

مقایسه حقوق بیمار در پندنامه علی بن عباس مجوسی اهوازی با

اخلاق پزشکی نوین

مهرداد اصغری استیاری

عبدالحسن کاظمی^۱

محمود عباسی

چکیده

از پزشکان معروف ایران در دوران بعد از اسلام علی بن عباس مجوسی اهوازی است که در اثر معروف خود *کامل الصناعه بابی* را به اخلاق پزشکی اختصاص داده و پندنامه‌ای را به نگارش درآورده که از سوگندنامه بقراط جامع‌تر است و به نظر می‌رسد که اهوازی با توجه به تعالی اسلامی، اصولی به آن افزوده است. این تعالیم به مرور زمان کامل‌تر شده و امروزه به صورت منشور حقوق بیماران مطرح است. هدف مطالعه مروری و تحلیلی حاضر، مقایسه پندنامه علی بن مجوسی اهوازی با منشور حقوق بیماران ابلاغ‌شده از سوی وزارت بهداشت و درمان جمهوری اسلامی ایران به مراکز درمانی است. در این مقاله به منظور مقایسه‌ای جامع، هفت رویکرد (ویژگی‌ها و نحوه رفتار پزشک، ارائه خدمات و تصمیم‌گیری پزشک برای درمان، ارائه اطلاعات و تصمیم‌گیری بیمار، رازداری، حریم خصوصی، موارد حاد پزشکی و اطلاعات کامل و به‌روز پزشک) در نظر گرفته شده که بر اساس این رویکردها ارزیابی و مقایسه انجام شده است. قسمت عمده موضوعات پندنامه و منشور با همدیگر همخوانی دارد اما مطالب دیگری که در پندنامه به آن‌ها اشاره شده ولی در منشور ذکر نشده بیشتر مسائلی از قبیل رفتار شخصی و ویژگی‌های شخصیتی خود پزشک هستند. همچنین مطالب جامع و با جزئیات بیشتر منشور هم که در پندنامه وجود ندارد، در مورد مسائلی است که به اقتضای زمان کامل‌تر و جامع‌تر شده است.

واژگان کلیدی: منشور حقوق بیمار، پندنامه، اخلاق پزشکی

۱- دانشیار مرکز تحقیقات فلسفه و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، آذربایجان شرقی، ایران.
Email: kazemi1338@gmail.com (نویسنده مسؤول)

مقدمه

در دوران قبل از میلاد مسیح، فرهنگ غرب کاملاً تحت تأثیر فرهنگ ایرانیان و تمدن شرق بود. در آن دوران پزشکان معمولاً فلسفه را نیز فرامی‌گرفتند، بنابراین تاریخچه اخلاق پزشکی با تاریخچه فلسفه در قرون قبل پیوند خورده است. دانش پزشکی در یونان باستان به شخصیت اساطیری بنام آسکلپیوس منسوب است که معتقد بودند پزشکان باید از تبار او باشند. بنابراین یک طایفه حرفه‌ای به نام آسکلپیادها پدید آمد، که دانش و حرفه پزشکی در میان ایشان موروثی بود و همان طوری که خود آنان در آثار خویش اعتراف کرده‌اند، دانش پزشکی خود را کمابیش از مبانی نظری پزشکان مغان ایرانی اقتباس کرده‌اند (اذکائی، ۱۳۷۱ش). بقراط (که او هم از خاندان آسکلپیادها بود) در همان دوران سوگندنامه معروف خود را تنظیم کرد. در واقع او اولین کسی بود که مبانی اخلاق را در قالب قسم‌نامه با طبابت در آمیخت و به عبارتی بزرگ‌ترین سهم او در طب، اعتقاد او به اصول اخلاقی بود، که سوگندنامه معروفش تبلور آن است. طب در ایران قدمتی بس طولانی دارد و از همان دوران کهن امر طبابت با دیانت همراه بوده است. مثلاً در کتاب اوستا به یک سلسله قانون‌هایی اشاره شده است که اهمیت اخلاقی والایی دارد: سقط‌جنین همانند قتل نفس یک جرم محسوب می‌شود، آسیب‌های جسمی با قصاص مجازات می‌شود و نظایر آن (دیبایی، ۱۳۸۸ش). همچنین در عهد ساسانی نیز از صفات یک طبیب شایسته این بود که دانا بوده، نسبت به اعضای بدن و داروها شناخت کامل داشته، دنیاپرست نباشد و امراض را دقیق معاینه و معالجه کند. پس از ورود اسلام به ایران دانش طب و به خصوص بحث اخلاق رنگ و بوی تازه‌ای به خود گرفت، به گونه‌ای که طب اسلامی در سال ۷۵۰م آغاز شد و در دهمین قرن میلادی به بلوغ خود

