاهري للأمور .

٥) الشك في مدى أهمية الاستقلال المهني الطبي وانه لم يعد صالحا للوفاء بحاجات المجتمع وتطلعاته في ظل التغييرات الاقتصادية والاجتماعية والتكنولوجية الهائلة .

٦) إسراف الأطباء في الوسائل التشخيصية والعلاجية والأدوية ووسائل العلاج التكنولوجية الحديثة لجميع المرضى بطريقة لا تفي بمبادئ الاستخدام الرشيد للموارد المالية والعمل على احتواء النفقات وإنقاص التكاليف للرعاية الصحية للأفراد والمجتمع .

ولا يمكن للأطباء الإلمام الجيد بهذه المسائل المالية والإدارية والتعامل الفعال معها بما يحقق تناسب التكلفة المالية مقابل الفعالية ولذلك فإن هذه الأمور يجب أن يتولى توجيهها وإدارتها المتخصصون في مجال المال والاقتصاد والإدارة .

ولذلك فإن هناك اتجاها متزايدا في كثير من البلدان نحو الحد من الاستقلال المهني الطبي والتنظيم الذاتي بطرق مختلفة تتم أحيانا بدون تنبه المهنة الطبية لها أو حتى بمشاركة فعالة من بعض أعضائها البارزين .

وتحاول جهات عديدة مثل الدولة بأجهزتها المسئولة والرقابية وشركات التأمين الصحي والجهات الممولة لعلاج المرضى مثل الشركات والمؤسسات التي تتفق على علاج موظفيها بالعمل على التدخل في القرارات الطبية والانتقاص من حرية الطبيب بوسائل متعددة أبرزها وضع حدود معينة للتكاليف المالية لعلاج المريض أو التدخل بالوسائل الإدارية والتنظيمية على قرار الطبيب ، أو بإعطاء الحوافز المالية للطبيب وربطها بمقدار التوفير في النفقات الذي يحققه الطبيب عن طريق حرمان بعض المرضى من خدمات ضرورية .

ومن بين كل الانتقادات السابقة لا يمكننا أن ننكر أن هناك توجهات عامة بين الأطباء في جميع المجتمعات المعاصرة إلى تغليب المصالح المالية الخاصة ومحاولات الإثراء على حساب مصالح المرضى ومبادئ المهنة الطبية السامية .

وقد أدى ذلك إلى شرخ عظيم في العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض وتناقص ثقة المجتمعات بالأطباء والمهنة الطبية ، وإلى تدهور في مكانة المهنة الطبية حتى أصبحت كثيرا ما ينظر إليها على قدم المساواة مع أي عمل تجاري مربح آخر .

ولكن واجب الإنصاف يقتضي بنا القول أن المهنة الطبية ليست بأية حال هي المسئولة عن هذه الأوضاع لأنها ليست إلا جزءا من النظام السياسي الاقتصادي الاجتماعي القائم الذي يعلي من حرية التجارة ورأس المال والمنافسة واقتصاد السوق وتغليب قيم الاستهلاك المادي على كل ما عداها ومنها تحويل الطب نفسه إلى سلعة تشترى بالمال مثل غيرها من الخدمات الأخرى بحيث لم يعد من حق كل مريض أن يحصل على الرعاية الطبية اللازمة له بناء على قدر حاجته بل يحصل منها على ما يستطيع شراءه منها بناء على قدر ريالاته أو دولاراته .

وإذا أردنا أن نحمل أنفسنا جزءاً من المسئولية عن هذه الأوضاع فربما يكون الخطأ الذي وقعت المهنة فيه أنها لم تقم بما هو متوقع منها في معارضة هذه التوجهات وتنبيه المجتمعات إلى أخطارها في وقت مبكر ، بل قامت بأداء دور الشريك الصامت أحياناً أو المرحب أو حتى المتحمس في أحيان أخرى للنظام السياسي الاقتصادي الاجتماعي في إقامة هذه الأوضاع الظالمة التي أدت بها إلى الانحراف عن أهدافها الإنسانية وتحويلها إلى سلعة تباع وتشترى وفقاً لقيم السوق وحرية التجارة والتنافس وتعظيم الأرباح .

المنظمات المهنية الطبية :

تقوم المهنة الطبية في جميع الدول بتكوين الجمعيات والمنظمات المهنية والنقابات التي تقوم بالدور الرئيسي في تحقيق أهداف المهنة الطبية والوفاء بواجباتها والتزاماتها المعلنة نحو الأفراد والمجتمع وتحقيق الاستقلال المهني الطبي الفردي والجماعي والتنظيم الذاتي للمهنة .

وللمنظمات المهنية دور آخر يتمثل في رعاية مصالح المهنة الطبية بصورة عامة ورعاية مصالح أعضائها بصفة خاصة .

وقد يتناقض الدوران فيما بينهما - ولو ظاهرياً على الأقل - لكن المنظمات المهنية تجتهد دائماً في تأكيد التزامها الأساسي وهو تقديم مصالح المرضى والمجتمع على المصالح الخاصة للأطباء والمهنة .

وتصدر المنظمات المهنية الدساتير والمواثيق الأخلاقية لإرساء قواعد وأصول الممارسة المهنية وتنسق فيما بينها على المستوى المحلي والإقليمي والدولي من أجل تحقيق الأهداف المشتركة لها وتبادل الخبرات فيما بينها والتأكيد على القيم العامة الإنسانية المشتركة للمهنة الطبية .

وهناك إجماع عام بين أبناء المهنة الطبية في كل المجتمعات المعاصرة على الأهمية القصوى للاستقلال المهني الطبي وضرورته البالغة لتمكين الطبيب والمهنة من الوفاء بالتزاماتهما المهنية والأخلاقية نحو المرضى والمجتمع .

وتنص المواثيق والدساتير الأخلاقية لغالبية المنظمات المهنية على أن من واجب كل طبيب المشاركة في المنظمات المهنية والإسهام بوقته وجهده وطاقاته وماله لكي تحقق هذه المنظمات أهدافها في خدمة المثل العليا للمهنة الطبية .

كما تنص على أن من واجب كل طبيب الحفاظ على شرف المهنة الطبية وكرامتها والعمل على تحقيق مثلها السامية والارتفاع بمكانتها الاجتماعية .

وقد صدرت العديد من المواثيق الدولية التي تؤكد على ذلك وكان أهمها جميعاً (إعلان مدريد) عن الاستقلال المهني الطبي والتنظيم الذاتي الذي أصدره اتحاد الأطباء العالمي في عام ١٩٨٧م .

وقد أكد اتحاد الأطباء العالمي في هذا الإعلان بأن الوفاء بالالتزامات المهنية والأخلاقية للطبيب نحو المرضى والمجتمع لا يمكن أن تتحقق إلا في إطار الاستقلال المهني الطبي واعتبره شرطاً ضرورياً لتحقيق الرعاية الطبية العالية المستوى لكل مريض .

وأكد إعلان مدريد على أهمية تحقيق الاستقلال المهني على المستوى القومي والوطني والمحافظة عليه، وأهمية الالتزام بتحقيق الكفاءة المهنية والأخلاقية في الرعاية الطبية ، وتشجيع المنظمات المهنية الوطنية على أداء دورها في التنظيم الذاتي بكفاءة ومسئولية وأمانة وشرف داخل إطار من الوضوح والشفافية .

ويشير الإعلان كذلك إلى العديد من التحديات أمام الاستقلال المهني في مختلف البلدان وخصوصا في جانب تحديد الموارد المالية للإنفاق على الرعاية الطبية وغيرها ، ويقرر بوجوب أن تحافظ المهنة على استقلالها أمام هذه الأخطار والتحديات عن طريق الالتزام بالسلوك الأخلاقي بين الأعضاء الذي يهدف إلى وضع مصلحة المرضى في المقام الأول من الاعتبار ، وضمان كفاءة ونزاهة التنظيم الذاتي ، مع نشر الوعي في المجتمعات بوجود جهة مسئولة وامينة يمكن الاعتماد عليها من أجل تقييم شريف وموضوعي للأمور المتعلقة بالممارسة الطبية ورعاية وعلاج المرضى.

كما اكد الإعلان على اهمية الاستقلال المهني لتمكين الأطباء من القيام بواجب الوكالة عن المرضى كافراد ومجموعات وطبقات في مطالبة الجهات المسئولة بتوفير الرعاية الطبية لهم وكذلك أهميته لدعم قيم المجتمع المدني .

ميثاق المثالية المهنية الطبية Charter of Medical Professionalism :

أدت التغييرات الاقتصادية والاجتماعية خلال الحقب الأخيرة إلى تغييرات عظيمة في الخدمات الطبية والصحية في جميع المجتمعات وطغت عوامل الاقتصاد وحرية رأس المال وشركات التامين على الرعاية الطبية وأحدثت تغييرات في الأنظمة الإدارية للنظام الصحي في كثير من البلدان بشكل يؤثر تأثيرا عظيما على الرعاية الطبية وعلى العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض ، وقد أدى ذلك إلى تدهور قيم المثالية المهنية وخاصة إعطاء الأولوية في الاهتمام لصلحة المريض الصحية ورفاهيته .

وأصبحت ظروف وأحوال الممارسة المهنية في معظم البلدان تدفع الأطباء إلى التخلي عن الالتزام الأول والأساسي للمهنة وهو وضع مصلحة المريض في المقام الأول من الاهتمام وإعطائها الأسبقية على كل اعتبار آخر بما في ذلك مصالح الطبيب المالية الخاصة .

وفي مواجهة هذه الأوضاع فإن المهنة الطبية بدأت تتنبه لهذه الأخطار وبدأت في محاولاتها لوقف التدهور في مكانة المهنة الطبية والعمل الجاد من أجل استعادة ثقة المرضى والمجتمعات بها من خلال التأكيد على التزاماتها الأخلاقية الأساسية والحفاظ على قيم الاستقلال المهني الهامة للمهنة الطبية وللمرضى والمجتمع ثم من خلال إحياء قيم المثالية المهنية .

وتم تحديد وتطوير مفهوم المثالية المهنية خلال الحقب الأخيرة وبدء تعليم قيمها لطلبة الطب مع التأكيد على دور النموذج الحي والمثال الملهم الذي يمكن أن يجسده أساتذة الطب والأطباء الملتزمون بقيم المثالية المهنية السامية.

ولما كان مفهوم المثالية المهنية غير محدد المعالم ويقوم على اجتهادات عديدة فإن الجمعية الأمريكية للأطباء الباطنيين ، والمجلس الأمريكي للطب الباطني ، والاتحاد الأوروبي للأطباء ، قد شكلت هيئة خاصة لتحديد مفاهيم المثالية المهنية الطبية ونشرها على المستوى العالمي لكي تصبح قيما عامة تسعى المهنة الطبية في الوصول إليها في كافة المجتمعات الإنسانية المعاصرة .

وقد استكملت هذه الهيئة عملها بإصدار (ميثاق المثالية المهنية الطبية) في فبراير ٢٠٠٢م ، وقصد به أن يكون مناسباً وصالحاً لجميع المجتمعات والثقافات المعاصرة ، ويتكون الميثاق من مقدمة وثلاثة من المبادئ الأساسية ومجموعة من الالتزامات المهنية ، وقد أوردنا ملخصاً للميثاق في الملحق السادس آخر الكتاب .

الباب الأول

القواعد والمبادئ والنظريات الأخلاقية

" الحضارة ليست إلا توازنا بين الغرائز وقيود القانون الأخلاقي ، فإن وجدت الغرائز دون القانون الأخلاقي قضي على الحضارة، وإذا وجدت القيود دون الغرائز قضي على الحياة ، والمشكلة التي تواجهها الأخلاق هي أن تنظم القيود بحيث تحمي الحضارة ولا توهن الحياة."

ويل ديورانت

القواعد والمبادئ والنظريات الأخلاقية

RULES , PRINCIPLES AND MORAL THEORIES

تستمد الأفعال والمواقف السلوكية مشروعيتها بصفة عامة من الأخلاق ، فالفعل أو السلوك الواجب اتخاذه في موقف معين يوصف بانه صحيح إذا كان يجد سندا يبرره من الناحية الأخلاقية أو العكس عندما يوصف الفعل أو السلوك بالخطأ لأنه لا يجد سندا اخلاقيا يبرره .

وعندما نقوم بتقييم أي سلوك أو حكم في قضية محددة فإننا يمكن أن ننطلق في تقييم أحكامنا الأخلاقية من الأدنى إلى الأعلى فنقول أن الفعل الذي يجب اتخاذه في موقف معين يستمد مبرراته من قاعدة أخلاقية معينة ، وتلك القواعد الأخلاقية تستمد تبريرها ومعقوليتها من المبادئ الأخلاقية ، وهذه الأخيرة تجد أصولها في النظريات الأخلاقية .

أي أن :

٤. النظريات الأخلاقية

↑

٣. المبادئ الأخلاقية

↑

٢. القواعد الأخلاقية

↑

١. حكم أو فعل أو سلوك معين

وعلى سبيل المثال فإن الطبيب الذي يرفض ممارسة الإجهاض يمكن أن يبرر ذلك بناء على القاعدة الأخلاقية التي تحرم قتل النفس والتي تستند بدورها على مبدأ قدسية الحياة الإنسانية .

وكل من القاعدة والمبدأ تجد السند لها في النظريات الأخلاقية المختلفة في الفلسفات الغائية والفرضية والشرائع الدينية السماوية وغير السماوية .

وقد يكون التفريق بين القواعد والمبادئ الأخلاقية غير محدد في بعض الأحيان ولكن يمكن القول بصورة عامة أن القاعدة الأخلاقية تكون بسيطة وتجزيدية وتقرر أن فعلا معينا يجب اتباعه لأنه صحيح ، مثل " قول الصدق " ، أو " الوفاء بالوعد " ، أو "عمل الخير " ، أو أن فعلا اخر يجب أن يجتنب لأنه خطأ مثل : " لا تسرق " ، أو " لا تكذب " ، أو " لا تقتل " .

أما المبادئ الأخلاقية فإنها أكثر شمولية وتشكل الأساس الذي تصدر عنه القواعد الأخلاقية وتجعلها مبررة ومقبولة .

ولذلك فان مبدأ اخلاقيا واحدا يمكن أن يبرر عددا من القواعد الأخلاقية ، فعلى سبيل المثال فان مبدأ احترام الحرية الذاتية يمكن أن يبرر قاعدة الصدق وقول الحقيقة للمريض وقاعدة صيانة أسراره الخاصة وقاعدة عدم إخضاع المريض لأي إجراء تشخيصي أو علاجي إلا بعد نيل موافقته ، كما أن قاعدة اخلاقية معينة قد تستمد مبرراتها من مبدأين اخلاقيين أو أكثر .

اما النظريات الأخلاقية فكل منها يشمل مجموعة من القواعد والمبادئ الأخلاقية المنظمة في نسق متكامل داخل إطار واحد يجمعها ويربط بين اجزائها ولا يسمح بوجود تناقضات مخلة بين عناصرها المتعددة بقدر الإمكان .

ويجب بناء النظريات الأخلاقية على قواعد اخلاقية راسخة مثل قواعد الصدق والأمانة، وقول الحقيقة، والوفاء بالوعد، وصيانة السر، وعدم قتل النفس الإنسانية، وغيرها، مع الإدراك الكامل لنسبية هذه القواعد وانها غير مطلقة مع وجود استثناءات تجيز الخروج عليها في ظروف خاصة ومحددة .

وسوف نتعرض لكل من القواعد والمبادئ والنظريات الأخلاقية فيما يلي بقليل من التفصيل .

النظريات الأخلاقية Moral Theories :

تعتمد نظريات الأخلاق الطبية والحيوية في أصولها على العديد من الديانات والفلسفات والثقافات المختلفة التي أفرزت كل منها نظرية أخلاقية مختلفة .

فالنظرية الأخلاقية الأبقراطية هي واحدة من أقدم هذه النظريات وهي مقصورة على المجال الطبي .

أما الديانات السماوية الثلاث وهي اليهودية والمسيحية والإسلام فقد أنتجت كل منها نظرية أخلاقية عامة متكاملة واوجدت كل منها تطبيقا مشابها في المجال الطبي ،وكذلك الأمر في الديانات غير السماوية كالبوذية والكونفوشيوسية في الهند والصين.

والفلسفات الحديثة مثل فلسفة كانط والفلسفة النفعية والليبرالية اوجدت النظرية الأخلاقية التي تسود في المجتمعات الغربية وجميع أنحاء العالم المعاصر .

والفلسفات الاشتراكية القائمة على المساواة الاجتماعية أ وجدت لها كذلك تطبيقات مشابهة في مجال الأخلاقيات الطبية في المجتمعات الاشتراكية السابقة.

وبالرغم من التنوع والاختلاف العظيم بين الديانات المختلفة والفلسفات المختلفة فإن النظريات الأخلاقية الطبية المنبثقة منها تتحد في المبادئ والقواعد الأخلاقية ، فنجد مثلا أن مبدأ فعل الخير وتقديم النفع للمريض ومبدأ عدم الإضرار بالمريض مفاهيم أساسية مشتركة في نظريات فلسفية اخلاقية متنوعة ومتناقضة مثل الأبقراطية الوثنية، واليهودية التلمودية، والمسيحية، والإسلامية والبوذية، والليبرالية المعاصرة .

وبصورة عامة فيمكن تقسيم الفلسفات التي تصدر عنها النظريات الأخلاقية الحيوية الطبية إلى مجموعتين رئيسيتين :

أ) النظريات الغائية (القائمة على الغاية) Teleological Theories

إن ما يجمع هذه النظريات هو أن الواجب أو العمل الصحيح فيها مرتبط بالنتيجة ومعتمد على ما يتحقق من المنفعة والخير ، وبمعنى آخر فإن ما يحدد ماهية اي فعل أو سلوك وهل يعتبر صحيحا من الناحية الأخلاقية يعتمد على الغاية النهائية والنتيجة التي حدثت عن ذلك الفعل وما تحقق من خير أو نفع .

وأبرز هذه النظريات نظرية النفعية (الذرائعية أو البرجماتية) Utilitarian Theory التي يمثلها كثيرون مثل دافيد هيوم وجيرمي بيتشام وجون سيتوارت ميل .

والمفهوم الشائع لهذه النظرية هو أن: " الغاية تبرر الوسيلة " وأن العمل الأخلاقي الصحيح يجب أن: " يحقق أقصى قدر من المنفعة لأكبر عدد من الناس ".

كما يختلط في الأذهان مفهوم النفع بمعنى " الفائدة " ويختصر البعض النظرية إلى مفهوم محدود وهو أن : " العمل الصحيح هو الذي يحقق أعظم الفائدة ".

وبالرغم من أن جميع هذه المفاهيم تحمل قدرا من الصحة ولكنها ليست دقيقة لأن النظرية النفعية أكثر رقيا وتفصيلا مما تحدده هذه المفاهيم الشائعة .

و على سبيل المثال ، فالطبيب يجب أن يبذل أقصى الجهد لتخفيف معاناة المرضى والامهم والتقليل من الأعباء المالية عليهم ، ولكن ذلك لا يعني أن عليه ألا يسمح مطلقا بأية معاناة أو حتى احتمال التعرض للأذى لجميع المرضى في جميع الأحوال، أو ألا يتناول منهم أي أجور مطلقا .

ولكنه يعني أنه عندما يكون هناك مجال للاختيار بين وسائل علاجية مختلفة ولكنها متكافئة، فإن على الطبيب اختيار أقل الوسائل تكلفة وأكثرها تحقيقاً للفائدة وأقلها تعريضا للخطر . وأي اختيار آخر سوف يعتبر عملا لا أخلاقيا استنادا إلى نظرية النفعية .

كما يعتقد النفعيون بأن تقدير قيمة الشيء يعتمد على ما هو قيم بذاته داخليا وليس على أساس قيمته الخارجية ، بمعنى أن القيمة الداخلية تعتمد على ما هو في ذاته خير بغض النظر عما يحدثه من نتائج أ وآثار جيدة .

والقيمة الداخلية هي قيمة في الحياة نرغب في امتلاكها والاستمتاع بها لجدواها في حد ذاتها . وليس لغرض تحقيق أي فوائد منها . وبدون هذه القيم الداخلية فإن الأشياء التي نتبعها كوسائل لأشياء أخرى قد تصبح عديمة النفع وتفقد كل معنى من ورائها.

فالصحة على سبيل المثال من ضمن القيم الخيرة في ذاتها وليس فقط لما لها من اثار خارجية جيدة. فإذا أجريت عملية لمريض معين لإعادة الصحة إليه ولكن ذلك الشخص كان لا يقدر الصحة كقيمة في حد ذاتها، فإن من الصعب أن نفهم كيف يمكن أن تعني له العملية الجراحية أي قيمة .

وفي بعض الحالات يمكن لشيء واحد أن يكون ذو قيمة داخلية وخارجية في نفس الوقت مثل الصحة التي يمكن أن تحمل إلى جانب قيمتها الداخلية قيمة خارجية عندما تكون وسيلة للاستمتاع بالحياة والعمل المنتج .

والركن الأساسي للأخلاق هو تشجيع القيم الإنسانية ذات القيمة الداخلية الذاتية عن طريق تعظيم المنفعة إلى الحد الأقصى وتقليل الضرر إلى الحد الأدنى .

والقيم الأخرى التي يجعلها النفعيون أهدافا للسلوك الإنساني عديدة كالسعادة والسرور والصداقة والشجاعة والصحة والجمال والمعرفة وغيرها.

مبدأ المنفعة The Principle of Utility

ينص "مبدأ المنفعة" على أن العمل أو السلوك الصحيح للفرد هو ذلك الذي يؤدي إلى تحقيق "المنفعة" Utility.

وتعرف "المنفعة " بأنها أعظم توازن ممكن يرجح جانب المصالح على جانب الأضرار لجميع الأفراد الذين يؤثر عليهم ذلك الفعل.

ويتفق جميع النفعيون في إقرار مبدأ المنفعة كمحدد نهائي لنسبة أي فعل أو سلوك إلى الخطأ أو الصواب من الناحية الأخلاقية.

ولكنهم يختلفون فيما إذا كان تطبيق مبدأ المنفعة يجب أن يقع على الفعل المعين في ظروفه الخاصة والمحددة أو أنه يجب أن يقع على القواعد الأخلاقية التي يندرج ذلك الفعل في إطارها، وهذه القواعد هي التي تقرر فيما بعد أي الأفعال يعتبر صوابا أو خطأ من الوجهة الأخلاقية.

وبذلك انقسم أنصار النظرية النفعية إلى مذهبين مختلفين:

أ) المذهب النفعي العملي Act Utilitarian

لا ينظر أصحاب هذا المذهب إلى القواعد الأخلاقية مثل قاعدة تحريم القتل أو السرقة، أو قاعدة قول الصدق أو الوفاء بالوعد، ولكنهم يعتمدون في نظرتهم على أساس تعظيم المنفعة الناتجة من الفعل نفسه في الظروف الخاصة التي يحدث فيها.

وهم لا ينكرون أهمية هذه القواعد الأخلاقية ويقرون أن التجربة والخبرة قد أثبتت صلاحيتها على مر الزمن وبصورة عامة ، ويمكن الالتزام بها إذا ثبت أن النتيجة منها تحقق أعظم" المنفعة".

ولكن إذا تبين أن الالتزام بها لا يحقق أقصى "المنفعة" فإن العمل الأخلاقي الصحيح يحتم عدم الالتزام بها.

فإن وجد الطبيب مثلا أن قول الحقيقة للمريض قد يسبب له الضرر فإن العمل الأخلاقي الصحيح يحتم عليه إخفاء الحقيقة أو حتى الكذب عليه وخداعه إذا رأى أن ذلك سوف يحقق أعظم "المنفعة".

وإذا كان البحث الطبي سوف يحقق أعظم المنفعة لأكبر عدد من الناس (أي أنه يحقق صالح العلم والمجتمع)، فإن من الواجب إجراؤه حتى إذا كان سيؤدي إلى إصابة المشاركين فيه بالأضرار.

وبالمثل يمكن تبرير العديد من الممارسات التي لا تحترم القواعد الأخلاقية الأخرى مثل قاعدة عدم القتل والأمانة والوفاء بالوعد وغيرها.

ومن الواضح أن هذا المذهب يتنافى مع المفاهيم الأخلاقية العامة للمجتمع والضمير الأخلاقي العام، ولذلك فإنه لا يصمد أمام الانتقادات الموجهة إليه في العديد من المواقف والقضايا في مجال الأخلاقيات الحيوية الطبية.

ب) المذهب النفعي الأخلاقي Rule Utilitarian :

ينسب أنصار هذا المذهب الخطأ أو الصواب من الوجهة الأخلاقية إلى القاعدة الأخلاقية التي يستند عليها الفعل وليس إلى الفعل نفسه.

وتكون القاعدة الأخلاقية صحيحة إذا كان الالتزام بها يؤدي إلى تعظيم "المنفعة" ، وبالتالي يصبح الفعل صحيح أخلاقيا إذا كان يقع ضمن إطار تلك القاعدة العامة الصحيحة.

ويجب احترام القواعد الأخلاقية لأنها تحقق أعظم المنفعة للجميع ولا يصبح أي فعل صحيح من الوجهة الأخلاقية إلا إذا كان يتوافق مع قاعدة أخلاقية ذات قيمة اجتماعية عامة.

فالطبيب الذي يخفي الحقيقة عن المريض أو يكذب عليه يرتكب خطأ اخلاقيا لأن قاعدة الصدق ذات قيمة اجتماعية هامة، ويجب الالتزام بها إلا إذا استطاع الطبيب أن يبرر عمله استنادا إلى قاعدة أخلاقية أقوى من قاعدة الالتزام بالصدق وقول الحقيقة.

ويعتقد المناصرون لهذا المذهب أن القواعد الأخلاقية العامة ذات فائدة اجتماعية عظيمة وأن الناس يبنون مواقفهم وسلوكهم على أساس الالتزام العام بها من قبل جميع أفراد المجتمع. فالإنسان العادي يبني مواقفه اليومية على أساس أن جميع الناس يلتزمون الصدق في أحاديثهم بصورة عامة ويفون بوعودهم ، ويمكن لكل إنسان أن يتصور إلى أي مدى يمكن أن تتعقد العلاقات وقواعد التعامل بين الناس إذا انهارت الثقة بينهم في قواعد الصدق والأمانة.

ولذلك فلا يمكن تجاوز هذه القواعد الأخلاقية أو انتهاكها في بعض المواقف لأن ذلك سوف يقوض هذه القواعد نفسها ويهدد وجودها داخل المجتمع بما له من تأثير مدمر على بنيان المجتمعات نفسها.

ولكن التحفظ الوحيد الذي يضعه أنصار المذهب النفعي الأخلاقي هو أن جميع القواعد الأخلاقية ليست مطلقة أو ثابتة على الدوام في وجوب الالتزام بها فجميعها قابلة للمناقشة والمراجعة اعتمادا على الغايات النهائية الناتجة عنها في تحقيق أعظم المنفعة.

وأعمال الإنسان ليست منعزلة ولكنها تحدث في إطار النسيج الاجتماعي القائم ولذلك فإن أي فعل يقوم به الفرد لا يؤثر عليه وحده ولكنه يؤثر على أفراد آخرين داخل المجتمع.

كما أن من النادر أن تكون النتائج النهائية للأفعال الإنسانية خيرا مطلقا أو شرا مطلقا بل نجدها دائما خليطاً غير متجانس من النتائج الحسنة والسيئة.

ولذلك فإن واجب الفرد هو العمل على تحقيق التوازن الذي يحقق أكبر قدر من المنافع وأقل قدر من الأضرار لجميع الأفراد الذين يؤثر عليهم ذلك الفعل.

تقييم المواقف الأخلاقية اعتمادا على النظرية النفعية :

وتحدد النظرية النفعية طريقة عملية لتقييم الموقف وتقرير السلوك الواجب إتباعه في حالة معينة بالطريقة التالية:

١) يجب أولا تحديد جميع الاحتمالات الممكنة والبدائل المختلفة للسلوك أو الأفعال الممكن إتباعها في موقف معين ضمن ظروفه الخاصة.

٢) تحديد النتائج المتوقعة القريبة والبعيدة المدى لكل بديل من بدائل السلوك الممكنة.

٣) تقدير كل النتائج المتوقعة بما فيها من خير أو شر على جميع الأفراد الذي يمكن أن يشملهم كل بديل من البدائل الممكنة.

٤) عندئذ يتم اختيار السلوك الصحيح من الناحية الأخلاقية على أساس تقرير أي منها يحقق أكبر قدر من المنافع وأقل قدر من الأضرار لجميع الأفراد.

٥) وإذا تبين وجود نوعين من السلوك يحملان قيما نفعية متكافئة فإن كلا منهما يعتبر صحيح ومقبول أخلاقيا.

٦) أما إذا كانت كل بدائل السلوك أو الفعل الممكنة تحمل قدرا مختلفا من الأضرار فإن السلوك الأخلاقي الصحيح هو الذي يحقق أقل قدر من الأضرار.

وهذا الموقف الأخير يتطابق مع القاعدة الشرعية في الفقه الإسلامي القائمة على اختيار الفعل الذي يحقق أهون الضررين.

التقييم النقدي للنظرية النفعية في مجال الأخلاقيات الحيوية الطبية:

تتناقض القيم النفعية مع خبراتنا وتجاربنا في الحياة الأخلاقية وخصوصا في نظرتها إلى القواعد الأخلاقية الراسخة مثل عدم القتل وعدم الكذب وعدم السرقة فلا تجعلها ملزمة إلا إذا كانت غايتها تحقيق أعظم " المنفعة".

وبناء على ذلك فهي تحل الفرد من الالتزام باية واجبات أخلاقية ويصبح سلوك الفرد يهدف نحو تعظيم المنفعة وغير مقيد باية واجبات نحو الآخرين.

كما تتجاهل النظرية النفعية الالتزامات التي تفرضها واجبات العلاقات الشخصية مثل علاقة الابن بوالديه أو الزوج بزوجته أو الدائن بالمدين أو الطبيب بالمريض وغيرها.

تتناقض القيم النفعية بشكل حاد مع نظرية الحقوق ولا تقيم أي وزن لحقوق الأفراد المتعددة والمتنوعة فإذا رأى النفعي مثلا أن الكذب أو الخداع سوف يحقق أعظم " المنفعة " ولكنه سوف ينتهك حق فرد معين في الحرية ويؤدي إلى سجنه وعقابه على جرم لم يقترفه . فإنه لن يتورع عن الكذب أو الخداع وسوف يجد المبررات الأخلاقية التي تؤيد موقفه استنادا إلى النظرية النفعية.

و بالمثل يمكن أن يبرر الطبيب إهدار حق الإنسان في الحياة إذا كان قتل المريض أو الطفل المشوه أو المصاب بالتخلف العقلي سوف يؤدي من وجهة نظره النفعية إلى تحقيق أعظم " المنفعة ".

كثيرا ما تتناقض المواقف النفعية مع مبدأ العدالة وتتجاهل توزيع المنافع والأعباء على الأفراد بما يحقق مبادئ العدالة كالمساواة وتكافؤ الفرص أو الحاجة أو غيرها من مبادئ العدالة.

لعل الميزة الوحيدة التي تمتلكها النظرية النفعية هي إيجاد دليل إرشادي عملي لتحديد المواقف واتخاذ القرار في حل المعضلات الأخلاقية العملية يعتمد على خطوات إجرائية واضحة للتفكير وبرسي قواعد محددة للاختيار بين البدائل المتعددة والمختلفة .

فعندما يحتمل الموقف اتجاهات متناقضة فإن النظرية النفعية توجهنا إلى العمل على تحليل الموقف ، وتحديد بدائل السلوك أو الفعل الممكنة ، وتقييم كل منها بطريقة عملية لتقدير النتائج المتوقعة لكل منها ، وتحديد معايير الاختيار فيما بينها بما يحقق تعظيم المنفعة إلى الحد الأقصى وتقليل الأضرار إلى الحد الأدنى.

تناقض النظرية النفعية مع الالتزامات الطبية والواجبات المهنية :

بالرغم من أن النظرية النفعية هي السائدة في العلاقات الاجتماعية والاقتصادية في الحياة الغربية بصورة عامة ، ويمكن تطبيقها في كثير من المجالات وتحقق كفاءة أخلاقية عالية في العديد من المواقف إلا أن الطبيب لا يستطيع أن يلتزم بمبادئ هذه النظرية وتطبيقاتها في المجال الطبي الحيوي دون أن يقع في مزالق خطيرة تؤدي به إلى الإخلال بواجباته والتزاماته نحو المريض.

فبناء على هذه النظرية فإن المعيار الذي يحدد السلوك الأخلاقي الصحيح هو ذلك الذي يحقق أكبر قدر من النفع لأكبر عدد من الناس ، أي بمعنى آخر ما يحقق مصلحة المجتمع على حساب مصلحة الفرد في بعض الأحيان .

ولذلك فإن المسرات (وتشمل الصحة والعافية) والآلام يجب أن يتم تقييمهما معا بجمعهما سوية ويتحدد السلوك الأخلاقي بانه ذلك الذي يحقق أكبر قدر من المسرات وأقل قدر من الآلام .

والاعتراض التقليدي على مثل هذا الموقف النفعي هو أن توزيع المسرات والآلام ليس له اي قيود او محددات أخلاقية ، وليس هناك اي ضوابط تكفل عدالة توزيع المسرات والآلام ، وبالتالي فمن الممكن أن يتمتع بالمسرات أناس ويعاني من الآلام اخرون دون اي ضوابط او محددات أخلاقية .

ولذلك فإن النظريات النفعية كثيرا ما تتناقض مع واجبات والتزامات الطبيب ومع حقوق المريض الفرد ولا يمكن للطبيب أن يلتزم بما تمليه هذه النظريات عامة ، لأن العلاقة المهنية القائمة بين المريض والطبيب تفرض على الطبيب واجبات والتزامات أخلاقية تحتم عليه دائما أن تكون مصلحة المريض هي الواجب الأول.

وبالتالي فإن عليه دائما أن يضع في محور اهتمامه ونصب عينه مصلحة مريضه الفرد ، وخصوصا عندما تتناقض مصلحة ذلك المريض مع مصلحة المجموع .

فلو أن بحثا طبيا معينا قد يضر المريض ولكنه سوف يؤدي إلى نتائج علمية تفيد المرضى في المستقبل وتحقق صالح ورفاهية المجتمع فإن الطبيب لا يمكن أن يلتزم بالموقف النفعي الذي يملي عليه بأن السلوك الأخلاقي الصحيح يتمثل بما يحقق أكبر الفوائد لأكبر عدد من الناس لأن الطبيب إن فعل ذلك فإنه ينتهك واجبه المهني الأول وهو تحقيق مصلحة المريض العليا .

وحتى إذا اقتنع الطبيب بأن معاناة واحد أو مجموعة من الناس ضرورية لرخاء المجموع وأن تلك المنفعة التي ستعود على المجتمع تستحق أن يضحي من أجلها البعض، فإن علاقة الطبيب المهنية بالمريض تفرض عليه واجبات أخلاقية ملزمة تحتم عليه دائما وأبدا أن ينظر إلى المريض كفرد قائم بذاته ومستقل ، وعليه أن يحترم كينونته وحريته الذاتية وأن يضع مصلحة المريض أمامه كواجب ابتدائي ملزم لا يمكن تجاوزه أو الخروج عليه .

وبعبارة أخرى فإن جوهر وروح العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض تفرض عليه أن ينظر إلى المريض "كمالك حقوق" معينة خاصة يجب أن تصان، ولا يمكن تجاوز هذه الحقوق أو سلبها منه أو استخدام الإنسان كوسيلة لتحقيق غاية أخرى مثل تحقيق التقدم العلمي أو تحقيق النفع للمجتمع او لخير الإنسانية مهما كانت المبررات والأسباب.

ب) النظريات الفرضية (القائمة على الفرض) Deontological Theories

أما النظريات الفرضية أو "الواجبية "(أي القائمة على الواجب)، فإنها ذات مصادر متعددة ومختلفة وأهمها :

١) الديانات السماوية: كاليهودية والمسيحية والإسلام ، وفيها يكون تحديد الأفعال وتقدير صحتها أو خطئها مستندا إلى الأوامر الإلهية السامية والتعاليم الدينية المقدسة القائمة على الإيمان والاعتقاد الديني .

٢) القانون الطبيعي الذي يستمد أسسه من العقل الإنساني الذي يستطيع أن يدرك بصورة عقلانية وواعية ويميز بين الخطأ والصواب .

٣) الحدس والبديهة التي تستند إلى أن المبادئ الأخلاقية يمكن أن تدرك بالحدس والبديهة اعتمادا على الفطرة الإنسانية السليمة التي تجعله يميز بين الخطأ والصواب.

٤) العقد الاجتماعي، وهذه تستمد أصولها من افتراض وجود عقد اجتماعي بين أفراد المجتمع يحدد الأمور ويتوافق على تحديد الأفعال والسلوكيات وينسبها إلى الخطأ أو الصواب.

وما يجمع هذه النظريات هو أن مفهوم الواجب فيها مستقل عن مفهوم المنفعة أو الخير فالعمل الصحيح هو واجب ملزم بحد ذاته بغض النظر عن نتيجته ، أو الغاية منه.

وبالرغم من أن المنفعة أو الخير كثيرا ما تكون نتيجة للعمل الصحيح ، ولكنها ليست كذلك دائما بالضرورة . فالعمل الصحيح لا يتحدد ولا يمكن الحكم عليه كذلك من خلال النفع أو الخير الذي يمكن أن ينتج عنه أو بمعنى آخر من خلال الغاية النهائية للفعل.

ولذلك فإن النظريات الفرضية تقف على طرف النقيض من النظريات الغائية في تقييمها للأفعال والمواقف الأخلاقية ونسبتها إلى الخطأ أو الصواب.

وأكثر النظريات الفلسفية الفرضية وضوحا هي فلسفة عمانويل كانط وأتباعه .

النظرية الفرضية لكانط:

إن أهم المبادئ التي تتضمنها نظرية عمانوئيل كانط يتمثل في النظرة إلى الإنسان بالإعلاء من شأن الإنسان ورفع قيمة الفرد إلى أعلى مرتبة.

ولذلك فإن الإنسان يجب أن يعامل دائما كغاية وهدف في حد ذاته ، ولا يجب أن يعامل أي إنسان كوسيلة لتحقيق أية غاية أخرى مهما كانت المبررات.

وبالتالي فإن النظرية تحمل قدرا عظيما من الاحترام العميق للإنسان ، وتؤكد على حقه في الاستقلال والحرية ، لأن كل إنسان يحمل الحق الطبيعي في الكرامة الإنسانية لمجرد كونه إنسانا يتميز بفضيلة العقل والقدرة على التفكير العقلاني.

وتقرر النظرية عددا من الواجبات الأخلاقية للفرد نحو الذات ونحو الآخرين بعضها واجبات كاملة وبعضها واجبات غير كاملة .

أما الواجبات الكاملة Perfect Duties فإنها ملزمة للفرد بصورة مطلقة ولا توجد أي استثناءات يمكن أن تبرر التخلي عنها لأن انتهاكها يؤدي إلى الإخلال باحترام الإنسان ويتعامل معه كوسيلة وليس كغاية.

ومن أبرز الواجبات الكاملة عدم القتل أو السرقة ، والالتزام بالصدق والأمانة والوفاء بالوعد، وتهذيب النفس ورقي العقل، وغير ذلك من القواعد الأخلاقية الواجبة ، ومهما كانت النتائج المتوقعة حسنة فإن انتهاك هذه الواجبات غير مسموح به وغير مقبول لأنها أفعال خاطئة ، والخطأ كامن في طبيعتها الداخلية نفسها.

ويعتبر احترام الذات كذلك من الواجبات الكاملة للفرد حيث عليه أن يحترم ذاتيته مثل ما يحترم الآخرين. ولذلك فإن الانتحار عمل غير أخلاقي لا يقل بشاعة عن قتل الآخرين ، وكذلك فإن شارب الخمر الذي يصل إلى درجة السكر يقوم بعمل غير أخلاقي لأنه يقوض القدرات العقلية المميزة للإنسان ويستخدم ذاته كوسيلة لتحقيق غاية أخرى كالمتعة والسرور.

أما الواجبات غير الكاملة Imperfect Duties للفرد فتتطلب منه أن يسعى بصورة عامة إلى المشاركة في تحقيق الرفاهية والسعادة للآخرين وهذا يتطابق مع "مبدأ فعل الخير" الذي يعتبره كانط واجبًا غير كامل نحو الآخرين.

ولا يمكن للمرء الالتزام بواجب غير كامل مثل تقديم الخير للآخرين على حساب الإخلال باحد الواجبات الكاملة مهما كانت الأسباب والمبررات.

وعلى المرء أن يختار في حياته المجال الخاص الذي يستطيع فيه اداء الأعمال التي تشارك في تحقيق الخير والسعادة للآخرين بما يتناسب مع قدراته وإمكانياته، ولكن هذا لا يعني بالطبع ان على الإنسان ان يلتزم بتقديم المساعدة لكل من يطلبها منه، ولكن عليه أن يختار بنفسه نوع الأفعال الخيرية التي يقدمها لمن يستحقها من الآخرين.

تطبيقات النظرية الكانطية في مجال الأخلاقيات الحيوية الطبية:

تشكل مبادئ نظرية كانط إطارا جامعا للكثير من المسائل الأخلاقية الحيوية الطبية المعاصرة وفي مقدمتها النظرية التي تعلي من شان الإنسان وتتعامل معه كغاية وتحقق احترام حرية الفرد وكرامته الشخصية.

وتكمن مبادئ النظرية الكانطية وراء العديد من المسائل الهامة في الأخلاقيات الحيوية الطبية منها مثلا:

١) الموافقة المستنيرة للفرد على عدم الخضوع لأي إجراء علاجي أو تشخيصي أو المشاركة في اي بحث طبي بما يحقق احترام الحرية الذاتية واستقلال الفرد وتحقيق إرادته بما يتوافق مع الكرامة الإنسانية.

وفي الأبحاث الطبية فإن احترام الإنسان يتطلب من الباحث -إلى جانب الحصول على الموافقة المستنيرة - الا يمارس اي وسيلة من وسائل القسر لدفع الأفراد للمشاركة في البحث وأن يوفر لهم المعلومات الكاملة عن أهداف البحث ووسائله والمخاطر المتوقعة منه.

ولا يجوز في الأبحاث الطبية استخدام الإنسان كوسيلة لتحقيق أي أهداف أخرى مهما بلغ نبلها مثل تحقيق الخير للإنسانية أو تطوير المعارف العلمية أو غيرها من الأهداف مثل تحقيق الدرجات العلمية للباحث أو الشهرة والمكانة أو المكاسب المالية.

٢) استخدام الدواء الغفل Placebo الخالي من أي مادة علاجية فعالة في العمل الطبي وإيهام المريض بأن الدواء الذي يتعاطاه دواء فعال غير مسموح به أخلاقيا حتى وإن حقق الشفاء للمريض أو التحسن لأنه عمل يتضمن الكذب والخداع وهي أفعال خاطئة غير مقبولة.

٣) قول الحقيقة للمريض: من الواضح أن على الطبيب الالتزام بالصدق وقول الحقيقة للمريض بصورة مطلقة من وجهة نظر كانط لأن الكذب خطأ أخلاقي مطلق والالتزام بالصدق واجب كامل لا يجوز انتهاكه مهما كانت المبررات. وإذا رغب الطبيب في إخفاء الحقيقة عن المريض لكي لا يسبب له القلق والانزعاج والاضطراب النفسي انطلاقا من واجب فعل الخير (واجب غير كامل لدى كانط) فإن ذلك غير مقبول من الناحية الأخلاقية لأنه يقوم بانتهاك واجب كامل.

نقد النظرية الكانطية:

١) إن أهم ما يميز نظرية كانط هو الإعلاء من شان الإنسان والعقل وتحقيق الاعتقاد السائد الذي ينسجم مع ممارساتنا وقيمنا الأخلاقية وهو أن الغاية لا يمكن أن تبرر الوسيلة ابدا ، وهي في ذلك تقف على طرف النقيض مع قيم النظرية النفعية.

٢) تحقق النظرية الالتزام بالقواعد الأخلاقية البديهية التي تثبت التجربة والممارسة صلاحيتها الدائمة مثل عدم القتل وعدم الكذب وعدم الإخلال بالوعود وغيرها من القواعد الأخلاقية الأساسية.

٣) تحقق نظرية كانط الالتزام بحقوق الإنسان وحقوق الفرد المختلفة ومنها مثلاً حق الإنسان في الحرية وعدم فرض القيود عليه او إجباره على القيام بافعال على غير إرادته أو فرض القيود على حقوقه الفكرية والإعتقادية وحقه في عدم العقاب إن كان بريئا . . . وغير ذلك.

٤) بالرغم من أن النظرية تقدم دليلا مرشدا للعمل في المواقف الأخلاقية عن طريق المفاضلة بين الواجبات الكاملة وغير الكاملة ، وإعطاء الأسبقية للأولى منها إلا أنها لا تقدم أي دليل للعمل في المواقف التي تتناقض فيها الواجبات الكاملة نفسها فيما بينها ، وهي مواقف عملية كثيرة الحدوث في الحياة العملية وفي مجال الأخلاقيات الحيوية الطبية.

٥) الالتزام الشديد والصارم للنظرية بالواجبات الكاملة يتناقض مع كثير من المواقف في مجال الأخلاقيات الحيوية الطبية مع الممارسات العملية اليومية لأن الواقع العملي يفرض في كثير من الأحيان عدم الالتزام بتلك الواجبات.

٦) تقلل النظرية من واجب فعل الخير وخصوصا لمنع وقوع الضرر الجسيم على الآخرين إذا تناقض مع احد الواجبات الكاملة لأنها تعتبر فعل الخير واجبا غير كامل.

القواعد الأخلاقية والواجبات (Moral Rules & Duties)

تنشأ القواعد الأخلاقية من الأسس النظرية للفلسفات المختلفة ، سواء الغائية(المعتمدة على الغاية) أو الفرضية (المعتمدة على الفرض او الواجب) أو الالتزامات الدينية العقائدية .

وهذه القواعد والمبادئ الأخلاقية النابعة من النظريات الأخلاقية هي التي تقيم الأسس لتحديد واجباتنا والتزاماتنا الأخلاقية وكذلك الأسس لتقييم أحكامنا والحكم على صحة أو خطأ سلوكنا وأعمالنا .

والقواعد والمبادئ ملزمة للفرد وواجبة عليه ، ويعتبر الالتزام بها واجبا أخلاقيا أساسيا.

و قد صنف الفيلسوف الإنجليزي و.د. روس W.D.Ross الواجبات إلى نوعين هما:

١) الواجب الابتدائي Prima Facie duty

وهو واجب ملزم لأنه يعتبر حجة ابتدائية كافية بحد ذاتها ويجب التسليم به ما لم يقم دليل على نقضه.

ولذلك فإن مفهوم الواجب الابتدائي لدى روس يعتبر واجبا مشروطاً لأننا يمكن أن نتجاوزه إذا قام دليل آخر على وجوب الالتزام بواجب ابتدائي آخر أكثر أهمية.

و هذا المفهوم يناقض مفهوم " الواجب المطلق " Absolute Duty في نظرية عمانوئيل كانط والفلسفات الفرضية الأخرى والدينية منها على وجه الخصوص.

وفي الظروف العادية التي لا يوجد فيها إلا واجب ابتدائي واحد فإن الالتزام بهذا الواجب الابتدائي يعتبر هو " الواجب الفعلي"Actual duty ا لذي يجب علينا القيام به.

أما في الظروف غير العادية التي يتناقض فيها واجبان ابتدائيان أو أكثر فإن " الواجب الفعلي" يلزمنا بواحد منها بحسب ما تحدده مقتضيات الظروف الخاصة في كل حالة على حدة.

وتعتبر جميع القواعد والمبادئ الأخلاقية واجبات ابتدائية مثل واجبات الصدق والأمانة والوفاء بالوعد واحترام الاتفاقات والعهود وعدم الإضرار بالغير وفعل الخير والعدالة وتهذيب النفس.

وتقدم لنا نظرية روس للواجبات الابتدائية المشروطة حلولا جيدة في كثير من مجالات الأخلاق الحيوية الطبية وخصوصا عندما تتناقض الواجبات فيما بينها ، ومنها على سبيل المثال:

- تناقض واجب قول الحقيقة للمريض مع مبدأ فعل الخير ومنع الضرر النفسي على المريض أو عندما يتناقض واجب صيانة السر المهني مع إفشائه لمنع إصابة الآخرين بالأضرار.

٢) الواجب الواقعي (الفعلي) Actual Duty

وهو الواجب الذي يحدده الفرد في موقف معين بعد التقدير الكامل للوضع واختبار كل الواجبات الابتدائية وتقدير وزن كل منها وعلاقتها بالموقف .

فالقتل مثلا عمل خاطئ والقاعدة الأخلاقية التي تحرم قتل النفس الإنسانية هي واجب ابتدائي ويجب الالتزام بها ما لم يقم دليل على أن القتل ليس خطأ أخلاقيا وأصبح من الممكن تجاوز هذه القاعدة للالتزام بواجب أخلاقي اهم مثل القتل للدفاع عن النفس أو القتل لتحقيق العدل في القصاص ، فيصبح القتل في هذه الحالة ملزم أخلاقيا كواجب ابتدائي .

والقواعد الأخلاقية واجبة الالتزام ، ولكن الالتزام بها لا يمكن أن يكون دائما وبصورة مطلقة في جميع الأحوال .

و بمعنى أخر فإن القواعد الأخلاقية تعتبر مطلبا أخلاقيا قويا يمكن أن يتم التجاوز عنها لتحقيق مطلب أخلاقي أخر أقوى منها في ظروف خاصة ومحددة .

والمثال السابق يوضح التناقض الذي يمكن أن تقع فيه قاعدة عدم القتل مع تحقيق العدالة في القصاص أو حماية الأبرياء من العدوان .

بل إن الالتزام المطلق بالقواعد الأخلاقية قد تنتج عنه في بعض الأحيان عواقب غير حميدة من الناحية الأخلاقية ، فالقاعدة الواجبة مثلا التي تحتم الحصول على إذن المريض قبل القيام بأي إجراء علاجي لا يمكن الالتزام بها في الحالات الإسعافية الطارئة ، ولو التزم بها الطبيب فقد يعرض حياة المريض للخطر .

التعارض والتناقض بين القواعد الأخلاقية:

وفي بعض المواقف يجد المرء نفسه في حيرة لأن القواعد الأخلاقية التي تحدد الأمور قد تصبح تبسيطية أو تجريدية ومن الصعب تطبيقها على المواقف العملية التي تواجه الطبيب في العمل اليومي المباشر .

ففي أحد المواقف مثلا قرر والد طفل مريض عدم التبرع بالدم لابنه، بالرغم من توافق فصائل الدم ، ولكنه طلب من الطبيب أن يخبر زوجته أن فصيلة دمه غير متوافقة مع فصيلة الطفل المريض حتى لا تحدث مشاكل عائلية هو في غنى عنها .

لم يوافق الطبيب على ذلك التبرير ولكنه اخبر الزوجة ان " اسبابا طبية " تمنع الأب من التبرع بالدم لابنه .

هنا يمكن القول ان الطبيب قد كذب لكي يدفع ضررا عن الأب ، أو يمكن أن نبرر الأمر بان الطبيب قد كذب لكي يحافظ على سر المهنة لأن الأب قد أصبح مريضا لديه، أو حتى يمكن التبرير بان الطبيب لم يكذب ، او أن الكذبة مبررة اخلاقيا ، لأن الالتزام الأول للطبيب هو نحو مريضه وهو الأب وليس عليه اي واجبات أو التزامات نحو الزوجة تفرض عليه إخبارها بالحقيقة .

وفي بعض المواقف قد تتناقض القواعد الأخلاقية مع بعضها دون أن تقدم أي قاعدة بديلة يمكن ان توجه المرء نحو السلوك الأخلاقي الصحيح الذي يجب عليه اتباعه لحل الموقف .

فإذا طلب مريض مصاب بمرض تناسلي من الطبيب عدم إعلام زوجته بذلك درءا للمشاكل الزوجية التي يمكن أن تنشأ ، فلو وافق الطبيب على ذلك خضوعا لقاعدة صيانة السر المهني فإن ذلك قد يصيب الزوجة بالضرر ، وإذا أبلغ الزوجة فإنه يحميها من الضرر خضوعا لمبدأ عدم الإضرار ولكنه يفشي السر المهني للمريض .

وفي الحالة الأولى قد يبرر الطبيب الأمر بان واجبه الملزم هو تحقيق المصلحة للمريض وهو الزوج وليس عليه أي التزام نحو الزوجة .

ومشكلة أخرى تجابه المرء وهي أن القواعد الأخلاقية قد تتعارض مع العديد من العوامل الخارجة عن موضوع الأخلاق ولكنها متعلقة بالموقف نفسه مثل المسئوليات العائلية للطبيب ، أو الاعتقادات الدينية ، أو الالتزامات التعليمية ، وغيرها من الأمور التي قد تفرض مواقف تتعارض مع القواعد الأخلاقية التي لا تقدم اي وسائل للتعامل معها وحل الإشكاليات الناجمة عن تلك المواقف .

ولكن هذا لا يقلل من اهمية القواعد الأخلاقية فبالرغم من أنها قد تكون غير شاملة وغير مطلقة ، وربما قد تكون متعارضة فيما بينها في بعض الحالات ، أو صعبة التطبيق في حالات أخرى، إلا إنها مع ذلك لا تزال ضرورية لأنها تقدم لنا الوسيلة الأخلاقية الموضوعية لتقييم الأمور ومعرفة السلوك الصحيح أو الخاطئ في الظروف والأحوال المختلفة .

وتبقى ملاحظة أخيرة ومهمة، وهي أن تجاوز الواجب في حالة معينة لا يؤدي إلى إلغائه ، ويجب على الطبيب الذي يتجاوز أداء الواجب في ظرف معين حتى ولو كان ذلك بمبرر مقبول أن يشعر بالذنب ويقوم بالاعتذار لمن قصر في أداء الواجب نحوهم .فلو أن التزامات الطبيب العائلية أو الشخصية أو التعليمية مثلاً قد منعته من القيام بعلاج مريض معين أو التاخر عن موعده مع مرضاه، أو عدم الوفاء بوعد معين قطعه لأحد مرضاه، فإن تجاوزه للواجب هنا يلزمه بتقديم الاعتذار اللازم .

ولو أن طبيبا اجرى دراسة علمية على مرضى وكانت بروتوكولات البحث تشمل إعطاء بعض المرضى دواء غُفلا (Placebo) دون علمهم لضمان سلامة النتائج ودقة البحث فإن خداع المرضى هنا عملية مسيئة إلى الواجب المهني بشكل كبير وعلى الباحث أن يوضح بعد ذلك للمرضى مقاصده ويعتذر لهم ويحاول كسب عفوهم ورضاهم بكل سبيل.

الحقـــــوق Rights

لقد أدت سيادة الليبرالية والفردية في المجتمعات الغربية إلى توسيع مجال المطالبة بالحقوق المختلفة وشمول مفاهيمها إلى المجالات السياسية والاجتماعية والاقتصادية والقانونية والأخلاقية .

فالجدل حول " حقوق الإنسان " اصبح موضوعا ساخنا يشمل العالم كله ويثير اختلافات كبيرة داخل معظم المجتمعات المعاصرة وفيما بينها ، وبالرغم من أن أغلبية المجتمعات المعاصرة توافق على " حقوق الإنسان الأساسية " إلا أن الموافقة ليست شاملة وتظل هناك الكثير من مواضع الاختلاف في عدد من المسائل داخل المجتمعات المختلفة .

والحديث عن الحقوق شامل لكل مجال مثل " حق الانتخاب " و" حق حرية الصحافة " و"حق الحصول على المعلومات " و" حق التعليم " و" حق الرعاية الصحية والطبية " و"حقوق الطفل" و"حق التناسل" و"حق الحياة" الذي يتخذه المدافعون عن حياة الجنين ضد الإجهاض ، و"حق الخصوصية" و" حق المرأة في جسدها" الذي يقول به المؤيدون لحرية الإجهاض ، إلى غير ذلك من المجالات العديدة مثل " حقوق الحيوان " و" حقوق النبات والبيئة" وغيرها .

مفهوم الحق :

ومفهوم الحق لدينا هو أنه مطلب مبرر ومقبول أخلاقيا يستطيع الفرد أن يطلبه من المجتمع أو الآخرين ويشابه الأشياء المادية التي يمتلكها الفرد وله حق وحرية التصرف فيه.

والحقوق الأخلاقية للفرد هي مطالب تبررها وتدعمها المبادئ والنظريات الأخلاقية بنفس الطريقة التي تقرر بها القواعد الشرعية والقانونية الحقوق الشرعية والقانونية للأفراد.

ويلاحظ أن الحقوق القانونية والشرعية للأفراد والحقوق الأخلاقية متشابهة إلى حد كبير وفي كثير من الأحيان متطابقة ، فحرية الاعتقاد الديني مثلا حق تؤيده الأخلاق وتكفله القوانين.

كما أن هناك تلازم بين الحقوق والواجبات فالحق الذي ينشأ لطرف معين يشكل واجبا مقابلا لدى طرف آخر ، ولذلك فإن حق المريض في الرعاية الصحية والطبية يقابله واجب الطبيب في تقديم الرعاية الطبية الملائمة مثلا.

الحقوق الإيجابية والحقوق السلبية :

يجب التمييز بين نوعين من الحقوق هما الحقوق الإيجابية والحقوق السلبية لأن الكثير من الارتباك وسوء الفهم والمشاكل والمنازعات الأخلاقية والاختلافات في السياسات الصحية والطبية تنشأ عن الفشل في التفريق بين هذين النوعين من الحقوق .

فالحق السلبي لشخص معين هو ذلك الذي يتطلب من شخص اخر عدم القيام بعمل معين أو الامتناع عن عمل محدد لتحقيق الوفاء بذلك الحق السلبي.

ولذلك فإن حق المريض في الحصول على إذنه وموافقته قبل القيام بأي إجراء علاجي هو حق سلبي يتطلب من الطبيب الامتناع عن القيام بأي عمل أو معالجة للمريض إلا بإذنه.

والحقوق السلبية يمكن قبولها والتسليم بها بسهولة ويسر وبدون أي تكاليف مثل حق الإنسان في الخصوصية واحترام الذاتية وحق المريض في رفض العلاج وحق المريض في التخلي عن العلاج حتى وإن كان ذلك سيلحق به الضرر أو الموت ، لأنها لا تتطلب أي إمكانيات أو موارد ولكنها تتطلب مجرد الكف أو الامتناع عن عمل معين للوفاء بها.

أما الحق الإيجابي لشخص معين فهو ذلك الحق الذي يوجب على شخص آخر القيام بعمل معين من أجل الوفاء به . فحق الإنسان في الرعاية الطبية حق إيجابي يتطلب أن يقوم الطبيب بتقديم الرعاية الطبية الملائمة للمريض .

و الحقوق الإيجابية لشخص معين والتي قد تكون مطلوبة من فرد معين آخر أو من مؤسسة او من المجتمع أو من الدولة فإن الوفاء بها قد يكون صعبا او مستحيلا في بعض الأحيان لأن الوفاء بها يتطلب دائما إمكانيات مالية وموارد مختلفة غالبا ما تكون غير متوفرة بالقدر الذي يكفي جميع ذوي الحقوق والاحتياجات .

فبعض هذه الحقوق الإيجابية - حتى وإن كانت مقبولة - فإن مجال تطبيقها قد يكون محدود بسبب كثرة أصحاب الحقوق وتنازع الحقوق فيما بينهم مقابل شح الإمكانيات المالية وندرة الموارد الأخرى اللازمة للوفاء بها .

وعندما تتعارض الحقوق فيما بينها فإنه يجب دراسة كل حالة على حدة حسب ظروفها المختلفة مع تحديد الحقوق المتنازعة للمفاضلة فيما بينها وتقدير الأولوية لأي منها.

وقد تكون القرارات الصادرة في مثل هذه الحالات مثيرة للجدل والاختلاف أو غير مرضية لبعض الأطراف ، لكن الرجوع إلى المبادئ والقواعد الأخلاقية التي تستند إليها الحقوق كفيل بإعطاء أسس معقولة لاتخاذ قرار أخلاقي صحيح.

الالتزام بالحقوق ، انتهاك الحقوق ، وخرق الحقوق :

قلنا سابقا عن الواجبات انها ليست مطلقة وثابتة في واجب الالتزام بها ، وكذلك الحال في الحقوق فإنها ليست مطلقة دائما إذ تقوم حالات عديدة من التعارض بين الحقوق وبعضها مثل " حق الجنين في الحياة " مقابل " حق الأم في حكم جسدها وخصوصيتها " أو "حق الحياة" مقابل "حق الدفاع عن النفس " وكثير غيرها من الحقوق المتنازعة والمتناقضة .

كما ان الحقوق أيضا نسبية في تحديد من الذي يمتلكها (هل للجنين حقوق مثلا وهل للحيوان حقوق ؟) وكذلك حول مجالها ومعانيها ومدى تطبيقها ومدى تعارضها مع حقوق أخرى أو واجبات أخرى .

وانتهاك الحق Violation هو التعدي عليه بشكل غير مقبول وغير مبرر أخلاقيا أما "خرق الحق أو تجاوزه" Infringement فهو التعدي عليه بشكل يمكن تبريره وقبوله .

ولكن انتهاك الحق بصورة غير مبررة أو خرقه وتجاوزه بشكل مقبول لا يؤدي إلى سقوط الحق أو انتهائه ، بل إنه يظل ملكا شخصيا خاصا لصاحبه ، وربما يتطلب صاحب الحق التوضيح أو الاعتذار والاسترضاء أو التعويض عن حقه الذي تم تجاوزه .

حقوق المريض

منذ القديم أدرك الأطباء أن صحة المريض وشفاءه من المرض تعتمد على التعاون الكامل بين الطبيب والمريض وأن المريض يشارك الطبيب في المسئولية عن العناية بصحته الشخصية عن طريق التوجه إلى الطبيب في الوقت المناسب وتقديم المعلومات الضرورية عن مرضه للطبيب والالتزام بتوجيهاته ونصائحه.

وقد تبدلت العلاقة الأبوية السابقة بين الطبيب والمريض واصبحت مفاهيم الأخلاقيات الطبية تنظر إلى المريض كفرد مستقل وصاحب حقوق.

وقد قامت رابطة المستشفيات الأمريكية بإصدار وثيقة "إعلان حقوق المريض" في عام ١٩٧٣ وهي وثيقة هامة في هذا المجال، ويمكن إجمال أهم حقوق المريض التي تنال قبولاً واسعاً فيما يلي:

١) للمريض الحق في المعاملة الكريمة التي تكفل له الاحترام والتوفير وإبداء الاهتمام المناسب لاحتياجاته.

٢) للمريض الحق في الحصول من طبيبه على كافة المعلومات المتعلقة بتشخيص مرضه وماله والاختيارات العلاجية الملائمة له، مع بيان المنافع والمخاطر والتكاليف المادية لكل منها.

٣) للمريض مطلق الحرية في اتخاذ القرار فيما يتعلق بحالته الصحية ، وله أن يقبل أو يرفض العلاج والتوجيهات الطبية بإرادته واختياره ، وله الحق في معرفة العواقب الطبية لقراره.

٤) للمريض الحق في احترام خصوصيته وصيانة أسراره ، وليس للطبيب الحق أن يفشي أي معلومات عنه إلا بإذنه ، أو في الحالات التي يحددها القانون ، أو لحماية المريض أو المجتمع.

وتشمل صيانة الأسرار كل المعلومات الواردة أثناء مناقشة الحالة، والاستشارة ، والكشف الطبي والعلاج والسجلات الطبية التي يجب الحرص على صيانتها بحذر واهتمام. وللمريض الحق في الحصول على نسخة من كل سجلاته الطبية أو تقريراً مختصراً عنها.

٥) للمريض الحق في استمرار الرعاية الصحية طالما كانت حاجته لها مستمرة وليس للطبيب أن يمتنع أو يتوقف عن العلاج بدون أن يمنح المريض الفرصة الكافية لإيجاد البديل.

٦) للمريض حق أساسي يكفل له الحصول على الرعاية الطبية الملائمة.

وعلى الأطباء والجهات الصحية المسئولة وبقية المجتمع أن يعملوا على تحقيق هذا الهدف بتوفير الأموال اللازمة للرعاية الصحية بحيث لا يصبح المريض محروماً من الرعاية الطبية الضرورية بسبب عدم مقدرته على دفع تكاليف العلاج.

حقـــوق الإنســـان

العلاقة بين حقوق الإنسان والصحة والمهنة الطبية

إن موضوع حقوق الإنسان موضوع قديم تعرضت له الكثير من الفلسفات القديمة والديانات السماوية وغير السماوية والثورات الإنسانية العظيمة ، ولكن هذا الموضوع تبلور في العصر الحديث وخصوصاً بعد الحرب العالمية الثانية.

و قد صدر الإعلان العالمي لحقوق الإنسان عن منظمة الأمم المتحدة وأقرته الجمعية العامة في ١٠ ديسمبر ١٩٤٨م .

و يعتبر صدور الإعلان وموافقة الدول المختلفة عليه بمثابة إقرار بالمبادئ العامة التي تتضمنها مواد الإعلان ونصوصه وطموح ينبغي عليها جميعاً السعي نحو تحقيقه.

و لكن التطبيق العملي لمبادئ ونصوص الإعلان لا يعتمد على مجرد إقرار الإعلان بل يعتمد على المعاهدات المختلفة التي توقعها الدول وتسعى إلى تضمينها في قوانينها المحلية.

و قد أدت الخلافات الكبيرة بين المفاهيم المختلفة لحقوق الإنسان في المجتمعات الاشتراكية والرأسمالية والليبرالية والإسلامية وغيرها وخصوصاً خلال فترة الحرب الباردة إلى حدوث إعاقات عديدة في تطبيق مفاهيم حقوق الإنسان في مختلف المجتمعات المعاصرة.

و يعتمد الأساس الجوهري الذي ينطلق منه مفهوم حقوق الإنسان هو أن هناك قانون كوني أو عالمي أعلى يجب على بني الإنسان جميعاً الالتزام به بغض النظر عما إذا كانت مفاهيم هذا القانون الأعلى موافقة للقوانين المحلية السارية في مجتمع معين ام غير موافقة له والإنسانية جامعة لكل بني الإنسان ، ولها علائق وصلات لا ينال منها تباين الألسنة واللهجات ، ولا اختلاف المذهب والأديان ، ولا تباعد الأوطان والأزمان.

و يستمد القانون الإنساني العالمي مصادره الأساسية من العقل الإنساني والفطرة الإنسانية السليمة ومن احترام الكرامة الإنسانية ، وكذلك من الديانات السماوية وغير السماوية والفلسفات الإنسانية المختلفة.

و بناء على القانوني الإنساني الأعلى فإن قانون العقوبات العالمي يهتم بالجرائم ضد الإنسانية بشكل عام مثل التعذيب والاستعباد والاضطهاد الفكري والديني والإبادة العرقية.

و في مثل هذه الحالات فإن المتهم لا يستطيع أن يحتمي بالقوانين السائدة في بلاده التي لا تدين تلك الجرائم، أو يدعي أنه كان يطيع أوامر الرؤساء ، كما لا تستطيع الدولة أن توفر الحماية لمرتكبي الجرائم ضد الإنسانية.

و تنص المادة الأولى من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على أن الناس جميعاً يولدون أحراراً ومتساوين في الكرامة والحقوق ولهم القدرة على التفكير والاحتكام إلى الضمير ، وعليهم أن يعامل بعضهم بعضاً بروح الإخاء.

و تختص المادة الثانية بمنع التفرقة والتمييز وتقر بأن جميع الناس متساويين أمام القانون ولا يجب أن يتعرضوا لأي تفرقة أو تمييز بسبب العنصر أو اللون أو الجنس أو اللغة أو الدين أو أي رأي أو وضع آخر وبدون تفرقة بين الرجال والنساء.

و تنص المادة الثالثة على أن لكل فرد الحق في الحياة والحرية الشخصية والسلامة الشخصية.

و تكفل المواد الأخرى منع التعذيب والاستعباد والسجن وتقييد حرية الأفراد بأية صورة ، كما تحمي حق الفرد في حرية الاعتقاد، وحرية التعبير، وحرية الملكية الخاصة ، والحق في تكوين الجمعيات ، والحق في العمل والتعليم والانتقال.

و تهمنا بصورة خاصة المادة الخامسة والعشرين التي تنص على حق كل فرد من بني الإنسان في مستوى مناسب من المعيشة له ولأفراد أسرته تشمل الغذاء والكساء والسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية.

و هذا يعني أن حق الإنسان في الرعاية الصحية والطبية والمعيشية الملائمة واجب على المجتمع والدولة يجب السعي نحو الوصول إليه في كل المجتمعات الإنسانية المعاصرة.

و من الواضح أن الدول الغنية قد قطعت أشواطاً عظيمة في تحقيق هذه الحقوق لأفرادها ، لكن الأمر متفاوت إلى درجة عظيمة في المجتمعات النامية ، ولا يزال الفقر عامل أساسي في انتشار الأمراض وفي المستويات المتدنية للصحة والرعاية الصحية والطبية في الدول الفقيرة.

و لما كان مطلب إعادة توزيع الدخل بين دول العالم الغنية ودول العالم الفقيرة أمراً مستحيلاً فإن الأمل معقود على مساهمة الدول الغنية بشكل فعال في الارتفاع بالمستوى الصحي للناس في دول العالم الفقيرة إذا أردنا الحديث عن حقوق الإنسان على المستوى العالمي بشكل يبتعد عن أساليب السيطرة السياسية والاقتصادية ويرسي أسس حقوق الإنسان على قواعد العدالة والإنسانية.

و يجب على المهنة الطبية ان تدرك من جانبها وفيما يختص بها من امور ان الإعلان العالمي لحقوق الإنسان هو في الواقع العملي تاكيد على ضمان حقوق الإنسان في كل مكان بمتطلبات الصحة العامة الأساسية مثل توفير المياه النقية والغذاء الملائم والسكن المناسب والرعاية الصحية الضرورية.

و من الواجب على المهنة الطبية السعي نحو تحقيق هذه الأهداف بما يتوفر لها من إمكانيات ووسائل سواء على المستويات المحلية أو الإقليمية أو الدولية.

و لعل من المهم الإشارة إلى تكوين كثير من المنظمات غير الحكومية التي تسعى إلى دعم حقوق الإنسان على المستوى العالمي ومنع الحروب والأسلحة الكيماوية والبيولوجية والنووية ومنع الألغام الأرضية وغيرها . . .

و من أهم هذه الجمعيات : " جمعية الأطباء العالمية لمنع الحروب النووية " وجمعية الأطباء لحقوق الإنسان و" منظمة العفو الدولية " و" جمعية أطباء بلا حدود" وغيرها.

نظرية المبادئ الأخلاقية الأربعة Theory of the Four Principles :

في عام ١٩٧٩قام كل من توم بوتشامب وجيمس تشايلدريس بصياغة نظرية خاصة في مجال الأخلاقيات الطبية تعتمد على أربعة مبادئ رئيسية نستطيع من خلالها مقاربة وتحليل وحل مختلف المشاكل والمواقف الأخلاقية الحيوية الطبية.

و بالرغم من أن هذه المبادئ قد وضعت في الولايات المتحدة الأمريكية وتنطلق من نظريات فلسفيه غربية، إلا أن الطبيعة العمومية للأخلاق الإنسانية وتشابه المواقف الأخلاقية بين بني الإنسان وعلى مر التاريخ يجعل هذه المبادئ توفر أسسا اخلاقية مشتركة للمهنة الطبية المعاصرة في جميع المجتمعات الإنسانية مهما اختلفت دياناتها وفلسفاتها وثقافاتها ونظمها السياسية والاجتماعية .

ولا يجب أن يتبادر إلى الأذهان ان المجتمعات المختلفة سوف تتعامل مع هذه المبادئ الأربعة بنفس الأسلوب، أو سوف تطبقها بنفس الدرجة، بل إن اختلاف المفهوم وآفاق التطبيق ومجالاته أمر طبيعي، وسوف تتأثر المفاهيم والتطبيقات في المجتمعات المختلفة باختلاف الثقافات المؤثرة والديانات والتقاليد والعادات وباختلاف درجات التطور الاجتماعي لتلك المجتمعات .

والمبادئ الأساسية الأربعة هي :

١) مبدأ الحرية الذاتية Principle Of Autonomy

٢) مبدأ عدم الإضرار Principle Of Non maleficence

٣) مبدأ فعل الخير Principle Of Beneficence

٤) مبدأ العدالة Principle Of Justice

وكل من هذه المبادئ يعتبر واجبا ابتدائيا Prima Facie Duty بمعنى أن الالتزام بكل مبدأ من هذه المبادئ على حده يعتبر واجبا أخلاقيا يجب الالتزام به إلا إذا ظهر دليل مقنع على دحضه أو إذا تعارض مع مبدأ أخلاقي آخر، وعندئذ يتم الاختيار لترجيح أحد المبدأين المتعارضين في موقف معين .

وقد يتصور البعض أن المبادئ الأخلاقية والقواعد النابعة منها تعطي الإجابة عن كل موقف أخلاقي مهني بطريقة محددة وواضحة ومباشرة وليس على المرء سوى مراجعة تلك القواعد الأخلاقية ليجد الإجابات الجاهزة والمقررة سلفا ولكن هذا التصور أبعد ما يكون عن الحقيقة في واقع الأمر .

فالمبادئ الأخلاقية والقواعد المستمدة منها لا تقدم لنا مثل تلك الحلول الجاهزة للمواقف الأخلاقية في العمل الطبي اليومي ولا في المسائل الأخلاقية المهنية المتجددة على الدوام ولكنها تقدم لنا:

- مجموعة مشتركة من الالتزامات الأخلاقية .

- مجموعة مشتركة من القيم والمفاهيم والمصطلحات الأخلاقية .

- مجموعة مشتركة من المواضيع الأخلاقية .

وكل منا يستطيع بناء على هذه المجموعات المشتركة من الالتزامات والمفاهيم الأخلاقية أن يطبقها على الموضوعات التي يواجهها وأن يضع أمامه كافة الاعتبارات في كل حالة يواجهها على حدة قبل أن يتوصل إلى إجابة خاصة به بناء على موقفه الأخلاقي الشخصي داخل إطار ثقافته الخاصة وفي حدود القيم الاجتماعية السائدة في مجتمعه.

كما انه يستطيع المفاضلة والاختيار بين هذه المبادئ حين تتناقض فيما بينها أو حينما تتعارض مع غيرها من الواجبات والالتزامات الأخلاقية أو الخارجة عن موضوع الأخلاق .

ومن الناحية النظرية فإن المبادئ الأساسية الأخلاقية الأربعة لها نفس الوزن والأهمية والاعتبار الأخلاقي ولا يسبق أحدها الآخر في الترتيب أو الأهمية .

لكن واقع الأمور يظهر لنا اختلاف الثقل النسبي لهذه المبادئ الأربعة في المجتمعات المختلفة.

فبينما نجد أن احترام الحرية الذاتية هو المفهوم السائد والمقدم على غيره من الاعتبارات في المجتمعات الغربية ، فإننا لا نجد مثل هذا الثقل والأهمية لهذا المبدأ في مجتمعات كثيرة معاصرة كالصين والهند وكثير من المجتمعات النامية .

ولعل أكبر عيوب نظرية المبادئ الأربعة هو أنها غير متفاضلة فيما بينها أي أنه لا يمكن ترتيب الأولوية بينها وبين بعضها ولها جميعا نفس الاعتبار والأهمية ، ولذلك فإن من الصعب على المرء أن يقيم أسسا واضحة للاختيار والترجيح عندما يحدث التناقض بينها في كثير من الأحوال والمواقف .

و لذلك فإن من الممكن الوصول إلى قرارين أو أكثر في مثل هذه الحالات المتناقضة، وكل من القرارات صحيح من الناحية الأخلاقية، وله نفس الوزن والاعتبار.

