

مقایسه اصول اخلاق پزشکی در اسلام با سکولاریسم

فاطمه سفیدی

محمد مهدی بندرچی

معصومه صبیدی^۱

چکیده

در دنیا مکاتب اخلاقی متفاوتی وجود دارد که هر کدام تفسیر خاص خود را از اخلاق و کارهای اخلاقی ارائه داده‌اند، مکتب اخلاق اسلامی با چهار اصل اخلاقی مطرح در اخلاق پزشکی، شامل: سودمندی، عدم اضرار، اختیار فردی و عدالت، سازگاری دارد اما همان‌طور که بسیاری از اندیشمندان غربی نیز به این نکته اشاره کرده‌اند در عمل به این اصول در فرهنگ‌های مختلف، تعاریفی متناسب با آنها وجود دارد. اسلام از اصول اخلاقی جامعی برخوردار است که این چهار اصل در آن بستر باید تفسیر گردد.

این مقاله با رجوع به مقالات معتبر یافت شده در موتورهای جستجو، پایگاه‌های معتبر علمی و رجوع به برخی کتب تدوین شده است.

اندیشه اخلاق پزشکی متداول در جوامع غربی (و پیروان آن در سایر جوامع) با مبانی سکولار بودن تدوین شده است. این پیش‌فرض مبانی متفاوتی با نگرش اسلامی دارد که می‌تواند رویکردی متفاوت به مسائل اخلاقی ایجاد نماید. مبانی اخلاق اسلام، اخلاق را امری درونی (عقلانی و حیانی و قلبی، شهودی) می‌داند که فقط در مکتب خداپرستی قابل توجیه است.

با توجه به فرهنگ غنی اسلامی و تفاوت‌های فلسفه و اخلاق اسلامی با فلسفه و اخلاق غربی، ضرورت توجه سریع‌تر مجامع اسلامی به این موضوع به منظور جلوگیری از نفوذ اخلاق با تفکرات غربی در کشورهای اسلامی احساس می‌شود. تعامل پزشکان با فقها، حکما، فلاسفه، اخلاقیون و اندیشمندان علوم اسلامی مرتبط در این حوزه امری است

۱. دانشگاه علوم پزشکی همدان، عضو هیئت علمی مرکز مطالعات و آموزش علوم پزشکی و دانشجوی ارشد مجازی آداب و اخلاق پزشکی علوم حدیث (نویسنده مسؤول)

که می‌تواند در پایه‌گذاری اصولی یک نظام اخلاق پزشکی و تعیین چارچوب‌های تصمیم‌گیری اخلاقی در طب ارزشمند و تأثیرگذار باشد. آنچه از اندیشمندان علوم مختلف از فلاسفه تا صاحب‌نظران علوم پزشکی انتظار می‌رود در دو جنبه بیان می‌گردد: الف) بیان شفاف و تدوین مناسب مفاهیم فلسفه اخلاق در علوم پزشکی، ب) تبیین چارچوب اخلاقی برای تصمیم‌گیری پزشکان در موارد مشکل و تعریف حدود و کاربردهای آن و این دو میسر نمی‌شود مگر با تعامل و همفکری اساتید حوزه و دانشگاه.

واژگان کلیدی

اخلاق پزشکی، اسلام، سکولار، فلسفه اخلاق

مقایسه اصول اخلاق پزشکی در اسلام با سکولاریسم

هدف و غایت نبوت پیامبر عظیم‌الشان اسلام، "اکمال مکارم اخلاق" می‌باشد، لذا اسلام تأکید زیادی بر رعایت ارزش‌های اسلامی به‌ویژه در حیطه کاربرد علوم مختلف از سوی عالمان دارد. به نظر می‌رسد آموزه‌های اسلامی، با اصول اخلاقی مطرح در اخلاق پزشکی، شامل: سودمندی، عدم اضرار، اختیار فردی و عدالت، سازگاری دارد اما بسیاری از اندیشمندان غربی نیز به این مسئله توجه دارند که در مقام عمل به این اصول در فرهنگ‌های مختلف، تعاریفی متناسب به خود دارد. اسلام از اصول اخلاقی جامعی برخوردار است که این چهار اصل در آن بستر باید تفسیر گردد.

اسلام به‌عنوان یک دین کامل و جامع الهی علاوه بر ارائه راه و رسم کامل زندگی افراد، جهت رسیدن به حقیقت نهایی خود، قواعد اخلاقی مربوط به حکومت، قضاوت، فرهنگ و اقتصاد را نیز مدنظر قرار داده است و به‌واسطه همین روش‌های اخلاقی، در کل به‌صورت قانونی همه‌جانبه تمام شؤون زندگی بشری را شامل می‌شود. اخلاق صفت و سرشتی است که با انسان و سازندگی روحی و معنوی و تهذیب باطن او در ارتباط است و با هدف شناسایی استعداد‌های مختلف انسان چگونگی ایجاد تعامل در میان امیال گوناگون را به انسان ترسیم و جهت نیل به کمال شایسته انسانی راهنمای اوست (سادات، ۱۳۶۷).

تربیت روحی و اخلاقی مقدم بر آموزش‌های فکری و پرورش ذهن می‌باشد و می‌تواند آنها را جهت‌دار نماید. لذا رشد استعداد‌های ذهنی و فکری به‌عنوان مقدمه‌ای ضروری در خدمت علم اخلاق و کمال انسان دارای نقش حیاتی است (سادات، ۱۳۶۷).

اخلاق شاخه‌ای از فلسفه است که با درست و نادرست بودن مفاهیم و امور ارتباط دارد. علم اخلاق علم تبیین صفات فاضله و رذیله می‌باشد (مصباح، ۱۳۷۷). دانش اخلاق به بیان نحوه تامین سلامت روح و راه‌های درمان بیماری‌ها پرداخته و در این راستا شکل گرفته است (نجفی، ۱۳۸۲). علم اخلاق به دنبال آموزش شیوه درست رفتار انسان‌هاست، این رفتارها هم در ابعاد شناختی، معرفتی و هم بعد عملی و رفتاری در نظر گرفته شده است. دانش اخلاق سه نوع تقسیم‌بندی دارد: اخلاق توصیفی، اخلاق تحلیلی یا فرااخلاق و اخلاق هنجاری (لارنس). اخلاق توصیفی صرفاً به توصیف و معرفی اخلاقیات افراد، گروه‌ها و جوامع مختلف، بدون تحلیل عقلی و فلسفی آنها می‌پردازد. فرااخلاق بررسی تحلیلی و فلسفی مفاهیم و احکام اخلاقی را مدنظر قرار داده و اخلاق هنجاری یا اخلاق دستوری به بررسی افعال اختیاری انسان از جهت خوبی یا بدی، بایستگی و نبایستگی و تحلیل آنها پرداخته است. اخلاق هنجاری زیرمجموعه‌هایی دارد که اخلاق کاربردی را می‌توان یکی از آنها دانست، اخلاق کاربردی، کاربرد و تطبیق استدلال‌ها، اصول، ارزش‌ها و ایده‌آل‌های اخلاق در خصوص رفتارهای اخلاقی فردی و اجتماعی را مورد توجه قرار می‌دهد. اخلاق حرفه‌ای از اخلاق کاربردی برگرفته شده و به تفکر درباره ابعاد اخلاقی مشاغل خاص مانند پزشکی مربوط می‌شود (مصباح یزدی، ۱۳۸۱). به بیان دیگر فرا اخلاق، به بررسی مبانی اخلاقی و نتایج حاصل از آن می‌پردازد و معانی آن را مشخص می‌نماید. در واقع فرااخلاق، مطالعه منشاء و محتوای مفاهیم اخلاقی می‌باشد، اما در اخلاق اصولی تعیین استانداردها، اصول و قواعد اخلاقی و مشخص نمودن رفتار صحیح و اشتباه صورت می‌گیرد. اخلاق کاربردی نیز به بحث در خصوص موضوعات مورد اختلاف مانند سقط، اتانازی و... می‌پردازد و سعی در حل آنها دارد (فیشر، دودن، ۲۰۰۳).