رسیده است. این مرحله را که در آن با بسیاری از پزشکان و دانشمندان شاخص برخورد می‌کنیم، دوران علم طب اسلامی نامیده‌اند (احمدعلی، ۱۳۷۱ ش.). پزشکان مسلمان در دوران قرون میانه نقش قابل توجهی را در حوزه پزشکی به طور کل و اخلاق پزشکی به عنوان جزئی از آن ایفا کرده‌اند (کعدان، ۱۳۸۷ ش.). یکی از مفاخر ایران در همین دوران (دوران بعد از اسلام) علی بن عباس مجوسی اهوازی است که از دیدگاه بسیاری از بزرگان از نظر جایگاه علمی، سومین شخصیت بزرگ پزشکی ایران پس از ابوعلی سینا و رازی است که خدمات شایسته‌ای به طب اسلامی و طب جهان کرده است. وی با چهار طبیب بزرگ ایرانی دیگر ارکان طب اسلامی را تشکیل می‌دهند که آنان عبارت بودند از: طبری، رازی، ابن‌سینا و گرگانی (نجم‌آبادی، ۱۳۸۱ ش.، ص ۱۹۳). اگرچه تقریباً تمامی کتب تذکره، در ادامه‌ی نام وی، نسب «مجوسی» را ذکر کرده‌اند، ولی اعتقاد بر آن است که خود وی و به احتمال بسیار، پدرش مسلمان بوده‌اند ولی پدر بزرگ وی مذهب زرتشتی داشته است (نجم‌آبادی، ۱۳۷۵ ش.). بنا به قول جورج سارتون او یکی از سه پزشک بزرگ و مشهور خلافت شرقی بود که خدمت به سزایی به طب اسلامی و دنیای پزشکی کرده است (سارتون، ۱۳۵۳ ش.، ص ۷۷۹).

مجوسی اهوازی کتابی با عنوان *الم لکی یا کامل الصناعة الطیبة* دارد که شامل ده مقاله در طب عملی و ده مقاله در طب نظری است که از حیث نظم و ترتیب و تحقیق بر کتاب *الحاوی* زکریای رازی برتری دارد. لوسین لکلر نویسنده معروف تاریخ طب معتقد است: «کتاب الملکی با الحاوی رازی قابل مقایسه نیست چراکه حاوی رازی ملخصی از جمیع معلومات قدیم و جدید مربوط به علم طب تا آن زمان را شامل می‌شود، در صورتی که طب در کتاب الملکی به شیوه ویژه و جامع بیان شده است (سرمدی، ۱۳۷۹ ش.، ص ۲۵۵)». به

طور کلی می‌توان با نگاهی به کتاب و استدلال‌های /هوازی دریافت که این کتاب بر اساس کاستی‌های کتب قبلی و جبران افراط و تفریط‌های آثار پیشینیان نگاشته شده و به گونه‌ای استادانه طبقه‌بندی و منظم شده و به دور از ایجاز یا اضافه‌گویی در حجمی منطقی ارائه شده است. در مقایسه قانون و الملکی نیز می‌توان گفت که اگرچه قانون در طب نظری قوی‌تر و برتر است اما الملکی در علم نظری، سلیس‌تر و در بیان، قوی‌تر و در محتوا، جامع‌تر است و مفهومی قابل‌فهم و درک و بدون پیچیدگی دارد (نجم‌آبادی، ۱۳۷۵ش). این کتاب در طی قرون متمادی مرجع دانشجویان علم طب بوده است. عموم مورخان و تذکره‌نویسان خاور درباره این کتاب معتقد بودند که از کتب طبیبی درجه اول است و مطالعه آن را برای پزشکان نه تنها لازم بلکه واجب می‌دانستند (اولمان، ۱۹۷۸م).

/هوازی باب دوم از کتاب پر ارجش را به ذکر وصایای بقراط و سایر اطبای متقدم اختصاص داده و اعتقادات خود و توصیه‌های سایر اساتید را به عنوان آیین پزشکی در بابتی به نام پندنامه گردآوری کرده است. وی پندنامه‌ای را به نگارش در آورده است که از سوگندنامه بقراط بسیار جامع‌تر است و به نظر می‌رسد که هوازی با توجه به تعالیم اسلامی اصولی به آن افزوده است. در واقع این سوگندنامه تبلور اخلاق پزشکی سنتی است که همراه با رشد و شکوفایی بیشتر علم پزشکی و به دنبال آن اخلاق پزشکی، تغییراتی کرده و هر روز به مدد نظرات بزرگان طب و فلسفه، فقه و اخلاق کامل‌تر شده است (لاریجانی، ۱۳۸۳ش). و امروزه به عنوان اخلاق پزشکی نوین مطرح است که به صورت منشور حقوق بیماران از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مراکز درمانی ابلاغ شده است. هدف این مطالعه، مقایسه و بررسی موضوعی

بین منشور حقوق بیماران ایران - که ترجمه و برداشتی از منشورهای رایج دنیاست (جولایی، ۱۳۸۷ش.) و به نوعی بیانگر مبانی اخلاق پزشکی نوین است - و پندنامه علی بن عباس مجوسی اهوازی است. به منظور تسهیل فرایند مقایسه، این بررسی در هفت رویکرد جداگانه به صورت موضوعی طبقه‌بندی شده و ارزیابی شده است.

یافته‌ها

۱- ویژگی‌ها و نحوه رفتار پزشک:

در پندنامه اهوازی بیان شده که «پزشک باید رحیم، پاک چشم، مهربان، خیررسان و خوش زبان باشد». در گذشته که روش‌های مشخصی برای درمان بیماری‌ها وجود نداشت پزشکی به جای آنکه یک علم باشد، بیشتر یک هنر محسوب می‌شد؛ و بدین دلیل است که اخلاق پزشکی سنتی بیشتر روی اخلاق و نحوه رفتار پزشک تأکید دارد. در منشور حقوق بیماران ایران نیز در بند ۱، ماده ۱-۲ تصریح شده که «ارائه خدمات سلامت باید بر پایه صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد». به نظر می‌رسد تمام چیزی که بیمار در طول تاریخ به آن نیاز داشته و دارد، فقط مهارت علمی و تجربه پزشک نیست، بلکه بیمار به دنبال طبیبی است که درمان را با مهر و همدردی نسبت به بیمار خود مزین می‌سازد. این عطوفتی است که طبابت را زینت بخشیده و تأثیر به‌سزایی در جلب اعتماد بیمار به پزشک و روند درمان دارد. پزشک باید سال‌ها رنج بکشد تا با عشق، عطوفت، پاک‌دامنی و مهرورزی اعتماد مردم و در نتیجه بیماران را به دست آورد. آنچه مسلم است این است که رسیدن به این مرحله تنها با رعایت قوانین و ضوابط حاکم بر حرفه به دست نمی‌آید بلکه نیاز به هنجاری دارد که اساس آن ریشه‌های

