

اخلاقیات چیست؟

Ethics

به معنی مباحث نظری در اخلاق است و مفهوم کاربردی تری از اخلاق دارد. برای نظریه هایی پیرامون رفتار خوب و بد، درست و خطا، پاک و پلید در انسان بکار برده می شود.

Morals

به معنی اخلاق در عرصه عملی است. عاملی است برای انسان که او را بدون تفکر و تأمل به سوی اعمالی بر می انگیزد.

10/22/2023

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

3

مقدمه ای بر اخلاقیات پزشکی

دکتر مهران سیف فرشد

MD-MPH-PhD

10/22/2023

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

2

تعریف اخلاق پزشکی

دانشی میان رشته ای و با حوزه های معرفتی مختلفی همچون: پزشکی، فلسفه، الهیات و حقوق ارتباط دارد.

علمی که موضوع آن بررسی مجموعه آداب و رفتار پسندیده یا ناپسندی است که صاحبان مشاغل پزشکی باید رعایت نمایند.

علمی است که منطبق کننده روابط و رفتار صاحبان مشاغل پزشکی با کلیات اخلاق است.

10/22/2023

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

5

- اخلاق پزشکی فعالیتی تحلیلی است که طی آن افکار، عقاید، تعهدات، رفتار، احساسات، استدلال ها و بحث های متعدد در حیطه تصمیم گیریهای اخلاقی در حرفه پزشکی، دقیق و انتقادی بررسی می شود و در موارد لزوم دستورالعمل هایی صادر می گردد. تصمیمات اخلاق پزشکی، در حوزه طبابت، مباحث بدیهی و ارزشها و در مجموع باید ها و نبایدها است.

10/22/2023

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

4

نظریات مطرح در فلسفه اخلاق

Meta Ethics

۱- فرا اخلاق

۲- اخلاق هنجاری یا دستوری Normative Ethics

Applied Ethics

۳- اخلاق کاربردی

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

7

علم اخلاق (Ethics)

مطالعه آکادمیک رفتارها و هنجارهای
اخلاقی

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

6

Bioethics اخلاق زیستی

زیر مجموعه ای از اخلاق حرفه ای است که مرتبط
با علم طب است و به بحث پیرامون موضوعات
زیست شناسی و علوم بهداشتی می پردازد و
منظور آن سوق دادن تفکر بشری به سوی ارزش
های اخلاقی در حیطه پیشرفت های عرصه های
علمی است

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

9

Applied Ethics اخلاق کاربردی

بهره گیری از علم اخلاق در حوزه کاربردی بوده
و موضوعات مورد بحث و مورد اختلاف را
مورد بررسی قرار می دهد.

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

8

نظریه‌های اخلاقی

۱- اصالت وظیفه (وظیفه گرا)

Deontological Theories

۲- اصالت نتیجه (نتیجه گرا)

Consequentialist Theories

۳- اخلاق مبتنی بر فضیلت

Virtue Theory

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

11

Medical Ethics اخلاق پزشکی

شاخه ای از اخلاق کاربردی است که به تشخیص، تجزیه و تحلیل و حل مسائل اخلاقی که در ارائه خدمات پزشکی پیش می آیند می پردازد.

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

10

اخلاقیات و غنیه کرا

امانوئل کانت: به گونه ای عمل کن که دستورالعمل تو بتواند تا سرحد قانون کلی اعتبار یابد.

به نحوی با دیگران رفتار کن که دوست داری دیگران همانگونه با تو رفتار کنند.

راس: وظایف، قسمتی از طبیعت اصلی عامل وجود ما هستند. وظایف بدیهی چون وفاداری و عدالت، الزامات اخلاقی ما را تشکیل می دهند.

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

13

فضیلت کرای

الف) کمال بشر همان اخلاق فاضله است: **سقراط و افلاطون**

ب) ملاک خیر سعادت است و سعادت خواست فطری همه انسانهاست: **ارسطو**

ج) در عمل نیازمند فضائلی چون همدردی، بصیرت، وفاداری، صداقت، وجدان هستیم: **مک اینتایر، تیلور**

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

12

اخلاقیات نتیجه گرا

Ethical Egoism الف) اخلاق خودگرا

Ethical Altruism ب) اخلاق دیگرگرا

Utilitarianism ج) اخلاق فایده گرا

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

15

تئوری های مبتنی بر حق

الف) انسان به طور ذاتی دارای حقوقی است نظیر حق حیات و حق آزادی.

ب) این حقوق قابل واگذاری به غیر نیستند.

ج) به نژاد، سن و جنس و یا عواملی از این قبیل وابسته نیستند.

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

14

اخلاق فایده گرا (سودمندی)

Hedonistic utilitarianism الف) اصالت لذت:
بنام

Eudemonistic utilitarianism ب) اصالت سعادت:
جان استوارت میل

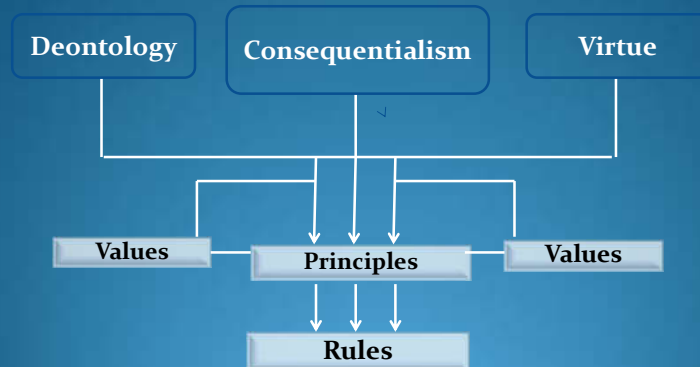
Ideal agathistic utilitarianism ج) اصالت خیر:
مور

Utilitarianism preference د) سودمندی ترجیحی:
هیر

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

16



10/22/202
3

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

17

نظریه های جدید

الف) نسبی گرایی: **Relativisme** : خوب و بد نسبی است

ب) پست مدرنیسم: **Post-modernism** : آیا این امر برای من صحیح است

ج) اگزیستانسیالیسم: **Existentialisme** : انتخاب من سبب درستی عمل می شود

نظریه مبتنی بر اصول چهارگانه (Principle-based Ethics)

الف) اختیار و استقلال فرد Autonomy

ب) سودرسانی Beneficence

ج) عدم زیان رسانی Nonmaleficence

د) عدالت Justice

توزیع منصفانه سرمایه، عدالت در رعایت حقوق مردم، عدالت در اجرای قوانین قابل قبول اخلاق

مهمترین مباحث در اخلاق پزشکی

- فلسفه اخلاق پزشکی
- ارتباط های حرفه ای در طب و اخلاق حرفه ای (ارتباط پزشک و بیمار و ارتباط پزشک و همکار)
- جسم انسان در اخلاق پزشکی (توجه به جسم انسان مهم است . چه در زمان حیات ، چه پس از مرگ و تشریح پاتولوژی و آموزشی بر مبنای وصیت و یا رضایت فرد)
- مباحث اخلاق پزشکی آغاز حیات و مسایل اخلاق پزشکی قبل از تولد، جنین ، ختم حاملگی و سقط جنین
- مباحث اخلاق پزشکی در کودکان
- مباحث اخلاقی پایان حیات انسانی
- قانون، طب و اخلاق پزشکی
- اخلاق در بیماران روانی
- سالمندی ، دمانس و اخلاق پزشکی
- اخلاق و آموزش
- اخلاق و پژوهش

مکتب اخلاقی اسلام

الف) غایت گرا و مبتنی بر اصالت نتیجه است.

ب) در امور دنیوی، ارزش گرا و مبتنی بر اصالت وظیفه است.

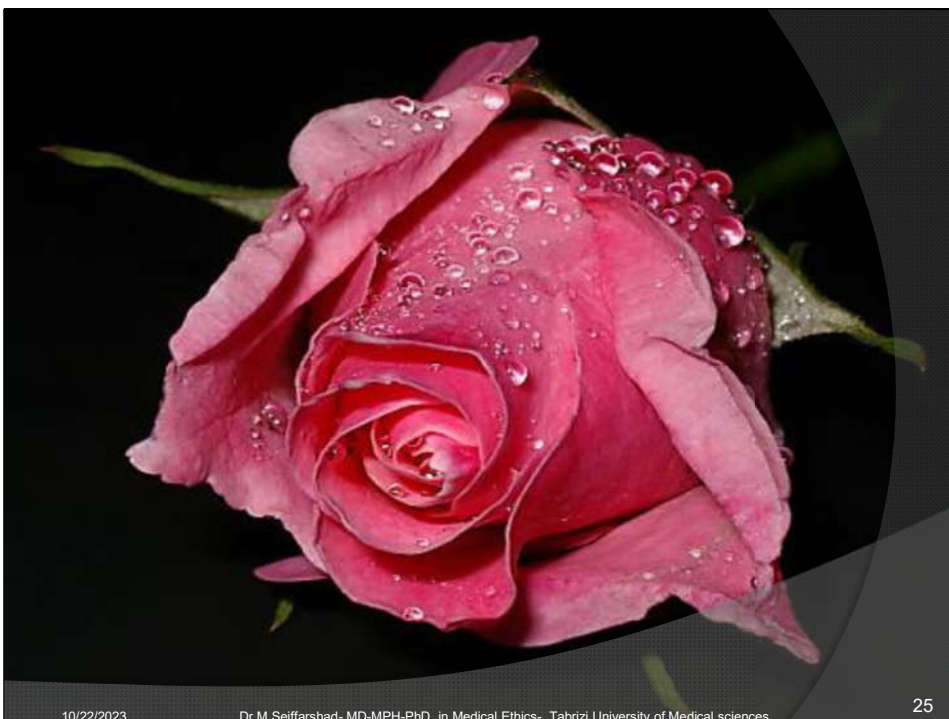
ج) می تواند غایت گرای خودگرا نیز باشد.

مباحث اخلاق پزشکی

۱. کلیات و تاریخچه
۲. مبانی و تئوری های اخلاقی
۳. رضایت آگاهانه
۴. تعهد حرفه ای، رازداری و حقیقت گوئی
۵. مسئولیت پزشکی و خطاهای پزشکی
۶. مراقبت های آغاز و پایان حیات
۷. اخلاق در پژوهش های پزشکی
۸. اخلاق در فن آوری های نوین، ژنتیک و ... و جمع بندی

مباحث جدید در اخلاق پزشکی

- اخلاق پزشکی در پیوند اعضا و بافتها
- بیوتکنولوژی و اخلاق پزشکی
- تحقیق روی رویان، اهدای گامت، فن آوری های جدید کمک باروری
- پژوهش های ژنتیک (کلونینگ، اصلاح نژاد بشر، غربالگری ژنتیک، تهیه نقشه ژنوم انسانی، ژن درمانی)
- محصولات تراریخته
- جنبه های عدالت و تئوری های جدید
- اخلاق و سلامت



نتیجه

در عصر حاضر، اندیشه ها و تدابیر دوران گذشته، جوابگوی تمام نیازها در ارتباط با تعهد حرفه ای و اخلاق پزشکی نخواهد بود. اخلاق پزشکی و تعهد حرفه ای صرفاً "با گفتار بدون آموزش و اعمال پزشکی و الگو برداری صرف، مشکل گشای همه مسائل نخواهد بود. در حال حاضر ما برای کنترل اخلاقی، نیاز به طرح اصول و چارچوبهای راهنمایی کننده داریم. باید در برنامه های آموزشی بیمارستانی و علوم پایه به این مسائل توجه عمیق نمائیم. بدون توجه به اعتقادات مذهبی و اعتقاد به قداست پزشکی، هرگونه طرحی؛ میتواند مشکل آفرین باشد.

Autonomy

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

27

اصول اخلاقیات زیست پزشکی Principles Based Medical Ethics

دکتر مران سیف فرشد

MD-MPH-PhD

گروه اخلاق پزشکی و حرفه ای دانشگاه علوم پزشکی تبریز

10/22/2023

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

26

Theories of Autonomy

۱- تمرکز بر تواناییها، مهارتها، و ویژگیهای فرد اتونوم

(autonomous person)

۲- تمرکز بر انتخاب اتونوم (autonomous choice)

تمرکز بر نظریه دوم است. افراد گاهی با ویژگیهای فرد اتونوم مانند فهم، عقل، اراده، و قدرت مدیریت بر خود، نمی توانند انتخاب آزاد داشته باشند. بیماری بطور عموم، افسردگی، غفلت و اجبار که ممکن است به طور موقت ایجاد شوند، مانع از انتخاب آزاد می شوند.

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

29

اتونومی دو شرط ضروری دارد:

۱- آزادی (liberty): تحت تاثیر کنترل عوامل دیگر نباشد.

۲- عاملیت (agency): ظرفیت عمل ارادی در او وجود داشته باشد.

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

28

The principle of respect for autonomy

احترام گذاشتن به افراد اتونوم یعنی قبول:

- ۱- اعتقادات آنها
- ۲- انتخاب های آنها
- ۳- اعمال آنها

احترام به افراد اتونوم فراتر از عدم دخالت در کار آنهاست. کمک به ظرفیتها و کاهش موانع تصمیم گیری و عمل، از لوازم احترام به افراد اتونوم است.

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

31

اگر افراد با سه ویژگی زیر عمل نمایند، اتونوم شناخته می شوند:

- ۱- عمل با قصد و اراده باشد.
- ۲- عمل با درک و فهم باشد.
- ۳- عمل بدون کنترل و دخالت دیگران باشد.

مورد اول مطلق است ولی موارد دوم و سوم کاملاً نسبی اند. نمونه بارز آن کودکان و افراد مسن اند.

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

30

Some important issues in autonomy

- Truth telling
- Privacy and confidentiality
- Capacity and Competence
- Consent
- Protecting Incompetent Patients
- surrogate decision making
- Advance Directives

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

33

استثناهای احترام به اتونومی

گاهی احترام به اتونومی که اصلی بدیهی پنداشته می شود در رقابت با سایر ملاحظات کنار گذاشته میشود. برای مثال:

- ۱- اتونومی فرد، سبب آسیب به سلامت عمومی و آسیب به افراد بی گناه گردد.
- ۲- اتونومی فرد، مستلزم توزیع غیر عادلانه منابع گردد.
- ۳- دروغ گفتن به بیمار سرطانی، که سبب نقص اطلاعات وی و عدم تصمیم گیری صحیح و نهایتاً مخل اتونومی وی خواهد بود ولی گاهی اوقات بر اساس اصل سودرسانی لازم است.
- ۴- عدم ارائه اطلاعات به کودکان، معتادان و امثال آن که ظرفیت تصمیم گیری را ندارند.

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

32

The Capacity for Autonomous Choice

- ✓ بسیاری از بیماران صلاحیت ارائه رضایت معتبر را ندارند.
- ✓ صلاحیت به این معناست که آیا فرد از لحاظ روحی و روانی قادر به تصمیم گیری مناسب است؟
- ✓ بدون شک صلاحیت، ارتباط نزدیکی با انتخاب اتونوم و رضایت معتبر دارد.
- ✓ در این مورد متخصصین امور درمانی، از ظرفیت و عدم ظرفیت بیمار صحبت می کنند در حالیکه در دادگاهها بحث صلاحیت و یا عدم صلاحیت بیماران مطرح است.

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

35

Consents and refusal over time

- اعتقادات و انتخاب ها همواره در حال تغییرند. زمانی که انتخاب فعلی فرد با انتخاب قبلی وی در تعارض باشد، مشکلات اخلاقی بروز می نماید.
- این مشکلات به ویژه زمانی که فرد به طور صریح و آشکار انتخاب بعدی خود را بی اعتبار بخواند، مسئله ساز خواهد بود.
- معرفی مورد:
- مردی ۲۸ ساله مبتلا به دیابت ، به علت کوری و نور پاتی پیشرفته از پزشکان می خواهد که دیگر او را دیالیز نکنند. پزشکان و خویشاوندان تصمیم می گیرند درمان را فقط به تسکین درد وی معطوف سازند. بیمار با تشدید درد و تغییرات حالات روانی خود (به خاطر افزایش اوره) درخواست دیالیز می کند. پزشکان بر اساس انتخاب قبلی بیمار از دیالیز سر باز میزنند و پس از چهار ساعت بیمار فوت می کند.

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

34

مصونیت درمانی

The Therapeutic Privilege

- * استثنائات حقوقی به قاعده اخذ رضایت آگاهانه، به متخصصین درمانی اجازه می دهد در موارد اورژانس، عدم صلاحیت بیماری که از دریافت اطلاعات صرف نظر می کند، روند درمان را بدون کسب رضایت آغاز نمایند.

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

37

افراد واجد صلاحیت

- * در حوزه علوم پزشکی، پزشکان بطور معمول فرد را واجد صلاحیت می دانند اگر:
- ۱- شخص مورد نظر بتواند روند درمان یا تحقیقات را بفهمد.
(understand a therapeutic or research procedure)
- ۲- در خصوص خطرات و منافع مهم و اصلی آن تبادل نظر کند.
(deliberate regarding its major risks or benefits)
- ۳- و نهایتاً بر اساس این تبادل نظر ها تصمیم گیری نماید.
(make a decision in light of this deliberation)
- * اگر فردی فاقد هر یک از ظرفیتهای فوق بود آنگاه صلاحیت وی در خصوص تصمیم گیری، رضایت و یا عدم رضایت، محل تردید خواهد بود.

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

36

عدم ضرررسانی

- اصل عدم ضرررسانی وظیفه (الزام) عدم تحمیل آسیب بر دیگران را بیان می‌کند.
- در اخلاق پزشکی با قاعده کلی *primum non nocere* (اصل عدم اذیت کردن) کاملاً مرتبط است: "مهمتر از همه (یا اول از همه) آسیب نرسان.
- **Primum non nocere** is a Latin phrase that means "First, do no harm". The phrase is sometimes recorded as **primum nil nocere**.

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

39

عدم اضرار

Nonmaleficence

10/22/2023

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

38

سهل انگاری و استاندارد مراقبت

- قصور حرفه ای یک نمونه از سهل انگاری است که مستلزم عدم رعایت استانداردهای حرفه ای مراقبت است. با ورود به حرفه پزشکی، پزشکان مسئولیت رعایت استانداردهای خاص حرفه خود را می‌پذیرند. اگر رفتار آنها به پایین تر از این استانداردها تنزل یابد، آنها سهل انگاری کرده اند. به عبارتی، حتی اگر نتیجه رابطه درمانی مضر و غیرسودمند باشد، قصور زمانی رخ می‌دهد اگر و تنها اگر پزشکان استانداردهای حرفه ای مراقبت را رعایت نکرده باشند.

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

41

قواعد عدم ضرررسانی

- اصل عدم ضرررسانی چند قاعده مشخص اخلاقی را مورد حمایت قرار می‌دهد:
- ۱. نکشید. (قتل نکنید) (Do not kill)
- ۲. سبب درد یا رنج نشوید. (Do not cause pain or suffering)
- ۳. ناتوان نسازید. (Do not incapacitate)
- ۴. مسبب اهانت (تحقیر) نشوید. (Do not cause offense)
- ۵. دیگران را از مصالح (لذایذ) زندگی محروم نکنید. (Do not deprive others of the goods of life)

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

40

Other issues in nonmaleficence

- **OPTIONAL TREATMENTS AND OBLIGATORY TREATMENTS**
- **Futile or pointless treatment**
- **Burdens of treatment outweigh benefits**
- **The Centrality of Quality-of Life Judgments**
- **Slippery-Slope Problems**
- **Problems of Group Harm**
- **The Banking Samples**

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

43

issues in nonmaleficence

۱. امتناع کردن (withholding) و صرفنظر کردن (withdrawing) از درمان نگهدارنده حیات (life-sustaining)
۲. درمان فوق العاده (یا قهرمانانه) و درمان معمولی
۳. درمان های کمک گیرنده از فن آوری و درمان های پزشکی
۴. اثرات در نظر گرفته شده (intended) و اثرات صرفاً پیش بینی شده (foreseen) (اثر دوگانه)
۵. کشتن و اجازه دادن به مرگ

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

42

مقدمه:

- اخلاقیات نه تنها شامل درمان بیمار براساس خودمختاری و پرهیز از زیان رسانی می شود، بلکه تلاش برای راحتی او را نیز در برمی گیرد.
- نیاز بالقوه به اصل سودمندی بیش از اصل عدم زیان رسانی است.
- اصل سودمندی شامل سودمندی مثبت positive beneficence و فایده Utility (برقراری تعادل بین سود، خطروهزینه برای نیل به بهترین نتیجه کلی) است.

سودرسانی

10/22/2023

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

45

10/22/202
3

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

44

وختیه سودمندی و کمال سودمندی:

- اصل سودمندی مثبت طیفی از قواعد اخلاقی مربوط به تکلیف را به شرح زیر در برمی گیرد:
- (۱) حمایت و دفاع از حقوق دیگران
- (۲) پیشگیری از وقوع آسیب به دیگران
- (۳) حذف شرایطی که موجب بروز آسیب به دیگران خواهد شد
- (۴) کمک به افراد ناتوان
- (۵) نجات بیماران در معرض خطر

چگونگی تشخیص قواعد سودمندی از عدم زیانباری:

- قواعد عدم زیانباری:
- (۱) وجود منع در انجام فعل
- (۲) ضرورت انجام بی طرفانه
- (۳) فراهم آوردن دلیل برای ممنوعیت مشروع گونه ای از رفتارها
- قواعد سودمندی:
- (۱) الزام مثبت به انجام فعل
- (۲) همیشه ضرورت ندادن بی طرفانه باشد
- (۳) وقتی کسی از آن سربازمی زندعمومادلیلی برای مجازات مشروع فراهم نمی کند

درمان بیهوده (Medical Futility)

- پدرسالاری انفعالی یکی از ارکان مبحث درمان بیهوده است.
- مورد

Helga Wanglie زن ۸۵ ساله که به دلیل وضعیت نباتی پایدار به دستگاه ونتیلاتور وصل است. بیمارستان به خاطر سودمند نبودن درمان، تسکین ندادن رنج بیمار و ناتوانی روش برای بهره مندی او از مواهب زندگی، می خواهد دستگاه را قطع کند. تصمیم گیرندگان جایگزین بیمار که شامل همسر، پسر و دختر او هستند معتقدند که تنها یک معجزه می تواند او را از مرگ برهاند، ولی پزشکان نباید به جای خدا تصمیم بگیرند و قطع دستگاه نوعی انحطاط اخلاقی در تمدن معاصر محسوب می شود. پس دستگاه باید همچنان به کار خود ادامه دهد.