دانش اخلاق پزشکی، امروزه به‌عنوان یکی از علوم پایه پزشکی در بیشتر دانشگاه‌های دنیا تدریس می‌گردد و مورد توجه اساتید و دانش‌آموختگان رشته‌های پزشکی می‌باشد سابقه‌ای کهن دارد. این علم به ارائه معیارها و ملاک‌های مشخص برای رفتارهای اخلاقی و تصمیم‌گیری‌های گوناگون در حیطه پزشکی پرداخته و به کاربردی نمودن توصیه‌ها و ارزش‌های اخلاقی مربوط به پزشک و بیمار کمک می‌نماید.

در علم اخلاق از اخلاق کاربردی یاد شده اما سرفصل به‌خصوصی به نام اخلاق پزشکی وجود ندارد، با توجه به تفاوت شغل‌ها و موقعیت‌های اجتماعی مشاغل گوناگون و این که هر صنفی با مسائل خاصی سروکار دارد، می‌توان اخلاق پزشکی را این‌گونه تعریف کرد: علمی که موضوع آن بررسی مجموعه آداب و رفتار پسندیده یا ناپسندی است که صاحبان مشاغل پزشکی باید رعایت نمایند. اخلاق پزشکی یک علم شبه اجتماعی است که راه‌حلهایی برای تضادهای اخلاقی ارائه می‌کند که از علم پزشکی نشأت می‌گیرد (معاونت فرهنگی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۰ و آکسوی، المای، ۲۰۰۲، ص ۲۲۴-۲۱۱).

اخلاق از دیدگاه اندیشمندان غربی

گذری اجمالی بر دیدگاه‌های اندیشمندان غربی نشان می‌دهد، هرکدام تفسیر خاص خود را از اخلاق و کارهای اخلاقی ارائه داده‌اند. افلاطون پایه اخلاق را بر عدالت قرار داده و اخلاق را مساوی با عدالت و عدالت را مساوی با زیبایی می‌دانست. نظریه پردازانی مانند اسمیت و ربرت اسپنسر، شوپنهار و کنت اخلاق را در پیوند با عاطفه تفسیر کرده‌اند از دیدگاه آنان کار اخلاقی، کاری است که از عاطفه‌ای فراتر از تمایلات فردی سرچشمه می‌گیرد. اپیکور اخلاق را با محوریت لذت تعریف کرده، البته لذت‌های زودگذر، منفور یا مطرود مورد نظر وی

نمی‌باشد و منظور لذت‌هایی است که بقای انسانی وابسته به آن است. افرادی مانند جان استوارت میل و جرمی بنتام اخلاق را بر مدار نفع و فایده عمومی تعریف نموده‌اند آنان معتقدند باید عملی که خوشی حاصل از آن بیشتر، بادوام‌تر، مؤثرتر و شامل حال جمعیت بیشتری باشد را انجام داد و از عملی که موجب رنج و ناراحتی است دوری جست. نیچه و همفکران او معتقدند اخلاق در ارتباط با مقوله قدرت می‌باشد، هرچه که قدرت انسان را بیشتر کند خوب و اخلاقی و هرآنچه که موجب ضعف انسان گردد غیراخلاقی است. اندیشمندانی مانند روسو و کانت کار اخلاقی را برخاسته از وجدان انسان می‌دانند. براساس فلسفه کانت پزشک باید بدون هیچ قید و شرطی به خود مختاری انسان احترام بگذارد. برخی دیگر از فلاسفه براساس نظریه "قرارداد اجتماعی" جان رالز از نقض اختیار بیمار دفاع می‌کنند (فروغی، ۱۳۷۷).

اخلاق از منظر اسلام و اندیشه شیعی

برای کسانی که مبانی اخلاقیشان "امر الهی" است، سخن گفتن از اخلاق دینی امری ساده می‌باشد، زیرا تمامی ملاک‌های اخلاقی به فرمان الهی باز می‌گردد (ریچلر). اما مسائلی که این افراد پیش رو دارند مانند استناد صفات حسنه به باری تعالی، آنها را دچار چالش می‌سازد، زیرا ملاکی خارج از امر الهی وجود ندارد تا خداوند به آن صفات متصف گردد و از سایر صفات بری دانسته شود، این همان مشکل اشاعره در عالم اسلام است. از سوی دیگر معتزله بر این باور است که محدودیت قدرت الهی و حاکمیت فعلی او وجود دارد، در منازعه بین این دو گروه اول متهم‌اند که توحید صفاتی آنان دچار خدشه است و گروه دوم در تبیین توحید افعالی ناتوانند (مطهری).

شیعه از دو وجه افراط و تفریط براساس تعالیم ائمه اطهار دوری گزیده و راه میانه را برگزیده و در تبیین حسن و قبح ذاتی و حسن و قبح عقلی از آسیب فکری به توحید صفاتی و توحید افعالی مبرا گردیده و راز اشتغال عدل در اصول مذهب شیعه نیز از این حقیقت منتج می‌شود (مطهری، ۱۳۸۲).

مبنای اخلاق پزشکی در اندیشه شیعه را می‌توان با در نظر گرفتن میزان اهمیت و اثرگذاری آن در فهم صحیح آموزه‌های مرتبط با اخلاق پزشکی بدین شرح مورد توجه قرار داد:

۱. توحید و حاکمیت مطلق خداوند، این اعتقاد ریشه در فطرت آدمی دارد، در جهان‌بینی شیعی علاوه بر یگانگی خداوند (توحید نظری)، حاکمیت این اصل در ابعاد گوناگون زندگی بسیار مهم است (توحید عملی)، توحید عملی یعنی آن که انسان، آغاز، ادامه و پایان هر کاری را با نام و یاد خدا و برای رضای او انجام می‌دهد، به همین دلیل در تفکر شیعی مبنای هرگونه تصمیم‌گیری از جمله در اخلاق و اخلاق پزشکی صرفاً خداوند و دستورات الهی است، زیرا همه چیز ماهیت از اوایی و بسوی اوایی دارد و با یک سلسله قوانین و مقررات قطعی که سنن الهی نامیده می‌شود اداره می‌گردد.

۲. هدفمندی جهان آفرینش: آیات نورانی و روایات ائمه هدا و مطالعات محققان و اندیشمندان از نظم و برنامه در میان همه آفرینش و اجزای آن و ارتباط و هماهنگی میان آنها گزارش می‌دهند، این نظم و هماهنگی نشانه آن است که پدیده‌ها و عناصر جهان خلقت دارای اراده حکیمانه و قدرتی نامحدود هستند که لازمه آن هدفداری جهان آفرینش است، بنابراین متون دینی، خلقت جهان هستی زمینه و بستری مناسب برای آفرینش انسان و رسیدن او به کمال مطلق است، آفرینش جهان هستی زمینه‌ای برای آدمیست که مظهر تمامی صفات و اسماء

خداوند شده و در نتیجه شأن او به شأن خداوند متصل و از آنچه نزد خداوند است بهره‌مند می‌شود.

