

# الأخلاق الطبية

د/ أحمد الشريف

٢٠١١م

دار الكتب العلمية

# الأخلاق الطبية

الدكتور أحمد الشريف

طبعة جديدة مزيدة ومنقحة

يناير ٢٠١١م

## محفوظة جميع الحقوق

للمؤلف فلا يجوز اقتباس جزء من هذا  
الكتاب أو إعادة طبعه بأي شكل من الأشكال دون موافقة  
كتابية مسبقة من المؤلف إلا في حالة الاقتباس المختصر  
المتعارف عليه أكاديمياً مع وجوب ذكر المصدر.

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

الطبعة الثانية

٢٠١١ م

دار الكاتب اليمنية

تعز - الجمهورية اليمنية

تلفون / ٢٤٠٩١٤ - سيار / ٧٧٧١٦٢٨٧٧



## فهرس الكتاب

ج	فهرس الكتاب
١	مقدمة الطبعة الأولى
٢	مقدمة الطبعة الثانية
٤	تمهيد تاريخي
٦	الأخلاق وعلم الأخلاق والقانون
٨	تنوع الأخلاقيات الحيوية الطبية
١٠	مواثيق الأخلاق الحيوية الطبية وديساتير آداب وسلوكيات المهنة
١٢	الاستقلال المهني الطبي
١٩	<b>الباب الأول القواعد والمبادئ والنظريات الأخلاقية</b>
٢٢	النظريات الأخلاقية Moral Theories
٢٠	القواعد الأخلاقية والواجبات (Moral Rules & Duties)
٢٢	الحقوق Rights
٢٧	نظرية للمبادئ الأخلاقية الأربعة Theory of the Four Principles
٥٢	الأخلاقيات القائمة على الفضائل والمثل
٥٥	<b>الباب الثاني الموافقة المستنيرة</b>
٥٧	أنواع الموافقة المستنيرة
٥٨	الموافقة المستنيرة من الوجهة الأخلاقية
٥٨	الموافقة المستنيرة من الناحية القانونية
٥٨	الموافقة المستنيرة في الشريعة الإسلامية
٥٩	الجوانب العملية للموافقة المستنيرة
٦٠	العناصر المكونة للموافقة المستنيرة
٧٧	<b>الباب الثالث العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض</b>
٧٩	بدء وانتهاء العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض
٨٠	الواجبات الطبية المهنية
٨٠	قاعدة الصدق وقول الحقيقة Rule of Veracity & Truth telling
٨٥	صيانة السر والخصوصية Confidentiality & Privacy
٩٢	قاعدة الأمانة Rule of Fidelity
٩٢	أنواع العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض
٩٥	الأبوية Paternalism
٩٩	<b>لباب الرابع المسؤولية الطبية والأخطاء الطبية والأجور الطبية</b>
١٠١	المسؤولية الطبية Medical Responsibility
١٠٢	الأخطاء الطبية Medical Errors
١٠٦	سوء الممارسة المهنية Medical Malpractice
١٠٧	التقصير الطبي Medical Negligence
١١٠	الأجور الطبية
١١٣	<b>باب الخامس المشاكل الأخلاقية في قضايا التناسل الإنساني</b>
١١٥	الإجهاض Abortion
١١٩	منع الحمل والتعقيم Contraception & Sterilization



١٢٠	تكنولوجيا التناسل وعلاج العقم
١٢٢	الهندسة الوراثية
١٢٤	الاختبارات الوراثية Genetic Testing
١٢٥	<b>الباب السادس مشاكل الموت واقتراب الأجل والاحتضار</b>
١٢٨	الموت الدماغى BRAIN DEATH
١٢٢	غرس الأعضاء Organ Transplantation
١٢٧	الحالة النباتية الدائمة Permanent Vegetative State
١٢٨	الحالة النباتية المستمرة Peristent Vegetative State
١٤٢	الرعاية الطبية عند اقتراب الأجل
١٤٦	القتل الرحيم والمساعدة الطبية على الانتحار
١٥٥	<b>الباب السابع أخلاقيات الأبحاث الطبية</b>
١٥٨	القوانين المنظمة للأبحاث الطبية
١٥٨	التفكير العلمي والآراء والانطباعات
١٦٠	أهداف الأبحاث الطبية
١٦٠	أنواع الأبحاث الطبية التي تشمل الإنسان
١٦١	الأبحاث المضبوطة العشوائية Randomized Controlled Trials
١٦٥	الأبحاث الطبية على الأطفال
١٦٦	الأبحاث الطبية في دول العالم الثالث
١٦٧	الاحتفاظ بسرية المعلومات في الأبحاث الطبية
١٦٧	أجور تحويل المرضى إلى المشاركة في الأبحاث الطبية
١٦٩	<b>الباب الثامن تناقض الواجبات وتعارض المصالح</b>
١٧١	التناقض بين الالتزامات المهنية الأخلاقية للطبيب
١٧١	والالتزامات التعاقدية الأخرى
١٧٤	تعارض المصالح Conflict of Interests
١٧٨	علاقة الطبيب مع شركات الصناعة الدوائية
١٧٩	<b>الملاحق</b>
١٨١	الملحق رقم (١) : قسم أبوقراط
١٨٢	الملحق رقم (٢) : القسم الطبى الإسلامى
١٨٣	الملحق رقم (٣) : إعلان جينيف لاتحاد الأطباء العالمى
١٨٤	الملحق رقم (٤) : إعلان هلسنكى
١٨٧	الملحق رقم (٥) مشروع ميثاق شرف المهنة الطبية
١٩٦	الملحق رقم (٦) ميثاق المثالية للمهنة الطبية
٢٠١	المراجع العربية
٢٠٣	المراجع الأجنبية
٢١٤	كتب أخرى للمؤلف

## 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 واضحا 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 أبوقرط 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 الملزمة 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 مجالا 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 يلانم 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 مقارنة الموضوع ولو من ناحية المبادئ العامة لعلنا بذلك نلقي حجراً في الماء الرائد على أمل أن 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، وبطريقة لا تشرح الأسباب والبررات 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 والتعارضة وربما المتناقضة في كثير من الأحيان.

وفي جميع الأحوال يستطيع الطبيب أن يكون قادراً 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 القصر ،،،

د. أحمد الشريف

٢٣ يوليو ٢٠٠١م

عز



## مقدمة الطبعة الثانية

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

وكان من بين تطلعاتي خلال الفترة السابقة أن أعيد كتابة الموضوع بأكمله وأن أتفادى الأجزاء الفلسفية وأن أجعله مرتكزاً على القواعد الإكلينيكية العملية ، وأخلص الطبعة الأولى من بعض الأجزاء التي لم أكن راضياً عنها ، ولكن الأمور تدافعت بحيث لم أتمكن من إنجاز ما كنت أطمح إليه ، ورأيت كحل وسط أن أدفع 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 والحفوظة 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 ، وتقرررت 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 رقبيا 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 وأداب 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 والعملية لأصول الفلسفة الأخلاقية التي وصلت إلى ذروتها في عهد حكيم الصين الأعظم كونفوشيوس في القرن السادس ق . م (ولد سنة 551 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 فاهمل مصالحه الذاتية ، وعاش حياة بسيطة نذرنا لنشر المبادئ الأخلاقية وتعليم الشباب .

فالفصيلة لدى سقراط هي أئمن 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<sup>(1)</sup>

وأضافت بعد ذلك الديانات السماوية الثلاث اليهودية والمسيحية والإسلام الكثير من النقل إلى مبادئ الأخلاق السامية لأنها أقامت 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 (1) في آخر الكتاب .



## الأخلاق وعلم الأخلاق والقانون

يلزم أولاً 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 للعاصرة 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 كثيراً 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 العاصرة، فإذا استند القانون إلى أساس أخلاقي صحيح يصبح قانوناً ينال درجة من الاحترام ويصبح الالتزام به واجباً على جميع الأفراد إلا إذا أمكن مناقشته بناء على قواعد أخلاقية مختلفة فيمكن في مثل هذه الحالة تعديله أو تغييره إذا نالت للبررات القبول والموافقة.

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

ولذلك فإننا نجد دائماً أن الجدل والصراع داخل تلك المجتمعات لا يتوقف من أجل تغيير القوانين التي لم تعد ملائمة للتغيرات الاجتماعية والثقافية ويتركز الجدل والنقاش دائماً 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 أساساً متيناً 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 قاصراً عن الوفاء بالمتطلبات الطبية الأخلاقية، أو أنها قد تكون خاطئة ومخالفة لقيم الطبيب ومبادئه الأخلاقية.

وبصورة عامة فإن على الطبيب أن يطبع قوانين البلاد التي يعمل فيها، وأن يسعى مع زملاء المهنة إلى تغيير القوانين التي تخالف المبادئ الأخلاقية أو لا تفي بمتطلباتها، أو لا تتواءم 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 تبنى وضع التشريعات الجديدة متينة وراسخة لكي تنال القوانين القائمة عليها درجة عالية من القبول الاجتماعي والاحترام العام الذي يوجب على الفرد الالتزام بها وطاقاتها.

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 تركز على القوانين الأخلاقية الصحيحة . وإذا اختار الطبيب في مثل هذه المواقف إتباع ما يمليه عليه ضميره . فإن عليه بعد ذلك أن يكون مستعداً لتحمل النتائج والعواقب التي أملت عليه متابعة ما يقرضه عليه ضميره الأخلاقي حتى وإن كان مخالفاً للقانون.

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

وفي المجتمعات الإسلامية فإن أغلبية القوانين الوضعية تستند إلى الشريعة الإسلامية أو بتوخي 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 أيضاً 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 الأفاق 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 أخيراً التأكيد على قضية مهمة وهي أن القيم والمبادئ الأخلاقية الخاصة للطبيب ليست مطلقة، ويجب عليه ألا يعتبرها كذلك، أو يعتقد أنها تحتل مقام الأولوية على القيم الأخلاقية الخاصة بالمريض، وعليه ألا 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 ألا يصدر أي أحكام قيمية سلبية على المريض بسبب معتقداته الخاصة أو عاداته السلوكية كالإدمان على المشروبات الروحية أو 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 سابقاً ان النظريات الأخلاقية المتنوعة أفرزت نظريات أخلاقية حيوية طبية مختلفة في المجتمعات المختلفة وفي الأزمنة المختلفة على مر التاريخ .

وبالرغم من اختلاف الأسس النظرية والنظريات 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 عالمياً 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 تجاوزت 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 الرهان 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 ، أو مجرد مواثيق وديانات أخلاقية متفق عليها - بالرغم من أنها قد تتضمن هذه المواثيق - ولكنها تمثل مواضيع جوهرية تتعلق بتعامل المهنة الطبية والمهن الأخرى المرتبطة بها مع المرضى والمجتمع في ضوء مبادئ وقواعد أخلاقية تتال قبولاً عاماً 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 أيضاً 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 بأفاقٍ من حرية الرأي لا تحددها حدود ، وهي تجد في كل يوم حلولاً أخلاقية مبتكرة لكل جديد .

و على النقيض فإن المجتمعات المتخلفة لا تتخلف علمياً وتكنولوجياً فحسب ، ولكنها تتخلف في كل المجالات أيضاً، فنجد أن 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 (أطفال 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 أهمها تأثير العائلة الممتدة على حياة الأفراد، والترابط الأسري العميق، والاحترام والتبجيل للمسنين والشيوخ، والتكافل الأسري في تقديم الدعم المالي والعنوي للمرضى، ورعاية العاجزين من أفراد الأسرة والاهتمام بهم.

ولذلك فإن تأثير الأسرة على اتخاذ القرار الطبي للمريض يقوم بالدور الأكبر ويتولاه خاصة الذكور الأكبر سناً ومقاماً 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 حدث 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 الطبية ودساتير آداب وسلوكيات المهنة

اعتادت المهنة الطبية منذ أقدم العصور على إنشاء دساتير أو مواثيق تتضمن القواعد الطبية التي يقررها أعضاء المهنة الطبية بأنفسهم كما يرونها من وجهة نظرهم وبما يحقق مصلحة المريض والمجتمع والمهنة الطبية ذاتها، ولعل قسم أبوقراط<sup>(١)</sup> 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 أساساً والمهن الأخرى المرتبطة بها كالتمريض والصيدلة وغيرها.

وفي بلادنا وضعت نقابة الأطباء والصيادلة اليمنيين "ميثاق شرف المهنة الطبية"<sup>(٢)</sup> 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"<sup>(٣)</sup> الصادر عام ١٩٤٨م، والذي يعتبر في جوهره صورة عصرية ومجددة من "قسم أبوقراط"، وكذلك "إعلان هلسنكي"<sup>(٤)</sup> عام ١٩٦٤م الخاص بتنظيم الأبحاث الطبية، و"إعلان طوكيو"<sup>(٥)</sup> ١٩٧٥م الخاص بمنع التعذيب وغيرها من المعاملات القاسية والمهذرة للكرامة الإنسانية، و"إعلان لشبونة"<sup>(٦)</sup> ١٩٨١م الخاص بإقرار حقوق المريض في اختيار الرعاية الطبية الملانمة.

ونلاحظ أن القواعد والمبادئ التي تتضمنها هذه المواثيق تكون مبسطة 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 شعوراً 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.

(١) الملحق رقم (١).

(٢) الملحق رقم (٥).

(٣) الملحق رقم (٢).

(٤) الملحق رقم (١).



وأخيرا يجب علينا التمييز بين هذه المواثيق الأخلاقية الطبية التي يقرها أعضاء المهنة الطبية المختلفة وبين نوعين من القوانين والإجراءات المنظمة والحددة 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 أي عمل آخر أو حرفة بأن المهنة تتضمن إعلاناً عاماً له قوة العهد يلتزم به أعضاء المهنة بواجبات ومسئوليات معينة يقيمونها على أنفسهم 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 وأهدافاً اجتماعية عامة من أجل الصالح العام للأفراد والمجتمع .

وقد اكتسبت المهن التقليدية وهي الطب والتعليم والحاماة والقضاء (ورجال الدين في الكنائس المسيحية) مكانة عظيمة خلال العصور ، ومنحت المجتمعات هذه المهن والأعضاء المنتسبين إليها مكانة اجتماعية راقية واحتراماً عظيماً ، 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 وخصوصاً 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 أخلاقية 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 اللازمة 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 ورعايته .
- 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 الكريمة 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 وببذل كل ما في وسعه من أجل تحقيق مصلحة المريض ورعايته 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 تادية 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 دوراً هاماً 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 امرين أساسيين هما ،

( أ ) إرساء معايير الممارسة للمهنة الطبية ،

وتشمل :

- وضع اصول وقواعد الممارسة المهنية التقنية والأخلاقية وتحديد مسؤولياتها 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 الزورين 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 أو 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 وشرعها 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 حقاً 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 الطبية 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 :

( أ ) 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 أجل رسم السياسات الصحية وتحديد الأولويات الطبية التي تحقق أفضل المصالح الصحية للأفراد والمجتمع.

٣) يمكن للمهنة الطبية من القيام بدورها باستقلالية وأمانة في توجيه السياسات الصحية وتحديد أولوياتها بما يتناسب مع ظروف المجتمع وبما يضمن عدالة توزيع الموارد الطبية والمالية وتوجيه ميزانيات الرعاية الصحية بما يكفل أكبر قدر من الخير لجميع أفراد المجتمع وبما يحقق المساواة بين الناطق المختلفة والأولويات الصحية المختلفة .

٤) يمكن المهنة من الدفاع عن المجتمع والأفراد من أية ممارسات أو قوانين أو أنشطة تقوم بها الدولة أو الشركات الصناعية والتي قد تهدد صحة الناس أو 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 أداء دور هام في إرساء قيم وقواعد المجتمع المدني وجعلها تقوم بدورها المستقل بأمانة وشرف كضمانة للمجتمع يحمي قيمه وأخلاقياته من أي ممارسات سواء كانت حزبية أو دينية أو طبقية أو عرقية أو غير ذلك وخصوصاً 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 النفسانيين 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 لاستقلال المهني الطبي :

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

وتتعرض المهنة 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 أعمالهم بتقديم هذه الخدمات .

٢) الاهتمام بالمصالح المالية للأطباء وتقديمها على مصالح المرضى .

٢) الفضل في التنظيم الذاتي بحيث أصبحت المنظمات المهنية تستخدم لحماية الأعضاء المخالفين للقواعد الأخلاقية أو الذين يتصرفون بنقص أو العدم الكفاءة المهنية .

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

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

٦) إصراف 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 الإلام الجيد بهذه المسائل المالية والإدارية والتعامل الفعال معها بما يحقق تناسب التكلفة المالية مقابل الفعالية ولذلك فإن هذه الأمور يجب أن يتولى توجيهاً وإدارتها المتخصصون في مجال المال والاقتصاد والإدارة .

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

وتحاول جهات عديدة مثل الدولة بأجهزتها المسنولة 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 كثيراً ما ينظر إليها على قدم المساواة مع أي عمل تجاري مربح آخر .

ولكن واجب الإنصاف يقتضي بنا القول أن المهنة الطبية ليست باية حال هي المسنولة عن هذه الأوضاع لأنها ليست إلا جزءاً من النظام السياسي الاقتصادي الاجتماعي القائم الذي يعطي من حرية التجارة ورأس المال والمنافسة واقتصاد السوق وتغليب قيم الاستهلاك المادي على كل ما عداها ومنها تحويل الطب نفسه إلى سلعة تشتري 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 ريبالاته أو دولاراته .



وإذا أردنا أن نحمل أنفسنا جزءاً من المسؤولية عن هذه الأوضاع فربما يكون الخطأ الذي وقعت  
الهيئة فيه أنها لم تقم بما هو متوقع منها في معارضة هذه التوجهات وتنبيه المجتمعات إلى أخطارها في  
وقت مبكر ، بل قامت بإداء دور الشريك الصامت أحياناً أو المرحب أو حتى المتحمس في أحيان أخرى  
للنظام السياسي الاقتصادي الاجتماعي في إقامة هذه الأوضاع الضاللة 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 الهيئة الطبية في جميع الدول بتكوين الجمعيات والمنظمات المهنية والنقابات التي تقوم بالدور  
الرئيسي في تحقيق أهداف الهيئة الطبية والوفاء بواجباتها والتزاماتها المعلنة نحو الأفراد والجموع  
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 العاصرة على الأهمية القصوى  
للاستقلال المهني الطبي وضرورته البالغة لتمكين الطبيب والمهنة من الوفاء بالتزاماتها 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 والجموع 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 والحفاظة  
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 وخصوصاً 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 مسؤولة وأمينة يمكن الاعتماد عليها من أجل تقييم شريف وموضوعي للأمر المتعلقة بالممارسة الطبية ورعاية وعلاج المرضى .

كما أكد الإعلان على أهمية الاستقلال المهني لتمكين الأطباء من القيام بواجب الوكالة عن المرضى كأفراد ومجموعات وطبقات في مطالبة الجهات المسؤولة 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 وطلعت عوامل الاقتصاد وحرية رأس المال وشركات التأمين على الرعاية الطبية وأحدثت تغييرات في الأنظمة الإدارية للنظام الصحي في كثير من البلدان بشكل يؤثر تأثيراً عظيماً على الرعاية الطبية وعلى العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض ، وقد أدى ذلك إلى تدهور قيم المثالية المهنية وخاصة إعطاء الأولوية في الاهتمام لمصلحة المريض الصحية ورفاهيته .

وأصبحت ظروف واحوال الممارسة المهنية في معظم البلدان تدفع الأطباء إلى التخلي عن الالتزام الأول والاساسي 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 وبدات 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 المهم 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 ، والجلس الأمريكي للطب الباطني ، والاتحاد الأوروبي للأطباء ، قد شكلت هيئة خاصة لتحديد مفاهيم المثالية المهنية الطبية ونشرها على المستوى العالمي لكي تصبح فيما 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 .

# الأسباب الأولى القواعد والمبادئ والنظريات الأخلاقية

" الحضارة ليست إلا توازناً بين الغرائز والقيود  
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 ننظم  
القيود بحيث تحمي الحضارة ولا توهن الحياة." "

ويل ديورانت



## القواعد والمبادئ والنظريات الأخلاقية

### RULES , PRINCIPLES AND MORAL THEORIES

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



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 والقرضية 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 وتجريدية وتقرر أن فعلاً معيناً يجب اتباعه لأنه صحيح ، مثل " قول الصدق " ، أو " الوفاء بالوعد " ، أو " عمل الخير " ، أو أن فعلاً آخر يجب أن يجتنب لأنه خطأ مثل : " لا تسرق " ، أو " لا تكذب " ، أو " لا تقتل " .

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

ولذلك فإن مبدأ أخلاقياً واحداً يمكن أن يبرر عدداً من القواعد الأخلاقية ، فعلى سبيل المثال فإن 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 أخلاقية معينة قد تستمد مبرراتها من مبدأين أخلاقيين أو أكثر .

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

ويجب بناء النظريات الأخلاقية على قواعد أخلاقية راسخة مثل قواعد الصدق والأمانة، وقبول الحقيقة، والوفاء بالوعد، وصيانة السر، وعدم قتل النفس الإنسانية، وغيرها، مع الإدراك الكامل لنسبية هذه القواعد وأنها 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 الأبيقراطية 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 وأوجدت كل منها تطبيقاً مشابهاً في المجال الطبي ، وكذلك الأمر في الديانات غير السماوية كالبودية والكونفوشيوسية في الهند والصين .

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

والفلسفات الاشتراكية القائمة على المساواة الاجتماعية أوجدت 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 مثلاً أن مبدأ فعل الخير وتقديم النفع للمريض ومبدأ عدم الإضرار بالمريض مفاهيم أساسية مشتركة في نظريات فلسفية أخلاقية متنوعة ومتناقضة مثل الأبيقراطية الوثنية، واليهودية التلمودية، والمسيحية، والإسلامية والبودية، 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 أي فعل أو سلوك وهل يعتبر صحيحاً 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 بينتام وجون ستيوارت ميل .



والمفهوم الشائع لهذه النظرية هو أن ، " الغاية تبرر الوسيلة " وأن العمل الأخلاقي الصحيح يجب أن ، " يحقق أقصى قدر من المنفعة لأكثر 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 تحده 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 بآية 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 أضرار 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 آثار 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 للنتج .

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 والصدقة 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 برجح جانب المصالح على جانب الأضرار لجميع الأفراد الذين يؤثر عليهم ذلك الفعل.

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

ولكنهم يختلفون فيما إذا كان تطبيق مبدأ النفعة 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 صواباً 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 النفعة الناتجة من الفعل نفسه في الظروف الخاصة التي يحدث فيها.

وهم لا ينكرون أهمية هذه القواعد الأخلاقية ويقولون 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 مثلاً 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 النفعة لأكثر 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 صحيحاً أخلاقياً إذا كان يقع ضمن إطار تلك القاعدة العامة الصحيحة.

ويجب احترام القواعد الأخلاقية لأنها تحقق أعظم النفعة 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 أخلاقيا 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 بالصدق في أحاديثهم بصورة عامة ويفنون 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 نجدتها دائما خليطا 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 الممكنة 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 فيما نفعية متكافئة فإن كلا منهما يعتبر صحيحا ومقبولا 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 " النفعة".

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

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

تتناقض القيم النفعية بشكل حاد مع نظرية الحقوق ولا تقيم أي وزن لحقوق الأفراد المتعددة والتنوع فإذا رأى النفعي مثلا أن الكذب أو الخداع سوف يحقق أعظم " النفعة " 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 المرات 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 " النفعة " .

كثيرا ما تتناقض المواقف النفعية مع مبدأ العدالة وتتجاهل توزيع المنافع والأعباء على الأفراد بما يحقق مبادئ العدالة كالمساواة وكافؤ 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 العضلات 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 النفعة 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) والألام يجب أن يتم تقييمهما معا بجمعهما سوياً ويتحدد السلوك الأخلاقي بأنه ذلك الذي يحقق أكبر قدر من المسرات وأقل قدر من الألام .

والاعتراض التقليدي على مثل هذا الموقف النفعي هو أن توزيع المسرات والألام ليس له أي قيود أو محددات أخلاقية ، وليس هناك أي ضوابط تكفل عدالة توزيع المسرات والألام ، وبالتالي فمن الممكن أن يتمتع بالمسرات أناس ويعاني من الألام آخرون دون أي ضوابط أو محددات أخلاقية .

ولذلك فإن النظريات النفعية كثيراً 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 دائماً أن تكون مصلحة المريض هي الواجب الأول .

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

فلو أن بحثنا طبيباً معيناً 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 يملئ 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 دائماً وأبداً أن ينظر إلى المريض كفرد قائم بذاته ومستقل ، وعليه أن يحترم كينونته وحرية 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 أو 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 مستنداً 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) الحس والبديهة التي تستند إلى أن المبادئ الأخلاقية يمكن أن تدرك بالحس والبديهة اعتماداً 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.

واكثر النظريات الفلسفية الفرضية وضوحا هي فلسفة عمانويل كانط واتباعه .

### النظرية الفرضية لكانط:

إن أهم المبادئ التي تتضمنها نظرية عمانويل 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 مجرد 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 ورفي 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 ذاته 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 كاللذة 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 واجبا غير كامل نحو الآخرين.



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

وعلى المرء أن يختار في حياته المجال الخاص الذي يستطيع فيه أداء الأعمال التي تشارك في تحقيق الخير والسعادة للآخرين بما يتناسب مع قدراته وإمكانياته، ولكن هذا لا يعني بالطبع أن على الإنسان أن 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 إطاراً جامعاً للكثير من المسائل الأخلاقية الحيوية الطبية المعاصرة وفي مقدمتها النظرية التي تعلي من شأن الإنسان وتعامل معه كغاية وتحقق احترام حرية الفرد وكرامته الشخصية.

