



مطالعه‌ی تطبیقی اصول اخلاق حرفه‌ای در نظام آموزش و درمان پزشکی با آموزه‌های اسلامی

زهرا علیمرادى*^۱، زهرا عواطفی^۲ و جعفر گل محمدی^۳

چکیده

اخلاق حرفه‌ای در آموزش پزشکی یکی از حیطه‌های اخلاق زیستی است که در پاسخ به چالش‌های هنجاری ناشی از پیشرفت علوم زیستی در حوزه‌ی بهداشت، از سوی متفکران کشورهای توسعه‌یافته پدید آمد. مقاله‌ی حاضر، در اتخاذ تصمیمات بشردوستانه هنگام مواجهه با چالش‌های اخلاق بهداشت بین مناطق فقیر و ثروتمند، می‌تواند راهگشا است. اصول اخلاق حرفه‌ای در حوزه‌ی آموزش و درمان پزشکی شامل: تواضع، درون‌نگری، همبستگی و عدالت اجتماعی می‌شود. درمانگران می‌بایست با در نظر گرفتن اصول نوین، بدون هیچ‌گونه اغراق در اظهار نوع تخصص خود (تواضع)، رجوع به نیت شخصی در هدف‌گذاری (درون‌نگری) خدمات درمانی را پیشنهاد و اعمال نماید. خدماتی که از یک سو خطوط قرمز اخلاقی شخص را حفظ می‌کند (همبستگی) و از دیگر سو، موجب افزایش عدالت اجتماعی از نظر دریافت بودجه یا خدمات بهداشتی و درمانی می‌شود، به‌گونه‌ای که نیاز واقعی بیماران را پوشش دهد (عدالت اجتماعی). این موارد، از آموزه‌های اسلامی قابل کسب و تبیین و از نظر سیره‌ی عقلا نیز قابل فهم، تأیید و تأکید است. روش تحقیق، توصیفی و تحلیلی است.

کلیدواژه‌ها: اخلاق زیستی، بهداشت، پزشکی، اختلاف طبقاتی

^۱ نویسنده مسئول: دکتری مدرسی معارف اسلامی، گرایش قرآن و متون اسلامی، دانشگاه تهران، تهران، رایانامه: z.alimoradi@ut.ac.ir

^۲ دانشجوی دکتری مدرسی معارف اسلامی، گرایش اخلاق، دانشگاه معارف اسلامی قم، قم.

^۳ استادیار گروه اخلاق و آشنایی با منابع اسلامی، دانشکده اندیشه و معارف اسلامی، دانشگاه تهران، تهران.

مقدمه

واحد اخلاق بهداشت جهانی^۱ مرکزی برای بررسی مسائل اخلاقی فراهم می‌کند که به واسطه‌ی فعالیت در سراسر سازمان بهداشت جهانی^۲ مطرح شده است. همچنین، این واحد از کشورهای عضو حمایت می‌کند تا به پژوهش در مورد مسائل اخلاقی مطرح شده در کشورهای خود بپردازند که طیف وسیعی از موضوعات اخلاق جهانی، از نظارت بهداشت عمومی تا پیشرفت در ژنومیک و از تحقیقات روی انسان تا دسترسی عادلانه به خدمات سلامت را شامل می‌شود. از جمله وظایف این بخش، توجه ویژه به چالش‌های بهداشتی معاصر و پاسخ‌گویی به پرسش‌های دشوار در زمینه‌هایی مانند تخصیص منابع، فن‌آوری‌های جدید، تصمیم‌گیری در مراقبت و بهداشت عمومی است (سایت سازمان جهانی بهداشت).^۳ هر دفتر منطقه‌ای، ارتباط کشورهای عضو با یکدیگر و نیز با دفتر مرکزی در ژنو را فراهم کرده و معمولاً غالب کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی برای کشورها در این دفاتر برگزار می‌شود. تعداد ۲۳ کشور تحت پوشش دفتر منطقه‌ی مدیترانه شرقی^۴ قرار دارند. دفتر منطقه‌ای این سازمان برای منطقه مذکور در قاهره قرار دارد. تمامی کشورهای عضو این منطقه بیشتر مسلمان بوده و سنت‌ها و فرهنگ‌های به نسبت مشابهی دارند. گستره‌ی جغرافیایی این منطقه از شرق تا پاکستان و افغانستان و از غرب تا مراکش و تونس ادامه دارد (دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران^۵). بر همین اساس، ایران به‌عنوان یکی از اعضای سازمان بهداشت جهانی تحت دفتر منطقه‌ی مدیترانه شرقی قرار دارد. با مطالعه‌ی تطبیقی اصول اخلاقی بهداشت عمومی با آموزه‌های اسلامی می‌توان به فهم مشترکی از اصول اولیه‌ی اخلاق بهداشت در بین کشورهای مسلمان عضو این سازمان دست‌یافت و در مرحله‌ی بالاتر، اصول اخلاقی با رویکرد اسلامی تأسیس نمود. این مقاله برای اساتیدی که مسئول آماده کردن دانشجویان کارورزان حوزه‌ی سلامت و بهداشت هستند در نظر گرفته شده تا با بررسی مسائل عمده‌ی اخلاقی، چگونگی آموزش و کمک به یادگیری این توصیه‌های اخلاقی را به دانشجویان بررسی کند. بدیهی است افزایش سطح دانش‌های اخلاقی دانشجویان، در توانمندی ایشان برای تمییز

¹ The Global Health Ethics Unit

² World Health Organization (1948)

³ <http://www.who.int/entity/ethics/publications/global-health-ethics/en/index.html>

⁴ Eastern Mediterranean Regional Office, ab. EMRO

⁵ <http://www.whoiran.org>

دادن وظایف اخلاقی خود مخصوصاً در موارد چالش‌برانگیز حین خدمات درمانی، مؤثر خواهد بود.

روش‌شناسی

اخلاق بهداشت برای هر فردی که با حوزه‌ی سلامت سروکار دارد، شامل دو دسته اصول سنتی^۱ و اصول نوین^۲ می‌شود. اصول سنتی، دسته‌ای از اصل‌های اخلاقی است که نسبتاً عام، فراگیر و شناخته‌شده‌تر هستند. همچون اصل عدالت، اصل استقلال فردی بیمار، اصل سودمندی و اصل لاضرر درحالی‌که اصول نوین شامل مواردی می‌شود که به‌ندرت به آن‌ها اشاره شده است. در این مقاله سعی داریم با رویکرد اسلامی به این اصول پردازیم. از این‌رو، آنچه در این پژوهش مورد تأکید است، بررسی اصول اخلاق حرفه‌ای آموزش و درمان پزشکی از دیدگاه اخلاق اسلامی است. در این میان، اصول اخلاق حرفه‌ای از منابع اخلاق زیستی جمع‌آوری شد و مواردی که در حیطه‌ی آموزش و درمان قرار می‌گرفت، اخذ شد. از آنجا که اصول نوین کمتر موردتوجه قرار گرفته‌اند، لذا در مقاله‌ی حاضر این اصول نوین از منظر آموزه‌های اسلامی نیز بررسی شده است تا حدودو ثغور آن تبیین گردد. مقصود از اصول در هر علم، نشان‌دهنده‌ی پایه‌ها و بنیان‌های آن دانش است. برخی از صاحب‌نظران حوزه‌ی علوم تربیتی، اصول را گزاره‌های کلی و تجویزی که بیانگر راهکارهای رسیدن از مبانی به اهداف هستند، معنا کرده‌اند. (جمعی از نویسندگان، ۱۳۹۰، ۶۷) درواقع، اصول اخلاقی یک پارچوب کلی ارائه می‌کند تا بر اساس آن معضلات اخلاقی خاص مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گیرد و این اصول می‌تواند در حل‌وفصل مسائل اخلاقی کمک نماید. اخلاق بهداشت بر مسائل اخلاقی پیش روی سلامت تمرکز دارد. گستره‌ی این مسائل اخلاقی در بین افرادی از جمله متخصصان سلامت، سیاست‌گذاران و پژوهشگران سلامت، بیماران، خانواده‌ها و همچنین جوامع در طیف وسیعی از زمینه‌های مرتبط با سلامت از جمله مراقبت‌های بالینی، خدمات بهداشتی و سیستم‌ها، بهداشت، اپیدمیولوژی، فن‌آوری اطلاعات و استفاده از حیوانات در تحقیقات است (اعلامیه سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۵، ۱۰).^۳ اخلاق بهداشت بر دو روش، تأکید بسیار دارد. نخست

^۱ The Classic Moral Principles

^۲ The Modern Moral Principles

^۳ World Health Organization (WHO), 2015, P.10

تمرکز بر مسائلی که به صورت مستقیم با علم بهداشت ارتباط دارند. دوم تمرکز بر چالش‌های اخلاقی که به سبب پیشرفت‌های زیست‌پزشکی شگفت‌انگیزی چون امور ژنتیک به وجود آمده است (اسلامی، ۱۳۸۶، ۱۴۳). به عبارت دیگر، اخلاق زیستی عبارت است از پژوهش و عملکردی با ماهیت بین‌رشته‌ای که هدف آن تنقیح و حل مسائل اخلاقی ناشی از معرفی و اجرای مطالعات پزشکی زیستی و زیست‌شناختی است.