۳. هدفمندی انسان در بعد اندیشه و عمل: هدفدار بودن جهان به معنی هدفمندی موجودات هستی برای تحقق هدف آفرینش است چرا که جهان هستی مجموعه‌ای متشکل از موجودات هدفمند است. این هدف در اندیشه و عمل تجلی می‌یابد، زیرا انسان موجودی است که ابتدا می‌اندیشد سپس اعمال از او صادر می‌شود. قرآن کریم هدف از خلقت انسان در بعد اندیشه را دانش‌افزایی بشر و شناخت جهان از دیدگاه الهی می‌داند. این آگاهی، استعانت از او برای ادامه مسیر و دستیابی به هدف خلقت در بعد عمل (مقام خلیفه الهی) است، در بعد عمل خداوند هدف از خلقت انسان را عبودیت و بندگی ذات مقدس خویش می‌داند، از این‌رو انسان موظف است در مقام اندیشه، خدایی بیندیشد و در مقام عمل برای او کار کند. به همین دلیل بخش مهمی از معارف اسلامی و شیعی در دانش اخلاق اسلامی بیان شده است.

۴. انسان موجودی طبیعی و فرا طبیعی: افلاطون معتقد است هر یک از ما دارای روحی بسیط، الهی و تغییرناپذیر و بدنی مرکب و تباه‌پذیر است، منظور از مادی بودن فقط ماده فیزیکی نیست بلکه مفهوم آن وسیع‌تر است و شامل انرژی نیز می‌شود، لذا نفس و بدن تاثیر متقابلی بر هم دارند (معارفی، ۱۳۸۸).

۵. اختیار و اراده انسان: موضوع جبر و اختیار و نیزان آزادی انسان، ابعاد گوناگونی دارد به همین دلیل با دانش‌های متعدد در ارتباط بوده و همین مسئله موجب پیچیدگی بحث می‌گردد اما آنچه به‌طور اختصار در اندیشه دینی و جهان بینی اسلامی می‌توان گفت این است که براساس آیات قرآن و روایات، اراده و فاعلیت انسان که مخلوق خداوند است در طول اراده و فاعلیت حق تعالی می‌باشد،

در این نظریه به هیچ وجه نمی‌توان آدمی را فاقد اراده دانست و نقش او را در انجام کارها نادیده گرفت، از سوی دیگر باید توجه داشت که اراده آدمی نیز در شرایط ویژه‌ای شکل گرفته و اثربخش می‌شود. اراده انسان آزاد است اما میدان عمل او در محدوده سنت‌ها و قوانین قطعی در نظام آفرینش است، بنابراین خداوند قدرت انجام افعال را به انسان داده، اما مالک آن قدرت، خود اوست و اراده انسان در طول اراده حق تعالی است (کلینی، ۱۳۸۲). با استناد به کلام امام علی "لا جبر و لا تفویض و لکن امر بین الامین" نه جبر درست است و نه تفویض بلکه حق، امر بین این دو است. آدمی در قبال اعمال خود مسئولیت دارد، یعنی میان دو مفهوم آزادی و مسئولیت نوعی ملازمه وجود دارد به این صورت که یکی از شرایط مسئولیت و مسئولیت اخلاقی برخوردار از آزادی است (مصباح یزدی، ۱۳۸۲).

۶. ارتباط زندگی دنیوی و اخروی: تعالیم دینی، حقیقت اخلاق خوب و بد را به بهشت و جهنم ارجاع داده، که در آموزه‌های دینی به‌عنوان تجسم عمل می‌باشد. حاکمیت این دیدگاه سبب می‌گردد انسان هر فکر و اندیشه‌ای را به ذهن خود راه ندهد و اجازه هرگونه عملی را به خود ندهد بلکه آزادانه خود را در اختیار خداوند قرار داده و تسلیم اوامر الهی و بنده او باشد، از این‌رو اندیشه او الهی و رفتار و افعالش نیز خدایی می‌گردد، با اشاره خدا تصمیم گرفته و براساس اوامر الهی حرکت می‌کند (معارفی، ۱۳۸۸).

مقایسه مفهوم و مولفه‌های اخلاق پزشکی در غرب و اسلام

اگر برای اخلاق حسن و قبح عقلی قائل باشیم، دیگر با عقل است که باید به سراغ شناخت خوب و بد اندیشه بشری رفت در نتیجه دیدگاه امر الهی ساری نخواهد بود. کسانی که اخلاق را سکولار می‌پندارند، اندیشه‌ی بشری را کافی و وافی برای

حصول دستورات اخلاقی می‌دانند. اخلاق پزشکی در غرب بر مبنای ای استوار است که با نگرش سکولاریستی مورد ارزیابی و قبول قرار گرفته، آنچه مسلم است این است که اخلاق پزشکی با نگرش اسلامی وجه اشتراک‌های بسیاری با اخلاق پزشکی معمول سکولار خواهد داشت، این دو نگرش در اموری با هم تفاوت دارند که با ملاحظات خاص شامل ویژگی‌های اخلاق پزشکی اسلامی خواهد شد. برای ارائه کدهای اخلاق پزشکی اسلامی بایستی مولفه‌هایی اعمال گردد و مدنظر قرار گیرد تا بتوان از اخلاق پزشکی اسلامی سخن گفت، این مولفه‌ها برگرفته از آموزه‌های دینی و شیعی است که از آیات و روایات استنتاج می‌شود. در اخلاق پزشکی سکولار نتیجه‌ی عمل و ارزیابی عمل براساس نتایج مثبت یا منفی عمل، مهم است. با وجود فلسفه‌های اخلاق وظیفه‌گرا، نظام حاکم بر اخلاق پزشکی عالم تحت تأثیر نتایج حاصل از یک رفتار اخلاقی و ارزیابی حسن و قبح یک کار براساس ملاک‌های عملی و سود و زیان اجتماعی و فردی است (ریچلر، ۱۳۸۷، ص ۷۵-۷۴ و آیت‌الهی). چهار اصل اخلاقی مطرح در اخلاق پزشکی، شامل: سودمندی، عدم اضرار، اختیار فردی به حسن فاعلی عمل اخلاقی ناظر نیست و حسن یک فعل فقط به اخلاقی بودن عمل است. در نظام اخلاق پزشکی غرب اصل سودمندی کاملاً نتیجه‌گراست و در آن نیت فاعل در نظر گرفته نمی‌شود. عدم اضرار و عدالت نیز براساس واقعیت‌های عینی شناخته شده از عمل مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. توجه انجام دهنده عمل اخلاقی برای بنیان نهادن باید و نباید اخلاقی، صرفاً به اختیار و آزادی دیگران اهمیت می‌دهد. در بینش اسلامی علاوه بر اهمیت نتایج حاصل از عمل، نیت و قصد باطنی نیز در افزایش ارزش یک عمل مؤثر است (سبحانی، ۱۳۷۹، ص ۱۹۴-۱۹۲). علاوه بر آن کرامت انسانی و امانت بودن جسم و جان انسان نیز مدنظر است.

حضرت رسول اکرم (ص) می‌فرماید: "خداوند به ظاهر فعل شما و جلوه‌ی عملی آن نمی‌نگرد، بلکه به دل‌ها و نیت‌های شما توجه خواهد نمود".

در اخلاق سکولار به سختی می‌توان راهی را برای تشخیص نیت باطنی افراد یافت و صرفاً با شرایط عینی و ظاهری می‌توان انگیزه افراد را مشخص نمود. از سوی دیگر، حتی اگر براساس فلسفه‌های اخلاق وظیفه‌گرا که در انجام وظیفه، انجام فعل اهمیت دارد لذا نیت انجام عمل براساس انواع اهداف و جهت‌گیری‌های زندگی متفاوت می‌باشد باز هم مورد توجه قرار می‌گیرد و فقط خود عمل مهم است، در اخلاق پزشکی اسلامی نمی‌توان به صرف نتایج مثبت فعل اکتفا کرد، بلکه برنامه‌های جدی برای بالا بردن فعل اخلاقی از جهت نیت نیز باید مورد توجه قرار گیرد. آموزش اخلاق پزشکی کنونی نیز صرفاً به نشان دادن هنجارهای اخلاقی و تربیت پزشک براساس آن هنجارها رفتار و عمل نماید منحصر شده، در حالی که روش‌های آموزشی و تربیتی مستقل دیگری نیز جهت رشد حسن فاعلی و بالا بردن توجه به جایگاه آن می‌توان در نظر گرفت تا این دو در کنار هم به رشد اخلاقی پزشکان بینجامد. دین مبنای خوب یا بد بودن عملی نمی‌باشد، نظریه‌ی امر الهی نمی‌تواند ملاک حسن یا قبح عمل باشد. اعمال اخلاقی خود ذاتاً خوب هستند و چون خوب‌اند مورد امر الهی قرار می‌گیرند (الطوسی، ۱۳۶۷، ص ۳۲۷).