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

(١) الموافقة المستنيرة للفرد على عدم الخضوع لأي إجراء علاجي أو تشخيصي أو مشاركة في أي 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 - ألا يمارس أي 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 أخلاقياً 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 البررات. وإذا رغب الطبيب في إخفاء الحقيقة عن المريض لكي لا يسبب له القلق والاضطراب النفسي انطلاقاً 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 شأن الإنسان والعقل وتحقيق الاعتقاد السائد الذي ينسجم مع ممارساتنا وقيمنا الأخلاقية وهو أن الغاية لا يمكن أن تبرر الوسيلة أبداً، 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 أو إجباره على القيام بأفعال على غير إرادته أو فرض القيود على حقوقه الفكرية والإعتقادية وحقه في عدم العقاب إن كان بريئاً ... وغير ذلك.

٤) بالرغم من أن النظرية تقدم دليلاً مرشداً 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 وخصوصاً لمنع وقوع الضرر الجسيم على الآخرين إذا تناقض مع أحد الواجبات الكاملة لأنها تعتبر فعل الخير واجباً غير كامل.

### القواعد الأخلاقية والواجبات (Moral Rules & Duties)

تنشأ القواعد الأخلاقية من الأسس النظرية للفلسفات المختلفة ، سواء الغائية (المتعمدة على الغاية) أو الفرضية (المتعمدة على الفرض أو 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 واجباً أخلاقياً أساسياً.

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 واجباً 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 عمانونيل 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 الذي يجب علينا القيام به.



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

وتعتم 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 الشروطة 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 إفشانه 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 يقد دليل على أن القتل ليس خطأ أخلاقيا وأصبح من الممكن تجاوز هذه القاعدة للالتزام بواجب أخلاقي أهم مثل القتل للدفاع عن النفس أو القتل لتحقيق العدل في القصص . 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 آخر فإن القواعد الأخلاقية تعتبر مطلبا أخلاقيا قويا يمكن أن يتم التجاوز عنها لتحقيق مطلب أخلاقي آخر أقوى منها في ظروف خاصة ومحددة .

والمثال السابق يوضح التناقض الذي يمكن أن تقع فيه قاعدة عدم القتل مع تحقيق العدالة في القصص 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 أخطر الزوجة أن "أسبابا طبية" تمنع الأب من الترع بالدم لابنه .

هنا يمكن القول أن الطبيب قد كذب لكي يدفع ضررا عن الأب، أو يمكن أن نبرر الأمر بأن الطبيب قد كذب لكي يحافظ على سر المهنة لأن الأب قد أصبح مريضا لديه، أو حتى يمكن التبرير بأن الطبيب لم يكذب، أو أن الكذبة مبررة أخلاقيا، لأن الالتزام الأول للطبيب هو نحو مريضه وهو الأب وليس عليه أي 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 أن 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 يقشي السر المهني للمريض .

وفي الحالة الأولى قد يبرر الطبيب الأمر بأن واجبه المزم 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 المسؤوليات العائلية للطبيب، أو الاعتقادات الدينية، أو الالتزامات التعليمية، وغيرها من الأمور التي قد تفرض مواقف تتعارض مع القواعد الأخلاقية التي لا تقدم أي وسائل للتعامل معها وحل الإشكاليات الناجمة عن تلك المواقف .

ولكن هذا لا يقلل من أهمية 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 أنها 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 إغائه، ويجب على الطبيب الذي يتجاوز أداء الواجب في ظرف معين حتى ولو كان ذلك بمرور مقبول أن يشعر بالذنب ويقوم بالاعتذار لمن قصر في أداء الواجب نحوهم. فلو أن التزامات الطبيب العائلية أو الشخصية أو التعليمية مثلا قد منعت من القيام بعلاج مريض معين أو التأخر عن مواعده مع مرضاه، أو عدم الوفاء بوعده معين قطعه لأحد مرضاه، فإن تجاوزه للواجب هنا يلزمه بتقديم الاعتذار اللازم .

ولو أن طبيبا أجرى دراسة علمية على مرضى وكانت بروتوكولات البحث تشمل إعطاء بعض المرضى دواء غفلا (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 .

## الحقوق 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 " أصبح موضوعاً ساخناً يشمل العالم كله ويثير اختلافات كبيرة داخل معظم المجتمعات العاصرة وقيماً بينها ، وبالرغم من أن أغلبية المجتمعات العاصرة 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 العلوم " 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 أخلاقياً 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 .

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

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

### الحقوق الإيجابية والحقوق السلبية :

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

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

ولذلك فإن حق المريض في الحصول على إذنه وموافقته قبل القيام بأي إجراء علاجي هو حق سلبى 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 الذات 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 أو من المجتمع أو من الدولة فإن الوفاء بها قد يكون صعبا أو مستحيلا في بعض الأحيان لأن الوفاء بها يتطلب دائما إمكانات 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 محدودا بسبب كثرة أصحاب الحقوق وتنازع الحقوق فيما بينهم مقابل شح الإمكانيات المالية ونسبة 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 أنها 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 أن 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 شخصا 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 وشفائه من المرض تعتمد على التعاون الكامل بين الطبيب والمريض وأن المريض يشارك الطبيب في المسؤولية 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 وأصبحت مفاهيم الأخلاقيات الطبية تنظر إلى المريض كفرد مستقل وصاحب حقوق .

وقد قامت رابطة المستشفيات الأمريكية بإصدار وثيقة "إعلان حقوق المريض" في عام ١٩٧٢ وهي وثيقة هامة في هذا المجال، ويمكن إجمال أهم حقوق المريض التي تنال قبولا واسعا فيما يلي :



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

٢) للمريض الحق في الحصول من طبيبه على كافة المعلومات المتعلقة بتشخيص مرضه ومآله والاختيارات العلاجية الملائمة له، مع بيان النافع 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 واختباره ، 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 للمنولة 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.

## حقوق الإنسان

### 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 ١٩٤٨ م.

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 والراسمالية 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 أم 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 يحتج بالقوانين السائدة في بلاده التي لا تدين تلك الجرائم، أو يدعي أنه كان يطيع أوامر الرؤساء، كما لا تستطيع الدولة أن توفر الحماية لرتكبي 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 اللائمة 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 أن تدرك من جانبها وفيما يختص بها من أمور أن الإعلان العالمي لحقوق الإنسان هو في الواقع العملي تأكيد على ضمان حقوق الإنسان في كل مكان بمتطلبات الصحة العامة الأساسية مثل توفير المياه النقية والغذاء الملئ 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 ١٩٧٩ قام كل من توم بوتشامب وجيمس تشايلدريس بصياغة نظرية خاصة في مجال الأخلاقيات الطبية تعتمد على أربعة مبادئ رئيسية نستطيع من خلالها مقارنة وتحليل وحل مختلف المشاكل والمواقف الأخلاقية الحيوية الطبية.

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

ولا يجب أن يتبادر إلى الأذهان أن المجتمعات المختلفة سوف تتعامل مع هذه المبادئ الأربعة بنفس الأسلوب، أو سوف تطبقها بنفس الدرجة، بل إن اختلاف الفهوم ووافق التطبيق ومجالته 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 :

Principle Of Autonomy	(١) مبدأ الحرية الذاتية
Principle Of Non maleficence	(٢) مبدأ عدم الإضرار
Principle Of Beneficence	(٣) مبدأ فعل الخير
Principle Of Justice	(٤) مبدأ العدالة

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 ان 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 أنه 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 النقل 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 النقل 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 جميعاً نفس الاعتبار والأهمية ، ولذلك فإن من الصعب على المرء أن يقيم أسسنا واضحة للاختيار والترجيح عندما يحدث التناقض بينها في كثير من الأحوال والمواقف .

و لذلك فإن من الممكن الوصول إلى قراراتين 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 تبقى في كونها لا تعتمد على الأهواء والرغبات الشخصية ، ولا تمثل تعسفاً أو التواءاً بالمعيار ، ولكنها تبقى قرارات موضوعية خاضعة للمعايير الأخلاقية .

ولعل من المهم العمل دائماً 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 تبني على محاولة عقاب المرضى على سلوكهم مثل عدم توفير الرعاية الطبية لمرضى بتليف الكبد الكحولي أو لمرضى 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 ثمنًا إذا تساوت فعاليته مع الدواء الأعلى ثمنًا .

- رفود 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:

يهتمنا 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 يليب الاحتياجات المتجددة للناس ، ولا يتعارض بالطبع مع مقاصد الشريعة الإسلامية وأهدافها .

إن 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 أن واحد متذكرين أن مبدأ " تغير الأحكام بتغير الأزمان " مبدأ أصيل 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 مفهومًا واسعًا للحرية ويمكن أن 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 بدنية، وتعرف أحيانًا بتقرير المصير الذاتي (Self Determination) .

ويستطيع الفرد الحر أن يختار قراراته بإرادته وأن يدركها بوعي ثم يكون قادرًا على العمل بها اعتمادًا على إدراكه لقاوده ويكون في ذات الوقت مسئولًا مسؤولة كاملة عن مواقفه الأخلاقية .

وانشا 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 كمنقبيض لحكم الغير أو سيطرة الآخرين .

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

ويمكن أن نجمل مفهوم الحرية الذاتية بأنه 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 أصبح لسيطرة مبدأ الحرية الذاتية على التفكير الأخلاقي الحيوي في الغرب وخصوصًا أمريكا وكندا آثارًا كبيرة على الممارسات الأخلاقية الطبية بحيث يتم دائمًا 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 عنده 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 تطفئ 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 والواعيد السابقة المحددة للمرضى .

(٤) الابتعاد عن الكذب والغش والخداع في العلاقة مع المرضى لأن ذلك يعتبر انتهاكا لحريةهم 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 وتلاءم مع قدراته العقلية ومستوى تفكيره .

والتواصل الجيد مع المريض هو الذي يهيئ للطبيب الفرصة لكي يتعرف على دوائر 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 حريةه 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 لبدا الأبقراط في الشهير :

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

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

" سوف أقدم العلاج لمساعدة المريض وفقا لقدرتي وحكمتي ، ولكنني لن استخدمه لكي اسبب 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 المبادئ 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 المبادئ 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 المبادئ بناء على عناصرهما الأربعة السابقة بحيث يشمل مبدأ عدم الإضرار الجانب السلبي وهو عدم إحداث الضرر فيما يشمل مبدأ فعل الخير العناصر 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 بالملكات 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 أحداث ضرر معين قد يكون مقبولا لكي نمنع ضراعا عظما منه، فعلى سبيل المثال يمكن أن نسبب الألم أو العجز لمريض ببترا 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 لمنع من أحداث الضرر برهائنه وضحاياه.

والعمليات الجراحية المختلفة هي أمثلة يومية قد نتسبب فيها بأحداث 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 بمسئوليته 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 النافع 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 النافع المحتملة ويصبح أي عمل مقبولا إذا أظهرت نتائج المقارنة أن النافع 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 .

والخاطر تعني الأضرار المحتمل حدوثها أثناء وبعد العمل المزمع القيام به ويشمل الأضرار الجسدية والنفسية والإضرار بالمتلكات أو السمعة الاجتماعية.

وحساب المخاطر أو الأضرار يجب أن يشمل أيضا الأضرار التي يمكن أن تحدث على المدى 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 جيدة وإيجابية تحقق تحسنا في صحة المريض ورفاهيته.

ولأ 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.

فأي بلد يريد مثلا إدخال خدمة طبية معينة مثل جراحة القلب أو غرس الكلى يجب أن يشمل تقدير التكاليف والمنافع معاناة المرضى والأمهم وأعدادهم مقابل الأموال اللازمة لعلاجهم وإمكانات توفير تلك الموارد المالية دون الإحجام 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 إغشاء 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 قانونية 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 وضمن حقوق الآخرين.
- (٣) عدالة التوزيع ، وتحاول ضمان تحقيق العدل في توزيع الحقوق وخصوصا الموارد القليلة أو النادرة.

### المساواة :

بالرغم من أن جميع المجتمعات العاصرة 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 أساساً 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 .

والسواوة مفهوم أساسي في قلب العدالة ولكن للسواوة لا تعني مجرد العاملة للتساوية لجميع الناس لأن مثل هذه السواوة قد تكون غير عادلة لأنها قد تؤدي إلى السواوة بين غير المتساوين .

وقد حدد أرسطو مفهوم السواوة 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 ويزيد حول هذه المعايير ليس من الناحية الأخلاقية فحسب ولكن أيضاً من النواحي الفلسفية والدينية والاجتماعية والسياسية ، والهوة بين الجميع لا تزال شاسعة مثلما كانت عليه أيام أرسطو ولعلها سوف تظل كذلك إلى أبد الأبد .

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) السواوة ، لكل حصة متساوية .

(٢) الحاجة ، لكل حسب حاجته .

(٣) الجهد والطاقة ، لكل حسب طاقته (أو جهده) .

(٤) الكفاءة ، لكل حسب كفاءته .

(٥) المشاركة الاجتماعية ، لكل حسب مشاركته الاجتماعية .

وليس هناك ما يمنع من أن نطبق واحداً 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 .

وأغلب المجتمعات المعاصرة تعتمد في سياساتها الاقتصادية العامة وفي توزيع الحاجات الأساسية للمواطنين كالتعليم والرعاية الصحية وتوفير المياه النقية وغيرها على هذه المبادئ وتطبق أحد هذه المبادئ أو 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 أقساط 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) ، أما الوظائف الاجتماعية العليا فتوزع على أساس 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 ألا تتدخل في شؤون الأفراد والمجتمع .

وبناء على ذلك فإن توفير الرعاية الصحية أو الاجتماعية للأفراد الذين لا يستطيعون توفيرها لأنفسهم ليس واجبا على المجتمع أو 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 وحررياتهم .



## 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 تحدد من حرية بعض الأفراد في الملكية الخاصة لكي تكفل تحقيق المساواة بين أفرادها .

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

لذلك فإن على الدولة واجباً أساسياً يتمثل في توفير الاحتياجات الأساسية للإنسان لكي تجعله قادراً على التمتع بحقوقه الأساسية في الحياة والحرية.

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

## ٣) المفهوم الليبرالي للعدالة Liberal Concept

أصبح المفهوم الرأسمالي الليبرالي ينال قبولاً متزايداً خلال النصف الأخير في كثير من الدول الرأسمالية المعاصرة ، وفي كثير من هذه الدول نجد أن التيارات الليبرالية تتناوب في الحكم مع التيارات المحافظة.

وخلالاً 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 واجباً أخلاقياً أساسياً.

ويؤيد الليبراليون وجهة النظر الاشتراكية القائلة بأن عدم توفر الحاجات الأساسية للفرد نتيجة الفقر تشكل عائقاً 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 مثلاً) 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 أخلاقياً 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 وخصوصاً الأفراد الذين في وضع متدنٍ بسبب الفقر أو الجهل أو المرض أو البطالة أو العجز وغيرها من الأسباب.

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

ونستطيع أن نجعل القول أخيراً فنقول أنه في مرحلة الحرب الباردة ، كان هناك إقراراً عاماً بحق الفرد في الرعاية الصحية في معظم المجتمعات الحديثة بمختلف أنظمتها السياسية والاجتماعية ، وأصبحت النظرة السائدة هي أن على المجتمع واجباً أخلاقياً يحتم عليه العمل على توفير الرعاية الصحية لجميع أفراده.

ولكن مستويات الرعاية في الصحة 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 قائماً 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.

واعتقب ذلك انتشار عظيم للنموذج الرأسمالي في تقديم الخدمات الصحية والطبية المختلفة، وتخلت معظم الدول عن التزاماتها نحو أفراد المجتمع، وأقامت أنظمة شديدة الاختلاف فيما بينها تتعدد بقدر عدد الدول نفسها، ولا يجمعها إلا أمر واحد وهو اعتمادها على قيم السوق الرأسمالية وطفانها على جميع مجالات الأنشطة الاجتماعية وخصوصاً في مجال تقديم الخدمات الصحية والطبية.

وأدى طفيان 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 فقراً 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 والآسيوية واللاتينية.

ولم تنج المهنة الطبية من تأثير موجات العولمة وطفيان 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.

وأصبحت 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 ، وحدث صدع كبير في ثقة المرضى والمجتمعات بالمهنة الطبية وقيمها السامية ، كمهنة تعمل على تقديم خدمات ضرورية لصالح الفرد والمجتمع، وأصبح 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 والنقطة بينها وتعرض الاستقلال الطبي المهني للضباب ، 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 زمننا طويلا سوف يمر قبل أن تنحسر هذه الموجة وتنكسر حدتها وتزول تأثيراتها الدمرة 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 والعوقين وخدمات الضمان الاجتماعي..... وغيرها.

ولذلك فإن المفاهيم الاجتماعية والاقتصادية والسياسية السائدة داخل أي 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 مختلفة ولا تفي بعدالة التوزيع التي يفرضها الالتزام الأخلاقي بمبدأ العدالة.

وفي الأخير يجب أن نؤكد على أن تحقيق أي تقدم في ضمان عدالة توزيع الخدمات الصحية والطبية في أي 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 أي 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 أي 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 الملأئم 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 ننشأ مشكلة عدالة توزيع الموارد الصحية والطبية إلا عندما يكون هناك ندرة في الموارد يقابلها تنافس في الاستحقاقات والصالح لعدد كبير من المحتاجين لتلك الخدمات الصحية والطبية.

وينقسم توزيع الموارد الصحية والطبية إلى ثلاثة مستويات:

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

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

٣) التوزيع الأصغر Microallocation وذلك على مستوى الأفراد.

وهذه للمستويات الثلاثة متداخلة ومتراصة فيما يتم توزيعه على المستوى الأول يؤثر على المستويات الأدنى .

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

ويعتمد رقي الخدمات الطبية والصحية في أي 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 أعداد ونوعية الأطباء وغيرهم من المهن ذات العلاقة كالتمريض والصيدلة وتوفر تخصصات طبية المختلفة وكيفية توزيعها على مختلف المناطق .

وهناك أيضا الموارد من الأعضاء البشرية اللازمة لزراعة الأعضاء مثل الكلى والكبد والرئة والقلب والتي لا تتوفر إلا بأعداد 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 أي وزن للاختلاف بين الأفراد إلا إذا كان لذلك الفرد دور واضح ومحدد يجعله مسئولاً عن ذلك الاختلاف سواء بما يضعه في موقف متفوق أو في موقف متدن .

ويمكن أن نقرر من الوجهة الأخلاقية، وهو أمر 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 الواجهة الاجتماعية لا يجب أن يكون لها أي علاقة بالتوزيع العادل للخدمات الطبية، لأن الفرد غير مسئول عن أي من هذه الخصائص، وبالتالي فإن اعتماد أي منها يعتبر انتهاكا لمبدأ العدالة .

أما المبادئ المقبولة أخلاقيا والتي تتنافس فيما بينها لتشكل أساسا 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 امر 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 مسألة تحديد الأولويات في مسائل توفير مختلف أنواع ومستويات الرعاية الطبية ، ومنها مثلا هل نعطي العلاج لأي مريض؟ أو للمريض الذي سوف تحقق 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 ومصالح الجهة الممولة لنفقات العلاج (الحكومة، الشركة) ومصالح 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 لمريضه 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 معينة 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 أخلاقية 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.

وفي 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 كثيراً ما نقيم الأشخاص ومزاياهم الأخلاقية والدوافع الكامنة وراء أفعالهم، ولا يقتصر تقييمنا على أفعالهم المجردة فحسب.

فنحن كثيراً ما نصف شخصاً 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 بدلاً من تضبيب الجهود في تحديد القواعد والمبادئ والواجبات فإن الأجدد بنا العمل على تنمية المزايا الشخصية للأفراد القائمة على الفضائل والتزام المثل العليا من خلال التربية والتعليم والتهديب 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 تصاعدياً 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 ، مجرد أنه قد ضمن عدم تعرضه لطائفة العقاب القانوني بل لأن السرفة والقتل والكذب أعمال 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 التمييزيين 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 العديدة 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 البقظ والرغبة في تحقيق الخير للآخرين.

و بالنالي 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 " .

- ويمكن ان نشير بإيجاز إلى بعض الفضائل المطلوبة في الطبيب المعاصر ،
- الاعتدال في نظرة الطبيب إلى حدود وإمكانات 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 تعلق أحيانا 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 المررة 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.

الإشارة إلى...

مقالة الأخلاق الطبية...  
 الطب الحديث...  
 الطب القديم...



# الباب الثاني

## الموافقة المستنيرة

" من أجل المريض كان الطبيب وليس العكس ،  
فالشفاء غاية الطب 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 بأي إجراءات تشخيصية أو علاجية وقبل الاشتراك في أي بحث طبي سريري.

و هي تعني موافقة المريض على منح الطبيب تفويضاً بتلقي علاج معين أو الخضوع لإجراء تشخيصي أو جراحي أو المشاركة في بحث طبي بناء على قراره الذاتي الحر المستقل والذي لا يخضع لأية تأثيرات خارجية كالقسر أو التهديد أو الخديعة أو 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 أو يمكن اعتبارهما درجتين من الموافقة المستنيرة وهما:

(١) موافقة عامة وهي التي يمنحها المريض للطبيب عند بدء العلاقة المهنية بينهما وغالباً ما تكون الموافقة ضمنية عندما يذهب المريض بنفسه إلى طبيب معين ويطلب منه الكشف الطبي عليه أو يطلب منه إجراء طبيًا أو علاجياً معيناً 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 وخزاع الوريد وإجراء الفحوص الخيرية المحددة.

(٢) الموافقة الخاصة أو النوعية التي يجب أن تكون موافقة صريحة إما شفوية أو كتابية وهي التي تصبح ضرورية عندما يكون الإجراء التشخيصي أو العلاجي مصحوباً بمخاطر محتملة أو في الحالات التي قد تكون فيها قيم المريض الشخصية أو معتقداته الدينية أو 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 قدراً 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 للفسر 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 الجنابات وهو مسئول عن الأضرار وملزم 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 الجبوية التي تصدر عن الهيئات والنقابات والجمعيات الطبية المحلية والدولية على ضرورة حصول الطبيب على الموافقة من المريض كخطوة أولى تصبح أساساً لواحيات 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، فإن 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 قتل أو أدى ذلك إلى ذهاب صفة من الصفات فإنه يضمن لأن التلف تولد من فعل غير ماذون فيه".

كما أن هناك إجماعاً فقهيًا على أن إذن المريض أو وليه غير ملزم في الحالات الطارئة التي تنذر بهلاك المريض، وفي هذه الحالة لا يعتبر الطبيب مسئولاً 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 دائماً عن خطأ طبي أو إهمال.

ويميل الكثير من الأطباء إلى اعتبار أن الموافقة المستنيرة مجرد إجراء قانوني ولكن الصحيح أنها تعتبر جزءاً 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 مثلاً فإن قرار العلاج ليس قراراً علمياً محضاً، ولكنه يعتمد أساساً 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 رأياً آخر يرى فيه مثلاً أن الأمر لا يستحق ذلك العناء والشقاء، وأن المخاطرة في قبول العلاج الكيميائي بفرصه الضئيلة في النجاح يفقد الحياة معانيتها 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 ومزاياها وعيوبها ويطلب مشاركتها 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 أن رغبة المرضى في اتخاذ القرار العلاجي الخاص بهم مختلفة كثيراً بين الأفراد وفي المجتمعات المختلفة وأن كثيراً من المرضى حتى وإن رغبوا في الحصول على معلومات فإنهم يتركون اتخاذ القرار للطبيب وخصوصاً المسنين والمرضى بأمراض حادة.

و حتى عندما يجد الطبيب أن المريض يميل إلى أن يترك له اتخاذ قرار العلاج فإن الواجب يعلو 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 التأكد من أن المريض قد فهم بوضوح المعلومات المقدمة إليه أو التي طلبها.

#### ٣) الإرادة Voluntariness

يجب أن يتخذ المريض قراره بإرادته الحرة بدون قسر أو إكراه خارجي من أي نوع أو محاولات للتأثير عليه أو التلاعب 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 رأي صحيح يتم على أساسه اتخاذ القرار ويضمنه أن الموافقة صحيحة ومستنيرة.

ومن الناحية الأخلاقية فإن المصارحة بالمعلومات تستند إلى مبدأ الحرية الذاتية واحترام حرية الفرد لأن المصارحة توفر المعلومات الضرورية التي يستطيع الفرد من خلالها اتخاذ قراره فيما يتعلق بصحته بحرية وعلى أساس واع ومستنير.

وللمصارحة أهمية عملية أخرى وهي أنها تساعد على دعم واستمرار العلاقة المهنية بين الطبيب والريض 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 ، الندبات الجراحية ، المخاطر والأضرار المحتملة سواء كانت شائعة أو نادرة ، قريبة أو 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 تصريحاً بأن من حق المريض الانسحاب من البحث في أي وقت يشاء ، إلى جانب أغراض البحث ووسائله وأهدافه ، ومواصفات اختيار المشاركين فيه ، والمخاطر المحتملة منه ، والأشخاص المسنولين عن إجراء البحث وغير ذلك .

أما كمية ونوعية المعلومات الضرورية لكي تكون المصارحة صحيحة فهناك خلافات عديدة حولها، ولتقرير ما إذا كانت كمية ونوعية المعلومات ملائمة وكافية هناك عدد من المعايير أهمها :

#### ١) معيار الممارسة المهنية The Professional Practice Standard

بمعنى أنه يمكن الحكم على المصارحة بأنها ملائمة وكافية 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 للمعلومات التي يريد لها، وفي ذلك ما يتيح المجال لطغيان التسلط الأبوي .

وفي الحالات التي يحدث فيها التنازع فإن الطبيب يستطيع الإدعاء بأن كمية المعلومات التي قدمها للمريض كافية ومناسبة من وجهة نظره بدون إعطاء أي وزن أو 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

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

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



## إخفاء المعلومات القصدية 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 ضمنياً بأن لا يعرف شيئاً 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 أيضاً واجباً أخلاقياً 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 متأكداً 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 قراراً مخالفاً 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 مثلاً أن إخبار المريض باحتمال الوفاة النادر نتيجة استخدام البوروجرافين لتصوير الكليتين الضليل 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 وتعنيها نوعاً من طغيان السلطة الأبوية التي تنال استنكاراً عاماً وفيها أيضاً سيادة لاحترام الحرية الذاتية بحتم 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 العاير 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 كثيراً من المرضى يكونون في حاجة ماسة إلى طبيب قادر ومسئول يتولى السلطة المسحوبة بالثقة الباعثة على الاطمئنان ويقوم باتخاذ القرارات التي تحقق مصلحة المريض وتعيد له صحته ورفاهيته .