نتایج پژوهش

علاقه به بهداشت جهانی در بین دانشجویان و کارورزان پزشکی اهل کشورهای توسعه‌یافته که در کشورهای در حال توسعه مشغول کار و تحصیل هستند، بسیار افزایش یافته است. اگرچه فرصت برای این اقدام با رشد روبرو بوده است، اما توصیه‌های اخلاقی در سطح دانشجویان توسعه‌ی کافی پیدا نکرده است. اغلب این‌گونه تصور می‌شود که آموزش اخلاق، در بین کشورهای توسعه‌یافته در مورد تجارب سلامت، در سطح جهان قابل اجرا است اما تفاوت‌های اساسی در هر دو الزامات بالینی و تحقیقاتی کشورهای مختلف، باعث می‌شود یک الگوی جایگزین با تجزیه و تحلیل متفاوت ارائه شود (پینتو و آپشر، ۲۰۰۹، ۳). با توجه به خدمات حوزه‌ی درمان و سلامت بین کشورها، مخصوصاً در جوامع محروم بین‌المللی، می‌توان چارچوبی برای دانشجویان بر اساس نظریه‌های اخلاقی با رویکرد اسلامی جهت بررسی چالش‌های موجود در طرح‌های تحقیقی و کلینیکی تعریف کرد. در آموزش اخلاق دانشگاه‌های پزشکی بر چهار اصل عدالت، سودمندی، استقلال فردی و ضرر نرساندن به دیگران تأکید دارند. به‌هرحال، در فعالیت‌های بین‌المللی ممکن است موقعیت‌هایی برای دانشجویان پیش آید که ایشان را با چالش‌های جدیدی روبرو سازد چراکه با افرادی از فرهنگ‌های مختلف سروکار خواهند داشت. این اصول، ممکن است در جوامع مختلف به‌واسطه‌ی وجود فرهنگ، عقلانیت، محدودیت منابع، بافت اجتماعی و نقش‌های متفاوت ابعاد جدیدی به خود بگیرند. آنچه آموزش‌های اخلاق در مورد رابطه‌ی پزشک و بیمار تأکید می‌کند، مربوط به ایجاد یک چارچوب تصمیم‌گیری بالینی است. یک چارچوب اخلاقی که بتواند در قالب بیان اصول اخلاقی، وظایف اخلاقی متصدیان حوزه سلامت را به صورت عملی و کاربردی بیان نماید. بر این اساس، چهار مفهوم یا به عبارتی چهار ارزش تواضع، درون‌نگری، همبستگی و عدالت اجتماعی نه تنها برای دانشجویان کاربردی است، بلکه می‌تواند علاوه بر تأثیرگذاری بر مشاغل سلامتی، نقطه‌ی شروعی برای چارچوب اخلاقی وسیع و کاربردی‌تر نیز باشد.

اصل تواضع

تواضع و فروتنی^۱ یکی از راهکارهای عملیاتی در جهت حفظ کرامت نفس انسان در حوزه رفتارهای برون‌شخصی است (سبحانی‌نیا، ۱۳۸۹، ۴۰۲). این اصل یکی از اصول مهم اخلاقی است که دانشجویان باید به آن متعهد باشند. به عبارتی دانشجویان حوزه‌ی سلامت باید محدودیت‌ها، ضعف‌ها و ناتوانی‌های خود را در حیطه‌ی بهداشت و سلامت جهانی بشناسند تا از داشتن رفتار متکبرانه و مغرورانه و تلقی این نگرش که تنها آن‌ها داعیه‌دار علم و دانش هستند، به دور باشند. روحیه‌ی مستبدانه و تحکم‌آمیز مانع از تجربه‌ی فهم برابری، آزادی و احترام متقابل می‌شود. (سیف، ۱۳۹۴، ۵۶۷) بر این اساس، افرادی که فقط در یک‌رشته‌ی خاص سلامت تخصص دارند، ممکن است در حوزه‌ی دیگری از دانش کافی برخوردار نباشند و البته این امری کاملاً طبیعی و پذیرفته شده است. لذا از نظر اخلاقی، دانشجویان سلامت باید تواضع داشته و توجه داشته باشند که آموزش پزشکی در یک دانشگاه برتر، شهر برخوردار از امکانات زیاد یا کشور پیشرفته به معنی تبحر در تمام زمینه‌ها نیست. ایشان باید بیاموزند اگر درزمینه‌ی غیرتخصصی خود وارد شوند به ضرر هدف اصلی طبابت، عمل کرده‌اند. برای مثال، یکی از حیطه‌های مبتلابه مسئله‌ی مذکور، گردشگری پزشکی است. به‌گونه‌ای که بیماران، معمولاً از کشورهای کمتر برخوردار و ضعیف‌تر، برای دریافت خدمات و مراقبت‌های درمانی به کشورهای توسعه‌یافته مراجعه می‌کنند. تواضع نداشتن در برخورد با این افراد، مراقبت‌های درمانی موجود را تضعیف می‌کند و ممکن است آسیب‌های بسیار زیادی به‌خصوص در موقعیت‌های اورژانسی یا سوانح انسانی به افراد وارد سازد. این نکته حائز اهمیت است که اصل تواضع به اصل سستی سودمندی مرتبط است اما اصل موردبُحث، بیشتر مختص دانشجویانی است که در محیط دیگری غیر از محل تحصیلشان قرار دارند. برای مثال، دانشجویانی که در کشور پیشرفته زندگی و تحصیل می‌کنند، نسبت به همین دانشجویان، وقتی به کشورهای فقیرتر برای ارائه‌ی خدمات درمانی مهاجرت می‌کنند کمتر در معرض آسیب اخلاقی عدم تواضع قرار دارند. چراکه در اغلب سازمان‌های دنیا، نظام ارزشی خاصی وجود دارد و آن همواره به سود ثروتمندان است. برای مثال وقتی یک پزشک ثروتمند از یک کشور توسعه‌یافته مانند آلمان به کشورهای کمتر توسعه‌یافته مانند کشور نیجریه برای خدمت

^۱ Humility

درمانی می‌رود، باید بیشتر به مسئله‌ی تواضع اخلاقی توجه داشته باشد نسبت به پزشکی که از کشور کمتر توسعه یافته مانند تایوان به آفریقا می‌رود؛ یعنی احتمال آسیب اخلاقی برای یک پزشک آمریکایی ثروتمند بیشتر است و باید نسبت به تربیت اخلاقی‌اش بیشتر توجه نماید و زمینه‌ی آسیب در این شرایط برای او فراهم‌تر است، اما همین پزشک از کشور پیشرفته در همان کشور خودش، اگر در باطن خویش متواضع هم نباشد، این بی‌اخلاقی ظهور و بروز بیرونی چندانی ندارد چون همه مثل خودش ثروتمندند و معمولاً افراد در برابر پایین‌تر از خودشان کرنش نمی‌کنند. در این نظام، حیات برخی نسبت به برخی دیگر به‌طور مطلق ارزشمندتر تلقی می‌شود؛ بنابراین افراد فقیری که قادر به پرداخت هزینه‌های درمانی نیستند، حاضرند به هر فردی که ادعای تخصص می‌کند نیز مراجعه نمایند. این است که افراد تحصیل کرده در دانشگاه‌های معتبر ممکن است با عنوان اغراق‌آمیز تخصص در همه‌ی حیطه‌ها، اقدام به ارائه‌ی خدمات درمانی نماید بدون این که مراجعه‌کنندگان از میزان تخصص وی سؤال نمایند و همواره حضور وی را به‌عنوان فردی از کشور پیشرفته مغتنم بشمارند. لذا بدون در نظر گرفتن این اصل اخلاقی به خاطر غفلت از توانایی‌های واقعی خود، مراقبت‌های درمانی دچار چالش‌های جدی خواهد شد. بر این اساس، می‌توان گفت تواضع یک مفهوم کلیدی در حوزه‌های سلامت جهانی است و به تضعیف گرایش‌های نو استعمارگرانه کمک می‌کند که این نوع حس برتری‌جویی بین فقیر و ثروتمند اغلب در روابط مناطق شمال و جنوب رایج است. چنان که پینتو و آپشر^۱ بر این باورند که آموزش این اصل اخلاقی به دانشجویان سلامت، افق‌های جدیدی را در آینده باز می‌کند. همچنین، این اصل به‌عنوان یک اصل پذیرفته‌شده‌ی اخلاقی می‌تواند در پرسش‌های تحقیقاتی برای تشخیص جامعه‌ی نیازمند درمان و نوع خدمتی که قرار است به ایشان داده شود، به کار رود (پینتو، آپشر، ۲۰۰۹، ۸).