لذا بشر با عقل خود و براساس فطرت خویش به حسن و قبح عمل آگاهی پیدا می‌کند (سبحانی، ۱۳۸۲، ص ۳۲). البته عقل در بسیاری موارد به ناتوانی خود در تشخیص حسن و قبح اعمال اقرار دارد، عوامل بسیاری در خوب یا بد دانستن یک عمل دخیل‌اند که دیدگاه‌های متفاوتی را ایجاد می‌نمایند. از سوی دیگر فطرت بشر نیز نمی‌تواند امور زیادی را توجیه نماید لذا اینجاست که انسان خود را نیازمند عقلی فرا انسانی می‌یابد، چرا که شاهد است بسیاری از اعمال که روزی از دیدگاه

اندیشمندان خوب و اخلاقی قلمداد می‌شد پس از مشخص شدن عواقب نامطلوب آن دیگر خیر پنداشته نمی‌شود. اینجاست که برای تشخیص موارد تفصیلی نیازمند وحی می‌گردد (سبحانی، ۱۳۸۲، ص ۳۲). در نتیجه مبنای سنجش دستورات اخلاقی وحی می‌باشد و اگر فعلی خارج از حیطه‌ی مجاز وحی نبود، برای تشخیص موارد جزئی‌تر، خود وحی به عقل انسانی ارجاع داده است. لذا علی‌رغم ضرورت تأیید وحی، اطلاع از امر و حیانی با اجتهاد میسر است (جوادی آملی، ۱۳۸۴، ص ۲۸۹-۲۸۵).

در بسیاری موارد صرفاً با رجوع به آیات، مطابقت عمل با وحی را نمی‌توان استنتاج نمود، لذا اموری مانند عقل در محدوده وحی و مصلحت‌های بشری که مورد تأیید عقل قرار می‌گیرد یعنی همان اجتهاد برای پی بردن به دستورات وحی ضرورت می‌یابد. در این زمینه حضور دانشمندان علوم مختلف پزشکی نقشی تعیین کننده در تشخیص اجتهادی خواهند داشت. این اجتهاد باید حاصل تعامل فکری علمای دینی، پزشکان، حقوقدانان، علمای اخلاق و فیلسوفان باشد (آیت‌اللهی، ۱۳۸۳، ص ۶۵-۷۵).

از آنچه گفته شد می‌توان چنین استنباط کرد که حسن افعال اخلاقی ذاتی است اما از آنجایی که عقل بشر با محدودیت‌هایی در این خصوص مواجه است برای تعیین حدود آن نیازمند وحی الهی است و در صورتی که با وحی الهی نتوانست موضوع را استخراج نماید با استفاده از نظرات فقهی علماء اسلامی که برگرفته از وحی الهی است به سوی حق رهنمون شود.

مبانی اخلاق پزشکی در غرب

در کشورهای غربی در حال حاضر اخلاق مبتنی بر اصول چهارگانه خودمختاری فردی یا اتونومی، وظیفه سودمند بودن، عدم زیان‌باری، ارج نهادن به عدالت

می‌باشد. این اصول در آمریکا، انگلستان و بسیاری از کشورهای غربی به‌عنوان وسیله‌ای جهت راهنمایی، تصمیم‌گیری‌های عملی در اخلاق پزشکی مورد استفاده قرار می‌گیرد (استون، ۲۰۰۲، ص ۹۰-۳۱ و ماوردس، ۱۳۸۷).

نظریه اخلاق پزشکی براساس اصول چهارگانه توسط بیوکامپ و چیلدرس در سال ۱۹۸۳ پیشنهاد گردید. هرچند این اصول قانون نیستند، اما به پزشکان و همکاران در تصمیم‌گیری در مباحث اخلاقی کمک می‌کنند (لاریجانی، ۱۳۸۲، ص ۱۹-۱۳). البته صرف وجود چهار اصل برای تصمیم‌گیری و عمل در موارد اختلاف نظر کافی نیست و در بسیاری موارد برای انجام یک عمل صحیح اخلاقی بایستی بحث و تبادل نظر صورت گیرد و تمام جوانب امر در نظر گرفته شود (دراکوپولو، ۱۹۹۸).

الف- اتونومی

توانایی فرد برای خودمختار بودن، ظرفیت او برای انتخاب براساس آگاهی‌ها و اعتقادات و ارزش‌های فردی اتونومی نامیده می‌شود (دونی، کالمن، ۱۹۹۴ و شوارتز، پرس، هندی، ۲۰۰۲، ص ۱۵۵-۱۳۴ و گیلز، ۱۹۸۳). این اصل برای پزشکان و سایر خدمات‌دهندگان سیستم بهداشتی این وظیفه را ایجاد می‌کند که آنچه را که اتونومی بیمار را تقویت و یا حداقل به آن خدشه وارد نمی‌سازد را انجام دهند. براساس اصل اتونومی، کادر پزشکی نمی‌توانند بدون رضایت آگاهانه بیمار یا قیم او، جز در موارد نادر اورژانس اقدامی انجام دهند.

اتونومی ممکن است در مواردی با تصمیم صحیح اخلاقی متفاوت یا در تضاد باشد لذا اگر یک تصمیم کاملاً با اتونومی فرد سازگار باشد نباید در جهت اصلاح یا تغییر مناسب آن عمل دیگری انجام داد. تصمیم مبتنی بر اتونومی فرد توجهی به

درست یا نادرست بودن آن عمل از دیدگاه علمی یا سایرین ندارد (شوارتز، پرس، هندری، ۲۰۰۲، ص ۱۳۴-۱۵۵ و گارت، بایلی، گارت، ۱۹۹۳، ۲۸-۵۳ و دپین درد، آکا چیندر، ۱۹۹۰). صرف توجه به اختیار بیمار در مواردی حتی با منافع خود بیمار نیز در تعارض خواهد بود، از سوی دیگر ممکن است با آموزه‌های دینی در تناقض باشد، آنچه مسلم است اسلام احترام به نظر فرد و در نظر گرفتن اختیار او را لازم می‌داند اما تا جایی که به ضرر خود فرد، جامعه و سایرین نباشد. آنچه اهمیت دارد و جای سؤال است اینست که: آیا به صرف اتونومی می‌توان با اتانازی موافقت نمود؟

ب و ج- سودمندی و عدم زیانباری

براساس این دو اصل ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی بایستی کارهای مفیدی و در جهت کمک به بیمار را انجام دهند نه کارهایی را که به بیمار آسیب یا ضرر می‌زند (شوارتز، پرس، هندری، ۲۰۰۲، ص ۱۳۴-۱۵۵). سودمند بودن کاملاً با سنت معالجه، کمک کردن و شفادهی مرتبط است، این مفاهیم بیمارمحور می‌باشند (استون، ۲۰۰۲، ص ۳۱-۹۰). اخلاق پزشکی بر مبنای اسلام نیز توجه ویژه‌ای به ارائه خدمات با توجه به سودمندی و عدم زیان‌رسانی به بیمار را دارد، اما سودمندی مورد توجه اسلام، مشمول انسان در تمامی ابعاد جسمی و وحی و معنوی می‌باشد و صرفاً جسم مادی بیمار را مورد توجه قرار نمی‌دهد تا از سودرسانی به روح انسانی او باز ماند. در واقع یکی از مهم‌ترین چالش‌های نظام اخلاقی دینی با نظام ارزشی سکولار، نحوه‌ی نگرش هریک به انسان، نیازهای او و هدف او از زندگی است. همین امر مسائل بسیاری را در نظام اخلاقی دینی، کاملاً متفاوت با نظام ارزشی اومانیستی مطرح کرده است. برای ارزیابی اخلاقی امور مختلف پزشکی نمی‌توان

به صرف سلامت جسمی و لذت انسان‌ها توجه داشت، بلکه باید برای مجموعه‌ی رشد معنوی و مادی فرد برنامه‌ریزی صورت گیرد (مشکینی، ۱۳۸۳، ص ۱۳).

