جمعيّة الطبّ العالميّة

كتاب الأخلاقيّات الطبيّة

جمعيّة الطب العالميّة
Inc 2005

كل حقوق هذا الكتاب محفوظة , و لا يجوز ا ستخراج أ كثر من عشر نسخ منه بشر ط أن لا يكون ذ لك للا ستعمال ا لشخصى و ليس لغاية تجا ر يّة مع و جوب ذكر المرجع الأصلى للكتاب

و استعمال أى طريقة سواء بالنسخ أو التوزيع لهذا الكتاب أو تخزين معلوماته يخضع لمطلب كتابى مسبّق يوجّه لجمعيّة الطبّ العا لميّة بالعنوان الآتى

B.P.63.01212. Ferney Voltaire. Cedex (France) ; adresse electronique : Wma. Net.telecopi ’33) 45040059 37

هذا الكتاب نشر يّة أصدرتها الوحدة الأخلاقيّة لجمعيّة الطب العالميّة و هو لا يعبّر عن نظريّة الجمعيّة و هوّ من تحرير جون ويليامز مدير قسم الأخلاقيّات بالجمعيّة
John Williams.
Couverture et conception de la mise en page : Tuuli auren,inspirit internationaladvertising (Belgique)

قام بترجمة هذا الكتاب إلى اللغة العربية :
الدكتور محُمد الصالح بن عمار, أستاذ جامعي استشفائي بكلية الطب بتونس.
وقام بمراجعته السيد عبد السلام بن عمار.

Ce livre a été traduit par le Docteur **Mohamed Salah BEN AMMAR** Professeur à l’université de médecine de Tunis, et révisé par Monsieur **Abdessalem BEN AMMAR**

This book has been translated by Doctor **Mohamed Salah BEN AMMAR**, Professor at the medical University of Tunis, and revised by Mr. **Abdessalem BEN AMMAR**

Esta libro fue traducido por el Doctor **Mohamed Salah BEN AMMAR**, Profesor de la Universidad de Medicina de Tunès y revisado por el Sr. **Abdessalem BEN AMMAR**

فـــهـــر س

تـقـد يـم الـشـكـر
مـــقـــد ّمـــة
الـتـعـريـف بـالـكـتـاب

مـا هـى الأخـلاقـيّات الـطـبـيّة ؟
مـا الـفـائـدة مـن د راسة الأخـألاقـيّات الـطـبـيّة ؟
الأخـلا قـيّـات الـطـبـيّة ,الاحـتـراف الـطـبّى ,الـحـقوق الـبشريّة و الـقانون
خـلاصة

الـبـاب الأوّل : أهـمّ خـصـائـص الأخـلا قـيّـا ت الـطـبـيّة
أهـدافـهـا ا:
خـاصـيّـات الـطـب :ّ
خـا صـيّا ت الأخـلا قـيّات الـطـبـيّة :
مـن لـه الأ هليّة لـلـتـعـريـف بـمـا هـوّ أخـلاقـى ؟
هـل أنّ الأخـلاقـيّا ت الـطـبـيّة قـا بلة لـلـتـغـيـيـر؟
هـل أن مـقـاييس الأ خـلا قـيّات الـطـبـيّة تـتـغـيّر حـسـب الـبـلـدان ؟
دور جـمـعـيّة الـطـبّ الـعـا لـمـيّة
كـيـف تـتـخـذ الـجـمـعـيّة قـرارهـا فـى وصـف مـا هـوّ يـتـعـلّق بـا لأ خـلا قـيّات الـطـبـيّة
كـيـف يـمـيّز الأفـراد بـيـن مـا هـو أ خـلاقـى ؟
الـخـاتـمـة

الـبـاب الـثـا نـى : أ طـبّـأء و مـر ضـى
ألأ هـداف الـمـنـشـودة
دراسة حـا لات
مـا هـى خـصـو صـيّة الـعـلاقـات الـتـى تـربط الـطـبـيـب بـا لـمـريـض ؟
اعـلام الـمـريـض و طـلـب مـوا فـقـتـه
ا تـخـاذ الـقـرار فـى حـالـة قـصـور الـمـريـض عـن ذلـك
الـسـر يـّـــة
أسـئـلـة تـتـعـلّق بـبـدء الـحـيـاة
أسـئـلـة تـتـعـلّق بـنـهـايـة الـحـيـاة
الـعـودة لـدراسة حـالات

الـبـاب الـثـا لـث : الأطـبّـاء و الـمـجـتـمـع
أهـداف دراسة الـمـوضـوع
دراسة حـلا ت
مـا هـىّ خـصـو صـيّة عـلا قـة الـطـبـيـب بـا لـمـجـتـمـع ؟
الأ مـانـة
تـو فـيـر الـو ســا ئـل
الـصـحّـة الـعـمـو ميّـة
الـصـحّـة الـعـالـمـيّة
العودة الى دراسة حـلات

الـبـاب الـرابـع : أ طـبّـاء و ز ملا ء
أهـداف هـذا الـبـاب
دراسة حـا لات

التحدّيات التّى تواجه السلطة الطبيّة
علاقات الأطباء الزملاء بالمدرسين والطلبة
الاشارة الى بعض السلوكيّات الخطيرة و المخالفة للأخلاقيّات
العلاقة ببقيّة أعوان الصحّة
النعاون
فض الخلافات
عودة الى دراسة حالات

الباب الخامس : الأخلاقيّات والبحث الطبّى

الأهداف من دراسة هذا الباب
دراسة حالات
أهميّة البحث الطبّى
البحث فى صلب المماراسات الطبيّة
لوازم أخلاقيّات الطبّ
موافقة هيئة الأخلاقيّات
القيمة العلميّة
القيمة الاجتماعيّة
الأخطار والفوائد
السريّة
ألأدوار المتضاربة
الصدق عند الاعلام بنتائج التحاليل
الوشاية
حالات لم يتمّ البت فيها
عودة الى دراسة حالات

الباب السادس : الخلاصة

مسؤوليّات الأطباء واجباتهم
مسؤوليّة الطبيب نحو نفسه
ما هو مستقبل الأخلاقيّات الطبيّة ؟

ملحق ÷ أ÷ معجم ألفاظ

كتابة حروفه بحروف جيّدة

ملحق ÷ ب ÷

يذكر المراجع التوثيقية للأخلاقيّات الطبيّة بالأنترنات

ملحق ÷ ج ÷ جمعيّة الطبّ العالميّة

قرار ادراج تدريس مادة الأخلاقيّات الطبيّة و مادة حقوق الانسان فى برامج التعليم بمعاهد الطبّ فى كل بلدان العالم

الجامعة الدوليّة لتدريس الطبّ

قرار يضبط المقاييس العالميّة لتحسين مستوى التعليم الأساسى لمادة الطبّ

ملحق ÷ د÷ دعم تعليم الأخلاقيّات بمعاهد تدريس الطبّ

ملحق ÷ ه÷ دراسة حالات أخرى

تـقـد يـم ا لـشـكر

يسعد و حد ة الأ خلا قيّا ت با لجمعيّة أن تتقدّ م بجزيل الشكر الى كل من ساهم بتقد يم ملا حظا ته المهمّة و المتعمّقة بعد اطّلا عه على اللبنة الأولى من هذا الكتاب,
الأستاذ شارل بيكر , المعهد الا فر يقى للد راسا ت با لسنغا ل

الأ ستاذ سو لى بن عطار من جامعة الكاب من أ فر يقيا الجنو بيّة

الأستاذ كناث بويد من جا معة ا يد نبورغ

الد, أ نا ت براونك جا معة أ ديلا يد , أ سترا ليا

الد , روبرت كار لصون , من جتمعة أيدنبورق,

السيّد ساف فلوس من الجمعيّة العا لميّة للطبّ جنيف سويسرا
M.Sev Fluss. Genève Suisse
الأستاذ, أوجينوس جيلناس, من ليتوا ني

الد, فر نسوا هيرش,=فر نسا

الد, قنس بو بى كبور=جامعة واشنتون

الأ ستاذ, نوالا كنّى , جامعة هالفاكس, الكنادا

الأستاذ شيريل كوكس ماكفرسون , جا معة سان جورج, غرناطة

السيّدة, مراك مو لير , ها نوفر, لما نيا

الأستاذ فيرنك أوبر فران أ كا د ميّة العلوم بودابست,المجر,

السيّدة عا طف ر حممان , خيبر, بشاور بكستان
السيّد محمد سويلم من كليّة بنها الطبّ –مصر- و طلبته العشرة الذين تعرّ فوا
على العبارات غير المأ لو فة لمن كانت اللغة الأ نجليزيّة ليست لغته الأمّ,

وحدة ألأخلا قيّات للجمعيّة تتمتّع بمسا عدة غير محدودة تتمثّل فى منحة تعليم من جونسن و جونسون

تــو طــئــة

الد كتور د يلون هيو مان
الكا تب العام
لـجـمـعيّـة الطـبّ الـعا لـميّة

من الـصـعـب الـتـصـوّر انه لا يـوجـد الى حدّ الآن فـى مـهـنـة الـطـبّ , بـر نـامـج د و لى لـتلـقين أسـس الأخـلا قيّات الـطـبـيّـة , و قـد مـرّ ت أ كـثـر من ألـفى سـنة عـلى نـشـر أعـمـا ل مؤسسي الأ خلا قيّـات الـطـبـيّة و من بيـنـهـم أبـوقـراط , و سـيـحاول هذا الـكاتـب وهو الأ و ل مـن نـو عـه سـدّ هذا الـفـراغ, و من د واعى سـعـادتى تـقديـمه لـلدورة الـواحدة و الـخـمـسين لـجـمـعيّة الـطـبّ الـعـا لـميّة الـتـى يـتـلاقـى فـيـها الأطـبـّاء من كـلّ د و ل الـعالم نـيّـابـة عن جـمـعيّاتهم و قـد تـمـخـض عـن هذا الـمـلـتـقى مـا يـلـى –

.< تـد عـو جـمـعيّة الـطـبّ الـعـا لـميّة و تـلـح عـلـى مـعـا هـد تـد ريـس الـطـبّ فى كـلّ أ ر جـاء الـعـالم اقـحـام مـاد تـي الأخـلا قيّات الطبيّة و حـقوق الانـسان ضـمن الـمـواد الاجـبـاريّة فـى بـرامـج تـد ريـسـها *و عـمـلا بـهذه الـتـو صـيّة ا نـبـعث بـرنـامـج تـدريس أ سس الأخلا قيّا ت الـطـبـيّة لـكـلّ الأطـبّـا ء و طـلبة الطبّ من طرف الجمعيّة دون أن تـكـون هـذه التوصيّة رسميّة,فـهـذا الكتاب نتيجة تـد رّج شـمـولى و استشارة واسعة تمّ الشروع فيها و تنسيقها من طرف الوحدة الأخلاقيّة لـلجـمـعيّة غـايتها الو حيدة من وراء ذلك جعل هذه النشريّة مرجـعا للأطبّاء و طلبة الطبّ فى كامل أرجـاء الـعـالم,

انّ موضوع العناية الطبيّة يثير حاليّا عدّة اشكالات مردّها السلوكيّات الأخلاقيّة و قصد هذا الكتاب تقويّة ودعم التعمّق فى كلّ مـا يعتنى بممارسة الطبّ و أخلاقـيّاته,و مدّ المعنيين عند الأقتضاء بأدوات تسمح بايجاد الحلول المناسبة لهذه الاشـكالات, لـيست الغاية منه التمييز بين المصيب و المخطئ بل تحسيس ضمير الطبيب الذى يعتمده لأخذ القرار السّليم و الأخلاقى , لذ لك فانّ هذا الكتاب يـطرح للدرس عدّة حـالات ترمى لتعميق التفكير فى السلوكيّات الأخلاقيّة , فرادى فى خلوة المكتب أو عند النقاش الجـماعى,

و بوصفنا أطبّاء و لأنـنا ندرك ما تمتاز به علاقة الطبيب بالمريض , وهى عـلاقة فـريدة من نوعها يسودها جوّ أخلاقى و أمان من شأنها التمكين من احالة المعلومات العلميّة ا و اتخاذ
و سائل المعالجة , والقضايا المطروحة هنا بتمحور حول مختلف أنواع العلا قـات التى تعترض الأطبّاء , و لكن علاقة طبيب=مريض ستكون دوما رحاها, والجد ير بالذكر ان هذه العلاقة تحمّلت أخيرا ضغوطا مردّها بالخصوص تقشّف الميزانيّة اضافة الى ممّا يجعل هذا الكتاب يشير الى ضرورة دعم هذه العلا قات بتأطير علاقة طبيب=مريض مرشدا أخـلا قـى.

و لـنـتمّ فى كلمة أ خيرة أنه لابدّ من الاشارة الى أن المريض هو محور كلّ نـقـاش يتعلّق بالأخلا قيّات الطبيّة و أنّ معظم الجمعيّات الطبيّة تـقرّ ضمن لوائحها الأساسيّة
أنّ الطبيب عليه أن يعتبر قراره باسداء أى علاج ينفع المريض , و لن يبلغ هذا الكتاب هدفه الا اذا سـعى الطلبة و الأطباء على الاستجابة لكلّ التحديّات التي تعترضنا فى عملنا يوميّا و اتّخاذ قـاعدة سلوكيّة أخلاقيّة تضع **مـصـلـحـة الـمـر يـض فـوق كـل اعـتـبار.**

الـمـقـدّ مـة

مـا هـي الأخـلا قـيّا ت الـطـبيّة ؟

الحـالات الأتى ذكرها مثالا و هى قد تـحدث فى أىّ بـلد
1 . الدكتور =أ= جـرّاح قدير و ذو خبرة أتمّ حصّة عمله الليليّة وامستعدّ للخروج, اذ بامراة تتقدّم للمستشفى صحبة ا بنتها , حيث تتركها و تعلم الممرّضة انها عا ئدة الى بيتها للعناية ببقيّة
ابنائها,اذ ليس فيه من يرعاهم و يبدو أن المريضة تشكونزيفا بالرحم يسبّب لها آلاما **Hémorragie vaginale**
مفرطة, و بعد فحصها يتبيّن للدكتور أ,ن سبب ذلك يعود الى امّا عمليّة اجهاض محدثة او اجهاض مفتعل فيسرع بتوسيع و اجراف رحم المريضة و يطلب من الممرّضة استجوابها حول امكانيّاتها الماديّة للبقاء بالمستشفى حتى تتجاوز فترة الخطر, و يحلّ الدكتور=ب=لتعويضه فيذهب الد, أ= دون مخاطبة المريضة.
2.الد كتورة = **ج** = تشعر أن لا حول لها عند مباشرة المرضى الوافدين عليها والذين قد استشاروا اطبّاء آخرين فى نفس المرض , و تعتبرانّ هذا التصرّف فيه تبذير للموارد الصحيّة
اضافة الى كونه أنه لا يجدى نفعاللمريض . فتقرّر اشعار المرضى بذلك وترفض مواصلة العناية بهم اذا ما واصلوا استشارة اطبّاء آخرين فى نفس المرض. كما انّها تفكّر فى الاتصال
بجمعيّتها الوطنيّة للطبّ حتّى تحثّ الحكومة على تفادى مثل هذا التبذير
3. الدكتور =ع= ا ختصاصى فى التبنيج و قد تمّ تعيينه مؤخرا بالمستشفى المحلّىحيث الفت نظره سلوك الجرّاح الأوّل داخل قا عة العمليّات , وهويستعل تقنيّات تجاوزها الزمن من شأ نها
اطالة مدّة العمليّة و احداث آلآم بعدها و كذلك اطالة مدّة الاستشفاء بالاضافة الى انّ الجرّاح يسمح لنفسه التفوّه بالفاظ مستهجنة مدّة العمليّة و هو ما من شأنه ابعادالممرضات من حوله.فالد.=ع= متردد بين انتقاد الجرّاح مباشرة رغم حداثة الحاقه بالمستشفى و بين اشعار سلط الاشراف و على كل حالّ فانّه لا يمكنه التمادي في السكوت على هذا الوضع.
4. الدكتورةٌ= ق= طبيبة بالريف, اتصلت بها مؤسسة تعنى بالأبحاث الطبيّة و طلبت منها المشاركة فى اختبار دواء جديد خاص بنوع من الالتـهاب

Essai clinique sur un nouveau médicament anti-inflamatoire non stéroïdien (NSAID) dans l'ostéoarthrite

وعرضت عليها مبلغا ماليّا عن كلّ مريض تخضعه لهذه التجربة, و ممثّل المنظّمة يؤكّد للدكتورة أنّ له جميع التراخيص للقيام بهذه التجربة من طرف كلّ السلط بما فيها هيئة الأخلاقيّات . فالدكتورة التى لم يسبق لها القيام بمثل هذه الدراسات تستحسن العرض خصوصا انّه مرفوق بكسب مالى فتوافق دون الاهتمام العميق بالجوانب الأخلاقيّة.
و نلاحظ أن كلّ حالة من الحالات المعروضة أعلاه تثير مراجعة لمقاييس الأخلاق الطبيّة لما لها من علاقة بسلوك الطبيب و قراره لا بالنسبة الى قضايا علميّة أو تقنيّة مثل معالجة مرض السكّر أو تعويض شرائين القلب بل لانّ علاقتها تضع الطبيب أمام مسؤوليّة اخلاقيّة من جهة و تعتنى بحقوق الانسا ن من جهة أخرى و مثل هذه القضايا كثيرا ما تعترض الأطبّاء فى عملهم اليومي مثلما تعترضهم القضايا ذات الصبغة التقنيّة او العلميّة.
و فى الممارسة اليوميّة و بصرف النظر عن الزمان أو المكان , توجد قضايا يسهل حلّها مثل جبر كسر أو خيا طة جرح اذ مثل هذه الحا لات لا تمثّل عرا قيل لمعالجتها, لكنّ فى المقابل قد تثار شكوك و اختلافات هامّة فى و سائل معالجة بعض الأمراض حتّى المعروف منها مثل السلّ او ضغط و فقر الدمّ
فبالنسبة الى الاجابة عن تحدّيات مشاكل الأخلاقيّات الطبيّة الاجابة سهلة عن بعضها خصوصا ان وجود اجماع على معالجتها – مثلا التماس الطبيب موافقة المريض قبل اخذاعه لتجربة ما-
بينما يكون الأمر أصعب ان لم يكن اجماع فى الامر وان كلّ الحلول المعروضة بها منقوصة
-مثل تحديد المصاريف الصحيّة . اذ لنا أن نتسائل عمّا هو بالضبط محتوى الاخلاقيّات الطبيّة و كيف يمكنها مساعدة الأطبّاء على مجابهة ما يعترضهم من اشكال فى مثل هذه القضايا
و ابسط تعريف الأخلاقيّات الطبيّة يمكن تحديده بالرجوع الى قواعد الاخلاق عموما- وهى امعان النظر فى القضيّة المطروحة والرجوع لما سبق من قرار أخلاقى فى الماضى والحاضر.
الأخلاقيّات تقدّر بقيمة القرارالمتّخذ انطلاقا من سلوك انسانى , والمفهوم اللغوى للأ خلاقيّات يشمل أوصافا مثل = حقوق – مسؤوليّات- خصال حميدة- و يشمل أيضا نعوتا مثل- حسن- سيّى ء-حقيقى –غالط-عادل- جائر.
و بالرجوع الى هذا التعريف يتّضح أنّ الأخلاقيّات الطبيّة أ ساسها معرفة الشىء بينما الأخلاق المجرّدة هى معرفة طريقة المباشرة للأمور و الو ثاق القصير الذى يربط بين المعنيين يكون فى الأهتمام بالأخلاقيّات لأيجاد قواعد موضوعيّة تمكّن من اتّخاذ قرارا ما و اختيار طريقة عمل دون أخرى .
تهتمّ الأخلاقيّا ت بكلّ جوانب السلوك البشرى و با خذ القرار ممّا يجعلها ميدانا متّسعا جدا ذا فروع كثيرة ذات أقسام متعدّدة . والمحور الأساسى لهذا الكتاب هو دراسة الأخلاقيّات الطبيّة ,
يعنى جانب الأخلاقيّات المتعلّق بالعمل الطبّى. الأخلاقيّات الطبيّة لها علاقة و ثيقة بالأخلاق

و لكنها ليست شبيهتها , فبينما الأخلاقيّات الطبيّة البيولوجية *
تعنى أساسا كلّ القضايا المتعلّقة بالمواضيع الأخلاقيّة التى لها صلة بالعلوم البيولوجيّة بصغة أعمّ. والفرق بين البيو تيك و الأخلاقيا ت الطبيّة ان الأولى لا تتطلّب الاعتراف ببعض القيّم التقليديّة الّتى لها اساسا الأخلاق الطبيّة كما سنرى فى الباب الثانى.
و باعتبارها مادّة تدرس بالجامعة فانّ الأخلاقيّات الطبيّة خلقت مفردات لغويّة خاصة بها و قد تمّ استعارة البعض منها من الفلسفة , و لكن قراءة هذا الكتاب لا تتطلّب معرفة بالفلسفة و قد اوردنا فى آخر الكتاب معجم المفردات اللغويّة الواردة با لنصّ و المسجّلة باحرف صغيرة.
انّ تدريس الأخلاقيّات للطلبة يمكّنهم من النعرّف على الأوضاع الشائكة و يمكّن الاجابة عنها اعتمادا على قواعد مو ضوعيّة.

لماذا ندرس الاخلاقيّات الطبيّة ؟

- ما دام الطبيب يحسن عمله الطبّى و له تجربة و خبرة فمعرفته للأخلاقيّات الطبيّة غير نافعة-
-ان الأخلاقيّات تلقن فى صلب العائلة و ليس فى مدارس الطبّ-
-الأخلاقيّات الطبيّة تكتسب بالاطّلاع و متابعة ما يقوم به الأطباء ذووالخبرة ولا تلقن بالكتب أو بدروس علميّة-
-الأخلاقيّات الطبيّة هامّة و لكن برامج التدريس مفعمة بالمواد بمدارس الطبّ
ولم يبق مجال لتد ريسها-
هذا جزء من التعلّات الوارد ة للحطّ من أهميّة هذه المادّة ضمن مدارس الطبّ,و هذه الأسباب و ان كانت موضوعيّة لحدّ ما, لا تمنع من اننا نلاحظ عبر مختلف دول العالم شعور مدارس الطبّ يتزايد وكذلك اقتناعهم بضرورة تدريس الأخلاقيّات الطبيّة و الجامعة العالميّة لتدريس الطبّ – انظر الملحق 3- ستقتنع باهميّة تلقين الأخلاقيّات ضمن التكوين الطبّى فالأخلاقيّات جزء هامّ عند ممارسة الطبّ والمبادى ء الأخلاقيّة مثلها مثل احترام الانسان , فموافقة المريض الواعيّة , والسريّة كلها قيم أساسيّة فى العلاقة التى تربط الطبيب بالمريض و لكن تطبيق هذه القواعد قد يحد ث مشاكل احيا نا خصوصا عندما يحدث خلافا بين الأطباء و المرضى أو بعض أفراد العائلة أو بعض أعوان الصحّة آ خرين, فيتمسك كلّ بنظريّته عن أحسن طريقة للعلاج.
و تعليم الأخلاقيّات يساعد الطلبة على معرفة القضايا و يلقنهم طرق الاستجابة لها انطلاقا من تطبيق قواعد عقلانيّة.
فهذه المادة لها دور هامّ فى علاقة الطبيب بالمجتمع و علاقته بزملائه و فى الاهتداء لأحسن الطرق لتطلعاته الطبيّة كذلك.

الأخلاقيّات الطبيّة ،الاحتراف فى ممارسة الطبّ ، حقوق الانسان والقانون

الأخلاقيّات جزء متين من الطبّ و ذ لك منذ بروز الطبيبّ اليونانى أبوقراط فى القرن الخامس قبل الميلاد، و يعتبر هذا الطبيب مبتكرا لمفهوم الأخلاق الطبيّة. و ممارسة الطبّ عن طريق الاحتراف يعود تاريخه الى أبوقراط اذ كان الأطباء يؤدون القسم علانيّة فى الالتزام بجعل مصالح مرضاهم فوق كل اعتبار = راجع الباب الثالث= و هذه الرابطة المتينة للأخلاقيّات بالاحتراف ستبدو جليّة و انت تطلّع على هذا الكتاب.
لقد تأثرت الأخلاقيّات الطبيّة فى المدّة الأخيرة بتطوّر مفهوم حقوق البشر بما أننا نعيش عالما متعدّد المفاهيم و الثقافات ، من شأه أن يجعل التقا ليد الأخلاقيّة متعددة و متخالفة فيمكن والحالة تلك ان نعتبر الأتفاقيّات الدوليّة الخاصّة بحقوق البشر قاعدةلاخلاقيّات طبيّة متبنّات عبر كل حدود قوميّة و ثقافيّة . بالاضافة الى انّ الأطبّاء كثيرا ما تعترضهم مشاكل ناتجة عن الاعتداء على حقوق الناس مثل التهجير أو التعذيب، و مازال الأطبّاء منشغلين بوضعيّة المعالجة، هل انها حق لكلّ البشر ؟ ومن هم الأشخاص الذين لهم الحقّ فى المعالجة الصحيّة ؟
سيعتنى هذا الكتا ب كلّ اعتناء بالقضايا الراجعة لحقوق الانسان اذ انّها تهتمّ بالممارسات الطبيّة.
والأخلاقيّات الطبيّة لها ارتباط متين بالحقوق، اذ يوجد بعدّة بلدات قوانين تضبط الطريقة الّتى يجب اتّباعها فى القضايا الراجعة للأخلا قيّات الطبيّة عند معالجة المرضى أو عند القيام بابحاث علميّة, ضف الى ذلك انّه يوجد بكلّ قطر سلطة دورها تسليم رخص المباشرة و لها المؤهّلات لتسليط العقوبات على الأطبّاء الذين لا يحترمون قواعد الاخلاقيّات الطبيّة ، فكثيرا ما تكون مقاييس الأخلاقيّات أصعب من مقاييس التشريعات و على كلّ فانّ القوانين تختلف من دولة الى أخرى بينما الأخلاقيّا ت تتجاوز الحدود الترابيّة و لهذا السبب سيكون العنصر الأساسى المطروح بهذا الكتاب دراسة الأخلاقيّات و ليس القانون.

خـلا صــة

.الطبّ علم و فنّ فى آن واحد
فالعلم يهتمّ بكلّ ما يمكن ملا حظته و تقديره بحيث يمكن لكلّ طبيب مقتدر الاهتداء الى علامات المرض و معالجته ولكنّ الطب العلمى له حدوده و خصوصا بالنسبة الى الانسان بصفته بشر له حقوق و مسؤوليّات.
و فنّ الطبّ يفترض تطبيق القواعد العلميّة و التكنولوجيّة للمرضى والعائلات والمجموعات, اذ هم اساسا غير مطلعين على و ظائف الابدان و لذا نظرا لهذه المعطيات يمكننا الاهتداء لهذه الفوارق والشعور أنّ الفنّ و العلوم الانسانيّة والعلوم الاجتماعيّة كلّ منها لها دور اساسى الى جانب الأخلاقيّات كما انّ الأخلاقيّات تثرى بما تدرّه عليها بقيّة الموادّ من معلومات فانّ عرض مسرحيّة يصوّر مشكلا طبيّا مثلا و يحثّ على التفكير فى الأخلاقيّات أكثر من وصف بسيط لحالة مريض.
هذا الكتاب ماهوّ الا مقدّمة لأسس الأخلاقيّات الطبيّة فى قضاياها الأساسيّة و هو يحاول قبل كلّ شيء ابراز ضرورة مواصلة البحث على الأخلاقيّات فى ميدان الطبّ و خصوصا على طريقة
معالجة المشاكل الأخلاقيّة التى تعترضنا عند مما رسة المهنة.

الــبــاب الأول

أهم خصوصيّات مادة الأخلاقيّات الطبيّة

هدفها

دراسة هذا الباب تمكّن من معرفة ما يلى
شرح اهميّة دور الأخلاقيّات الطبيّة بالنسبة للطبيب
الأستفادة من اهمّ مراجع الأخلاقيّات الطبيّة
معرفة مختلف الطرق التى تساعد على أخذ قرار يتماشى و الأخلاقيّات الطبيّة.