إلا أن الميزة الكبيرة لمثل هذه القرارات يبقى في كونها لا تعتمد على الأهواء والرغبات الشخصية، ولا تمثل تعسفا أو التواء بالمعايير، ولكنها تبقى قرارات موضوعية خاضعة للمعايير الأخلاقية .

ولعل من المهم العمل دائما وبصورة واعية على إيجاد توازن حقيقي بين هذه المبادئ بحيث لا يطغى أحدها على الآخر ويؤدي إلى تشويه الفكر والممارسة الطبية الأخلاقية.

نظرية المبادئ الأربعة في المجال العملي اليومي:

أما في مجال العمل الطبي اليومي فإن تطبيق المبادئ الأربعة يمكننا من الخروج بعدد من الاعتبارات الأخلاقية الواضحة التي يمكن إجمالها فيما يلي:

١) الابتعاد عن أي قرارات ليس لها أسس أخلاقية محددة مثل :

- قبول الرشوة من المرضى أو من جهات أخرى مثل شركات الأدوية .

- القرارات التي تحمل مصلحة ذاتية أو عائد مالي.

- القرارات التي تميز بين المرضى وتفرق في المعاملة بينهم على أساس من التفضيل الشخصي أو الاجتماعي أو الديني أو التحامل على بعضهم لأي أسباب أخرى .

- القرارات التي تبنى على محاولة عقاب المرضى على سلوكهم مثل عدم توفير الرعاية الطبية لمريض بتليف الكبد الكحولي أو لمريض بمرض تناسلي بما فيها الإيدز (مرض نقص المناعة المكتسبة).

٢) الامتناع عن الإسراف في الموارد الطبية والتشخيصية .

- اختيار عدد معقول من الإجراءات التشخيصية المناسبة والتي يعتقد أنها كافية للوصول إلى التشخيص الصحيح .

- صرف الأدوية المناسبة للمريض وبالكمية المناسبة .

- صرف الدواء الأرخص ثمنا إذا تساوت فعاليته مع الدواء الأغلى ثمنا.

- رقود المريض في المستشفى للمدة المناسبة لحالته .

٣) احترام حقوق المريض بما فيها معتقداته الدينية والسياسية والفكرية.

٤) طاعة القوانين المقبولة من الناحية الأخلاقية.

٥) طاعة القرارات الإدارية الخاصة بتنظيم المهنة مع ملاحظة أنه يمكن الاعتراض عليها والعمل على تغييرها بالطرق السليمة ، ولكن يجب الالتزام بها طالما ظلت سارية المفعول.

القواعد والمبادئ الأخلاقية في الشريعة الإسلامية:

يهمنا في هذا المجال التأكيد على أن القواعد الأخلاقية كالصدق والأمانة والوفاء بالوعد وغيرها ، وكذلك المبادئ الأخلاقية التي سبقت مناقشتها في الصفحات السابقة هي مبادئ أصيلة في الشريعة الإسلامية ، وفي معظمها كان الدين الإسلامي الحنيف قد سبق في التوصل إلى أسسها ومفاهيمها قبل الحضارة الحديثة بقرون عديدة.

والفقه الإسلامي يزخر منذ قرون كثيرة بالحديث عن الكثير من المبادئ الراسخة فيه مثل "مبدأ العدالة " و"مبدأ دفع الحرج ورفع الضرر" ، و"مبدأ رعاية المصلحة " و"مبدأ رعاية الحقوق لأصحابها " و" رد الأمانات إلى أهلها" وغيرها من المبادئ السامية للشريعة الإسلامية.

ومن الثابت أن جميع هذه المبادئ هي مقاصد عامة في الشريعة الإسلامية السمحاء تهدف إلى تحقيق خير الإنسان ورعاية مصلحة الفرد والجماعة، وهي تتطلب منا جميعا السعي إلى تحقيق المثل العليا التي تسمو إليها .

والعمل على تحقيق هذه الغايات والمقاصد السامية يتطلب منا النظر بما يكفل تطبيق هذه المبادئ الشرعية الراسخة على المتغيرات والمستجدات التي تأتي بها التطورات العلمية والطبية والتكنولوجية والفكرية والأخلاقية في جميع مجالات الحياة في مجتمعاتنا المعاصرة.

ويجب أن يتلاءم الاجتهاد في هذا المجال مع ما يستجد من التطورات العلمية والفكرية ، وما يلبي الاحتياجات المتجددة للناس ، ولا يتعارض بالطبع مع مقاصد الشريعة الإسلامية وأهدافها.

ان عوامل التطور والتغير والتجديد التي تؤثر على المجتمعات أمر تقره الشريعة الإسلامية ، وتتطلب من المسلمين في كل زمان ومكان السعي وراء ما يكفل " رعاية المصلحة " للفرد والمجتمع في آن واحد متذكرين ان مبدأ" تغير الأحكام بتغير الأزمان " مبدأ اصيل وراسخ من مبادئ الشريعة الإسلامية الغراء.

و فيما يلي سوف نستعرض كلا من المبادئ الأخلاقية الأربعة بقليل من التفصيل.

مبدأ الحرية الذاتية The Principle of Autonomy

هناك مفهوما واسعا للحرية ويمكن ان يشمل ثلاثة مستويات:

١) الحرية الشخصية أو الجسدية التي يمكن أن تحدد بالسجن أو الإعاقة البدنية والعقلية.

٢) حرية الإرادة.

٣) الحرية الاجتماعية أي حرية الفرد في العمل داخل المجتمع .

وقد شارك كل من عمانويل كانط (واجبي فرضي) وجون ستيوارت ميل (ذرائعي نفعي) في تحديد وبلورة مفاهيم الحرية التي تتلخص في حرية الإرادة وحرية الفعل .

فالحرية هي أن يتمتع الإنسان بحكم نفسه بما يتوافق مع ذاته وبدون تدخلات أو قيود خارجية ناتجة عن أفعال الآخرين ، ولا محددات أو قيود داخلية نفسية كانت أو بدنيه، وتعرف أحيانا بتقرير المصير الذاتي(Self Determination).

ويستطيع الفرد الحر أن يختار قراراته بإرادته وأن يدركها بوعي ثم يكون قادرا على العمل بها اعتمادا على إدراكه لمقاصده ويكون في ذات الوقت مسئولا مسئولية كاملة عن مواقفه الأخلاقية .

وأنشا كانط مبدأ احترام الحرية الذاتية للفرد كقيمة مطلقة في ذاتها لأن الفرد شخص عاقل يتمتع بقيمة ذاتية لا تخضع لأية شروط أخرى .

كما وضع كانط مفهوم الحرية كنقيض لحكم الغير أو سيطرة الآخرين.

والأفعال التي يقوم بها الفرد تحت الإجبار أو القسر أو التهديد لا يمكن أن تكون افعالاً حرة ، وكذلك الأفعال التي تنجم عن الخوف أو الطمع أو الاندفاع أو الرغبة أو الشهوة أو الأفعال الناتجة عن حكم العادة لا يمكن أيضا أن تكون افعالا حرة .

ويمكن أن نجمل مفهوم الحرية الذاتية بانه يشمل حرية الفكر وحرية الإرادة (أو القصد) وحرية الفعل .

وأساس احترام الحرية الذاتية للفرد يقوم حسب تعبير الفيلسوف كانط على التعامل مع الفرد باعتباره غاية في حد ذاته وليس باعتباره وسيلة لتحقيق أية غاية أخرى .

التطبيق العملي لمبدأ احترام الحرية الذاتية:

لقد اصبح لسيطرة مبدأ الحرية الذاتية على التفكير الأخلاقي الحيوي في الغرب وخصوصا أمريكا وكندا آثارا كبيرة على الممارسات الأخلاقية الطبية بحيث يتم دائما تغليب هذا المبدأ عندما يتناقض مع غيره من المبادئ مثل مبدأ فعل الخير .

فمبدأ فعل الخير مثلا يلزم الطبيب بأن يفعل ما في وسعه لتحقيق المصلحة العليا للمريض، ولكن تطبيق هذا المبدأ قد اختفى تقريبا ويتهم من يقوم به بفرض السلطة الأبوية على الآخرين ، وهي ممارسة مستهجنة ومرفوضة وتعطى الأسبقية دائما لمبدأ احترام الحرية الذاتية حتى وإن كان المريض قد اختار بإرادته عملا يناقض مصلحته الطبية أو قد يصيبه بالضرر .

وتغليب مبدأ الحرية الذاتية في بلاد الغرب هو الذي يقف وراء كثير من المواقف الأخلاقية الطبية مثل تأييد حرية الإجهاض وحق الموت بكرامة والقتل الرحيم والمساعدة الطبية على الانتحار وغيرها .

ولعل سيطرة مبدأ احترام الحرية الذاتية للفرد في الفكر الطبي الغربي وسيادته على ما عداه هو السبب الكامن وراء الأضرار البليغة التي أصابت العلاقة المهنية الطبية السامية بين المريض والطبيب حيث خرجت بها عن الإطار الإنساني الرحب لتتحول إلى علاقة مادية بحتة مثل علاقة البائع بالمستهلك .

وقد أشرنا سابقا إلى أن مبدأ الحرية الذاتية واحترام الاستقلال الفردي لا ينال نفس الأولوية ولا يحتل نفس المكانة في المجتمعات الشرقية العربية والإسلامية والهند والصين، حيث تطغى العلاقات الأسرية للعائلة الممتدة بما يميزها من الترابط الأسري والتكافل بين أفرادها بما يجعلها في المقام الأول في مسائل اتخاذ القرارات الطبية الخاصة بالمرضى، وفي تكوين وتشكيل المواقف الاجتماعية حولها، وحول غيرها من المسائل الأخلاقية الطبية.

ومبدأ احترام الحرية الذاتية للفرد في المجال الطبي الأخلاقي يجد مجالات كثيرة للتطبيق منها :

١) الموافقة المستنيرة Informed Consent للمريض قبل أي إجراء طبي أو قبل مشاركته في أي بحث طبي تعتبر ضرورة ملزمة للطبيب.

٢) صيانة السر المهني واجب ملزم آخر لأن أسرار المريض جزء من خصوصيته وفرديته ، واحترام الخصوصية جزء من احترام الحرية الذاتية.

٣) الوفاء بالوعد التزام آخر يفرضه احترام الحرية الذاتية للآخرين مثل الالتزام بمواعيد العمل والمواعيد المسبقة المحددة للمرضى .

٤) الابتعاد عن الكذب والغش والخداع في العلاقة مع المرضى لأن ذلك يعتبر انتهاكا لحريتهم الذاتية.

٥) التواصل والتفاهم الجيد مع المريض مطلب آخر يفرضه احترام الحرية الذاتية للفرد . ويتطلب ذلك الإنصات الجيد للمريض بالأذن والقلب معا ، وتقديم المعلومات اللازمة للمريض حول مرضه ، والاختيارات العلاجية الملائمة ومآل المرض وغير ذلك من المعلومات المطلوبة بلغة سهلة قريبة إلى ذهن المريض وتتلاءم مع قدراته العقلية ومستوى تفكيره .

والتواصل الجيد مع المريض هو الذي يهيئ للطبيب الفرصة لكي يتعرف على دخائل نفسية المريض وما إذا كان يرغب في الحصول على معلومات عن مرضه، أم أنه عازف عن تلك المعرفة خصوصا فيما يتعلق بالأخبار السيئة، وهل يرغب المريض في اتخاذ قرار العلاج بنفسه ، أم أنه يفضل أن يترك الأمر للطبيب ، واحترام رغبات المريض هو جزء من احترام حريته الذاتية .

مبدأ عدم الإضرار ومبدأ فعل الخير

The Principle of Non Maleficence & Beneficence

لعل مبدأ عدم الإضرار هو أقدم المبادئ الأخلاقية الطبية وأكثرها رسوخا وينال موافقة جماعية كاملة وقد لخصه المبدأ الأبوقراطي الشهير :

- "الأساس الأول هو عدم إحداث الضرر" Primum non nocere " أو - " أولا :لا تحدث الضرر " First " Do No Harm

كما ضمنه أبوقراط في القسم الشهير حيث جاء فيه ما يلي :-

" سوف أقدم العلاج لمساعدة المريض وفقا لقدرتي وحكمتي ، ولكنني لن أستخدمه لكي أسبب الضرر أو الأذى مطلقا "

وتختلط مفاهيم هذا المبدأ مع المبدأ التالي له وهو مبدأ فعل الخير لأن هذا المبدأ الأخير في رأي بعض أساتذة الأخلاق يتضمن المبدأ السابق ويشمله لأن مبدأ فعل الخير يشمل العناصر الأربعة التالية :

١. عدم إحداث الضرر أو الأذى.

٢. منع حدوث الضرر أو الأذى.

٣. إزالة الضرر أو الأذى.

٤. فعل الخير أو القيام بالعمل الطيب أو الجيد.

وهذه العناصر الأربعة مرتبة ترتيبا تصاعديا بحيث يسبق الأول منها الثاني في الأهمية ويسبق الثاني الثالث وهكذا.

وبما أننا لا نستطيع الالتزام بكل من المبدأين معا في كثير من المواقف التي ينشأ فيها تعارض بينهما بحيث نلتزم بمنع حدوث الضرر ونقدم فعل الخير في نفس الوقت فمن الأفضل اعتبار كل منهما مبدأ مستقلا بذاته لحل المواقف الأخلاقية التي ينشأ فيها التناقض بينهما .

ومن الناحية العملية يمكننا تقدير مبدأي فعل الخير ومنع الضرر معا بطريقة مشتركة في أغلب المواقف الأخلاقية ونقوم بعملية حساب تحليلي للمخاطر والمنافع المتوقعة بحيث تصبح المحصلة النهائية للقرار ترجح جانب المنافع على جانب الأضرار .

أما في المواقف التي ينشأ فيها تعارض بين المبدأين فإن الاحتفاظ بكل مبدأ مستقل عن الآخر يمكننا من الوصول إلى موقف أخلاقي متماسك لأن الأولوية يجب أن تبقى دائما لمبدأ عدم الإضرار ، فإذا لم نستطع الوفاء بمبدأ فعل الخير يجب علينا أن نظل ملتزمين بمنع إحداث الضرر .

ويمكن أيضا أن نفصل المبدأين بناء على عناصرهما الأربعة السابقة بحيث يشمل مبدأ عدم الإضرار الجانب السلبي وهو عدم إحداث الضرر فيما يشمل مبدأ فعل الخير العناصر الإيجابية الثلاثة الأخرى وهي منع وقوع الضرر وإزالته وتشجيع فعل الخير .

ومفهوم الضرر مفهوم واسع يشمل الأذى الجسماني والنفسي والإساءة إلى السمعة أو الصيت الاجتماعي وانتهاك الحقوق أو الحرية أو الخصوصية والإضرار بالممتلكات أو العلاقات الأسرية والاجتماعية.

ويمكن وضع معايير لتقدير درجة الضرر وحجمه من أضرار بسيطة إلى أضرار فادحة.

ومبدأ عدم الإضرار ليس مبدأ ثابتا بصورة مطلقة لأن إحداث ضرر معين قد يكون مقبولا لكي نمنع ضررا أعظم منه، فعلى سبيل المثال يمكن أن نسبب الألم أو العجز لمريض ببتر أحد أطرافه لكي ننقذ حياته .

وقد يكون مقبولا أيضا أن نحدث الضرر على شخص لمنع وقوع الضرر على آخرين مثل إطلاق النار على مجرم وقتله لمنعه من إحداث الضرر برهائنه وضحاياه.

والعمليات الجراحية المختلفة هي أمثلة يومية قد نتسبب فيها بإحداث الألم أو الضرر أحيانا لكي نمنع أضرارا أعظم .

ويجب الإشارة إلى الأضرار العديدة التي تحدث بدون قصد أو بدون نية سيئة أو حتى بدون علم وذلك في الأخطاء الطبية العديدة التي تحدث في العمل الطبي اليومي، وسوف نناقشها في فصل آخر.

التطبيق العملي لمبدأي عدم الإضرار وفعل الخير:

هناك عدد من المجالات التي يتم فيها الالتزام بمبدأ عدم الإضرار وفعل الخير في الأعمال الطبية ولكن أهمها :

١) القدرة على الوفاء بتقديم الرعاية الطبية الملائمة.

إن قدرة الطبيب على الوفاء بمسئولياته وواجباته التعاقدية في تقديم الرعاية الطبية الملائمة لمرضاه تعتمد على ثلاث خصائص هي :

- المعرفة Knowledge
- المهارة Skill
- الاجتهاد Diligence

ولكي يصل الطبيب إلى هذه الخصائص ويحافظ عليها يجب أن يبدأ بالتعليم الجاد قبل التخرج والتدريب الصارم قبل التخرج وبعده ، ثم عليه واجب الاستمرار في التعليم ، واكتساب المهارات والخبرات ، ومتابعة كل التطورات العلمية والطبية في مجاله طوال حياته المهنية ، كما أن عليه أن يقيم من ضميره حارسا يقظا يفرض عليه أن يظل قادرا بصورة مستمرة على تحقيق تلك المعايير طوال حياته.

٢) تقدير المنافع والأضرار المحتملة .

في جميع الأعمال الطبية العلاجية أو التشخيصية اليومية وفي مجال توفير الرعاية الصحية للمجتمع ومجال الأبحاث الطبية يجب إجراء تقدير للتكاليف التي تشمل الأضرار مقابل المنافع المحتملة ويصبح أي عمل مقبولا إذا أظهرت نتائج المقارنة أن المنافع المحتملة ترجح كفتها على التكاليف بما فيها الأضرار .

ويجب أن يشمل حساب التكاليف المبالغ المالية اللازمة إلى جانب الخسائر الناجمة عما يحدث للمريض من إعاقة أو فقد العمل وما يتكلفه المجتمع من ضمانات مالية اجتماعية للإعانة أو التعويض أو العلاج .

والمخاطر تعني الأضرار المحتمل حدوثها اثناء وبعد العمل المزمع القيام به ويشمل الأضرار الجسمانية والنفسية والإضرار بالممتلكات أو السمعة الاجتماعية.

وحساب المخاطر أو الأضرار يجب أن يشمل أيضا الأضرار التي يمكن أن تحدث على مدى المستقبل البعيد ، أو على الآخرين من ذوي العلاقة مثل أسرة المريض ومن يعولهم ، وكذلك يجب تقدير حجم الضرر المحتمل وما إذا كان بسيطا محتملا ومقبولا أو متوسطا أو فادحا.

أما المنافع المحتملة فإنها تعني حدوث نتائج جيده وإيجابية تحقق تحسنا في صحة المريض ورفاهيته .

ولا يقتصر حساب التكاليف والمنافع على الأمور المتعلقة بالفرد بل يشمل أيضا المستويات العليا المتعلقة بالمؤسسة الصحية كالمستشفى أو بالمجتمع كله في رسم السياسات الصحية للبلاد .

فاي بلد يريد مثلا إدخال خدمة طبية معينة مثل جراحة القلب أو غرس الكلى يجب أن يشمل تقدير التكاليف والمنافع معاناة المرضى والامهم واعدادهم مقابل الأموال اللازمة لعلاجهم وإمكانيات توفير تلك الموارد المالية دون الإجحاف على خدمات صحية وطبية أساسية لفئات أخرى داخل المجتمع.

٢) تقديم التبرير الأخلاقي لبعض الممارسات :

مثل إخفاء بعض المعلومات عن المريض أو بعض الحالات التي يتوجب فيها إفشاء السر المهني أو فرض السلطة الأبوية، بالإضافة إلى تطبيقاته العديدة في مجال الأبحاث الطبية، وفي عدد من المسائل الخاصة بالرعاية الطبية عند اقتراب الأجل، وغيرها مما سيرد فيما بعد.

مبدأ العدالة (The Principle of Justice)

لعل مفهوم العدالة في أوسع معانيها يرتبط بالاستحقاق (أو الجدارة) وهو إعطاء كل ذي حق حقه، فإذا أعطي كل شخص ما يستحق بالفعل بناء على مبررات منطقية أو أخلاقية أو قانونيه تحقق العدل، أما إذا لم يعط الشخص ما يستحقه أو إذا أعطي شخص شيئا لا يستحقه وهو غير جدير به فإن العدالة لا تتحقق.

وتنقسم الالتزامات التي يوجبها مبدأ العدالة إلى ثلاثة مجموعات :

١) عدالة القانون : وتعتمد على احترام المبادئ والقواعد الأخلاقية.

٢) عدالة الحق : وتعتمد على احترام وضمان حقوق الآخرين.

٣) عدالة التوزيع : وتحاول ضمان تحقيق العدل في توزيع الحقوق وخصوصا الموارد القليلة أو النادرة .

المساواة :

بالرغم من أن جميع المجتمعات المعاصرة تنادي بالمساواة بين جميع أفراد المجتمع وتدعم هذا المبدأ في دساتيرها وقوانينها وتكفل لجميع مواطنيها حقوقا وواجبات متساوية، لكن الواقع يشهد بوضوح أن الاختلاف بين أفراد المجتمع في النواحي الاجتماعية والاقتصادية والسياسية وأحيانا القانونية هي حقيقة واقعة في كل المجتمعات .

فالأمر يتعلق أساسا بتوزيع الثروة الاقتصادية داخل المجتمع ، ونظراً لعدم وجود وسائل تكفل عدالة توزيعها بين أفراد وطبقات المجتمع فإن ذلك يؤدي إلى تباين شديد بين الأفراد والطبقات المختلفة ، بالإضافة إلى الأعباء الضريبية غير المتساوية وغير العادلة في كثير من المجتمعات.

وهذه المسائل وغيرها من الجوانب الاقتصادية لا تزال تشكل قضايا تشغل الاقتصاديين والسياسيين في كل المجتمعات الإنسانية ، ومن المؤكد أن الحلول الشاملة والعادلة لمثل هذه القضايا لا تزال بعيدة المنال .

والمساواة مفهوم أساسي في قلب العدالة ولكن المساواة لا تعني مجرد المعاملة المتساوية لجميع الناس لأن مثل هذه المساواة قد تكون غير عادلة لأنها قد تؤدي إلى المساواة بين غير المتساوين .

وقد حدد أرسطو مفهوم المساواة بأن العدالة تتطلب " أن يعامل المتساويين بصورة متساوية وكذلك أن يعامل غير المتساويين بصورة غير متساوية ".

Equals should be treated equally , and unequals unequally.

ويختلف الناس في تحديد المعايير الأخلاقية التي يتم على أساسها اعتبار الناس ومعاملتهم كمتساويين وكذلك المعايير التي تحدد اعتبارهم ومعاملتهم كغير متساويين.

والجدل يزدهر بعد ذلك ويتزايد حول هذه المعايير ليس من الناحية الأخلاقية فحسب ولكن أيضا من النواحي الفلسفية والدينية والاجتماعية والسياسية ، والهوة بين الجميع لا تزال شاسعة مثلما كانت عليه أيام أرسطو ولعلها سوف تظل كذلك إلى أبد الآبدين .

ولذلك فإن مبدأ العدالة هو أكثر المبادئ الأربعة إثارة للاختلاف والجدل سواء من ناحية المفهوم أو من ناحية مجالات التطبيق ، وتنشأ مشاكل عديدة وتعقيدات كبيرة عند محاولات تطبيقية في المجالات المختلفة وفي المجتمعات المختلفة.

المبادئ المادية للعدالة

أهم المبادئ المقبولة من الناحية الأخلاقية التي يتم على أساسها توزيع المنافع والأعباء داخل المجتمعات هي ما يلي :

١) المساواة : لكلّ حصة متساوية.

٢) الحاجة : لكلّ حسب حاجته.

٣) الجهد والطاقة : لكلّ حسب طاقته (أو جهده).

٤) الكفاءة : لكلّ حسب كفاءته.

٥) المشاركة الاجتماعية : لكلّ حسب مشاركته الاجتماعية.

وليس هناك ما يمنع من أن نطبق واحدا أو أكثر من هذه المبادئ لضمان عدالة التوزيع حسب ما تسمح به الظروف المختلفة التي تعتمد على أعداد المستحقين للخدمة ، ومدى وفرة أو ندرة الموارد المختلفة ، وجميعها تعتبر صحيحة بصورة إجمالية ولكنها لا تطبق إلا عندما تتوفر الظروف الملائمة لتطبيق كل منها على حدة.

واغلب المجتمعات المعاصرة تعتمد في سياساتها الاقتصادية العامة وفي توزيع الحاجات الأساسية للمواطنين كالتعليم والرعاية الصحية وتوفير المياه النقية وغيرها على هذه المبادئ وتطبق احد هذه المبادئ او جملة منها حسب اختلاف الظروف والأحوال .

فالتعليم الابتدائي والثانوي والرعاية الصحية الأساسية مثلا يتم توزيعها على جميع المواطنين بصورة متساوية (المبدأ الأول) .

وفي البلاد المتقدمة توزع اقساط الضمان الاجتماعي للبطالة والرعاية الاجتماعية للمعوزين والمسنين والمعوقين على أساس الحاجة (المبدأ الثاني).

والترقي في الدرجات الوظيفية يتم على أساس الكفاءة والجهد (المبدأ الثالث والرابع)، اما الوظائف الاجتماعية العليا فتوزع على اساس الكفاءة والجهد المتفوق والمشاركة الاجتماعية (المبدأ الثالث والرابع والخامس) .

وتختلف المجتمعات القديمة والمعاصرة في تغليب أحد هذه المبادئ وتقديمه على المبادئ الأخرى فالذين يؤمنون بنظرية المساواة Egalitarians يدعمون بشدة توزيع الخدمات العامة ومن بينها الخدمات الصحية بصورة متساوية على جميع المواطنين ومن بينها المجتمعات الاشتراكية السابقة التي اعتمدت على القاعدة الماركسية الشهيرة " من كل حسب طاقته ولكل حسب حاجته" .

أما المجتمعات الغربية المعتمدة على الليبرالية التي تؤكد حق الفرد في الحرية الاجتماعية والاقتصادية فإنها تتضمن في باطنها الاعتماد على الجهد والكفاءة والمشاركة الاجتماعية .

مفاهيم العدالة في المجتمعات الحديثة والمعاصرة

لقد سادت ثلاثة من الأنظمة الرئيسية خلال معظم القرن العشرين وخصوصا بعد الحرب العالمية الثانية، وبروز الكتلة الشيوعية والكتلة الرأسمالية وقيام التنافس والحرب الباردة بينها، وسوف نستعرض تلك المفاهيم الشائعة للعدالة التي كانت مطبقة على نطاق واسع في معظم المجتمعات الحديثة حتى نهاية عصر الحرب الباردة في بداية التسعينيات من القرن الماضي:

١) المفهوم الرأسمالي القائم على الحرية الاقتصادية Libertarian Concept

وهذه هي المفاهيم التي تتأسس عليها المجتمعات الرأسمالية المحافظة القائمة على الحرية الاقتصادية وحرية التجارة واقتصاد السوق الحر.

وتعتمد هذه النظرية على أن للفرد الحق في الحياة والحرية والملكية الخاصة ويجب على أي مجتمع عادل أن يكفل هذه الحقوق لجميع الأفراد ويضمن احترامها وحمايتها.

ومهمة الدولة الوحيدة هي حماية حقوق الأفراد في الحياة والحرية والملكية الخاصة ضد الاعتداء، وأي مهمات مجتمعية أخرى بعد ذلك هي مسؤولية فردية ويجب على الدولة الا تتدخل في شؤون الأفراد والمجتمع.

وبناء على ذلك فان توفير الرعاية الصحية او الاجتماعية للأفراد الذين لا يستطيعون توفيرها لأنفسهم ليس واجبا على المجتمع او الدولة ، لأن الدولة إن أرادت أن تفعل ذلك فسوف تقوم بأخذ الأموال من أفراد على غير إرادتهم لتعطيها للآخرين، وفي هذا الفعل اعتداء غير مقبول على ممتلكات الآخرين وحرياتهم.

٢) المفهوم الاشتراكي للعدالة Socialist Concept

تعتمد النظرة الاشتراكية على مبدأ المساواة الاجتماعية بين الأفراد الذي يعتبر الوصول إليه هو الهدف الأسمى للمجتمع، ولذلك فإن على الدولة أن تحد من حرية بعض الأفراد في الملكية الخاصة لكي تكفل تحقيق المساواة بين أفراده .

ويعتبر الاشتراكيون أن حديث المناصرين لمبدأ الحرية الاقتصادية الرأسمالية عن حق الإنسان في الحياة والحرية يعتبر فارغا من المعنى إذا كان الفرد لا يستطيع الحصول على الطعام الملائم لاحتياجاته أو السكن المناسب أو الرعاية الصحية الضرورية أو غيرها من الاحتياجات الإنسانية الأساسية.

لذلك فان على الدولة واجبا أساسيا يتمثل في توفير الاحتياجات الأساسية للإنسان لكي تجعله قادرا على التمتع بحقوقه الأساسية في الحياة والحرية.

ولذلك فان للفرد الحق في الرعاية الصحية وهو واجب على المجتمع والدولة يجب أن تكفله بالتساوي لجميع الأفراد وفي كل مستويات الرعاية الصحية المتوفرة.

٣) المفهوم الليبرالي للعدالة Liberal Concept:

أصبح المفهوم الرأسمالي الليبرالي ينال قبولا متزايدا خلال الحقب الأخيرة في كثير من الدول الرأسمالية المعاصرة ، وفي كثير من هذه الدول نجد أن التيارات الليبرالية تتناوب في الحكم مع التيارات المحافظة.

وخلافا لأنصار مذهب الحرية الرأسمالية فإن الليبراليين يؤيدون – مثل الاشتراكيين – واجب الذين يمتلكون ما يفيض عن حاجتهم في مساعدة ذوي الحاجة من أفراد المجتمع ويعتبرون ذلك واجبا أخلاقيا أساسيا.

ويؤيد الليبراليون وجهة النظر الاشتراكية القائلة بان عدم توفر الحاجات الأساسية للفرد نتيجة الفقر تشكل عائقا أمام حقه الطبيعي في الحياة وأمام قدرته على امتلاك وممارسة حقه في الحرية.

ويشارك الليبراليون أنصار مذهب الحرية الرأسمالية في إطلاق الحرية الاقتصادية وحرية السوق والتجارة والمنافسة، ويؤمنون بعدم حق الدولة في وضع القيود على حرية الأفراد في الملكية الخاصة، إلا أنهم يرون إيجاد ضوابط اقتصادية (كالضرائب مثلا) ومؤسسات اجتماعية تعمل على توفير الاحتياجات الأساسية لأفراد المجتمع الفقراء أو العاجزين.

ولا يهدف الليبراليون إلى تحقيق المساواة بين أفراد المجتمع مثل الاشتراكيين ، فهم يقرون بوجود الفوارق بين الطبقات والأفراد داخل المجتمع ، ولكنهم يطمحون إلى تحديد مدى هذه الفوارق ، ولا يعتبرونها مقبولة أخلاقيا إلا إذا كانت تحقق الصالح العام للمجتمع كله.

ولا يمكن أن يتحقق الصالح العام للمجتمع إلا إذا كانت طريقة توزيع الاحتياجات الأساسية للإنسان (العمل ، التعليم ، الرعاية الصحية ، السكن ، . . .) تكفل تحقيق الخير العام لجميع أفراد المجتمع وخصوصا الأفراد الذين في وضع متدن بسبب الفقر أو الجهل أو المرض أو البطالة أو العجز وغيرها من الأسباب.

ولذلك فإن الليبراليين يكفلون حق الفرد في الرعاية الصحية ويحاولون دائما التوسع فيها لتشمل جميع أفراد المجتمع وبما يغطي مختلف مستويات الرعاية الصحية والطبية.

ونستطيع ان نجمل القول اخيرا فنقول انه في مرحلة الحرب الباردة ، كان هناك إقرارا عاما بحق الفرد في الرعاية الصحية في معظم المجتمعات الحديثة بمختلف انظمتها السياسية والاجتماعية ، واصبحت النظرة السائدة هي ان على المجتمع واجبا اخلاقيا يحتم عليه العمل على توفير الرعاية الصحية لجميع افراده.

ولكن مستويات الرعاية في الصحية المتوفرة كانت متفاوتة بشكل كبير في المجتمعات المختلفة بما يتناسب مع درجة ثراء المجتمعات وتقدمها الاقتصادي بصورة أساسية. وحتى داخل المجتمعات الغنية المتقدمة كالولايات المتحدة الأمريكية فإن التفاوت في مستويات الرعاية الصحية المتوفرة للأفراد كان ولا يزال قائما والحركة الاجتماعية والسياسية فيها تتطور باستمرار بهدف الاقتراب من تحقيق عدالة توزيع الرعاية الصحية داخل المجتمع.

ولقد حدثت تغييرات عظيمة في العالم بعد انهيار الاتحاد السوفييتي والكتلة الاشتراكية في بداية التسعينيات من القرن العشرين، وتهاوى النموذج الاشتراكي في الرعاية الصحية والطبية الشاملة القائم على المساواة الكاملة بين جميع الأفراد في جميع البلاد الاشتراكية السابقة.

وأعقب ذلك انتشار عظيم للنموذج الراسمالي في تقديم الخدمات الصحية والطبية المختلفة، وتخلت معظم الدول عن التزاماتها نحو افراد المجتمع، واقامت أنظمة شديدة الاختلاف فيما بينها تتعدد بقدر عدد الدول نفسها، ولا يجمعها إلا أمر واحد وهو اعتمادها على قيم السوق الرأسمالية وطغيانها على جميع مجالات الأنشطة الاجتماعية وخصوصا في مجال تقديم الخدمات الصحية والطبية.

وادى طغيان موجة العولمة إلى شمول المجتمعات النامية وتدهور الرعاية الصحية فيها زيادة عما كانت عليه خلال الحقب السابقة، واختلت موازين العدل الاجتماعي في معظمها بشكل عظيم، وتأثرت الدول والطبقات الأكثر فقرا بهذا الاختلال الفادح في موازين العدالة الاجتماعية بشكل عام والذي يشمل إلى جانب الرعاية الطبية جميع الخدمات الصحية الأساسية مثل توفير مياه الشرب النقية ووسائل الصرف الصحي والتعليم والكهرباء. ووصل الأمر إلى نقص كبير في المواد الغذائية المتاحة لطبقات واسعة من الطبقات الفقيرة في المجتمعات النامية، وانتشار عدد من المجاعات في عدد كبير من البلاد الأفريقية والأسيوية واللاتينية.

ولم تنج المهنة الطبية من تأثير موجات العولمة وطغيان قيم السوق، وسيطرة الشركات الدوائية وشركات التصنيع التكنولوجية والشركات التأمينية والشركات التجارية التي أصبحت تسيطر على المهنة الطبية وتضع لها الأولويات والحدود وتسيطر على توجهاتها وتدير أعمالها.

واصبحت هناك توجهات كبيرة في أوساط المهنة الطبية في جميع أنحاء العالم تحمل روح التوجهات التجارية وتخضع لقيم التنافس التجاري وتحقيق الأرباح، مما أدى إلى تدهور عظيم في مكانة المهنة الطبية في معظم المجتمعات المعاصرة ، وحدوث صدع كبير في ثقة المرضى والمجتمعات بالمهنة الطبية وقيمها السامية ، كمهنة تعمل على تقديم خدمات ضرورية لصالح الفرد والمجتمع، واصبح ينظر إليها على نحو متزايد على أنها عمل تجاري مربح مثل غيرها من الأعمال التجارية الأخرى.

وعلى الرغم من تنبه قطاعات واسعة من المهنة الطبية منذ وقت مبكر على السلبيات الهائلة التي سوف تصيب المهنة والمجتمعات والأفراد والثقة بينها وتعرض الاستقلال الطبي المهني للضياع ، وقامت المنظمات المهنية بمحاولات للتقليل من هذه الآثار بإعلاء قيم الاستقلال المهني والمثالية المهنية الطبية التي فصلنا الحديث عنها في الباب السابق. وفيما يبدو فإن الموجة الطاغية الممتدة للعولمة وقيم السوق والربح

والتنافس التجاري لا تزال كاسحة. ولعل زمنا طويلا سوف يمر قبل أن تنحسر هذه الموجة وتنكسر حدتها وتزول تأثيراتها المدمرة على القيم الاجتماعية والأخلاقية والإنسانية العالية للأفراد والمجتمعات.

ولعل المناقشة السابقة قد أوضحت لنا التعقيدات العظيمة التي تطرحها علينا قضية عدالة توزيع الخدمات الصحية والطبية لأن الأمر لا يتعلق بالمهنة الطبية وحدها فهي جزء من عدالة توزيع الموارد العامة في جميع مجالات الحياة الأخرى كالتعليم والسكن والوظائف ومياه الشرب النقية ووسائل الصرف الصحي ووسائل المواصلات ومشاريع التنمية الاقتصادية والاجتماعية ورعاية المسنين والمعوقين وخدمات الضمان الاجتماعي .....، وغيرها.

ولذلك فإن المفاهيم الاجتماعية والاقتصادية والسياسية السائدة داخل اي مجتمع هي عادة التي تسود وتسيطر وتخضع لها المهنة الطبية في توزيع الموارد على مجال الرعاية الصحية.

وفي العديد من المجتمعات المعاصرة نجد أن العدالة التوزيعية للخدمات الصحية والطبية لا تتحقق وأن كثيرا من موازينها مختلة ولا تفي بعدالة التوزيع التي يفرضها الالتزام الأخلاقي بمبدأ العدالة .

وفي الأخير يجب أن نؤكد على أن تحقيق اي تقدم في ضمان عدالة توزيع الخدمات الصحية والطبية في اي مجتمع لا يمكنه أن يتحقق إلا إذا كان المجتمع كله مهتما بقضية عدالة التوزيع للموارد العامة وملتزما بمبدأ العدالة بوجه عام .

عدالة توزيع الموارد الصحية والطبية

إن عدالة توزيع الموارد الصحية داخل اي مجتمع هي أولا إحدى جزئيات قضية العدالة العامة التي تشمل جوانب عديدة أهمها الجوانب الاقتصادية والسياسية والاجتماعية.

وأي حديث عن عدالة توزيع الموارد الصحية والطبية يجب أن يواجه أربعة أسئلة أساسية وهي:

١) هل هناك حق للفرد في الرعاية الصحية؟ وإذا كان ذلك صحيحا فإلى اي مدى؟ وما هو مستوى الرعاية الصحية الذي يعتبر مقبولا ويجب أن يكفله المجتمع لأفراده؟

٢) ما هي العلاقة بين حق الفرد في الرعاية وحقوقه الأساسية الأخرى؟ (كالتعليم والسكن والغذاء الملائم ومياه الشرب النقية. . .وغيرها) وما هي الأولويات التي يتم على أساسها ترتيب هذه الحقوق ؟

٣) ما هي الأولويات بين أنواع ومستويات الرعاية الصحية والطبية؟

٤) ما هي مظاهر العدالة أو عدم العدالة في النظام الصحي القائم في المجتمع؟

والسؤال الأخير يجب أن يظل قضية متجددة على الدوام لكشف جوانب القصور في النظام الصحي والعمل على تعديله بما يحقق مبادئ العدالة حسب تغير المعطيات والظروف التي تسمح بذلك في كل مجتمع مع ملاحظة أن القضايا والحلول اللازمة لها تتجدد بتغير المعطيات الاجتماعية والاقتصادية.

ولا تنشأ مشكلة عدالة توزيع الموارد الصحية والطبية إلا عندما يكون هناك ندرة في الموارد يقابلها تنافس في الاستحقاقات والمصالح لعدد كبير من المحتاجين لتلك الخدمات الصحية والطبية .

وينقسم توزيع الموارد الصحية والطبية إلى ثلاثة مستويات :

١) التوزيع الأكبر Macroallocation وتقوم به الحكومات على مستوى البلاد والمقاطعات والمحافظات والوحدات الإدارية الأصغر .

٢) التوزيع الأوسط Mesoallocation وذلك على مستوى المؤسسة الصحية كالمستشفى الذي يوزع موارده على مختلف الأقسام والخدمات.

٣) التوزيع الأصغر Microallocation وذلك على مستوى الأفراد.

وهذه المستويات الثلاثة متداخلة ومترابطة فما يتم توزيعه على المستوى الأول يؤثر على المستويات الأدنى .

والموارد المالية هي بالطبع اهم أنواع الموارد ولها التاثير الحاسم والمباشر على نوعية الخدمات الصحية والطبية التي تصل إلى أفراد المجتمع .

ويعتمد رقي الخدمات الطبية والصحية في اي بلد على درجة ثراء تلك المجتمعات وما تقدمه الدولة من موارد مالية للقطاع الصحي والطبي في ذلك المجتمع .

فالموارد المالية مثلا هي التي تحدد عدد المراكز الصحية والمستشفيات ومستوى خدماتها وعدد أقسام العناية المركزة وعدد الأسرة فيها ونوعية الخدمات الطبية ومدى تقدمها وتوفر تخصصات طبية عالية مثل جراحة القلب والدماغ وزراعة الأعضاء وغير ذلك من الأمثلة التي تخرج عن نطاق الحصر .

والموارد البشرية تتمثل في اعداد ونوعية الأطباء وغيرهم من المهن ذات العلاقة كالتمريض والصيدلة وتوفرا لتخصصات الطبية المختلفة وكيفية توزيعها على مختلف المناطق .

وهناك أيضا الموارد من الأعضاء البشرية اللازمة لزراعة الأعضاء مثل الكلى والكبد والرئة والقلب والتي لا تتوفر إلا باعداد ضئيلة لا تتناسب مع أعداد المرضى المحتاجين إليها.

وفي معظم المجتمعات المعاصرة نجد أن تكاليف وسائل العلاج الحديثة تتزايد بصورة عظيمة ويقابلها نقص في الموارد المالية مع تزايد أعداد المرضى المحتاجين للعلاج مما يجعل الحاجة ماسة إلى إقامة توازن يسمح بتوزيع الخدمات الصحية والطبية على كافة مستوياتها الثلاثة بما يكفل أكبر قدر من العدالة.

تكافؤ الفرص:

ولتحقيق عدالة التوزيع للموارد الصحية والطبية يجب علينا أن نضمن تطبيق مبدأ تكافؤ الفرص بين الأفراد، ولا نقيم اي وزن للاختلاف بين الأفراد إلا إذا كان لذلك الفرد دور واضح ومحدد يجعله مسئولا عن ذلك الاختلاف سواء بما يضعه في موقف متفوق أو في موقف متدن .

ويمكن أن نقرر من الوجهة الأخلاقية، وهو امر يحظى باتفاق عام ، أن الاختلافات بين الأفراد في السن أو الجنس أو العرق أو العقيدة الدينية أو الانتماء المذهبي أو الطبقي أو مستوى التعليم أو معدل الذكاء أو الثراء أو الوجاهة الاجتماعية لا يجب أن يكون لها اي علاقة بالتوزيع العادل للخدمات الطبية ، لأن الفرد غير مسئول عن اي من هذه الخصائص ، وبالتالي فإن اعتماد اي منها يعتبر انتهاكا لمبدأ العدالة .

اما المبادئ المقبولة أخلاقيا والتي تتنافس فيما بينها لتشكل اساسا معقولا للتوزيع العادل للخدمات الطبية فإنها تشمل المبادئ الخمسة التي ذكرناها سابقا، وهي المساواة ، والحاجة ، والجهد ، والكفاءة ،

والمشاركة الاجتماعية ، ويتم اعتماد واحد أو عدد منها بحسب ما تقتضيه الظروف وبحسب اختلاف الموارد وندرة الإمكانيات.

وبما أن المريض غير مسئول عن مرضه أو درجة إصابته فإن تقديم الرعاية الطبية لا يمكن أن يتم على أساس الحصص المتساوية بحيث يحصل كل مريض على نصيب متساو من ميزانية العلاج العامة ، ولكن يجب أن يتم ذلك على أساس إعطاء كل مريض العلاج اللازم له بناء على حاجته المرضية وخصوصا المرضى المصابين بأمراض خطيرة تهدد حياتهم حتى ولو كانت تكاليف العلاج المادية تفوق كثيرا ما يمثله نصيب الفرد من الميزانية العامة لأن ذلك أمر ضروري تحتمه قاعدة تكافؤ الفرص ومبدأ عدالة التوزيع .

ومع ذلك فإن الاختلافات في وجهات النظر حول العدالة التوزيعية سوف تبقى دائما ومشاكلها وقضاياها هي بطبيعتها متجددة بحسب تغير ظروف وأحوال المجتمعات .

ومن القضايا التي سوف تظل قائمة مسالة تحديد الأولويات في مسائل توفير مختلف أنواع ومستويات الرعاية الطبية ، ومنها مثلا هل نعطي العلاج لأي مريض؟ أو للمريض الذي سوف تتحقق له أعظم الفائدة من العلاج؟ أو للمريض الأشد مرضا؟ أو الأكثر عجزا؟ وإلى أي مدى يمكن في حالة معينة تفضيل مبدأ تحقيق فوائد عظيمة لعدد قليل من المرضى وتركيز الموارد عليهم وحرمان الباقين من الخدمات مقابل تحقيق فوائد متواضعة لعدد كبير من المرضى مع إعطاء كل مريض فرصة متساوية في الحصول على نفس الخدمة ... ... وهكذا .

الجوانب العملية لمبدأ العدالة:

١) إن من واجبات الطبيب الأساسية التي تفرضها عليه التزاماته الأخلاقية نحو مريضه أن يعمل " كوكيل للمريض " ويحاول أن يحقق له أفضل المصالح، ولكنه يجب أن يأخذ بعين الاعتبار في نفس الوقت المحافظة على توازن عادل بين مصلحة المريض واحتياجات المرضى الآخرين ومصلحة الجهة الممولة لنفقات العلاج (الحكومة، الشركة) ومصلحة المجتمع ككل .

٢) ومن الناحية العملية يجب على الطبيب أيضا الاقتصاد والترشيد في استخدام الموارد الطبية وتجنب الأدوية والإجراءات التشخيصية والعلاجية ذات الفائدة المحدودة أو التي في محل شك ، واختيار الوسائل العلاجية والتشخيصية التي ثبتت كفاءتها بالدليل العلمي ، والتي تحقق أفضل النتائج بأقل تكلفة مالية ممكنة.

٣) ويجب أن يسعى الطبيب للحصول على أفضل المصالح لمرضاه من خلال النظام القائم دون أي محاولة للالتفاف عليه أو الحصول على مزايا غير عادلة لهم أو إعطائهم مالا يستحقون.

٤) ولكن ذلك لا يعفي الطبيب أيضا من السعي وراء حلول للموارد المالية العاجزة والضرورية لخدمة طبية معينه يعتقد بضرورة وجودها وذلك على مستوى إدارة المرفق الصحي، أو على المستوى الحكومي ، أو أي مجال آخر مثل الجمعيات الخيرية ورجال الخير أو جمع التبرعات من أفراد المجتمع أو أي وسيلة أخرى مشروعة.

الأخلاقيات القائمة على الفضائل والمثل

الفضائل والمثل هي مميزات شخصية ذات قيمة اخلاقية عظيمة مثل الصدق والأمانة والشجاعة والصبر والاجتهاد والرحمة وغيرها من الفضائل الأخلاقية التي تثير الإعجاب في النفوس وترفع مكانة الذين يتصفون بها إلى مراتب عالية.

و في النظريات الأخلاقية المختلفة التي سبقت مناقشتها فإن الاهتمام يتركز على الفعل أو السلوك وهو الذي يتم تقييمه وتقدير صلاحيته الأخلاقية أو بطلانه ، أما في النظريات الأخلاقية المعتمدة على الفضائل فإن الاهتمام يتركز على الشخص الذي يقوم بالفعل لتقدير المزايا الشخصية التي يتمتع بها ومدى انسجامها مع الفضائل والمثل العليا.

و يعتقد بعض علماء الأخلاق أن التركيز على تقييم الأفعال في النظريات الأخلاقية السائدة قد أهمل جوانب المزايا الشخصية للأفراد ، وذلك يتعارض مع ممارساتنا الأخلاقية المعتادة لأننا كثيرا ما نقيم الأشخاص ومزاياهم الأخلاقية والدوافع الكامنة وراء أفعالهم ، ولا يقتصر تقييمنا على أفعالهم المجردة فحسب.

فنحن كثيراً ما نصف شخصا بالطيبة أو الأمانة أو الشجاعة دون أن نصف أفعاله وقد نخفف اللوم ونلتمس العذر لشخص قام بعمل خاطئ إذا تبينت حسن نواياه ونبل دوافعه.

و على النقيض من ذلك قد نحكم بالخطأ على شخص قام بعمل صحيح إذا حامت الشكوك حول دوافعه ، والمثل على ذلك شخص يتبرع بالمال لعمل خيري ويهدف إلى تحقيق مكاسب مادية أو معنوية من وراء ذلك.

و بالرغم من أن أغلب الفضائل تجد جذورها في القواعد والمبادئ الأخلاقية المعروفة فإن نظريات الأخلاق القائمة على الفضائل تركز على الفرد وما يتمتع به من الصفات والمزايا الشخصية الدائمة والفضائل ومدى ما يطمح إليه من تحقيق المثل الأخلاقية العليا.

و الشخص الفاضل المتمسك بالمثل العليا يلتزم بالسلوك الأخلاقي الصحيح بدافع من مزاياه الفاضلة وليس لمجرد معرفته بالمبادئ والقواعد الأخلاقية والحقوق والواجبات.

و بدلا من تضييع الجهود في تحديد القواعد والمبادئ والواجبات فإن الأجدر بنا العمل على تنمية المزايا الشخصية للأفراد القائمة على الفضائل والتزام المثل العليا من خلال التربية والتعليم والتهذيب وتقديم النماذج الملهمة التي تغري بالتقليد والإتباع ومن خلال الممارسة اليومية للأخلاقيات المعتمدة على هذه الفضائل.

مستويات الأخلاق :

يمكن تقسيم المستويات الأخلاقية إلى ثلاثة مستويات مرتبة تصاعديا كالتالي :

١) الأخلاقيات القائمة على القوانين والتشريعات:

و تمثل الحد الأدنى من الواجبات التي تكفل القوانين والشرائع احترامها لمنع تعدي الأفراد بشكل بارز على حقوق الآخرين.

٢) الأخلاقيات القائمة على القواعد والمبادئ والنظريات الأخلاقية :

و هي تلزم الناس كافة بواجبات معينة وتفرض عليهم الوفاء بحقوق الآخرين حتى وإن كانت القوانين لا تكفلها ولا تعاقب على عدم الالتزام بها.

فالفرد لا يسرق ولا يقتل ولا يكذب ، مثلا ، لمجرد انه قد ضمن عدم تعرضه لطائلة العقاب القانوني بل لأن السرقة والقتل والكذب اعمال خاطئة من الوجهة الأخلاقية، وهو يلتزم باجتنابها بدافع من ضميره الأخلاقي.

٣) الأخلاقيات القائمة على الفضائل والمثل العليا :

و هذه ليست ملزمة لكافة الناس ، ولكن بعض الأفراد المتميزين يلزمون أنفسهم بها ويطمحون إلى تحقيق درجات أعلى من الكمال من خلال :

أ) القيام بالواجب في الوقت الذي قد يتخلى عنه الآخرون ، مثل مشاركة الطبيب في مكافحة الأوبئة والاهتمام بالمرضى بالأمراض المعدية المختلفة مثل الإيدز.

ب) القيام بما هو أكثر من الواجب في الأوضاع التي لا يلتزم فيها الآخرون إلا بقيود والتزامات الواجب.

و هم عندما يقومون بتلك الأعمال يقاومون في نفوسهم قوى الأنانية ، والرغبة والخوف ، وغريزة حفظ الذات مما يؤدي بهم إلى التضحية بمصالحهم المشروعة وتغليب مصالح الغير انطلاقا من دوافع داخلية تطمح إلى تحقيق الفضائل العليا معتمدة على الضمير اليقظ والرغبة في تحقيق الخير للآخرين.

و بالتالي فإن الأعمال المعتمدة على الفضائل والمثل العليا ليست واجبة على الفرد ولا ملزمة له أخلاقيا أو قانونيا ، والذي لا يقوم بها لا يستحق اللوم ، ولكنها اختيارية تستحق الإعجاب والتقدير والشكر والثناء ويستحق من يقومون بها الإشادة وحسن الذكر وأن يوصفوا بالأبطال أو (القديسين) .

و يطالب بعض أساتذة الأخلاق بتقوية النظريات الأخلاقية الحالية بإضافة الأخلاقيات القائمة على الفضائل إليها أو بإنشاء نظريات أخلاقية جديدة تقوم على المزج بينهما دون إعطاء الأولوية لأي منها.

الفضائل الأبوقراطية :

أوصى أبوقراط بأن يكون الطبيب متمتعا بالفضائل الآتية :

(١) التواضع (٢) العقل والحكمة (٣) الصبر
(٤) سرعة الرأي والبديهة (٥) الشفقة والرحمة

و في الماضي كانت كثير من مواثيق الأخلاقيات الطبية تشير باقتضاب إلى الفضائل التي يجب أن يتمتع بها الطبيب ولكن كثيرا منها أصبح يتجاهلها ومنها على سبيل المثال " دستور الأخلاقيات الطبية لجمعية الأطباء الأمريكيين " في آخر تعديل له عام ١٩٨٠م الذي لم يشر إليها إلا في صورة سلبية في جملة واحدة فقط هي :

" على الطبيب أن يعمل كل ما في وسعه لكشف الأطباء الذين يتصفون بنقص في المزايا الشخصية أو الكفاءة ".

و يمكن ان نشير بإيجاز إلى بعض الفضائل المطلوبة في الطبيب المعاصر :

- الاعتدال في نظرة الطبيب إلى حدود وإمكانيات المهنة الطبية وما هي الأشياء التي يمكن تحقيقها وما ليس بالإمكان.
- التفهم العميق للجوانب الإنسانية في حياة الناس والتعاطف مع آمالهم ومشاعرهم ومخاوفهم والتجاوب معها.
- الاعتراف بوجود مواطن غموض في الطبيعة البشرية تعلو احيانا على كل فهم.
- الحكمة والحصافة في تقرير ما هو صحيح ومرغوب فيه ويحقق الخير للإنسان وتمييزه عما هو خطأ وغير مرغوب فيه.
- الشجاعة في مقاومة الطلبات غير المبررة للأدوية ووسائل التشخيص والعلاج، فالطبيب خادم للاحتياجات الإنسانية الصحيحة وليس خادم للرغبات والأهواء.
- القدرة على التغلب على الأنانية والمصالح الذاتية وتقديم مصلحة المريض الفرد على كل اعتبار آخر.
- العمل على سمو المهنة الطبية وتقديم النموذج الشخصي الملهم للطبيب الفاضل الطامح إلى تحقيق المثل العليا.

و سوف يلاحظ خلال الفصول القادمة بعض التطبيقات العملية للأخلاقيات القائمة على الفضائل ولكن أبرزها في الباب الأخير الخاص بتعارض المصالح.

الباب الثاني

الموافقة المستنيرة

" من أجل المريض كان الطبيب وليس العكس ، فالشفاء غاية والطب وسيلة، والمريض مخدوم والطبيب خادم ، والضعيف أمير الركب كما قال الرسول صلى الله عليه وسلم."

الدستور الإسلامي للمهن الطبية

١٩٨١م

الموافقة المستنيرة INFORMED CONSENT

أصبحت جميع مواثيق الأخلاق الطبية الحيوية في الحقب الأخيرة تقرر ان على الأطباء الحصول على الموافقة المستنيرة من المرضى قبل القيام باي إجراءات تشخيصية او علاجية وقبل الاشتراك في اي بحث طبي سريري.

و هي تعني موافقة المريض على منح الطبيب تفويضا بتلقي علاج معين او الخضوع لإجراء تشخيصي أو جراحي او المشاركة في بحث طبي بناء على قراره الذاتي الحر المستقل والذي لا يخضع لأية تأثيرات خارجية كالقسر او التهديد او الخديعة او التضليل وغيرها من الوسائل المقيدة للحرية.

و للمريض الحق في الحصول على كافة المعلومات اللازمة التي تمكنه من اتخاذ قراراته فيما يخص تلقيه للعناية الطبية بناء على فهم واضح.

و بالرغم من أن مصطلح " الموافقة " بحد ذاته يعني قبول العلاج وهو الجزء الإيجابي فإن المصطلح يتضمن بطبيعته الجانب السلبي الآخر وهو " الرفض " لأن من يملك حق وسلطة الموافقة والقبول يمتلك بنفس الدرجة حق وسلطة الرفض والامتناع عن العلاج.

و في حالة رفض المريض وامتناعه عن العلاج فإن له كامل الحق في الحصول على كل المعلومات والحقائق والمخاطر الناجمة عن قراره برفض العلاج.

أنواع الموافقة المستنيرة:

هناك نوعان من الموافقة او يمكن اعتبارهما درجتين من الموافقة المستنيرة وهما:

١) موافقة عامة وهي التي يمنحها المريض للطبيب عند بدء العلاقة المهنية بينهما وغالبا ما تكون الموافقة ضمنية عندما يذهب المريض بنفسه إلى طبيب معين ويطلب منه الكشف الطبي عليه أو يطلب منه إجراء طبيا أو علاجيا معينا وهذه الموافقة العامة الضمنية تشمل إجراءات الكشف الطبي السريري والإجراءات التشخيصية والعلاجية المعتادة.

وعندما يرفع المريض كُم قميصه ويقدم ذراعه لأخذ عينة من الدم فإن ذلك الفعل يعتبر موافقة ضمنية على أخذ عينة من الدم وخزع الوريد وإجراء الفحوص المخبرية المحددة.

٢) الموافقة الخاصة أو النوعية التي يجب أن تكون موافقة صريحة إما شفويا أو كتابيا وهي التي تصبح ضرورية عندما يكون الإجراء التشخيصي أو العلاجي مصحوبا بمخاطر محتملة او في الحالات التي قد تكون فيها قيم المريض الشخصية أو معتقداته الدينية او رغباته الخاصة مؤثرة على قرار العلاج.

و لا توجد قواعد محددة تقرر متى يجب أن تكون الموافقة الصريحة كتابية ومدونة في وثائق رسمية ولكن العادة جرت في أغلب المستشفيات على طلب مثل هذه الوثائق الموقعة من المريض في العمليات الجراحية والإجراءات التشخيصية والعلاجية الغازية للجسد أو التي تتضمن قدرا من المخاطرة والأضرار المحتملة.

الموافقة المستنيرة من الوجهة الأخلاقية :

و من الناحية الأخلاقية فإن الموافقة تستند إلى مبدأ احترام الحرية الذاتية للفرد الذي يقرر حق المريض في تكوين رأى حر مستقل فيما يتعلق بأموره الصحية.

و للموافقة المستنيرة عدد من الفوائد هي :

١) ضمان الحرية الذاتية للمريض بتقرير حقه في المعرفة وحرية اتخاذ القرار.

٢) حماية المرضى أو المشاركين في أي بحث طبي من المخاطر المختلفة أو الأضرار المحتملة.

٣) حماية المرضى من أي أساليب للقسر والإكراه أو الخداع والتضليل.

٤) تشجيع الأطباء والعاملين في المجالات الطبية المختلفة على المراقبة الذاتية.

٥) إشراك الرأي العام في المراقبة والحكم على الأبحاث الطبية لمنع حدوث أية تجاوزات أخلاقية.

الموافقة المستنيرة من الناحية القانونية:

أما من الناحية القانونية فإن موافقة المريض على الخضوع للرعاية الطبية أو المشاركة في الأبحاث الطبية يعتبر ضرورة ملزمة على الطبيب قانونياً وشرعياً.

و القانون العام يقرر أن الطبيب الذي يقوم بعلاج أي مريض دون موافقته أو الجراح الذي يجري عملية جراحية لمريض بدون إذنه يعتبر معتدياً ويقع تحت الطائلة القانونية لقانون الجنايات وهو مسئول عن الأضرار وملتزم بالتعويض.

أما إذا كانت موافقة المريض ناقصة وغير مستنيرة أو غير مكتملة للشروط فإنه يقع تحت طائلة الإهمال والتقصير.

و يحدد القانون استثناءً وحيداً لضرورة الحصول على الموافقة وهو العلاج الإسعافي للحالات الطارئة إذا كان المريض في حالة لا تسمح له بإعطاء الموافقة.

ويقرر القانون أن الحالات الإسعافية الطارئة تنشأ عند ما يكون العلاج العاجل ضروري لإنقاذ حياة المريض أو للحفاظ على صحته بدفع ضرر جسيم.

كما تتفق المواثيق الأخلاقية الحيوية التي تصدر عن الهيئات والنقابات والجمعيات الطبية المحلية والدولية على ضرورة حصول الطبيب على الموافقة من المريض كخطوة أولى تصبح أساساً لواجبات الطبيب نحو المريض وتحدد التزاماته التي تفرضها العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض.

الموافقة المستنيرة في الشريعة الإسلامية:

و نجد أن الأمر في الشريعة الإسلامية مطابق لما ذكرناه سابقاً في القوانين الوضعية الحديثة. فإذن المريض للطبيب بالعلاج أمر واجب شرعاً وإن كان المريض قاصراً أو عاجزاً عن الإذن وجب على الطبيب أخذ الإذن من وليه.

و يقرر ابن القيم الجوزية أن :

" الطبيب الحاذق - وإن أعطى الصنعة حقها- فقطع سلعة من رجل أو صبي أو مجنون بغير إذن وليه فتلف أو أدى ذلك إلى ذهاب صفة من الصفات فإنه يضمن لأن التلف تولد من فعل غير ماذون فيه".

كما أن هناك إجماعاً فقهيا على أن إذن المريض أو وليه غير ملزم في الحالات الطارئة التي تنذر بهلاك المريض، وفي هذه الحالة لا يعتبر الطبيب مسئولا مهما كانت النتائج.

الجوانب العملية للموافقة المستنيرة:

و من الناحية العملية المتعلقة بالمهنة الطبية فقد أظهرت الدراسات أن عملية الحصول على الموافقة تشكل جزءاً مهماً من عملية تكوين علاقة مهنية ناجحة بين الطبيب والمريض.

كما أن تزويد المريض بالمعلومات والحقائق عما ينتظره من معاناة أو آلام خلال الإجراءات الطبية التي يوافق على الخضوع لها، التي تشمل الآثار الجانبية المضاعفات المحتملة حتى للعلاجات الشائعة اليومية التي يصفها الطبيب لجميع مرضاه. إن ذلك يؤدي إلى نقص الآثار السلبية والآلام والانزعاجات ، ويعجل في زوال الأعراض وعودة الوظائف الجسمانية إلى طبيعتها ، ويرفع من الروح المعنوية للمريض ويحسن حالته النفسية والشعورية ويقلل من سوء الفهم والالتباس الذي ينشأ عند البعض الذين قد يعتبرون أي آثار غير مرغوب فيها هي ناتجة دائما عن خطأ طبي أو إهمال .

ويميل الكثير من الأطباء إلى اعتبار أن الموافقة المستنيرة مجرد إجراء قانوني ولكن الصحيح أنها تعتبر جزءا مهماً من مكونات الرعاية الطبية الجيدة ،ويجب على الطبيب أن يكتسب المهارة في تقديم المعلومات الكافية والمناسبة للمريض التي تمكنه من اتخاذ القرار الأنسب له من وجهة نظره الشخصية وخصوصاً في الحالات المرضية التي قد يكون فيها بدائل علاجية مختلفة والاختيار بينها يعتمد على القيم الشخصية للمريض وعلى ما يعتقد أنه البديل الأفضل الذي يحقق له الصحة والرفاهية.

ففي حالة السرطان المتقدم مثلا فإن قرار العلاج ليس قرارا علميا محضا ، ولكنه يعتمد أساسا على القيم الشخصية للمريض وما إذا كان يعتقد أن استمرار العلاج الكيميائي بكل مخاطره ومضاعفاته يوفر له فرصة أفضل في الرفاهية الصحية ، أم أن لدى المريض رأيا آخر يرى فيه مثلا أن الأمر لا يستحق ذلك العناء والشقاء ، وأن المخاطرة في قبول العلاج الكيميائي بفرصه الضئيلة في النجاح يفقد الحياة معانيها لديه ويضعه في موقف الضعيف الذي يستجدي إضافة شهور قليلة إلى حياته ليس فيها إلا الضعف والوهن والألم والمعاناة والاعتماد على الآخرين.

و لذلك فإن على الطبيب بعد أن يشرح للمريض تشخيص حالته وعواقبها المحتملة أن يبين له الاختيارات العلاجية الممكنة ومزايا وعيوب كل منها ويطلب مشاركته في اتخاذ القرار باختيار نوع محدد من العلاج.

و يجب على الطبيب أن يشعر المريض بكل الحرية في التساؤل والاستفسار عن مختلف البدائل والاختيارات العلاجية وأن يوفر له أي معلومات يطلبها لمساعدته على اتخاذ القرار وتحديد نوع العلاج.

وفي كل الأحوال يجب أن يتجنب الطبيب التقليل من أهمية حاجة المرضى إلى المعلومات المتعلقة بأمراضهم والبدائل العلاجية المتوفرة لها ، وألا تصبح عملية الحصول على الموافقة مجرد سرد مختصر لاستمارة الموافقة أمام المريض ، أو تلقين متعجل له حول بعض المخاطر المحتملة ، أو الأسوأ من ذلك مجرد طلب توقيعه على الاستمارة الجاهزة حتى دون إتاحة الفرصة له للإطلاع عليها.

و قد اظهرت دراسات عديدة ان رغبة المرضى في اتخاذ القرار العلاجي الخاص بهم مختلفة كثيرا بين الأفراد وفي المجتمعات المختلفة وأن كثيراً من المرضى حتى وان رغبوا في الحصول على معلومات فإنهم يتركون اتخاذ القرار للطبيب وخصوصاً المسنين والمرضى بامراض حادة.

و حتى عندما يجد الطبيب أن المريض يميل إلى أن يترك له اتخاذ قرار العلاج فإن الواجب يملي عليه محاولة إشراك المريض بفعالية في المناقشة التي يتم على أساسها اتخاذ القرار العلاجي بصورة مشتركة بينهما.

وفي المجتمعات ذات العلاقات الأسرية المترابطة فإن اشتراك أفراد عائلة المريض في فهم البدائل العلاجية واتخاذ القرار حول أي منها أمر مساعد للطبيب والمريض، ويجب العمل على تشجيعه على أن يضمن الطبيب عدم تعرض المريض لأي ضغوط خارجية من قبل أفراد أسرته.

العناصر المكونة للموافقة المستنيرة :

تقرر مواثيق الأخلاق الطبية والبحثية وكذلك القوانين المنظمة للمهنة الطبية والأبحاث الطبية أن الموافقة تتطلب توفير أربعة من العناصر لكي تكتمل شروطها الأخلاقية والقانونية وهي :

١) المصارحة بالمعلومات(الإفصاح عن المعلومات)Disclosure of Information

يجب على الطبيب أن يزود المريض بالمعلومات المناسبة والكافية وكذلك الإجابة عن أية تساؤلات وبلغة قريبة من ذهن المريض وقدراته على الفهم.

٢) تفهم المعلومات Comprehension of Information

و هي التاكد من أن المريض قد فهم بوضوح المعلومات المقدمة إليه أو التي طلبها.

٣) الإرادة Voluntariness

يجب أن يتخذ المريض قراره بإرادته الحرة بدون قسر او إكراه خارجي من أي نوع أو محاولات للتاثير عليه أ والتلاعب به وخداعه.

٤) الكفاءة Competence

و هي أن يكون الشخص مؤهلاً لامتلاك القدرة على تكوين رأي معقول ثم اتخاذ قرار محدد وفهم العواقب المحتملة للقرار الذي اتخذه.

و كل من هذه العناصر المكونة للموافقة المستنيرة تتضمن جوانب ومشاكل أخلاقية وقانونية، ولذلك يجب التعرض لكل منها بنوع من التفصيل.

المصارحة بالمعلومات Disclosure of Information

المصارحة بالمعلومات في سياق الحصول على الموافقة المستنيرة هي تزويد المريض بالمعلومات الكافية والمناسبة التي تمكنه من تكوين رأى صحيح يتم على أساسه اتخاذ القرار ويضمنه أن الموافقة صحيحة ومستنيرة.

ومن الناحية الأخلاقية فان المصارحة بالمعلومات تستند إلي مبدأ الحرية الذاتية واحترام حرية الفرد لان ا لمصارحة توفر المعلومات الضرورية التي يستطيع الفرد من خلالها اتخاذ قراره فيما يتعلق بصحته بحريه وعلى أساس واع ومستنير.

وللمصارحة اهمية عملية اخرى وهي انها تساعد على دعم واستمرار العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض القائمة على الثقة .

ويحدد القانون العناصر الضرورية التي يجب أن تشملها المصارحة وهي:

- وصف للوسيلة العلاجية ونتائجها المحتملة ومدة الرقود في المستشفى ،
- المدة اللازمة للشفاء ،النتائج الجراحية ، المخاطر والأضرار المحتملة سواء كانت شائعة او نادرة، قريبة او بعيدة.
- الاختيارات العلاجية الأخرى ومزاياها ومخاطرها المحتملة وتكاليفها المالية مع مقارنة موضوعية للبدائل المختلفة .
- عواقب ترك أو تأخير المعالجة.
- الإجابة عن أي استفسارات للمريض وإيضاح جميع الجوانب التي يطلبها كل مريض بصورة خاصة بالشكل الذي يتلاءم مع تفكيره واحتياجاته للمعلومات.
- وفي الأبحاث الطبية يجب أن تشمل المعلومات تصريحا بان من حق المريض الانسحاب من البحث في أي وقت يشاء ، إلى جانب أغراض البحث ووسائله وأهدافه ، ومواصفات اختيار المشاركين فيه ، والمخاطر المحتملة منه، والأشخاص المسئولين عن إجراء البحث وغير ذلك .

اما كمية ونوعية المعلومات الضرورية لكي تكون المصارحة صحيحة فهناك خلافات عديدة حولها، ولتقرير ما إذا كانت كمية ونوعية المعلومات ملائمة وكافيه هناك عدد من المعايير اهمها :

١) معيار الممارسة المهنية The Professional Practice Standard

بمعنى انه يمكن الحكم على المصارحة بانها ملائمة وكافيه بناء على العادة والعرف السائد بين أبناء المهنة الطبية في أي مجتمع بحيث تصبح العادة السائدة هي التي تحدد كمية ونوعية المعلومات التي يجب المصارحة بها .

وهناك عدد من الاعتراضات على هذا المعيار وأهمها أن كمية المعلومات ونوعيتها تعتمد على الحكم الطبي حول ما الذي يحقق مصلحة المريض العليا ، ولا تخضع بالتالي لحق المريض في الحصول على كمية ونوعية للعلومات التي يريدها، وفي ذلك ما يتيح المجال لطغيان التسلط الأبوي.

وفي الحالات التي يحدث فيها التنازع فإن الطبيب يستطيع الإدعاء بان كمية المعلومات التي قدمها للمريض كافية ومناسبة من وجهة نظره بدون إعطاء أي وزن او تقدير لوجهة نظر المريض واحتياجاته الخاصة للمعلومات الضرورية ، ويصبح الطبيب في مثل هذه الحالة كأنه الخصم والحكم في نفس الوقت .

٢) معيار الشخص المعقول The Reasonable Person Standard

وفيها يقدم الطبيب للمريض المعلومات بناء على تقدير ما يتطلبه ويحتاج إليه الشخص المعقول الذي يكون في وضع يشابه وضع المريض لكي يستطيع أن يتخذ قرارا مستنيرا.

وبالمثل هناك ايضا اعتراضات عديدة على هذا المعيار أهمها عدم وجود مفهوم واضح ومحدد للشخص المعقول . ولكن هذا المعيار افضل من السابق ويصبح ممتازا إذا أضيف إليه الاستجابة إلى تلبية الاحتياجات الخاصة في تقديم المعلومات النوعية والخاصة التي يطلبها كل مريض على حدة بما يتلاءم مع تفكيره وبما يلبي احتياجاته للمعلومات الضرورية.

إخفاء المعلومات القصدي Intentional Non Disclosure of Information

وينشأ ذلك في عدة أحوال منها ما يلي :

١) تخلي المريض عن الحق في المصارحة:

قد يبدي المريض رغبته صراحة أو ضمنا بأن لا يعرف شيئا عن بعض المعلومات التي تشكلها عناصر المصارحة مثل تشخيص مرض خطير كالسرطان أو المضاعفات التي يمكن أن تنتج عن عملية جراحية معينة أو الآثار الجانبية الخطيرة لبعض أنواع الأدوية والوسائل العلاجية.

ويرى بعض الأطباء وأساتذة الأخلاق أنه مثلما للمريض الحق في الحصول على المعلومات والحقائق فإن عليه أيضا واجبا أخلاقيا يلزمه بالبحث عن الحقيقة وتفهمها ولذلك فإن على الطبيب مصارحته بالمعلومات بغض النظر عن رغبته أو النتائج المحتملة لذلك .

ولكن هذه الحجة ضعيفة وواهية لأن إجبار المريض على تلقي معلومات لا يرغب فيها هو تسلط أبوي مرفوض وانتهاك لحريته واستقلاليته، كما أنها تفرض على المريض الالتزام بواجب البحث عن الحقيقة وهو أمر مشكوك فيه .

ولذلك فإن الرأي الأرجح والأشمل هو احترام حرية المريض والخضوع لحقه في التخلي عن المصارحة إذا كانت تلك هي رغبته بالفعل وكان الطبيب متأكدا أن المريض يتصرف بإرادته الحرة وغير خاضع لأي مؤثرات خارجية .

٢) تحقيق المصلحة العلاجية العليا للمريض Therapeutic Privilege

إذا قدر الطبيب أن المصارحة بالمعلومات قد تزعج المريض وتخيفه إلى درجة تجعله يتخذ قرارا مخالفا لمصلحته وأن إخفاء المعلومات عن المريض قد يحقق ميزة علاجية للمريض ويحقق له أفضل المصلحة ، وقد يستند في ذلك من الناحية الأخلاقية على أن حق المريض في المصارحة بالمعلومات القائمة على الحرية الذاتية يجب أن يخضع لأولوية مقدمة عليه وهي منع حدوث الضرر وتقديم فعل الخير .

فإذا قدر طبيب الأشعة مثلا أن إخبار المريض باحتمال الوفاة النادر نتيجة استخدام البوروجرافين لتصوير الكليتين الظليل قد يؤدي إلى إزعاج المريض ورفضه لإجراء الكشف الذي يعتبر ضرورة للمريض ، وبناء على ذلك فإنه يقرر إخفاء المعلومات عن المريض لأن المصارحة في مثل هذه الحالة قد تؤدي إلى وقوع الضرر على المريض ولا تحقق مصلحته الفضلى .

والقوانين والممارسات الطبية السائدة في المجتمعات الغربية لا تعترف بمثل هذه الممارسات وتعتبرها نوعا من طغيان السلطة الأبوية التي تنال استنكاراً عاما وفيها أيضا سيادة لاحترام الحرية الذاتية يحتم على الطبيب الالتزام بواجب المصارحة وترك المريض يتخذ قراره بحرية حتى ولو أدى ذلك إلى اتخاذ قرار يخالف مصلحته الطبية .

ولكن الاختلافات الثقافية القائمة في كثير من المجتمعات الأخرى لا توافق على هذه المعايير الغربية وتسمح الأوضاع الثقافية السائدة فيها بإخفاء بعض المعلومات عن المريض إذا كان الطبيب يقدر أن ذلك يحقق مصلحة المريض ورفاهيته.

ولا يستطيع أحد أن ينكر أن كثيرا من المرضى يكونون في حاجة ماسة إلى طبيب قادر ومسئول يتولى السلطة المصحوبة بالثقة الباعثة على الاطمئنان ويقوم باتخاذ القرارات التي تحقق مصلحة المريض وتعيد له صحته ورفاهيته .

و تعتبر قضية كانتربري ضد سبنس من اشهر القضايا في مجال المصارحة بالمعلومات وهي تتلخص فيما يلي ،

أجرى الدكتور ويليام ثورنتون سبنس عملية جراحية للمريض جون كانتربري (١٩ سنة) لإزالة الألم من فتق القرص بين الفقاري Disc Herniation، وأصيب المريض بشلل الأطراف السفلية وهي إحدى المضاعفات النادرة للعملية الجراحية.