د- عدالت

چهارمین مبنای اخلاق، عدالت است. عدالت یک تعهد اخلاقی مبتنی بر قضاوت منصفانه بین طرفین رقابت‌کننده می‌باشد (گیلون، ۱۹۹۴، ص ۱۸۸-۱۸۴). برخی متون عدالت را به معنای رفتار یکسان برای همه افراد در تمام موارد ممکن می‌دانند. اما گاهی به معنای رفتار متفاوت اما متناسب با تفاوت‌های موجود به کار می‌رود. برخی فلاسفه معتقدند عدالت به معنای برابری در توزیع است اما بعضی دیگر صرفاً برابری در دسترسی به خدمات را لازم می‌دانند (شوارتز، پرس، هندی، ۲۰۰۲، ص ۱۵۵-۱۳۴ و دپین درد، آکا چیندر، ۱۹۹۰).

دیدگاه دین مبین اسلام در خصوص اصول چهارگانه

از آنجایی که اسلام در موضوعات چهارگانه نظرات جامع و گاه متفاوتی را با فرهنگ غرب دارد. لذا تعیین چارچوبی برای تصمیم‌گیری اخلاقی برای پزشکان مسلمان ضرورت ویژه‌ای دارد. راهکارهایی که می‌توانند به پزشکان مسلمان در تصمیم‌گیری‌های مشکل‌راهگشا باشند بدین شرح است:

۱. اعتقادات و ارزش‌های دینی فرد
۲. قوانین عمومی (فقهی، مدنی و...)
۳. راهنماها و قوانین حرفه‌ای
۴. مبانی فلسفی و چارچوب‌های اخلاقی

هرچند در مجموع اصول چهارگانه مذکور قابل قبول‌اند و نوعاً برای پزشکان در شرایط مختلف در تصمیم‌گیری کمک‌کننده می‌باشند اما در شرایط مشکل‌ناک بر این اصول نمی‌توان راهکاری در مباحث اخلاق پزشکی یافت. اتونومی به‌عنوان اولین اصل در جوامع غیرمذهبی مطرح و در حیطه پزشکی پذیرفته شده است اما سؤالی که اینجا مطرح می‌باشد این است که پزشک باید تصمیم بگیرد چه چیزی برای بیمار مناسب است؟ یا خود بیمار تصمیم‌گیرنده اصلی است؟ در حقیقت اتونومی در مقابل اعتقاد پدرسالاری پزشک مطرح است. البته احترام به اتونومی بیمار این حق را به بیمار نمی‌دهد که عملی مغایر با اخلاق حرفه‌ای را درخواست کند (گیلز، ۱۹۸۳ و جوادی).

اگر اتونومی در فرهنگ اسلام پذیرفته شود بایستی تعاریف و محدوده‌ای متفاوت با آنچه در فرهنگ غرب متداول است از آن ارائه گردد. آنچه در اسلام مورد قبول است نه خودمختاری و خودمحموری و نه آزادی فردی بی‌قید و شرط بلکه اختیار فردی است آن هم با پیش‌شرط‌ها و شرایط خاص خود. اصولاً وجه تمایز انسان با سایر موجودات اختیار اوست. نه تنها بحث اختیار و قدرت انتخاب انسان مورد قبول قرآن می‌باشد بلکه عمل در صورتی نام ارزش به خود می‌گیرد که در کمال آگاهی و آزادی انجام شده باشد (مصباح، ۱۳۶۷، ص ۳۷۴ و سبحانی، ۱۳۷۹، ص ۳۳ و لوی، ۱۹۸۹، ص ۳۱-۳۰). یکی از نکات عمده تعارض دیدگاه‌های فلسفی مختلف، مسئله "وسعت حقوق فرد" است. در اسلام با توجه به آیات قرآن کریم خداوند انسان را دارای بالاترین رتبه و شأن و وسیع‌ترین حوزه حقوقی آفریده و اختیار را به وی تفویض نموده است. در برخی دیدگاه‌های فلسفی به علت عدم توجه به شأن واقعی انسان، شؤونات کوتاه‌مدت او ملاک عمل قرار می‌گیرند و شؤونات درازمدت انسانی قربانی می‌شود، این نکته‌ای است که فلسفه سکولار را از

اسلام متمایز می‌نماید. بر این اساس است که برخی جوامع اجازه اتانازی را جایز می‌دانند ولی در فرهنگ اسلامی انسان دارای روح الهی است و جسمی که نزد او امانت است به صرف خودمختاری مجاز به صدمه زدن به آن نمی‌باشد. مسئله دیگر "حوزه اختیار فرد" است. اختیار هر فرد محدود به فضای حقوقی خود اوست از این رو تعارض یا تقابل با حقوق جامعه و اطرافیان قابل قبول نمی‌باشد. بارزترین شاهد این مسئله "سقط جنین" می‌باشد که اسلام به هیچ وجه این امر را جز در شرایط خاص، با اختیار مادر جایز نمی‌داند. در معیار سودمندی اگر نفع و ضرر صرفاً در منافع مادی باشد تصمیم‌گیری در این حوزه با دیدگاه مذاهب الهی متفاوت و متناقض خواهد بود. بر مبنای مکتب اسلام در پی‌ریزی سعادت انسان، زندگی دنیوی و اخروی هر دو باید در نظر گرفته شود (لوی، ۱۹۸۹، ص ۳۱-۳۰). از سوی دیگر نفع و ضرر، اموری نسبی هستند و این امری است که در برخی موارد تصمیم‌گیری براساس آنها را با مشکل روبرو می‌سازد و لزوم توجه به وحی الهی نمود می‌یابد (مصباح، ۱۳۶۷، ص ۳۷۴).

دیدگاه اسلام در خصوص عدالت بسیار جامع است و دارای گسترده‌ترین مفهوم ارزشی در جامعه انسانی است و الزام عمومی دارد، اساساً عمومیت و فراگیری در مفهوم عدل نهفته و در آن ملحوظ است که می‌تواند برای هر فردی از اعضا یا کل جامعه مطرح شود. موضوع دیگر مجری عدالت می‌باشد که کیست و چه جایگاهی دارد؟ حضرت علی (ع) می‌فرماید: "چگونه در حق دیگران عدالت ورزد آن کسی که به خویش ستم می‌کند." فرد باید از تنگناهای فردی و سلیقه‌ای خویش خارج شده باشد یعنی اولاً معرفتی جامع نسبت به همه مصالح داشته باشد و ثانیاً به واسطه وسعت وجودی، مصالح همه افراد را در نظر بگیرد (لاریجانی، ۱۳۸۲، ص ۱۹-۱۳ و شوارتز، پرس، هندری، ۲۰۰۲، ص ۱۵۵-۱۳۴ و کوشنر، توماسما، ۲۰۰۱، ص ۷۷-۱۸).