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

أجرى الدكتور ويليام نورنتون 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 أخبر مريضه قبل إجراء العملية أن حدوث الشلل النصفى هو أحد المخاطر المحتملة لتلك العملية مما دفع المريض إلى إقامة الدعوى القضائية ضد الطبيب والمستشفى.

و قد اعتمد الطبيب في الدفاع عن موقفه أمام المحكمة بأنه قد أخفى الحقيقة عن المريض لأن احتمال حدوث الشلل بعد العملية أمر نادر جدا لا يزيد عن ١% وأن إخبار المريض بذلك منافع 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 أن كل مريض راشد متمتع بكامل قواه العقلية يمتلك الحق الكامل في تقرير الإجراءات العلاجية التي يمكن أن تجرى عليه.

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

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

و يجب أن يتحدد مجال المعلومات ومداهما 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 بأنه 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 بن 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 مسؤوليته.

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 أسس علمية صحيحة التي تثبت أن المصارحة بالمعلومات كانت سوف تصيب المريض بالضرر. ومنها على سبيل المثال أن طبيبا أخفى عن مريض إصابته بسرطان البروستات، وقبيل المحكمة تبريره لذلك بأن المريض قد أصيب سابقا بعدة نوبات من الاكتئاب الشديد، كان آخرها عند وفاة زوجته قبل عدة أشهر، وأدخل حينئذ المستشفى بعد محاولته الانتحار.

### Comprehension of Information تفهم المعلومات

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

والعوامل التي يمكن أن تضع قيودا وحدودا لفهم المعلومات عديدة :

(١) القصور العمري أي أن 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 بطريقة غير واعية بالتركيز على أجزاء معينة من المعلومات واستبعاد أجزاء أخرى أو فهمها بطريقة مختلفة. وفي بعض الأحيان قد

تعني الكلمات والمصطلحات للمريض معاني أخرى غير التي قصد إليها نتيجة سوء الفهم المسبق لتلك الكلمات والمصطلحات والتي قد تكون معانيتها لديه أيضا غير محددة وغير واضحة وبالتالي

فإن مثل هذه العمليات الإدراكية غير الواعية قد تؤدي إلى اضطراب الفهم وتشوّهه 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 النفسي المعروفة التي قد تصل

إلى درجة الإنكار، وتؤثر على قدرة المريض على اتخاذ القرار الصحيح وتشكل عائقا أمام الموافقة

المستنيرة .

(٧) التقدير متفاوت للمعلومات :

وهناك عملية أخرى في عملية المصارحة وهي أن يتأكد 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 اللبينية

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 مبالغيا في

تقدير تلك الفوائد، بينما تراجع في ذهنه المخاطر المحتملة فلا يحسب لها أي حساب بالرغم من أن

الطبيب قد وفر له المعلومات الكاملة عنها.

### الجوانب العملية للمصارحة وتفهم المعلومات :

ومن الناحية العملية فإن المصارحة بالمعلومات والتأكد من تفهمها بشكل صحيح يتطلب من

الطبيب أن يكون صبورا ومهرا 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 المتحدث إلى المريض لا تحقق نتائج جيدة وان المعلومات التي يفهمها المريض تكون جزئية وانتقائية وأحيانا ناقصة أو ميتورة ومشوهة أو حتى مختلفة كليا عما قصد إليه الطبيب وأراد للمريض أن يفهم ولذلك فإن المصارحة يجب أن تكون عملية مستمرة معتمدة على مقابلات عديدة بين المريض والطبيب يتم خلالها المصارحة بالمعلومات بشكل متدرج والتأكيد 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 أمثلة مبسطة تقرب المسألة 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 قدر أن المريض غير قادر على الفهم والاستيعاب .

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

كما أن تشجيع المريض على إعادة ذكر المعلومات التي فهمها بأسلوبه وكلماته تعتبر أيضا طريقته ممتازة للتأكد من الفهم الصحيح للمعلومات وتصحيح أي مفاهيم خاطئة أو استكمال أي 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 يساعده في الوصول إلى القرار المناسب .

وأخيرا يجب على الطبيب الأخذ بعين الاعتبار خصوصيات المريض وقيمه الشخصية وعقائده الدينية والثقافية ويتأكد 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 أو داخلية .

وقد تتحدد حرية المريض في ممارسة إرادته بواسطة تأثيرات داخلية ناتجة لمرضه أو بسبب مؤثرات خارجية من قبل آخرين .

ومن الناحية الأخلاقية فإن الإرادة تعتبر مطلبا أخلاقيا يجب الحرص على توفيره 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 اوضاع يصبح فيها قرار المريض واقعاه خاضعة لسيطرة الآخرين ومن بينهم الطبيب نفسه ماعدا في بعض الظروف الاستثنائية.

فمن المهم للطبيب ان يدرك ان 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 والا يفرط في استخدامها بشكل كبير. لأن ذلك من شأنه أن يجعله قادرا على التحكم في الآخرين وفرض سيطرته ورغباته عليهم بشكل ينتهك حرمتهم 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 ان يدرك هذه الجوانب ويحاول جاهدا ان 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.

وللمؤثرات الداخلية كالآلم الشديد أو الخوف أو الاكتئاب تؤثر على قدرة المريض على اتخاذ القرار الإرادي اللئام، 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 وحرية اتخاذ القرار.

وإذا أعطى المريض موافقته على إجراء 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 ، المرضات، الأهل، ...) وثبت ان ذلك لم يكن بناء على قناعته الحقيقية بل كان ناجما عن تعب المريض وضيقة بالأمر وبأسه مما يدفعه إلى الموافقة كنوع من الاستسلام ، فان مثل هذه الموافقة لا يمكن أن تكون إرادية ولا تصبح الموافقة صحيحة ولا تقرها القوانين ان 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 وحرية في الاختيار:

هناك الكثير من الوسائل المباشرة وغير المباشرة التي يمكن من خلالها التأثير على إرادة الأفراد والحد من حرياتهم ، ويمكن ان 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 للتكرار على المريض حتى يعطي موافقته بدافع من الضجر والاستسلام وليس بناء على القناعة الحقيقية .

وقد يتم التلاعب بالمريض وإغوائه 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 ومضللة .

## (٤) وسائل التأثير غير التحكيمية :

جميع الوسائل التي ذكرناها سابقا هي وسائل تحكيمية تحاول إخضاع الفرد لإرادة وسيطرة الآخرين . ولعل من الواضح أن الطبيب يجب أن لا يلجأ إلى مثل هذه الوسائل التحكيمية 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 الأجراء أو غيرها من وسائل التأثير التحكيمية التي ذكرناها سابقا .

ولكن هناك وسائل غير تحكيمية 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 تحكيمية ، 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 تحكيمية . فإن وضع المريض في حالة من الألم والعجز والضعف يجعل مثل هذه التأثيرات تحكيمية بالرغم من عدم القصد إليها مما يدفع المريض إلى الخضوع والاستسلام وليس الموافقة الإرادية الصحيحة .



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

### التجاوزات المبررة أخلاقياً للإرادة :

(١) الأمراض المعدية ، لعله يعتبر مقبولاً من الناحية الأخلاقية ، وهو أيضاً 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 عاجزاً 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 عاجزاً عن اتخاذ القرار ولفترة محدودة جداً 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 وموافقته .

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

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

### (٢) استخدام القيود والأربطة ووسائل الإخضاع الأخرى :

تستعمل هذه الوسائل للمرضى النفسيين والعجزة والمصابين بالعتة والتخلف العقلي والمرض 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 للسريير من جميع الجوانب تجعله يشبه القفص .

- ربط أطراف المريض إلى قوائم السريير .

- الملابس بدون أكمام لتحديد حركة الأطراف (قميص الكتاف) .

- القيود للقدمين واليدين .

- الإضراب واستخدام العنف .

#### ( ب ) أساليب تنظيمية ونفسية :

- أوامر وتعليمات صارمة ومراقبة قاسية متكررة.
- التهديدات المتكررة.
- النهي والزجر والتأنيب.
- ج) أساليب كيميائية، أنواع المهدئات والنومات والمخدرات.

وقد تنبعت مؤخرا المهنة الطبية إلى أن استخدام مثل هذه الوسائل يسيء إلى كرامة المريض وحرية و ينتهك 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 أقل 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 مجرد تسهيل العلاج والعناية التمريضية أو الحفاظ على النظافة والنظام.
- ٤) يجب مناقشة المريض في الأمر إن كان قادرا وتوضيح الأمر له ونيل موافقته إن أمكن، وإذا لم يكن ذلك ممكنا فيجب الحصول على موافقة ولي الأمر.

### الكفاءة 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 سبات(الغيبوبة) الناجم عن رض الدماغ أو الإصابة الوعائية الدماغية، وعندما يستعيد الوعي فإنه يستعيد معه كفاءته وقدرته على اتخاذ القرار.

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

والشخص الكفاء أو القادر هو الذي يستطيع أن يمارس قدرته على اتخاذ القرار بإرادته وحرية تنفهما لعواقبه.



أما العاجز فهو الشخص الذي لا يستطيع ممارسة قدرته على اتخاذ القرار بإرادته إما بسبب القصور العمري أو القصور العقلي أو العجز النفسي أو بسبب المرض العضوي المزمن الذي أفقده قدرته على اتخاذ القرار.

ومن الناحية القانونية فإن القانون يقرر أن كل شخص يمتلك الكفاءة ويعتبر قادراً ويجب عليه اتخاذ القرار لنفسه بنفسه. والكفاءة مفهوم قانوني واسع أكثر شمولاً يتعلق بصحة العقل، ولا يحكم على أي شخص بانعدام الكفاءة إلا بناءً على حكم قضائي. أما 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 أنه غير قادر على اتخاذ قرار طبي أو 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 عمراً معيناً يكون الشخص قاصراً قبل أن يصل إلى ذلك العمر ويتطلب موافقة ولي أمره على أي علاج.

كما أن المرأة تمتلك الكفاءة وتعتبر "قادرة" 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 فإن المرأة هي المسئولة عن نفسها في جميع الأمور.

ولكن الأعراف السائدة في المجتمعات الشرقية والترايط الأسري والهيمنة الذكورية على العلاقات الأسرية تجعل اتخاذ القرارات الطبية للنساء، كالأزواج 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.

وأخيراً يجب التنبيه إلى أن مجرد رفض العلاج لا يشكل أساساً حقيقياً أو مقبولاً 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 أمره أو الوصي عليه.

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

ويجب على وكيل المريض أو وليه أن 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 بأفكاره ورغباته ويصلح كوكيل مناسب لاتخاذ القرار العلاجي.

وإذا لم يكن الوكيل أو الولي على علم برغبات المريض وأفكاره 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 أو قد تعين المحكمة وصياً على المريض تخوله المحكمة السلطة والسببية 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 فإن إرادة المريض يجب أن تحترم قانونياً وشرعياً وأخلاقياً.

وغني عن القول هنا أن القوانين والشرائع في هذا المجال مختلفة في كثير من البلاد وعلى الطبيب أن يكون ملماً 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 فإن الأمور تسير عادة بشكل حسن ، أما إذا تناقضت الآراء واختلفت فعندئذ قد تنشأ المشاكل وإذا لم يتم التوصل إلى حل مقبول فإن أحد 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 فإن العمل على تحقيق تلك الرغبات يعتبر أمراً ملزماً أخلاقياً وقانونياً.

- إذا لم يكن لدى المريض أقارب أو أن أقاربه في مكان بعيد ولم يتمكنوا بعد من الحضور فيمكن أن يقوم بالوصاية موظف رسمي مسنول 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 سابقاً كأولوية أولى .



- إن لم تكن رغبة المريض الصريحة قد عرفت مسبقاً فيجب على الوكيل محاولة معرفة القرار الذي يتلاءم مع معتقدات المريض وأفكاره ورغباته .
- وأخيراً إذا لم يتمكن الوكيل من العمل على أحد البدائل السابقين فإن عليه أن يبذل ما في وسعه لاتخاذ القرار الذي يحقق أفضل المصالح للمريض .

وإذا نشأ وضع أصبح من الواضح فيه للطبيب أن الوكيل يتخذ قراراً مخالفاً لرغبة المريض العاجز ومعتقداته أو لا يحقق أفضل المصلحة له فإن من الواجب عليه أن يرفع الأمر إلى اللجان المشرفة على أخلاقيات وأداب المهنة أو إلى القضاء .

### رفض العلاج Refusal of Treatment

الموافقة 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 مبدأ الحرية الذاتية والاستقلالية للفرد .

وفي بعض الحالات التي يرفض فيها المريض إجراءات علاجية معينة بناء على معتقدات دينية فإن 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 تنشأ في حالات معينة نذكر منها على سبيل المثال الموافق التالية :

- (١) الحالات الإسعافية التي يلزم فيها التدخل السريع لإنقاذ حياة المريض مثل بتر أحد الأطراف أو إجراء عملية جراحية عظمية أو إجراء التصفية الكلوية وغيرها من الظروف المشابهة .
- (٢) حالات رفض إجراءات علاجية ضرورية مثل نقل الدم لأي سبب أو لأسباب دينية في بعض الأحيان .
- (٣) إذا كان المريض قاصراً أو عاجزاً بسبب التخلف العقلي أو 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 القضاء 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 أن تكفل الحماية للعاجزين والقصر من احتمال وقوع الأضرار عليهم حتى وإن كان ذلك من الحرب المقربين إليهم .

٤) كما أن القوانين في بعض البلدان قد تتجاوز حق المريض في رفض إجراء علاجي معين في حالات نادرة إذا كان امتناعه سيؤدي إلى وقوع الضرر الجسيم على الآخرين مثل حالة الأم التي ترفض نقل الدم لإنقاذ حياتها من النزف الولادي الشديد وعدم خضوعها لذلك قد يؤدي إلى 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 طلباً للشفاء، وتشجع المريض على اختيار الطبيب الأكثر حذقاً ومهارة.

و لكن لا تجيز الشريعة الإسلامية للمريض أن يرفض العلاج أو يتخلى عنه متى ما قرره الأطباء ووجدوا أن رفض العلاج قد يؤدي إلى تعرض المريض للضرر أو الموت وذلك لأن دفع الضرر هو القاعدة للقدمة في نظر الشارع استناداً إلى الآية القرآنية الكريمة : { ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة } ١٩٥ سورة 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 احتراماً 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 أو وليه قبل أي إجراء علاجي ولا يوجد فيها ما يدل على إمكانية قسر المريض على تعاطي العلاج بأي حال من الأحوال.

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

فإن 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 والخاطر المحتملة، وأنه بذلك قد يقع في المحذور وهو قتل نفسه التي حرمها الله بيده ويترك الأمر بعد ذلك خاضعاً لضمير المريض وبقينه 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 الموقفاً من الناحية العملية متطابقين.

### طلب العلاج غير المناسب ومفهوم عدم الجدوى الطبية :

إن حق المريض في رفض أي علاج لا يرغب فيه أو أي وسيلة تشخيصية أو علاجية أخرى حتى لو كانت ضرورية لإنقاذ حياته هو أمر 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.

وكثيراً ما ينشأ هذا الموقف عندما يكون علاج المريض يتم في المستشفيات الحكومية شبه الخيرية 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 جريهم إلى أقسام العناية المركزة ذات التكاليف المالية العظيمة بينما تكون حالة المريض مبنوس 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 احتراماً 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 تأييداً 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 غالباً عليه ومينوس 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 ملائمته 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 بأنه ليس على الطبيب في مثل هذه الحالات أي واجب يلزمه بإعطاء العلاج للمريض لأنه لم يثبت فائدته طبياً (مثل المضادات الحيوية لعلاج الزكام والأنفلونزا).

و لكن ماذا يكون الوضع إذا طلب المريض دواء قديماً قد بطل استعماله أو طلب دواء جديداً أو تجريبياً 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 جميعاً ، ولكن ليس من حقه أن يفرض على الطبيب اختياراً لا يراه ملائماً للعلاج.

و بناء على معيار الممارسة الطبية السائدة فلا تقوم الحاجة لفهم 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 تجريبياً 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 وكان الطبيب لا يقيم احتراماً 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 عبئاً 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 عدم 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 وأقرت 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 Wangle & Baby K .

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

و يستند القضاء في ذلك على ان من المستحيل ان تنشأ مواقف يمكن فيها اجبار الطبيب على علاج المريض بوسائل تناقض حكمه الطبي وقناعته العلمية وخبرته العملية ، او تناقض ما يعتقد في ضميره مخالفاً لمصلحة المريض.

و من الطريف ان موقف القضاء البريطاني هذا قد تعرض للانتقاد بتهمه الانحياز الطبقي حيث يميل القضاء الى تأييد زملائهم الأطباء والوقوف الى جانبهم بحكم انتماءهم جميعاً الى طبقة اجتماعية وثقافية واحدة.

*[Faint handwritten text, likely bleed-through from the reverse side of the page.]*

## الباب الثالث

### العلاقة المهنية

## بين الطبيب والمريض

"يتعين على الطبيب أن يحافظ على أحكام المهنة، وأن يضع دائما 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 إمكانيات علمه"

الميثاق الدولي لأخلاقيات المهنة الطبية  
الصادر عن اتحاد الأطباء  
العالمي في فيينا عام ١٩٨٢م



## 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، وخصوصاً في الظروف التي كانت سائدة في الماضي، مثل قلة عدد الأطباء واستقرار الناس في مدنهم وقراهم الصغيرة نظراً لعدم توفر المواصلات واتساع 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.

وقد 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 التأثير، ولا تمتد إلى العلاقات الشخصية أو الاجتماعية.

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

و يجب على المهنة الطبية المعاصرة التنبيه 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 دفاء العلاقات الإنسانية عليها لكي تحقق أهدافها السامية في توفير الرعاية الطبية والعلاج والشفاء.

### بداي 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 تعاقدية ضمني نافذ المفعول يصبح فيه الطبيب ملزماً 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 مسؤولياته 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 اساليب 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 مانلا 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 نحتاج 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 أخلاقي وديني وأن على الطبيب أن يلتزم بالصدق والأمانة بلسانه إلا عما هو مستقر في عقله ما دام ذلك في مصلحة المريض ولا يشكل ضرراً عليه .

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

و الصدق أولاً جزء من احترام الإنسان واستقلاليتته 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 عموماً 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 وبنياتها.



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

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

و أما 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 طيبة وخصوصاً 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 كلياً أو جزئياً أو حتى الخداع في بعض الأحيان.

و تشمل قاعدة الصدق على عدة واجبات،

(١) أول هذه الواجبات هو واجب عدم الكذب، لأن الكذب أمر منبوذ بطبيعته وأثاره، 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 نوعاً من الخداع المقبول والمقرر في الأبحاث الطبية.

(٣) أما ثالث هذه الواجبات فهو واجب عدم إخفاء الحقيقة الذي يمكن أيضاً تبرير عدم الوفاء به في ظروف خاصة.

### الخداع الخير 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 سائداً حتى منتصف القرن العشرين على وجه التقريب.

وفي ممارسة الخداع الخير، فإن الطبيب قد يعطي المريض دواءً غفلاً لا يحتوي على مادة فعالة مثل حقنة من الماء المقطر ويوهمه أنها 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 شأن 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 خوفاً من حدوث قلق نفسي شديد واكتئاب يضاعف الحالة، وربما يدفعه إلى الانتحار وخصوصاً إذا لم يكن هناك بدائل علاجية أمام المريض.

و يبرر المؤيدون لممارسة الخداع الخير ذلك بالاستناد إلى مبدأي 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 استمراراً للممارسات الطبية التي كانت سائدة في الماضي البعيد التي ترجع في أصولها إلى عهد أبوقراط الذي حذر في أحد كتبه من مخاطر قول الحقيقة للمرضى وإعلامهم بطبيعة أمراضهم.

و لقد استقر في أذهان الناس منذ زمن طويل أن الطبيب لا يمكن أن يصارح المريض بحقيقة مرضه خصوصاً في الأمراض الخطيرة، ولذلك فهم يتوقعون من الطبيب أن يقابل تساؤلاتهم بالصمت أو 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، أو يحتاجون بعدم قدرة المرضى على فهم المعلومات الطبية المعقدة أو بأن غالبية المرضى لا يرغبون في معرفة الحقيقة أو سماع الأخبار الرزعة.

أما 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 واضحاً أن قول الحقيقة وكشف المعلومات للمريض لا يتطلب الخوض في تفاصيل 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 والحدائق 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 ، و ١٥% منهم ينسون ما قيل لهم أو يحدث لهم الإنكار كرد فعل نفسي أولي، و ٥% 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 تقريباً 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 أصبحت 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 انتهاكاً للحرية الذاتية للمريض وتجاوزاً 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 جزءاً مهماً 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 أخلاقياً وقانونياً.

- 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 كما هو 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 سابقاً ليس هناك أي مشكلة تواجهه بالنسبة للالتزام بواجب الصدق وقول الحقيقة ولكن المشكلة تنشأ في حالات قليلة وخصوصاً عندما يكون تشخيص المرض وعواقبه يحمل خطورة ويصبح التزام الصدق وقول الحقيقة صعباً 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 ان الاتجاهات في قول الحقيقة تتغير بتبدل الظروف والأحوال ، وحتى في المجتمعات الغربية الحديثة فقد كان الأطباء قبل عشرين عاماً يميلون إلى إخفاء الحقائق عن المرضى ، ولكن الممارسة السائدة اليوم أصبحت تعتمد المصارحة الكاملة وقول الحقيقة.

و مهما كانت خطورة التشخيص كالسرطان مثلاً 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 صعباً وطويلاً ويحتاج إلى الإرادة القوية والصبر والرغبة في استمرار الحياة .

أما في الكثير من مجتمعات البلاد النامية ذات الأسس الثقافية المختلفة فإن كثيراً من الأطباء لا يزالون يميلون إلى إخفاء حقيقة الإصابة بالأمراض الخطيرة عن المرضى وخصوصاً عندما لا تتوفر في هذه البلدان بدائل علاجية مناسبة، وكذلك عندما يكون المريض نفسه لا يبدي 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، خصوصاً في المجتمعات التي تتميز بالعلاقات الأسرية القوية والترابط العائلي.

و لذلك فإن إخبار المريض وذوي قربه بالحقيقة يختلف باختلاف الثقافات السائدة في المجتمعات المختلفة ويعتمد على شخصية المريض، وعمره، وعلاقته بأهله، 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 نفسه ومشاعره.

و في جميع الأحوال فإن من واجب الطبيب عند الإبلاغ عن الأخبار السيئة أن يترفق بالمريض ويبدى الحقائق بطريقة لطيفة، ويتدرج يؤدي 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 الصراحة 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) 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 استنادا إلى مبدأ احترام الحرية الذاتية للفرد.

(٦) إذا عبر المريض عن رايه صراحة بأنه يرغب في معرفة حقيقة مرضه وخصوصا 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، وضمانهم حتى وإن عبروا عن ذلك بالسنتهم، ولكن هذه الحجة تتهاافت بشكل واضح لأن معرفة رغبة المريض الدقيقة 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 نوعاً من التسلط الأبوي الرفوض وحتى نظل على التزامنا باحترام رأي المريض واستقلاليته وحريةه الذاتية.

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

(٨) إذا كان المريض يبدي 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 للمريض 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 رفيقاً بالناس حافظاً لغيبيهم كتوماً 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<sup>(١)</sup> مبدأ صيانة السر بوضوح قاطع ويجعله عاماً يشتمل على الأمور الطبية وغيرها ولا يحدد أي استثناءات لجواز إفشائه، وينص على ما يلي:

" كل ما أشاهده أو أسمعه فيما يتعلق بمهنتي أولاً يتعلق بها فسوف أعتز به 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 العالي على أن :

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

ومن 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 ومداهما ويتحكم في تحديد الأشخاص الذين يمكن أن يسمح لهم بالإطلاع 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

للمزيد من التفاصيل

(١) ملحق رقم (١) في آخر الكتاب .

- سوء معاملة الأطفال أو الزوجات  
- الإصابات الناجمة عن الاعتداءات والإصابات النارية  
- المريض الذي يشكل خطراً 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 ومطلب نسخة منه.  
و إذا افشى الطبيب سر المهنة في غير الحالات التي يحددها القانون فإن ذلك يجعله خاضعاً للمسائلة أمام القضاء أو لجان الأخلاق وأداب المهنة.

أما فيما يتعلق بالمهنة الطبية فإن صيانة السر المهني واحترام الخصوصية أمر ضروري وهام جداً لنجاح المهنة الطبية واستمرارها لأنها تمكن الناس من السعي إلى الطبيب والإدلاء بأية معلومات مطلوبة مهما كانت درجة خصوصيتها دون خوف من نقشي هذه المعلومات وشيوعها بين الناس اعتماداً 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 وخيالنا 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 مطلقاً أو ثابتاً في جميع الأحوال، فقد تنشأ حالات يصبح فيها الحفاظ على السر المهني متعارضاً مع واجبات أخرى مما يسمح للطبيب التخلي عن واجب صيانة السر المهني أو حتى يجعل إفشاء السر واجباً 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 العنيدة والإصابات الناجمة عن الاعتداء مثل الطلقات النارية وكذلك بعض الأمراض التناسلية وسوء معاملة الأطفال .

و يجب على الطبيب عموماً 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 بمسئوليته الأخلاقية والعلاجية نحو المريض .

و كمثال على ذلك ، في حالة إصابة مريض بمرض تناسلي (كالزهري أو الإيدز مثلاً) قد يشعر الطبيب أن خضوعه للقانون والتبليغ عن المريض إلى الجهات الحكومية قد يضر بسمعة المريض



الاجتماعية ضرراً جسيماً أو ربما يؤدي إلى هرب المريض واختفائه وعدم متابعة العلاج بالشكل الصحيح ، ولذلك قد يرى الطبيب أن 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 أن واجبه الأخلاقي والمهني عليه صيانة السر من أجل حماية المريض من القهر والاضطهاد.