و لم يكن الطبيب قد اخبر مريضه قبل إجراء العملية أن حدوث الشلل النصفي هو احد المخاطر المحتملة لتلك العملية مما دفع المريض إلى إقامة الدعوى القضائية ضد الطبيب والمستشفى.

و قد اعتمد الطبيب في الدفاع عن موقفه امام المحكمة بانه قد اخفى الحقيقة عن المريض لان احتمال حدوث الشلل بعد العملية امر نادر جدا لا يزيد عن ١٪ وان إخبار المريض بذلك مناف لقواعد العمل الطبي الصحيح لأنه قد يدفع المريض إلى عدم الموافقة على العلاج والتخلي عن إجراء العملية الضرورية له ، وربما يحدث اثارا نفسية سيئة لديه تمنع نجاح العملية وتؤخر الشفاء.

و قد رأى القاضي روبنسون ان كل مريض راشد متمتع بكامل قواه العقلية يمتلك الحق الكامل في تقرير الإجراءات العلاجية التي يمكن ان تجرى عليه.

و لكن حق المريض في تقرير المصير لنفسه لا يمكن ان تتم ممارسته بشكل صحيح إلا إذا توفرت لديه المعلومات الكافية والمناسبة لاتخاذ القرار بإرادته وحريته بناء على معرفة كاملة بكل الإمكانيات المحتملة.

و بما أن المريض لا يمتلك معرفة طبية تساعده على اتخاذ القرار بشكل صحيح فإن تقديم المعلومات الكاملة له أمر واجب على الطبيب وملزم له اخلاقيا وقانونيا.

و يجب أن يتحدد مجال المعلومات ومداها باحتياج المريض نفسه إلى المعلومات وأهمها المخاطر المحتملة لأي إجراء تشخيصي أو علاجي وبما فيها المخاطر المحتملة فيما إذا قرر المريض التخلي عن العلاج.

و في جميع الأحوال لا يحق للطبيب أن يخفي المعلومات عن المريض بحجة أن المريض قد يتخلى عن العلاج الذي يعتقد الطبيب من وجهة نظره بانه ضروري للمريض لأن مثل ذلك التصرف من قبل الطبيب هو تسلط أبوي ترفضه القوانين.

و لذلك فإن قاعدة المصارحة الكاملة بالمعلومات ضرورية وواجبة في جميع الحالات ولا تقر المحكمة إلا باستثناء ين وحيدين لذلك وهما :

١) الحالة الإسعافية الطارئة عندما يكون المريض فاقدا للوعي وعاجزا عن اتخاذ القرار وكان الضرر من تأخير العلاج وشيكا ويرجح احتمال أي ضرر من العلاج المزمع إجراؤه.
وحتى في مثل هذه الحالة الإسعافية فإن القانون يحتم الحصول على موافقة أولياء الأمر من أقارب المريض إلا إذا كان الأمر من العجلة بحيث لا يسمح بانتظار وصول الأقارب فإن الطبيب يمكن أن يتصرف على مسئوليته.

٢) إذا قدر الطبيب بناء على معلومات موضوعية يمكن إثباتها أن مصارحة المريض بالمعلومات سوف تؤدي إلى إصابته بأضرار نفسية تؤدي إلى تفاقم حالته المرضية وإعاقة العلاج.

و في مثل هذه الحالة فإن الطبيب يمتلك الحق الذي يخوله إخفاء المعلومات عن المريض لتحقيق مصلحته العليا ، ولكن على الطبيب في حالة خضوعه للمساءلة القانونية أن يكون قادرا على تقديم

الأدلة الموضوعية القائمة على اسس علمية صحيحة التي تثبت ان المصارحة بالمعلومات كانت سوف تصيب المريض بالضرر. ومنها على سبيل المثال ان طبيبا أخفى عن مريض إصابته بسرطان البروستات، وقبلت المحكمة تبريره لذلك بان المريض قد أصيب سابقا بعدة نوبات من الاكتئاب الشديد، كان آخرها عند وفاة زوجته قبل عدة اشهر، وادخل حينئذ المستشفى بعد محاولته الانتحار.

تفهم المعلومات Comprehension of Information

قلنا ان قدرا كافيا من المعلومات يعتبر ضروريا للموافقة لكي تصبح مستنيرة وبالمثل فان تفهم تلك المعلومات بصورة صحيحة يعتبر ضرورة أخرى.

والعوامل التي يمكن ان تضع قيودا وحدودا لفهم المعلومات عديدة :

١) القصور العمري اي ان يكون المريض قاصرا في سنه عن عمر محدد.
٢) القصور العقلي.
٣) قصور كمية ونوعية المعلومات.
٤) الإغراق بالمعلومات الكثيرة مثل قصور المعلومات يمكن أن يشكل عائقا أمام الفهم الصحيح.
٥) الإدراك الانتقائي : في كثير من الأحيان يقوم الشخص بطريقه غير واعية بالتركيز على أجزاء معينه من المعلومات واستبعاد أجزاء أخرى أو فهمها بطريقه مختلفة. وفي بعض الأحيان قد تعني الكلمات والمصطلحات للمريض معاني اخرى غير التي قصد إليها نتيجة سوء الفهم المسبق لتلك الكلمات والمصطلحات والتي قد تكون معانيها لديه أيضا غير محددة وغير واضحة وبالتالي فان مثل هذه العمليات الإدراكية غير الواعية قد تؤدي إلى اضطراب الفهم وتشوهه بحيث تصبح الموافقة غير مستنيرة وغير صحيحة .
٦) الرفض غير الواعي للمعلومات والحقائق :
وفي بعض الحالات فإن المريض قد يفهم جميع المعلومات المقدمة إليه بصورة صحيحة ولكنه لا يقبل التسليم بتلك المعلومات والموافقة على أنها حقائق بسبب الرفض غير الواعي بقبول الحقيقة ومحاولة الهروب من المواجهة ، وهي من وسائل الدفاع النفساني المعروفة التي قد تصل إلى درجة الإنكار، وتؤثر على قدرة المريض على اتخاذ القرار الصحيح وتشكل عائقا أمام الموافقة المستنيرة .
٧) التقدير المتفاوت للمعلومات :
وهناك عملية أخرى في عملية المصارحة وهي ان يتاكد الطبيب أن جزءا من المعلومات يحتاج بعد الفهم والقبول إلى التقدير الصحيح وخصوصا جوانب الفوائد والمخاطر المحتملة .

ففي العمليات الجراحية التي تجرى من أجل إزالة الألم أساسا مثل عمليات فتق النواة اللبنية للقرص بين الفقرات Disc Herniation وكثير غيرها، فإن الألم الشديد الذي يعاني منه المريض قد يصبح طاغيا على فكره بحيث تصبح فوائد العملية الجراحية واضحة لديه أو قد يكون حتى مبالغا في تقدير تلك الفوائد، بينما تتراجع في ذهنه المخاطر المحتملة فلا يحسب لها اي حساب بالرغم من أن الطبيب قد وفر له المعلومات الكاملة عنها.

الجوانب العملية للمصارحة وتفهم المعلومات :

ومن الناحية العملية فإن المصارحة بالمعلومات والتاكد من تفهمها بشكل صحيح يتطلب من الطبيب أن يكون صبورا وماهرا في تقديم المعلومات وأن يكتسب الخبرات التي تمكنه من تقديمها

للمريض بشكل يجعله يوازن بين الفوائد والمخاطر المحتملة وان يقرر لنفسه القرار المناسب اعتمادا على التقدير الصحيح للموقف .

وقد أظهرت دراسات عديدة أن المصارحة المعتادة بواسطة التحدث إلى المريض لا تحقق نتائج جيده وان المعلومات التي يفهمها المريض تكون جزئيه وانتقائية واحيانا ناقصة أو مبتورة ومشوهة او حتى مختلفة كليا عما قصد إليه الطبيب وأراد للمريض ان يفهم ولذلك فإن المصارحة يجب ان تكون عملية مستمرة معتمدة على مقابلات عديدة بين المريض والطبيب يتم خلالها المصارحة بالمعلومات بشكل متدرج والتاكيد على بعض الجوانب أكثر من مرة حتى تكتمل عملية المصارحة .

ويجب على الطبيب أن يكتسب مهارات في التواصل الجيد مع المريض مع قدرات على توضيح الجوانب العلمية وغيرها بكلمات مناسبة لذهنية المريض وتفكيره وثقافته ودرجة تعلمه وذكائه . والابتعاد عن المصطلحات المعقدة أو غير الواضحة للمريض ، مع القدرة على تقديم أمثله مبسطه تقرب المسالة إلى ذهن المريض وتسهل له فهم المعلومات.

ومن المهم جدا أن يظل الطبيب متنبها لردود فعل المريض حتى يستطيع وزن تأثير كلماته فيه ، ويحدد مقدار فهمه لها بحيث يستطيع الاستمرار على نفس الوتيرة أو تغيير الأسلوب إن قدّر أن المريض غير قادر على الفهم والاستيعاب.

ومن الضروري أيضا الاستعانة بالكتابة والرسوم والصور التوضيحية والكتيبات المبسطة والوسائل السمعية والبصرية وخصوصا أشرطة الفيديو لضمان وصول المعلومات إلى المريض وفهمها بشكل أفضل.

كما أن تشجيع المريض على إعادة ذكر المعلومات التي فهمها باسلوبه وكلماته تعتبر أيضا طريقه ممتازة للتاكد من الفهم الصحيح للمعلومات وتصحيح أي مفاهيم خاطئة أو استكمال اي معلومات ناقصة.

وفي المجتمعات التي تتسم العلاقات المجتمعية داخلها بالترابط العائلي والأسري مثل المجتمعات الإسلامية والصين والهند والتي يكون اتخاذ قرار العلاج فيها معتمدا على العائلة يجب على الطبيب تشجيع المريض على الرجوع إلى أهله وعشيرته واستشارتهم لكي يساعدوه في الوصول إلى القرار المناسب .

وأخيرا يجب على الطبيب الأخذ بعين الاعتبار خصوصيات المريض وقيمه الشخصية وعقائده الدينية والثقافية ويتاكد من توفير الاحترام اللازم لها .

الإرادة Voluntariness

في سياق الحصول على الموافقة المستنيرة فإن الإرادة تعني حق المريض في ممارسة اتخاذ القرار حول العلاج والرعاية الطبية بحريته واختياره بعيدا عن أي ضغوط أو تأثيرات خارجية او داخلية.

وقد تتحدد حرية المريض في ممارسة إرادته بواسطة تأثيرات داخلية ذاتية نتيجة لمرضه أو بسبب مؤثرات خارجية من قبل اخرين .

ومن الناحية الأخلاقية فان الإرادة تعتبر مطلبا أخلاقيا يجب الحرص على توفره لكي تصبح الموافقة صحيحة ومستنيرة ، وتستمد الإرادة جذورها من احترام الحرية الذاتية للأفراد والاستقلالية .

ويجب على الطبيب ان يضمن الا تتطور الظروف في اية حالة لكي تنشأ أوضاع يصبح فيها قرار المريض وافعاله خاضعة لسيطرة الآخرين ومن بينهم الطبيب نفسه ماعدا في بعض الظروف الاستثنائية.

فمن المهم للطبيب أن يدرك أن هناك حالة من عدم التوازن في الإرادة في العلاقة المهنية بين المريض والطبيب ترجح الكفة دائما لصالح الطبيب ، وتعطيه سلطة عظيمة على المريض، ويجب عليه الحرص في استخدامها بحكمة وحنكة وألا يفرط في استخدامها بشكل كبير، لأن ذلك من شأنه أن يجعله قادرا على التحكم في الآخرين وفرض سيطرته ورغباته عليهم بشكل ينتهك حريتهم الذاتية وإرادتهم ويتعارض مع المبادئ الأخلاقية الثابتة.

فالطبيب بحكم علمه وخبرته وسنه وبحكم نظرة الناس إلى المهنة الطبية عامة بما يرسخ في الأذهان وجوب طاعة الطبيب والالتزام بأوامره ونصائحه يصبح في موقع سلطوي عظيم بحيث يصبح المريض في حالة قابلة للخضوع والاستجابة لأي توجيهات من الطبيب ، ولذلك فإن الواجب الأخلاقي يحتم على الطبيب أن يدرك هذه الجوانب ويحاول جاهدا أن يقلل من نتائج ذلك الأثر السلطوي المسيطر ويشجع المريض على الوصول إلى قراراته بإرادته الحرة.

ومن الناحية القانونية فان الإرادة تعتبر كذلك مطلبا قانونيا أساسيا، ويجب توفرها لاكتمال أركان الموافقة المستنيرة وضمان كونها صحيحة.

والمؤثرات الداخلية كالألم الشديد أو الخوف أو الاكتئاب تؤثر على قدرة المريض على اتخاذ القرار الإرادي الملائم، وفي مثل هذه الحالات يجب إعطاء مسكنات الألم وعلاج الاكتئاب والقلق وتأجيل الموافقة على أية إجراءات مهمة حتى زوال تأثير هذه المؤثرات الداخلية على إرادة المريض وحريته في اتخاذ القرار.

وإذا أعطى المريض موافقته على أجراء علاجي أو تشخيصي معين مثل تخدير نصفي ، أو تصوير الكلى الظليل ، أو عملية جراحية معينة بناء على الإلحاح المتكرر من قبل أشخاص عديدين (مثل الطبيب المعالج ، الجراح ، طبيب التخدير، الممرضات، الأهل، . . .) وثبت أن ذلك لم يكن بناء على قناعته الحقيقية بل كان ناجما عن تعب المريض وضيقه بالأمر ويأسه مما يدفعه إلى الموافقة كنوع من الاستسلام ، فان مثل هذه الموافقة لا يمكن أن تكون إرادية ولا تصبح الموافقة صحيحة ولا تقرها القوانين إن حدث تنازع ورفع الأمر إلى القضاء.

ومثل آخر لا تكتمل فيه الشروط القانونية لتوفر الإرادة عندما يطلب الطبيب من المريض الموافقة على إجراء علاجي أو تشخيصي يحتمل قدرا من المخاطرة وذلك قبل القيام به مباشرة لأن ذلك ينقص من توفر الإرادة الحرة لدى المريض ويجعله يتخذ قراره في عجلة من الوقت لا تسمح له بالتقدير الصحيح للأمور ولذلك فإن الموافقة في مثل هذه الحالة لا يمكن أن تكون صحيحة ولا تقرها الأنظمة القانونية والقضائية.

وسائل التأثير على إرادة الفرد وحريته في الاختيار:

هناك الكثير من الوسائل المباشرة وغير المباشرة التي يمكن من خلالها التأثير على إرادة الأفراد والحد من حرياتهم ، ويمكن أن نجملها في ما يلي :

١) أساليب القوة والقسر :

القوة تشمل الضرب واستخدام العنف أو الربط بالقيود وأنواع الأربطة المختلفة التي تقيد حركة المريض ، والحبس ، وكذلك إعطاء المهدئات والمخدرات بالقوة للتمكن من السيطرة على المريض وإخضاعه وشل حركته ومنع مقاومته .

أما القسر والإجبار فيشمل أنواعا من القسوة والتهديدات الصريحة أو المبطنة، ومنها التهديد بإخراج المريض من المستشفى ، أو بقطع بعض المنافع والأدوية عنه أو التهديد بإهماله إذا لم يمنح الموافقة على تلقي العلاج .

٢) أساليب الإكراه الخفية أو المكر :

وتشمل درجات ضعيفة من الإكراه مثل الإملاء والتلقين والسيطرة النفسية على المريض وإخضاعه للآخرين ، وكذلك الإلحاح المتكرر على المريض حتى يعطي موافقته بدافع من الضجر والاستسلام وليس بناء على القناعة الحقيقية .

وقد يتم التلاعب بالمريض وإغواءه بأساليب متعددة أو بالكذب عليه وخداعه وتضليله .

٣) حجب المعلومات عن المريض وإخفاء الحقائق:

يعتبر ذلك من الوسائل الهامة والشائعة للتأثير على إرادة الأفراد والحد من حريتهم في الاختيار، وكذلك قصور المعلومات أو إعطاء معلومات خاطئة أو خادعة ومضلله .

٤) وسائل التأثير غير التحكمية:

جميع الوسائل التي ذكرناها سابقا هي وسائل تحكمية تحاول إخضاع الفرد لإرادة وسيطرة الآخرين . ولعل من الواضح أن الطبيب يجب أن لا يلجأ إلى مثل هذه الوسائل التحكمية تحت أي ظرف من الظروف .

و بما أن هدفنا الأساسي هو أن نحصل على الموافقة المستنيرة من المريض باختياره الحر القائم على إرادته فإن ذلك يحتم علينا واجبا أخلاقيا يلزمنا بعدم اللجوء إلى أية أساليب تسيطر على المريض وتسلبه إرادته مثل إجباره على الموافقة بالقوة أو التهديد أو الكذب أو الخداع أو التلاعب أو الأغراء أو غيرها من وسائل التأثير التحكمية التي ذكرناها سابقا .

ولكن هناك وسائل غير تحكمية لا يكون الهدف منها السيطرة على إرادة المريض وإخضاعه لإرادة الغير مثل أساليب المناقشة والإقناع العقلاني المنطقي أو الرجاء والتوسلات العاطفية من الأهل والأبناء . ومثل هذه الوسائل تعتبر مقبولة أخلاقيا باعتبارها مؤثرات غير تحكمية ، ولكن في كثير من الأحيان يصبح التفريق بين هذه المؤثرات وغيرها صعبا أو مستحيلا لأن درجة مرونة الأشخاص ومدى مقاومتهم للمؤثرات المختلفة تختلف بشكل كبير من شخص إلى آخر .

فالمريض وهو في موقف الضعف والعجز البدني والاعتماد على الآخرين نفسيا وماليا قد يصبح عرضة للتأثير والاستسلام والموافقة على أي أشياء يريدها الطبيب أو الآخرون من الأهل والأقارب- حتى وإن لم يقصدوا التأثير عليه بصورة تحكمية- فإن وضع المريض في حالة من الألم والعجز والضعف يجعل مثل هذه التأثيرات تحكميه بالرغم من عدم القصد إليها مما يدفع المريض إلى الخضوع والاستسلام وليس الموافقة الإرادية الصحيحة.

و في بعض الأحيان قد يوافق المريض لاعتبارات اخرى غير ظاهرة مثل الضيق والضجر او اليأس او بدافع الأمل في تحقيق عناية واهتمام طبي اكبر ، أو ربما يوافق المريض لأنه يخشى أن يغضب الطبيب أو الأهل او أنه يرغب بموافقته ان يدخل السرور إلى نفوسهم ويرضيهم.

التجاوزات المبررة أخلاقيا للإرادة:

١) الأمراض المعدية : لعله يعتبر مقبولا من الناحية الأخلاقية ، وهو أيضا جائز من الناحية القانونية إجبار المريض على تناول العلاج بدون إرادته إذا بدا أنه غير مسئول ويتصرف بطريقة تحمل خطر نشر المرض إلى الآخرين (مثل مرض السل الرئوي أو الأمراض التناسلية). وكذلك حجز المرضى في المحاجر الصحية أثناء انتشار الأوبئة الجائحة .

٢) الأمراض النفسية : يجيز القانون في البلاد الغربية إجبار المريض على الدخول إلى المستشفى واحتجازه على غير إرادته إذا كان يشكل مصدر ضرر مباشر على نفسه أو على الآخرين أو إذا كان عاجزا عن العناية بنفسه.

وبالرغم من أن القانون يجيز احتجاز المريض على غير إرادته في مثل هذه الحالات، فإنه لا يجيز إجبار هؤلاء المرضى على الخضوع لأي نوع من العلاج إلا بناء على موافقتهم ماعدا الحالات الاستثنائية الإسعافية عندما يكون المريض عاجزا عن اتخاذ القرار ولفترة محدودة جدا يتم بعدها الحصول على موافقة المريض بالطريقة المعتادة.

وبالرغم من ذلك فقد أوضحت الكثير من الدراسات في كثير من البلدان أن المرضى النفسيين في أقسام العلاج الداخلي لا يزالون يتعرضون لضروب من أنواع المعاملة القاسية وفنون من أنواع القسر والإكراه بعضها بشكل واضح وصريح وكثير منها خفي ومبطن ، ليس في الحالات التي يتم فيها إجبار المريض على الدخول إلى المستشفى بل كذلك في جميع المرضى النفسيين ومن ضمنهم الغالبية الذين تم دخولهم إلى المستشفى بناء على إرادتهم وموافقتهم.

وبالمثل فإن إيواء العاجزين في دور العجزة والمعوقين قد يكون قسريا في بعض الحالات وهم كذلك يتعرضون لضروب من أنواع سوء المعاملة كالتقييد والربط والاحتجاز بشكل يسلبهم الإرادة.

كما أن صرامة التعليمات والأوامر والتنظيمات الإدارية الموجهة إليهم تحمل في حد ذاتها إنقاصا لحرية الشخص العاجز وتسلبه إرادته وتمتهن كرامته.

٣) استخدام القيود والأربطة ووسائل الإخضاع الأخرى :

تستعمل هذه الوسائل للمرضى النفسيين والعجزة والمصابين بالعته والتخلف العقلي والمرضى المصابين بحالة من الهياج والهذيان أو الغيبوبة لأي سبب من الأسباب وكذلك لدى الأطفال.

وتتعدد هذه الوسائل إلى ما يلي :

أ) أساليب فيزيائية :

- قوائم عالية للسرير من جميع الجوانب تجعله يشبه القفص.
- ربط أطراف المريض إلى قوائم السرير.
- الملابس بدون أكمام لتحديد حركة الأطراف (قميص الكتاف).
- القيود للقدمين واليدين.
- الضرب واستخدام العنف.

ب) أساليب تنظيمية ونفسية :

- أوامر وتعليمات صارمة ومراقبة قاسية متكررة.
- التهديدات المتكررة.
- النهي والزجر والتأنيب.

ج) أساليب كيميائية : أنواع المهدئات والمنومات والمخدرات.

وقد تنبهت مؤخرا المهنة الطبية إلى أن استخدام مثل هذه الوسائل يسيء إلى كرامة المريض وحريته وينتهك حقوقه ويشكل اعتداء عليه يضع الطبيب في موقف قابل للمساءلة الأخلاقية والقانونية.

ولا يجب استخدام مثل هذه الوسائل إلا ضمن المحددات والضوابط التالية:

١) يجب الحد من استخدامها إلى أضيق نطاق . فمثلا في حالة الهيجان أو الغيبوبة أو الخوف من سقوط المريض على الأرض يجب نقل فراش المريض إلى الأرض بدلا من تقييده أو ربطه إلى قوائم السرير.

٢) يجب استخدام اقل ما يمكن من العوائق والقيود ولأقل فترة ممكنة ، ويجب إعادة تقييم الحاجة إلى استخدامها كل عدة ساعات أو يوميا بحسب الحالة والتخلي عنها في أول فرصة ممكنة.

٣) يجب أن يكون الغرض الرئيسي منها منع إصابة المريض نفسه أو الآخرين بالضرر، وليس لمجرد تسهيل العلاج والعناية التمريضية أو الحفاظ على النظافة والنظام.

٤) يجب مناقشة المريض في الأمر ان كان قادرا وتوضيح الأمر له ونيل موافقته إن أمكن ، وإذا لم يكن ذلك ممكنا فيجب الحصول على موافقة ولي الأمر.

الكفـــــاءة Competence

"الكفاءة" أو" القدرة" Capability هي أن يكون الشخص قادرا على فهم المعلومات المتعلقة بحالته وأن يعطي تلك المعلومات التقدير المناسب لأهميتها، ثم يتخذ القرار المناسب مع التقدير الصحيح للعواقب المحتملة لأي قرار يتخذه .

والبعض يعتبر أن توفر الكفاءة شرط مسبق للحصول على الموافقة المستنيرة أكثر من كونه أحد عناصرها .

وقد يفقد الشخص قدرته على اتخاذ القرار بشكل مؤقت مثل الإصابة بالهذيان أو السبات(الغيبوبة) الناجم عن رض الدماغ أو الإصابة الوعائية الدماغية، وعندما يستعيد الوعي فإنه يستعيد معه كفاءته وقدرته على اتخاذ القرار .

ومن الناحية الأخلاقية فان احترام الحرية الذاتية للفرد يتطلب أن يكون من حق الشخص الكفء القادر على اتخاذ القرار أن يمارس حقه في ذلك بحرية وإرادة. ولكن الالتزام بمبدأ عدم الإضرار وفعل الخير يتطلب من الطبيب أن يحمي العاجز ومن لا يمتلك الكفاءة من اتخاذ قرارات خاطئة ما كانوا يتخذونها لو كانوا يتمتعون بالكفاءة والقدرة.

والشخص الكفء أو القادر هو الذي يستطيع أن يمارس قدرته على اتخاذ القرار بإرادته وحريته متفهما لعواقبه .

اما العاجز فهو الشخص الذي لا يستطيع ممارسة قدرته على اتخاذ القرار بإرادته إما بسبب القصور العمري او القصور العقلي او العجز النفسي او بسبب المرض العضوي المزمن الذي افقده قدرته على اتخاذ القرار.

ومن الناحية القانونية فإن القانون يقرر ان كل شخص يمتلك الكفاءة ويعتبر قادرا ويجب عليه اتخاذ القرار لنفسه بنفسه. والكفاءة مفهوم قانوني واسع أكثر شمولا يتعلق بصحة العقل، ولا يحكم على اي شخص بانعدام الكفاءة إلا بناء على حكم قضائي. اما القدرة على اتخاذ القرار فهو مفهوم طبي محدود يقرره الطبيب ويتعلق بقدرة المريض على اتخاذ قرار طبي خاص به، وله مواصفات ومحددات إكلينيكية واضحة.

ويمكن على سبيل المثال أن تنعدم الكفاءة لدى شخص لتسيير الأعمال التجارية، ولكن ذلك لا يعني انه غير قادر على اتخاذ قرار طبي او علاجي خاص.

أما في حالة العاجز عن اتخاذ القرار كالقاصر وفاقد الوعي والمصابين بالأمراض العقلية والنفسية فإن على الطبيب الحصول على موافقة ولي الأمر .

وبعض القوانين تحدد عمرا معينا يكون الشخص قاصرا قبل أن يصل إلى ذلك العمر ويتطلب موافقة ولي أمره على اي علاج .

كما أن المرأة تمتلك الكفاءة وتعتبر " قادرا" على اتخاذ القرار لنفسها ولا تعامل كقاصر ،ولا يتطلب موافقة الزوج لأي إجراء علاجي أو جراحي إلا في القرارات المشتركة بينهما كالإجهاض والتعقيم ، أما في ما عدا ذلك فان المرأة هي المسئولة عن نفسها في جميع الأمور .

ولكن الأعراف السائدة في المجتمعات الشرقية والترابط الأسري والهيمنة الذكورية على العلاقات الأسرية تجعل اتخاذ القرارات الطبية للنساء، كالزوجات والأمهات والأخوات والبنات وزوجات الأبناء أمر يقوم به الراشدون من رجال الأسرة.

وفي بعض الأمراض النفسية والعقلية قد تختلط الأمور بحيث يصبح من الصعب الحكم على المريض وتحديد ما إذا كان يمتلك "القدرة على اتخاذ القرار" وخاصة في بعض الحالات التي يمر فيها المريض بنوبات من تشوش الذهن والفكر متداخلة مع فترات من الصفاء الذهني والفكري . وفي مثل هذه الحالات يتم الاعتماد على اختبارات القوى الإدراكية للمريض، واختبارات نوعية خاصة لتحديد القدرة على اتخاذ القرار يقوم بها الخبراء والأخصائيين النفسيين.

وأخيرا يجب التنبيه إلى أن مجرد رفض العلاج لا يشكل أساسا حقيقيا أو مقبولا للشك في كفاءة المريض لأن معظم حالات رفض العلاج تنطلق من أسباب أخرى.

اتخاذ القرار بواسطة الولي أو الوكيل Proxy Decision Maker

يعني ذلك اتخاذ القرار العلاجي للمريض العاجز عن اتخاذ القرار لنفسه بواسطة وكيله أو ولي امره او الوصي عليه.

وبالرغم من أن هذه الطريقة لا تكفل احترام الحرية الذاتية للفرد بشكل صحيح إلا انها محاولة لإيجاد بديل معقول ومقبول عندما يكون المريض عاجزا عن اتخاذ القرار لنفسه.

ويجب على وكيل المريض او وليه ان يكون على معرفة كاملة بقيم ذلك الشخص ومعتقداته ورغباته فيما يتعلق بالعلاج ووسائله . ويفضل الأهل الأقربون بصورة عامة ، ولكن في بعض الأحيان

قد يكون للمريض صديق مقرب إلى نفسه وعلى علم بافكاره ورغباته ويصلح كوكيل مناسب لاتخاذ القرار العلاجي.

وإذا لم يكن الوكيل أو الولي على علم برغبات المريض وافكاره فإن عليه اتخاذ القرار بما يكفل تحقيق أفضل المصالح للمريض.

وعندما يختلف أقارب المريض فيما بينهم فيجب تشجيعهم على محاولة تركيز اهتمامهم على معرفة ما الذي كان يرغب فيه المريض العاجز، وليس العمل على فرض رغباتهم وآرائهم ، وفي حالة عدم قدرتهم على تخمين ذلك الأمر يجب عليهم أن يركزوا اهتمامهم على القرار الذي يحقق المصلحة العليا أو الفضلى للمريض.

الجوانب القانونية لاتخاذ القرار بواسطة الوكيل :

من الناحية القانونية ليس من حق أفراد الأسرة اتخاذ القرار لمريض بالغ عاجز ولكن القانون يعطي ذلك الحق للقضاء بحيث تقرر المحكمة ما هو الواجب اتخاذه في قرار علاجي معين إذا رفع الأمر إلى القضاء إما بواسطة الأهل أو الأطباء أوقد تعين المحكمة وصيا على المريض تخوله المحكمة السلطة والمسئولية لاتخاذ القرار. وعادة ما يكون الوصي من الأقارب الأقربين كالأب أو الابن أو الزوج.

وإذا كان المريض قد ترك وصية لتعيين شخص معين للوصاية عليه في حالة إصابته بالعجز فان إرادة المريض يجب أن تحترم قانونيا وشرعيا وأخلاقيا.

وغني عن القول هنا أن القوانين والشرائع في هذا المجال مختلفة في كثير من البلاد وعلى الطبيب أن يكون ملما بقوانين البلاد التي يعمل فيها.

اتخاذ القرار بواسطة الوكيل من الناحية العملية :

- من الناحية العملية يتم عادة استشارة أهل المريض وأقاربه لاتخاذ القرار للمريض العاجز ، وطالما اتفقت وجهة نظر الأهل مع وجهة نظر الطبيب فان الأمور تسير عادة بشكل حسن ، أما إذا تناقضت الآراء واختلفت فعندئذ قد تنشأ المشاكل وإذا لم يتم التوصل إلى حل مقبول فإن احد الأطراف قد يلجأ إلى القضاء.
- وأفضل شخص لاتخاذ القرار هو من يعينه المريض نفسه في وصية كتبها قبل إصابته بالعجز ، ولكن ذلك لا يتوفر في أغلب الأحيان ، ويليه الشخص الذي تعينه المحكمة كوصي على المريض العاجز.
- ويلي ذلك بالترتيب الزوج أو الزوجة ، أحد الأبناء، أحد الأبوين، أحد الأشقاء أو أحد الأقارب الآخرين، ويتحدد هذا الترتيب في القوانين بطرق مختلفة في البلاد المختلفة.
- وإذا كان المريض قد أبدى رغباته للطبيب وأعرب عما يفضله قبل أن يصاب بالعجز، ودونها الطبيب في الوثائق الطبية للمريض فان العمل على تحقيق تلك الرغبات يعتبر أمرا ملزما أخلاقيا وقانونيا.
- إذا لم يكن لدى المريض أقارب أو أن أقاربه في مكان بعيد ولم يتمكنوا بعد من الحضور فيمكن أن يقوم بالوصاية موظف رسمي مسئول في إدارة المستشفى الذي ينال فيه المريض الرعاية.

وواجب الطبيب أن يوفر للوكيل كافة المعلومات الضرورية لاتخاذ القرار المناسب، كما أن عليه أن يبين للوكيل أن واجبه الأساسي يتلخص فيما يلي :

- أن يتخذ القرار الذي يعبر عن رغبات المريض المعلنة سابقا كأولوية أولى.

- إن لم تكن رغبة المريض الصريحة قد عرفت مسبقا فيجب على الوكيل محاولة معرفة القرار الذي يتلاءم مع معتقدات المريض وافكاره ورغباته .

- وأخيرا إذا لم يتمكن الوكيل من العمل على احد المبداين السابقين فإن عليه ان يبذل ما في وسعه لاتخاذ القرار الذي يحقق أفضل المصالح للمريض.

وإذا نشا وضع أصبح من الواضح فيه للطبيب ان الوكيل يتخذ قرارا مخالفا لرغبة المريض العاجز ومعتقداته او لا يحقق افضل المصلحة له فان من الواجب عليه أن يرفع الأمر إلى اللجان المشرفة على اخلاقيات وآداب المهنة او إلى القضاء.

رفض العلاج Refusal of Treatment

الموفقة المستنيرة في معناها الواسع تشمل الجانب الإيجابي وهو الموافقة والقبول، والجانب السلبي وهو الرفض والامتناع ، وسواء كان القرار بالموافقة أو الرفض فإن ذلك حق مكفول للمريض وواجب ملزم التنفيذ على الطبيب بشرط أن يكون القرار قد اتخذ بناء على أسس الموافقة المستنيرة واستكمل شروطها وعناصرها بتوفر المعلومات والحقائق وامتلاك الكفاءة وممارسة حرية الإرادة.

والأساس الأخلاقي والقانوني الذي يكفل للمريض حقه في رفض العلاج حتى إذا كان القرار ضد مصلحته يستند إلى احترام مبدا الحرية الذاتية والاستقلالية للفرد.

وفي بعض الحالات التي يرفض فيها المريض إجراءات علاجية معينة بناء على معتقدات دينية فان القوانين والشرائع تكفل له ذلك على أساس حرية ممارسة العقائد الدينية التي تكفلها الدساتير والقوانين والتي تعتبر حق أساسي من حقوق الإنسان.

وتنص وثيقة " إعلان حقوق المريض " في الولايات المتحدة الأمريكية على أن: " للمريض الحق الكامل في رفض العلاج في الحدود التي يسمح بها القانون وله الحق في معرفة العواقب الطبية المترتبة على قراره ".

وفي الحالات العادية فإن رفض العلاج من قبل أي مريض لا يشكل أي قضية في العادة وهي تحدث كل يوم وفي كل مكان ، ولكن المشكلة تنشا في حالات معينة نذكر منها على سبيل المثال الواقف التالية :

١) الحالات الإسعافية التي يلزم فيها التدخل السريع لإنقاذ حياة المريض مثل بتر احد الأطراف أو إجراء عملية جراحية عظمى أو إجراء التصفية الكلوية وغيرها من الظروف المشابهة.

٢) حالات رفض إجراءات علاجية ضرورية مثل نقل الدم لأي سبب او لأسباب دينية في بعض الأحيان.

٣) إذا كان المريض قاصرا او عاجزاً بسبب التخلف العقلي او بسبب الغيبوبة وغيرها وامتنع الولي عن الموافقة على إجراءات علاجية يراها الأطباء ضرورية لإنقاذ حياة المريض ، فإن القوانين تميل إلى الوقوف إلى جانب مصلحة المريض ، ويقرر القضاة عادة الموافقة على العلاج حتى ضد رغبة الولي إذا استمر في الرفض ، وذلك لأن حق الموافقة المستنيرة مكفول للمريض الذي يمتلك الكفاءة وحرية الإرادة ، ولكن النظم الأخلاقية يجب عليها في نفس الوقت ان تكفل الحماية للعاجزين والقصر من احتمال وقوع الأضرار عليهم حتى وإن كان ذلك من أقرب المقربين إليهم.

٤) كما ان القوانين في بعض البلدان قد تتجاوز حق المريض في رفض إجراء علاجي معين في حالات نادرة إذا كان امتناعه سيؤدي الي وقوع الضرر الجسيم على الآخرين مثل حالة الأم التي ترفض نقل الدم لإنقاذ حياتها من النزف الولادي الشديد وعدم خضوعها لذلك قد يؤدي إلي موتها مما يحرم طفلها الوليد من الرعاية الضرورية للأم.

رفض العلاج في الشريعة الإسلامية :

تعطي الشريعة الإسلامية للمريض الحق في اختيار من يشاء من الأطباء يقصده طلبا للشفاء، وتشجع المريض على اختيار الطبيب الأكثر حذقا ومهارة.

و لكن لا تجيز الشريعة الإسلامية للمريض أن يرفض العلاج او يتخلى عنه متى ما قرره الأطباء ووجدوا أن رفض العلاج قد يؤدي إلى تعرض المريض للضرر أو الموت وذلك لأن دفع الضرر هو القاعدة المقدمة في نظر الشارع استنادا إلى الآية القرآنية الكريمة : { ولا تلقوا بايديكم إلى التهلكة } ١٩٥سورة البقرة

وفي مثل هذه الحالات فإن المريض يعرض نفسه للمهالك وهو أمر غير جائز ويشبه ذلك الفعل قتل النفس أو الانتحار.

وكثير من المسلمين المعاصرين يدينون الممارسات الغربية التي تحترم حق المريض في رفض العلاج حتى وإن أدى ذلك إلى الإضرار به احتراما للحرية الذاتية ويشيدون بالموقف الإسلامي الذي لا يبيح مثل هذه المواقف.

وفي اعتقادي أن الأمر يحتاج إلى قليل من الروية وعدم التسرع في الإدانة، فالشريعة الإسلامية في أساسها تتطلب الحصول على إذن المريض او وليه قبل اي إجراء علاجي ولا يوجد فيها ما يدل على إمكانية قسر المريض على تعاطي العلاج باي حال من الاحوال.

وعدم الإجازة في رفض العلاج في نظرنا هي واجبة على المريض ولكنها لا تشكل واجبا على الطبيب بفرض العلاج بالقوة او إكراه المريض عليه.

فإذا رفض المريض العلاج وكان من الممكن أن يصيبه ذلك بالضرر فلا يمكن إجباره على الخضوع للمعالجة لا من الناحية العملية ولا من الناحية النظرية البحتة.

ويكون احتكام الطبيب في هذه الحالة إلى ضمير المريض وعقله ووازعه الديني حيث يجب على الطبيب عندئذ أن يبين للمريض حقيقة الموقف والأضرار والمخاطر المحتملة ، وانه بذلك قد يقع في المحظور وهو قتل نفسه التي حرمها الله بيده ويترك الأمر بعد ذلك خاضعا لضمير المريض ويقينه الديني ولكنه من ناحية عملية لا يستطيع قسر المريض على العلاج.

وهذا الموقف يعتبر غير متعارض مع الممارسات السائدة في البلاد الغربية بل ربما كان الموقفان من الناحية العملية متطابقين.

طلب العلاج غير المناسب ومفهوم عدم الجدوى الطبية:

إن حق المريض في رفض اي علاج لا يرغب فيه أو أي وسيلة تشخيصية او علاجية أخرى حتى لو كانت ضرورية لإنقاذ حياته هو امر تكفله الأخلاقيات الطبية والقوانين في مختلف البلدان.

ولكن الطبيب قد يواجه الموقف المضاد لذلك وهو أن يطلب المريض أو أهله العلاج أو الوسائل التشخيصية والعلاجية الأخرى التي لا تناسب الحالة المرضية ولا تتوافق مع رأي الطبيب أو الممارسة الطبية السائدة.

وكثيرا ما ينشأ هذا الموقف عندما يكون علاج المريض يتم في المستشفيات الحكومية شبه المجانية أو عندما يكون تمويل نفقات العلاج يتم على حساب طرف ثالث مثل جهة العمل أو شركة التأمين.

و أكثر الحالات المرضية إثارة للخلاف والنزاع بين الطبيب وأهل المريض عندما يصممون على إدخال مريضهم إلى أقسام العناية المركزة ذات التكاليف المالية العظيمة بينما تكون حالة المريض ميئوس منها ، ويرى الطبيب أن ذلك لا يحقق أفضل المصالح للمريض.

و إذا رضخ الطبيب لطلبات المريض وأهله فإنه يحس أنه يخالف ضميره الأخلاقي والطبي ويقدم للمريض أدوية قد تتنافى مع الممارسات الطبية القائمة على الدليل العلمي الصحيح إذا كان من غير الثابت أن العلاج الذي يطلبه المريض ذو فعالية في مثل حالته.

وقد يحس الطبيب بأنه يخل بموازين العدالة إذا قدم للمريض خدمات طبية لا يستحقها وربما يحرم منها آخرون قد يكونون في أمس الحاجة إليها.

وقد شغل هذا الموضوع الأوساط الطبية منذ فترة من الزمن وكان الرأي السائد في الماضي هو أنه ليس أمام الطبيب سوى الرضوخ لطلب المريض وذلك احتراما لحقه في الحرية الذاتية وتقرير المصير لنفسه.

ولكن حركة مضادة لذلك قامت تعتمد على حق الطبيب في الحرية الذاتية ونشأ عنه مفهوم جديد هو " عدم الجدوى الطبية " .

مفهوم عدم الجدوى الطبية Medical Futility :

ويقوم مفهوم عدم الجدوى الطبية على إعطاء الأولوية لحكم الطبيب على حرية المريض في طلب العلاج غير المناسب مما يمكن الطبيب من رفض تلبية طلب المريض أو التوقف عن أي وسيلة علاجية مثل العناية المركزة عندما لا يجدها ملائمة لحالة المريض.

و قد نشأ هذا المفهوم في السبعينيات ونال تأييدا في الأوساط الطبية بهدف إيجاد أرضية متماسكة من الناحية الأخلاقية للحد من طلبات العلاج غير الملائمة من قبل المرضى وأهاليهم وتقرير حق الأطباء في رفض مثل هذه الطلبات وعدم الرضوخ لما يخالف قناعاتهم الأخلاقية والطبية.

و ربما يعود مفهوم عدم الجدوى الطبية في أصوله البعيدة إلى أبوقراط الذي يقرر في أحد الكتب المنسوبة إليه ما يلي :

" على الطبيب أن يرفض علاج المريض الذي أصبح المرض غالبا عليه وميئوس من شفائه مدركا أن الطب عاجز في هذه الحالة وليس للعلاج أي جدوى. "

و لكن مفهوم عدم الجدوى الطبية قد تراجع بشكل كبير في السنوات القليلة الأخيرة بدعوى إمكانية الاستغناء عنه في بعض المواقف وعدم ملاءمته في مواقف أخرى ، وذلك اعتماداً على أننا نستطيع أن نميز بين نوعين من المواقف في حالات طلب العلاج غير المناسب هما :

١) طلب العلاج غير الفعال:

وليس هناك أي اختلاف في مثل هذه الحالات بانه ليس على الطبيب في مثل هذه الحالات أي واجب يلزمه بإعطاء العلاج للمريض لأنه لم يثبت فائدته طبيا (مثل المضادات الحيوية لعلاج الزكام والأنفلونزا) .

و لكن ماذا يكون الوضع إذا طلب المريض دواء قديما قد بطل استعماله أو طلب دواء جديدا أو تجريبيا لم تثبت فائدته بعد بشكل قاطع؟

في مثل هذا الموقف فإن واجب الطبيب هو تقديم " الرعاية الطبية الملائمة" Appropriate Medical Care وهي تلك الرعاية التي تدخل ضمن إطار الممارسة الطبية السائدة في ذلك الوقت داخل المجتمع والتي يقوم بها مجموعة معقولة من الأطباء ذوي الخبرة في ذلك المجال.

و للمريض الحق في الاختيار ضمن مجموعة من البدائل العلاجية المقبولة التي يراها الطبيب ملائمة لحالته أو يرفضها جميعا ، ولكن ليس من حقه أن يفرض على الطبيب اختيارا لا يراه ملائما للعلاج.

و بناء على معيار الممارسة الطبية السائدة فلا تقوم الحاجة لمفهوم عدم الجدوى الطبية في تقرير حق الطبيب في رفض تقديم أي علاج غير فعال يطلبه المريض ، أو رفض إعطائه أي علاج قديم أو أي علاج جديد تجريبي لم تثبت فائدته بعد.

٢) طلب علاج فعال ولكن النتيجة منه مثيرة للاختلاف والتناقض :

و أهم مثال لهذا الموقف هو طلب العلاج في العناية المركزة لمريض في المرحلة النهائية للمرض مما يؤدي إلى إطالة فترة احتضاره وبقائه لمدة طويلة في حالة الغيبوبة أو طلب استمرار العناية المركزة لمريض في الحالة النباتية الدائمة.

و عندما ينشأ الخلاف في مثل هذه الحالات فإن الأسباب الكامنة وراء مثل ذلك الطلب تكون ناتجة عن أسباب اعتقادية أو دينية في أغلب المواقف.

و في مثل هذه الحالات فإن الطبيب إذا اعتمد على نظرية عدم الجدوى الطبية في رفض طلب العلاج فإن الأمر قد يبدو وكأن الطبيب لا يقيم احتراما لقيم المريض الدينية أو لمعتقداته الشخصية .

و الأجدر في مثل هذه الحالات التعامل بما يكفل احترام مشاعر المرضى ومعتقداتهم والوصول إلى حلول وسطية من خلال التفاوض والتفاهم الجيد معهم بما يكفل الوفاء بالحد الأدنى من العناية للمريض وبما لا يشكل عبئا على الموارد الطبية القليلة أو المحدودة.

و الموقف القانوني في مثل هذه الحالات غير محدد بوضوح في معظم البلدان وإن كانت هناك سوابق قضائية في بعض البلاد الغربية وقف فيها القضاء إلى جانب حق المريض في الاستمرار في الرعاية الطبية، وفي بعضها وقف إلى جانب حق الطبيب في التوقف عن العلاج الداعم للحياة في الحالات التي يثبت فيها عقم الاستمرار في الجهود العلاجية.

ففي قضية مشهورة في الولايات المتحدة الأمريكية للطفل دو Baby Doe وقف القضاء إلى جانب حق الطبيب في عدم تقديم العلاج غير الملائم واقرت المحكمة إعفاء الطبيب من الاستمرار في تقديم العلاج عند ما يصبح غير مجد في الواقع .

و لكن القضاء وقف مع حق اهل المرضى في طلب العلاج في حالات اخرى مثل قضية هيليجا وانجلي والطفل ك Helega Wanglie &Baby K .

اما في بريطانيا فإن القضاء قد وقف في عدد من القضايا إلى جانب حق الطبيب في الامتناع عن تلبية طلب اهل المريض بتقديم العلاج الذي لا يعتبر ملائماً لحالته.

و يستند القضاة في ذلك على ان من المستحيل ان تنشا مواقف يمكن فيها إجبار الطبيب على علاج المريض بوسائل تناقض حكمه الطبي وقناعته العلمية وخبرته العملية ، أو تناقض ما يعتقده في ضميره مخالفًا لمصلحة المريض.

و من الطريف أن موقف القضاء البريطاني هذا قد تعرض للانتقاد بتهمه الانحياز الطبقي حيث يميل القضاة إلى تاييد زملائهم الأطباء والوقوف إلى جانبهم بحكم انتماءهم جميعا إلى طبقة اجتماعية وثقافية واحدة.

الباب الثالث

العلاقة المهنية

بين الطبيب والمريض

"يتعين على الطبيب أن يحافظ على أحكام المهنة، وأن يضع دائماً في اعتباره الالتزام بحماية حياة الإنسان ، وأن يقدم خدمة طبية ذات كفاءة مشفوعة بالرحمة واحترام كرامة الإنسان ، وأن يحمل لمرضاه الولاء التام ويقدم لهم كافة إمكانات علمه"

الميثاق الدولي لأخلاقيات المهنة الطبية
الصادر عن اتحاد الأطباء
العالمي في فيينا عام ١٩٨٣م

العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض Physician Patient Relationship

في الماضي لم تكن العلاقة بين الطبيب والمريض تقتصر على الجوانب المهنية الطبية فحسب، وإنما كانت تمتد لتشمل الجوانب الشخصية والاجتماعية، وتصبح متينة وراسخة وتدوم فترة طويلة، وربما مدى العمر، وخصوصا في الظروف التي كانت سائدة في الماضي، مثل قلة عدد الأطباء واستقرار الناس في مدنهم وقراهم الصغيرة نظرا لعدم توفر المواصلات واتسام المجتمعات السابقة بالاستقرار، وانعدام الحركة الاجتماعية الواسعة.

أما التغييرات التي حدثت في الحقب الأخيرة للقرن العشرين في مختلف المجتمعات مثل اتساع المدن بشكل لم يسبق له مثيل، والهجرة من الريف إلى المدن ، والانفجار العظيم في وسائل المواصلات والاتصالات، وعدم استقرار المجتمعات الحديثة، وسرعة انتقال المواطنين بين المدن والقرى والبلدان المختلفة وغيرها من التغييرات الاقتصادية والاجتماعية التي شملت كافة مجالات العلاقات الإنسانية.

و قد أدت سرعة التغييرات الاجتماعية وشموليتها بالإضافة إلى الزيادة الهائلة في أعداد السكان ، والزيادة الكبيرة في أعداد الأطباء ، وعمل الأطباء في مستشفيات عامه كبيرة إلى تغييرات عظيمة في العلاقة بين الطبيب والمريض بحيث أصبحت هذه العلاقة قصيرة الأمد، وقد لا تمتد إلى أكثر من لقاء واحد أو لقاءين مما يجعل العلاقة المهنية واهية الأسس منعدمة التاثير، ولا تمتد إلى العلاقات الشخصية أو الاجتماعية.

و من المؤسف أن هذا التغيير الذي أصاب العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض قد أدى إلى تأثيرات سلبية على العلاقة بينهما، وأنقص من ثقة المريض بالأطباء والمهنة الطبية ومن قدرة الطبيب على التاثير، ودوره في توفير الرعاية الطبية الضرورية مما عاد بآثار سلبية على العملية العلاجية الشفائية ونتائجها.

و يجب على المهنة الطبية المعاصرة التنبه إلى الشرخ الذي أصاب العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض وآثاره السلبية، والوعي بمختلف جوانب المشكلة لكي تتمكن من ترميم الصدع والتقليل من آثاره وإعادة بناء العلاقة الطبية على أسس صحيحة تمكنها من استعادة الثقة، وإضفاء دفء العلاقات الإنسانية عليها لكي تحقق أهدافها السامية في توفير الرعاية الطبية والعلاج والشفاء.

بدء وانتهاء العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض

تنشأ العلاقة المهنية بمجرد أن يطلب المريض أو من ينوب عنه من الطبيب إجراء الكشف الطبي عليه وبمجرد قبول الطبيب ذلك الطلب تبدأ العلاقة بينهما وهي قائمة على أساس تعاقدي ضمني نافذ المفعول يصبح فيه الطبيب ملزما بإيفاء هذا التعاقد وتقديم كل ما يعرفه من علم ومعرفة وخبرة وأن يبذل كل ما في وسعه من الجهد لتوفير الرعاية الطبية للمريض.

و هذه العلاقة التعاقدية تلزم الطبيب فيما يعرفه الاصطلاح القانوني " بذل العناية " ولكنها لا تلزمه " بتحقيق غاية " وهي الشفاء من المرض.

كما أن التزام المريض بأجر معين للطبيب أو عدم التزامه بأجر لا يعفي الطبيب من الالتزام بتنفيذ مسئولياته التعاقدية طالما كان قد قبل طلب المريض بتوقيع الكشف الطبي عليه ، ولا تنتهي العلاقة المهنية إلا بحصول الشفاء ،أو الوفاة ، أو انقطاع المريض بنفسه عن العلاج.

و إذا رغب الطبيب في إنهاء العلاقة لانشغاله أو سفره أو أثناء إجازته أو لخلافه مع المريض حول أساليب العلاج، فيجب عليه أن يبلغ المريض بذلك قبل فترة كافية لكي يتمكن من اللجوء إلى طبيب آخر.

أما إذا قام الطبيب بالكشف الطبي على المريض في حالة إسعافية طارئة فإن العلاقة المهنية هنا تعتبر مؤقتة ولا تنشأ التزاماتها على الطبيب إلا إن رغب الطرفان بعد ذلك في استمرارها.

الواجبات الطبية المهنية:

و تحقيق الرعاية الطبية للمريض يفرض على الطبيب واجبا ابتدائيا مهما هو العمل على تحقيق المصلحة العليا للمريض بغض النظر عن أي التزامات أخرى.

ومهما كانت الظروف التي قد تنشأ وتتداخل مع واجبات الطبيب المختلفة وأحوال المريض والعوامل الخارجية الأخرى ، فإن الالتزام الأساسي الأول للطبيب هو تحقيق مصلحة المريض ورفاهيته. ويجب أن يظل هذا الواجب ماثلا أمام الطبيب ونصب عينيه.

والعلاقة المهنية بين الطبيب والمريض تفرض على الطبيب واجبات والتزامات أخرى غير تقديم الرعاية الطبية أهمها :

- قاعدة الصدق وقول الحقيقة .
- قاعدة صيانة السر المهني والخصوصية.
- قاعدة الأمانة والوفاء بالوعد .
- الثقة المتبادلة .
- التواصل والتفاهم الجيد .

و كل هذه الواجبات تتضمن نواح عديدة تحتاج إلى المزيد من التفصيل.

قاعدة الصدق وقول الحقيقة Rule of Veracity & Truth telling

"عليكم بالصدق،فإن الصدق يهدي إلى البر، والبر يهدي إلى الجنة." حديث شريف

من المتفق عليه بصورة عامة أن الالتزام بالصدق وقول الحقيقة في العلاقات الاجتماعية واجب اخلاقي وديني وأن على الطبيب أن يلتزم بالصدق وألا يعبر بلسانه إلا عما هو مستقر في عقله ما دام ذلك في مصلحة المريض ولا يشكل ضرراً عليه .

و الكذب عمل خاطئ ينافي القواعد الأخلاقية والدينية ويتناقض مع المصلحة العامة للمجتمع لأنه يقوض الأسس التي يقوم عليها التواصل الاجتماعي بين الناس.

و الصدق أولا جزء من احترام الإنسان واستقلاليته الذي يشتمل عليه مبدأ الحرية الذاتية، وكذلك فإن الموافقة المستنيرة للمريض على تلقي علاج معين أو المشاركة في بحث طبي معين لا يمكن أن يتم إلا من خلال الصدق وقول الحقيقة.

و الثقة بين الناس عموما ضرورية لقيام علاقات منتجة وتعاونية وهي ركن أساسي في العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض، ولكي تنشأ هذه الثقة وتستمر على أسس راسخة فإن الصدق والالتزام بقول الحقيقة يجب أن يكون القاعدة التي تقوم عليها الثقة وترسخ أركانها وبنيانها.

و بالرغم من هذه الأسس الأخلاقية الواضحة فإن مواثيق الأخلاق الطبية ابتداء من قسم ابوقراط حتى إعلان جينيف عام ١٩٤٧م الصادر عن اتحاد الأطباء العالمي لم تنص على هذا الواجب، ويبدو ان الأمر متروك للطبيب لكي يقرر بناءً على اجتهاده وحصافته المدى الذي يجب ان يصل إليه في الالتزام بالصدق وقول الحقيقة حسب الظروف والأحوال المتغيرة وبما لا يتناقض مع مبدأ عدم الإضرار.

اما في مجال الأبحاث الطبية فإن المواثيق الأخلاقية الطبية والقوانين تلزم الباحثين بواجب الصدق وتقديم المعلومات الكاملة للمشاركين لأنه يمكن ان ينشأ فيها تناقض بين مصلحة المريض ومصلحة المجتمع التي سيوفرها البحث العلمي الطبي.

و اما من الناحية القانونية فإن القوانين تلزم الطبيب بتحري الصدق والصراحة وقول الحقيقة للمريض وإذا أخفى الطبيب المعلومات عن المريض أو قدم معلومات خادعة ومضللة فإنه يخضع للمساءلة القانونية حتى وإن فعل ذلك بنوايا طيبه وخصوصا إذا كان المريض قد وجه سؤاله إلى الطبيب بشكل مباشر.

و لكن الصدق مثل باقي القواعد الأخلاقية ليس قاعدة مطلقة أو ثابتة في جميع الأحوال ، فقد تنشأ ظروف يتعارض فيها قول الصدق مع الواجبات والمبادئ الأخلاقية الأخرى بحيث يمكن تبرير وقبول إخفاء الحقيقة كليا أو جزئيا أو حتى الخداع في بعض الأحيان.

و تشتمل قاعدة الصدق على عدة واجبات :

١) اول هذه الواجبات هو واجب عدم الكذب،لأن الكذب امر منبوذ بطبيعته وآثاره ، ويصعب قبوله وتبريره في جميع الأحوال، لأنه يدمر علاقة الثقة بين المريض والطبيب وبين المهنة الطبية والمجتمع.

٢) وثاني الواجبات التي تشملها قاعدة الصدق هو واجب عدم الخداع الذي يمكن تبريره وقبوله في بعض الأحيان لأنه لا يهدد علاقة الثقة بين الطبيب والمريض بنفس الدرجة التي يفعلها الكذب . ويعتبر إعطاء الدواء الغفل Placebo نوعا من الخداع المقبول والمقرر في الأبحاث الطبية.

٣) اما ثالث هذه الواجبات فهو واجب عدم إخفاء الحقيقة الذي يمكن ايضا تبرير عدم الوفاء به في ظروف خاصة.

الخداع الخيّر Benevolent Deception

قامت الممارسات الطبية على مر التاريخ على الخداع الخير، المستند على العلاقة الطبية الأبوية، التي كانت هي السائدة والمقبولة في جميع المجتمعات، وظل ذلك الأمر سائدا حتى منتصف القرن العشرين على وجه التقريب.

وفي ممارسة الخداع الخير، فإن الطبيب قد يعطي المريض دواء غفلا لا يحتوي على مادة فعالة مثل حقنة من الماء المقطر ويوهمه انها مهدئ قوي للألم سوف تزيل جميع آلامه وأعراضه. وكذلك فإن الطبيب قد يخفي عن المريض إصابته بمرض عضال كالتليف الكبدي أو القصور القلبي أو غيرها ويهون له من شان المرض وحقيقته، ويوهمه بأنه مرض بسيط سوف ينال الشفاء منه في وقت قريب.

وقد يكون القصد من إخفاء المعلومات عن المريض أو تقديم معلومات خادعة هو منع حدوث الضرر على المريض وفعل الخير له مثل إخفاء حقيقة إصابته بمرض خطير كالسرطان خوفا من حدوث قلق نفسي شديد واكتئاب يضاعف الحالة، وربما يدفعه إلى الانتحار وخصوصا إذا لم يكن هناك بدائل علاجية أمام المريض.

و يبرر المؤيدون لممارسة الخداع الخير ذلك بالاستناد إلى مبداي عدم الإضرار وفعل الخير.

و القليل من الأطباء الذين لا يزالون يؤيدون إخفاء الحقيقة عن المرضى أو حتى ممارسة الخداع الخير في بعض الأحيان يفعلون ذلك استمرارا للممارسات الطبية التي كانت سائدة في الماضي البعيد التي ترجع في أصولها إلى عهد ابوقراط الذي حذر في أحد كتبه من مخاطر قول الحقيقة للمرضى وإعلامهم بطبيعة أمراضهم.

و لقد استقر في اذهان الناس منذ زمن طويل ان الطبيب لا يمكن أن يصارح المريض بحقيقة مرضه خصوصا في الأمراض الخطيرة، ولذلك فهم يتوقعون من الطبيب أن يقابل تساؤلاتهم بالصمت او التجاهل على أقل تقدير أو حتى الخداع أو الكذب عليهم ، وهم يعتقدون أن الطبيب يفعل ذلك كجزء من واجبه المهني نحوهم الذي يحتم عليه إخفاء الحقيقة عنهم.

كما أن بعض الأطباء لا يحبون الإخبار بالحقائق السيئة لما فيها من الألم والمشقة عليهم، او يحتجون بعدم قدرة المرضى على فهم المعلومات الطبية المعقدة أو بأن غالبية المرضى لا يرغبون في معرفة الحقيقة أو سماع الأخبار المزعجة.

اما الغالبية من الأطباء في الوقت الحاضر، والذين يعارضون إخفاء الحقيقة والخداع الخير، فإنهم يعتقدون أن على الطبيب قول الحقيقة مهما كانت مزعجة له أو مؤلمة، لأن ذلك واجب عليه تفرضه التزاماته المهنية والأخلاقية.

كما أنه أصبح واضحا أن قول الحقيقة وكشف المعلومات للمريض لا يتطلب الخوض في تفصيلات علمية معقدة ويمكن لكل مريض مهما كان مستواه أن يتفهم المعلومات إذا قدمت إليه بشكل يتناسب مع تفكيره وقدراته العقلية، وذلك يتطلب من الطبيب التعلم والتدريب الجيد لاكتساب المهارات والحذق والكفاءة التي تمكنه من قول الحقيقة بالطريقة الصحيحة والمناسبة.

و قد أوضحت الدراسات في البلاد الغربية أن ٨٠٪ من المرضى يرغبون بالفعل في معرفة الحقيقة الكاملة ، و١٥ ٪ منهم ينسون ما قيل لهم أو يحدث لهم الإنكار كرد فعل نفسي أولي، و٥ ٪ فقط من المرضى لا يرغبون في معرفة الحقيقة ويجب احترام رغباتهم. وحتى أواخر الخمسينيات من القرن الماضي كان معظم الأطباء في البلاد الغربية يخفون عن المرضى حقيقة إصابتهم بالسرطان، أما في الوقت الحاضر فقد أصبح جميع الأطباء تقريبا يقولون الحقيقة في جميع الحالات.

ويختلف الأمر في المجتمعات الأخرى، والشرقية منها بوجه خاص، ولكن التطورات الاجتماعية والثقافية التي شملت هذه المجتمعات خلال الحقب الأخيرة، قد انقصت من درجة هذه الاختلافات وربما اصبحت تقترب من مثيلاتها في البلاد الغربية، بدرجات متفاوتة.

و لذلك فإن الرأي السائد في جميع الأوساط الطبية أصبح يؤيد قاعدة الصدق وقول الحقيقة ويعارض الخداع لأنه يمثل انتهاكا للحرية الذاتية للمريض وتجاوزا لقاعدة الإخلاص والأمانة، ويقوض أسس العلاقة المهنية بين المريض والطبيب التي تقوم على الثقة، والتي لا تقتصر على المريض الفرد ولكنها تمتد لكي تصل إلى ثقة الناس والمجتمع بالمهنة الطبية بصورة عامة.

قول الحقيقة في الأحوال العادية :

في الأعمال السريرية والعيادية اليومية المعتادة للطبيب والتي تشمل الغالبية العظمى من المرضى فإن جزءا مهما من واجبات الطبيب نحو المرضى هو تقديم حقائق ومعلومات كاملة لكل مريض على

حدة تشمل جميع جوانب المرض ومضاعفاته ، وعواقبه، ومآله مع مناقشة الوسائل العلاجية المختلفة ومزايا وعيوب كل منها وذلك أمر ضروري من نواح عديدة ،

- قول الحقيقة للمريض هو بحد ذاته تأكيد لاحترام الحرية الذاتية للفرد وهو حق من حقوق المريض وواجب من واجبات الطبيب ملزم له اخلاقيا وقانونيا.
- قول الحقيقة ضروري لاستمرار وتقوية عهد الثقة بين المريض والطبيب وبين المجتمع والمهنة الطبية .
- في الأمراض المزمنة كالداء السكري وارتفاع ضغط الدم وأمراض الكلى والكبد والقلب والجهاز الهضمي والروماتيزم وغيرها يصبح تقديم المعلومات الكاملة للمريض خلال مقابلات عديدة متتالية مع تكرار الحقائق الضرورية بدون ملل حتى نضمن فهم المريض لها كأمر ضروري لأنه يساعد المرضى على التلاؤم مع حالاتهم المرضية واتخاذ الاحتياطات اللازمة لمنع المضاعفات وكذلك متابعة العلاج بجدية واهتمام على المدى الطويل.
- عدم قول الحقيقة قد يضر بالمريض بطرق عديدة منها مثلاً أن المريض قد يتأخر في طلب العلاج أو اتخاذ الاحتياطات الواجبة لمنع المضاعفات وغيرها.

قول الحقيقة في الأمراض الخطيرة :

في الأعمال اليومية المعتادة للطبيب التي ذكرناها سابقا ليس هناك أي مشكلة تواجهه بالنسبة للالتزام بواجب الصدق وقول الحقيقة ولكن المشكلة تنشأ في حالات قليلة وخصوصا عندما يكون تشخيص المرض وعواقبه يحمل خطورة ويصبح التزام الصدق وقول الحقيقة صعبا وخاصة عندما يكون الطبيب غير واثق بمدى ما تحمله الأخبار السيئة من نتائج سلبية أو أضرار نفسية على المريض.

و هناك الكثير من الاختلافات في الممارسات الطبية في هذا المجال في المجتمعات المختلفة كما أن الاتجاهات في قول الحقيقة تتغير بتبدل الظروف والأحوال ، وحتى في المجتمعات الغربية الحديثة فقد كان الأطباء قبل عشرين عاما يميلون إلى إخفاء الحقائق عن المرضى ، ولكن الممارسة السائدة اليوم أصبحت تعتمد المصارحة الكاملة وقول الحقيقة.

و مهما كانت خطورة التشخيص كالسرطان مثلا فإن الأطباء في البلاد الغربية يميلون إلى إظهار الحقيقة بصراحة كاملة للمرضى مع الاحتفاظ بروح التفاؤل وتقوية روح الثقة والأمل لدى المريض . وإشعاره أن الشفاء ممكن ، وإن كان طريقه صعبا وطويلا ويحتاج إلى الإرادة القوية والصبر والرغبة في استمرار الحياة .

أما في الكثير من مجتمعات البلاد النامية ذات الأسس الثقافية المختلفة فإن كثيرا من الأطباء لا يزالون يميلون إلى إخفاء حقيقة الإصابة بالأمراض الخطيرة عن المرضى وخصوصا عندما لا تتوفر في هذه البلدان بدائل علاجية مناسبة، وكذلك عندما يكون المريض نفسه لا يبدى رغبة في معرفة طبيعة مرضه.

كما أن الوضع بين المرضى بالنسبة لرغبتهم في معرفة الحقيقة الكاملة عن أمراضهم يختلف باختلاف الثقافات في المجتمعات المختلفة حيث نجد أن المرضى في المجتمعات الغربية المتقدمة يرغبون في معرفة الحقيقة الكاملة ويطالبون أطباءهم بها ، أما في المجتمعات الشرقية النامية فإن الكثير من المرضى لا يرغبون في معرفة الحقيقة ، أو يوكلون المهمة إلى أهلهم وأقاربهم، خصوصا في المجتمعات التي تتميز بالعلاقات الأسرية القوية والترابط العائلي.

و لذلك فإن إخبار المريض وذوي قرباه بالحقيقة يختلف باختلاف الثقافات السائدة في المجتمعات المختلفة ويعتمد على شخصية المريض، وعمره ، وعلاقته باهله، ومدى ارتباطه بهم واعتماده عليهم، ودرجة خطورة التشخيص وقابلية حالته للعلاج، بالإضافة إلى العادات والتقاليد السائدة في المجتمع ومدى تقبل الناس فيه للحقائق.

و هذه الأمور جميعها وغيرها تتطلب مهارة الطبيب وحنكته في تقدير جميع هذه الأمور، وتقدير المدى الذي يذهب إليه في تقديم المعلومات والحقائق بما يحقق أفضل المصالح للمريض ولا يحدث أضرارا على نفسيته ومشاعره.

و في جميع الأحوال فإن من واجب الطبيب عند الإبلاغ عن الأخبار السيئة أن يترفق بالمريض ويبدي الحقائق بطريقة لطيفة، وبتدرج يؤدى إلى تقبلها بشكل جيد وأن ينتبه لردود فعل المريض وأهله ويقيس مشاعرهم ويزن وقع كلماته عليهم، " ومهما كانت الحقيقة قاسية فإن الإخبار عنها لا يجب أن يكون قاسيا ".

التطبيق العملي لقاعدة الصدق وقول الحقيقة:

مما سبق يمكن لنا أن نستخلص بعض القواعد الأساسية التي يجب على الطبيب الالتزام بها، ويمكن أن نوجزها فيما يلي :

١) يظل الواجب الأساسي للطبيب هو الالتزام بالصدق وقول الحقيقة بأسلوب يستطيع المريض أن يفهمه ويستوعبه.

٢) لو قدر الطبيب أن المصارحة الكاملة لمريض معين قد يكون لها وقع سيئ ، وقد تؤدي إلى الإضرار به، فيمكنه حينئذ أن يلجأ إلى كشف المعلومات جزئيا وإخفاء بعض الحقائق مع اللجوء إلى الأمثلة والأساليب التي تجعله يحوم حول الحقيقة دون أن يذكرها ويغلف إجاباته بأساليب تحتاج إلى الفطنة لكشف الحقيقة فيها.

٣) لا يجب على الطبيب أن يلجأ إلى الخداع أو الإيهام إلا في حالات نادرة وأن تكون المبررات لذلك قائمة على أسس أخلاقية راسخة.

٤) ا الكذب يجب اجتنابه بصورة مطلقة ، وعلى الطبيب أن يتذكر أن القانون لا يقف إلى جانبه في مثل هذه الحالات إن وصل الأمر إلى القضاء مهما حاول من تقديم الحجج التي تثبت حسن نواياه ومقاصده.

٥) إذا عبر المريض عن رغبته صراحة في أنه لا يرغب بمعرفة الحقيقة حول مرضه فإن على الطبيب احترام رغبته والخضوع لحقه في عدم معرفة الحقيقة، وليس من حق الطبيب إجبار المريض على قبول معلومات لا يرغب فيها ، أو محاولة فرض الحقيقة عليه وذلك استناداً إلى مبدأ احترام الحرية الذاتية للفرد.

٦) إذا عبر المريض عن رأيه صراحة بأنه يرغب في معرفة حقيقة مرضه وخصوصاً إذا قام بتوجيه الأسئلة بشكل صريح فإن واجب الطبيب يحتم عليه قول الحقيقة كاملة بصراحة موضوعية دون أن يقفل أبواب الأمل والرجاء في وجه المريض.

و يعارض بعض أساتذة الأخلاق هذا الرأي ويرون عدم إظهار الحقيقة لأن كثيرا من المرضى الذين يقولون صراحة أنهم يريدون معرفة الحقيقة لا يرغبون ذلك بالفعل في داخل نفوسهم وضمائرهم حتى وإن عبروا عن ذلك بألسنتهم. ولكن هذه الحجة تتهافت بشكل واضح لأن معرفة رغبة المريض الدفينة في نفسه تظل مجرد احتمال مشكوك فيه ، ولا يقوم عليه أي دليل ، ولذلك ليس أمامنا أي بديل أخلاقي سوى الالتزام بما يعلنه المريض صراحة حتى لا

تصبح مثل هذه الممارسة نوعا من التسلط الأبوي المرفوض وحتى نظل على التزامنا باحترام رأي المريض واستقلاليته وحريته الذاتية.

٧) إذا شعر الطبيب خلال مقابلاته مع المريض بصورة ضمنية أن المريض لا يبدى رغبة في معرفة حقيقة مرضه واستطاع أن يتبين أن المريض عازف عن معرفة الحقيقة وخصوصا إذا كان لا يسأل ولا يستفسر فربما يكون الصمت أولى بالطبيب وعليه أن يتصرف بما يحقق رغبة المريض ويلبيها.

٨) إذا كان المريض يبدى رغبة صريحة أو ضمنية في معرفة حقيقة مرضه ولكن أهله يعارضون ذلك صراحة ويطلبون من الطبيب عدم إظهار الحقيقة للمريض فإن على الطبيب مناقشتهم ومحاولة إقناعهم بخطأ رأيهم ، وتوضيح أهمية قول الحقيقة للمرضى بصورة عامة ودورها في تأسيس واستمرار علاقة الثقة بين المريض والطبيب، وبين المجتمع والمهنة الطبية بصورة عامة. وكذلك فإن الوفاء بالالتزامات الأخلاقية والقانونية للطبيب تفرض عليه واجب الصدق وقول الحقيقة، كما أن الالتزام الأول للطبيب هو نحو المريض نفسه وليس لأحد غيره حتى وإن كانوا من أقرب الناس إليه.

صيانة السر والخصوصية Confidentiality &Privacy

" واعلم يا بني أنه ينبغي للطبيب أن يكون رفيقا بالناس حافظا لغيبهم كتوما لأسرارهم" أبو بكر الرازي

يجب على الطبيب الالتزام بالحفاظ على أية معلومات عن المريض كسر مهني يصونه ولا يعرضه للإفشاء بأي شكل، وذلك واجب أخلاقي وقانوني على الطبيب وحق من حقوق المريض اتفقت عليه مختلف مواثيق الأخلاق الطبية منذ أيام أبقراط وحتى اليوم.

و يحدد قسم أبقراط [1] مبدأ صيانة السر بوضوح قاطع ويجعله عاما يشتمل على الأمور الطبية وغيرها ولا يحدد أي استثناءات لجواز إفشائه، وينص على ما يلي:

" كل ما أشاهده أو أسمعه فيما يتعلق بمهنتي أولا يتعلق بها فسوف أعتبره سرا لا أفشيه " . كما أن واجب صيانة السر واحترام الخصوصية للمريض يشمل المهن الطبية المساعدة كالتمريض والصيدلة والتخدير وغيرها من المهن الطبية المساعدة وطلبة الطب.

وينص ميثاق الأخلاقيات الطبية لاتحاد الأطباء العالمي على أن :

" على الطبيب واجب المحافظة على السرية المطلقة لجميع المعلومات التي قدمها له المريض بثقة وائتمنه عليها" .

و من الناحية الأخلاقية فإن الخصوصية هي جزء من ذات الإنسان ، واحترام الخصوصية وصيانة السر يعتبر بالتالي جزء من الحرية الذاتية والاستقلالية للفرد. وللمريض الحق الكامل في أن يقرر كمية المعلومات الشخصية ومداها ويتحكم في تحديد الأشخاص الذين يمكن أن يسمح لهم بالاطلاع عليها.

صيانة السر المهني من الناحية القانونية :

يلزم القانون في البلاد الغربية وغيرها الطبيب بالحفاظ على سر المهنة إلا في حالات معينة يحتم فيها القانون إظهار تلك المعلومات مثل :

- الأمراض المعدية
- المرضى غير المؤهلين لقيادة السيارات

---

[1] ملحق رقم (١) في آخر الكتاب.

- سوء معاملة الأطفال أو الزوجات
- الإصابات الناجمة عن الاعتداءات والإصابات النارية
- المريض الذي يشكل خطرا على نفسه أو على الآخرين.

و يقرر القانون أن سجل المريض الطبي بكامل محتوياته ضمن أسرار المهنة ولا يجوز إطلاع أحد عليه إلا بتفويض من المريض أو بناء على حكم قضائي.

كما أن سجل المريض ملك للمستشفى ولكن القانون يعطي للمريض الحق في الإطلاع عليه وطلب نسخة منه.

و إذا أفشى الطبيب سر المهنة في غير الحالات التي يحددها القانون فإن ذلك يجعله خاضعا للمساءلة أمام القضاء أو لجان الأخلاق وآداب المهنة.

أما فيما يتعلق بالمهنة الطبية فإن صيانة السر المهني واحترام الخصوصية أمر ضروري وهام جدا لنجاح المهنة الطبية واستمرارها لأنها تمكن الناس من السعي إلى الطبيب والإدلاء بأية معلومات مطلوبة مهما كانت درجة خصوصيتها دون خوف من تفشي هذه المعلومات وشيوعها بين الناس اعتمادا على الثقة في صيانة سر المهنة ، وهو ما يسمح للمريض بتقديم كل المعلومات الضرورية عن حالته وذلك أمر أساسي لضمان الوصول إلى التشخيص ونجاح العلاج ،كما أنه أساسي لاستمرار علاقة الثقة بين المريض والطبيب.