مـا هـى أصليّة مــادة الطبّ ؟

لصفة الطبيب معنى خاص في كل زمان و فى كلّ مكان. فالطبيب هوّ الشخص الذى نتصل به لمساعدتنا فى اهمّ احتياجاتنا لمعالجة اوجاعنا و آلامنا,حتى نسترجع صحّتنا من أجل ذلك يسمح للطبيب بالوصول الى مختلف اعضاء بد ننا بما فيها العورة , و ذلك اعتقادا منا ان الطبيب يقوم بذلك لفائدة المريض و مصلحته.
و الملاحظ انّ وضع الطبيب يختلف حسب مختلف البلدان و لربّما حتى مختلف المدن فى البلد الواحد
و يبدو عامّة انّ هذا المفهوم يميل الى التدهور اذ يرى عدد من الأطبّاء أنّ الاحترام المحيط بهم تدهور مقارنة بما كان عليه سايقا. و فى بعض البلدان تمّ سحب مراقبة سياسة المعالجة الطبيّة من يد الأطبّاء لفائدة اداريّين أو متصرّفين ممّا أحدث عراقيل فى نظر الأطبّاء اذ صاروا يعتبرونهم عراقيلا لتطوير السياسة الصحيّة اكثر من كونهم شركاء. و حتى فيما يخصّ المرضى أنفسهم فقد يمتثلون دون قيد ولا شرط لأوامر الطبيب فأصبحوا يطلبون توضيحات من الطبيب عمّا اذا كا نت تعليماته لا تتماشى مع غيرها لدى أطبّاء آخرين عن المرض نفسه أو ما اطّلعوا عليه من الأنترنات ,
بالاضافة الى أنّ بعض الأعمال الطبيّة التى كا ن الطبيب يمارسها وحده أصبحت اليوم فى متنا ول التقنيّين من الممرضين و أعوان الصحّة . و لكن و رغم هذه التغييرات فانّ مهنة الطبّ ما تزا ل المهنة التى يقدّرها المرضى وهم قي حاجة اليها. فهى ما انفكّت تجذب اليها عددا كبيرا من طلبة بارعين مجتهدين و مخلصين.و للاستجابة الى ما ينتظره منهم المرضى و الطلبة يتعيّن على الأطبّاء معرفة القيم الخاصّة بعلم الطبّ و ابرازها و من بينها الرحمة و الاستقلاليّة , اذ هىّ الأسا س للأخلاقيّات الطبيّة اضافة الى احترام حقوق الانسان.

ما هى خـا صيّة الأخلا قيّـا ت الطبـيّة ؟

لم يكن الشعور بالشفقة و الكفاءة و الاستقلاليّة من مميّزات الطبّ دون غيره من المهن و لكن يرجى من الطبيب أن يرفع قيمة هذه الخصال الى مستوى يكون فيه قدوة لعد ة مهن أخرى.
فالشفقة هى فهم الأخرين و ادراك مدى اوجاعهم , و هذه الصفة ضروريّة فى ممارسة الطبّ ثم معرفة مشاكل المرضى و معالجتهم كما يتعيّن على الطبيب التفطّن الى العوارض الخفيّة للمريض ليتمكّن من معالجتها , و سوف يستجيب المرضى تلقائيا لتعليماته اذا أحسّوا ان الطبيب مدرك
لمشاكالهم و أنه بقدر ما يهتمّ بعلاج الجسم فهو يراعى الجا نب الانسانى,
و أما أهليّة الطبيب فيجب أن يكون مستواها ثا بتا و ان لا تكون النتائج المنجرّة عنها و خيمة أو قد ينجرّ عنها الموت أحيانا. الأطبّاء يتلقّون تعليما يستمرّ عدّة سنوات حتى يتلقون الخبرة الازمة و مع
ذ لك فانّ تطوّر المعلو مات الطبيّة يجعلهم لا ينفكّون عن زيادة البحث استجابة للتحدّيات و لا ينحصر الأمر فى ابقاء المعلومات و المقدرة الطبيّة فى مستوى رفيع فالأهم منه الحفاظ على المستوى والمقدرة والسلوك الأخلاقى اذ ينجرّ عن التغييرات المشار اليها تغييرات تتعلّق بالممارسة الطبيّة و محيطها الاجتماعى والسياسى.

استقلاليّة الطبيب - تكمن فى اعتبار القيمة الأسا سيّة للطبّ و تغييراته على مدى السنين-
تمتّع الأطبّاء فى السنوات الأخيرة با ستقلا ليّة تامّة عند معالجتهم مرضاهم,و تمتّعوا كذلك بكامل الحريّة لتحديد معايير تعلّمهم الطبّ و تطبيق وسائل العلاج التى يرونهاصالحة ولكن هذين الطريقتين ستضع حدا لها الحكومات او السلط الساهرة على رقابة الممارسات الطبيّة فى عدّة بلدان.
و مع ذلك واصل الأطبّاء عملهم فى مواجهة هذه التحد يّات للحفظ على استقلا ليتهم الاستشفائيّة
و المهنيّة بقدر الامكان , و تمّ الاعتراف عالميا فى الحين نفسه باستقلاليّة المريض اذ هو الذى يّأ خذ أى قرار يخصّه بنفسه , و سوف نذكر ضمن الكتاب أمثلة من الاشكا لات التى انجرّت عن استقلا ليّة الطبيب مع احترام استقلا ليّة المريض.

و اضافة الى تعلّق الأخلاقيّات الطبيّة بالقيم المذكورة فهى تفرق بين الأخلاقيّات فى مفهومها العامّ الذى يشمل كلّ فرد و الأخلاقيّات الخاصّة كتلك التى اوردها تصريح جنيف.
انّ اداء اليمين او القوانين الصّادرة فى الموضوع تعنى امرا واحدا رغم انها تصدر عن بلدان مختلفة . قأساسها واحد و هو الالتزام بانّ الطبيب سيعطى الأو ليّة لمصلحة المريض دون ايّ تمييز عنصرى أو دينى أو تمييز له علاقة بحقوق الانسان و الطبيب سيحافظ على سريّة كل ما يتعلّق بالمريض و بكل المعلومات التى سيتحصّل عليها فى هذا المضمار و كذلك ما تطلّبه و ضعيّة المريض من وسائل معالجته.

تصريح جنيف لجمعيّة الطبّ العالميّة

قبل قبوله كعضو بالمهنة الطبيّة يلتزم المترشّح بما يلى و على النحو التالى
.ألتزم رسميا بتسخير حياتى لخدمة البشريّة

و بتقديم كل مظاهر الاحترام و الاعتراف بالجميل لأساتذتى و هم أهل لذلك
سأ قوم بمهنتى بكل اخلاص و ضمير
سأضع صحة مريضى فوق كل اعتبار
سأحترم الاسرار التى يتم اشعارى بها حتى بعد وفاة المريض
سأحافظ , بكل ما أوتيت من جهد على شرف مهنة الطب و تقاليدها
سأعتبر زملائى اخوة و أخوات
لن أسمح أن تدخل, بينى و بين واجبى نحو مريضى , اعتبارات منشؤها السن أو المرض أو العجز و كدلك الدين أو الأصل العرقى أو الجنس و كدلك الجنسية و الاتجاه السياسى أو الميل الجنسى و الوضع الاجتماعى
سأقوم بمهنتى بكامل الاحترام للحياة البشرية
لن أستعمل معلوماتى الطبية ضد قوانين الانسانية و ان كنت مهددا
وها انى ألتزم رسميا , و بكامل الحرية و أقسم به على شرفى.

من يقرر ما ينتمى لـلأخلاقيات ؟

مفهوم الأخلاقيات يشمل عدة معان . ولا زال الخلاف قائما لمعرفة صوابه من خطئه.
و حتى فى صورة الاتفاق على المفهوم يبقى الخلاف قائما لاختلاف الأسباب الباعثة لهذا الاتفاق
و تعتبر عديد المجموعات هذه الخلافات طبيعية لأن كل واحد له حرية التصرف بشرط احترام حقوق غيره. و مدلول الأخلاقيات لا زال معمولا به فى المجتمعات المحافظة و هى تتمتع بموافقة واسعة مدعومة فى كثير من الأحيان من السلط بقوانين تتوخى سلوكا دون آخر و تلعب ثقافة هذه
المجتمعات و عقائدها الدينية دورا أساسيا فى سلوكياتها الأخلاقية, فالاجابة عن السؤال المطروح لمعرفة ما هو مرجع الأخلاقيات بصفة عامة مازالت مختلفة حسب المجتمعات و ربما وجدنا
مفاهيما مختلفة داخل المجتمع الواحد.
فالمجتمعات الليبر ا ليّة تسمح لأفرادها بالتصرّف بكامل الحريّة اذ تراهم اهلا لاتّخاذ القرار و اهلا لمعرفة ما هو صائب. و يجوز النظر في ما كان هذا الاختيار قد أتخذ تحت عدّة تأثيرات عائليّة أو دينيّة , أو حتّ من وسائل الاعلام.و خلافا لما سبق فانّ المجتمعات المحافظة تتأثر بالوسط العائلى, والدينى و باتّباع الزعماء السيّا سيين. فكلّ تلك العوامل تتغلّب على اختيارات الأفراد الشخصيّة و رغم هذه الفوارق فانّ البشر اتفقوا لا محالة على بعض القواعد الأساسيّة للأخلاقيّات مثل حقوق الأنسان الواردة بالاعلان العالمى لحقوق الانسان و الواردة فى ميثاق الأمم المتّحدة و فى عدّة وثائق أخرى معترف بها رسميا.
و بالنسبة الى ألأخلاقيّات الطبيّة فانّ أهمّ حقّ للانسان هو حقّه فى الحياة, و حقّه فى عدم التمييز و عدم الخضوع للتعذيب او لمعا ملة قاسيّة تنال من كرامة البشر و كذلك الحقّ فى حريّة التعبيرو الرأى مع الحق فى الانتفاع من المصالح العموميّة و حقّ الانتفاع بالعلاج الصحّى.
و الى أمد غير بعيد كانت أراء الأطبّاء تختلف في معرفة من يقرّر الأخلاقيّات الطبيّة .

و بمرور الزمن أخذت مهنة الطبّ ترسم مقاييسها الخاصّة لضبط سلوكيّات اعضائها و ذلك فى قالب قوانين أو اعلامات , و فيما يخصّ نشاطها الدولى فانّ جمعيّة الطب العالميّة أعدّت توصيّات فى خصوص السلوك الأخلاقى و أوصت الأطبّاء بتوخّى سلوك صالح لكلّ زمان و مكان, و فى عدبد الدول تتولّى الجمعيّات الطبيّة مسؤوليّة اعداد ضوابط الأخلاقيّات الطبيّة. و يكون لهذه الضوابط حكم القانون فى الدول ان كان تشريع العمل الطبّى يسمح بذلك مع العلم ان الحريّة لأعضاء المهنة فى استنباط قوانينها الأخلاقيّة الخاصّة بها لم تكن ملزمة على الاطلاق و لنسق بعض الأمثلة

يخضع الأطبّاء اخضاعا مطلقا للتشاريع العامّة المعمول بها فى بلد مباشرتهم و قد اتخذت احيانا اجرائات تأديبيّة ضدّهم عند مخالفتم لتلك التشاريع. تأثرت بعض المنظّمات الطبيّة بالتعليمات الدينيّة التى تفرض على أعضائها التزامات اضافيّة على ما هو مطلوب من بقيّة الأعضاء

يوجد ببعض البلدان ضمن الجمعيّات الساهرة على ضبط القواعد الأخلاقيّة المطلوبة والسهر على تطبيقها عد دا لا بأس به من الأعضاء غير الأطبّاء .

والتوجيهات التى تتقدّم بها الجمعيّات الطبيّة تكتسى طابعاعامّا وهى لا تعالج المشاكل الخاصّة التى يتعرّض لها الأطبّاء عند ممارسة نشاطهم. و غالبا يرجع الى الأطبّاء أنفسهم اتخاذ القرار الصائب فى نظرهم.ولكن قد يريح ضميرهم معرفة رايزملائهم في مثل تلك الحالات و قوانين الأخلاقيّات الطبيّة

تـنير للطبيب السلوكيّات المتفق عليها بصفة عـامّة اذ من الأهميّة الا يحيد عنها الأطبّاء الا لأسباب قـاهرة.

هل الأخلاقيّات الطبيّة قـا بـلة للتغيير ؟

بعض الوجوه من الأخلاقيّات الطبيّة قد تغيّرت بالفعل بمرّ السنين. و منذ زمن غير بعيد كان من واجبات الطبيب المباشر و من حقّه اختيار طرق معالجة المرضى دون طلب موافقتهم لكن منذ اعلا ن

حقوق المريض سنة 1995 تغيّر هذا المفهوم فنجد فى الاعلان_ **العلاقة بين الأطبّاء والمرضى و المجتمع بصفة عامّة أ د خلت عليها تغييرات هامّة فبينما يتعيّن على الطبيب مواصلة مهنته بكلّ ضميرو لمصلحة المريض يجب عليه أن يأخذ بعين الاعتبار ضمان حريّة المريض فى الاختيار.**

فعدّة أفراد يرون اليوم ان التصرّف فى صحّتهم من مشمولاتهم و ينحصر دور الطبيب فى ارشادهم و نصحهم. و هذه النظريّة ترى أن للفرد اختيار وسائل علاجه و ان لم تعمّم الى حدّ الآن الا انّها حاضرة فى الأذهان و تدلّ قطعا على تطوّر علاقة الطبيب بالمرضى و من شأن ذلك طبعا ادخال تغييرات على واجبات الأطبّاء الأخلاقيّة.

و الى زمن غير بعيد كان الأطبّاء يرون انّ مسؤوليّاتهم هىّ تجاه ضمائرهم و زملائهم على انّ المتدينين منهم يرون أنّ مسؤوليّاتهم تجاه ربّهم. الا أنّ هذه المسؤوليّة أصبحت أمام مرضاهم أيضا و أطراف أخرى كادارات الصحّة و المؤسسات المعهود لها تسليم رخص المباشرة و اتخاذ قوانين تنظيميّة و تجاه المحاكم احيانا و هذه المسؤوليّات التى تبدو متغيّرة قد ينجرّ عن تطبيقها نزاعات ـ انظر الباب الثالث.

و قد تطوّرت الأخلاقيّات الطبيّة ايضا فى عدّة سلو كيّات. فالاجهاض الذى كانت تمنعه قوانين الأخلاقيّات اصبح مقبولا مع احترام بعض الشروط التى فرضتها المهنة فى بعض بلدان . و بينما كان الأطبّاء لا همّ لهم الا صحّة مرضاهم أصبحوا اليوم مطالبين برعاية الميزانيّات الماليّة للوسائل الصحيّة.

بالاضافة الى أنّ تطوّر التكنولوجيا و العلوم الطبيّة أحدث أيضا قضايا أخلاقيّة جديدة لا تستطيع الأخلاقيّات الطبيّة التقليديّة فضّها مثل الانجاب بمساعدة طبيّة , علم الوراثة , و المعلوماتيّة للمعطيات الصحيّة و اطالة عمر الانسان, كلّ ذلك يتطلّب مشاركة الأطبّاء اذ يمكنهم حسب استعمالهم لها امّا

افادة المريض او الاضرار به , و لذا يتعيّن على جمعيّات الأطبّاء مد هم بطرق تحليليّة لمختلف الحالات و عدم الاكتفاء باحالتهم على القوانين الأخلاقيّة المعهودة.

و بالرغم من هذه التطورات للأخلاقيّات الطبيّة , أتفق غالبا على عدم تغيير القيّم الأساسيّة و قواعد الأخلاقيّات الطبيّة لما لها من حساسيّة نحو المرضى و لاعتقادهم انّ البشر فى حاجة الى أطبّاء رحماء و مقتدرين و مستقلّين لمعالجتهم على احسن وجه.

هل تتغيّر قواعد الأخلاقيّات الطبيّة ؟

من المعلوم ان الأخلاقيّات الطبيّة يجب ان تتطوّر

حسب تقدّم التقنيّات و تطوّر العلوم الطبيةّ ونظرة المجتمع الى بعض القيّم و لذلك تختلف الأخلاقيّات الطبيّة من بلد الى آخر. ففى موضوع تيسير الموت مثلا توجد عدّة نظريّات ذات اهميّة بين مختلف الجمعيّات القوميّة وبوجد من الأطبّاء منهم من يدينها و منهم من هوّ محايد.

بينما يجيزها غيرهم مع بعض الشروط كالجمعيّات الهولنديّة. و كذلك فيما يخصّ حق العناية الطبيّة فانّ بعض الجمعيّات ترى انّ لكلّ فرد نفس الحقوق التى للأخر على قدم المساواة بينما ترى بعض الجمعيّات الأخرى خلاف ذلك . و بعض البلدان تبدى اهتماما كبيرا بتقدّم التقنيات الطبيّة فى حين ان بلدانا اخرى لا تعير أهميّة لذلك لافتقارها الى هذه التكنولوجيّا, و فى بعض البلدان يرى الأطبّاء ان حكومتهم لن تجبرهم على القيّام باعمال منا فيّة لمبادىء أخلاقيّات الطبّ بينما سيجد زملائهم فى دول
الآخرى صعوبات للحفاظ على القيّم الأخلاقيّة الطبيّة كاحترام سر المريض رغم الحاح الشرطة او الجيش على الاطّلاع على جروح المرضى الباعثة للشك.ولئن بدت هذه الفوارق هامّة فمثيلاتها كثيرة.ويشترك الأطبّاء عبر العالم فى عدّة مفاهيم . فعند التقائهم بالجمعيّات الطبيّة مثل جمعيتنا يتمّ الاتفاق بينهم على عدّة مواضيع تهمّ الأخلاقيّات و لو بعد طول نقاش. فالقيّم الأساسيّة للطبيب كالثقة والمقدرة و الاستقلاليّة و كذلك الخبرة هى الأسس المتينة فى تحليل كل هذه القضايا و التوصّل الى الحلول الأكثر نفعا للمريض و المواطن و الصحّة العموميّة.

دور الجمعيّة العالميّة للأطبّاء

بما ان الجمعيّة العالميّة للطبّ ترمى الى تمثيل كلّ الأطبّاء فى العالم بصرف النظر عن جنسيّاتهم واختصاصهم فانّ دورها يصبح اعداد المعايير العامّة للأخلاقيّات الطبيّة الصالحة فى كامل انحاء العالم. و منذ احداثها سنة 1947 و هى تسعى الى منع العودة الى سلوكيّات مخالفة للأخلاقيّات مثل تلك التى قام بها اطبّاء المانيا النازيّة او غيرهم قى دول اخرى. و كان من أولى اهتمامات الجمعيّة ان جعلت يمين أبوقراط يتماشى و الواقع مما أدّى الى **تصريح جينيف** الذى تبنّته الجلسة العامّة الثانيّة سنة 1948 . و ماانفكّ هذا التصريح يخضع للمراجعة الى سنة 2005 . و كان الدور الثانى للجمعيّة اعداد قانون عالمى للأخلاقيّات الطبيّة و قد تمّ تبنّيه فى الجلسة العامّة الثالثة للجمعيّة سنة 1949 و تمّت مراجعته فى 1966 و كذالك سنة 1983 و ما يزال حاليا تحت مجهر المراجعة . واهتمّت كذالك الجمعيّة بتنميّة التعليمات الخاصّة بتعاطى التجارب الطبيّة على البشر واستغرقت البحوث المذكورة نقاشا طويلا آخر و لم تقع الموافقة عليها الا سنة 1964 ضمن **تصريح هلسنكى** و هذا النصّ بقى محلّ مراجعات متعدّدة كانت اخراها سنة 2000 .
و بصرف النظر عن التصريحات القاعديّة فا الجمعيّة اتخذت موقفا فى أكثر من مائة قضيّة مردّها الى سلوكيّات أخلاقيّة. و يوجد تحت الدرس حاليّا عدّة مواضيع أخلاقيّة واجتماعيّة بما فى ذلك تعليم الطبّ و مسالك الرعاية . و فى كلّ سنة تواصل الجمعيّة العامّة للأطبّاء مراجعة النصوص الموجودة و تتخذ قرارت جديدة.

كيف تقرّر الجمعيّة العالميّة لـلأطبّاء ما يتعلّق بالأخلاقيّات ؟

يصعب الحصول على الاجماع المطلق عند طرح قضايا عالميّة تخصّ مواضيع دوليّة شائكة حتى عندما تبد و المجموعة الملتئمة متضامنة نسبيا مثل مجموعة الأطباء, و تعرض الجمعيّة معاييراللوائح الأخلاقيّة محلّ النقاش فى اجتماعاتهاالسنويّة و تعتبر انه موافق عليها اذا ما تحصّلت على 75 فى المائة من مجموعة كلّ الأصواط و لبلوغ هذه النسبة من الاجماع يجدر اجراء نقاش واسع كما يجب عرض مختلف النظريّات على لجنة الأخلاقيّات أو حتّى على مجموعة خاصّة تكلّف بتحرير النصّ الجديد و ربما عرضه للنقاش مرّة أخرى, و قد يطول هذا الاجراء اذا كانت القضيّة شائكة أو حسّاسة . ولنذكر من باب المثال مراجعة تصريح هلسنكى التى انطلقت سنة 1997 و لم تبرز للوجود الا فى أكتوبر 2000 و مع ذلك فلم تستوف كلّ جوانبها اذ لم يتّخذ فيها قرارا بعد و لا يزال الموضوع تحت الدرس من طرف هيئة الأخلاقيّات الطبيّة و عدّة لجان أخرى.

فالطريقة الناجعة ضروريّة لكنّها لا تضمن النتيجة المثلى. و الجمعيّة عند اتّخاذ القرار فيما له علاقة بالأخلاقيّات المهنيّة يعتبر قرارها امتداد لمعدات جرى بها العمل فى مفهوم الأخلاقبّات الطبيّة. فهى تراعى ما سبق من قرارات اتخذتها المنظّمات القومية والدولبّة الأخرى من مواقف فى الموضوع المعنى كما انّها تأخذ برأى المختصّين فى ميدان الأخلاقيّات المهنيّة.و فى خصوص الموافقة الواعية"فانّ الجمعيّة تشاطر رأى الأغلبيّة . و فى مواضيع أخرى مثل سريّة المعلومات الطبيّة ذات الصبغة الشخصيّة ,كان الدفاع الكامل عن موقف الأطبّاء لازما أمام رغبة الحكومات أو متصرّفى الصحّة والمؤسسات التجاريّة و ما يميّز رؤية الجمعيّة لمفاهيم الأخلاقيّات المهنيّة هو انها تعطى الأولويّة للمريض, فالطبيب العامل بتصريح جينيف يلتزم بما يلى= **سأضع صحّة مريضى قبل كلّ شىء,كما يؤكده تصريح هلسنكى** الذى يذكر بالخصوص**ان البحث الطبّى على الأشخاص لفائدة العلوم**
و المجتمع يجب ان يراعى راحة المريض قوق كلّ اعتبار

كيف يقرّر الخواص ما يتماشى والأخلاقيّات الطبيّة ؟

بالنسبة للأطباء و طلبة الطبّ

لاتنحصر الأخلاقيّات الطبيّة فى اتباع توصيّات المنظّمة أو توصيّات منظّمات طبيّة أخرىاذ معظمها يخصّ الوضع العام و المفروض, ان لكلّ فرد أن يختار احترام تلك التوصيّات أو عدم احترامها حسب الظرف الذى يعيشه اضاغة الى انّ الطبّيب تعرض الى عدّة حالات لها علاقة بالأخلاقيّات المهنيّة دون ان تكون محلّ توصيّات من طرف الجمعيّة الوطنيّة. فلا يبقى على الأفراد الا تحمّل مسؤوليّاتهم فى اتخاذ قراهم الشخصى والعمل به.

سلوكيّات غير موضوعيّة

ألامتثا ل= طريقة جرى بها العمل عند اتخاذ قرارات لها علاقة بالأخلاقيّات المهنيّة خصوصا لدى الأطفال والعاملين فى المؤسسات كالجيش او الشرطة او لدىبعض المنظّمات الدينيّة و كذلك لدى عدّة شركات اذ تقتضى الأخلاق ان تتبع قوانين او تعليمات من بيده القرار دون انتظار موافقتنا.

التقليد = وهو يشبه الأمتثال حيث يعلّق الحكم على الشىء بقرار شخص آخر. يعنى ان يكون الآخر مثالا يقتدى به و ربما كانت هذه الطريقة المعمول بها اكثر من غيرها لتلقين طلبة الطبّ الأخلاقيّات المهنيّة و امّا ألأمثلة المقتدى بهم فهم من أبرز الأختصاصيّين . و طريقة التلقين تتمّ عن طريق الملاحظة واستيعاب القيم المطروحة.

التحسّس والميل= وهى طريقة تعتمد على رؤية خاصّة للقرار المتّخذ او لسلوك اخلاقى . اذ نحكم على صحّة الشىء انطلاقا من شعورنا بصحّته أو استجابة لرغبتنا فيصبح الحكم بالخطء علىامر ما سببه الوحيد انّه بدى لنا كذلك أو لأننا وجدنا فيه قمعا لرغبتنا. فميزان تقييم ما هو خطء هو فى باطن كل واحد منّا وهو يتفاوت بين فرد و آخر أو حتى لدى نفس الفرد حسب مرور الزمن.

الحدس= هو الشعور بما يجب القيام به فى ظرف معيّن . و هذه الصفة تشبه الميل لأنها غير موضوعيّة مع اختلافها مع الميل لأنها تكمن فى العقل و ليس فى الأرادة.و الحدس أقرب الى الرغبة من الأمتثال او التقليد او التحسّس لأن مرجعه أكثر موضوعيّة رغم كونه ناتج عن تفكير بل هو اتخاذ قرار حينى لا يخضع لامعان نظر . وهذه الحاسّة شانها شأن التحسس والميل و قد تفرق بين فرد و آخر كما انها قد تتطوّر لدى الفرد الواحد مع مرور الزمن.

التعوّد = طريقة ناجعة

لاخذ القرار الأخلاقى اذ هى لا تتطلّب اعادة التدرّج فى أخذ القراركلّما طرحت قضيّة اخلاقيّة مشابهة لسابقتها . و لهذه الطريقة سلبيّتها كالكذب مثلا امّا ايجابيّاتها فالتصريح بالحقيقة على سبيل امثال. كما انّ القضايا قد تكون متشابهة و لكن غير شبيهة و هى تتطلّب قرارات مخالفة لسابقتها. فالتعوّد له سلبيّاته دون شكّ.

سلوكيّات موضوعيّة بما ان الأخلاقيّات المهنيّة هى دراسة للأخلاق العامّة فهى تعطى الأولويّة للسلوكيّات الموضوعيّة عند اخذ القرار و تعتمد السلوكيّات الموضوعيّة على أ دب المهنة , المنطقيّة و النظر لما هو أهمّ أخلاقيّات الفضيلة.

اداب المهنة يهتمّ هذا السلوك بالبحث عن قواعد الأسس التى هى ركيزة القرارات الأخلاقيّة ولنضرب مثلا بذكر المعاملة بالمساواة فيمكن أن يكون لهذا المفهوم اصول دينيّة =أى الايمان بان كلّ خلق الله متساوون أو أصول غير دينيّة باعتبار ان لكلّ البشر الجنية نفسها = و بعد الاتفاق على هذه القواعد يبقى لنا تطبيقها على الحالات المعيّنة و لكن بالرغم من هذا الوفاق ستبقى حالات تثير احيانا الخلافات كالتسائل هل انّ مبدا منع قتل البشر هو نفس المبدا الذى يجيز الأجهاض أو تنفيذ الحكم بالاعدام ؟

المنطقيّة

المنطقيّة وهى تعتمد على أخذ القرار الخلقى انطلاقا من تحليل عواقبه أو مما ينجرّ عنه من نتائج. فالعمل الصائب هو الذى تتولّد عنه أحسن النتائج.