عمیق در اعتقادات، سنت، عواطف، وجدان و فرهنگ جامعه دارد. این خصوصیات که هم در اخلاق پزشکی نوین و هم در اخلاق پزشکی سنتی به آن تأکید شده، فراتر از رعایت قوانین و ضوابط است (جوادی، ۱۳۸۶ش، ص ۵۶). پزشک باید همیشه با طیب خاطر و حسن معاشرت با بیمار و اولیای بیمار رفتار کند و بنا به گفته رازی: «طیب باید بیمارش را به بهبودی امیدوار کند حتی اگر خود هیچ امیدی به بهبودی و سلامت بیمار نداشته باشد» (طباطبایی نژاد، ۱۳۸۹ش).

در سال‌های اخیر مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که مهارت‌های ارتباطی یکی از مهارت‌ها و خصوصیات اساسی پزشکان است و رابطه مدبرانه و متعادل میان پزشک و بیمار یکی از قدرتمندترین ابزارهایی است که پزشک می‌تواند در اختیار داشته باشد، اما بررسی‌های دیگری نشان می‌دهد که پزشکان در این زمینه یعنی ارتباط پزشک و بیمار کمتر آموزش می‌بینند (اربابی، ۱۳۸۷ش). علاوه بر این‌ها دستاوردهای آشنایی با مهارت‌های ارتباطی به کاهش هزینه‌های استفاده از امکانات موجود در مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی کمک شایانی می‌کنند (گروسی، ۱۳۸۷ش).

۲- ارائه خدمات و تصمیم‌گیری پزشک برای درمان:

در پندنامه اشاره شده که «پزشک باید در درمان بیماران و حسن تدبیر و درمان آنان چه با غذا و چه با دارو بکوشد و منظورش از درمان استفاده و پول پرستی نباشد» این موضوع در منشور حقوق بیمار نیز در قالب بندهای زیر آمده است:

الف- بند ۱: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

ب- ماده ۱-۱: ارائه خدمات سلامت باید شایسته شان و منزلت انسان و با

احترام به ارزش‌ها و اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.

ج- ماده ۵-۱: خدمات سلامت باید مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد.

در بحث تحمیل مخارج غیر ضروری به بیماران و ارائه بهترین خدمات درمانی برای بیماران همانطور که اهوایی هم ذکر کرده هدف اقتصادی نباید مدنظر گرفته شود. با تعمق در متون مختلف اخلاق پزشکی سنتی، به نظر می رسد این امر یکی از ویژگی‌ها و شاخصه‌های اصلی حکماء و اطباء محسوب می شده است. چنانچه در شرح احوال بزرگان طب بحث بیمار محوری و ارائه خدمات مطلوب به بیماران، بدون در نظر گرفتن جنبه‌های اقتصادی زیاد به چشم می خورد و توجه ویژه‌ای به آن شده است. امروزه نیز محوریت هدف اقتصادی در طب نه تنها از نظر عرف بسیار مذموم و ناپسند است بلکه قوانین و حقوق پزشکی بسیاری علیه آن وجود دارد که نمونه آن مواد ۳۰ و ۳۱ آیین نامه انتظامی حقوق بیماران است که در آن ذکر شده «شاغلان حرفه‌های پزشکی موکلفند بدون توجه به ملیت، نژاد، مذهب و موقعیت اجتماعی- سیاسی حداکثر تلاش ممکن را در حدود وظایف حرفه‌ای خود به کار بگیرند (عباسی، ۱۳۸۳ش، ص ۵۹)» و بالاخره آنچه از دیرباز تا به امروز مسلم است توجه بالقوه بر مسئولیت پذیری، بیمارمحوری و احترام به حفظ کرامت انسانی است. بیمار باید به عنوان انسانی مکرم و صاحب شرافت در نظر گرفته شود و سپس به این نکته توجه شود که انسانی شریف دارای اختلال سلامتی است نه اینکه هویت انسانی نادیده گرفته شده و بیمار فقط مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌های بیماری در نظر گرفته شود (package syndrome). در واقع باید بیمار محوری بر بیماری محوری ترجیح داده شود (کاظمی، ۱۳۸۹ش).