پدرسالاری: تعارض بین سودمندی و خودمختاری

پدرسالاری انفعالی (Passive Paternalism)

- درمان بیهوده (Medical Futility) یا
(Clinically nonbeneficial interventions)

درمان بیهوده (Medical Futility)

- اگر حفظ بیمار در این وضعیت بیهوده باشد، رد درخواست بیمار یا تصمیم گیرنده جایگزین او مجاز است. در این صورت استفاده از لفظ مداخلات بالینی غیر سودمند (Clinically nonbeneficial interventions) به جای درمان بیهوده بهتر است. ادعای بیهوده بودن یک مداخله به معنی آسیب رسان بودن آن برای بیمار نیست (اصل عدم زیانباری مخدوش نمی شود)، بلکه مراد عدم ایجاد سود مورد نظر بیمار است.
- موجه بودن ادعای درمان بیهوده می تواند تعهد حرفه ای در انجام یک روش درمانی را رفع کند.
- مفهوم درمان بیهوده نیز مانند پدرسالاری انفعالی اغلب فارغ از ملاحظات مالی است. هرچند نیاز به کنترل هزینه های درمانی می تواند استفاده از آن را بیافزاید.

تعادل بین سود، هزینه و خطر

- پزشکان بطور معمول قضاوت خود در باره مناسب ترین شیوه درمان بیماران را براساس تعادل بین سود و آسیب محتمل بیمار انجام می دهند. همین معیارها در باره مقبولیت اخلاقی پژوهش بر انسان صادق است، اینکه آیا سود محتمل که عاید جامعه می شود، بیش از خطری که متوجه فرد است، می باشد؟

بایست هزینه، خطر و سود

- هزینه (Costs) شامل منابع مورد نیاز برای ایجاد سود و عواقب منفی ناشی از پی گیری و محقق شدن آن است. همچنین نشانگر فداکاری هایی است که در راه رسیدن به هدفی مهم انجام می گیرد. در مواردی مانند تحلیل هزینه-فایده و یا هزینه-اثربخشی، جنبه پولی لفظ "هزینه" مد نظر قرار می گیرد.
- خطر (Risk) اشاره به امکان وقوع آسیب در آینده داشته و منظور از "آسیب" کاسته شدن از علائق (Interests) خصوصاً در زندگی، سلامت و رفاه است. عباراتی مانند: کمترین خطر (Minimal risk)، خطر معقول (Reasonable risk)، پرخطر (High risk) معمولاً اشاره به احتمال وقوع آسیب و البته گاهی اوقات شدت آسیب دارد.

ارزیابی خطر و ارزش با در بهنگام تعارض

- ارزیابی خطری دیگر از تکنیک های مهم تحلیلی است. این تکنیک مستلزم تحلیل و ارزیابی احتمال وقوع پیامد های منفی خصوصاً آسیب است. مراحل آن به صورت زیر می باشد:
- شناسایی خطر (Risk identification) منوط به تعیین مخاطرات (Hazard) است.
- برآورد خطر (Risk estimation) احتمال و بزرگی آسیب های ناشی از مخاطرات را تعیین می کند.
- ارزیابی خطر (Risk evaluation) مقبولیت خطر شناخته و برآورد شده را اغلب در رابطه با دیگر اهداف تعیین می نماید.
- ارزیابی خطر در ارتباط با سود محتمل موسوم به تحلیل خطر-فایده (Risk-benefit analysis) است.
- مدیریت خطر (Risk management) پاسخ افراد، سازمانها، سیاست ها به تحلیل و ارزیابی خطر است که شامل تصمیمات متخذه برای کاهش یا کنترل خطر می باشد. (مثلاً سیاست گزاری در بیمارستان برای کاستن از شکایات مربوط به تقصیر).

درک خطر (Risk perception)

- درک مفهوم خطر در نظر یک فرد عادی با یک متخصص متفاوت است. این اختلافها شامل: اهداف متفاوت، هزینه مربوط به خطر، ارزیابی های کیفی متفاوت که از یک خطر ارابه می شود (مانند: اختیاری بودن، قابل کنترل بودن، برجسته بودن، جدید یا هولناک بودن).
- پاسخ جامعه و متخصصین در باره تماس تصادفی به خون بیماران آلوده به HIV و هیپاتیت B بسیار آموزنده است. احتمال آلودگی به HIV در این موارد ۱٪ و مرگ در تمام این موارد در طول زمان حتمی بود. در حالی که احتمال آلودگی به هیپاتیت B در این موارد بیشتر و حدود ۲۵٪ و احتمال مرگ ناشی از آن ۵٪ بود. بر اساس یک تحقیق ترس از مرگ حتمی شخصی که به ایدز مبتلا است، باعث ترس بیشتر از این بیماری می شود.
- تفاوت در درک از خطر موجب می شود از اظهارات مربوط به کمیت خطر با احتیاط و بطور محدود استفاده شود. در بعضی موارد باید دیدگاههای جامعه را از طریق سیاست گذاری اصلاح نمود.

احتیاط: اصل یا فرآیند؟ (Precaution: principle or process)

- در شرایطی که فناوری یا اقدام جدیدی باعث ایجاد مخاطره و ترس عمومی می شود و شواهد کافی برای تعیین پیامدهای منفی وجود ندارد امکان تحلیل سود-خطر هزینه وجود ندارد و سود مندی تنها از طریق اقدامات احتیاطی (Precautionary) مقدور خواهد بود.
- پند های فراوانی در باره ی احتیاط وجود دارد که می توان آن ها را در قالب "اصل احتیاط" مطرح کرد. این اصل در قرارداد های بین المللی، حقوق و مقررات بسیاری از کشورها وجود دارد. گفته می شود ۱۹ شکل مختلف از این اصل به کار رفته است. این اصل ممکن است بر روی گروهی از خطر ها تمرکز نموده و بر حسب سیاق مابقی را نادیده بگیرد.

ارزش کیفیت زندگی

- در این بخش به مجادلات موجود راجع به ارزش گذاری بر حیات که با تحلیل هزینه-فایده رابطه دارد و همچنین ارزش سالهای کیفی عمر (QALYs) که بر تحلیل هزینه-اثر بخشی استوار است، پرداخته می شود.

عدالت

عدالت

- بر اساس اصل عدالت که یک ارزش جهانی بدون شبهه است، افراد باید در بهره‌مندی از امکانات اجتماعی که یکی از مهمترین آنها سلامت است یکسان باشند.
 - این تساوی به معنی بهره‌مندی همه افراد از همه امکانات نیست بلکه واحدهای اجتماعی همگون باید از امکانات مشابه برخوردار باشند
- (مثال: آموزش ابتدایی در مقابل اتومبیل شخصی)

موضوع تخصیص منابع و عدالت

- انتخاب (Choice or Selection) زمانی معنی پیدا می‌کند که تعداد زیادی از افراد به‌طور هم‌زمان نیازمند یک توجه و یا رسیدگی خاص باشند و سیستم ارائه خدمات قادر به ارائه آن به تمامی متقاضیان یا نیازمندان در یک زمان نباشد.
- پاسخ‌گویی به تمامی نیازهای جامعه با توجه به محدودیت منابع، نه امکان‌پذیر است و نه منطقی (محدودیت‌های مادی و طبیعی)

اهمیت تخصیص منابع

- رعایت عدالت در تخصیص منابع به نحوی که در عین کسب بهترین نتیجه بیشترین افراد نیازمند خدمات مورد نظر را دریافت نمایند کاری بسیار مشکل و تامل‌برانگیز است.

تعاریف عدالت

Fairness

✓ انصاف

Equality

✓ مساوات

Equity

✓ تساوی حقوق

مساوات (Equality)

- بیماران مشابه باید با استفاده از روش‌های یکسان و بیماران غیر مشابه با روش‌های غیر یکسان درمان شوند، ضمن این‌که همه باید از یک حداقل استاندارد خدمات برخوردار باشند.

انصاف (Fairness)

- ارائه خدمات به افراد براساس عدالت و بطور منصفانه: نظریه دنیای

عدالانه (Just world theory)

- ❖ هر فرد چیزی را دریافت می‌کند که شایستگی آنرا دارد

onset of their illness. This finding is consistent with Lerner's (1980) belief in a just world hypothesis (BJW; Lerner & Miller, 1978; also see Hafer & Begue, 2005), which proposes that individuals have a need to believe that they live in a world in which people generally get what they deserve; thus, good things tend to happen to good people, and bad things tend to happen to bad people.

تئورهای عدالت و توزیع

Libertarian

آزادی فردی

- افراد خود مسئول حفظ سلامتی خود هستند و باید هزینه‌های آنرا خود یا از طریق بیمه‌های خصوصی تأمین نمایند.

Communitarian

مرام اشتراکی اجتماعی

- تعیین نیازهای سلامت جامعه و تلاش برای تأمین آن ملاک است و تمایلات و نیازهای تک‌تک افراد مورد نظر نیست.

تساوی حقوق (Equity)

- هر بیمار باید درمان متناسب با بیماری خود را دریافت کند.

- در حقیقت ارائه دهندگان خدمات درمانی در ارائه خدمات باید قضاوت حرفه‌ای داشته و بهترین خدمات را برای بیمار فراهم آورند

در این نگرش باید در ابتدا نیاز هر بیمار به خدمات سلامت تعیین شود و سپس متناسب با این نیاز برای او اقدام گردد. به عبارت دیگر ممکن است برای یک بیماری در دو فرد متفاوت، خدمات متفاوتی لازم باشد.

تئوریهای جدید عدالت

- تئوری توانایی ها
- تئوری رفاه (Well-Being)

تئوریهای عدالت در توزیع

Egalitarian

تساوی انسانها

- ایجاد شرائط مساوی برای همه بر اساس ارزیابی بار هر بیماری صرفنظر از شیوع آن

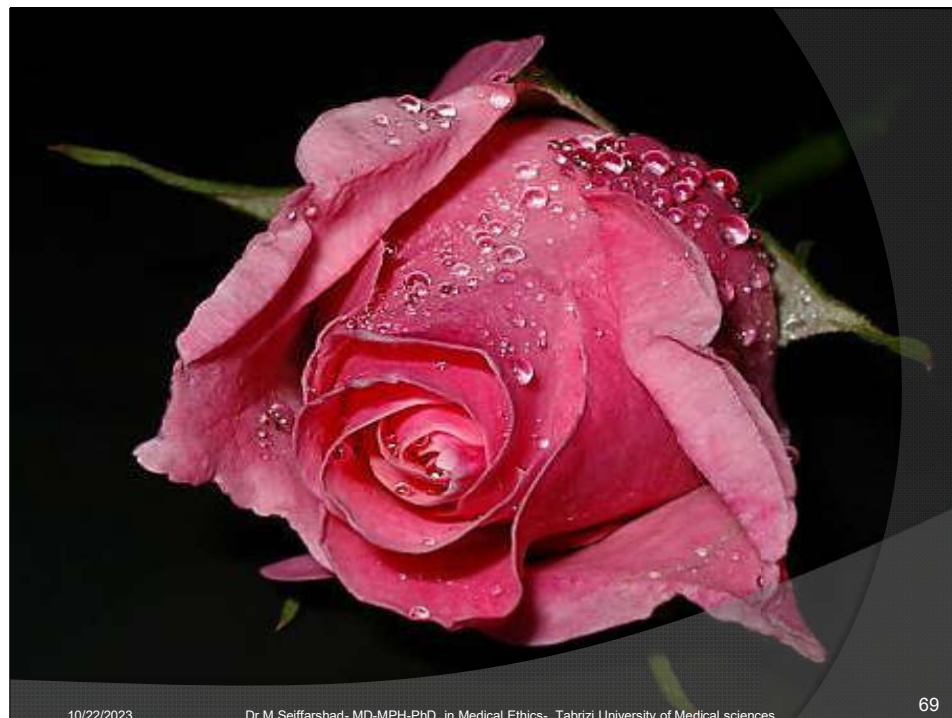
Utilitarian

سودگرایی

- مینا افزایش سلامت برای مجموعه جامعه با دیدگاه اقتصادی است و باید از هزینه ها بیشترین سود را برای بیشترین افراد برد.



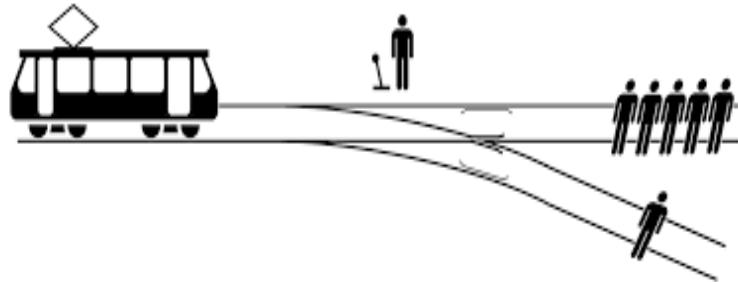
Teaching medical students about fair distribution
of healthcare resources
C Leget and R Hoedemaekers
J. Med. Ethics 2007;33:737-741
doi:10.1136/jme.2006.017095



چالش های مهم در بحث عدالت

- محدودیت منابع
- اولویت بندی و عوامل مهم در اولویت بندی
- توزیع منابع و معیارهای آن

انتخاب درست؟



10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

71

ابزار تحلیل اخلاقی

Ethical Decision Making

دکتر مریم سیف‌فرشد

MD-MPH-PhD

گروه اخلاق پزشکی و حرفه‌ای دانشگاه علوم پزشکی تبریز

70

مورد دوم:

- بیمار خانم ۵۰ ساله ای از دندانپزشک می‌خواهد که پروتز دندانش را با ایمپلنت جایگزین کند. بعد از کشیدن چند دندان با احتمال تحلیل استخوان، پیشنهاد پیوند استخوان می‌شود. بیمار به پیوند استخوان رضایت نمی‌دهد و علیرغم اشکال در چند ایمپلنت، روکش‌ها گذاشته می‌شود. اما بیمار در غذا خوردن و صحبت کردن مشکل دارد.

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

73

مورد اول:

- مورد تاراسوف

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

72

مورد سوم:

- بیماری که تشخیص پاتولوژی وی اسکواموس سل کارسینومای زبان است و بسیار مضطرب، درخواست می کند تشخیص بیماری اش را بیان کنیم. چه چالش هایی اخلاقی وجود دارد؟

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

74

مورد چهارم:

- دندان ۶ کودک دچار التهاب غیرقابل برگشت پالپ شده و طرح درمان قطعی منوط به انجام رادیوگرافی و بررسی وضعیت آپکس دندان است ولی مادر پس از مطلع شدن از هزینه درمان درخواست کشیدن دندان کودک را دارد تا کودک از درد دندان رهایی یابد.

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

75

مراحل تجزیه و تحلیل معضل اخلاقی

۱. شناخت مسأله
۲. جمع آوری اطلاعات لازم
۳. تهیه لیست انتخابها
۴. تجزیه و تحلیل انتخابها
۵. ارزیابی انتخاب
۶. اجرای تصمیم و ارزیابی آن

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

77

چگونه بهترین انتخاب را داشته باشیم؟

10/22/2023

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

76

ارزیابی انتخاب

- امکان اظهار آن به عموم یا جمعی به عنوان نماینده‌ی افکار عمومی
- آیا اگر این اقدام به عنوان قانون جهان شمول در تمام جهان جاری شود
- آیا جامعه با ثبات و قابل قبولی خواهیم داشت.
- طرح راه حل با ذینفعان و بررسی نظر آن‌ها
- نکاتی که مورد توافق ذینفعان است را جمع‌بندی کنید و در مورد موارد
- مورد اختلاف، بحث کنید تا به راه‌حل **بهتری** که مورد قبول همه باشد
- برسید. آنگاه راه حل جدید را نیز باز از نظر تطابق با ارزش‌های اخلاقی و عملکرد صحیح مورد بررسی قرار دهید.

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

79

تجزیه و تحلیل انتخابها

چه ارزش‌ها و اصول اخلاق پزشکی در این مسأله مطرح

هستند

- بررسی هر انتخاب از نظر تطابق با اصول و ارزش‌ها و عواقب و محدودیت‌های آن
- بهترین راه حل:

- بیش‌ترین توافق با ارزش‌ها و اصول اخلاقی داشته و
- کم‌ترین صدمه برای ذینفعان را در پی دارد.

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

78



Prima Facie Duties
وظائف در نظر اول

1. Gratitude سپاس‌گزاری
2. Fidelity وفاداری
3. Beneficence سودمندی
4. Non-maleficence عدم زیان باری
5. Self-Improvement بهبود خود
6. Compensation جبران
7. Justice عدالت

D. Ross, Foundations of Ethics; (1939)

10/22/2023

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical

81

بنای تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در طب

- ارزش‌های بدیهی حرفه پزشکی

◦ اصول اخلاق زیستی

- سود رسانی
- عدم اضرار
- اتونومی
- عدالت

◦ تعهدات حرفه‌ی طب

- نوع دوستی
- مسئولیت‌پذیری
- پاسخگویی
- تعالی حرفه‌ای (ارتقاء کیفیت خدمات، ارتقاء دسترسی مردم به خدمات، تولید دانش، بازآموزی و ...)
- صداقت و درستکاری
- احترام
- عدالت

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

80



Ethical pathway in practice

Ethical analysis:

1. Which ethical principles are involved?
2. Are any of these in competition?
3. Can they be resolved by changing methods or techniques?
4. Should one principle take priority?
5. What are the likely long term consequences that have an ethical dimension?

10/22/2023

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical

83



Ethical pathway in practice

Key question:

Which value system undergirds the ethics?

Preliminary questions:

1. Is the overall aim ethical?
2. Are there myths or misunderstandings?
3. Who and what are involved?

10/22/2023

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical

82

Ethical pathway in practice

Key question:

چه نظام ارزشی زیر بنای اخلاقیات هست؟

Preliminary questions:

۱. هدف کلی اخلاقی است؟
۲. آیا باور غلط یا سوء تفاهم وجود دارد؟
۳. چه کسی و چه چیزی و چگونه درگیر است؟
۴. آیا در حال حاضر راهنمای حرفه ای وجود دارد؟
۵. مبانی فقهی و قانونی وجود دارد؟

10/22/2023
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

85



Ethical pathway in practice

Further checks:

1. Is there already professional guidance?
2. Is there legal guidance?
3. Should the problem be referred to a research or clinical ethics committee?
4. Will the decision start a precedent?
5. Is the rest of the care team happy with the ethical decision?
6. Has anyone discussed it with the patient?

10/22/2023

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical

84

Ethical pathway in practice

Further checks:

۱. آیا موضوع باید به کمیته پژوهش یا اخلاق بالینی ارجاع شود؟
۲. آیا تصمیم منجر به یک سابقه خواهد شد؟
۳. آیا بقیه تیم مراقبت از تصمیم اخلاقی راضی هستند؟
۴. آیا کسی با بیمار صحبت کرده است؟

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

87

Ethical pathway in practice

Ethical analysis:

۱. کدامیک از اصول اخلاقی در این موضوع درگیر هستند؟
۲. بین کدامیک از این اصول تعارض وجود دارد؟
۳. آیا تعارض با تغییر روش ها یا تکنیک ها برطرف می شود؟
۴. آیا یک اصل می تواند اولویت داشته باشد؟
۵. پیامدهای احتمالی طولانی مدت دارای بعد اخلاقی چه هستند؟

10/22/20
23

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

86



10/22/2023

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabrizi University of Medical sciences

89

A step-wise approach to ethical decision-making

- مرحله ۱: معضل اخلاقی را شناسایی کنید - ارزش های متعارض کدامند؟
- مرحله ۲: تمام اطلاعات لازم - هنجارهای پزشکی، قانونی، اخلاقی، اجتماعی-سیاسی. ترجیحات بیمار؛ سیستم ارزش شخصی دندانپزشک را به دست آورید.
- مرحله ۳: اطلاعات به دست آمده را تجزیه و تحلیل کنید.
- مرحله ۴: راه حل ها را تدوین کنید، توصیه هایی ارائه کنید، آنها را با استدلال توجیه کنید، سپس مطابق با آن عمل کنید.
- مرحله ۵: طرح و سیاست های لازم در کلینیک دندانپزشکی را اجرایی کنید.
- مرحله ۶: در مورد نتیجه فرآیند تصمیم گیری اخلاقی بازاندیشی کنید.

88

منابع:

- ▶ **پزشک و ملاحظات اخلاق پزشکی ۲ جلدی:** دکتر باقر لاریجانی و دکتر کیارش آرامش
- ▶ **تعهد حرفه ای پزشکی:** راهنمای مبتنی بر سناریوهای بالینی: دکتر فریبا اصغری و همکاران
- ▶ **مروری بر تعهد حرفه ای:** دانشگاه علوم پزشکی تهران (قابل دانلود از سازمان نظام پزشکی)
- ▶ **Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine:** Albert Jonsen and Mark Siegler
- ▶ **Principles of Biomedical Ethics:** Tom L. Beauchamp and James F. Childress
- ▶ **Medical Ethics Today:** The BMA's Handbook of Ethics and Law

2

Autonomy

رسول اسمعلی پور
استادیار گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دانشکده پزشکی
Ph.D اخلاق پزشکی

1

تعریف اخلاق:

- ▶ **اخلاق،** خوی و ویژگی های درونی انسان است که منشأ رفتار انسان ها بوده و عمیق ترین نفوذ و اثر را در حوزه رفتار آدمی دارد.
- ▶ **اخلاق،** ساختار وجودی انسان است.
- ▶ اخلاق جمع خلق است. خلق حالی است برای جان انسان، که او را بدون فکر و تأمل به سوی کارهایی بر می انگیزد.
- ▶ **Morals:** خلق و خوی راسخ در نفس
- ▶ **Ethics:** نظریه های پیرامون رفتار خوب و بد، دانش و علم اخلاق
- ▶ **اخلاق حرفه ای (Professional moral or ethics):** شاخه ای است که بر ریشه اخلاق روئیده است.
- ▶ **اخلاق پزشکی:** از شاخه های اخلاق حرفه ای است.