أما في العلاج النفسي فإن نجاح التشخيص والعلاج يتطلب منا أن نكشف معلومات واسعة وعميقة تتضمن أفكارنا العميقة ونوازعنا ومشاعرنا وعواطفنا وأحلامنا وخيالاتنا ولا يمكن لأحد أن يفعل ذلك إلا إذا كانت لديه الثقة الكاملة بأن جميع أسراره في الحفظ والصون.

إفشاء السر المهني

إن واجب صيانة السر المهني — مثل غيره من الواجبات الأخلاقية الأخرى — لا يمكن أن يكون مطلقا أو ثابتا في جميع الأحوال، فقد تنشأ حالات يصبح فيها الحفاظ على السر المهني متعارضا مع واجبات أخرى مما يسمح للطبيب التخلي عن واجب صيانة السر المهني أو حتى يجعل إفشاء السر واجبا عليه في بعض الأحوال .

و فيما يلي الأحوال والظروف التي يمكن أن يحدث فيها إفشاء أسرار المريض :

١) إفشاء السر المهني من أجل حماية المجتمع :

يحدد القانون الحالات التي يجب فيها على الطبيب إبلاغ السلطات الحكومية بالأمراض المعدية والإصابات الناجمة عن الاعتداء مثل الطلقات النارية وكذلك بعض الأمراض التناسلية وسوء معاملة الأطفال .

و يجب على الطبيب عموما أن يقرر في كل حالة ما إذا كان عليه واجب إطاعة القانون وإفشاء سر المريض أو أن عليه واجب صيانة السر المهني والحفاظ على خصوصية المريض وأيهما له السبق في الأهمية والأولوية.

و في العادة فإن طاعة القانون تسبق في الأولوية وتوجب على الطبيب التبليغ عن المريض وإفشاء السر المهني.

و في بعض الأحيان قد يرى الطبيب عدم إطاعة القانون من أجل الوفاء بمسئولياته الأخلاقية والعلاجية نحو المريض .

و كمثال على ذلك : في حالة إصابة مريض بمرض تناسلي (كالزهري أو الإيدز مثلا) قد يشعر الطبيب أن خضوعه للقانون والتبليغ عن المريض إلى الجهات الحكومية قد يضر بسمعة المريض

الاجتماعية ضرراً جسيما او ربما يؤدي إلى هرب المريض واختفائه وعدم متابعة العلاج بالشكل الصحيح ، ولذلك قد يرى الطبيب ان من الأفضل في مثل هذه الحالة عدم التبليغ والحفاظ على السر المهني .

و إذا كان الإبلاغ عن مرض معين (كالإيدز) قد يعرض المريض لأي نوع من التمييز والمعاملة السيئة في المجتمع أو في العمل فإن الطبيب قد يرى ان واجبه الأخلاقي والمهني عليه صيانة السر من اجل حماية المريض من القهر والاضطهاد.

٢) إفشاء السر من أجل حماية المريض

يوجب القانون على الطبيب الإبلاغ عن المرضى المصابين بمرض الصرع إلى إدارة المرور لمنع إصدار ترخيص لهم بقيادة السيارات حتى لا يتعرض المرضى للحوادث اثناء النوبات الصرعية.

و مثال آخر الإبلاغ عن المريض بالاكتئاب النفسي الشديد المصحوب بدوافع انتحارية إلى اهله وذويه أو إلى السلطات الصحية لإدخاله المستشفى ضد رغبته ودون موافقته لمنعه من إيقاع الضرر بنفسه وحتى تتم معالجته.

كما يحتم القانون في البلاد الغربية الإبلاغ عن سوء معاملة الأطفال وتعرضهم للضرب من قبل والديهم أو أولياء امورهم ، وقد لا يعتبر ذلك إفشاء لسر المهنة لأن الطفل هنا هو المريض الذي يلتزم نحوه الطبيب بالواجبات المهنية وليس والديه ، ومصالح الطفل هي الأسبق في هذا السياق ، والإبلاغ عن سوء المعاملة إلى السلطات الحكومية يهدف إلى تحقيق حماية الطفل من تكرار الاعتداء.

٣) إفشاء السر من أجل تحقيق المصلحة العليا للمريض

وجدنا أن إفشاء السر المهني من أجل حماية المجتمع والمريض امر يمكن تبريره وقبوله بسهولة ولكننا نجد من الصعب علينا تبرير وقبول إفشاء السر لتحقيق رفاهية المريض والعمل على تحقيق افضل المصالح له إذا كان ذلك ضد رغبته وإرادته.

و كمثال على ذلك ، إذا اصيبت امرأة بانهيار عصبي أدى إلى دخولها المستشفى نتيجة للعلاقات الزوجية المتدهورة وكان الطبيب مقتنعا أن إبلاغ الأبوين بحالتها سوف يحيطها بالرعاية والاهتمام ويعجل من شفاءها ولكن المريضة ترفض إبلاغ والديها رغم نصح الطبيب ، فلو قام الطبيب في مثل هذه الحالة بإبلاغ الأبوين فإن الفائدة التي سوف تتحقق للمريضة لا يمكن أن تقبل بسهولة كمبرر لتجاوز واجب صيانة السر المهني وانتهاك الحرية الذاتية ويعتبر نوعا من التسلط الأبوي الزائد عن الحد.

و الرأي الأرجح في مثل هذه الحالة محاولة إقناع المريضة وبذل الجهد والوقت حتى تستطيع تبين وجاهة رأي الطبيب ، وإن فشل في محاولاته فإن عليه الالتزام بصيانة السر المهني حتى ان كان ذلك مخالفا لقناعته بان ذلك لا يحقق افضل المصالح للمريضة.

٤) إفشاء السر المهني من أجل منع وقوع الضرر على الآخرين

لو ان طبيبا نفسيا وجد مريضا لديه دوافع لقتل شخص آخر او اغتصابه أو إيقاع الضرر به او بممتلكاته فيجب عليه تقدير مدى رجحان قيام المريض بذلك الفعل فإن وجده عازما على ذلك فإن صيانة السر المهني تتناقض مع مبدأ عدم الإضرار وتؤدي إلى وقوع الضرر على الآخرين.

و بما ان دفع الضرر مقدم على جلب المنفعة فإن الراي السائد في الوقت الحاضر في الأوساط الطبية والقانونية يرى أن الواجب يحتم على الطبيب إبلاغ الشخص الواقع علية التهديد او السلطات الحكومية بالأمر لاتخاذ الاحتياطات الأمنية اللازمة لحماية ذلك الشخص.

و مثال اخر إذا كان مريض يعاني من مرض تناسلي كالإيدز وكان المريض يرفض إبلاغ زوجته فإن إفشاء السر هنا يعتبر واجبا لدفع الضرر ، وهو المبدأ الأسبق على واجب صيانة السر، ويتوجب توفر الشروط التالية :-

- ان تكون الزوجة عرضة لخطر الإصابة بالمرض المعدي .
- أن يكون الزوج رافضا إبلاغ زوجته .
- أن يكون الزوج قد رفض أن يقوم الطبيب بإبلاغ الزوجة نيابة عنه.
- على الطبيب أن يبلغ الزوج عن نيته في إبلاغ الزوجة ويعتذر له برفق بانه من الواجب عليه فعل ذلك ويبين له حسن مقاصده من إفشاء سر المهنة.

ومن أشهر القضايا في الأدب الطبي القضائي في هذا المجال قضية تاراسوف ضد مور Tarasoff Vs.Moore . في ١٩٦٩م قام شخص اسمه بودار بقتل فتاة تدعى تاتيانا تاراسوف فقام والدها برفع قضية ضد الطبيب النفساني لورنس مور لأن القاتل كان مريضا لديه وقد ابلغه بنيته في قتل تلك الفتاة قبل وقوع القتل بشهرين ولم يقم الطبيب بإبلاغهم بذلك من أجل حماية الفتاة.

و قد تلخص راي اغلبية القضاة الذي مثله القاضي توبرينر فيما يلي :

- لا يستطيع المتهم أن يدعي بانه ليس عليه التزام أخلاقي نحو القتيلة لأنها ليست مريضة لديه وواجبه الأول هو نحو مريضه فقط.

فعندما يجد الطبيب أن مريضه يشكل خطرا على شخص اخر فإن عليه القيام بالخطوات اللازمة المعقولة لمنع العدوان بإبلاغ الشخص المعني أو اقاربه الذين يستطيعون حمايته أو إبلاغ الأمر إلى الشرطة والجهات الأمنية.

- إن التزام الطبيب القانوني والأخلاقي لا يقتصر على مريضه فحسب ولكنه يشمل أيضا الشخص المعرض للتهديد.

والتزام الطبيب بواجبه الأخلاقي نحو المريض بالحفاظ على السر المهني سوف يؤدي إلى خطر عظيم على الشخص الواقع عليه التهديد ، أما الضرر الناجم على المريض من إفشاء أسراره وتجاوز حقوقه فلا يمكن أن يوازي الضرر الناجم على ضحيته المحتملة.

- أما احتجاج الطبيب النفسي بأن الكثير من مثل هذه التهديدات تصدر عن المرضى النفسيين ومن الصعب عادة الحكم عليها وتقرير مدى جديتها وخطورتها فإن ذلك لا يعفي الطبيب من مسئولية التقصير في واجب حماية الضحية التي يقع عليها التهديد.
- يقر القضاة بأهمية صيانة الأسرار المهنية للمرضى عموماً والمرضى النفسيين بوجه خاص من اجل استمرار علاقة الثقة مع الطبيب مما يسمح للمرضى بإظهار دخائل نفوسهم العميقة وأفكارهم الخبيئة معتمدين على حقهم في الحفاظ على الخصوصية وذلك أمر مهم في الوصول إلى التشخيص الصحيح ونجاح العلاج.
- ولكن هذه المصلحة للمجتمع والناس يجب أن تتوازن مع مصلحة المجتمع وحاجة أفراده إلى الأمن من حوادث الاعتداء.

- وبناء على ذلك فإن الإدلاء بمثل هذه المعلومات من أجل حماية شخص بريء من الضرر المحتمل لا يعتبر خرقا لعهد الثقة بين المريض والطبيب ولا يتناقض مع اخلاقيات المهنة الطبية التي تسمح بإفشاء أسرار المريض خضوعا للقانون او عندما يكون ذلك ضروريا لحماية المريض او المجتمع.

اما راي الأقلية الذي مثله القاضي كلارك فقد تلخص فيما يلي :

إن الراي السائد في الأوساط القانونية والطبية الذي يقيم واجبا على الطبيب النفسي بإبلاغ ضحية محتملة بالتهديد الواقع عليها لا يحقق اي فائدة للمجتمع ، بل على النقيض من ذلك فهو يؤدي إلى إحباط العلاج النفسي ونقص كفاءته، وينتهك حقوق المريض الأساسية ، ويتبين ذلك في السياق التالي :

- تقر جميع الأوساط الطبية والقانونية باهمية صيانة أسرار المريض من أجل نجاح العلاج النفسي وذلك يعتمد على ثقة الجمهور بان الطبيب النفسي لا يمكن أن يفشي أسرارهم ، وصيانة السر المهني مهم جدا في العلاج النفسي وفي استمراره ونجاحه للأسباب الثلاثة الآتية :

١) الامتناع عن العلاج :

- إذا كان المرضى ليسوا على ثقة كاملة بصيانة السر فإن أولئك المرضى الذين يحتاجون إلى العلاج سوف يحجمون عن طلب العلاج.

- معظم المرضى النفسيين يخشون من الوصمة الاجتماعية التي قد تلحقهم عندما يعرف الناس أنهم يتلقون العلاج النفسي ولكن خشيتهم من ذلك تتناقص باعتمادهم على الثقة الكاملة في صيانة أسرارهم.

- وإذا اهتزت ثقة المجتمع والمرضى في الحفاظ على خصوصياتهم فإن كثيرا منهم سوف يترددون قبل الإقدام على طلب العلاج أو قد يتوقفون كلية عن العلاج النفسي.

٢) الصراحة الكاملة :

يحمل المريض النفسي دوافع واعية وغير واعية تثبط رغباته وقدراته على الإدلاء بافكاره الدفينة ومشاعره العميقة إلى الطبيب ، ولكن ثقته بصيانة أسراره تجعله قادرا على كشف أفكاره ونوازعه ودوافعه بصراحة وبشكل كامل وذلك امر ضروري من أجل نجاح العملية العلاجية النفسية.

اي أن الثقة بصيانة السر هي التي تكفل الصراحة الكاملة من المريض وهي ركن أساسي في نجاح التشخيص والعلاج .

٣) نجاح العلاج :

و حتى لو كشف المريض عن أفكاره بصراحة كاملة فإن اعتماده على بقاء أسراره في الحفظ والصون ضروري لاستمرار الثقة الكاملة بالطبيب النفسي وهذه الثقة هي الوسيلة التي يعتمد عليها الطبيب النفسي في نجاح العلاج.

و لذلك فإن صيانة السر المهني ضرورية أيضا لنجاح العلاج النفسي .

وبناء على ذلك فإن إلزام الطبيب النفسي بواجب التبليغ عن حالات التهديد سوف يقوض عملية العلاج النفسي ذاتها ويؤدي إلى تدهورها ونقص كفاءتها العلاجية.

واخيرا فإن اجتماع العوامل الثلاثة السابقة سوف يجعل عددا كبيرا من المرضى النفسيين يمتنعون عن طلب العلاج ، وعدد آخر من المرضى لن ينجح العلاج في تحقيق الشفاء لهم بسبب عدم كفاءته الناتجة عن غياب الثقة بالطبيب النفسي وعدم الصراحة الكاملة بما في نفوسهم من افكار ودوافع عدوانية مما يؤدي إلى ازدياد أعداد المرضى النفسيين الذين يحملون نوازع العنف داخل المجتمع.

ولذلك فإن المحصلة النهائية - إذا تم إقرار هذا الواجب الجديد على الطبيب النفسي بالتبليغ عن التهديدات التي يبديها المريض نحو شخص آخر - سوف يؤدى إلى زيادة حوادث العنف والاعتداء داخل المجتمع من قبل هؤلاء المرضى النفسيين.

وقد استند رأي الأقلية السابق على المذهب الأخلاقي الفرضي (الواجبي)، الذي يقوم على الالتزام المطلق بالقواعد الأخلاقية، ولا يسمح بتجاوزها مهما كانت النتائج أو العواقب النهائية. اما رأي الأغلبية فقد استند على المذهب الأخلاقي النفعي الذي يقر القواعد الأخلاقية وأهميتها للمجتمع، لكنه يقرر كذلك الأهمية النسبية لهذه القواعد، مما يجعل تجاوز بعض هذه القواعد ضروريا في بعض الأحوال إذا كانت النتائج النهائية لذلك هو منع الضرر أو تعظيم المنفعة إلى الحد الأقصى، وقد أصبح رأي الأغلبية بعد ذلك هو السائد في الأوساط الطبية والقانونية.

٥) إفشاء السر في الكشف الطبي المهني والتأميني

في الحالات التي يكون فيها الطبيب متعاقدا لدى شركة للكشف على موظفيها ويكون عليه واجب تقديم تقرير عن حالة كل مريض إلى الشركة والتبليغ بالإصابة عن أي مرض يؤثر على مزاولة المريض لعمله (مثل إدمان الكحول أو الاكتئاب النفسي) فإن ذلك لا يعتبر انتهاكا لمبدأ صيانة سر المهنة لأن طبيب الشركة هنا غير ملزم بالحفاظ على الخصوصية وصيانة السر مثلما يلتزم بها الطبيب في الظروف العادية.

و لكن الواجب الأخلاقي يحتم على كل من الشركة المسئولة والطبيب أن يجعلوا موظفيهم يفهمون منذ البداية أن قاعدة صيانة السر المهني والخصوصية لا ينطبق عليهم في هذه الأحوال، وأن مسئولية الطبيب التعاقدية تحتم عليه الكشف عن الأمراض التي قد تعيق أعمال موظفي الشركة وان جزءا من واجب الطبيب هنا هو تبليغ الشركة بتقرير طبي عن كل موظف مريض.

وكذلك الأمر في الكشف الطبي التأميني لأن واجب طبيب شركة التأمين أن يقدم لها تقريرا مفصلا عن الحالة الصحية للشخص الراغب في التأمين الطبي أو التأمين على الحياة لكي تقوم الشركة بتقدير المخاطر الصحية التي قد يواجهها المريض ، وتقدم له الضمان التأميني المناسب لحالته والذي لا يتناقض مع مصالح الشركة .

٦) إفشاء السر المهني بناء على إذن المريض أو خضوعاً لحكم قضائي

قد يطلب المريض تقريرا طبيا عن حالته لتقديمه بنفسه إلى الجهات المختصة أو قد يطلب من الطبيب إعطاء معلومات عن حالته إلى الجهة التي يعمل لديها أو إلى المحامي أو إلى شركة التأمين أو إلى احد افراد الأسرة أو إلى أي شخص آخر، ومن الواضح أن ذلك لا يعتبر انتهاكا لصيانة السر لأنه قد تم بناء على إذن المريض وطلبه. أما إذا قدم الطبيب أي معلومات عن المريض لأي جهة من الجهات المذكورة سابقا أو غيرها بناء على طلب منها بدون علم المريض أو بدون استئذانه ، فإن ذلك يعتبر انتهاكا للسر المهني ويجب على الطبيب الحذر من الوقوع في مثل هذه المواقف إذا استدرج إليها سواء كان ذلك مقصودا أو بحسن نية .

اما تقديم معلومات خاصة عن المريض الى المحكمة بناء على امر قضائي بذلك فإنه لا يعتبر انتهاكا للخصوصية وصيانة السر المهني.

٧) إفشاء السر المهني بسبب الإهمال

يمكن أن يتم انتهاك مبدأ صيانة السر والخصوصية بدون قصد إرادي حيث يمكن أن يقوم الطبيب بإفشاء أسرار مريض لديه من خلال التحدث مع زملائه الأطباء والعاملين الصحيين الآخرين أو إلى أقارب المريض وأصدقائه أو إلى أقاربه وأصدقائه هو (أي أقارب وأصدقاء الطبيب) وكثيرا ما يحدث ذلك داخل ردهات وأقسام المستشفى أو خارجها في الجلسات الخاصة.

و كثيراً ما يقوم شخص على معرفة بالمريض بسؤال الطبيب عنه فيجيبه الطبيب بحسن نية وهكذا يتم استدراجه للكشف عن أسرار مريضه.

و في بعض الحالات قد يبرر الطبيب لنفسه أو لغيره مثل هذا الإهمال وانتهاكه لصيانة السر المهني بأن المعلومات التي يدلي بها ليست ذات أهمية كبيرة ، وأنها قد تكون أموراً عادية لا ضرر من الحديث فيها على المريض.

و تلك مغالطة عظيمة فإن مبدأ الحفاظ على الخصوصية وصيانة السر المهني مقدسة وتشمل أية معلومات عن المريض مهما كانت ، وفي بعض الأحيان فإن مجرد ذكر الطبيب بأن مريضا معينا قد حضر إلى عيادته وخضع للكشف الطبي لديه يعتبر إفشاء لسر المهنة.

و لذلك يجب على الطبيب الا ينسى واجبه نحو مرضاه في الحفاظ على خصوصياتهم وصيانة أسرارهم وأن يؤسس لنفسه التزاما خاصا بأن لا يتحدث عن أي مريض معين لديه حتى أمام أهل بيته وأقرب الناس إليه وإلا فسوف يجد نفسه ينزلق إلى مهاوي الخطأ والإهمال.

و إذا سئل الطبيب من قبل أي شخص ولو كان صديقا أو قريبا أو حتى طبيبا آخر عن أي مريض، فإن عليه التخلص من الموقف بلباقة ولطف دون إعطاء أية إجابات محددة كما يمكن له أحيانا أن يذكر سائله بأن واجب صيانة السر المهني يحتم عليه عدم الخوض في الحديث.

كذلك فإن انتهاك الخصوصية والسر المهني قد يتم من خلال تقديم الحالات المرضية أثناء العملية التعليمية إذا قدم الطبيب الحالة لطلبة الطب بصورة غير مسئولة أمام من ليس لهم علاقة بالأمر.

و يجب علينا التأكيد أن واجب صيانة السر المهني يشمل طلبة الطب ويلزمهم بنفس الدرجة التي يلتزم فيها الطبيب العامل ، وهو كذلك ملزم لجميع العاملين الصحيين الآخرين مثل الصيادلة واختصاصيي المختبرات الطبية وفنيي الأشعة والممرضين والممرضات وغيرهم ممن يقع المريض تحت عنايتهم .

كما يمكن أيضا إهمال حفظ سجلات المرضى وتركها بإهمال في الأقسام الطبية داخل المستشفيات أو في العيادات الخاصة والعامة أو في أقسام الحفظ والإرشيف أو في أجهزة الكمبيوتر بحيث يصبح الإطلاع عليها أمرا ميسورا لأي متطفل.

قاعدة الأمانة Rule of Fidelity

" آية المنافق ثلاث: إذا حدث كذب وإذا وعد أخلف وإذا اؤتمن خان " حديث شريف

ينطوي تحت مفهوم الأمانة معان عديدة بحسب استخدام المصطلح سعة أو تضييقا وتشمل الإخلاص والوفاء بالوعد والثقة والصدق.

وتستمد الأمانة أسسها من الديانات المختلفة والفلسفات الفرضية والنفعية.

و في النظريات النفعية يرتبط الوفاء بالوعد بقاعدة الأمانة ويجسدها على اعتبار أنه يحقق احترام حرية استقلال الفرد الذاتية ويدعم الثقة بين الناس.

والفرد ملتزم بواجب الوفاء بالوعد لأنه عندما وعد بإرادته الحرة فإنه قد قطع على نفسه عهدا وميثاقا بالوفاء ويتوقع منه الآخرون الإيفاء بما وعد به، ووثقوا بذلك منه ، فإذا أخل المرء بوعده يكون قد خان الثقة التي منحت له بمثل ما يفعل الكذاب عندما ما يخون الثقة ويكذب في الحديث.

فالناس في علاقاتهم العامة يتوقعون الصدق أثناء الحديث مثلما يتوقعون الوفاء بالوعد ممن يلتزم به وبالتالي فإن الإخلال بالوعد والكذب موقفان متشابهان وبنفس الأسلوب فإن الصدق والوفاء بالوعد موقفان متشابهان أيضا.

و الوعد يمكن أن يكون صريحا أو ضمنيا ويجب على الطبيب الالتزام به كواجب أخلاقي مستقل عن الالتزامات التعاقدية والقانونية الأخرى.

و الوفاء بالوعد هو واحد من واجباتنا العديدة في العمل الطبي مع ملاحظة ان من المتفق عليه ان الوعد بما هو خطأ من الناحية الأخلاقية لا يؤسس أي التزام للوفاء به فما بني على باطل فهو باطل.

فالتزام الطبيب بالأمانة والوفاء بالوعد يحتم عليه الا يهمل المريض الذي يقع تحت رعايته ولا يتخلى عنه ، وإن اضطر إلى ذلك لظروف قاهرة فإنه عليه إخطار المريض أو أهله قبل مدة كافية تمكنهم من إحضار طبيب اخر لرعاية المريض.

و الالتزام بمواعيد العمل في المستشفيات العامة والعيادات الخاصة واجب ملزم للطبيب تتطلبه قاعدة الوفاء بالوعد واحترام حرية المرضى وفرديتهم وكرامتهم.

و إذا وعد الطبيب المريض بزيارته في موعد محدد أو بان يفعل له شيئا محددا فإن عليه الوفاء بالوعد ؛ وإذا اضطر إلى الإخلال به أو التأخر عنه فيجب عليه إبلاغ المريض مسبقا وتقديم الاعتذار المناسب الذي يقنع المريض ويرضيه.

و الأمانة تفرض على الطبيب الالتزام بالصدق وقول الحقيقة وبذل الجهد في تقديم الرعاية الطبية للمريض بما يتوافق مع تقديرات المريض ورغباته ومتطلباته.

و عندما يتغيب الطبيب عن عمله نتيجة المرض أو السفر أو الإجازة فإن الوفاء بالوعد يلزمه بإبلاغ المرضى الذين كان قد قطع لهم الوعد برعايتهم ويمكنه أن يوجههم إلى طبيباً آخر ينوب عنه إن هم طلبوا نصيحته.

و الأمانة تلزم الطبيب بتحري الدقة في رصد العلامات المرضية وتطورها ونتائج الإجراءات التشخيصية كالتنظير الباطني ومجريات العمليات الجراحية ونتائجها الحقيقية بما فيها المضاعفات.

كما تقتضي الأمانة الإقرار بالخطا الطبي عندما يحدث وتقديم المعلومات للمريض مصحوبة بالاعتذار الملائم الذي يحقق رضاه والعمل على تصحيح نتائج الخطا الطبي إذا وافق المريض.

و بعض المرضى قد يشعر بالحنق والغضب من طبيبه ويحمله مسئولية مرضه او تدهور حالته، او يعتقد بأن عدم تحسن حالته ناتج عن خطا طبيبه في وصف العلاج او ان الآثار الجانبية للعلاج التي حدثت له ناتجة عن إهمال الطبيب.

و عندما يأتي مريض في مثل هذه الحالة إلى طبيب آخر شاكيا وحانقا من طبيبه السابق فإن واجب الأمانة يقتضي من طبيبه الجديد أن يقيم حالة المريض بموضوعية وحيادية ، فإن لم يجد تقصيرا من الطبيب السابق فإن عليه أن يبين الأمر ويوضح أسبابه للمريض.

أنواع العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض

هناك أنواع عديدة من العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض نوجزها في ما يلي :-

١) العلاقة الأبوية Paternalism :

و هذا النوع من العلاقة المهنية هو الذي كان يشكل النظرة التقليدية القديمة التي كانت سائدة منذ ايام ابقراط. وهي قائمة على النظر إلى الطبيب كشخص حكيم، مخلص، محب لعمل الخير ويمتلك العلم والمهارة والخبرة التي تمنحه القدرة على تحقيق النفع لمرضاه والعمل بما يحقق مصالحهم .

اما المريض فهو شخص ضعيف خاضع لسلطة الطبيب وعليه أن يمنحه ثقته المطلقة ويلتزم باوامره وتوجيهاته ونصائحه.

و سوف نناقش هذا النوع من العلاقة المهنية لا حقا بالتفصيل.

٢) علاقة المشاركة : Partnership

يرتكز المفهوم وراء هذا النوع من العلاقة المهنية على أساس المشاركة بين كل من المريض والطبيب بطريقة متكافئة كزملاء يتعاونون في مهمة واحدة هدفها تحقيق المصلحة الصحية للمريض.

و في هذا النوع من العلاقة يتحقق كفالة الحرية الذاتية والاستقلال لجميع الأطراف المشاركة بدون إلغاء الجوانب التي تتطلب من الطبيب الكفاءة المهنية أو الالتزامات الأخلاقية والقانونية نحو المريض.

و ربما يكون هذا النوع من العلاقة ملائم لرعاية المرضى بالأمراض المزمنة التي تتطلب تغييرات عديدة في الغذاء وانماط السلوك والعادات الشخصية كالرياضة والإقلاع عن التدخين وغيرها ، كما تتطلب الرعاية المستمرة والمتابعة على امتداد فترات طويلة من الزمن لتبين آثارها الإيجابية على صحة المريض.

٣) العلاقة التعاقدية :Rational Contract

و هذا النوع من العلاقة مشابه لعلاقة المشاركة وتقوم على نفس الأسس وخصوصا احترام الحرية الذاتية لجميع الأطراف ، ولكنها تحقق ذلك على أسس واقعية وعملية تشابه الأعمال التعاقدية الأخرى داخل المجتمع.

و أكبر الانتقادات التي توجه إلى هذا النوع من العلاقة هي أن المرضى بصورة عامة لا ينظرون إلى الصحة وإلى الرعاية الطبية كنظرتهم إلى الأمور الأخرى ، ولا تتوفر لديهم المعلومات الكافية لكي يجعلوا العلاقة بينهم وبين أطبائهم تقوم على الأسس العقلانية التعاقدية السائدة في مجالات الحياة الأخرى.

٤) علاقة الصداقة : Friendship

و تقوم على تبادل الثقة والحب والاحترام بين المريض والطبيب ، وهي تشابه علاقة المشاركة في أساسها ونهجها إلا أنها تركز على الجوانب العاطفية في العلاقة بين الطرفين.

و لكن الجوانب المالية في العلاقة والتزام المريض بدفع الأجر للطبيب وكذلك حرارة المشاعر المتبادلة والمتطلبات الزائدة للمريض قد تثقل هذا النوع من العلاقة وتفسدها ، كما أنها غير صالحة للتطبيق في معظم الأحوال.

٥) العلاقة الحرفية أو التقنية :Technical

و تقوم هذه العلاقة على النظر إلى الطبيب كصاحب حرفة مثل الحرف الأخرى في المجتمع ويقدم خدماته إلى المستهلك حسب رغباته وبما يحقق رضاه.

و من الصعب أن نتصور كيف يمكن أن تكون العلاقة بين المريض والطبيب مجرد علاقة حرفية وتجرد من دفء العلاقات الإنسانية والقيم السامية للمهنة الطبية.

و حتى داخل المجتمعات الرأسمالية الاستهلاكية فإن هذا النوع من العلاقة المهنية لم ينل أي نوع من القبول لأن مظاهر القصور فيها أوضح من أن تحتاج إلى بيان.

٦) العلاقة التفاوضية :Negotiation

و لعل هذا النوع من العلاقة المهنية هو الذي يمثل النظرة السائدة في الوقت الحاضر في معظم الأوساط الطبية ، وهي تعتمد على المناقشة وتبادل الآراء والمقترحات بين المريض والطبيب بما يكفل الوصول إلى اتفاقات مرضية للطرفين .

و لا يعني التفاوض مسبقا وجود خلافات أو منازعات أو تناقضات بين الطبيب والمريض ، ولكنه يعني وضع المقترحات المختلفة وتبادل وجهات النظر حولها بما يمكن من الوصول إلى اتفاق معقول لاستمرار رعاية المريض وتحقيق مصالحه الصحية وإقرار الوسائل اللازمة لذلك بالاختيار من بين البدائل المختلفة.

و يحقق التفاوض عدة مميزات أهمها :-

١) المرونة بما يحقق حرية الطرفين (الطبيب والمريض).
٢) يجعل العلاقة المهنية عملية مستمرة تمتد خلال فترة من الزمن وليست مجرد حادث في لحظة معينة.
٣) يكفل استمرار العلاقة المهنية بما يسمح بقبول كل طرف لما يراه مناسبا فلا يخضع المريض لتسلط أبوي قد يجده زائداً عن الحد ، ولا يخضع الطبيب لمتطلبات من المريض قد يراها لا تتوافق مع اعتقاداته العلمية أو الأخلاقية.
٤) يزيل التوتر في العلاقة المهنية الناشئة عن رفض أحد الأطراف الخضوع لرغبات أو متطلبات الطرف الآخر.

٥) يبقي الاختيارات مفتوحة وقابلة للمناقشة وإعادة النظر إذا لم يتم التوصل إلى اتفاق مقبول ، ويمكن عندئذ من خلال استمرار العملية التفاوضية تغيير المواقف اعتمادا على ما ينشأ من مستجدات.

٦) يسمح للطبيب أن يتخذ القرار نيابة عن المريض إذا منح المريض ذلك الحق لطبيبه انطلاقا من الثقة العميقة به دون أن يتهم بممارسة التسلط الأبوي ، ويمكن أن نطلق عليها في هذه الحالة"الأبوية المأذونة" Paternalism With Permission وفي هذه الحالة تظل الأبوية مقيدة لأنها لا تزال خاضعة للعملية التفاوضية ولحرية المريض في التراجع عن الإذن والعودة إلى التفاوض لاتخاذ قرار آخر.

الأبويـــــــة Paternalism

بالرغم من أن العلاقة الأبوية بين الطبيب والمريض كانت هي السائدة في نمط العلاقة المهنية حتى وقت قريب ، إلا أنها تعرضت لانتقادات كثيرة في العصر الحاضر وتراجعت ممارستها بشكل كبير خصوصا في المجتمعات الغربية المتقدمة حتى كادت أن تختفي ، وأصبح حق المريض في تقرير المصير بحرية وإرادة هو الأساس السائد للعلاقة المهنية بين الطبيب والمريض.

و تأتي الحاجة إلى السلطة الأبوية من المواقف الكثيرة التي تنشأ في العمل الطبي اليومي وتختلف فيها مفاهيم المنفعة والضرر لدى الطبيب عن تلك المفاهيم لدى المرضى ، ويجد الطبيب أن النصيحة أو القرار العلاجي الذي يعتقد أنها تحقق المصلحة العليا للمريض تواجه بالتجاهل والمعارضة او الرفض من قبل المريض.

كما أن المريض قد يتخذ قرارات خاطئة فيما يتعلق بعلاجه تتعارض مع توصيات الطبيب وتؤدي إلى حدوث المضاعفات والأضرار عليه ، وقد يزيد الأمر تعقيدا وجود مرض قد يؤثر على قدرات المريض وحالته النفسية بما يدفعه لاتخاذ قرارات خاطئة مثل الاكتئاب ا والإدمان أو المرضى بالفشل الكلوي الذين يخضعون للتصفية الكلوية (الديال الدموي Haemodialysis) .

و في مثل هذه المواقف فإن تناقضا ينشأ بين المبادئ الأخلاقية وخصوصا مبدأ احترام الحرية الذاتية ومبدأي عدم الإضرار وفعل الخير.

فإذا احترم الطبيب حرية المريض ولم يذهب إلى أبعد من محاولة الإقناع فإن الضرر لا محالة واقع بالمريض ، ولذلك فإن بعض الأطباء يميلون إلى تقديم مبدأ عدم الإضرار والعمل على حماية المرضى من العواقب الضارة المحتملة لاختياراتهم السيئة.

و موضوع الأبوية هو الذي يختص بمناقشة مشكلة التدخل أو عدم التدخل في قرارات المرضى في مثل هذه المواقف ، ويأتي المصطلح من التشابه القائم في هذه الحالات مع دور الأب الذي يتقمصه الطبيب على اعتبار أن السلطة الأبوية تتضمن جانبين هما :

١) سلطة الأب تعتمد على فعل الخير ووضع مصلحة الأبناء في قلب الاهتمام.

٢) الأب هو الذي يتخذ جميع القرارات الخاصة بصحة ورفاهية الابن ولا يترك اتخاذ القرار لأبنائه.

و عندما يتولى الطبيب السلطة الأبوية لمرضاه فإن التبرير الأخلاقي لذلك يقوم على الإدعاء بأن مبدأ فعل الخير يجب أن ينال الأولوية ويسبق مبدأ احترام الحرية الذاتية والخصوصية للأفراد لأن واجب فعل الخير هنا هو الذي يؤدي إلى تحقيق أكبر قدر من المنافع وأقل قدر من الأضرار، وبمعنى آخر فهو الموقف الذي يحقق أعظم "المنفعة" أو الذي يحقق " رعاية المصلحة " .

و قد يتم تبرير السلطة الأبوية في بعض الحالات اعتمادا على مبدأ عدم الإضرار فإذا أخفى الطبيب الحقائق والمعلومات عن المريض مثلا اعتماداً على تقديره بان المصارحة في حالة معينة قد تسبب الضرر للمريض ، وبما أن المبدأ الطبي الأبقراطي الأول هو " لا تحدث الضرر First Do no Harm" فإن إخفاء المعلومات يدفع الضرر المحتمل على المريض ويمنعه ، والضرر يمكن أن تحدثه الكلمات بنفس الطريقة والدرجة التي تقوم بها السكين.

و مثال آخر ذكرناه سابقاً وهو إخفاء طبيب الأشعة عن المريض أن مادة اليوروجرافين قد تسبب الموت في حالات نادرة حتى لا يتسبب في إزعاجه وربما امتناعه عن إجراء الكشف الضروري لتشخيص مرضه يعتبر نموذجا لممارسة السلطة الأبوية اعتمادا على مبدأي عدم الإضرار وفعل الخير.

و من الأمثلة الأخرى للسلطة الأبوية حجب الحقائق وإخفاء المعلومات حول الأخبار السيئة عن المريض مثل إصابته بالأمراض الخطيرة كالسرطان أو الفشل الكلوي أو الكبدي أو أمراض القلب المزمنة وغيرها.

و الأمر الواضح الذي لا يستطيع أن ينكره حتى المؤيدون لفرض السلطة الأبوية هو أنها تؤدي إلى تقييد حرية المريض وتحد من إرادته وتتدخل في خصوصياته وإن كان ذلك نابعا من فعل الخير.

و من الناحية الأخلاقية فإن تقييد حرية الفرد وتجاوز رغباته واختياراته يعتبر مقبولا إن كانت أفعاله قد تصيبه بالضرر أو قد تسبب الضرر للآخرين ولكن هل ينطبق ذلك على تقييد حرية المريض وتجاوز رغباته وإرادته التي تفرضها السلطة الأبوية ؟

ينقسم الرأي حول ذلك إلى موقفين أحدهما هو الموقف المؤيد للأبوية ، والآخر هو المعارض لها بصورة كاملة ومطلقة ، وسوف نستعرض بإيجاز شديد حجج الجانبين .

المواقف المؤيدة للأبوية :

ويوجد في هذا الجانب متشددون في تأييد الأبوية أو ما يمكن أن يطلق عليها الأبوية القوية Strong Paternalism وغير متشددين أو ما يمكن أن يطلق عليها الأبوية الضعيفة Weak Paternalism إلى جانب المعتدلين بينهما أو ما يمكن أن يطلق عليها الأبوية المقبولة Justified Paternalism .

و المتطرفون في تأييد فرض السلطة الأبوية القوية يرون أن من واجب الطبيب حماية المريض ودفع الأضرار المحتملة عنه ووضع القيود على حريته حتى لو كان الشخص قد اتخذ القرار بإرادته الحرة المستنيرة.

وهم يعتمدون في الدفاع عن مثل هذا الموقف على أساس أن السماح للمريض باتخاذ قرار قد يسبب له الضرر يعتبر تخاذلا أو سلبية زائدة عن الحد تتناقض مع أصول الممارسة الطبية الصحيحة من جهة ، وتتنافى مع القواعد الأخلاقية الراسخة التي تحتم على المرء العمل بما في وسعه لمنع الضرر وفعل الخير.

و لعله من الصعب إيجاد المبررات الأخلاقية التي يمكن على أساسها قبول وتبرير فرض السلطة الأبوية القوية في حدها المتطرف.

أما المعتدلون في تأييد فرض السلطة الأبوية للطبيب فإنهم يحددون بدقة المواقف التي تستدعي استخدام السلطة الأبوية وتجعلها مبررة ومقبولة Justified Paternalism ويضعون لها الشروط الآتية :

١) يجب أن تكون الأضرار التي يتم دفعها أو المنافع التي قد تتحقق ترجح في كفتها على الضرر الناجم عن انتهاك حرية الفرد وإحساسه بالتدخل في خصوصياته.

٢) يجب أن يكون المريض في حالة تعيق بشكل كبير كفاءته وقدرته على الاختيار بحريه.
٣) عندما يسود اتفاق عام في الممارسة الطبية السائدة على معاملة المرضى الآخرين الذين يعانون من نفس الحالة بنفس الطريقة.

و إذا اعتقد الطبيب أن قرار المريض غير إرادي إلى درجة كبيرة فإن له الحق أن يتدخل في خصوصياته ولن ينال معارضة عليها ، وكذلك إذا كان التدخل الذي سيقوم به الطبيب مؤقتا ولكنه ضروري لكسب الوقت ليتم فيما بعد تقرير ما إذا كان قرار المريض إراديا أو غير إرادي.

و كمثال على ذلك رفض خروج المريض من المستشفى وتأجيله ليوم واحد إن رأى الطبيب ان قرار المريض غير إرادي بسبب الانفعال الشديد أو الهيجان أو الغضب أو تشوش الفكر لأي سبب من الأسباب.

و هناك العديد من الأمثلة التي تبرر قبول مثل هذه السلطة الأبوية الضعيفة أو المقبولة خصوصا تلك التي تدفع ضرراً عظيماً على المريض أو التي تقيد قرارات غير إرادية للمريض مثل المرضى المصابين بالأمراض العقلية والاكتئاب والإدمان ومرضى الفشل الكلوي المزمن.

معارضة السلطة الأبوية اعتماداً على الفردية Antipaternalistic Individualism

أما المؤمنون بمذهب الفردية فيعارضون السلطة الأبوية ولا يعتبرونها مبدأ أخلاقيا صحيحا أو مقبولا لأنه ينتهك حقوق الفرد ويقيد إرادته وحريته في الاختيار.

كما أن قبول مبدأ السلطة الأبوية للطبيب يحمل خطر انتشاره والتوسع في مجالاته وتطبيقاته إلى مجالات الحياة الأخرى بحيث قد يصل الأمر بالمؤيدين للأبوية إلى فرض أمور غير مقبولة لأغلب الناس مثل فرض ممارسة الرياضة البدنية لما تحققه من الفوائد الصحية أو فرض أنواع من المآكل والمشارب على الناس أو أنواع من السلوك المفيد من جهة نظرهم لاعتبارات اجتماعية أو أخلاقية أو دينيه.....و هلم جرا.

وقد يذهب الأمر إلى مدى لا يمكن تصور أبعاده فتحاول فئات اجتماعية معينة فرض قناعاتها وأساليبها ومعتقداتها الثقافية أو الدينية على فئات المجتمع الأخرى مما يؤدي إلى تهديد أسس البنيان الاجتماعي ويهدر حقوق الإنسان .

و إذا تبنت الدولة مثل هذه السلطة الأبوية وفرضتها على المجتمع فإن المثال الذي سوف يتحقق هو مثال المجتمع الإسبارطي بما يحمله من الأنظمة الصارمة والقسوة وبما يمثله من اختراقات لحقوق الإنسان وانتهاك لحريات وخصوصيات الأفراد وإهدار للكرامة الإنسانية تجعل الحياة نفسها بدون معنى أو قيمة .

الأبوية من الناحية القانونية :

أما من الناحية القانونية فإن القوانين الوضعية لا تعترف بالسلطة الأبوية وإذا وصل الأمر إلى القضاء فإن الطبيب قد يجد نفسه في وضع صعب في الدفاع عن مقاصده وحسن نواياه ، وقد يتفهم القضاة ذلك ويميلون إلى تخفيف الأحكام اعتمادا على توفر حسن النية لدى الطبيب.

المواقف من الأبوية في المجتمعات المختلفة :

و هناك اختلافات كبيرة في الموقف من الأبوية في البلدان المختلفة باختلاف ثقافات المجتمعات ودرجة تطورها حيث نجد أن الرأي السائد في المجتمعات الغربية القائمة على الحرية والليبرالية والفردية

كاسس محددة لنظمها الاجتماعية والقانونية والأخلاقية يرفض السلطة الأبوية بشكل كبير وتنال استنكارا واسعا في الأوساط ولا تؤيدها إلا فئات قليلة وليس لها تاثير كبير.

اما في المجتمعات النامية ذات الأسس الثقافية المختلفة والتي تتسم بالعلاقات الاجتماعية المترابطة والعائلية الممتدة فإن السلطة الأبوية للطبيب ليست غريبة عن عادات وتقاليد تلك المجتمعات ولا عن الممارسات الاجتماعية السائدة فيها ولذلك فإن ممارسة الطبيب للسلطة الأبوية فيها لا يزال مقبولا ولا يتسم بنفس الدرجة من الرفض السائدة في المجتمعات الغربية.

و في الواقع العملي فإن الطبيب كثيرا ما يجد نفسه مضطرا أو مدفوعا إلى تولي السلطة الأبوية والتدخل في شؤون المريض واتخاذ القرارات الحاسمة في العلاج نيابة عن المريض ومنها على سبيل المثال المواقف التالية :

١) عندما يكون المريض في حالة سيئة وآلامه عظيمة ويريد من يمد له يده لإنقاذه وتخفيف معاناته بسرعة دون النظر إلى أية اعتبارات أخرى.

٢) قد يكون المريض يحمل لطبيبه قدرا عظيما من الاحترام ويمنحه ثقته الكاملة تقديرا لعلمه وخبرته فيتخلى عن حقه بإرادته ويترك أمر اتخاذ القرار للطبيب فلا يجد الطبيب أمامه من مفر سوى تولي السلطة الأبوية تقديرا لمشاعر المريض واحتراما لثقته.

٣) يمكن أن يصاب المريض بقدر عظيم من البلبلة والحيرة والشك ويجد نفسه غير قادر على اتخاذ أي قرار سليم ، فيسلم زمام أموره للطبيب الذي يثق فيه ويريد منه أن يتولى اتخاذ القرار نيابة عنه لإخراجه من حيرته وتردده.

٤) وقد يكون المريض في وضع يصبح فيه غير قادر على موازنة المنافع والمخاطر المحتملة وتقديرها بشكل صحيح أو يصبح يائسا وغير راغب في اتخاذ القرار لنفسه فيترك الأمر للطبيب.

الباب الرابع

المسئولية الطبية

والأخطاء الطبية والأجور الطبية

"من تطبب ولم يعلم منه الطب قبل ذلك فهو ضامن"

حديث شريف

أخرجه ابن داود وابن خفاجة

المسئولية الطبية Medical Responsibility

في الماضي كانت المهنة الطبية تعتمد على مرجعية الضمير الإنساني للطبيب الذي تختلط مهامه بدور القديس في الكثير من المجتمعات، وبالتالي لم يكن مجال الحديث عن المسئولية الطبية وارداً في مثل ذلك الطب الكهنوتي المقدس.

اما في العصر الحديث فقد اختفت تلك النظرة وحلت محلها المعايير الأخلاقية والقانونية التي اصبحت تضع المعايير لحقوق المريض وواجبات الطبيب تجاهه وتضع الجزاءات والعقوبات الرادعة لمختلف انواع التقصير والإخلال بتلك الواجبات.

و مهنة الطب هي المهنة الوحيدة التي لا يؤاخذ ممارسوها على الخطأ غير المحسوب أو عن الأضرار الناجمة عن وسائل العلاج المختلفة التي لا يمكن دفعها.

و تعتمد أسس إعفاء الأطباء من المسئولية الجنائية في هذه المواقف على ما يلي :

١) الطبيب شخص نال الدراسة العلمية التي تؤهله للكفاءة في عمله ، واعترفت له القوانين بحق مزاولة المهنة، ومنحته الترخيص اللازم للقيام بذلك ضمن القواعد الأخلاقية والقوانين المنظمة للمهنة.

٢) رضا المريض وموافقته على العلاج مع توفر الكفاءة والقدرة على الاختيار عن إرادة حرة بعد التفهم الصحيح لمرضه وحالته.

٣) هدف الطبيب أساساً هو فعل الخير وبالتالي فلا يوجد لديه باعث يدفعه إلى إحداث الضرر على المريض.

و لما كان الطبيب يقوم بعمله بافتراض يحمل النوايا الحسنة في تقديم الخير للمريض فإنه لا يمكن أن يخضع للمساءلة القضائية عند حدوث أي خطأ غير مقصود في التشخيص أو العلاج أو عند حدوث نتيجة غير ملائمة للمريض مثل عدم الشفاء أو تدهور حالته المرضية إذا ثبت انه قد اتبع الوسائل الصحيحة والقواعد المقررة في التشخيص والعلاج.

و مع ذلك فإن الطبيب قد يخضع للمساءلة أمام ثلاث جهات هي المجالس التاديبية ولجان الأخلاق في الجمعيات والنقابات الطبية أو أمام الجهات الإدارية الحكومية المانحة لترخيصات مزاولة المهنة التي لها سلطة إيقاف الترخيص أو سحبه أو إلغاؤه.

و هناك أخيراً الاتهامات أمام القضاء إما بسوء ممارسة المهنة أو الاتهامات الجنائية التي تخضع لقانون العقوبات وهي نادرة إلا أنها تحقق الردع والعقاب العادل إذا ثبت تعمد الطبيب عدم الاعتبار لحياة أو سلامة المريض.

المسئولية الطبية من الناحية القانونية

تختلف القوانين في البلدان المختلفة في النظر إلى المسئولية الطبية من الناحية القانونية وتحديد مواصفاتها وفي تحديد الأخطاء الطبية وتقدير سوء ممارسة المهنة كما تختلف أيضا العقوبات التي يقررها القانون على مختلف أنواع الأخطاء وعلى الطبيب أن يكون ملماً بالقوانين السارية في بلاده.

و يرى بعض رجال القانون أن المسئولية الطبية هي " مسئولية تعاقدية " يلتزم فيها المريض بدفع الأجر للطبيب مقابل التزام الطبيب ببذل العناية الطبية له حسبما تقرره قواعد المهنة الطبية.

و قد نظر بعض القانونيين إلى وصف عقد الطبيب على أنه عقد استئجار ينطبق عليه شروط عقد الإجارة الخاصة " يقوم فيه الطبيب بتقديم خدمه معينة لقاء أجر معين من المريض المستأجر له.

كما نظر إليه آخرون على أنه " عقد مقاولة " يلتزم فيه أحد المتعاقدين بأداء عمل معين لقاء أجر يلتزم به الطرف الآخر.

و في هذه الحالة فإن الخطأ الطبي يعتبر إخلال بشروط العقد ، وعند اتهام الطبيب بسوء ممارسة المهنة فإن العبء يقع عليه –لا على المريض – في إثبات قيامه بالوفاء بشروط العقد وتنفيذ التزاماته.

و ترى قوانين معظم الدول المعاصرة – والبلاد العربية منها - أن المسئولية الطبية هي " مسئولية تقصيرية " ، بمعنى أن الخطأ الطبي تقصير من الطبيب في أداء الواجب المهني، أو أنه الإخلال بالالتزامات الخاصة التي تمليها عليه واجبات مهنته.

و في حالة المسئولية التقصيرية فإن اتهام الطبيب بسوء ممارسة المهنة يتطلب من المريض نفسه إثبات وقوع الضرر عليه ، وأن ذلك الضرر كان ناجماً عن خطأ الطبيب.

و كذلك فإن المسئولية التقصيرية أوسع مدى من المسئولية التعاقدية لأنها توجب التعويض عن جميع الأخطاء البسيطة والجسيمة ، والأضرار المتوقعة وغير المتوقعة على حد سواء.

المسئولية الطبية في الشريعة الإسلامية

تقرر الشريعة الإسلامية أن ممارسة الطب فرض كفاية إذا قام به فرد أو أكثر من مجتمع المسلمين سقط عن الباقين وإلا أصبح المجتمع كله آثماً إذا لم يتفرغ بعض أفراده لتعلم الطب وممارسته.

و كثير من أمور تحديد المسئولية الطبية والخطأ الطبي محل إجماع الفقهاء وإن اختلف بعضهم في التفصيلات . وأهم أمر يتفق عليه أغلب الفقهاء هو أن المسئولية الطبية تتفق مع القوانين الوضعية بأنها مسئولية تعاقدية تنطبق عليها القواعد العامة للإجارة الخاصة وأن الطبيب يستحق أجره على مدة معينة من " بذل العناية " ، وحقه في الأجر واجب على المريض ولو لم يبرأ.

و" المشارطة على البرء " باطل في رأي أغلب الفقهاء لما فيه من الجهالة لأن البرء غير معلوم، وقد أجازه آخرون واعتبروه من قبيل " الجعالة " التي تجوز على عمل مجهول مثل رد الضائعة.

و "المشارطة على السلامة" كذلك باطلة حتى وإن تورط الطبيب في القبول لأن ذلك ليس في الوسع ، والشريعة وضعت لتحقيق العدل ولأن ما بني على باطل فهو باطل.

و قد قرر الفقهاء أن الطبيب غير مسئول عن تحقيق الشفاء أو نتيجة العلاج ولكنه يتحمل المسئولية إذا أخل بواجباته أو ظهر منه تقصير أو إهمال (سوء ممارسة المهنة).

و قد جمع ابن القيم الجوزية حالات المسئولية الطبية وحددها بشكل دقيق وأهمها :

١) إذا عالج الطبيب الحاذق المأذون له من جهة الشارع (أي الذي يحمل الترخيص بمزاولة المهنة) مريضاً وأعطى الصنعة حقها فتولد عن فعله تلف عضو أو ذهاب صفة أو موت المريض ولم يكن ذلك نتيجة خطأ في العلاج فالطبيب ليس مسئولاً ولا تلزمه دية أو تعويض.

٢) إذا عالج الطبيب الحاذق المأذون له من جهة الشارع مريضاً ولكنه أخطأ بان اتلف عضواً صحيحا او ادى إلى موت المريض فإنه يكون مسئولاً ويلزمه التعويض او الدية ، وتكون دية المريض على عاقلة الطبيب وهم أقرباؤه من جهة الأب أو على بيت مال المسلمين.

٣) إذا عالج الطبيب الحاذق مريضاً بدون إذنه أو إذن وليه وحدث خطأ طبي ادى إلى إصابة المريض بالضرر او الموت فالطبيب مسئول ويلزمه التعويض او الدية.

٤) إذا ادعى شخص التطبيب ولم يكن ذلك معروفاً عنه وادى إلى إصابة المريض بالضرر فيلزمه التعويض أو الدية لأن خطاه قائم على الجهل وغير ماذون له من جهة الشارع ، وفي الحديث الشريف : " من تطبب ولم يعلم عنه علم الطب فهو ضامن ".

الأخطاء الطبية Medical Errors

يجب أولاً أن نميز بوضوح بين الخطأ الطبي Medical Error وسوء الممارسة المهنية Medical Malpractice والتقصير الطبي Medical Negligence فهي ليست مترادفة ، والعلاقة فيما بينها ليست مباشرة ، وجميعها شديدة الالتباس والتداخل وانعدام الفهم والفصل فيما بينها ليس في أذهان الناس والعامة فحسب، بل وفي أذهان أغلب الأطباء و جميع رجال القانون والقضاة و الجهات العدلية .

وسوف نناقش في هذا الجزء موضوع الأخطاء الطبية بمعزل عن سوء ممارسة المهنة و التقصير الطبي اللذان سوف نتعرض لهما في الجزء التالي من هذا الفصل ونحاول وضع الحدود والفوارق التي تميز هذه المصطلحات وتفرق بينها وتوضح مجالات الارتباط بينها وبين بعضها.

فالأخطاء الطبية شائعة وكثيرة الحدوث في كل مكان ولكن الغالبية العظمى منها لا يتم اكتشافها ولا الاستدلال عليها أو حتى الشك في حدوثها في كثير من الأحيان. والكثير من هذه الأخطاء يتم القبول بها من قبل المرضى كمضاعفات لا يمكن تجنبها، ولا يدركونها أصلا ، وكثير منها كذلك يتم التغاضي عنها أو تأويلها وتبرير حدوثها بطرق مختلفة، أو التستر عليها وإغفالها من قبل الهيئة الطبية والتمريضية.

والأخطاء قضية طبية بحتة يدرك الأطباء إمكانية حدوثها في أي وقت ولأي مريض، ويقع فيها الكثير من الأطباء حتى ممن هم على أعظم قدر من العلم والنباهة. وقد تحدث الكثير من الأخطاء حتى بدون إدراك من الطبيب أو المريض لحدوثها. ولذلك فإن ما يصل إلى الجهات التنظيمية المهنية أو الجهات الإدارية أو ساحات القضاء من الشكاوى والاتهامات بسوء ممارسة المهنة لا يشكل إلا قليلا من الأخطاء الطبية.

ولقد تنبهت المهنة الطبية المعاصرة خلال الحقبة الماضية وخاصة في الدول المتقدمة إلى أهمية قضية الأخطاء الطبية ، ومدى شيوعها وانتشارها، ومدى تأثيراتها السلبية على صحة و حياة المرضى، وعلى سمعة المهنة الطبية و مكانتها في المجتمعات المعاصرة.

ولقد أظهرت بعض الدراسات و الأبحاث الأمريكية أن الأخطاء الطبية شائعة وكثيرة الحدوث وتتسبب في معاناة كثير من المرضى وفي موت الكثير منهم أيضا حيث قدرت معدلا عاليا لحدوث الأخطاء الطبية يصل إلى ٣,٧٪ من مجموع المرضى الراقدين، وينتج عنها نتائج سيئة على صحة وحياة المرضى في ١٣,٦٪ من الحالات، ويصل تقدير عدد المرضى الذين يموتون منها إلى ١٨٠,٠٠٠ مريض سنويا في الولايات المتحدة الأمريكية. وقد أثبتت دراسات بريطانية وأوروبية واسترالية نتائج مشابهة للأبحاث الأمريكية. ولعل من أهم العوامل التي جعلت موضوع الأخطاء الطبية خفيا لفترة طويلة ولم تنل الاهتمام الكافي بها من قبل المهنة الطبية إلا مؤخرا، هو أن الوسائل الطبية التكنولوجية الحديثة

المتقدمة في مجالات التشخيص والعلاج كالمختبرات الفائقة الدقة ووسائل التصوير الطبي الفائقة الوضوح كالموجات فوق الصوتية والأشعة المقطعية والرنين المغناطيسي و المناظير الطبية وغيرها من الوسائل المتقدمة في جميع مجالات العمل الطبي قد خلق حالة عامة من الثقة المفرطة بين الأطباء و بين افراد المجتمعات بشكل عام بان العمل الطبي قد اصبح على درجة متقدمة من الدقة واليقين واصبح علما مثل العلوم الأخرى كالفيزياء والكيمياء، وهو أمر بعيد تماما عن الصحة، بل إنه وهمٌ خالص دفعنا إلى الوقوع فيه بما تم إدخاله في العمل الطبي من الوسائل التكنولوجية الحديثة.

و من المهم خلال مناقشة الموضوع ، التسليم و الإقرار بأن نسبة معينة من الأخطاء الطبية هي أمر محتم لا يمكن أن ينجو منه العمل الطبي في جميع الأحوال، بصفته عملا يؤديه الإنسان، وتعتبر القابلية للوقوع في الخطأ إحدى الخصائص المميزة للإنسان في أي مجال ، ويشمل ذلك العمل الطبي مثل غيره من مجالات عمل الإنسان.

وكذلك فإن الآثار الجانبية للأدوية وكذلك المضاعفات المتوقعة وغير المتوقعة منها ومن مختلف الإجراءات التشخيصية والعلاجية تلتبس وتتداخل مع الأخطاء الطبية ، على الرغم من أن الكثير منها لا يمكن تجنبها ولا التنبؤ بإمكانية حدوثها مثل التحسس الدوائي لدى مريض يوصف له الدواء للمرة الأولى ، أو حدوث احتشاء العضلة القلبية بعد العملية الجراحية لدى مريض ليس لديه أي سوابق مرضية قلبية ، أو حدوث الانسداد المعوي الناجم عن الالتصاقات البريتونية ، أو حدوث الأخماج والتقيحات بعد العمليات وغير ذلك كثير.

و لكن من المؤكد أيضا أن كثيراً من الأخطاء يمكن تجنبها بالفعل ، لأن جزءا منها ينتج بسبب الجهل وعدم الكفاءة الطبية أو التمريضية ، أو اللامبالاة والتسرع أو الإهمال. لكن الكثير من الأخطاء يحدث بسبب الاختلال في جمع البيانات وتقديرها أو عدم تمييز العلامات الظاهرة خلال الفحص الحكمي، وكذلك الأخطاء في التحاليل المخبرية ووسائل التصوير الطبي المختلفة، إلى جانب الأخطاء الإدراكية التي تنشأ نتيجة للعمليات الذهنية والتفكيرية التي تجري في فكر الطبيب، خصوصا إذا ترافقت مع الإرهاق الجسدي والنفسي والعاطفي للطبيب مع ظروف خارجية من الارتباك والفوضى والزحام خاصة في العيادات الخارجية المزدحمة والأقسام الإسعافية.

و تحدث الكثير من الأخطاء الطبية كذلك بسبب سوء التنظيم في العمل الطبي مثل وضع الأدوية المتشابهة بجوار بعضها أو نتيجة تشابه أسماء الأدوية المختلفة، أوعدم وضوح التعليمات أو سوء فهمها، وكذلك الإجهاد والإرهاق الزائد الذي يقع على الأطباء والممرضين وغيرهم من العاملين خلال المناوبات الليلية وخلال العمليات الجراحية المعقدة الطويلة.

وتشمل الأخطاء الطبية جميع مراحل العمل الطبي بدءاً بالحصول على القصة المرضية وأساليب التواصل مع المريض مع أنواع كثيرة من سوء الفهم يمكن أن تنشأ أثناء عملية التواصل بين المريض والطبيب، وكذلك جميع مراحل الفحص الحكمي بتفصيلاته ودقائقه المختلفة ، وطلب الاستقصاءات المختبرية والتصويرية المختلفة ونتائجها، وكذلك تفسير البيانات والموجودات المختلفة للوصول إلى التشخيص الصحيح في الوقت المناسب، وفي مختلف مراحل وصف وتنفيذ العلاج وأثناء مراحل المتابعة والرعاية بعد ذلك.

و تصنف الأخطاء الطبية إلى نوعين رئيسيين هما:-

١) أخطاء الإهمال Errors Of Omission

و هي كثيرة ومتنوعة ومنها مثلاً :

- إهمال جوانب من القصة المرضية أو الكشف الحكمي.
- عدم طلب الإجراءات والوسائل التشخيصية الملائمة أو إغفال النتائج وعدم أخذها بعين الاعتبار.
- الفشل في الوصول إلى التشخيص أو التأخر في الوصول إليه.
- التأخر في بدء العلاج أو وصف دواء غير ملائم للمريض.
- وصف علاج خاطئ للمريض أو الخطأ في تقدير الجرعة أو طريقة الاستعمال (مثل الحقن الوريدي لدواء لا يعطى إلا عضليا أو تحت الجلد)
- الخطأ في إعطاء مريض الدواء الموصوف لمريض آخر.
- نقص الأدوات أو الموارد والإمكانيات أو خلل الأجهزة التشخيصية أو نقص الكوادر المؤهلة لنجاح العمل الطبي.

و هناك الكثير من الحوادث المشابهة الشائعة في العمل الطبي اليومي.

٢) الأخطاء العملية Errors Of Commission

و هي أيضاً كثيرة وتنتج عن فعل يقوم به الطبيب ويصيب المريض بالضرر ومنها مثلا :

١) استخدام وسيلة علاجية غير فعالة أو قد بطل استخدامها.
٢) إجراء عملية جراحية بدون وجود مبرر حقيقي لإجرائها.
٣) الأخطاء التقنية أثناء العمليات الجراحية مثل قطع العصب الحنجري الراجع أثناء استئصال الدرقية أو قطع الحالب أثناء استئصال الرحم ... وغيرها كثير.
٤) إقدام طبيب على القيام بإجراء علاجي معين دون وجود خبرة كافية لديه في ذلك المجال.
٥) عدم التحضير الملائم للمريض قبل الإجراء العلاجي مما يؤدي إلى حدوث المضاعفات مثل تقيح الجروح والأخماج Infection.
٦) عدم مراقبة المريض ومتابعته بالشكل الصحيح بعد العملية.

منع وتجنب الأخطاء الطبية:

يجب أن ندرك أولاً أن الأخطاء الطبية قضية طبية أساسا قبل أن تكون قضية قانونية وإننا يمكن أن نفعل الكثير لتجنب ومنع الكثير من الأخطاء بغض النظر عن الاتهامات بسوء ممارسة المهنة في الحالات القليلة التي تصل إلى الجهات الإدارية والتنظيمية أو القضاء.

و أهم الوسائل التي يمكن أن تساعد في التقليل من الأخطاء الطبية ما يلي :

١) تقدم المعارف العلمية في كل مجال وتطور الوسائل والتقنيات يؤدي إلى تحسن الأداء مع تزايد الخبرات بالمضاعفات ووسائل تجنبها والوقاية منها.
٢) تقدم الأبحاث الطبية يؤدي إلى كشف أسباب المضاعفات والأخطاء ويطور الوسائل التي تمنعها وتقلل من حدوثها.
٣) تحسين وتطوير التعليم الطبي قبل التخرج ، والتعليم الطبي المستمر ، ونشر المعلومات الحديثة ، وإنشاء أدلة إرشادية للممارسة المعيارية الواجبة الإتباع في كل مجال.
٤) يجب على كل مؤسسة طبية الإقرار أولاً بحدوث هذه الأخطاء وتشكيل اللجان لدراسة أسبابها وكيفية حدوثها ، وليس لمجرد إلقاء اللوم على من يقع فيها. ويجب أن تدرس الأسباب بعناية لاكتشاف أنواع السلوك التي تؤدي إلى الإهمال ، ثم العمل بجدية على إزالة أسبابها باتخاذ الإجراءات التنظيمية الملائمة وتطوير النظم الإدارية الكفيلة بمنعها والتقليل من فرص حدوثها.

٥) يمكن أن تساعد أنظمة الحاسوب (الكمبيوتر) الحديثة في تجنب بعض أنواع الأخطاء الطبية مثل إعطاء مريض دواء قد سبق أن عانى من تحسس دوائي ضده، أو منع التداخلات الدوائية السيئة بين الأدوية وبعضها، أو منع الأخطاء في تحديد جرعات الأدوية المختلفة أو طرق تعاطيها ، . . . وغير ذلك من الأمور المشابهة.

كيفية التعامل مع الخطأ الطبي بعد حدوثه :

إن الطبيب أو الممرض أو الصيدلي الذي يقع في الخطأ يعاني معاناة نفسية شديدة من الإحساس بالذنب وتانيب النفس ومحاسبة الذات ، مع محاولات الإخفاء والإنكار المقترنة بالرغبة في الاعتراف بالذنب ، والخوف من نتيجة كل منها إلى جانب المخاوف الأخرى لفقد العمل والسمعة والتقاضي أمام المحاكم أو غيرها من وسائل الانتقام الشخصية المباشرة التي قد يندفع إليها المريض أو أهله الغاضبين.

لذلك فإن الضحية الأولى للخطأ الطبي هو المريض ، ولكن الضحية الثانية هي الطبيب أو العامل الصحي الذي وقع فيه ، وهو في هذه الحالة بحاجة إلى المساندة النفسية والمساعدة في مناقشة ما حدث وكيفية وقوعه حتى يجد المخطئ نفسه محاطاً بجو من التفهم والرغبة في المساعدة.

و بعد ذلك يجب مواجهة الأمر بمناقشة المريض وأهلهم ومصارحتهم بحدوث الخطأ مع عدم الإقرار بحدوث الإهمال أو سوء ممارسة المهنة ، وبالرغم من صعوبة المصارحة والغضب والحنق والانفعالات السيئة التي تتولد لدى المريض وأهله إلا أنها مفهومة ، وغالبية المرضى يميلون في النهاية إلى قبول الاعتذار ويمنحون العفو والمسامحة.

و يجب على الأطباء أن يتعلموا تحمل المسئولية ، ويكاشفوا المريض ويصارحونه بحدوث الخطأ ، والعمل على تصحيح الخطأ لأن ذلك يؤدي في كثير من الحالات إلى تفريغ شحنة الغضب والانفعالات ، ويهدئ النفوس أكثر مما تفعله محاولات التستر على الخطأ أو الإنكار.

و لكي يقوم الطبيب بتصحيح نتائج الخطأ الطبي فإنه يحتاج عادة إلى أدوية إضافية أو إجراءات تشخيصية أو علاجية أخرى ولكل منها مخاطرها وفوائدها الخاصة ، ويجب على الطبيب الحصول على موافقة المريض على الإجراءات العلاجية الجديدة كالمعتاد ، لأن مجرد حدوث الخطأ الطبي لا يعطي الطبيب أي حق في تجاوز إرادة المريض ورغبته بدعوى تصحيح نتائج الخطأ الطبي.

و نقول أخيراً أن هناك مفهوم شائع وهو أن الأخطاء الطبية تحدث دائماً بسبب الإهمال أو انعدام المهارة ، وأن الخطأ الطبي شر يمكن اجتنابه دائماً وبصورة مطلقة ، ومثل هذا التصور غير صحيح على الإطلاق ، لأن الخطأ الطبي أمر متوقع الحدوث وجزء لا يتجزأ من طبيعة العمل الطبي ذاته بالرغم من إمكانية تجنب الكثير من الأخطاء.

سوء الممارسة المهنية Medical Malpractice

أوضحنا فيما سبق أن الأخطاء الطبية قضية طبية بحتة أصبح الأطباء والمؤسسات الطبية يدركون عواملها وأسبابها على كافة المستويات ، وبدءوا في دراستها ووضع الضوابط والتنظيمات التي يمكن أن تصل بها إلى الحد الأدنى الممكن ، وهي عملية صعبة و دائمة ومستمرة لا تتوقف ، ومرتبطة بجميع مراحل العمل الطبي ، وإذا حدث أي اختلال أو إهمال لأي من هذه الإجراءات الوقائية فإن الخطأ وارد الحدوث.

اما الشكوى ضد اي طبيب بسوء الممارسة المهنية فليس سوى اتهام للطبيب امام إحدى الجهات الثلاث التي يحق لها مساءلة الأطباء ، وهي اللجان التنظيمية المهنية أو الجهات الإدارية الصحية أو القضاء. ومثل اي اتهام في اي مجال آخر فإن التهمة قد تكون صحيحة او باطلة، وتنطبق عليها القاعدة القانونية السائدة، وهي أن "المتهم بريء حتى تثبت إدانته".

يتطلب ذلك من المدعي إثبات أن الطبيب قد اهمل واجباً معينا وقصر في ادائه مما ادى إلى وقوع الضرر عليه . ومنها مثلاً إفشاء الطبيب للسر المهني ، أو عدم مصارحته بالمعلومات الكاملة عن مرضه أو الأخطار الممكن حدوثها من إجراء علاجي معين، أو الخطأ الفادح في تقدير حالته، أو عدم اتخاذ الاحتياطات الواجبة لمنع المضاعفات وغير ذلك من ضروب الخطأ والإهمال.

و مسئولية الطبيب واحدة إن حدث الخطأ سواء كان قد عالج المريض باجر أو بدون اجر.

وقد يكون اتهام الطبيب بسوء الممارسة المهنية وارتكاب خطأ طبي صحيحا او باطلا، مثل اي اتهام آخر في اي مجال.

و من المؤكد أن الكثير من الاتهامات للأطباء بسوء الممارسة المهنية الناتجة عن اعتقاد المريض بأن الطبيب قد ارتكب خطأ طبيا ضده غير صحيحة أو باطلة بشكل كامل. وتكون في معظمها ناجمة عن الخلط السائد في أذهان الناس بين الأخطاء الطبية ، والآثار الجانبية والمضاعفات المتوقعة وغير المتوقعة من الوسائل العلاجية المختلفة. كما أن بعض الاتهامات ينتج عن سوء التفاهم بين المريض والطبيب عند ما لا تتوافق النتائج النهائية للعلاج مع التوقعات السابقة، والقليل منها يهدف إلى الحصول على التعويض المالي، وأحياناً يصبح الهدف هو مجرد تشويه السمعة والتشهير والانتقام.

و إثبات سوء ممارسة المهنة Medical Malpractice وحدوث التقصير الطبي Medical Negligence نتيجة له لا يعتمد على الظن أو الاحتمال ، ولا يعتبر المرضى أو أهلهم أو الأطباء الآخرون جهة فصل فيه ، فالمرضى وأهلهم جهات شاكية فحسب لكن ساحة الفصل هي القضاء والمحاكم أو جهات المساءلة الأخرى المهنية والإدارية.

و يحدد القضاء مسئولية الطبيب اعتماداً على معيار الممارسة السائدة المعتادة ويستعين فيها بآراء الأطباء الآخرين من ذوي الاختصاص والخبرة والأمانة كشهود خبراء في مسائل طبية اختصاصية.

و لا يتطلب إثبات وقوع سوء ممارسة المهنة والتقصير سوى توافر الأدلة ورجحان القرائن بعكس الاتهامات الجنائية التي يتطلب إثباتها توفير أدلة ثبوتية قاطعة لا يتطرق إليها الشك.

و إذا ثبت للقاضي أن الطبيب قد بذل الجهد الذي يوفي بمعيار الممارسة السائدة المعتادة، فلا مسئولية عليه حتى وإن أخفق في التشخيص أو العلاج.

التقصير الطبي Medical Negligence

أما التقصير الطبي فهو حكم صادر ضد الطبيب من إحدى الجهات الثلاث التي يخضع الطبيب للمساءلة أمامها بعد أن يرفع المريض أو أهله شكوى ضده بتهمة سوء الممارسة المهنية .

وتقوم جهة المساءلة بدراسة الشكوى والنظر في القرائن والأدلة على حدوث الضرر على المريض ، والتيقن من أن الضرر نتيجة مباشرة لخطأ وقع فيه الطبيب سواء كان خطأ ناجماً عن الإهمال أو أنه خطأ ناجم عن العمل الطبي نفسه .

وتنظر الجهة كذلك في دفاع الطبيب عن نفسه ومبرراته ، وتستعين بآراء الخبراء من الأطباء ذوي الاختصاص وذوي الأمانة كشهود متخصصين في هذا المجال .

وفي معظم حالات الحكم بالتقصير الطبي الذي تصدره إحدى جهات المساءلة يكون هناك خطأ طبي وسوء ممارسة المهنة. ويعتمد الحكم بالتقصير الذي يصدر على الطبيب على أمرين: أولهما تقدير مدى الضرر الذي حدث للمريض ، والثاني تحديد مدى جسامة الخطأ الذي وقع فيه الطبيب .

أما تحديد حجم الضرر الذي حدث للمريض،فإنه يتم بطريقة قريبة من الموضوعية بحيث تتناسب درجات التقصير المهني مع درجة الضرر والعجز الذي وقع على المريض، وتصنف كثير من القوانين التقصير المهني إلى ثلاث درجات :

١) الدرجة الأولى (التقصير البسيط) : تكون آثاره قليلة وتزول خلال شهر واحد ولا تترك عجزاً لدى المريض.

٢) الدرجة الثانية (التقصير المعتدل) : تحدث آثار متوسطة الشدة وتزول خلال ستة أشهر وقد تترك عجزاً محدوداً لدى المريض.

٣) الدرجة الثالثة (التقصير الشديد أو الخطير) : تترك عجزاً شديداً ودائماً لدى المريض وربما تؤدي إلى وفاته.

وكذلك فإن تقدير مدى جسامة الخطأ الذي وقع فيه الطبيب يتم بناء على معيار الممارسة المهنية السائدة.

و معيار الممارسة السائدة هو معيار موضوعي لا يخضع للتقديرات أو الأهواء الشخصية ، ولا على رغبات المرضى وأقاربهم ، ولا رأي الطبيب المتهم بسوء الممارسة المهنية أو تبريراته، بل على تقدير مستوى العناية التي بذلها الطبيب للمريض بناء على معيار الممارسة السائدة الذي يحدده الخبراء والاختصاصيين من الأطباء، ويتخذه القضاء أساساً للموازنة والقياس من أجل تحديد وجود تقصير من قبل الطبيب نحو مريضه وتقدير مدى جسامة ذلك التقصير.

و يعرف معيار الممارسة السائدة بأنه : " العناية الطبية التي يبذلها مجموعة معقولة من الأطباء الحريصين ذوي الثقة والخبرة في مجال الاختصاص في نفس المكان والزمان وفي نفس الظروف المشابهة وبنفس الإمكانيات المتوفرة" .

و غني عن الذكر أن الممارسة المعيارية السائدة تختلف من مكان إلى آخر ومن زمان إلى آخر.

وعندما يقتنع القضاء بحدوث ضرر على المريض ناتج عن العمل الطبي الذي أجري له، ويحدد درجة الضرر، ومدى جسامة الخطأ، فإن الحكم بالتقصير يصدر على الطبيب، وتحدد فيه العقوبات بناء على المعايير الموضوعية التي أشرنا إليها قبل قليل.

وهكذا يتبين لنا أن الحكم بالتقصير الطبي هو المرحلة النهائية بعد الشكوى من المريض ضد الطبيب واتهامه بسوء الممارسة المهنية، وفي الغالبية العظمى من الحالات فإن الحكم بالتقصير يثبت حدوث سوء الممارسة المهنية ،و حدوث الخطأ الطبي بشكل قاطع.