وبالطبع قد تختلف الأراء فى مفهوم النتيجة الطبيّة و من القوالب الأكثر اشعاعا لهذه النظريّة هى نظريّة الفائدة اذ تعتبر النفع وحدة قياسا و تصف هذا المبدا بانه أنفع للسواد الأعظم من البشرو من بين المعايير الاخرى المعمول بها عند أخذ

القرار المتعلّق بوسائل العلاج , معيار يضع فى الاعتبار نسبة التكلفة و النجاعة مع تقييم وسائل مستوى العيش اى سنوات العيش المعدة له أ و سنوات العيش التى تمّ انقاضها من العوائق اى سنوات العيش المعدّلة و أصحاب ةنظريّة اعتبار النتائج يعيرون اهميّة للمبادىء اذ يشقّ التعرّف عليها والذى يهمّهم فى الأمر هو النتيجة . و هذا التمشّى يعرّض هذه النظريّة لعدّة انتقادات اذ يرون انها اعتمدت قاعدة الغاية تبرّر الوسيلة مما يؤدّى الى قبول مبدا التضحيّة بحقوق البشر مقابل بلوغ غايات أخرى.

اتّباع ما هو أهمّ هذه النظريّة تتخذ قواعد اخلاقيّات المهنة كأساس لكلّ قرار اخلاقى , وهى تطبّق هذا المبدا على كلّ ما يوجد من حالات أو قضايا خاصّة و لتقريرما يجب القيام به اعتبار القواعد والنتائج التى ستنجرّ عن القرار . و كان لهذا الاتجاه حظ وافر فى مناقشة الأخلاقيّات المهنيّة , خصوصا بالولايات المتّحدة.

واعتبرت أربع مبادى ء و هى =احترام الأستقلاليّة , الافادة , مالا ؤذى الغير و الانصاف و اعتبرت هذه اهمّ عوامل لأخذ قرار مصيب للأخلاقيّات فى الممارسة الطبيّة , وانتقاء هذه المبادىء و بالأخصّ ما تعيره من أهميّة للاستقلاليّة يرجع بنا الى ثقافة غربيّة غير شموليّة لكل الثقفات , زيادة عن كون تلك المبادىء الأربعة تبدو غير موفّقة فى بعض الحالات, و لذا كان من المهمّ البحث عن معايير او طرق تسمح بايجاد حلّ لمثل الحالات المشار اليها.

أخلاقيّات الفضيلة تعتنى باخذ القرار من حيث السلوك اليومى أكثر من القرار نفسه. الفضيلة ضرب من حسن الأخلاق. والرحمة ضرب آخر من ضروب الفضيلة و كما سلف عرضه ان الشفقة أو الرحمة من أهمّ ما يتحلّى به الطبّيب.

و بالطبع فانّ القرا رات الصائبة لا يمكن أن تصدر الا من مثل هؤولاء الأطبّاء . والجدير بالذكر انه لم يتمّ التوصّل الى حدّ الآن الى اجماع عالمى فى خصوص ضبط الصفات المطلوبة اضافة للصفات الأربعة المذكورة أعلاه. ويرجع ذلك الى الفوارق الموجودة بين مختلف البشر على انّ الجمع بين جوانب تلك الصفات الأربعة يكون احسن حلا لاتخاذ قرارات اخلاقيّة و موضوعيّة و الأهمّ هو الاطّلاع على القوانين و المبادىء الأكثر تماشيّا مع كلّ حالة فى حدّ ذاتها والعمل بها, و يجدر ايضا النظرللنتائج المتوقعة ثمّ اختيار احدى الامكانيّات الأخرى و تكون مراحل التدرّج عند أخذ القرار كمايلى=

ضبط صفة النوعيّة الأخلاقيّة التى قد تحدثها مشكلة ما.

الاطّلاع على المراجع المأذونة كقرارت و قوانين الأخلاقيّات الصادرة عن الجمعيّات الطبيّة و الزملاء المحترمين و كذلك الاطّلاع على طريقة مباشرتهم لتلك القصايا.

درس امكانيّة و جود حلول أخرى

مناقشة الحلّ المعروض مع المعنيّين بالأمر

أخذ القرار و معا ملة المعنيّين مع اعتبار حساسيّتهم.

تقيّيم القرار المتّخذ و الاستعداد لاخذ قرارا مغايرا فى المستقبل.

الخاتمة

هذا الباب توطئة للباب اللاحق.و عندما تطرأ مشاكل خاصّة تتعلّق بالأخلاقيّات الطبيّة يجدر الرجوع لما اعترض زملاء من قضايا متشابهة تغلّبوا عليها بموجب حكمتهم و خبرتهم . و من مصلحتنا اليوم الأقتداء بهم. فجمعيّتنا مثل عدّة منظمات طبيّة اخرى واصلت العمل بهذه التقاليد وما انفكّت تذكّر بها. ولكن رغم مستوى و موافقة الأطبّاء على الحلول سيبقى اطبّاء آخرون لم ترضهم طريقة العمل المتّبعة لحلّ مشكل ما.

و كذلك فانّ رأى الطبيب قد يكون مخالفا لما يراه المريض او المتصرّف فى الرعاية الطبيّة . فالذى يهمّ أكثر من كلّ شىء هو انّ يتفهّم الأطباء مختلف الأراء المعروضة لحل مشاكل الأخلاقيّات المهنيّة و اخذ القرار يهمّ أيضا كل من هو طرفا فى الموضوع و انطلاقا من هذه الاعتبارات سيمكنهم اخذ القرار و شرحه للأخرين.

الباب الثانى

الأطبّــاء والمــرضى

أهداف هذا الباب

دراسة هذاالباب تمكّنكم من =
الاقتناع ان كلّ المرضى لهم الحق فى الاحترام و المعالجة على قدم المساواة.
التعريف بالطريقة المتبعة فى القرار بالنسبة الى المرضى العاجزين عن اتخاذ القرار
شرح تعليل وجوبيّة الحفاظ على السريّة لفائدة المريض و ما هى الظروف الأستثنائيّة والشرعيّة لتجاوز قاعدة السريّة.
التعرّف على أهمّ القضاياالأخلاقيّة فى المهنة التى تعنى بداية الحياة و انتهائها.
تلخيص الحجج المدعّمة للموافقة من عدمها حول قضايا تيسير الموت أو المساعدة على الانتحار
و شرح الفوارق بين الاحجام عن مدّ أى وسيلة دوائيّة من شأنها اطالة الحياة و العلاج المخفّف.

دراسة الحالة عدد 1

الدكتور=أ= جرّاح معتبر ذو خبرة يعمل بمستشفى محلّى متوسّط الأهميّة , انهى حصّته الليليّة وهو يستتعدّ للخروج , و اذا بامرأة تتقدّم صحبة ابنتها و تعلم الممرضة أنها راجعة الى بيتها للأعتناء بأبنائها الآخرين و تبقى ابنتها بالمستشفى.و عند فحص المريضة يتبيّن انّ بها نزيف بالرحم.
و يتبيّن للدكتور .أ. بعد فحصها انّ ذلك ناتج اما عن عمليّة اجهاض محدثة و اما عن عن اجهاض مفتعل فيسرع بالقيام بتوسيع و اجراف رحم المريضة و يكلّف الممرّضة باستجوابها ان كانت لها امكانيّات ماديّة تسمح لها بالبقاء بالمستشفى حتى تتجاوز فترة الخطر, و يحلّ الدكتور.ب. لتعويضه فيذهب د.أ. دون مخاطبة المريضة.

ماهى خاصيّة علاقة الطبيب بالمريض ؟

علاقة الطبيب بالمريض هى حجرة الزاويّة فى الممارسات الطبيّة أى للأخلاقيّات الطبيّة . و قد سلف أن ذكرنا انّ اعلان جينيف يطلب من الطبيب عند ممارسة عمله ان يعمل بالالتزام الذى يقول
سوف أضع صحّة مريضى فوق كلّ اعتبار- و كما ينص قانون الأخلاقيّات الطبيّة ان –الطبيب مطالب بمعاملة مرضاه بكلّ اخلاص و يلتزم بمدّ هم بكلّ معلوماته العلميّة التى تخصّهم.
و كما ذكرنا فى الباب الأول فانّ المفهوم التقليدى لعلاقة الطبيب بالمريض و مفهومه ان المريض يستسلم لقرارات الطبيب قد الغى منذ سنين لتعارضه مع القانون و مع الأخلاقيّات المهنيّة.
و حبث انّ عددا كبيرا من المرضى غير قادر على اخذ القرارفى خصوص عنايته الصحيّة فانّ استقلاليّة المريض اصبحت غير مركّزة , وهناك أيضا مظاهر اخرى لهذه العلاقة لا تقلّ اشكالية فيما يتعلّق بالزام الطبيب بالحفاظ عن السرّ المهنى فكيف يكون ذلك و نحن فى عهد المعلوماتيّة فى خصوص المعطيات الطبيّة.
و سندرس فى هذا الباب ستّة حالات بها اشكاليّات فى الممارسة اليوميّة للطبّ و هى احترام المرضى و معاملتهم على قدم المساواة, و المخابرة والموافقة لا خذ القرار للمرضى عند عجز المريض عن ذلك , كما يجدر للأطبّاء المباشرين التمسّك بالسريّة و سندرس في هذا البا ب أيضا القضايا المتعلّقة ببدء الحياة و نهايتها.

الاحترام والمساواة فى المعاملة

نظريّة وجوب احترام كلّ البشر و معالجتهم على قدم المساواة حديثة نسبيا. وكان فى غالب المجتمعات نظريّة عدم الاحترام و عدم المساواة بين الأفراد و هذا السلوك كان يعتبر طبيعيا فممارسة الاستعباد المعمول بها بالمستعمرات ألأوروبيّة و بالولايات المتّحدة لم ضع لها حدّا
الا فى القرن التاسع عشر ولازال معمولا بها فى بعض انحاء العالم. و وضع الحدّ للميز العنصرى ضدّ السكّان غير البيض هوأيضا بدوره احد ث عهدا ببلدان من افريقيا الجانوبيّة

و يمارس الميز العنصرى باعتبار السنّ , والمقدرة من عدمها على ممارسة الجنس . و لذا يبدو لنا واضحا انّ المطالبة بالمساواة فى المعاملة لكل شعوب العالم ما زالت تواجه اعتراضات شديدة.
واهتدت البشريّة تدريجيا الى تصوّر للمساواة حبث ظهرت هذه النظريّة منذ القرن السابع والثامن عشر بالولايات المتّحدة و برز عند ظهورها مذهبان متعارضان و قراءة جديدة للمسيحيّة و عقلانيّة معارضة للمسيحيّة.فالمذهب الأول أوحى بالثورة الأمريكيّة و باعلان حقوق الانسان بينما المذهب الثانى اوحى بالثورة الفرنسيّة و بالتغييرات السياسيّةالتى تبعتها. و تحت تأثير هذين المذهبين تمركزت الديموقراطيّة و أ خذت تنتشر بالعالم وهى ترتكز على المساواة السياسيّة بين كلّ الأفراد و ستلتحق بالركب المرأة بعد سنين و من هذا حقّ لكل فرد ابلاغ صوته فى اختيار حكّامه.
شهد القرن العشرون تطورا ملحوظا لمفهوم حقوق الانسان و كانت من أولى اهتماماته منظّمة الأمم المتّحدة عند تأسيسها اصدار **الاعلان العالمى لحقوق الانسان** سنة 1948 الذى يقول فى فصله الأوّل – **كلّ البشر يولدون احرارا و متساوين فى الكرامة و الحقوق-** و قد أصدرت عدّة منظّمات اخرى قوميّة و عالميّة عدّة تصريحات تخصّ مواطنى بلد أو دولة أو مجموعات معيّنة من البشر. مثل حقوق الطفل أو حقوق المريض أو حقوق المستهلك الخ – كما تكوّنت ايضا عدّة منظّمات للسهر على التعريف بتلك القرارات و تطبيقها. و للأسف نلاحظ ان تلك الحقوق للبشر
و لسنوات قليلة مضت اختلفت نظريات مهنة الطبّ حول المساواة بين المرضى و حقوقهم.اذ يوقال اذ يطلب من الطبيب ألا يجيز عند مباشرة مرضاه اعتبارات السنّ او المرض او العجز او العقيدة او الأصل العرقى او الجنس او الأنتماء السياسى أو الميل الجنسى او الحالة الأجتماعيّة – يجب الا تتعارض كلّ هذه الاعتبارات و شعور الطبيب بواجبه نحو مريضه. =اعلان جينيف= و من جهة أخرى نرى الأطباء يطالبون بحقهم فى رفض معالجة مريض الا فىالحالات الضروريّة.
و لئن وجدت أحيانا فى ببعض الأحيان أسباب شرعيّة لرفض الطبيب معالجة مريض مثل ازدحام جدول الأعمال او الشعور بعدم الاهليّة او عدم الأختصاص يجعل الطبيب يمارس ميزا ما دون الزامه بتبرير موقفه. ففى تلك الحالة يكون ضمير الطبيب هو الحكم وهو الواعز الوحيد لعدم خرق حقوق الانسان اذ لا مجال هنا للقوانين او العقوبات التأديبيّة.
و ان لا يعبّر قرار الأطبّاء عن موقفه من معالجة مريض بنيّة النيل منه الا انّ ذلك لا يمنع الأطبّاء ّمن احترام قواعد القرار فى نطاق معالجتهم و علاقتهم بمرضاهم.والصور المعروضة فـى أول الفصل تظهر قطعيا نوعيّة هذه الأشكاليّات . و كما ذكر فى الباب الأوّل فانّ الشفقة هى من أهمّ القيّم الأساسيّة فى الطبّ وهى ضرورية لربط احسن صلة فى العلاقات الأخلاقيّة المهنيّة . وانّ الشفقة تعتمد على احترام كرامة البشر و قيمه مع كونها لا تقف عند هذا الحدّ اذ تستجيب لحساسيّة المريض عند المرضى أو العجّز والمريض الذى يشعر برأفة الطبيب نحوه يرتاح له و يتيقّن انّ الطبيب سوف يبذ ل نحوه قصارى جهده و هذا الشعور يساعد على شفائه.
هذه الثقة التى هى ضروريّة فى علاقة الطبيب بالمريض تفيد عادة فى الزام الطبيب بعدم التخلّى عن مريض تعهد بتمكينه من الرعاية الطبيّة. **القانون الدولى للأخلاقيّات الطبيّة** للجمعيّة يذكر أنّ السبب الوحيد الجائز لوضع حدّ لعلاقة الطبيب بمريضه هو ان يعبّر المريض عن رغبته فى استشارة زميل ذى اختصاصات اخرى- يجب على الطبيب معاملة مرضاه بكامل الاخلاص
و تمكينهم من كلّ الوسائل العلميّة , و اذا لم تسعفه طاقته فى فحص مريضا او معالجته يجب عليه الاستنجاد بزميل له الأهليّة اللازمة.
على انّه توجد عدّة اسباب أخرى تجعل الطبيب يرغب فى وضع حدّ لعلاقته بمريضه, منها التنقّل الى مكان آخر أو انهاء العمل أو عدم قدرة المريض أو الامتناع عن دفع اجرة الطبيب او لاختلاف مزاج الطرفين أو رفض المريض اتّباع نصائح الطبيب. كلّ هذه الأسباب بعضها شرعية والبعض
الآخر مخالف لقوانين أخلاقيّات المهنة.
و على الطبيب الذى يرغب فى اتخاذ قرار من هذا القبيل ان يراجع قوانين المهنة والمراجع المطابقة لتلك الحالات والطعّن في حيثيّاتها . و يجب عليه ايضا ان يستعدّ لتبرير موقفه ازاء نفسه و ازاء مريضه و كذلك ازاء طرف ثالث عند اللاقتضا ء. واذا كان الموقف شرعيا فعلى الطبيب مساعدة المريض فى البحث عن طبيب يرى فيه الأهليّة و ان لم يفعل ذلك فعليه أن يضع حدا للعلاج المتبع لفسح المجال للطبيب الآخر فى اتّخاذ الوسيلة التى يراها ناجعة. وان كانت المقاطعة مع المريض غير شرعيّة مثل اعتبار ميز عنصرى فعلى الطبيب اتّخاذ التدابير الضروريّة لفصل الموضوع. عدّة أطبّاء و خصوص منهم العاملين بالقطاع العمومى لا يفرزون المرضى القادمين اليهم قصد المعالجة و بعض المرضى العنيفون ممّا يجعل سلامة الطبيب غير مؤمّنة بينما البعض الآخر ذو سلوك غير لائق. فهل تخلّى أولائك المرضى عن حقّهم فى الاحترام و المساواة فى المعالجة أم على الطبيب فى تلك الحالة أن يبذل جهدا مكثفا قد يكون بطوليا للمحافظة على علاقة ترضى اخلاقيّات المهنة ؟ و على الأطبّاء حين تعرّضهم لمثل أولائك المرضى ايجاد معادلة بين مسؤوليّاتهم نحو أنفسهم و نحو موظّفيهم من جهة و تمكين المريض من الرّاحة . يجب على الأطبّاء ايجاد طريقة لمعالجة المرضى

و للاستجابة للآلتزامين و عند استحالة بلوغ هذا الهدف على الأطبّاء اتّخاذ تدابير تضمن تمكين المريض من العلاج.
تبدو تحدّيا لمبدا الاحترام ان معالجة المرضى المصابين بمرض خمّجى
و لكن كثيرا ما والمساواة فى المعالجة . والملفت للنظر خصوصا هوVIH/SIDA اذ هو ليس مرضا خطيرا جدا يتسبّب فى أضرار اجتماعيّة . على انّه توجد عدّة اصابات خطيرة اخرى
يكون البعض منها أقرب لعدوى اعوان الصحّة من الجرثومة المذكورة.
و فى تلك الحالات يخشى الأطباء استعمال طرق العلاج المتعمّقة
لما فيها من امكانيّات العدوى لكن لا يوجد فى قانون الأخلاقيّات الطبيّة ايّ احتراز على المرضى المصابين بمرض خمّجىو الطبيب يكون ملزما بمعالجتهم.
و موقف الجمعيّة فيما يتعلّق بمسؤوليّة الأطبّاء المهنيّة فى علاج المرضى المصابين با لسيدا عبّرت عنه بما يلى= للمرضى المصابين يداء فقد العناية المكتسبة الحق فى الرعاية الطبيّة الملائمة بشفقة و تقدير لكرامته الانسانيّة . و ليس للطبيب الحقّ اخلاقيّا فى ان يرفض العناية بمريض أصيب بداء هوّ فى اطار عمل الطبيب المثابر عليه حاليا, لا لسبب الا لأن اصابة المريض ايجابيّة من حق الشخص المصاب بالسيدا ان يعالج بالوسيلة المناسبة و الطبيب الّذى ليست له الأهليّة لمعالجة مرضى السيدا و لا الجهاز الضرورى يجب عليه ان يحيل أولائك المرضى الى أطبّاء و مصالح مجهّزين بما يجب علاجهم و على الطبيب او الطبيبة العناية بالمريض فى أحسن الظروف الى ان يتمّ نقله الى مصلحة أخرى.=
وقد تتولّد عن خصوصيّة علاقة الطبيب بالمريض جاذبيّة جنسيّة فالقاعدة الأساسيّة للأخلاقيّات الطبيّة تنصّ على عدم الاستجابة لها. و قسم أبوقراط يحتوى على الوعد = بأنّ كلّ بيت أدعى اليه للمعالجة سوف لن أدخلها الا لمصلحة المريض و سوف امتنع....
و فى السنوات الأخيرة أكّدت عدّة جمعيّات مهنيّة على منع العلاقة الجنسيّة بين الطبيب و المريض
و أسباب هذا المنع هىّ نفس الأسباب المعمول بها من زمن أبوقراط . فطبع المريض هش و له الثقة التّامة أنّ طبيبه سيبذل معه قصارى جهده مما يجعله لا يمتنع عن مراودة الطبيب خوفامن عدم تلقينه العلاج الضرورى . ضف الى ذلك أنّ اقحام الطبيب فى مثل هذه الدوّامة قد يثير ميلا عاطفيا قد ينجرّ عنه تأثيرا سلبيا على موضوعيّة حكم الطبيب فى طرق العلاج الملائم.و سلبيّة هذه المشاعر هى نفس ما يخشى الطبيب عند معالجة افراد عائلته و هو أمر تنهى عليه عدّة قوانين الأخلاقيّات المهنيّة . غير انّ تطبيق هذه التوصيّات مثل توصيّات أخرى لقوانبن أخلاقيّات المهنة نافذة حسب الظروف اذ قد يضطر اللأطبّاء العاملون بأماكن نائيّة الى مدّ أفراد عائلتهم بالعلاج خصوصا فى الحالات الأكيدة.

الاتصال و الموافقة

موافقة المريض الرشيدة هى من أهمّ دعائم الأخلاقيّات الطبيّة, فحق المريض فى أخذ القرار المتعلّق بما يناسب وسائل علاجه أكّدته كلّ السلط القانونيّة و الأخلاقيّة **و اعلان الجمعيّة فى خصوص حقوق المريض تأكّد على انّ** = للمريض الحقّ فى أخذ القرار الخاص به بكامل الحريّة . و على الطبيب اعلامه بنتائج هذا القرار.كلّ راشد عاقل له الحق فى الموافقة أو رفض ما يعرض عليه من وسائل تشخيص علاج المرض. كما انّ له اخذ القرار . يجب أن يعرف أسباب الفحص أو العلاج و أثارها و كذلك نتائج رفضه ان قرّر الرفض.
و من أهمّ العقبات الّتى تعترض علاقة الطبيب بالمريض اختلاف اللغة او التقاليدالثقافيّة. فان لم يكن الطبيب يتكلّم نفس اللغة و المريض يجب الاستنجاد بمترجم, ومن سوء الحظ اننا لا نجد أحياتا المترجم الكفء فيضطرّ الطبيب الى البحث عمن هو قادر على القيام بهذه المهمّة..., والتقاليد الثقافيّة تحدث مشاكل تعوق تبادل المعلومات بين الطبيب والمريض. حيث انّ اختلاف التفاسير لنوع المرض و سببه تجعل كلا يفسّر الأمر حسب تكوينه الثقافى و يجعل المريض لا يفهم قرار الطبيب و لا اختياره لطريقة المعالجة. على الطبيب ان يبذل قصارى جهده لاختيار مدى وعي المريض با لمشاكل الصحيّة و علاجها حتى يتمكّن من استيعاب التصائح الضروريّة.
و حين يتوصّل الطبيب الى ابلاغ المريض معلومة تشخيص مرضه واختيار طريقة المعالجة التى يراها يجوز للمريض حين ذلك اتخاذ قرار واعيّا لما هوّ مقترح عليه. و يكون المريض على دراية بما هوّ معروض عليه فيتخذ قراره بالقبول أو بالرفض عن دراية . و للمريض الواعى الحق فى رفض طريقة علاج و ان أدّى به ذلك الى العجز أو الموت. و دليل الموافقة يكون جهرا أو تضمينا =غير ملفوظ= فالموافقة العلانيّة تكون بالكتابة او بالتصريح الشفوى. و يقال انّ الموافقة ضمنيّة عندما يعبّر المريض بسلوكه و تصرّفة على خضوعه لما تقرّرلرله من طريقة علاج . والمثل هنا هو افتراض مريض يمدّ يده لحقنها. و يحبّذ أن تكون الموافقة صراحة عندما يكون العلاج به شيء من الخطورة و هناك حالتان يمكن تجاوز موافقة المريض.

. الحالة التى يستسلم فيها المريض و يحيل أمر أخذ القرار للطبيب أو لطرف ثالث.فنظرا لتشعّب حالته أو ثقته المطلقة فى طبيبه يمكن أن يقول له = أفعل ما تراه صالحا= و فى هذه الحالة يجب على الطبيب ألا يتسرّع فى الاستجابة , بل يجدر به ان يرشد المريض حول مختلف الطرق الممكنة و المحتملة للمعالجة وا يشجّع مريضه على أخذ القرار بنفسه . وان تمسّك المريض فى تفويظ أخذ القرار للطبيب فليكن مع احترام احسن وسيلة لمصلحة المريض.

فى الصورة التى يكون فيها افشاء المعلومات مضرا بالمريض يمكن للطبيب ان يطبّق القاعدة بالمفهوم التقليدى اى استخدام = امتياز الطبيب المهنى للعلاج.

حيث يسمح للأطباء عدم اعطاء المعلومات الطبيّنة ان كان من شأنها النيل من وضعيّة المريض البدنيّة او النفسيّة او العاطفيّة مما يؤدّى بالمريض الى الأنتحار فى حالة علمه انّه بلغ الطور النهائى من حياته. ولكن هذاألامتياز الموكّل للطبيب يفتح الباب لتجاوزات خطيرة اخرى و على الأطبّاءعدم استعمالها الا فى الحالات الخاصّة جدا.

القاعدة هى ان كلّ مريض له الأهليّة لمجابهة ما يحدث و سيبقى للأطبّاء حقّ الاحتفاظ بالمعلومات فى الحالات الّتى يرون فيها الصمت أفضل.

و يرى بعضهم انّ الزام الطبيب باعلام مريضه بحالته الصحيّة لا ينطبق فى حالة وصف مرض بلغ الطور النهائى. و يرون انّ افشاء المعلومات قد يؤدّى بالمريض الى حالة يأس تجعله يعيش بقية حياته يائسا لا آمال له. و كثيرا ما يطلب افراد عائلة المريض من الطبيب عدم البوح باقتراب موته . لذا من المهمّ تحسيس الأطبّاء بالجوانب الشخصيّة و الحضريّة التى تحوم حول ابلاغ الخبر السيء و خصوصا خبر موت سيحدث عن قريب. على انّ فكرة حقّ المريض فى الأختيار الواعى صارت محّل اتفاق واسع.

و من أهمّ واجبات الطبيب مساعدة المريض على المطالبة بحقّه . و بينما انتشرت نظريّة الاتجاه الّذى يرى انّ وسائل العلاج مادّة استهلاك و يرى المرضى مستهلكين قد نرى بعض المرضى او عائلاتهم يطلبون من الطبيبا الجوء الى وسائل صحيّة غير ملائمة و يكون ذلك انطلاقا من وصف مادة مضادّة للجراثيم الى مرض فيروسي حتّى يصل الى طلب العلاج المكثّف لمريض فارق الحياة او طلب أدويّة او القيام بعمليّات جراحيّة لم تثبت نجاعتها بعد. و بعض المرضى يطالبون بما يعتبرونه =حقّهم= من خدمات طبيّة مفيدة لهم حسب رأيهم و كثيرا ما يجاملهم من بعض الأطبّاء عن غير اقتناع . و هذا الاشكال مقلق خصصوصا عند ضيق الموارد و عند اليقين أنّ القيام بهذه الوسائل فى العلاج تكون = تافهة و غير مجديّة=بينما هناك مرضى آخرون فى حاجة لتلك الوسائل. و كلمتا = **تافهة و غير مجديّة**=يجدر فهمها كما يلى . ففى بعض الحالات يرى الطبيب انّ تلك الوسيلة العلاجيّة تافهة او لا تجدى نفعا للمريض امّا لفقدان الأمل فى برء المريض أو فى نحسين حالته. و فى بعض الحالات الأخرى لا يجوز وصف علاج ما الا بالنظر الى ما ينجرّ عنه من نفع و فائدة للمريض و مراعاة راحته بصفة عامّة. والقاعدة العامّة انّ المريض يشارك فى النقاش الّذى يدور لتبيان تفاهة تلك المعالجة. و فى حالات استثنائيّة جدّا قد لا يستجيب النقاش لمصلحة المريض.

مبدأ الموافقة الواعيّة يفترض حق المريض فى الاختيار بين عدّة عروض يطرحها الطبيب عليه.<u>والطبيب غير ملزم بتمكين المريض من دواء لا ينفعه</u> و هذا الأمر احدث جدلا طويلا من حيث الأخلاق المهنيّة و من حيث الجانب القانونى و حتّى من جانب سياسةالصحّة العموميّة.

و فى انتظار احداث اجهزة تأمين صحّى من طرف الحكومات او المنظمات المهنيّة , على الطبيب ان يقرّر وحده قبول أو رفض ما هو مطلوب منه من توخّى سبل علاج غير مجديّة. وان ا عتقاد ان الأمر المطلوب يغلب ضرره على نفعه فعليه ان يرفض الطلب. و على كلّ فالطبيب له ان يشعر بحريّة فى رفض علاج قد يكون غير نافع وان كان غير مضرّ مع عدم اهمال استعمال علاج الغفل.