4

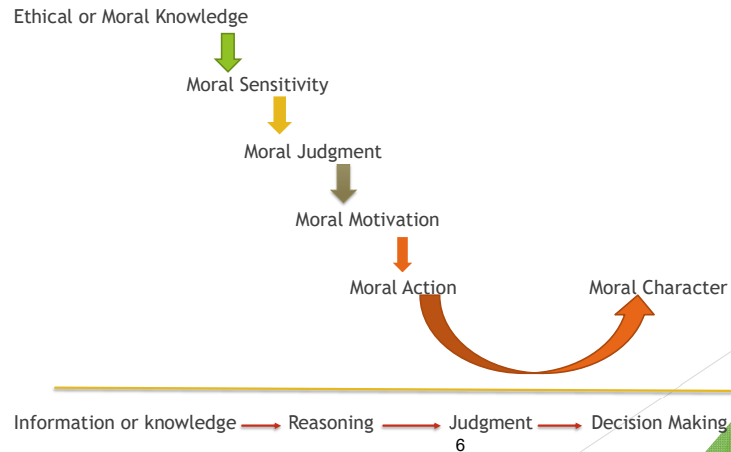


تصویری از دانشکده پزشکی تبریز

3

اخلاق:

مراحل شش گانه برای شخصیت اخلاقی:



6

اخلاق:



5

فضیلت گرا Virtue Ethics:

اندیشمندان این نظریه عبارتند از: سقراط، افلاطون و ارسطو

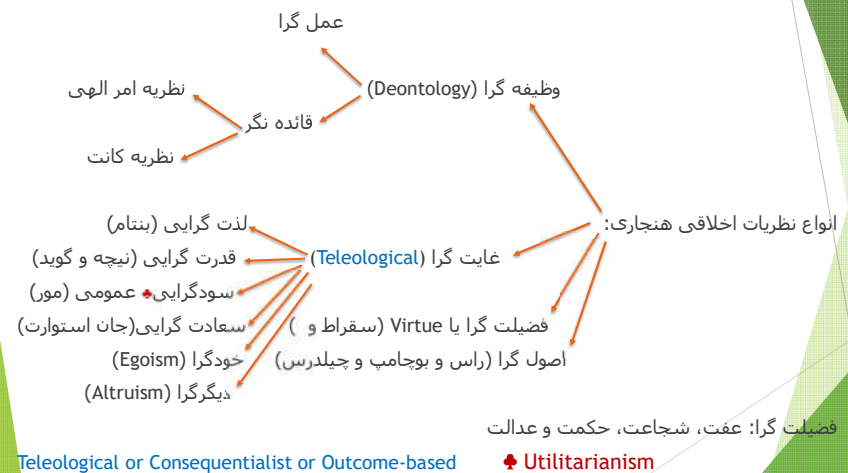
غایت اخلاق سعادت است که با توسل فضایل چهارگانه **حکمت، شجاعت، عفت و عدالت** تحقق می یابد.

ایده ورشکستگی اخلاق مدرن در سال ۱۹۵۸ توسط فیلسوف برجسته بریتانیایی به نام **Anscombe** در مقاله "فلسفه اخلاق مدرن" باعث رونق دوباره مکتب و نظریه فضیلت و تبدیل آن به یکی از عناصر عمده فلسفه اخلاق معاصر شد

ایشان ادعا کرد که فلسفه اخلاق مدرن به دلیل مبتنی بودن بر ایده ی نامنسجم یک "قانون" بی قانونگذار گمراه شده است.

8

اصول اخلاقی:



7

اصول گرا:

➤ دیوید ویلیام راس (W.D. Ross):

1. جبران ضرر یا غرامت **Reparation**
2. عدالت یا انصاف **Justice**
3. وفاداری یا صداقت **Fidelity**
4. اصلاح نفس یا خود-ارتقای **Self-improvement**
5. سودرسانی **Beneficence**
6. ضرر نرساندن **Non maleficence**
7. قدردانی **Gratitude**

راس می گوید: "این فهرست باز است."

9

اصول گرا:

➤ بوچامپ و چلیدرس (Beauchamp and Childress):

1. احترام به استقلال فرد **Autonomy or Respect for autonomy**
2. سودرسانی **Beneficence**
3. عدم اضرار یا ضرر نرساندن **Non-maleficence**
4. عدالت **Justice**

10

❑ کاربرد اصل خودمختاری در مورد یک زن دیابتی ۸۰ ساله که با نارسایی قلبی به دنبال انفارکتوس میوکارد در بیمارستان بستری شده بود. قوای ذهنی او کاملاً سالم بود اما به ایسکمی پا مبتلا شده بود.

❑ تصمیم‌گیری در مورد یک زن مسن مبتلا به ایسکمی پا که از زوال عقل هم رنج می‌برد دشوارتر است.

11

Autonomy:

➤ کلمه **Autonomy** از کلمه یونانی **Autos** (خود) و **nomos** (حکومت) مشتق می‌شود.

➤ برای نقد رویکرد قیم‌گرایی یا **Paternalism** می‌باشد.

➤ خودمختار کسی است که اولاً بطور عمدی، ثانیاً توأم با فهم و ثالثاً بدون تأثیرات کنترل‌کننده رفتار کند.

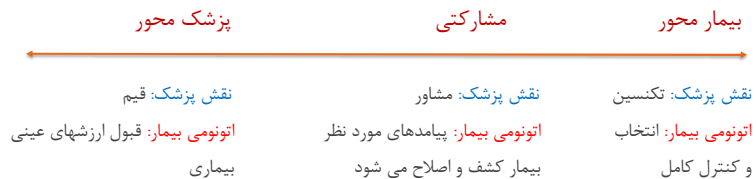
➤ مثال: شاهدان یهوه (**Jehovah's Witnesses**) و کاتولیکها

➤ **Paternalism**: مداخله در خودکشی و رد درخواست درمان بی فایده (**Futile treatment**)

➤ در اتونومی: احترام به خودمختاری در مراقبتهای بهداشتی یک وظیفه حرفه‌ای و گزینش خودمختارانه برای بیمار یک حق است نه وظیفه

12

مشارکت نه متابعت:



14

Autonomy:

► پژوهش کارل اشنايدر: عدم تمایل افراد در تصمیم گیری های پزشکی

- آمریکایی های کره ای (۴۷٪) و آمریکایی های مزیکی (۶۵٪) به طور معنی داری کمتر از آمریکایی های اروپایی (۸۷٪) و آمریکایی های آفریقایی (۸۸٪) معتقد هستند که بیمار باید از تشخیص سرطان مطلع گردد.
- آمریکایی های کره ای (۳۵٪) و آمریکایی های مزیکی (۴۸٪) کمتر از آمریکایی های آفریقایی (۶۲٪) اعتقاد داشتند که بیمار باید از پیش آگهی بیماریها مطلع گردد.
- آمریکایی های کره ای و آمریکایی های مزیکی به این اعتقاد گرایش داشتند که خانواده باید درباره استفاده از سیستم حیاتی تصمیم بگیرد.

13

موردی برای دندانپزشکی:

► دختر دوازده ساله ای که دندان های اینسایزور فک بالای او نامرتب است، به همراه مادر خود به مطب مراجعه می کند. میزان انحراف دندان ها جزئی ست و بر عملکرد کودک تاثیر نمی گذارد. دندانپزشک سال های گذشته بارها به کودک درباره بهتر مسواک زدن تذکر داده و با مادر او در این زمینه صحبت کرده اما هنوز بهداشت دهان بیمار ضعیف است. او حالا برای اینکه دندان هایش در سن چهارده سالگی و در بدو ورود به دبیرستان مرتب و بی نقص باشند از دندانپزشک درمان ارتودنسی طلب می کند و مادر هم حامی تقاضای کودک است. اما دندانپزشک نگران است، چرا که می داند بهداشت دهان ضعیف مانعی برای استفاده از براکت های ارتودنسی است.

► این نمونه نشان می دهد که درمان های دندانپزشکی چگونه چالش های اخلاقی را برای دندانپزشکی مطرح می کند. برای مثال: آیا سرباز زدن از درمان ارتودنسی در این مورد عادلانه است و چرا؟ اهمیت مزایا و آسیب های درمانی را چگونه باید در برابر سایر مزایای جنبی مانند اعتماد به نفس و ظاهر مقبول سنجید؟ دقیقا چه چیزی "مزیت درمانی" شمرده می شود؟ آیا دندانپزشک یا به طور کلی حرفه دندانپزشکی، در قبال فرهنگ امروزین بیماران یا به طور کلی مصرف کنندگان که متاثر از فشار نوجوانان هم سن و سال است مسئولیتی دارد؟ در نهایت چه کسی باید تصمیم بگیرد؟ دندانپزشک یا بیمار و یا والدین؟

16



15

مورد:

▶ دکتر اسمیت مایل است از بیمار خود (هری) که از زوال عقل رنج می برد و عمیقاً گیج شده است، نمونه خون بگیرد. او بیشتر روز خود را با خیره شدن از پنجره می گذراند و به ندرت صحبت می کند. دکتر سعی می کند نیت خود را برای هری توضیح دهد، اما او با صدای بلند گریه می کند و وقتی بازوی او را بلند می کند و می خواهد سوزن را وارد کند، خود را کنار می کشد.

17

مورد:

▶ دکتر اسمیت مایل است از بیمار خود (سارا) که در انتظار جراحی برای شکستگی گردن استخوان ران است، نمونه خون بگیرد. دکتر سعی می کند نیت خود را توضیح دهد، اما سارا شانه هایش را بالا می اندازد و می گوید که در زمان زندگی اش نمی خواهد افراد دنبال او راه بیفتند و از تنها ماندن، «عواقبش هرچه باشد» بسیار خوشحال تر است.

18

توصیه شورای پزشکی عمومی (GMC):

- ▶ شما باید به بیماران گوش دهید، نظرات آنها را در نظر بگیرید و صادقانه به سوالات آنها پاسخ دهید.
- ▶ شما باید به بیماران اطلاعاتی را که می خواهند یا باید بدانند به گونه ای که قابل درک باشد، ارائه دهید. باید اطمینان حاصل کنید که هر جا که ممکن است، برای رفع نیازهای زبانی و ارتباطی بیماران، تمهیداتی اندیشیده شده است.
- ▶ شما باید مراقب نزدیکان بیمار باشید و در ارائه اطلاعات و حمایت از آنها حساس و پاسخگو باشید.
- ▶ هنگامی که در حال انجام وظیفه هستید، باید به راحتی در دسترس بیماران و همکاری باشید که به دنبال اطلاعات، مشاوره یا پشتیبانی هستند.

19

Autonomy:

▶ قواعد مربوط به اصل اتونومی:

1. راست گویی (Truth-Telling)
2. احترام به حریم شخصی
3. حفظ اطلاعات محرمانه
4. کسب رضایت برای درمان های بعدی و جدی 😊
5. و در صورت لزوم کمک به افراد در گرفتن تصمیمات مهم

20

Autonomy:



بیماران فاقد صلاحیت و ظرفیت: بر اساس درخواست قبلی بیمار (Advance Directive) میتوانند یکی از انواع زیر باشد: وصیت زمان حیات (Living Will)، وکالت سلامت (Health Proxy)، تصمیم گیرنده جانشین (Surrogate Decision maker)

22

Autonomy:

رضایت آگاهانه (Informed Consent): رضایت آگاهانه عبارتست از توافق آزادانه (و ابطال پذیر) فرد واجد صلاحیت (بیمار) مبنی بر مشارکت در تصمیم گیری درمانی (یا تحقیقاتی) به دنبال آگاهی از ماهیت، هدف و الزامات آن با اعتقاد به تاثیر این مشارکت در انتخاب موثرترین و مفیدترین روش درمانی.

Ethics in primary Care , Jeremy Sugarman , 2000 , Mc Grow-Hill , P : 247

رضایت مفروض (Presumed Consent): در رضایت مفروض بیمار در جریان اقدامی که قرار است برایش انجام شود قرار گرفته و مخالفتی نکرده است. (سکوت علامت رضا)

رضایت ضمنی یا تلویحی (Implied consent): در رضایت تلویحی بیمار اقدامی دال بر همراهی با پروسیجر مد نظر از خود نشان می دهد.

21

STANDARD

مدلی برای بررسی ظرفیت تصمیم گیری

- موقعیت (S) (Situation): بیمار وضعیت خود را درک می کند.
- درمان (T) (Treatment): بیمار درمان پیشنهادی را درک می کند.
- متغیر (A) (Alternative): بیمار متغیرهای درمانی را درک می کند.
- امتناع از درمان (No) (No-Treatment): بیمار پی آمدهای امتناع از درمان را درک می کند.
- تصمیم (D) (Decision): بیمار می تواند یک تصمیم را بیان نماید.
- ارزیابی (A) (Appreciate): بیمار می تواند تصمیم و پیامدهای آن را ارزیابی کند.
- استدلال (R) (Rational): بیمار می تواند به طور معقول اطلاعات را دست کاری نماید.
- پایداری (D) (Durable): تصمیم بیمار برای مدت طولانی پایدار است.

(مدل پیشنهادی جناب آقای دکتر پارساپور)

24

Autonomy:

کسب رضایت:

عدم نیاز به کسب رضایت در موارد زیر: اورژانسی، عدم صلاحیت و چشم پوشی بیمار از حق خود



معیارهای عدم صلاحیت (Competency):

- عدم توانایی برای ابراز یک انتخاب
- عدم توانایی برای فهم یک موقعیت و پیامدهای آن
- عدم توانایی برای فهم اطلاعات مربوطه
- عدم توانایی برای ارائه دلیل
- عدم توانایی برای ارائه دلایل ضرر یا فایده
- عدم توانایی برای رسیدن به تصمیم معقول

23

Autonomy:

▶ رازداری (Confidentiality):

- ✓ حفظ اسرار بیمار معیاری از احترام به اختیار فرد، یک عمل اخلاقی و قانونی است.
- ✓ یک مسئولیت مقدس در سوگند نامه بقراط
- ✓ پزشک، داروساز، بیمارستان ها، مراکز نگهدارنده پرونده های پزشکی و دارویی، سازمان های بیمه و هر کس و گروهی که به اطلاعات بیماران دسترسی دارند موظف به حفظ رازداری هستند.
- ✓ **کد اخلاق پزشکی انجمن پزشکی آمریکا:** هر اطلاعاتی که در فرایند ارتباط بین بیمار و پزشک بدست می آیند در بالاترین درجه محرمانه بودن قرار دارند.

26

سئوالات: سن و صلاحیت

- ▶ اخذ رضایت از کودکان در رده های مختلف سنی؟
- ▶ چه کسانی باید در روند اخذ رضایت درگیر شوند؟
- ▶ در موارد اختلاف نظر میان پزشک - والدین و کودک چه باید کرد؟
- ▶ در موارد امتناع از درمان از سوی والدین یا کودک چه باید کرد؟
- ▶ آیا می توان بدون اطلاع والدین درمان را برای کودکان آغاز کرد؟
- ▶ نظام حقوقی کشور تا چه میزان با تصمیمات مبتنی با اخلاق حرفه ای همراه است؟

25

Autonomy:

▶ رازداری (Confidentiality):

- ✓ اطلاعات شخصی بیمار، اطلاعات مربوط به پزشک بیمار، بیماری، داروها، آزمایشات، عکس های رادیولوژی و ام آر آی و جزو اسرار بیمار تلقی می شود.
- ✓ شرایط افشای راز: **حفظ مصالح جامعه، حفظ مصالح بیمار، الزامات قانونی و دستور دادگاه**

28

Case Study:

۱. دختری ۱۵ ساله دیروز از داروخانه، داروی **لئونورژسترول** تهیه می کند. امروز مادر آن دختر به داروخانه مراجعه نموده و اظهار می دارد که این دارو را از زیر تخت دخترش پیدا کرده است. از داروساز می خواهد که در مورد دارو اطلاعات بدهد.
سئوال: آیا این موضوع راز محسوب می شود یا نه؟ رفتار داروساز در هر دو صورت (پاسخ بلی یا نه) چگونه باید باشد؟
۲. بیمار جوانی که دچار سیفلیس شده و قصد دارد با دختری ازدواج نماید؟
سئوال: آیا پزشک و یا داروساز می تواند اطلاعات او را به دختر بدهد؟
۳. پزشک در حین معاینه بیمار خود متوجه می شود که نامبرده در فرماندهی برج مراقبت، مسئولیت مهمی دارد.
سئوال: آیا پزشک می تواند اطلاعات او را فاش کند؟ اگر بلی چگونه؟

27

Case Study:

► آقای "جی" ۳۵ ساله است. پیش از این، رابطه جنسی غیرقانونی و غیر متعارف با افراد بی بند و بار داشته است. اگرچه علامتی ندارد، نگران است که نکند دچار بیماری مقاربتی شده باشد و از همین رو به نزد پزشکش آمده است. بعد از انجام معاینه جسمانی دقیق و ارائه مشاوره مناسب، پزشک تعدادی آزمایش را درخواست می کند. نتیجه آزمایش خون، مثبت بودن آقای "جی" از نظر عفونت با HIV است. پزشک پیشنهاد می کند که ملاقاتی با آقای "جی" همسرش داشته باشد تا در ارائه این اطلاعات به همسر آقای "جی" به او کمک کند، اما آقای "جی" اظهار می دارد که نمی خواهد همسرش چیزی درباره این وضعیت بداند.

► **سؤال:** تکلیف یک پزشک در چنین شرایط چیست؟

(نقل مورد از کتاب پزشک و ملاحظات اخلاقی، جلد اول)

29

سودرسانی یا خیررسانی (Beneficence):

► دلالت بر اعمالی مانند: ترحم، مهربانی و محبت

► **Benevolence:** خیرخواهی

► فایده گرا (**utilitarianism**): مبتنی بر سودرسانی

► عدم سلطه بر اصول دیگر

► وظیفه یا فضیلت

► مرد خوب سامری

30

سودرسانی یا خیررسانی (Beneficence):

► **قواعد خیررسانی:**

1. از حقوق دیگران دفاع کن
2. از رسیدن ضرر به دیگران جلوگیری کن
3. شرایط منجر به ضرر دیگران را از بین ببر
4. به افراد معلول کمک کن
5. به افراد مواجه با خطر کمک کن

تمیز بین خیررسانی و ضرررسانی:

خیررسانی ← اعمال ایجابی، لازم نیست همیشه بی طرفانه باشد، به ندرت دلایل اخلاقی برای مجازات های قانونی فراهم می آورند.

ضرررسانی ← اعمال سلبی، باید بی طرفانه واقع شود، ممنوعیت های قانونی برخی افعال خاص، دلایل اخلاقی فراهم می کند.

31

سودرسانی یا خیررسانی (Beneficence):

□ **خیررسانی عام:** به همه افراد اما تا کجا؟

✓ آیا این جمله درست است؟ **ما تا جایی ملزم به فداکاری هستیم که برای خودمان به اندازه خیری که می رسانیم رنج و زحمت ایجاد نکند.**

✓ اگر معیارهای اخلاقی فراتر از توان بیشتر انسان ها باشد این افراد نمی توانند به وظایف خود عمل کنند (لَا يَكْلِفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا)

✓ **خیررسانی خاص:** فرزندان، دوستان و بیماران و اما تا کجا؟

اگر ابدیت و خدا در ذهن و فکر انسان جایگاهی نداشته باشد خیررسانی عمق پیدا نمی کند.

32

سودرسانی یا خیررسانی (Beneficence):

- اصل اولیه قانون کنوانسیون ژنو در زمینه اخلاق پزشکی: سلامت بیمار، اولین هدف من خواهد بود.
- انجمن پرستاران آمریکا: اولین تعهد پرستار، سلامتی و رفاه بیمار است.
- سوگند نامه بقراط: پرهیز غذایی را بر حسب توانایی و قضاوت خود به نفع بیماران تجویز خواهیم کرد نه برای ضرر و زیان آن ها و نه به خواهش اشخاص به هیچ کس داروی کشنده نخواهم داد.
- پندنامه پزشکی اهوازی: طبیب باید رحیم و پاک چشم و مهربان و خیرسان و خوش زبان باشد.

33

سودرسانی یا خیررسانی (Beneficence):

- خیررسانی به مثابه یک رابطه متقابل (Reciprocity) (دیوید هیوم)
- تعارض خیررسانی و اتونومی:
- Thomasma و Pellegrino. اگر بیمار مبتلا به ذات الریه درمان با پنسیلین را رد کند پزشک می تواند به خودداری بیمار توجه نکند.
- Paternalism: مداخله در خودکشی و رد درخواست درمان بی فایده (Futile treatment)

34

ضرررسانی (Nonmaleficence):

- ویلیام فراکنا: سودرسانی و ضرررسانی را یک اصل می داند. چهار وظیفه سودرسانی: ۱. آدمی نباید ضرر برساند ۲. آدمی باید از ضرر جلوگیری کند ۳. آدمی باید ضرر را از میان بر دارد ۴. آدمی باید خیر را زیاد کند.
- ماجرای رابرت مک فال و پسرخاله اش دیوید شیمپ و پیوند مغز استخوان
- قواعد مشتق از ضرررسانی: ۱. مرتکب قتل نشو ۲. موجب درد نشو ۳. کسی را ناتوان نکن ۴. به کسی آزار نرسان ۵. دیگران را از خیرهای زندگی محروم نکن
- وظیفه حرفه مندان مراقبت سلامت در عدم ایجاد خطر ضرر

35

ضرررسانی (Nonmaleficence):

- عدم درمان و قطع درمان
- تمیز بین عدم درمان و قطع درمان اخلاقاً غیر قابل قبول است یا نه؟
- Double Effect: عملی که دو اثر ممکن خوب و بد دارد همیشه اخلاقاً ممنوع نیست. بیماری که از درد وحشتناکی رنج می برد و از پزشک می خواهد به زندگی او پایان دهد. اگر پزشک مستقیماً بیمار را بکشد تا درد و رنج بیمار را تمام کند، او عملاً به منظور پایان دادن به درد و رنج بیمار باعث مرگ او می شود. ولی میتوان فرض کرد پزشک بتواند دارویی را تهیه کند که درد و رنج بیمار را تسکین بدهد و در عین حال خطر فرعی تسریع مرگ بیمار را نیز در پی دارد.