ولكن يمكن أن يحدث الخطأ الطبي بدون حدوث الاتهام بسوء الممارسة المهنية، ولا إحالة الطبيب إلى إحدى جهات المساءلة الثلاث ، و بالتالي بدون صدور حكم بالتقصير على الطبيب. وذلك يحدث في الغالبية العظمى من الأخطاء الطبية التي لا يتم التعرف عليها أو إدراكها أو حتى الشك في حدوثها، وكذلك في الحالات التي يتم القبول بها كمضاعفات لم يكن بالإمكان تجنبها.

وكذلك فإن الكثير من الأخطاء الطبية التي لا يدرك الطبيب ولا المريض حدوثها مثل تاخير الإجراءات التشخيصية أو العلاجية اللازمة لمريض محدد، أو عدم الوصول إلى التشخيص الصحيح في الوقت المناسب، أو وصف العلاج غير المناسب، وغير ذلك فإن هذه الأخطاء تظل مجهولة على الرغم من حدوثها، وبالتالي فهي لا تؤدي إلى الاتهامات بسوء الممارسة المهنية وما قد يتبعها من الحكم بالتقصير.

وفي بعض الأخطاء الطبية فإن حدوث الخطأ بحد ذاته لا يدل على سوء الممارسة المهنية إذا ثبت أن الطبيب قد اتخذ قراره بناء على معايير المهنة السائدة.

فعلى سبيل المثال إذا تقدم مريض بالأعراض والعلامات الوصفية لالتهاب الزائدة الدودية الحاد مع الاختبارات المعملية التأكيدية ولكن الطبيب عجز عن الوصول إلى التشخيص ولم تجر العملية للمريض مما سبب له المضاعفات والضرر، فإن ذلك يعتبر خطأ طبياً ، وإذا رفع المريض شكواه ضد الطبيب إلى إحدى جهات المساءلة الثلاث يعتبر ذلك اتهام للطبيب بسوء ممارسة المهنة، وإذا اقتنعت جهة المساءلة التي خضع لها الطبيب بإهمال الطبيب فإنها تصدر عليه الحكم بالتقصير، وتقرر عليه العقوبات الرادعة التي تتحدد بحسب حجم وفداحة الضرر الذي حدث للمريض، ومدى جسامة إهمال الطبيب.

اما إذا وصل الطبيب إلى تشخيص التهاب الزائدة الحاد ولكن الجراحة أظهرت عدم وجود التهاب فيها، فإن ذلك لا يزال يعتبر خطأ طبياً ، لأنه لم يستطع تحديد التشخيص الصحيح، وإذا اتهم بسوء الممارسة المهنية فإن جهات المساءلة لا يمكن لها أن تصدر حكما ضده بالتقصير، لأن الطبيب قد اتبع إجراءات الممارسة المعيارية السائدة والمتفق عليها في العمل الطبي.

وكذلك فإن الكثير من الاتهامات بسوء الممارسة المهنية التي يرفعها المرضى ضد الأطباء تثبت أن كثيراً منها باطلة ، ولا يثبت الخطأ الطبي على الطبيب ولا يصدر فيها ضده حكم بالتقصير الطبي ، وتبرأ ساحته مثلما يحدث في أي اتهامات في المجالات الأخرى .

ومعظم الاتهامات الباطلة التي يرفعها هؤلاء المرضى تحدث بسبب الالتباس الذي يحدث في أذهان المرضى والأهل في اعتبار أن المضاعفات والآثار الجانبية للأعمال الطبية الدوائية أو الإجرائية هي ناتجة عن الخطأ الطبي ولا يستطيعون القبول بانها أمور متوقعة لا يمكن اجتنابها في معظم الأحوال ، مثلما يحدث في جميع جوانب الحياة الأخرى مثل حوادث الطرق والسيارات والحرائق وحوادث الصعق الكهربي والسقوط من الأماكن المرتفعة وغير ذلك من الحوادث اليومية الشائعة .

المسئولية الجنائية للطبيب :

أما الاتهامات الجنائية للطبيب فهي نادرة وتتطلب من المدعي تقديم أدلة قطعية ثابتة لا يرقى إليها الشك على أن الطبيب قد ارتكب الخطأ الذي الحق الضرر بالمريض كما تتطلب إثبات القصد بارتكاب الجرم.

و تحدد قوانين العقوبات الأفعال المحرمة التي يخضع مرتكبها للجزاء ومنها مثلاً الإجهاض الإجرامي أو علاج المريض دون إذنه أو إذن وليه.

و قد يواجه الطبيب الاتهامات الجنائية أمام القضاء التي تخضع لقانون العقوبات في أحوال عديدة مثل "عدم المبالاة العمدي بحياة أو سلامة المريض " ،أو" القتل بسبب الإهمال الإجرامي " ،أو " القتل من الدرجة الثانية " أو " القتل غير العمد" أو " القتل العمد " في أحوال نادرة جداً.

و يجب الإشارة أخيراً إلى أن الطبيب الذي يتصرف بفهم وثقة ومسئولية ويقيم من ضميره حارسا يقظاً على سلوكه ويضع مصلحة المريض دائماً أمامه لا يجب أن يخشى الاتهامات بسوء ممارسة المهنة أو

قانون العقوبات ، اما إذا اهمل واجباته في اعتبارات السلامة لمرضاه او تعمد إصابتهم بالضرر فيجب عليه حينئذ أن يتحمل تبعاته ومسئولياته ويواجه الاتهامات.

الأجـــــور الطبيـــــة

جرت العادة على مر التاريخ وفي مختلف المجتمعات والثقافات على أن التداوي ودفع الأجر للطبيب هي مسئولية فردية يتحملها المريض وذويه،ولذلك أصبح حق الطبيب في أن يتلقى أجراً نظير عمله أمراً مقبولا بما يكفل للطبيب العيش الكريم الذي يتناسب مع ما يكنه المجتمع من تقدير لأهمية عمل الطبيب ومكانته.

وتقدير الأجر متروك للطبيب ومشروط برضا المريض وعلمه به مسبقا، على أن لا يكون فيه حيف أو ظلم لأي من الأطراف ، وعلى أن يراعي الطبيب ظروف المعوزين وذوي الحاجة.

و من الواجب على الطبيب تقديم خدماته المجانية إلى غيره من زملاء المهنة ومساعديه، ولا يتقاضى منهم إلا التكاليف الفعلية لوسائل التشخيص والعلاج، ولكن تقاضيه اجوراً منهم وخصوصاً في بعض الحالات التي يرغبون هم في دفع الأجور للطبيب لا يعتبر مخالفة سلوكية مهنية.

وفي المجتمعات التي لا يتناول الطبيب فيها أجره من المريض مباشرة وتقوم الدولة أو الجهات المختلفة بتمويل نفقات العناية الطبية مثل شركات التامين وغيرها فإن الأساس في الأمر يبقى واحداً، وهو أن على المجتمع أن ينظم باية طريقة مناسبة السبل التي تكفل الحياة الكريمة ومتطلباتها المناسبة لجميع الأطباء .

الممارسات المنافية للقواعد الأخلاقية :

أما الممارسات التي تعتبرها قواعد الأخلاق الطبية مشينة وغير جائزة ويجب العمل على كشفها وإدانتها واتخاذ الإجراءات الرادعة ضد من يرتكبها فهي كثيرة ولكن أهمها ما يلي:

١) أي مبالغ مالية يحصل عليها الطبيب من أي مريض في المستشفيات الحكومية وغير الحكومية شبه المجانية تعتبر رشوة ومنافية لأخلاقيات المهنة.

٢) أي مبالغ مالية يتقاضاها الطبيب من المريض نظير خدمة يطلبها مثل رقوده في المستشفى، أو بتعجيل ذلك وتجاوز قائمة الانتظار، أو الحصول على قرار طبي أو إجازة مرضية تعتبر كذلك رشوة وتتناقض مع قواعد وآداب المهنة.

٣) تقاسم الأجور : وهو حصول الطبيب على مبلغ معين من طبيب آخر أو مختبر طبي أو أجهزة الأشعة والتصوير الطبي وما شابه ذلك مقابل تحويل المرضى إليهم هو أيضا عمل شائن ومناف للأخلاق الطبية.

و توصيه الطبيب لمريضه بالتوجه إلى طبيب آخر ليست مشابهة لأي نصيحة أخرى من صديق أو قريب فهي تحمل ثقلاً عظيماً لأنها صادرة عن الطبيب الذي يحوز على الثقة الكاملة ، وتقاضي العمولة مقابل التحويل هنا خيانة واضحة لعهد الثقة وإخلال بواجب الأمانة والإخلاص.

٤) الإفراط في طلب التحاليل الكيميائية ووسائل التشخيص الطبي المختلفة كالأشعة والموجات فوق الصوتية والتنظير الباطني وبدون دواع واضحة لتاكيد التشخيص أو استبعاده ، أو لجلب الطمانينة واليقين إلى نفس المريض لضمان نجاح العلاج هو كذلك أمر مرفوض اخلاقياً ،

خصوصاً عندما يكون الطبيب هو الذي يمتلك الوسيلة التشخيصية ، أو المختبر، أو يساهم في رأسماله ويستفيد من أرباحه .

٥) الإفراط في وصف الأدوية لترويج محتويات الصيدليات المجاورة أمر غير أخلاقي سواء كان ذلك مقابل الحصول على نسبة من الأرباح أو خدمات عينية مثل دفع إيجار العيادة أو حتى بدون مقابل سوى الإشادة بالذكر من قبل الصيادلة وكيل المديح له أمام المرضى بغرض الدعاية له أو تحويل المرضى إليه.

٦) قبول ترويج صنف دوائي معين لشركة دوائية وتلقي الهدايا البسيطة أو الكبيرة من الشركة مثل الدعوة الممولة للمشاركة في مؤتمر طبي داخل أو خارج البلاد هو أمر محفوف بالشبهات بدات المهنة الطبية توجه إليه الأنظار وتعتبره رشوة فاضحة لا يبقيها إلا التستر عليها والتغاضي عنها.

٧) ومن الأمور المنافية للأخلاق الطبية السامية كذلك إجراء الجراحات البسيطة غير الضرورية مثل استئصال الزائدة دون وجود التهاب حاد ، أو استئصال اللوزتين دون داع ، أو قطع البواسير دون سبب ، أو إزالة الأورام الدهنية من مناطق الجسم الخفية أو كي عنق الرحم أو إزالة اكياس المبيض الوظيفية ، وغيرها من العمليات مع إيهام المريض بان آلامه وأعراضه ناتجة عنها ، وأن شفاءه سوف يتحقق بإزالتها ، بالرغم من أن الهدف الرئيسي من وراء إجراء تلك العمليات هو جني المال.

الباب الخامس

المشاكل الأخلاقية

في قضايا التناسل الإنساني

لمـا تـوذن الـدنيا بـه مـن صـروفها

يكــون بكــاء الطفــل ســاعة يولــد

وإلا فمــا يُبكيْــهِ منهــا وأنهــا

لأرْحَــبُ ممَّــا كــان فيــهِ وأرْغــدُ

إذا أبــصر الــدنيا أسْــتهَلَّ كأنــه

بمــا ســوف يلقــى مــن أذاهــا يهــددُ

وللــنفس أحــوال تظــلُ كأنَّهــا

تــشاهد فيهــا كــل غيْــبٍ سيــشهدُ

ابــن الرومــي

المشاكل الأخلاقية في قضايا التناسل الإنساني

Ethical Problems in Human Reproduction

قضايا التناسل الإنساني معقدة ومتشابكة ومثيرة للجدل الشديد في كل المجتمعات المعاصرة ويتسم النقاش حول مواضيعها بالانفعالية والتعصب لوجهات النظر والانقسام الحاد في الآراء بالإضافة إلى الحدة في نقد وجهات النظر المعارضة وإدانتها ، والتي تصل إلى استخدام العنف حتى في المجتمعات المتقدمة .

و ذلك لأن قضايا التناسل الإنساني كالحمل والإجهاض ووسائل منع الحمل ووسائل المساعدة على الحمل كالتلقيح الصناعي وغيرها هي مسائل شائكة ومعقدة ترتبط بتاريخ المجتمعات ودياناتها وثقافاتها ودرجة انعتاقها وتحررها من قيود ماضيها وغير ذلك من القضايا الاجتماعية والاقتصادية والسياسية.

و سوف نلقي نظرة سريعة على أهم قضايا التناسل الإنساني مع التعرض بإيجاز لأهم وجهات النظر في كل منها.

الإجهـــــــاض Abortion

تضمن قسم أبقراط نصاً يحرم على الطبيب ممارسة الإجهاض وأتت بعده الشرائع السماوية جميعها بتحريم الإجهاض استناداً إلى حرمة الحياة الإنسانية وقدسيتها في جميع صورها وأطوارها.

و لكن التغييرات الاجتماعية التي شهدها العالم في النصف الثاني من القرن العشرين وخصوصا في المجتمعات الغربية المتقدمة قد أحدثت تغييرات عظيمة في التيارات الفكرية وفي الممارسات الطبية في جميع المجالات ومنها الإجهاض.

و بالرغم من أن الكنيسة المسيحية وخصوصاً الكاثوليكية لا تزال صامدة في موقفها من التحريم القاطع للإجهاض إلا في الحالات النادرة التي تهدد حياة الأم، إلا أن الدين لم يعد عاملاً مؤثرا في تلك المجتمعات العلمانية القائمة على الحرية والليبرالية الفردية.

وجهة النظر المعارضة للإجهاض من الناحية الأخلاقية:

ينادي التيار المحافظ " بحق الجنين في الحياة " ويطالبون بتحريم الإجهاض ويستندون في ذلك إلى حرمة النفس الإنسانية وإلى أن الجنين مثله مثل الأم الحامل هو " شخص " مستقل ، وتبدأ كينونته الشخصية كإنسان منذ بداية الحمل وله الحق الكامل في الحياة مثل أي إنسان آخر ، ويجب احترام حقوقه والاهتمام بمصالحه.

و المتطرفون في المناداة بحق الجنين في الحياة يرون أن واجب الدولة هو أن توفر الرعاية الكاملة للأم الحامل لضمان صحة وحيوية الجنين.

و إذا كانت الأم تتصرف بطريقة غير مسئولة يمكن أن تعرض فيها حياة الجنين للخطر كإدمانها الكحول أو المخدرات مثلاً فيجب احتجازها لمعالجتها وفرض الرعاية الطبية عليها قسراً حتى تضع حملها مع توفير الرعاية أثناء الولادة والتدخل بكل وسيلة ممكنة لضمان ولادة سليمة للوليد لا تعرضه للأذى.

و من الواضح أن من الصعب الدفاع عن هذه المطالب المتطرفة لأن مثل هذه التدخلات الإجبارية لحماية حق الجنين تنتهك حقوق الأم وحريتها الذاتية بطريقة صارخة ولا يمكن تبريرها من الناحية الأخلاقية.

كما أن هذه النظرة المتطرفة تتسم بالنفاق لأن المتحمسين لها يبذلون جهوداً فائقة لإنقاذ عدد محدود من الأجنة ، ولكنهم لا يبالون بعد ذلك بآلاف الأطفال الذين يملئون أحياء المدن الفقيرة والقرى ويعيشون في أوضاع مزرية.

وهناك تيار معتدل بين المعارضين للإجهاض ينادي بوضع الضوابط والمحددات على الإجهاض ويوافقون على السماح به لأسباب معينة وفي مراحل معينة من الحمل وأهم الأسباب هي تلك الحالات التي تعاني فيها الأم من مرض يشكل فيها الحمل والولادة خطرا مؤكدا على حياتها.

كما يوافق هذا التيار المعتدل على الإجهاض إذا كان الحمل يشكل ضررا على صحة المرأة الجسدية أو العقلية أو النفسية ، أو إذا كانت المرأة غير متزوجة بما يشكله الحمل من وصمة عار أبدية عليها وعلى أسرتها وعلى وليدها ، وكذلك في الحمل الناجم عن الاغتصاب أو الفسق بالمحارم.

ويضع هذا التيار المعتدل المعارض للإجهاض حدودا للمراحل المختلفة من الحمل التي يكون الإجهاض فيها مقبولا اعتمادا على مدة الحمل أو حركة الجنين أو حيويته أو غيرها ، وفي الغالب لا يوافقون على الإجهاض في أشهر الحمل الأخيرة .

وجهة النظر المؤيدة للإجهاض من الناحية الأخلاقية :

أما التيارات المؤيدة للإجهاض فتستند أساسا على مبدأ الحرية الذاتية للأفراد وأن للمرأة الحق في حرية التناسل ، وحرية اتخاذ القرار ، ولها الحق في الخصوصية الذي يجعل الحمل شأنا فردياً خاصا بالمرأة ليس للمجتمع فيه رأي ، وأن واجب الدولة هو الالتزام بتوفير المتطلبات الضرورية لتحقيق حرية المرأة في الإجهاض في أي وقت تراه.

ويذهب التيار المتشدد في هذا المجال إلى اعتبار أن الجنين ليس "شخصا" أي ليست له الكينونة الشخصية الإنسانية أو الوضعية الأخلاقية التي تعطيه الحق في الحياة ، بل هو مجرد كائن يحمل الصفات الكامنة لكي يصبح "شخصا " في المستقبل إذا ما سمح له بذلك بناء على اعتبارات أخلاقية سليمة.

ومثلما يتطور الجنين في تكوين الأعضاء من الناحية الجسدية ومن الناحية الوظيفية فإن اكتسابه للكينونة الشخصية والصفات الإنسانية والحقوق الأخلاقية تتنامى وتتطور بنفس الطريقة وبصورة تدريجية.

و يذهب هذا التيار إلى تقديم " حق المرأة في جسدها " على أي اعتبار آخر وأنه ليس عليها أي التزام نحو الجنين إلا في اللحظة التي تقرر فيها بإرادتها الحرة استمرار الحمل.

ولذلك فإن هذا التيار يطالب بالسماح بالإجهاض في أي مرحلة من مراحل الحمل ولأي سبب من الأسباب مثل الأعباء المالية التي يشكلها الوليد الجديد على الأسرة أو الأعباء النفسية على الأم أو الأب أو الأخوة أو بسبب انشغال الأم في وظيفتها أو دراستها أو في أعمالها المنزلية ، أو حتى بدون أي سبب من الأسباب.

الإجهاض في القوانين الوضعية :

و اما من الناحية القانونية فقد حدثت تغييرات كبيرة في القوانين في مختلف البلاد واصبح فيها الإجهاض مباحاً في حدود ينظمها القانون وتختلف من بلد إلى آخر والجدل حول الموضوع في أوساط الرأي العام وفي الأوساط الطبية والتشريعية والسياسية مستمر وليس له حدود.

و قد كانت القوانين المعتمدة على مفاهيم الكنيسة الكاثوليكية تعتبر الجنين كائنا حيا منذ لحظة إخصاب البويضة وتحرم الإجهاض بشكل قاطع وتعتبره اعتداء على نفس بشرية كاملة الحقوق وجناية يعاقب عليها القانون.

ثم اخذت قوانين بعض البلدان بتعريف الطب الحديث لحيوية الجنين Viability وهي أن الجنين لا يعتبر كائناً حياً إلا إذا تعدى مرحلة الحيوية وهي المرحلة التي يمكن للجنين أن يعيش بعدها منفصلا عن امه وتقدر بثمانية وعشرين أسبوعاً.

واصبح القانون لا يعتبر الإجهاض جريمة يعاقب عليها القانون إلا إذا حدث بعد بلوغ الجنين مرحلة الحيوية وهي المرحلة التي يتم فيها اكتمال نموه الوظيفي.

و اكتمال النمو الوظيفي للجنين وقدرته على البقاء حياً خارج الرحم كانت في الماضي محددة بثمانية وعشرين أسبوعاً من الحمل ولكن التقدم الكبير في العناية الطبية الفائقة بالمواليد الخدج في الدول المتقدمة قد انخفض بهذه المدة إلى عشرين أسبوعاً فقط وهي المدة التي تعتمدها منظمة الصحة العالمية في تعريف الإجهاض.

ثم ادخل تعديل آخر على القانون أصبح يعطي المرأة حق الإجهاض إذا كان الحمل يشكل خطرا على صحتها الجسدية أو النفسية أو أنه قد يضر بطفل آخر من أطفالها أو إذا ثبت أن الجنين سيولد مشوهاً أو يحمل مرضاً وراثياً قد يعوقه طبياً أو اجتماعيا.

اما في الولايات المتحدة الأمريكية فإن قضية رو ضد ويد تلخص موقف المجتمع الأمريكي في هذا الموضوع.

قضية رو ضد ويد Roe Vs. Wade

في الولايات المتحدة الأمريكية كان الإجهاض محرم قانوناً حتى السبعينيات من القرن العشرين إلا في الحالات التي يجرى فيها لإنقاذ الأم من خطر يهدد حياتها إذا استمر الحمل.

و كان القانون يفرض عقوبة على المرأة التي تجري الإجهاض بالسجن من سنتين إلى خمس سنوات . وفي قضية شهيرة رفعتها امرأة تحت اسم مستعار هو جين رو اثارت جدلاً واسعاً في أوساط الرأي العام والمجتمع بين مؤيدي حق الحياة (اي معارضي الإجهاض) ومؤيدي حق الاختيار(اي مؤيدي الإجهاض) واستمرت لسنوات عديدة وصدر الحكم فيها عام ١٩٧٣م ، وكانت رو قد رفعت القضية ضد ولاية تكساس تطعن في دستورية قانون الولاية الذي يحرم الإجهاض.

و قد استندت المحكمة في قرارها على النص الدستوري الذي يكفل الحرية لجميع المواطنين ورأت ان الخصوصية هي أحد المكونات الرئيسية للحرية الشخصية.

و أقرت المحكمة أن " الحق في الخصوصية" Right to Privacy يمنح المرأة " الحق في الاختيار " Right To Choose وبالتالي الحق في الإجهاض.

لكن حق المراة في الخصوصية وبالتالي في الإجهاض ليس مطلقا بل هو مقيد في حدود معينة تعتمد على مدة الحمل ودرجة تطور ونمو الجنين.

و قررت المحكمة أن حق المراة في الإجهاض يكون مكفولاً للمراة في الأشهر الثلاثة الأولى للحمل بدون تدخل السلطات الحكومية.

اما في الأشهر الثلاثة التالية فإن السلطات الحكومية قد تتدخل من أجل الحفاظ على صحة وحياة الأم الحامل . كما يصبح منع الإجهاض مشروعاً في الأشهر الثلاثة الأخيرة للحمل لحماية الجنين ولا تسمح السلطات بإجراء الإجهاض إلا إذا كان في استمرار الحمل خطراً على حياة الأم نفسها.

و منذ صدور ذلك الحكم ابيحت ممارسة الإجهاض في معظم الولايات الأمريكية لكن الجدل والخلاف والشقاق لم يتوقف واستمر النزاع بين مؤيدي حق الاختيار الذين حققوا انتصاراً ضخما بالحكم في هذه القضية وبين معارضيهم من مؤيدي حق الحياة الذين يعارضون الإجهاض.

و في السنوات التالية حاول معارضو الإجهاض إدخال تعديل دستوري يكفل حق الجنين في الحياة، ويعترف بالجنين كشخص كامل ذي حقوق كاملة ، لكن الحركة واجهت مقاومة شديدة ولم تنجح في محاولتها ، لأنها محاولة من قبل مجموعة من الناس لفرض وجهة نظرها الأخلاقية على الآخرين وعلى المجتمع كله.

لكن ذلك لم يفت في عضد مؤيدي حق الحياة المعارضين للإجهاض واستطاعوا إصدار قانون يصبح فيها الإجهاض على نفقة الدولة مقصوراً على حالتين :

١) عندما يكون الحمل مهدداً لحياة الأم.
٢) عندما يكون الحمل ناتجاً عن حالات الاغتصاب والفسق بالمحارم.

و اعتمد ذلك القانون على أن حق المراة في الإجهاض القائم على الحق في الخصوصية الذي يكفله الدستور لا يعني أن يصبح الإجهاض مكفولاً على نفقة الدولة وعلى حساب المجتمع والمواطنين دافعي الضرائب.

و عاد المؤيدون لحق الاختيار والإجهاض إلى التنبيه إلى الخلل الكبير الذي أحدثه القانون الأخير فطالما أن الدستور لا يعارض حق المراة في الإجهاض فهل من الحكمة أخلاقيا واجتماعيا أن يرفض المجتمع توفير ذلك الحق للنساء الفقيرات ؟

و هل من العدل الإخلال بعدالة توزيع الموارد الطبية بمنع الإجهاض عن نساء الطبقة الفقيرة وحرمانهن من تلك الخدمة الطبية وهن في أمس الحاجة إليها ولا يستطعن الحصول عليها نتيجة للعوز والفاقة وليس لأي أسباب أخلاقية أخرى ؟

الإجهاض في الشريعة الإسلامية :

تعتبر الشريعة الإسلامية الجنين كائناً إنسانياً كامل الحقوق منذ أول الحمل وإن كان الروح لا ينفخ فيه إلا بعد مرور أربعة أشهر على بدايته (١٢٠يوم) .

و إسقاط الجنين قبل نفخ الروح فيه – اي قبل مرور اربعة اشهر على بداية الحمل – قد أباحه بعض الفقهاء للضرورة وحرمه آخرون.

و إذا أسقط الجنين بعد نفخ الروح فيه عمداً وجب فيه القصاص وإذا كان خطا وجبت فيه الدية والكفارة.

كما اباح كثير من الفقهاء المعاصرين استنزال الطمث بالأدوية الهرمونية او تجريف بطانة الرحم قبل علوق الجنين.

و يكاد الفقهاء يجمعون على إباحة الإجهاض في جميع مراحل الحمل لأسباب طبية إذا كان استمرار الحمل يلحق ضرراً بصحة الأم وينذر بهلاكها وفي مثل هذه الحالة يضحى بالجنين من أجل سلامة الأم لأن حياتها هي الأصل طبقاً للقاعدة الفقهية التي تنص على أنه : "إذا اجتمعت مفسدتان روعي أعظمهما شرا ويرتكب أهون الضررين".

اما إجهاض الجنين المشوه (نتيجة تعاطي الأدوية او التعرض للأشعة مثلا) او الجنين المصاب بمرض وراثي غير قابل للشفاء فهو أمر لم يناقشه الفقهاء القدماء لأنه لم يكن معروفا فقد اجازه بعض علماء المسلمين المعاصرين وأخذت به بعض الدول الإسلامية فعدلت قوانينها وأباحت إجهاض الجنين المصاب بالتشوه او المرض الوراثي ولكن فقهاء آخرون ينكرون ذلك ويعارضونه.

منـــع الحمـــل والتعقيـــم Contraception & Sterilization

تختلف المجتمعات المعاصرة في هذا المجال اختلافا عظيما حيث نجد أن وسائل منع الحمل وتحديد النسل تمارس بشكل واسع في المجتمعات الغربية المتقدمة إلى درجة باتت تقلق بعض هذه الدول لأنها اصبحت تهدد النمو السكاني فيها مما قد يؤدي إلى تناقص أعداد السكان ويعرض تكوينها الاجتماعي والاقتصادي للخطر.

وعلى النقيض من ذلك نجد أن استخدام هذه الوسائل في البلدان النامية والمتخلفة محدودا بالرغم من حاجة هذه المجتمعات الشديدة إلى وضع حد للتزايد الهائل في أعداد السكان فيها والذي اصبح عائقا من أكبر العوائق أمام تحقيق التقدم الاقتصادي والاجتماعي في هذه المجتمعات.

ولقد استطاعت الهند مثلا أن تحقق قدرا كبيرا من النجاح في تحديد النسل والحد من مشكلة الانفجار السكاني عن طريق تبني وسائل منع الحمل المختلفة والتعقيم للرجال والنساء معتمدة في ذلك على أساليب التوعية والإرشاد والتثقيف الصحي بالإضافة إلى وسائل الترغيب والتشجيع بما فيها المكافآت المالية التي تدفعها الحكومة لكل شخص يجري عملية التعقيم.

أما في الصين فقد لجأت الدولة إلى إجبار مواطنيها على استخدام هذه الوسائل والاكتفاء بطفل واحد لكل أسرة بما في ذلك من انتهاك لحرية الأفراد وحقهم في تقرير المصير الذاتي مما أحدث ممارسات غير إنسانية مثل وأد البنات.

وتبيح الشريعة الإسلامية استخدام جميع وسائل منع الحمل المؤقتة مثل حبوب منع الحمل وحقن منع الحمل واللولب داخل الرحم وغيرها من الوسائل الحديثة وذلك بناء على موافقة الزوجين استناداً إلى إباحة العزل(وهو قذف المني خارج الرحم) إذ جاء في الصحيحين عن جابر : "كنا نعزل ورسول الله بين ظهرانينا والقرآن ينزل فبلغ ذلك رسول الله فلم ينهنا".

و يوافق معظم الفقهاء على وسائل منع الحمل إن كان يخشى على حياة الأم او سلامتها من الحمل مثل إصابتها بالأمراض المزمنة كامراض القلب وارتفاع ضغط الدم وامراض الكلى والكبد وغيرها.

كما يوافقون على جواز المباعدة بين الحمل والذي يليه لأي سبب مثل الخوف على الرضيع من حمل جديد ووليد جديد ويوافقون على أن المدة المثلى بين ولدين هي ثلاثة وثلاثون شهراً وهي مجموع فترة الرضاعة (سنتان) وفترة الحمل.

والكثير من الفقهاء يرون أن وسائل منع الحمل المؤقتة مسموح بها على أساس فردي ولا يجيزون أن تكون هذه سياسة عامة للمجتمعات الإسلامية ويرون تحريم وسائل التعقيم لأنها دائمة وأن الأساس هو العمل على زيادة النسل في مجتمعات الإسلام .

لكن فقهاء آخرون أجازوا تبني هذه الوسائل على نطاق عام إذا رأى أولو الأمر فيها أن ذلك يحقق الخير العام ويراعي المصلحة العامة . وبناء على ذلك وضعت بعض الدول العربية سياسات سكانية تهدف إلى الحد من التزايد السكاني وأنشأت برامج لتنظيم النسل ، وهي تتفاوت في نجاحها بشكل كبير.

تكنولوجيا التناسل وعلاج العقم

Treatment of Infertility & Reproduction Technologies

تعددت الوسائل التكنولوجية الحديثة للمساعدة على الإنجاب وعلاج العقم وأهم هذه الوسائل ما يلي :-

١) التلقيح الصناعي Artificial Insemination

و تساعد هذه الوسائل على التغلب على حالات العقم الناجمة عن قلة عدد أو ضعف الحيوانات المنوية في نطفة الزوج.

و في هذه الطريقة يمكن الحصول على المني من الزوج ثم حقنه مباشرة في عنق رحم الزوجة إما مباشرة أو بعد تحضيره وتركيزه داخل المختبر خلال وقت قصير وتعرف هذه الطريقة بالتلقيح الصناعي الإنساني أو من الزوج .

Artificial Insemination Humane (Or Husband) (AIH)

و عندما يكون الزوج مصاباً بفقد الحيوانات المنوية Azospermia فإن تلقيح الزوجة يتم باستخدام نطفة منوية من متبرع آخر وذلك ما تقوم به " بنوك النطف أو المني " (Semen Banks) التي أنشئت في البلاد الغربية لهذا الغرض وتعرف هذه الطريقة بالتلقيح الصناعي من المتبرع Artificial Insemination Donor ، ويفيد التلقيح الصناعي من المتبرع إذا كان الزوج يحمل جيناً ناقلاً لمرض وراثي ويخشى انتقاله إلى الأبناء .

كما يستخدم التلقيح الصناعي من المتبرع في البلاد الغربية لبعض النساء غير المتزوجات اللاتي يرغبن في الإنجاب دون زواج ، وكذلك في الترتيبات التي تتم للإنجاب باستخدام الأم المستعارة Surrogate mother .

٢) الإخصاب خارج الرحم ونقل الجنين In Vitro Fertilization & Embryo Transfer

يعتبر الإخصاب خارج الرحم ونقل الجنين خلافاً للتلقيح الصناعي عملية تكنولوجية معقدة لعلاج العقم وقد أحدث ثورة عظيمة في مجال التناسل الإنساني فيما عرف بين الناس بأطفال الأنابيب Test tube babies .

و بالرغم من أن أول طفلة قد ولدت بهذه الطريقة وهي لويز براون في بريطانيا في عام ١٩٧٨م بفضل العمل الرائد لكل من باتريك ستبتو وروبرت إدواردز [١] ، إلا انها سرعان ما انتشرت خلال سنوات قليلة ليصبح لها العديد من المراكز في كل أنحاء العالم ونالت نجاحا فائقا.

وتفيد هذه الطريقة في علاج العقم الناتج عن انسداد قناتي فالوب للمرأة لأي سبب من الأسباب ، ومن المعروف أن تلقيح البويضة بالحيوانات المنوية يتم داخلها ثم تنتقل البويضة المخصبة إلى الرحم لكي تقوم بالانغراس فيه ويبدأ نمو الجنين.

وللتغلب على العقم الناجم عن انسداد بوقي فالوب يتم الحصول على البويضات الناضجة من المرأة لحاقر بواسطة منظار البطن ، وتتحد مع الحيوانات المنوية من الزوج داخل طبق زجاجي ، وبعد أن يتم الإخصاب يبدأ الانقسام الخلوي ، وعندما يصل إلى مرحلة معينة ينقل الجنين إلى رحم المرأة من خلال عنق الرحم ، وبعدها يقوم الجنين بالانغراس (Implantation) في بطانة الرحم ثم يتطور وينمو حتى تحين الولادة كالمعتاد.

و لما كان تكرار العملية يتطلب في كل مرة الحصول على البويضات من المرأة من خلال تنظير البطن وهي عملية مرهقة وغازية للجسد ومكلفة ، فقد لجأ الأطباء إلى تحفيز المبيض بالأدوية المنشطة للتبويض ، والحصول على عدد كبير من البويضات مرة واحدة ، وإخصابها بمني الزوج ، وبعد انقسامها إلى مرحلة الخلايا الثمان يتم تجميد الأجنة الزائدة وحفظها لاستخدامها في المرات القادمة دون تعريض الزوجة لعملية التنظير البطني من جديد.

و بالرغم من أن هذه الطريقة قد أدت إلى تسهيل العملية بشكل كبير ، وحققت فرصا أعظم في نجاح الإنجاب مع تقليل حجم المخاطر على الزوجة ، إلا أنها خلقت مشاكل جديدة أخلاقية وقانونية حول مصير الأجنة المجمدة وكيفية التصرف فيها في الأحوال العادية أو في الظروف المستجدة مثل موت احد الزوجين أو كلاهما أو انفصالهما بالطلاق أو غير ذلك من الأحوال.

كذلك فإن الوضع الأخلاقي والقانوني لهذه الأجنة لا يزال غير واضح وهل لها الحق في النمو والحياة، وهل التخلص منها يعتبر قتلاً للنفس أو يشبه الإجهاض، وكذلك شرعية استخدامها في الأبحاث العلمية.

٣) ولضمان فرص أكبر في نجاح الإنجاب تم تطوير الطريقة بنقل الأمشاج إلى داخل قناة فالوب Gamete Intra - Fallopian Transfer (G I F T) أو بنقل البويضة المخصبة (الزيجوت) إلى داخل قناة فالوب Zygote Intra - Fallopian Transfer (Z I F T) كما تم تطوير طريقة لتسهيل إخصاب البويضة عن طريق حقن الحيوان المنوي داخل سيتوبلازم البويضة مباشرة IntracytoPlasmic Injection وهذه الطريقة مفيدة في حالة النقص الشديد في الحيوانات المنوية ، وفي الحالات التي يرغب فيها تحديد نوع الجنين ذكراً أو أنثى .

٤) وإذا كان عقم الزوجة ناتج عن فقد المبيض أو فقد وظيفتهما ، لكن الرحم سليم، فيمكن الحصول على البويضات من امرأة متبرعة ليتم إخصابها بنطفة الزوج خارج الرحم ، ثم نقل الجنين إلى رحم الزوجة ليتم نموه وتطوره بالشكل المعتاد.

---

[١] نال روبرت إدواردز جائزة نوبل للطب عام ٢٠١٠م ، وكان هذا التأخير الطويل في حصوله على الجائزة بسبب موقف الكنيسة الكاثوليكية المعارض لأعماله ، ولم ينل شريكه ستبتو الجائزة لوفاته منذ سنوات عديدة .

٥) أما إذا كانت الزوجة قد فقدت الرحم لأي سبب من الأسباب مثل الاستئصال الجراحي بينما المبيض لديها سليم ،فيمكن الحصول على البويضات منها وإخصابها بمني الزوج خارج الرحم بالطريقة المعتادة ، وبعد ذلك ينقل الجنين إلى رحم امرأة أخرى متبرعة أو مستأجرة وهو ما يعرف بالأم المستعارة (Surrogate mother).

و قد أدى ذلك إلى نشوء مشاكل جديدة مثل تعدد مفهوم الأمومة مثل الأم البيولوجية (Biological) أو الأم الوراثية (Genetic Mother) صاحبة البويضة والأم الحامل (Gestational mother) صاحبة الرحم الذي نما داخله الجنين.

و النواحي الدينية في البلاد الغربية لم يعد لها شان كبير في تقرير مثل هذه المشاكل المستجدة الناتجة عن تكنولوجيا التناسل الإنساني ولا في اقتراح الحلول لها لأن هذه المجتمعات تقيم نظمها الاجتماعية والتشريعية والسياسية على الأسس العلمانية المعتمدة على الليبرالية والحرية الفردية.

و لكن المشاكل الأخلاقية والتشريعية والقانونية التي نشأت في هذا المجال نتيجة الوسائل التكنولوجية الجديدة في علاج العقم والتناسل الإنساني كثيرة جداً ولكل منها جوانبها المختلفة وتتعدد فيها الآراء ويشتد حولها الجدل وتختلف أساليب قبولها من مجتمع إلى آخر بالإضافة إلى القلق حول تأثير هذه الوسائل ونتائجها على الأوضاع الأسرية والاجتماعية والنفسية داخل هذه المجتمعات.

و المشاكل التي يثور حولها الجدل في هذا المجال كثيرة ومنها ما يلي :

- الأم المستعارة Surrogate mother
- شرعية التعاقد أو عدمه ، مصير الجنين في حالة الاختلاف أو الإخلال بشروط العقد ، تحويل التناسل الإنساني إلى قضية تجارية ، ..... الخ
- تعدد مفهوم الأمومة والأبوة ، وتغير مفهوم العائلة والأسرة
- نسبة الجنين إلى الأم البيولوجية صاحبة البويضة أو إلى الأم التي حملته ووضعته بين الأطراف المتعددة ، أولوية وأحقية كل طرف في الأمومة أو الأبوة، شرعية النسب في حالة نشوء الخلاف بين الأطراف،..... الخ
- مصير اللقائح (المني والبويضة) في بنوك المني وبنوك البويضات.
- مصير الأجنة المجمدة Frozen Embryos
- مدى أخلاقية وشرعية التخلص منها، الوقت الملائم لتقرير مصيرها، من الذي يمتلكها ويحق له تقرير مصيرها من بين الأطراف العديدة المشتركة فيها، كيفية التصرف فيها في حال موت أحد الزوجين أو كلاهما أو انفصالهما بالطلاق أو رغبة أحد الأطرف في نموها خلافاً لرغبة الآخر،....الخ
- استخدام الأجنة المجمدة في الأبحاث العلمية الوراثية وفي زرع الخلايا أو تكوين الأعضاء الصالحة للزرع.

الهندسة الوراثية :

تفتح الهندسة الوراثية أمام البشرية آفاقا جديدة لم تتضح بعد حدودها وكثير من مجالات التطبيق المحتملة تثير جدلا واسعا في الأوساط العلمية والطبية والأخلاقية والتشريعية.

والموقف الحالي في البلاد الغربية يجمع على استخدام الهندسة الوراثية في علاج الأمراض الوراثية الناجمة عن خلل في جين وحيد مثل فقر الدم المنجلي أو الناعور Haemophilia وغيرها .

اما استخدام الهندسة الوراثية لتحسين الصفات الوراثية المختلفة لدى الأفراد او لدى الأجنة مثل الطول او الذكاء او الذاكرة وغيرها ، فإن الآراء تتفق في الوقت الحاضر على رفضها لما قد ينجم عنها من المخاطر المجهولة من الناحية الطبية والاجتماعية ولفسادها من الناحية الأخلاقية.

الاستنساخ الإنساني Human Cloning:

و قد بدأت آفاقه تظهر في الفترة الأخيرة وخاصة بعد تطبيقه بنجاح على الحيوان واكتمال مشروع الجينوم الإنساني مما أثار قلقاً شديدا في أوساط المجتمعات وبدا للكثير من الناس أن المشاكل الأخلاقية والقانونية بل ومستقبل الإنسانية كلها قد تتأثر بذلك بشكل عظيم وقد تكون النتائج غير متوقعة ولا محسوبة وربما تكون مخيفة إلى درجة أن أغلبية الدول لا تزال حتى الآن تحظر على العلماء الاستمرار في إجراء التجارب في هذا المجال.

التلقيح الصناعي والإخصاب خارج الرحم في البلاد العربية والإسلامية

بالرغم من أن أغلبية الفقهاء المعاصرين قد ترددوا كثيراً قبل الإقرار بهذه الوسائل المساعدة على التناسل وعلاج العقم إلا أن حاجة المجتمعات إليها كانت كبيرة مما أدى إلى حدوث ما يشبه الاتفاق على كثير من هذه الوسائل بين مختلف المرجعيات الفقهية الإسلامية المعاصرة.

و بذلك أصبح التلقيح الصناعي من الزوج جائز شرعاً برضى الزوجين.

اما استخدام المني من متبرع أو واهب مثلما يحدث في البلاد الغربية فإنه محرم شرعيا بصورة قاطعة حرمة الزنا لأنه يؤدي إلى اختلاط الأنساب.

و يتبع ذلك بالطبع تحريم إنشاء بنوك المني أو بنوك البويضات وهذا محل إجماع عام.

و انطلاقاً من نفس الأسس السابقة فإن الإخصاب خارج الرحم ونقل الجنين جائز كذلك شرعا وتبيح قوانين البلاد الإسلامية كلها ممارسته وإن كان بعض الفقهاء لا يزالون يتحرجون من الموافقة التامة ويضعون الشروط لضمان بقاء العملية بعيدة عن كل شبهة.

و قد أصدر المجمع الفقهي الإسلامي لرابطة العالم الإسلامي في دورته الثامنة بمكة المكرمة في عام ١٩٨٠م قراراً أجاز فيه الأساليب التالية:

١) التلقيح الصناعي الداخلي الذي تؤخذ فيه نطفة الزوج وتحقن في رحم زوجته.
٢) التلقيح الصناعي الخارجي (أطفال الأنابيب) الذي تؤخذ فيه النطفة من الزوج والبويضة من الزوجة ويتم التلقيح خارج الرحم في طبق زجاجي وبعد فترة من النمو تنقل إلى رحم الزوجة نفسها لتعلق في جداره وتنمو كجنين طبيعي.

ثم فصل القرار بعد ذلك جميع الحالات المحرمة شرعاً مثل استخدام المني من المتبرع أو البويضة من امرأة متبرعة أو استنبات الجنين في الرحم الظئر لامرأة أخرى (الأم المستعارة) وغيرها من الأساليب المستخدمة في البلاد الغربية.

كما تراجع المجلس عن قراره السابق في إجازة الأسلوب الذي تؤخذ فيه النطفة والبويضة من زوجين وبعد تلقيحهما في وعاء الاختبار تزرع اللقيحة في رحم الزوجة الأخرى للزوج نفسه إن كانت قد وافقت برضاها واختيارها على حمل الجنين في رحمها نيابة عن ضرتها العاقر.

و قرر المجلس عدم جواز هذا الأسلوب وسحب قرار موافقته عليه والذي كان قد صدر عنه في دورته السابعة.

الاختبارات الوراثية Genetic Testing

يمكن إجراء الاختبارات الوراثية لتحديد عدد قليل من الأمراض الوراثية التي يتحكم بظهورها جين مورث واحد مثل داء هنتجتون 'Huntington وداء تاي ساك (Tay-sach's Disease) وداء التليف الكيسي (Cystic Fibrosis) والناعور (Haemophilia) وتتميز هذه الاختبارات الوراثية بما يلي :

١) المعلومات الوراثية فردية أولاً وعائلية في نفس الوقت.
٢) تتعلق المعلومات الوراثية بالأمراض المستقبلية.
٣) الأمراض التي تحددها الاختبارات الوراثية ليس لها علاج ولا وسائل للوقاية.

و انطلاقاً من هذه الاعتبارات فإن إجراء الاختبارات الوراثية يكتسب أهمية قصوى من الناحية الأخلاقية والقانونية والطبية والاجتماعية وأهمها ما يلي :

١) تأثير نتائج الاختبار على سلامة الفرد النفسية وقدرته على التعامل معها دون التعرض لضرر كبير وكذلك التأثيرات المرتقبة على بقية أفراد العائلة.
٢) على المريض أن يدرك تماماً ويقدر جميع العواقب المحتملة لإجراء الفحص من الناحية النفسية والعائلية والاجتماعية وأن يقدرها تقديراً صحيحاً لكي يتمكن من ترجيح الفوائد المحتملة من إجراء الفحص على المخاطر المترتبة عليه.
٣) إجراءات الحصول على الموافقة المستنيرة لإجراء الفحص يجب أن تكون صارمة وموثقة.
٤) قد تكون المعلومات الوراثية مهمة للتخطيط للمستقبل وخصوصاً في اختيار مجال التعليم ومجال العمل المناسب للمريض ولكنها قد تكون مصدراً للاضطهاد والتفرقة من قبل جهات العمل وشركات التأمين.
٥) ولذلك فإن واجبات صيانة السر المهني تصبح عظيمة الأهمية وللمريض الحق في التحكم بالمعلومات الواردة في سجله الطبي ومن ضمنها المعلومات الوراثية التي لا يجوز إفشاءها إلا بإذنه أو خضوعاً للقانون.
٦) إذا كان من الممكن الوقاية من المرض الوراثي وذلك أمر نادر مثل داء سليلات القولون العائلية Familial Polyposis of the Colon فإن واجب تبليغ بقية أفراد العائلة يصبح ضرورياً ومقدم على واجب صيانة السر الطبي في الأهمية إذا رفض المريض أن يقوم بذلك بنفسه.

الباب السادس

مشاكل الموت

و اقتراب الأجل و الاحتضار

"الموت أمامي اليوم :

كشفاء الرجل المريض،

أو كالخروج إلي الحديقة بعد المرض.

الموت أمامي اليوم :

كشذا المر ،

أو كرائحة أزهار اللوتس .

الموت أمامي اليوم :

كتدفق السيل الجارف،

أو كرجوع المحارب إلي بيته.

الموت أمامي اليوم :

كاشتياق المرء إلى وطنه ،

بعد أن قضى السنين في الأسر.

شاعر فرعوني قديم

المـــوت

بالرغم من الاختلافات العديدة حول مفاهيم الحياة والموت فإن التعريف الشامل للموت والذي يحظى على موافقة عامة هو :

"التوقف الدائم لعمل الجسد كوحدة متكاملة في تنظيم وأداء العمليات الحيوية المترابطة".

وتشمل العمليات الحيوية وظائف متعددة مثل الوعي والإدراك للذات والمحيط وتنظيم التنفس والدورة الدموية ودرجة حرارة الجسد وغيرها...

أما من الناحية الدينية فإن مفهوم الموت واضح بطريقة قاطعة وهو مفارقة الروح للجسد.

و قد نظر البعض إلى الموت كعملية مستمرة بدليل استمرار نمو الشعر والأظافر لمدة ٢٤-٤٨ساعة بعد الوفاة واستمرار حياة بعض الأعضاء والأنسجة والخلايا ، ولكن من الواضح أن هؤلاء لم يستطيعوا التفريق بين الموت وعملية الانحلال ، كما أن الدليل القائم على استمرار نمو الشعر والأظافر بعد الموت غير صحيح ولم يثبت أمام التمحيص العلمي الدقيق.

فالموت على مستوى الخلية والأنسجة عملية تدريجية وتعرف بعملية الانحلال ، وهي تختلف بحسب قدرة الخلايا على تحمل حرمانها من الأكسجين .

و ليس من المهم تحديد موت الأعضاء المختلفة أو مجموعات الأنسجة والخلايا وإنما يتم تحديد حدوث الموت باللحظة التي يتوقف فيها عمل أجهزة وأعضاء الجسم كوحدة متكاملة مترابطة.

و بالرغم من أن اللحظة التي يتحدد فيها الموت قد لا تكون على درجة عالية من الدقة في كثير من الأحيان فإن من المهم النظر إلى الموت كحدث محدد لما لذلك من أهمية طبية ودينية وشرعية وقانونية .

المواصفات المحددة لحدوث الموت :

١) التوقف الدائم لوظيفة القلب والرئتين:

استخدم هذا المعيار لتحديد الموت بكفاءة كاملة عبر التاريخ وبدرجة عالية من الدقة ولا يزال مستخدما في الوقت الحاضر في أغلبية حالات الموت المعتادة.

و لكن هذا المعيار لم يعد صالحا بصورة مطلقة في جميع الأحوال في الوقت الحاضر نتيجة لتطور العلاج الداعم لوظائف القلب والتنفس.

فعلي سبيل المثال فإن فقد وظيفة التنفس لدى مريض يعاني من شلل الأطفال لا يعني الموت لأن اجراء التنفس الصناعي يسمح له بالحياة بشكل طبيعي .

و بالمثل فإن استمرار وظائف القلب والتنفس في الحالة النباتية الدائمة لا يعني الحياة لأن الجسد لم يعد يعمل كوحدة متكاملة.

و من الملاحظ أن توقف الدورة الدموية والتنفس يؤدي إلى موت الدماغ خلال دقائق قليلة.

٢) التوقف الدائم غير القابل للانعكاس لوظيفة الدماغ ،

و هو مفهوم حديث تم التوصل إليه من خلال التطورات الحديثة التي مكنت من استمرار الحياة بوسائل العلاج الداعم لوظائف القلب والرئتين وسوف نتعرض له بالتفصيل اللازم.

الموت الدماغي BRAIN DEATH

في الحقب الأخيرة استقر مفهوم الموت الدماغي [1] كمحدد طبي لحدوث الموت وأصبح أمراً راسخاً من الناحية الطبية والأخلاقية والقانونية ومقبولا على نطاق واسع داخل المجتمعات الغربية.

والموت الدماغي مفهوم طبي حديث لم يتم إدراكه إلا منذ ٤٠ عاما فقط ،واستقر كمفهوم طبي وقانوني منذ ثلاثين عاما، وبدأت المجتمعات الغربية تتقبله ببطء منذ ذلك الحين ، ولكن قطاعات كبيرة من العامة والمرضى وأهلهم لم يقتنعوا بعد أن موت الدماغ هو الموت نفسه، ويبدو أن سنوات كثيرة يجب أن تمر قبل أن يترسخ المفهوم في الأذهان . وقد أصبح مصطلح موت الدماغ Brain Death أكثر تحديدا ويعرف بموت جذع الدماغ Brain Stem Death لتفريقه من موت المراكز الدماغية العليا في الحالة النباتية الدائمة .

أما في مجتمعات الدول النامية وإن كانت قوانين كثير من الدول قد أقرته إلا أنه لا يزال قضية غير مطروحة في كثير من هذه المجتمعات، ويلاقي معارضات كبيرة على أسس متعددة حتى ضمن أوساط الأطباء .

وفي البلاد الغربية فإن هناك دلائل إرشادية خاصة بمواصفات موت جذع الدماغ والاختبارات التأكيدية اللازمة لإثباته ، وهذه الإرشادات محددة ومحل إجماع واتفاق عام من كافة المرجعيات الطبية الكبرى في هذا المجال .

وينتج موت جذع الدماغ عادة من الإصابات الرضية للدماغ في حوادث الطرق والصدمات الشديدة والسقوط والإصابة بالطلقات النارية.

ويكون الجزء المصاب بشدة هو جذع الدماغ الذي يتحكم في الوظائف اللاإرادية لجسم الإنسان وخصوصا مراكز التنفس . ويمكن المحافظة على حياة المريض بوسائل التنفس الاصطناعي ووسائل دعم الحياة الأخرى.

ويستحيل تحسن المريض بعد ثبوت موت جذع الدماغ الذي يمكن التأكد منه بصورة قاطعة خلال عدة ساعات.

ويتميز موت جذع الدماغ بالمواصفات والعلامات التالية :

- يكون المريض في حالة غيبوبة عميقة ولا يوجد لديه اي إدراك للذات او المحيط وليس لديه أي إحساسات ولا أي نشاط عضلي او حركي تلقائي في الأطراف، ولا يمكن أن تحدث للمريض اختلاجات أو تشنجات.

---

[1] المخ Cerebrum ويتكون من نصفي الكرتين المخيتين اليمنى واليسرى . Right and Left Cerebral Hemispheres - المخيخ Cerebellum

جذع الدماغ Brain Stem

- الدماغ Brain ، ويتكون من المخ والمخيخ وجذع الدماغ.

- لا يوجد أي نشاط تنفسي على الإطلاق ولا يمكن أن تحدث تهوية الدم إلا بالتنفس الاصطناعي وإن تم إيقاف أجهزة التنفس الاصطناعي فان القلب والدورة الدموية تتوقف خلال ساعات عادة أو أيام .
- يظل القلب يعمل في استمرار الدورة الدموية ولذلك فان الجسم يحتفظ بدرجة حرارته ولا تحدث برودة الموت المعتادة في الموت القلبي التنفسي ، كما يظل لون الجلد طبيعيا ولا يحدث الشحوب الذي يصاحب الموت العادي ، كما يمكن جس النبض في الأطراف.
- لا توجد أي منعكسات عصبية للأعصاب الدماغية فتكون حدقتي العينين متسعة وثابتة ولا تستجيب للضوء ، مع غياب المنعكس القرني وغيرها من منعكسات الأعصاب الدماغية ، وكذلك غياب المنعكسات الشوكية عادة ولكنها قد تكون سليمة ، وقد يستجيب المريض للمؤثرات الألمية بحركات في عضلات الوجه أو الأطراف .
- يصبح تخطيط الدماغ الكهربائي مسطحا ولا يظهر أي نشاط كهربائي للدماغ، كما أن الدراسات الاستقلابيةMetabolic Studies لا تظهر أي عمليات استقلابية في الدماغ.

معايير موت جذع الدماغ (الاختبارات التأكيدية) :

- يجب أن يقوم بالاختبارات التاكيدية لموت جذع الدماغ طبيبان اختصاصيان على الأقل من ذوي الخبرة .
- كما يجب أن يتأكد التشخيص بإجراء الاختبار مرتين منفصلتين عن بعضهما بعدة ساعات على الأقل، فإن ثبت موت جذع الدماغ يعلن موت المريض وإن حدث أي شك فإن الاختبارات تعاد مرة أخرى بعد ٤٨ ساعة .

وقد قامت لجان طبية عديدة في البلاد الغربية بوضع معايير موت جذع الدماغ روعي فيها اتخاذ أقصى تدبيرات الحيطة والحذر لتجنب حصول الخطأ في التشخيص، وأهم هذه المعايير هي ما يلي :-

١) غيبوبة عميقة بدون أي استجابة لأشد أنواع المنبهات .
٢) لا توجد أي حركة خلال المراقبة لمدة ساعة كاملة .
٣) عدم وجود أي منعكس عصبي وخصوصا منعكسات جذع الدماغ وهي :
- منعكس الحدقة الضيائي Pupillary Light Reflex
- المنعكس القرني Corneal Reflex
- المنعكس الدهليزي العيني Occulo-Vestibular Reflex
- المنعكس البلعومي Pharyngeal Reflex
- والمنعكس الحنجري Laryngeal Reflex .
٤) اختبار انقطاع التنفس : يعطى المريض الأكسجين ١٠٠٪ لمدة عشر دقائق ثم يفصل جهاز التنفس الاصطناعي عنه ويراقب لمدة عشر دقائق.
ويصبح الاختبار إيجابيا إذا تأكد عدم وجود أي حركة تنفسية تلقائية ولا حتى شهقة تلقائية صغيرة واحدة .
واختبار انقطاع التنفس هو الاختبار التاكيدي الحاسم الذي يقطع بموت جذع الدماغ.
٥) يجب إعادة جميع الاختبارات السابقة بعد ٢٤ ساعة .

وتشترط بعض المعايير أن يكون مخطط الدماغ الكهربي مسطحا أي مستويا Flat ، ولكن تبين عدم ضرورة ذلك لأن وجود نشاط كهربائي للقشرة المخية في بعض الحالات لا يدل على وجود نشاط في جذع الدماغ .

كما أن النشاط الكهربائي للدماغ يمكن أن ينعدم في حالة انخفاض درجة حرارة الجسم إلى ما دون ٢٥ درجة مئوية Hypothermia وفي حالات الانسمامات الحادة بالمواد المهدئة Drug Intoxication دون أن يكون المريض مصابا بموت الدماغ .

ويكتسب مفهوم موت الدماغ أهمية كبيرة للاعتبارات الآتية :

١) عدم الاستمرار في الجهود العلاجية لإنعاش المريض وبذل العناية الطبية والتمريضية غير المجدية ذات التكاليف المالية الباهظة من ناحية والتي تشكل أعباء نفسية هائلة على أهالي المرضى وأصدقائهم وعلى فريق العناية الطبية والتمريضية من ناحية أخرى .

٢) موت جذع الدماغ مفهوم مهم للتمكين من الحصول على أعضاء بشرية صالحة للغرس أو الزرع للمرضى مثل القلب والرئتين والكبد والكلى وغيرها .

مفهوم الموت الدماغي لدى العامة:

إن الأسباب التي تجعل مفهوم موت جذع الدماغ لدى العامة مرتبكا أو غير مقبول متعددة وكثيرة أهمها ما يلي :-

١) لا يستطيع الكثير من الناس أن يدرك ويتفهم أو يقتنع بيقين أن المريض الذي يظل قلبه نابضا ونبضه محسوسا وجسمه محتفظا بحرارته الطبيعية ولا يبدو عليه شحوب الموت المعتاد قد أصبح في عداد الموتى ، لأن مفهوم موت جذع الدماغ مفهوم حديث تطور خلال التقدم العلمي الحديث ولم يكن أمراً معروفاً في السابق.

٢) لا يستطيع أهل المريض أن يدركوا أن مريضهم العزيز عليهم قد أصبح ميتا وهم يشاهدون بعض مظاهر الحياة باقية عليه ، خصوصا وأن معظم الحالات تكون مفاجئة بسبب الحوادث العامة مثل حوادث الطرق والإصابات النارية والانسمامات الحادة ، وحينئذ يمكن أن يصاب الأهل بحالة من الإنكار وعدم التصديق بأن المريض الذي يحبونه قد أصبح في عداد الموتى ولا يستطيعون مواجهة الحقيقة المرة بسهولة.

٣) الاختلاف في المفاهيم الناتج عن العقائد الدينية المختلفة والتخوف من مخالفة ذلك للشرائع السماوية وكذلك الاختلافات الثقافية بين الشعوب المختلفة.

٤) عدم التفريق بين موت جذع الدماغ Brian Stem Death والحالة النباتية الدائمة Permanent Vegetative State مع تداول القصص عن معجزات شفائية نادرة تحدث في الحالة النباتية الدائمة وخصوصا إن كان قد تم اختلاط التشخيص مع الحالة السابقة لها وهي الحالة النباتية المستمرة Persistent Vegetative State .

٥) يرتبط موت جذع الدماغ بطلب التبرع بأعضاء الميت لزراعة ونقل الأعضاء، ويثور الشك لدى البعض بأن هدف الحصول على أعضاء المريض الصالحة للزرع لدى مرضى آخرين قد يكون هو الدافع لإعلان موت المريض بينما علامات الحياة لا تزال باقية عليه.

موت الدماغ من وجهة النظر القانونية :-

ومن الناحية القانونية فقد استقر مفهوم موت جذع الدماغ وتم قبوله في معظم البلاد والدول الغربية وكثير من البلاد العربية والإسلامية، وأصبح من المتفق عليه أن لحظة الموت هي التي يتم فيها التأكد من موت جذع الدماغ بإجراء الاختبارات التشخيصية التأكيدية، وليست بعد ذلك عندما يتم إيقاف جهاز التنفس الاصطناعي أو عندما يتوقف القلب عن النبض بعد ساعات أو أيام .

وفي كثير من الدول صدرت تشريعات وقوانين تقر فيها بان موت جذع الدماغ يعتبر موتا مثل فرنسا وإيطاليا وإسبانيا وأمريكا والمملكة العربية السعودية (حوالي ٥٣ دولة).

اما في بعض الدول مثل بريطانيا فقد أصبح موت الدماغ مفهوما راسخا طبيا ومقبول اجتماعيا بشكل لم يعد فيه بحاجة إلى قوانين أو تشريعات .

وتقرر القوانين بان موت جذع الدماغ مفهوم طبي يقع ضمن مجال التشخيص الطبي الذي هو امر في يد الطبيب وحده وليس للأهل ان يعترضوا على ذلك وإذا رفض الأهل الموافقة على إيقاف اجهزة التنفس الصناعي وقام الأطباء بإيقافها ضد رغبة الأهل وإرادتهم فإن ذلك لا يعتبر فعلا مخالفا للقانون ولا يمكن أن يخضع الأطباء للمساءلة القانونية .

ولكن العادة جرت بان تتم معاملة أهل الميت بالرفق والرحمة وتفهم موقفهم وإعطاءهم الفرصة لاستيعاب الموقف ومواجهة الأمر الواقع والموافقة على إيقاف أجهزة التنفس الصناعي بعد الاقتناع والطمانينة . وإذا أصر أهل المريض على الاستمرار في الجهود العلاجية غير المجدية رغم معارضة الأطباء فان الموقف من الناحية الأخلاقية والقانونية واضح ومحدد المعالم في الدول المتقدمة التي تقر قوانينها مفهوم الموت الدماغي لأن موت جذع الدماغ هو تشخيص طبي ولذلك فان إيقاف أجهزة التنفس الصناعي هو كذلك قرار طبي محض .

كما أن من المقرر أخلاقيا أن المريض يملك الحق في رفض أي علاج يوصى له ولكن لا المريض ولا أهله يمتلكون الحق في طلب علاج معين لا يقوم الأطباء بتقديمه للمرضى الآخرين المصابين بنفس حالته .

ولكن الموقف قد يصبح معقدا إذا كان أهل المريض يرفضون مفهوم الموت الدماغي ولا يعترفون به على أسس دينية (خصوصا اليهود الأرثوذكس)، فالأطباء والعاملون الصحيون في أقسام العناية المركزة يجدون أنفسهم في موقف صعب ،لأن استمرار العلاج غير المجدي ضد قناعة الأطباء، لشخص يعتبرونه في عداد الموتى، يستنفد جهودهم ويشكل عبئا على الموارد الشحيحة يتنافى مع مبادئ العدالة التوزيعية ويحرم في نفس الوقت مريضا آخر في حالة حرجة، وفي حاجة إلى عنايتهم ، ولكنه لا يجد السرير لأن ميتا يحتل مكانه، وهم يعالجون ذلك الميت مدركين لعدم جدوى جهودهم ، وأنهم يفعلون ذلك لمجرد إرضاء الأهل وكسب ودهم .

بل أن بعض الأطباء يعتقدون أن استمرار العلاج بعد موت جذع الدماغ لا يعتبر عديم الجدوى ومرهق التكلفة فحسب، ولكنه أيضا لا يحقق المصلحة العليا للمريض، ويعتبر انتهاكا للكرامة الإنسانية للفرد، لأن استمرار العلاج في هذه الحالة من أجل إرضاء أهله وكسب ودهم ورضاهم يعتبر عملا منافيا للأخلاق، لأنه يتعامل مع الفرد كوسيلة لتحقيق رغبات الآخرين وأهدافهم ولا يتعامل معه كغاية في حد ذاته بغض النظر عن غايات الآخرين وأهدافهم .

وفي هذه الحالات يجب التصرف بحصافة وحكمة بدون الضغط على أهل المريض لإجبارهم على الرضوخ للموافقة على إيقاف العلاج، بل يتم التفاهم معهم والتفاوض مع توضيح الأمور عدة مرات دون اتخاذ مواقف عدائية نحوهم ، مع تفهم مشاعرهم الدينية التي تبرر رفضهم ، وفي العادة يمكن الوصول إلي حل وسط يرضى جميع الأطراف مثل تقديم العناية المحدودة للمريض .

وتتمثل العناية المحدودة في الاستمرار في تقديم التنفس الاصطناعي والسوائل الوريدية، والتوقف عن اي نشاط علاجي آخر مثل التغذية الاصطناعية ونقل الدم والمضادات الحيوية ، ووسائل تدعيم نشاط الكليتين والدورة الدموية، وعدم القيام باي مجهود لإنعاش القلب إن حدثت اضطرابات نظم

القلب ، والتوقف عن المراقبة الدقيقة لوظائف الجسم ومكونات الدم ، وفي مثل هذه الحالات فان القلب يتوقف عادة خلال أيام قليلة .

موت الدماغ في المجتمعات العربية والإسلامية

كثير من الفقهاء المعاصرين يميلون إلى عدم اعتبار موت الدماغ موتا شرعيا والبعض منهم يرفضه بشكل قاطع والقليل منهم يوافق عليه .

ومن الملاحظ أن كثيرا من الفقهاء الذين يرفضون موت الدماغ كمحدد شرعي للموت يقعون في كثير من أخطاء الاستدلال تدل على عدم استيعاب المفهوم بشكل صحيح ويتمسكون بمفاهيم الموت التقليدية بشكل يدل على عدم التعامل مع المعطيات والمفاهيم الحديثة التي خلقتها وسائل التقدم الطبي التكنولوجي الحديثة.

ومن أنضج الآراء وأكثرها عقلانية في هذا الصدد رأي للدكتور محمد نعيم ياسين وفق فيه بين المفهوم الديني الشرعي للموت والمفهوم الطبي الحديث لموت الدماغ بشكل رائع .

يقول الدكتور محمد نعيم ياسين أن علماء الشريعة يجمعون على أن الإنسان يتكون من جسد وروح وأن لحظة بداية الحياة الإنسانية هي نفخ الروح في الجسد وأن نهاية الحياة الإنسانية (أي الموت) هي لحظة خروج الروح من الجسد .

ومن أهم وظائف الروح العلم والإدراك ، ومن أهم آثارها الحركة الاختيارية لا الاضطرارية ، ولذلك فإن وجود أي نوع من الحس والإدراك والحركة الاختيارية يدل على بقاء الروح في الجسد ، وأن غياب هذه المظاهر غيابا كاملا يدل على مفارقة الروح للجسد .

وكذلك فإن الروح لا تظل ملازمة للجسد إلا بمقدار صلاحيته لخدمة الروح.

فالجسد الإنساني ليس إلا مجمعا من الأجهزة والأعضاء الحيوية المترابطة الصالحة لخدمة مخلوق عاقل اسمه الروح، وتسيطر الروح على الجسد بواسطة الدماغ .

فإذا أصاب الدماغ تلف كامل ودائم عجز بصورة كلية عن الاستجابة لإرادة الروح وبالتالي لا يعود الجسم صالحا لسريان الروح فيه ، فترحل عنه بإذن ربها .

وكنتيجة على ذلك فان لحظة موت الدماغ يمكن اعتبارها لحظة مفارقه الروح للجسد، أي أن موت الدماغ يعني موت الإنسان شرعا، وليس هناك أي تناقض بين المفهوم الديني الشرعي للموت والمفهوم الطبي لموت الدماغ بل إن هناك تكاملا بين المفهومين .

وقد أصبحت غالبية الاجتهادات الفقهية في الحقب الأخيرة تجمع على أن لا حرج على الطبيب إن قرر إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعية عن المريض المحتضر الذي يكون شفاؤه في حكم الميئوس منه، ولا يعد ذلك قتلا له ولا تسببا بموته .

كما أجاز ذلك المجمع الفقهي الإسلامي في دورته المنعقدة في عمان في عام ١٩٨٦م حيث قرر بالأغلبية بانه يسوغ رفع أجهزة الإنعاش المركبة على ميت الدماغ وإن كان بعض الأعضاء لا يزال يعمل آليا بفعل تلك الأجهزة .

ولكن فريقا من الفقهاء المعارضين لمفهوم الموت الدماغي لا يزالون يعارضون إيقاف أجهزة الإنعاش ويقررون وجوب استمرار جهود العلاج لإنقاذ حياة المريض مهما طالت .

غرس الأعضاء Organ Transplantation

حققت جراحات نقل وغرس الأعضاء نجاحا عظيما واتاحت الفرصة لإنقاذ حياة الملايين من المرضى وخصوصا في غرس قرنية العين والكلى والكبد والرئة والقلب وغيرها من الأعضاء.

لكن الحاجة إلى الأعضاء الصالحة للغرس للمرضى أصبحت كبيرة ولا تفي بأعدادهم المتزايدة، وسرعان ما تبين أن النقص الشديد في توفير الأعضاء الصالحة للغرس ليس ناتجا عن عدم وجود المتبرعين بقدر ما هو ناتج عن فشل المهنة الطبية في توجيه المجتمعات بالشكل الذي يحقق القدرة على تجنيد المتبرعين الذين يوافقون من حيث المبدأ على التبرع بأعضائهم بعد الوفاة وبما يكفل سد النقص وتوفير الأعضاء الصالحة للغرس لجميع المرضى المحتاجين .

وهناك نظامان في البلاد الغربية للحصول على الأعضاء يقوم الأول منهما على الموافقة المعتادة ويقوم الثاني على مبدأ الموافقة المفترضة Presumed Consent.

وفي الدول التي تعتمد على نظام الموافقة المعتادة (مثل أمريكا وبريطانيا والمانيا وهولندا) فإن القانون يحتم الحصول على إذن الشخص في وصية يكتبها قبل وفاته يوافق فيها على التبرع بأعضائه، وإذا لم يكن الشخص قد أعلن رأيه في وصيته فيتم الحصول على الإذن من الأهل الأقربين من ورثته .

وبالرغم من الجهود العظيمة التي تبذل لتوعية الناس بأهمية الوصية بالتبرع بالأعضاء بعد الوفاة فإن نسبة قليلة من الناس تقوم بذلك مما يجعل العبء النفسي في الحصول على الموافقة يقع على الأطباء وأهل الميت المفجوعين بمصابهم وهو عبء عظيم يحجم كثير من الناس عن الإقدام عليه .

الموافقة المفترضة على استقطاع الأعضاء Presumed Consent

يعتمد نظام الموافقة المعتادة في الحصول على الأعضاء في أساسه على أن رفض التبرع هو القاعدة وأن الموافقة هي الاستثناء .

ولذلك رأى بعض أساتذة الأخلاق أننا بحاجة إلى تبني المفهوم المضاد لذلك وهو أن موافقة جميع الناس على التبرع بأعضائهم بعد الوفاة هي القاعدة وأن الرفض هو الاستثناء.

وهذا يعني أن الأطباء يستطيعون استقطاع بعض أعضاء الميت بدون موافقة إلا إذا كان الميت قد عبر عن رفضه لذلك أثناء حياته أو في وصيته أو إذا اعترض أقاربه على ذلك بعد وفاته .

وقد تبنت مبدأ الموافقة المفترضة العديد من الدول الأوروبية (أكثر من ١٣ دولة منها فرنسا وإسبانيا والنمسا) وأصدرت القوانين المنظمة لذلك.

وفيها يقوم الأطباء بإبلاغ الأهل عن رغبتهم بالاستقطاع فإن لم يعترض الأهل نفذ ذلك ولا يطلب من الأهل الموافقة على الاستقطاع.

ويحتج المؤيدون لنظام الموافقة المفترضة والمزايا الكبيرة التي تتوفر فيه بالأمور التالية:-

١) انها تجعل التبرع بالأعضاء إجراء اعتياديا (روتينيا) ولا تتطلب من الأهل اتخاذ قرار الموافقة وتحمل المسئولية في الظروف العصيبة للوفاة، وبالتالي فإن احتمال اعتراض الأهل على إجراء اعتيادي (روتيني) أقل من احتمال موافقتهم على إجراء غير اعتيادي .

٢) انها تحتفظ بحق الرفض لمن لا يوافقون على التبرع بالأعضاء وبالتالي فإن إرادتهم ورغبتهم مكفولة .

٣) أنها تجعل المحافظة على الحياة قيمة إنسانية راسخة ويقع عبء الاعتراض على كاهل الذين ينكرون حق الحياة على الآخرين .

٤) أنها تتغلب على الصعوبات الناجمة عن التأخير في استقطاع الأعضاء الناجمة عن انتظار وصول أقارب الميت والحصول على موافقتهم .

٥) تظهر استطلاعات الرأي أن الأغلبية من الناس لا يعترضون من حيث المبدأ على التبرع بأعضائهم بعد الوفاة لإنقاذ حياة الآخرين ولكنهم لا يكلفون أنفسهم عناء التصريح بذلك في وصية رسمية.

ويرد المعارضون لمبدأ الموافقة المفترضة بالأمور التالية :-

١) أنها تنتهك مبدأ احترام الحرية الذاتية للأفراد وتلغي إرادتهم في حرية الاختيار .

٢) يلزم إبلاغ جميع أفراد المجتمع بوجود مثل هذا القانون لكي يتمكن المعترضون على ذلك من تسجيل معارضتهم، كما يجب تدوين الاعتراضات بشكل يسهل الوصول إليها في حالة حدوث الوفاة .

٣) أن الإجراءات اللازمة لإبلاغ الأهل برغبة الأطباء في الاستقطاع ومعرفة وجود اعتراض على ذلك لا تختلف كثيرا عن تلك الإجراءات للحصول على الموافقة المعتادة .

٤) أن هذا النظام قد يضعف ثقة أهل الميت بالأطباء مما قد يعطي نتائج سلبية.

٥) أن الموافقة الصحيحة لها شروط ومواصفات ولا يصح أن تكون الموافقة " مفترضة "لأن في ذلك مصادرة مسبقة على المطلوب.

وفي الواقع العملي فإن الدول التي تقوم فيها القوانين على مبدأ الموافقة المفترضة قد استطاعت تسهيل الحصول على الأعضاء الصالحة للغرس من الموتى وزادت نسبتها في بعض الدول إلى أكثر من ١٥٠٪. ويبدو أن السبب في ذلك هو أن أهل الميت قد لا يوافقوا على التبرع، أو قد لا يرغب أحد منهم في تحمل تلك المسئولية على عاتقه، ولكن أحدا منهم لا يكون مستعدا لمعارضة الاستقطاع عند ما يتم إبلاغهم بذلك على اعتبار أنه إجراء اعتيادي يجرى على الجميع في مثل هذه المواقف.

طلب الموافقة المسبقة على استقطاع الأعضاء

و هناك اقترح بديل للموافقة المفترضة يقوم على أساس طلب الموافقة المسبقة من جميع أفراد المجتمع على التبرع بالأعضاء بعد الموت مع إيجاد نظام تسجيل خاص بذلك يسهل الوصول إليه بسرعة وكفاءة.

و يمكن أن يتم ذلك بعدة وسائل منها السجلات الطبية لكل مريض ويصبح فيها سؤال المريض حول موقفه من التبرع بالأعضاء سؤالاً اعتيادياً (روتينياً) ضمن القصة المرضية والكشف على المريض.

و يمكن أيضاً أن تسجل الموافقة أو الاعتراض في الوصية الطبية المسبقة وفي تعيين الوصي الطبي وفي الوصية القانونية العادية وفي الإقرارات الضريبية السنوية وغيرها. ولكن أهم طرق تسجيل الموافقة أو الاعتراض على التبرع بالأعضاء يمكن أن يتحقق عند الحصول على رخصة قيادة السيارة لأن معظم الأفراد في البلدان المتقدمة يحصلون عليها.

و يعتقد المؤيدون لذلك أنه سوف يؤدي إلى تحقيق مزايا الموافقة المفترضة واستبعاد أهم عيوبها.

و في حالة تطبيق مثل هذا الاقتراح فسوف يكون معظم الأفراد قد تم إبلاغهم بطلب التبرع بالأعضاء بعد الموت وتم تسجيل الموافقة أو المعارضة لذلك في مستندات رسمية. وعند موت الشخص فلن

يكون مطلوبا من الأهل الموافقة على استقطاع الأعضاء ولا يستطيع احد منهم الاعتراض على رغبة المتوفى وفي ذلك ابعاد للأهل عن محنة اتخاذ القرار في الأوضاع المزعجة المحيطة بالموت.