اتخاذ القرار نيابة عن مريض عاجز

هناك عدّة مرضى ليست لهم الأهليّة لأخذ القرار الخاص بهم. مثل الأطفال , والمرضى المصابين بأ مراض عقليّة أو عصبيّة والمرضى فى حالة اغماء أو الغير واعين. و اذا فلابدّ ان يكون لهم ممثل شرعى و قد يكون فى هذه الصورة الطبيب او طرف ثالث. و مع ذلك فانّ تعيين الممثّل الشرعى الكفء واختيار المعيار المجيز لاخذ القرار نيابة عن المريض العاجز يثير عدّة مشاكل.والطبيب لما كان له سلطة شبه أبويّة على المرضى قد يجوز له ان يكون الممثل الشرعى للمريض فى ميدان معالجته. و من الجائز للطبيب ان يطلب رأى أسرة المريض فى نوع العلاج

و لكن يبقى القرار الأخير بيده. و فقد الأطباء بعدّة بلدان هذه السلطة اذ أصبح من حقّ المريض تعيين ممثّل يأخذ القرار نيابة عنه فى صورة العجز. وبعض الدول أصبحت تخصّص الممثّلين الشرعيين بالتدرّج = وهم الزوج أو الزوجة, الابن الراشد, الأخوة او ألأخوات= و تنصّ الجمعيّة على واجب الطبيب كما يلى=

ان كان المريض غبر واع أو غير قادر عن التصريح بارادته يجوز للمثّل الشرعى اعطاء موافقته بقدر ما يسمح به القانون و عند غياب الممثّل الشرعى و فى صورة تأكّد المداخلة الطبيّة تعتبر موافقة المريض ضمنيّة الا اذا صرّح المريض جهارا بما يفيد رفضه للمداخلة الطبيّة اعتمادا على قراره فى المنع.
و تحد ث مشاكل عندما يتدخّل عدّة أقارب للمريض يدّعى كلّ منهم انه النائب الشرعى للمريض
و لم يكن بينهم اتّفاق على نوع العلاج و لكنّ الطبيب يرى انّ قرارهم مناف لمصلحة المريض .
و فى الحالة الأولى يمكن للطبيب ان يلعب دور وسيط و اذا تمادى الخلاف فعليه ان يفكّر فى حلول أخرى مثل اعطاء صلوحيّة الاختيار لكبير العائلة أو اللجوء الى التصويت و اذا نشب الخلاف بين ممثّل العائلة الشّرعى و الطبيب , فانّ **اعلان حقوق المريض** توصى بما يلى = اذا ما رفض ممثّل المريض الشرعى او الشحص المعتمد من طرفه , طريقة العلاج التى يقترحها الطبيب و التى يراها الأنجع لمعالجة المريض يجوز عند ذلكللطبيب ان يقدح فى القرار لدى مؤسسة شرعيّة او لدى كلّ سلطة ذات نظر= و ما ذكر من اجرء فيما سبق يجرى به العمل سواء مع ممثّل المريض او حتّى مع المريض نفسه. على الأطبّاء اعطاء كلّ المعلومات لممثّل المريض او للمريض نفسه لتمكينه من اتّخاذ القرار. معنى ذلك انّه مطالب باستعمال لغة مبسّطة لشرح و تشخيص المرض و دلالة و شرح نوعيّة العلاج المتماشيّة معه. كما يجب عليه تأييد او تصحيح ما قد تحصل لدى مخاطبه من معلومات سواء كان مصدرها مجلاّت او طبيب آخر اوالا نترنات. و الطبيب مطالب أيضا بالتأكّد من أنّ المريض واع بالا ختيارات المعروضة عليه مع معرفة ايجابيّات و سلبيّات كل منها وله أن يجيب على اسئلة المرضى و تفسير اسباب ألاختيار
و فى خصوص المريض القاصر يجب أن يؤخذ بعين الاعتبارر غبة المريض ان كان واعيا.و هذه الرغبة يكوم مشار اليها سلفا او معلن عنها من الممثّل الشرعى اما للطبيب أو للا طار الفنّى المباشر للمريض.و ان لم تكن اختيارات المريض معروفة فى خصوص طرق علاجه يجب الأخذ بعين الاعتبار.
=أ= النشخيص للمريض =ب= القيّم الأخلاقيّة =ج= الارشادات المتحصّل عليها من أقارب المريض و الّنى نساعدنا على فهم مصلحته =د= اعتبار الجوانب الحضاريّة و الدينيّة التى من شأنها التأثير فى أخذ القرار , و ان كانت الطريقة الموصوفة غير مرضيّة الى حدّما يستحسن اعطاء المريض النعليمات بكلّ وضوح حتى تسمح للممثّل الشرعى عند الاقتضاء استخلاص ما كان يمكن للمريض ان يقرّره فى تلك الحالة.
و يصعب اتّخاذ القرار خصوصا عند صغار السنّ و عند الأشخاص المصابين بنقص فى مداركهم العقليّة اثر مرض خطير . يمكن لشخص أن تكون له المقدرة على أخذ القرار بالنيابة الى أمور دون أخرى و قد تكون هذه القدرة غير مسترسلة , بحيث يكون المرء مدركا فى أوقات من اليوم دون أخرى و هذاالنوع من المرضى وان يعتبرون غير راشدين قانونا الا أنّه يجدر مراعاة اختبارهم ان كانت القرارات تخصّهم . **و اعلان حقوق المريض** يتعرّض صراحة لهذا المشكل فيقول – ان لم يبلغ المريض سنّ الرشد أو كان غير قادر عن التمّييز , يجب الحصول على موافقة ممثله الشرعى ان سمح بذلك القانون و على كلّ يستحسن بقدر الامكان ان يشارك المريض فى الاختيارات. و كثيرا ما يكون المرضى غير قادرين على أخذ قرار موضوعى فى خصوص مختلف الاختيارات المعروضة عليهم لما لهم من تعكّر مزاج و كدر ناتج عن مرضهم.
و فى بعض الحالات يمكن للمريص رفض علاج ما بطريقة ما كقطع شريط الحقنة الّتى تغذيه عبر العرق. و يجدر فى هذه الحالة اخذ اشارة الرفض بكامل الجدّية و ان أدّى ذلك الى فحص جديد قصد تصورالعلاج.
والمرضى المصابون باضطراب عصبى أو نفسانى من شأنه التسبّب فى خطر لهم أو لغيرهم ويحدثون تساؤلات فى أخلاق المهنة . فمن المهمّ السهر على حقوقهم البشريّة و بالأخصّ حقّهم فى التمتّع بالحريّة و لكن قد يكون الاحتفاض بهم او معالجتهم لازما لمنعهم من الاضرار بانفسهم أو بالغير. و يجدر هنا التفريق بين الاحتفاظ الوجوبى و العلاج الوجوبى, حيث يرى بعض المدافعين عن حقوق المرضى انّ للمريض ان يرفض طريقة معالجته و ان أدّى ذلك الى الاحتفاظ به فيما بعد ...و من بين الأسباب الشرعيّة لرفض علاج ما قد يكون التجربة المؤلمة لاتباع ذلك العلاج سابقا اذ يكون للمريض تجربة مؤلمة لاستعمال ذلك الدواء مثل ما تبقى أدويّة العلاج النفسانى من آثار مؤلمة. و الأطبّاء القابلون صفة الممثّل الشرعى لمثل هؤلاء المرضى يجب عليهم التأكّد انّ اولائك المرضى يمثّلون خطرا حقيقيّا على أنفسهم و على آلآخرين. و يجب عليهم ايضا معرفة اختيارات المريض فى طريقة علاجه وان ادّى الأمر الى عدم استعمالها فيما بعد.

السريّة

على الطبيب أن يحفظ ما يتحصّل عليه من معلومات تخص مريضه فالسربّة عرفت منذ عهد أبوقراط و هو حجر الزاوبّة للأخقيّات الطبيّة حيث يذكر قسم أبوقراط = و كلّ ما أراه أو أسمعه حولىو أنا مباشرا لمهنتى لن أتحدّث به و سأعتبره سرّا= هذا القسم مثل غيره لا يجيز أىّ استثناء.
و يوصى القانون الدولى للأخلاقيّات الطبية للجمعية =

انّه يجب على الطبيب الحفاظ على سريّة ما يعلمه من المريض حتّى بعد موته= الا انّ هناك قوانين أخرى ترفض نظريّة السريّة المطلقة و لذا وجب التوضيح فى الظروف التى يجوزفيها تجاوز السرّ المهنى.
فهناك ثلاث مبادىء تشرف على القيمة الخاصّة للسريّة و هي الأستقلاليّة واحترام الغير والثقة. فأمّا الأستقلاليّة فهى مرتبطة بالسريّة اذأن المعلومات الخاصّة هىّ ملك للمعنى بالأمر و يجب أن
لا تتسرّب للغير, دون رضاء المريض. فاذ باح شخص بمعلومات شخصيّة لمريض او ممرّض مثلا أو تبيّنت معلومات عند الفحص . يجب أن يبقى كلّ ذلك سرّا الا اذا سمح المعنى بالأمر بافشائه. و أهميّة السريّة تكمن فى وجوب احترام البشر واحترام سرّهم وذلك وجه من وجوه الاحترام . والحياة الخاصّة كثيرا ما تكون معرّضة للنيل منها فى الوسط الطبّى فلا فائدة من اقحام عوامل اضافية عليها و يجب التمييز بكل دقة بين المعلومات الشخصيّة التى يرغب المريض فى ابقائها سرّا والتى لايمانع اباحتها للغير.
و أمّا الثقة فهى ضروريّة بين الطبيب والمريض. اذ له الحقّ فى الوثوق بمن يباشره حتّى لا يبوح بسرّه . و هذه الثقة هي المعيار الضمنى لسريّة أخلاق المهنة و سنجد القانون الذى يلزم اعوان الصحّة باحترامها. ان لم يشعر المرضى بانّ سرّهم فى مأمن قد بمانعوا في اعطاء كل المعلومات الخاصّة بهم للطبيب مما يجعله فى حرج و يحدّ من طاقته الاستشفائيّة.

اعلان الجمعيّة حول حقوق المريض

تتلخّص حقوق المريض فى السريّة كما يلى=
كل معلومة تمكّن من تحديد هوية المريض و المتعلّقة اما بحالته الصحيّة او بظروف مرضه او بتشخيص المرض او دلالته , وكذ ا لك
طريقة معالجته او كلّ معلومة تخصّ المريض شخصيا يجب ان تبقى سرّا على الاطلاق و لو بعد موته. و بصفة خاصّة يمكن لابناء المتوفّى الاطّلاع على معلومات قد تكون مفيدة لوقايتهم.
لا يمكن بثّ المعلومات السريّة الا بشرط وهو ترخيص المريض بذلك أو اذا سمح القانون بذلك ولا يمكن ان يباح بها و لو تحت عنوان = حبّ المعرفة= الا اذا باح المريض بذلك.
يجب حماية كل المعلومات التى تمكّن من تحديد الهويّة , و هذه الحماية تكون قالب تخزين والمواد البشريّة التى تمكّن من تحديد الهويّة يجب ايضا حما يتها
و كما هو مذكور سابقا هناك استثناءات لقاعدة السريّة , والبعض من هذه الاستثناءات تحدث احياتا اشكالا ت لها ارتباط بالاخلاقيّات الطبيّة.
عدم احترام السرّ المهنى معروف لدى المؤسّسات الصحيّة.فعدد كبير من الأفراد مثل – الأطبّاء و الممرضين و تقنيّى المخابر و الطلبة –كلّ أولائك فى حا جة ا لى الاطّلاع على الملف الصحّى لتمكينهم من اعطاء العلاج الضرورى و لمساعدة الطلبة على الممارسة الطبيّة . و فى صورة عدم معرفة اللغة المستعملة من الاطار الصحّى الذى يعالج المريض نضطرّ الى الاستنجاد بمترجم لتيسير التحاور معه. و كذلك فى صورة عدم مقدرة المريض على اتخاذ القرارات الطبيّة الخاصّة به يجدر اطلاع احد الأقارب على المعلومات حتّى يتمّكن من اتّخاذ القرار رويّة نيابة عن المريض. والجارى به العمل هو اطلاع الأقارب على سبب الموت من طرف الأطبّاء. ففى كلّ الحالات المذكورة آنفا هناك مبرّرات لعدم المحافظة على السريّة و لكن يجب ان يبقى ذلك استثاءا و الذين لهم الاطّلاع على هذه المعطيات السريّة يجب عليهم الشعور باهميّة مصلحة المريض فى عدم بث المعلومات أكثر مما يلزم. وبقدر الامكان يجدر اطّلاع المرضى على هذه التجاوزات.
و هناك سبب آخر يسمح بعدم احترام مبد أ السريّة المهنيّة وهو احترام القانونيّة ففى بعض التشاريع هناك قوانين توجب الاعلام عن المصابين بأمراض خاصّة أو عن أشخاص غير قادرين على السياقة أو عن أشخاص مشبوه فيهم لسوء معاملة الأطفال.
و على الأطبّاء معرفة التشاريع القانونيّة الخاصّة بالمرضى , ولأنّ بعض الالتزامات القانونيّة قد تتعارض مع مبدأ حقوق البشر المعتمد من طرف الأخلاقيّات الطبيّة. لذا يجب على الاطبّاء النظر نظرة نقديّة للواجب القانونى قبل خرق مبدأ السريّة حتى يكونوا على قناعة من شرعيّتها قبل تطبيقها و عندما يتيقّن الأطبّاء من ضرورة الخضوع للقانون القاضى بافشاء سريّة المعلومات الطبيّة الخاصّة بمرضاهم يستحسن أن يدور نقاش بينهم و بين مرضاهم عن جدوى ذلك و قبل كلّ مبادرة عمل مثلا المريض المتهم بسوء معاملة أطفاله , وجب على الطبيب دعوته الى الحضور الى مصلحة حماية الطفولة للحديث معه بحضور المسؤول أو عن انفراد ان سمح طبيبه بذلك و يكون ذلك توطئة لما سيحد ث فيما بعد, و ان استحالت هذه المشاركة بين الطبيب والمريض و ان اعتقد الطبيب انّ كل تأ خير فى اعلام ذوى النظرقد يحدث ضررا كبير للأطفال حينئذ له اعلام المصالح المختصّة بحماية أطفال حالا و اعلام المريض فيما بعد.

و بصرف النظر عن هذه الحالات التى يجوز فيها عدم احترام السرية قد يستوجّب على الأطبّاء اشعار أطراف أخرى غير المريض بمعلومات خوفا عليهم من تعرّضهم الى مضرّة قد تصيبهم من طرف المريض. و هناك حالتان لذلك وهى ان يعلم المريض طبيب الأمراض العقليّة بنيّة اللا عتداء على غيره و الا فى صورة تيقّن الطبيب ان مريضه مصاب بالسيدا و انه سوف يواصل العلاقات الجنسيّة مع الزوج أو الرفيق دون وقاية . و عدم احترام السريّة ان لم يكن ملزما قانونا فله لا محالة تعليل فى الحالات الآتية –ان كان الضرر محدقا أو خطيرا لا رجعة فيه بعد حدوثه و لا وقاية منه-فهنا صار من الخطر احترام السريّة اذ أصبح افشاؤها أقلّ ضررا من الاعلام عنها، و ان خالج الطبيب شك فعليه الاستعانة بخبير.
و بعد قناعة الطبيب بضرورة افشاء السرّ دون الحاجة لرخصة يبقى عليه الاجابة عن سؤالين ، و هما اى معلومات سيبوح بها و لمن؟ غالبا لا يباح الا بالمعلومات التى من شأنها حماية المعنيّين بالأمر
و يجب اتّخاذ تدابير لاقناع المريض بأنّ افشاء سرّه لا يجلب ضررا . كما للطبيب اشعار المريض انّ قاعدة السريّة يجوز عدم احترامها فى مثل تلك الحالات و ذلك لوقايته الشخصيّة و وقاية غيره عند الأقتضاء... و يستحسن السعى لتشريك المريض عندما يكون مريضا بالسيدا فانّ اعلام الزوج او قرين المعنى بالأمر جنسيا لا يعتبر مخالفا للأخلاق المهنية خصوصا ان كان المريض مصرّا على عدم اعلام مجانسه بذلك. .. وبثّ المعلومة لمن ذكر لا يكون الا فى الحالات التاليّة اما خوفا من تعرّض المجانس لخطر العدوى بالفيروس و ليس له أى وسيلة لمعرفة الخطر المعرّض له والمريض يرفض اعلام جنيسه ، أو اذا رفض ا=المريض اقتراح طبيبه لتمكينه من الاعلام عوضا عنه ، و على الطبيب .اعلام المريض انه قرّر اعطاء المعلومة لجنيسه عوضا عنه
مساعدة الطبيب لمجرم او لمشكوك فيه او محكوم عليه يحدث اشكاليّات خاصّة فيما يتعلّق بالسريّة، ورغم كون الطبيب له حريّة تصرّف محدودة فى هذه الحالة الا انّه عليه بذل قصارى جهده لمعاملة أولائك المرضى كما يعامل المرضى العاديّين و يضمن لهم بالخصوص السريّة مع عدم اشعار السلط السجنيّة بوضع المريض الصحّى الا برخصة منه.

تساؤلات حول بدء الحياة

تتعرّض الأخلاقيّات الطبيّة الى عدة اسئلة هامّة تخصّ بدء الحياة, ولا مجال فى هذا الكتاب الى دراستها بالتفصيل و لم يكن من المفيد تقديم قائمة فيها نذكر علاقتها بالأخلاقيّات الطبيّة و دراسة هذا الجانب منها. و تمّت دراسة كلّ الاشكاليّات مما ذكر بعمق من طرف الجمعيّات الطبيّة
والآختصاصيّين فى اخلاقيّات المهنة و كذالك المؤسّسات الاستشاريّة لدى الحكومات و صدرت فى شأنها عدّة تراتيب منها=

الوقاية من الحمل-

حق المرأة فى تنظيم انجابها الأطفال صار أمرا معترفا به دوليا و بالأخصّ حقّها فى الوقاية من حمل لا ترغبه. كل ذلك لا يمنع الأطبّاء من معالجة اشكالات محرجة لتمكينهم من اتخاذ طرق الوقاية من الحمل والاجابة عن أحسن طريقة للوقاية من الحمل.

الأنجاب بمساعدة طبيب-

هناك عدّة أزواج أو افراد لا يمكنهم الانجاب بطرق طبيعيّة و هناك عدّة تقنيّات للمساعدة الطبيّة على الانجاب بواسطة التلقيح الاصناعى ، والتلقيح عبر الأنبوب ، و تحويل المضغة ، وكذلك استعمال طريقة الأموميّة بالتعويض أو الأمّ المستوعبة هى أيضا طريقة . و لكن كلّ هذه الطرق لها مخلّفات.

تتبّع المعالم الوراثيّة قبل الولادة
يوجد الآن عدّة وسائل اختيار قبل الولادة لمعرفة ما يصيب المضغة أو الجنين من عاهة غير عاديّة أو لمعرفة جنس الجنين ان كان ذكرا أو انثى و يجب على الأطبّاء اختيار الوقت المناسب لاقتراح مثل هذه الفحوص و كذلك الطريقة المناسبة لشرح نتائجها.

الاجهاض

هذه المسألة من أكبر محاور الخلاف من حيث الأخلاقيّات الطبيّة سواء بين بعض الأطبّاء او بين الأطبّاء والسلطة.**اعلان الجمعية فى خصوص الاجهاض الطبّى** يعترف بتباين النظريّات والعقائد و يقرّ لكلّ ان يتصرّف حسب عقيدته و **Avortement thérapeutique**

الجنين المشكوك فى بقاءه على قيد الحياة

هناك مواليد جدد مشكوك فى بقائهم على قيد الحياة امّا لولادة مبكّرة او لتشوّه تركيبة خلقهم. و يكون الخيار صعبا فى هذه الحالة بين محاولة المدّ فى حياة الجنين و الاحجام عن كلّ محاولة ممّا ينجرّ عنه موت الجنين.

المسائل الخاصّة بالبحث العلمى

وهى تهمّ امّا انتاج عدّة مضغات او استعمال مضضغة زائدة و لا رغبة فيها للأنجا

Embryons surnuméraires

للحصول على المقاصد طبيّة ، و اجراء تجارب تقنيّة للولادة بمساعدة طبيب او تجارب على المضغة نفسها

Cellules- souches

مسائل لها علاقة بنهاية الحياة

المسائل التى تهتمّ بنهاية الحياة تنطلق من محاولة التمديد فى حياة اناس على ابواب الموت باستعمال تقنيّات عاليّة المستوىو تجريبيّة كزرع عضو حيوان و تصل الى انهاء الحياة قبل اوانها بتوخّى طريقة انهاء الحياة المعتمد أو الانتحار بمساعدة طبيب . و بين هذين الأمرين تطرأ تساؤلات كثيرة خاصّة بوضع أو سحب طريقة من شأنها التمديد فى الحياة أو انهائها بالنسبة الىالمرضى البالغين الطور النهائى من الحياة . و مشكلة انهاء الحياة المعتمد و كذلك مشكلة الانتحار بمساعدة طبيّة جديرة بالعناية

الانهاء المعتمدّ للحياة

يعنى القيام عن علم بعمل من شأنه انهاء حياة شخص آخر . و هذه العمليّة لها الخاصيّات الأتية= ان يكون المعنى بالأمر شخصا راشدا مطّلعا و مصابا بمرض لا يرجى شفاؤه و يطلب شخصيا وضع حدّ لحياته وان يكون لمن يستجيب لرغبته دراية بوضع المريض و رغبته فى الموت فيقوم بالانجاز و فى قلبه رأفة و ليس له أى نفع مادّى من وراء ذلك.

المساعدة على الانتحار

تكون بمدّ المعنى بالأمر عنوة و عن اطّلاع بمعلومات أو وسائل من شأنها مساعدته على ايّنتحار. أى انهاء الحياة المتعمّد و الانتحار. و كلّ من الطريقتين متساويّة من الناحيّة الاخلاقيّة و ان كانت بعض الدوائر القضائيّة تفرّق بينهما والتوسّل لأنهاء الحياة المتعمّد او المساعدة الطبيّة على الانتحار يصدر عن مريض يشعر ألا طاقة له فى تحمّل آلام يتوجّع منها و انّه يخيّر الموت على العيش فى تلك الحالة. ضف الى ذلك انّ المرضى يرون انّ لهم الحق فى الموت ، ان كان هذا خيارهم و يرون كذلك ان من حقهم طلب المساعدة على ذلك. ممّا يجعل الطبيب أحق بتمكينهم بالوسائل اللازمة للموت لمعرفته الطبيّة للعقاقير الملائمة لضمان الموت دون ألم.

و من الطبيعى ان يتردّد الأطبّاء قبل الاستجابة الى هذه المطالب لانّها غير قانونيّة لحياة انسان وهى فى أغلب البلدان محجّرة من طرف القوانين الأخلاقيّة الطبيّة. و لقد كان هذا المنع ضمن قسم أبوقراط و أكّد عليه صراحة **اعلان حقوق الجمعيّة حول انهاء الحياة المتعمّد.** فيقول-

انهاء حياة المريض المتعمّد يعنى وضع حدّ لحياة مريض وهو أمر مخالف للأخلاقيّات الطبيّة . ولكنّ هذا لا يمنع الطبيب من احترام رغبة المريض اذا ما رغب فى ابقاءاطوار الموت تجرى دون تدخّل فى الطور النهائى وهو موته.

و لا يعنى رفض الأطبّاء القيام بالموت المتعمّد او المساعدة على انتحار المريض، انّ الأطبّاء عاجزون عن طرق أخرى للأعتناء بمريض بلغ مرضه الخطير درجة متقدّمة و لا ينفع فيه بعدها ايّ دواء استشفائى فالوسائل المسكّنة من شأنها تخفيف حدّة الأوجاع و جدوى منها.

و كما ذكر آنفا فى باب افشاء السرّ والموافقة ، فانّ للمريض حق رفض طريقة معالجته ما ولو أدّى ذلك الى موته. بين البشر تباين فى الموقف أمام الموت، فالبعض يرغب فى حياته مهما كانت آلآمه

و أوجاعه بينما الآخر سيرفض كلّ وسائل العلاج وان كانت بسيطة رغبة فى الموت. و على الطبيب احترام قرار المريض بعد اعلامه بكلّ امكانيّات العلاج و نسبة نجاحها.

واتخاذ القرارات بآخر أطوار الحياة يشكّل اوضاعا متشعّبة بالنسبة الى المريض القاصر. فان كان المريض عبّر سلفا عن رغبته بطريقة واضحة بكون الاجراء أيسر و ان كانت التوصيّات غير واضحة يكون العمل بها حسب المناسبة و حالة المريض. وان لم يوص المريض بأىّ شىء فى هذا المضمار يصبح ممثّله صاحب القرار و عليه ان يراعى مصلحة المريض قبل كلّ شىء.

عودة الى دراسة حالة. فى ضوء تحليل العلاقة طبيب/ مريض الّتى درسناها فى أوّل هذا الباب فانّ سلوك الطبيب =أ=يكون محلّ عدّة انتقادات من أوجه مختلفة.

<u>أولا</u> لم يتصل بالمريضة و لا بأمّها للتعرّف على أسباب ما أصابها و عدم اشعار ها بالأمكانيّات العلاجيّة الّتى تلزمها و امكانيّة بقائها بالمستشفى الى حدّ نهاية علاجها .

<u>ثانيا</u> الموافقة = فهو لم يطلب من المريضة موافقة واعيّة لوسيلة العلاج .

<u>ثالثا</u> الشفقة= فهو لم يبرهن اشفاقه على المريضة رغم أنّه أوفى بما عليه من عمل جراحى بمقدرة كاملة اثر ليلة كاملة من العمل و لكن ذلك لا يبرّر عدم احترامه لمبادىء الأخلاقيّات الطبيّة.

البـا ب ا لـثـا لـث

الأطبّاء والمجتمع

أهداف هذاالباب

بعد دراسة هذا الباب سنتمكّن من=
معرفة الفرق بين واجبات الطبيب نحو مريضه و واجباته نحو المجتمع و تفسير اسباب ذلك.
التعرّف على القضايا الخاصّة بالأخلاقيّات المهنيّة بسبب ضيق الموارد الصحيّة الممنوحة و التمكّن من معالجاتها.
الأهتداء الى دور الطبيب فى تطوير الصحّة العالميّة.

دراسة الحالة عدد 2
الدكتورة-ب- تشعربحرج ازاء مرضى يزورونها بعد استشارة طبيب آخر فى نفس المرض. و ترى أنّ فى هذا التصرّف تبذيرا للرصيد الصحّى زيادة على أنّه غير مفيد للمريض. فتقرّر اعلام المرضى من هذا النوع أنّها لن ترضى معالجتهم مستقبلا ان تمادوا فى سلوكهم ذلك أى استشارة عدّة أطبّاء فى نفس المرض ، كما انها تنوى اعلام جمعيّتها الوطنيّة للطبّ للضغط على الحكومة قصد اتخاذ تدابير تحول دون هذا التبذير للموارد الصحيّة.