36

ضرر نرسانی (Nonmaleficence):

چهار شرط لازم برای اثر دوگانه:

1. **ماهیت عمل:** عمل به خودی خود خوب باشد و یا اخلاقاً خنثی باشد.
2. **قصد عامل:** عامل صرفاً باید اثر خوب را قصد کند. اثر بد ممکن است پیش بینی شود و مجاز باشد ولی نباید قصد شود.
3. **تمییز بین ابزار و آثار:** اثر بد نباید ابزار و مقدمه اثر خوب باشد.
4. **تناسب بین اثر بد و اثر خوب:** اثر خوب باید بر اثر بد بچرید.

مثال: زنی حامله سرطان رحم دارد، عمل واحد از یک سو سرطان رحم را درمان میکند ولی از سوی دیگر موجب مرگ جنین می شود.

مثال: زنی حامله بیماری شدید قلبی دارد و اگر بخواهد جنین را حمل کند احتمالاً خواهد مرد.

37

ضرر نرسانی (Nonmaleficence):

► **درمان بیهوده (Futile):** وقتی که بیمار بطور برگشت ناپذیر در حال مردن باشد و به مرحله ای رسیده باشد که درمان بیشتر هیچ فایده فیزیولوژیک ندارد و یا نمی توان امیدوار بود.

مصادیق درمان بیهوده:

- (1) هر آنچه که عملی نمی شود.
- (2) هر آنچه که به احتمال قوی ثمربخش نیست.
- (3) هر آنچه که احتمالاً فایده جزئی و بی اهمیت ایجاد خواهد کرد.
- (4) هر آنچه که به احتمال قوی هزینه های آن بیش از فایده اش خواهد بود.
- (5) هر آنچه که صرفاً تئوریک و نظری است و درمانی تجربه نشده است.

38

عدالت (Justice):

► یک موضوع تاریخی و اساسی بشر

► عدالت یعنی انصاف، برابری و رفتار مناسب بر اساس وظایف

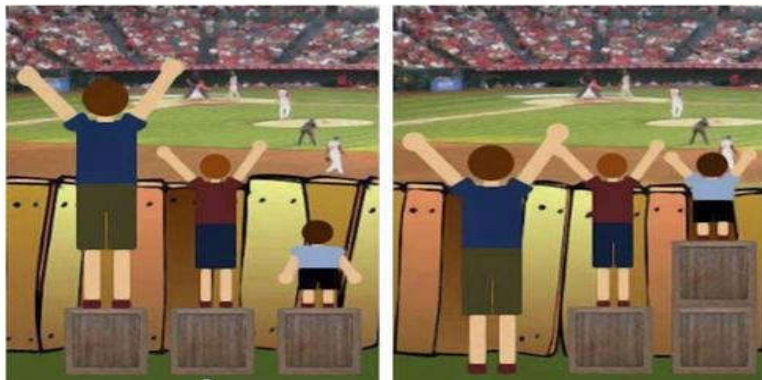
► **عدالت توزیعی (Distributive justice):** توزیع همه حقوق و مسئولیت ها مانند حقوق مدنی و سیاسی در جامعه می باشد.

► **مشکل عدالت توزیعی:** در شرایط کمبود منبع یا رقابت برای بدست آوردن خیرها و دوری از زحمت ها

► **اصل صوری عدالت:** با برابرها باید به طور برابر و با نابرابرها باید به طور نابرابرانه برخورد کرد.

► **اصل نیاز (Need):** توزیع منابع اجتماعی مبتنی بر نیاز عادلانه

39



40

عدالت (Justice):

اصول معتبر عدالت توزیعی:

- (1) برای هر فرد یک سهم برابر
- (2) برای هر فرد بر اساس نیاز
- (3) برای هر فرد بر اساس تلاش
- (4) برای هر فرد بر اساس مشارکت
- (5) برای هر فرد بر اساس لیاقت و شایستگی
- (6) برای هر فرد بر اساس اقضائات بازار آزاد

تئوری های عدالت:

- (1) تئوری فایده گرایانه (جرمی بنتام): معیار عدالت تابع اصل خیر و نفع نهایی است.
- (2) تئوری لیبرال (جان استوارت میل): اصل قدرت خرید که می گوید بهتر است مراقبت های بهداشتی به بازار واگذار شوند. (توزیع منصفانه بازی نه توزیع برابر منابع)
- (3) تئوری های جماعت گرایانه: معتقدند به تعداد تلقی های متنوع از خیر، اصول عدالت مختلف وجود دارد.
- (4) تئوری های مساوات طلبانه: افراد باید از کالاها از جمله مراقبت های بهداشتی سهمی مساوی دریافت کنند.

Autonomy:

کسب رضایت:

عدم نیاز به کسب رضایت در موارد زیر: اورژانسی، عدم صلاحیت و چشم پوشی بیمار از حق خود



معیارهای عدم صلاحیت (Competency):

۱. عدم توانایی برای ابراز یک انتخاب
۲. عدم توانایی برای فهم یک موقعیت و پیامدهای آن
۳. عدم توانایی برای فهم اطلاعات مربوطه
۴. عدم توانایی برای ارائه دلیل
۵. عدم توانایی برای ارائه دلایل ضرر یا فایده
۶. عدم توانایی برای رسیدن به تصمیم معقول

15 ژانویه 26

3

2

Autonomy:

قواعد مربوط به اصل اتونومی:

1. راست گویی (Truth-Telling)

2. احترام به حریم شخصی

3. حفظ اطلاعات محرمانه

4. کسب رضایت برای درمان های بعدی و جدی 😊

5. و در صورت لزوم کمک به افراد در گرفتن تصمیمات مهم

15 ژانویه 26

2

1

Autonomy:

اخذ رضایت از بیمار، وظیفه اخلاقی و وظیفه قانونی

رضایت آگاهانه (Informed Consent): رضایت آگاهانه عبارتست از توافق آزادانه (و ابطال پذیر) فرد واجد صلاحیت (بیمار) مبنی بر مشارکت در تصمیم گیری درمانی (یا تحقیقاتی) به دنبال آگاهی از ماهیت، هدف و الزامات آن با اعتقاد به تاثیر این مشارکت در انتخاب موثرترین و مفیدترین روش درمانی.

Ethics in primary Care , Jeremy Sugarman , 2000 , Mc Grow-Hill , P : 247

رضایت مفروض (Presumed Consent): مخالف نکردن (سکوت علامت رضا)

رضایت ضمنی یا تلویحی (Implied consent): اقدامی دال بر همراهی با پروسیجر

15 ژانویه 26

5

4

STANDARD

مدلی برای بررسی ظرفیت تصمیم گیری

- موقعیت (S) (Situation): بیمار وضعیت خود را درک می کند.
- درمان (T) (Treatment): بیمار درمان پیشنهادی را درک می کند.
- متغیر (A) (Alternative): بیمار متغیرهای درمانی را درک می کند.
- امتناع از درمان (No) (No-Treatment): بیمار پی آمدهای امتناع از درمان را درک می کند.
- تصمیم (رای) (D) (Decision): بیمار می تواند یک تصمیم را بیان نماید.
- ارزیابی (A) (Appreciate): بیمار می تواند تصمیم و پیامدهای آن را ارزیابی کند.
- استدلال (R) (Rational): بیمار می تواند به طور معقول اطلاعات را دست کاری نماید.
- پایداری (D) (Durable): تصمیم بیمار برای مدت طولانی پایدار است.

(مدل پیشنهادی جناب آقای دکتر پارساپور)

15 ژانویه 26

4

3

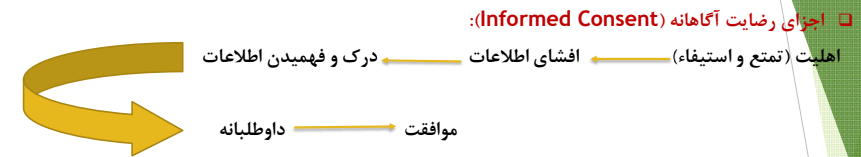
نکاتی در مورد AD

- ✓ خواسته قبلی مبنی بر امتناع از هر درمان یا فرایند، نیازمند به رضایت بیمار دارای صلاحیت
- ✓ عدم درخواست هیچ گونه مداخله یا حذف غیرقانونی
- ✓ عدم الزام به انجام درمانی بر خلاف نظر بالینی تیم های مراقبت سلامت
- ✓ به اینچنین درخواستهایی که بیمار را از تخصصهای حرفه ای پزشکی و بهره مندی از درمانهای جدیدی که پس از امضای AD به وجود آمده اند محروم می کنند نمی توان قدرت قانونی بیشتری داد.

7 15 ژانویه 26

6

Autonomy:



- بیماران فاقد صلاحیت و ظرفیت:
 - درخواست قبلی بیمار (Advance Directive)
 - وکالت سلامت (Health Proxy)
 - وصیت زمان حیات (Living Will)
 - تصمیم گیرنده جانشین (Surrogate Decision maker)
 - (Advance Decision to Refuse Treatment)

□ فاجعه استادیوم فوتبال هیلزبورو

6 15 ژانویه 26

5

سئوالات: سن و صلاحیت

- ▶ اخذ رضایت از کودکان در رده های مختلف سنی؟
- ▶ چه کسانی باید در روند اخذ رضایت درگیر شوند؟
- ▶ در موارد اختلاف نظر میان پزشک - والدین و کودک چه باید کرد؟
- ▶ در موارد امتناع از درمان از سوی والدین یا کودک چه باید کرد؟
- ▶ آیا می توان بدون اطلاع والدین درمان را برای کودکان آغاز کرد؟
- ▶ نظام حقوقی کشور تا چه میزان با تصمیمات مبتنی با اخلاق حرفه ای همراه است؟

9 15 ژانویه 26

8

ماده ۵ قانون AD در مورد شرایط اعتبار AD:

- ▶ فردی که اقدام به AD می کند باید یک فرد بالغ ۱۸ سال یا بالاتر باشد.
- ▶ فرد در زمان تدوین AD/ADRT باید دارای ظرفیت باشد و یا دارای ظرفیت فرض شود.
- ▶ AD/ADRT باید درمانی را که فرد می خواهد امتناع کند، از نظر پزشکی و غیرپزشکی مشخص کند.
- ▶ شخص می تواند شرایطی را که در آن امتناع اعمال می شود، مشخص کند.
- ▶ شخصی که AD/ADRT را ایجاد کرده است، مغایر با شرایط امتناع عمل نکرده باشد.
- ▶ AD/ADRT باید معتبر و قابل اجرا باشد.
- ▶ AD/ADRT که با درمان حفظ حیات سر و کار دارد باید نوشته شده، امضاء شده و شاهد داشته باشد و باید دارای بیانیهای باشد که حتی اگر جان فرد در خطر باشد، تصمیم عملی شود.
- ▶ امتناع از درمان غیر حیاتی می تواند شفاهی باشد.

8 15 ژانویه 26

7

مدل دانشگاه British Columbia

- **مرحله 1:** اطلاعات مختلف درباره مسئله گردآوری میشود و ابعاد مختلف مسئله شناسایی میشود.
- **مرحله 2:** راه حل های مختلف لیست میشود.
- **مرحله 3:** هر یک از این راه حل ها با استفاده از اصول و ضوابط اخلاقی و منابع اخلاقی موجود و حتی قضاوت های فردی، ابعاد سئوالات اخلاقی که ممکن است درباره این موقعیت خاص مطرح باشد مشخص میگردد.
- **مرحله 4:** هر یک از راه حل ها با توجه به جنبه های اخلاقی قابل طرح ارزیابی میشود.
- **مرحله 5:** تصمیم نهایی گرفته میشود.

10

1984 Kitchener: (تصمیمات اخلاقی را از شهود اخلاقی غیرمتعارف و فردی مصون و به سمت انتقادی استدلال هدایت میکند)

- **مرحله 1:** حساسیت اخلاقی ایجاد کرده و آن را توسعه دهید
- **مرحله 2:** معماها و سئوالات اخلاقی را تعریف کنید.
- **مرحله 3:** به استانداردهای حرفه ای قوانین و مقررات مراجعه کنید.
- **مرحله 4:** از آراء و تالیفات صاحب نظران اخلاق استفاده کنید.
- **مرحله 5:** اصول اخلاقی را نسبت به هر موقعیت به کار گیرید.
- **مرحله 6:** با استاد راهنما یا همکاران خود مشورت کنید.
- **مرحله 7:** دقت و تفکر نموده و تصمیم گیری نمایید.
- **مرحله 8:** تصمیمات را به اجرا گذاشته و مستند کنید.
- **مرحله 9:** این تجربه را جمع بندی کرده و دست آوردهای آن را مرور و تحلیل کنید.

9

برائت:

- **برائت نامه** عبارت است از آن که پزشک قبل از شروع به اقدام درمانی، خطرات احتمالی را به بیمار یا ولی او تذکر دهد و کتباً برائت نامه اخذ کند تا در صورت بروز خسارت، مسئول و مدیون نباشد.
- **ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی:** هر گاه پزشک در معالجاتی که انجام می دهد موجب تلف یا صدمه بدنی شود، ضامن دیه است مگر آن که عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا اینکه قبل از معالجه برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود و چنانچه اخذ برائت از مریض به دلیل نابالغ یا مجنون بودن او معتبر نباشد یا تحصیل برائت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نشود، برائت از، ولی مریض تحصیل می شود.
- **تبصره 1:** در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل برای وی ضمان وجود ندارد. هر چند برائت اخذ نکرده باشد.
- **تبصره 2:** ولی بیمار اعم از ولی خاص است مانند پدر و ولی عام که مقام رهبری است. در مورد فقدان یا عدم دسترسی به ولی خاص، رئیس قوه قضائیه با اذن از مقام رهبری و تفویض اختیار به دادستان های مربوط به اعطای برائت به طبیب اقدام می نماید.

13 15 زانویه 26

12

مدل دانشگاه Santa Clara

- تصمیم سازی بر مبنای **رویکرد اخلاقی تصمیم گیرنده** است. بر اساس طرفداران مکاتب اخلاقی، یک سنوال کلیدی در همان گفتمان مطرح کرده که پاسخ دادن به آن، به حل مسئله در درون همان گفتمان منتهی میشود.
- مثال: اگر رویکرد فایده گرایی باشد، بیش ترین سود و فایده برای بیش ترین افراد خوب و اخلاقی است.

11

ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی

- علاوه بر موارد مذکور در مواد قبل، ارتکاب رفتاری که طبق قانون جرم محسوب می‌شود، در موارد زیر قابل مجازات نیست:
- الف- در صورتی که ارتکاب رفتار به حکم یا اجازه قانون باشد.
- ب- در صورتی که ارتکاب رفتار برای اجرای قانون اهم لازم باشد.
- پ- در صورتی که ارتکاب رفتار به امر قانونی مقام ذی صلاح باشد و امر مذکور خلاف شرع نباشد.
- ت- اقدامات والدین و اولیای قانونی و سرپرستان صغار و مجانبین که به منظور تأدیب یا حفاظت آنها انجام می‌شود، مشروط بر اینکه اقدامات مذکور در حد متعارف و حدود شرعی تأدیب و محافظت باشد.
- ث- عملیات ورزشی و حوادث ناشی از آن، مشروط بر اینکه سبب حوادث، نقض مقررات مربوط به آن ورزش نباشد و این مقررات هم معایر موازین شرعی نباشد.
- ج- هر نوع عمل جراحی یا طبّی مشروع که با رضایت شخصی یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی وی و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام می‌شود. در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نیست.

15 15 زانویه 26

14

تفاوت رضایت‌نامه و برانت‌نامه

- ▶ اگر پزشک فقط رضایت اخذ کند در صورت بروز مرگ، نقص عضو یا خسارت مالی، ضامن است، ولی اگر برانت را اخذ کند مسئول خسارت وارده نیست؛ البته اگر پزشک در بروز عوارض مقصر نباشد حتی در صورت عدم اخذ برانت نیز ضامن نیست همچنین اگر پزشک در انجام اقدامات پزشکی مقصر باشد و کوتاهی کند، برانتی که قبل از درمان گرفته است موجب از بین رفتن مسئولیت او نمی‌شود.

14 15 زانویه 26

13

▶ بایسته‌های رضایت و برانت و تأثیر آن بر سقوط مسئولیت پزشکی محمود عباسی

دوره ۱، شماره ۲ - (زمستان ۱۳۸۶)

جلد ۱ شماره ۲ صفحات ۷۷-۱۲ | برگشت به فهرست نسخه ها

بایسته‌های رضایت و برانت و تأثیر آن بر سقوط مسئولیت پزشکی

محمود عباسی*

رئیس مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده:

تئوری رضایت تگرشی نوین و روبرکرد مهم در حقوق پزشکی تلقی میگردد که مطالعه آن به عنوان یکی از شرایط اساسی مسئولیت پزشکی، از اهمیت خاصی برخوردار است. «تئوری رضایت» بر این نکته دلالت دارد که هر فرد عاقل و بالغی حق دارد در مورد درمان یا روش درمانی که برایش توصیه شده یا ضرورت دارد، تصمیم بگیرد. بر این اساس، قانونگذار تصریحاً به اخذ رضایت از بیمار یا اولیای قانونی وی در اعمال جراحی و طبی اشاره نموده و وجود چنین رضایتی را در کلیه اعمال جراحی و طبی، به جز در موارد ضروری و فوراً لازم دانسته است. لیکن با توجه به اینکه در نظام حقوقی ما به تبعیت از فقه امامیه تعهد به نتیجه در اعمال جراحی و طبی مبنای تعهد پزشک و مبنای نظریه مسئولیت پزشکی است، اخذ رضایت از بیمار، مشروعیت اعمال پزشکی و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی بایان راه و از علل ناعه سقوط مسئولیت پزشکی نیست و پزشک مسئول حیران خسارات جانی و مالی وارده به بیمار است. مگر اینکه قبل از شروع درمان از بیمار یا اولیای او برانت حاصل نموده باشند. این مقاله تلاش می‌کند تا به تفصیل به واگاوک بحث رضایت و برانت و تأثیر آن بر سقوط مسئولیت

15 15 زانویه 26

16

15



Confidentiality

رسول اسمعلی پور
استادیار گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دانشکده پزشکی
Ph.D اخلاق پزشکی

2 15 ژانویه 26

1

مصونیت از افشاء اسرار بیماران به عنوان یک قاعده پذیرفته شده اخلاقی و یک اصل مسلم حقوقی در کلیه جوامع و سیستم های مختلف حقوقی، بخشی از حقوق بیماران تلقی می گردد. تنها استثنایی که می تواند این قاعده مهم حقوقی و اخلاقی را تخصیص زند اراده قانونگذار است.

5 15 ژانویه 26

4

Autonomy:

► قواعد مربوط به اصل اتونومی:

1. راست گویی (Truth-Telling)
2. احترام به حریم شخصی
3. حفظ اطلاعات محرمانه
4. کسب رضایت برای درمان های بعدی و جدی
5. و در صورت لزوم کمک به افراد در گرفتن تصمیمات مهم

4 15 ژانویه 26

3

➤ رازداری (Confidentiality):

- ✓ رازداری، عنصر اصلی برای ایجاد اعتماد و اعتماد عنصر اصلی رابطه بین پزشک و بیمار است.
- ✓ حفظ اسرار بیمار معیاری از احترام به اختیار فرد، یک سنت حسنه، یک عرف عقلانی و یک قاعده اخلاقی است.
- ✓ پزشک، داروساز، بیمارستان ها، مراکز نگهدارنده پرونده های پزشکی و دارویی، سازمان های بیمه و هر کس و گروهی که به اطلاعات بیماران دسترسی دارند موظف به حفظ رازداری هستند.
- ✓ **کد اخلاق پزشکی انجمن پزشکی آمریکا:** هر اطلاعاتی که در فرایند ارتباط بین بیمار و پزشک بدست می آیند در بالاترین درجه محرمانه بودن قرار دارند.

7 15 ژانویه 26

6

مرد ۳۲ ساله که چند سال قبل **اعتیاد** خود را ترک نموده است و اخیراً ازدواج نموده هنگام اهدای خون متوجه شده **HIV مثبت** می باشد و جهت درمان بیماری خود به شما مراجعه می نماید. علیرغم توضیحات شما در مورد خطر ابتلای **همسر وی**، او شدیداً با اینکه همسرش از بیماری اش مطلع شود مخالفت می نماید. **وظیفه حرفه ای** شما چیست؟
آیا لازم است رازدار بیمار خود باشیم؟

6 15 ژانویه 26

5

یک مسئولیت مقدس در سوگند نامه بقراط:

آنچه در حین انجام دادن حرفه خود و حتی خارج از آن درباره زندگی مردم خواهم دید یا خواهم شنید که نباید فاش شود، به هیچ کس نخواهم گفت. زیرا این قبیل مطالب را باید به گنجینه اسرار سپرد.

8 15 ژانویه 26

7

معاهده پزشکی مصوب سپتامبر ۱۹۴۸ مجمع عمومی انجمن جهانی پزشکان در ژنو و اصلاحیه بیست و دومین مجمع جهانی پزشکان مصوب ماه اوت ۱۹۶۸ در سیدنی مقرر می دارد:

به اسراری که به من سپرده شده اند احترام خواهم گذاشت و حتی بعد از مرگ بیمار فاش نخواهم کرد.

9 15 ژانویه 26

8

رازداری در کشورهای مختلف:

- ▶ **آمریکا:** با وجود تفاوت در قوانین و مقررات ایالت ها، اصول کلی حاکم بر حفظ اسرار پزشکی و خودداری از افشاء اسرار بیماران که معمولاً ناشی از اخلاق پزشکی است یکی است.
- ▶ اطلاعاتی قابل افشاء است که اولاً بیمار راضی باشد. ثانیاً، اطلاعات مربوط به ارتکاب جرم و جنایت در آینده باشد. ثالثاً، مربوط به آزار و بدرفتاری با یک طفل و یا بالغ آسیب پذیر باشد.
- ▶ مثلاً ترغیب شرکت بیمه پزشک را برای افشاء اطلاعات بیمار و رای دادگاه مبنی بر مسئول شناختن پزشک
- ▶ موضوع عدم افشاء اطلاعات بیمار روانی توسط پزشک و رای دادگاه بر علیه پزشک
- ▶ فرد مبتلا به سل و عدم اطلاع دادن پزشک بیمار را در مورد سل که منجر به مبتلا شدن دختر دوساله بیمار می شود. بدنبال شکایت بیمار، دادگاه پزشک را محکوم می کند.