## ٢) إقضاء 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 أثناء 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 لمنع 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 أمورهم ، وقد لا يعتبر ذلك إقضاء 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) إقضاء السر من أجل تحقيق المصلحة العليا للمريض

و حينما أن إقضاء السر المهني من أجل حماية المجتمع والمريض أمر يمكن تبريره وقبوله بسهولة ولكننا نجد من الصعب علينا تبرير وقبول إقضاء السر لتحقيق رفاهية المريض والعمل على تحقيق أفضل المصالح له إذا كان ذلك ضد رغبته وإرادته.

و كمثال على ذلك ، إذا أصيبت امرأة بانهايار عصبي أدى إلى دخولها المستشفى نتيجة للعلاقات الزوجية المتدهورة وكان الطبيب مقتنعاً أن إبلاغ الأبوين بحالتها سوف يحيطها بالرعاية والاهتمام ويعجل من شفاؤها ولكن المريضة ترفض إبلاغ والديها رغم نصيح 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 نوعاً من التسلط الأبوي الزائد عن الحد.

و الرأي الأرجح في مثل هذه الحالة محاولة إقناع المريضة وبذل الجهد والوقت حتى تستطيع تبين وجهة رأي الطبيب ، وإن فشل في محاولاته فإن عليه الالتزام بصيانة السر المهني حتى إن كان ذلك مخالفاً لقناعته بأن ذلك لا يحقق أفضل المصالح للمريضة.

## ٤) إقضاء السر المهني من أجل منع وقوع الضرر على الآخرين

لو أن طبيباً نفسياً وجد مريضاً لديه دوافع لقتل شخص آخر أو اغتصابه أو إيقاع الضرر به أو بممتلكاته فيجب عليه تقدير مدى رجحان قيام المريض بذلك الفعل فإن وجدته عازماً 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 ان الواجب يحتم على الطبيب إبلاغ الشخص الواقع عليه التهديد او السلطات الحكومية بالأمر لاتخاذ الاحتياطات الأمنية اللازمة لحماية ذلك الشخص.

و مثال آخر إذا كان مريض يعاني من مرض تناسلي كالإيدز وكان المريض يرفض إبلاغ زوجته فإن إفشاء السر هنا يعتبر واجباً لدفع الضرر ، وهو المبدأ الأسبق على واجب صيانة السر، ويتوجب توفر الشروط التالية :-

- أن تكون الزوجة عرضة لخطر الإصابة بالمرض العدوي .
- أن يكون الزوج رافضاً 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 بأنه 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 مريضاً لديه وقد أبلغه بنته في قتل تلك الفتاة قبل وقوع القتل بشهرين ولم يقم الطبيب بإبلاغهم بذلك من أجل حماية الفتاة.

و قد تلخص راي اغلبيية القضاة الذي مثله القاضي توبر بنر فيما يلي :

- لا يستطيع المتهم ان يدعي بأنه ليس عليه التزام أخلاقي نحو القتيلة لأنها ليست مريضة لديه وواجبه الأول هو نحو مريضه فقط.

فعندما يجد الطبيب أن مريضه يشكل خطراً على شخص آخر فإن عليه القيام بالخطوات اللازمة المعقولة لمنع العدوان بإبلاغ الشخص المعني أو أقاربه الذين يستطيعون حمايته أو إبلاغ الأمر إلى الشرطة والجهات الأمنية.

- إن التزام الطبيب القانوني والأخلاقي لا يقتصر على مريضه فحسب ولكنه يشمل أيضاً 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 ونجاول 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 جدتها 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 أجل استمرار علاقة الثقة مع الطبيب مما يسمح للمرضى بإظهار دخالل نفوسهم العميقة وافكارهم الخبيثة معتمدين على حقهم في الحفاظ على الخصوصية وذلك أمر مهم في الوصول إلى التشخيص الصحيح ونجاح العلاج.

- ولكن هذه الصلحة للمجتمع والناس يجب أن تتوازن مع مصلحة المجتمع وحاجة أفرادها إلى الأمن من حوادث الاعتداء.



- وبناء على ذلك فإن الإدلاء بمثل هذه المعلومات من أجل حماية شخص بريء من الضرر المحتمل لا يعتبر خرقاً لعهد الثقة بين المريض والطبيب ولا يتناقض مع أخلاقيات المهنة الطبية التي تسمح بإفشاء أسرار المريض خضوعاً للقانون أو عندما يكون ذلك ضرورياً لحماية المريض أو المجتمع.

أما رأي الأقلية الذي مثله القاضي كلارك فقد تلخص فيما يلي :

إن الراي السائد في الأوساط القانونية والطبية الذي يقيم واجباً على الطبيب النفسي بإبلاغ ضحية محتملة بالتهديد الواقع عليها لا يحقق أي 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 بأهمية صيانة أسرار المريض من أجل نجاح العلاج النفسي وذلك يعتمد على ثقة الجمهور بأن الطبيب النفسي لا يمكن أن يفشي أسرارهم ، وصيانة السر المهني مهم جداً 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 تتناقض باعتمادهم على الثقة الكاملة في صيانة أسرارهم.

- وإذا اهتزت ثقة المجتمع والمرضى في الحفاظ على خصوصياتهم فإن كثيراً 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 تنبسط برغباته وقدراته على الإدلاء بأفكاره الدفينة ومشاعره العميقة إلى الطبيب ، ولكن ثقته بصيانة أسرارته تجعله قادراً على كشف أفكاره ونوازعه ودوافعه بصراحة وبشكل كامل وذلك أمر ضروري من أجل نجاح العملية العلاجية النفسية.

أي 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 أسرارته في الحفاظ والصون ضروري لاستمرار الثقة الكاملة بالطبيب النفسي وهذه الثقة هي الوسيلة التي يعتمد عليها الطبيب النفسي في نجاح العلاج.

ولذلك فإن صيانة السر المهني ضرورية أيضاً لنجاح العلاج النفسي .

وبناء على ذلك فإن الزام الطبيب النفسي بواجب التبليغ عن حالات التهديد سوف يقوض عملية العلاج النفسي ذاتها ويؤدي إلى تدهورها ونقص كفاءتها العلاجية.

وأخيراً فإن اجتماع العوامل الثلاثة السابقة سوف يجعل عدداً كبيراً 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 أفكار وواقف 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 يبدئها المريض نحو شخص آخر - سوف يؤدي إلى زيادة حوادث العنف والاعتداء داخل المجتمع من قبل هؤلاء المرضى النفسيين .

وقد استند رأي الأقلية السابق على المذهب الأخلاقي الفردي (الواجبي) ، الذي يقوم على الالتزام المطلق بالقواعد الأخلاقية ، ولا يسمح بتجاوزها مهما كانت النتائج أو العواقب النهائية . أما 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 ضرورياً 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 متعاقداً لدى شركة للكشف على موظفيها ويكون عليه واجب تقديم تقرير عن حالة كل مريض إلى الشركة والتبليغ بالإصابة عن أي مرض يؤثر على مزاوله المريض لعمله (مثل إدمان الكحول أو الاكتئاب النفسي) فإن ذلك لا يعتبر انتهاكاً 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 مسؤولية الطبيب التعاقدية تحتم عليه الكشف عن الأمراض التي قد تعيق أعمال موظفي الشركة وأن جزءاً 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 تقريراً مفصلاً 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 بناءً على إذن المريض أو خضوعاً لحكم قضائي

قد يطلب المريض تقريراً طبياً 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 أحد أفراد الأسرة أو إلى أي شخص آخر ، ومن الواضح أن ذلك لا يعتبر انتهاكاً لصيانة السر لأنه قد تم بناءً على إذن المريض وطلبه . أما إذا قدم الطبيب أي معلومات عن المريض لأي جهة من الجهات المذكورة سابقاً أو غيرها بناءً على طلب منها بدون علم المريض أو بدون استئذانه ، فإن ذلك يعتبر انتهاكاً للسر المهني ويجب على الطبيب الحذر من الوقوع في مثل هذه المواقف إذا استدرج إليها سواء كان ذلك مقصوداً أو بحسن نية .



أما تقديم معلومات خاصة عن المريض إلى الحكمة بناء على أمر فضالي 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 كثيرا 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 أمورا 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.

ولذلك يجب على الطبيب ألا 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 العلفية التعليمية إذا قدم الطبيب الحالة لطلبة الطب بصورة غير مسنولة أمام من ليس لهم علاقة بالأمر.

و يجب علينا التأكيد أن واجب صيانة السر المهني يشمل طلبه الطب ويلزمهم بنفس الدرجة التي يلتزم فيها الطبيب الغامل ، وهو كذلك ملزم لجميع العاملين الصحيين الآخرين مثل الصيادلة واختصاصيي المختبرات الطبية وفنيي الأشعة والمرضيين والمرضات 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 أوتى من خان " حديث شريف

ينطوي تحت مفهوم الأمانة معان عديدة بحسب استخدام المصطلح سعة أو تضيقا وتشمل الإخلاص والوفاء بالوعد والثقة والصدق.

وتستمد الأمانة أسسها من الديانات المختلفة والفلسفات القرصية والنفعية.

وفي 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.

فالالتزام الطبيب بالأمانة والوفاء بالوعد يحتم عليه ألا 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 آخر لرعاية المريض.

و الالتزام بمواعيد العمل في المستشفيات العامة والعيادات الخاصة واجب ملزم للطبيب تتطلبه قاعدة الوفاء بالوعد واحترام حرية المرضى وكرامتهم.

و إذا وعد الطبيب المريض بزيارته في موعد محدد أو بأن 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 ومجربات العمليات الجراحية ونتائجها الحقيقية بما فيها المضاعفات.



كما تقتضي الأمانة الإقرار بالخطأ الطبي عندما يحدث وتقديم المعلومات للمريض مصحوبة بالاعتذار لللائم الذي يحقق رضاه والعمل على تصحيح نتائج الخطأ الطبي إذا وافق المريض.

و بعض المرضى قد يشعر بالحنق والغضب من طبيبه ويحمله مسئولية مرضه أو تدهور حالته، أو يعتقد بأن عدم تحسن حالته ناتج عن خطأ طبيه في وصف العلاج أو أن الآثار الجانبية للعلاج التي حدثت له ناتجة عن إهمال الطبيب.

و عندما يأتي مريض في مثل هذه الحالة إلى طبيب آخر شاكياً و حانقاً من طبيبه السابق فإن واجب الأمانة يقتضي من طبيبه الجديد أن يقيم حالة المريض بموضوعية وحيادية، فإن لم يجد تقصيراً من الطبيب السابق فإن عليه أن يبين الأمر و يوضح 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 أيام أبقرات. وهي قائمة على النظر إلى الطبيب كشخص حكيم، مخلص، محب لعمل الخير ويمتلك العلم والمهارة والخبرة التي تمنحه القدرة على تحقيق النفع لرضاه والعمل بما يحقق مصالحهم . اما المريض فهو شخص ضعيف خاضع لسلطة الطبيب و عليه أن يمنحه ثقته المطلقة و يلتزم بأوامره و توجيهاته و نصائحه.

و سوف نناقش هذا النوع من العلاقة المهنية لاحقاً 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 كفاءة 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 وأنماط 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 و خصوصاً احترام الحرية الذاتية لجميع الأطراف ، ولكنها تحقق ذلك على أسس واقعية و عملية 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 رغبته وبما يحقق رضاه .  
و من الصعب أن نتصور كيف يمكن أن تكون العلاقة بين المريض والطبيب مجرد علاقة حرفية وتجرد من دماء 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 مسبقاً 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) الرولة 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 مناسباً 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) يبقى 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.

## الأبوية 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 الصير 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 تواجهه بالتجاهل والمعارضة أو 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 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 جانبيين 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 لمراضاه 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" .

وقد يتم تبرير السلطة الأبوية في بعض الحالات اعتماداً على مبدأ عدم الإضرار فإذا أخض الطبيب الحقائق والعلوم عن المريض مثلاً اعتماداً على تقديره بأن المصاحبة 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 نموذجاً لممارسة السلطة الأبوية اعتماداً على مبدأ 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 الكبدية أو أمراض القلب الزمنة 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 مقبولاً 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 للمتطرفون 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 تخاذلاً أو سلبية زائدة عن الحد تتناقض مع أصول الممارسة الطبية الصحيحة من جهة ، وتتناقض مع القواعد الأخلاقية الراسخة التي تحتم على المرء العمل بما في وسعه لمنع الضرر وفعل الخير .

و لعله من الصعب إيجاد البررات 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 بحرية.  
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 أن 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 والاكنتاب والإدمان ومرضى الفشل الكلوي المزمن.

### معارضة السلطة الأبوية اعتماداً على الفردية Antipaternalistic Individualism

أما المؤمنون بمذهب الفردية فيعارضون السلطة الأبوية ولا يعتبرونها مبدأ أخلاقياً صحيحاً أو مقبولاً لأنه ينتهك حقوق الفرد ويقيد إرادته وحرية 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 الماكل والشارب على الناس أو أنواع من السلوك المفيد من جهة نظرهم لاعتبارات اجتماعية أو أخلاقية أو دينية..... 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 المنال الذي سوف يتحقق هو مثال المجتمع الإسباني 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 القضاء ذلك ويميلون إلى تخفيف الأحكام اعتماداً 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

كأسس محددة لنظمها الاجتماعية والقانونية والأخلاقية يرفض السلطة الأبوية بشكل كبير وتنازل استنكارا وسعا في الأوساط ولا تؤيدها إلا قنات قليلة وليس لها تأثير كبير.

أما 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 والامه 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 امر اتخاذ القرار للطبيب فلا يجد الطبيب امامه من مقر 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 اي قرار سليم ، فيسلم زمام اموره 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 تطيب ولم يعلم منه الطب قبل ذلك فهو  
ضامن"

حديث شريف  
أخرجه ابن داود وابن خفاجة

## المسؤولية 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 المسؤولية الطبية وارداً في مثل ذلك الطب الكهنوتي المقدس.

أما في العصر الحديث فقد اختفت تلك النظرة وحلت محلها المعايير الأخلاقية والقانونية التي أصبحت تضع المعايير لحقوق المريض وواجبات الطبيب تجاهه وتضع الجزاءات والعقوبات الرادعة لمختلف أنواع التقصير والإخلال بتلك الواجبات.

ومهنة الطب هي المهنة الوحيدة التي لا يؤخذ ممارسوها على الخطأ غير المحسوب أو عن الأضرار الناجمة عن وسائل العلاج المختلفة التي لا يمكن دفعها.

و تعتمد أسس إعفاء الأطباء من المسؤولية الجنائية في هذه المواقف على ما يلي :

(١) الطبيب شخص نال الدراسة العلمية التي تؤهله للكفاءة في عمله ، واعترفت له القوانين بحق مزاوله للمهنة، 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 أنه قد اتبع الوسائل الصحيحة والقواعد المقررة في التشخيص والعلاج.

و مع ذلك فإن الطبيب قد يخضع للمساءلة أمام ثلاث جهات هي المجالس التأديبية ولجان الأخلاق في الجمعيات والنقابات الطبية أو أمام الجهات الإدارية الحكومية المانحة لترخيصات مزاوله 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.

### المسؤولية الطبية من الناحية القانونية

تختلف القوانين في البلدان المختلفة في النظر إلى المسؤولية الطبية من الناحية القانونية وتحديد موصافاتها وفي تحديد الأخطاء الطبية وتقدير سوء ممارسة المهنة كما تختلف أيضاً العقوبات التي يقررها القانون على مختلف أنواع الأخطاء وعلى الطبيب أن يكون ملماً بالقوانين السارية في بلاده.

و يرى بعض رجال القانون أن المسؤولية الطبية هي "مسئولية تعاقبية" 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 استنجاز ينطبق عليه شروط " عقد الإجارة الخاصة " يقوم فيه الطبيب بتقديم خدمه معينة لقاء أجر معين من المريض المستاجر له. كما نظر إليه آخرون على أنه " عقد معاولة " يلتزم فيه أحد المتعاقدين بإداء 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 السنولية الطبية هي " مسنولية تقصيرية " ، بمعنى أن الخطأ الطبي تقصير من الطبيب في أداء الواجب المهني، أو أنه الإخلال بالالتزامات الخاصة التي تملئها عليه واجبات مهنته.

و في حالة السنولية 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 السنولية التقصيرية أوسع مدى من السنولية التعاقدية لأنها توجب التعويض عن جميع الأخطاء البسيطة والجسيمة ، والأضرار المتوقعة وغير المتوقعة على حد سواء.

### المسنولية الطبية في الشريعة الإسلامية

تقرر الشريعة الإسلامية أن ممارسة الطب فرض كفاية إذا قام به فرد أو أكثر من مجتمع المسلمين سقط عن الباقيين وإلا أصبح المجتمع كله أئماً إذا لم يتفرغ بعض أفراده لتعلم الطب وممارسته.

و كثير من أمور تحديد السنولية الطبية والخطأ الطبي محل إجماع الفقهاء وإن اختلف بعضهم في التفاصيل. وأهم أمر يتفق عليه أغلب الفقهاء هو أن السنولية الطبية تتفق مع القوانين الوضعية بأنها مسنولية تعاقدية تنطبق عليها القواعد العامة للإجارة الخاصة وأن الطبيب يستحق أجره على مدة معينة من " بدل العناية " ، وحقه في الأجر واجب على المريض ولو لم يبرأ.

و " المشاركة 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 " المشاركة على السلامة " كذلك باطله حتى وإن تورط الطبيب في القبول لأن ذلك لبس 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 السنولية إذا أخل بواجباته أو ظهر منه تقصير أو إهمال (سوء ممارسة المهنة).

و قد جمع ابن القيم الجوزية حالات المسنولية 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 للأذن له من جهة الشارع مريضاً ولكنه أخطأ بان اتلف عضواً صحيحاً أو أدى إلى موت المريض فإنه يكون مسئولاً ويلزمه التعويض أو 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 أدى إلى إصابة المريض بالضرر أو الموت فالطبيب مسئول ويلزمه التعويض أو الدية.
- ٤) إذا ادعى شخص التطبيب ولم يكن ذلك معروفاً عنه وأدى إلى إصابة المريض بالضرر فيلزمه التعويض أو الدية لأن خطأه قائم على الجهل وغير ماذون له من جهة الشارع ، وفي الحديث الشريف : " من تطيب 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 والعامّة فحسب، بل وفي أذهان أغلب الأطباء وجميع 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 أصلاً ، وكثير منها كذلك يتم التغاضي عنها أو تأويلها وتبرير حدوثها بطرق مختلفة، أو التسرّع 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 والانتهاكات بسوء ممارسة المهنة لا يشكل إلا قليلاً من الأخطاء الطبية.

ولقد تنبّهت 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 أيضاً حيث قدرت معدلاً عالياً لحدوث الأخطاء الطبية يصل إلى ٢٣,٧ ٪ من مجموع المرضى الراقدين، وينتج عنها نتائج سيئة على صحة و حياة المرضى في ١٣,٦ ٪ من الحالات، ويصل تقدير عدد المرضى الذين يموتون منها إلى ٨٠,٠٠٠ مريض سنوياً في الولايات المتحدة الأمريكية. وقد أثبتت دراسات بريطانية وأوروبية وإسترالية نتائج مشابهة للأبحاث الأمريكية. ولعل من أهم العوامل التي جعلت موضوع الأخطاء الطبية حقياً لفترة طويلة ولم تنل الاهتمام الكافي بها من قبل المهنة الطبية إلا مؤخراً، هو أن الوسائل الطبية التكنولوجية الحديثة



للتقدمة في مجالات التشخيص والعلاج كالمختبرات الفائقة الدقة ووسائل التصوير الطبي الفائقة الوضوح كالوجات 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 وبين أفراد المجتمعات بشكل عام بأن العمل الطبي قد أصبح على درجة متقدمة من الدقة واليقين وأصبح علما مثل العلوم الأخرى كالفيزياء والكيمياء، وهو أمر بعيد تماما عن الصحة، بل إنه وهم خالص دفعنا إلى الوقوع فيه بما تم إدخاله في العمل الطبي من الوسائل التكنولوجية الحديثة.

و من المهم خلال مناقشة الموضوع ، التسليم والإقرار 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 بوصف له الدواء للمرة الأولى ، أو حدوث احتشاء العضلة القلبية بعد العملية الجراحية لدى مريض ليس لديه أي سوابق مرضية قلبية ، أو حدوث الانسداد العوي الناجم عن الالتصاقات الريتونية ، أو حدوث الأخطاء والتفجحات بعد العمليات وغير ذلك كثير.

و لكن من المؤكد أيضا أن كثيرا 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 المزدهمة 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، أو عدم وضوح التعليمات أو سوء فهمها، وكذلك الإجهاد والإرهاق الزائد الذي يقع على الأطباء والمرضى وغيرهم من العاملين خلال المناوبات الليلية وخلال العمليات الجراحية المعقدة الطويلة.

وتشمل الأخطاء الطبية جميع مراحل العمل الطبي بدءا 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 الاستفسارات المخبرية والتصويرية المختلفة ونتائجها، وكذلك تفسير البيانات والوجودات 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 مثلا :

- إهمال جوانب من القصة المرضية أو الكشف الحكمي .
- عدم طلب الإجراءات والوسائل التشخيصية للملائمة 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 والإمكانات أو خلل الأجهزة التشخيصية أو نقص الكوادر المؤهلة لنجاح العمل الطبي .

و هناك الكثير من الحوادث الشابهة الشائعة في العمل الطبي اليومي .

## ٢) الأخطاء العملية Errors Of Commission

- و هي ايضا 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 الدرقي 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 للملائم للمريض قبل الإجراء العلاجي مما يؤدي إلى حدوث المضاعفات مثل تقيح الجروح والأحماج . Infection
- (٦) عدم مراقبة المريض ومتابعته بالشكل الصحيح بعد العملية .

## منع وتجنب الأخطاء الطبية:

يجب ان ندرك أولاً أن الأخطاء الطبية قضية طبية أساسا قبل أن تكون قضية قانونية واننا يمكن ان 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 ان 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 مجرد إلقاء اللوم على من يقع فيها . ويجب أن تدرس الأسباب بعناية لاكتشاف أنواع السلوك التي تؤدي إلى الإهمال ، ثم العمل بجديّة على إزالة أسبابها باتخاذ الإجراءات التنظيمية للملائمة 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 السببية 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 المترنة 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 والحق والانعفالات 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 المسؤولية ، ويكاشفوا المريض ويصارحونه بحدوث الخطأ ، والعمل على تصحيح الخطأ لأن ذلك يؤدي في كثير من الحالات إلى تفريغ شحنة الغضب والانعفالات ، 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 للمهارة ، وأن الخطأ الطبي شبر يمكن تجنبه 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 أصحح 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 .

أما الشكوى ضد أي طبيب بسوء الممارسة المهنية فليس سوى اتهام للطبيب أمام إحدى الجهات الثلاث التي يحق لها مساءلة الأطباء ، وهي اللجان التنظيمية المهنية أو الجهات الإدارية الصحية أو القضاء . ومثل أي اتهام في أي مجال آخر فإن التهمة قد تكون صحيحة أو باطلة ، وتنطبق عليها القاعدة القانونية السائدة ، وهي أن "التهم بريء حتى تثبت إدانته".

يتطلب ذلك من المدعي إثبات أن الطبيب قد أهمل واجبا معينا وقصر في أدائه مما أدى 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 مسؤولية 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 أو باطلا ، مثل أي اتهام آخر في أي 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 ، وأحيانا 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 المسائلة الأخرى للمهنية والإدارية .

و يحدد القضاء مسؤولية 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 مسؤولية 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 المسائلة 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 بأراء الخبراء من الأطباء ذوي الاختصاص ونوعي 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 يبذلها الطبيب للمريض بناء على معيار الممارسة السائدة الذي يحدده الخبراء والاختصاصيين من الأطباء، ويتخذة 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 تأخير 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.

فعل سبيل المثال إذا تقدم مريض بالأعراض والعلامات الوصفية لالتهاب الزائدة الدودية الحاد مع الاختبارات العملية 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 بحجم وفداحة الضرر الذي حدث للمريض، ومدى جسامته إهمال الطبيب.

أما 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 حكماً 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 بأنها أمور متوقعة لا يمكن اجتنابها في معظم الأحوال، مثلما يحدث في جميع جوانب الحياة الأخرى مثل حوادث الطرق والسيارات والحرائق وحوادث الصعق الكهربائي والسقوط من الأماكن المرتفعة وغير ذلك من الحوادث اليومية الشائعة.

### المسؤولية 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.

وتحدد قوانين العقوبات الأفعال المحرمة التي يخضع مرتكبها للجزاء ومنها مثلاً الإجهاض الإجرامي أو علاج المريض دون إذنه أو إذن وليه.

وقد يواجه الطبيب الاتهامات الجنائية أمام القضاء التي تخضع لقانون العقوبات في أحوال عديدة مثل "عدم الإبادة العمدي بحياة أو سلامة المريض" أو "القتل بسبب الإهمال الإجرامي" أو "القتل من الدرجة الثانية" أو "القتل غير العمدي" أو "القتل العمدي" في أحوال نادرة جداً.

و يجب الإشارة أخيراً إلى أن الطبيب الذي يتصرف بفهم وثقة ومسئولية ويقوم من ضميره حارساً بقطاً على سلوكه ويضع مصلحة المريض دائماً أمامه لا يجب أن يخشى الاتهامات بسوء ممارسة المهنة أو



قانون العقوبات ، أما إذا أهمل واجباته في اعتبارات السلامة لرضاه أو تعمد إصابتهم بالضرر فيجب عليه حينئذ أن يتحمل تبعاته ومسئوليته ويواجه الاتهامات.

## الأجور الطبية

جرت العادة على مر التاريخ وفي مختلف المجتمعات والثقافات على أن التداوي ودفع الأجر للطبيب هي مسؤولية فردية يتحملها المريض وذويه، ولذلك أصبح حق الطبيب في أن يتلقى أجراً نظير عمله أمراً مقبولاً بما يكفل للطبيب العيش الكريم الذي يتناسب مع ما يكتفه المجتمع من تقدير لأهمية عمل الطبيب ومكانته.