ما هى خاصيّة العلاقة التى تربط بين الطبيب بالمريض ؟

الطبّ مهنة. ولفظ مهنة له معنيان مختلفان رغم تقاربهما. أولا خاصيّة المهنة الأخلاص لراحة اللآخر و مستوى عال من الأخلاق، و مجموعة معلومات و مقدرة و تمسّك متين بالاستقلاليّة. ثا نيا يعنى هذا اللفظ كذلك مهنة كلّ الأشخاص الممارسين للمهنة الطبيّة و الأطبّاء بصفة عامّة.
والامتهان الطبّى لا ينحصر فى علاقة الطبيب بالمريض كما ذكر فى الباب الأوّل، و لا فى علاقته بالزملاء أو غيرهم من العاملين فى الميدان الصحّى و ستحين دراسته فى الباب الرابع.فالامتهان يقحم العلاقة فى المجتمع أيضا. و هذه العلاقة قد تأخذ قالبا =عقد اجتماعى= يمنح بموجبه المجتمع الطبيب امتيازات تخصّ المهنة و توفّر له عدّة خدمات و امكانيّات هامّة لتنظيمها و مقابل ذلك تقبل المهنة استعمال هذه الأمتيّازات لتستغلّها لمصلحة الآخرين فقط و مراعاة مصلحتهم قبل كلّ اعتبار
فقد صار الطبّ اليوم نشاطا اجتماعيّا أكثر من كونه نشاطا تدفعه المصلحة الشخصيّة و يدخل الطبّ فى تنظيمة تشمل المال العمومى والمال الخاصّ، كما انّه يعتمد على البحث الطبّى و على تطوير الامكانيّات الخاصّة والعامّة التي تستجيب لمعلومات و طرق معالجة . والطبّ فى حاجة الى عدّة أنظمة صحيّة لاستعمالها لغايات متعدّدة. و هو يعالج الأمراض ذات الأصل الأجتماعى بقدر معالجته الامراض البيولوجيّة.
والمفهوم التقليدى للأخلاق الطبيّة حسب نظريّة أبوقراظ لا يشمل الا قلّة من التوصيّات المتعلّقة بعلاقة الطبيب بالمجتمع . و لسدّ هذا الفراغ أخذت الأخلاقيّات الطبيّة الحاليّة تدرس المشاكل المتأ تيّة من علاقة =طبيب /مريض= و توصى باتّخاذ معاييرو طرق تسمح بالاجابة عن هذه المشاكل.
والرجوع الى الوجه الاجتماعى للطبّ من شأنه أن يثير السؤال التالى **ما معنى المجتمع؟** فى هذا الكتاب و فى كلمة مجتمع اشارة الى مجموعة ، أو الى دولة أو الى حكومة. الحكومات تجسّم مصالح المجتمع ، و لكنّها كثيرا ما تخلّ بالقيام بواجباتها. و حتّى ان قامت بهذا الواجب فانّها تتصرّف لفائدة المجتمع دون الشعور انّها تمثّل المجتمع فى حدّ ذاته و كأنّها طرف ثالث.
للأطبّاء علاقا ت متنوّعة مع المجتمع و ذلك لأنّ للمجتمع و محيطه عوامل هامّة تخصّ صحّة المرضى. و لمهنة الطبّ و للأطبّاء دور هامّ فى الصحّة العامّة.، و تعليم الطبّ و حماية المجتمع ، و اعداد التشاريع الصحيّة و كذلك السعى الى سعادة المجموعات . و الأطبّاء مطالبون أيضا بأداء شهادات فى قضايا عدليّة. و قد ذكر **فى اعلان حقوق المريض الصادر عن الجمعيّة** أنّه ان عمد تشريع أو قرار حكومى أو مؤسّسة خاصّة الى حرمان المرضى من حقوقهم ، يتعيّن على الأطبّاء البحث عن الوسائل الملائمة لحماية هذه الحقوق . و للأطبّاء دور هامّ أيضا فى تقسيط الموارد الصحيّة ان كانت غير متوفّرة بالقدر الكافى ممايجيز للأطبّاء التقسيط فى وسائل العلاج و يجعلهم يحجّرون على المرضى الدخول الى مصالح معيّنة. و بالطبع فانّ القيام بكلّ هذه الأنشطة يحدث حزازات أخلاقيّة خصوصا ان تضاربت مصالح المجتمع و مصلحة المريض.

تعدّد مرجعيّـة الـنـظر

للأطبّاء أحيانا واجبات و مسؤليّات نحو مرضاهم و نحو طرف ثالث فى آن واحد. و تكون أحيانا هذه المسؤليّات غير متمشيّة مع بعضها مما يجعل الطبيب فى وضعيّة تسمّى وضعيّة ازدواجيّة السلطة.
و من بين الطرف الثالث المشار اليه تكون أحيانا الحكومة أو المشغلون، مثل المستشفيات والمصالح الصحيّة و شركات التأمين و المصالح العسكريّة و مصالح الشرطة و المصالح السجنيّة و حتّى أفراد العائلة. و فى هذه الحالة و حتى ان كان **القانون الدولى للأخلاقيّات الطبيّة الصادر عن الجمعيّة** يذكر انّه يجب على الطبيب كامل الاخلاص نحو مرضاه يكون من الجائز للأطبّاء فى حالات خاصّة النظر لمصالح الآخرين قبل مصلحة المريض. الاشكاليّة الأخلاقيّة المطروحة هنا هى متى و كيف يمكن حماية المريض من الضغوط الخارجيّة ؟ و توجد حالات ازدواج أخرى تجعل الطبيب فى وضعيّة تستوجب تقد يم مصالح المجتمع على مصلحة المريض و وضعيّات يجدر فيها حماية المريض من الضغوط الخارجيّة. و يوجد بين الحالتين مجال واسع يتطلّب طاقة هامّة من التمييز.
فنجد مثلا تعليمات فى الاعلام الوجوبى عن المرضى المصابين ببعض الأمراض المعيّنة و عن الأشخاص الغير القادرين عن السياقة أو عن أشخاص يشكّ فى سوء معاملتهم للأطفال . ففى مثل هذه الحالات على الأطبّاء الاستجابة لطلبات السلط دون تردّد و لكن من المهمّ أيضا اعلام المرضى بالأمر.
و من ناحيّة أخرى هناك مطالب أو تعليمات صادرة عن الشرطة أو الجيش للمشاركة فى أعمال لا تحترم الحقوق الأساسيّة للانسان مثل التعذيب **ففى اللائحة الخاصّة بمسؤوليّة الأطبّاء عن الاعلام عن أعمال تعذيب قاسية أو منافيّة للانسانيّة و مذلّة توصى الجمعيّة الأطبّاء عند شعورهم بذلك** تحمّل المسؤوليّة و االتخاذ موقف أمام هذه الحالات.، اذ يجب عليهم المحافظة عن استقلاليتهم المهنيّة لمعرفة مصلحة المريض واحترام مبادى الأخلاقيّات المتعلّقة بالسريّة بقدر الامكان و يجب على الطبيب اعلام المريض بكل تجاوز اضطرّه للقيام به مع شرح الأسباب. و على الأطبّاء اعلام السلط ذات النظر بكلّ تدخّل غير شرعى عند معالجتهم المرضى خصوصا ان كان لهذا التدخّل مساس بالحقوق الأساسيّة.
و ان لم تحرّك تلك السلط ساكنا يجدر آن يكون ذاك الالتماس مساندة للجمعيّة الطبيّة القوميّة التابعة للجمعيّة العالميّة للأطبّاء أو منظمة تعنى بحقوق الانسان.
و الى جانب هذه الوضعيّات نجد سلوكيّات يجرى بها العمل لانجاز بعض البرامج الصحيّة الّتى من شأن تنفيذها تحديد الحريّة الاستشفائيّة للطبيب فى اختيار طرق معالجة المريض واستعمال هذه الطرق احتمال وقوع مضرّة للمريض. و على كلّ يتعيّن فى هذه الصورة على الأطبّاء التروّى قبل المشاركة فى هذه البرامج. وان لم يكن لهم الخيار فى الأمر لعدم وجود برامج أخرى فعلى الأطبّاء حماية مصالح المرضى الى أقصى حدّ بالاستعانة بالجمعيّات الطبيّة.
و هناك أوضاع خاصّة تتولّد عن تعدّد مرجعيّة النظر و يمتدّ مفعول هذه التعدّديّة من ظروف يجدر فيها تبجيل مصلحة المجتمع الى ظروف أخرى يتعيّن فيها اعطاء الأولويّة لمصلحة المريض. و بين الحالتين مجال واسع لاختيار يتطلّب طاقة تمييز ثابتة للاهتداء الى الاختيار السليم.
فمؤسّسات صناعة الأدويّة و صنّاع الأجهزة الطبيّة و كذلك عدد من مؤسّسات تجاريّة أخرى يقدّمون للأطبّاء هدايا و منافع أخرى تبدأ من اهداء تذاكر سفر مجانيّة مع الاقامة بالنزل بعنوان المشاركة فى دورات تكوينيّة و تصل الى حدّ تمويل مفرط لأبحاث علميّة = راجع الباب الخامس= و سخاء هذه المؤسسات له غاية واحدة الا وهى حثّ الطبيب على وصف أو استعمال أدويّة المؤسّسة فى حين يمكن ايجاد أدويّة احسن منها و لا تثقبّل مصاريف العلاج. وقد أصدرت الجمعيّة فى **الموقف الخاصّ بالعلاقة بين الأطبّاء و المؤسّسات التجاريّة** سنة 2004 توصيّات للأطبّاء المعنيين بهذه القضايا
و كذلك الى عدّة جمعيّات طبيّة قوميّة و أعطت رأيها ,المبدى الأصلى لهذه التوصيّات, اذ أنّه على الأطبّاء فى حالة تضارب مصالحهم و مصالح المريض، يجب تقديم مصالح المريض.

المـدّ بوسـائل الـعـمـل

نجد فى كلّ دول العالم بما فيها الدول الثريّة بونا شاسعا ما انفكّ يتزايد بين توقعات كلفة المصاريف الصحيّة الّتى تعرضها المصالح الصحيّة و بين ما بمكن منحه لها. و هذا البون يفرض ضرورة تحديد الامكانيّات الممنوحة مهما كانت تعلّتها . والتحكّم فى وسائل العلاج الصحّى = أو منح وسائل الصحّة= كما ذكر تستجيب لثلاث درجات
فى الدرجة الأعلى =ماكرو=تقرّر الحكومات ما تمنحه من ميزانيّة للصحّة و مصاريف الحفاظ عليها و يدخل ضمنها كلّ التكاليف المتوقعة كدفع معاليم التأمين الصحّى و دفع ما ورد بالميزانيّة من أجر للأطبّاء و الممرضين و بقيّة عملة الميدان الصحّى و مصاريف تجهيز و تسيير المستشفيات
و معاهد البحث ، و تكوين مهنيين فى الصحّة، و كذلك دفع ما يترتّب من مصاريف خاصّة بأمراض معيّنة كالسيدا.
فى الدرجة الموالية = مازو= من المؤسّسا ت يعنى المستشفيات و مراكز توزيع وسائل الصحّة

و بالخصوص الأطبّاء ، فانّ السلط هي التى تقرّر توزيع ما لديها من امكانات و هى التى تحدّد المصالح التى ستمنح تلك الامكانات و المبالغ التى ستمنح للأعوان و التجهيز و الحماية و الاستغلال
و الصيانة و أشغال التوسيع الخ...

و فى الدرجة الثالثة =ميكرو= يقرّر المهتمّون بالصحّة و خصوصا منهم الأطبّاء ما يجدر و صفه للمريض ، و هل يجدر عرضه على زميل آخر أو قبوله بالمستشفى ، أو اختيار دواء دون غيره والملاحظ أنّ الأطبّاء نصيبهم 80 بالمائة من جملة مصاريف الصحّة و ذلك رغم تنظيم وسائل العلاج... و بقى للأطبّاء حريّة كبيرة فى اختيار الوسائل العلاجيّة لفائدة مرضاهم.

و الاختيارات المقرّرة بكلّ درجة من الدرجات الثلاثة تعتمد على عوامل أخلاقيّة هامّة اذ تعتمد أساسا على قيم لها مردودات هامّة على صحّة الأفراد و المجتمعات . و رغم أنّ الأطبّاء معنيّون فى كلّ درجة من الدرجات الثلاثة فانّ الدرجة الثالثة فى الذكر هى التى تعنيهم أكثر لأهميّة دورهم فيها. و لذا سنهتمّ فيما يلى بهذه الدرجة.

كانت التقاليد ترى أنّ الطبيب يتصرّف وحده دون الالتفات للأخرين. و أهمّ قيمه الأخلاقيّة الشفقة
و الكفاءة و الاستقلاليّة كافية فى حدّ ذاتها للاستجابة لحاجيّات مرضاهم، و هذه النظرة الفرديّة للاخلاقيّات الطبيّة تجاوزت النظريّة الّتى عوّضت قرار المريض بأبوّة الطبيب حيث أصبحت ارادة المريض هى المرجع الوحيد لاختيار ما يرتضيه من وسيلة علاج. و فى زمن أخير وجد عامل هامّ آخر وهو الانصاف عند أخذ القرار الطبّى يعنى ذلك نظرة اجتماعيّة أقرب اذ يدخل فى الاعتبار توزيع الامكانيّات على كلّ المرضى. و فى هذه الصورة تصبح مسؤوليّة الأطبّاء تتعدّى مرضاهم لتشمل بقيّة المرضى. و هذا المفهوم الجديد لدور الطبيب فى توزيع امدادات الصحّة ذكّرت بمجموع شرائع الأخلاقيّات لدى عدّة جمعيّات طبيّة قوميّة و كذلك **باعلان الجمعيّة الخاصّ بحقوق المريض.**عندما تستوجب الظروف انتقاء مرضى لتمكينهم من علاج لا يمكن سحبه على الكلّ ، فمن حق المرضى ان يجرى هذا الانتقاء بطريقة عادلة و على أساس مقاييس طبيّة دون أى تمييز.

و من امكانيّات الأطبّاء عند توزيع الامدادات تحاشى استعمال و سائل باهضة الكلفة و غير مجديّة و ان كان هو الحّل المرضي على طلبها فالاستعمال المفرط للدواء المضادّ للجراثيم فى غير محلّه يعتبر من الاسراف و يكون أحيانا مضرا بالمريض

Essais cliniques randomisés و عند اجراء تجارب استشفائيّة أخرى تبيّن أنّها غير نافعة لما أعدّت و توجد عدّة وسائل تمكّن من معرفة النافع من المضرّ. و حتّى يتمّ الاقتصاد فى الموارد من جهة و نفع المريض من جهة أخرى يجدر بالأطبّاء التعرّف على هذه التوصيّات.

و المسؤوليّة الموكولة الى عدّة أطبّاء فى مجال توزيع الأدويّة و الخدمات بين عدّة مرضى بانصاف فى صورة امكانيّات محدودة = مثل الاعتناء بمصلحة اسعافه مثلا أو منح آخر سريرا شاغرا بالمصلحة أو منح أعضاء لغرسها أو التمكين من اختيارات طبيّة حديثة الاستعمال و كذلك منح أدويّة باهظة التكلفة. فالأطبّاء الّذين يراقبون هذه الموارد دورهم وصفها لمرضى سينتفعون منها و هم أحوج من غيرهم لها.

و يضطرّ الأطبّاء فى حالة تشريكهم فى اعداد برامج للسياسة الصحيّة العامّة الى اتخاذ قرارات تنال مصلحة مرضاهم.و لكن هذه العوارض لا تحدث الا بالمستشفيات أو بالمؤسّسات الصحيّة حيث يكون فيها للطبيب منصبا عال أو يكون الطبيب فيها عضوا فى لجنة مكلّفة باعداد الاختيارات الصحيّة .

و بينما نرى عددا وافرا من أطبّاء يرغبون فى التفرّغ للاعتناء بمرضاهم نرى أطبّاء آخرين يتهافتون على المسؤوليّة لتبجيل مرضاهم على آخرين أحوج أحياتا من مرضاهم الى المساعدة.

و أمام هذه الاشكالات ، يتعيّن على الأطبّاء اضافة الى السهر على التوازن بين مبادىء الرأفة
و الانصاف و يبدو اختيار الانصاف أسلم لهم. و هناك عدّة اختيارات ممكنة فى تصوّر الأمر ، نذكر منها بالخصوص =
الاختيار التحرّرى- و هو يرى أنّ الامدادات توزع حسب قانون طلبات السوق يعنى انّ اختيار الفرد يتماشى و قدرته و استعداده لدفع التكاليف المترتّبة و تبقى المساعدة الاجتماعيّة مخصّصة للمعوزين.

اختيار النفع= يتوزّع حسب مفهوم هذا الاختيار الامداد بصورة تضمن النفع للأغلبيّة.

اختيار المساواة= يرى أنّ كلّ الامدادات توزّع حسب الاحتياجات فقط.

اختيار الاصلاح= و يرى ان توزّيع كل الامدادات يجب أن يتمّ بطريقة تضمن تفضيل المحتاجين.

و كما ذكر نشاهد تخلّى الأطبّاء شيئا فشيئا على النظرة الفرديّة التقليديّة والتى كانت تفضّل الاختيار التحرّرى لفائدة النظرة الاجتماعيّة. و لئن كان الاختيار فى أغلب الأحوال منبوذا، الا أنّه لا يمنع الخبراء من عدم الاتفاق على فرز اختيار من الاختيارات الثلاثة الأخرى و يكون أفضلها هو التحرّرى و من الواضح انّ كلّ اختيار له نتائج مختلفة عند تطبيقه مثل ضرورة توجيه مريض لزميل أو ادخاله المستشفى واختيار دواء بالرجوع الى اسمه أو اختيار دواء تقليدى، أو انتقاء من سينتفع بزرع عضو على آخر. و من المتأكّد انّ اختيار النفع هو الأصعب تنفيذا عند الأطبّاء لانه يتطلّب جمع معطيات عديدة لنتائج غير قطعيّة على أساس تدخّلات طبيّة مختلفة فى عمليّات غير مقتصرة على مرضاهم بل تطال بقيّة المرضى. فالانتقاء بين الخيارين – ان أقحمنا الاختبار التحرّرى سيكون رهينا أخلاقيّات الطبيب الشخصيّة و المحيط الاجتماعي والسياسي الذى يعمل فيه. و بعض الدول كالولايات المتّحدة تبجّل الاختيار التحرّرى ، بينما تبجّل دول أخرى كالسويد مثلا اختيار طريقة الانصاف و هى معروفة باتباع سياسة المساواة. و هناك صنف آخر من الدول

كافريقيا الجنوبيّة بصدد اختبار الاختيار الاصلاحى. و كثير من المصمّمين فى البرامج الصحيّة ينصحون باتباع الاختيار الاصلاحى .
و بالرغم من الفوارق الموجودة بين مختلف الاختيارات فانّ مفاهيم العدالة تتعايش مع بقيّة المفاهيم سواء كانت اثنين أو أكثر على مستوى نظم الصحّة العموميّة و فى هذه البلدان, للأطبّاء ان يختاروا طريقة عملهم سواء فى القطاع الخاصّ أو فى القطاع العام كلّ حسب نظرته الشخصيّة .
و مهما كان دور ألأطبّاء فى توزيع الامكانات الصحيّة فهم مسؤولون عن المطالبة بازديادها, ان تبيّن انّها لا تفى بالحاجة. و لذا وجب على الأطبّاء التكاتف ضمن جمعيّاتهم المهنيّة حتى يتمكّنوا من اقناع أصحاب القرار سواء أكانوا حكومات أو غير ذلك بالاستجابة لطلباتهم فى بلادهم أو فى العالم كلّه.

ا لـصـحّـة الـعموميّة

طبّ القرن العشرين أبرز انشقاقا يؤسف له بين ما يسمّى الصحّة العموميّة و وسائل العلاج الأخرى كالعلاج عند الخواصّ.و يؤسف لهذا الوضع, لانّ المهور كما وصفنا آنفا مجموعة أفراد و من حقّ كل منهم الأنتفاع بوسا ئل الحماية وتطوير الصحّة العموميّة مهمته توفير الصحّة للجميع.
والخلط و الغموض فى المفاهيم فى ميدان الصحّة سببه اعطاء لفظ الصحّة العامّة مفهوما العموميّة التى يموّلها القطاع العامّ. يعنى وسائل علاجيّة تموّلها مؤسّسة قوميّة ماليّة ، أو نظام قومى وجوبى مما يجعل هذه الطريقة مقابلة لوسائل التى يموّلها القطاع الخاص.أى وسائل علاجيّة داخلة ضمن نظام خاص ممول من طرف تأمين على الصحّة و ليس فى متناول العموم.
و لفظ =صحّة عموميّة = فى هذا الكتاب يرجع فى آن واحد الى صحّة العموم و الاختصاص الطبّى الذى يعتنى بصحّة المجموعة و ليس صحّة الفرد . و فى هذا الاطار فانّ الاحتياج هامّ لاختصا صيين
قصد الدفاع و المطالبة بتوفير الامكانيّات الصحيّة و للمشاركة فى حملات من شأنها حماية الناس من الأمراض المعديّة
قواعد علميّة تهتمّ بعلم الأوبئة و من مخاطر أخرى.و ممارسة الصحّة العموميّة أو طبّ المجموعة تعتمد على دراسة الأوبئةe
التى هى دراسة توزيع عوامل الصحّة و المرض لدى المجموعة السكّانيّة. و بالفعل يوجد أطبّاء يمارسون دورات تكوين مستمر قصد بلوغ رتبة أخصّائيين فى علوم الأوبئة. و على العموم فكلّ الأطبّاء مطالبون بمعرفة العوامل الاجتماعيّة و البيئيّة المؤثّرة على صحّة مرضاهم. و ذكر فى **اعلان الجمعيّة فى خصوص تطوير الصحّة** أنّ الأطبّاء والجمعيّات المهنيّة الطبيّة لهم مسؤوليّة أخلاقيّة و مسؤوليّة مهنيّة فى السعى باستمرار الى مصلحة المريض و منح هذه المسؤوليّة التزاما و حماية للصحّة العامّة.
و سائل الصحّة العموميّة كحملات التلقيح وردّ الفعل نحو الأوبئة هى عوامل صحّة هامّة بالنسبة الى الفرد، و لكنّ العوامل الاجتماعيّة كالسكن ، والتموين و توفير العمل لها أيضا أهميّتها عند الفرد. و من النادر أن يتمكّن الأطبّاء من معالجة كلّ الأسباب الاجتماعيّة للمرض و لكن يمكنهم توجيه مرضاهم الىالمصالح الاجتماعيّة ذات النظركما يمكنهم المشاركة فى ارساء حلولا ذات نفس طويل فىمختلف النشطات لفائدة الصحّة العامّة بالتكوين و مراقبة العموم و اعلامهم بالمضرّ صحّيا و اجتماعيا كسوء المعاملة و العنف . و يمكن للأطبّاء أيضا السعى الى تحسين مردود وسائل الصحّة العموميّة.
و يحدث أن تتعارض مصلحة الصحّة العموميّة و مصلحة المريض مثل تلقيح ينجرّ منه الضرر و لكنّه يمنع تسرّب العدوى أو الحالة التى يجب فيها الاعلام بأمراض معديّة أو فى صورة سوء معاملة الأطفال العجّز أو الحيلولة دون القيام ببعض الأنشطة كالسياقة مما يجعل السائق خطرا على ألآخرين. هذه أمثلة من ازدواجيّة مرجع النظر كما ذكر آنفا.طرق معالجة هذه الحالات و ما ينجرّ عنها من اشكالات تتم بعد التعرّض اليها با لبا ب الثانى فى فصل = السريّة=
و على كلّ حال يترتّب على الأطبّاء ايجاد وسائل من شأنها ابعاد الضررالذى يلحق المريض بمطالبة سلط الصحّة العامّة عند الأقتضاء.و فى صورة طلب اعلام عن حالة مثلا ، يجدر عند ذلك المحافظة على سريّة شخصيّة المريض بقدر الامكان مع احترام الشروط القانونيّة.
كما يحدث أيضا و بشكل آخر نتيجة التضارب بين مصلحة المريض و مصلحة المجتمع عندما يطلب المريض من الطبيب مساعدته على الحصول على منافع لاحق له فيها مثل استرجاع مصاريف من مؤسّسة تأمين أو الحصول على اجازة مرض. يجب على الأطبّاء ان طولب منهم ذلك ارشاد مرضاهم الى البحث عن وسائل لا تنال من قواعد الأخلاقيّات و هو أفضل من تسليم المرضى شهدات لا مبرّر لها.

الـصـحّـة الـعـا لـمـيّة

اتسع مفهوم الاعتراف بمسؤوليّة الطبيب نحو المجتمع خلال السنوات الأخيرة لتصبح مسؤوليّة نحو الصحّة فى العالم. و هذا الحمل يشمل الاشكالات و المسائل و اهتمامات الصحّة التى تتعدّى حدود الوطن والتى قد تتأثر بظروف أو تجارب دول أخرى لتهتدى الى الحلّ الأفضل ضمن القيام بأعمال تضامنيّة . الصحّة العامّة جزء من مشروع عالمى يشمل تبادل المعلومات والتجارة و السياسة والسياحة و كلّ النشاطات البشريّة الأخرى.

و قاعدة هذه العولمة هى الاعتراف بأنّ مصالح الفرد و مصالح المجتمع صارت مرتبطة بعضها ببعض و يبدو ذلك جليا فى ميدان الصحّة ، كما وقع فى انتشار مرض الزكام أو السراس و مراقبة هذه الأوبئة تتطلّب نشاطا طويلا حيث يكفى أن يغفل طبيب عن تشخيص أو معالجة أمراض معديّة فى بلد حتى يكون للأمر عواقب و خيمة على مرضى آخرين بأوطان أخرى. فلهذه الأسباب اقتضت أخلاقيّات الأطبّاء أنّ التزاماتهم تتجاوز حدود مرضاهم و تتجاوز حتّى حدود مجموعاتهم و أوطانهم.

و علاوة على ذلك مكّنت عولمة الصحّة من الشعور بحقبقة الفوارق بالعالم. و رغم الحملات الواسعة للوقاية من موت الأطفال و الموت بصفة عامّة بالبلدان الفقيرة و النتائج الأيجابيّة لمقاومة مرض الجدرى و الأمل فى التغلّب على الاعاقة العضويّة ، فرغم كلّ ذلك ما انفكّ البوم يزداد اتساعا بين البلدان ذات الدخل المرتفع والبلدان ذات الدخل الضعيف.و من نتائج ذلك مرض السيدا الذى كان له أسوأالضرر بالبلدان الفقيرة و ذلك لعدم تمكّن تلك البلدان من الأنتفاع من نفس النموّ والثروة الحاصلين فى البلدان الثريّة بالعالم خلال العشريّات الأخيرة.و لئن كانت اسباب هذا الفقر سياسيّة و اقتصاديّة مما يعنى انّها تتجاوز طاقة رقابة الأطبّاء و جمعيّاتهم فانّه لا يمنع ذلك الأطبّاء من معالجة الأمراض الناتجة عن هذا الفقر.

و بالفعل فانّ الأطبّاء بالبلدان ذات الدخل الضعيف أو المحدود لا يملكون الا وسائل بسيطة لتمكين مرضاهم من علاج ناجع و تبقى على كلّ مشكلة توزيع تلك الامدادات بأكثرما يمكن من العدالة. و حتى فى البلدان ذات الدخل المتوسّط أو المرتفع ، يوجد مرضى أضرّت بهم العولمة مباشرة كالأجانب ببلد ما مثلا, اذ لاحق لهم فى التغطيّة الاجتماعيّة التى يتمتّع بها مواطنى بلد اقامتهم.

و من خصائص العولمة كذلك هجرة مهنيى الصحّة بما فيهم الأطبّاء ، و تكاثر عدد الأطبّاء القادمين من بلدان فى طريق النموّ الى بلدان مصنّعة أفاد فى آن واحد الأطبّاء و الدول المضيفة ولكنّ ذلك أقلّ نفعا للبلدان المصدّرة . و أكّدت الجمعيّة **بالتوصيّات الأخلاقيّة عند الأنتداب الدولى للأطبّاء** انّه لا يجوز التعرّض لأطبّاء راغبين فى الخروج من بلدهم للعمل بدول أخرى. الا أنّ الجمعيّة تطلب من كلّ الدول بذل قصارى جهدها لتكوين عدد من الأطبّاء يستجيب لاحتياجاتها حتّى لا تعوّل على هجرة الأطبّاء.

و لأطبّاء الدول المصنّعة تقاليد قديمة فى نقل معلوماتهم و تجاربهم للدول الناميّة و نقل المعلومات له عدّة أوجه و يتجسّم مثلا فى مسائل طبيّة تقوم بها منظّمات كالصليب الأخمر ، أو الهلال الأحمر ، و أطبّاء بدون حدود، و كذلك بتنظيم حملات قصيرة الأمد تعنى بأمراض مثل سدّ عدسة العين أو شق النكو كذلك زيارة اعضاء كليّة الطبّ و دراسة مشاريع تهم البحث الطبّى على مدى قصير أو طويل، أو الامداد بأدوية أو أجهزة طبيّة . كلّ هذه البرامج أمثلة للجوانب الايجابيّة للعولمة و تشارك فى بعث معادلة نسبيّة لا محالة لتحرّك أطبّاء الدول الفقيرة نحو الدول الأثرى منها.