10 15 ژانویه 26

9

رازداری در کشورهای مختلف:

- ▶ **انگلیس:** تکلیف کلی پزشک بر حفظ اسرار بیمار است و بدون رضایت بیمار (کتبی) حق افشاء ندارد.
- ▶ استثناء در مورد بیماری های واگیردار و شهادت در محاکم تنها بر اساس تصمیم رئیس دادگاه
- ▶ اصول کلی حاکم بر خودداری از افشاء اسرار بیماران در "کدهای اخلاق پزشکی انگلستان"

11 15 ژانویه 26

10

رازداری در کشورهای مختلف:

- ▶ **استرالیا:** در برخی ایالات، مانند نیوساوت ویلز و تاسمانیا افشاء تماس های جنسی فرد مبتلا به ایدز در شرایط محدودی مجاز اعلام شده است.
- ▶ **دانمارک:** پزشکی که به محکمه احضار گردیده حق دارد از ادای شهادت خودداری کند.
- ▶ **فرانسه:** در ماده 378 قانون مجازات عمومی فرانسه آمده است: پزشکان، جراحان، داروسازان، ماماها و دیگر پرسنل درمانی که در حین انجام وظیفه و به مناسب حرفه شان، اسرار و اطلاعاتی در اختیار آنها قرار گرفته، چنانکه در غیر از مواردی که قانونگذار تصریح نموده یا بدون حکم مراجع ذربیط قانونی، مبادرت به افشاء آن اسرار نمایند به یک تا شش ماه حبس و از 500 تا 15000 فرانک جریمه محکوم می شوند.
- ▶ در برخی کشورها از جمله کشورهای **اسکاندیناوی** مصالح فرد بر مصالح جامعه ترجیح بیشتری دارد در حالیکه در **کشورهای اروپای شرقی** مصالح اجتماعی ارجح و اولی بر منافع افراد و بیماران است.

12 15 ژانویه 26

11

رازداری در کشورهای مختلف:

- ▶ ماده ۶۴۸ بخش تعزیرات قانون مجازات اسلامی مقرر می دارد: «اطباء، جراحان، ماماها، داروفروشان و تمامی کسانی که به مناسبت شغل و حرفه خود محرم اسرار می شوند، هرگاه در غیر از موارد قانونی، اسرار مردم را افشا کنند، به سه ماه و یک روز تا یک سال حبس یا یک میلیون و ۵۰۰ هزار تا ۶ میلیون ریال جزای نقدی محکوم می شوند.»
- ▶ **استثنائات عدم افشاء:**
- ▶ رضایت بیمار، اعلام بیماریهای واگیر، اعلام ولادت و فوت، شهادت نزد محاکم، تصمیم بیمار به ارتکاب جرم، افشاء سر در دفاع از خود و حفظ مصالح مهم دیگران

13 15 ژانویه 26

12

Case Study:

► آقای "جی" ۳۵ ساله است. پیش از این، رابطه جنسی غیرقانونی و غیر متعارف با افراد بی بند و بار داشته است. اگرچه علامتی ندارد، نگران است که نکند دچار بیماری مقاربتی شده باشد و از همین رو به نزد پزشکش آمده است. بعد از انجام معاینه جسمانی دقیق و ارائه مشاوره مناسب، پزشک تعدادی آزمایش را درخواست می کند. نتیجه آزمایش خون، مثبت بودن آقای "جی" از نظر عفونت با HIV است. پزشک پیشنهاد می کند که ملاقاتی با آقای "جی" همسرش داشته باشد تا در ارائه این اطلاعات به همسر آقای "جی" به او کمک کند، اما آقای "جی" اظهار می دارد که نمی خواهد همسرش چیزی درباره این وضعیت بداند.

► **سئوال:** تکلیف یک پزشک در چنین شرایط چیست؟

(نقل مورد از کتاب پزشک و ملاحظات اخلاقی، جلد اول)

15 15 ژانویه 26

14

Case Study:

۱. دختری ۱۵ ساله دیروز از داروخانه، داروی **لئونورژسترول** تهیه می کند. امروز مادر آن دختر به داروخانه مراجعه نموده و اظهار می دارد که این دارو را از زیر تخت دخترش پیدا کرده است. از داروساز می خواهد که در مورد دارو اطلاعات بدهد.

سئوال: آیا این موضوع راز محسوب می شود یا نه؟ رفتار داروساز در هر دو صورت (پاسخ بلی یا نه) چگونه باید باشد؟

۲. بیمار جوانی که دچار سیفلیس شده و قصد دارد با دختری ازدواج نماید؟

سئوال: آیا پزشک و یا داروساز می تواند اطلاعات او را به دختر بدهد؟

۳. پزشک در حین معاینه بیمار خود متوجه می شود که نامبرده در فرماندهی برج مراقبت، مسئولیت مهمی دارد.

سئوال: آیا پزشک می تواند اطلاعات او را فاش کند؟ اگر بلی چگونه؟

14 15 ژانویه 26

13

حقیقت گویی (Truth-telling)

► آیا حقیقت باید گفته شود؟

► اگر پاسخ مثبت است و حقیقت باید گفته شود کدام حقیقت را باید برای بیماران بگوییم؟

► چه میزان از حقیقت باید گفته شود؟

► توسط چه کسی حقیقت باید گفته شود؟

► چگونه می توان حقیقت را بیان نمود؟

► چه زمانی باید حقیقت را گفت؟

► با چه لغاتی میتوان حقیقت را بیان کرد؟

► فاکتورهای تاثیر گذار در حقیقت گویی چیستند؟

► عواقب بیان و یا کتمان و یا عدم بیان حقیقت چیست؟

► در حضور چه کسانی باید حقیقت را به بیمار گفت؟

► آیا خود پزشکان تمام حقایق را در مورد بیماری می دانند؟

17 15 ژانویه 26

16

حقیقت گویی (Truth-telling)

► احترام به اتونومی

► ارتباطات بیمار با حرفه مندان سلامت و اعتمادسازی

► در جوامع غربی اکثریت پزشکان و بیماران تمایل بیشتری دارند تا از بیماری خود آگاهی کامل داشته باشند اما در جوامع شرقی بدلیل محوریت خانه و خانواده اکثر پزشکان تمایل به بیان حقایق به خانواده و اطرافیان بیمار دارند تا اینکه حقایق را برای خود بیمار بیان کنند.

► **حقیقت گویی** یعنی دادن اطلاعات صحیح در مورد بیماری به بیمار می باشد.

► گرچه ممکن است به بیمار دروغ گفته نشود ولی حقایق به طور ماهرانه ای از وی پنهان و یا کتمان گردد و یا احساسات کاذب در وی پدید آورد.

16 15 ژانویه 26

15

دیدگاه های فلسفی:

- **ارسطو** در اخلاق نیکوماخوس دروغ را مطلقاً جایز نمی داند.
- اما **افلاطون** دروغ را برای پزشکان و رجال سیاسی به منظور بهبودی بیماران و رفاه و سعادت عمومی جامعه جایز می داند.
- **افلاطون**: در دستان طبیب، گفتن حقیقت به عنوان یک دارو است که پزشک با توجه به اثرات آن تصمیم می گیرد تجویز کند یا خیر؟
- **اگوستین و توماس اکوئیناس** از مدافعان عدم جواز دروغگویی به طور مطلق بودند.
- **کانت** نیز بر این اعتقاد بود که "چنان عمل کن که گویی بناست آئین رفتار تو به اراده تو یکی از قوانین عام طبیعت شود"
- **کنستان** معتقد بود که به طور مطلق نمی توان عدم جواز دروغ گویی را صادر کرد به دلیل آنکه در بعضی موقعیت ها حقیقت گویی موجب پیامد ناخوشایندی خواهدشد

17

ماده ۵۳۹ قانون مجازات اسلامی کتاب پنجم قانون مجازات اسلامی (تعزیرات و مجازات های بازدارنده):
هر گاه طبیب تصدیق نامه بر خلاف واقع درباره شخصی برای معافیت از خدمت در ادارات رسمی یا نظام وظیفه یا برای تقدیم به مراجع قضایی بدهد به حبس از شش ماه تا دو سال یا به سه تا دوازده میلیون ریال جزای نقدی محکوم خواهد شد و هر گاه تصدیق نامه مزبور به واسطه اخذ مال یا وجهی انجام گرفته علاوه بر استرداد و ضبط آن به عنوان جریمه، به مجازات مقرر برای رشوه گیرنده محکوم میگردد.

19 15 زانویه 26

18

نحوه حقیقت گویی:

- «به دکتر اُنیل مراجعه می کنیم تا او، شما را به یک خانه سالمندان بفرستد».
- «به دکتر اُنیل مراجعه می کنیم تا شانس در خانه ماندنتان را به حداکثر برسانیم. واضح است که در برخی موارد، ممکن است دیگر نگهداری از شما در خانه مقدور نباشد، و شاید نیاز باشد تا ما در آینده گزینه های دیگر را هم مدنظر قرار بدهیم».

20 15 زانویه 26

19

تفاوت در بین این دو عبارت در چیست؟

- عبارت دوم:
- ❑ نیازها و تمایلات بیمار را، نسبت به مراقب و جامعه، در اولویت قرار می دهد.
- ❑ ایده طب سالمندی را بیشتر به عنوان توانمندسازی مطرح می کند تا محدودکنندگی.
- ❑ شیوه ای را اعمال می کند که با دستورالعمل های سازمان بهداشت جهانی و سازمان ملل همراستا است و به پیشگیری، بهبود سلامتی، حفظ سلامتی و تسکین توجه دارد.
- ❑ به نقش طب سالمندی در تغییر دادن ذهنیت های اجتماعی در ارتباط با شرایط ناتوان کننده دوران کهولت توجه دارد.

21 15 زانویه 26

20

► پروتکل حقیقت گویی:

1. زمان مناسب را انتخاب کنید و مطمئن باشید که به فرد مناسبی می گوید.
2. دریابید که بیمار در حال حاضر چه میزان می داند.
3. دریابید که بیمار چقدر می خواهد بداند.
4. اطلاعاتی را که بیمار بدنبالش است را با رعایت نوعی حساسیت و جامع بیان کنید.
5. به احساسات بیمار توجه کنید.
6. برنامه ریزی کنید و پیگیر روند درمان باشید.

22 15 ژانویه 26

اهداف کلی مبحث:

- فراگیران بتوانند:
 ۱. با شیوه های تصمیم گیری اخلاقی آشنا شوند.
 ۲. گام های اصلی در ابزار تحلیل اخلاقی را بیان نمایند.
 ۳. نحوه بکارگیری چهار اصل اخلاقیات زیست پزشکی را بدانند.
 ۴. با استفاده از یک ابزار تحلیل اخلاقی چالش های اخلاقی را تجزیه و تحلیل نمایند.

2

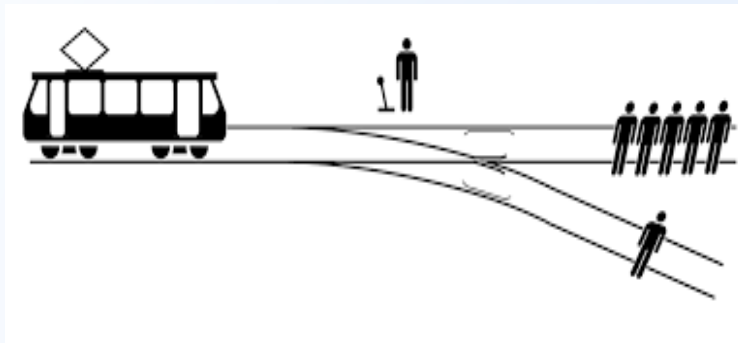


دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی،
درمانی تبریز

ابزار تحلیل اخلاقی

دکتر مهران سیف فرشد

1

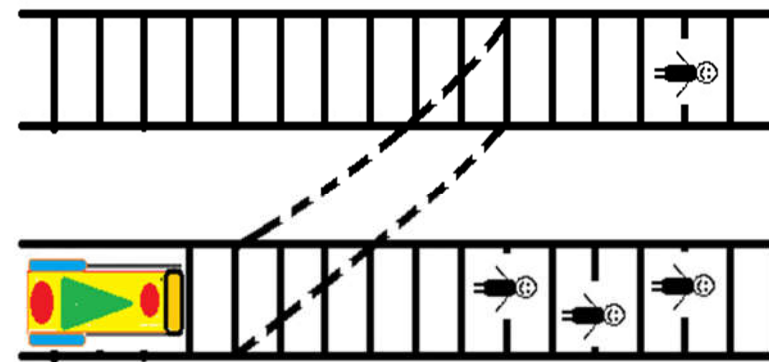


4/15/2025

4

5

Trolley problem



3

مورد دوم:

• خانم ۳۵ ساله با بارداری ۱۴ هفته حاملگی ناخواسته به متخصص زنان مراجعه کرده و به دلیل داشتن نارسایی قلبی و بیان اینکه پزشک متخصص قلب توصیه به عدم بارداری داشته است، تقاضای سقط جنین می کند. تحلیل اخلاقی شما چیست؟

6

مورد اول:

• مورد تاراسوف

5

مورد چهارم:

• بنظر شما پیوند عضو از بیمار مرگ مغزی که بدلیل کانسر پیشرفته دچار اینحالت شده است چه جنبه هایی دارد. تجزیه و تحلیل اخلاقی شما چیست؟

8

مورد سوم:

• پیرمرد ۸۰ ساله ای به دلیل سرطان مغز با کاهش هوشیاری به بیمارستان آورده شده است. تنها رژیم درمانی حاضر شیمی درمانی به همراه رادیوتراپی است. پسر بزرگ بیمار می گوید که پدرش چندین سال قبل در شرایطی که عمویم نیز همچنین حالتی داشت پدرم اظهار کرد که من در چنین شرایط حاضر به درمان حاضر نیستم. تصمیم درمانی شما چه خواهد بود. نظر شما چیست؟

7



Ethical pathway in practice

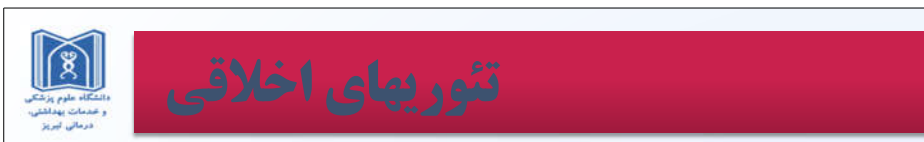
4/15/2025 Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences 11



مورد پنجم:

• زن ۴۵ ساله ای با توده ای در پستان مراجعه می کند. شما با احتمال کانسر پستان بررسی های لازم را انجام می دهید. تشخیص کانسر پستان است. شما چگونه تشخیص را به او می گوید؟

9



تئوریهای اخلاقی

- ۱- اصالت وظیفه (وظیفه گرا)
Deontological Theories
- ۲- اصالت نتیجه (نتیجه گرا)
Consequentialist Theories
- ۳- اخلاق مبتنی بر فضیلت
Virtue Theory
- ۴- اخلاقیات مبتنی بر اصول
Principles Based Theory

4/15/2025 12



1. Bottom-Up Models: Cases AND Analogical Reasoning
 - Case-Based Reasoning
2. Top-Down Models: Theory AND Application
 - moral judgments through a structure of normative precepts that cover the judgments.
 - general theories, principles, and rules
3. REFLECTIVE EQUILIBRIUM As AN INTEGRATED MODEL

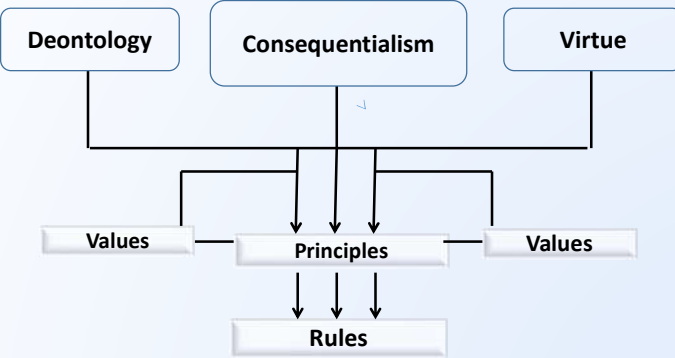
4/15/2025 Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical 12



Ethical Decision-Making Framework

- Assessment**
Make sure you have all the facts about the ethical dilemma
- Alternatives**
Consider your choices
- Analysis**
Identify your candidate decision and test its validity
- Application**
Apply ethical principles to your candidate decision
- Action**
Make a decision

4/15/2025 Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences 14

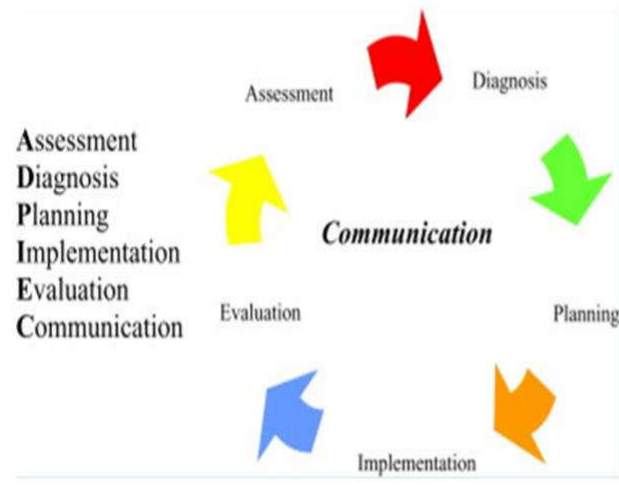
```

graph TD
    Deontology --> Principles
    Consequentialism --> Principles
    Virtue --> Principles
    Values1[Values] --> Principles
    Principles --> Rules
    Values2[Values] --> Principles
  
```

4/15/2025 13 14



مدل C - ADPIE



The diagram illustrates the ADPIE cycle with five steps: Assessment, Diagnosis, Planning, Implementation, and Evaluation. These steps are arranged in a circle, connected by arrows. A central box labeled 'Communication' is connected to all five steps. The steps are color-coded: Assessment (yellow), Diagnosis (red), Planning (green), Implementation (orange), and Evaluation (blue).

4/15/2025 Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences 17



TABLE 1-1. An Approach to Ethical Dilemmas in Clinical Medicine

In plain terms, what is the problem or dilemma?
What are the medical facts and issues?
What are the concerns, values, and preferences of the patient?
What are the concerns, values, and preferences of the physicians?
What are the ethical issues?
What ethical guidelines are at stake?
What practical considerations need to be addressed?

4/15/2025 Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences 16



مراحل تجزیه و تحلیل مسائل اخلاقی

۱. شناخت مسأله
۲. جمع آوری اطلاعات لازم
۳. تهیه لیست انتخابها
۴. تجزیه و تحلیل انتخابها
۵. ارزیابی و اولویت بندی انتخاب
۶. اجرای تصمیم
۷. ارزیابی نتایج اجرا

4/15/2025

Dr.M.Selfhant 18 PhD in Medical

19



6 Steps for Making Ethical Decisions

- 1) Establish the facts in a situation
- 2) Decide whether the situation involves legal or ethical issues
- 3) Identify your options and possible consequences
- 4) Evaluate your options
- 5) Choose the best option
- 6) Implement your decision

4/15/2025

Dr.M.Selfhant 17 PhD in Medical

18



ارزیابی انتخاب

- امکان اظهار آن به عموم یا جمعی به عنوان نماینده‌ی افکار عمومی
- آیا اگر این اقدام به عنوان قانون جهان شمول در تمام جهان جاری شود
- آیا جامعه با ثبات و قابل قبولی خواهیم داشت.
- طرح راه حل با دینفعان و بررسی نظر آنها
- نکاتی که مورد توافق دینفعان است را جمع‌بندی کنید و در مورد
- مسایل مورد اختلاف، بحث کنید تا به راه‌حل **بهتری** که مورد قبول همه
- باشد برسید. آنگاه راه حل جدید را نیز باز از نظر تطابق با ارزش‌های
- اخلاقی و عملکرد صحیح مورد بررسی قرار دهید.

20



تجزیه و تحلیل انتخابها

- چه ارزش‌ها و اصول اخلاق پزشکی در این مسأله مطرح هستند
- بررسی هر انتخاب از نظر تطابق با اصول و ارزش‌ها و عواقب و محدودیت‌های آن
- بهترین راهکار:
- **بیش‌ترین توافق با ارزش‌ها و اصول اخلاقی** داشته و
- **کم‌ترین صدمه برای دینفعان** را در پی دارد.