۳- ارائه اطلاعات و تصمیم‌گیری بیمار

مجوسی اهوازی در این خصوص در پندنامه ذکر کرده که «پزشک هیچگاه داروی خطرناک به بیمار ندهد و وصف آن را نیز به بیمار ننماید و مریض را به چنین داروهایی دلالت کند و نه از آن سخنی براند، از تجویز داروهای سقط‌کننده جنین پرهیز کند و آنها را به احدی معرفی نکند». این رویکرد در دو موضوع جداگانه بررسی می‌شود؛ ابتدا در خصوص تجویز داروهای خطرناک و کشنده و همچنین داروهای سقط‌کننده. در ماده ۴-۱-۳ منشور به طور صریح ذکر شده است که «پزشک باید از تصمیم‌گیری بیمار برای خودکشی و یا در مواردی که بیمار با امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر قرار می‌دهد (مانند جنین) امتناع ورزد». در این موضوع همپوشانی بین دو متن صریح است. امروزه استفاده بیمار از مسکن‌های مرگبار مفهومی متفاوت از اتانازی غیرمستقیم دارد که در بسیاری از کشورهای اروپایی استفاده می‌شود (احسانپور، ۱۳۸۹ش). اگر چه هنوز اتانازی در بسیاری از کشورهای دنیا ناپسند و مطرود است، گرایش‌ها به سوی این مقوله چالش‌برانگیز هر روز گسترده‌تر می‌شود (هاشمی، ۱۳۸۸ش). در این رابطه انجمن پزشکی جهانی بیان داشته که قتل از روی ترحم برای خاتمه دادن به زندگی بیمار حتی اگر به خواست و رضایت خود بیمار یا اطرافیانش نیز باشد، عملی غیراخلاقی و ناپسند است (مظفری، ۱۳۸۸ش). در فرهنگ اسلامی اتانازی ناامید شدن از رحمت خداوند تلقی شده و در آیات گوناگون به آن اشاره شده است. نمونه آن آیه ۲۹ سوره نساء (...لاتقتلوانفسکم...) و آیه ۳۴ سوره اعراف است (هر امتی را مدت عمری است، چون اجلشان فرارسد یک ساعت پس و پیش نشود). در حقوق اسلامی و بعضی از نظام‌های حقوقی نیز بیش‌ترین ارزش برای «حق حیات» منظور شده است، تا جایی که فقه اسلامی حتی برای خود انسان، نادیده انگاشتن این حق را در قالب انتحار ممنوع دانسته است (ناصری مقدم، ۱۳۸۹ش).

اما در بحث ارائه اطلاعات در ماده ۴-۱-۲ منشور اشاره شده است که «محتوای اطلاعات باید شامل روش‌های درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش‌آگهی و عوارض آن و نیز کلیه اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار باشد» هم‌چنین در ماده ۷-۱-۲ ذکر شده است که «اطلاعات باید شامل ارائه آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان باشد»؛ که این بخش همخوانی چندانی با پندنامه ندارد. در واقع آنچه در اخلاق پزشکی نوین مطرح است ارتباط بین پزشک و بیمار و توانمندسازی پزشکان برای تصمیم‌گیری در مورد نحوه درمان است. در رابطه سنتی رابطه ایده‌آل بین پزشک و بیمار بر پایه تصمیم‌گیری پزشک استوار است. شاید به همین دلیل است که اشاره به سخن نگفتن از بعضی داروها کرده است. اما امروزه این شیوه توسط شیوه تصمیم‌گیری مشترک (پزشک + بیمار) جایگزین شده است. به نظر می‌رسد پزشکی سالاری در طب قدیم رویکرد اصلی در رابطه بین پزشک و بیمار بوده است. امروزه اصل خودمختاری بیمار و ترجیح اولویت‌ها توسط بیمار، اصل پذیرفته شده است. از سال ۱۹۹۰ میلادی فعالیت‌های پزشکی حرکتی جامعه نگر داشته است به گونه‌ای که بیمار عضوی فعال و سهیم در تصمیم‌گیری است. یکی از موضوعات مطرح در اخلاق پزشکی امروز، بحث رضایت بیماران در انجام اعمال پزشکی است. البته رضایت نیاز به شروطی دارد که دلیل موجه بودن آن است. از جمله اینکه باید آزادانه و آگاهانه بوده و فرد رضایت دهنده صلاحیت داشته باشد (تابعی، ۱۳۸۹ ش.). در نتیجه همه این مسائل منوط به دادن تمام اطلاعات موجود به بیمار است. اگر چه در لغت رضایت به معنی اجازه و قبول درمان است، مفهوم گرفتن رضایت به معنی امتناع از درمان نیز به کار می‌رود و باید همه اطلاعات موجود و مرتبط برای تصمیم‌گیری در اختیار بیمار

قرار داده شود. همان طور که اشاره شد رضایت سه جزء یا بخش دارد: ارائه اطلاعات، ظرفیت تصمیم‌گیری و تصمیم‌گیری داوطلبانه. ارائه اطلاعات عبارت است از در اختیار قرار دادن اطلاعات مربوط و درک پیامدهای تصمیم‌گیری تا حدی که به شکل منطقی قابل پیش‌بینی باشد. داوطلبانه بودن تصمیم‌گیری عبارت است از حق بیمار در تصمیم‌گیری آزادانه بدون فشار، اجبار یا فریب. آگاهی پیش‌شرط رضایت است، مردم نمی‌توانند نسبت به چیزهایی که از آن آگاهی ندارند، رضایت دهند. بنابراین رضایت بدون آگاهی اعتبار ندارد. بسیاری از مواد قانونی پیرامون رضایت مشمول آگاهی نیز می‌شوند (جوادی، ۱۳۸۶ش، ص ۵۶).