چند نمونه از تبیین اخلاق پزشکی

اتانازی

مسئله خاتمه زندگی انسان چه به وسیله خود فرد و چه به واسطه سایرین با ارزش گذاری نسبت به حیات انسان رابطه دارد. بر این اساس جوامع مختلف با توجه به زمینه های مذهبی و فرهنگی به آن پرداخته اند.

اتانازی یا مرگ آسان یکی از مباحث مهم در حیطه اخلاق پزشکی می باشد. طبق تعاریف اتانازی به معنی کوتاه کردن مدت درد و رنج بیمار درمان ناپذیری که براساس دانش پزشکی کنونی امیدی به بهبود وی وجود ندارد به بیانی دیگر کشتن یا قتل بیمار از روی ترحم است (دیباچی، ۱۳۸۱، ص ۲۶۳-۲۳۰). معمولاً برای بررسی و تجزیه و تحلیل اتانازی آن را به دو قسمت فعال و غیرفعال تقسیم می کنند، اتانازی فعال زمانی است که با مداخله پزشک فرد بیمار دارای درد و رنج با تزریق داروی مرگ آور از بین می رود، در این نوع اتانازی علت مستقیم و عمدی مرگ بیمار فردی است که این عمل را انجام می دهد، در این جا بیماری باعث مرگ بیمار نشده بلکه مرگ را کس دیگری ایجاد نموده است. نوع دوم اتانازی غیرفعال است که به طور عام زمانی به کار می رود که پزشک در امر درمان یک فرد مداخله نمی نماید و هیچ گونه اقدامی جهت درمان وی انجام نمی دهد تا مرحله نهایی را طی کند و بمیرد، یا بیماری را که مرگ او قطعی است و با دستگاه و دارو زنده نگه داشته شده، از این دارو و امکانات و تجهیزات محروم می نمایند تا بمیرد. این که اتانازی فعال باشد یا غیرفعال و با تصمیم چه کسی انجام شود مهم است، اما موضوع دیگر اینست که اگر بیمار صلاحیت تصمیم گیری را داشته باشد و خود در مورد مرگ خود تصمیم بگیرد اتانازی

داوطلبانه و در صورتی که فرد دیگری تصمیم بگیرد اتانازی غیرداوطلبانه است (اسلامی تبار، ۲۰۰۸).

بحث بیشتر در خصوص اتانازی از موضوع و محدوده این مقاله خارج است، هدف این بود که یکی از موارد اتونومی و اختیار بیمار از دیدگاه اخلاق پزشکی غربی و اسلامی تبیین شود همان‌گونه که پیش از این گذشت اخلاق پزشکی با مبنای سکولار اتانازی را براساس اصل اتونومی حق بیمار می‌داند.

تعریف و تعیین مرگ قطعی، تقدس حیات، احترام به خواست و اتونومی فرد، سودمند بودن و عدم ضرررسانی از مباحث مهم اخلاق پزشکی نوین می‌باشد. چالش‌های سختی در این حوزه وجود دارد که عمدتاً حول موضوعاتی مانند منع درمان، امتناع از تغذیه یا سایر درمان‌ها، توقف خدماتی که حیات بیمار منوط به آنهاست، اتانازی انفعالی یا فعال، دستور عدم احیای بیمار و خودکشی می‌باشد. مسائل اخلاقی بسیاری در خصوص بیمارانی که مراحل انتهایی بیماری را می‌گذرانند و در شرف مرگ هستند وجود دارد. احترام به خواست بیمار در برخی جوامع تا حدی مورد توجه قرار گرفته که به پذیرش اتانازی منجر گردیده است (شوارتز، پرس، هندری، ۲۰۰۲، ص ۱۵۵-۱۳۴). اما در بینش اسلامی آنچه در تصمیم‌گیری صحیح پزشک در خصوص اتانازی مؤثر است علاوه بر ایمان و التزام درونی، اعتقاد مبتنی بر بینش فلسفی شفاف در مورد زندگی، مرگ و حیات پس از مرگ و... است که او را در تحلیل آنچه پیش رو دارد کمک خواهد کرد (کمپل، ژیلت، جونز، ۲۰۰۱، ص ۲۱۵-۲۰۰ و امینی، ۱۳۷۳، ص ۹-۳).

از منابع اسلامی می‌توان چنین نتیجه گرفت که انسان به‌طور تکوینی برتر از بسیاری از موجودات آفریده شده و این ارزش و کرامت تکوینی مختص به فرد خاصی نیست و همه انسان‌ها به‌طور بالقوه از آن برخوردارند، از منظر اسلام این

کرامت مختص به روح انسانی است و جسم به تبع روح از این کرامت برخوردار می‌شود، انسان مخلوق خداوند است نه مخلوق خود، این خداوند است که خالق و مالک است و هموست که می‌میراند و زنده می‌کند. در اسلام کشتن عمدی حتی یک انسان بدون اذن خدا، بسان کشتن همه انسان‌هاست و گناهی نابخشودنی می‌باشد. این اصل قبل از این که حقوقی باشد اخلاقی بوده و خروج از آن نیازمندی دلیل و برهان عقلی و حجت شرعی است، از آنجایی که اتانازی مرگ طبیعی نیست بلکه ایجاد مرگ و به نوعی کشتن انسان است پس مشمول دلایل حکم حرمت و قبح قتل نفس می‌شود. لذا مرگ از روی ترحم علاوه بر این که با کرامت انسانی سازگاری ندارد، صرف داشتن نیت دلسوزانه یا رهایی دادن بیمار از درد و رنج دلیلی کافی نیست. به بیان فلسفی حسن فاعلی به تنهایی برای انجام کار کافی نیست و حسن فعلی نیز لازم است (افضلی، ۱۳۸۹).

در مجموع می‌توان چنین بیان کرد که دو دیدگاه در رابطه با انسان و حیات او وجود دارد که یکی منجر به پذیرش اتانازی و دیگری منکر آن است و آن دو دیدگاه عبارتند از:

الف) کسانی که با دیدگاه اومانستی معتقدند انسان حیوانی تکامل یافته است، مدتی در این جهان زندگی می‌کند و نهایتاً مرگ به سراغش آمده و به کلی نابود می‌شود. با چنین اندیشه‌ای این افراد عمل اتانازی را نه تنها مجاز و جایز بلکه آن را اخلاقی و خیرخواهانه می‌دانند.

ب) افرادی با دیدگاه اسلامی، اعتقاد دارند این جهان فانیت و در پس آن زندگی ابدی وجود دارد و اعمال ماست که سرنوشتمان را تعیین می‌کند اسلام قتل نفس را جز از طریق قصاص و حدود الهی جایز نمی‌داند و کشتن یک انسان را به منزله کشتن همه انسان‌ها می‌داند (دیبایی، ۱۳۸۱، ص ۲۶۳-۲۳۰).

پیوند اعضا

پیوند عضو نیز از مباحثی است که در مباحث اخلاق پزشکی اسلامی توجه ویژه‌ای به آن شده است. آنچه از تزلزل فکری و اخلاقی پزشک جلوگیری کرده و تصمیم‌گیری صحیح اخلاقی را می‌تواند به دنبال داشته باشد، وجود بینش فلسفی متقنی در مورد حیات و ارزش آن است که بتواند در مقابل راه‌های مقابل پیش روی پزشک بهترین و اخلاقی‌ترین راه را به او نشان دهد. مسلماً بینش فلسفی درست از بینش دینی جدا نمی‌باشد.