عودة الى دراسة حالة

تبعا للتحليل المعروض بهذا الباب لعلاقة الطبيب بالمجتمع ، نجد أنّ **الدكتورة ج... كانت على حقّ لمّا اهتمّت بأثر سلوك المريض على المجتمع. و لئن كانت الاستشارة الطبيّة الأخرى خارجة عن النظام الصحّى التى تعمل به الدكتورة ج...الا انّ لها مردود مالى على المجتمع . و لكن المريض يأخذالوقت الذى من المفروض أن يخصّص لمرضى آخرين. و يجب فى مثل تلك الحالات ان يتوخّى ألأطبّاء الحذر لأنّ كثيرا ما نجد مرضى غير قادرين على أخذ القرار الملائم لاسباب مختلفة و قد يحتاجون الى ارشادات طبيّة أكثرلادراك درجة من الوعى النافع لهم . فادكتورة ج... على صواب عند اتصالها بجمعيّتها الطبيّة محاولة منها ايجاد حلا اجتماعيا ما دامت الاشكاليّة تتجاوزها و تتجاوز مريضها الى بقيّة المرضى و الأطبّاء عموما.**

الباب الرابع

علاقة الأطبّاء بالزملاء

أهداف دراسة هذا الباب

بعد دراسة هذا الباب سيمكنكم مايلى
تحديد السلوك المطلوب فى معاملة الأطبّاء بعضهم البعض.
تبرئة الأعلام عن سلوك زملاء يعتبر تصرّفهم منافيا للأخلاقيّات الطبيّة.
وصف مبادى الأخلاقيّات الخاصّة بالتعاون مع الآخرين لمعالجة المرضى.
شرح طرق حلّ النزاعات بين الأطبّاء و أخصّائيين آخرين فى مجال الصحّة

درس الحالة الثالثة

سمّى مؤخّرا الدكتور ك...الأختصاصى فى التبنيج بمستشفى محلّى ، و قد ارتاب من سلوك الطبيب الجرّاح الأوّل العامل هناك اذ يتوخّى تقنيّات قديمة من شأنها اطالة مدّة العمليّة كما انّها تحدث أوجاعا بعد العمليّة و تطيل مدّة العلاج. و بالاضافة الى ذلك فانّ الجرّاح يعمد الى ملاحظات رخيصة تتعلّق بالمرضى ممّا يحرج الممرّضات . والدكتور ك...باعتباره أحدث عضو فى المجموعة بقى متردّدا فى موقفه ، أ يبادر الجرّاح مباشرة أويعلم الجهات المختصّة بسلوكه و على كلّ يرى من الضرورى اعلام المعنى بالأمر لتحسين الوضع.

تحدّيات للسلطة الطبيّة

ينتمى الأطبّاء لمهنة لها تقاليدها الراسخة توجب احترام التسلسل سواء داخل الجهاز الطبّى أو خارجه. فمن داخل الجهاز نجد ثلاثة أنماط من التسلسل يرتبط بعضها ببعض . فالنمط الأول يفرّق بين مختلف الأختصاصات اذ يوجد تفاوتا بين اختصاص و آخرباعتبار أهميّة الاختصاص . و النمط الثانى سيشمل نفس الاختصاص الا أنّه يشمل جامعيّين لهم وزن أهمّ من الآخرين العاملين بالقطاع الخاص أو القطاع العامّ. و النمط الثالث يهمّ العناية الطبيّة بمرضى مصابين بأمراض خاصّة مما يجعل المعنيين بهم فى سلّم التسلسل قبل الأطبّاء الآخرين و ان كانوا ذوو مقدرة و خبرة.
و يصبح لهؤلاء دور المستشارين الا اذا تحوّل المريض لمصلحتهم. و على كلّ وان تجاوزنا منطق التسلسل نجد الأطبّاء على رأس الهرم قبل الممرّضات أو مهنيى الصحّة الآخرين.و سيدرس هذا الباب مشاكل أخلاقيّات المهنة التى ستعترضنا سواء من داخل التظام أو خارجه. اذ نجد بعض القضايا التى تهمّ الأتّجاهين الداخلى والخارجى بينما هناك مشاكل أخرى لا تخصّ الا اتجاها واحدا . فأعظم المشاكل حديثة نسبيا ، اذ هى وليدة التطوّرات الحديثة للطبّ و وسائل العلاج. و لذا وجب علينا وصف هذه التطوّرات اذ بها تحديّات هامّة تعترض الطبيب عند ممارسة مهنته .
فالتطوّر السريع للعلوم الطبيّة و معرفة تطبيقاتها الاستشفائيّة زاد دور الأطبّاء تعقّدا فصار الأطبّاء غير قادرين على معرفة كل الأمراض و لا وسائل علاجها ، ممّا جعلهم فى حاجة الى مساعدة اخصّائيين و مهنيين فى الصحّة من ذوي الكفاءة مثل الممرضات ، والصيادلة، و تقنيّين المخابر، و مرشدين اجتماعيّين ،الخ...كما انّه يتعيّن كذلك على الأطبّاء معرفة الطريق الموصل للطاقات المعنيّة التى تتطلبها صحّة المريض.
و كما سبق ذكرنا بالباب الثانى فانّ النظرة الأبويّة فى ممارسة الطبّ قد انقرضت بموجب ما للمريض من حقّ فى أخذ القرارو عوّضت السلطة الأبويّة للطبيب المباشر بالشراكة فى أخذ القرار .نفس التطوّر لحق أيضا علاقة الأطبّاء بالأخصائيين فى الصحّة. اذ أصبح أكثرهم يرفض تعليمات الطبيب ان لم تكن معلّلة . و لربّما اعتبروا أنفسهم مسؤولين مباشرة على أخلاقيّات مادّة اختصاصهم ازاء المرضى عند عدم اقتناعهم بتعليمات الطبيب.والحال انّ نموذج التسلسل فى السلطة لم يكن يسمح قبل ذلك بمناقشة مسؤوليّة الطبيب الذى كان يقرّر دون منازع . فنظام الشراكة يحدث أحيانا خلافات حول اختيار العلاج المناسب للمريض.
و تلك التطوّرات تنال من قاعدة المعاملة بين الأطبّاء و زملائهم ، أو حتّى مع مهنيين آخرين فى ميدان الصحّة . و سيسعى هذاالباب للتعرّف على بعض الاشكالات التى قد تنجم عن هذه العلاقات و تمنع امكانيّات الاجابة عليها.

العلاقة مع الأطبّاء الزملاء والأساتذة والطلبة.

يتعيّن على الأطبّاء معاملة بعضهم لبعض معاملة أفراد الأسرة الواحدة لا كغرباء و لا حتّى كأصدقاء، فاعلان جنيف لجمعيّة الأطبّاء ينصّ على مايلى= سأعتبر زملائى أخوة لى وأخوات على أنّ فهم هذا الالتزلم يتغيّر مكانا و زمانا.
فالقاعدة تقول مثلا –دفع أجر مقابل عمل- باعتبار الأجر هوالمورد الوحيد للطبيب فمن اللائق مهنيا أن لا يدفع الطبيب مقابلا لزميله نظيرة علاجه.غير أنّ هذه القاعدة لم يعد معمولا بها فى بلدان يقوم نظامها.على استرداد المعاليم الصحيّة .
و الى جانب التوصيّة بمعاملة الزملاء باحترام و المشاركة معهم بغاية توفير أقصى فرص المعالجة،**فانّ القانون الدولى للأخلاقيّات الطبيّة** يتحفّظ على حالتين فى علاقة الزملاء. الأولى اعطاء أو قبول امتيازات من شأنها تمكين زميل من حريف، والثانيّة الاستحواذ على حريف زميل و الالتزام الثالث وهو الأعلام عن عدم كفاءة أو عن سلوك يتنافى و أخلاقيّات المهنة عند زميل و سيتمّ النظر فى هذا الالتزام فيما بعد.
تلتزم تقاليد الأخلاقيّات الطبيّة كما وصفها أبوقراط الطبيب باحترام أساتذته احتراما خاصا، و اعلان جنيف يذكر=و سأقدّم لاساتذتى ما هو جدير بهم من احترام واعتراف بالجميل- . وبالرغم من كون تدريس الطبّ أصبح تبادل معلومات بين الأساتذة و طلابهم و لم يعد كما هو الشأن فى اتجاه واحد ، فانّ للأطبّاء الاختيار فى بذل مجهود ، اذ هم لا يتقاضون أى مقابل لهذا النشاط مما يجعل الطلبة مدينين بالمعروف لأساتذتهم ، اذ لولا سهرهم على تكوينهم الطبّى لأصبح التكوين رهين المجهود الفردى دون أى مرجع علمى
و على الأساتذة معاملة طلاّبهم باحترام و أن يكونوا المثل المقتدى به فى علاقاتهم بالمرضى =
و بالبرنامج الخفى= المزعوم المتعلّق بتعليم الطبيبّ كل قواعد السلوك المثالى للأطبّاء ، سيخلّف أثرا أعمق من برنامج خاص بالأخلاقيّات الطبيّة، و فى صورة تناقض بين واجبات الأخلاقيّات المهنيّة و سلوك الأساتذة ، فلا غرابة أن يعتدّ الطلبة بنموذج أساتذتهم.
و على الأساتذة عدم الالتماس من طلابهم المشاركة فى ممارسات طبيّة منافيّة للأخلاق بشكل. و قد ذكرت المجلاّت الطبيّة امثلة من ذلك السلوك قام بها طلبة فى الطبّ ، اذ يعمدون الى الالتماس من مريض موافقته على طريقة يرونها ناجعة لمعالجته فى حالات تستوجب تدخّل اختصاصى مهنى و يقوم الطلبة حتّى باجراء فحوص حوضيّة على مرضى مبنّجين أو على موتى منذ فترة قليلة. و ذلك دون ترخيص. و نظرا لعدم تكافؤ السلط بين الأساتذة والطلبة فانّه قد ينجرّ عن ذلك اشمئزاز الطلبة و مناقشتهم أو حتى رفض التعليمات ولذا وجب على الأساتذة السهر على تحاشى استقزاز الطلبة بالقيام بأعمال منافيّة للأخلاقيّات ، ونجد الآن بمدارس الطبّ ممثّلين عن الفصول أو جمعيّات للطلبة دورها لفت النظر الى ما يخالف الأخلاقيّات فى التعليم الطبّى .و على الطلبة المعنيين بمجال الأخلاقيّات ضمن البرامج التعليميّة الوصول الى هياكل تسمح لهم بمناقشة هذه المشاكل دون أن يعتبر ذلك وشاية . و لهم الحق كذلك فىطلب المساعدة لدراسة أعمق. والمنتظر من طلبة الطبّ توخّى درجة عاليّة من السلوك الأخلاقى فى المهنة باعتبارهم أطبّاء المستقبل، اذ من المهمّ ان يكون التعامل بينهم تعامل زملاء وان لا يبخلوا بمدّ يد المساعدة عند الحاجة، و كذلك اسداء النصح بعضهم لبعض لمن كانت سلوكيّاته تتنافى والمهنة ، كما يجب على الطلبة أيضا المشاركة فى البرامج والقيام بالواجبات الجماعيّة و كذلك المشاركة فى الامتحانات و دورات الاستمرار.

الاعلام عن تصرّفات خطيرة أو منافيّة للأخلاقيّات المهنيّة.

تفتخر مهنة الطبّ بقدرتها على تنظيم المهنة من الداخل . و مقابل الامتيازات التى يمنحها المجتمع والثقة التى يمنحها المرضى لهذا السلك، أقرّت مهنة الطبّ معايير دقيقة للسلوك و كذلك نظاما تأديبيا يسمح بالبحث فى صور سوء السلوك و عند الأقتضاء يجيز معاقبة المدينين.
و لكن طريقة تنظيم المهنة من الداخل بدا اخفاقها مما استوجب اتخاذ قرارات من شأنها تحميل المهنة مسؤوليّاتها و من بين هذه القرارات تكليف اطار من غير أعضاء المهنة بمصالح المراقبة. و مع ذلك فانّ أهمّ متطلبات تنظيم المهنة يجب أن تكون من داخل الجهاز ويتمثّل فى المساندة الغير المشروطة لقواعد التنظيم و ابراز الارادة الثابتة بملاحقة السلوكيّات الخطيرة و المنافيّة لاخلاقيّات المهنة.
فقوانين المهنة توجب اشعار المعنيين بالأمر بعدم الكفاءة ، أو بالأخطاء أو سوء سلوك الزملاء.
فالقانون العالمى للأخلاقيّات الطبيّة الصادر عن الجمعيّة ينصّ أنّ الطبيب سيتعهّد بالاعلام عن الزملاء الذين يظهرون عدم كفاءتهم أوعدم مقدرة أو الذين ينتحلون و سائل غشّ أو خداع ، ولكن تطبيق ذلك غير سهل. اذ يروم أحيانا الطبيب النّيل من سمعة زميل لاسباب شخصيّة حقيرة كالغيرة أو ردّ فعل للاهانة. و من جهة أخرى قد يتردّد الطبيب فى الوشاية بزميل لاسباب صداقة أو تعاطف اذ يقول فى قرارة نفسه كان من الممكن أن أكون أنا فى وضعه. و نتائج هذه الوشايات ضارة بالواشى و لربما تولدت عنها نيّة اذاء الموشى به أو لبعض الزملاء ألآخرين.
و لكن رغم هذه السلبيّات ، فانّ الاعلام عن النقائص واجب مهنى. لأنّ للأطبّاء واجب عليهم حماية سمعة المهنة اضافة الى أنّ لا سواهم له دراية بالكفاءات أو الغلط أو سوء السلوك. الا أن الاعلام عن زميل للسلط التأديبيّة لا يجوز عادة الا

في آخر مرحلة و بعد استيفاء كلّ الطرق الأخرى دون الحصول على نتيجة.و أول مرحلة فى الاتصال بالزميل تتمثل فى اشعاره بأنّ سلوكه يعتبر خطرا أو منافيا لاخلاقيّات المهنة . فان كانت النتيجة ايجابيّة فلا فائدة فى تجاوز هذا القرار و ان كانت سلبيّة فيتعيّن اشعار الادارة لتأخذ قرارها وان لم تفعل يكون من الضرورى اذا اللجوء الى آخر حلّ وهو اشعار السلط التأديبيّة.

العلاقة بعناصر أخرى يعملون بميدان الصحّة.

الباب الثانى الّذى تعرّض للعلاقة مع المرضى ذكر أهميّة الاحترام و المساواة فى علاقة الطبيب بالمريض و تنطبق نفس القيم المذكورة على علاقة الأطبّاء بزملائهم, بالنظر خصوصا الى منع الميز بالسنّ أو نوع المرض أو العجز أو العقيدة أو العرق أو الجنس أو الجنسيّة أو الانتماء السيايى أو الميل الجنسى أو كلّ وضع اجتماعى آخر=**تصريح جينيف**= ينطبق على كلّ الأشخاص الذين لهم علاقة بأطبّاء فى نطاق معالجتهم للمرضى أو فى نطاق أى عمل مهنى آخر. والاحترام هو الّذى له وجه ايجابى و فعّال فى هذه العلاقة . و فيما يخصّ بقيّة المعتنيين بالصحّة كالأطبّاء والممرضين والملحقين الآخرين فانّ تقييم مقدرة هذه العناصر تتفاوت من حيث التربيّة و التكوين الا أنّ بينهم قاسما مشتركا وهو الانسانيّة والسهر نفسه على المريض. و ظروف الفصل بين علاقة الطبيب بالمريض تنطبق على العلاقة بعون الصحة كما ذكر آنفا. و من حيث فصلها يمكن أيضا انهاء علاقة بعون صحّة لنفس العوامل الّتى ذكرت بالنسبة لعلاقة الطبيب بالمريض. و قد يكون مردّ ذلك قلّة الثقة فى مقدرته أو فى نزاهته أو لعدم الاتّفاق . والمقدرة على تمييز هذه الأسباب من بين اسباب أخرى أقل أهميّة و هى تتطلّب احساسا خاصا بالأخلاقيّات.

التعاون.

الطبّ مهنة خاصيّتها الفرديّة الى أقصى حدّ و فى الآن نفسه اعضاؤها متضامنون لاقصى حدّ و فيها أيضا روح تضامن و ثيقة و نجد أطبّاء يشعرون بالملكيّة ازاء مرضاهم و يذكرون بصدق أنّ العلاقة طبيب-مريض هى أحسن و سيلة لمعرفة المريض ، واتطلاقا من هذه المعرفة يمكن تمكين المريض بأحسن طرق العلاج الّذى تتمثّل فيه هذه الخصا ئص الوقاية. و كما ذكر آنفا للطبّ مركّبات واختصاصات تتطلّب تعاونا و ثيقا بين عناصر تختلف اختصاصاتها و لكنّها متكاملة. والحساسيّة الموجودة بين مركّب الفرديّة و التعاون موضوع سيبقى عالقا فى الأخلاقيّات الطبيّة.
وانهيار سلطة أبوّة الطبيب أ دّت الى انهاء مركّب الملكيّة الذى كان يتحلّى بها الأطبّاء بالنسبة لمرضاهم. و حق المريض فى المطالبة برأى طبيب ثانى ان أضفنا اليه تدخّل مساعديين صحّيين آخرين من شأنهم الاستجابة الى حاجيات المعنى بالأمر، فكلّ ذلك نال من سلطة الطبيب المفردة. و فى **اعلان الجمعيّة الخاصّ بحقوق المريض** نجد ما يلى= يجب على الطبيب المشاركة فى تنسيق الوصفات الطبيّة بالاستشارة مع بقيّة كلّ من يشارك فى الاعتناء بالمريض= الا أنّه يجب الا يستغلّ الأطبّاء فرصة هذا التعاون للاستيلاء على أجر الآخرين و تقاسمه.
و جدير بالذكر أنّ هذا التحفظ الخاص بملكيّة الزبون تقابله ضمانات لأعطاء الأوليّة فى العلاقة طبيب-مريض . و فى حالة مريض يعالجه عدّة أطبّاء وهو الحال بالمستشفايات يجب ان يكون تنسيق الأعمال حكرا على طبيب واحد حتّى يتمكّن من افادة المريض بتطوّرات المرض و من مساعدته عند الأقتضاء على أخذ القرار. و لانّ علاقة الأطبّاء فيما بينهم مضبوطة بقرارات يقبلها الجميع فالعلاقات بين الأطبّاء و بقيّة مهنيّي الصحّة بقيت محلّ تغييرات مستمرّة و لازال الخلاف قائما حول الدور المنوط بكلّ واحد.
و كما سبق ذكره فانّ الممرضات و الصيادلة و غيرهم ممن يباشر المريض يرى نفسه أجدر من الطبيب للأعتناء بالمريض فيما يخصّ ميدانه و يطالب بمعاملة مثل معاملة الطبيب باعتبار مسؤوليّته كما يرى أنّه يجب أن تكون علاقته مباشرة مع المريض دون وساطة الطبيب. و عدد كبير من الأطبّاء يرون من ناحيّة أخرى انّه من الضرورى أن يوجد مسؤولا واحدا على المريض وان اعتنت به مجموعة حتى ينسّق بين أفرادها ، و يبدو أنّ الأطبّاء أولى بهذا الدور نظرا الى تكوينهم و تجاربهم.
و لئن تعرض بعض الأطبّاء الى النيل من سلطتهم التقليديّة المطلقة فمن الطبيعى أن يتطوّر دور الطبيب استجابة لطلب المرضى و مطالبة أعوان الصحّة الآخرين نظرا لمشاركتهم فى القرار .
و يجدر بالأطبّتاء شرح أسباب توصيّاتهم لاقناع المرضى و الآخرين بقدرتهم. كما يجب على الأطبّاء اضافة الى مقدرتهم المهنيّة ان يكونوا قادرين على حلّ المشاكل الطارئة بين مختلف الأطراف المشاركة فى علاج المريض.
و لجوء المريض الى مداوين تقليديين أو دجّالين يشكّل تحدّيا لكلّ مجهود يسعى الى فائدتهم. و هذا النوع من تعاطى المداواة بالوسائل التقليديّة تكاثر عددهم و صار قبلة المرضى و محلّ استشارة الى حدّ كبير لدى الشعوب بافريقيا و آسيا و تزايد عددهم أيضا بأروبا و أمريكا. و يرى البعض خطءا أن

طريقتي العلاج العلمي والتقليدى تتكاملان فى حين انّهما متضاربتين ، و لكن نظرا الى بعض النتائج المريحة للمريض والمتأتيّة من وسلئل الطبّ التقليدى فعلى الأطبّاء دراسة امكانيّة التعاون مع الأطبّاء التقليديين. و طريقة هذاالتعاون قد تتغيّر حسب البلدان و الأفراد، و على كلّ يجب أن تكون راحة المريض هى الهدف المنشود أولا.

حلّ النزاعات الطارئة.

هناك عدّة ألوان من النزاعات بين الأطبّاء والمتعهّدين الآخرين فى مجال الصحّة =مثلا بما يمتّ الى الاجراءات الاداريّة او صرف المستحقّات ولكن الذى يهمّنا هنا هو باب النزاعات الّتى لها علاقة بطرق علاج المريض والحلّ المثالي هو أن تكون القرارات الخاصّة بصحّة المريض نتيجة توافق بين المريض والأطبّاء وكلّ من يساهم فى العلاج.
الا أنّ التردّد واختلاف الآراء قد يكونا سببا فى خلافات حول الغاية المنشودة من وراء العلاج او الوسائل المؤديّة الى بلوغ هذه الغاية. فتحديد الموارد الصحيّة والاجراءات الاداريّة قد تعرقل البلوغ الى اتفاق.
يجب حلّ الخلافات بين مختلف الأطراف المباشرة للمريض حول طريقة العلاج أو الوسائل الناجعة بعد نقاش موضوعى يبدى فيه كلّ طرف نظريّته بكلّ موضوعيّة, و وبنزع خلافهم مع الحرص على النيل من صفو العلاقة بالمريض. و امّا الخلافات القائمة بين متعهّدى الصحّة و المتصرّفين فيما يخصّ الامدادات يجب أن تحلّ داخل المصلحة أو المؤسّسة و ان لا يقع الخوض فيها بحضور المريض.
و نظرا للطابع الأخلاقى لهذين النوعين من الخلافات يكون من المستحسن عند الامكان التماس نصائح لجنة أو اختصاصى فى الأخلاق المهنيّة الاستشفائيّة.
والتوجيهات الأتيّة قد تساعد على حلّ مثل هذه النزاعات.

- يتمّ حلّ النزاعات بطريقة غير رسميّة ان أمكن يعنى بطريقة التفاوض المباش ربين المتنازعين ولايقع اللجوء الى الطرق الرسميّة الا اذا عجزت الطريقة الاولى عن ايجاد الحلّ.
- يتعيّن علىكلّ الأطراف أن تبد رأيها وان تدرس تلك الاراء بعناية خاصّة.

الاختيار الواعى للمريض أو ممثّله فى خصوص العلاج سيكون فى مقدّمة كلّ حلّ يوضع للدرس ان كان لمصلحة المريض.

- ان كان الخلاف يتعلّق بالاختيارات المقترحة لعلاج المريض ، يجدر توسيع رقعة الاختيارات و ليس حصرها. وان كان الخيار المتفق عليه غير ممكن لعدم توفّر الامدادات يجب اعلام المريض بذلك.

-ان لم نتوصّل رغم كلّ الجهود المعقولة الى اتفاق فعلى الموكّل له قانونا أن يتخذ قراره و يكون نافذا حين ذاك، وان حدث التباسا أو احتجاجا حول شرعيّة هذه الشخصيّة وجب اللجوء الى تحكيم حكما لفض الأمر وان رفض متعهّدو الصحّة قبول ما جاء بقرار التحكيم الواجب تطبيقه و ذلك بسبب نظرتهم المهنيّة أولأسباب أخلاقيّة شخصيّة ، يمكنهم وضع حدّ للمشاركة فى أخذ القرار بعد التثبّت من انّ المريض لن يناله ضرر أو اهمال.

عودة الى درس حالة

الدكتور ك... على حقّ عندما احتار فى سلوك الجرّاح الأول بقاعة العمليّات. ليس لانّه يضع صحّة المريض فى خطر فحسب بل لأنّه لا يحترم المريض ولا زملائه. فعلى الد.ك...ان يلتزم بأخلاقيّات المهنة برفض هذا السلوك و عليه أيضا اتخاذ موقفا. أول مرحلة أن لا يشجّع ضمنيا الجرّاح بالضحك مثلا عند مزاحه. و ان قدّر ولفت نظر زميله, كاف لوضع حدّا لسلوكه فما عليه الا أن يباشره فى الموضوع و الا فعليه أن يتّصل مباشرة بالسلط العليا للمستشفى . و ان رفضت تلك السلط الاستجابة فلم يبق له الا الاتصال بالجهاز المسؤول الذى يمنح رخص مباشرة الطبّ ليتمّ البحث فى الموضوع.

الباب الخامس

ألأخلاقيّات و البحث الطبّى

أهداف هذا البا ب

بعد دراستكم لهذا الباب سيمكنكم من –

التعرّف على أهمّ قواعد الأخلاقيّات فى البحث الطبّى.

معرفة تركيز توازن بين البحث و العلاج الاستشفائى.

ألاستجابة لمتطلّبات لجان الأخلاقيّات.

دراسة الحالة الرابعة

اتصلت بالدكتورة ر...وهى طبيبة طبّ عامّ فى قرية ، اتصلت بها منظّمة بحث طبّى تعمل بالتعاقد لتشريكها فى تجربة استعمالات لدواء جديد يعالج نوعا من الألتهاب.

Anti-inflamatoire non stéroïdien (NSAID) dans l'ostéoarthrite/

و عرضت على الطبيبة مبلغا ماليا مقابل كلّ مريض تجرى عليه دراسة الدواء المعروض. و أكّد ممثّل المنظّمة صاحبة العرض انّ الدراسة المقترحة تحصّلت على كلّ الرخص اللازمة بما فيها رخصة لجنة الأخلاقيّات . فالدكتور – ر- التى لم يسبق لها المشاركة فى مثل هذه الدراسات تقبّلت العرض بارتياح خصوصا و انّ فيه مكسبا ماليّا. و قبلت العرض دون مزيد الاسترشاد عن الجوانب العلميّة و الأخلاقيّة للدراسة المعروضة عليها.

أهميّة البحث الطبّى

الطب ليس علما صحيحا بمفهوم علم الفيزيا أو علم الحسابات. فهو يخضع لعدّة مبادىء عامة مجموعها مقبول . و لكن كلّ مريض يختلف عن الآخر و يجوز أن تكون طريقة العلاج التى تماشت مع أغلبيّة المجموعة تكون غير نافعة مع أخرى و ان تمثّل أقليّة. و لذا لنا أن نتساءل هل أن الطبّ مبنى على التجارب ؟ و حتّى وسائل العلاج المعترف بها عموما يجب أخضاعها للرقابة و يجب تقييمها حتّى يتمّ التعرّف على مفعولها بالنسبة لمرضى معيّنين، و حتّى على كلّ المرضى بصفة عامّة. هذه وظيفة من وظائف البحث الطبّى.

و هناك وضيفة أخرى معروفة أكثر وهى اعداد وسائل علاج جديدة خاصّة منها الأدويّة والتقنيّات الجراحيّة . و قد تمّ تقدّم ملحوظ فى هذا الميدان خلال الخمسين سنة الأخيرة، و بلغ عدد الأبحاث الطبيّة نسبة لم يسبق لها مثيل. و لكن بقيت عدّة أسئلة تهمّ توظيف الجسم البشرى و أسباب الأمراض –المعهودة والحديثة- و كذلك معرفة احسن وسائل معالجتها و لم نجد الى يومنا هذا جوابا عن هذه الأسئلة, و ما عدى الوسائل المبذولة لمعرفة و طائف الأبدان.

Physiologie humaine

يدرس البحث الطبّى عناصر أخرى للصحّة بالأخصّ عناصر نموذجيّة الأمراض

Typologie des maladies (épidémiologie)

مثل علم الأوبئة، كما يدرس البحث الطبّى تنظيم و تمويل و توزيع العلاج و أبحاثا تهمّ أيضا نظم الصحّة و جوا نبها الاجتماعيّة و الثقافيّة من الناحيّة الاجتماعيّة و من حيث التركيبة الطبيّة

Sociologie et anthropologie médicale

و كذلك الحقوق لمعرفة الطبّ الشرعى و أخلاق المهنة لمعرفة الأخلاقيّات الطبيّة. و أهميّة كل هذه الأبحاث تزيدها تزكيّة لدى منظّمات التمويل اذ أصبح الكثير منها يعرض تبنّى برامج فى البحث الطبّى و ليس الفيزلوجى.

البحث على ما تحتوى عليه الممارساة الطبيّة من مردود.