وتقدير الأجر متروك للطبيب ومشروط برضا المريض وعلمه به مسبقاً، 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 ومساعدته، ولا يتقاضى منهم إلا التكاليف الفعلية لوسائل التشخيص والعلاج، ولكن يتقاضيه أجوراً منهم وخصوصاً في بعض الحالات التي يرغبون هم في دفع الأجر 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 التأمين وغيرها فإن الأساس في الأمر يبقى واحداً، وهو أن على المجتمع أن ينظم بآية 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 كبتها 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 رفقده في المستشفى أو بتعجيل ذلك وتجاوز قائمة الانتظار، أو الحصول على قرار طبي أو إجازة مرضية تعتبر كذلك رشوة وتتناقض مع قواعد وأداب المهنة.

(٣) تقاسم الأجر ، 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 أيضاً عمل شانن 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 ، وتقاضى 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 لتأكيد التشخيص أو استبعاده ، أو لطلب الطمانينة واليقين إلى نفس المريض لضمان نجاح العلاج هو كذلك أمر مرفوض أخلاقياً ،

- 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 الجاورة 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 الصيدلة 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 محضوف بالشبهات بدأت المهنة الطبية توجه إليه الأنظار وتعتبره رشوة فاضحة لا يبقها إلا التسر 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 كفي عنق الرحم أو إزالة أكياس المبيض الوظيفية ، وغيرها من العمليات مع إيهام المريض بأن الآمه وأعراضه ناتجة عنها ، وأن شفاؤه سوف يتحقق بإزالتها ، بالرغم من أن الهدف الرئيسي من وراء إجراء تلك العمليات هو جني المال.



# الباب الخامس

## المشاكل الأخلاقية

### في قضايا التناسل الإنساني

لما تؤذن الدنيا به من صروفها  
يكون بكاء الطفل ساعة يولد  
والإفما يُبكره منها وأنها  
لأرخبب بما كان فيه وأرغذ  
إذا أبصر الدنيا استهل كأنه  
بما سوف يلقي من أذاها يهدد  
وللنفس أحوال تظن كأنها  
تشاهد فيها كل غيب سيشهد  
ابن الرومي

## 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 وثقافتها ودرجة اعتناقها 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.

### الإجهاض Abortion

تضمن قسم أبقراط نصاً يحرم على الطبيب ممارسة الإجهاض وأنت بعده الشرائع السماوية جميعها بتحريم الإجهاض استناداً إلى حرمة الحياة الإنسانية وقدسيتها في جميع صورها وأطوارها.

و لكن التغييرات الاجتماعية التي شهدتها العالم في النصف الثاني من القرن العشرين وخصوصاً 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 مؤثراً 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 للتطرفون 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 مسؤولة يمكن أن تعرض فيها حياة الجنين للخطر كإدمانها الكحول أو المخدرات مثلاً فيجب احتجازها لعالجتها 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 وحرمتها الذاتية بطريقة صارخة ولا يمكن تبريرها من الناحية الأخلاقية.

كما أن هذه النظرة المتطرفة تتسم بالنفاق لأن المتحمسين لها يبذلون جهوداً فائقة لإنقاذ عند محدود من الأجنة ، ولكنهم لا يبالون بعد ذلك بالآلاف الأطفال الذين يملنون أحياء المدن الفقيرة والقرى ويعيشون في أوضاع مزرية.

وهناك تيار معتدل بين المعارضين للإجهاض يناهض 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 خطراً مؤكداً على حياتها.

كما يوافق هذا التيار المعتدل على الإجهاض إذا كان الحمل يشكل ضرراً على صحة المرأة الجسدية أو العقلية أو النفسية ، أو إذا كانت المرأة غير متروجة بما يشكله الحمل من وصمة عار أبدية عليها وعلى أسرتها وعلى وليدها ، وكذلك في الحمل الناجم عن الاغتصاب أو الفسق بالمحرم.

ويضع هذا التيار المعتدل المعارض للإجهاض حدوداً للمراحل المختلفة من الحمل التي يكون الإجهاض فيها مقبولاً اعتماداً 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 أساساً على مبدأ الحرية الذاتية للأفراد وأن للمرأة الحق في حرية التناسل ، وحرية اتخاذ القرار ، ولها الحق في الخصوصية الذي يجعل الحمل شأنًا فردياً خاصاً 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 "شخصاً" أي ليست له الكينونة الشخصية الإنسانية أو الوضعية الأخلاقية التي تعطيه الحق في الحياة ، بل هو مجرد كائن يحمل الصفات الكامنة لكي يصبح "شخصاً" في المستقبل إذا ما سمح له بذلك بناءً على اعتبارات أخلاقية سليمة.

ومتلماً 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.

ويذهب 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 :

وأما من الناحية القانونية فقد حدثت تغييرات كبيرة في القوانين في مختلف البلاد وأصبح 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.

وقد كانت القوانين المعتمدة على مفاهيم الكنيسة الكاثوليكية تعتبر الجنين كأننا حياً منذ لحظة إخصاب البويضة وتحرم الإجهاض بشكل قاطع وتعتبره اعتداء على نفس بشرية كاملة الحقوق وجناية يعاقب عليها القانون.

ثم أخذت قوانين بعض البلدان بتعريف الطب الحديث لحيوية الجنين Viability وهي أن الجنين لا يعتبر كأننا حياً إلا إذا تعدى مرحلة الحيوية وهي المرحلة التي يمكن للجنين أن يعيش بعدها منفصلاً عن أمه وتقدر بثمانية وعشرين أسبوعاً.

وأصبح 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 تعتمد عليها منظمة الصحة العالمية في تعريف الإجهاض.

ثم أدخل تعديل آخر على القانون أصبح يعطي المرأة حق الإجهاض إذا كان الحمل يشكل خطراً 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 اجتماعياً.

أما 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 يجري فيها إنقاذ 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 أثارت جدلاً واسعاً في أوساط الرأي العام والمجتمع بين مؤيدي حق الحياة (أي معارضي الإجهاض) ومؤيدي حق الاختيار (أي مؤيدي الإجهاض) واستمرت لسنوات عديدة وصدر الحكم فيها عام ١٩٧٣ م، وكانت رو قد رفعت القضية ضد ولاية تكساس تطعن في دستورية قانون الولاية الذي يحرم الإجهاض.

وقد استندت المحكمة في قرارها على النص الدستوري الذي يكفل الحرية لجميع المواطنين ورات أن الخصوصية هي أحد المكونات الرئيسية للحرية الشخصية.

و قررت المحكمة أن " الحق في الخصوصية " Right to Privacy يمنح المرأة " الحق في الاختيار " Right To Choose وبالتالي الحق في الإجهاض.



لكن حق المرأة في الخصوصية وبالتالي في الإجهاض ليس مطلقاً بل هو مقيد في حدود معينة تعتمد على مدة الحمل ودرجة تطور ونمو الجنين.

و قررت المحكمة أن حق المرأة في الإجهاض يكون مكفولاً للمرأة في الأشهر الثلاثة الأولى للحمل بدون تدخل السلطات الحكومية.

أما 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.

ومنذ صدور ذلك الحكم أبحاث ممارسة الإجهاض في معظم الولايات الأمريكية لكن الجدل والخلاف والشقاق لم يتوقف واستمر النزاع بين مؤيدي حق الاختيار الذين حققوا انتصاراً ضخماً 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 المرأة في الإجهاض القائم على الحق في الخصوصية الذي يكفله الدستور لا يعني أن يصبح الإجهاض مكفولاً على نفقة الدولة وعلى حساب المجتمع والمواطنين دفع الضرائب.

و عاد المؤيدون لحق الاختيار والإجهاض إلى التنبيه إلى الخلل الكبير الذي أحدثه القانون الأخير فطالبوا أن الدستور لا يعارض حق المرأة في الإجهاض فهل من الحكمة أخلاقياً واجتماعياً 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 (١٣٠ يوم).

و إسقاط الجنين قبل نفخ الروح فيه - أي قبل مرور أربعة أشهر على بداية الحمل - قد أباحه بعض الفقهاء للضرورة وحرمة آخرون.

و إذا أسقط الجنين بعد نفخ الروح فيه عمداً وحب فيه القصاص وإذا كان خطأ وحببت فيه الدية والكفارة.

كما أباح كثير من الفقهاء المعاصرين استئصال الطمث بالأدوية الهرمونية أو 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 شراً ويرتكب أهون الضررين".

أما إجهاض الجنين المشوه (نتيجة تعاطي الأدوية أو التعرض للأشعة مثلاً) أو الجنين المصاب بعرض وراثي غير قابل للشفاء فهو أمر لم يناقشه الفقهاء القدماء لأنه لم يكن معروفاً فقد أحازه بعض علماء المسلمين للعاصرين وأخذت به بعض الدول الإسلامية فعدلت قوانينها وأباحت إجهاض الجنين المصاب بالمشوه أو المرض الوراثي ولكن فقهاء آخرون ينكرون ذلك ويعارضونه.

### منع الحمل والتعقيم Contraception & Sterilization

تختلف المجتمعات العاصرة في هذا المجال اختلافاً عظيماً حيث نجد أن وسائل منع الحمل وتحديد النسل تمارس بشكل واسع في المجتمعات الغربية المتقدمة إلى درجة باتت تقلق بعض هذه الدول لأنها أصبحت 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 محدوداً بالرغم من حاجة هذه المجتمعات الشديدة إلى وضع حد للتزايد الهائل في أعداد السكان فيها والذي أصبح عائقاً من أكبر العوائق أمام تحقيق التقدم الاقتصادي والاجتماعي في هذه المجتمعات.

ولقد استطاعت الهند مثلاً أن تحقق قدراً كبيراً 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 والتنقيف الصحي بالإضافة إلى وسائل الترغيب والتشجيع بما فيها الكفالات المالية التي تدفعها الحكومة لكل شخص يخضع لعملية 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 وحقوقهم في تقرير المصير الذاتي مما أحدث ممارسات غير إنسانية مثل واد البنات.

وتبيح الشريعة الإسلامية استخدام جميع وسائل منع الحمل المؤقتة مثل حبوب منع الحمل وحسن منع الحمل واللولب داخل الرحم وغيرها من الوسائل الحديثة وذلك بناءً على موافقة الزوجين استناداً إلى إباحة العزل (وهو قذف المنى خارج الرحم) إذ جاء في الصحيحين عن جابر : "كنا نعزل ورسول الله بين ظهرانيها والقرآن ينزل فبلغ ذلك رسول الله فلم ينهنا".

و يوافق معظم الفقهاء على وسائل منع الحمل إن كان يخشى على حياة الأم أو سلامتها من الحمل مثل إصابتها بالأمراض المزمنة كأمراض القلب وارتفاع ضغط الدم وأمراض الكلى والكبد وغيرها.



كما يوافقون على جواز للباعدة 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 وبراغي 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 Sarrogate 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<sup>(١)</sup> ، إلا أنها سرعان ما انتشرت خلال سنوات قليلة ليصبح لها العديد من المراكز في كل أنحاء العالم ونالت نجاحا فائقا.

وتنفيد 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 تعاقب 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 كالعتاد.

ولما 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 النشطة للتبويض ، والحصول على عدد كبير من البويضات مرة واحدة ، وإخصابها بعني 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 أحد 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 قتلا للنفس أو يشبه الإجهاض، وكذلك شرعية استخدامها في الأبحاث العلمية.

(٢) وضمن فرص أكبر في نجاح الإنجاب تم تطوير الطريقة بنقل الأمشاج إلى داخل قناة فالوب (G I F T) Gamete Intra - Falloplan Transfer أو بنقل البويضة للمخصبة (الزيجوت) إلى داخل قناة فالوب (Z I F T) Zygote Intra - Falloplan Transfer 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 بعنق الزوج خارج الرحم بالطريقة المعتادة ، وبعد ذلك ينقل الجنين إلى رحم امرأة أخرى متبرعة أو مستأجرة وهو ما يعرف بالأم المستعارة (Surrogate mother).

وقد 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 شأن 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.

ولكن المشاكل الأخلاقية والتشريعية والقانونية التي نشأت في هذا المجال نتيجة الوسائل التكنولوجية الجديدة في علاج العقم والتناسل الإنساني كثيرة جداً ولكل منها جوانبها المختلفة وتعدد فيها الآراء ويشد 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 ينور 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 الفائض (المني والبويضة) في بنوك المني وبنوك البويضات.
- مصير الأجنة المجمدة Frozen Embryos
- مدى أخلاقية وشرعية التخلص منها، الوقت الملائم لتقرير مصيرها، من الذي يمتلكها وبحق 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 الأطراف 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 آفاقاً جديدة لم تتضح بعد حدودها وكثير من مجالات التطبيق المحتملة تثير جدلاً واسعاً 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 الناغور Haemophilia وغيرها .

أما استخدام الهندسة الوراثية لتحسين الصفات الوراثية المختلفة لدى الأفراد أو لدى الأجنة مثل الطول أو الذكاء أو الذاكرة وغيرها ، فإن الآراء تتفق في الوقت الحاضر على رفضها لما قد ينجم عنها من المخاطر المجهولة من الناحية الطبية والاجتماعية وفسادها من الناحية الأخلاقية.

### الاستنساخ الإنساني Human Cloning :

وقد بدأت أفاقه تظهر في الفترة الأخيرة وخاصة بعد تطبيقه بنجاح على الحيوان واكتمال مشروع الجينوم الإنساني مما أثار قلقاً شديداً في أوساط المجتمعات وبدأ 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.

أما استخدام المني من متبرع أو واهب مثلما يحدث في البلاد الغربية فإنه محرم شرعياً 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 شرعاً وتبيح قوانين البلاد الإسلامية كلها ممارستها وإن كان بعض الفقهاء لا يزالون يتحرجون من الموافقة التامة ويضعون الشروط لضمان بقاء العملية بعيدة عن كل شبهة.

وقد 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 استنبيات الجنين في الرحم الظنر 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 اللقحة في رحم الزوجة الأخرى للزوج نفسه إن كانت قد وافقت برضاها واختيارها على حمل الجنين في رحمها نيابة عن ضربتها 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

### واقتراب الأجل و الاحتضار

"الموت أمامي اليوم :

كشفاء الرجل المريض،

أو كالمخرج إلي الحديقة بعد المرض.

الموت أمامي اليوم :

كشدًا المرء ،

أو كرائحة أزهار اللوتس .

الموت أمامي اليوم :

كتدفق السيل الجارف،

أو كرجوع المحارب إلي بيته.

الموت أمامي اليوم :

كاشتياق المرء إلي وطنه ،

بعد أن قضى السنين في الأسر.

شاعر فرعوني قديم



## الموت

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 واداء العمليات الحيوية المترابطة".  
 وتشمل العمليات الحيوية وظائف متعددة مثل الوعي والإدراك للذات والمحيط وتنظيم التنفس وغيرها ..

والدورة الدموية ودرجة حرارة الجسد وغيرها ..  
 أما من الناحية الدينية فإن مفهوم الموت واضح بطريقة قاطعة وهو مفارقة الروح للجسد. وقد نظر البعض إلى الموت كعملية مستمرة بدليل استمرار نمو الشعر والأظافر لمدة ٢٤-٤٨ ساعة 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 التمهيص العلمي الدقيق.

فللموت على مستوى الخلية والأنسجة عملية تدريجية وتعرف بعملية الانحلال ، وهي تختلف بصب قلرة 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.  
 وبالرغم 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 مستخدماً في الوقت الحاضر في أغلبية حالات الموت المعتادة.

ولكن هذا المعيار لم يعد صالحاً بصورة مطلقة في جميع الأحوال في الوقت الحاضر نتيجة لتطور علاج الدعم لوظائف القلب والتنفس.

فعلى سبيل المثال فإن فقد وظيفة التنفس لدى مريض يعاني من شلل الأطفال لا يعني الموت لأن أجزاء التنفس الصناعي يسمح له بالحياة بشكل طبيعي .

وبالمثل فإن استمرار وظائف القلب والتنفس في الحالة النباتية الدائمة لا يعني الحياة لأن الجسد لم يعد يعمل كوحدة متكاملة .

ومن للاخط 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 الدماغى BRAIN DEATH

في الحقب الأخيرة استقر مفهوم الموت الدماغى<sup>(١)</sup> كمحدد طبي لحدوث الموت وأصبح امراً راسخاً من الناحية الطبية والأخلاقية والقانونية ومقبولاً على نطاق واسع داخل المجتمعات الغربية.

والموت الدماغى مفهوم طبي حديث لم يتم إدراكه إلا منذ ٤٠ عاماً فقط ، واستقر كمفهوم طبي وقانوني منذ ثلاثين عاماً ، 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 تحديداً 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 معارضة 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 مخددة ومحل إجماع واتفاق عام من كافة للرجعات الطبية الكبرى في هذا المجال .

وينتج موت جذع الدماغ عادة من الإصابات الرضية للدماغ في حوادث الطرق والصدمات الشديدة والسقوط والإصابة بالطلق النارية .

ويكون الجزء المصاب بشدة هو جذع الدماغ الذي يتحكم في الوظائف اللاإرادية لجسم الإنسان وخصوصاً مراكز التنفس . ويمكن المحافظة على حياة المريض بوسائل التنفس الاصطناعي ووسائل دعم الحياة الأخرى .

وبستحيل 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 أي إدراك للذات أو المحيط وليس لديه أي إحساسات ولا أي نشاط عضلي أو حركي تلقائي في الأطراف ، ولا يمكن أن تحلت للمريض اختلاجات أو تشنجات .

(١) الخ Cerebrum ويتكون من نصفي الكرتين المخيتين اليمنى واليسرى . Right and Left Cerebral Hemispheres - الخيخ Cerebrum  
جذع الدماغ Brain Stem

- الدماغ Brain ، ويتكون من الخ والخيخ وجذع الدماغ .



- لا يوجد أي نشاط تنفسي على الإطلاق ولا يمكن أن تحدث تهوية الدم إلا بالتنفس الاصطناعي وأن تم إيقاف أجهزة التنفس الاصطناعي فإن القلب والدورة الدموية تتوقف خلال ساعات عادة أو أيام .

- يظل القلب يعمل في استمرار الدورة الدموية ولذلك فإن الجسم يحتفظ بدرجة حرارته ولا تحدث برودة الموت المعتادة في الموت القلبي التنفسي ، كما يظل لون الجلد طبيعياً 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 الألية بحركات في عضلات الوجه أو الأطراف .

- يصبح تخطيط الدماغ الكهربائي مسطحاً ولا يظهر أي نشاط كهربائي للدماغ، كما أن الدراسات الاستقلابية Metabolic Studies لا تظهر أي عمليات استقلابية في الدماغ .

### معايير موت جذع الدماغ (الاختبارات التأكيدية) :

- يجب أن يقوم بالاختبارات التأكيدية 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 48 ساعة .

وقد قامت لجان طبية عديدة في البلاد الغربية بوضع معايير موت جذع الدماغ روعي فيها اتخاذ أقصى تدابير الحيلة والحذر لتجنب حصول الخطأ في التشخيص، وأهم هذه المعايير هي ما يلي :-

(1) غيبوبة عميقة بدون أي استجابة لأشد أنواع المنبهات .

(2) لا توجد أي حركة خلال المراقبة لمدة ساعة كاملة .

(3) عدم وجود أي منعكس عصبي وخصوصاً 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

(4) اختبار انقطاع التنفس : يعطى المريض الأكسجين 100% لمدة عشر دقائق ثم يفصل جهاز التنفس الاصطناعي عنه ويراقب لمدة عشر دقائق .

ويصبح الاختبار إيجابياً إذا تأكد عدم وجود أي حركة تنفسية تلقائية ولا حتى شهقة تلقائية صغيرة واحدة .

واختبار انقطاع التنفس هو الاختبار التأكيدي الحاسم الذي يقطع بموت جذع الدماغ (5) يجب إعادة جميع الاختبارات السابقة بعد 24 ساعة .

وتشترط بعض المعايير أن يكون مخطط الدماغ الكهربائي مسطحاً أي مستويًا 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 نون 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 للتمكن من الحصول على أعضاء بشرية صالحة للزرع أو للزرع للمرضى مثل القلب والرئتين والكبد والكلية 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 ويفتقروا أو يقتنع ببقين أن المريض الذي يظل قلبه نابضا ونبضه محسوسا وجسمه محتفظا بحرارته الطبيعية ولا يبدو عليه شحوب الموت العتاد 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 للشرايع السماوية وكذلك الاختلافات الثقافية بين الشعوب المختلفة .
- (٤) عدم التفريق بين موت جذع الدماغ Brain 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، وينور 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 بيان موت جذع الدماغ يعتبر موتاً مثل فرنسا وإيطاليا وإسبانيا وأمريكا والمملكة العربية السعودية (حوالي ٥٢ دولة).

أما في بعض الدول مثل بريطانيا فقد أصبح موت الدماغ مفهوماً راسخاً طبياً ومقبولاً اجتماعياً بشكل لم يعد فيه بحاجة إلى قوانين أو تشريعات .

وتقرر القوانين بأن موت جذع الدماغ مفهوم طبي يقع ضمن مجال التشخيص الطبي الذي هو امر في يد الطبيب وحده وليس للأهل أن يعترضوا على ذلك وإذا رفض الأهل الموافقة على إيقاف أجهزة التنفس الصناعي وقام الأطباء بإيقافها ضد رغبة الأهل وإرادتهم فإن ذلك لا يعتبر فعلاً مخالفاً للقانون ولا يمكن أن يخضع الأطباء للمساءلة القانونية .

ولكن العادة جرت بأن 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 فإن الموقف من الناحية الأخلاقية والقانونية واضح ومحدد العالم في الدول المتقدمة التي تقر قوانينها مفهوم الموت الدماغى لأن موت جذع الدماغ هو تشخيص طبي ولذلك فإن إيقاف أجهزة التنفس الصناعي هو كذلك قرار طبي محض .

كما أن من المقرر أخلاقياً 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 الصابين بنفس حالته .

ولكن الموقف قد يصبح معقداً إذا كان أهل المريض يرفضون مفهوم الموت الدماغى ولا يعترفون به على أسس دينية (خصوصاً اليهود الأرثوذكس)، فالأطباء والعاملون الصحيون في أقسام العناية المركزة يجدون أنفسهم في موقف صعب، لأن استمرار العلاج غير المجدي ضد قناعة الأطباء، لشخص يعترونه في عداد الموتى، يستنفد جهودهم ويشكل عبئاً على الموارد الشحيحة يتناقى مع مبادئ العدالة التوزيعية ويحرم في نفس الوقت مريضاً آخر في حالة حرجية، وفي حاجة إلى عنايتهم، ولكنه لا يجد السرير لأن ميته يحتل مكانه، وهم يعالجون ذلك الميت مدركين لعدم جدوى جهودهم، وأنهم يفعلون ذلك لجرد إرضاء الأهل وكسب ودهم .

بل أن بعض الأطباء يعتقدون أن استمرار العلاج بعد موت جذع الدماغ لا يعتبر عديم الجدوى ومرهق التكلفة فحسب، ولكنه أيضاً لا يحقق المصلحة العليا للمريض، ويعتبر انتهاكاً للكرامة الإنسانية للفرد، لأن استمرار العلاج في هذه الحالة من أجل إرضاء أهله وكسب ودهم ورضاهم يعتبر عملاً منافياً 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 إلى حل وسط يرضى جميع الأطراف مثل تقديم العناية المحدودة للمريض .

وتتمثل العناية المحدودة في الاستمرار في تقديم التنفس الاصطناعي والسوائل الوريدية، والتوقف عن أي نشاط علاجي آخر مثل التغذية الاصطناعية ونقل الدم والمضادات الحيوية، ووسائل تدعيم نشاط الكليتين والدورة الدموية، وعدم القيام بأي 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 ايام قليلة .

### موت الدماغ في المجتمعات العربية والإسلامية

كثير من الفقهاء المعاصرين يميلون إلى عدم اعتبار موت الدماغ موتاً شرعياً والبعض منهم يرفضه بشكل قاطع والقليل منهم يوافق عليه .

ومن الملاحظ أن كثيراً من الفقهاء الذين يرفضون موت الدماغ كمحدد شرعي للموت يتبعون في كثير من أخطاء الاستدلال تدل على عدم استيعاب المفهوم بشكل صحيح ويتمسكون بمفاهيم الموت التقليدية بشكل يدل على عدم التعامل مع العطيات 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 ، وإن غياب هذه المظاهر غياباً كاملاً يدل على مفارقة الروح للجسد .

وكذلك فإن الروح لا تظل ملازمة للجسد إلا بمقدار صلاحيته لخدمة الروح .

فالجسد الإنساني ليس إلا مجعاً 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 صالحاً لسريان الروح فيه ، فترحل عنه بإذن ربها .

وكنتيجه على ذلك فان لحظة موت الدماغ يمكن اعتبارها لحظة مفارقه الروح للجسد، أي ان موت الدماغ يعني موت الإنسان شرعاً، وليس هناك أي تناقض بين المفهوم الديني الشرعي للموت والمفهوم الطبي لموت الدماغ بل إن هناك تكاملاً بين المفهومين .

وقد أصبحت غالبية الاجتهادات الفقهيّة في الحقب الأخيرة تجمع على أن لا حرج على الطبيب ان قرر إيقاف أجهزة الإنعاش الصناعيّة عن المريض المحتضر الذي يكون سفاوّه في حكم الميتوس منه، ولا يعد ذلك قتلاً له ولا تسبباً بموته .

كما أجاز ذلك المجمع الفقهي الإسلامي في دورته المنعقدة في عمان في عام ١٩٨٦م حيث قرر بالأغلبية بأنه يسوغ رفع أجهزة الإنعاش المركبة على ميت الدماغ وإن كان بعض الأعضاء لا يزال يعمل ألياً بفعل تلك الأجهزة .

ولكن فريقاً من الفقهاء المعارضين لمفهوم الموت الدماغى لا يزالون يعارضون إيقاف أجهزة الإنعاش ويفررون وجوب استمرار جهود العلاج لإنقاذ حياة المريض مهما طالّت .