کمبود عضو پیوندی و راه‌های قابل قبول اخلاقی تأمین اعضای مورد نیاز از مهمترین مباحث این حیطه می‌باشد. موضوعاتی مانند پیوند از دهنده زنده، ارتباط مادی و مالی بین دهنده و گیرنده عضو پیوندی، راهکارهای جدیدی مانند پیوند از حیوانات و همانندسازی درمانی را مطرح نموده است. مشکلات قانونی یا عرفی پیوند از جسد در برخی کشورها، تجارت سودگرایانه و مرگ بسیاری از بیماران در انتظار پیوند مسائلی هستند که لزوم جستجوی راهکارهای قابل پذیرش در جوامع مختلف را ایجاد نموده است برخی کشورها با ایجاد نظام رضایت مفروض راه را برای برداشت عضو از جسد بدون اخذ رضایت قبلی هموار نموده‌اند اما در اکثر کشورهای جهان نظام "رضایت آگاهانه" مورد پذیرش می‌باشد (کمپل، ژیلت، جونز، ۲۰۰۱، ص ۱۴۹-۱۲۹، هو، ۲۰۰۰، ص ۱۸۳۶-۱۸۲۰ و جونز، ۱۹۹۸، ص ۳۶۳۲-۳۶۳۱).

نکته مهمی که در اینجا مطرح می‌گردد، شبه‌ای است که به ذهن درخصوص بیمار با مرگ مغزی و پیوند اعضا و اتانازی ایجاد می‌شود ولی وقتی هدف متعالی نجات انسانی دیگر مطرح می‌شود سیستم اعتقادی مترقی اسلام با اجتهاد پویا پاسخگوی این شبهه می‌گردد. نمونه‌ای از استفتائات علما و مراجع تقلید در این

خصوص (اهدای عضو فردی که مرگ مغزی وی تأیید شده و امکان ادامه حیات وی وجود ندارند) بدین شرح است.

امام خمینی (ره): بر فرض مذکور چنانچه حیات دیگری متوقف بر این باشد با اجازه صاحب قلب یا کبد و امثال آن جایز است.

حضرت آیت ... خامنه‌ای: در فرض سؤال استفاده از اعضای بدن موصوف، در صورتی که نجات نفس محترمه‌ای متوقف بر آن باشد اشکال ندارد (دیباچی، ۱۳۸۱، ص ۲۶۳-۲۳۰).

از مقایسه آنچه گذشت می‌توان در یافت که اسلام در تمامی امور علاوه بر ظاهر فعل، نیت انجام فعل را نیز مورد توجه قرار داده و شاید اتانازی با اهدای عضو از جهتی شبیه به نظر برسد ولی در اهدای عضو هدف فقط پایان یک زندگی نیست بلکه احیای یک یا چند زندگی از آن حاصل می‌شود، از آنجایی که در کلام وحی این قبیل موضوعات اشاره نشده اجتهاد مترقی اسلام و علمای اسلامی با نظرات خود این مسئله را از نظر اخلاقی تبیین نموده‌اند.

نتیجه

از دیدگاه کلی اصول چهارگانه اخلاق پزشکی مورد قبول می‌باشد، ولی از آنجایی که اخلاق پزشکی اسلامی با اخلاق سکولار تفاوت‌هایی ریشه‌ای دارد، علاوه بر این که مصادیق آن را متمایز است اصول علمی و فلسفی آن نیز متفاوت می‌باشد. اخلاق اسلامی علاوه بر پذیرش اصول اتونومی سوردسانی و عدم زیانباری و عدالت اصول اولیه کرامت انسانی، حسن فاعلی علاوه بر حسن فعلی و... را نیز مدنظر قرار داده و همه امور را با توجه به دستورات وحیانی و نظرات اجتهادی علما تبیین می‌نماید. برای تدوین اخلاق پزشکی اسلامی - ایرانی ملاحظات خاص و اساسی باید در نظر گرفته شود تا روح اسلامی آن حفظ گردد. اسلام برای جاری ساختن اخلاق صرفاً به توصیه‌های نصیحت‌گونه اکتفا نمی‌کند و نظامی جزایی برای تحقق حقوق انسان‌ها و تخلق آنها به اخلاق الهی در نظر گرفته است که در نظام جزایی اسلام بدان توجه شده است.

پیشرفت بشری، وسعت روزافزونی را در حیطه اخلاق پزشکی ایجاد نموده، لذا لازم است قدم‌های اساسی جهت تبیین موضوعات صورت گیرد. ادیان و مذاهب، روح مکاتب اخلاقی هستند که می‌توانند نقش بی بدیلی در رفع معضلات اخلاقی در حیطه‌های مختلف ایفا نمایند. وجود منابع غنی اسلامی فرهنگی می‌تواند ره‌توشه‌ی گرانقدری برای پژوهشگران کشور باشد تا در آینده نه چندان دور شاهد گشودن باب ارائه نظریات جدید کاربردی مرتبط با شرایط فرهنگی اجتماعی کشورمان در مقابل اخلاق پزشکی مبتنی بر فرهنگ غرب باشیم.

مسئله آنچه از تزلزل فکری و اخلاقی پزشک جلوگیری کرده و تصمیم‌گیری صحیح اخلاقی را می‌تواند به دنبال داشته باشد، وجود بینش فلسفی متقنی در مورد حیات و ارزش آن است که بتواند در مقابل راه‌های متعدد پیش روی پزشک

بهترین و اخلاقی‌ترین راه را به او نشان دهد. بدیهی است که بینش فلسفی صحیح از بینش دینی جدا نمی‌باشد.

از سوی دیگر با توجه به فرهنگ غنی اسلامی و تفاوت‌های فلسفه و اخلاق اسلامی با فلسفه و اخلاق غربی، ضرورت توجه سریع‌تر مجامع اسلامی به این موضوع به منظور جلوگیری از نفوذ فرهنگ غرب در کشورهای اسلامی احساس می‌شود. تعامل پزشکان با فقها، حکما، فلاسفه، اخلاقیون و اندیشمندان علوم مرتبط در این حوزه امری است که می‌تواند در پایه‌گذاری اصولی یک نظام اخلاق پزشکی و تعیین چارچوب‌های تصمیم‌گیری اخلاقی در طب ارزشمند و تأثیرگذار باشد. آنچه از اندیشمندان علوم مختلف از فلاسفه تا صاحب‌نظران علوم پزشکی انتظار می‌رود در دو جنبه بیان می‌گردد: الف) بیان شفاف و تدوین مناسب مفاهیم فلسفه اخلاق در علوم پزشکی، ب) تبیین چارچوب اخلاقی برای تصمیم‌گیری پزشکان در موارد مشکل و تعریف حدود و کاربردهای آن و این دو میسر نمی‌شود مگر با تعامل و همفکری اساتید حوزه و دانشگاه.