به‌هرروی، از آنجا که دانشجویان قادر نیستند سیاست‌های کلی کشورهای مقصد - در اینجا کشورهای فقیرتر که به‌عنوان هدف سلامت انتخاب شده‌اند - را تغییر دهند و از نظر قانونی نیز حق دخالت در امور کشورهای دیگر را ندارند، ناچار باید این اختلاف طبقاتی را به‌عنوان یک حقیقت تلخ بپذیرند و حداقل کاری که می‌توانند انجام بدهند این است که به افزایش اختلاف بین افراد طبقه‌ی پایین و بالاتر اضافه نکنند. به‌هرحال، دانشجویی که از منطقه‌ی مرفه و

^۱ Andrew D. Pinto, Ross E.G. Upshur

برخوردار به سمت مناطق فقیرنشین، با هدف تحقیقات سلامتی مهاجرت نموده است از نظر اخلاقی باید سعی نماید بر اساس تفاوت‌های موجود تصمیم‌های مناسب با موقعیت را اتخاذ نماید تا بیماران مناطق کم برخوردار به علت تصمیم‌های نادرست ایشان آسیب نبینند. بر اساس آموزه‌های اسلامی، حفظ کرامت ذاتی و شأن و منزلت انسان از اصول اساسی در زندگی بشر است. چنانچه قرآن کریم می‌فرماید: "محققا ما فرزندان آدم را بسیار گرامی داشتیم".^۱ لذا، در حوزه‌ی درمان نیز ارائه‌ی خدمات باید بر مبنای کرامت ذاتی و شأن والای انسانی، صورت پذیرد. در حقیقت رعایت شأن افراد، گامی است در جهت افزایش رضایت بیمار از خدمات ارائه‌شده که تبعاتی چون ارتباط مطلوب بیمار و درمانگر، احساس امنیت، ایجاد اعتماد، بهبود شرایط روحی بیمار و تسریع روند درمان را به دنبال خواهد داشت. در مقابل نادیده گرفتن شأن بیمار، آسیب‌های جبران‌ناپذیری به دنبال خواهد داشت (غنی‌زاده و دیگران، ۱۳۹۷، ۱۵). امام علی (علیه‌السلام) در نامه‌ی خود به مالک اشتر این مسئله را گوشزد و دستور به رفتار کریمانه با نیت بزرگداشت انسانیت را امری مهم قلمداد می‌کند و می‌فرماید: "در مورد آنان همچون درنده‌ای مباش که خوردنشان را غنیمت شماری، زیرا آن‌ها دو گروه‌اند یا برادر دینی تواند و یا انسان‌هایی که در آفرینش شبیه تو هستند (در حال باید حقوق آن‌ها را محترم بشماری)"^۲ (مکارم شیرازی، ۱۳۸۰، ۳ / ۱۳۱). باید توجه داشت فرمان حضرت امیرالمؤمنین (علیه‌السلام) به مالک اشتر، زمانی صادر شد که تعداد مسلمانان در کشور مصر ناچیز بود و چند سالی از فتح مصر به دست سپاه اسلام نگذشته بود و طبیعی است که در این چند سال تنها عده‌ی قلیلی اسلام را پذیرفته بودند و بیشتر مردم هنوز مسیحی بودند.^۳ در این نوع مواجهه، امام (علیه‌السلام) نگاه یکسانی را نسبت به همه مردم مدنظر دارد و از مالک می‌خواهد که به خوددربربی نی یا تبعیض در ارتباط با مردم مبتلا نشود. ایشان در قالب یک تشبیه از مالک می‌خواهد همچون حیوان درنده نباشد که خوردن مردم را غنیمت بداند. ضایع کردن حقوق مردم یکی از مصادیق کلام حضرت (علیه‌السلام) است. همچنین پیامبر اکرم به ابوذر می‌فرماید: "اگر علمی به تو داده شد که بر خضوع و خشوع تو نیفزود و حالت خشوع و

^۱ و لقد کرما بنی آدم (اسراء / ۷۰)

^۲ و لا تَکُونَنَّ عَلَیْهِمْ سَبْعاً ضَارِياً تَغْتَنِمُ أَکْلَهُمْ، فَإِنَّهُمْ صِغْفَانُ: إِمَّا أَحْ لَکَ فِی الدِّینِ وَ إِمَّا نَظِیرُ لَکَ فِی الخَلْقِ (نهج البلاغه،

نامه ۵۳)

^۳ مصر در زمان خلیفه دوم به‌طور کامل توسط عمروعاص فتح شد (آزادی، محمودآبادی، ۱۳۹۰، ۳۳)

گریستن را در تو پدید نیاورد، بدان که آن علم به تو سود نمی‌بخشد. علمی نافع و سودمند است که بر خضوع انسان در برابر پروردگار بیفزاید " (مصباح یزدی، ۱۳۹۱، ۱۶۶). تواضع، معیار و نشانه‌ی معرفت است. بنابراین اگر انسان پس از فراگیری علم الهی پایین آمد و خاشع شد، نشانه‌ی آن است که پیام الهی را فهمیده اما اگر احساس تواضع نکرد و همچنان آلوده به غرور و منیت بود، او پیام الهی را نفهمیده است (جوادی آملی، ۱۳۸۹، ۶/۱۴۹). در جهان بینی الهی این تواضع می‌تواند در سه حوزه نمود پیدا کند. تواضع در برابر انسان‌ها، تواضع در برابر خدا و تواضع در برابر محیطزیست و آنچه بدان تعلق دارد. دانشجویان حوزه‌ی سلامت باید بدانند که هم انسان‌ها از منزلت اخلاقی برخوردارند و هم حیوانات، لذا با ملزم بودن به هنجارهای علمی، سعی کنند شأن و منزلت هریک را حفظ کنند. این مسئله علاوه بر تأکید سیره‌ی اهل بیت (علیهم‌السلام)، در رساله‌های پزشکی طبایبی چون رازی نیز مورد توجه قرار گرفته است به گونه‌ای که وی فروتنی، نرم‌خویی و مهربانی را از سوی پزشک نسبت به بیمار جزو وظایف کاری او برمی‌شمرد (توکلی، ۱۳۹۲، ۸۹).

اصل درون‌نگری

یکی از اصول اخلاقی که دانشجویان پژوهش محور در کشورهای در حال توسعه باید مراعات نمایند، درون‌نگری^۱ یعنی رجوع به نیات شخصی خود است (پینتو، آپشر، ۲۰۰۹، ۹). به عبارتی می‌توان گفت این اصل مصداقی از رفتار ارتباطی درون شخصی است. در واقع رفتار فرد با خود است و خودشناسی، خودفریبی و صداقت با خود نمونه‌هایی از رفتار ارتباطی درون شخصی‌اند (فرامرزی قراملکی، ۱۳۸۸، ۱۱). با این توضیح که وقتی دانشجویان و محققان یک طرح پژوهشی تعریف می‌کنند، ابتدا باید اهداف، مسیر، برنامه و هزینه‌های انجام این خدمات را به طور کاملاً سنجیده برآورد نمایند تا بتوانند از نتایج آن در جهت افزایش سلامت جهانی و همچنین کشور متبوع خود بهره‌برداری کنند. ممکن است در این موارد، طرح‌هایی تعریف شود که گرچه برنامه‌ی سلامت نیز در آن گنجانده شده است اما سود و بهره‌ی اعم و اصلی آن جای دیگری صرف می‌شود. گاهی پیش می‌آید هدف اصلی شخص محقق پیگیری یکی از شاخه‌های مورد علاقه‌اش باشد اما لزوماً طرح تعریف شده در این شاخه‌ی خاص نیازی از نیازهای درمانی