بستعمل كلّ ألأطبّاء نتائج البحث العلمى فى ممارستهم الاستشفائيّة . و يجب عليهم للحفاظ على المستوى الذى يوفّره البحث اتّباع سواءا برامج التكوين المستمر أو برامج تنشيطيّة و بالاطلاع كذلك على مجلاّت مهنيّة و تبادل المعلومات مع الزملاء. و عدم مشاركة الأطبّاء فى الأبحاث الطبيّة لا يعفيهم من معرفة التحاليل و من تطبيق نتائجها على مرضاهم. فمعرفة أبسط طرق البحث عن الأقل ضروريّة لممارسة طبيّة جادّة. و أحسن طريقة لتلقّى هذه المعرفة هى المشاركة فى برنامج دراسة سواء ان كنت طالبا فى الطبّ أو فى نطاق التكوين المستمر.

طريقة البحث المعمول بها عند الأطبّاء هى التجارب الاستشفائيّة، و كلّ دواء يخضع قبل تزكيّته لمجموعة من تجارب, الغاية منها اختبار مدى سلامته و نجاعته و أوّل اجراء يبدأ بدراسات فى المخبر ثمّعن طريق تجارب على الحيوانات. وان كانت النتيجة ايجابيّة يتواصل البحث الاستشفائى فى المراحل الأربعة الآتية=

المرحلة الأولى تجرى فيها التجارب على عدد صغير من متطوّعين ذوى صحّة جيّدة ، يدفع لهم مبلغا ماليا جزاء على مشاركتهم. و هذه المرحلة تمكّن من ضبط مقاديير الدواء الكافيّة لاحداث ردّ فعل فى الجسم البشرى و كذلك معرفة طريقة استيعاب الدواء و مفعوله ان كانت به آثار تسمّم أو تضررّ.

المرحلة الثانيّة تجرى على مجموعة مصابة بمرض يفترض علاجه بالدواء المختبر، و غايتها حصر التفاعلات الايجابيّة و المفاعلات الثناويّة الناتجة عن استعماله.

المرحلة الثالثة و هى مرحلة التجربة الاستشفائيّة الّتى يعطى فيها الدواء لعدد كبير من المرضى و تقع مقارنة مفعوله بمفعول دواء آخر ان وجد و الا فمقارنته بدواء العقّل .

المرحلة الرابعة تأتى بعد تزكيّة الدواء و ترويجه بالسّوق اذ يتمّ خلال السنوات الأولى مراقبة للدواء ان كانت له مفاعلات ثانويّة لم نتفطّن اليها خلال المراحل السابقة بالاضافة الى أنّ المؤسّسات الصيدليّة مهتمّة عادة بوصف الأطبّاء لهذا الدواء و مدى تقبّل المرضى له.

و خلال الندوات الأخيرة أخذ عدد هذه التجارب يتزايد بسرعة مما أوجب البحث و انتداب عدد وافر من المرضى استجابة للحاجيّات الاحصائيّة. والمسؤولون على هذه الدراسات سواء كانوا أطبّاء أو مؤسّسة صيدليّة اصبح عملهم اليوم رهين الأطبّاء الآخرين العاملين غالبا ببلدان أخرى و ذلك لانتداب مرضى تجرى عليهم الدراسة.

و لئن كانت هذه الأبحاث تمثّل تجربة هامة للأطبّاء الا أنّ خلفيّاتها تثير اشكاليّات أهمّ يجدر معرفتها لتحاشيها. أولا انّ دور الطبيب فى العلاقة طبيب /مريض مختلفة عن دور الباحث اذ تصبح فى تلك الحالة علاقة باحث/و عنصر بحث والطبيب والباحث هما نفس الشخص. اذ مسؤوليّة الطبيب الأولى هى صحّة مريضه وراحته بينما اهتمام الباحث موجّه الى المعلومات الّتى يسعى الى الحصول عليها سواء أفادت صحّة عنصر البحث أو لا، و قد يتولّد تضارب بين هذين الدورين. و فى هذه الصورة يجب اعطاء الأوليّة للطبيب قبل الباحث. و سنورد فيما يلى بكلّ وضوح ما يترتّب على هذا الأمر عند التطبيق.

والخلط بين الدورين يؤول الى اشكاليّة انتهت الى تضارب المصالح. فالبحث الطبّى عبارة عن مؤسّسة لها امكانيّات ماليّة وافرة و رؤوس أموال تمكّنها من مجازات الأطبّاء بسخاء مقابل مشاركتهم.

و المجازات تكون امّا بدفع مبالغ ماليّة لانتداب عناصر يجرى علبهم البحث أو بتوفير مساعدات عينيّة كالتمكين من أجهزة تدير المعلومات او بالاستدعاء لحضور محاضرات للنقاش عن نتائج الأبحاث أو لذكر أسماء المساعدين عند الاعلان عن النتائج. واهتمام الطبيب بالحصول على هذه الامتيازات يتضارب أحيانا مع قاعدة تمكين المريض من الدواء الأنفع له. و هذا الخيار قد يتضارب أيضا و حقّ المريض فى المعلومات الضروريّة لاتخاذ قراره الرشيد فى الرضاء بالمشاركة فى البحث من عدمه.

و يمكن لا محالة تجاوز هذه الاشكالات ، فالقيم الأخلاقيّات الطبيّة الّتى يمتلها الطبيب / الشفقة والمقدلرة والاستقلاليّة/ تنطبق أيضا على الباحث اذا فلامجال للاختلاف بين دور الطبيب والباحث.

و مادام الأطباء واعين لقواعد الأخلاقيّات الطبيّة فلا مانع من مشاركتهم فى الأبحاث الطبيّة فهى جانب من نشاطهم الاستشفائى.

متطلّبات الأخلاقيّات الطبيّة

خلافا لما كان عليه الوضع سابقا، لقد تمّ الآن تركيز قواعد أساسيّة للأخلاقيّات... ففى القرن التاسع عشر والقرن العشرين عمد مشاهير البحّاثين الى اجراء تجارب على مرضى دون التماس موافقتهم

و حتّى دون الألتفات الى مصلحتهم و لم تمنع التوصيّات فى خصوص اخلاقيّات البحث أطبّاء ألمانيا النازيّة من اجراء أبحاث نالت من حقوق الانسان الأساسيّة. و تمّ بعد انتهاء الحرب العالميّة الثانيّة محاكمة بعض الأطباء و حكمت عليهم محكمة نورنبرغ بالمانيا. و حيثيّات هذه الأحكام معروفة تحت عنوان **قانون نورنبرغ** و قد ساعدت أيضا في تركيز وثائق الأخلاقيّات فى البحث الطبّى العصرى.

و من بين القواعد الأساسيّة العشرة لهذا القانون نذكر طلب الموافقة التطوعيّة للمريض عند اخضاعه للبحث.

أحدثت جمعيّة الطبّ العالميّة سنة 1947، أى فى نفس السنة الّتى أحدث فيها **قانون نورنبرغ** . و أمّا مؤسسو الجمعيّة فقد كانوا شاعرين بما وقع من تجاوز للأخلاقيّات الطبيّة قبل الحرب العالميّة الثانيّة

و خلالها ممّا جعلهم يسرعون فى ارساء ضمانات لحماية الأطبّاء والأخلاقيّات الطبيّة. و سنة 1954 عمدت جمعيّة الطبّ العالميّة اثر سنوات من دراسة الموضوع الى اتّخاذ عدّة قرارات عنوانها **مبادىء للأشخاص القابلين الخضوع للبحث والتجارب.** و تمّت مراجعة هذه الوثيقة بعد عشر سنوات

و صدرت بعنوان **بيان هلسنكى** سنة 1964، كما تمّت مراجعة النصّ عدّة مرات فى سنوات 1966، 1983، 1975، 2000 و هذا القرار هوّ موجز لأخلاقيّات البحث الطبّى و هناك عدّة وثائق أخرى ذات تفاصيل أكثرحول الأخلاقيّات بصفة عامة و تمّ ادراجها فى السنوات الأخيرة وهى مثل **التوجيهات الأخلاقيّة الدوليّة فى البحث الطبّى البيولوجى الذى يجرى على عناصر بشريّة** وهو صادر عن المجلس الدولى لمنظّمات العلوم الطبيّة الّتى صدرت سنة 1993 ثمّ وقعت مراجعتها سنة 2002

و هناك وثائق أخرى تهمّ مواضيع أكثر اختصاصا مثل **أخلاقيّات البحث الخاصّ بوسائل الصحّة فى البلدان السائرة فى طريق النموّ** الصادرة عن مجلس نوقيلد.
Conseil Nuffield sur la bioéthique, publié en 2002 au Royaume Uni/
و رغم الفوارق بين كلّ الوثائق المذكورة سواء من حيث الغاية أو الاطناب أو المصدر ، فالقاسم المشترك بينها يبقى الاتّفاق الى حدّ بعيد على القواعد الأساسيّة لاخلاقيّات البحث و قد أدرجت هذه المبادىء ضمن قوانين أو قرارات عدّة دول أو منظّمات دوليّة بما فى ذلك النّصوص الخاصّة بتزكيّة الأدويّة والصور الطبيّة. و سنعرض موجزا عن هذه المبادىء الّتى أخذ معظمها من قانون حقوق الانسان.

موافقة لجنة ألأخلاقيّات

تنصّ الفقرة 13 و 14 من اعلان حقوق الانسان على أنّ كلّ مشروع بحث طبّى يجرى على بشر يجب عرضه للنظر و الموافقة مسبّقا على لجنة أخلاقيّة مستقلّة. و للحصول على هته الموافقة يتعيّن على الباحثين توضيح الهدف من المشروع والطرق المتوقع استعمالها و شرح طريقة انتداب العناصر الّتى ستجرى عليهم التجارب ، و طريقة الحصول على موافقتهم و حماية حياتهم الخاصّة ، و كذلك يجب شرح مصادر تمويل المشروع و عند الاقتضاء ذكر ما قد يحدث من تضارب مصالح. و يمكن للّجنة الأخلاقيّة قبول المشروع على ما هو عليه كما يمكنها ادخال بعض التغييرات قبل انجازه كما يمكن أيضا رفض المشروع برمّته . و سيعهد لعدّة لجان مراقبة سير انجاز المشاريع والسهر على تنفيذ الشروط وان لزم الأمر يمكن ايقاف تنفيذ مشروع بصدد الانجاز اذا لوحظ أنه تسبّب فى احداث عواقب خطيرة و مضرّة.
انّ الأسباب الّتى تجعل موافقة لجنة الأخلاقيّات ضروريّة هى عدم اطّلاع الباحثين او العناصر, المجرى عليهم البحث, على المعلومات الكافيّة و عدم توخّى الباحثين نظرة موضوعيّة لتحديد صلاحيّة مشروع من الناحيّة العلميّة و الأخلاقيّة. و لذا وجب على الباحث اقناع لجنة منصفة و ذات اختصاص بأنّ المشروع مفيد و أنّ لهم المقدرة اللازمة على انجازه و انه سوف لا يضربقدر الامكان بمشاريع أخرى قد تعرض على اللجنة للدرس.
و من الاشكالات الّتى لم يقع حلّها الى حدّ الآن ما يخصّ لجان الأخلاقيّات لمعرفة من يكون صاحب القرار فى مشروع متفرّع على عدّة مراكز و لجان؟ هل يتطلّب موافقة كل مراكز اللجان أو الموافقة بالنسبة لكل لجنة أو يكتفى بموافقة لجنة واحدة ؟ و ان كانت المراكز ببلدان مختلفة فانّ البلد المعنى بالأمر يطالب ببحث الموضوع للموافقة عليه.

القيمة العلميّة

الفصل 11 من قانون حقوق الانسان يؤكّد أنّ البحث الطبّى المجرى على آدميّين يستوجب ضرورة تفسير لزومه علميّا و هذه التوصيّة غايتها تجنّب المشاريع الّتى لا أمل فى نجاحها والّتى تبدو غير ذات فائدة تذكر حتّى فى صورة نجاحها.
و عندما يطلب من المريض المشاركة فى بحث ، يجب تنبيهه الى ما قد ينجرّ عن البحث من أضرارو ان كان توقّعها بعيدا و ما يمكن الحصول عليه من معلومات علميّة هامّة.
و لضمان القيمة العلميّة للدراسة، يوصى الفصل 11 من حقوق الانسان بتركيز الدراسة على معرفة متعمّقة للوثائق الموجودة والتجربة الحاصلة و عند الاقتضاء بالنتيجة الحاصلةعلى حيوان مما ينبىء بنجاعة التدخّل على البشر. و كلّ الأبحاث المجرات على الحيوان يجب ملاءمتها مع التعليمات الأخلاقيّة الّتى توصى بتحديد استعمال الحيوانات و السعى عموما على عدم تعذيبها أكثر من الحاجة.والفصل15 يوصى أيضا بأنّ الدراسات التى تعنى بالأشخاص لا يمكن أن يقوم بها الا المؤهّلون علميّا للقيام بها و يجب على لجنة الأخلاقيّات السهر على الامتثال الى كلّ هذه الشروط قبل موافقتها.

القيمة الاجتماعيّة

من أهمّ الخاصيات المتنازع فيها هى ما فائدة البحث الطبّى و تأثيره على المجتمع و الى أىّ حدّ ؟
من المعلوم انّ تطوّر المعلومات المتوفّرة الى حدّ الآن تكفى المؤونة بالقدر الذى لا يضطرّنا الى زيادة البحث. و لكن النظرة الى الامكانيّات الطبيّة المتوفّرة فى ميدان البحث جعلتنا لا نكتفى بهذا القدر،
وأصبحت القيمة الاجتماعيّة معيارا هاما لتقييم مدى صحّة ذلك .
الفصلان 18 و 19 يؤكّدان بكلّ وضوح على أهميّة القيمة الاجتماعيّة عند تقييم مشاريع البحث.
و يجب أن تتغلّب الأهميّة العلميّة و الاجتماعيّة عند اجراء البحوث على كلّ جانب آخر. اضافة الى انّ الشعوب المجرى عليها البحث يجب ان تتمتّع بالأوليّة فى الانتفاع من نتائج تلك البحوث نظرا الى ما تحمّلته من مخاطر و أتعاب و لكن نجد عكس ذلك فبعد ضبط الأدويّة, موضوع البحث, نجد مرضى فى بلدان أخرى يتمتّعون بها .

و يصعب التعريف بالقيمة الاجتماعيّة فى البحث العلمى و شرحها و لكن لا يجوز التغاقل عنها . فيجب على الباحث و لجان الأخلاقيّات التأكّد من أنّ المرضى لم يقع اخضاعهم لتجارب ليس لها مردود ذو غاية أوغير نافعة. اذ يؤدّى الأمر الى تبذير امكانيّات و موارد صحيّة والنيل من سمعة البحث الطبّى مع انّه اهمّ عنص في ميدان الصحّة و لراحة الانسان.

المخاطر والمنافع

بعد ان تمّ ارساء القيّم الاجتماعيّة والعلميّة للبحث الطبّى ، بقى على الباحث اقامة الحجّة على أنّ الأخطار التى قد تتعرّض لها العناصر المجرى عليها البحث ليست من المفرطة و هي فى نطاق الجائز بالنظر الى الاستفادة المتوقّعة والتى قد لا ينتفع منها المجرى عليهم التجلرب. و هناك مجازفة بنتيجة غير مرغوب فيها . و لهذا الاحتمال مركّبان . الأوّل انّ الضرر الحاصل له طاقة من درجة قويّة الى درجة ضعيفة. والثانى خطورة الضرر تمتدّ من ضعيفة جدّا تكاد لا تذكر الى احتمال تسبّبها فى سقوط مستمرّ و ربّما الموت. فان كان الخطر ضعيفا جدا يكاد لا يذكر فلا اشكال لمواصلة بحث له وزنه
و أمّا اذا كان الخطر المتوقّع ذا بال فالأمر لا يقبل الا اذا كان هو الملجأ الأخير لمرضى بلغوا آخر طور من حياتهم . و بين الاحتمالين يتدخّل الفصل 17 لحقوق الانسان فيطلب من الباحثين تقييم احتمال الأخطار والتأكّد من انّه يمكن التصرّف فيها. وان كان الخطر المتوقّع مجهولا تماما ، على الباحث وضع حدّ لدراسته الى ان تتوفّر لديه معلومات ثابتة كتحاليل مخبر مثلا أو نتيجة اجراء تجارب على حيوانات.

الموافقة الواعيّة

القاعدة الأولى **لقانون نورنبرغ** تذكر حرفيا =موافقة الانسان للتطوّع لازمة قطعيا = والفصل الشارح لذلك موجود بالملحق الذى يوصى بأن يكون للمعنى معرفة يالأمر =معرفة و وعي كافيّان =بعناصر المشكل حتّى يأخذ قراره عن رويّة و على أساس معرفة واطّلاع=
و يطنب قانون حقوق الانسان فى موضوع الموافقة الواعيّة، فالفصل 22 منه يؤكّد انّ المعنى بالأمر يجب أن يكون مطّلعا على ما سيجرى عليه حتّى يتمكّن من أخذ قرار المشاركة عن بصيرة. والفصل 23 يحذّر من الضغوط الّنى قد يتعرّض لها أشخاص للمشاركة فى دراسة ما لأنّ اختيارهم غير تطوّعىوالفصلان 26 و 24 يتعرّضان للحالات التى يكون فيها المعنى بالأمر عاجزا عن اعطاء رأيه – كالأطفال القصّر أو المرضى غير الواعين أو القصّر عقليا- فيمكن لا محالة اخضاع هؤلاء الى بحث طبّى و لكن فى حدود مضبوطة.
و اعلان حقوق الانسان مثله مثل وثائق أخرى تهمّ أخلاقيّات البحث تؤكّد على اقامة الحجّة على الموافقة مثل اعداد وصفة ممضاة من المعنى بالأمر= الفصل 23= و هناك عدّة لجان أخلاقيّة تطالب الباحث بتقديم التقارير الموافقة للبحث المجرى . و تكون هذه التقارير مطوّلة و مفصّلة جدا ببعض البلدان مما يضيع الغاية المنشودة من اعطاء معلومات للمجرى عليه البحث و فى خصوص البحث ذاته. و على كلّ فالأمر لاينتهى بامضاء الموافقة اذ من المتوقع شرح الأمر و موضوع المشاركة للمتطوّع ثمّ يجب اشعاره بحريّة التراجع فى موافقته فى أى وقت ولو بعد الشروع فى التجربة، دون الخشية من تضرّر الباحث و دون أن يحرمه التراجع من العلاج المعهود له.

السريّة

الأشخاص الخاضعون لتجارب طبيّة يتمتّعون بنفس السريّة المعهودة لبقيّة المرضى فيما يخصّ المعلومات الصحيّة الخاصّة بهم.
الا انّ البحث الطبّى ليس كالمعالجة الاستشفائيّة اذ من الضرورى تزويد أناسا آخرين بمعلومات تهمّ المجرى عليه البحث و قد يكون المنتفعون بهذه المعلومات أحيانا كل المجموعة العلمية و حتّى الجمهور.
و لحماية المنتفعين يجب على الباحث التأكّد من الموافقة الّتى تشمل أيضا استعمال المعلومات الصحيّة الشخصيّة غاية البحث و معنى هذا هو ان يكون المجرى عليه البحث موافقا على كلّ استعمال لنتائج البحث الطبّى الخاصّ به. والقاعدة العامّة تقتضى عدم ذكر شخصيّة المعنى بالأمر عند نقل المعلومات و كذلك الحفاظ على الوثائق و احالتها بالآمان. **و اعلام الجمعيّة فى خصوص الاعتبارات الأخلاقيّة لقواعد المعلومات** تقدّم بعدّة توصيّات فى الأمر.
لا داعى فى الواقع الى الاعلان التفصيلى بنتائج الدراسا ت و لكن و لسوء الحظ تكاثرت فى الفترة الأخيرة سلوكيّات غير شريفة فى هذا الميدان فسرقة المعلومات و فبركة المعطيات والتشر فى نسختين و غيرها من أعمال غير لائقة أحدثت اشكاليّات عدّة. و هذه السلوكيّات وان كانت تنفع الباحث فى وقتها الا انّها تضرّبه فيما بعد عند التفطّن اليها كما

انها قد تحدث ضررا للمرضى بتناولهم علاجا غير مناسب أعطى لهم على أساس نتائج تقارير غير صحيحة أو مدلّسة كما انّ هذا السلوك يضر ببقيّة البحّاثة اذ يتسبّب لهم فى ضياع وقت هامّ و تبذير امكانيّات لمواصلة الدراسة.

اعلام ذوى النظر

حتّى نحمى البحوث من كلّ اختراق للمبادىء الأخلاقيّة ، يتعيّن على كلّ من بلغه مساس بهذه الأخلاقيّات اعلام السلط ذات النظر. ولكن ويالأسف ها التحريض على الاعلام غير مستصاغ من طرف البعض و لا معمول به اذ ينقلب الأمر على الوشاة فلايسمع اعلامهم و ربما ينالهم عقاب
و ابعاد. الا أنّ هذا الموقف أخذ يتطوّر منذ ان اعتنى المتفقّدون و البحّاثة العلميّون بالموضوع واعتبروا انّه من الضرورى التعرّف على الأبحاث الّتى لا تتماشى و مبادىء الأخلاقيّات و معاقبتها
و أصبحوا يقدّرون دور من يعلمون بذلك.
ومن الصعب جدا على شبّان ملحقين بمجموعة بحث كطلبة فى الطبّ مثلا ردّ الفعل على مايبدو مخالفا للأخلاقيّات اذ يشعرون أنّ مستوى مؤهلاتهم غير كاف للحكم على أعمال قاموا بها بحّاثون ذو خبرة
و يخشون أيضا العقاب اذا ما صرّحوا بما يرون، و لكن يمكنهم عن الأقلّ رفض المشاركة فى تلك السلوكيّات المخالفة للأخلاقيّات خلافا واضحا فى نظرهم.، والمشاركة أيضا فى الكذب على المعرضين للأبحاث الطبيّة أو فبركة معطيات.
يجب على هؤولاء الطلبة ,ان شاهدوا مثل هذه التصرّفات ,اعلام السلط ذات النظر بأى طريقة ولو أدّى الأمر الى توجيه رسالة مجهولة المصدر.

قضايا لم يقع حلّها

لاخلاقيّات البحث الطبّى عدّة أوجه و ليست كلّها محلّ اجماع، اذ العلوم الطبيّة واصلت تقدّمها فى عدّة ميادين مثل العلوم الوراثيّة و علوم الأعصاب ، و زرع الأعضاء

Transplanttion d’organes neurosciences génétique

و نلاحظ بقاء عدّة تساؤلات حول قبول أو رفض طرق و وسائل العلاج الّتى لم يتمّ فيها البتّ الى يومنا ، اضافة الى أنّ بعض المواضيع كاستعمال دواء العقّل فى تجربة استشفائيّة و مواصلة علاج عناصر التجارب مازالت محلّ أخذ و ردّ.فبالعالم 10 بالمائة من البحث الطبّى فقط مسخّر لمشاكل صحيّة بالنسبة ل90 فى المائة من كامل سكّان العالم و هذا اشكال أخلاقى لم يتمّ حلّه بعد. فبالمناطق المفتقرة الى الموارد, كثيرا ما نجد مشاكلا ناشئة عن أخلاقيّات مردّها الى مفهوم الأخلاقيّات و مفهوم المجموعة الّتى يعملون فيها و كلّ هذه الأمور تتطلّب زيادة الفحص والمشقّة حتّى يتمّ التوصّل الى وفاق عامّ.
و رغم كلّ هذه المشاكل يبقى البحث الطبّى نشاطا هاما و ثريّا لطلبة الطبّ و مواضيع ابحاثهم ، والمفروض فى الواقع هو ان يقبل الأطبّاء و الطلبة استعمالهم كأداة لاجراء الابحاث مما يجعلهم يقدّرون الجانب الآخر من العلاقة =بحاث/أدات بحث.

عودة الى دراسة حالة

كان على الدكتوورة-ر...-عدم قبول العرض بهذه السرعة ، اذ يجدر بها فى أول الأمر زيادة الاسترشاد حول المشروع والتأكّد من ملائمته لقوانين أخلاقيّة البحث ,و كان عليها بالخصوص ان تطلب الاطلاع على الحيثيّات المعروضة على لجنة الأخلاقيّات عند طلب الموافقة و الملاحظات الّتى قد تكون أبدتها اللجنة. وكان عليها ألا تشارك الا فى الأبحاث الّتى لها علاقة بميدان عملها و التأكّد من قيمتها العلميّة والاجتماعيّة ،وان لم يكن لها ثقة فى مقدرتها على تقييم دراسة يجدر بها أخذ رأى زملائها العاملين بمناطق أهمّ من منطقتها. و عليها أيضا ان تتأكّد انّها تعمل لمصلحة مرضاها و انّها لا تقحم فى البحث الا المرضى الذين يمكن تعويض أدويتهم بعلاج تجريبى أو دواء عقّل دون الضرر بهم. كما يتعيّن أن يكون للدكتورة –ر- المقدرة على شرح مختلف الامكانيّات العلاجيّة الممكنة لمرضاها حتّى يكون رأيهم مبنيا عن رويّة فى خصوص مشاركتهم من عدمها. و عليها ألا تقحم عددا معيّنا فى مرضى =عناصر بحث فى بحثها حتّى لا تضطرّ الى اجبار مرضى آخرين على قبول العرض بينما التجربة المقترحة فى غير مصلحتهم، و يجب عليها مراقبة المردود السلبى غير المنتظر لدى المرضى الخاضعين للدراسة حتّى تكون مؤهّلة لاتخاذ القرارات بسرعة عند الاقتضاء

و أخير عليها ان تعلم مرضاها الخاضعين للتجربة بكلّ نتائج الدراسة حال اتّصالهم بها.

الباب السادس

خلاصة

مسؤوليّات الأطبّاء و امتيازات

اعتنى هذا الكتاب بالخصوص بواجبات الطبيب و مسؤوليّاته الّتى هى لبنة الأخلاقيّات الطبيّة و لكنّ الطبيب كسائر البشر له حقوق أيضا والأخلاقيّات الطبيّة قد تكون أغفلت أمرا خاصا اذ لم تأخذ بعين الاعتبار كيفيّة معاملة الآخرين للطبيب سواء أكانوا مرضاه أو جمعيّات زملائهم. و هذه النظريّة أخذت تتزايد و تأخذ أهمية فى حين نرى الأطبّاء في عدّة بلدان فى حرج عند مباشرة اعمالهم
في وصف العلاج أو فى العلاقة الاعلاميّة الّتى هى بالمرصاد لابسط و ذلك لضيق الامكانيّات أوالا دارة عامّة أو خاصّة هفوة مهنيّة أو كلّ عمل مخالف لأخلاقيّات المهنة أو التشكيك فى سلطتهم و مقدرتهم ازاء مرضاهم أو بقيّة زملائهم.
اهتمّت الأخلاقيّات الطبيّة سابقا بحقوق الطبيب و واجباته. والقوانين السابقة للأخلاقيّات كالقانون الصادر سنة 1947 عن الجمعيّة الطبيّة الأمريكيّة احتوى فصولا تذكر واجبات المريض و واجبات الطبيب ازاء المهنة.الا أنّ غالب تلك المفاهيم تجاوزتها الأيّام مثل –طاعة المريض لوصفات الطبيب .
و يجب على الطبيب الا يسمح بملاحظات قد تلهيه عن اعتنائه بفحص المريض...بينما تذكر فصول أخرى وهى نافذة الى اليوم مثل- للجمهور أن يقدّر بكلّ حذق خاصيّات الأطبّاء و عليه تشجيعهم والسماح لهم بكسب الامكانيّات الضروريّة لتلقين العلوم الطبيّة، و قد اختارت الجمعيّة حذف هذه القوانين بدل مراجعتها.
و خلال السنوات الأخيرة ،تبنّت جمعيّة الطب العالميّة عدّة مواقف تهمّ حقوق الطبيب و مسؤوليّة الآخرين، خصوصا الحكومات ، و ذلك للحفظ على حقوق الأطبّاء.