۴- رازداری

در این مقوله/هوزی در پندنامه خود چنین نگاشته که «طیب باید راز بیمار را محفوظ دارد و از افشای سر آن به خودی و بیگانه و نزدیکان و دوران دوری جوید» و در بند ۴ منشور حقوق بیماران با تأیید این موضوع ذکر شده که «ارائه خدمات باید مبتنی بر احترام به حفظ حریم خصوصی و رعایت اصل رازداری باشد». در این رویکرد میزان همپوشانی بسیار گسترده و قابل تأمل است چرا که رازداری وظیفه‌ای است که تاریخچه‌ای طولانی در عرف، عادات و اخلاقیات حاکم بر جوامع دارد و یکی از محوری‌ترین مؤلفه‌های مربوط به حقوق بیماران است. حتی در بعضی از کشورها که قانون ویژه‌ای در مورد رازداری پزشک وجود ندارد، باز هم پزشکان و قضات به این مسأله مانند قانون غیر مکتوب می‌نگرند و به آن احترام می‌گذارند، چون اگر راز بیمار مخفی نگه داشته نشود ضرر کلی به بیمار و جامعه وارد خواهد شد (اشرفی، ۱۳۸۴ش). در اسلام احترام به عهد و پیمان و رعایت امانت چنان نهادینه شده و رابطه پزشک و بیمار چنان مستحکم تلقی شده

که حضرت علی(ع) می‌فرمایند: هر کس که بیماری‌اش را از پزشکان مخفی کند به بدن خود خیانت کرده است و هر کس بیماری‌اش را کتمان کند پزشک از شفایش عاجز شود (جوادی، ۱۳۸۶ش، ص ۵۶). ایشان در جای دیگری می‌فرمایند: راز به منزله امانتی است که به کسی سپرده شده و بازگو کردن آن خیانت در امانت است. قانون‌گذاران ایران نیز نقض قاعده رازداری و افشای اسرار بیماران را جرم تلقی و مرتکب یا مرتکبین آن را قابل تعقیب کیفری می‌دانند.

۵- حریم خصوصی

در پندنامه/هوازی با بیان این مطلب ذکر شده است که «پزشک باید از هر ناپاکی و پلیدی دوری جوید، نسبت به زنان به نظر بد نگاه نکند و به منزل آنان جز برای درمان وارد نشوند». امروزه بحث حریم خصوصی و استقلال و آزادی همه‌ی انسان‌ها (اتنومی) بسیار مورد توجه قرار گرفته است. حریم شخصی یکی از مصادیق آزادی‌های فردی و حقوق طبیعی و اصلی هر شخص است. مفهوم حریم خصوصی و حفظ آن، در رابطه با آن بعد از ویژگی انسانی که در رابطه با دیگران است، مفهوم پیدا می‌کند و حفظ این حق و حریم ارتباط تنگاتنگی با کرامت انسانی دارد و از آنجا که رابطه پزشک و بیمار در حوزه زندگی اجتماعی انسان قرار می‌گیرد، حفظ حریم خصوصی بیمار و احترام به آن در این رابطه اهمیت می‌یابد. درعین حال که تعریف واحدی از این مفهوم قابل ارائه نیست اما ریشه عمیقی در مباحث جامعه‌شناختی و انسان‌شناختی دارد (افشار، ۱۳۸۹ش). رعایت حریم‌های شخصی از شاخصه‌های کیفیت مراقبت به شمار می‌آید چرا که رعایت نکردن آن و افراط در وارد شدن به مرزهای فراتر از وظیفه پزشک، صدمات جبران‌ناپذیری را در پی خواهد داشت. شاید به این دلیل است که در اخلاق

پزشکی نوین روی این مسئله در مورد کل افراد (نه فقط در مورد زنان) تأکید می‌شود (بند ۴ منشور که در رویکرد قبلی ذکر شد). پزشک باید به احکام و مسائل مربوط به حرفه خود در احکام لمس و نظر توجه کافی داشته و همواره سعی کند تا از محدوده وظایف و اختیارات شرعی خویش پا فراتر نهد؛ به ویژه پزشکی که در راستای تخصص خویش با زنان سروکار دارند باید از تقوای بیشتری برخوردار باشند و علاوه بر برخورداری از ایمان و احساس مسئولیت از هر نظر، روحیات و حرکات خود را کنترل کنند و مراقب رفتار و کردار خویش باشند و بیشتر از حد نیاز برای رفع ضرورت در این وادی گام نگذارند (جوادی، ۱۳۸۶ش، ص ۵۶). مطالعه‌ای نشان داده است که پنهان نگه‌داشتن بخش‌هایی از تاریخچه بیماری، امتناع از معاینه فیزیکی، افزایش اضطراب، برانگیخته شدن رفتارهای پرخاشگرانه در بیماران از جمله این پیامدها هستند (دهقان نیری، ۱۳۸۹ش). که فقط منحصر به گروه زنان نیست.

۶- موارد حاد پزشکی (فوریت‌های پزشکی)

در پندنامه اشاره شده که «پزشک باید در درمان بیماران بخصوص مسکینان و فقرا بجد بکوشد، در فکر سود و اجر از این دسته نبوده بلکه اگر ممکن شود، دارو را از کیسه خود بدانها بدهد و اگر این کار ممکن نگردد شب و روز بر بالپیشان حاضر شود، مخصوصا اگر بیماری آن‌ها حاد و تند باشد چون بیماری‌های حاد زود تغییر و دگرگونی پیدا می‌کنند»، و در بند ۱۲-۱ منشور این مطلب با تفکیک دو موضوع بیماری حاد و غیر فوری بیان می‌شود: «ارائه خدمات در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس) بدون توجه به تأمین هزینه آن صورت گیرد و در موارد غیر فوری و الکتیو بر اساس ضوابط تعریف شده باشد». لازم به توضیح است که

ماده ۱ آیین‌نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی، آمده است که فوریت‌های پزشکی به مواردی از اعمال پزشکی اطلاق می‌شود که بایستی بیماران سریعاً بررسی و درمان شوند و کلیه بیمارستان‌ها اعم از دولتی و غیردولتی در تمام اوقات شبانه‌روز و نیز درمانگاه‌ها و سایر مؤسسات درمانی در ساعات فعالیت طبق پروانه تأسیس که از وزارت بهداشت سابق دریافت داشته‌اند مکلف به پذیرش بیمارانی هستند که مشمول فوریت‌های پزشکی هستند (ماده ۴ آیین‌نامه مذکور).