### 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 ويقيم الثاني على مبدأ الموافقة المفترضة Presumed Consent.

وفي الدول التي تعتمد على نظام الموافقة المعتادة (مثل أمريكا وبريطانيا والمانيا وهولندا) فإن لقانون يحتم الحصول على إذن الشخص في وصية يكتبها قبل وفاته يوافق فيها على التبرع بأعضائه، وإذا لم يكن الشخص قد أعلن رايه 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 عر 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 فان لم يعترض الأهل نفذ ذلك ولا يطلب من الأهل الموافقة على الاستقطاع.

ويحتج المؤيدون لنظام الموافقة المفترضة والمزايا الكبيرة التي تتوفر فيه بالأمر التالي:

- ١) أنها تجعل التبرع بالأعضاء إجراء اعتياديا (روتينيا) ولا تتطلب من الأهل اتخاذ قرار الموافقة وتحمل المسؤولية في الظروف العصيبة للوفاة، وبالتالي فإن احتمال اعتراض الأهل على إجراء اعتيادي (روتيني) أقل من احتمال موافقتهم على إجراء غير اعتيادي.
- ٢) أنها 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 الدين 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 المعارضون 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 كثيراً 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 المسؤولية على عاتقه، ولكن أحدا منهم لا يكون مستعداً لمعارضة الاستقطاع عند ما يتم إبلاغهم بذلك على اعتبار أنه إجراء اعتيادي يجري 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 . وفي حالة تطبيقي 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 مطلوباً من الأهل للواقفة على استئطاع الأعضاء ولا يستطيع أحد منهم الاعتراض على رغبة التوفى وفي ذلك إبعاد للأهل عن محنة اتخاذ القرار في الأوضاع المزعجة المحيطة بالموت.

كما أن ذلك سوف يرفع الحرج والعبء النفسي عن الأطباء الذين يقومون بطلب موافقة الأهل على التبرع بالأعضاء في ظروف الموت والفقء والشكل التي تثقل قلوبهم ، بالإضافة إلى أنه سوف يمنع تأخير 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 استئطاع الأعضاء ونقل الأعضاء وغرسها للمرضى وترفض قبول المفاهيم الطبية الحديثة مثل موت جذع الدماغ الذي يسهل الحصول على أعضاء صالحة للغرس .

### الرأي الفقهي في استئطاع وغرس الأعضاء :

كان الرأي الفقهي السائد في الماضي، الذي ينال إجماع الفقهاء هو أن استئطاع عضو من الميت أو الحي أمر محرّم شرعاً لأن الإسلام يكرم الإنسان حياً كان أو ميتاً، كما يحرم الإسلام التلثة بالميت، ويأمر بسرعة دفن الميت للحفاظ على كرامته.

لكن التطورات الحديثة التي نشأت خلال الحقب الأخيرة وأهمها غرس الأعضاء ومفهوم الموت فدلناي قد أوجب على الفقهاء الاجتهاد أمام مشاكل واحتياجات المجتمعات الإسلامية المعاصرة مثل غيرها من المجتمعات.

وقد أصبح الرأي الغالب لدى معظم الفقهاء المحدثين هو إباحة استئطاع عضو من حي أو ميت من أجل غرسها في جسد مريض لإنقاذ حياته، إذا ثبت أنه لا توجد وسيلة أخرى للعلاج .

وقد اعتمد الفقهاء في الإباحة على قاعدتين فقهييتين راسختين :

(١) "الضرورات تبيح المحظورات" ؛

ولما 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 يأنم المسلم إذا تركه.

(٢) "إذا تعارضت مفسدتان روعي أعظمهما ضرراً وبختر أهون الشرين أو أهون الضررين" ؛

وبناء على ذلك فإن حرمان المريض الحي المشرف على الهلاك من العلاج الضروري له أشد ضرراً من استئطاع العضو من شخص آخر لإنقاذ حياته أو من انتهاك حرمة الميت.

وقد أفتى الفقهاء أيضاً بجواز غرس الكلية بالرغم من إمكانية المعالجة بأجهزة الكلية الصناعية اعتماداً على القاعدة الفقهية ، " الحاجة تنزل منزلة الضرورة" .

واعتبروا المريض في مثل هذه الحالة في حاجة إلى غرس الكلية لأنها تسهل له العلاج وتقلل من مضاعفاته استناداً إلى قواعد التسهيل والتيسير الشرعية المعروفة.

وقد وضع الفقهاء بعض القيود على الاستئطاع مثل :

(١) لا يجوز أن يؤدي استئصال عضو من شخص حي لإنقاذ حياة مريض آخر إلى إصابة التبرع بالضرر لأن ، " الضرر لا يزال بمثله " .

(٢) لا يجوز الاستئصال إن كان قد ينجم عنه مفسدة عظيمة كالفتنة والاختلاف بين الأهل استناداً إلى القاعدة الفقهية ، " درء المفسد مقدم على جلب المصالح " .

و قد صدرت فتاوى كثيرة لجهات فقهية إسلامية عديدة بجواز استئصال وغرس الأعضاء وجواز التبرع بالأعضاء من الأحياء والأموات مثل المفتي الأكبر لمصر وهيئة كبار العلماء في السعودية ، والجمع 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 تملك بهدف الربح والكسب ولا يجوز ذلك شرعاً ، أما التبرع أو الهبة فجائز لأن القصد منه هو الغوث والتجدة .

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 وخصوصاً كبرى الدول العربية وأهمها وهي مصر التي توقفت فيها مؤخراً عمليات غرس القرنية بالرغم من أنها كانت قد أصدرت قانوناً 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 استئصال 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 استئصال الأعضاء من الأموات والأحياء ، وبالتالي يرفضون عمليات نقل الأعضاء وذلك فيما يعتقدونه غير جائز شرعاً 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 شرعاً ، وكذلك فإن نقل الأعضاء من ميت إلى حي غير جائز لأن الموت الدماغي غير معترف به شرعاً ، 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 أيضاً ، بل هو أولى وأسبق من الهبة ، لأن البيع هو التصرف السائد والمعتاد فيما يملكه 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 ونسبها دائمة لأننا يجب ان نفرقها عن الحالة السابقة لها وهي " الحالة النباتية المستمرة " Persistent Vegetative State وهي مؤقتة وان 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 لية 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 يبتمس أو يبكي ويذرف الدموع ، وقد ينن 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 يفرغ 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 تلف الدماغ في كل منهما، ويمكن إجمالها في ما يلي ،

- (١) إصابات الدماغ الحادة .
- (٢) الإصابات الرضية ، وأهمها حوادث الطرق والسقوط والطلقات النارية وتصل نسبتها إلى ٥٠% من الأسباب .
- (٣) توقف القلب والتنفس لأي سبب مثل احتشاء العضلة القلبية
- (٤) اختناق الوليد أثناء الولادة المتعسرة .

- ٤) نوبات هبوط ضغط الدم المديدة .  
 ٥) الفرق .  
 ٦) الخنق Throttling ، والاختناق Suffocation ، والشنق Hanging والانشقاق Strangulation .  
 ب) الإصابات الوعائية الدماغية ، وهي مسنولة عن ٢٠% من الحالات تقريبا كالنزف الدماغى Cerebral Haemorrhage واحتشاء الدماغ Cerebral Infarction والنزف تحت العنكبوتية Subarachnoid Haemorrhage .  
 - الإنذانات والأحماج الجرثومية والفيروسية السحائية والدماغية Cerebral and Meningeal Viral and Septic Infections .  
 - 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 الرأس Microcephaly وغيرها .

جدول مقارنة بين مواصفات موت جذع الدماغ والحالة النباتية الدائمة أو المستمرة

الحالة النباتية المستمرة أو الدائمة	موت جذع الدماغ		
غائب	غائب	الوعي وإدراك الذات والمحيط	١.
- لا توجد أي حركة ذات هدف . - توجد حركات في الجذع والأطراف تلقائية غير إرادية .	لا توجد أي حركة عدا بعض للانعكاسات الشوكية .	الوظيفة الحركية	٢.
لا يوجد	لا يوجد	الإحساس بالألم والمعاناة	٣.
موجودة	لا يوجد	دورات البهظة والنوم	٤.
طبيعي	متقطع تماما	التنفس	٥.
موجات ألفا البطيئة أو موجات دلتا وثيتا .	مسطح ولا يوجد أي نشاط دماغي كهربائي .	تخليط الدماغ الكهربائي	٦.
منخفضة إلى أقل من ٥٠%	لا يوجد	العمليات الاستقلابية الدماغية .	٧.
يختلف بشكل كبير ويعتمد على نوع السبب ودرجة الإصابة .	غير قابل للانعكاس	الإلذار أو لال	٨.

### الحالة النباتية المستمرة Persistent Vegetative State

هي حالة مؤقتة تسبق الحالة النباتية الدائمة، وكلمة المستمرة يعني أنها استمرت في الماضي والحاضر ولكنها لا تعني ما يحدث في المستقبل .



أما الحالة النباتية الدائمة فإن مصطلح الدوام يدل على دوام الحالة في المستقبل أي أنها إلى جانب كونها تشخيصاً طبياً فإنها تحدد أيضاً الإنذار المستقبلية أي المال والعاقبة وتدل على دوام الحالة وديمومتها وعدم قابليتها للانعكاس أو الشفاء .

ومعدل عمر المريض في الحالة النباتية الدائمة يمتد من سنتين إلى خمس سنوات وقد يستمر إلى أكثر من عشر سنوات في بعض الحالات .

والحالة النباتية المستمرة بعد الإصابات الرضية قد تستمر لمدة اثني عشر شهراً ومن النادر جداً استعادة الوعي بعد مضي هذه المدة .

أما بعد الإصابات الدماغية غير الرضية فإن استعادة الوعي نادر بعد مرور ثلاثة أشهر، 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 الرجعات الطبية لا تعتمد تشخيص الحالة إلا بعد مرور اثني عشر شهراً على الأقل، وتتحول الحالة النباتية المستمرة إلى الحالة الدائمة بعد انقضاء مدة طويلة تثبت فيها حالة المريض ولا يظهر عليه أي نكس أو تدهور حالته إلى الأسوأ ويتم الاقتناع بأن الحالة أصبحت غير قابلة للانعكاس .

ولا كان تشخيص الحالة يعتمد على انعدام الوعي بالذات والمحيط فإن صعوبات قد تنشأ في التشخيص وتؤدي إلى ارتباك المفاهيم ولذلك فإن أي شك في التشخيص تلزم الأطباء والمرضى والأهل بوجود ملاحظة الحالة بدقة وإعادة التقييم بعد فترة أخرى .

ويجب التأكيد على أن الحالة النباتية الدائمة هي تشخيص ترجيحي مبني على الاحتمالات وليس قطعياً أو مطلقاً في جميع الحالات، ولذلك فإن الخطأ في اعتبار علامات الدوام والنبات أمر وارد، وهي السبب الرئيسي في تحسن بعض الحالات بعد مرور وقت طويل مما يؤدي إلى حدوث قصص الشفاء والعجز التي تروج لها وسائل الإعلام 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 أو المستمرة أو غيرها من أسباب الغيبوبة لا يمكن أن يحدث في واقع الأمر لدى الأطباء لأن الطندات التشخيصية لموت جذع الدماغ واضحة ومحددة ويمكن البت فيها بصورة قاطعة خلال ساعات قليلة بينما يتطلب التأكد من تشخيص الحالة النباتية الدائمة شهوراً عديدة وربما سنوات قبل أن يتأكد الأمر بصورة يقينية .

وهناك رأي يعتقد به القليل من الأطباء وهو أن موت مراكز الدماغ العليا في الحالة النباتية الدائمة يعتبر موتاً مثل موت جذع الدماغ لأن المريض في مثل هذه الحالة يفقد كينونته الشخصية، وبالتالي فإن إيقاف القلب بالصدمة الكهربائية أو نزع أعضاء الجسم منه لا يمكن أن يعتبر مسبباً للموت .

والرأي السائد في مختلف الأوساط الطبية هو أن المريض في الحالة النباتية الدائمة لا يعتبر ميتاً، وفي الأغلب يستمرون في تقديم العناية الطبية والتمريضية التي تشمل التغذية الصناعية للإبقاء على حياته، وإن 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 أهل المريض في طلب إيقاف العلاج لتعكين المريض من الحق في الموت أو "الموت بكرامة" ، وقد أرسى ذلك في سابقة قضائية شهيرة في الأدب الطبي للمريضة كارين أن كوينلان في الولايات المتحدة الأمريكية .

### قضية المريضة كارين أن كوينلان Karen An Quinlan

إن حق المريض الراشد في رفض أي علاج أو التوقف والتخلي عن أي علاج بعد فترة من استمراره هو حق ثابت للمريض ومحل إجماع عام ولا توجد حوله أي خلافات ، ويستند ذلك على حق المريض في تقرير الصير 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 طال 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 أي رغبة مخالفة .

و كان الغالبية من أهالي مثل هؤلاء المرضى يعانون معاناة نفسية شديدة مصحوبة بالألم والحسرة إشفافاً على مرضاهم الذي يكون لهم الحب العميق وهم يشاهدونهم في تلك الحالة التي يعتقدون أنها تتنافى مع الكرامة الإنسانية ويتمنون لهم الموت دون أن يكون في استطاعتهم القيام بأي عمل يحقق لهم الراحة الأبديّة ويريحهم من العذاب المقيم .

و منذ عام ١٩٧٦م تبدلت هذه الممارسة بعد صدور الحكم في القضية التي رفعها والدا المريضة كارين أن كوينلان ضد المستشفى والأطباء الذين يصرون على الاستمرار في تقديم العلاج للمريضة التي كانت تعاني من الحالة النباتية الدائمة لفترة طويلة .

و قد أثارَت 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 نيو جيرسي 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 الاعتيادية Extra 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 اعتماداً على تقدير القرار الذي كانت سوف تتخذه لنفسها لو كانت قادرة على ذلك ، أو اعتماداً 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 أقر الحكم بصورة ضمنية " حق الفرد في الموت بكرامة " والتي كانت تنال تأييدا واسعا في اوساط المجتمع والرأي العام .

ومنذ صدور الحكم أصبحت الممارسة السائدة في التعامل مع مثل هذه الحالات تستند على حيثيات ذلك الحكم وتعطي لأهل المريض الحق في الامتناع أو التخلي عن العلاج لرضاهم العاجزين عن اتخاذ القرار لأنفسهم .

كما أنها 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 وأشهرها 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 أي أنهم 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 الرأي بين عامة الناس التي أظهرت أن الغالبية العظمى منهم يرون التوقف عن العلاج في مثل هذه الحالات ويؤيدون حق كل فرد في الموت الكريم .

وفي كلتا الحالتين قضت المحكمة بتأييد حق الأهل في طلبهم باستمرار تقديم العلاج ، وقد أدى ذلك إلى تفويض حق الأطباء في إيقاف العلاج غير المجدي إذا كان ذلك ضد رغبة أهل 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 أن 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 إلى 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 تبني داخله قرارات العلاج والرعاية الطبية للمريض عند اقتراب الأجل .

فمبدأ احترام الحرية الذاتية يلزم الطبيب بالصراحة وتقديم جميع المعلومات المتوفرة واستشارة المريض وأهله 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 بأي ضرر جسدي أو نفسي ومنها على سبيل المثال إخبار المريض أو أهله واقربائه ومصارعهم بحقيقة الحالة بطريقة قاسية فجأة أو بلهجة عنادية أو بصورة تؤدي مشاعرهم وأحاسيسهم أو 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 شأنه 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 ألا يميز بين المرضى لأي سبب من الأسباب ويجب أن ينال الجميع ما هو متاح لهم دون تفرقة من أي 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 وأن يظل حساسا تجاه مشاعرهم وأن يشد أزهم خصوصا في لحظات الوفاة، وتحمل أي غضب أو شطط في الأقوال أو التصرفات يمكن أن تصدر عن الأهل، والتعامل معهم بالصبر ورعاية الصدر .

ولعل المرضى والمرضات الذين يتواجدون قرب المريض أكثر من الطبيب يستطيعون تقديم مساعدة أكبر 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 الاستقبالي للعلاج والبدائل المطلوبة .



وتصبح مثل هذه الوصية المسبقة مقبولة وفعالة من الناحية الأخلاقية والقانونية .  
 ويساعد الطبيب المريض بتزويده بالمعلومات وإيضاح البدائل العلاجية المختلفة حتى يتمكن من وضع رغباته بشكل صحيح وبيّن 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 ملائماً لإرادته وحريةه 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 منقعة للمريض تفوق على الآلام والأضرار المحتملة ولا تتضمن نفقات مالية باهظة .  
 أما وسائل العلاج فوق الاعتيادية فهي تلك التي لا توفر فرصة معقولة لحدوث منقعة للمريض تفوق الأضرار المحتملة ، أو التي قد تسبب آلاماً وأضراراً ترجح على الفائدة المرجوة ، أو بتكاليف مالية باهظة .

وإذا كان احتمال المنقعة 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 وشرابين القلب والدماغ والكلية 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 إلى التكاليف المادية .

وبناء على تقدير هذه العوامل وغيرها فإن ما يعتبر علاجاً اعتيادياً لمريض معين قد يعتبر علاجاً فوق اعتيادياً لمريض آخر والعكس صحيح .

وهناك اتفاق عام على أن الامتناع أو التوقف عن وسائل العلاج فوق الاعتيادية لا يعتبر إخلالاً من الطبيب أو أسرة المريض بالالتزامات والواجبات الأخلاقية نحو المريض ، أما الامتناع عن الموافقة أو التخلي عن وسائل العلاج الاعتيادية فيعتبر إخلالاً بتلك الواجبات .

ولذلك فإن الامتناع عن الوسائل الداعمة للحياة بواسطة المريض أو من ينوب عنه أو طلب إيقاف هذه الوسائل بعد فترة من استخدامها يعتبر أمراً مقبولاً من الناحية الأخلاقية خضوعاً لمبدأ احترام الحرية الذاتية وكذلك مقر من الناحية القانونية الذي يحتم الحصول على الموافقة قبل الخضوع لأي إجراءات علاجية وبكفل للمريض الحق في رفض أية إجراءات لا يرغب فيها مهما كانت النتائج .

### الرعاية التلطيفية Palliative Care

في البلاد الغربية المتقدمة أصبحت الرعاية التلطيفية اختصاصاً قائماً بذاته ويقوم بها فريق من الأطباء ذوي الاختصاصات المختلفة مع المهن الطبية المساعدة الأخرى بحيث يلبي حاجات المرضى ويتعامل معها بأسلوب يحقق فوائد عظيمة للمرضى وأهلهم . وأهم الجوانب التي تشملها الرعاية التلطيفية ما يلي :

- ١) التقدير الحريص للحالة المرضية والتشخيص ومراقبة تطور الحالة والمضاعفات وما ينشأ عنها من تأثيرات على وسائل العلاج .
  - ٢) التواصل الجيد والتفاهم مع المريض وأهله مع إظهار مشاعر اللطف والرقّة والتعاطف والمشاركة الوجدانية وتقديم الدعم النفسي والعنوي 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 محتملاً ، وللأسف فإن الأطباء لا يزالون يحجمون عن استخدام المورفين ومشتقاته للسيطرة على الألم اعتماداً 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 مثلاً على مدار الساعة .
- ويمكن أن ندعم تأثير 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 التأثير المزدوج .

والأدوية الأخرى التي تساعد على تخفيف الألم هي :

- مشتقات المورفين الجديدة الفعالة عن طريق الفم والطويلة المفعول .
- المخدرات الوضعية (ليد وكابين مثلاً) عن طريق التسريب الوريدي البطيء للآلام العصبية .
- البيفوسفونات ، للآلام العظمية الناتجة عن الانتقالات السرطانية .
- المنبهات النفسية للتغلب على التأثير 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 ، والقىء ، والإمساك أو الإسهال وفقد الشهية وصعوبة التنفس والتهديان والقلق والأرق والاكتئاب وغير ذلك .



## قاعدة التأثير المزدوج Rule Of Double Effect

تنص هذه القاعدة على أن عملاً معيناً قد يكون له تأثيراً أولياً مرغوباً فيه وتأثيراً ثانوياً غير مرغوب فيه ولكنه أمر متوقع الحدوث ، وبالرغم من أن التأثير الثانوي المتوقع الحدوث أمر خاطئ إلا أنه ليس مقصوداً 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 مسبقاً ومتوقفاً لكنه لا يعتبر خطأ أخلاقياً لأن الهدف هو إزالة الرحم المصاب بالسرطان، والإجهاض نتيجة متوقعة ولكن ليس عملاً مقصوداً 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 والمهدنة والنومة حتى وإن كان الطبيب يعلم أن مثل هذه الجرعات قد تعجل بموت المريض .

ومثل ذلك لا يعتبر خطأ أخلاقياً 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 أخلاقياً ولا يعتبر ذلك مساعدة مقصودة على موت المريض .

وهذه القاعدة تميز بين أفعال الطبيب المقبولة أو المحرمة اعتماداً على نية الطبيب وقصدته وتحتكم بالتالي على الضمير وإذا أدت إلى اختلاف سواء كان أخلاقياً أو قانونياً 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 وخصوصاً مشتقات المورفين دون خوف من التعجيل بالموت كتأثير 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 خوفاً من التورط في التعجيل بالموت فإن هذه المسألة تعتبر أسطورة أكثر من كونها أمراً حقيقياً .

فلقد ثبت أن ما يمكن أن يعجل بالموت هو استخدام جرعة واحدة كبيرة ذات تأثير 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 مثلاً وبصورة مستمرة على مدار الساعة يحدث لدى المريض زيادة القدرة على تحمل هذه الجرعات وإثارتها المثبطة لمراكز التنفس بعد عدة أيام من استخدامها بحيث لا يبقى من فعلها إلا التأثير 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 السابق للرعاية الطبية ومناقشة عناصرها مع المريض وأسرته أثناء المراحل المبكرة من المراحل النهائية للمرض .

والهدف الرئيسي من ذلك هو تمكين المريض من اتخاذ قراراته العلاجية بنفسه مع توضيح رغباته وما يفضلها في كل مرحلة من مراحل مرضه ، وخصوصاً إذا أصبح عاجزاً عن اتخاذ القرار لنفسه ، ويمكنه تعيين وكيل عنه أو وصي يتخذ القرارات نيابة عنه .



ويؤدي ذلك إلى تخفيف الأعباء عن أهل المريض الذين سوف يواجهون اتخاذ القرار لمريضهم ، ويريدون أن يضمنوا تحقيق رغباته ، وما هو الأفضل لمصلحته دون أن يعاني المريض من فترة احتضار طويلة أو معاناة شديدة قبل الموت .

ويتطلب تخطيط الرعاية الطبية المسبقة لفترة اقتراب الأجل التواصل الجيد والتفاهم مع المريض وأسرته حول نوع الرعاية الطبية التي يعتبرها المريض مقبولة وملائمة له في المستقبل إذا ما أصبح عاجزاً عن اتخاذ القرار لنفسه ، ويمكن أن تدون رغبات المريض وافكاره في سجلاته الطبية ، أو الأفضل من ذلك أن تعد على شكل وصية طبية مسبقة مكتوبة تحدد فيها الأولويات والرغبات والاعتبارات التي يبني 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 المعدني 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 موافقاً على الأمر بعدم الإنعاش فيوثق ذلك سجلاته الطبية بحضور شاهدين ولا تقوم الهيئة الطبية والتمريضية بأي عمليات للإنعاش القلبي والتنفسي إذا حدث أي طارئ .

وأي مريض لا يوافق على " الأمر بعدم الإنعاش " يعتبر موافقاً عليه ، أما إذا كان المريض عاجزاً عن اتخاذ القرار فيجب مناقشة الأمر مع الأهل والحصول على موافقتهم على الأمر بعدم الإنعاش إن رأى الأطباء أن الإنعاش القلبي التنفسي قد يكون عبئاً ثقيلاً 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 فإن اتخاذ القرار للمريض من قبل أفراد الأسرة مهما كانت حالته لا يعتبر أمراً غريباً 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 نشاهد 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 كثيراً من الناس يفكرون أن الانتحار في مثل هذه الحالات قد يكون مقبولاً ، وارتفعت شعارات مثل " الحق في الموت بكرامة



لكني تناهض العديد من الممارسات الطبية والتكنولوجية التي تطيل حياة المرضى بشكل لا يجعل للحياة معنى سوى استمرار المريض في التنفس وقلبه في الخفقان ، والحفاظ على مظاهر الحياة بالوسائل الاصطناعية ، مما ينحدر بقيمة الحياة نفسها إلى المستوى النباتي ويهدر الكرامة الإنسانية للفرد ، ويشكل أعباء نفسية مؤلمة لأقارب المريض وأصدقائه ومحبيه ، إلى جانب التكاليف والأعباء المالية الراهقة .

وينال الجدل حول هذه المواضيع في البلاد الغربية اهتماما كبيرا على كل مستوى داخل المجتمع سواء في أوساط الرأي العام أو في الأوساط الطبية والقانونية والتشريعية والسياسية ، وتنشأ حول كل فكرة وجهات نظر عديدة لكل منها أسانيد 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

وهو 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

ويعرف أيضاً بالسماح بالموت "Allow to die" وهو التوقف عن العلاج الداعم للحياة مثل إيقاف أجهزة التنفس للسماح بحدوث الموت بصورة طبيعية .

ولم يعد هذا النوع يعتبر ضرباً من القتل الرحيم ولكنه أصبح معقولاً ومقبولاً على نطاق واسع ويمارس بصورة اعتيادية ، لأنه يعتبر توقف عن الجهود العلاجية غير المجدية .

#### (٣) القتل الرحيم الإرادي Euthanasia Voluntary

وهذا يتم بناء على طلب المريض وتحقيقاً لرغبته وخضوعاً لإرادته .

#### (٤) القتل الرحيم غير الإرادي Non Voluntary Euthanasia

وهذا يتم عندما يتخذ الطبيب القرار بذلك للمريض العاجز عن اتخاذ القرار مثل المريض القانق للوعي أو لصاب بعته الشيخوخة أو داء الزهايمر أو لدى الأطفال والمواليد .