19

Ethical pathway in practice

Key question:

چه نظام ارزشی زیر بنای اخلاقیات هست؟

Preliminary questions:

۱. هدف کلی اخلاقی است؟
۲. آیا باور غلط یا سوء تفاهم وجود دارد؟
۳. چه کسی و چه چیزی و چگونه درگیر است؟
۴. آیا در حال حاضر راهنمای حرفه ای وجود دارد؟
۵. مبانی فقهی و قانونی وجود دارد؟



مبنای تصمیم گیریهای اخلاقی در طب

- ارزشهای بدیهی حرفه پزشکی
 - اصول اخلاق زیستی
 - سود رسانی
 - عدم اضرار
 - اتونومی
 - عدالت
 - تعهدات حرفه ای طب
 - نوع دوستی
 - مسئولیت پذیری
 - پاسخگویی
 - تعالی حرفه ای (ارتقاء کیفیت خدمات، ارتقاء دسترسی مردم به خدمات، تولید دانش، بازآموزی و ...)
 - صداقت و درستکاری
 - احترام
 - عدالت

Ethical pathway in practice

Further checks:

۱. آیا موضوع باید به کمیته پژوهش یا اخلاق بالینی ارجاع شود؟
۲. آیا تصمیم منجر به یک سابقه خواهد شد؟
۳. آیا بقیه تیم مراقبت از تصمیم اخلاقی راضی هستند؟
۴. آیا کسی با بیمار صحبت کرده است؟

Ethical pathway in practice

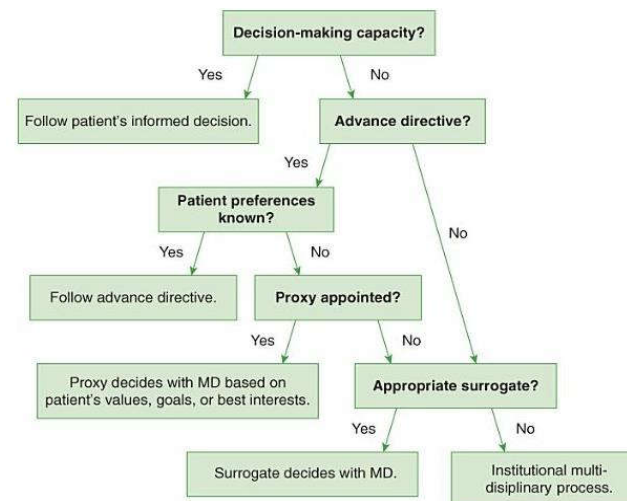
Ethical analysis:

۱. کدامیک از اصول اخلاقی در این موضوع درگیر هستند؟
۲. بین کدامیک از این اصول تعارض وجود دارد؟
۳. آیا تعارض با تغییر روش ها یا تکنیک ها برطرف می شود؟
۴. آیا یک اصل می تواند اولویت داشته باشد؟
۵. پیامدهای احتمالی طولانی مدت دارای بعد اخلاقی چه هستند؟

- Beauchamp and Childress; Principles of Biomedical Ethics; Oxford University Press, 2013
- Alan G. Johnson, Paul R. V. Johnson , Making Sense of Medical Ethics: A Hands-on Guide (A Hodder Arnold Publication) 1st Edition, 2007
- Bernard Lo, Resolving Ethical Dilemmas: A Guide for Clinicians, 6th edition

• پزشک و ملاحظات اخلاقی، دکتر لاریجانی و دکتر آرامش ۱۳۹۲

فلوچارت تصمیم گیری بالینی



Medical Professionalism:

دکتر رسول اسمعلی پور
استادیار گروه اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دانشکده پزشکی
Ph.D اخلاق پزشکی

1

یک جراح ۱۵ سال است که به عنوان پزشک خدمت می کند. یکی از بستگان وی با علائم درد مفصلی تحت حاد از وی درباره بررسی های لازم و اقدامات درمانی سؤال می کند. اطلاعات دکتر در این باره به دوره کارآموزی بخش عفونی بر می گردد.

در مقابل این درخواست چه جوابی باید بدهد؟

2

حرفه (Profession):



3



4

تعهدات حرفه ای (Professionalism):

- ▶ پایبندی به خصوصیات و ارزش های حرفه ای است که ضامن اثربخشی خدمات در جهت بهترین منفعت خدمت گیرنده است.
- ▶ مهارت ها و هنجارهای رفتاری مورد نظر از یک فرد حرفه مند
- ▶ **تعهدات حرفه ای:** جنبه فردی، جنبه جمعی و جنبه سازمانی
- ▶ تعهد حرفه ای احترام و بلکه عشق به حرفه است.
- ▶ **بورד تخصص طب داخلی آمریکا:** خصوصیات و رفتاری که در ارائه خدمت، منافع بیمار بر منافع خود اولویت دارد.
- ▶ **کالج سلطنتی پزشکان انگلیس:** مجموعه ای از خصوصیات، ارزش ها، رفتارها و مهارت های ارتباطی که لازمه اعتماد مردم به پزشکان است.

6



5

تعهدات حرفه ای سبب می شود:

- ▶ فرد از خودانتقادی و خودارزیابی پایدار برخوردار باشد.
- ▶ در تربیت افراد حرفه ای و آموزش و توسعه حرفه کوتاهی نکند.
- ▶ در داوری های خود منصف باشد.
- ▶ هرگز از رشد دیگران و شکوفایی آنان حسرت نخورد و رشک و حسادت نورزد.
- ▶ رقبا را شریک خود در حرفه بداند و رشد آنان را عامل رشد حرفه بداند.
- ▶ کیفیت را فدای منافع شخصی و یا رضایت کارفرما نکند.

7

توزیع جمعیتی حرفه ای ها در حرفه:



8

تعهدات حرفه ای (Professionalism):

▶ پارامترهای حرفه ای: شامل مسائل اخلاقی و قانونی مرتبط با حرفه است.

▶ اخلاق حرفه ای یعنی مسئولیت پذیری در قبال حقوق افراد در محیط ۳۶۰ درجه

▶ مسئولیت حرفه ای ۳۶۰ درجه: آنچه که مسئولیت حرفه ای نامیده می شود. شامل مسئولیت در قبال حرفه و خود و کارفرما و ارباب رجوع و جامعه است.

9

▶ منشور تعهد حرفه ای پزشکی (پروژه تعهد حرفه ای پزشکی):

- (1) تعهد به ارتقاء کیفیت خدمات مراقبت ها
- (2) تعهد به بهبود دسترسی به خدمات
- (3) تعهد به توزیع عادلانه ی منابع محدود
- (4) تعهد به تولید دانش
- (5) تعهد به حفظ اعتماد از طریق مدیریت صحیح تعارضات منافع
- (6) تعهد به مسئولیت پذیری حرفه ای
- (7) تعهد به ارتقاء توانمندی حرفه ای
- (8) تعهد به صداقت با بیماران
- (9) تعهد به رازداری بیمار
- (10) تعهد به حفظ رابطه مناسب با بیماران

American Board of Internal Medicine, American College of Internal Medicine Society, European Federation of Internal Medicine

10

FDI World Dental Federation

Dental Ethics Manual 2

Good Medical Practice:
A Code of Conduct for
Doctors in Australia

Guide to
Good Medical Practice – USA
Version 1.0, September 22, 2008



11

▶ فصل اول: کلیات و جایگاه

▶ فصل دوم: تکالیف عام

▶ فصل سوم: ارائه خدمات استاندارد و باکیفیت

▶ فصل چهارم: اولویت منافع بیمار

▶ فصل پنجم: رعایت انصاف و بی طرفی

▶ فصل ششم: صداقت و درستکاری

▶ فصل هفتم: احترام به حق انتخاب دریافت کنندگان خدمات سلامت

▶ فصل هشتم: رازداری و حریم خصوصی

▶ فصل نهم: مدیریت خطاهای پزشکی

▶ فصل دهم: ارتباط با دیگران

▶ فصل یازدهم: مسئولیت های اجتماعی و سازمانی حرفه مندان

▶ فصل دوازدهم: پوشش حرفه ای در محیط های بالینی

▶ فصل سیزدهم: آموزش و پژوهش های پزشکی

راهنمای عمومی اخلاق حرفه ای

شاغلین حرفه پزشکی و

وابسته های سازمان نظام پزشکی

جمهوری اسلامی ایران

۱۳۹۷

12

الزامات حرفه ای بودن از نظر ABIM

▶ داشتن بالاترین استاندارد عملی و دانش حرفه ای

▶ توجه مداوم به رفاه و خواست بیمار

▶ توان اجابت نیاز بهداشت جامعه

ABIM: American Board of Internal Medicine 2001

13

6 خصوصیت حرفه ای:

(1) نوع دوستی (Altruism)

(2) تعالی شغلی (Excellence)

(3) وظیفه شناسی (Duty)

(4) شرافت و درستکاری (Honor and integrity)

(5) احترام به دیگران (Respect)

(6) عدالت (Justice)

14

مصادیق نوع دوستی (Altruism):

✓ ارجحیت دادن منافع بیمار بر منافع خود

✓ توجه نشان دادن به خواسته های بیمار

✓ صرف وقت و حوصله برای توضیح اطلاعات به بیمار

✓ تلاش برای کاستن از رنج و درد بیمار

✓ دلسوزانه گوش دادن به نگرانی های بیمار

✓ اطمینان از ارائه خدمات مناسب، ایمن و مقرون به صرفه

✓
✓

15

امام صادق (ع): هر صاحب صنعت و حرفه ای برای
مورد توجه واقع شدن به سه خصلت نیاز دارد: ۱. در
کار خود حاذق و ماهر باشد ۲. در آن کار حق امانت
را ادا نماید و ۳. نسبت به مراجعان خوش رو و
مهربان باشد.

16

دو مولفه اصلی حرفه:

▶ اتونومی حرفه ای (Autonomy)

▶ خودتنظیمی حرفه ای (Self-Regulation)

▶ بیانیه مادرید توسط انجمن جهانی پزشکی در 1987 (WMA) ← تحت نام "ضوابط مبتنی بر استانداردهای حرفه ای"

WMA Declaration of Madrid on Professionally-led Regulation

18



17

مورد (صداقت با بیمار):

▶ یک جراح ۱۵ سال است که به عنوان پزشک خدمت می کند. یکی از بستگان وی با علائم درد مفصلی تحت حاد از وی درباره بررسی های لازم و اقدامات درمانی سؤال می کند. اطلاعات دکتر در این باره به دوره کارآموزی بخش عفونی بر می گردد.

▶ در مقابل این درخواست چه جوابی باید بدهد؟

20

تعهدات حرفه ای در ایران:

▶ سوگندنامه ها و پندنامه ها

▶ قدیمی ترین ضوابط حرفه ای: قانون حمورابی حدود 1800 سال قبل از میلاد در شوش

▶ اجازه نامه هایی مبنی بر طبابت افراد مستحق در دوره ساسانیان و عباسی

▶ قبل از دوره مشروطه، ساختار قانونمند بررسی صلاحیت طبابت وجود نداشت.

▶ با شکل گیری مجلس شورای ملی، 10 خرداد 1290 قانون طبابت مشتمل بر 13 ماده به تصویب رسید. (بعد از این تاریخ طبابت با مدرک معتبر پزشکی از داخل و خارج انجام می گرفت)

▶ قانون بهداشت در سال 1329 و ورود واژه "نظام پزشکی"

▶ لایحه نظام پزشکی توسط دکتر عبدالحسین راجی (وزیر بهداشتی) در سال 1338 به مجلس ارائه و در سال 1339 اولین قانون نظام پزشکی تصویب شد.

19

مورد (رعایت رازداری):

► پزشک عمومی مایل است در درمانگاه یک کارخانه مشغول به کار شود. در قرارداد کار قید شده است که موظف است تمام اطلاعاتی که کارفرما در مورد پرونده پزشکی کارکنان از پزشک می خواهد را در اختیار وی قرار دهد و در صورت لزوم تمام آزمون های درخواستی توسط کارفرما را در مورد کارکنان انجام دهد.

► از نظر حرفه ای آیا پزشک مجاز به پذیرش این شروط در قرارداد است؟

► پزشک تا کجا مجاز به پذیرش درخواست های کارفرما است؟

21

مورد (وظیفه شناسی):

► داروسازی در یک شرکت دارویی مشغول بکار است. مطلع می شود یک پارتی بزرگ داروی گران قیمتی قرار است که از مرکز شرکت (تهران) به محل کار ایشان ارسال شود. داروی فوق باید در شرایط یخچالی نگهداری شود. ولی متأسفانه شرکت سهل انگاری کرده و خارج از چرخه سرمایی نگهداری شده است. رئیس شرکت استدلال می کند که این دارو اولاً بسیار گران قیمت است و نباید سرمایه کشور به هدر برود و در ثانی اعتقاد دارند که نگهداری دارو در خارج از چرخه سرمایی هیچ اشکالی ندارد و آسیبی به دارو نمی زند.

► وظیفه حرفه ای داروساز در این شرایط چیست؟ از طرفی نگران جایگاه شغلی بوده و نمی خواهد با شرکت تنش داشته و شغل خود را از دست بدهد و از طرف دیگر نگران عوارض ورود این دارو به چرخه مصرفی است.

22

منشور حقوق بیمار:

► محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است.

► محور دوم: اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

► محور سوم: حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

► محور چهارم: ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.

► محور پنجم: دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

24



23

محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است:

1-1 شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش‌ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.

1-2 بر پایه‌ی صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد.

1-3 فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.

1-4 بر اساس دانش روز باشد.

1-5 مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد.

1-6 توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت‌های درمانی بیماران باشد.

25

محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است:

1-7 مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیشگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد.

1-8 به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت‌های غیر ضروری باشد.

1-9 توجه ویژه‌ای به حقوق گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد.

1-10 در سریعترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد.

1-11 با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد.

26

محور اول: دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است:

1-12 در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تأمین هزینه‌ی آن صورت گیرد. در موارد غیرفوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد.

1-13 در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات مناسب ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد.

1-14 در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع می‌باشد با هدف حفظ آسایش وی ارائه گردد. منظور از آسایش کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار می‌باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد.

1-15 احتضار به وضعیت بیماری غیر قابل علاج و غیر قابل برگشت اطلاق می‌شود که مرگ قریب‌الوقوع اجتناب‌ناپذیر است.

27

محور دوم: اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد

2-1 محتوای اطلاعات باید شامل موارد ذیل باشد :

2-2-1 مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش

2-1-2 ضوابط و هزینه‌های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیر درمانی و ضوابط بیمه و معرفی سیستم‌های حمایتی در زمان پذیرش

2-1-3 نام، مسئولیت و رتبه‌ی حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجوی و ارتباط حرفه‌ای آن‌ها با یکدیگر

2-1-4 روش‌های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش‌آگهی و عوارض آن و نیز کلیه اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار

2-1-5 نحوه‌ی دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان

2-1-6 کلیه اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.

2-1-7 ارائه آموزش‌های ضروری برای استمرار درمان

28

محور دوم: اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد

2-2 نحوه‌ی ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد :

2-2-1 اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های فردی وی از جمله زبان، تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر این‌که:

2-2-2 تأخیر در شروع درمان به واسطه‌ی ارائه‌ی اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد. (در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری، در اولین زمان مناسب باید انجام شود.)

2-2-3 بیمار علی‌رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات، از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر این‌که عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد.

2-2-4 بیمار می‌تواند به کلیه‌ی تصویر اطلاعات ثبت‌شده در پرونده‌ی بالینی خود دسترسی داشته باشد و آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

29

محور سوم: حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

3-1 محدوده انتخاب و تصمیم‌گیری درباره موارد ذیل می‌باشد:

3-1-1 انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌کننده‌ی خدمات سلامت در چارچوب ضوابط

3-1-2 انتخاب و نظر خواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور

3-1-3 شرکت یا عدم شرکت در پژوهش‌های زیستی با اطمینان از اینکه تصمیم‌گیری وی تأثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت ندارد.

3-1-4 قبول یا رد درمان‌های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد.

3-1-5 اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری می‌باشد ثبت و به‌عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مد نظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.

30

محور سوم: حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود.

3-2 شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری شامل موارد ذیل می‌باشد:

3-2-1 انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد.

3-2-2 پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار جهت تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود.

31

محور چهارم: ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد.

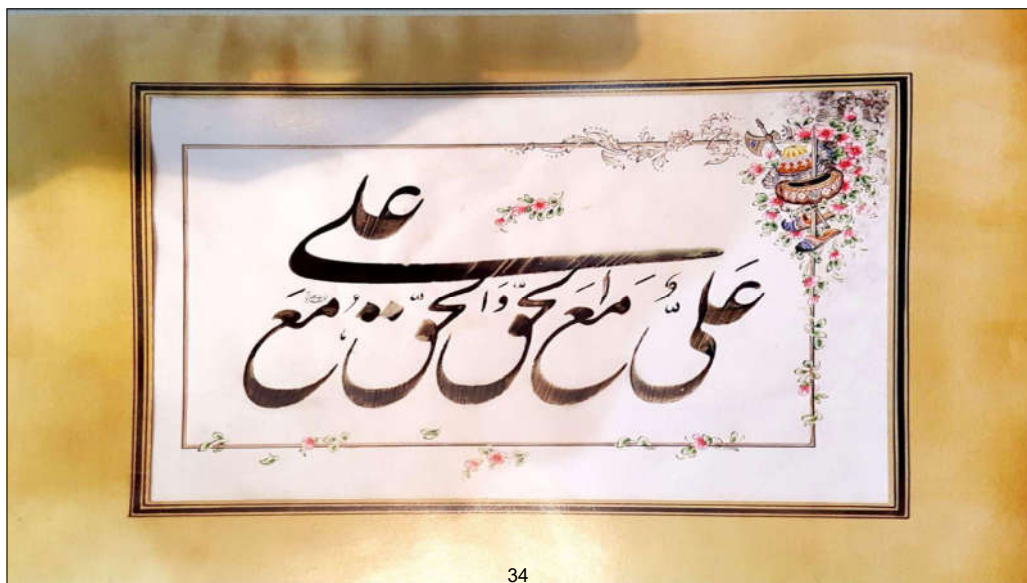
4-1 رعایت اصل رازداری راجع به کلیه‌ی اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد.

4-2 در کلیه‌ی مراحل مراقبت اعم از تشخیصی و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است بدین منظور کلیه‌ی امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد.

4-3 فقط بیمار و گروه درمانی و افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می‌شوند می‌توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.

4-4 بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک می‌باشد مگر اینکه این امر بر خلاف ضرورت‌های پزشکی باشد.

32



34

محور پنجم: دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

5-1 هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت نماید.

5-2 بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایت خود آگاه شوند.

5-3 خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات مطابق مقررات در کوتاه ترین زمان ممکن جبران شود.

در اجرای مفاد این منشور در صورتی که بیمار به هر دلیلی فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد، اعمال کلیه حقوق بیمار- مذکور در این منشور- بر عهده تصمیم‌گیرنده قانونی جایگزین خواهد بود. البته چنانچه تصمیم‌گیرنده جایگزین برخلاف نظر پزشک، مانع درمان بیمار شود، پزشک می‌تواند از طریق مراجع ذیربط درخواست تجدید نظر در تصمیم‌گیری را بنماید.

چنانچه بیماری که فاقد ظرفیت کافی برای تصمیم‌گیری است، اما میتواند در بخشی از روند درمان معقولانه تصمیم بگیرد، باید تصمیم او محترم شمرده شود.

33

The dentist-patient relationship

May be defined as **the psychological relations between the dentist and patient**. A patient-centered approach to risk management will do much to strengthen the quality of the dentist-patient relationship and vice-versa.

[6: Dentist-Patient Relationship | Pocket Dentistry](https://pocketdentistry.com/6-dentist-patient-relationship)
<https://pocketdentistry.com/6-dentist-patient-relationship>

2

DENTIST PATIENT RELATIONSHIP



1

- ✗ Professionalism is a belief system in which group members (“professionals”) declare (“profess”) to each other and the public the shared competency standards and ethical values they promise to uphold in their work and what the public and individual patients can and should expect from medical professionals

ENTERING A PROFESSION

Must meet a higher standard than the general public

4

Professionalism in Dentistry



3

PROFESSIONALISM VERSUS BUSINESS

Parameter of Comparison	Business	Profession
Definition	It is a type of economic activity in which a person produces and sells articles with the only purpose of making profits.	A profession is concerned with providing services that require a person to have a certain qualification in a particular niche in order to successfully do that.
Purpose	The main goal here is to make money.	In profession, the purpose is to provide services.
Qualification	No qualification is required. You are just required to produce, buy, and sell items in order to earn.	Qualification is required. It is mandatory that you have expertise in the area you are providing your services in.
Involvement of risk	The risk factor is quite high here.	There is almost no risk factor.
Advertisement	Businesses use advertisements to boost their sales.	Advertisement isn't allowed because of the professional code of conduct.

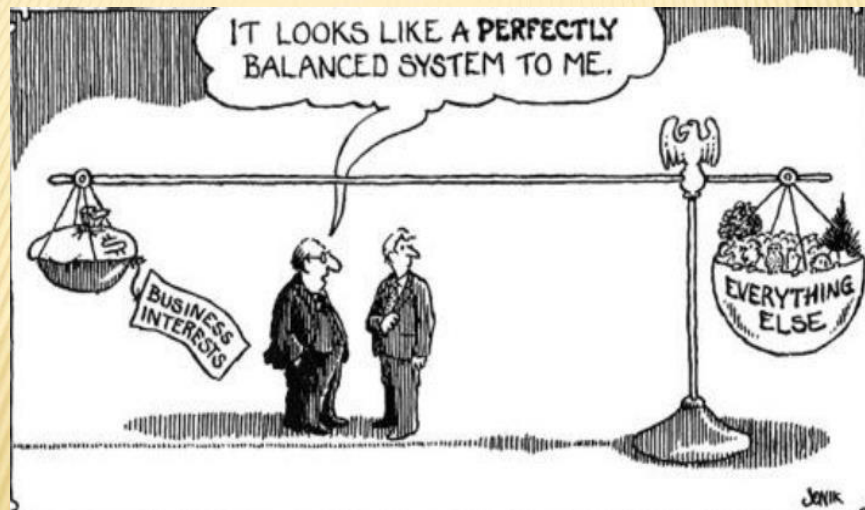
6

everything related to dentistry should be included among the rights and duties of medicine because the dentist treats patients and not only teeth.

The dental profession has a special trust in the community, and the best dentist-patient relationship should be based on that **trust, honesty, providing high-quality and appropriate treatment, and keeping the patient safe and healthy.**

[Ethical relationship in the dentist-patient interaction - PubMed
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/...](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/...)

5



8

FURTHERMORE

✗ Measurement of Efficiency:

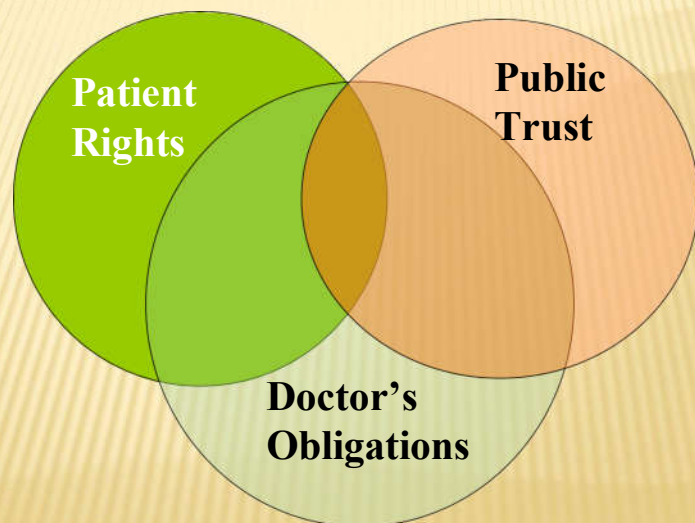
The efficiency of business can be measured to see its profitability.