^۱ Introspection

منطقه را برطرف نمی‌کند و چه‌بسا اگر طرح و هزینه‌های آن جای دیگری که بیشتر مورد نیاز است اعمال می‌شد، اثر بهداشتی و درمانی بسیار مؤثرتری را به وجود آورد؛ بنابراین، تمایل به دنبال کردن گرایش‌ها و انگیزه‌های شخصی در تحقیق گرچه مسرت‌بخش است اما کافی نیست؛ زیرا باید جنبه‌ی دیگری را نیز در نظر داشت و آن این که طرح انتخابی نباید منجر به اتلاف منابع محدود سلامت شود. کارورزان باید با صداقت بررسی کنند مخارجی که قرار است برای آن‌ها صرف شود، فقط منجر به ایجاد فرصت برای دانشجویان و محققان کشورهای درحال توسعه نشود بلکه هدف اصلی آن است که سلامت جامعه را بهبود بخشد و نه فقط وضعیت معیشت یا رزومه‌ی علمی افرادی که خود درگیر پژوهش شده‌اند. نکته‌ی دیگری که حائز اهمیت است، خودآگاهی است. طبق اصل درون‌نگری، شخص باید به جنبه‌های نفسانی خود نیز آگاه باشد تا از اثرات این جنبه‌ها بر تصمیمات خود اطلاع داشته باشد تا از این طریق در تصمیم‌گیری‌های خود بیشتر دقیق شود. چه این که حتی ویژگی‌های فردی مانند طبقه‌ی اجتماعی، جنسیت (زن یا مرد) و تحصیلات بر انگیزه‌های فرد اثر می‌گذارد. لذا در میان آموزش‌های اخلاق حرفه‌ای، می‌توان به دانشجویان و محققان یادآوری کرد که در مورد ریشه‌ی مزایای طرح خود بیشتر تفکر کنند و جهان‌بینی خود را در راستای اهداف استعماری، امپریالیسم و بی‌عدالتی قرار ندهند. همچنین، می‌توان به کارورزان سلامت جهانی توصیه نمود با شناخت شکل‌های مختلف ظلم و بی‌عدالتی مخصوصاً در حوزه‌ی تساوی حقوق انسان‌ها پروژه‌های غیر تبعیض‌آمیز ارائه نمایند تا جامعه در آینده دچار خسارت‌های متعدد نشود. این اصل با مسئله‌ی بیت‌المال و اموال عمومی رابطه‌ی تنگاتنگی دارد. امروزه بیت‌المال به معنای اموالی است که همه‌ی اقشار جامعه در آن سهم دارند و مسئول نگاه‌داری آن هستند و مالک خصوصی ندارد. به عبارت دیگر، بیت‌المال از معنای مکان خاص اموال عمومی انصراف پیدا کرده و به معنای نهادی اجتماعی - اقتصادی که تمام اموال عمومی مسلمانان را در برمی‌گیرد، رواج یافته است (رفیعی، ۱۳۸۴، ۷۷). بر همین اساس، قبل از تعیین بودجه‌ی تحقیقاتی که معمولاً تعداد متقاضیان زیاد و پروژه‌ها هزینه‌بر هستند، اصل اخلاقی درون‌نگری از سوی محققان حوزه سلامت باید رعایت شود تا از اتلاف انرژی و سرمایه جلوگیری شود. در این میان، آپشر و پینتو پرسش‌نامه‌ای تدوین کرده و به دانشجویان پیشنهاد می‌دهند تا در رابطه با آن تفکر نمایند (پینتو و آپشر، ۲۰۰۹، ۹).

۱. نیت اولیه برای انجام این پروژه چیست؟
۲. اهداف شخصی و سازمانی کوتاه‌مدت و بلندمدت شما چیست؟

۳. اثرات این اهداف چیست؟ چه کسی از آن بهره‌مند می‌شود؟ هزینه‌ها چقدر است؟ چه کسی آن را پرداخت می‌کند؟
۴. با توجه به منابع بسیار محدود برای نیازهای سلامت جهانی، آیا گرایش موردنظر شما موجه است؟ چه انتخاب نزدیک دیگری به گرایش انتخابی خود دارید؟
۵. اقداماتی (شخصی و سازمانی) که لازم است انجام دهید تا برای گرایش انتخابی خود آماده شوید، چیست؟
۶. نقاط ضعف طرح شما چیست؟
۷. آیا طرح پژوهشی شما از نظر عملی ممکن و از نظر هزینه‌ی مؤثر، لازم و موجه است؟
۸. آیا طرح پژوهشی شما در راستای از بین بردن اختلاف طبقاتی است یا به ایجاد آن کمک می‌کند؟ آیا فایده‌ی خالصی برای جامعه خواهد داشت؟
۹. امیدوار هستید چه چیزی را به جامعه‌تان برگردانید؟
۱۰. آیا کار شما یا اثر آن دوام‌دار است و اگر نه، آیا این مسئله، تأثیر منفی بر اصل طرح یا سلامت جامعه هدف بر جای خواهد گذاشت؟

به عقیده‌ی ایشان، در طب بالینی این سؤال‌ها به دانشجو کمک می‌کند علاوه بر قرار گرفتن در فرآیند تفکر، واقعیت بیماران خود را نیز بشناسند و نسبت به آن دسته از تفاوت‌های ارزشی که ممکن است در جمعیت‌های آسیب‌پذیر وجود داشته باشد، آگاه شوند. مهم‌ترین بخش چنین پرسشنامه‌ای، سؤالاتی راجع به انگیزه‌های شخصی است. آیا تحقیق واقعاً خلأ بین علم و عمل را موردبررسی قرار می‌دهد یا تنها برای چاپ شدن نتیجه تحقیقات است؟ درک این مطلب مهم است که چگونه کشورهای پیشرفته، کشورهای در حال توسعه را استثمار می‌کنند. چگونه ممکن است فقر در یک جامعه از طریق کارهای روزمره‌ی افراد تشدید شود. گاهی نقش یک پروژه در تولید اختلاف طبقاتی نادیده گرفته می‌شود، اما مجموعه‌ی آن‌ها در طول زمان بسیار تأثیرگذار خواهد بود. اصل اخلاقی درون‌نگری، حکایت از همان وجدان کاری است. وجدان کاری عبارت است از یک احساس تعهد درونی به منظور رعایت الزاماتی که در ارتباط با کار، موردتوافق قرار گرفته است در واقع نوعی سازوکار خودکنترلی که باعث می‌شود افراد بدون نظارت، کار خود را از نظر کمی و کیفی تمام و کمال انجام دهند (دادگران، ۱۳۸۴، ۵۲). این مسئله مورد تأکید پیشوایان دینی ما قرار گرفته است. کسی که نیت خیری داشته باشد نه تنها

از سلامت درون برخوردار است (دادگران، ۱۳۸۴، ۲۲۷)^۱، افزایش روزی و توفیق^۲، ثمره‌ی نیتی است که از آن برخوردار بوده است (کلینی، ۱۴۰۷، ۱۲/۱۰۵؛ تمیمی آمدی، ۱۴۱۰، ۶۶۷). لذا اگر نیت کسی فاسد شود، باید منتظر رخدادهای ناگواری باشیم (اللیثی واسطی، ۱۳۷۶، ۱۳۵)^۳. رسول خدا (صلی‌الله علیه و آله) می‌فرماید: "رحمت خدا بر انسانی که کاری را انجام دهد و آن را نیکو و محکم و متقن و صحیح انجام دهد"^۴ (عریضی، ۱۴۰۹، ۹۳). هر پزشکی باید با وجدانی بیدار به اهمیت و عظمت شغل خود توجه داشته باشد، در برابر وظیفه‌ای که به عهده گرفته خود را مسئول بشمارد و آن را به نیکوترین وجه انجام دهد و همین رویه را در جریان آموزش به دانشجویان خود انتقال دهد (جان رنلد، ۱۳۹۰، ۴۵). دانشجوی پزشکی نیز باید دارای ویژگی‌ها و برجستگی‌های خاص اخلاقی باشد، از درد دیگران رنج ببرد و از سلامتی دیگران خشنود گردد (دیبایی، ۱۳۸۶، ۸۲).

اصل همبستگی

اصل دیگری که باید به آن توجه نمود، ارزیابی ارزش‌های اخلاقی بین دو گروه درمانگر و طرف دوم در درمان - شخص بیمار یا حامیان طرح‌های تحقیقاتی یا کشور هدف - است. یکی از ارزش‌های مهم برای انجام پروژه‌های سلامت و درمان، وجود اشتراکاتی از جمله اشتراکات عقیدتی، منافع و مسئولیت‌ها و به‌عبارت‌دیگر همبستگی و یکپارچگی است.^۵ بنابراین اصل، اساتید و دانشجویان وظیفه‌دارند نسبت به میزان و صحت ارزش‌های اخلاقی موجود در سازمان، دولت یا کشوری که قرار است خدمات بهداشتی و درمانی ارائه نماید، اطمینان حاصل کنند. از نظر اخلاقی، نمی‌توان نسبت به تزییع حقوق انسان‌ها، بی‌عدالتی‌ها، تحقیر، قتل، سلب آزادی، رژیم‌های غیر دموکراتیک و آسیب به محیط‌زیست غفلت ورزید. از این‌رو، دانشجویان باید در مورد اهداف و ارزش‌های مورد قبول خود نسبت به جامعه‌ای که امیدوارند در آن در زمینه‌های تحقیقاتی و بالینی فعالیت نمایند، داوری کنند. برای مثال، دانشجویی که به‌شدت

^۱ «حُسْنُ النَّيِّ مِنْ سَلَامَةِ الطَّوْبَةِ.»

^۲ «أَنْ حَسُنْتَ نَيْتُهُ زَيْدٌ فِي رِزْقِهِ؛ مَنْ حَسُنَتْ نَيْتُهُ أَمَدَهُ التَّوْفِيقُ.»

^۳ «إِذَا فَسَدَتِ النَّيَّةُ وَقَعَتِ الْبَلِيَّةُ.»

^۴ «رَحِمَ اللَّهُ امْرَأَ عَمَلٍ صَالِحًا فَاتَّقَنَهُ.»