فقر از مخرب‌ترین پدیده‌های جهان بشریت و عاملی بازدارنده در تحقق بسیاری از حقوق و آزادی‌های فردی از جمله تحقق حق بر سلامت در سطوح مختلف اجتماعی است و پیوند فقر و سلامت همواره مورد توجه اندیشمندان بوده است (عباسی، ۱۳۸۹). بر این اساس «در مکتب فقه شیعی نیز حکومت ملزم به تأمین دارو و درمان بیماران و دولت موظف به گسترش خدمات پزشکی ارزان بوده، بی‌توجهی به درمان مجروحان حرام و البته فقر و تنگدستی بیماران هرگز دلیل موجهی برای استنکاف پزشکان از درمان نیست» (اطیابی، ۱۳۸۹، ش.۱).

۷- اطلاعات کامل و به‌روز پزشک

در پندنامه آمده که «پزشک باید پیوسته به مطالعه کتب یعنی کتب طبی و خواندن آنها مشغول باشد و ملول نگردد بلکه خود را مجبور نماید که هرچه می‌خواند یاد بگیرد».

در اخلاق پزشکی نوین نیز بسیار روی این مسئله تأکید می‌گردد. در واقع تجهیز پزشک به دانش و علم روز مهم‌ترین شاخص انتخاب یک پزشک برای درمان بیمار است، این موضوع در بند ۴-۱ ذکر شده است (بر اساس دانش روز

باشد). این موضوع را می‌توان در کلام امام علی (ع) نیز متذکر بود که فرموده‌اند: «هرکس طبابت را پیشه خود سازد باید در تحصیل علم و معالجه جهد نماید (پیری، ۱۳۸۹ش.)».

بحث و نتیجه‌گیری

بیمار به مثابه فردی از جامعه، که بخشی از سلامت و عافیت خود را از دست داده است، حقوق ویژه‌ای دارد که رعایت این حقوق بر جامعه و افرادی که به نوعی با وی سروکار دارند، ضروری است (رهبر، ۱۳۸۹ش.). حقوق بیماران و رعایت آن در ایران، از زمان‌های بسیار کهن از آموزه‌های ایرانی و اسلامی الهام گرفته و البته طبق بعضی از منابع مربوط به دوران قبل از بقراط است. در این مکتب (ایرانی-اسلامی) اهمیت حرفه پزشکی و رابطه مستقیم آن با جان و مال مردم از یک سو و در معرض لغزش بودن انسان غیر معصوم از سویی دیگر، دانشمندان علوم پزشکی را بر آن داشته که به منظور پیشگیری از خطا در انجام این وظیفه خطیر، دستورات و اندرزهای پزشکی را در قالب‌های مختلف از قبیل سوگندنامه، پندنامه و مناجات طبی برای رعایت و احترام به حقوق بیماران تدوین و گردآوری کنند (سدره نشین، ۱۳۸۹ش.). با تعمق و پژوهش در سوگندنامه/اهوازی به نظر می‌رسد کامل‌ترین مجموعه‌ای که می‌توان مجموعه کامل اخلاق پزشکی را در طب سنتی یافت، پندنامه اهوازی باشد. به نظر می‌رسد اهوازی در ترجمه سوگندنامه بقراط عالی‌ترین نوع اقتباس و بهترین اصلاح ممکن را انجام داده است که با توجه به اوضاع و احوال آن روزگار در نوع خود اصولی جامع است و از احاطه کامل اهوازی به فلسفه اجتماعی، اصول اخلاقی و متون پزشکی آن روزگار حکایت می‌کند. در مقایسه سوگندنامه بقراط و پندنامه اهوازی متوجه می‌شویم که این دو