✗ Secrecy:

The secrecy of customer's dealings is not necessary in the business.

7

Professionalism is the basis of
medicine's contract with society



10

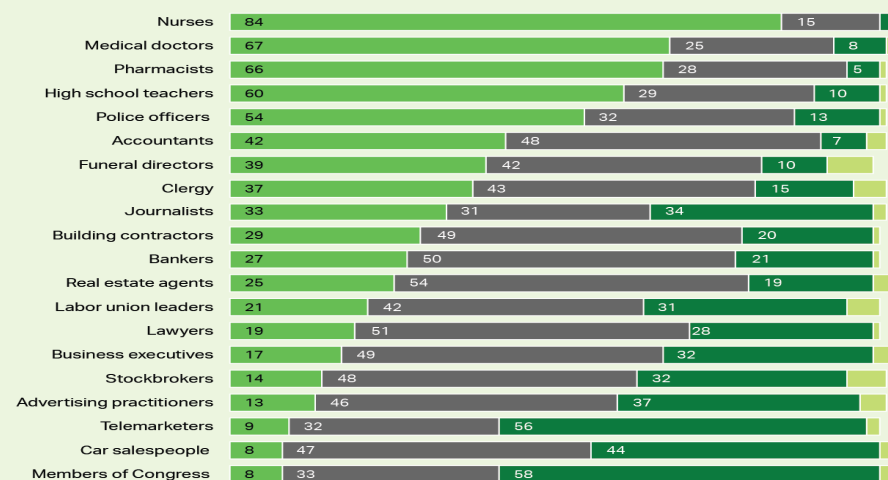
PROFESSIONALISM

- ✗ Professionalism is the basis of dentist's contract with society
- ✗ Professionalism demands placing the interests of patients above those of the dentist.
- ✗ Professionalism demands setting and maintaining standards of competence and integrity

9

Please tell me how you would rate the honesty and ethical standards of people in these different fields -- very high, high, average, low or very low?

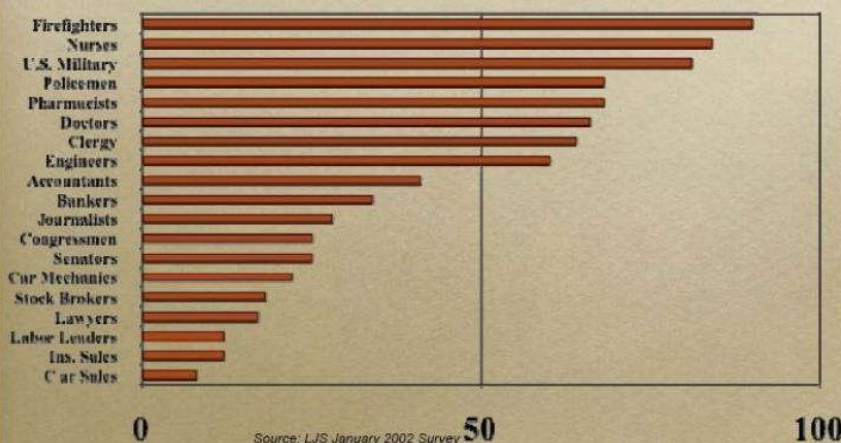
■ % Very high/High ■ % Average ■ % Low/Very low ■ % No opinion



GALLUP, DEC. 3-12, 2018

12

Gallop's "Honesty and Ethics" Poll November 2001
Percent Who Say They are "Extremely"/ Very
Confident in:



Source: LJS January 2002 Survey
An ABA Commissioned Survey

11

Gallup poll: Dentists rank well on honesty, ethics

A Gallup Poll on honesty and ethical standards has ranked dentists fifth on a list of 22 professions.

Topping the list was nurses (85%), followed by pharmacists (75%), physicians (70%), engineers (70%), and **dentists (62%**, same as in 2006). The lowest ranked professions were members of Congress (only 10% rated their ethics and honesty as very high or high) and car salespeople (8%).

[DrBicuspid.com](https://www.drbcuspid.com) staff writers

Dec 10, 2012

<https://www.drbcuspid.com/dental-education/article>

14

Recent Changes in Americans' High Ratings of Professions, 2021 to 2024

% Rating honesty and ethics very high or high

	Dec 1-16, 2021 %	Dec 2-18, 2024 %	Change pct. pts.
Medical doctors	67	53	-14
Judges	38	28	-10
Police officers	53	44	-9
Day care providers	50	42	-8
Pharmacists	63	57	-6
Clergy	36	30	-6
Nursing home operators	27	21	-6
Nurses	81	76	-5
Bankers	27	23	-4
Grade-school teachers	64	61	-3
Business executives	15	12	-3
Advertising practitioners	11	8	-3
Military officers	61	59	-2
Funeral directors [^]	39	37	-2
Auto mechanics	35	33	-2
Local officeholders	22	20	-2
Lawyers	19	17	-2
TV Reporters	14	13	-1
Members of Congress	9	8	-1
Car salespeople	8	7	-1
Lobbyists	5	4	-1
Newspaper reporters	17	17	0
State officeholders	12	14	2

[^] Trend figure for funeral directors is from 2018.

13

GALLUP

تعارض منافع



"تصمیم حرفه ای در مورد یک هدف اولیه تحت تاثیر یک منفعت ثانویه قرار گیرد."

16

PROFESSIONAL RESPONSIBILITIES

- ✗ Commitment to maintaining trust by managing conflicts of interest
 - + Dentists have an obligation to recognize, disclose to the general public and deal with conflicts of interest that arise in the course of their professional duties and activities.

15

FEE SPLITTING IN MEDICINE AND HEALTHCARE

- ✘ This is essentially the payment of a commission to the referrer with the express intention of ensuring that the referring doctor directs referrals of patients to the payee.
- ✘ In most parts of the world, the practice is considered unethical and unacceptable, hence fee splitting is often covert.

18



The referral management service exists to ensure that patients are seen in the most appropriate settings for their care needs.

[Patient Choice - Dental Referrals](https://dental-referrals.org/patients/patient-choice)
<https://dental-referrals.org/patients/patient-choice>



SELF REFERRAL

The **referral** of a patient to a specialized medical facility (such as a medical imaging center) in which the **referring** physician has a financial interest.

17

What is important when building up a relationship with patients?

- **Showing respect and caring.**
- Being compassionate,
- Spending appropriate time with patients,
- Demonstrating active listening
- Helping to advise and resolve the patient's problems

These will all contribute to building a trusting, respectful relationship.

[How to build and maintain trust with patients - The Pharmaceutical Journal](https://pharmaceutical-journal.com/article/how-to-build-trust-with-patients)
<https://pharmaceutical-journal.com/article/how-to-build-trust-with-patients>

20

Why is it important to build relationships with patients?

A strong patient-provider relationship:

- **facilitates cooperation and provides greater opportunities to learn about a patient's unique health needs.**
- **This enables providers to better connect patients with the treatments and resources to improve overall health.**

[4 Reasons Why Relationship-Building is Essential ...](https://www.mercuryhealthcare.com/blog/relationship-building-is-essential)
<https://www.mercuryhealthcare.com/blog/relationship-building-is-essential>

19

What attitude should a dentist have?

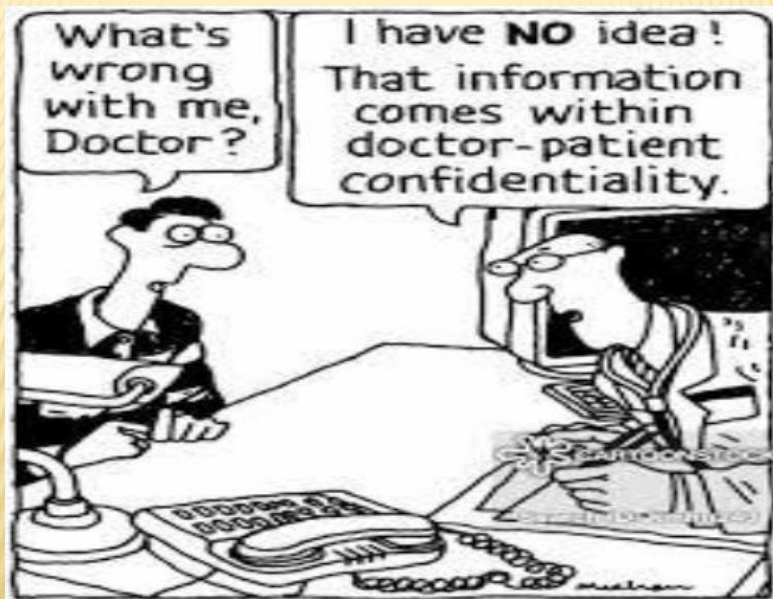
- **Caring and concerned about how the patient feels during procedures.**
- Because dentists work in a very small and sensitive space of the body, a good dentist communicates with the patient during every step of a procedure, making sure they are okay and not in too much pain.

[Common personality traits - American Dental Education Association
https://www.adea.org/is_dentistry_right_for_me/Com](https://www.adea.org/is_dentistry_right_for_me/Com)

22

- The patient has the right to be fully and adequately informed, as well as to participate in decisions about treatment.
- The dentist has a duty to put the patient first and treat her with her wishes in mind as long as these expectations are within the limits of accepted treatment.
- The dentist must provide dental care without discrimination or prejudice.

21



24

some examples of ethical dilemmas in dentistry

- Breaches of confidentiality.
- Failure to disclose dental mistakes.
- Over treatment and poor quality dental treatment.
- Deceptive dental marketing and advertisements.
- Challenges with capacity and informed consent
- Conflict or unethical behavior among clinicians

[Common Ethical Problems and Dilemmas - Ethics in Dentistry: Part III
https://www.dentalcare.com/en-u](https://www.dentalcare.com/en-u)

23

➤ **The relationship between dentist and patient is based on a dynamic interplay between two individuals**

- Between whom there may exist perceived status inequalities.
- According to Ruth Freeman, "The development of the status differential is associated with the professional and lay aspects of the dentist-patient interaction
- Is exacerbated by the tendency for the patient to perceive the practitioner as an adult figure and to feel like the child (s)he was".
- The challenge for dentists is to foster an adult-to-adult relationship with their patients.

26

The First Encounter

- *Introduce yourself by name.*
- *Use pleasing facial gestures.*
- *Make eye contact.*
- *Use a positive opening phrase.*
- *Use the patient's name.*
- *Open discussion with a question.*
- *Listen when the patient speaks – look at the patient.*
- *Provide an explanation before performing examination.*

25

Positive Behavioural Elements (According to Patients) in the Dentist-Patient Relationship

- *Made me feel welcome.*
- *Was polite to me during my visit.*
- *Used words that were understandable in talking about my dental care.*
- *Encouraged me to ask questions about my treatment.*
- *Told me what he was going to do before starting to work.*
- *Showed that he paid attention to what I said.*
- *Showed that he took seriously what I had to say.*
- *Told me to be calm or to relax.*
- *Made sure I was numb before working on me.*
- *Warned me when he felt the procedure might hurt.*

28

Positive Behavioural Elements

In one study, patients identified a number of positive behavioural factors that helped to foster good dentist-patient relationships.

- Results are shown in the coming slides

27

REFERENCES

- ✕ ABIM foundation, ACP foundation, European Federation of IM
- ✕ [Manuel Vallejo, Embracing the Profession of Medicine PowerPoint Presentation - West Virginia University School of Medicine.hsc.wvu.](#)
- ✕ [Difference Between Business and Profession \(With Table\)](#)
askanydifference.com › Education

Positive Behavioural Elements CONT ...

- *Showed that he knew what I was feeling.*
- *Worked quickly but didn't rush.*
- *Reassured me during the procedure.*
- *Asked during the procedure if I was having any discomfort.*
- *Had a calm manner.*
- *Asked during the procedure if I was concerned or nervous.*
- *Gave me a step-by-step explanation of what he was doing as he did it.*
- *Was patient with me.*
- *Carried on casual conversation and small talk.*
- *Let me know that he'd do everything he could to prevent pain.*
- *Gave me moral support during the procedure.*
- *Smiled.*



اخلاق در پژوهش

2

علل توجه ویژه به
اخلاق در پژوهش
در قرن اخیر

3

2

تاریخچه برخی مسائل اخلاقی در تحقیقات

مرگ بسیاری از دوقلوها برای بررسی اثرات ژنتیک
تلاش آمریکاییها برای کشف واکسن شیگلا و استفاده از آن در افراد عقب افتاده
مرگ 700 نفر از ژاپنیها برای تلاش پژوهشگران ژاپنی در مورد بیماری طاعون
بررسی تاسکجی (*Tuskegee*) بر روی سیاهپوستان در مورد سیر سیفلیس (مسئله فریب، نژادپرستانه بودن، عدم درمان با وجود درمان)

4

Dark History

- **Tuskegee Syphilis Experiment**
 - 1932-1972; Tuskegee, Alabama
 - Natural history of “untreated” syphilis
- **Subsequent Nuremberg Trials:**
 - 1946-1949; Nuremberg, Germany
 - 12 trials, criminals of World War II
 - The Doctors’ Trial: 23 involved in unethical experimentation on POW

3

تاریخچه برخی مسائل اخلاقی در تحقیقات

- مسائل اردوگاههای آلمانها در سال 1945 – 1943 (واکسن تیفوس و مرگ 1000 نفر)
- تزریق خون آلوده در مؤسسه روبرت کخ به 40 نفر
- انتقال پشه‌های آنوفل از مردابها به اردوگاهها برای آزمایش بیماری مالاریا
- وارد کردن سنگ و شیشه به زخمها و جراحات ایجاد شده برای بررسی اثر سولفامید



The Nuremberg Code

- Voluntary informed consent
- Likelihood of some good resulting
- Based on prior research (animal models)
- Avoidance of physical or psychological injury or harm
- Benefits should outweigh risks
- Proper experience of researcher
- Right to withdraw consent
- Research must stop if harm is resulting

5

“Beginning in the 1930s, 399 men signed up with the *U.S. Public Health Service* for free medical care. The service was conducting a study on the effects of syphilis on the human body. The men were never told they had syphilis. They were told they had "bad blood" and were denied access to treatment, even for years after penicillin came into use in 1947. By the time the study was exposed in 1972, 28 men had died of syphilis, 100 others were dead of related complications, at least 40 wives had been infected and 19 children had contracted the disease at birth.”

8



7

The Nuremberg Code (1947)

Basic principles

- **Informed consent** is absolutely essential
- **Qualified** researchers use appropriate research designs
- Favorable **risk/benefit ratio**
- Participant must be **free to stop** at any time

10

11



9

The Declaration of Helsinki (1964)

- “The **well-being of the subject** should take precedence over the interests of science and society”
- **Consent should be in writing**
- Use caution if participant is in dependent relationship with researcher
- Limited use of **placebo**
- Greater access to benefit

12

13

Declaration of Helsinki

WMA.net

11

The Belmont Report (1979)

Basic principles

■ 3 Guiding Principles for Federal Regulations:

- Respect/Autonomy
- Beneficence
- Justice

■ 3 Applications:

- Informed Consent
- Risk/Benefit Analysis
- Subject Selection

15

Development of Helsinki Declaration

the 18th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, June 1964,

The 29th WMA General Assembly, Tokyo, Japan, October 1975

The 35th WMA General Assembly, Venice, Italy, October 1983

The 41st WMA General Assembly, Hong Kong, September 1989

The 48th WMA General Assembly, Somerset West, Republic of South Africa, October 1996

The 52nd WMA General Assembly, Edinburgh, Scotland, October 2000

Note of Clarification on Paragraph 29 added by the WMA General Assembly, Washington 2002

Note of Clarification on Paragraph 30 added by the WMA General Assembly, Tokyo 2004

Sixth revision, 59th Meeting, Seoul 2008

Seventh revision, Fortaleza, Brazil 2013

توسعه اخلاق در پژوهش در ایران

توجه ویژه به مقوله اخلاق در پزشکی از سال

1373

تشکیل کمیته ملی تحقیقات در پزشکی (1377)

تشکیل کمیته‌های منطقه‌ای اخلاق در تحقیقات

در دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز تحقیقاتی

(1378)

15

1- کسب رضایت آگاهانه در هر بررسی انسانی الزامی می‌باشد و در مورد تحقیقات مداخله‌ای این رضایت باید به شکل کتبی باشد.

2- هیچ توجیهی برای به مخاطره انداختن بی‌مورد یک انسان و یا محدود کردن اختیارات او وجود ندارد.

3- رضایت فرد باید آگاهانه و داوطلبانه باشد. حداقل بودن میزان خطر قابل پیش بینی متوجه شرکت کنندگان باید مورد تأیید قرار بگیرد. رفتارهایی مانند تهدید، وسوسه و یا اجبار موجب ابطال رضایت شرکت کنندگان می‌شود. محقق مسئول و پاسخگوی تبعات ناشی از عدم رعایت شرایط فوق می‌باشد.

4- در تحقیقاتی که محقق مقام بالاتری نسبت به فرد مورد تحقیق داشته باشد، دلایل چنین انتسابات یا انتخاباتی باید توسط کمیته اخلاق مسئول تحقیق تأیید شود، در این موارد شخص ثالث و معتمدی باید رضایت را دریافت کند.

5- در تمام تحقیقات پزشکی اعم از درمانی و غیر درمانی محقق موظف است فرد مورد تحقیق را از طول مدت پژوهش، روش بکار گرفته شده، فواید و زیانهای بالقوه طرح به نحو مناسبی آگاه سازد. محقق همچنین می‌بایست پاسخ قانع کننده‌ای به تمامی سوالات افراد مورد تحقیق بدهد. این موارد باید در رضایت نامه فرد مورد تحقیق منعکس شود.

6- قبل از اینکه هر تحقیق پزشکی شروع شود فعالیتهای مقدماتی جهت به حداقل رساندن زیان محتمل توسط افراد مورد تحقیق و تضمین سلامت آنها باید انجام شود. هر شرکت کننده باید تحت پوشش بیمه شخصی قرار بگیرد. تمامی محققان

ن نیز باید از لحاظ جبران خسارت تحت پوشش بیمه قرار بگیرند.

7- نحوه گزارش نتایج پژوهش باید ضامن حقوق مادی و غیر مادی تمامی افراد و مربوط به تحقیق باشد از جمله خود محقق یا محققان، افراد مورد بررسی و مؤسسه تحقیق کننده.

8- شرکت کننده باید بداند که می‌تواند هر لحظه که بخواهد از بررسی کنار بکشد و باید درباره خطرات و زیانهای بالقوه ناشی از ترک (زودرس) بررسی آگاه و پشتیبانی شود.

9- در مواردی که آگاه کردن فرد مورد تحقیق درباره جنبه‌ای از تحقیق باعث کاهش اعتبار تحقیق باشد. نیاز به اطلاع رسانی و یا افشا ناکامل از طرف محقق باید توسط کمیته مسئول تأیید شود. نمونه مورد بررسی نیز باید آگاه شود که کل خصوصیات تحقیق فقط هنگام تکمیل آن به اطلاعش خواهد رسید.

17

- 10- این محقق است که مسئول مستقیم و موظف به اطلاع رسانی است: اطلاع رسانی از طریق اشخاص ثالث محقق را از این مسئولیت میرا نمی کند.
- 11- ورود شخصی که از خصوصیات تحقیق بی اطلاع است به تحقیق ممنوع می باشد مگر در شرایط خاص.
- 12- در کار آزمایی هایی که نیاز به گروه مورد و شاهد دارد شرکت کنندگان باید آگاه باشند که امکان دارد دل دین بررسی به دنبال تقسیم تصادفی به یکی از دو گروه فوق وارد شوند.
- 13- تحقیق بر روی انسان فقط در صورتی توجیه پذیر است که مزایای آن بیشتر از خطرات بالقوه تحقیق باشد. داوری این امر بر عهده کمیته اخلاق در تحقیقات پزشکی می باشد که با کمک نظارت متخصصین مربوطه به نتیجه در این باب می رسد.
- 14- در تحقیقات غیر درمانی سطح آسیبی که فرد مورد مطالعه در معرض آن قرار می گیرد نباید بیشتر از آن مقدار باشد که به طور عادی در زندگی روزمره خود با آن مواجه می شود.
- 15- قراردادن فرد مورد بررسی در معرض خطر یا زیان و به خاطر سرعت، سهولت کار، راحتی محقق، هزینه پائین تر و یا صرفاً عملی بودن آن به هیچ وجه توجیه پذیر نمی باشد.
- 16- هنگامی که پژوهشی نمونه مورد بررسی خود را در معرض خطرات بالقوه قرار بدهد و افراد حاضر در این نمونه از طبقات اقتصادی - اجتماعی پایین و یا کم سوادتر جامعه هستند، کمیته ذیربط باید اطمینان حاصل کند که این افراد از تبعات کار خود کاملاً آگاه می باشند.
- 17- محقق مسئول حفظ اسرار شرکت کنندگان و اتخاذ تدابیر مناسب برای جلوگیری از انتشار آن می باشد. اگر مانعی در راه انجام این کار موجود است، شرکت کننده باید توسط محقق از این امر مطلع شود.
- 18- در تحقیقاتی که فرد مورد بررسی از ماهیت دارویی که برای وی تجویز شده بی اطلاع است، محقق باید تدابیر لازم جهت کمک رسانی به فرد مورد بررسی در صورت لزوم و در شرایط اضطراری را تدارک ببیند.