در مورد حفظ محیطزیست دغدغه‌مند است نباید با پشتوانه‌ی مالی سازمان خاصی که به محیطزیست آسیب می‌رساند، طرح خود را تعریف نماید. این اصل اخلاقی بیان‌گر وظیفه‌ی روشن‌سازی مرزهای اخلاقی و ارزشی بین دانشجویان و اساتید با حمایت‌کنندگان طرح‌های سلامت است. افراد بشردوست، از نظر اخلاقی با سازمان‌هایی که برای کسب منافع مادی بیشتر حاضر به قربانی کردن جان انسان‌های بی‌گناه هستند، به‌طور قطع وارد چالش خواهند شد. لذا، ایشان باید در ابتدای امر، خطوط قرمز اخلاقی خود را مشخص نمایند تا در آینده مجبور به چانه‌زنی یا ترک نیمه‌کاره‌ی طرح و پرداخت غرامت نشوند یا در صورت امکان نداشتن تأمین مالی، مجبور نشوند ارزش‌های اخلاقی خود را زیر پا بگذارند و آثار روانی حاصله را تحمل کنند. به‌هرروی، این‌گونه داورهای اخلاقی در برخی موارد می‌تواند میمون نیز باشد چنانچه پینتو و آپشر که خودشان سال‌ها به‌عنوان پزشک و مدیر پروژه‌های سلامت فعالیت کرده‌اند،^۱ به‌خاطر غفلت از جنبه‌های مثبت تفاوت‌های ارزشی ابراز تأسف نموده‌اند. ایشان می‌گویند: "متأسفانه نظرات ناهمگون در حوزه‌ی سلامت، اغلب به‌عنوان مانعی در پروژه‌های تحقیقاتی در نظر گرفته می‌شود و نه به‌عنوان فرصتی برای بررسی مشکل از زاویه‌ی افراد هدف" (پینتو، آپشر، ۲۰۰۹، ۹-۱۰). از آنجاکه فاصله‌ی بیش‌ازحد غنی با فقیر، تیشه به ریشه هم‌بستگی و وحدتی می‌زند که برای شهروندی جامعه‌ی دموکراتیک لازم است، پس برای جلوگیری از این آسیب باید اقداماتی انجام شود که منجر به هم‌بستگی شود (مایکل، ۱۳۹۳، ۲۶۶). هم‌بستگی با ایجاد حس مشترک بین طبقه‌ی فقیر و ثروتمند، موجب می‌شود تا میزان قدرت بین ثروتمندان و فقرا به سطح تعادل نزدیک‌تر شود. برای مثال، از طریق تولید کالاهای سلامت یا کمک‌هزینه‌ی خوراکی برای طبقه‌ی محروم. از آثار دیگر آن، افزایش نظام‌های اخلاقی در محققان است. به این معنا که این افراد طی انجام کارهای بالینی با فرهنگ‌های متفاوتی آشنا می‌شوند و نظرات متفاوتی را می‌شنوند که خود منجر به گسترش افق دید آن‌ها می‌شود. از این رهگذر، داورهای اخلاقی جامع‌تری خواهند داشت و کمتر دچار سرسختی در اتخاذ تصمیمات خود خواهند شد؛ اما درنهایت معتقدند که ایجاد یکپارچگی مخصوصاً در تحقیق ضروری به نظر می‌رسد که طی آن باید نمایانگر یک همکاری بین افراد هم‌تراز باشد. چراکه حس یکپارچگی می‌تواند جلوی تبعیض اجتماعی که خود موانع زیادی برای سلامت

^۱ رجوع کنید به تارنمای دانشگاه تورنتو و مؤسسه‌ی تحقیقاتی سانی بروک:

/ <http://www.sunnybrook.ca>; <http://www.jcb.utoronto.ca/people/upshur.shtml>

ایجاد می‌کند را بگیرد. ضمن این که برقراری رابطه‌ی مداوم و تعامل بین کشورهای پیشرفته و در حال توسعه، می‌تواند از منزوی کردن طبقه محروم، جلوگیری کند (مایکل، ۱۳۹۳، ۲۶۶). مردم مناطق یا کشورهای کمتر برخوردار، همواره به خاطر سیاست‌های تجاری ناعادلانه، تورم، خصوصی‌سازی خدمات اجتماعی، بار سنگین بازپرداخت وام‌ها و ... هر روز فقیرتر می‌شوند. دانشجویان و اساتیدی که این موارد را از اقسام ظلم می‌دانند، با ایجاد حس همبستگی بین خود و مردمی که متحمل رنج هستند، به کمک ایشان می‌شتابند تا با ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی از آلام ایشان بکاهند. بر اساس این باور است که سلامت همه‌ی مردم به همه مرتبط و وابسته است. در صورت نیل به این اصل، مردم مناطق توسعه‌یافته نسبت به سلامت افراد مناطق ضعیف‌تر، ترغیب می‌شوند. این که سلامت کشورهای فقیر و کمتر توسعه‌یافته جزو مسئولیت‌ها و حتی منافع کشورهای توسعه‌یافته گردد، امری است که نیازمند سیاست‌گذاری‌های دولت و برنامه‌ریزی‌های کشور قوی‌تر است و این امر از ناحیه‌ی متولیان امور آموزشی مربوط به دانشجویان رشته‌های مرتبط با حوزه سلامت و قرار گرفتن آن در مطالبات ایشان محقق خواهد شد. از نمونه‌های این مسئله در برخی کشورهای مسلمان منطقه، پذیرش نکردن رژیم اسرائیل به عنوان یک دولت رسمی است. به همین روی، افرادی که از نظر اخلاقی معتقدند این رژیم در حال نقص حقوق انسان‌هاست، بنابراین هرگز نمی‌توانند با آن‌ها همبستگی ایجاد کنند و تحت حمایت مالی ایشان اقدام به خدمات درمانی و بهداشتی به عاملان آن نمایند چراکه در کسوت یک مسلمان نباید در برابر ظلمی که به مسلمانان دیگر می‌شود ساکت بماند، چه برسد به این که بخواهند با ایشان همکاری کنند زیرا از مصادیق تعاون در اثم خواهد بود. همبستگی تا جایی قابل‌پذیرش است که با قاعده‌ی تسلیط در تضاد نباشد. همچنین، در نظام اخلاقی اسلام، با توجه به اصل حرمت مال و جان مسلمین^۱، هر کسی که جان و مالش در حصن اسلام قرار گیرد نیز دارای احترام خواهد بود؛ بنابراین، فقط کافر حربی از این دایره خارج است و باید طبق شرایط جنگی با وی برخورد شود.^۲ لذا در این مورد، بین مسلمان و غیرمسلمانی که با مسلمانان در جنگ نیست، تفاوتی وجود ندارد و رعایت

^۱ «حُرْمَةُ مَالِ الْمُسْلِمِ كَحُرْمَةِ دَمِهِ.» (مجلسی، ۱۴۰۳، ۲۹/۴۰۷)

^۲ اینکه آیا کافر حربی شامل کافرانی هم که اقدامی علیه مسلمانان انجام نداده، می‌شود یا نه؟ نگاه کنید به مهاجرمیلانی، امیر، (۱۳۹۵)، حرمت جان کافر بی‌طرف با تأکید بر آیات قرآن، نشریه آموزه‌های فقه مدنی، (ش ۱۴): ص ۱۶۷-۱۹۰.

احترام همگانی فارغ از موارد استثناء، در روایات مورد تأکید قرار گرفته است: «لَا يَصْلُحُ ذَهَابُ حَقِّ أَحَدٍ» (کلینی، ۱۴۰۷، ۴/۷).^۱ بر اساس آموزه‌های اسلامی، حق حیات برای هر انسانی محترم است. احترام به خون انسان‌ها و حرمت قتل نفس از مسائلی است که هم ادیان آسمانی و هم قوانین بشری در آن متفق‌اند (متوسل، ۱۳۷۵، ۱۰۷). این حرمت مخصوص مسلمان‌ها نیست، بلکه جان، مال و ناموس غیرمسلمانانی که با مسلمانان در جنگ نیستند و با ایشان هم‌زیستی مسالمت‌آمیز دارند، محفوظ و تجاوز به آن‌ها حرام است (مکارم شیرازی، ۱۳۸۰، ۱۲/۱۰۷). اشتراک نظر بر همین مسئله یعنی حق حیات بهترین و قانع‌کننده‌ترین دلیل و گزینه برای شکل گرفتن وحدت آراء در حوزه‌ی سلامت است. همه‌ی نفوس بشری، از هر نژاد، قبیله، مکتب و عقیده‌ای، حیاتشان محترم است و نه‌تنها کسی حق تعرض به جان دیگری را ندارد، بلکه احیای هر نفسی به منزله‌ی إحيای تمام نفوس بشریت است. همه انسان‌ها دارای یک حقیقت‌اند و از یک‌تن آفریده‌شده‌اند: "او خدایی است که (همه) شما را از یک فرد آفرید"^۲.

اصل عدالت اجتماعی

اساس خدمات بهداشت و درمان، با عدالت اجتماعی^۳ مرتبط است. اصل نوین عدالت اجتماعی، فراتر از اصل سنتی عدالت است و در اینجا مربوط به عدالت در تخصیص منابع درمانی است. دانشجویانی که خواستار حرکت جامعه از نظر گفتمان سلامت عمومی به سمت یک جامعه‌ی مدنی و عادل هستند، خود نیز باید بالاتر از صرفاً رفع عوامل بیماری حرکت کنند. واقعیت این است که به‌رحال کشورهای توسعه‌یافته به‌واسطه‌ی وجود مراکز قدرت بیشتر و امکانات بهداشتی قوی، همواره بهره‌ی بیشتری از خدمات درمانی برده‌اند. برخلاف کشورهای فقیر و کم‌برخورداری که به‌سختی ساده‌ترین امکانات و خدمات بهداشتی در اختیار همگان قرار می‌گیرد. واقعیت تأسف‌آوری که حتی پینتو و آپشر با صراحت به آن اذعان کرده‌اند. در کار بالینی، در کشورهای در حال توسعه فهم روابط قدرت و شبکه‌های موجود در جامعه اهمیت دارد.