#### (٥) القتل الرحيم اللاإرادي Involuntary Euthanasia

وفي 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

وفي هذه الحالة يوفر الطبيب للمريض المعلومات والوسائل اللازمة للانتحار ، ولكن فعل إنهاء حياة المريض يبقى بيد المريض نفسه ويؤديه هو بنفسه .

ومنها مثلاً أن 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 كمنصوح 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 ، وبمعم 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 وحرية الذاتيه باختيار الوقت والطريقة المناسبة لإنهاء حياته عندما يرى أنها أصبحت عديمة الجدوى ومنافية للكرامة الشخصية .

ويقول 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 المهنة 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 وأثما .

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 وأصدقائه من عواقب اجتماعية 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 ليس سريره الطبيعي الذي كان معتادا قبل توفر تلك الأجهزة ، أما 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 أن هذه الوسائل هي الكفيلة بتحقيق أفضل الصلحة وأعظم المنفعة للمريض الذي يعاني من المرض في مراحلته 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 ، وأن 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 من 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 لرضاهم أو لزملائهم حتى لا يقعوا تحت طائلة القانون .

ويقول المعارضون بأنه ليس هناك أي معنى محدد لمثل هذه التعبيرات مثل "الرحلة النهائية للمرض" أو "المرض اللينوس من شفايته" وليس هناك تحديد هل الفترة النهائية للمرض تعنى ساعات أم أيام أم شهور عديدة .

كما أنه لا توجد طريقه يمكن بها معرفة المدة الباقية للمريض قبل الموت والأخطاء في تقدير ذلك عظيمة وشائعة ، فبعض المرضى الذين شخصت حالاتهم بأنها 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 أخلاقية ثابتة ونجعلها جزءا من الممارسة الطبية اعتمادا على حالات قليلة أو نادرة والأجدر بنا أن نستمر في الالتزام بالقواعد التي تحرم القتل الرحيم حتى لا نفتك 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 أن هؤلاء المرضى يعانون من أمراض سرطانية وعصبية خطيرة وأن علاجهم بالوسائل الطبية الحديثة قد أطل حياتهم عدة سنوات وبدلا من أن يقضي المرض على حياتهم مبكرا فإن تأخير موتهم يؤدي إلى طغيان المرض عليهم بسبب الانتقالات السرطانية إلى العظام والعمود الفقري والدماغ والأعصاب ويسبب لهم المعاناة والآلام الشديدة وتكون بذلك قد أطلنا عذاب المريض ، وعندما يصبح العذاب هائلا وفائقا للاحتمال نتخلص من الموقف بالتهرب من المسؤولية ولا نقدم أي مساعدة حقيقية للمريض .

وبما أن التقدم الطبي والتكنولوجي قد أحدث نتائج جديدة لم تكن تخطر على بال أحد من أجيال السابقين من الأطباء ومشرعي الأخلاق فإن 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 للتغيرات 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 وينفهم ألامهم 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 الصالح 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 فاندتها 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 كالسنين 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 ونم 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 الرغيب 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 رحيماً) ٢٩ سورة النساء

(ولا تقتلوا النفس التي حرم الله إلا بالحق) ١٥١ سورة الأنعام

(ولا تقتلوا أولادكم خشية إملاق) ٣١ سورة الإسراء

بل إن الإسلام يذهب إلى مدى أبعد من ذلك فلا يجيز للمسلم أن يتمنى الموت لضرر أصابه ، وعلى المسلم الحريص على دينه التسليم بقضاء الله وقدره خيره وشره والصبر على المكاره ، وأن يتيقن أن النواب 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 العتيقة 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 المسألة وتضع لها الضوابط والحدود والضمانات .

### القتل الرحيم من الوجهة القانونية :

أما من الناحية القانونية فإن جميع القوانين السارية في العالم كانت حتى وقت قريب تحرم القتل الرحيم وتعتبره جريمة عادية تخضع لقانون العقوبات حتى وإن تمت بناء على طلب المريض وموافقته 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 تهمة 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 وإرادته 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 .

وقد حقق الهولنديون بذلك توازناً دقيقاً بين الجوانب الأخلاقية والقانونية للقتل الرحيم منذ الستينات حتى عام ٢٠٠١م عندما أصدروا التشريعات والقوانين التي تقرر القتل الرحيم والمساعدة الطبية على الانتحار وتضع له المعايير والضوابط القانونية .

وتظهر التجربة الهولندية أن الألم بحد ذاته ليس سبباً كافياً للقتل الرحيم ويمكن في جميع الأحوال السيطرة عليه وتسكينه كلياً أو جزئياً ، 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 يوماً آخر من الألم والمعاناة ، وكل يوم يمر عليه وهو لا يفعل شيئاً سوى انتظار الموت يجعل الحياة عبئاً ثقيلاً عليه ويصبح الموت أمنية عزيزة يتشوق المريض إليها لكي يتخلص من أعباء الحياة وينال الراحة الأبدية .

كما أن الكثير من هؤلاء المرضى يشعر بأنه قد عاش حياة طويلة ومنتجة وسعيدة وحقق رسالته في الحياة وأدى 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 انتقاصاً منها يسيء إلى أيامها الماضية الجميلة ويجعل نهايتها كابوساً مرعباً.

أما الأطباء الذين يقدمون للمريض المساعدة في التجهيل بالموت عندما تكون ضرورية ومطلوبة من المريض لتخليصه من معاناته فإنهم يعتقدون أنهم لا ينتهكون واحبات المهنة الطبية الأخلاقية بل إنهم على العكس من ذلك يؤدون جزءاً مهماً من واجبهم نحو المريض.

وفي إحدى مقاطعات استراليا اجاز 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 مستمراً .

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 أخلاقياً 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 متفهماً لحالته وماله 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.
- ولا 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.



- (5) 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 وأن يتفهم الدوافع الكامنة وراء طلب المريض بمساعدته على الخلاص والموت.
- (6) يجب استشارة طبيب آخر قبل الموافقة على تقديم المساعدة الطبية على الانتحار لتقييم حالة المريض وتشخيصه والتأكد من الإنذار المرضي وتقييم كفاءة الوسائل المسكنة ووسائل الرعاية التلطيفية التي ينالها المريض.
- (7) يجب توفير نظام توثيقي متكامل يضمن تسجيل جميع المعلومات والإجراءات بشكل صحيح ومتكامل .
- (8) يجب إبلاغ أهل 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 .
- وإذا حدث نزاع عائلي فيجب العمل على حله بالناقشة 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 والبداهيات

التي تقوم عليها الأفكار السائدة"

تيوبالد سميث

"لقد كنت أسعى جاهدا ليظل ذهني حرا في التخلي

عن أي فرض مهما كان أثيرا لدي حالما يتضح أن

الوقائع تخالفه"

تشارلس داروين



## أخلاقيات الأبحاث الطبية

### Medical Research Ethic

إنهاء 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 هيلسنكي<sup>(١)</sup> الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية في عام ١٩٥٠م.

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 هيلسنكي 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 المجلس الرقابية على الأبحاث الطبية في كل الدول المتقدمة.

وفي الوقت الحاضر أصبح " مجلس الرقابة على الأبحاث الطبية " جزءاً أساسياً 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 بالحفاظ على سرية جميع المعلومات.

و يحتم الالتزام بمبدأ أي منع الضرر وفعل الخير على الباحث أن يضمن عدم حدوث أي أضرار على المشارك في البحث وأن يكون هناك توازن إيجابياً 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 الوصفات الخاصة بالبحث وكان من المحتمل أن تتحقق له المنفعة من خلال مشاركته.

<sup>(١)</sup> راجع للعقود رقم ١ آخر الكتاب وهو جزء لا يتجزأ من هذا الباب.

و يجب على كل باحث طبي أن يدرك أن مسؤوليته في الالتزام بالقواعد الأخلاقية المنظمة للأبحاث الطبية التي تتضمنها مواثيق الأخلاق الطبية الحيوية العالمية مثل ميثاق نورمبرج وإعلان هلسنكي هي مسئولية شخصية ، وعليه وحده يقع واجب التأكد من الوفاء بها .

- و إلى جانب القواعد التي ذكرناها فيما سبق يجب أيضا توفر المتطلبات الآتية :
- ١) يجب أن يقوم بروتوكول البحث على أسس علمية صحيحة تضمن الإجابة على سؤال أو أسئلة محددة وأي بحث يخالف القواعد العلمية يعتبر لا أخلاقياً .
  - ٢) يجب أن 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 مبالغاة لإتاحة الفرصة للأطباء لكي يستخلصوا استنتاجاتهم بأنفسهم بطريقة معقولة .

ويجب أخيراً الإشارة إلى أن جميع مواثيق الأخلاق الطبية الحيوية المنظمة للأبحاث الطبية تخضع للجدل والتدقيق المستمر وتدخل عليها التعديلات باستمرار لكي تضمن تحقيق أفضل المعايير العلمية وتحقيق أفضل 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 واحبات 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 للعروفة واحتمال وجود مخاطر أخرى غير معروفة وكذلك المنافع المحتملة للمشارك وللعلم والمجتمع .

و الباحث الذي لا يقدم معلومات كافية للمشارك في البحث يقع تحت طائلة التقصير والإهمال أما الباحث الذي لا يحصل على الموافقة المستنيرة فيقع تحت طائلة قانون العقوبات بتهمة 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 والجنينات والاستنساخ والوراثة وزراعة ونقل الأعضاء وغيرها .

### التفكير العلمي والآراء والانطباعات

إن تاريخ الطب القديم والحديث يظهر لنا أن الكثير من الأدوية والوسائل العلاجية التي ساد استخدامها لفترات طويلة واقتنع بفائدتها الكثير من الأطباء النابهين على مدى أجيال عديدة أحياناً 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 ألا 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 وتحتبط 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 للرء 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 بكرهية 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 تحطم 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 التحيزة.

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 وتقديم المجتمعات والإنسانية جمعاء.

### أهداف الأبحاث الطبية :

(١) اكتشاف وسائل علاجية وتشخيصية جديدة ، تنتج المعامل الأفا من المركبات الكيميائية ويتم اختبار الكثير منها على الحيوان فإذا أظهرت 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 أمر معقول عمليا ومقبول أخلاقيا.

وكذلك الأمر في جميع الوسائل التشخيصية والعلاجية الأخرى التي أفرزها التقدم العلمي الحديث فجميعها قد لزم في بداية الأمر تجربتها 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 أفضل طرق تعاطي الدواء والجرعات المناسبة، والمساوى والآثار الجانبية والمضاعفات والأخطار .

### أنواع الأبحاث الطبية التي تشمل الإنسان :

من ناحية الأثر العلاجي للبحث، هناك نوعان من الأبحاث الطبية تضمهما إعلان هيلسكي وهي :

(١) الأبحاث الطبية العلاجية Therapeutic Medical Research

وفيهما 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 أي قيمة علاجية أو 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 للعالم والحدود بينهما 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 الاسترجاعية Retrospective

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 غالباً ما تكون غير موثوق بها بالرغم من أنها سهلة وسريعة وتكاليفها قليلة .

### الأبحاث المستقبلية Prospective

وفيها يتم طرح موضوع البحث مسبقاً 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 :

### أبحاث 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 وتعرض لعوامل عديدة مربكة وهي عرضة للتحيزات .

### الأبحاث التجريبية Experimental

وهذا النوع هو أهم أنواع الأبحاث الطبية وأكثرها دقة ، والمثال الأكثر انتشاراً 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 أو 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 تريك 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 العلاج أو إلى المجموعة الضابطة التي تتم المقارنة معها.

وقد تتناول المجموعة الضابطة علاجاً آخر للمقارنة أو قد يتم ذلك بواسطة العامل النفسي في فعالية الدواء أو معرفة 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 ونادراً ما نلجأ إلى الدراسة المفتوحة إن 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 وبمستحسن 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 مناسباً 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.

ولا يعني ذلك أن هذا النوع من الدراسات فريداً في نتائجه أو كاملاً ولا تتضمن أي مساوئ ولكنها تعتبر أكثر وسائل البحث العلمي الطبي المتوفرة بدقة وموضوعية.



## الانتقادات الموجهة للدراسات المضبوطة العشوائية :

بالرغم من أن هذا النوع من الأبحاث الطبية هو أكثرها دقة وموضوعية فإنها قد تعرضت لهجوم وانتقادات 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 "بالوقف المتعادل" Equipoise. وعدم اليقين الحقيقي Genuine Uncertainty.
- ٢) إذا كان الطبيب يعلم أن أحد الأدوية المستخدمة في البحث أكثر أو أقل نفعاً من الآخر فإن التقسيم العشوائي Randomization للمرضى في مجموعات بعضها يتناول الدواء الأكثر فعالية وبعضها يتناول الدواء الأقل فعالية يعتبر أمراً مناقضاً لواجب الإخلاص والأمانة نحو المريض ومخالفٌ لعهد 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 أيضاً 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 أولية تجعل الطبيب يكون رابياً محدداً ، وعليه واجب الإفصاح به للمريض والعمل بما يحقق له المصلحة.
- ٥) يقرر إعلان هيلسكي 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 المزودة 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 بالأراء السبقة والانحيازات والأهواء ، ومعتمداً 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 بوجهون 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 ودلائلها وموضوعيتها ودرجة الثقة واليقين التي توفرها.

ومثل هؤلاء الأطباء الذين يهاجمون أسس الدراسات المضبوطة العشوائية ينسون الوضع الذي كان سائداً في الممارسة الطبية القديمة القائمة على الانطباعات والأراء والاحتمالات وغيرها من الأساليب غير الموضوعية ، بل إن تاريخ الطب كله يقف في مجمله ضدهم .

ويبقى من الثابت أن كثيراً 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 أن يوجهوا انتقاداتهم إلى تلك الدراسات اللاأخلاقية وحدها، وإلى الأطباء الذين يقومون بها، ويجب أن 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 أن إعلان هلسنكي يقرر رفض قبول نشر أي بحث طبي ينتهك مبادئ الإعلان أو يخرج عن إطاره.

وهذه الدراسات التي يحرم فيها المرضى من أفضل علاج متوفر ويتم فيها استخدام الدواء الغفل تحت علم الجهات المنظمة ومجالس الرقابة على الأبحاث الطبية وتنتشر في المجالات 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 أكثر من ثلاثين عاماً.

- تمت أيضاً تجربة أدوية جديدة لعلاج استرخاء القلب الاحتقاني وأدوية 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 يضحخ 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، وأشهرها منظمة الأغذية والأدوية FDA في الولايات المتحدة الأمريكية.

و الطريقة الصحيحة لإنقاذ 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 والرقابية والمشرفة على الأبحاث الطبية .

ومن أهم الضوابط اللازمة في الوقت الحاضر الحد من التجارب التي تستخدم الدواء الغفل وافتصارها على الحالات المؤكدة التي يجب فيها اللجوء إليها ، وهي عدم توفر أي دواء فعال للمرض الذي يتم البحث فيه ، ويجب ألا يلجأ الباحث إلى استخدام الدواء الغفل إذا ما توفر دواء آخر ذو فعالية مقبولة .

أما 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 جميعاً إدانتها وعدم أخذ نتائجها بعين الاعتبار ، وبهذه الطريقة يمكن التخلص من التجاوزات الأخلاقية التي تشمل الدراسات المضبوطة العشوائية والحفاظة على مميزاتها الإيجابية .

وبهنا أخيراً أن نؤكد على أنه ليس هناك بديل من استمرار الدراسات المضبوطة العشوائية على أن يتم الالتزام بحزم بالمعايير الأخلاقية الصحيحة وعدم التعامل مع أي دراسة لا تلتزم بهذه القواعد وعلى الطبيب أن ينظر بعين ناقدة إلى هذه الدراسات وإدانة جميع الأبحاث التي تنتهك القواعد الأخلاقية الراسخة .

أما 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 .

ولا تسبب مشاركة الأطفال في الأبحاث العلاجية عادة أية مشاكل أخلاقية لكن إجراء التجارب غير العلاجية على الأطفال يبرز مشكلة أخلاقية عويصة وهي التساؤل عن حق الوالدين أو الوصي على الطفل في الموافقة على مشاركته في الأبحاث الطبية غير العلاجية .

فهناك رأي ينكر حق الوالدين في منح مثل تلك الموافقة ويعارض مشاركة الأطفال في أي تجارب غير علاجية حتى لو كانت نتائجها سوف تؤدي إلى تحقيق الخير لمجموع الأطفال وذلك استناداً إلى الرأي القائل بأن أي 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 .

أما الرأي المؤيد لحق الأب أو الوصي على الطفل في الموافقة على مشاركة الطفل فيبحث على أن "الضرورة" الطبية تقتضي ذلك لأن الأطفال يختلفون عن البالغين ولا يمكن تطبيق نتائج العلاج

اللائمة للكبار عليهم ولذلك يجب اجراء التجارب عليهم، كما ان هناك امراضاً خاصة بالأطفال واجراء 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 ميرر 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 الأبيوين 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 نظراً 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 اجراء 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 النفعة للأفراد المشاركين في البحث.

(٣) العدالة : بعض الأبحاث تشمل أفراداً 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 اجراء 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 بأن ذلك لا يشكل أي مخاطر إضافية على الأفراد المشاركين في البحث لأن الممارسة الطبية السائدة فيها لا توفر أي بدائل علاجية فعالة أخرى، ومن الواضح أن مقدار التهاوت في مثل هذا المنطق من الناحية الأخلاقية يغني عن أي محاولات لمناقشته.

### الاحتفاظ بسرية المعلومات في الأبحاث الطبية

أصبح الاحتفاظ بسرية المعلومات البحثية شائعاً ويؤدي إلى إعاقة التقدم العلمي و يبطن من سرعة تطوره و يسبب الإضرار بمرضى كثيرين نتيجة لتأخر وصول المعلومات التي كان يمكن أن تحقق لهم الفائدة.

و الاحتفاظ بسرية المعلومات البحثية أمر مناقض للأخلاق العلمية و آداب البحث الطبي العلمي الذي يحتم على الباحث نشر العلم والمعرفة بكل سبيل.

و ينطلق هذا الأمر من التنافس بين العلماء والباحثين لتحقيق سبق رغبة في الشهرة والتميز أو 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 أبحاثهم 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 أجر 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 يمر البعض ذلك بأن أجر التحويل يعتبر تعويضاً للطبيب على الأجر التي سوف يفقدونها 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 الأجر 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 وبمجان 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 يرى دائماً  
نصباً ثعباناً في النظر والبحث تارة، وفي مزاولة العمل  
أخرى ، لا يهنته شيء غيره ولا يلتذ إلا به ، ولا يقوم  
شيء من أعراض الدنيا مقام ما قد أثره 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 تملبه عليه قواعد وادب 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 مسؤولية 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 مسؤولية 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 .

إذا 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 ناتجاً عن مواد يتعرض لها الموظف في عمله فإن الواجب الأخلاقي هنا يحتم على الطبيب وحده مسؤولية إظهار الحقيقة للمريض .

كما تقع على الطبيب مسئولية معارضة جهة العمل التي تتطلب منه حجب الحقائق عن موظفيها المرضى أو أن ينسحب من العمل أو يتجنب التعاقد مع مثل هذه الجهات.

### ٣) الطبيب المتعاقد مع جهة العمل لتقديم الرعاية الطبية للموظفين

بالرغم من أن المتعاقد هنا مع الطبيب طرف ثالث غير المريض هي الشركة أو جهة العمل وهي التي تدفع للطبيب أجوره ، إلا أن 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 وتعمير الوظيفة إن كان ذلك لازماً لرعاية 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 ، وبإكثير من الأبحاث الطبية لا تشكل نتيجة البحث مصلحة معينة للمريض ولكن النتيجة تحقق فائدة علمية تفيد المجتمع أو الإنسانية ككلها.

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) كثيراً ما يكون إجراء البحث الطبي ونجاحه مرتبطاً بتحقيق فوائد ومكاسب عظيمة للباحث مثل نيل درجة علمية أو الترقية الوظيفية أو الأكاديمية بما فيها من زيادة الرتب والفوائد المالية الأخرى بالإضافة إلى المكانة العلمية ونيل احترام زملاء 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 واجبههم الأساسي في رعاية مصالح المرضى المشاركين في البحث والحفاظ على رفايتهم 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 أن يدرك أن دور المستشفى التعليمي ليس مجرد تقديم الرعاية الطبية اللازمة له وإنما عليه أيضاً أن يعلم ويدرب أطباء المستقبل. ولذلك فإن الحصول على موافقة المريض في المشاركة في العملية التعليمية أمر ضروري مع التوضيح بأن ذلك لا يعرضه لأي مخاطر ومع ضمان الحفاظ على الخصوصية وصيانة السر المهني

و يجب على طلبة الطب أن يدركوا منذ أول يوم أنهم جزء من الفريق الطبي وعليهم جميع الالتزامات والواجبات الأخلاقية نحو المرضى وخصوصاً صيانة السر المهني والحفاظ على خصوصية المريض، وأن أي إقضاء لأسرار مريض معين حتى وإن 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 أثناء مناقشة استاذ الطب لحالة المريض يجب أن 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 مثلاً أو غير ذلك.

أما التزامات الأستاذ الطبيب بإلقاء المحاضرات والامتحانات فيجب ألا 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 تنير انزعاج المريض وقلقه بدون مرور ضمن 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 أو مشروعة أو غير ذلك، لأن الطبيب لا يقدم الخدمة الطبية للجرحى بصفقتهم جنوداً محاربين وإنما لأنهم أخوة لنا في الإنسانية.

وقوانين الحروب لا تعتبر الأطباء وغيرهم من العاملين الصحيين أهدافاً مشروعة للهجوم المباشر لأنهم لا يشتركون في الجهود الحربية بشكل مباشر.

ولكن على الطبيب ألا يخضع لأي أوامر أو 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 أن على الطبيب ألا يشارك في أي نشاط يتضمن سوء المعاملة أو التعذيب لأي أسير بقصد إجباره على الإدلاء بالمعلومات ويجب عليه في مثل هذه الحالة رفض طاعة الأوامر المنافية لقواعد وأداب 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 يوفر 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 الخالص بالمصلحة الأولى (و هي المصلحة العليا للمريض أو دقة وسلامة نتائج البحث العلمي) متأثراً 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 التهمة 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 إلى 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 والوجات فوق الصوتية ، وكذلك المخترعات الطبية ومراكز العلاج الطبيعي والمستشفيات التي يساهم الأطباء في تأسيسها أو في رأس مالها بغرض استقطابهم في تحويل المرضى إلى هذه المنشآت .

و يعتبر التحويل الذاتي نموذجاً صارخاً على التوجه التجاري الذي أخذ يطفئ على المهنة الطبية في كثير من دول العالم .

وفي مثل هذه الحالة فإن الطبيب يصبح في موقف شبيهة لأن قراره بتحويل المرضى إلى هذه المنشآت التي يساهم في رأس مالها يخضع إلى دوافعه في تحقيق الأرباح وضمان نجاح المؤسسة التي يمتلك لهما فيها وتلك أمور يصبح لها - من غير شك - تأثير كبير على قراراته وأحكامه .

و يؤدي التحويل الذاتي إلى النتائج والآثار التالية :

- يقوض ثقة المرضى والمجتمع بالمهنة الطبية و يقيم 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 يؤكد لها ، 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 .

## ٢) 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 مؤخراً وبنات تضع لها القواعد الأخلاقية المنظمة وتجذب انظار اهتمام الأطباء إليها .

و تتنوع أساليب شركات الصناعة الدوائية في الترويج والدعاية لمنتجاتها بأشكال خفية شديدة الرعاية تبني بتقديم الهدايا البسيطة مثل الأقلام والساعات، وحفلات الشاي والعشاء، ووجبات الغداء 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 أن 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 أن مثل هذه المنح والهدايا لا يمكن أن تؤثر على نفوسهم أو مقدراتهم 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 للغيب والحزن أن تكون الرشوة من التفاهة بحيث لا تتجاوز قلماً أو ساعة رخيصة أو وجبة عشاء كافية للتأثير على ضمير الكثير من الأطباء وقادرة على الالتواء بقراراتهم سواء كانوا مدرسين لذلك أو غير مدرسين 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 أن أفضل دليل على مدى التأثير 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 ممكناً في جميع الأحوال أو على الأقل التقليل من نتائجها إلى أبعد الحدود.

أما 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.

ولما 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.



## التوازن والإجراءات اللازمة لإزالة موقف تعارض المصالح :

يجب أولاً أن ندرك من الناحية العملية ما يلي :

- عندما يجد الطبيب نفسه في موقف ينشأ فيه تعارض المصالح فليس هناك أي خطأ أخلاقي في ذلك ، ولكن الخطأ ينشأ إذا لم يتم إدراك مثل ذلك الوضع وكشف عناصره وحدوده بوضوح .

- أولى المهمات للقاء على عاتق الطبيب في مواقف تعارض المصالح هي الوعي بوجودها والإدراك بأن الطبيب كإنسان يمكن أن يتأثر بها ، سواء تم ذلك بطريقة واعية أو غير واعية ، ويجب عليه أن يدرك أيضاً أن الناس إن علموا بها قد يفقدون ثقتهم فيه وربما في المهنة الطبية والأبحاث العملية الطبية .

أما الإجراءات التي يجب أن تتخذها المهنة الطبية لإزالة مواقف تعارض المصالح والتقليل من آثارها فهي عديدة ، ولكن أهم الضوابط المتبعة ما يلي :

### ١) المصارحة :

على الطبيب أن يوضح للمريض الفوائد التي قد تعود عليه من قرار معين أو يبين له مشاركته في راسمال مستشفى أو مختبر أو مركز تشخيصي معين ويترك له حرية الاختيار في التحول إلى ذلك للمستشفى أو المختبر أو إلى أي مرفق آخر يرغب فيه .