كما ان ذلك سوف يرفع الحرج والعبء النفسي عن الأطباء الذين يقومون بطلب موافقة الأهل على التبرع بالأعضاء في ظروف الموت والفقد والثكل التي تثقل قلوبهم ، بالإضافة إلى أنه سوف يمنع التأخير الناجم عن انتظار موافقة الأهل على التبرع بالأعضاء واستكمال إجراءاتها القانونية.

غرس الأعضاء في المجتمعات العربية والإسلامية

تخلفت الدول العربية والإسلامية في مجال نقل وزراعة الأعضاء بشكل عظيم ليس من الناحية العلمية والتكنولوجية وإنما وهو الأهم من الناحية التشريعية حيث لا تزال بعض المجتمعات العربية والإسلامية تعارض جواز استقطاع الأعضاء ونقل الأعضاء وغرسها للمرضى وترفض قبول المفاهيم الطبية الحديثة مثل موت جذع الدماغ الذي يسهل الحصول على أعضاء صالحة للغرس .

الرأي الفقهي في استقطاع وغرس الأعضاء :

كان الراي الفقهي السائد في الماضي، الذي ينال إجماع الفقهاء هو أن استقطاع عضو من الميت او الحي أمر محرم شرعاً لأن الإسلام يكرم الإنسان حيا كان أو ميتا، كما يحرم الإسلام المثلة بالميت، ويامر بسرعة دفن الميت للحفاظ على كرامته.

لكن التطورات الحديثة التي نشأت خلال الحقب الأخيرة واهمها غرس الأعضاء ومفهوم الموت الدماغي قد أوجب على الفقهاء الاجتهاد أمام مشاكل واحتياجات المجتمعات الإسلامية المعاصرة مثل غيرها من المجتمعات.

وقد أصبح الراي الغالب لدى معظم الفقهاء المحدثين هو إباحة استقطاع عضو من حي أو ميت من اجل غرسها في جسد مريض لإنقاذ حياته، إذا ثبت أنه لا توجد وسيلة اخرى للعلاج .

و قد اعتمد الفقهاء في الإباحة على قاعدتين فقهيتين راسختين :

١) " الضرورات تبيح المحظورات " :

و لما كانت الشريعة تبيح شرب وأكل المحرمات عند الضرورة فإن المرض الشديد ضرورة كضرورة الغذاء، ولذلك فإن المرض يبيح التداوي بالمحظورات.

وبالإضافة إلى ذلك فإن طلب التداوي يعتبر واجباً شرعياً يأثم المسلم إذا تركه.

٢) " إذا تعارضت مفسدتان روعي أعظمهما ضرراً ويختار اهون الشرين أو اهون الضررين " :

وبناء على ذلك فإن حرمان المريض الحي المشرف على الهلاك من العلاج الضروري له اشد ضررا من استقطاع العضو من شخص آخر لإنقاذ حياته أومن انتهاك حرمة الميت.

و قد افتى الفقهاء ايضاً بجواز غرس الكلية بالرغم من إمكانية المعالجة بأجهزة الكلية الصناعية اعتماداً على القاعدة الفقهية : " الحاجة تنزل منزلة الضرورة " .

و اعتبروا المريض في مثل هذه الحالة في حاجة إلى غرس الكلية لأنها تسهل له العلاج وتقلل من مضاعفاته استنادا إلى قواعد التسهيل والتيسير الشرعية المعروفة.

و قد وضع الفقهاء بعض القيود على الاستقطاع مثل :

١) لا يجوز أن يؤدي استقطاع عضو من شخص حي لإنقاذ حياة مريض آخر إلى إصابة المتبرع بالضرر لأن ، " الضرر لا يزال بمثله ".

٢) لا يجوز الاستقطاع إن كان قد ينجم عنه مفسدة عظيمة كالفتنة والاختلاف بين الأهل استناداً إلى القاعدة الفقهية ، " درء المفاسد مقدم على جلب المصالح " .

و قد صدرت فتاوى كثيرة لجهات فقهية إسلامية عديدة بجواز استقطاع وغرس الأعضاء وجواز التبرع بالأعضاء من الأحياء والأموات مثل المفتي الأكبر لمصر وهيئة كبار العلماء في السعودية ، والمجمع الفقهي الإسلامي لمنظمة المؤتمر الإسلامي ، ووزارة الأوقاف الكويتية ، والمجلس الأردني الأعلى للفتوى ، . . . وغيرها .

وهذه الفتاوى تحرم بيع الأعضاء لأن البيع نوع من التصرف فيما لا نملك بهدف الربح والكسب، ولا يجوز ذلك شرعا، أما التبرع أو الهبة فجائز لأن القصد منه هو الغوث والنجدة .

وقد قامت الكثير من الدول العربية والإسلامية باعتماد هذه الفتاوى بالإضافة إلى الفتاوى التي تقبل مفهوم الموت الدماغي لإصدار قوانين تنص على جواز غرس الأعضاء البشرية، وتقر بعضها بشكل صريح ومباشر بمفهوم موت الدماغ كمحدد شرعي للموت (العراق – المملكة العربية السعودية)، وبعضها يقر بذلك بشكل ضمني غير مباشر (الكويت ، الإمارات العربية المتحدة) . ويقوم في المملكة العربية السعودية واحد من أنجح وأكفأ برامج نقل وغرس الأعضاء في المنطقة كلها .

ولكن الأمر لا يزال غير محسوم في كثير من البلاد العربية وخصوصا كبرى الدول العربية وأهمها وهي مصر التي توقفت فيها مؤخرا عمليات غرس القرنية بالرغم من أنها كانت قد أصدرت قانونا لإجازتها وتنظيمها عام ١٩٦٢ م ، وكانت تمارس فيها بشكل واسع إلى جانب عمليات غرس الكلية .

و هناك قانون وضعته نقابة الأطباء مع وزارة الصحة في مصر لتنظيم استقطاع وغرس الأعضاء ولكن إقراره في مجلس الشعب قد تعثر عدة مرات في السنوات الأخيرة، ولا تزال محاولات إقراره مستمرة.

ومن الجدير بالذكر أن بعض الفقهاء المتشددين لا يزالون يعارضون استقطاع الأعضاء من الأموات والأحياء، وبالتالي يرفضون عمليات نقل الأعضاء وذلك فيما يعتقدونه غير جائز شرعا لأن الإنسان لا يمتلك جسده ، وإنما هو ملك لله تعالى ولا يجوز للإنسان التصرف فيما لا يملك سواء كان ذلك بالبيع أو بالتبرع أو الهبة لأن كلا منها يعتمد على الملكية .

ولذلك فهم يرون أن نقل الأعضاء من حي إلى حي غير جائز لأن البيع أو الهبة غير جائز شرعا ، وكذلك فإن نقل الأعضاء من ميت إلى حي غير جائز لأن الموت الدماغي غير معترف به شرعا، وأما من يثبت موته بشكل قاطع فإن أعضاءه تكون قد بدأت في الانحلال ولا تصلح للغرس .

وهؤلاء الفقهاء ينتقدون الرأي الفقهي السائد الذي يبيح غرس الأعضاء، ويحرمون بيع الأعضاء ولكنهم يجيزون التبرع أو الهبة . وهم يرون أن المسألة ليست في الهبة أو البيع، بل في تحديد ملكية الجسد الإنساني وهل هو ملك لله وحده، أم ملك للإنسان يتصرف به كيف يشاء. فإذا أجزنا الهبة كان ذلك يعني أن الإنسان يتصرف فيما يملك، وفي هذه الحالة فإن البيع جائز أيضا، بل هو أولى وأسبق من الهبة، لأن البيع هو التصرف السائد والمعتاد فيما يمتلكه الإنسان، أما الهبة فهي الأمر الثانوي غير المعتاد، ومن المؤكد أن من له الحق في الهبة فإن له الحق في البيع من باب أولى.

الحالة النباتية الدائمة Permanent Vegetative State

الحالة النباتية الدائمة ليست إلا واحدة من حالات الغيبوبة العميقة ونسميها دائمة لأننا يجب أن نفرقها عن الحالة السابقة لها وهي" الحالة النباتية المستمرة " Persistent Vegetative State وهي مؤقتة وإن طال أمدها .

وفي الحالة النباتية الدائمة فإن المراكز العليا في القشرة المخية والمراكز تحت القشرية هي التي أصابها التلف الشديد، ولكن المراكز في ما تحت المهاد وجذع الدماغ المختصة بالوظائف اللاإرادية للجسم تكون سليمة وخصوص التنفس ووظائف القلب والجهاز الدوري والجهاز الهضمي وغيرها .

وتتسم المواصفات التشخيصية للحياة النباتية الدائمة بما يلي :

١) لا يوجد دليل على إدراك الذات أو المحيط ولا دليل على وجود استجابات سلوكية محددة ، هادفة ، إرادية ، أو قابله للتكرار أو الاستعادة لأية مؤثرات أو منبهات بصرية أو سمعية أو لمسية أو الية مؤذية.

٢) وظائف تحت المهاد وجذع الدماغ سليمة والتنفس طبيعي بما يسمح باستمرار الوظائف اللاإرادية كالتنفس والدورة الدموية ووظائف الجهاز الهضمي مع فقد السيطرة على التبول والتبرز، ولكن الحياة تستمر لفترة طويلة إن وجد المريض العناية التمريضية والطبية اللازمة .

٣) لا يوجد دليل على فهم لغوي ولا قدرة على التعبير اللغوي ويحتفظ المريض ببعض منعكسات الأعصاب الدماغية مثل منعكس حدقة العين والمنعكس القرني وكذلك المنعكسات الشوكية .

٤) تتميز الحياة النباتية الدائمة بدورات متعاقبة من النوم واليقظة، وخلال فترات الصحو يفتح المريض عينيه ويحركهما في مختلف الاتجاهات متجولة دون أن تستقر على شيء معين ، وقد يبتسم أو يبكي ويذرف الدموع ، وقد يئن ويتأوه أو يصرخ بصوت عال أو يصدر أصواتا حنجرية غير مفهومة وليس لها أي معنى ، كما تتحرك أطراف المريض وجذعه بطريقة غير إرادية وبدون أي معنى مقصود.

٥) وفي بعض الأحيان قد يفزع المريض ويهتز جسمه وأطرافه عند سماع أي صوت مفاجئ ولكن هذا المنعكس غير إرادي، وليس له أي معنى، ولا يدل على أن المريض يدرك ما يدور في المحيط فهو فعل انعكاسي لا يختلف عن المنعكسات العصبية الأخرى .

٦) يمكن أن يظهر تخطيط الدماغ الكهربائي بعض موجات ألفا البطيئة أو موجات ثيتا أو دلتا، كما تظهر الدراسات الاستقلابية انخفاض معدل النشاط الاستقلابي للدماغ إلى أقل من النصف .

أسباب الحالة النباتية الدائمة

أما الأسباب فهي كثيرة ومتنوعة، وهي نفس أسباب موت جذع الدماغ ، مع اختلاف في مكان التلف الدماغي في كل منهما، ويمكن إجمالها في ما يلي :

١) إصابات الدماغ الحادة:-

١) الإصابات الرضية ، وأهمها حوادث الطرق والسقوط والطلقات النارية وتصل نسبتها إلى ٥٠٪ من الأسباب.

٢) توقف القلب والتنفس لأي سبب مثل احتشاء العضلة القلبية

٣) اختناق الوليد أثناء الولادة المتعسرة .

٤) نوبات هبوط ضغط الدم المديدة.
٥) الغرق.
٦) الخنق Throttling ، والاختناق Suffocation ، والشنق Hanging والانشناق Strangulation .

ب) الإصابات الوعائية الدماغية ، وهي مسئولة عن ٣٠٪ من الحالات تقريبا كالنزف الدماغي Cerebral Haemorrhage واحتشاء الدماغ Cerebral Infarction والنزف تحت العنكبوتية Subarachniod Haemorrhage ,

- الإنتانات والأخماج الجرثومية والفيروسية السحائية والدماغية Cerebral and Meningeal Viral and Septic Ifections.
- الأورام الدماغية.
-الانسمامات الحادة Acute Intoxication بأنواع المواد السمية أو الجرعات السمية من الأدوية.

ج) الأسباب التنكسية Degenerative والاستقلابية Metabolic
مثل داء الزهايمر أو احتشاءات الدماغ المتعددة أو داء هنتجتون وغيرها كثير.

د) الأسباب الخلقية الولادية : التشوهات الدماغية الشديدة في المواليد مثل استسقاء الدماغ Hydrocephalus والقيلة السحائية الدماغية -Encephalocele Meningo وصغر الراس Microcephaly وغيرها.

جدول مقارنة بين مواصفات موت جذع الدماغ والحالة النباتية الدائمة أو المستمرة

		موت جذع الدماغ	الحالة النباتية المستمرة أو الدائمة
١.	الوعي وإدراك الذات والمحيط	غائب	غائب
٢.	الوظيفة الحركية	لا توجد اي حركة عدا بعض المنعكسات الشوكية.	- لا توجد اي حركة ذات هدف. - توجد حركات في الجذع والأطراف تلقائية غير إرادية .
٣.	الإحساس بالألم والمعاناة	لا يوجد	لا يوجد
٤.	دورات اليقظة والنوم	لا يوجد	موجودة
٥.	التنفس	منقطع تماماً	طبيعي
٦.	تخطيط الدماغ الكهربائي	مسطح ولا يوجد اي نشاط دماغي كهربائي.	موجات الفا البطيئة أو موجات دلتا وثيتا.
٧.	العمليات الاستقلابية الدماغية.	لا يوجد	منخفضة إلى اقل من ٥٠٪
٨.	الإنذار أو المآل	غير قابل للانعكاس	يختلف بشكل كبير ويعتمد على نوع السبب ودرجة الإصابة.

الحالة النباتية المستمرة Persistent Vegetative State

هي حالة مؤقتة تسبق الحالة النباتية الدائمة، وكلمة المستمرة يعني انها استمرت في الماضي والحاضر ولكنها لا تعني ما يحدث في المستقبل .

اما الحالة النباتية الدائمة فإن مصطلح الدوام يدل على دوام الحالة في المستقبل اي انها الى جانب كونها تشخيصا طبيا فإنها تحدد ايضا الإنذار المستقبلي اي المآل والعاقبة وتدل على دوام الحالة وثبوتها وعدم قابليتها للانعكاس او الشفاء .

ومعدل عمر المريض في الحالة النباتية الدائمة يمتد من سنتين الى خمس سنوات وقد يستمر إلى اكثر من عشر سنوات في بعض الحالات .

والحالة النباتية المستمرة بعد الإصابات الرضية قد تستمر لمدة اثني عشر شهرا ومن النادر جدا استعادة الوعي بعد مضي هذه المدة.

اما بعد الإصابات الدماغية غير الرضية فان استعادة الوعي نادر بعد مرور ثلاثة اشهر، وكذلك الأمر في الأسباب التنكسية والاستقلابية والولادية .

ولا يبدأ التفكير في تحول الحالة النباتية المستمرة إلى الحالة النباتية الدائمة إلا بعد مرور شهر واحد على الأقل من الإصابة الدماغية الحادة وقد يتطلب التأكد من التشخيص عدة أشهر، وبعض المرجعيات الطبية لا تعتمد تشخيص الحالة إلا بعد مرور اثني عشر شهرا على الأقل. وتتحول الحالة النباتية المستمرة إلى الحالة الدائمة بعد انقضاء مدة طويلة تثبت فيها حالة المريض ولا يظهر عليه اي تحسن او تتدهور حالته إلى الأسوأ ويتم الاقتناع بان الحالة أصبحت غير قابلة للانعكاس.

ولما كان تشخيص الحالة يعتمد على انعدام الوعي بالذات والمحيط فان صعوبات قد تنشأ في التشخيص وتؤدي إلى ارتباك المفاهيم ولذلك فان أي شك في التشخيص تلزم الأطباء والمرضين والأهل بوجوب ملاحظة الحالة بدقة وإعادة التقييم بعد فترة أخرى .

ويجب التأكيد على أن الحالة النباتية الدائمة هي تشخيص ترجيحي مبني على الاحتمالات وليس قطعيا او مطلقا في جميع الحالات، ولذلك فإن الخطأ في اعتبار علامات الدوام والثبات أمر وارد ، وهي السبب الرئيسي في تحسن بعض الحالات بعد مرور وقت طويل مما يؤدي إلى حدوث قصص الشفاء والمعجزات التي تروج لها وسائل الأعلام وتخلط مفاهيمها بمفاهيم موت جذع الدماغ لدى الجمهور وعامة الناس .

ولكن من المؤكد أن ما يحدث من التباس لدى العامة في خلط مفهوم موت جذع الدماغ مع الحالة النباتية الدائمة او المستمرة او غيرها من أسباب الغيبوبة لا يمكن أن يحدث في واقع الأمر لدى الأطباء لأن المحددات التشخيصية لموت جذع الدماغ واضحة ومحددة ويمكن البت فيها بصوره قاطعة خلال ساعات قليلة بينما يتطلب التأكد من تشخيص الحالة النباتية الدائمة شهورا عديدة وربما سنوات قبل أن يتأكد الأمر بصورة يقينية .

و هناك رأي يعتقد به القليل من الأطباء وهو أن موت مراكز الدماغ العليا في الحالة النباتية الدائمة يعتبر موتا مثل موت جذع الدماغ لأن المريض في مثل هذه الحالة يفقد كينونته الشخصية ، وبالتالي فان إيقاف القلب بالصدمة الكهربائية او نزع أعضاء الجسم منه لا يمكن أن يعتبر مسببا للموت .

والرأي السائد في مختلف الأوساط الطبية هو أن المريض في الحالة النباتية الدائمة لا يعتبر ميتا، وفي الأغلب يستمرون في تقديم العناية الطبية والتمريضية التي تشمل التغذية الصناعية للإبقاء على حياته، وان كان البعض يرون أن الموقف الذي يحقق المصلحة العليا للمريض هو السماح له بالموت عن طريق " التوقف عن العلاج والرعاية المعتادة " التي تشمل التوقف عن تقديم الماء والغذاء .

ويكفل القانون الوضعي في الدول الغربية حق اهل المريض في طلب إيقاف العلاج لتمكين المريض من الحق في الموت أو" الموت بكرامة" ، وقد ارسي ذلك في سابقة قضائية شهيرة في الأدب الطبي للمريضة كارين آن كوينلان في الولايات المتحدة الأمريكية .

قضية المريضة كارين آن كوينلان Karen An Quinlan

إن حق المريض الراشد في رفض اي علاج او التوقف والتخلي عن أي علاج بعد فترة من استمراره هو حق ثابت للمريض ومحل إجماع عام ولا توجد حوله اي خلافات ، ويستند ذلك على حق المريض في تقرير المصير لنفسه.

أما بالنسبة للمريض العاجز عن اتخاذ القرار لنفسه مثل المريض الذي يعاني من الحالة النباتية الدائمة فإن الممارسة المعتادة في الماضي القريب كانت هي الاستمرار في تقديم العلاج الداعم للحياة بواسطة وسائل العلاج فوق الاعتيادية مهما طالت مدة حياتهم والتي قد تستمر لحقب طويلة.

و قد كان الأساس وراء مثل هذه الممارسة هو افتراض أن المريض كان سوف يقرر الاستمرار في العلاج فيما لو كان قادراً على اتخاذ القرار ما لم يكن قد أبدى سابقاً اي رغبة مخالفة.

و كان الغالبية من أهالي مثل هؤلاء المرضى يعانون معاناة نفسية شديدة مصحوبة بالألم والحسرة إشفاقاً على مرضاهم الذي يكنون لهم الحب العميق وهم يشاهدونهم في تلك الحالة التي يعتقدون انها تتنافى مع الكرامة الإنسانية ويتمنون لهم الموت دون أن يكون في استطاعتهم القيام بأي عمل يحقق لهم الراحة الأبدية ويريحهم من العذاب المقيم.

و منذ عام ١٩٧٦م تبدلت هذه الممارسة بعد صدور الحكم في القضية التي رفعها والدا المريضة كارين آن كوينلان ضد المستشفى والأطباء الذين يصرون على الاستمرار في تقديم العلاج للمريضة التي كانت تعاني من الحالة النباتية الدائمة لفترة طويلة.

و قد أثارت القضية في ذلك الحين جدلاً واسعاً شمل الأطباء ورجال القانون ومختلف طبقات المجتمع مما جعل أوساط الرأي العام تتعاطف مع مشكلة هؤلاء المرضى وأهاليهم وارتفعت أصوات كثيرة تنادي بحق كل إنسان في الموت الكريم.

و قد كان حكم محكمة نيوجيرسي العليا تاريخياً بكل معنى الكلمة ، فقد بنت المحكمة حكمها على التفريق بين وسائل العلاج الاعتيادية ووسائل العلاج غير الاعتيادية وهي الوسائل الغازية للجسد والتي لا تقدم فرصة معقولة في تحسن المريض أو الشفاء.

و قررت المحكمة أن الامتناع عن وسائل العلاج فوق الاعتياديةExtra Ordinary أو التخلي عنها بعد فترة من تقديمها سواء كان ذلك بناء على طلب الأهل أو بناء على تقدير الأطباء لا يعتبر قتلاً ولا يخل بالتزامات الأهل الأخلاقية أو القانونية.

وقضت المحكمة إقامة والدي المريضة كارين أوصياء شرعيين عليها يكون لهما الحق الكامل بعد التشاور مع الأطباء اتخاذ القرار نيابة عنها اعتمادا على تقدير القرار الذي كانت سوف تتخذه لنفسها لو كانت قادرة على ذلك ،او اعتمادا على القرار الذي يحقق لها المصلحة العليا بما في ذلك التخلي عن جميع وسائل العلاج والسماح للمريضة بالموت.

ولذلك فإن الحكم قد أرسى حق أهل المريض في الامتناع عن الموافقة على العلاج الداعم للحياة لمرضاهم ، أو طلب التوقف عن العلاج بعد فترة من تقديمه.

كما اقر الحكم بصورة ضمنية "حق الفرد في الموت بكرامة " والتي كانت تنال تاييدا واسعا في اوساط المجتمع والراي العام .

ومنذ صدور الحكم اصبحت الممارسة السائدة في التعامل مع مثل هذه الحالات تستند على حيثيات ذلك الحكم وتعطي لأهل المريض الحق في الامتناع او التخلي عن العلاج لمرضاهم العاجزين عن اتخاذ القرار لأنفسهم.

كما انها عززت موقف الأطباء عندما يقررون إيقاف العلاج ضد رغبة الأهل حينما يصبح العلاج غير مجد ، ولا يحقق مصلحة المريض العليا.

ولكن هذا الموقف القانوني ليس ثابتا فقد اهتزت قواعده منذ بداية التسعينيات بصدور احكام اخرى مناقضة واشهرها قضيتي هيلجا وانجلي والطفل ك.

قضية هيلجا وانجلي والطفل ك :

كانت المريضة هيلجا وانجلي في السادسة والثمانين من عمرها وتعاني من الحالة النباتية الدائمة لمدة سنة ، أما الطفل ك فقد كان مريضا مصابا بفقد المخ Anencephaly وفي كلتا الحالتين كان الأطباء يرون عدم جدوى الاستمرار في العلاج الداعم للحياة،اي انهم يدافعون عن حق المريض في الموت.

وعلى النقيض تماما من موقف الأهل في حالة كارين الذين كانوا يطالبون بإيقاف العلاج ويدافعون عن حق المريض في الموت الكريم، فإن كلا من زوج المريضة هيلجا وانجلي ووالدة الطفل كانوا يطالبون باستمرار العلاج الداعم للحياة مهما كانت الظروف ومهما طال الزمن وذلك ضد قرار الأطباء والمستشفى بعدم جدوى الاستمرار في العلاج.

وقد كان موقف الأهل في هاتين القضيتين يبدو مناقضا أيضا لاستطلاعات الراي بين عامة الناس التي اظهرت ان الغالبية العظمى منهم يرون التوقف عن العلاج في مثل هذه الحالات ويؤيدون حق كل فرد في الموت الكريم.

وفي كلتا الحالتين قضت المحكمة بتاييد حق الأهل في طلبهم باستمرار تقديم العلاج، وقد ادى ذلك إلي تقويض حق الأطباء في إيقاف العلاج غير المجدي إذا كان ذلك ضد رغبة اهل المريض.

وعاد الجدل من جديد في الأوساط الطبية والقانونية حول حق الأهل في طلب العلاج غير الملائم وضد رغبة الأطباء ، وحول موقف الأطباء في مثل هذه الحالات ، وهل يعتبر تقديم العلاج غير المجدي واجبا ملزما على الأطباء ، أم ان لهم الحق في إيقاف العلاج ضد رغبة الأهل عندما يجدونه غير مناسب لحالة المريض ولا يحقق مصلحته الفضلى.

وبالرغم مما يبدو عليه الأمر من تناقض ظاهري بين الحكم في هاتين الحالتين وحالة كارين كوينلان فإن الأساس الذي يستند عليه الحكم واحد في جميع هذه الحالات .

ففي كل منهما أعطت المحاكم حق الوصاية على المريض لأهله وكفلت لهم اتخاذ القرار نيابة عنه في كل منها ، وفي حالة هيلجا وانجلي ، ووالدة الطفل ك كان الأهل يرغبون في استمرار العلاج وكفلت لهم القوانين ذلك مثلما كفلت الحق لوالدي كارين بالتوقف عن العلاج والموت الكريم.

الرعاية الطبية عند اقتراب الأجل

عندما يصل المرض الى مرحلته النهائية ويقترب الأجل وكذلك في مرحلة الاحتضار فإن للمريض الحق في احترام شخصه وكرامته بالإضافة إلى توفير العناية الطبية الماهرة الجسدية والنفسية والروحية .

والمبادئ الأخلاقية الطبية الأربعة تشكل الإطار الذي تبنى داخله قرارات العلاج والرعاية الطبية للمريض عند اقتراب الأجل .

فمبدأ احترام الحرية الذاتية يلزم الطبيب بالمصارحة وتقديم جميع المعلومات المتوفرة واستشارة المريض واهله في نوعية الإجراءات العلاجية وفي تخطيط الرعاية الطبية المستقبلية بما فيها الوصية المسبقة مع وضع رغبات المريض بعين الاعتبار .

ومبدأ عدم الإضرار يلزمنا بعدم السماح باي ضرر جسد ي او نفسي ومنها على سبيل المثال إخبار المريض او اهله واقاربه ومصارحتهم بحقيقة الحالة بطريقة قاسية فجة أو بلهجة عدائية او بصورة تؤذي مشاعرهم واحاسيسهم او لا تظهر التعاطف الواجب نحوهم يعتبر انتهاكا لمبدأ عدم الإضرار لأن الضرر النفسي لا يقل إيذاء عن الضرر الجسدي.

ومبدأ فعل الخير يحتم على الطبيب تخفيف الأعراض وتسكين الألم والمعاناة والعمل على كل ما من شانه أن يحسن نوعية حياة المريض ويحقق له الراحة والسلام .

ومبدأ العدالة يلزم الطبيب بتوفير الرعاية الطبية التي يستحقها المريض بحسب ما تتطلبه حالته المرضية وتوفره السياسات الصحية والإمكانيات الطبية التي تختلف من مجتمع إلى آخر ، وعلى الطبيب الا يميز بين المرضى لأي سبب من الأسباب ويجب أن ينال الجميع ما هو متاح لهم دون تفرقة من اي نوع .

ولعل الدور الرئيسي للطبيب هو دعم المريض وأسرته في المرحلة النهائية للمرض وعند اقتراب الأجل بحيث يتعامل الطبيب مع المريض وأهله كمشاركين في اتخاذ القرار وأن يتعرف على رغباتهم والوسائل التي يمكن بها أن يقدم لهم المساعدة من خلالها وان يظل حساسا تجاه مشاعرهم وأن يشد ازرهم خصوصا في لحظات الوفاة، وتحمل اي غضب او شطط في الأقوال او التصرفات يمكن أن تصدر عن الأهل، والتعامل معهم بالصبر ورحابة الصدر.

ولعل المرضين والمرضات الذين يتواجدون قرب المريض أكثر من الطبيب يستطيعون تقديم مساعدة اكبر في هذا المجال .

وتشمل الرعاية الطبية للمريض في المرحلة النهائية على كثير من المسائل الطبية والأخلاقية والقانونية مثل اتخاذ القرار للمريض غير القادر بواسطة الوكيل ، ورفض العلاج ، وطلب العلاج غير المجدي ؛ التي سبق مناقشتها في فصل سابق ، وسوف نستكمل فيما يلي بقية الجوانب المتعلقة بالعناية بالمرضى خلال المراحل النهائية للمرض .

الوصية الطبية المسبقة Advanced Care Planning

في بعض البلدان يشجع الأطباء والقوانين الناس عموما والمرضى بصورة خاصة أن يحددوا رغباتهم وإرادتهم وتدوين ذلك بشكل تفصيلي في وقت مبكر قبل الإصابة بالعجز ويتم فيها التخطيط المستقبلي للعلاج والبدائل المطلوبة.

وتصبح مثل هذه الوصية المسبقة مقبولة وفعالة من الناحية الأخلاقية والقانونية.

ويساعد الطبيب المريض بتزويده بالمعلومات وإيضاح البدائل العلاجية المختلفة حتى يمكنه من وضع رغباته بشكل صحيح ويبين له المضاعفات والأوضاع التي يمكن أن تنشأ نتيجة المرض الذي يعاني منه والإجراءات العلاجية التي يمكن أن تتبع وما إذا كان يوافق عليها أم لا.

والهدف الرئيسي للوصية العلاجية المسبقة هو التأكيد على استمرار الرعاية الطبية للمريض في حالة إصابته بالعجز بما يتوافق مع رغباته وما يعتبره ملائما لإرادته وحريته الذاتية.

وهناك في بعض البلدان استمارات خاصة بالوصية المسبقة يناقشها المريض مع الطبيب ويزوده بالمعلومات اللازمة لكي يملأ الاستمارة بشكل صحيح وبناء على معرفة وفهم واستنارة كاملة ويمكن أن يضيف إليها ما هو خاص بحالته المرضية.

وسائل العلاج الاعتيادية وفوق الاعتيادية

Ordinary and Extraordinary Treatment

يتم التمييز بين نوعين من العلاج هما :

- العلاج الاعتيادي **Ordinary Treatment**
- العلاج فوق الاعتيادي **Extraordinary Treatment**

وتعرف وسائل العلاج الاعتيادية بأنها تلك التي توفر فرصة معقولة لحدوث منفعة للمريض تفوق على الآلام والأضرار المحتملة ولا تتضمن نفقات مالية باهظة .

اما وسائل العلاج فوق الاعتيادية فهي تلك التي لا توفر فرصة معقولة لحدوث منفعة للمريض تفوق الأضرار المحتملة ، أو التي قد تسبب آلاما وأضراراً ترجح على الفائدة المرجوة ، أو بتكاليف مالية باهظة.

و إذا كان احتمال المنفعة أو فرصة التحسن والشفاء معقولة فإن أي آلام أو أضرار أو تكاليف مالية تصبح مقبولة ، والعكس صحيح إن كانت فرصة الشفاء منعدمة.

وتشمل وسائل العلاج فوق الاعتيادية الجراحات المعقدة وغرس الأعضاء ووسائل التشخيص الغازية للجسد مثل قسطرة أجواف وشرايين القلب والدماغ والكلى ووسائل استمرار ودعم الوظائف الحيوية في أقسام العناية المركزة كالتنفس الصناعي والتغذية الصناعية ... وغيرها

وعند تقرير ما إذا كانت هذه الوسائل العلاجية وغيرها تعتبر اعتيادية أو فوق اعتيادية فيجب الأخذ بعين الاعتبار عمر المريض وحالته العامة والأمراض الأخرى التي يعاني منها ومدى ما تشمله الوسيلة من منافع وأضرار محتملة بالإضافة إلي التكاليف المادية .

وبناء على تقدير هذه العوامل وغيرها فان ما يعتبر علاجا اعتياديا لمريض معين قد يعتبر علاجا فوق اعتيادي لمريض آخر والعكس صحيح .

وهناك اتفاق عام على ان الامتناع أو التوقف عن وسائل العلاج فوق الاعتيادية لا يعتبر إخلالا من الطبيب أو أسرة المريض بالالتزامات والواجبات الأخلاقية نحو المريض ، أما الامتناع عن الموافقة أو التخلي عن وسائل العلاج الاعتيادية فيعتبر إخلالا بتلك الواجبات .

ولذلك فان الامتناع عن الوسائل الداعمة للحياة بواسطة المريض أو من ينوب عنه او طلب إيقاف هذه الوسائل بعد فترة من استخدامها يعتبر امرا مقبولا من الناحية الأخلاقية خضوعا لمبدا احترام الحرية الذاتية وكذلك مقر من الناحية القانونية الذي يحتم الحصول على الموافقة قبل الخضوع لأي إجراءات علاجية ويكفل للمريض الحق في رفض أية إجراءات لا يرغب فيها مهما كانت النتائج .

الرعاية التلطيفية Palliative Care

في البلاد الغربية المتقدمة أصبحت الرعاية التلطيفية اختصاصا قائما بذاته ويقوم بها فريق من الأطباء ذوي الاختصاصات المختلفة مع المهن الطبية المساعدة الأخرى بحيث يلبي حاجات المرضى ويتعامل معها باسلوب يحقق فوائد عظيمة للمرضى واهلهم . وأهم الجوانب التي تشملها الرعاية التلطيفية ما يلي :

١) التقدير الحريص للحالة المرضية والتشخيص ومراقبة تطور الحالة والمضاعفات وما ينشا عنها من تاثيرات على وسائل العلاج.

٢) التواصل الجيد والتفاهم مع المريض واهله مع إظهار مشاعر اللطف والرقة والتعاطف والمشاركة الوجدانية وتقديم الدعم النفسي والمعنوي بصورة مستمرة.

٣) تحديد أهداف العناية الطبية بدقة وتوضيح أمورها للمريض وأهله بحيث تصبح النتائج في مستوى توقعاتهم .

٤) تسكين الآلام : لعل أهم هدف هو تسكين الألم وإزالته أو السيطرة عليه بحيث يصبح محتملا ، وللأسف فإن الأطباء لا يزالون يحجمون عن استخدام المورفين ومشتقاته للسيطرة على الألم اعتمادا على مخاوف ليس لها أساس.

ففي حالات الألم الشديدة يجب استخدام أي جرعات من مشتقات المورفين وبصورة متكررة حسب اللزوم تصل إلى جرعة كاملة كل ٤ ساعات مثلا على مدار الساعة .

ويمكن أن ندعم تاثير مسكنات الألم بإضافة الأدوية المضادة للاكتئاب الثلاثية الحلقة Tricyclic Antidepressant أو الأدوية المضادة للصرع أو المنبهات النفسية.

ويخشى بعض الأطباء أن استخدام المورفين ومشتقاته بجرعات كبيرة للسيطرة على الألم قد يؤدي إلى تثبيط مراكز التنفس ويدخل المريض في غيبوبة مما يؤدي إلى التعجيل بحدوث الموت وسوف نناقش هذا الأمر بعد قليل تحت قاعدة التاثير المزدوج .

والأدوية الأخرى التي تساعد على تخفيف الألم هي :

- مشتقات المورفين الجديدة الفعالة عن طريق الفم والطويلة المفعول .
- المخدرات الموضعية (ليد وكايين مثلا) عن طريق التسريب الوريدي البطيء للآلام العصبية.
- البيفوسفونات : للآلام العظمية الناتجة عن الانتقالات السرطانية.
- المنبهات النفسية للتغلب على التاثير المهدئ للمورفين ومشتقاته.
- الإجراءات الخاصة بإزالة الآلام العصبية مثل تخدير العصب أو التخدير الشوكي خارج أو داخل الجافية

٥) علاج الأعراض وتخفيف المعاناة بالأدوية المناسبة لكل منها :
مثل الغثيان ، والقيء والإمساك أو الإسهال وفقد الشهية وصعوبة التنفس والهذيان والقلق والأرق والاكتئاب وغير ذلك .

قاعدة التأثير المزدوج Rule Of Double Effect

تنص هذه القاعدة على أن عملا معينا قد يكون له تاثيرا اوليا مرغوبا فيه وتاثيرا ثانويا غير مرغوب فيه ولكنه أمر متوقع الحدوث ، وبالرغم من أن التاثير الثانوي المتوقع الحدوث أمر خاطئ إلا انه ليس مقصودا بذاته ولذلك فيمكن تبريره وقبوله.

والكاثوليكية التي تحرم الإجهاض بشكل قاطع تبيح استئصال الرحم المصاب بالسرطان مع وجود الحمل مع أن موت الجنين هنا أمر معروف مسبقا ومتوقعا لكنه لا يعتبر خطا أخلاقيا لأن الهدف هو إزالة الرحم المصاب بالسرطان، والإجهاض نتيجة متوقعة ولكن ليس عملا مقصودا بذاته .

والمثل الثاني على قاعدة التأثير المزدوج هو إعطاء المريض في مرحلة المرض النهائية واثناء الاحتضار جرعات عالية ومتكررة من المورفين وأشباهه وغيرها من المواد المسكنة والمهدئة والمنومة حتى وإن كان الطبيب يعلم أن مثل هذه الجرعات قد تعجل بموت المريض.

ومثل ذلك لا يعتبر خطأ أخلاقيا لأن الهدف الأساسي الأول هو تخفيف آلام المريض ومعاناته أما التعجيل بالموت فهو نتيجة غير مقصودة بالرغم من أنها محسوبة أو متوقعة ولا تعتبر بالتالي خطأ اخلاقيا ولا يعتبر ذلك مساعدة مقصودة على موت المريض .

وهذه القاعدة تميز بين أفعال الطبيب المقبولة أو المحرمة اعتمادا على نية الطبيب وقصده وتحتكم بالتالي على الضمير وإذا أدت إلى اختلاف سواء كان أخلاقيا أو قانونيا فلا يمكن اللجوء إلى أي وسيلة يستطيع بها الطبيب أن يثبت نواياه ومقاصده وهذا أكبر عيوب هذه القاعدة .

وهذه القاعدة لا تعطي أي مبررات أخلاقية للقتل الرحيم أو المساعدة الطبية على الانتحار فهي تعارضها وتناقضها ولكنها شجعت الأطباء على أن يكونوا أكثر جرأة في استخدام جرعات كبيرة من مسكنات الألم وخصوصا مشتقات الموفين دون خوف من التعجيل بالموت كتاثير مزدوج وإيجاد التبرير الأخلاقي الذي يؤيد تلك الممارسة الضرورية لاحتياجات المرضى وتحقيق الرعاية المناسبة لهم .

وبالرغم من تخوف كثير من الأطباء من استخدام مشتقات المورفين خوفا من التورط في التعجيل بالموت فان هذه المسالة تعتبر أسطورة أكثر من كونها أمرا حقيقيا.

فلقد ثبت أن ما يمكن أن يعجل بالموت هو استخدام جرعة واحدة كبيرة ذات تاثير سام مثلما يحدث في المرضى الذين يتناولون جرعات مفرطة عالية من أي دواء ، أما استخدام مشتقات المورفين بجرعات عادية متكررة كل ست أو أربع ساعات مثلا وبصورة مستمرة على مدار الساعة يحدث لدى المريض زيادة القدرة على تحمل هذه الجرعات وآثارها المثبطة لمراكز التنفس بعد عدة أيام من استخدامها بحيث لا يبقى من فعلها إلا التاثير المسكن للألم مما يطيل حياة المريض ولا يعجل بالموت .

تخطيط الرعاية لفترة اقتراب الأجل

من العناصر المهمة في تخطيط الرعاية الطبية التي يحتاجها المريض لمرحلة اقتراب الأجل الإعداد المسبق للرعاية الطبية ومناقشة عناصرها مع المريض وأسرته اثناء المراحل المبكرة من المراحل النهائية للمرض .

والهدف الرئيسي من ذلك هو تمكين المريض من اتخاذ قراراته العلاجية بنفسه مع توضيح رغباته وما يفضله في كل مرحلة من مراحل مرضه، وخصوصا إذا أصبح عاجزا عن اتخاذ القرار لنفسه ، ويمكنه تعيين وكيل عنه أو وصي يتخذ القرارات نيابة عنه .

ويؤدي ذلك إلى تخفيف الأعباء عن اهل المريض الذين سوف يواجهون اتخاذ القرار لمريضهم، ويريدون أن يضمنوا تحقيق رغباته ، وما هو الأفضل لمصلحته دون أن يعاني المريض من فترة احتضار طويلة او معاناة شديدة قبل الموت .

ويتطلب تخطيط الرعاية الطبية المسبقة لفترة اقتراب الأجل التواصل الجيد والتفاهم مع المريض واسرته حول نوع الرعاية الطبية التي يعتبرها المريض مقبولة وملائمة له في المستقبل إذا ما اصبح عاجزا عن اتخاذ القرار لنفسه ، ويمكن أن تدون رغبات المريض وافكاره في سجلاته الطبية ، او الأفضل من ذلك أن تعد على شكل وصية طبية مسبقة مكتوبة تحدد فيها الأولويات والرغبات والاعتبارات التي يبنى عليها القرار في تلك الحالة .

ويشمل ذلك على سبيل المثال استخدام الوسائل الداعمة للحياة في أقسام العناية المركزة مثل وسائل التنفس الصناعي وتنبيب الرغامى Tracheal Intubation والتغذية عبر الأنبوب المعدي والتغذية الصناعية ووسائل الإنعاش القلبي التنفسي والمدة التي يعتبرها المريض مقبولة لبقائه في حالة الغيبوبة والوقت المناسب للموافقة على الأمر بعدم الإنعاش القلبي التنفسي ووسائل السيطرة على الألم ..... وغيرها .

وبالنسبة لكل مريض يعاني من أي مرض خطير يجب أن يحدد موقفه من الأمر بعدم الإنعاش Do Not Resuscitate Order فإن كان المريض موافقا على الأمر بعدم الإنعاش فيوثق ذلك سجلاته الطبية بحضور شاهدين ولا تقوم الهيئة الطبية والتمريضية باي عمليات للإنعاش القلبي والتنفسي إذا حدث أي طارئ .

وأي مريض لا يوافق على " الأمر بعدم الإنعاش " يعتبر موافقا عليه ، أما إذ كان المريض عاجزا عن اتخاذ القرار فيجب مناقشة الأمر مع الأهل والحصول على موافقتهم على الأمر بعدم الإنعاش إن رأى الأطباء أن الإنعاش القلبي التنفسي قد يكون عبئا ثقيلا على المريض وقد يطيل احتضاره ومعاناته .

ويجب أن نلاحظ أن هذه الأمور الهامة في البلاد الغربية المتقدمة لا تشكل أولويات مهمة في البلاد النامية ذات الأسس الثقافية المختلفة التي تعتمد على الترابط الأسري والعشائري وتبادل الاعتماد بين الأفراد والتعاطف والمشاركة الاجتماعية .

وحيث تسود مثل هذه العلاقات الاجتماعية فان اتخاذ القرار للمريض من قبل أفراد الأسرة مهما كانت حالته لا يعتبر أمرا غريبا وإنما هو أمر طبيعي تقبله المفاهيم السائدة والعادات والتقاليد .

ولكن التغييرات الثقافية التي تشمل المجتمعات النامية تؤدي إلى تغيير نمط العلاقات الاجتماعية بما يجعلها تقترب من العلاقات السائدة في المجتمعات الغربية القائمة على الليبرالية والحرية الفردية والتي تزداد فيها اعتبارات القيم الفردية وتضعف فيها العلاقات الأسرية والعشائرية مما يؤدي إلى تغيير في الممارسات الطبية يتجه بها نحو سيادة القيم السائدة في الغرب، وأكثر المجتمعات المعاصرة التي تشاهد فيها مثل هذه التغييرات المجتمع الصيني والهندي وغيرها .

القتل الرحيم والمساعدة الطبية على الانتحار

- Euthanasia & Physician Assisted Suicide

استطاع التقدم الطبي والتكنولوجي أن يؤدي في كثير من الحالات المرضية الخطيرة إلى إطالة حياة المرضى بصورة لم تكن قائمة في الماضي مما أدى إلى نشوء أوضاع جديدة جعلت كثيرا من الناس يفكرون أن الانتحار في مثل هذه الحالات قد يكون مقبولا ، وارتفعت شعارات مثل" الحق في الموت بكرامة

*لكي تناهض العديد من الممارسات الطبية والتكنولوجية التي تطيل حياة المرضى بشكل لا يجعل للحياة معنى سوى استمرار المريض في التنفس وقلبه في الخفقان ، والمحافظة على مظاهر الحياة بالوسائل الاصطناعية ، مما ينحدر بقيمة الحياة نفسها إلى المستوى النباتي ويهدر الكرامة الإنسانية للفرد ، ويشكل اعباء نفسية مؤلمة لأقارب المريض واصدقائه ومحبيه ، إلى جانب التكاليف والأعباء المالية المرهقة .

وينال الجدل حول هذه المواضيع في البلاد الغربية اهتماما كبيرا على كل مستوى داخل المجتمع سواء في أوساط الراي العام أوفي الأوساط الطبية والقانونية والتشريعية والسياسية ، وتنشا حول كل فكرة وجهات نظر عديدة لكل منها أسانيدها ومبرراتها الأخلاقية ، ويستمر النقاش والجدل ليشكل وسائل للتغيير الاجتماعي والأخلاقي والقانوني ليس له حدود طالما ظلت حركة المجتمع منطلقة ومستمرة .

أنواع القتل الرحيم :

١) القتل الرحيم الإيجابي Active Euthanasia

و هو القيام بعمل إيجابي إرادي مقصود لقتل المريض بدافع الرحمة والشفقة من أجل رفع الآلام والمعاناة عنه ، مثل إعطائه جرعة دوائية قاتله .

٢) القتل الرحيم السلبي Passive Euthanasia

و يعرف أيضاً بالسماح بالموت "Allow to die" وهو التوقف عن العلاج الداعم للحياة مثل إيقاف اجهزة التنفس للسماح بحدوث الموت بصورة طبيعية.

و لم يعد هذا النوع يعتبر ضربا من القتل الرحيم ولكنه أصبح معقولا ومقبولا على نطاق واسع ويمارس بصورة اعتيادية ، لأنه يعتبر توقف عن الجهود العلاجية غير المجدية.

٣) القتل الرحيم الإرادي Euthanasia Voluntary

و هذا يتم بناء على طلب المريض وتحقيقاً لرغبته وخضوعاً لإرادته.

٤) القتل الرحيم غير الإرادي Non Voluntary Euthanasia

و هذا يتم عندما يتخذ الطبيب القرار بذلك للمريض العاجز عن اتخاذ القرار مثل المريض الفاقد للوعي أو المصاب بعته الشيخوخة أو داء الزهايمر أو لدى الأطفال والمواليد.

٥) القتل الرحيم اللاإرادي Involuntary Euthanasia

و في هذه الحالة يتم القتل الرحيم ضد إرادة المريض الكفء القادر على اتخاذ القرار أو على الأقل بدون الحصول على رضاه وموافقته أو حتى بدون علمه.

٦) المساعدة الطبية على الانتحار Physician-Assisted Suicide

و في هذه الحالة يوفر الطبيب للمريض المعلومات والوسائل اللازمة للانتحار، و لكن فعل إنهاء حياة المريض يبقى بيد المريض نفسه ويؤديه هو بنفسه.

و منها مثلاً ان يعطي الطبيب للمريض جرعات كبيرة من المهدئات أو المنومات مثل مشتقات الباربيتورات لكي يقوم المريض بتناولها بنفسه عند ما يرغب في إنهاء حياته.

و يتركز الجدل الدائر في كثير من المجتمعات حول القتل الرحيم الإيجابي الإرادي Active Voluntary Euthanasia الذي يقوم فيه الطبيب بإنهاء حياة المريض المشرف على الموت بناء على طلب متكرر من المريض الكفء القادر على اتخاذ القرار.

و بالرغم من أن البعض لا يفرق بين القتل الرحيم الإرادي الإيجابي وبين المساعدة الطبية على الانتحار ويعتبرونهما من الناحية العملية أمرا واحدا إلا أن الفارق الكبير بينهما يبقى في أن القرار والفعل النهائي في حالة المساعدة الطبية على الانتحار يبقى بيد المريض نفسه ويكون دور الطبيب فيه كناصح ومستشار أولا، ويقدم للمريض المعلومات والوسائل اللازمة ثانياً ، ولكن العمل المؤدي إلى الموت يبقى دائما بيد المريض نفسه. وبذلك فإن شبهة الإكراه من أي نوع ومن أي جهة كانت تتلاشى إلى حد كبير.

و لذلك يرى البعض أن التشريع يجب أن يقر المساعدة الطبية على الانتحار وليس القتل الرحيم الإرادي لأن ذلك سوف يكفل الاستجابة لحاجات المرضى في الحالات الضرورية المطلوبة بالإضافة إلى حماية الآخرين الذين لا يرغبون في الموت وعدم تعرضهم لأي نوع من أنواع القسر والإكراه ، ويمنع ما قد ينشأ من الخطأ وسوء الاستعمال أو التوسع في ممارسة القتل الرحيم.

الحجج المؤيدة والمعارضة للقتل الرحيم من وجهة النظر الأخلاقية والمهنية :

سوف نعرض فيما يلي أهم الحجج المؤيدة والمعارضة من وجهات النظر الأخلاقية والمهنية التي يرفعها المؤيدون والمعارضون لدعم وجهات نظرهم في الجدل الدائر:

١) يدعي المؤيدون للقتل الرحيم والمساعدة الطبية على الانتحار أن ذلك يتفق مع حق الفرد وحريته الذاتية باختيار الوقت والطريقة المناسبة لإنهاء حياته عندما يرى أنها أصبحت عديمة الجدوى ومنافية للكرامة الشخصية .

ويقر المعارضون بحق الأفراد في تقرير المصير الذاتي لأنفسهم ، ولكن هناك حدود لكل شيء حتى للحرية الذاتية التي لا يجب أن يصبح لها الأولوية في وضع السياسات الاجتماعية أو في تقرير مبادئ للمهنة الطبية أو للشرائع والقوانين .

ومثلما يعتمد المؤيدون على مبدأ احترام الحرية الذاتية فإن المعارضون يعتمدون على مبدأ حرمة الحياة الإنسانية الذي يعتبر مبدأ أساسيا مستقلا عن غيره يجعل الحياة في جميع صورها وأطوارها مقدسة وتحمل قيمة عليا داخلية وأي إهدار للحياة الإنسانية مهما كانت دوافعه يعتبر عملا خاطئا وآثما .

كما يدين المعارضون الانتحار حتى من الناحية العملية فالانتحار عمل فردي ماساوي لا يحتاج إلى قوانين ولا أي وسائل للمساعدة عليه ، والقانون لا يعاقب على الانتحار لأن ما يصيب الفرد وأسرته وأصدقاءه من عواقب اجتماعيه سيئة تشمل الخزي والعار والوصمة الاجتماعية الأبدية أكبر من كل عقاب .

٢) يحتج المؤيدون للقتل الرحيم بأن هذا الفعل يشابه ما يقوم به الأطباء عندما يوقفون الأجهزة الداعمة للحياة في أقسام العناية المركزة عن المرضى والمحتضرين مما يؤدي في مثل هذه الحالات إلى موت المريض وهو فعل مقبول من الناحية الأخلاقية والقانونية .

ويرد المعارضون على ذلك بأن إيقاف الأجهزة الداعمة للحياة عن المرضى المحتضرين ليس هو الفعل الذي يؤدي إلى موت المريض ، ولكن الوفاة تحدث لأن المريض يعاني أصلا من مرض خطير هو الذي يسبب له الموت والطبيب الذي يوقف الأجهزة لا يحمل نية في إنهاء حياة المريض ، ولكنه يترك

المرض ليسير سيره الطبيعي الذي كان معتادا قبل توفر تلك الأجهزة ، اما الطبيب الذي يمارس القتل الرحيم فإن الفعل الذي يقوم به هو نفسه الذي يسبب الموت كما أن نيته الأساسية هي قتل المريض .

٢) يقول المؤيدون للقتل الرحيم والمساعدة الطبية على الانتحار ان هذه الوسائل هي الكفيلة بتحقيق افضل المصلحة واعظم المنفعة للمريض الذي يعاني من المرض في مراحله النهائية وعند اقتراب الأجل لأنها تخلص المرضى من الآلام والمعاناة والتي يعتبر استمرارها نوعا من القسوة التي لا مبرر لها .

ويرد المعارضون لذلك بأن إزالة آلام المرضى ومعاناتهم لا تكون بقتلهم وإنما بالمهارة الطبية واستخدام جميع وسائل التقدم الطبي لتوفير وسائل القضاء على الألم وتخفيف معاناة المرضى ، وان ذلك بالفعل أمر متاح في الواقع العملي ، وإذا استخدمت الوسائل المتاحة بمهارة واقتدار فلا يوجد مريض لا يمكن السيطرة على آلامه ومعاناته مهما كانت بحيث تصبح قابلة للاحتمال .

٤) يطالب المؤيدون سن القوانين لمساعدة هؤلاء المرضى على التخلص من حياتهم عندما يصبح المرض غير قابل للشفاء أو في مرحلته النهائية ويطالبون بوضع الضوابط على ممارسة القتل الرحيم حتى لا تصبح عملا فرديا يقوم به سرا كثير من الأطباء في الخفاء دون أن يعلنوه لمرضاهم أو لزملائهم حتى لا يقعوا تحت طائلة القانون.

ويقول المعارضون بانه ليس هناك أي معنى محدد لمثل هذه التعبيرات مثل "المرحلة النهائية للمرض" أو "المرض المينوس من شفائه " وليس هناك تحديد هل الفترة النهائية للمرض تعني ساعات أم ايام أم شهور عديدة.

كما انه لا توجد طريقه يمكن بها معرفة المدة الباقية للمريض قبل الموت والأخطاء في تقدير ذلك عظيمة وشائعة ، فبعض المرضى الذين شخصت حالاتهم بانها مراحل نهائية قد عاشوا لسنوات ، ومن الثابت والمتفق عليه لدى الأطباء أن من المستحيل تقدير الساعة التي يحين فيها الأجل .

ويعتقد المعارضون أننا لا يجب أن نقيم قواعد اخلاقية ثابتة ونجعلها جزءا من الممارسة الطبية اعتمادا على حالات قليلة أو نادرة والأجدر بنا ان نستمر في الالتزام بالقواعد التي تحرم القتل الرحيم حتى لا ننتهك قواعد المهنة الطبية الراسخة.

وحتى إذا علمنا أن بعض الأطباء يقومون بممارسة القتل الرحيم بدوافع الشفقة والرحمة النابعة من ضمائرهم والتي يعتبرونها مبررة ومقبولة وتسمو على القواعد الأخلاقية المعتادة فإننا يمكن أن نعتبرها نوعا من العصيان المدني وعدم الخضوع للقوانين والقواعد الأخلاقية السائدة طاعة لأحكام الضمير والمثل العليا .

٥) يدعي المؤيدون للقتل الرحيم ان هؤلاء المرضى يعانون من أمراض سرطانية وعصبيه خطيرة وأن علاجهم بالوسائل الطبية الحديثة قد اطال حياتهم عدة سنوات وبدلا من أن يقضي المرض على حياتهم مبكرا فإن تاخير موتهم يؤدي إلى طغيان المرض عليهم بسبب الانتقالات السرطانية إلى العظام والعمود الفقري والدماغ والأعصاب ويسبب لهم المعاناة والآلام الشديدة ونكون بذلك قد أطلنا عذاب المريض، وعندما يصبح العذاب هائلا وفائقا للاحتمال نتخلص من الموقف بالتهرب من المسئولية ولا نقدم اي مساعدة حقيقية للمريض .

وبما ان التقدم الطبي والتكنولوجي قد احدث نتائج جديدة لم تكن تخطر على بال احد من أجيال السابقين من الأطباء ومشرعي الأخلاق فان الأخلاقيات الحيوية الطبية لعصرنا تواجه مشاكل جديدة ومختلفة ويجب علينا أن نواجهها بطرق جديدة ومختلفة.

ويقدم المؤيدون حلا لعدم تداخل المهنة الطبية مع ممارسة القتل الرحيم بأن يتخصص فيها بعض الأطباء مثلما يتخصص الأطباء في إجراءات علاجية مثل قسطرة أجواف القلب أو تنظير المفاصل أو ما شابه ذلك من التخصصات الطبية الدقيقة ، ويدعي المؤيدون أن مثل هذه الاستجابات للتغييرات في ممارسة المهنة يدل على تفاعل المهنة الطبية مع حاجات المجتمع والمرضى المتغيرة وتلبي حاجات حقيقية لدى كثير من المرضى الذين يجدون أنفسهم في هذه الأوضاع دون طبيب يقف إلى جانبهم ويتفهم آلامهم ومعاناتهم .

أما المعارضون لذلك فيقولون أن إقرار ممارسة القتل الرحيم والمساعدة الطبية على الانتحار سوف يكون له تأثير مدمر على المهنة الطبية في حاضرها ومستقبلها لأن العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض قائمة على الثقة، واستمرار هذه الثقة يعتمد أساسا على ما يتوقعه الناس من التزام الطبيب بتحقيق أفضل المصالح للمريض وعدم إمكانية التسبب بأي ضرر .

فإذا وافقت المهنة الطبية على القتل الرحيم فإن الثقة بها سوف تزول ويحل محلها الشك والريبة وعدم الطمأنينة ، وسوف تضيع على الإنسانية قرونا طويلة من كفاح الأطباء من أجل الحياة وكسب ثقة الناس في المهنة الطبية ، وترسيخ أسس القواعد الأخلاقية التي تعتمد عليها المهنة في النجاح والاستمرار حتى اليوم .

وقد أثبتت هذه القواعد الأخلاقية الراسخة منذ عهد أبوقراط قبل ٢٥٠٠ عام وحتى اليوم فائدتها العظيمة وحققت للمهنة الثقة الكاملة بها من جمهور الناس كما حققت للطبيب مكانة عالية من الهيبة والاحترام والتبجيل .

٦) يخشى المعارضون أن إقرار القتل الرحيم قد لا يظل مقصورا على المرضى الذين يطلبونه بإرادتهم بل قد يمتد إلى مرضى آخرين لا يرغبون في ذلك وربما أيضا إلى فئات اجتماعية أخرى كالمسنين والعاجزين والمعوقين والمتخلفين عقليا وغيرهم وذلك طريق لا أخلاقي يمكن أن نرى بدايته ولكنه سينحدر بالإنسانية إلى هاوية ليس لها قرار.

كما يخشى المعارضون أيضا من أن المرضى قد يتعرضون للضغوط النفسية أو أنواعا من القسر والإكراه لكي يطلبوا المساعدة على الانتحار بناء على عديد من الدوافع أهمها الجهات المستفيدة من موت المريض والتي قد تدفع الأمور في ذلك الاتجاه ومنها :

١) الجهات الممولة لنفقات العلاج والخدمات الطبية الحكومية وغير الحكومية فهي تستطيع تخفيض نفقات العلاج والأعباء المالية بشكل عظيم إذا أقرت مثل هذه الممارسات وتم تطبيقها على نطاق واسع .

٢) بعض الجهات الممولة لنفقات العلاج مثل شركات التأمين قد تدفع للأطباء مكافآت مالية كبيرة إذا توقفوا عن علاج المريض أو عجلوا بموته تخفيفا للأعباء والنفقات المالية لأن ذلك سيوفر لها أموالا طائلة.

٣) أبناء وأقارب المريض الذين قد يرغبون في التعجيل بموت المريض حتى لا يتبدد إرثهم المرتقب من بين أيديهم للإنفاق على الخدمات الطبية الباهظة التكاليف.

القتل الرحيم من الوجهة الدينية

أما من الناحية الدينية فإن جميع الديانات السماوية والشرائع القديمة تحرم ممارسة القتل الرحيم تحريما قاطعا ومثله الانتحار أو المساعدة عليه والقرآن الكريم قاطع في التحريم في آيات عديدة منها :

(ولا تقتلوا أنفسكم إن الله كان بكم رحيما) ٢٩ سورة النساء

(ولا تقتلوا النفس التي حرم الله إلا بالحق) ١٥١سورة الأنعام

(ولا تقتلوا أولادكم خشية إملاق) ٣١ سورة الإسراء

بل إن الإسلام يذهب إلى مدى أبعد من ذلك فلا يجيز للمسلم أن يتمنى الموت لضر أصابه ، وعلى المسلم الحريص على دينه التسليم بقضاء الله وقدره خيره وشره والصبر على المكاره، وأن يتيقن أن الثواب العظيم في الآخرة هو جزاء الصابرين، كما أن شدة ابتلاء المؤمن بالمرض والألم تمتحن صدق إيمانه وتدل على عظيم أجره في الدار الآخرة .

والجمعيات والنقابات الطبية في جميع أنحاء العالم واتحادات الأطباء الإقليمية والدولية لا تزال تتمسك بالسياسات الطبية العتيدة التي تحرم على أعضائها المشاركة في القتل الرحيم أو المساعدة الطبية على الانتحار بالرغم من وجود انقسامات عديدة بين أعضائها بين مؤيدين ومعارضين ومحايدين وغيرهم ممن ينتظر تغييرات قانونية وتشريعية تنظم المسالة وتضع لها الضوابط والحدود والضمانات .

القتل الرحيم من الوجهة القانونية :

أما من الناحية القانونية فان جميع القوانين السارية في العالم كانت حتى وقت قريب تحرم القتل الرحيم وتعتبره جريمة عادية تخضع لقانون العقوبات حتى وان تمت بناء على طلب المريض وموافقة لرغبته ، كما أن القانون يعتبر أن مجرد مناقشة الطبيب لهذه المسائل مع المريض يعتبر جريمة يعاقب عليها القانون .

وخلال الحقب الأخيرة حدثت تغييرات في قوانين بعض البلاد وأهمها هولندا حيث يمارس فيها القتل الرحيم أو المساعدة الطبية على الانتحار منذ بداية الستينيات. وبالرغم من أن القانون الرسمي كان لا يزال يعتبر ذلك جريمة خاضعة للعقاب إلا أن مجموعة من سوابق الأحكام القضائية أرست اتفاقات ضمنية غير مكتوبة بين الهيئة القضائية والهيئة الطبية على ممارسة القتل الرحيم في حدود معينة وضمن ضوابط وقيود محددة دون أن يتعرض الطبيب لتوجيه تهمه القتل إليه وهذه الضوابط هي :

١) أن يمتلك المريض الكفاءة والقدرة على اتخاذ القرار .
٢) أن تكون هناك مستندات تثبت أن المريض قد طلب مساعدته على الموت بإصرار وبإرادته الحرة وأن يكون قد فعل ذلك بصورة متكررة على امتداد فترة معقولة من الزمن.
٣) أن تكون معاناة المريض فائقة للاحتمال ولا توجد وسيلة للتخفيف منها .
٤) أن يشترك في تقييم حالة المريض واتخاذ القرار بالمساعدة الطبية على الانتحار طبيب آخر لم يكن من ضمن الأطباء المعالجين للمريض.

و قد حقق الهولنديون بذلك توازنا دقيقا بين الجوانب الأخلاقية والقانونية للقتل الرحيم منذ الستينات حتى عام ٢٠٠١م عندما أصدروا التشريعات والقوانين التي تقر القتل الرحيم والمساعدة الطبية على الانتحار وتضع له المعايير والضوابط القانونية.

و تظهر التجربة الهولندية أن الألم بحد ذاته ليس سببا كافيا للقتل الرحيم ويمكن في جميع الأحوال السيطرة عليه وتسكينه كليا أو جزئيا ، ولكن السبب الرئيسي للقتل الرحيم هو رفض المريض

تحمل المراحل النهائية للمرض وقبول تدهور حالته الصحية العامة من الناحية الجسدية والعقلية والنفسية.

و عندئذ يصبح المريض في حالة من العذاب النفسي الشديد يتجدد عند طلوع فجر كل يوم لأنه سوف يضيف إلى حياته يوما آخر من الألم والمعاناة ، وكل يوم يمر عليه وهو لا يفعل شيئا سوى انتظار الموت يجعل الحياة عبئا ثقيلاً عليه ويصبح الموت أمنية عزيزة يتشوق المريض إليها لكي يتخلص من أعباء الحياة وينال الراحة الأبدية .

كما أن الكثير من هؤلاء المرضى يشعر بانه قد عاش حياة طويلة ومنتجة وسعيدة وحقق رسالته في الحياة وادى دوره على أكمل وجه كان يتمناه ، ولذلك فإن إضافة أيام أو شهور قليلة أخرى إليها مليئة بالعذاب والألم والضعف والعجز لا يعتبر إضافة حقيقية إليها بل على العكس من ذلك يعتبر انتقاصا منها يسيء إلى أيامها الماضية الجميلة ويجعل نهايتها كابوسا مرعبا.

أما الأطباء الذين يقدمون للمريض المساعدة في التعجيل بالموت عندما تكون ضرورية ومطلوبة من المريض لتخليصه من معاناته فإنهم يعتقدون أنهم لا ينتهكون واجبات المهنة الطبية الأخلاقية بل إنهم على العكس من ذلك يؤدون جزءاً مهماً من واجبهم نحو المريض.

وفي إحدى مقاطعات استراليا أجاز القانون لأول مرة في عام ١٩٩٦م لمريض الحصول على المساعدة الطبية على الانتحار .

وفي ولاية أوريجون في الولايات المتحدة الأمريكية وضعت التشريعات في عام ١٩٩٨م للسماح بممارسة القتل الرحيم ، والمساعدة الطبية على الانتحار ضمن ضوابط وقيود محددة وتقييم التجربة لا يزال مستمرا .

و أشهر المؤيدين للقتل الرحيم هو الدكتور جاك كيفوركيان في الولايات المتحدة الأمريكية الذي وهب حياته لتوجيه أنظار الرأي العام والأوساط الطبية والقانونية إلى هذه المسألة وجعل هذا الموضوع في مقدمة الموضوعات الأخلاقية الطبية والقانونية بتقديم المساعدة لأكثر من ١٠٠ مريض على الانتحار والإعلان عن ذلك بصورة تصدم الرأي العام وتجذب وسائل الإعلام ويتقدم بعدها إلى القضاء الذي أبرأ ساحته عدة مرات ولكنه استطاع أن يجعل هذا الموضوع قضية يهتم بها العالم كله ويجعل كل إنسان يفكر في الأمر ويتخذ لنفسه موقفاً أخلاقيا محدداً تجاهه .

الضوابط المقترحة لوضع التشريعات في المساعدة الطبية على الانتحار:

١) يجب أن يكون المريض مصاباً بمرض غير قابل للشفاء وفي المرحلة النهائية للمرض ، ويكون المرض مصحوباً بدرجة شديدة من المعاناة والألم والعذاب. ويجب أن يكون المريض متفهما لحالته ومآله ووسائل التسكين والتلطيف المتوفرة.

٢) يجب أن يتأكد الطبيب أن معاناة المريض ورغبته في الموت ليست ناتجة عن التقصير في حصوله على وسائل التسكين والتلطيف والرعاية المناسبة.

٣) يجب أن يكون طلب المريض في مساعدته على الموت قائم على إرادته الحرة وبمبادرة منه وأن يتم ذلك بوضوح وبصورة متكررة.

و لا يجب أن يكون موقف الطبيب مشجعاً للمريض على طلب الموت ولكنه في الوقت نفسه لا يجب أن يدفع المريض إلى التوسل في طلب المساعدة.

٤) يجب أن يتأكد الطبيب من أن قرار المريض غير متأثر بعوامل أخرى مثل إصابته بالاكتئاب التي تشوه قدرة المريض العقلية على اتخاذ القرار وفي حالة الشك يجب استشارة الطبيب النفسي

٥) يجب أن تتم المساعدة الطبية على الانتحار من خلال علاقة مهنية جيدة بين المريض والطبيب قائمة على الأقل على معرفة الطبيب بالمريض ومعتقداته وقيمه الشخصية ومشاهدته لحالته المرضية وتطورها وإطلاعه على معاناته وآلامه وكفاحه في تحملها ومقاومتها وان يتفهم الدوافع الكامنة وراء طلب المريض بمساعدته على الخلاص والموت.

٦) يجب استشارة طبيب آخر قبل الموافقة على تقديم المساعدة الطبية على الانتحار لتقييم حالة المريض وتشخيصه والتاكد من الإنذار المرضى وتقييم كفاءة الوسائل المسكنة ووسائل الرعاية التلطيفية التي ينالها المريض.

٧) يجب توفير نظام توثيقي متكامل يضمن تسجيل جميع المعلومات والإجراءات بشكل صحيح ومتكامل .

٨) يجب إبلاغ اهل المريض وإشراكهم في اتخاذ القرار ويجب عليهم أن يتفهموا قرار المريض ويتعاطفوا مع آلامه ومعاناته ، وأن يبذلوا ما وسعهم من الجهد في مساعدته بدون أي محاولات للضغط عليه .

و إذا حدث نزاع عائلي فيجب العمل على حله بالمناقشة والتفاهم ، ولكن يجب عدم السماح بإجبار المريض على الخضوع لرغبة الأهل عندما يكون مالكا للكفاءة والقدرة على اتخاذ القرار.

الباب السابع

أخلاقيات الأبحاث الطبية

"إن البحث العلمي – في جوهره – حالة ذهنية تتضمن إعادة اختبار مستمرة للمبادئ والبديهيات التي تقوم عليها الأفكار السائدة"

تيوبالد سميث

"لقد كنت أسعى جاهداً ليظل ذهني حراً في التخلي عن أي فرض مهما كان أثيراً لدي حالما يتضح أن الوقائع تخالفه"

تشارلس داروين

أخلاقيات الأبحاث الطبية

Medical Research Ethic

اثناء محاكمات النازيين بعد الحرب العالمية الثانية في نورمبرج ظهرت قصص مرعبة للتجارب والأبحاث الطبية التي أجراها الأطباء النازيون على البشر في معسكرات الاعتقال مما أدى إلى قلق عميق في الأوساط الطبية كان أول نتيجة له إعلان ميثاق نورمبرج في عام ١٩٤٧م الذي كان أول وثيقة أخلاقية طبية تضع الضوابط للأبحاث الطبية التي تشمل البشر ، وتبعه إعلان هلسنكي [1] الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية في عام ١٩٥٠ م.

و أهم مبادئ ميثاق نورمبرج كان إقرار الأهمية المطلقة للموافقة المستنيرة لأي شخص يشارك في بحث طبي مع وضع معايير ومواصفات الموافقة المستنيرة الصحيحة.

كما حدد الميثاق القواعد والضوابط الأخلاقية التي يجب أن تحكم الأبحاث الطبية والتي تهدف إلى حماية الأفراد والمرضى المشاركين في البحث وتضمن حقوقهم وتحقيق أفضل المصالح لهم.

و تلا لذلك إعلان هلسنكي الصادر عن اتحاد الأطباء العالمي في عام ١٩٥٠م وأصبح مع ميثاق نورمبرج يشكلان المرجعية الأخلاقية الرئيسية في مجال الأبحاث الحيوية الطبية.

كما صدرت بعد ذلك عدة مواثيق أخلاقية حيوية طبية عن منظمة الصحة العالمية وغيرها وقامت معظم الدول بإصدار التشريعات والقوانين المنظمة لمجال الأبحاث الطبية والحيوية البشرية وأهمها المجالس الرقابية على الأبحاث الطبية في كل الدول المتقدمة.

و في الوقت الحاضر أصبح " مجلس الرقابة على الأبحاث الطبية " جزءا أساسيا في تكوين كل مستشفى أو كلية طبية أو أي مؤسسة بحثية تكون مهمته إقرار أهداف البحث ووسائله والتأكد من التزامه بالقواعد والضوابط الأخلاقية المحددة للأبحاث الطبية والإشراف على سير البحث لضمان استمرار الالتزام بالضوابط وعدم حدوث أي انتهاكات للقواعد الأخلاقية.

والأسس الأخلاقية التي تستند إليها قواعد الأبحاث الطبية الحيوية تعتمد على المبادئ الأخلاقية الأربعة الشهيرة :

فاحترام الحرية الذاتية للأفراد يتطلب أن يكفل الباحث للمريض الحق في الاختيار ويضمن الحصول على الموافقة المستنيرة من جميع المشاركين في البحث ، وعليه في نفس الوقت حماية أي شخص "عاجز" عن اتخاذ القرار من المشاركة في البحث مع صيانة السر المهني واحترام الخصوصية الفردية بالحافظة على سرية جميع المعلومات.

و يحتم الالتزام بمبدأ ي منع الضرر وفعل الخير على الباحث أن يضمن عدم حدوث أي أضرار على المشارك في البحث وان يكون هناك توازنا إيجابيا يرجح كفة المنافع على الأضرار المحتملة.

و يتطلب مبدأ العدالة التوزيع المتكافئ لأعباء ومنافع البحث بحيث لا يستغل الباحث حاجة أي مريض للعلاج ويدفعه إلى المشاركة في البحث، وألا يستبعد أي مريض من المشاركة إذا توفرت فيه المواصفات الخاصة بالبحث وكان من المحتمل أن تتحقق له المنفعة من خلال مشاركته.

---

(1) راجع الملحق رقم ٤ آخر الكتاب وهو جزء لا يتجزأ من هذا الباب.

و يجب على كل باحث طبي ان يدرك ان مسئوليته في الالتزام بالقواعد الأخلاقية المنظمة للأبحاث الطبية التي تتضمنها مواثيق الأخلاق الطبية الحيوية العالمية مثل ميثاق نورمبرج واعلان هلسنكي هي مسئولية شخصية ، وعليه وحده يقع واجب التأكد من الوفاء بها.

و إلى جانب القواعد التي ذكرناها فيما سبق يجب ايضا توفر المتطلبات الآتية :

١) يجب ان يقوم بروتوكول البحث على أسس علمية صحيحة تضمن الإجابة على سؤال او اسئلة محددة واي بحث يخالف القواعد العلمية يعتبر لا اخلاقياً.

٢) يجب ان يحمل موضوع البحث " قيمة كافية " تبرر المخاطر المحتملة منه على المشاركين.

٣) يجب تحري الأمانة والدقة والموضوعية أثناء إجراء البحث في جمع المعلومات ورصد النتائج وتحليل البيانات.

٤) يجب نشر نتائج البحث بسرعة لكي يتمكن الأطباء من تطبيق المعلومات المفيدة على مرضاهم مع طرح الاستنتاجات بموضوعية ودون مبالغات لإتاحة الفرصة للأطباء لكي يستخلصوا استنتاجاتهم بانفسهم بطريقة معقولة.

ويجب أخيرا الإشارة إلى ان جميع مواثيق الأخلاق الطبية الحيوية المنظمة للأبحاث الطبية تخضع للجدل والتدقيق المستمر وتدخل عليها التعديلات باستمرار لكي تضمن تحقيق افضل المعايير العلمية وتحقيق افضل المصالح للمشاركين مع ضمان أقل درجة من المخاطر المحتملة.

القوانين المنظمة للأبحاث الطبية :

أما القوانين الصادرة لتنظيم الأبحاث الطبية الحيوية في مختلف الدول فتشمل جوانب كثيرة وتختلف بطبيعة الحال من بلد إلى آخر، ولكن أهم واجبات الباحث التي تقررها جميع تلك القوانين هي :

- يقرر القانون واجب الباحث في الحصول على الموافقة المستنيرة من كل مشارك، ويحتم على الباحث تقديم المعلومات الكاملة عن أهداف ووسائل البحث الطبي ومدى وطبيعة المخاطر المحتملة المعروفة واحتمال وجود مخاطر اخرى غير معروفة وكذلك المنافع المحتملة للمشارك وللعلم والمجتمع.

و الباحث الذي لا يقدم معلومات كافية للمشارك في البحث يقع تحت طائلة التقصير والإهمال اما الباحث الذي لا يحصل على الموافقة المستنيرة فيقع تحت طائلة قانون العقوبات بتهمه الاعتداء الجنائي.

- كما يقرر القانون الحفاظ على سرية المعلومات الشخصية والطبية للمشاركين وأي إفشاء للمعلومات لا يتطلبها القانون تخضع الباحث للمساءلة القانونية.