^۱ برای آشنایی بیشتر با مستندات فقهی قاعده احترام، رجوع کنید به محقق داماد، مصطفی، قواعد فقه؛ مستندات قاعده احترام، ج ۱، ص ۲۱۳، کتابخانه الکترونیکی فقاهاست.

^۲ «هُوَ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ نَفْسٍ وَاحِدَةٍ.» (اعراف / ۱۸۹)

طب غربی اغلب با تک‌بینی این مسائل را تشدید می‌کند - فقط به یک بعد توجه می‌کند - و این تحلیل را از نظر سیاسی متعصبانه در نظر می‌گیرد. معمولاً بررسی انتقادی کمی از جامعه یا جوامع وجود دارد و بیمار معمولاً به‌طور جداگانه دیده می‌شود (پینتو، آپشر، ۲۰۰۹، ۱۰). از نگرگاه این دو پزشک کانادایی و پژوهشگر در عرصه‌ی اخلاق زیستی، طبابت در بستر غربی‌اش نیازمند شناخت شبکه‌های قدرت است و حتی به مسائل منجر به بی‌عدالتی اجتماعی دامن نیز می‌زند. شبکه‌ی قدرت یعنی کشورهای قدرتمند، صاحبان شرکت‌هایی که درآمدهایی با گردش مالی میلیون دلاری دارند؛ بنابراین، اگر پزشک قصد طبابت داشته باشد و درعین حال موفق هم باشد، باید با این شرکت‌ها ارتباط دوستانه و نزدیکی برقرار نماید. بدتر این که هرگونه اظهارنظر تخصصی را فرافکنی کرده و آن را سیاسی تلقی می‌کنند، حتی از سوی افرادی مثل خودشان که سال‌ها در بخش سلامت و درمان کار و تحقیق کرده‌اند. درحالی که نظرات افراد متخصص در این حوزه می‌تواند بسیار راهگشا باشد.

بر همین اساس، ایشان به اساتید و سازمان‌های علاقه‌مند به ارتقاء سطح عدالت اجتماعی، تکلیف می‌کنند تا حداقل سطح آگاهی دانشجویان و کارورزان را که به‌طور مستقیم با سلامت جامعه در ارتباط هستند، بالا ببرند و آن‌ها را تشویق به سامان‌دهی مجدد نظام سلامت و پیش‌بینی نیازهای اساسی مردم نیازمند، می‌کنند. آن‌ها می‌گویند: "از آنجاکه دانشجویان، با تغییر سیاست ارتباط کمی دارند، آموزش ایشان بر یک استیصال آگاهانه در مورد عدالت اجتماعی می‌تواند تأکید کند. به‌رحال دانشجویان نباید همین اشتباه را در مورد سلامت تکرار کنند. نوآوری‌های بسیاری در مورد تغییر سطح اجتماعی مخصوصاً در دخالت‌های بهبود سلامت، تقویت و دوباره‌سازی نظام‌های سلامت و پیش‌بینی نیازهای اساسی آن بسیار مهم است" (پینتو، آپشر، ۲۰۰۹، ۱۰)؛ بنابراین، با رعایت مساوات در بودجه‌بندی، چگونگی تخصیص منابع درمانی، ساختارهای خدمات بهداشتی، نحوه‌ی توزیع آن تحت عناوین طرح‌های درمانی، سرمایه‌گذاری برای بیماری‌های کمتر مورد توجه، مشاوره و درنهایت اهداف بالینی و تحقیقاتی باید به دنبال ایجاد راه‌هایی باشند که واقعاً به نفع جامعه هدف باشد به‌گونه‌ای که از نظر جغرافیایی و بر اساس گزینه‌ی ترجیحی برای محرومان باشد. اقدامات ترجیحی، هرگونه سیاستی است که سعی دارد گروه‌های کم برخوردار و عموماً آن‌هایی را که در گذشته متحمل تبعیض شده‌اند، به‌طور ویژه موردحمایت قرار دهد (رسنیک، ۱۳۹۱، ۲۱۱). این اقدام صرفاً تلاشی آگاهانه است برای به‌کارگیری گروه‌های کم برخوردار و کم‌تر مطرح‌شده. اقدامات ترجیحی همچنین سبب می‌شود محرومیت نسبی در تمام زمینه‌ها از جمله حوزه‌ی آموزش و بهداشت و سلامت در جامعه کاهش یابد. کاهش محرومیت نسبی، نارضایتی

و احتمال بروز آشوب‌های اجتماعی را کاهش می‌دهد. در نتیجه، رضایت و ثبات اجتماعی سبب پیشرفت جامعه و پیشگیری از آسیب‌های ناشی از آشوب‌ها و خشونت‌ها می‌شود. بدون شک چنین فضایی به نفع همه‌ی افراد جامعه است (رسنیک، ۱۳۹۱، ۱۱۰). باین‌حال، شواهد موجود بیان‌گر این است که هرچه میزان نابرابری اجتماعی درون یک جامعه بیشتر باشد، شیب طبقاتی نابرابری سلامت هم بیشتر می‌گردد (آناند و همکاران، ۱۳۹۰، ۸۹). در زمینه‌ی سلامت عمومی، بی‌عدالتی‌ها نمایانگر نفوذ عوامل اجتماعی در امر سلامت هستند (آناند و همکاران، ۱۳۹۰، ۵۴-۵۳). حوزه‌ی سلامت و درمان از مواردی است که تمام مردم در بهره‌برداری از امکانات باید یکسان باشند تا کسی که در مناطق کمتربرخودار زندگی می‌کند بتواند از خدمات درمانی تخصصی به همان شکل استفاده کند که دیگران در حال بهره‌مندی‌اند. این همان دستورالعملی است که حضرت امیرالمؤمنین علی (علیه‌السلام) به مالک اشتر امر کرد و او را از اختصاص دادن چیزی که لازم است همه مردم در آن حق برابری داشته باشند، از اموال مسلمانان و دیگر چیزهای خوب به خویشان بر حذر داشته است: «[ای مالک] پرهیز از ویژه خواری و انحصارطلبی در چیزهایی که همه مردم در آن‌ها برابرند»^۱ (مکارم شیرازی، ۱۳۸۰، ۱۳۲/۳). همچنین، امام صادق (علیه‌السلام) فرمودند: «مؤمنان خدمت‌گزار یکدیگرند»، از ایشان سؤال شد چگونه؟ فرمودند: «به یکدیگر فایده و سود می‌رسانند»^۲ (کلینی، ۱۴۰۷، ۱۶۷/۲). این سود اعم از منفعت حاصله برای پزشک یا بیمار است. حال اگر چنین باشد که - متأسفانه در برخی نقاط چنین رویه‌ای حاکم است - اعزام دانشجویان به مناطق کم برخوردار صرفاً به نفع کشور و یا شهر متبوع خاتمه یابد، از بایسته‌های اخلاق زیستی به دور است. چه این که در ظاهر به نظر می‌رسد اعزام دانشجویان به مناطق محروم و کم برخوردار بیشتر به نفع خود دانشجویان، کشور یا سازمان متبوع تمام شود ولی اگر مبتنی بر اصل درون‌نگری، اقدامات و سیاست‌های لازم توسط متصدیان امر سلامت صورت گیرد، شاهد عدالت در سطح جامعه به‌خصوص جوامع هدف خواهیم بود. این اصل ناظر بر کاربردی نمودن شاخصه‌هایی برای افزایش حس اخلاقی بین دانشجویان در حوزه‌ی سلامت جهانی است. این دانشجویان که برای تحقیقات یا طرح‌های پژوهشی از کشورهای توسعه‌یافته به کشورهای درحال توسعه مسافرت می‌کنند

^۱ «إِيَّاكَ وَالْإِسْتِثْنَاءَ بِمَا لِلنَّاسِ فِيهِ أُسْوَةٌ» (نهج البلاغه، نامه ۵۳)

^۲ «الْمُؤْمِنُونَ خَدَمُ بَعْضُهُمْ لِبَعْضٍ قُلْتُ وَ كَيْفَ يَكُونُونَ خَدَمًا بَعْضُهُمْ لِبَعْضٍ قَالَ يُفِيدُ بَعْضُهُمْ بَعْضًا.»