و كذلك في الأبحاث الطبية يجب التصريح بالجهات الممولة للبحث والتكاسب المالية التي تعود على الباحثين لكي يستطيع الأطباء التقرير بانفسهم ما إذا كان لموقف تعارض المصالح تأثير 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 والتأكد 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 التأثير 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 بدأ العمل ، أو أن 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 أو انحياز قد يؤثر على نظره أو بشكل شبهة في التأثير 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 أي أجور على المقابلات مع ممثلي شركات الصناعة الدوائية .
- منع الأطباء من المشاركة في أي نشاط علمي يهدف إلى الترويج والإعلان عن الأدوية بأية وسيلة .
- حظر تقاضي الأطباء أجوراً على تجنيد المرضى للمشاركة في الأبحاث الطبية "Finder's Fees" لأن ذلك قد يسبب ضغوطاً واعية أو 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

وضعت 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 أولاً مبداً عاماً وهو أن 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 أي موقف لوجود شبهة تحيزات حتى وإن كانت مفترضة.

(٣) توصى الأطباء بعدم قبول أي هدايا أو منح مالية أو مساعدات عينية إذا بدأ ان قبولها قد يثر لدى الآخرين ولو مجرد الشبهة بأن 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 أي تأثير أو حتى عن مجرد الشبهة بوجود أي 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 أي 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 أي 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 أي محاضرات طبية.

(٨) يجب على الأطباء والخبراء أن يحرصوا بشدة على عدم التورط في أي أنشطة علمية إذا كان الهدف من وراءها الترويج الإعلاني للأدوية.

(٩) يجب على الأطباء والخبراء أن يرفضوا أي ضغوط لتحديد مواضيع المحاضرات العلمية أو أي ضغوط لتقديم بيانات متحيزة وأن يحتفظوا باستقلالهم ومصداقيتهم وحقهم في تقديم معلومات متوازنة ويعرضوا وجهات النظر المختلفة بأمانة وموضوعية .

(١٠) على الأطباء أن يتجنبوا لمشاركة في المؤتمرات والرحلات الترفيهية التي تمولها شركات الصناعة الدوائية.



## الملاحق

الملاحق رقم (١) : قسم أبوقراط

الملاحق رقم (٢) : القسم الطبي الإسلامي

الملاحق رقم (٣) : إعلان جينيف لاتحاد الأطباء العالمي

الملاحق رقم (٤) : إعلان هلسنكي

الملاحق رقم (٥) : مشروع ميثاق شرف المهنة الطبية اليمني

الملاحق رقم (٦) : ميثاق المثالية المهنية الطبية

## الملحق رقم (١) : قسم أبوقراط

((اقسم بأبيلو الطبيب ، وباسكالبيوس وبهيجيا " ربة الصحة " و" باناسيا ربة الشفاء وبجميع الآلهة والإلهات وأشهدها جميعاً علي ، ان أنفذ هذا القسم وأوفي بهذا العهد والتزم بشروطه بقدر ما تتسع له قدرتي وحكمتي ، وأن اعتبر أستاذي في هذا الفن عزيزاً علي كوالدي وفي منزلة مساوية وأن أساطره العيش وأشركه في مالي إن دعته الحاجة إليه ، وأن اعتبر أبناءه بمثابة أخوة لي ، وأن أعلم أبنائي وأبناء أساتذتي وغيرهم من التلاميذ الذين التزموا 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.  
ولن أتعلم الموضع في علاج الحصى البولية وسأترك ذلك لمن يحذقون هذا الفن.

وإذا 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 اعتبره 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 أقره الدستور الإسلامي للمهنة الطبية الذي أقره 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 يصغرنني ، 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 ؛  
فإننا نتعهد 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  
أو الرتبة الاجتماعية أن تتدخل بين واجبي كطبيب وبين مرضاي  
وسوف أحترم الأسرار التي أؤتمنت عليها حتى بعد موت أصحابها ؛  
وسوف ألتزم بالاحترام الفائق للحياة الإنسانية منذ بداية الحمل ؛  
وحتى تحت ظروف التهديد لن أستخدم معارفي الطبية بما يتنافى مع  
الفوائين الإنسانية،  
وإنني أقدم هذه التعهدات بكل إخلاص وبكل حرية مقسماً عليها بشرفي.



## الملحق رقم (٤) : إعلان هلسنكي

(الصادر عن الاتحاد العالمي في ١٩٦٤م في هلسنكي - فنلندا - والذي أعيد النظر فيه في عام ١٩٨٣م).

### مقدمة:

إن مهمة الطبيب هي أن يحمي صحة الناس ، وإن 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 أن الميثاق الدولي للأخلاقيات الطبية يعلن  
أن ، " على الطبيب ألا يقوم بأي عمل أو نصيحة قد تضعف القوى الجسدية أو العقلية للمريض إلا 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 أي قيمة تشخيصية أو 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 العملية على الإنسان للنهوض بالعارف 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 المسؤوليات الجنائية والمدنية والأخلاقية الواقعة  
تحت طائلة قوانين بلادهم.

### أولاً : المبادئ الأساسية

١) يجب على البحث الطبي الذي يشمل الإنسان أن يخضع للمبادئ العلمية المتفق عليها بصورة  
عامة، وأن يبنى على تجارب عملية وحيوانية سليمة ، وعلى معرفة مستفيضة بكل ما جاء  
في المراجع العلمية.

(٢) يجب أن يصاغ بوضوح تصميم واداء كل الإجراءات التجريبية التي تشمل الإنسان في بروتوكول تجريبي يتعين إرساله إلى لجنة مستقلة تعين خصيصاً لذلك من أجل تقييمه والبدء تعليقاتها وتوجيهاتها.

(٣) لا ينبغي أن تجرى الأبحاث الحيوية الطبية التي تشمل الإنسان إلا بواسطة أشخاص مؤهلين علمياً، تحت إشراف طبيب يمتلك الكفاءة الطبية الإكلينيكية. وتقع مسؤولية حماية الأشخاص المشاركين في البحث دائماً على عاتق شخص مؤهل طبياً ولا يمكن أبداً أن تلقى هذه المسؤولية على عاتق الشخص موضوع البحث حتى وإن كان قد أعطى موافقته على ذلك.

(٤) لا يمكن لأي بحث حيوي طبي يشمل الإنسان أن يصبح إجراء مشروعاً إلا إذا كانت أهمية الهدف للنشود 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 دائماً أن تكون مصالح الشخص موضوع البحث هي السائدة والمقدمة على مصالح العلم والجمع.

(٦) يجب دائماً احترام حق الشخص موضوع البحث في المحافظة على سلامته. ويجب اتخاذ كل الاحتياطات في سبيل احترام خصوصياته والتقليل من أثار 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 أي 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 ملام 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 بعلد 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 تماماً عن أي 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 يتعدى الحصول على الموافقة المستنيرة بسبب العجز الجسماني أو العقلي أو إذا كان الشخص قاصراً فإن الحصول على الإذن من قريبه السنول 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 امثاله للمبادئ الواردة في هذا الإعلان.

### ثانياً : البحث الطبي المقترن بالرعاية الطبية (البحث السريري أو الإكلينيكي)

(١) يجب أن يكون الطبيب حراً عند علاج أي مريض في استخدام أي أسلوب تشخيصي أو علاجي جديد إذا كان ذلك في تقديره يمنح أملاً في إنقاذ حياته أو شفائه أو تخفيف معاناته.

(٢) يجب تقدير النافع 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 أفراد المجموعة الضابطة إن وجدوا - ضمان الحصول على أفضل الأساليب التشخيصية والعلاجية التي ثبتت فعاليتها.

(٤) يجب ألا يؤثر أبداً رفض المريض الاشتراك في أي 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 يجري 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 تعلق مصلحة العلم والمجتمع أو يصبح لها الأولوية على الاعتبارات المتصلة بخير وصالح الشخص المشارك فيه.

## الملحق رقم (٥)

## مشروع ميثاق شرف المهنة الطبية

المصادر عن نقابة الأطباء والصيادلة اليمنيين

في المؤتمر العام السادس عشر المنعقد بصنعاء في ١٩-٢٠ نوفمبر ١٩٨٧ م.

مقدمة :

## التعريف بالمهنة الطبية :

الطب مهنة إنسانية عظيمة تتطلب من القائمين بها وعياً أخلاقياً وعلمياً رفيعاً ، وقد اكتسبتها الحظ 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 ترفها ، 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 عنصراً إيجابياً 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 أيضاً 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 غضوباً ، محباً لا كارهاً ، ولا تغلبه ضغينة ولا تفارقه سماحة ، كما ينبغي أن يكون الطبيب صادقاً إن قال أو كذب أو شهد ، حريصاً على ألا تدفعه نوازع القربى أو المودة أو الرغبة أو الرهبة إلى أن يدلي بشهادة أو تقرير أو حديث يعلم أنه مغاير للحقيقة .



كما يجب أن يلتزم ب (القسم الإسلامي للطبيب) الذي ينص على ما يأتي:

- أن يراغب الله في مهنته .
- وأن يصون حياة الإنسان في كافة أدوارها ، وفي كل الظروف والأحوال ، بإدلاء وسعه في استنقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق .
- وأن يحفظ للناس كرامتهم ويستر عورتهم ويكتم سرهم .
- وأن يكون على الدوام من وسائل رحمة الله بإدلاء رعايته الطبية للقريب والبعيد ، والصالح والخاطئ ، والصديق والعدو .
- وأن يوقر من يعلمه ويعلمه من يصغره ويكون أخاً 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 وأخلاقية 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 أحكامه على أكمل وجه .
- مادة (٣) : يخضع لأحكام هذا الميثاق كل طبيب مسجل في سجل نقابة الأطباء والصيادلة ، وكل مخالفة لهذه الأحكام تعرض مرتكبها 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 أداء واجب المهنة ، حريصاً على كرامتها ، بإدلاء جهده في سبيل رفح 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 القاباً أو اختصاصات لم ينلها بشكل قانوني .

يجب أن تكون اللوحة التي يضعها الطبيب على مدخل عيادته ذات شكل بسيط ولانق وخالية من الزخارف التزيينية أو الأضواء الملمفة للأنظار كما يجب ألا يسجل عليها إلا الاختصاص المعترف له به بشكل قانوني .

لا يجوز للطبيب أن يمارس عمله في أمكنة غير معدة إعداداً مهنياً لانقاً ويجب أن يقوم الطبيب بإخطار النقابة عن اعتزامه فتح عيادة في مكان محددة 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 .

يجب ألا يكتب على الوصفات الطبية إلا الشهادات والاختصاصات التي نالها الطبيب بشكل قانوني ومعترف بها رسمياً كما يجب أن يذكر على الوصفة الطبية بوضوح اسم المريض وعمره وتوقيع الطبيب .

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 .

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 يتدخل 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 .

( هـ ) 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 مجال تجارية أو في ملحقاتها مما هو معد لبيع الأدوية أو الأجهزة بقصد النصح باستعمالها سواء كان ذلك بالمجان أو نظير مرتب أو مكافأة .

يجب أن تسود علاقات الأطباء بأعضاء المهن الطبية الأخرى بروابط التعاون والاحترام ومراعاة استقلال مصالح الجميع والحرص على عدم الإساءة إليهم مادياً أو معنوياً وكل خلل يصيب هذه العلاقات يحل بالاشتراك مع النقابات المهنية الأخرى ذات العلاقة .



## الفصل الرابع

### واجبات الطبيب تجاه المريض

- مادة (١٣) : إن المسؤولية 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 تمرره 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 بمرريضه وإذا أحسن 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 وشارات 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 مهوراً 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 .  
 في حالة الكشف على متوفى ، يجب على الطبيب أولاً التأكد من الوفاة ولا يجوز له ان يعطي تقريراً عن متوفى لم يحضر نزعه او لم يطلع على مرضه السابق لوفاته إلا بعد إقناعه بسبب الوفاة حسب الخبرة الطبية .  
 وحيث أن الطبيب هو صاحب الكلمة الأخيرة في أن مريضه قد مات او لا يزال على قيد الحياة فإنه مطالب بتقدير مسئولية هذه الكلمة ولا تصدر عنه إلا بعد اليقين العلمي للممكن وفي أمانة لا تشوبها شائبة ، وله ان يستشير ان غم عليه ، او ان يستعين بالمتاح من الوسائل العلمية .  
 وفي الحوادث المشتبه بكونها جنائية يجب على الطبيب إعلام السلطات الأمنية والقضائية التي تكون حينئذ صاحبة الحق في إحجازة الدفن .  
 على الطبيب مهما يكن عمله او اختصاصه ان يقوم بالإسعاف الأولي لإنقاذ حياة مريض مهتد بالخطر وذلك حتى يتم توفير العناية الطبية اللازمة له من قبل طبيب اختصاص آخر .

مادة (٢١)

مادة (٢٢)

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 بالعلاج اللازمة دون النظر إلى أي اعتبار آخر ما دام قد أجرى ما توجبه أصول المهنة وبأسلوب سليم .  
 يجب على الطبيب ممارسة المهنة في نطاق تخصصه مع السعي المستمر لمواكبة التطور العلمي بما يكفل أفضل الخدمات الطبية للمرضى ويساعد على شفائهم .  
 لا يجوز للصيدلي صرف أو بيع أي علاج للمريض بدون وصفة طبية .

مادة (٢٤)

مادة (٢٥)

## الفصل الخامس

### حرمة الحياة الإنسانية

الحياة هي أئمن 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 الآم 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 .  
 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 ،

مادة (٢٦)

مادة (٢٧)

(أ) ان 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 الامتنال لإرادتها بعد تشبث معارضتها .  
 على الطبيب أن يصارح المريض بعلته إذا طلب المريض ذلك ، وعليه أن يختار طريقة

مادة (٢٨)



التعبير المناسبة فيخاطب كلا على قدر شخصيته ، ويدرس لذلك مريضه دراسة متأنية تدله على التعبير المطلوب ، وليلطف وليعمل على إذكاء إيمان المريض والنزاع السكينة على قلبه وتوثيق رباطه بالله ثقة تهون عليه ما سواه ، وليكن نصب عينه دوماً أن زرع اليأس 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 أحوال مريضه الصحية والاجتماعية وكل ما قد يراه أو يسمعه أو يفهمه من مريضه أثناء اتصاله المهني به من أموره وأمور غيره .
- مادة (٢٠) : على الطبيب ألا يفشي بدون رضى مريضه أي معلومات حصل عليها أثناء علاقته للمهنية إلا في الأحوال التي يتطلبها القانون ولا يشترط في السر أن ينبه المريض طبيبه للحفاظ عليه .
- مادة (٢١) : 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 تساعد على إدراك ذلك .
  - د) أثناء خيرة طبية قضائية أو طبابة شرعية .
  - هـ) لأغراض علمية وللبحوث الطبية دون ذكر الأسماء والصور .
- مادة (٢٢) : على الطبيب ألا 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 (٢٣) : 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 (٢٤) : 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 (٢٥) : يحظر على الطبيب بشكل مطلق أن يطعن في أحد زملائه أمام مريض أو أهله أو أمام الآخرين ، أو أن يردد الشائعات التي تسيء إليه أو تؤذي في ممارسته لمهنته ، ويجب على كل طبيب الدفاع عن زملائه في المهنة واعتبار الإساءة أو التشهير بزميل له هو تشهير به وإساءة إليه .
- مادة (٢٦) : 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 .
- 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 .
- لا يجوز للطبيب السعي لاستدراج مرضى الأطباء الآخرين إليه سواء كان ذلك مباشرة أو بالواسطة كما لا يقبل منه السكوت عمن يقوم بذلك لمصلحته ويعلمه .
- 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 من حق الطبيب أن يستقبل في عيادته كل المرضى دون التزام نحو أي طبيب آخر سبق له أن عالجه .
- على الطبيب أن يتجنب المزاحمة غير المشروعة في المهنة .
- لا يجوز للطبيب أن يتخذ أكثر من عيادة واحدة .
- لا يجوز للطبيب الممارس افتتاح عيادة في بناء فيه زميل ممارس وله نفس الدخل إلا بموافقة الطبيب الأسبق أو بموافقة فرع النقابة ، ويستثنى من ذلك الحالات التي يكون فيها الأمر متعلقاً بأطباء ذوي اختصاصات مختلفة .
- لا يجوز للطبيب أن ينسب 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 .
- 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 إجرائها ، فهنا 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 يحزر ذلك فإنه يعني مشاركة المستشار للطبيب المعالج في رايه .
- ( ج ) إذا اختلفت وجهات النظر أثناء الاستشارة في أمر لم يمكن التغلب عليه بحق الطبيب 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 .
- في حالة معالجة المريض في مستشفى عام أو خاص فإنه يطبق على اشتراك آخر في

مادة (٢٧)

مادة (٢٨)

مادة (٢٩)

مادة (٤٠)

مادة (٤١)

مادة (٤٢)

مادة (٤٣)

مادة (٤٤)

مادة (٤٥)



معالجته ما طبق في المادة (٤٤) بشأن 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 الصوتة . وعلى الطبيب أن يكون مثلاً في عمله وقدوة في سلوكه وأخلاقه حتى يصبح أهلاً لهذه الحقوق وإلا كان عرضة للمساءلة التأديبية .

## الفصل التاسع

### الأتعاب والأجور

- مادة (٥٠) ، رزق الطبيب في القطاع الخاص حلال ، وأجره حق ، وعمله أمانة ، ورقبته الأكبر هو ربه الذي لا يغفو وضميره الذي لا يتهاون ، ولكن إذا ألجأت إليه الحاجة فقيراً أو ضعيفاً 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 مجاناً 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 الساعدة والعاملين لديه ومساعدته 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

- 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 .
- مادة (٥٥) ،
- والتعليم الطبي ينهل من أي مورد نافع دون تعصب أو انفلات ، ومع ذلك فيجب حمايته ضمن المفاهيم الدينية والأخلاقية والأعراف الاجتماعية .
- مادة (٥٦) ،
- لا بد لبرامج كلية الطب أن تصل الطالب بالتراث الطبي الإسلامي والعربي ، وأن تشمل القرارات الدراسية فيها دراسة هذا الدستور للمهنة الطبية في البلاد .
- مادة (٥٧) ،
- عند إجراء البحث العلمي الطبي على الإنسان يجب الالتزام بالمبادئ الأساسية التالية :
- ( أ ) لا يجوز أن تشمل 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 تشمل حرية البحث العلمي أو تطبيقاته على الكائنات التي يحرمها الإسلام مثل اختلاط الأنساب ، أو التشويه أو العبث بمقومات الشخصية الإنسانية وحرمتها وأهليتها للمسئولية .
- ( ج ) يجب أن يخضع البحث العلمي على الإنسان للمعايير العلمية العترف بها عالمياً وأن يعتمد على تجارب مخبرية كافية على الحيوانات أولاً قبل الإنسان للتأكد من سلامتها ، وعلى معلومات واقعية عن موضوع البحث من خلال المنشورات والأبحاث العلمية المشابهة التي قام بها الآخرون .
- ( د ) يجب أن تصاغ خطة إجراء البحث العلمي بوضوح وأن تعرض مسبقاً على اللجنة الطبية 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 كفاء ، والذي يتحمل عادة مسئولية نتائج البحث .



## الملاحق 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](http://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 بالأراء 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 ، والعولة .

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 علياً يسعى جميع الأطباء في الوصول إليها أمراً في المقام الأول من الأهمية .

والهنة الطبية في كل مكان متجذرة في ثقافات مختلفة وتقاليد قومية مختلفة ، ولكن أعضائها يشتركون في القيام بدور (الشافي) والذي تمتد جذوره البعيدة إلى أبقرات .

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 والمشاركة 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 برعاية المريض Principle of Primacy of Patient Welfare ، وتعتبر الثقة أساساً للعلاقة المهنية بين الطبيب والمريض وتستند في ذلك على فضيلة الإيثار .  
ويجب ألا 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 أميناً 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 قراراً 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 منتمين 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 وبعد ، وهذا لا يعني أن المرضى يجب أن يشتركوا في جميع القرارات الصغيرة ولكنه يعني أنه يجب تمكن المرضى من اتخاذ القرار في سير العلاج .  
ويجب على الأطباء الإقرار بان 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) Commitment to Patient Confidentiality : الالتزام بصيانة السر المهني للمرضى

إن اكتساب ثقة المرضى يتطلب وضع الضمانات اللازمة لصيانة الأسرار المهنية المتعلقة بالمعلومات الخاصة بالمرضى ، 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 لأعراض 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 المسنولة 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 للوارد 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 المسؤولية 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 بالعلمية 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 .

والهنة الطبية مسئولة عن تكامل هذه المعرفة التي تبنى (أو تعتمد) على الدليل العلمي وخبرة الطبيب .

#### (٩) الالتزام بالحفاظ 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 مسؤولياتهم المهنية للخطر عن طريق السعي نحو المكاسب الخاصة أو تحقيق المزايا الشخصية .

وتتعرض هذه المسؤوليات المهنية للخطر بصفة خاصة في السعي نحو التعاملات الشخصية أو الواسية 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 المجالات الطبية أو يضعون الأدلة الإرشادية العلاجية أو رؤساء تحرير المجالات العلمية .

#### ١٠) الالتزام بالمسئوليات المهنية *Commitment to Professional Responsibilities* .

يجب على الأطباء كاعضاء 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 يفتشلون 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 ، ٣ كامل صدقي الفحالة - القاهرة . مصر
- ٢- إبراهيم ، زكريا . مشكلة الفلسفة . الطبعة الثالثة ١٩٦٧ م . مكتبة مصر ، ٣ كامل صدقي الفحالة - 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 الأنبياء في طبقات الأطباء منشورات دار مكتبة الحياة بيروت ، لبنان . بدون تاريخ .
- ٥- البعلبكي ، منير . قاموس الورد . الطبعة العاشرة ، ١٩٧٦ م . دار العلم للملايين . بيروت . لبنان
- ٦- الشكريتي ، 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 وأخلاقيات المهنة . ١٩٨٩ م - دار البازوزي 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 ١٩٩٧ م 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 ١٩٩٧ م الطبعة الرابعة .
- ١٢- الزحيلي ، وهبة . حق الحرية في العالم . دار الفكر . دمشق . سورية الطبعة الأولى ٢٠٠٠ م
- ١٣- الفيروز آبادي ، مجد الدين محمد بن يعقوب . القاموس المحيط . الطبعة السادسة ١٩٩٨ م . مؤسسة الرسالة للطباعة والنشر والتوزيع . بيروت لبنان
- ١٤- الكرمي ، حسن سعيد . قاموس الغني الكبير . الطبعة الأولى ١٩٩١ م مكتبة لبنان . بيروت . لبنان
- ١٥- المعجم الطبي الموحد الطبعة الثالثة ١٩٨٣ م
- ١٦- بدر الدين ، الدكتور إكرام . الديمقراطية الليبرالية ونماذجها التطبيقية . ١٩٨٦ م دار الجوهرة للطباعة والنشر والتوزيع . بيروت لبنان
- ١٧- يفرج ، و.ا.ي ، فن البحث العلمي . ترجمة زكريا فهمي مراجعة د. أحمد مصطفى أحمد . دار اقرأ . بيروت لبنان الطبعة الخامسة ١٩٨٦ م
- ١٨- جمعية العلوم الطبية الإسلامية ، نقابة الأطباء الأردنية . قضايا طبية معاصرة في ضوء الشريعة الإسلامية . المجلد الأول . ١٩٩٥ م 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 ١٩٦٥ م . مطبعة لجنة التأليف والترجمة والنشر . القاهرة . مصر
- ٢٠- ديورانت ، ول . قصة الحضارة ، الهند وجيرانها ، الصين ، ج٤ ، ج٣ ، المجلد الأول . ترجمة الدكتور زكي نجيب محمود . الإدارة الثقافية ، جامعة الدول العربية . الطبعة الثانية ١٩٦٥ م . مطبعة لجنة التأليف والترجمة والنشر . القاهرة . مصر
- ٢١- ديورانت ، ول . قصة الحضارة ، حياة اليونان ، الجزء ٢ ، المجلد ٢ . ترجمة الدكتور زكي نجيب محمود . الإدارة الثقافية ، جامعة الدول العربية . الطبعة الثانية ١٩٦٥ م . 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 باليونيسكو ، سلسلة عالم المعرفة . الطبعة الثانية ١٩٨٦ م . الكويت .
- ٢٤- رابوبرت ، اس . مبادئ الفلسفة . ترجمة الدكتور أحمد أمين . ١٩٦٩ م دار الكتاب العربي . بيروت ، لبنان .
- ٢٥- زكريا ، الدكتور فؤاد . التفكير العلمي . المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ، عالم المعرفة ١٩٧٨ م ، الكويت .
- ٢٦- طه ، أحمد . الطب الإسلامي . ١٩٨٦ م 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 ١٩٩٧ م
- ٢٨- فياض ، منى . العلم في نقد العلم - دراسات في فلسفة العلوم ١٩٩٤ م - دار المنتخب العربي للدراسات والنشر والتوزيع . بيروت . لبنان
- ٢٩- شعبان ، الدكتور عصام ، سلطان ، الدكتور سامي . طب الأسنان الشرعي الطبعة الأول ١٩٨٨ م 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 ١٩٧٧ م - دار القلم . بيروت . لبنان
- ٣٣- ميد ، هنتر . الفلسفة أنواعها ومشكلاتها . ترجمة الدكتور فؤاد زكريا - ١٩٨٦ م ، 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. *Nancy Cruzan and the “Right To Die”*. N Eng J Med 1990;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 Med 1992;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. Etchells 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"*. CMAJ 1997;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 Med 1991: 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*. NEJM 1991;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](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* . CMAJ 1998;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. Orentlicher 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. Sullivan 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, Banerjee 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 Vegetative 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 two 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 Der Mass PJ, Van Der Wal 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 Society 1997, 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 والصيدلة - فرع تعز - ثلاث دورات متتالية ١٩٨٥ - ١٩٩١م.
- حاصل على دورات عديدة في مجال التشخيص بالأمواج فوق الصوتية وتنظير الجهاز الهضمي والكشف الطبقي الحوسبي في مصر وفرنسا.
- مشارك في أبحاث طبية عديدة منشورة في المجلات الطبية العالمية.
- عضو مؤسس في جمعية أصدقاء مرضى الكبد في الوطن العربي والإسلامي، منسق العديد من الدورات التدريبية والمؤتمرات العلمية السنوية للجمعية.
- ذواهتمام واسع في التاريخ 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).