و في جميع البلدان المتقدمة هناك هيئات حكومية عديدة للرقابة على الأبحاث الطبية والحيوية وبعضها متخصصة في الإشراف على مجالات معينة مثل البحث في مسائل التناسل الإنساني والجينات والاستنساخ والوراثة وزراعة ونقل الأعضاء وغيرها.

التفكير العلمي والآراء والانطباعات

إن تاريخ الطب القديم والحديث يظهر لنا ان الكثير من الأدوية والوسائل العلاجية التي ساد استخدامها لفترات طويلة واقتنع بفائدتها الكثير من الأطباء النابهين على مدى اجيال عديدة احيانا لم تكن لها أي فائدة على الإطلاق ، بل إن بعضها كان فادح الضرر. والأمثلة على ذلك تفوق الحصر وسنكتفي بمثال واحد من الماضي البعيد حين استمر الأطباء حتى منتصف القرن التاسع عشر

يمارسون فصد الدم من المرضى لعلاج عشرات الأمراض بما فيها الحميات والالتهاب الرئوي والطاعون التي نعلم الآن أنها كانت تستنزف البقية الباقية من قوة المريض ومقاومته.

ويعود السبب في ذلك إلى أن العقل الإنساني أداة غير صالحة لتكوين الآراء الكلية التي تعتمد على تحليل الكثير من البيانات والمعلومات، وأنه يكتفي في مثل هذه الحالة بالخروج بانطباعات عامة تختلف باختلاف الأشخاص والرغبات والأهواء ويتم ذلك بصورة غير واعية في معظم الأحيان .

ويجب علينا الا نثق بمثل تلك الانطباعات والآراء مهما كان مصدرها، وتاريخنا وحياتنا في كل مجال زاخرة بالأمثلة والعبر على بطلان مثل هذه الانطباعات ومساوئها وأخطارها.

والأدهى من ذلك أن مثل هذه الانطباعات والآراء تصبح في نظر الناس حقيقة من حقائق الحياة ، وتكتسب مع الزمن قوة وقدسية في بعض الأحيان مستمدة من مكانة الأشخاص الذين يعتقدون بها وتحيط بها هالة من التبجيل والاحترام تنسج حولها سياجا يحميها حتى من مجرد التساؤل أو الشك .

ومن خصائص العقل الإنساني أنه يرتاح إلى مثل هذه الآراء الجاهزة ويركن إليها ويطمئن بها ويشعر نحوها بالسكينة والأمان خصوصا إذا شارك المرء الكثيرون في الاعتقاد بها ، وهذا الأمر لا يقتصر على المجال الطبي فحسب ، بل إنه يشمل كل مجال آخر من مجالات الحياة.

ويذهب الأمر إلى مدى أبعد من ذلك لدى بعض الأفراد الذين يشعرون بكراهية عميقة نحو كل ما يهز قناعاتهم واعتقاداتهم الراسخة التي تريح بالهم وتطمئن إليها عقولهم وقلوبهم ، ويهولهم أن تخضع آرائهم الراسخة للنقد أو التشكيك أو للتحليل بالوسائل العلمية والموضوعية .

وفي الغالب فإن الصعوبة التي يواجهها الإنسان في التخلص من الأفكار القديمة تصبح عظيمة وتشكل أمامه عوائق هائلة ، ولكنه متى ما استطاع أن يتجاوزها تصبح الأفكار الجديدة سهلة القبول وواضحة، وسرعان ما يتبين ما في الآراء والأفكار السابقة من بطلان وفساد وسذاجة وربما بشاعة في بعض الأحيان .

وبالرغم من أن الإنسان لم يستطع بعد التخلص من هذه الطريقة الفاسدة في تكوين الآراء والانطباعات إلا أنه قد أصبح يدرك تماما ما فيها من مساوئ وسلبيات، ونحن نعلم أن تقدم العلوم في العصر الحديث لم تتحطم العوائق أمامه وتفتح أبوابه إلا عندما استطاع الإنسان التخلص من وسائل التفكير البالية وأقام بدلا منها وسائل التفكير المعتمدة على الأساليب العلمية والموضوعية .

إن على رجال العلم والطب في كل مكان أن يكونوا قادرين على تجاوز هذه الوسائل البالية في تكوين الآراء والانطباعات والتحيزات ومحاربة مثل هذه الاعتقادات الخاطئة دون هوادة ، والاعتماد على وسائل التفكير العلمي المعتمدة على الإحصائيات والأرقام ، ووسائل القياس المختلفة، والمقارنة الموضوعية غير المتحيزة.

وتستطيع الأبحاث الطبية أن تبين لنا بوضوح مدى فائدة أو عدم فائدة أي دواء أو وسيلة علاجية جديدة أو قديمة بصورة تبتعد بنا عن الانطباعات والآراء والتحيزات وتقدم الأدلة الموضوعية وتدعمها بالأرقام والإحصائيات .

ولذلك فإن الأبحاث الطبية ضرورية ، ليس لكي نتخلص من الآراء القديمة فحسب، بل لكي نكون آراء جديدة قائمة على الأسس العلمية والأدلة الموضوعية ، وذلك أمر ضروري من أجل تحسين الرعاية الطبية وتقدم المجتمعات والإنسانية جمعاء.

أهداف الأبحاث الطبية :

١) اكتشاف وسائل علاجية وتشخيصية جديدة ، تنتج المعامل آلافا من المركبات الكيميائية ويتم اختبار الكثير منها على الحيوان فإذا اظهرت النتائج الأولية أن أحدها يمكن أن يكون دواء نافعا للإنسان فإن من اللازم حينئذ أن يتم تجربته على الإنسان وليس هناك أي بديل لذلك ، وهو امر معقول عمليا ومقبول اخلاقيا.

وكذلك الأمر في جميع الوسائل التشخيصية والعلاجية الأخرى التي أفرزها التقدم العلمي الحديث فجميعها قد لزم في بداية الأمر تجريبها على الإنسان لتقدير مدى صلاحيتها ونجاحها.

٢) التحقق من فعالية الإجراءات العلاجية بطريقة علمية صحيحة لأنه قد ثبت بطلان الكثير من الوسائل العلاجية القديمة وعدم فعالية كثير من الأدوية لاعتمادها على الوصف والانطباعات الشخصية.

٣) وبالإضافة إلى ذلك فإن إدخال أي دواء جديد لا يتطلب تقرير مدى فعاليته فحسب ولكن يجب البحث أيضا في مقدار فائدته ومقارنتها بالأدوية المتاحة الأخرى ،وكذلك افضل طرق تعاطي الدواء والجرعات المناسبة، والمساوئ والآثار الجانبية والمضاعفات والأخطار .

أنواع الأبحاث الطبية التي تشمل الإنسان :

من ناحية الأثر العلاجي للبحث، هناك نوعان من الأبحاث الطبية تضمنهما إعلان هلسنكي وهي:

١) الأبحاث الطبية العلاجية Therapeutic Medical Research

وفيها يكون من ضمن أهداف البحث تحقيق فائدة علاجية للمريض موضوع البحث.

٢) الأبحاث الطبية غير العلاجية Non-Therapeutic Medical Research

و في هذا النوع من الأبحاث ليس هناك اي قيمة علاجية او تشخيصية للأفراد موضوع البحث ويكون الهدف الرئيسي تقديم المعرفة العلمية الطبية لصالح المرضى في المستقبل وبما يحقق الصالح العام للمجتمع أو للإنسانية كلها.

والذين يشاركون في هذا النوع من الأبحاث عادة متطوعين من الأصحاء أو من المرضى بمرض معين يطلب منهم المشاركة في البحث .

و في بعض الأحيان قد يكون التفريق بين هذين النوعين من الأبحاث الطبية العلاجية وغير العلاجية مبهماً وغير واضح المعالم والحدود لأنهما قد يتداخلان بصورة كبيرة.

و لكن التفريق بينهما يبقى مهم من الناحية العملية والأخلاقية لأن درجة المخاطرة في النوع الأول قد تكون مبررة ومقبولة حتى وإن كانت عالية ، أما في الأبحاث غير العلاجية فلا يمكن قبول درجات عالية من المخاطرة على الأفراد المشاركين.

وأما من ناحية مناهج وأساليب البحث فهناك أنواع عديدة من الأبحاث الطبية تلائم الأغراض الكثيرة للأبحاث الطبية المختلفة ، ومنها:

الأبحاث الاسترجاعيةRetrospective :

في هذا النوع يتم جمع البيانات والمعلومات عن المرضى بعد مدة من علاجهم من خلال دراسة سجلاتهم الطبية ، ولذلك فإن البيانات فيها قد تكون غير كاملة وغير متناسقة ، وتتطلب وضع نظرية محددة تهدف الدراسة إلى التحقق منها ، ولكن نتائجها غالبا ما تكون غير موثوق بها بالرغم من أنها سهلة وسريعة وتكاليفها قليلة .

الأبحاث المستقبلية Prospective :

وفيها يتم طرح موضوع البحث مسبقا ثم يصمم بروتوكول البحث بطريقة محددة ومتناسقة لكي تعطي معلومات متشابهة في جميع المرضى وبعد مدة معينة يتم جمع المعلومات وتحليلها بالطرق الإحصائية لاستخلاص النتائج.

و ينقسم هذا النوع إلى :

ابحاث المراقبة Observational :

وفيها يتم علاج المرضى وجمع المعلومات عنهم خلال فترة طويلة من الزمن ، وفي العادة يكون فيها مجموعة ضابطة Control Group، ولكن المعايير العلمية لهذا النوع غير دقيقة وتحتاج إلى عدد كبير من المرضى وتواجه صعوبات في اختيار المجموعة الضابطة وتتعرض لعوامل عديدة مربكة وهي عرضة للتحيزات.

الأبحاث التجريبية Experimental :

وهذا النوع هو أهم أنواع الأبحاث الطبية وأكثرها دقة ، والمثال الأكثر انتشارا وأهمية لهذا النوع هو الدراسات المضبوطة العشوائية Randomized Controlled Trials وسوف نتعرض لها بالتفصيل بعد قليل.

وقد تكون الدراسة "مفتوحة" Open Trial إذا كان كل من المريض والطبيب على علم بنوع العلاج المستخدم ، وهذا النوع يكون عرضة للتحيزات من خلال تكوين الآراء والانطباعات الشخصية من جانب كل من المريض او الطبيب .

ويمكن أن تكون الدراسة " مخفية "Blind or Masked إذا أخفيت المعلومات عن المريض أو الطبيب الباحث لاستبعاد عوامل التحيز والانطباعات الشخصية .

وفي الدراسات "أحادية الخفاء "Single Blind Trials يتم إخفاء المعلومات عن المريض فقط ، أما في الدراسات " ثنائية الخفاء أو المزدوجة الخفاء" Double Blind Trials فإنه يتم حجب المعلومات أثناء إجراء الدراسة عن كل من المريض والطبيب.

وبعض الدراسات قد تكون " مضبوطة بالدواء الغفل"Placebo Controlled إذا تم استخدام مادة غير فعالة لدى أفراد المجموعة الضابطة.

الأبحاث المضبوطة العشوائية Randomized Controlled Trials

تعتبر التجارب الطبية العشوائية المضبوطة المزدوجة الخفاء (Randomized Double Blind) Controlled Trials أهم أدوات ووسائل البحث الطبي وأكثرها دقة وموضوعية وخصوصاً في تقدير فعالية أي دواء جديد.

وتتصف الدراسات المضبوطة العشوائية بالمواصفات التالية:

١) اختيار المرضى للمشاركة في البحث على أن يكونوا متشابهين من ناحية العمر والجنس والعرق ومدة المرض وشدته وغياب الأمراض الأخرى أو العوامل الأخرى مثل التدخين وغيرها من العوامل التي يمكن أن تربك النتائج وتظهر فوارق بين المجموعات قد تنسب خطأ إلى تأثير العلاج مع أنها ناجمة عن العوامل الأخرى.

٢) التصنيف العشوائي Randomization: يتم تقسيم المرضى إلى مجموعات متساوية بطريقة تعتمد على الصدفة العشوائية أو القرعة لأن ذلك يساعد على إزالة التحيزات التي يمكن أن تنشأ بوعي أو بدون وعي من إدخال المرضى إلى إحدى مجموعات المعالجة أو إلى المجموعة الضابطة التي تتم المقارنة معها.

وقد تتناول المجموعة الضابطة علاجا آخر للمقارنة أو قد يتم ذلك بواسطة العامل النفسي في فعالية الدواء أو لمعرفة الحالات التي يتراجع فيها المرض بصورة تلقائية.

٣) يجب أن تكون هذه الدراسات مزدوجة الخفاء Double blind بحيث تضمن إخفاء المعلومات عن كل من المريض والطبيب ولا يعرف أي منهما نوع العلاج المستخدم إلا بعد استكمال البحث. وفي بعض أنواع الدراسات التجريبية يكون من الصعب إخفاء نوع العلاج المستخدم عن الطبيب ويمكن عندئذ أن نلجأ إلى الدراسة الأحادية الخفاء ،ونادرا ما نلجأ إلى الدراسة المفتوحة إذا لم يكن بالإمكان إخفاء نوع العلاج عن كل من المريض والطبيب.

٤) يجب إجراء البحث على المرضى في جميع المجموعات في نفس المكان والزمان لأن الأمراض وشدتها واستجابتها للعلاج قد تختلف من مكان إلى آخر ومن زمان إلى آخر .

٥) يجب تحديد موضوع البحث والمشكلة التي يتم دراستها بدقة قبل بدء البحث ويستحسن أن يكون ذلك على هيئة سؤال بسيط أو أكثر مثل : هل الدواء المعين الذي تتم دراسته فعال في تسكين الألم في مرض معين ؟ وإلى أي مدى ؟ وهل هو أقل أو أكثر فعالية من دواء معين آخر تتم المقارنة في الدراسة بينهما ؟

وفي هذه الأبحاث يجب أن يكون عدد المرضى مناسبا لإظهار الفروق بين المجموعات ويتحدد ذلك بحسب المشكلة المراد بحثها كما يجب أن يصل البحث إلى تحقيق الدلالة الإحصائية وأن يتمتع بدرجة عالية من الموثوقية.

مميزات التجارب المضبوطة العشوائية :

١) القضاء على الأخطاء في التقدير المعتمدة على الانطباعات الشخصية، والوصف، وسرد القصص، والآراء القائمة على الحدس والتخمين، وتعميم النتائج النادرة أو المعتمدة على الصدفة، والآراء الشخصية المعتمدة في قوتها على مكانة الطبيب وسمعته وشهرته، وغير ذلك من الأخطاء التي سادت المهنة الطبية خلال القرون والأجيال السابقة.

٢) الاعتماد على المقارنات الموضوعية التي لا تتأثر بالعوامل الشخصية للمريض أو الطبيب، والاعتماد على التحليل الإحصائي.

٣) استبعاد الآراء والتحيزات المسبقة.

٤) إنقاص عدم اليقين بنتائج المقارنة إلى الحد الأدنى.

و لا يعني ذلك أن هذا النوع من الدراسات فريداً في نتائجه أو كاملاً ولا تتضمن أي مساوئ ولكنها تعتبر أكثر وسائل البحث العلمي الطبي المتوفرة دقة وموضوعية.

الانتقادات الموجهة للدراسات المضبوطة العشوائية :

بالرغم من أن هذا النوع من الأبحاث الطبية هو أكثرها دقة وموضوعية فإنها قد تعرضت للهجوم والانتقادات من النواحي الأخلاقية ، ويتضمن ذلك العديد من الانتقادات ، وأهمها ما يلي :

١) لو أن الطبيب لا يعلم الفرق في الفعالية بين دواءين أو بين علاج جديد والدواء الغفل - وهذا الوضع نادر الحدوث - فإن التقسيم العشوائي قد يكون مقبولاً وكذلك إن توازنت المنافع والأضرار المحتملة بين نوعين من العلاج. ويعرف هذا الموقف "بالموقف المتعادل" Equipoise، وعدم اليقين الحقيقي Genuine Uncertainty.

٢) إذا كان الطبيب يعلم أن أحد الأدوية المستخدمة في البحث أكثر أو أقل نفعا من الآخر فإن التقسيم العشوائي Randomization للمرضى في مجموعات بعضها يتناول الدواء الأكثر فعالية وبعضها يتناول الدواء الأقل فعالية يعتبر أمرا مناقضا لواجب الإخلاص والأمانة نحو المريض ومخلّ بعهد الثقة الذي توجبه العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض.

٣) في المجموعة الضابطة التي تستخدم دواء غير فعال أو الدواء الغفل لا يمكن الإدعاء بأنه قد تم الحفاظ على مصلحة المرضى إلا في حالة واحدة وهي أن لا يكون قد وجد علاج من أي نوع للمرض الذي يتم البحث فيه ، وهذا أيضا أمر نادر الحدوث .

٤) لو أن بدء البحث كان مقبولاً من الناحية الأخلاقية لعدم وجود أي معلومات عن فعالية الأدوية التي تتم مقارنتها لقيام "موقف متعادل وانعدام اليقين الحقيقي"، فهل يمكن أن يستمر ذلك الموقف مقبولاً بعد فترة من البحث وظهور نتائج ومؤشرات أوليه تجعل الطبيب يكون رأيا محدداً ، وعليه واجب الإفصاح به للمريض والعمل بما يحقق له المصلحة.

٥) يقرر إعلان هلسنكي بأن على الباحث التأكد من حصول جميع المرضى المشاركين في البحث بما فيهم أولئك في المجموعة الضابطة على أفضل الوسائل التشخيصية والعلاجية المتوفرة وهذا يعني بوضوح عدم استخدام الدواء الغفل عندما يثبت وجود وسائل علاجية فعالة.

الدراسات المضبوطة العشوائية في الواقع العملي :

من الثابت أن الدراسات المضبوطة العشوائية المزدوجة الخفاء التي بدأ استخدامها منذ عام ١٩٤٨ م كانت ولا تزال من أهم الابتكارات في وسائل ومناهج البحث الطبي حيث أرست الأسس العلمية التي يمكن أن تجعل البحث العلمي في المسائل المتعلقة بالإنسان أكثر موضوعية، وأقل عرضة للتأثر بالآراء المسبقة والانحيازات والأهواء ، ومعتمدا على الأرقام والتحليل الإحصائي.

وقد أدت كثير من الدراسات التي أجريت خلال نصف القرن الماضي إلى إنجازات عظيمة في المجال الطبي وأرست الممارسة الطبية الحديثة القائمة على الأدلة العلمية الموضوعية في كل فروع الطب الحديث.

وقد أخذ بعض الأطباء في الحقبة الأخيرة يوجهون سهام انتقاداتهم إلى الأسس التي تقوم عليها هذه الدراسات ويطالبون بالتوقف عن إجرائها واللجوء إلى دراسات المراقبة والمتابعة أو الدراسات المفتوحة أو نصف العشوائية أو غيرها من أنواع الدراسات التي لا تصل إلى مستوى الدراسات المضبوطة العشوائية في دقتها ودلالاتها وموضوعيتها ودرجة الثقة واليقين التي توفرها.

ومثل هؤلاء الأطباء الذين يهاجمون أسس الدراسات المضبوطة العشوائية ينسون الوضع الذي كان سائدا في الممارسة الطبية القديمة القائمة على الانطباعات والآراء والاحتمالات وغيرها من الأساليب غير الموضوعية، بل إن تاريخ الطب كله يقف في مجمله ضدهم .

ويبقى من الثابت ان كثيرا من هؤلاء الأطباء يعتمدون في تكوين آرائهم على وجود العديد من الدراسات المضبوطة العشوائية التي تنتهك القواعد الأخلاقية المنظمة للأبحاث الطبية بالفعل، ولكنهم بعد ذلك ينطلقون في توجيه النقد إلى الأسس التي تقوم عليها هذه الدراسات.

وهذا الموقف خاطئ لأنهم يجب ان يوجهوا انتقاداتهم إلى تلك الدراسات اللاأخلاقية وحدها ، وإلى الأطباء الذين يقومون بها ، ويجب ان لا يشمل اللوم جميع التجارب بما فيها تلك الملتزمة بالقواعد الأخلاقية .

ومن الأمثلة على الدراسات التي تتجاوز القواعد الأخلاقية الدراسات التي تشمل استخدام الدواء الغفل والتي لا تزال شائعة بالرغم من ان إعلان هلسنكي يقرر رفض قبول نشر أي بحث طبي ينتهك مبادئ الإعلان أو يخرج عن إطاره.

و هذه الدراسات التي يحرم فيها المرضى من افضل علاج متوفر ويتم فيها استخدام الدواء الغفل تحت علم الجهات المنظمة ومجالس الرقابة على الأبحاث الطبية وتنشر في المجلات الطبية المحترمة كثيرة ومنها مثلاً :

- أبحاث عديدة حول التهاب المفاصل الرثواني Rheumatoid Arthritis

و فيها تتم المقارنة بين مجموعة المعالجة بالدواء الجديد بينما يتناول أفراد المجموعة الضابطة الدواء الغفل بالرغم من وجود عدد من الأدوية ذات الفعالية المؤكدة ، مما يعرض المشاركين لخطر إصابة المفاصل بتأثيرات تنكسية غير قابلة للانعكاس وتسبب تدهور حالتهم المرضية .

- أبحاث عديدة تم فيها مقارنة مضادات الاكتئاب الجديدة مع الدواء الغفل بالرغم من وجود عدد كبير من الأدوية المضادة للاكتئاب وهي معروفة بفعاليتها منذ اكثر من ثلاثين عاماً.

- تمت أيضا تجربة ادوية جديدة لعلاج استرخاء القلب الاحتقاني وادوية خافضة لضغط الدم بنفس الطريقة المذكورة بالرغم من وجود الكثير من الأدوية الفعالة .

و مما يجعل الأبحاث المعتمدة على الدواء الغفل مستمرة بالرغم من مخالفتها للمبادئ الأخلاقية في أغلب الأحيان هو أنها تجعل من السهل الحصول على نتائج ذات دلالة إحصائية بالرغم من أن فعالية الدواء قد تكون قليلة مما يضخم النتائج بصورة خادعة.

و هذا الأمر يحقق مصلحة مؤكدة لشركات الصناعة الدوائية التي يمكن أن تجري أبحاثاً صغيرة لمقارنة الدواء الجديد بالدواء الغفل فتظهر نتائج خادعة ما كان يمكن أن تظهر لو تمت المقارنة مع دواء منافس فعال ، وذلك أمر يسهل حصول تلك الشركات على ترخيصات الأدوية الجديدة من قبل الجهات الحكومية المنظمة لإنتاج الأدوية ، واشهرها منظمة الأغذية والأدوية FDA في الولايات المتحدة الأمريكية.

و الطريقة الصحيحة لإنقاص الاختلافات الإحصائية واستبعاد التأثيرات الناتجة عن الصدفة هي إجراء دراسات كبيرة تشمل عدداً كبيراً من المرضى.

و لكن إجراء مثل هذه الأبحاث مكلف للغاية بينما تكون الأبحاث الصغيرة التي تستخدم الدواء الغفل رخيصة وسريعة وتناسب أهداف شركات التصنيع الدوائي ومصالحها.

ولذلك فإن الحلول اللازمة للتغلب على المشاكل الأخلاقية التي تواجه الدراسات المضبوطة العشوائية لا يمكن أن يتحقق إلا من خلال الالتزام الصارم بالقواعد الأخلاقية المنظمة للأبحاث الطبية ،

وهي ملائمة وكافية للحد من هذه المشاكل إذا ما تم التقيد بها من قبل الباحثين والجهات المنظمة والمراقبة والمشرفة على الأبحاث الطبية .

ومن اهم الضوابط اللازمة في الوقت الحاضر الحد من التجارب التي تستخدم الدواء الغفل واقتصارها على الحالات المؤكدة التي يجب فيها اللجوء إليها ، وهي عدم توفر أي دواء فعال للمرض الذي يتم البحث فيه ، ويجب الا يلجأ الباحث إلى استخدام الدواء الغفل إذا ما توفر دواء آخر ذو فعالية مقبولة.

اما في الحالات التي يتوفر فيها علاج ذو فعالية مقبولة لمرض معين تتم دراسته وهو الوضع الغالب في معظم الحالات فيجب مقارنة الدواء الجديد غير المعروف بالعلاج الموجود والمستخدم بالفعل ، وإذا اضطر الباحث إلى استخدام الدواء الغفل فيجب أن يقدم مبررات قوية تدعم وجهة نظره.

و يجب على الجهات الرقابية على الأبحاث الطبية العمل على إلغاء قبول الأبحاث المشتملة على استخدام الدواء الغفل في ترخيصات الدواء وعلى المجلات الطبية مقاطعة نشر مثل تلك الأبحاث ، وعلى الأطباء جميعا إدانتها وعدم أخذ نتائجها بعين الاعتبار ، وبهذه الطريقة يمكن التخلص من التجاوزات الأخلاقية التي تشمل الدراسات المضبوطة العشوائية والمحافظة على مميزاتها الإيجابية.

ويهمنا اخيرا ان نؤكد على أنه ليس هناك بديل من استمرار الدراسات المضبوطة العشوائية على أن يتم الالتزام بحزم بالمعايير الأخلاقية الصحيحة وعدم التعامل مع اي دراسة لا تلتزم بهذه القواعد وعلى الطبيب أن ينظر بعين ناقدة إلى هذه الدراسات وإدانة جميع الأبحاث التي تنتهك القواعد الأخلاقية الراسخة.

اما الدراسات التي تلتزم بالمعايير الأخلاقية فيجب استمرارها وإعطائها ما تستحقه من المكانة سواء كان ذلك من الناحية العملية والتطبيقية أو من ناحية المكانة الأخلاقية وما تستحقه من الاحترام والتقدير.

الأبحاث الطبية على الأطفال

تحتم القوانين الحصول على الموافقة لمشاركة الأطفال في الأبحاث الطبية من الوالدين أو ولي الأمر، وإذا كان الطفل في سن تمكنه من الفهم وتقدير الأمور فيجب الحصول على موافقته إلى جانب موافقة ولي أمره.

و لا تسبب مشاركة الأطفال في الأبحاث العلاجية عادة أية مشاكل اخلاقية لكن إجراء التجارب غير العلاجية على الأطفال يبرز مشكلة اخلاقية عويصة وهي التساؤل عن حق الوالدين أو الوصي على الطفل في الموافقة على مشاركته في الأبحاث الطبية غير العلاجية.

فهناك راي ينكر حق الوالدين في منح مثل تلك الموافقة ويعارض مشاركة الأطفال في اي تجارب غير علاجية حتى لو كانت نتائجها سوف تؤدي إلى تحقيق الخير لمجموع الأطفال وذلك استنادا إلى الراي القائل بان اي بحث طبي يشمل الإنسان هو مشروع مشترك بين طرفين كل منهما يجب أن يكون متمتعاً بالحرية الذاتية والاستقلال الفردي الكامل ، وبالتالي فلا يجوز أن يمنح شخص الموافقة بذلك بالوكالة عن شخص آخر مهما كانت علاقته به.

اما الراي المؤيد لحق الأب أو الوصي على الطفل في الموافقة على مشاركة الطفل فيعتمد على ان "الضرورة" الطبية تقتضي ذلك لأن الأطفال يختلفون عن البالغين ولا يمكن تطبيق نتائج العلاج

الملائمة للكبار عليهم ولذلك يجب إجراء التجارب عليهم، كما أن هناك أمراضاً خاصة بالأطفال وإجراء الأبحاث يعود بالنتائج الجيدة على الأطفال كمجموع.

و يجب أن يكون البحث غير العلاجي :

١) يحمل مخاطرة قليلة جداً.

٢) الفائدة المحتملة منه لمجموع الأطفال عالية جداً.

و مبرر آخر يستند إلى القانون الطبيعي وهو أن الإنسان كائن اجتماعي مترابط العلاقات والصلات مع الآخرين، ولذلك فإن على كل إنسان واجب أخلاقي في حد أدنى على الأقل أن يشارك في أعمال تعود بالخير على المجتمع ومن بينها الأبحاث غير العلاجية ذات المخاطر المحدودة.

و هذا الواجب ينطبق أيضاً على الأطفال لأنهم أعضاء في المجتمع ولذلك فإن من حق الأبوين الموافقة على مشاركة الطفل في الأبحاث غير العلاجية.

الأبحاث الطبية في دول العالم الثالث

كثير من الأبحاث الطبية التي تجرى في دول العالم الثالث لا تخضع للمعايير الأخلاقية الصحيحة التي تحكم البحث الطبي وكثير منها ينتهك بوضوح ميثاق نور مبرج وإعلان هلسنكي.

و بعض الدراسات تحاول أن تضمن سلامة أصول البحث العلمي ودقة النتائج دون الاهتمام بالمعايير الأخلاقية المنظمة للأبحاث الطبية.

و المرضى في الدول الفقيرة بكل تأكيد في حاجة ماسة إلى الأبحاث الطبية لأن التطبيق التلقائي لنتائج الأبحاث في مجتمع معين على مجتمعات أخرى ذات ظروف مختلفة أمر غير ممكن في كثير من الأحوال نظرا لاختلاف الأمراض ودرجة انتشارها وشدتها ونوعيتها في المجتمعات المختلفة بالإضافة إلى اختلاف المرضى واختلاف الظروف المحيطة البيئية والاجتماعية المؤثرة على الأمراض.

لكن الفقر وتدني مستوى الخدمات الصحية والطبية يؤثر بشدة على إجراء الأبحاث الطبية في هذه البلدان.

و لذلك فإن تمويل هذه الأبحاث من مؤسسات غربية قد يلبي الاحتياجات العلمية ولكنه يخفق في تحقيق الالتزامات الأخلاقية وقد ينتهك واحداً أو أكثر من المتطلبات الأخلاقية الأساسية للأبحاث الطبية وهي :

١) احترام الحرية الذاتية وما ينشأ عنها من واجبات والتزامات أخلاقية.

٢) عدم الإضرار وفعل الخير : كثير من الأبحاث لا تلتزم بتقليل الضرر وتعظيم المنفعة للأفراد المشاركين في البحث.

٣) العدالة : بعض الأبحاث تشمل أفرادا لن يتحقق لهم النفع من المشاركة فيها.

و كثير من الدراسات التي تشمل استخدام الدواء الغفل والتي سبق وأن ناقشنا تجاوزاتها للقواعد الأخلاقية تتم في دول العالم الثالث لأنها تمول من مصادر في الدول الغنية الغربية أهمها شركات الصناعة الدوائية التي تفعل ذلك لضمان سرعة البحث ورخص تكاليفه بما يضمن لها القدرة على التنافس التجاري وتحقيق الأرباح العظيمة ، ولأن إجراء مثل تلك الدراسات مستحيل في دول العالم الغنية بسبب التزام المؤسسات البحثية في تلك الدول بالقواعد الأخلاقية بسبب القيود الصارمة المفروضة عليها من قبل الجهات الإشرافية والرقابية .

و يحتج البعض في تأييد استخدام التجارب المعتمدة على مقارنة الدواء الجديد بالدواء الغفل في الدول الفقيرة بان ذلك لا يشكل اي مخاطر إضافية على الأفراد المشاركين في البحث لأن الممارسة الطبية السائدة فيها لا توفر اي بدائل علاجية فعالة اخرى، ومن الواضح أن مقدار التهافت في مثل هذا المنطق من الناحية الأخلاقية يغني عن اي محاولات لمناقشته.

الاحتفاظ بسرية المعلومات في الأبحاث الطبية

اصبح الاحتفاظ بسرية المعلومات البحثية شائعاً ويؤدي إلى إعاقة التقدم العلمي ويبطئ من سرعة تطوره ويسبب الإضرار بمرضى كثيرين نتيجة لتاخر وصول المعلومات التي كان يمكن أن تحقق لهم الفائدة.

و الاحتفاظ بسرية المعلومات البحثية أمر مناقض للأخلاق العلمية وآداب البحث الطبي العلمي الذي يحتم على الباحث نشر العلم والمعرفة بكل سبيل.

و ينطلق هذا الأمر من التنافس بين العلماء والباحثين لتحقيق السبق رغبة في الشهرة والتميز او الوصول إلى درجات أكاديمية معينة أو الحصول على المكاسب المادية.

و كذلك التنافس بين شركات الصناعة الدوائية التي تفرض على الباحثين العاملين لديها أو الباحثين الذين تمول ابحاثهم في الحفاظ على سرية المعلومات والنتائج التي يتوصلون إليها وعدم نشرها إلا بناءً على موافقة الشركة وذلك بغرض الاحتفاظ بحقوق التسجيل والترخيص.

أجور تحويل المرضى إلى المشاركة في الأبحاث الطبية

لما كان عدد المرضى المشاركين في الأبحاث الطبية قليلاً فقد قامت بعض جهات التمويل بتحديد اجر معين للطبيب مقابل كل حالة يرسلها للمشاركة في البحث حلاً لهذه المشكلة المزمنة.

و بالفعل فإن هذا الحل يحقق نجاحاً كبيراً في العادة لأن حافز الأطباء في حث المرضى وإقناعهم على المشاركة في البحث يكون قوياً.

و يبرر البعض ذلك بان اجر التحويل يعتبر تعويضاً للطبيب على الأجور التي سوف يفقدها من المريض خلال انقطاعه عن عيادته أثناء فترة المشاركة في البحث.

و هذا الأمر غير مقبول لا من الناحية الأخلاقية ولا من الناحية القانونية ويشبه تقاسم الأجور الذي يتقاضاه بعض الأطباء عند تحويل مرضاهم إلى أطباء آخرين أو ما يعرف بالعمولة.

و كل من العمل الطبي السريري والعيادي والأبحاث الطبية السريرية هما وجهان لعملة واحدة ويحملان نفس القيم والمبادئ الأخلاقية ، وما لا تجوز ممارسته من أمور في العمل الطبي المعتاد لا تجوز كذلك ممارسته في أعمال البحث الطبي.

و من المؤكد أن كثيراً من المرضى إن علموا أن حماس الطبيب في دفعهم للاشتراك في البحث الطبي يحقق مكاسب مالية للطبيب سوف يسوء هم الأمر وقد يفقدون الثقة بالطبيب والباحث والعملية البحثية الطبية برمتها.

الباب الثامن

تناقض الواجبات و تعارض المصالح

"الطبيب الفاضل لا يكاد يخفى أمره لأنه يُرى دائما نصباً تُعباً في النظر والبحث تارة، وفي مزاولة العمل أخرى ، لا يهنئه شيء غيره ولا يلتذ إلا به ، ولا يقوم شيء من أعراض الدنيا مقام ما قد آثرهُ ومال إليه"

أبو بكر الرازي

تناقض الواجبات

التناقض بين الالتزامات المهنية الأخلاقية للطبيب والالتزامات التعاقدية الأخرى

Conflict Among Contractual & Role Obligations

إن العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض هي في العادة علاقة تعاقدية بين طرفين وفي بعض الأحوال يدخل في العلاقة طرف ثالث فتنشأ تناقضات بين التزامات الطبيب نحو المريض بما تمليه عليه قواعد وآداب المهنة وبين التزاماته التعاقدية نحو الأطراف الأخرى، ويتبين ذلك فيما يلي :

١) علاج الأطفال

عندما يتقدم أحد الوالدين بطفله إلى الطبيب فإن الشخص الذي يقوم بالتعاقد مع الطبيب هنا هو الأب أو الأم أما الطرف الثاني وهو المنتفع بالتعاقد فهو الطفل ، ولذلك فإن مسئولية الطبيب الأساسية يجب أن تتوجه نحو الطفل لأنه المريض الذي يجب أن تصبح مصلحته العليا هي المقدمة على كل اعتبار آخر.

وفي البلدان الغربية يمكن في بعض الحالات أن توجه تهمة " إهمال الطفل " أو سوء معاملة الطفل " (Child Abuse) إلى الوالدين إذا رفضا السماح بإجراءات علاجية أو جراحية ضرورية لإنقاذ حياة الطفل ، ويمكن للمحكمة أن تصدر الأمر القضائي بعلاج الطفل حتى وإن رفض أبويه لأن مسئولية الطبيب هي تحقيق أفضل المصالح للطفل المريض ، حتى وإن كان ذلك ضد رغبة الطرف المتعاقد.

كما توجب القوانين في البلاد المتقدمة على الأطباء إبلاغ السلطات الحكومية إن كان الطفل قد تعرض للضرب وسوء المعاملة من قبل والديه.

٢) الكشف الطبي الوظيفي والتأميني

عندما يقوم الطبيب بالكشف على شخص لتحديد صلاحيته للتوظيف لدى شركة أو جهة عمل معينة أو لتقرير مدى صلاحيته للتأمين على الصحة أو الحياة فإن الطبيب لا يعتبر ذلك الشخص يقع تحت رعايته ولا تنشأ بينهما العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض وما يتبعها من واجبات والتزامات أخلاقية.

فإذا اكتشف الطبيب وجود مرض خفي لدى الشخص الذي قام بالكشف عليه فإن القانون لا يلزمه بإخبار المريض ومصارحته بالأمر.

أما من الناحية الأخلاقية فإن واجب كل من الطبيب وجهة العمل إبلاغ المريض بحقيقة مرضه انطلاقاً من مبدأ فعل الخير الذي يكون منع الضرر أولى أولوياته.

أما إذا كانت مصلحة العمل تتطلب إخفاء إصابة الموظف بمرض خفي خصوصاً إذا كان ناتجا عن مواد يتعرض لها الموظف في عمله فإن الواجب الأخلاقي هنا يحتم على الطبيب وحده مسئولية إظهار الحقيقة للمريض.

كما تقع على الطبيب مسئولية معارضة جهة العمل التي تتطلب منه حجب الحقائق عن موظفيها المرضى او ان ينسحب من العمل أو يتجنب التعاقد مع مثل هذه الجهات.

٣) الطبيب المتعاقد مع جهة العمل لتقديم الرعاية الطبية للموظفين

بالرغم من ان المتعاقد هنا مع الطبيب طرف ثالث غير المريض هي الشركة او جهة العمل وهي التي تدفع للطبيب أجوره ، إلا ان مسئوليات العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض في هذه الحالة تنشأ بكل التزاماتها وواجباتها الأخلاقية والقانونية.

و في مثل هذه الحالة فإن مصلحة المريض تكون هي المقدمة ولها الأولوية حتى وإن تناقضت مع احتياجات ومصلحة جهة العمل وخصوصاً من نواحي التكاليف المادية للعلاج والإجازات المرضية وتغيير الوظيفة إن كان ذلك لازماً لرفاهية المريض.

٤) التناقضات بين واجبات الطبيب والتزامات الباحث الطبي

إن واجبات الطبيب الأخلاقية والقانونية نحو مريضه في العمل السريري والعيادي واضحة ومحددة ،أما في العمل البحثي فإن واجبات والتزامات الطبيب نحو المريض تظل قائمة ، ولكنها قد تتناقض مع واجبات والتزامات أخرى بالإضافة إلى تناقضها مع دوافع وحوافز مختلفة للباحث الطبي وتتخلص أهم هذه التناقضات فيما يلي :

١) إن الواجب الأول للطبيب هو العمل على تحقيق المصلحة العليا للمريض، أما المهمة الأولى للباحث هي التحقق من صحة وسلامة تطبيق إجراءات البحث وفقاً للبروتوكول الذي أعد مسبقاً والالتزام به لضمان الدقة العلمية والوصول بالبحث إلى هدفه النهائي بغض النظر عن مصلحة المريض الفرد.

٢) لا تتضمن مهمة الباحث الطبي علاج المريض حتى وإن شمل بروتوكول البحث ذلك، وفي كثير من الأبحاث الطبية لا تشكل نتيجة البحث مصلحة معينة للمريض ولكن النتيجة تحقق فائدة علمية تفيد المجتمع أو الإنسانية كلها.

٣) تمنع قواعد الأبحاث الطبية الحصول على أي معلومات قبل الوصول إلى مراحل معينة في البحث ، كما تمنع تعديل العلاج بحسب نمو المعرفة والخبرة أثناء سير البحث نفسه ،وهذا يمنع الطبيب من العمل على تحقيق أفضل المصالح للمريض المشارك.

٤) في الأبحاث والتجارب الطبية تتم التضحية بمصلحة المريض الفرد في سبيل تحقيق الفائدة العلمية أو فائدة المجتمع أو الإنسانية وهذا يتناقض مع النظريات الأخلاقية التي تقرر وجوب التعامل مع الإنسان كغاية في حد ذاته وليس كوسيلة لأي هدف أو غاية أخرى.

٥) كثيرا ما يكون إجراء البحث الطبي ونجاحه مرتبط بتحقيق فوائد ومكاسب عظيمة للباحث مثل نيل درجة علمية أو الترقية الوظيفية أ والأكاديمية بما فيها من زيادة المرتب والفوائد المالية الأخرى بالإضافة إلى المكانة العلمية ونيل احترام الزملاء والشهرة بين الناس أو في المجتمع.

و هذه الدوافع والحوافز العميقة لدى الباحثين يمكن أن تطغى على تفكيرهم وخصوصاً عند وجود تنافس أو تسابق مع فرق بحثية أخرى بحيث تجعلهم ينسون ويهملون واجبهم الأساسي في رعاية مصالح المرضى المشاركين في البحث والحفاظ على رفاهيتهم فيضحون بها واعين أو غير واعين في سبيل نيل تلك المكاسب.

٥) التناقض بين واجب الرعاية الطبية وواجبات التعليم الطبي

لكي يصبح المريض مشاركاً في العملية التعليمية لطلبة الطب فإن عليه ان يدرك ان دور المستشفى التعليمي ليس مجرد تقديم الرعاية الطبية اللازمة له وإنما عليه ايضاً ان يعلم ويدرب اطباء المستقبل.

و لذلك فإن الحصول على موافقة المريض في المشاركة في العملية التعليمية امر ضروري مع التوضيح بان ذلك لا يعرضه لأي مخاطر ومع ضمان الحفاظ على الخصوصية وصيانة السر المهني.

و يجب على طلبة الطب ان يدركوا منذ اول يوم أنهم جزء من الفريق الطبي وعليهم جميع الالتزامات والواجبات الأخلاقية نحو المرضى وخصوصاً صيانة السر المهني والمحافظة على خصوصية المريض ، وان اي إفشاء لأسرار مريض معين حتى وان حدث بدون قصد قد يعرضهم للمسئولية.

و يجب في نفس الوقت ضمان حق المريض في رفض المشاركة في بعض أغراض التعليم الطبي وتحقيق العدالة في توزيع أعباء العملية التعليمية على الجميع بحيث لا تقع أعباءها على المرضى الفقراء وحدهم.

و اثناء مناقشة استاذ الطب لحالة المريض يجب ان يوازن في إعطاء الاهتمام اللازم للمريض فلا يضعه في الدرجة الثانية من الاهتمام ويعطي اهتمامه الأول لطلبة الطب ويجب في نفس الوقت عدم إرهاق المريض بالكشف المتكرر عليه من قبل عدد كبير من الطلاب مثلا او غير ذلك.

اما التزامات الأستاذ الطبيب بإلقاء المحاضرات والامتحانات فيجب الا تطغى على واجباته نحو مرضاه فتؤدي به إلى التأخير في مواعيده مثلاً أو التغيب والانقطاع عن المرضى الذين يقعون تحت رعايته.

و إذا قدر الأستاذ الطبيب أن مناقشة التشخيص التفريقي Differential Diagnosis الذي يتضمن احتمالات خطيرة قد تثير انزعاج المريض وقلقه بدون مبرر فمن الأفضل الانسحاب مع طلابه إلى غرفة أخرى لاستكمال المناقشة.

٦) دور الطبيب في الحروب وتقديم الرعاية للمسجونين والأسرى

إن الواجب يحتم على الطبيب أن يقدم الرعاية الطبية للجنود والجرحى بغض النظر عن مشروعية الحرب التي يشاركون فيها وما إذا كانت حرباً عادلة او مشروعة أو غير ذلك ، لأن الطبيب لا يقدم الخدمة الطبية للجرحى بصفتهم جنوداً محاربين وإنما لأنهم اخوة لنا في الإنسانية.

و قوانين الحروب لا تعتبر الأطباء وغيرهم من العاملين الصحيين اهدافاً مشروعة للهجوم المباشر لأنهم لا يشتركون في الجهود الحربية بشكل مباشر.

و لكن على الطبيب الا يخضع لأي اوامر او توجيهات من قبل القادة العسكريين تجبره على العمل بما يتعارض مع مصالح المرضى والجرحى من الجنود والضباط ومنها مثلاً إرغامهم على العودة إلى الميدان قبل شفاءهم الكامل.

كما ان على الطبيب الا يشارك في اي نشاط يتضمن سوء المعاملة او التعذيب لأي اسير بقصد اجباره على الإدلاء بالمعلومات ويجب عليه في مثل هذه الحالة رفض طاعة الأوامر المنافية لقواعد وآداب المهنة الطبية.

و ينطبق هذا الأمر في الحياة المدنية العادية على المساجين جميعاً وخصوصاً الذين يتم سجنهم لأسباب سياسية أو ثقافية.

و في عام ١٩٧٥م صدر إعلان الأمم المتحدة الخاص بحماية جميع الأشخاص من التعرض للتعذيب وغيره من ضروب المعاملة، أو العقوبة القاسية، أو اللاإنسانية، أو الحاطة بالكرامة.

كما اعتمدت الأمم المتحدة في عام ١٩٨٤م اتفاقية دولية خاصة بمكافحة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة والعقوبة القاسية ووقعت عليها الكثير من دول العالم.

و قد جاء في إعلان الأمم المتحدة أن مما يشكل انتهاكاً جسيماً لأخلاقيات المهنة الطبية أن يقوم الأطباء بطريقة إيجابية أو سلبية بأعمال تشمل المشاركة في التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية، أو التواطؤ أو التحريض على مثل هذه الأفعال، أو استخدام معارفهم ومهاراتهم للمساعدة في أساليب استجواب السجناء، أو تقدير مدى لياقتهم الصحية لتحمل أي شكل من أشكال المعاملة القاسية، أو أي إجراءات لتقييد السجناء، وأن يوفروا لهم رعاية صحية من نفس النوعية والمستوى المتاحين لغير المسجونين.

تعارض المصالح Conflict of Interests

تعارض المصالح هي حالة تنشأ عندما تتجمع ظروف معينة يصبح فيها القرار الطبي المهني المختص بالمصلحة الأولى (و هي المصلحة العليا للمريض أو دقة وسلامة نتائج البحث العلمي) متأثرا بصورة زائدة عن الحد بمصلحة ثانوية (مثل الكسب المالي).

و المصلحة الأولى التي يجب أن تحتل الموضع الرئيسي في التأثير على قرار الطبيب هي تحقيق المصلحة العليا للمريض وفي البحث الطبي العلمي هي سلامة ودقة نتائج البحث.

و المصلحة الثانوية ليست مخالفة للقانون أو الأخلاق وقد تكون تحقيق مكانة علمية أو شهرة اجتماعية أو درجة أكاديمية أو ترقية وظيفية أو تقديم امتيازات وخدمات للأقارب والأصدقاء.

لكن أهم المصالح الثانوية هي المكاسب المالية لأنها محددة وواضحة ومحسوسة ويمكن أن توضع في إطار من القواعد الخاصة للمساءلة الأخلاقية أو القانونية.

و وجود تعارض المصالح في موقف معين لا يعني إثبات التهمه بشكل مباشر على الطبيب ولكنه يعني مجرد الإقرار بوجود موقف تعارض المصالح الذي قد يضع قرار الطبيب ودوافعه في موضع الشبهات.

و هذه القضية بدأت تطرح في بداية الثمانينيات وأصبحت من الموضوعات الأخلاقية الطبية الهامة ولها جوانب معقدة ومتشابكة، كما اتضح أنها تشمل قطاعات واسعة تشمل الأطباء والباحثين الطبيين والمؤسسات الطبية كالمستشفيات ومراكز الأبحاث الطبية والجامعات والكليات الطبية.

و الأمثلة على تعارض المصالح كثيرة لكن أهمها :

١) التحويل الذاتي Self Referral :

التحويل الذاتي مصطلح يطلق على وصف ما يقوم به الطبيب عندما يحول المرضى من عيادته أو المؤسسة الطبية التي يعمل فيها إلى جهة خارجية يتحقق له فيها مكاسب مالية بدون أي التزامات مهنية من جانبه.

و منها مراكز التصوير الطبي المختلفة كالأشعة والتصوير الطبقي والرنين المغناطيسي والموجات فوق الصوتية ، وكذلك المختبرات الطبية ومراكز العلاج الطبيعي والمستشفيات التي يساهم الأطباء في تاسيسها او في راسمالها بغرض استقطابهم في تحويل المرضى إلى هذه المنشات .

و يعتبر التحويل الذاتي نموذجا صارخا على التوجه التجاري الذي اخذ يطغى على المهنة الطبية في كثير من دول العالم.

و في مثل هذه الحالة فإن الطبيب يصبح في موقف شبهة لأن قراره بتحويل المرضى إلى هذه المنشات التي يساهم في راسمالها يخضع إلى دوافعه في تحقيق الأرباح وضمان نجاح المؤسسة التي يمتلك اسهما فيها وتلك أمور يصبح لها - من غير شك – تاثير كبير على قراراته وأحكامه.

و يؤدي التحويل الذاتي إلى النتائج والآثار التالية :

- يقوض ثقة المرضى والمجتمع بالمهنة الطبية ويقيم الشكوك والشبهات حول دوافع الأطباء وقراراتهم.
- ينقص من احترام المجتمع وتقديره للطبيب والمهنة الطبية.
- يؤثر على واجب الطبيب في القيام بدوره كوكيل للمريض وينتهك الالتزامات الأخلاقية عالية المستوى التي تتطلبها وتفرضها واجبات الوكالة.

أما الذين يدافعون عن التحويل الذاتي بادعاء البراءة والأمانة والقدرة على التمسك بالموضوعية فإن هذه الادعاءات لا تجد سنداً يؤكدها ، وحتى إن كان ذلك صحيحاً فلماذا يضع الطبيب نفسه في مواطن الشبهات ويجعل دوافعه محلاً للريبة والشكوك.

٢) الأبحاث الطبية الممولة من شركات الصناعة الدوائية :

تمول هذه الشركات الأبحاث الطبية بما يتوافق مع مصالحها الخاصة ويمكن أن تفرض القيود على الباحثين أو تغدق عليهم الأموال بما يتكفل بتوجيه نتائج البحث وإظهار بعض المعلومات وإخفاء بعضها بما يتناسب مع الأمور التي تحقق مصالح الشركة.

٣) دعم المؤتمرات العلمية وتمويلها من قبل شركات الصناعة الدوائية :

بحيث يمكن أن تؤثر على الموضوعات المطروحة في المؤتمر بالشكل الذي يناسب أغراضها ومصالحها.

٤) تعارض المصالح بين حقوق المريض وواجبات العلاج التي تفرضها العلاقة المهنية مع اهتمامات البحث العلمي الطبي وخصوصاً عندما يكون الطبيب نفسه هو الذي يقوم بالبحث إلى جانب الرعاية الطبية.

٥) الهدايا والمزايا الممنوحة من شركات الصناعة الدوائية للأطباء :

و هذه من أهم الموضوعات الأخلاقية التي تنبه لها الأطباء وأساتذة الأخلاق الطبية مؤخرا وبدأت تضع لها القواعد الأخلاقية المنظمة وتجذب انظار اهتمام الأطباء إليها.

و تتنوع أساليب شركات الصناعة الدوائية في الترويج والدعاية لمنتجاتها بأشكال خفية شديدة البراعة تبدأ بتقديم الهدايا البسيطة مثل الأقلام والساعات، وحفلات الشاي والعشاء، ووجبات الغذاء في فترات الراحة بين المحاضرات في المؤتمرات العلمية، وإقامة حملات الترويج بجانب المؤتمرات العلمية التي

تمولها، بالإضافة إلى دعوة أعداد كبيرة من الأطباء لحضور المؤتمرات العلمية وتمويل كل نفقات سفرهم وإقامتهم.

و الذين يعتقدون ان شركات الأدوية تقوم بتبذير نقودها على شكل هدايا وحفلات وتمويل مؤتمرات ولا تهدف إلى شيء من وراء ذلك لا يخدعون إلا أنفسهم.

و كذلك الذين يعتقدون ان مثل هذه المنح والهدايا لا يمكن أن تؤثر على نفوسهم أو مقدرتهم في الاحتفاظ باستقلاليتهم هم أيضاً يخدعون نفوسهم أو على الأقل يضعون أنفسهم في مواطن الشبهات.

إن هذه الهدايا والمنح حتى البسيطة منها لا تختلف عن الرشوة في شيء ، ولكن المثير للغيظ والحنق ان تكون الرشوة من التفاهة بحيث لا تتجاوز قلما أو ساعة رخيصة أو وجبة عشاء كافية للتاثير على ضمير الكثير من الأطباء وقادرة على الالتواء بقراراتهم سواء كانوا مدركين لذلك أو غير مدركين فلا فرق في الأمر.

و مما يدل على ذلك دراسة أظهرت أن حفل عشاء للترويج لصنف دوائي معين يؤدي إلى زيادة مبيعات ذلك الصنف بنسبة تصل إلى ٨٠٪.

كما ان افضل دليل على مدى التاثير العظيم الذي يحدثه الترويج والإعلان للأدوية هو حجم المخصصات المالية التي تضعها الشركات الدوائية لهذه الأغراض والتي تقدر بخمسة بلايين دولار سنوياً في الولايات المتحدة الأمريكية وحدها.

أهمية تعارض المصالح من الناحية الأخلاقية والمهنية:

إن العلاقة بين الطبيب والمريض هي أساساً علاقة الوكالة التي تقوم بين غير المتكافئين وفيها يكون الطبيب هو الطرف الأقوى ويعطى الثقة الكاملة لكي يحمي المصلحة العليا للطرف الأضعف وهو المريض.

و في علاقة الوكالة قد يكون تعارض المصالح شديداً ، ولذلك فإن القانون والواجب الأخلاقي يقف مع الطرف الأضعف ، ويكلف الطرف الأقوى بواجبات أعلى، ويفرض عليه الالتزام بما يمليه الضمير الواعي واليقظ لكي يتجنب تغليب مصالحه الذاتية على مصالح الطرف الأضعف الذي يمثل مصالحه ويتولى رعايته.

و لذلك فإن هذه العلاقة غير المتكافئة بين الطبيب والمريض وما تفرضه علاقة الوكالة من واجبات والتزامات على الطبيب نحو المريض تدعونا إلى وضع المزيد من الإجراءات والضمانات لضمان عدم قيام وضع تعارض المصالح إن كان ذلك ممكنا في جميع الأحوال أو على الأقل التقليل من نتائجه إلى أبعد الحدود.

اما من الناحية المهنية فإن وجود موقف تعارض المصالح يؤدي إلى الإخلال بعلاقة الثقة القائمة بين الطبيب والمريض بغض النظر عما إذا كانت تلك المصالح قد أثرت بالفعل على قرار الطبيب أم لا ، فإن المريض في مثل هذه الحالة قد يفقد ثقته ليس في طبيبه فحسب بل في المهنة الطبية كلها.

و لما كانت علاقة الثقة أساسية لنجاح العملية التشخيصية والعلاجية ، ومهمة أيضاً لضمان استمرار نجاح المهنة الطبية بفضل ثقة الناس والمجتمع بها، فإن الضرورة تدفعنا لوضع القواعد اللازمة لكي نحمي علاقة الثقة بين الطبيب والمريض وبين المهنة الطبية كلها والمجتمع.

القواعد والإجراءات اللازمة لإزالة موقف تعارض المصالح :

يجب اولا ان ندرك من الناحية العملية ما يلي :

- عندما يجد الطبيب نفسه في موقف ينشا فيه تعارض المصالح فليس هناك اي خطا اخلاقي في ذلك ، ولكن الخطا ينشا إذا لم يتم إدراك مثل ذلك الوضع وكشف عناصره وحدوده بوضوح.

- اولى المهمات الملقاة على عاتق الطبيب في مواقف تعارض المصالح هي الوعي بوجودها والإدراك بان الطبيب كإنسان يمكن ان يتاثر بها، سواء تم ذلك بطريقة واعية او غير واعية، ويجب عليه ان يدرك ايضا ان الناس إن علموا بها قد يفقدون ثقتهم فيه وربما في المهنة الطبية والأبحاث العملية الطبية.

اما الإجراءات التي يجب أن تتخذها المهنة الطبية لإزالة مواقف تعارض المصالح والتقليل من اثارها فهي عديدة ، ولكن أهم الضوابط المتبعة ما يلي :

١) المصارحة :

على الطبيب ان يوضح للمريض الفوائد التي قد تعود عليه من قرار معين او يبين له مشاركته في راسمال مستشفى او مختبر او مركز تشخيصي معين ويترك له حرية الاختيار في التحول إلى ذلك المستشفى او المختبر او إلى اي مرفق آخر يرغب فيه.

و كذلك في الأبحاث الطبية يجب التصريح بالجهات الممولة للبحث والمكاسب المالية التي تعود على الباحثين لكي يستطيع الأطباء التقرير بانفسهم ما إذا كان لموقف تعارض المصالح تاثير على نتائج البحث.

٢) الرقابة والإشراف :

على اللجان الأخلاقية التي تمنح الترخيص بالأبحاث الطبية أن تدرس الارتباطات المالية والتمويل للبحث الطبي وخصوصاً من شركات الصناعة الدوائية والتاكد من عدم وجود تعارض المصالح الذي قد يؤثر على مناهج البحث ووسائله أو على الرعاية الطبية الواجبة للمشاركين في البحث.

٣) الامتناع أو الانسحاب أو التخلي الكامل عن المصالح المالية :

عند ما تكون الشبهة في التاثر بموقف تعارض المصالح كبيرة فإن الواجب يحتم على الطبيب أو الباحث الطبي أن يقوم من تلقاء نفسه بالامتناع عن المشاركة أو الانسحاب منه إن كان قد بدا العمل ، او ان يقوم بالتخلي الكامل عن جميع المصالح المالية وغيرها حتى تزول الشبهة بشكل نهائي.

و هذا يشبه موقف القاضي الذي يتخلى عن النظر في قضية معينة إن وجدت شبهة لوجود موقف مسبق له او انحياز قد يؤثر على نظرته او يشكل شبهة في التاثير على حكمه.

٤) الحظر أو المنع :

في المواقف التي يرجح فيها جانب تغليب المصالح الثانوية على المصلحة الأولى للمريض فإن الجهات الإدارية والرقابية المنظمة للمهنة تمنع الأطباء والباحثين من المشاركة في تلك الأنشطة بصورة دائمة ، ومنها ما يلي :

- حظر قبول الأطباء اي اجور على المقابلات مع ممثلي شركات الصناعية الدوائية.
- منع الأطباء من المشاركة في اي نشاط علمي يهدف إلى الترويج والإعلان عن الأدوية باية وسيلة.
- حظر تقاضي الأطباء اجورا على تجنيد المرضى للمشاركة في الأبحاث الطبية "Finder's Fees" لأن ذلك قد يسبب ضغوطاً واعية او غير واعية على الطبيب تؤدي به إلى دفع المرضى

للمشاركة في البحث الطبي بصورة لا تتوافق مع مصالحهم أو تتعارض مع عناصر الموافقة المستنيرة.

علاقة الطبيب مع شركات الصناعة الدوائية

و ضعت كلية الأطباء الأمريكية توصيات عامة لتحديد علاقات التعامل بين شركات الصناعة الدوائية من جهة والطبيب والمهنة الطبية والكليات الطبية والتعليم الطبي والأبحاث العلمية الطبية من جهة ثانية وأهم هذه التوصيات ما يلي :

١) تحدد التوصيات أولا مبدأ عاما وهو ان العلاقة بين الطبيب والصناعة الدوائية هي تلك التي تقدم مصلحة المريض أولاً على مصالح كل من الطبيب والشركات الدوائية.

٢).على الأطباء تجنب التحيزات الفعلية في قراراتهم والأكثر من ذلك فإن عليهم تجنب وجود اي موقف لوجود شبهة تحيزات حتى وإن كانت مفترضة.

٣) توصى الأطباء بعدم قبول اي هدايا أو منح مالية أو مساعدات عينية إذا بدا أن قبولها قد يثير لدى الآخرين ولو مجرد الشبهة بان لها تأثيراً على قرار الطبيب أو أسلوبه في وصف العلاج.

٤) اعتبرت التوصيات أن الهدايا البسيطة كالساعات والأقلام التي تقدمها الشركات الدوائية للأطباء والوجبات الغذائية بعد المحاضرات الطبية وتذاكر سفر الطيران ودفع تكاليف الإقامة لحضور المؤتمرات الطبية وغير ذلك من الأساليب تحمل في طياتها موقف تعارض المصالح وشبهة وجود تحيزات قد تؤثر على قرار الطبيب وممارساته بما يجعله يغلب مثل تلك المصالح على واجبه والتزامه الأول نحو مرضاه.

٥) لا ترفض التوصيات معونات الدعم والتمويل المقدمة من الصناعة الدوائية للأبحاث الطبية والجامعات والتعليم الطبي ولكنها تحدد لذلك قواعد صارمة تفرض إقامة مسافة كافية بين الصناعات الدوائية والأطباء تجعلهم بمنأى عن اي تأثير أو حتى عن مجرد الشبهة بوجود اي تأثير.

٦) تضع التوصيات قواعد لضمان عدم سيطرة شركات الصناعة الدوائية على المؤتمرات العلمية الطبية التي تمولها أو تساهم في دعمها تتضمن ما يلي :

- لا يجب أن يكون للشركة اي سيطرة واضحة أو خفية على البرنامج العلمي للمؤتمر.
- يجب رفض الدعم المالي إذا حاولت الشركة إدراج مواضيع معينة في فعاليات المؤتمر.
- لا يجب أن يشمل البرنامج العلمي اي ترويج إعلاني لأي صنف دوائي.
- يجب أن يضمن البرنامج العلمي للمؤتمر التوازن بين وجهات النظر المتعددة في كل موضوع ويكفل حرية طرح الأفكار والآراء من قبل المشاركين.
- التدقيق العلمي في جميع البيانات والاستنتاجات التي تقدمها دراسات الأبحاث الدوائية بما يكفل الابتعاد عن التحيزات والانطباعات والتقارير الوصفية والآراء التي ليس لها دليل علمي داعم.

٧) تحرم التوصيات على ممثلي شركات الأدوية إلقاء اي محاضرات طبية.

٨) يجب على الأطباء والخبراء أن يحرصوا بشدة على عدم التورط في اي انشطة علمية إذا كان الهدف من وراءها الترويج الإعلاني للأدوية.

٩) يجب على الأطباء والخبراء أن يرفضوا اي ضغوط لتحديد مواضيع المحاضرات العلمية او اي ضغوط لتقديم بيانات متحيزة وأن يحتفظوا باستقلالهم ومصداقيتهم وحقهم في تقديم معلومات متوازنة ويعرضوا وجهات النظر المختلفة بامانة وموضوعية .

١٠) على الأطباء أن يتجنبوا المشاركة في المؤتمرات والرحلات الترفيهية التي تمولها شركات الصناعة الدوائية.

الملاحق

الملحق رقم (١) :قسم أبوقراط

الملحق رقم (٢) : القسم الطبي الإسلامي

الملحق رقم (٣) : إعلان جينيف لاتحاد الأطباء العالمي

الملحق رقم (٤) : إعلان هلسنكي

الملحق رقم (٥) : مشروع ميثاق شرف المهنة الطبية اليمني

الملحق رقم (٦) : ميثاق المثالية المهنية الطبية

الملحق رقم (١) : قسم أبوقراط

((أقسم بأبللو الطبيب ، وبأسكالبيوس وبهيجيا " ربة الصحة " و" باناسيا "ربة الشفاء وبجميع الآلهة والإلهات وأشهدها جميعاً علي ، أن أنفذ هذا القسم واوفي بهذا العهد والتزم بشروطه بقدر ما تتسع له قدرتي وحكمتي ، وأن أعتبر أستاذي في هذا الفن عزيزاً علي كوالدي وفي منزلة مساوية وأن أشاطره العيش وأشركه في مالي إن دعته الحاجة إليه ، وأن أعتبر أبناءه بمثابة أخوة لي ، وأن أعلمهم هذا الفن - إذا رغبوا في تعلمه - دون أجر أو شرط ، وأن أعلم أبنائي وأبناء أساتذتي وغيرهم من التلاميذ الذين التزموا بهذا العهد وحلفوا هذا القسم ، وليس لأحد سواهم.

و سوف أستخدم العلاج لمساعدة المرضى حسب قدرتي وحكمتي ولن أستخدمه للأذى أو لفعل الشر.

ولن أسقي السم لأحد- حتى إذا طلب مني ذلك- ولن أشير على أحد بسلوك هذه السبيل، وكذلك لن أعطي أي امرأة تحميلة مهبلية لإسقاط جنينها ، وسوف أحافظ على حياتي وفني طاهرين مقدسين.

و لن أستعمل المبضع في علاج الحصى البولية وسأترك ذلك لمن يحذقون هذا الفن.

و إذا دخلت بيت أي إنسان فذلك من أجل مساعدة المرضى وسوف أمتنع عن كل إساءة مقصودة أو أي أذى متعمد ، ومهما رأيت أو سمعت فيما يتعلق بمهنتي أو خارجها فسوف أعتبره سراً مقدساً لا أفشيه.

فإذا التزمت بهذا القسم ووفيت بهذا العهد فإني أرجو أن أشتهر مدى الدهر بين الناس جميعاً متمتعاً بحياتي وفني ، أما إذا نقضت العهد وحنثت بالقسم ، فليكن عكس ذلك جزائي)) .

الملحق رقم (٢) : القسم الطبي الإسلامي

كما اقره الدستور الإسلامي للمهنة الطبية الذي اقره المؤتمر العالمي الأول للطب الإسلامي ، وهذا هو القسم :-

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

- أن أراقب الله في مهنتي.
- وأن أصون حياة الإنسان في كافة أدوارها ، في كل الظروف والأحوال ، باذلاً وسعي في استنقاذها من الموت والمرض والألم والقلق.
- وأن أحفظ للناس كرامتهم ، وأستر عورتهم ، وأكتم سرهم.
- وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله باذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد ، والصالح والخاطئ ، والصديق والعدو.
- وأن أثابر على طلب العلم ، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.
- وأن أوقر من علمني ، وأعلم من يصغرني ، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية في نطاق من البر والتقوى.
- وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي نقياً مما يشينني أمام الله ورسوله والمؤمنين.

و الله على ما أقول شهيد

الملحق رقم (٣) : إعلان جينيف لاتحاد الأطباء العالمي

(قسم الطبيب)

في الوقت الذي أصبح فيه عضوا في المهنة الطبية ؛

فانا أتعهد بكل إخلاص أن أنذر حياتي لخدمة الإنسانية ؛

وسأمنح أساتذتي ما يستحقونه من الاحترام والعرفان ؛

وسوف أمارس مهنتي بكرامة وضمير حي ؛

وسوف تحظى صحة مرضاي باهتمامي الأول ؛

وسأحافظ بكل ما في وسعي من الوسائل على شرف وتقاليد المهنة الطبية النبيلة ؛ وسيكون زملاء المهنة إخوانا لي ؛

ولن أسمح للاعتبارات الدينية أو القومية أو العرقية أو الحزبية السياسية او المرتبة الاجتماعية أن تتدخل بين واجبي كطبيب وبين مرضاي وسوف أحترم الأسرار التي اؤتمنت عليها حتى بعد موت أصحابها ؛

وسوف ألتزم بالاحترام الفائق للحياة الإنسانية منذ بداية الحمل ،

وحتى تحت ظروف التهديد لن استخدم معارفي الطبية بما يتنافى مع القوانين الإنسانية،

وانني أقدم هذه التعهدات بكل إخلاص وبكل حرية مقسماً عليها بشرفي.

الملحق رقم (٤) : إعلان هلسنكي

(الصادر عن الاتحاد العالمي في ١٩٦٤م في هلسنكي- فنلندة- والذي اعيد النظر فيه في عام ١٩٨٣م).

مقدمة:

ان مهمة الطبيب هي ان يحمي صحة الناس ، وان معرفته وضميره مكرسان لتحقيق هذه المهمة.

و إعلان جينيف الذي أصدره اتحاد الأطباء العالمي يلزم الطبيب بهذه الكلمات:

" سوف تحظى صحة مرضاي باهتمامي الأول " ، كما ان الميثاق الدولي للأخلاقيات الطبية يعلن أن :" على الطبيب الا يقوم باي عمل او نصيحة قد تضعف القوى الجسدية أو العقلية للمريض الا إذا كان الهدف منها تحقيق مصلحته ".

و يجب أن يكون الهدف من البحث الحيوي الطبي الذي يشمل الإنسان هو تحسين التشخيص والوسائل العلاجية والوقائية ، وفهم أسباب وآليات الأمراض.

و في الممارسات الطبية الجارية في الوقت الحاضر فإن أغلب الوسائل التشخيصية والعلاجية والوقائية تتضمن المخاطر، وهذا ينطبق بوجه خاص على البحوث الحيوية الطبية.

و يعتمد التقدم الطبي على الأبحاث التي تستند في النهاية على التجارب التي تشمل الإنسان.

و في مجال الأبحاث الحيوية الطبية يجب أن ندرك الفوارق الأساسية بين البحث الطبي الذي يكون الهدف الرئيسي منه تشخيصياً أو علاجياً للمريض نفسه ، والبحث الطبي الذي يكون هدفه الأساسي علمياً بحتاً ، ولا يتضمن اي قيمة تشخيصية او علاجية للشخص موضوع البحث.

و يجب توخي الحذر بوجه خاص عند إجراء الأبحاث التي قد تؤثر على البيئة ، كما يجب احترام سلامة ورفاهية الحيوانات المستخدمة في البحوث.

و لما كان من الضروري تطبيق نتائج التجارب المعملية على الإنسان للنهوض بالمعارف العلمية لمساعدة الإنسانية المعذبة ، فإن اتحاد الأطباء العالمي قام بإعداد التوصيات التالية كدليل إرشادي لكل طبيب في المجال الأبحاث الحيوية الطبية التي تشمل الإنسان.

و يجب أن تظل هذه التوصيات خاضعة للمراجعة وإعادة النظر في المستقبل.

كما يلزم التأكيد على أن المعايير كما هي واردة في هذه التوصيات ، تعتبر مجرد دليل إرشادي للأطباء في جميع أنحاء العالم ، وهي لا تعفي الأطباء من المسئوليات الجنائية والمدنية والأخلاقية الواقعة تحت طائلة قوانين بلادهم.

أولاً : المبادئ الأساسية

١) يجب على البحث الطبي الذي يشمل الإنسان ان يخضع للمبادئ العلمية المتفق عليها بصورة عامه، وان يبنى على تجارب معملية وحيوانية سليمة ، وعلى معرفة مستفيضة بكل ما جاء في المراجع العلمية.

٢) يجب ان يصاغ بوضوح تصميم واداء كل الإجراءات التجريبية التي تشمل الإنسان في بروتوكول تجريبي يتعين ارساله إلى لجنة مستقلة تعين خصيصا لذلك من اجل تقييمه وابداء تعليقاتها وتوجيهاتها.

٣) لا ينبغي ان تجرى الأبحاث الحيوية الطبية التي تشمل الإنسان إلا بواسطة اشخاص مؤهلين علميا، تحت إشراف طبيب يمتلك الكفاءة الطبية الإكلينيكية. وتقع مسئولية حماية الأشخاص المشتركين في البحث دائما على عاتق شخص مؤهل طبيا ولا يمكن ابدا ان تلقى هذه المسئولية على عاتق الشخص موضوع البحث حتى وان كان قد اعطى موافقته على ذلك.

٤) لا يمكن لأي بحث حيوي طبي يشمل الإنسان أن يصبح إجراء مشروعا إلا إذا كانت أهمية الهدف المنشود متناسبة مع المخاطر الكامنة فيه على الشخص موضوع البحث.

٥) يجب أن يسبق كل بحث حيوي طبي يشمل الإنسان تقييم دقيق للمخاطر المتوقعة منه مقارنة بالمنافع المحتملة للشخص المشترك في البحث أو للآخرين.

و يجب دائما أن تكون مصالح الشخص موضوع البحث هي السائدة والمقدمة على مصالح العلم والمجتمع.

٦) يجب دائما احترام حق الشخص موضوع البحث في المحافظة على سلامته. ويجب اتخاذ كل الاحتياطات في سبيل احترام خصوصياته والتقليل من آثار البحث على سلامته البدنية والعقلية وعلى شخصيته.

٧) يجب على الأطباء الامتناع عن المشاركة في مشروعات الأبحاث التي تشمل الإنسان ما لم يكونوا مقتنعين بأن في إمكانهم التنبؤ بالأخطار المتوقعة.

و يجب على الأطباء أن يوقفوا اي بحث إذا وجدوا أن المخاطر تفوق المنافع المحتملة منه.

٨) يجب على الطبيب أن يحافظ على دقة النتائج عند نشر البحث.

و ينبغي عدم قبول نشر تقارير الأبحاث التي لا تتفق مع المبادئ الواردة في هذا الإعلان.

٩) في كل بحث طبي يشمل الإنسان، يجب إطلاع كل شخص يحتمل أن يشترك فيه بشكل ملائم على أهداف البحث ووسائله والفوائد المتوقعة منه بالإضافة إلى المخاطر المحتملة للبحث والشقة التي تستلزمها المشاركة فيه.

و يجب أن يعلم الشخص أن له مطلق الحرية في الامتناع عن الاشتراك في البحث وأنه حر في سحب موافقته على الاشتراك في أي وقت يشاء.

و بعدئذ يجب على الطبيب أن يحصل من الشخص على موافقته المستنيرة التي يجب أن يعطيها بحرية كاملة ويفضل أن تكون الموافقة كتابية.

١٠) يجب على الطبيب عند حصوله على الموافقة المستنيرة على مشروع البحث أن يتوخى الحذر بوجه خاص إذا كانت العلاقة بينه وبين الشخص تجعل الأخير خاضعاً للحاجة إليه أو أنه قد يعطي موافقته تحت الإكراه.

و في مثل هذا الموقف يجب الحصول على الموافقة المستنيرة بواسطة طبيب غير مشترك في البحث وبعيد تماما عن اي علاقة معه.

١١) في حالة انعدام الكفاءة القانونية على منح الموافقة لدى شخص معين يجب الحصول على الموافقة المستنيرة من الوصي الشرعي عليه وفقاً لقواعد التشريع الوطني.

و حينما يتعذر الحصول على الموافقة المستنيرة بسبب العجز الجسماني أو العقلي او إذا كان الشخص قاصراً فإن الحصول على الإذن من قريبه المسئول عنه يمكن أن يحل محل موافقة ذلك الشخص وبما يتفق مع التشريعات الوطنية.

١٢) يجب أن يشتمل بروتوكول البحث دائماً على بيان عن الاعتبارات الأخلاقية المتبعة ، كما يجب أن يشير إلى امتثاله للمبادئ الواردة في هذا الإعلان.

ثانياً : البحث الطبي المقترن بالرعاية الطبية (البحث السريري أو الإكلينيكي)

١) يجب أن يكون الطبيب حراً عند علاج اي مريض في استخدام اي أسلوب تشخيصي او علاجي جديد إذا كان ذلك في تقديره يمنح أملا في إنقاذ حياته او شفائه أو تخفيف معاناته.

٢) يجب تقدير المنافع المحتملة والمخاطر والمشقة المرتقبة من استخدام أسلوب جديد بالمقارنة مع المزايا التي تحققها أفضل الأساليب التشخيصية والعلاجية المتاحة في ذلك الوقت.

٣) في أي بحث طبي يجب أن يكفل لكل مريض — بما في ذلك افراد المجموعة الضابطة إن وجدوا — ضمان الحصول على افضل الأساليب التشخيصية والعلاجية التي ثبتت فعاليتها.

٤) يجب الا يؤثر ابداً رفض المريض الاشتراك في اي بحث على العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض.

٥) إذا رأى الطبيب إن الضرورة تفرض عدم الحصول على الموافقة المستنيرة فيجب عليه بيان الأسباب الخاصة لذلك في بروتوكول البحث بغية عرضه على اللجنة المستقلة.