نیازمند آموزش‌های اخلاقی در جهت تعامل بهتر با جامعه‌ی هدف می‌باشند. شاید بتوان ادعا کرد اعزام دانشجویان از کشورهای توسعه‌یافته به سوی کشورهای در حال توسعه تحت پوشش انسان دوستانه بهداشت جهانی بسیار جذاب است اما در حقیقت بسیاری از این اعزام‌ها برای کسب تجربه و بازگشت این افراد برای خدمت‌رسانی به کشور متبوع است نه صرف حقوق بشر یا ادعاهای مشابه آن. از آنجاکه به‌طور تطبیقی اصول اخلاق بهداشت جهانی با آموزه‌های اسلامی بررسی می‌شود، از نظر عملی بودن برای یک کشور مسلمان نیز قابل توصیه خواهد بود. اگرچه افزایش این‌گونه تعامل‌ها به شرط انجام نظارت‌های تخصصی، موجب افزایش میزان عدالت سلامت در میان کشورهای فقیر خواهد شد. در اینجا چارچوبی بر اساس چهار اصل کلیدی، تواضع، درون‌نگری، یکپارچگی و عدالت اجتماعی پیشنهاد شد. کار بیشتری نیاز است تا بتواند پاسخگوی سؤالات مهم‌تری در رابطه با سلامت و اخلاق باشد.

نتیجه‌گیری

بامطالعه‌ی تطبیقی اصول اخلاقی بهداشت عمومی با آموزه‌های اسلامی می‌توان به فهم مشترکی از اصول اولیه‌ی اخلاق بهداشت در بین کشورهای مسلمان عضو سازمان جهانی بهداشت، دست یافت و در مرحله‌ی بالاتر، اصول اخلاقی با رویکرد اسلامی تأسیس نمود. این مقاله، به بیان اصول اخلاقی جدیدی در حوزه‌ی سلامت از سوی متفکران اخلاق زیستی با عنوان اصول اخلاق نوین بهداشت می‌پردازد. همچنین این اصول از نگرگاه آموزه‌های اسلامی بررسی می‌شود. از آنجاکه روابط بین‌المللی اساتید و دانشجویان گروه‌های مربوط به حوزه‌ی سلامت و بهداشت به‌طور روزافزونی در حال افزایش است، این موقعیت‌ها ابعاد اخلاقی منحصربه‌فردی ایجاد می‌کند که اغلب دانشجویان پزشکی در مواجهه با آن آموزش ندیده‌اند. دانشگاه‌های پزشکی و دیگر مؤسسه‌هایی که دانشجویان را برای کسب تجربه به مناطق کم‌برخوردار یا حتی کشورهای در حال توسعه اعزام می‌کنند، وظیفه‌ی آماده‌سازی ایشان را نیز به عهده‌دارند. این امر نه‌تنها جلوی آسیب زدن به دانشجویان را می‌گیرد، بلکه تجربه‌ی دانشجویان را زیاد می‌کند و روابط بین مناطق ثروتمند و فقیر را بهبود می‌بخشد. از طریق آموزش روش تحلیل مسائل اخلاقی به دانشجویان نیز، می‌توان به فهم بهتری از کار در مناطق حاشیه‌ای رسید. در یک نگاه کلی، اصول بهداشت به دو گروه اصول سنتی شامل: عدالت، اضرار نرساندن به دیگران، سودمندی به دیگران و احترام به استقلال فردی بیمار و اصول نوین شامل: تواضع، درون‌نگری، همبستگی و عدالت اجتماعی قابل تقسیم است. تمام افرادی که با بخش بهداشت، سلامت و درمان مرتبط‌اند، می‌بایست بدون در نظر گرفتن جایگاه اجتماعی، مذهب، جنسیت

یا موقعیت مالی بیماران، خدمات یکسانی ارائه نمایند (اصل عدالت). همچنین با رعایت اصل احترام به مالکیت انسان بر نفس خود، باید به طور شایسته فرد متقاضی درمان را نسبت به روند درمان آگاه نمایند (اصل استقلال فردی بیمار)، مراحل درمان باید به گونه‌ای انجام شود که هیچ ضرری به بیمار و حتی پزشک وارد نیاید (اصل لاضرر) و هر دو در این رابطه سود ببرند (اصل سودمندی). علاوه بر این، با در نظر گرفتن اصول نوین، درمانگر باید بدون هیچ‌گونه اغراق در اظهار نوع تخصص خود (اصل تواضع) رجوع به نیت شخصی در هدف‌گذاری خدمات درمانی را پیشنهاد و اعمال نماید. این که آیا درمان پیشنهاد شده، برای افزایش تجربه‌ی شخصی است یا پاسخ به حس و سوسه‌انگیز تحقیق در ابعاد جدید یا ارائه‌ی درمان واقعی (اصل درون‌نگری). این خدمات درمانی باید از یک سو خطوط قرمز اخلاقی درمانگر و یا جامعه‌ی هدف را - در مواردی که وجه جمع دارد - حفظ کند (اصل همبستگی) و از دیگر سو، موجب افزایش عدالت اجتماعی از نظر دریافت بودجه یا خدمات بهداشتی و درمانی شود، به گونه‌ای نیاز واقعی بیماران را پوشش دهد نه نیاز کاذب یا دست چنم ایشان را. همچنین، دانشجویان باید به تولید خدمات عمومی سلامت کمک کنند و از این که طرح‌های سلامت پیشنهادی ایشان، زمینه‌ای برای بی‌عدالتی‌های بیشتر شود، جلوگیری کنند (اصل عدالت اجتماعی). این موارد، علاوه بر این که از آموزه‌های اسلامی قابل‌اصطیاد است، از نظر سیره‌ی عقلا نیز قابل‌فهم، تأیید و تأکید است. بررسی‌های بیشتر باید در مورد رابطه‌ی بین مسائل کشورهای در حال توسعه و فقیران درون شهر و جمعیت‌های بومی انجام شود.

منابع

۱. ابن‌بابویه، محمد بن علی. (۱۴۱۳). *من لایحضره النقیه* (محقق و مصحح: علی اکبر غفاری). قم: دفتر انتشارات وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم.
۲. اترک، حسین؛ خوشدل روحانی، مریم (۱۳۹۴). ماهیت و قلمرو استقلال بیمار. *اخلاق زیستی*، ۱۷، ۹۱-۱۱۶.
۳. اتکینسون، ریتا؛ اتکینسون، ریچارد؛ اسمیت، ادوارد؛ بم، داریل و هوکسما، سوزان. (۱۳۶۹). *زمینه روان‌شناسی* (ترجمه: محمدتقی براهنی و همکاران). ج ۲، تهران: رشد.
۴. اسلامی، محمدتقی؛ دبیری، احمد و علیزاده، مهدی (۱۳۸۸). اخلاق کاربردی، چالش‌ها و کاوش‌های نوین در اخلاق عملی. قم: پژوهشگاه علوم و فرهنگ اسلامی.
۵. آرامش، کیارش (۱۳۸۶). *بحثی پیرامون اصل عدالت در اخلاق پزشکی. اخلاق در علوم و فناوری*، ۲ (۳ و ۴)، ۱۰-۵.

۶. آزادی، فیروز و محمودآبادی، اصغر (۱۳۹۰). زمینه‌های عرب شدن مصر در صدر اسلام (۲۱ تا ۶۴ هجری). *پژوهش‌های تاریخی (علمی-پژوهشی)*، دوره جدید، ۳ (۴)، ۳۱-۵۰.
۷. آناند، سوده‌هیر؛ پیتر، فابیان و سن، آمارتیا. (۱۳۹۰). عدالت و اخلاق در سلامت (ترجمه ریاحی‌فر و همکاران). تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.
۸. بهشتی، محمد؛ باهنر، محمدجواد و گلزاده، علی. (۱۳۹۴). شناخت اسلام. تهران: فرهنگ اسلامی.
۹. تمیمی آمدی، عبد الواحد بن محمد. (۱۴۱۰). *غررالحکم و درر الکلم* (محقق و مصحح: مهدی رجائی). قم: دار الکتب الإسلامی.
۱۰. توکلی، غلامحسین و سرنی‌زاده، مجید (۱۳۹۲). مطالعه تاریخی اخلاق پزشکی رازی. *تاریخ پزشکی*، ۵ (۱۶)، ۷۴-۵۳.
۱۱. جوادی‌آملی، عبدالله. (۱۳۸۹). *سیره پیامبران در قرآن*. ج ۶، چ ۵، قم: اسراء.
۱۲. جودکی، بهزاد؛ غنی، کیوان و امرایی، محمد (۱۳۹۵). بررسی جایگاه فقهی - حقوقی رضایت و برائت بیمار و آثار مترتب بر آن‌ها، *مجله پزشکی قانونی ایران*، ۲ (۳)، ۱۸۲-۱۷۳.
۱۳. جولایی، سودابه؛ نیکبخت نصرآبادی، علی‌رضا و پارسایکتنا، زهره (۱۳۸۳). تبیین دیدگاه بیماران و همراه آنان پیرامون حقوق بیمار، *یک پژوهش کیفی پدیدارشناسی. فصل‌نامه حیات*، (۲۳)، ۵-۲۰.
۱۴. حکیمی، محمدرضا؛ حکیمی، محمد و حکیمی، علی. (۱۳۸۰). *الحیاه*. تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
۱۵. خادم‌الحسینی، زینب؛ خادم‌الحسینی، میترا و محمودیان، فرزاد (۱۳۸۸). بررسی نقش خلاق و رفتاری پزشک در رعایت دستورات پزشکی توسط بیمار در فرایند درمان. *اخلاق پزشکی*، (۸)، ۹۱-۱۰۲.
۱۶. دادگران، سید محمد (۱۳۸۴). انضباط و وجدان کاری در جامعه کارگری ایران. *مجله کار و جامعه*، (۶۶)، ۴۸-۶۱.
۱۷. داورزنی، محسن (۱۳۸۹). مقایسه حقوق بیماران در تحقیقات پزشکی در جهان. *فصلنامه حقوق پزشکی*، (۱۴)، ۱۰۸-۱۰۳.
۱۸. دیبایی، امیر (۱۳۸۶). *چکیده اخلاق و قوانین پزشکی*. چ دوم، قم: نشر معارف.
۱۹. رجایی، فاطمه؛ محقق داماد، مصطفی و موسوی، محمدصادق (۱۳۹۰). بررسی فقهی و حقوقی رابطه انسان با اعضای بدن خود. *فقه و حقوق اسلامی*، ۲ (۲)، ۴۵-۶۲.
۲۰. رسنیک، دیوید بی. (۱۳۹۱). *اخلاق علم* (ترجمه: تقوی، مصطفی و مرشدیان، محبوبه). قم: معارف.