الاعلان عن حريّة الطبيب فى المشاركة فى الاجتماعات الطبيّة 1984 يذكر انّه يجب الا تعرقل مشلركة الأطبّاء فى اجتماعات الجمعيّة واجتماعات طبيّة أخرى مهما كان مكان انعقادها

الاعلان عن استقلاليّة الطبّ و حريّة المهنة 1986 –يؤكد أنّ للأطبّاء الحريّة المهنيّة فى معالجة مرضاهم دون أىّ تدخّل. انّ للأطبّاء الحريّة المهنيّة فى التمثيل والدفاع عما يلزم مرضاهم و ذلك ضدّ كلّ من يرفض أن يحدّد الامدادات الصحيّة للمرضى أو الجرحى.

الموقف من المسؤوليّة المهنيّة فى خاصّية العلاج 1995 –تذكر أنّ الحكم على قيمة عمل أو سلوك مهنى لطبيب عليه أن يأخذ بعين الأعتبار رأى زملائه ، اذ أنّ تكوينهم و تجربتهم تمكّنهم من ادراك تركيبة المشاكل الطبيّة المطروحة- و هذا النصّ نفسه يدين- اجرءات النظر فى قضايا احتجاج أو تغريم مرضى ان لم تكن مبنيّة على تقرير عادل من طرف زملائه للحكم على مدى اهمال الطبيب .

الاعلان الخاصّ بمساندة الأطبّاء الرافضين المشاركة أو تأييد استعمال التعذيب أو كلّ ما يعتبر معاملات قاسيّة ، غير انسانيّة و مذلّة 1997 يلزم الجمعيّة بالتأييد و الحماية كما انّه يدعو الجمعيّات الطبيّة و أعضائها الى مساندة و حماية الأطبّاء الّذين يرفضون المشاركة فى أعمال غير انسانيّة والنا شطين لفائدة العناية بالضحايا و كذلك العاملين لحماية حقّ احترام القواعد الخلوقيّة النبيلة و خاصة احترام السرّ المهنى.

الموقف من التعليمات الخلوقية عند الانتداب الدولى للأطبّاء 2003 هذه الوثيقة تدعوكلّ بلد الى بذل جهده لابقاء اطبّائه فى مهنتهم و بلدانهم و ذلك بمدّهم بالدعم الازم لبلوغ غايتهم الشخصيّة
و المهنيّة مع مراعاة امكانيّات حاجيّات البلد، كما تدعو الوثيقة الى أنّ الأطبّاء العاملين ببلد غير بلدهم يجب معاملتهم على قدم المساواة مع الأطبّاء اصيلى البلد. كتمكينهم من نفس الوضيفة المهنيّة و منحهم نفس الرواتب مقابل عمل متساو.
فبالنظر الى ما سبق من حيث التهديدات و التحدّيات نشعر بوجوب الدفاع عن هذه القيم. ومن المهمّ تذكير الأطبّاء بالامتيازات المنتفعين بها و فى عديد من البلدان نلاحظ أنّ الأبحاث تبرز باستمرار وأنّ الأطبّاء يشكّلون مجموعات مهنيّة تتمتّع بكل الاعتبار والثقة كما انّهم يتقاضون عادة رواتب تفوق المعدّل بل أحيانا تتجاوزه بكثير فى عدّة دول.
فلهم الاستقلاليّة الاستشفا ئيّة وان لم تعد بقدر ماكانت عليه سابقا, وكثير من الأطبّاء يجازفون فى ميدان الاستكشاف وذلك لاكتساب معلومات جديدة و للمشاركة فى الابحاث. والملاحظ انّهم يقومون بخدمات لا تحصى لفائدة المريض و بالأخصّ منهم المرضى العاجزون والمحتاجون . و مهنة الطبّ أكثر عطاءا من غيرها فطاقات النفع من حيث ما يوفّره الأطبّاء من علاج للألم والورم ، و مداواة المرضى و مساعدة المحتضرين كل ذلك يوجب احترامهم من طرف الآخرين وهو ثمن قليل بالمقارنة مع كلّ ما ويقدّمونه الأطبّاء من خدمات.

مسؤوليّة الأطبّاء ازاء أنفسهم

المسؤوليّات الأخلاقيّة للأطبّاء مرتّبة حسب أهمّ المنتفعين بها وهم المرضى، والمجتمع، والزملاء وغيرهم من ممتهنى الصحّة و كثيرا ما يسهو الأطبّاء عن انّ لهم مسؤوليّة نحو انفسهم و عائلاتهم ففى عدّة مناطق من العالم ، تتطلّب المهنة من الطبيب التفرّغ لممارسة الطبّ دون اعتبار لصحّته و راحته. وأسابيع العمل ذات الستّ والثمانين ساعة ليست بالقليلةوالأجازات تعتبر من الترف. و يبدى عدّة أطبّاء رضاءا عن هذه الظروف للعمل الاانّ الأمر له انعكاسات سلبيّة على ذويهم . وهناك أطبّاء آخرون يتألموت من هذا الوضع الذى تكون له أحيانا نتيجة الملل اليومى أو الأكثار من تناول المنشّطات أو حتّى الأنتحار أحيانا. و هذا الوضع يشكّل خطرا على المرضى ،اذ الأرهاق عامل هامّ قد تتولّد عته أحداث و عواقب غير مرضيّة.

و قد أخذت عدّة بلدان بعين الأعتبار ضرورة تأمين سلامة المريض بتوفير طريقة عيش سليمة للطبيب فانجرّ عن ذلك التخفيض فى ساعات العمل للأطبّاء و المتربّصين و أصبحت الآن بعض مؤسّسات تعليم الطبّ تساعد الطبيبات على ايقاف برامجهنّ التكوينيّة لاسباب عائليّة و مع انّ مثل هذ ه الأجراءات من شأنها مساعدة الطبيب على المحافظة على صحّته و على بحبوحة العيش، يبقى لامحالة العلاج الأوّل بيد الطبيب نفسه اذ علاوة على المخاطر الصحيّة المعهودة والتى عليهم تحاشيها كالتدخين والافراط فى استعمال المنشّطات، والارهاق يتعيّن على الأطبّاء أيضا السهر على حماية صحّتهم

و عليهم طلب المساعدة من زملائهم المؤهّلين لمعالجة مشاكلهم الشخصيّة اذ قد ينجرّ من عدم الاعتناء بها ضرر لمرضاهم والمجتمع و زملائهم.

مستقبل الأخلاقيّات الطبيّة

لقد اعتنى هذا الكتاب بصفة خاصّة بما بلغته الآن الأخلاقيّات الطبيّة ، مع العودة عدّة مرّات الى الماضى. ولكنّ الحاضر ما زال مستمرا و من الضرورى التفكير فى المستقبل من الآن والا نكون ارتضينا بالتخلّف عن المسيرة...مستقبل الأخلاقيّات الطبيّة رهين الى حدّ كبير بمستقبل الطبّ . وبالعشريّة الأولى من القرن الحادى والعشرين نرى انّ الطبّ يتطوّر بسرعة كبيرة وان كان من الصعب التكهّن بما سيؤول اليه تطبيقه عندما تنتهى دراسة الطلبة الذين هم اليوم بالسنة الأولى ، نرى من المستحيل التكهّن بالتغييرات الأخرى التى قد تحصل قبل وصولهم الى التقاعد... و ليس من الضرورى أن يكون المستقبل أحسن من الحاضر نظرا لعدم استقرار السياسة و الأفتصاد العام و تلوّث المحيط، وانتشار مرض السيدا و أوبئة أخرى كذلك لم نتعرّف عليها بعد. و حتّى ان كان لنا رجاء فى تطوّر الطبّ سوف تعمّ كل البلدان و ان الأشكاليّات الأخلاقيّة شتكون نفس الأشكاليّات التى هى محلّ دراسة بالبلدان الغنيّة ، فمن الممكن أيضا أن يكون الأمر مخالفا لهذا التكهّن – كأن تتعفّن وضعيّة البلدان الثريّة الى درجة يصبح فيها الأطبّاء يجابهون أوبئة أمراض استوائيّة. أو أن تحدث ازمة خطيرة فى توفير الأدويّة . و مادام المستقبل مجهولا يجب أن تكون الأخلاقيّات الطبيّة تتماشى والوضع وان تتفتّح للتغييراتكما عاهدناها الى الآن. و على كلّ لنا ان نتمنّى لها البقاء على قواعدها الأساسيّة و بالخصوص على قيم الشفقة و المقدرة والاستقلاليّة و كذلك الحرص على على حمايى حقوق الانسان الأساسيّة و تعلّقها بالمهنة مهما كانت التغييرات التى يسجّلها التقدّم العلمى أو العوامل الأجتماعيّة ، او السياسيّة أو الأقتصاديّة التى تقدّم للطبّ و سيبقى المرضى فى حاجة حسب المكان الى العلاج والمداوات والأعتناء بصحّتهم و قد قدّموا الأطبّاء دوما هذه الخدمات و شاركوا أيضا ضمن ميادين أخرى فى تطوير الصحّة والوقاية من الأمراض و تسيير النظم الصحيّة . وان حدث تغيير فى الوازنة بين كلّ هذه الأنشطة فلنا أن نرى ان الأطبّاء سيواصلون القيام بدور هامّ فى كلّ ميدان من هذه الميادين حيث انّ كلّ ميدان به عدّة اشكالات أخلاقيّة وانّ على الأطبّاء مواصلة اطّلاعهم على تطوّر الأخلاقيّات الطبيّة بقدر مواصلة اطّلاعهم على ميادين أخرى من الطبّ.

و ينتهى هذا الكتاب عند هذا الحدّ و لكن هذه النهاية بالنسبة الى القارىء ما هىّ الا مرحلة انغماس فى الأخلاقيّات الطبيّة طول حياته، و نكرّر العبارات التى أوردناها فى المقدّمة وهى أنّ هذا الكتاب ليس الا مدخلا لقواعد الأخلاقيّات الطبيّة و اشكاليّاتها الأساسيّة و قد حاول تبيين ضرورة التفكيرفىالساحة الأخلاقيّةللطبّ و بالأخصّ طريقة معالجة الأشكاليّات الطبيّة عندما تحدثخلال مباشرة العمل.

الملحق = أ=

معجم ألفاظ

توفير لوازم الصحّة
رؤيا لما يترتّب على التنفيل بالوسائل الصحيّة التى تقرر منحها الحكومات او المؤسّسات أو شركات التأمين مع اعتبار ما يترتّب عنها من توفير أدويّة ، واختصاصيين و أماكن مخصّصة للعلاج كالمستشفيات أو المصحّات أو حتّى بمنازل المعنيّين بالأمر.

Bioéthique/ éthique médicale/**البيوأتيك و الأخلاقيّات البيو الطبيّة.**
لفظان لهما نفس المعنى و مفهوم يدلّ على القضايا الأخلاقيّة المتعلّقة بالطبّ والعلاج و بالعلوم البيولوجيّة كذلك و البيوأتيك لها أربعة فروع , الأخلاقيّات الاستشفائيّة و قد تمّت دراستها فى الباب الثانى و أخلاقيّات البحث و هى التى تدرس وسائل حماية البشر فى نطاق الأبحاث و قد تمّ درسها بالباب الخامس والأخلاقيّات المهنيّة وهى التى تعتنى بواجبات ومسؤوليّات الاختصاصات المطلوبة من الأطبّاء و غيرهم ممن يعتنى بالصحّة و اخلاقيّات الاعلامات العموميّة و هى تدرس شرح النصوص و الأحكام والترتيبات الخاصّة بميدان البيوأتيك.
توصيّات مسبّقة هى توصيّات كتابيّة تشير الى طريقة العلاج التى يرغبها المريض أو التى يرفضها. و اذا كان المعنى بالأمر غير واع و غير قادر على اتخاذ قرار يكون ها التصريح عبارة عن اختيار مسبق. و يجوز أيض تعيين شخص ينوب المريض و يعتبر المفوض. على انّ بعض البلدان لها تشاريع
فى خصوص التوصيّات المسبقة.

Avortement provoqué
اجهاض مفتعل

Conséquentialisme
المنطقيّة

La déontologie
آداب المهنة

Dilatation et curretage
توسيع و جرف الرحم

Epidémiologie
علم الأوبئة

Euthanasie
تيسير الموت

Examen pulvien
فحوص حوضيّة

Fausse couche
اجهاض مفتعل

La génétique
علم الوراثة

Hémorragie vaginale
سيلان بالرحم

Maladie infectieuse
مرض خمّجى

Méthode invasie
طريقة علاج معمّقة

Palais fendu
شقّ الحنك

Physiologie humaine
وظائف الأجسام

Placebo
دواء الغفّل

Privilége thérapeutique
امتياز الطبيب فى طريقة العلاج

Procréation médicalement assistée

الانجاب بمساعدة طبيّة
Typologie des maladies
نموذجيّة الأمراض

االملحق= ب= و ثائق تتعلّق بالأخلاقيّات الطبيّة عبر الأنترنات

عموميّات

كتيّب الجمعيّة الطبيّة العالميّة و به كلّ نصوص اعلانات الجمعيّة برمّتها.
www. wma.net/f/policy/handbook.htm
مقرّ الوحدة الأخلاقيّة لجمعيّة الطبّ العالميّة بالأنترنات وهو
www.wma.net/f/index.htm
و به الأقسام الآتيّة وهى تتماشى والتطوّرات الجديدة كلّ شهر.
قضيّة الشهر
la question du mois
نشاط الجمعيّة فى ميدان الأخلاقيّات
les activités éthiques de l'AMM
بيانات الجمعيّة فى الأخلاقيّات بما فيها النصوص التى بطور الاعداد أو المراجعة
Les textes éthiques de l'AMM, y compris les textes en cours d'élaboration et de revision/
اعلان هلسنكى، تاريخه و وضعه الحالى
La déclaration d'Helsinki, son histoire et son statut actuel
التوثيق للأخلاقيّات بالجمعيّة
La documentation éthique de l'A.M.M.
المنظّمات الأخلاقيّة الطبيّة بما فى ذلك قوانين الأخلاقيّات
Les organisations d'éthique y compris leurs codes d'éthique
الاعلان عن المحاضرات
Les annonces de conférence
تدريس الأخلاقيّات
L'enseignement de l'éthique médicale
الأخلاقيّات الطبيّة و حقوق الانسان
L'éthique médicale et les droits humains
الأخلاقيّات الطبيّة والامتهان الطبّى
L'éthique et le professionnalisme médical
الميثاق الأخلاقى لكليّات الطبيّة
Charte de l'éthique des facultés de médecine(CIDMEF)
www.usherbrook.ca/medecine/charte pédagogie médicale.pdf
المجلس الاستيشارى الوطنى للأخلاقيّات فى علوم الحياة الصحيّة
Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la sant& (CCNE) France. www.ccne-ethique.nsf
المعهد الوطنى للصحّة و البحث بفرنسا
Intitut National de la santéet de recherche médicale(INSERM) France
http://infodoc.inserm/fr/éthique /ethique.nsf

مواضيع تهمّ بدء الحياة
الاستنساخ البشرى
Le clonage humain –www.who.int/ethics/topics/cloning/en
الحمل بمساعدة
La procréation assistée :www.who.int/.reproductive-healt/infertitlity/report content.htm.

مواضيع تهمّ نهاية الحياة
وثائق
Documentation www.nih.gov/sigs/bioethics/endoflife/html
تكوبين أطبّاء على العلاج فى آخر مرحلة من الحياة

La formation des médecins aux soins en fin de vie
.www.ama-assn.org/ama/pub/category/29.10.html

العلاج المسكّن

Les soins palliatifs-wwwhospicecare.com/ethics.htm

نقاش حول تيسيير الموت

Le débat sur l'euthanasie www.euthanasia.com/

HIV/SIDAمرض السيدا
و ثائق

Documentation –www .wits.ac.za.

الأمم المتّحدة و قضيّة السيدا

ONU.SIDA-www.unaids.org/en/in+focus/hiv/aidshuman rigths/unaids+activities+hr.asp

العلاقة بالمؤسّسات التجاريّة
وثائق بيداغوجيّة

Documentation pédagogique. www.ama-assn.org/ama/pub/category/5689.html

وثائق

Documentation www.nofreelunch.org/

البحوث باستعمال آدميّين
توجيهات و وثائق

www.who.int/ethics/research/en-www.ftsr.ulaval.ca/ethiques/

مدرسة الصحّة العموميّة بهلرفارد، قضايا خلوقيّة تتعلّق بالبحث الطبّى عالميّا

L'ecole de santé publique de Harvard : questions éthiques relatives à la recherhe médicale internationale-www.hsph.harvard.edu/bioethics/

الملحق=ح=

جمعيّة الطبّ العالميّة

لائحة جمعيّة الطبّ العا لميّة فى خصوص ادراج الأخلاقيّات الطبيّة و حقوق الانسان ضمن برامج معاهد الطبّ بالعالم كلّه.

تمّت الموافقة عليها بالجلسة الطبيّة العالميّة عدد 51 بتل أبيب فى أكتوبر 1999 اعتمادا على الحيثيّات الآتيّة=

1. نظرا الى أنّ الأخلاقيّات و حقوق الانسان هما جزء ضمنى للعمل و الثقافة لمهنة الطبّ.
2. نظرا الى أنّ الأخلاقيّات و خقوق الانسان جزء ضمنى للتاريخ ومن أسس و مرامى جمعيّة العالميّة.

قرّرت جمعيّة الطبّ العالميّة دعوة معاهد الطبّ بالعالم ملحّة على ادراج الأخلاقيّات الطبيّة و حقوق الانسان فى برامجها التعليميّة الاجباريّة.

الجامعة العالميّة لتعليم الطبّ
المعايير العالميّة لتحسين مستوى التعليم الأساسى لمادّة الطبّ
(www.sund.ku.dk/wfme/)

من المفروض أن كلّ معاهد الطبّ تحترم هذه المعايير، الواردة بالمراجع الأخلاقيّة الآتيّة

1.4 الغاية البيداغوجيّة

يتعيّن على مدرسة الطبّ تحديد أهدافها بما فى ذلك المعرفة واستيعاب الأخلاقيّات الطبيّة, مما يجعل شهاداتها تبرز طاقة مواصلة التكوين و مقدرة عناصرها على القيام بدورهم المستقبلى بصفتهم أطبّاء

4,4 برنامج التعليم للأخلاقيّات الطبيّة

على مدرسة الطب ضبط الأخلاقيّات الطبيّة و ادراجهافى برنامج تعليمها مما يساعد على امتلاك المؤهّلات اللازمة لتبادل الاتصال و اتخاذ القرارات الاستشفائيّة و احترام الأخلاقيّات,

4,5 برنامج التعليم= التكوين فى العلوم الاستشفائيّة

المؤهّلات الاستشفائيّة تشمل استجواب و فحص المريض، والقيام بالأبحاث الاستشفائيّة والتصرّف فى حالة درجة الاستعجال و تبادل المعلومات, والمشاركة فى معالجة المريض تفرض تملّك خبرة كافيّة

و طاقة فى العمل ضمن فريق و مهنيّين آخرين للصحّة,

4,6 البحوث
التفاعل الموجود بين البحث والتعليم **يجب** أن يؤخذ بعين الاعتبار فى برامج التعليم **و يجب** أن يكون له دوره فى محتوى التعليم, **و يجب أيضا** ان يساعد هذا التفاعل على مجهودات البحث والتطوير,

الملحق= د = دعم تدريس الأخلاقيّات الطبيّة بمعاهد الطبّ,

هناك معاهد طبيّة لا تدرّس الا القليل من الأخلاقيّات الطبيّة بينما هناك معاهد أخرى أعدّت برامج مدعّمة فى هذه المادّة ، مع العلم انّ هذه البرامج نفسها قابلة للتحسين, و هذه طريقة تفيد كلّ من يرغب فى دعم تعليم الأخلاقيّات بمعهده و يمكن استغلال هذه الطريقة من طرف طلبة الطبّ و عناصر من الكليّة,

1, التعرّف على هياكل المؤسّسة

العميد
لجنة البرامج
مجلس الكليّة
الأعضاء ذوالنفوذ فى الكليّة

2,البحث عن دعم الآخرين

طلبة
كليّة
متصرّفون أساسيّون
جمعيّة قوميّة للطبّ
مؤسّسة قوميّة للتراتيب الصحيّة

3, تقديم حجج ثابتة

قرار الجمعيّة فى ادراج الأخلاقيّات و حقوق الانسان فى برامج معاهد الطبّ فى العالم.
المعايير العالميّة لجامعا ت تعليم الطبّ فى خصوص تحسين مستوى التعليم الأساسى للطبّ
ميثاق الأخلاقيّات فى كلّيات الطبّ
أمثلة معاهد أخرى للطبّ
لوازم أخلاقيّات البحوث
اعتراضات مسبّقة = مثل ثقل البرامج=

4, المشاركة

تقديم اقتراحات فى خصوص هيكلة و موارد الطلبة من جهة والكليّة من جهة أخرى
الرجوع الى الوثائق الخاصّة بتعليم الأخلاقيّات الطبيّة عبر موقع الأنترنات
www.wma.net/f/ethicsunit/education.htm
ربط علاقات بالبرامج الأخرى للأخلاقيّات بالجمعيّة الخ,,,

5, المحافظة على الاستمراريّة

النصح بتنصيب لجنة قارّة للأخلاقيّات الطبيّة
انتداب طلبة اصغر سنا
انتداب عدد اضافى من المدرّسين,
انتداب مدرّسين جدد او متصرّفين

الملحق = ه = دراسة لحالات أخرى

نصائح تخصّ استعمال وقاية حمل لقاصرة

عمر- سا رّة – خمس عشرة سنة ، وهى تقطن ببلدة تكاثرت فيها الاعتداءات الجنسيّة , فتأتى سارة لمصحّتك راغبة فى وصف واقيّات للحمل يمكنها شربها حتّى لا يصيبها حمل اذاما كانت ضحيّة اعتداء جنسى اذ مثل هذه الاعتداء ان وقع عليها سينهى دراستها و يجعلها تبحث عن زوج
قد يصعب العثور عليه و تذكر سارّة انّها ترغب اخفاء تعاطيها الوقايات عن أبويها حتّى لا يشكّا
انّها تنوى ربط علاقة جنسيّة مع صديق... انّك تشكّ فى تعلاّت سارّة من ناحية و لكن تستحسن قرارها فى الوقاية من الحمل ، فتشير عليها بالعودة للمصحّة صحبة أبويها للنقاش فى الموضوع.
و بعد ثلاثة أيام تتقدّم سارّة وحدها و تذكر انّها حاولت مبادرة والديها فى الأمر و لكنّهما رفضا .
فماذا سيكون موقفك أمام هذا الوضع ؟

مولود قبل الأجل

ولد – ماكس- بعد 23 أسبوعا من الحمل به. وهو الآن تحت رعاية الأكسيجين لأنّ حالة نموّه لم تكتمل بعد، اضافة الى انّه مصاب ب....فى الدّماغ لأنّ شرايينه لم تكتمل بعد والمتوقع انّه ان بقى حيّا الأسابيع الخمس القادمة سيكون معوقا ذهنيا و بدنيّا. و حالة ماكس تعفّنت بحدوث التهاب فى الأمعاء و يمكن التخلّص من الجزء المتعفّن بعمليّة جراحيّة تنقض حياته و تحميه خلال المدّة القصيرة الباقية له عيشها . الأبوان يرفضان الموافقة على هذه العمليّة ليقيّا ابنهما من مشاقّ العمليّة و يريان أنّ حالته سوف لن تتحسّن ، و أنت تشاطر رأى الطبيب المباشر الّذى يرى اجراء العمليّة
و لكنّك تتساءل كيف تكون مجابهة الوالدين الرافضين العمليّة.

VIHالعدوى بالجرثومة

السيّد =س= متزوّج و له ولدان بالمدرسة وهو يعالج بمصحّتك بسبب نوع خاصّ من التهاب رئوى كثيرا ما يقارنونه بالسيدا , نتائج تحاليل المخبر للدمّ أثبتت انّه ايجابى والسيّد=س= يرى أنّه هو وحده من عليه اعلام زوجته بما أصابه أولا ، فى الوقت الّذى يراه مناسبا . و تذكر له انّ اعلام زوجته سينقذ حياتها اذ يمكن حمايتها من العدوى بالأضافة الى انّه يتحتّم والحالة تلك أن يجرى عليها اختبار للدمّ و ان تبيّن انّها ايجابيّة يمكنها تناول أدويّة للحدّ من انتشار المرض و انقاذ حياتها,
و بعد مضىّ ستة أسابيع يعود السيّد=س= الى المصحّة للقيام بمتابعة فحصه و يجيب عن أسئلتك قائلا انّه لم يعلم زوجته بعد و انّه لا يرغب ايضا ان تعلم الزوجة اذ له ميلا جنسيّا الى الذكور فتقطع علاقته بها و من هنا ستنهار العائلة. و لكنّه يؤكّد انّ علاقته الجنسيّة مع زوجته كانت بدون أى مخاطرة , و هنا تشاطر الطبيب المباشر فى التسلؤل ان كان يجدر اعلام زوجة السيد=س= بما أصابه رغم معارضته حتّى تحمى نفسها و تبدأ عند الأقتضاء فى المعالجة.

معالجة سجين

فى نطاق التزماتك المهنيّة يتعيّن عليك كلّ اسبوع الذهاب يوما لزيارة السجن القريب منك. و بالأمس باشرت سجينا بوجهه و جسمه جروح عديدة. و باستجوابه عن أسباب جروحه يذكر انّ أعوانا من موظّفى السسجون أعنفوه لرلفضه الأجابة عن أسئلتهم.و لئن كانت هذه أول حالة تعترضك فلقد بلغك مشاهدة مثلها من طرف زملاء . و تعتقد أنّه من الضرورى القيام بأمر ما و لكنّ السجين لا يسمح لك بلأعلام عن ألأمر خوفا من ردّة فعل السلط السجنيّة.
اضافة الى انّك لست على يقين من انّ السجين قال الحقيقة. الحارس الذى رافقك ذكر انّ السجين تخاصم بالأمس مع سجين آخر ، فعلاقتك طيّبة مع الموظّفيين بالسجن و تخشى ان تتسبّب للسجبن فى ضرر اذ يكون قد قام باتهامات فى سوء المعاملة لمساجين دون اقامة حجّة على ذلك.
فما سيكون موقفك حينئذ ؟

قرار يتعلّق بنهاية الحياة

امرأة عجوز فى الثمانين نقلت من مصحّة الى المستشفى الّذى تعمل فيه لمعالجتها من التهاب رئوى،المرأة عليلة و يبدو عليها اشارات خفيّة فى عدم سلامتها العقليّة فتتمكّن من معالجة الاتهاب و قبل خروجها من المستشفى للالتحاق بالمصحّة يصيبها نقط يتسبّب لها فى شلل من الجهة اليمنى و تصبح غير قادرة على تناول الطعام وحدها فوضع لها

أنبوب و لكن يبدو انّه أقلقها و حاولت التخلّص منه بيدها اليسرى ثارت مرّات فوضع لها عنان ، و من ناحيّة أخرى فهى غير قادرة على التعبير عن رغباتها و لم نتمكّن من العثور على أبنائها أو أقارب آخرين لمساعدتنا على اتخاذ قرار , و بعد بضعة أيام يتبيّن أن حالتها لا يمكن أن تتحسّن و انّ الحلّ الوحيد لانهاء أوجاعها هو وضعها تحت مسكّن أو سحب أنبوب التغذيّة حتّى تموت ,
ماذا تفعل فى مثل هذه الحالة ؟

جمع دراسة حالات

درس حالات الموافقة الواعيّة من منبر درس
الأخلاقيّات للونسكو
Etude de cas de consentement éclairé ; par la chaire de bioéthique de l'UNESCO
http://research .haifa.ac.il/medlaw/
درس حالات من شبكة ألأخلاقيّات ألأستشفائيّة للملكة المتّحدة
Etude de cas du reseau d'éthique clinique (Royaume Uni)
www.ethics-network.org.uk/cases/archive/htm.
قضاياأخلاقيّة تهمّ البحث الطبّى العالمى ، صادر عن مدرسة الصحّة العموميّة بهارفارد.
Questions éthiques relatives à la recherhe médicale internationale édité par l'école de santé publique de Harvard www.hsps.harvard.edu/bioethics/
كتيّب للمبادى الخلقيّة و حقوق الانسان لممتهنى الصحّة , درس حالات,
Manuel de principes éthiques et de droits humains pour les professionnels de santé (Commenwalt Medical Trust, 3 parties, Etudes de cas.) www.commat.org/

.