٦) يمكن للطبيب أن يقرن البحث الطبي بالرعاية الطبية بهدف اكتساب معارف طبية جديدة وعلى أن يقتصر ذلك على الأبحاث الطبية التي يحتمل أن تحقق فائدة تشخيصية أو علاجية للمريض.

ثالثاً : البحث الحيوي الطبي غير العلاجي الذي يشمل الإنسان(البحث الحيوي الطبي غير الإكلينيكي)

١) في التطبيقات العلمية البحتة للأبحاث الطبية التي تجرى على الإنسان فإن واجب الطبيب يحتم عليه أن يظل هو الحامي لحياة وصحة ذلك الشخص الذي يجرى البحث الطبي الحيوي عليه.

٢) يجب أن يكون الأشخاص الذين يجري البحث عليهم متطوعين — إما من الأصحاء أو من المرضى الذين لا صلة لمرضهم بتصميم البحث.

٣) يجب على الباحث أو فريق البحث التوقف عن الاستمرار في البحث إذا كان في تقديرهم أن استمراره قد يكون ضاراً بالفرد المشارك فيه.

٤) في البحث الذي يشمل الإنسان ، لا ينبغي مطلقاً أن تعلو مصلحة العلم والمجتمع او يصبح لها الأولوية على الاعتبارات المتصلة بخير وصالح الشخص المشارك فيه.

الملحق رقم (٥)

مشروع ميثاق شرف المهنة الطبية

الصادر عن نقابة الأطباء والصيادلة اليمنيين

في المؤتمر العام السادس عشر المنعقد بصنعاء في ١٩-٢٠ نوفمبر ١٩٨٧م.

مقدمة :

التعريف بالمهنة الطبية :

الطب مهنة إنسانية عظيمة تتطلب من القائمين بها وعيا أخلاقيا وعلميا رفيعا ، وقد أكسبتها الحقب الطويلة تقاليد وأصولاً تحتم على من يمارسها أن يتحلى بقدر كبير من الاحترام للشخصية الإنسانية في جميع الظروف والأحوال ، وأن يتمتع بقدر وافر من حب التضحية والاستجابة الكاملة لمساعدة المرضى ، كما تفرض عليه أن يكون قدوة حسنة في أخلاقه وسلوكه ومعاملته .

إن الصحة ضرورة إنسانية وحاجة أساسية وليست ترفا ، ومن هنا أصبح الهدف الأسمى للمهنة الطبية هو السعي نحو تحقيق أوفر قدر من الصحة الجسدية والعقلية والنفسية لجميع أفراد المجتمع والجنس الإنساني كافة .

وعندما تتوفر الصحة للإنسان فإنه يصبح عنصرا إيجابيا للمشاركة في بناء مجتمعه ويكون قادراً على أن يسهم بنصيبه في خدمة وطنه والمشاركة في تحقيق التنمية والرخاء لجميع أفراد المجتمع وبالإضافة إلى ذلك يصبح الفرد قادراً على الاستمتاع بحياته وأن يعيش في ظل السعادة الحقيقية.

ولهذا فإن مهنة الطب لا تهدف إلى علاج المرضى وتخفيف آلامهم فحسب بل أصبح الهدف هو وقاية المجتمع من الأمراض وتحقيق أكبر قدر من الصحة الإيجابية من الناحية الجسدية والنفسية لجميع المواطنين .

ولهذا فإن مهنة الطب هي المهنة الوحيدة التي لا يرد قاصدها ولو لم يملك الأجر ، ولهذا أيضا ينبغي أن تطوع الأنظمة والخدمات والجهود ، وبوحي من هذه الأهداف السامية وبما يتناسب مع صالح المرضى وحاجتهم وراحتهم وليس لغير ذلك من الاعتبارات .

الفصل الأول

صفة الطبيب

ينبغي أن يكون الطبيب من أهل الحكمة والموعظة الحسنة ، مبشراً لا منفراً ، حليماً لا غضوبا ، محباً لا كارها ، ولا تغلبه ضغينة ولا تفارقه سماحة ، كما ينبغي أن يكون الطبيب صادقاً إن قال أو كتب أو شهد ، حريصاً على الا تدفعه نوازع القربى أو المودة أو الرغبة أو الرهبة إلى أن يدلي بشهادة أو تقرير أو حديث يعلم أنه مغاير للحقيقة .

كما يجب ان يلتزم ب (القسم الإسلامي للطبيب) الذي ينص على ما ياتي:

- أن يراقب الله في مهنته .
- وأن يصون حياة الإنسان في كافة ادوارها ، وفي كل الظروف والأحوال ، باذلاً وسعه في استنقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق .
- وأن يحفظ للناس كرامتهم ويستر عورتهم ويكتم سرهم .
- وأن يكون على الدوام من وسائل رحمة الله باذلاً رعايته الطبية للقريب والبعيد ، والصالح والخاطئ ، والصديق والعدو .
- وأن يوقر من يعلمه ويعلم من يصغره ويكون اخاً لكل زميل في المهنة الطبية ، متعاونين على البر والتقوى .
- وأن تكون حياته مصداق إيمانه في سره وعلانيته ، نقياً مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

الفصل الثاني

أحكام عامة

مادة (١) : الطب مهنة إنسانية واخلاقية توجب على الطبيب أن يتحلى بروح التضحية والأخلاق الفاضلة ، ولذا يلتزم جميع الأطباء في الجمهورية العربية اليمنية بما تنص عليه مواد هذا الميثاق ويعتبرونه هدفاً سامياً يسعون إلى تحقيقه بكل تفان وإخلاص ومرشداً يهدي خطاهم طوال حياتهم إلى طريق الخير والفضيلة .

مادة (٢) : تقوم نقابة الأطباء والصيادلة بالإشراف والرقابة على الأطباء في المستشفيات العامة والخاصة والعيادات والصيدليات بما يكفل تطبيق أهداف هذا الميثاق ويضمن الالتزام بالسير على هديه وتنفيذ احكامه على أكمل وجه .

مادة (٣) : يخضع لأحكام هذا الميثاق كل طبيب مسجل في سجل نقابة الأطباء والصيادلة ، وكل مخالفة لهذه الأحكام تعرض مرتكبيها للإحالة إلى مجلس التأديب بالإضافة إلى إجراء التبعات الأخرى المنصوص عليها في القوانين والأنظمة النافذة .

الفصل الثالث

واجبات الطبيب العامة

مادة (٤) : على كل طبيب عضو في النقابة أن يكون أميناً على اداء واجب المهنة ، حريصاً على كرامتها ، باذلاً جهده في سبيل رفع شأن مهنة الطب ، والنهوض بمستواها العلمي والأخلاقي .

مادة (٥) : يحضر على الطبيب الذي يشغل منصباً معيناً أن يستغل منصبه لغايات مهنية تستهدف زيادة مرضاه ، كما يحضر عليه استغلال وظيفته للحصول على كسب مادي من المرضى ، أو تقاضي أجر عن عمل يدخل في اختصاص وظيفته التي يؤجر عليها من جهة أخرى .

مادة (٦) : يحظر على الطبيب الإعلان عن نفسه أو القيام بدعاية مباشرة أو غير مباشرة بأي

وسيلة من وسائل النشر أو الدعاية أو بالكتابة على اللوحات أو البطاقات أو الوصفات الطبية ألقاباً أو اختصاصات لم ينلها بشكل قانوني .

مادة (٧) : يجب أن تكون اللوحة التي يضعها الطبيب على مدخل عيادته ذات شكل بسيط ولائق وخالية من الزخارف التزينية أو الأضواء الملفتة للأنظار كما يجب الا يسجل عليها إلا الاختصاص المعترف له به بشكل قانوني .

مادة (٨) : لا يجوز للطبيب أن يمارس عمله في أمكنة غير معدة إعدادا مهنيا لائقا ويجب أن يقوم الطبيب بإخطار النقابة عن اعتزامه فتح عيادة في مكان يحدده أو عندما يريد نقل عيادته إلى مكان آخر للحصول على (إجازة فتح العيادة) وذلك حتى يتمكن فرع النقابة من الكشف على مقر العيادة قبل السماح بفتحها للتأكد من توفر المواصفات اللازمة فيها .

مادة (٩) : يجب ألا يكتب على الوصفات الطبية إلا الشهادات والاختصاصات التي نالها الطبيب بشكل قانوني ومعترف بها رسميا كما يجب أن يذكر على الوصفة الطبية بوضوح اسم المريض وعمره وتوقيع الطبيب .

مادة (١٠) : لا يجوز للطبيب أن يعطي شهادات بشأن أي مستحضر طبي إلا إذا كان ذلك لأغراض علمية وبأسلوب علمي دون ذكر اسم المستحضر التجاري أو الشركة المنتجة.

مادة (١١) : لا يجوز للطبيب أن يمارس أي عمل شأنه الحط بكرامة وشرف المهنة ،ويتضمن ذلك ما يلي :

أ) اللجوء إلى أساليب يمكنها أن تسيء إلى مهنة الطب وخاصة ما يدخل منها في إطار الغش أو التدجيل أو الادعاء باكتشاف طريقة للتشخيص أو العلاج غير مثبتة علمياً.

ب) الكتابة في الصحف والمجلات ووسائل النشر الأخرى بأسلوب يفهم منه الدعاية الشخصية أو بشكل يسيء إلى المهنة الطبية أو إلى حقوق الزمالة الطبية أو المهن الأخرى.

ج) إقامة أي نوع من العلاقات تقوم على السمسرة أو المكافأة مع أي من زملائه أو مع المؤسسات الطبية أو مؤسسات المهن الطبية الأخرى وأفرادها أو استخدام من يقوم بهذا العمل .

د) بيع العينات الطبية سواء كان ذلك لمريض أو لأي شخص أو مؤسسة .

ه) السماح باستعمال اسمه في ترويج الأدوية أو إعارة اسمه لأغراض تجارية بأي صورة من الصور .

و) طلب أو قبول مكافأة أو أجر لقاء التعهد بوصف أدوية معينة أو أجهزة معينة للمرضى أو لقاء إرسالهم إلى مستشفى معين أو صيدلية أو مختبر محدد أو إلى طبيب آخر .

ز) إجراء الاستشارات في محال تجارية أو في ملحقاتها مما هو معد لبيع الأدوية أو الأجهزة بقصد النصح باستعمالها سواء كان ذلك بالمجان أو نظير مرتب أو مكافأة.

مادة (١٢) : يجب أن تسود علاقات الأطباء بأعضاء المهن الطبية الأخرى روابط التعاون والاحترام ومراعاة استقلال مصالح الجميع والحرص على عدم الإساءة إليهم مادياً أو معنويا وكل خلل يصيب هذه العلاقات يحل بالاشتراك مع النقابات المهنية الأخرى ذات العلاقة .

الفصل الرابع

واجبات الطبيب تجاه المريض

مادة (١٣) : إن المسئولية الطبية تجاه المريض هي مسئولية عناية وليست مسئولية شفاء ، ومن حق المريض طلب الدواء ومن واجب الطبيب بذل أقصى العناية له ، أما الشفاء فبيد الله وحده .

مادة (١٤) : كل عمل طبي يجب أن يستهدف مصلحة المريض المطلقة وأن تكون له ضرورة تبرره وأن يتم برضائه الكامل أو برضى ولي الأمر إن كان قاصراً أو مصاباً باضطرابات عقلية أفقدته الوعي .

مادة (١٥) : يجب على الطبيب أن يعامل الناس جميعاً بما يمليه الضمير والواجب الإنساني بدون أي تمييز ديني أو وطني أو عرقي أو طائفي أو سياسي أو اجتماعي وأن ينظر إلى أي مريض ويعامله كإنسان أولاً وقبل كل اعتبار .

مادة (١٦) : يجب على الطبيب عند قبوله رعاية أي مريض سواء في عيادته الخاصة أو في أي منشأة صحية أن يبذل كل جهده وطاقته لتقديم العناية والعطف بإخلاص لكل المرضى على حد سواء .

مادة (١٧) : على الطبيب أن يبذل أقصى الجهد للعناية بمريضه وإذا أحس أن المريض قد يجد نتائج أحسن لدى طبيب اختصاصي آخر فيجب عليه أن يوصي المريض بذلك ويخلص له النصيحة أو إذا شعر الطبيب بعجزه عن العلاج فإن من واجبه استدعاء طبيب آخر أكثر خبرة منه للمساعدة في إنقاذ حياة المريض .

مادة (١٨) : يجب على الطبيب مراعاة التقاليد الآتية :

أ) حرية المريض في اختيار الطبيب .

ب) حرية الطبيب في وصف الدواء مع مراعاة الأحوال المادية للمريض .

ج) فيما عدا الحالات الإسعافية ، للطبيب الحق في رفض معالجة مريض لأسباب مهنية.

مادة (١٩) : يجب أن تكتب الوصفات الطبية بخط واضح وبكلمات تامة وأن تحتوي على شرح واضح لطريقة استعمال الدواء دون أي غموض أو مفهوم ضمني .

مادة (٢٠) : التقريرات الطبية :

تقتضي الممارسة الطبية في بعض الأحيان إعطاء وثائق أو تقريرات طبية وعند تحريرها تراعى القواعد التالية :

أ) يجب على الطبيب عند إعداده للتقرير ألا ينسى أنه ملزم بالمحافظة على سر المهنة.

ب) يجب على الطبيب أن يكون موضوعياً ودقيقاً وحذراً وألا يشمل في التقرير سوى معلومات طبية وأن تكون المعلومات الواردة موافقة للهدف المطلوب من التقرير ، كما يستحسن أن يبين الأسباب الداعية إلى كتابة التقرير .

ج) على الطبيب أن يتقيد بالمعلومات التي يحصل عليها بواسطة الفحص السريري للمريض وألا يتطرق إلى أية معلومات إضافية يعطيها المريض أو أي شخص آخر وإذا اضطر إلى إيراد تشخيص أو معاينة طبيب آخر فيجب أن يسجل اسم الطبيب في التقرير.

د) يجب تدوين تاريخ الفحص بشكل واضح في التقرير وأن يصدر عن الطبيب ممهوراً بتوقيعه بخط يده مع ذكر عنوانه أو مقر عمله .

هـ) إن إعطاء تقرير طبي لا يحوي معلومات صحيحة أو بقصد المجاملة يعتبر عملاً غير

شريف ويحاسب عليه الطبيب المسئول .

مادة (٢١) : في حالة الكشف على متوفٍ ، يجب على الطبيب أولاً التأكد من الوفاة ولا يجوز له أن يعطي تقريراً عن متوف لم يحضر نزعه أو لم يطلع على مرضه السابق لوفاته إلا بعد اقتناعه بسبب الوفاة حسب الخبرة الطبية .

وحيث أن الطبيب هو صاحب الكلمة الأخيرة في أن مريضه قد مات أو لا يزال على قيد الحياة فإنه مطالب بتقدير مسئولية هذه الكلمة ولا تصدر عنه إلا بعد اليقين العلمي الممكن وفي أمانة لا تشوبها شائبة ، وله أن يستشير إن غم عليه ، أو أن يستعين بالمتاح من الوسائل العلمية .

وفي الحوادث المشتبه بكونها جنائية يجب على الطبيب إعلام السلطات الأمنية والقضائية التي تكون حينئذ صاحبة الحق في إجازة الدفن .

مادة (٢٢) : على الطبيب مهما يكن عمله أو اختصاصه أن يقوم بالإسعاف الأولي لإنقاذ حياة مريض مهدد بالخطر وذلك حتى يتم توفير العناية الطبية اللازمة له من قبل طبيب اختصاص آخر .

مادة (٢٣) : إذا طلب الطبيب لإسعاف مريض قاصر أو فاقد الوعي ، ولم يتمكن من الحصول على الموافقة القانونية في الوقت المناسب مع تثبيت ذلك في حينه ، فعليه أن يقوم بالمعالجة اللازمة دون النظر إلى أي اعتبار آخر ما دام قد أجرى ما توجبه أصول المهنة وبأسلوب سليم .

مادة (٢٤) : يجب على الطبيب ممارسة المهنة في نطاق تخصصه مع السعي المستمر لمواكبة التطور العلمي بما يكفل أفضل الخدمات الطبية للمرضى ويساعد على شفائهم.

مادة (٢٥) : لا يجوز للصيدلي صرف أو بيع أي علاج للمريض بدون وصفة طبية .

الفصل الخامس

حرمة الحياة الإنسانية

مادة (٢٦) : الحياة هي أثمن هبات الله للإنسان ، ويجب على الطبيب أن يصون الحياة الإنسانية ، ولا يجوز إنهاء حياة مريض مصاب بمرض مستعص غير قابل للشفاء مهما رافق ذلك من آلام أو أصبح هذا المريض عبئاً على من يحيط به ، إن إهدار حياة إنسان ولو بدافع الشفقة حرام ، لأنه خارج عما ينص عليه الشرع من موجبات القتل .

مادة (٢٧) : حياة الإنسان محترمة في كافة أدوارها ، وتنسدل هذه الحرمة على الحياة الجنينية في رحم الأم ، ولا يجوز للطبيب أن يهدر حياة الجنين إلا عند الضرورة القصوى التي تقرها الشريعة الإسلامية والتي يشكل فيها استمرار الحمل خطراً على حياة المريضة وذلك وفق الشروط الآتية :

أ) أن يتم الإجهاض في مستشفى مرخص من قبل طبيب مختص بناء على توصية طبية من قبل طبيبين آخرين على الأقل معروفين بكفاءتهم المهنية .

ب) أن يحرر محضر بتقرير الحاجة الملحة إلى الإجهاض قبل إجراء العملية على أن يكون المحضر من عدة نسخ يوقعها الأطباء والمريضة وزوجها أو وليها وتحفظ نسخة في ملف المريضة .

ج) إذا رفضت المريضة الحامل إجراء العملية رغم توضيح الطبيب لها خطورة استمرار الحمل فعليه الامتثال لإرادتها بعد تثبيت معارضتها .

مادة (٢٨) : على الطبيب أن يصارح المريض بعلته إذا طلب المريض ذلك ، وعليه أن يختار طريقة

التعبير المناسبة فيخاطب كلا على قدر شخصيته ، ويدرس لذلك مريضه دراسة متأنية تدله على التعبير المطلوب ، وليتلطف وليعمل على إذكاء إيمان المريض وانزال السكينة على قلبه وتوثيق رباطه بالله ثقة تهون عليه ما سواه ، وليكن نصب عينه دوماً ان زرع الياس في قلوب المرضى ليس جزءاً من مهنة الطب .

وفي حالة إخفاء خطورة المرض على المريض ، يجب أن يحاط الأهل علماً بذلك.

الفصل السادس

المحافظة على سر المهنة

مادة (٢٩) : يدخل في نطاق السر الطبي كل ما يطلع عليه الطبيب من احوال مريضه الصحية والاجتماعية وكل ما قد يراه أو يسمعه أو يفهمه من مريضه أثناء اتصاله المهني به من اموره وأمور غيره .

مادة (٣٠) : على الطبيب الا يفشي بدون رضى مريضه أي معلومات حصل عليها أثناء علاقته المهنية إلا في الأحوال التي يتطلبها القانون ولا يشترط في السر أن ينبه المريض طبيبه للحفاظ عليه .

مادة (٣١) : يجوز إفشاء سر المهنة في الظروف التالية :

أ) للمريض نفسه لما يتعلق به من مرضه ومستقبله .

ب) للوصي أو ولي الأمر فيما يتعلق بمريض قاصر أو غير مدرك .

ج) لأهل المريض إذا عرف أن لهذا فائدة في المعالجة وكانت حالة المريض لا تساعده على إدراك ذلك .

د) أثناء خبرة طبية قضائية أو طبابة شرعية .

هـ) لأغراض علمية وللبحوث الطبية دون ذكر الأسماء والصور .

مادة (٣٢) : على الطبيب الا يصدر شهادة وفاة تذكر تشخيص المرض أو بيان لطبيعته بصورة صريحة إذا كان في ذلك إفشاء لسر المهنة إلا إذا كان ذلك بناءً على طلب القضاء بحكم القانون .

الفصل السابع

علاقة الطبيب بالطبيب

مادة (٣٣) : يجب أن تسود علاقات الأطباء ببعضهم صلة الزمالة الحسنة التي تضمن توفر الاحترام والثقة المتبادلة فيما بينهم وتيسر سبل تعاونهم في كل ما يخدم المرضى.

مادة (٣٤) : يجب على الأطباء العمل على تحاشي وقوع ما يسيء إلى علاقات الزمالة وأن يسعوا إلى حل ما قد يحدث بينهم من خلافات بطرق التفاهم الودي وإذا استعصى ذلك يرفع الأمر إلى النقابة .

مادة (٣٥) : يحظر على الطبيب بشكل مطلق ان يطعن في أحد زملائه امام مريض أو اهله أو امام الآخرين ، أو أن يردد الشائعات التي تسيء إليه أو تؤذيه في ممارسته لمهنته ، ويجب على كل طبيب الدفاع عن زملائه في المهنة واعتبار الإساءة أو التشهير بزميل له هو تشهير به وإساءة إليه .

مادة (٣٦) : لا يجوز للطبيب إشعار المريض تصريحاً أو تلميحاً بخطأ أو عدم كفاءة طبيب آخر كان تحت رعايته الطبية ، ويجب أن تتميز العلاقات القائمة بين الأطباء بالاحترام

المتبادل واحترام الأقدمية والكفاءة العلمية .

مادة (٣٧) : يجب أن تسود العلاقات القائمة بين الأطباء روح المودة والتفاهم والتعاون والتكافل وإذا تعرض طبيب لكارثة أو أزمة وجب على الجميع تقديم العون والمساعدة اللازمة له ، وفي حالة حدوث اعتداء على الطبيب أثناء مزاولته للمهنة وجب عليه إبلاغ مجلس النقابة قبل الالتجاء إلى أية جهة أخرى .

مادة (٣٨) : لا يجوز للطبيب السعي لاستدراج مرضى الأطباء الآخرين إليه سواء كان ذلك مباشرة أو بالواسطة كما لا يقبل منه السكوت عمن يقوم بذلك لمصلحته وبعلمه.
ويندرج تحت هذا السعي بصورة أو بأخرى للاستيلاء على وظيفة زميل آخر أو الحلول محله في عمل يتعلق بالمهنة الطبية مثل التعاقد مع المؤسسات والشركات وغير ذلك.

مادة (٣٩) : من حق الطبيب أن يستقبل في عيادته كل المرضى دون التزام نحو أي طبيب آخر سبق له أن عالجهم .

مادة (٤٠) : على الطبيب أن يتجنب المزاحمة غير المشروعة في المهنة .

مادة (٤١) : لا يجوز للطبيب أن يتخذ أكثر من عيادة واحدة .

مادة (٤٢) : لا يجوز للطبيب الممارس افتتاح عيادة في بناء فيه زميل ممارس وله نفس المدخل إلا بموافقة الطبيب الأسبق أو بموافقة فرع النقابة ، ويستثنى من ذلك الحالات التي يكون فيها الأمر متعلقاً بأطباء ذوي اختصاصات مختلفة .

مادة (٤٣) : لا يجوز للطبيب أن ينيب عنه في عيادته بصورة مؤقتة إلا طبيباً مسجلاً في النقابة ومرخصاً له بالعمل في نفس الاختصاص ، وإذا طالت المدة لأكثر من شهرين متصلين فيجب الإذن والحصول على موافقة النقابة .

مادة (٤٤) : الاستشارة الطبية :

أ) على الطبيب أن يقترح إجراء الاستشارة الطبية إذا تطلبت ذلك ظروف المعالجة ، وعليه أن يقبل إجراء الاستشارة إذا طلب المريض أو أهله إجراءها ، فهذا من حق المريض على الطبيب .
وفي كلتا الحالتين فإن الطبيب المعالج ينصح باستشارة الطبيب الذي يراه أهلاً لذلك مع الأخذ بعين الاعتبار رغبة المريض والقبول مبدئياً بالالتقاء مع أي طبيب مسجل في النقابة ما لم تكن لديه أسباب قوية تبرر عدم القبول ، ويكون مكلفاً بتنظيم الاستشارة .
وإذا كان الطبيب لا يرى ضرورة لقبول طلب المريض باستشارة طبيب آخر فيجوز له الانسحاب دون أن يكون لأحد الحق في طلب تفسير لذلك منه .

ب) لا يجوز للطبيب المعالج أو المستشار إبداء ما يسيء إلى أي منهما أمام المريض أو ذويه ويجب أن يتداول الأطباء المتشاورون مع الطبيب المعالج حالة المريض بمعزل عنه وعن ذويه ، ويلزم تحرير الاستنتاجات وأسلوب العلاج المتفق عليه والتوقيع عليه ، وإذا لم يحرر ذلك فإنه يعني مشاركة المستشار للطبيب المعالج في رأيه .

ج) إذا اختلفت وجهات النظر أثناء الاستشارة في أمر لم يمكن التغلب عليه يحق للطبيب المعالج أن يرفض تطبيق أسلوب المستشار في المعالجة ، وإذا كانت الاستشارة مقبولة من المريض فللطبيب المعالج الحق بالتخلي عن رعاية المريض طيلة مدة علاجه.

د) لا يجوز للطبيب المستشار العودة لزيارة المريض خلال الفترة المرضية التي تمت بشأنها الاستشارة إلا بعلم الطبيب المعالج وموافقته .

مادة (٤٥) : في حالة معالجة المريض في مستشفى عام أو خاص فإنه يطبق على اشتراك آخر في

معالجته ما طبق في المادة (٤٤) بشان الاستشارة الطبية ، مع مراعاة النظم الإدارية في هذه المستشفيات ، ولا يجوز لأي طبيب أن يتصل بهذا المريض علاجياً إلا بعد موافقة الطبيب المعالج .

الفصل الثامن

الطبيب والمجتمع

مادة (٤٦) : عندما يقوم الطبيب بمعالجة مريض مصاب بمرض سار أو معد أو يشتبه به فإن من واجبه إبلاغ السلطات الصحية المختصة للقيام بالإجراءات الوقائية ، وعليه أيضاً أن يعطي إرشادات الوقاية الصحية للوسط الذي يعيش فيه ذلك المريض وكذلك النصائح والإجراءات المناسبة لغرض قواعد الصحة العامة .

مادة (٤٧) : يجب على الأطباء الإسهام في نشر برامج التوعية الصحية في المجتمع والاهتمام بمكافحة العادات السيئة التي تسبب الضرر كالمخدرات والتدخين وعدم النظافة ، كما يجب عليهم المشاركة في مكافحة الأمراض الوبائية والمستوطنة والمساهمة في الدعوة إلى منع تلوث البيئة على أوسع نطاق .

مادة (٤٨) : على الطبيب أن يساهم في حماية أفراد المجتمع من أعمال الشعوذة والدجل والدخلاء على المهنة وأن يقوم بإبلاغ مجلس النقابة عن أي أعمال مخالفة للقانون تصل إلى علمه.

مادة (٤٩) : للطبيب على المجتمع حق الثقة الوطيدة والعيش الكريم والرزق الوافي والكرامة المصونة. وعلى الطبيب أن يكون مثالاً في عمله وقدوة في سلوكه وأخلاقه حتى يصبح أهلا لهذه الحقوق وإلا كان عرضة للمساءلة التأديبية .

الفصل التاسع

الأتعاب والأجور

مادة (٥٠) : رزق الطبيب في القطاع الخاص حلال ، وأجره حق ، وعمله أمانة ، ورقيبه الأكبر هو ربه الذي لا يغفو وضميره الذي لا يتهاون ، ولكن إذا ألجأت إليه الحاجة فقيرا أو ضعيفا فعليه أن يقدر الحاجة .

ومع أن الطبيب حر في أن يقدم خدمات مجانية عندما يدفعه ضميره إلى ذلك إلا أنه لا يجوز له الإعلان عن أوقات معينة للمعالجة المجانية ، وللطبيب الحق في أداء واجبه مجانا لأسباب وجدانية وإنسانية في جميع الأوقات .

مادة (٥١) : يجب على الأطباء عدم المغالاة في تقدير الأجور ومراعاة الأحوال المالية للمريض ، وفي حالة الاختلاف يجوز أن تقوم النقابة بتقدير الأجر ناظرة بعين الاعتبار لظروف المريض المالية وأحواله الاجتماعية .

مادة (٥٢) : على الطبيب أن يقوم برعاية زملائه في المهنة وطلاب الطب وأعضاء المهن الطبية المساعدة والعاملين لديه ومساعديه بشكل مجاني ، ولا يعتبر تقاضيه من هؤلاء بعض الأجور البسيطة مخالفة مسلكية .

مادة (٥٣) : إذا قام طبيب بمساعدة الجراح فإن له الحق في تقاضي أتعابه من أجر العملية إما مباشرة أو تتضمنه فاتورة أجور العملية الجراحية على أن تحدد نسبته بالاتفاق المسبق.

مادة (٥٤) : اجتماع الطبيب المعالج مع طبيب آخر في استشارة طبية يبرر حصول كل منهما على أتعاب خاصة .

الفصل العاشر

التعليم الطبي والبحث العلمي

مادة (٥٥) : التعليم الطبي تخصص بذاته ضمن إطار شامل للعمل الطبي أساسه الإيمان بالله ووحدة الخالق وقدرته ، وأنه هو وحده واهب الحياة ، وواهب العلم ، وواهب الموت ، ورب المعاش والمعاد .

والتعليم الطبي ينهل من أي مورد نافع دون تعصب أو انفلات ، ومع ذلك فيجب حمايته ضمن المفاهيم الدينية والأخلاقية والأعراف الاجتماعية .

مادة (٥٦) : لابد لبرامج كلية الطب أن تصل الطالب بالتراث الطبي الإسلامي والعربي ، وأن تشمل المقررات الدراسية فيها دراسة هذا الدستور للمهنة الطبية في البلاد.

مادة (٥٧) : عند إجراء البحث العلمي الطبي على الإنسان يجب الالتزام بالمبادئ الأساسية التالية:

ا) لا يجوز أن تشتمل حرية البحث العلمي على قهر الإنسان ، أو قتله ، أو الإضرار به ، أو تعرضه لضرر محتمل ، أو منع حاجاته العلاجية عنه ، أو التدليس عليه أو خداعه أو استغلال حاجته بأي شكل من الأشكال .

ب) لا يجوز أن تشتمل حرية البحث العلمي أو تطبيقاته على الكبائر التي يحرمها الإسلام مثل اختلاط الأنساب ، أو التشويه أو العبث بمقومات الشخصية الإنسانية وحريتها وأهليتها للمسئولية .

ج) يجب أن يخضع البحث العلمي على الإنسان للمعايير العلمية المعترف بها عالميا وأن يعتمد على تجارب مخبرية كافية على الحيوانات أولا قبل الإنسان للتأكد من سلامتها ، وعلى معلومات وافية عن موضوع البحث من خلال النشرات والأبحاث العلمية المشابهة التي قام بها الآخرون .

د) يجب أن تصاغ خطة إجراء البحث العلمي بوضوح وأن تعرض مسبقا على (لجنة طبية من ذوي الاختصاص العالي) لإبداء الرأي والملاحظة والتوجيه ولا يجوز البدء في إجراء البحث إلا بعد الحصول على موافقة اللجنة عليه وإقرارها لخطة العمل فيه.

هـ) لا يحق إجراء البحث العلمي على الإنسان إلا للأطباء المؤهلين وتحت إشراف طبيب اختصاص كفء ، والذي يتحمل عادة مسئولية نتائج البحث .

الملحق رقم (٦)

ميثاق المثالية المهنية الطبية

Charter of Medical Professionalism

صادر في فبراير سنة ٢٠٠٢م عن هيئة خاصة تشكلت في ١٩٩٩م من الجمعية الأمريكية للأطباء الباطنيين والمجلس الأمريكي للطب الباطني والاتحاد الأوروبي للأطباء ، وموقعه على الإنترنت www.professionalism.org

المقدمة Preamble:

المثالية المهنية الطبية هي أساس التعاقد بين المهنة الطبية والمجتمع .

يتطلب ذلك وضع مصالح المرضى فوق مصالح الطبيب ، ووضع معايير الكفاءة المهنية والتكامل وضمان استمرارها ، وتزويد المجتمع بالآراء القائمة على الخبرة المتخصصة في المسائل الصحية ، ويجب أن تكون مبادئ ومسئوليات المثالية المهنية مفهومة بوضوح من جانب كل من المهنة الطبية والمجتمع .

ومن الضروري لهذا التعاقد بين المهنة الطبية والمجتمع أن تتوفر الثقة العامة من الناس للأطباء ، وذلك يعتمد على التكامل على مستوى الطبيب الفرد وعلى مستوى المهنة الطبية كلها بشكل عام.

تواجه المهنة الطبية في الوقت الراهن انفجاراً من التقنيات ، تغييرات في قوى السوق الاقتصادية ، مشاكل في تقديم الخدمات الطبية ، الإرهاب البيولوجي ، والعولمة .

وكنتيجة لذلك فإن المهنة الطبية تواجه صعوبات متزايدة في الوفاء بمسئولياتها نحو المرضى والمجتمع ، وفي مثل هذه الظروف فإن إعادة التأكيد على المبادئ والقيم الأساسية والعامة للمثالية المهنية الطبية التي يجب أن تظل مثلاً عليا يسعى جميع الأطباء في الوصول إليها أمراً في المقام الأول من الأهمية .

والمهنة الطبية في كل مكان متجذرة في ثقافات مختلفة وتقاليد قومية مختلفة ، ولكن أعضاءها يشتركون في القيام بدور (الشافي) والذي تمتد جذوره البعيدة إلى أبقراط .

وفي الحقيقة فإن على المهنة الطبية أن تقاوم الصعوبات الناجمة عن أمور متشابكة ومعقدة سياسية وقانونية وقوى السوق الاقتصادية .

وفوق ذلك فإن هناك اختلافات عظيمة في نظم تقديم الرعاية الطبية والممارسة الطبية التي يمكن من خلالها تطبيق أي مبادئ عامة والتعبير عنها بطرق معقدة أو بطرق تحمل اختلافات طفيفة لا تكاد تبين .

وبالرغم من كل هذه الاختلافات فإن الموضوعات العامة والمشتركة تبرز لكي تشكل الأساس الذي يقوم عليه هذا الميثاق على هيئة ثلاثة مبادئ أساسية بالإضافة إلى مجموعة من الالتزامات المهنية المحددة .

أولاً : المبادئ الأساسية Fundamental Principles :

١) مبدأ أولوية الاهتمام برفاهية المريض Principle of Primacy of Patient Welfare :

يعتمد هذا المبدأ على الاجتهاد في السعي نحو تحقيق مصالح المريض ، وتعتبر الثقة أساسا للعلاقة المهنية بين الطبيب والمريض وتستند في ذلك على فضيلة الإيثار .

ويجب الا تؤدي قوى السوق الاقتصادية والضغوط الاجتماعية والمتطلبات الإدارية الضرورية إلى أي تأثيرات تضعف من الالتزام بهذا المبدأ .

٢) مبدأ الحرية الذاتية للمريض Principle of Patient Autonomy :

يجب أن يحترم الأطباء الحرية الذاتية للمرضى ، يجب أن يكون الطبيب أمينا مع المرضى وأن يمكنهم من اتخاذ القرارات المستنيرة فيما يتعلق بعلاجهم .

يجب أن يصبح قرار المريض حول رعايته الطبية في المكانة الأولى من الأهمية طالما كان ذلك القرار متوافقاً مع الممارسة الأخلاقية ولا يؤدي إلى طلبات الرعاية الطبية غير الملائمة .

٣) مبدأ العدالة الاجتماعية Principle of Social Justice :

يجب على المهنة الطبية أن تسعى إلى تحقيق العدل في نظام الرعاية الصحية ويشمل ذلك عدالة توزيع موارد الرعاية الطبية .

يجب أن يعمل الأطباء بنشاط على إزالة الفوارق والتمييز في الرعاية الطبية ، سواء كان ذلك قائماً على العرق ، أو الجنس ، أو الحالة الاجتماعية الاقتصادية ، أو اللون ، أو الدين ، أو أي طبقة اجتماعية أخرى .

ثانياً : مجموعة الالتزامات المهنية A Set of Professional Responsibilities :

١) الالتزام بالكفاءة المهنية Commitment to Professional Competence :

يجب أن يلتزم الأطباء بالتعلم مدى الحياة وأن يكونوا مسئولين عن المحافظة على المعارف الطبية والمهارات السريرية ومهارات الفريق الضرورية لتقديم خدمات طبية ذات مستوى عال .

وعلى نطاق أوسع فإن على المهنة الطبية بكاملها أن تجتهد في العمل على أن يصبح جميع أعضائها متمتعين بالكفاءة المهنية وأن تجد الوسائل المناسبة الكفيلة بأن يحقق جميع الأطباء هذا الهدف.

٢) الالتزام بالأمانة مع المرضى Commitment to Honesty with Patients :

يجب على الأطباء أن يضمنوا أن المرضى قد تلقوا المعلومات الكاملة بأمانة قبل الموافقة على العلاج وبعده ، وهذا لا يعني أن المرضى يجب أن يشتركوا في جميع القرارات الصغيرة ولكنه يعني أنه يجب تمكين المرضى من اتخاذ القرار في سير العلاج .

ويجب على الأطباء الإقرار بأن الأخطاء الطبية التي تضر المرضى قد تحدث أثناء العلاج ، وعندما يحدث أي ضرر للمريض نتيجة للعلاج فإن المرضى يجب أن يعلموا الحقيقة بسرعة لأن إهمال ذلك يؤثر بشكل خطير على ثقة المرضى والمجتمع بالمهنة الطبية .

والإبلاغ عن الأخطاء الطبية وتحليل أسبابها يوفر الأساس لاتخاذ الوسائل الوقائية المناسبة وتطوير استراتيجيات العمل الطبي ووضع التعويضات المناسبة للمرضى المصابين بالأضرار .

٣) الالتزام بصيانة السر المهني للمرضى Commitment to Patient Confidentiality :

إن اكتساب ثقة المرضى يتطلب وضع الضمانات اللازمة لصيانة الأسرار المهنية المتعلقة بالمعلومات الخاصة بالمريض ، وهذا الالتزام يشمل المناقشات التي تجري مع الأشخاص الذين يعملون كوكيل بالنيابة عن المريض عندما يصبح المريض في وضع لا يسمح له بإبداء موافقته بنفسه .

إن الوفاء بهذا الالتزام بصيانة الأسرار المهنية اكتسب أهمية مضاعفة في الوقت الراهن عما كان عليه فيما مضى مع انتشار استخدام أنظمة المعلومات الإلكترونية لحفظ سجلات المرضى ومع تزايد توفر المعلومات الوراثية .

ومع ذلك فإن الأطباء يدركون أن التزامهم بصيانة الأسرار المهنية للمرضى يجب أن يتم تجاوزه في بعض الأحيان لاعتبارات تتعلق بمصالح المجتمع (منها على سبيل المثال عندما يشكل المريض خطراً على الآخرين) .

٤) الالتزام بالمحافظة على علاقات ملائمة مع المرضى

Commitment to Maintaining Appropriate Relations with Patients

بما أن المرضى بطبيعة أحوالهم في وضع يجعلهم عرضة للتأثير والانقياد والاعتماد على الآخرين فإن أنواعاً معينة من العلاقة بين الطبيب والمريض يجب أن تجتنب .

وبصفة خاصة فإن على الأطباء عدم استغلال المرضى بشكل مطلق لأغراض جنسية أو لتحقيق مكاسب مالية شخصية ، أو أي غرض خاص آخر .

٥) الالتزام بتطوير مستوى الرعاية الطبية Commitment to Improving Quality of Care :

يجب أن يكرس الأطباء جهودهم نحو التطوير المستمر لمستوى الرعاية الطبية .

وهذا الالتزام لا يتطلب المحافظة على الكفاءة المهنية فحسب ، ولكنه يتطلب كذلك العمل بالتعاون مع أعضاء المهن الطبية المساعدة الآخرون من أجل إنقاص الأخطاء الطبية وزيادة سلامة وأمان المرضى والتقليل إلى الحد الأدنى من الإنفاق الزائد للموارد الطبية والعمل على الحصول على أفضل النتائج من الرعاية الطبية .

يجب أن يشارك الأطباء بفعالية في تطوير أفضل المعايير لمستوى الرعاية الطبية وتطبيق معايير قياس الجودة لتقييم عمل وأداء جميع الأفراد بصورة منتظمة وكذلك عمل وأداء المؤسسة والأنظمة الصحية المسئولة عن تقديم خدمات الرعاية الصحية .

والأطباء مسئولون كأفراد ومن خلال الجمعيات المهنية التي ينتمون إليها عن تقديم المساعدة في إقامة وتطبيق الوسائل والآليات اللازمة لتشجيع التطوير المستمر في مستويات الرعاية الطبية .

٦) الالتزام بتحسين حصول المرضى على الرعاية الطبية :

Commitment to Improving Access to Care :

تتطلب قيم المثالية المهنية أن يكون الهدف من جميع الأنظمة الصحية هو توفير الرعاية الطبية المناسبة والمتساوية لجميع الناس .

ويجب على الأطباء فرادى ومجتمعين بذل الجهد لإنقاص العوائق التي تقف أمام حصول جميع أفراد المجتمع على قسط عادل من الرعاية الطبية .

وفي داخل كل نظام من الأنظمة الصحية يجب على الأطباء العمل على إزالة العوائق أمام حصول المرضى على الرعاية الطبية الناجمة عن التعلم أو القانون أو المال أو المنطقة الجغرافية أو التمييز الاجتماعي .

ويتطلب الالتزام بمبدأ المساواة تطوير وتشجيع الصحة العامة والطب الوقائي ، وأن يصبح كل طبيب مناصراً أو مدافعاً عن المجتمع دون اعتبار للمصالح الذاتية للطبيب أو المهنة الطبية .

٧) الالتزام بالتوزيع العادل للموارد المحدودة :

Commitment to a Just Distribution of Finite Resources :

بينما يواجه الطبيب احتياجات المريض الفرد فإن عليه أن يقدم الخدمات الطبية التي تقوم على استخدام الموارد الطبية المحدودة بما يحقق توازن التكلفة مع المنفعة وبما يضمن إدارة تلك الموارد وتوجيهها بالحكمة والترشيد .

ويجب عليهم الالتزام بالعمل مع الأطباء الآخرين والمستشفيات لتطوير أدلة إرشادية للرعاية الطبية التي تحقق توازن التكلفة مع المنفعة .

وتتطلب المسئولية المهنية في التوزيع الملائم للموارد من الطبيب الحرص الدقيق على اجتناب الإفراط في استخدام الاختبارات والإجراءات العلاجية والتشخيصية .

إن تقديم الخدمات الطبية غير الضرورية لا يعرض المرضى لأضرار وتكاليف مالية يمكن اجتنابها فحسب ، ولكنه أيضاً يحرم الآخرين من الموارد المتوفرة .

٨) الالتزام بالمعرفة العلمية **Commitment to Scientific Knowledge** :

إن التعاقد بين المهنة الطبية والمجتمع يعتمد إلى حد كبير على التكامل وعلى الاستخدام الملائم للمعرفة العلمية والتكنولوجيا .

إن على الأطباء واجب التمسك بالمعايير العلمية وتطوير وتشجيع البحث العلمي وخلق المعارف الجديدة ، وضمان استخدامها بالطرق الملائمة .

والمهنة الطبية مسئولة عن تكامل هذه المعرفة التي تبنى (أو تعتمد) على الدليل العلمي وخبرة الطبيب .

٩) الالتزام بالمحافظة على الثقة عن طريق مواجهة مواقف تعارض المصالح :

Commitment to Maintaining Trust by Managing Conflict of Interests :

إن أمام الأطباء ومنظماتهم فرص ومناسبات كثيرة لتعريض مسئولياتهم المهنية للخطر عن طريق السعي نحو المكاسب الخاصة أو تحقيق المزايا الشخصية .

وتتعرض هذه المسئوليات المهنية للخطر بصفة خاصة في السعي نحو التعاملات الشخصية أو المؤسسية مع الصناعات التجارية الهادفة للربح التي تشمل شركات تصنيع الأجهزة والأدوات الطبية ، شركات التأمين وشركات الصناعة الدوائية .

ويقوم على الأطباء واجب الالتزام بإدراك مواقف تعارض المصالح وإعلانها للجمهور والتعامل مع هذه المواقف التي تنشأ ضمن سياق أداء واجباتهم وأنشطتهم المهنية .

ويجب الإعلان عن العلاقة بين المؤسسات الصناعية وقادة الرأي البارزين في المهنة الطبية وخصوصاً أولئك الذين يحددون مواصفات إجراء ونشر الأبحاث الطبية أو الذين يكتبون المقالات الرئيسية في المجلات الطبية أو يضعون الأدلة الإرشادية العلاجية أو رؤساء تحرير المجلات العلمية .

١٠) الالتزام بالمسئوليات المهنية Commitment to Professional Responsibilities :

يجب على الأطباء كأعضاء منتسبين إلى المهنة أن يعملوا بالتعاون مع بعضهم البعض لتمكين المريض من الحصول على أعظم رعاية طبية ، وأن يحترم الأطباء بعضهم بعضاً ، وأن يساهموا في التنظيم الذاتي للمهنة والرقابة الذاتية التي تشمل علاج وفرض الانضباط على الأعضاء الذين يفشلون في المحافظة على المعايير المهنية .

يجب على المهنة كذلك تحديد وتنظيم المعايير التعليمية ومعايير الممارسة لأعضاء المهنة الطبية الحاليين ، والذين سيصبحون أعضاء في المهنة في المستقبل .

وعلى الأطباء واجب المساهمة في هذه الجهود كأفراد وكمجموعات ، وهذه الواجبات تشمل مساهمتهم في التقييم لأعمالهم داخل المؤسسات وأن يقبلوا التدقيق الخارجي لجميع أوجه نشاطهم وأدائهم المهني .

المراجع العربية

١- إبراهيم ، زكريا . مشكلة الحرية .الطبعة الثانية ١٩٦٣ م. مكتبة مصر ، ٣ش كامل صدقي الفجالة - القاهرة. مصر

٢- إبراهيم ، زكريا . مشكلة الفلسفة . الطبيعة الثالثة ١٩٦٧م. مكتبة مصر ، ٣ش كامل صدقي الفجالة - القاهرة. مصر

٣- ابن قيم الجوزية ، الطب النبوي .تحقيق شعيب الأرنؤوط ،عبدالقادر الأرنؤوط. الطبعة ١٦ . مؤسسة الرسالة . بيروت — لبنان

٤- ابن أبي أصيبعة ، موفق الدين أبي العباس ،عيون الأنباء في طبقات الأطباء منشورات دار مكتبة الحياة بيروت ، لبنان. بدون تاريخ .

٥- البعلبكي ،منير . قاموس المورد . الطبعة العاشرة ،١٩٧٦ م - دار العلم للملايين . بيروت . لبنان

٦- التكريتي ، راجي عباس .السلوك المهني للأطباء . الطبعة الثانية ١٩٨١ م دار الأندلس للطباعة والنشر والتوزيع . بيروت . لبنان

٧- الجندي ، أنور . قضايا العصر ومشكلات الفكر تحت ضوء الإسلام . الطبعة الثانية ١٩٨٤ م مؤسسة الرسالة . بيروت . لبنان

٨- الخطيب . هشام إبراهيم ، العكايلة — العبد عبد القادر ، الخطيب — عماد إبراهيم الطبيب المسلم واخلاقيات المهنة . ١٩٨٩ م — دار اليازوزي العلمية للنشر والتوزيع . عمان . الأردن

٩- الخطيب ، الدكتور هشام إبراهيم . الوجيز في الطب الإسلامي . الطبعة الأولى ١٩٨٥ م — دار الأرقم . عمان . الأردن

١٠- الدقر ، ندى محمد نعيم . موت الدماغ بين الطب والإسلام ١٩٩٧م دار الفكر — دمشق سورية ، دار الفكر المعاصر. بيروت لبنان

١١- الزحيلي ، وهبة ، الأستاذ الدكتور . نظرية الضرورة الشرعية مقارنة مع القانون الوضعي . دار الفكر — دمشق سورية ، دار الفكر المعاصر ١٩٩٧م الطبعة الرابعة.

١٢- الزحيلي ، وهبة . حق الحرية في العالم . دار الفكر . دمشق . سورية الطبعة الأولى ٢٠٠٠م

١٣- الفيروز آبادي ،مجد الدين محمد بن يعقوب . القاموس المحيط . الطبعة السادسة ١٩٩٨م. مؤسسة الرسالة للطباعة والنشر التوزيع. بيروت لبنان

١٤- الكرمي ، حسن سعيد . قاموس المغني الكبير. الطبعة الأولي ١٩٩١م مكتبة لبنان . بيروت . لبنان

١٥- المعجم الطبي الموحد الطبعة الثالثة ١٩٨٣م

١٦- بدر الدين ، الدكتور إكرام . الديمقراطية الليبرالية ونماذجها التطبيقية .١٩٨٦ م دار الجوهرة للطباعة والنشر والتوزيع . بيروت لبنان

١٧- بفردج ، و.ا.ي ، فن البحث العلمي. ترجمة زكريا فهمي مراجعة د. احمد مصطفى احمد . دار اقرا . بيروت لبنان الطبعة الخامسة ١٩٨٦م

١٨- جمعية العلوم الطبية الإسلامية ، نقابة الأطباء الأردنية . قضايا طبية معاصرة في ضوء الشريعة الإسلامية . المجلد الأول . ١٩٩٥م دار البشير . عمان الأردن .

١٩- ديورانت ، ول . قصة الحضارة ، نشأة الحضارة ، الشرق الأدنى، الجزء الأول والثاني ،المجلد الأول ترجمة د. زكي نجيب محمود. الإدارة الثقافية ، جامعة الدول العربية . الطبعة الثالثة ١٩٦٥م . مطبعة لجنة التأليف والترجمة والنشر . القاهرة . مصر

٢٠- ديورنت،ول. قصة الحضارة ،الهند وجيرانها ، الصين ، ج٤،ج٣ ، المجلد الأول. ترجمة الدكتور زكي نجيب محمود. الإدارة الثقافية،جامعة الدول العربية . الطبعة الثانية ،١٩٦٥م،مطبعة لجنة التأليف والترجمة والنشر .القاهرة .مصر

٢١- ديورنت،ول. قصة الحضارة ، حياة اليونان، الجزء٢ ، المجلد ٢ .ترجمة الدكتور زكي نجيب محمود. الإدارة الثقافية ، جامعة الدول العربية.الطبعة الثانية ١٩٦٥م. مطبعة لجنة التأليف والترجمة والنشر .القاهرة ،مصر.

٢٢-ديورانت ، ول . قصة الفلسفة . ترجمة د. فتح الله محمد المشعشع . الطبعة الثالثة منشورات مكتبة المعارف . بيروت لبنان.

٢٣-ديكنسون ، جون ب . العلم والمشتغلون بالبحث العلمي في المجتمع الحديث ترجمة شعبة الترجمة باليونسكو، سلسلة عالم المعرفة . الطبعة الثانية . ١٩٨٦م . الكويت .

٢٤- رابوبرت ، ا.س . مبادئ الفلسفة . ترجمة الدكتور أحمد أمين . ١٩٦٩م دار الكتاب العربي . بيروت ، لبنان.

٢٥- زكريا ،الدكتور فؤاد. التفكير العلمي. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب،عالم المعرفة ،١٩٧٨م،الكويت.

٢٦-طه ، أحمد . الطب الإسلامي . ١٩٨٦م دار الاعتصام. دار النصر للطباعة الإسلامية . شبرا . القاهرة جمهورية مصر العربية

٢٧- فضل الله ، حسين وآخرون. الاستنساخ. جدل العلم والدين والأخلاق . إشراف علمي : هاني رزق. دار الفكر : دمشق سورية . الطبعة الأولى ١٩٩٧م

٢٨-فياض ، منى . العلم في نقد العلم — دراسات في فلسفة العلوم ١٩٩٤م - دار المنتخب العربي للدراسات والنشر والتوزيع . بيروت . لبنان

٢٩- شعبان ،الدكتور عصام ، سلطان، الدكتور سامي . طب الأسنان الشرعي الطبعة الأول ١٩٨٨م دار طلاس للدراسات والترجمة والنشر - دمشق . سوريا.

٣٠-عودة ، عبد القادر. التشريع الجنائي الإسلامي مقارنا بالقانون الوضعي ج٢ ،ط٧ مؤسسة الرسالة، بيروت، لبنان.

٣١- مبارك ، زكي . الأخلاق عند الغزالي. دار اليوسف للطباعة والنشر بيروت . لبنان

٣٢- كرم ، يوسف. تاريخ الفلسفة اليونانية. الطبعة الأولى ١٩٧٧م - دار القلم . بيروت . لبنان

٣٣-ميد، هنتر. الفلسفة أنواعها ومشكلاتها . ترجمة الدكتور فؤاد زكريا — ١٩٨٦م، الطبعة السابعة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة ، جمهورية مصر العربية.

REFERENCES

1.Angell M. ***The Case of Helega Wanglie—A New Kind of " Right To Die" Case .*** N Eng J Med 1991; 325 : 511- 512.

2.Angell M. ***The Doctor as a Double Agent.*** Kennedy Institute of Ethics Journal 1993;vol3:279-286.

3.Angell M. ***The Supreme Court and Physician – Assisted Suicide— The Ultimate Right.*** N Eng J Med 1997 ; 336 : 50-53 .

4.Angell M . ***The Ethics of Clinical Research in the Third World.*** N Eng J Med 1997;337: 847-849.

5.Angell M. ***Is Academic Medicine For Sale?*** N Eng J Med 2000;342:1516 1518.

6.Annas GJ. ***N ancy Cruzan and the "Right To Die".*** N Eng J Med1990;303:670-673.

7.Annas GJ. ***The Health Care Proxy and the Living Will.*** NEJM 1991 ;324:1210-1213.

8.Annas GJ. ***Physician-Assisted Suicide – Michigan's Temporary Solution .*** N Eng J Med 1993 ; 328 : 1573 – 1576.

9.Annas GJ. ***The Promised End—Constitutional Aspects of Physician-Assisted Suicide.*** N Eng J Med 1996 ;335: 683-687

10.Annas GJ. ***Medicine , Death and Criminal Law .*** N Eng J Med 1995 ; 333: 527- 30.

11.Annas GJ. ***Adding Injustice to Injury—Compulsory Payment for Unwanted Treatment .*** N Eng J Med 1992; 327: 1895—1897.

12.Annas GJ . ***Asking Courts to Set the Standards of Emergency Care – The Case of Baby K.*** N Eng J Med 1994 ; 330 : 1542- 1545.

13.Annas GJ. ***The Shadowlands – Secrets, Lies , and Assisted Reproduction .*** N Eng J Med 1998 ;339 : 935-939.

14.Annas GJ. ***The Last Resort—The Use of Physical Restraint in Medical Emergencies.*** N Eng J Med 1999 ; 341 : 1408- 1412.

15.Annas GJ. ***Why We Should Ban Human Cloning ?.*** N Eng J Med 1998 ; 339 : 122-125.

16.Annas GJ. ***Human Rights and Health – The Universal Declaration of the Human Rights at 50.*** N Eng J Med 1998 ;339 : 1778 – 1781.

17. Annas GJ. ***Conjoined Twins – The Limits of Law at the Limits of Time .***New England Journal of Medicine 2001; 344 : 1104- 1108.

18.Beauchamp TL, Childress JF. ***PRINCIPLES OF BIOMEDICAL ETHICS.*** Second Edition 1983.Oxford University Press, Inc. U.S.A.

19.Benson KB, Hartz AJ, ***A Comparison of Observational studies and Randomized Controlled Trials .***N Eng J Med 2000 ; 342 : 1878-1886.

20.Bowman KW ,Hui EC. ***Bio-ethics For Clinicians : 20 Chinese Bio-ethics .*** CMAJ 2000; 163 (11) : 1481-1485.

21.Bratt DE, Souter P , Bland , Little P , Williamson I, et al . ***Informed Consent in Medical Research .*** BMJ 1997; 314:1477.

22.Brennan TA. ***Proposed Revision to the Declaration of Helsinki – Will They Weaken The Ethical Principles Underlying Human Research?.*** N Eng J Med 1999 ; 341: 527-531.

23.Brennan TA, Leape LL, et al . ***Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients – Results of the Harvard Medical Practice Study I.*** N Eng J Med 1991;324:370-376.

24.Brennan TA. ***The Institute of Medicine Report on Medical Errors – Could It Do Harm?*** N Eng J Med 2000;342 : 1123 – 1125

25.Burnum JF . ***Secrets About Patients*** . N Eng J Med 1991 ; 324 : 1130-3.

26.Canadian Medical Association . ***Codes of Ethics*** . CMAJ 1996 ;155 :1176A-B

27.Canadian Medical Association . ***Informed Decision – Making***. CMAJ 1986;135:120BBA

28. Capron AM.***Brain Death – Well Settled Yet Still Unresolved.*** New England Journal of Medicine 2001;344;1244 1246.

29.Casarett D, Ross LF. ***Overriding Patient's Refusal of Treatment After Iatrogenic Complications.*** New England Journal of Medicine 1997; 336 : 1908-1910.

30.Cassel CK, Meier DE. ***Morals and Moralism in the Debate over Euthanasia and Assisted Suicide*** . New England Journal of Medicine 1990 ; 323 : 119 –122.

31.Charlton R. ***Diagnosing Death.*** BMJ 1996;313:956-957.

32.Concato J, Shah N, Horwitz RI. ***Randomized Controlled Trials, Observational Studies and The Hierarchy of Research Design*** . N Eng J Med 2000;342 :1887- 1892.

33.Conwell Y, Caine ED. ***Rational Suicide and the Right to Die : Reality And Myth.*** New England Journal of Medicine 1991; 325:1100-1102.

34.Coward H ,Sidhu T. ***Bio-ethics For Clinicians :19. Hinduism and Sikhism*** . Canadian Medical Association Journal 2000; 163 (9) : 1167-1170.

35.Cranford R. ***Misdiagnosis of the Persistent Vegetative State*** . NEJM 1996;313 :5-6

36.Danis M, Southerland LI , Garret JM, Smith JL , et al. ***A prospective Study of Advanced Directives For Life-Sustaining Care .*** N Eng J Med 1991; 324: 882-888.

37.Deliens L, Mortier F, Bilsen J, Cosyns M, et al. ***End –of –life Decision in Medical Practice in Flanders, Belgium: A Nationwide Survey.*** The Lancet 2000 ; 356 : 1806

38.Doyal L, Gillon R. ***Medical Ethics and Law as a Core Subject in Medical Education .*** British Medical Journal 1998 ; 136 : 1623 - 1624.

39.Doyal L. ***Informed Consent in Medical Research :Journals Should Not Publish Research to Which Patients Have Not Given Fully Informed Consent – With Three Exceptions.*** British Medical Journal 1997;321:1023.

40.Drickamer MA, Lachs MS. ***Should Patients With Alzheimer's Disease Be Told Their Diagnosis ?*** N Eng J Med1992;326 : 947-951.

41.Elias S, Annas GJ . ***Generic Consent For Screening .*** N Eng J Med 1994; 330 :1611- 1613.

42.Emanuel LL , Barry MJ , Stockle JD, et al . ***Advanced Directives For Medical care – A Case For Greater Use .*** N Eng J Med 1991 ;324 :889-895.

43.Emanuel EJ , Steiner D. ***institutional Conflict of Interest .*** N Eng J Med 1995;332:262-267.

44.Etchells E, Sharpe G, Walsh P , Williams JR, Singer PA. ***Bio-ethics For Clinicians :1. Consent*** Canadian Medical Association Journal 1996 ;155:177-180.

45.Etcells E, Sharpe G, Burgess MM, Singer PA. ***Bio-ethics For Clinicians : 2. Disclosure.*** Canadian Medical Association Journal 1996; 155:387-391.

46.Etchells E, Sharpe G, Elliot C, Singer PA. ***Bio-ethics For Clinicians :3. Capacity.*** Canadian Medical Association Journal 1996; 155:657-661.

47.Etchells E, Sharpe G,Dykeman MJ, Meslin EM, Singer PA. ***Bio-ethics For Clinicians : 4. Voluntariness*** CMAJ 1996;155 :1083-1086.

48.Evanoff R. ***A Biographical Perspective on Global Ethics .*** Eubios Journal of Asian and International Bio-ethics 9 (1997),73.

49.EPEC Project 1999.**EDUCATION FOR PHYSICIANS ON END-OF-LIFE CARE. Participant Handbook.**

50.Flagler E, Baylis F, Rodgers. ***Bio-ethics For Clinicians :12. Ethical Dilemmas That Arise in the Care of Pregnant Women : Rethinking "Maternal - Fetal Conflict".*** CMAJ1997;156:1729-1732.

51.Ganzini L, et al. ***Physician Experience with the Oregon Death with Dignity Act.*** N Eng J Med 2000;324:557-563.

52.Gillon R . ***Medical Ethics : Four Principles Plus Attention To Scope.*** British Medical Journal 1994;309:184-189.

53.Goss RM. ***Presumed Consent Further Undermines Medical Ethics .*** BMJ 2000; 321:1023.

54.Halsey NA, Sommer A, Henderson DA, Black RE. ***Ethics and International Research .*** British Medical Journal 1997 ;315: 965- 966.

55.Harrison C, Kenny NP , Sidarous M , Rowell M. ***Bio-ethics For Clinicians : 9. Involving Children in Medical Decisions .*** CMAJ 1997; 156: 825- 828.

56.Hebert PC , Hoffmaster B , Glass KC , Singer PA. ***Bio-ethics For Clinicians : 7. Truth Telling .*** Canadian Medical Association Journal 1997; 156 : 225-228.

57.Helft PR, Seigler M, Lantos J. ***The Rise and Fall of Futility Movement.*** N Eng J Med 2000;343:293-296.

58.Hellman S, Hellman DS. ***Of Mice But Not Men : Problems of Controlled Randomized Trials.*** N Eng J Med1991: 324 : 1584 – 1589.

59.Hubbard R, Lewontin RC . ***Pitfalls of Genetic Testing*** . N Eng J Med 1996 ;334 :1192-4.

60.Huland SB. ***Physician –Assisted Suicide in Practice.*** N Eng J Med 2000;342:583-584.

61.Iglehart JK. ***Efforts to Address the Problem of Physician Self-Referral.***NEJM1991;325:1820-4.

62.Inwald D, Jakobovits I, Petros A. ***Brain Stem Death : Managing Care When Accepted Medical Guidelines and Religious Beliefs are in Conflict.*** BMJ 2000;320:1266-1268.

63.International Anti- Euthanasia Task Force. ***Euthanasia : Answers To Frequently Asked Questions*** . http ://www.iaetf.org/faq.htm

64.Jennett B. ***Brain Death*** . Br J Anaesth 1981;53 : 1111 1119.

65.Kessler DA . ***Drug Promotion and Scientific Exchange--- The Role of the Clinical Investigator.***
N Eng J Med 1991 ; 325: 201-203.

66.Kleinman I , Baylis F , Rodgers S, Singer PA . ***Bio-ethics For Clinicians : 8. Confidentiality.*** Canadian Medical Association Journal 1997;156 : 521 – 524.

67.Lansang MA, Crawley FP . ***The Ethics of International Biomedical Research.*** BMJ 2000 ; 321:777- 778.

68. Laurence DR, Benet PN , Brown MJ. **CLINICAL PHARMACOLOGY.** Eighth Edition . Churchill Livingstone ,Edinburgh ,U.K. 1997.

69.Latimer EJ. ***Ethical Care At The End Of Life*** . CMAJ1998;158:1741-7.

70.Leape LL , Brennan TA , et al. ***The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients –Results of Harvard Medical Study II.*** N Eng J Med 1991;324 : 377-384.

71.Levine RJ. ***The Need To Revise The Declaration of Helsinki.*** N Eng J Med 1999;341:531-534.

72.Lavery JV, Dickens BM , Boyle JM , Singer PA .***Bio-Ethics for Clinicians : 11. Euthanasia and Assisted Suicide .*** CMAJ 1997;156:1405-1408.

73.Lazar NM ,Greiner GG, Robertson G , Singer PA. ***Bio-ethics For Clinicians : 5.Substitute Decision-Making .***CMAJ 1996 ; 155:1435-1437.

74.Lazar NM , Greiner GG, Roy DJ. ***Bio-ethics For Clinicians : 6.Advanced Care Planning .*** Canadian Medical Association Journal 1996;155:1689- 1692.

75.Lemmens T , Singer PA. ***Bio-ethics For Clinicians : 17. Conflict of Interest of Research, Education , and Patient Care.*** CMAJ 1998 ;159:960- 965.

76.Lind SE . ***Finder's Fees .*** N Eng J Med 1990 ;323 : 192 –195.

77.Macer D . ***Asia , North America and Bio-ethics.*** Eubios Journal of Asian and International Bio-ethics 7 (1997), 1-2.

78.Macer D. ***Bio-ethical Lessons From India.*** Eubios Journal of Asian And International Bio-ethics 7 (1997), 73.

79.Mappes TA, De Grazia . **BIOMEDICAL ETHICS .** Fourth Edition . 1996. Mc Graw Hill , Inc. U.S.A.

80.Martin DK, Emanuel LL, Singer PA. ***Planning for the End of Life.*** The Lancet 2000;356 :1672-6.

81.Martin JB, Kasper DL. ***In Whose Best Interest ? Breaching the Academic Industrial Wall.*** N Eng J Med 2000;343:1646-1649.

82.McClung JA, Kammer RS. ***Legislating Ethics Implications of New York "Do Not Resuscitate" Law.*** N Eng J Med 1990;323 : 270-272.

83.McKneally MF, Dickens BM , Meslin EM ,Singer PA. ***Bio- Ethics For Clinicians : 13. Resource Allocation.*** CMAJ 1997; 157: 163- 167.

84.Marquis D. ***How To Resolve an Ethical Dilemma Concerning Randomized Clinical Trials ?*** N Eng J Med 1999 ; 341 : 691- 693.

85.Miles SH. ***Informed Demand for Non – Beneficial Medical Treatment.*** N Eng J Med 1991;325:512-515.

86.Miller FG , Quill TE , Brody H , Fletcher JC , Gostin LO, Meier DE. ***Regulating Physician – assisted Suicide .*** N Eng J Med 1994 ; 331 : 119-122.

87.Mirvis DM. ***Physician's Autonomy--The Relation Between Public and Professional Expectations.*** N Eng J Med 1993 ; 328:1346-1349.

88.Misbin RI. ***Physician's Aid in Dying.*** N Eng J Med 1991;325:1307-1311.

89.Nuland SB. ***Physician – Assisted Suicide in Practice .*** N Eng J Med 2000;342:583-584.

90.Orentlitcher D. ***The Legalization of Physician – Assisted Suicide.*** New England Journal of Medicine 1996 ; 335: 663-667.

91.Pardes H, West A , Pincus HA. ***Physicians and the Animal Rights Movement.*** N Eng J Med 1991;324 : 1640-3.

92.Pallis C. ***ABC s of Brain Stem Death .*** BMJ 1983 ; 286 : 123-124.

93.Paris JJ, Schreiber MD ,et al . ***Beyond Autonomy, Physicians' Refusal to Use Life- Prolonging Extra corporeal Membrane Oxygenation.*** N Eng J Med 1993 ; 329: 354- 357.

94.Parish JE, Kim RC ,Collings GH, Hillfinger MF. ***Brain Death with Prolonged Somatic Survival.*** New England Journal of Medicine 1982 ;306 : 14 – 16.

95.Passamani E. ***Clinical Trials – Are They Ethical?*** N Eng J Med 1991 ; 324 : 1589 – 1591.

96.Phanuphak P. ***Ethical Issues in Studies in Thailand of the Vertical Transmission of HIV.*** N Eng J Med 1998 ; 338 : 834 – 835.

97.Pocock SJ, Elbourne DR. ***Randomized Trials or Observational Tribulations ?*** N Eng J Med 2000; 342:1907- 1909.

98.Quill TE. ***Death and Dignity: A Case of Individualized Decision-Making***. New England Journal of Medicine 1991;324 :691-694.

99.Quill TE. ***The Ambiguity of Clinical Intentions.*** N Eng J Med 1993 ; 329 : 1039-1040.

100.Quill TE, Dresser R, Brock DW. ***The Rule of Double Effect—A Critique of its Role in End-of – Life Care Decision Making*** . N Eng J Med 1997; 337: 1768-1771.

101.Ranjan R, Dua KK. ***Influence of Truth Disclosure on Quality of Life in Cancer Patients.*** Eubios Journal of Asian &International Bioethics 10 (2000).

102.Reinersten JL . ***Let's Talk About Error*** . BMJ 2000; 320: 730.

103.Relman AS. ***" Self-Referral" – What is at Stake ?.*** N Eng J Med 1992 ; 327: 1522-1524.

104.Rosenberg SA. ***Secrecy in Medical Research*** . N Eng J Med 1996 ; 334 : 392 – 394.

105.Rothman KJ, Michels KB. ***The Continuing Unethical Use of Placebo Controls.*** New England Journal of Medicine 994; 331: 394-397.

106.Royal College of Physicians Working Party . ***Criteria For The Diagnosis of Brain Stem Death.*** JR Coll Physician Lond 1995;29:381-382

107.Ryan CJ , Kaye M. ***Euthanasia in Australia—The Northern Territory Right of Terminally Ill Act.*** N Eng J Med 1996 ; 334 : 326-328.

108.Seckler AB, Meier DE, Mulvihill M , Paris BE . ***Substituted Judgement : How Accurate Are Proxy Predictions?*** Annals of Internal Medicine 1991;115 :92-98.

109.Shalala D. ***Protecting Research Subjects—What Must Be Done?*** New England Journal of Medicine 2000;343:808-810.

110.Shuster E. ***Fifty Years Later: The Significance of the Nuremberg Code.*** N Eng J Med 1997; 337:1436-1440.

111.Singer PA, Mac Donald N. ***Bio-ethics For Clinicians :15. Quality of End – of – Life Care.*** Canadian Medical Association Journal 1998:159:159-162.

112.Singer PA. ***Recent Advances – Medical Ethics .*** BMJ 2000;321:282-285.

113.Spital A. ***The Shortage of Organ Donation for Transplantation–Where Do We Go From Here?*** N Eng J Med 1991 ;325:1243-1246.

114.Suillivan AD, Hedberg K, Fleming D. ***Legislated Physician Assisted Suicide in Oregon—The Second Year.*** N Eng J Med 2000; 324: 598-604.

115.Swinburn JMA, Ali SM , Banergee DJ, Khan ZP. ***Discontinuation of Ventilation After Brain Stem Death.*** BMJ 1999 ; 318 : 1753-1755.

116.**TB Randomized Controlled Trial—The Controlled Therapeutic Trial.** (Reprinted from BMJ 1948: ii: 791-2). BMJ 1998;317:1248.

117.Truog RD , Fletcher JC . ***Anencephalic Infants as Organ Donors.*** N Eng J Med 1990 ; 322 : 670 – 673.

118.Truog RD , Brett AS , Frader J. ***The Problem With Futility.*** New England Journal of Medicine 1992 ; 326 :1560-1564.

119.Truog RD, Robinson W, Randolph A,Morris A. ***Is Informed Consent Always Necessary for Randomized Controlled Trials?.*** N Eng J Med 1999;340:804 - 807 .

120. The Multisociety Task Force on Persistent Vegaetative State . ***Medical Aspects of the persistent Vegetative State. (First of two parts).*** N Eng J Med 1994 ; 330 : 1499-1508.

121.The Multisociety Task Force on the Persistent Vegetative State. ***Medical Aspects of the Persistent Vegetative State.(Second of tow parts)*** . N Eng J Med 1994; 330: 1572-9.

122.Thompson DF. ***Understanding Financial Conflict of Interest.*** New England Journal of Medicine 1993 ; 329: 573-576.

123.Van DerMass PJ, Van DerWal G, Haverkate I, et al. ***Euthanasia, Physician-Assisted Suicide, and Other Medical Practices Involving the End-of-Life in the Netherlands,1990—1995.*** N Eng J Med 1996 ; 335 : 1699-1705.

124.Van Der Wal G, Van Der Mass PJ, Bosma JM, et al. ***Evaluation of the Notification Procedures for Physician – Assisted Death in the Netherlands.*** N Eng J Med 1996;335: 1706-1711.

125.Varmus H, Satcher D. ***Ethical Complexities of Conducting Research in Developing Countries.*** N Eng J Med 1997; 337:1003- 1005.

126.Veatch RM . ***Routine Inquiry About Organ Donation – An Alternative to Presumed Consent*** .New England Journal of Medicine 1991;325: 1246- 1249

127.Veatch RM. ***Theories of Bio-ethics*** .Eubios J of Asian And International Bio-ethics 1999,35-38

128.Wade DT, Johnston C. ***The Persistent Vegetative State : Practical Guidance on Diagnosis and Management*** . BMJ1999;319: 841-844.

129.Weijer C, Dickens B, Meslin EM. ***Bio-ethics For Clinicians :10.Research Ethics.*** CMAJ1997; 156:1153-1157.

130.Weijer C ,Dickens BM, Singer PA, Workman S. ***Bio-ethics for Clinicians : 16. Dealing With Demands For Inappropriate Treatment.*** CMAJ1998;159:817- 821.

131. Wijdicks EFM. ***The Diagnosis of Brain Death.*** N Eng J Med 2001;344:1215-1221

132.Wolinsky H . ***Steps Still Being Taken To Undo Damage of "America's Nuremberg".*** New England Journal of Medicine 1997 ; August 15.

133.Wolpe PR . ***The Triumph of Autonomy in American Bio- ethics : A Sociological View .*** Bio-ethics and Society1997,December.

134.Wu AW. ***Medical Errors : The Second Victim .*** BMJ 2000; 320: 726-727.

135.Wynia MK, Latham , Kao AC, Berg JW Emanuel LL. ***Medical Professionalism in Society .*** New England Journal of Medicine 1999 ; 341 : 1612 – 15.

136.Yesley MS . ***Diversity of Bio-ethics .*** Eubios J of Asian & International Bio-ethics (1995),87

كتب أخرى للمؤلف

- قصة الطب.
- الطب العلمي والطب البديل.
- المرضى الذين علموني .

السيرة الذاتية

- من مواليد مدينة التربة - مركز قضاء الحجرية في ٧ ديسمبر ١٩٥٠م.
- متخرج من كلية الطب - جامعة عين شمس - القاهرة - جمهورية مصر العربية - دفعة ديسمبر ١٩٧٤م.
- رئيس أقسام الباطنية في مستشفى الثورة العام - تعز ١٩٧٨ - ١٩٩٠م.
- مدير عام مستشفى الجمهوري - تعز - ١٩٩٠ - ١٩٩٣م.
- نقيب الأطباء والصيادلة - فرع تعز - لثلاث دورات متتالية ١٩٨٥ - ١٩٩١م.
- حاصل على دورات عديدة في مجال التشخيص بالأمواج فوق الصوتية وتنظير الجهاز الهضمي والكشف الطبقي المحوسب في مصر وفرنسا.
- مشارك في أبحاث طبية عديدة منشورة في المجلات الطبية العالمية.
- عضو مؤسس في جمعية أصدقاء مرضى الكبد في الوطن العربي والإسلامي [illegible] العديد من الدورات التدريبية والمؤتمرات العلمية السنوية لل[illegible]
- ذو اهتمام واسع [illegible] الطبي وله عدة أبحاث تاريخية طبية، منها بحث تاريخي طبي اجتماعي لغوي عن مرض الجذام منشور في مجلة (الجمعية الدولية للتاريخ الطبي الإسلامي).
- عضو مساهم في لجنة إنشاء كلية الطب والعلوم الصحية بجامعة تعز.
- محاضر في التاريخ الطبي والأخلاق الطبية الحيوية خلال السنوات الأولى لنشأة كلية الطب بجامعة تعز.
- متفرغ للعمل العيادي والعمل الطبي الخاص منذ عام ١٩٩٤م.
- له أربعة مؤلفات طبية في مجالات مختلفة وهي :

قصة الطب، الأخلاق الطبية، الطب العلمي والطب البديل، وأول كتاب يمني في مجال الأدب الطبي تحت عنوان (المرضى الذين علموني).