۲۱. رفیعی محمدی، ناصر (۱۳۸۴). فرهنگ و ارزش پژوهشی در بیت‌المال (قسمت اول). فصلنامه فرهنگ جهاد، ۱۱ (۴۱ و ۴۲)، ۷۶-۱۰۴.
۲۲. السان، مصطفی (۱۳۸۶). اصول اخلاق زیستی. مجله تحقیقات حقوقی، (۴۵)، ۱۸۳-۱۵۳.
۲۳. سندل، مایکل ج. (۱۳۹۳). عدالت: کار درست کدام است؟ (ترجمه: حسن افشار)، تهران: نشر مرکز.
۲۴. سیدفاطمی، محمدقاری (۱۳۸۱). بیوتکنولوژی در آیین فلسفه اخلاق، نشریه باروری و ناباروری، ۳ (۴)، ۷۲-۵۵.
۲۵. سیف، علی اکبر (۱۳۹۴). روانشناسی پرورشی نوین: روانشناسی یادگیری و آموزش. چ ۵۵، تهران: دوران.
۲۶. شیخ طاهری، عباس و فرزندی‌پور، مهرداد (۱۳۸۸). اخذ رضایت‌نامه معالجه و عمل جراحی: صلاحیت بیماران و عملکرد واحد پذیرش بیمارستان‌های آموزشی کاشان. مدیریت سلامت، (۱۲)، ۹۶-۱۰۴.
۲۷. صدرالدین شیرازی، محمدبن ابراهیم. (۱۳۸۳). شرح اصول کافی (محقق و مصحح: محمدخواجهی). تهران: مؤسسه مطالعات و تحقیقات فرهنگی.
۲۸. عاملی، سید جعفر مرتضی. (۱۳۹۰). آداب و اخلاق پزشکی در اسلام (ترجمه: محمدرضا صالح)، چ اول، قم: مرکز بین‌المللی ترجمه و نشر المصطفی (ص).
۲۹. عریضی، علی بن جعفر. (۱۴۰۹). مسائل علی بن جعفر و مستدرکات (محقق و مصحح: مؤسسه آل‌البیت علیهم‌السلام لإحياء التراث)، چ اول، قم: مؤسسه آل‌البیت علیهم‌السلام.
۳۰. غفوریان، مهدی، صفایی، سهیلا و عباسی، محمود (۱۳۹۷). تحلیل نقش خودمختاری بیمار در رضایت آگاهانه. اخلاق زیستی، ۲۹، ۴۴-۵۱.
۳۱. غنی‌زاده، مهدیه؛ کیخا، محمدرضا و خاکپور، حسین (۱۳۹۷). بررسی مستندات منشور حقوق بیمار بر مبنای آموزه‌های دینی (قرآن و روایات). حقوق پزشکی، ۴۷، ۹-۳۱.
۳۲. فاروق خسروی، محمد؛ علیزاده، گیسو و الماسپور خانقاه، حسن (۱۳۹۷). بررسی و مطالعه تأثیر ارائه برگه‌های اطلاعات جراحی بر رضایت و آگاهی بیماران تحت عمل جراحی. اخلاق پزشکی، ۴۳، ۱۱۲-۱۲۵.
۳۳. فرامرزی قراملکی، احد. (۱۳۸۹). اخلاق کاربردی در ایران و اسلام، چ اول، تهران: پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی.
۳۴. فرامرزی قراملکی، احد (۱۳۸۸). مبانی ترویج اخلاق حرفه‌ای در دانشگاه. پژوهشنامه اخلاق، ۳، ۲۴-۳۹.
۳۵. فرامرزی قراملکی، احد. (۱۳۸۹). اخلاق کاربردی در ایران و اسلام، تهران: پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی.

۳۶. قرآن کریم، ترجمه الهی قمشه‌ای.
۳۷. قنوتی، جلیل و جاور، حسین (۱۳۹۰). مبنای احترام در شناسایی و حمایت از حریم خصوصی در حوزه ارتباطات. *حقوق اسلامی*، ۲۹، ۳۳-۶۰.
۳۸. کلینی، محمد بن یعقوب. (۱۴۲۹). *الکافی* (محقق و مصحح: دارالحدیث). قم: دارالحدیث.
۳۹. اللیثی واسطی، علی بن محمد. (۱۳۷۶). *عیون الحکم و المواعظ (الیثی)* (محقق و مصحح: حسین حسنی بیرجندی). چ اول، قم: دار الحدیث.
۴۰. مجلسی، محمدباقر بن محمدتقی. (۱۴۰۳). *بحار الأنوار* (محقق و مصحح: جمعی از محققان). ج ۲۹، چ دوم، بیروت: دار إحياء التراث العربی.
۴۱. محمد بن یعقوب، کلینی. (۱۳۶۴). *الروضة من الکافی* (ترجمه هاشم رسولی محلاتی). تهران: انتشارات علمیه اسلامیة، تهران.
۴۲. محمد بن یعقوب، کلینی. (۱۴۰۷). *الکافی* (محقق و مصحح: علی اکبر غفاری و محمد آخوندی). تهران: دار الکتب الإسلامیة
۴۳. مصباح یزدی، محمدتقی. (۱۳۹۱). ره توشه (۱): *پندهای پیامبر / به ابودر. چ ۶*، قم: مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره).
۴۴. مصباح، مجتبی؛ فتحعلی، محمود و یوسفیان، حسن، زیر نظر محمدتقی مصباح یزدی. (۱۳۹۰). *فلسفه تعلیم و تربیت اسلامی*، قم: مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره).
۴۵. مطهری، مرتضی. (۱۳۶۱). *مبانی اقتصاد اسلامی*. تهران: انتشارات حکمت.
۴۶. مکارم شیرازی، ناصر. (۱۳۸۰). *پیام امام شرح تازه و جامعی بر نهج‌البلاغه*. چ اول، تهران: دارالکتب الاسلامیه.
۴۷. مهاجرمیلانی، امیر (۱۳۹۵). *حرمت جان کافر بی طرف با تأکید بر آیات قرآن*. نشریه آموزه‌های فقه مدنی، ۱۴، ۱۶۷-۱۹۰.
۴۸. *نهج‌البلاغه*، صبحی صالح.
۴۹. ویلیامز، جان رنلد. (۱۳۹۰). *دست‌نامه اخلاق پزشکی* (ترجمه: نریمان سپهروند و نازآفرین قاسم‌زاده). تهران: انتشارات گپ.
۵۰. هاشمی، زینب‌السادات. (۱۳۹۰). *اخلاق تدریس در مدیریت کلاس* (با توجه به دیدگاه‌های شهید ثانی و دیویدکار). تهران: دانشگاه امام صادق (ع).
51. Andrew d. Pinto and Ross E.G. Upshur, (2009), *Global Health Ethics for Students*, volume 9, Issue, pp. 1-10,
52. Beauchamp T, Childress J. (2013), *Principles of Biomedical Ethics*, New York: Oxford University Press. 7th Edition.

-
53. Frankena, WK. Ethics, (1973), Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 2nd Edition.
 54. Ghaderi A, Malek.F, (2014), Principles of informed consent in medicine, Koomesh Journal; 15(2): 133-137.
 55. Solomon R. Benatar, Abdallal S. Daar and Peter A. Singer, (2003), Global Health Ethics for Mutual Caring, International Affairs, pp. 107-138.
 56. Thomas R. McCormick, D.Min. Principles of Bioethics, Senior Lecturer Emeritus, Dept. Bioethics and Humanities, School of Medicine, University of Washington
 57. World Health Organization, (2015), Global Health Ethics. Key Issues, WHO Library Cataloging-in-Publication Data, Who Press, pp 32.