سوگندنامه باهم تفاوت‌هایی دارند، دانشمند ایرانی باذوق و سلیقه خود و با احترام به دستوره‌های دین اسلام و با در نظر گرفتن شرایط اجتماعی - فرهنگی و مقتضیات عصر خود، اصولی را به سوگندنامه بقراط افزوده و در برخی موارد نکاتی را از آن حذف کرده است. از موارد افزوده می‌توان به لزوم اهمیت آموزش بالینی، مطالعه مداوم کتب پزشکی، منع از لهو و لعب و نوشیدن شراب، توجه جدی به درمان فقرا و مسکینان، خداپرست و خوش‌زبان بودن اشاره کرد (احمدزاده، ۱۳۸۷ش، ص ۱۱). امروزه نیز اخلاق پزشکی در قالب نوین خود یک روند تحلیلی است که در گستره دامن‌گیر خود که شامل اخلاق پزشکی سنتی (که بیشتر شامل مبانی امر و نهی کننده است) نیز است، به مباحث روز مطرح در جهان پزشکی، ارائه راهکارهای اخلاقی و موضوعات کاربردی و سازمان‌یافته در قالب نیازهای روز که در اخلاق پزشکی سنتی مطرح نبود، تأکید و توجه خاصی دارد که به نظر می‌رسد این موارد ناشی از مسائلی است که در طب قدیم مطرح نبوده‌اند و موضوعیت نداشته‌اند ولی در حوزه‌های نظری و یا عملی طب نوین مطرح شده‌اند و به تبع طرح موضوع، چاره‌جویی‌هایی نیز برای آن‌ها انجام شده است. امروزه اخلاق پزشکی نوین قصد دارد قواعد اخلاقی را به طور کاربردی و در مواقع لزوم برای تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در طب در اختیار گروه درمان قرار دهد. بر این اساس اخلاق پزشکی نوین صرفاً بیان اخلاق شایسته، آداب معاشرت و نحوه برخورد پزشک با بیمار یا فقط قواعد مذهبی نیست بلکه تصمیم‌گیری‌های کاربردی را در حیطه‌های مختلف پزشکی بررسی و در موارد لزوم آیین‌نامه‌هایی را از طرف سازمان ذیربط صادر می‌کند که این تصمیم‌ها باید‌ها و نبایدها و مرز بد و خوب را در طب مشخص می‌کند و از این طریق پزشک را در تجزیه و تحلیل مباحث اخلاقی در طب بالینی کمک و هدایت می‌کند (لاریجانی، ۱۳۸۳ش). در

اخلاق پزشکی نوین برخی از قوانین شکل مدنی و قانونی به خود می‌گیرد چون تا زمانی که حقوق شکل قانونی به خود نگیرد اغلب جزو مجموعه قوانینی در می‌آیند که گسترده و ماهیت متفاوتی دارد. همین امر باعث می‌شود تا اکثر بیماران در شناخت حقوق خود دچار مشکل شوند. البته در اخلاق پزشکی نوین همه موضوعات، دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌ها در کنار پرداختن به مسائل کاربردی به مسائل دیگری نیز می‌پردازد که مربوط به رفتار و شخصیت خود پزشک (مانند آنچه در اخلاق پزشکی سنتی مطرح بود) است. مباحثی که در منشور بیماران ذکر شده ولی در پندنامه به آن‌ها اشاره نشده است، مسائلی هستند که به مقتضای زمان کامل‌تر و جامع‌تر شده و امروزه به صورت منشور حقوق بیماران مطرح است در واقع منشور حقوق بیماران هر کشور برگرفته از قوانین مدنی و الزامات آن کشور است. از ویژگی‌های عصر امروز، و در نهایت اخلاق پزشکی نوین این است که نه تنها بر بعد فردی که بر بعد جمعی حقوق بیماران نیز توجه خاصی می‌شود. بنابراین جهت نیل به این هدف، بر حقوق درمانی و مراقبت، پوشش اجتماعی کافی و اطلاعات مناسب در زمینه سرویس‌های بهداشتی و حق بهره‌برداری از پیشرفت‌های بهداشتی، توجه ویژه‌ای می‌شود (لینن، ۱۳۸۱ش، ص ۲۷).

فهرست منابع

- احسانپور، سید رضا. (۱۳۸۹ش.). حق بیمار در استفاده از مسکن‌های مرگبار، چکیده مقالات سومین کنگره بین‌المللی حقوق پزشکی، اسفندماه.
- احمدزاده، علی. (۱۳۸۷ش.). تاریخ پزشکی جندی‌شاپور، مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اهواز، ۷(۱)، ۱-۱۱.
- احمدعلی، الطاف. (۱۳۷۱ش.). نقش رازی در پیشبرد علوم پزشکی در دنیای غرب، خلاصه مقالات کنگره بین‌المللی تاریخ پزشکی در اسلام و ایران، مهرماه.
- اذکائی، پرویز، (۱۳۷۱ش.). سینا بقراط ایران، خلاصه مقالات کنگره بین‌المللی تاریخ پزشکی در اسلام و ایران، مهرماه.
- اربابی، محمد، محمدی، محمدرضا. (۱۳۸۷ش.). چگونه خبر بد را به بیماران یا همراهان آنها بگوییم؟، چکیده مقالات دومین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی ایران، فروردین.
- اشرفی، منصور. (۱۳۸۴ش.). اخلاق پزشکی و سو رفتار حرفه‌ای، چاپ اول، تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران.
- اطیابی، سید محمد. همکاران. (۱۳۸۹ش.). حقوق بیمار در آموزه‌های فقه شیعی، چکیده مقالات سومین کنگره بین‌المللی حقوق پزشکی، اسفندماه.
- افشار لیلا. (۱۳۸۹ش.). ملاک‌های حریم خصوصی بیمار در ارتباط با کادر درمانی، سومین کنگره بین‌المللی حقوق پزشکی، اسفندماه.
- پیری، مجتبی. (۱۳۸۹ش.). تأثیر تعلیمات اخلاقی اسلام در علم پزشکی، چکیده مقالات سومین کنگره بین‌المللی حقوق پزشکی، اسفندماه.
- تابعی، سید ضیاء‌الدین. (۱۳۸۹ش.). آیا رضایت آگاهانه را می‌توان جوازی برای خودکشی و اتانازی محسوب نمود؟، چکیده مقالات سومین کنگره بین‌المللی حقوق پزشکی، اسفندماه.
- جوادی، محمدعلی. عباسی، محمود. ضیایی، حسین. (۱۳۸۶ش.). اخلاق پزشکی و انتظارات بیمار از پزشک، چاپ اول، تهران: انتشارات موسسه فرهنگی حقوقی سینا، ص ۵۶-۵۸.