فهرست منابع

- اخلاق پزشکی به انضمام مختصری از تاریخ پزشکی، چاپ اول، معاونت فرهنگی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۰.
- الطوسی ن. کشف المراد فی شرح تجرید الاعتقاد. قم انتشارات شکوری؛ ۱۳۶۷، ص ۳۲۷.
- امینی ا. یوتانازی یا مرگ از روی ترجم، مجموعه مقالات اخلاق پزشکی: مسائل مستحدثه. تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی، چاپ سروش؛ ۱۳۷۳؛ ۳-۹.
- آیت‌اللهی حمید رضا. تأثیر بستر دینی در پیشرفت علم. مجله ی پژوهش‌های فلسفی کلامی؛ ۱۳۸۳؛ شماره ی ۱، ص ۶۵-۷۵.
- آیت‌اللهی ح ر، مدلی برای ساختار اصلی اخلاق پزشکی اسلامی. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، ۱۳۸۸؛ ۹-۱.
- جوادی آملی ح. حق و تکلیف در اسلام. قم: مرکز نشر اسراء؛ ۱۳۸۴، ص ۸۹-۲۸۵.
- جوادی م. چشم‌اندازی به اخلاق در قرآن. نقد و نظر، شماره ۱۳. آدرس اینترنتی:
<http://www.balagh.net/persian/akhlaq/falsafeh/o2/20.htm>
- دیبايي ا. چکیده اخلاق و قوانین پزشکی، قم نشر معارف اسلامیک؛ چاپ اول ۱۳۸۱؛ ۲۳۰-۲۶۳.
- ریچلر ج. فلسفه اخلاق. ترجمه آرش اخگری. تهران انتشارات حکمت؛ ۱۳۸۷، ص ۵-۷۴.
- سادات محمد علی. اخلاق اسلامی، چاپ پنجم، ۱۳۶۷.
- سبحانی جعفر. مدخل مسائل جدید در علم کلام، قم: موسسه‌ی امام صادق؛ ۱۳۷۹، ص ۴-۱۹۲.
- سبحانی جعفر. حسن و قبح عقلی یا پایه‌های اخلاق جاویدان. قم: موسسه امام صادق؛ ۱۳۸۲، ص ۳۲.
- سبحانی جعفر. ملاک فعل اخلاقی و ویژگی‌های اخلاق در اسلام، فصلنامه کلام اسلامی، شماره ۳؛ ۱۳۷۹، ۳۳.
- فروغی، محمد تقی. سیر حکمت در اروپا. تهران: نشر صفی‌علی‌شاه؛ ۱۳۷۷.
- کلینی، محمد بن یعقوب، اصول کافی، کتاب التوحید. باب الجبر و القدر و النربین الامرین، ترجمه انصاریان، قم؛ ۱۳۸۲.
- مصباح یزدی، محمد تقی. دروس فلسفه اخلاق، تهران: انتشارات اطلاعات؛ ۱۳۷۷.
- مصباح یزدی، محمد تقی. فلسفه اخلاق، موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی(ره)، چاپ دوازدهم، قم؛ ۱۳۸۲، ۱۲۶-۱۲۸.
- مصباح یزدی، محمد تقی. فلسفه اخلاق، تهران: نشر بین الملل، ۱۳۸۱، ۱۷-۲۳.
- مصباح یزدی، محمد تقی. بنیاد اخلاق، موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی(ره)، ۱۳۸۴؛ ۲۸۰-۲۷۵.
- مطهری، مرتضی. عدل الهی. تهران: انتشارات صدرا، ۱۳۸۲؛ ۹-۲۴.

- مجله نقد و نظر، زمستان و بهار ۱۳۷۶-۱۳۷۷، سال چهارم شماره اول و دوم.
- معارفی، غلامرضا. بررسی مبانی اخلاق پزشکی در اندیشه شیعی با تکیه بر آیات قرآن کریم و احادیث نهج البلاغه. دانشور پزشکی، دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد. سال ۱۶. شماره ۸۳، ۱۳۸۸.
- لارنس س بکر، مری بکر. تاریخ فلسفه اخلاق غرب، ترجمه گروهی از مترجمان. موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی(ره)، قم: ۱۳۷۸، ۱۰۰-۱۰۶.
- لاریجانی باقر. پزشک و ملاحظات اخلاقی. جلد اول: جلد اول: مروری بر مبانی اخلاق پزشکی. چاپ اول، تهران: نشر برای فردا، ۱۳۸۲؛ ۱۳-۱۹.
- لاریجانی باقر، زاهدی فریبا. طب و اخلاق پزشکی نوین. ویژه نامه دوره ۴، مجله دیابت و لیپید ایران (اخلاق در پژوهش‌های بالینی پزشکی)، ۱۳۸۵: ۱-۱۱.
- ماوردس ج. دین و غرابت اخلاق. ترجمه رضا اکبری. قبسات (پژوهشنامه فصلنامه در حوزه‌ی فلسفه، دین و فرهنگ)، سال چهارم، شماره سوم، ۱۳۸۷.
- مشکینی ع. درس‌هایی از اخلاق. ترجمه ی حسین استاد ولی، قم: انتشارات الهدی، ۱۳۸۳: ص ۱۳.
- مصباح محمد تقی. معارف قرآن، چاپ اول، قم: انتشارات در راه حق، ۱۳۶۷؛ ۳۷۴.
- نجفی، محمد حسن. جواهر الکلام، چاپ ۳، نجف: دارالکتب الاسلامیه، ۱۳۸۲؛ جلد ۲۱، ۲۸۳.
- Afzali Mohammad Ali. Human Dignity and Euthanasia in Islamic Ethics. J Mazand Univ Med Sci 2010; 20(78): 83-95 (Persian).
- Aksoy S, Elmai A. The core concepts of the “four principles” of bioethics as found in Islamic tradition. Med Law 2002; 21(2): 211-24.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical First ed. Oxford: Oxford: University Press, 1983.
- Campbell A, Gillett G, Jones G. Medical ethics: ending human lives. UK: Oxford University press. 2001: 200-215.
- Campbell A, Gillett G, Jones G. Medical ethics: Organ and tissue transplanation. UK: Oxford University press. 2001: 129-149.
- Dependerd W, Ikeda-chandler W. Clinical ethics: an invitation to healing professional. First ed. New York: Praeger, 1990.
- Drapopoulou S. Ethics and values in health care management. First ed. London: Routledge, 1998.
- Downie R, Calman K. Healthy respect. 2nd ed. Oxford. Oxford University press, 1994.
- Fisher J, Dowden B. the internet encycl lia of philosophy: ethics. [http://www.utm.edu/research/iepl\(updated March2003\)](http://www.utm.edu/research/iepl(updated March2003)).
- Garrett TM, Baillie HW, Garrett RM. Health care ethics: principles and problems. 2nd ed. New Jersey: Prentice Hall, second Edition, 1993: 28-53.
- Giles JE. Medical ethics: A patient- centered approach. First ed. Routledge: Schenkman Book, Inc, 1983.

- Gillon R. Medical ethics: Four principles pre attention to scope. *BMJ* 1994; 309; 184-188.
- Hemati A, Parsapur A. Neveshtari piramoon Euthanasia. 1 ed. Tehran: Iranian Center for Research of Medical Ethics and History (Persian).
- Hou S. Expanding the kidney donor pool: ethical and medical consideration. *Kidney International* 2000; 58: 1820-36.
- Islamitabar Sh, Ilahimanesh M.R. Qatl Tarrahom Amiz, (Euthanasia). 1 ed. Tehran: Majd, 2008(Persian).
- Jones AR. Ethical issues in organ transplantation in Singapore. *Transplant proc* 1998; 30: 3631-2.
- Kushner Th.K, Thomasma DC. Ward Ethics: dilemmas medical students and doctors in training. First ed.UK: Cambridge University press, 2001: p.18-77.
- Loewy EH. Textbook of medical ethics. First edition, New York: Plenum Medical Book Company. 1989; 30-31.
- Lawrence C. Becker [Applied Ethics] in encyclopedia of Ethics 'ed 1, V.1', p.80-84
- Stone J. An ethical framework for complementary and alternative therapies. London: Routledge, 2002: p.31-90.
- Schwartz L, Preece PE, Hendry RA. Medical ethics: a case-based approach. Edinburgh: Saunders, 2002: 134-155.
- Vojcic J. Muted Consent. Translated by Baligh N. 1 ed. Tehran: Iranian Center for Research of Medical Ethics and History, p137-141 (Persian).

یادداشت شناسه مؤلفان

فاطمه سفیدی: کارشناس ارشد روانسنجی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده دندانپزشکی

نشانی الکترونیک: fateme_sefidi@yahoo.com

محمد مهدی بندرچی: کارشناس ارشد مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین

معصومه صیدی: دانشگاه علوم پزشکی همدان، عضو هیئت علمی مرکز مطالعات و آموزش علوم پزشکی و دانشجوی ارشد مجازی آداب و اخلاق پزشکی علوم حدیث (نویسنده مسئول)

نشانی الکترونیک: m.seidi@umsha.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۸/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۳۰