- جولایی، سودابه. (۱۳۸۷ش.). درآمدی بر منشور حقوق بیمار و راهکارهای ارتقا رعایت این حقوق در ایران، چکیده مقالات دومین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی ایران، فروردین. دهقان نیری، ناهید. آقاجانی، محمد. (۱۳۸۹ش.). رعایت حریم بیماران توسط تیم درمان و ارتباط آن با رضایتمندی بیماران در بخش اورژانس بیمارستان، مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)، دوره ۱۶، شماره ۱.
- دیبایی، امیر. سعادت، نسرين. قدک زاده، صابر. (۱۳۸۸ش.). بررسی نگرش دانشجویان و فارغ‌التحصیلان رشته پزشکی به درس اخلاق پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز در سال تحصیلی ۸۵-۸۶، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال سوم، شماره هفتم، بهار.
- رهبر، محمدتقی. (۱۳۸۹ش.). حقوق بیماران، چکیده مقالات سومین کنگره بین‌المللی حقوق پزشکی، اسفندماه.
- سارتون، جورج. (۱۳۵۳ش.). مقدمه بر تاریخ علم، ترجمه غلامحسین صدری افشار، انتشارات دفتر ترویج علوم وزارت علوم و آموزش عالی، تهران، ش، ج ۱، ص ۷۷۹.
- سدره نشین، ابوالفضل و همکاران. (۱۳۸۹ش.). بازتاب رعایت حقوق بیماران در آموزه‌های ایرانی و اسلامی، چکیده مقالات سومین کنگره بین‌المللی حقوق پزشکی، اسفندماه.
- سرمدی، محمدتقی. پژوهشی در تاریخ پزشکی و درمان جهان از آغاز تا عصر حاضر، انتشارات سرمدی، جلد دوم، ص ۶۲-۲۵۵.
- طباطبایی نژاد، سید محمد و همکاران (۱۳۸۹ش.). ویژگی‌های یک پزشک مسلمان، چکیده مقالات سومین کنگره بین‌المللی حقوق پزشکی، اسفندماه.
- عباسی، محمود. (۱۳۸۹ش.). مجموعه مقالات حقوق پزشکی ۴، چاپ دوم، تهران: انتشارات حقوقی، ص ۵۹.
- عباسی، محمود. (۱۳۸۹ش.). فقر حلقه مفقوده حقوق بشر و سلامت عمومی، چکیده مقالات سومین کنگره بین‌المللی حقوق پزشکی، اسفندماه.

کاظمی عبدالحسن (۱۳۸۹ش). بیمار محوری یا بیماری محوری، چکیده مقالات سومین کنگره بین المللی حقوق پزشکی، اسفندماه.

کعدان، عبدالناصر. (۱۳۸۷ش). برخی از دستاوردهای پزشکان مسلمان در اخلاق پزشکی، چکیده مقالات دومین کنگره بین المللی اخلاق پزشکی ایران، فروردین.

گروسی، بهشید. صافی زاده، حسین. کافی، احمد امیر. بهرامی، علیرضا. (۱۳۸۷ش). نگرش پزشکان عمومی و متخصص در مورد ارتباط پزشک و بیمار و مهارت‌های ارتباطی، چکیده مقالات دومین کنگره بین المللی اخلاق پزشکی ایران، فروردین.

لاریجانی، باقر. (۱۳۸۷ش). پزشک و ملاحظات اخلاقی، جلد اول، چاپ اول، انتشارات برای فردا.

لینن، گیورس، پینت. (۱۳۸۱ش). مطالعه تطبیقی حقوق بیماران، (ترجمه باقر لاریجانی)، عباسی محمود، چاپ دوم، انتشارات حقوقی، ص ۲۷.

مظفری، حمیده. امامی، سیده فریبا. (۱۳۸۸ش). اتانازی از دیدگاه قرآن، خلاصه مقالات دهمین اجلاس آسیایی اخلاق زیستی و چهارمین نشست آسیایی-اقیانوسیه یونسکو در حوزه اخلاق، اردیبهشت.

ناصری مقدم، حسین. (۱۳۸۹ش). حقوق بیماران و تصمیم‌گیری در پایان حیات، چکیده مقالات سومین کنگره بین المللی حقوق پزشکی، اسفندماه.

نجم آبادی، محمود. (۱۳۸۱ش). تاریخ پزشکی ایران، انتشارات دانشگاه تهران، ص ۴-۱۹۳.

نجم آبادی، محمود. (۱۳۷۵ش). تاریخ طب در ایران پس از اسلام، انتشارات دانشگاه تهران.

هاشمی زهرا. (۱۳۸۸ش). تناقضات اخلاقی در اتانازی و خودکشی با همکاری پزشک، خلاصه مقالات دهمین اجلاس آسیایی اخلاق زیستی و چهارمین نشست آسیایی-اقیانوسیه یونسکو در حوزه اخلاق، اردیبهشت.

Ullman M, Islamic Medicine, Edinburgh (UK): Edinburgh University press, 1978: 43-4

یادداشت شناسه مؤلفان

مهرداد اصغری استیاریار: دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

عبدالحسن کاظمی: دانشیار مرکز تحقیقات فلسفه و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

تبریز، آذربایجان شرقی، ایران. (نویسنده مسؤل)

نشانی الکترونیکی: kazemi1338@gmail.com

محمود عباسی: رئیس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ وصول: ۱۳۹۱/۳/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۶/۲۸