18

17

- 19- هر نوع آسیب ناشی از شرکت در تحقیق باید طبق قوانین مصوب جبران خسارت شود.
- 20- روش تحقیق نباید با عرف جامعه در تناقض باشد.
- 21- در مواردی که هیچ روشی نسبت به دیگری از لحاظ فنی مزیت ندارد، این کمیته اخلاق در تحقیقات پزشکی است که روش مورد استفاده و نحوه انتخاب شرکت کنندگان را بخصوص در مواردی شامل زندانیان، اطفال، معلولین ذهنی و بیماران روان پریش مقرر خواهد کرد.
- 22- شرکت زندانیان در تحقیقات بلامانع است مشروط بر اینکه نتایج تحقیق نیز اختصاصاً شامل زندانیان باشد. کسب رضایت کتبی در این مورد لازم است.
- 23- محقق نمی تواند از زندانیان بعنوان "موارد ترجیحی" جهت بررسی خود استفاده کند یعنی صرفاً به خاطر اینکه این افراد همیشه برای این موضوع در دسترس می باشند.
- 24- شرکت افرادی که اختلالات ادراکی داشته و یا از لحاظ قانون شخصاً نمی توانند قراردادی بشوند مربوط به قیم ایشان می باشد که می تواند از جانب این افراد رضایت بدهد. افرادی که در حین تحقیق دچار اختلالات ادراکی و یا حالات روانپزشکی بشوند نیز شامل این اصل می باشند. در مورد آخر رضایت قبلی باطل می شود. در مقابل، هنگامی که طفلی به سن مسئولیت کامل قانونی می رسد خود او باید شخصاً رضایت کتبی جهت شرکت در پژوهش را بدهد.
- 25- انجام تحقیقات غیر درمانی بر روی جنین ممنوع می باشد مگر آنکه چنین تحقیقاتی برای خود جنین و یا مادرش نتایج مثبت و مفیدی داشته باشد. رضایت کتبی باید هم توسط مادر و هم توسط قیم جنین در این چنین مواردی ارائه شود.
- 26- در صورت لزوم، هیچ ممنوعیتی برای انجام تحقیقات بر روی جنین ساقط شده وجود ندارد مشروط بر اینکه قوانین اجرایی ذیربط رعایت شود.

<http://researchvice.tbzmed.ac.ir/AFFAIRMAIN.htm>

19

18

بررسی اخلاقی در پژوهشهای انسانی

20

19

عناصر اصلی بررسی اخلاقی 1. مبانی علمی

- آیا سؤال پژوهش اخلاقی است؟
- آیا پژوهش دانسته‌های جدید و مفیدی برای جامعه بدست خواهد داد؟
- آیا دانش علمی موجود برای پاسخ به سؤال موردنظر کافی نیست؟

21

20

عناصر اصلي بررسي اخلاقي

2. محقق

- آیا پژوهشگر **صلاحیت** لازم برای انجام پژوهش را دارد؟
- آیا علایق و خواسته‌های پژوهشگر با حقوق، سلامت و رفاه سوژه‌ها تعارضی نمی‌یابد؟
- آیا محقق به تمام اطلاعات دسترسی کامل داشته و مجاز به انتشار آنهاست؟
- وظیفه پژوهشگر در اطلاع رسانی چیست؟

22

21

عناصر اصلي بررسي اخلاقي

3. شرکت کنندگان

- آیا نحوه **جمع‌آوری** نمونه‌ها یا جلب شرکت‌کنندگان منصفانه بوده است؟
- آیا حقوق **گروه‌های آسیب‌پذیر** مورد توجه ویژه قرار گرفته است؟
- نسبت **فواید** بالقوه پژوهش با **خطرات** آن معقول بنظر می‌رسد؟
- آیا استانداردهای **رضایت داوطلبانه** و **آگاهانه** لحاظ گردیده است؟
- ²³محافظة لازم در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و حفظ

22

مسئولیت‌های پژوهشگر

محافظت از شرکت کنندگان در تحقیق

- **صحت علمی**
- **اخذ رضایت‌نامه مناسب**
- **رعایت اصل رازداری**

24

23

مسئولیت‌های پژوهشگر (ادامه)

- انجام پژوهش بر اساس **پروتکل ارائه شده**
- پذیرش و اجرای درخواست‌های کمیته اخلاق:
- **گزارش صحیح** تجربیاتی چون؛ عوارض، تخلفات از پروتکل اصلي و شکایات شرکت کنندگان
- **پس از انجام مطالعه:**
- خواسته‌های درازمدت شرکت کنندگان

25

24

مسئولیت‌های پژوهشگر (ادامه)

Researcher's Human Qualities

- Integrity (درستی و راستی)
- Respect (احترام)
- Compassion (شفقت و مهربانی)
- Professionalism (عملکرد حرفه‌ای)
- Courtesy (رفتار مؤدبانه)
- Sensitivity (حساسیت)

26

مسائل کلی اخلاقی در مورد متدولوژی تحقیق

➤ در مرحله برنامه‌ریزی و اجرای تحقیق

- استفاده از جدیدترین روش‌های تحقیق جهت اخذ

نتیجه

- عدم استفاده انحصاری از روش‌هایی که با خواسته‌های

پژوهشگر همسو شود.

27

26

ارزیابی سود و ضرر در متدولوژی

➤ در پژوهش‌های درمانی:

حداقل خطر ممکن عبارت است از مقدار خطری که بیش از خطر حاصل از مراقبت ارائه شده به بیمار قبل از شرکت در کارآزمایی نباشد.

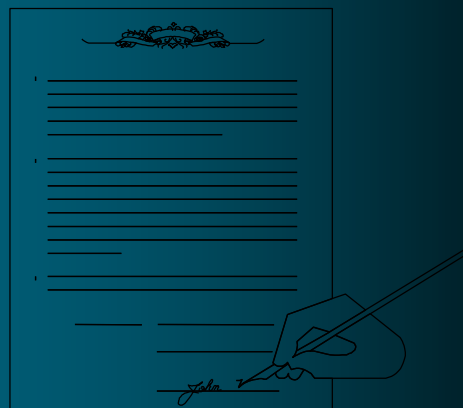
➤ در پژوهش‌های غیر درمانی (علوم پایه):

خطر آسیب یا مرگ نباید بیش از خطر موجود در زندگی روزمره باشد.

28

27

رضایت آگاهانه در متدولوژی



29

28

Consent - General Principles

■ capacity

احراز صلاحیت و **ظرفیت تصمیم گیری** لازم فرد داوطلب برای اخذ رضایت

■ voluntary

خودداری از هرگونه **اجبار یا اعمال فشار** بر شرکت کنندگان

■ specific

تناسب رضایت اخذ شده با نوع تحقیق، فرایندها و پزشکان درگیر

■ informed

29

راهنمای تهیه فرم رضایت آگاهانه در طرح های تحقیقاتی

برگ نخست
حاوی اطلاعات برای مشارکت کننده

تاریخ :
عنوان/موضوع تحقیق :

نوع تحقیق: [مداخله ای / غیر مداخله ای / مصاحبه/ پرسشنامه /...]

آقای / ختم محترم
از شما دعوت می شود در یک مطالعه تحقیقاتی که توسط [دانشگاه علوم پزشکی تبریز] انجام یافته و توسط [مثلاً "سازمان بهداشت جهانی"] تأمین مالی می شود شرکت کنید. پیش از آنکه تصمیم به شرکت یا عدم شرکت بدهید، من تحقیق را بطور خلاصه برای شما توضیح می دهم. چرا این تحقیق صورت می گیرد و این تحقیق مستلزم چه چیزی است. لطفاً در خواندن اطلاعات زیر در مورد تحقیق عجله نکنید و آنها را بدقت بخوانید. هر کجا نیاز به توضیح داشتید سوال فرمایید در باره تصمیم در مورد شرکت یا عدم شرکت خودتان عجله نکنید.
هدف این مطالعه (تحقیق) چیست؟ و چگونه انجام خواهد شد؟ (هدف و روش) [حداکثر 120 کلمه]

چرا من انتخاب شده ام؟ [حداکثر 70 کلمه]

31

30

برگ دوم

رضایت آگاهانه

کد / شماره مطالعاتی:

عنوان تحقیق:

لطفاً علامت گذاری کنید:

1- من تأیید می کنم که برگ اطلاعات مشارکت کننده به تاریخ داده شده که سوالات مورد نظرم را بررسی.

2- من میدانم که شرکت من در این تحقیق داوطلبانه است. من همچنین می دانم که من هر زمانی که بخواهم می توانم از تحقیق کنار بکشم بدون اینکه ملزم به ارائه دلیل باشم.

3- من موافقت می کنم که در مطالعه/تحقیق فوق شرکت نمایم.

نام مشارکت کننده تاریخ امضاء

نام محقق تاریخ امضاء

رونوشت:
مشارکت کنند - محقق

<http://researchvice.tbzmed.ac.ir/AFFAIRMAIN.htm>

32

33

منافع این تحقیق چیست؟ [حداکثر 70 کلمه]

آیا خطر و یا عوارض احتمالی نیز در کار خواهد بود؟ (اگر بلی چه تضمینی داده می شود؟) [حداکثر 70 کلمه]

آیا شرکت من در این مطالعه محرمانه خواهد ماند؟

شرکت شما در این مطالعه و اطلاعات / داده هایی که شما در اختیار من می گذارید، کاملاً "محرمانه باقی خواهد ماند. یک شماره و یا کد شناسایی در طول مطالعه برای هر یک از شرکت کنندگان اختصاص یافته و تمام داده ها ناشناخته باقی خواهند ماند. در مورد داده ها مطابق با قوانین مراقبت از داده ها در ایران که محرمانه بودن آنها را تضمین می کند عمل خواهد شد.

اگر بخواهم شرکت کنم چه کاری باید انجام دهم؟

اگر شما برای شرکت در این مطالعه موافقت کنید، لازم است فرم رضایت آگاهانه را تکمیل نموده و به محقق برگردانید. لطفاً این برگ حاوی اطلاعات را برای خود نگه دارید. اگر تصمیم به شرکت در این تحقیق گرفتید، هر زمانی شما مجاز هستید از این تحقیق کناره گیری کنید بدون اینکه دلیلی برای ما اقامه نمایید.

در این بخش به طور خلاصه توضیحی در مورد نحوه مشارکت و نقش مشارکت کننده در تحقیق داده شود:

اگر شما سوالي دارید و یا اینکه مایل به اطلاعات بیشتری هستید، لطفاً با [نام و نام خانوادگی محقق]: شماره تلفن: E-mail: تماس بگیرید.

با تشکر از وقت شما برای قبول زحمت خواندن این برگ حاوی اطلاعات.

31

32

يك داستان آشنا؟

مؤلفي با استفاده از اطلاعات موجود در بخش مدارك پزشكي يك بیمارستان، در مورد بیماران بخش اطفال كه سه سال پيش از اين بستري بوده‌اند، دست به نگارش مقاله‌اي مي‌زند. او در مقاله‌اش نام بیمارستان و بخش اطفال را كه اطلاعات در آن توليد شده‌اند ذكر مي‌كند. با اينحال جمعي از پزشكان عضو هيأت علمي شاغل در اين بخش كه به تشخيص و درمان بیماران در سه سال پيش پرداخته بودند به اينكه نامشان بعنوان مؤلف آورده نشده است اعتراض مي‌كنند. نظر شما چيست؟

(با كمی تصرف از سرمقاله مجله پژوهنده- آقاي دكتور روشن ضمير)

34

اخلاق در انتشارات پزشکی

34

33

- Authorship credit should be based on
 - 1) substantial contributions to conception and design, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data;
 - 2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content;
 - and 3) final approval of the version to be published.
- Authors should meet conditions 1, 2, and 3.

36

Authorship

“For each individual the privilege of authorship should be based on a significant contribution to the conceptualization, design, execution, and/or interpretation of the research study, as well as a willingness to assume responsibility for the study.”

Guidelines for the Conduct of Research in the Intramural Research Programs at NIH. <http://www.nih.gov/news/irnews/guidelines.htm#anchor128256>

35

Conflicts of interest

- Conflicts of interest comprise those which may not be fully apparent and which may influence the judgment of author, reviewers, and editors.
- They have been described as those which, when revealed later, would make a reasonable reader feel misled or deceived.

38

Authorship (Order)

- Significance depends on field
- "First Author" a coveted position (second author?)
- Complicated by equal collaborations
- Now most commonly:

day to day
responsibility

*Janet DiMarci, Louis Hernandez, Arthur Smith, and
Wen Zhou*

head of lab/PI

37

Redundant publication

- Duplication
- 'Salami slicing'
- NOT previous presentation at a meeting
 - Abstract prepublication
 - Agreed prior electronic publication
 - Translation if original referenced
 - Referenced republished work

40

- They may be personal, commercial, political, academic or financial.
- "Financial" interests may include employment, research funding, stock or share ownership, payment for lectures or travel, consultancies and company support for staff.

39

Non-steroidal anti-inflammatory drugs and the risk of oral cancer: a nested case-control study

J Sudbo, J J Lee, S M Lippman, J Mork, S Sagen, N Flatner, A Ristimäki, A Sudbo, L Mao, X Zhou, W Kildal, J F Evensen, A Reith, A J Dannenberg

Summary

Background Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) seem to prevent several types of cancer, but could increase the risk of cardiovascular complications. We investigated whether use of NSAIDs was associated with a change in the incidence of oral cancer or overall or cardiovascular mortality.

Methods We undertook a nested case-control study to analyse data from a population-based database (Cohort of Norway; CONOR), which consisted of prospectively obtained health data from all regions of Norway. People with oral cancer were identified from the 9241 individuals in CONOR who were at increased risk of oral cancer because of heavy smoking (≥ 15 pack-years), and matched controls were selected from the remaining heavy smokers (who did not have cancer).

Findings We identified and analysed 454 (5%) people with oral cancer (279 men, 175 women, mean [SD] age at diagnosis 63.3 [13.2] years) and 454 matched controls (n=908); 263 (29%) had used NSAIDs, 83 (9%) had used paracetamol (for a minimum of 6 months), and 562 (62%) had used neither drug. NSAID use (but not paracetamol use) was associated with a reduced risk of oral cancer (including in active smokers; hazard ratio 0.47, 95% CI 0.37–0.60, $p < 0.0001$). Smoking cessation also lowered the risk of oral cancer (0.41, 0.32–0.52, $p < 0.0001$). Additionally, long-term use of NSAIDs (but not paracetamol) was associated with an increased risk of cardiovascular-disease-related death (2.06, 1.34–3.18, $p = 0.001$). NSAID use did not significantly reduce overall mortality ($p = 0.17$).

Interpretation Long-term use of NSAIDs is associated with a reduced incidence of oral cancer (including in active smokers), but also with an increased risk of death due to cardiovascular disease. These findings highlight the need for a careful risk-benefit analysis when the long-term use of NSAIDs is considered.

Introduction

Lancet 2005; 366: 1359–66

Published online
October 7, 2005
DOI:10.1016/S0140-6736(05)67488-0

Department of Medical Oncology and Radiotherapy, The Norwegian Radium Hospital, Montebello, 0310 Oslo, Norway (J Sudbo MD); Department of Biostatistics and Applied Mathematics, University of Texas, MD Anderson Cancer Center, Houston, TX, USA (Prof J J Lee PhD, X Zhou MSc); Department of Thoracic/Head and Neck Medical Oncology (Prof S M Lippman MD, Prof L Mao MD) and Department of Clinical Cancer Prevention (Prof S M Lippman), University of Texas, MD Anderson Cancer Center, Houston, TX, USA; The National Hospital and The Norwegian Cancer Registry, Oslo, Norway (J Mork MD); Research Foundation of The

42

What is fraud?

- **Plagiarism: Copying of data or papers**
 - But by how much?
 - Stealing ideas?
- **Redundant publication**
- **Gift authorship.**
- **Not attributing other authors.**
- **Not publishing research**
- **Not disclosing a conflict of interest**

41

43

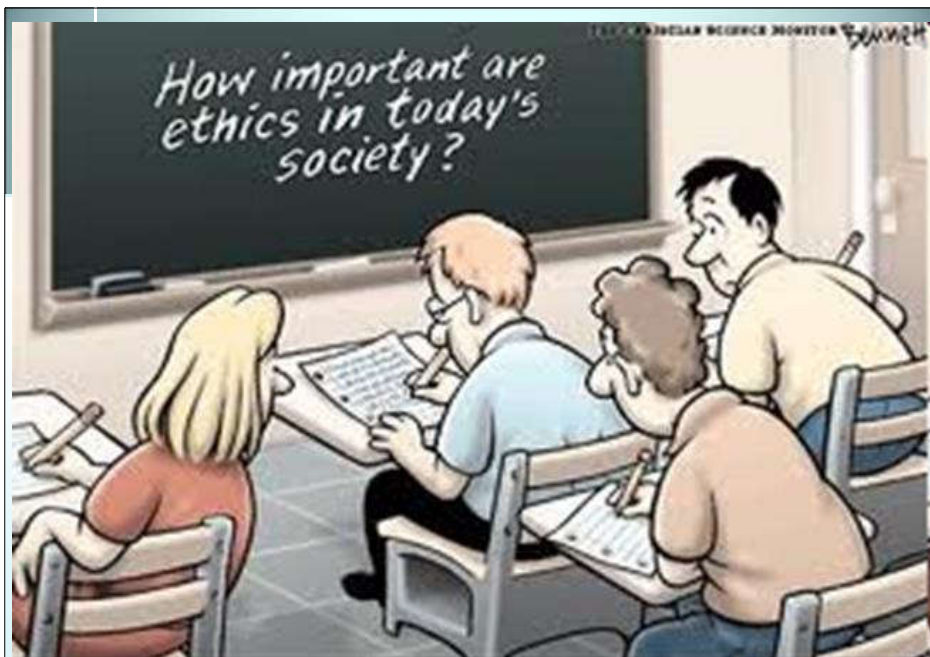
اخلاق در انتشارات پزشکی



اخلاق در انتشارات پزشکی

1

2



4

Publication ethics

- Inappropriate authorship
- Conflict of interest
- Publication bias
- redundant publication
- Research fraud and/or untrue data
- Selective, ambiguous or inaccurate publication
- Plagiarism

3

Authorship ...

- Authorship credit should be based on
 - 1) substantial contributions to conception and design, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data;
 - 2) drafting the article or revising it critically.
 - and 3) final approval of the version to be published.
- Authors should meet conditions 1, 2, and 3
- Gift or guest authorship
- ghost authorship

6

Inappropriate authorship

5

Conflicts of interest

- Conflicts of interest comprise those which may not be fully apparent and which may influence the judgment of author, reviewers, and editors.
- They have been described as those which, when revealed later, would make a reasonable reader feel misled or deceived.

8

Authorship ... Authorship (Order)

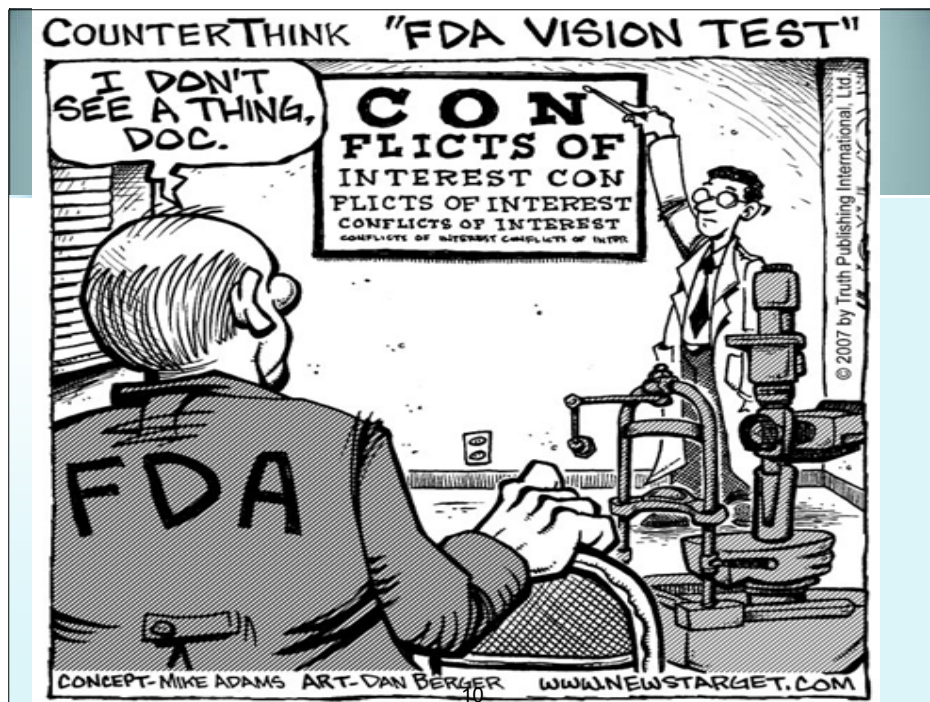
- Significance depends on field
- "First Author" a coveted position (second author?)
- Complicated by equal collaborations
- Now most commonly:

day to day
responsibility

*Janet DiMarci, Louis Hernandez, Arthur Smith, and
Wen Zhou*

head of lab/PI

7



Conflicts of interest ...

- They may be personal, commercial, political, academic or financial.
- "Financial" interests may include employment, research funding, stock or share ownership, payment for lectures or travel, consultancies and company support for staff.

9

Publication bias ...

- Positive trials are more likely to be submitted for publication
- Positive trials are more likely to be published
- Positive trials are more likely to be published quickly
 - Stern and Simes *BMJ* 1997;315:640-645

12

Publication bias

- "Publication bias refers to the greater likelihood that studies with positive results will be published"
- *JAMA* 2002;287:2825-2828

11



Publication bias ...

- A systematic review has shown company sponsored research less likely to be published
- Company sponsored studies more likely to have outcomes favouring the sponsor than studies with other sponsors (OR 4.05: 95% CI 2.98- 5.51)
- **Where are the negative studies?**
- Joel Lexchin, Lisa A **Bero**, Benjamin Djulbegovic, and Otavio Clark
Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review
BMJ, May 2003; 326: 1167 - 1170.

13

- Has its roots in much earlier education process
- One study showed that over 90% of medical students in their second year plagiarized to some extent when asked to write essays on

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov> > NCBI > Literature > PubMed Central (PMC)- 2011

17

16

Redundant publication

- **Overt or covert**
- Duplication
- 'Salami slicing'
 - Abstract prepublication
 - Translation if original referenced

15

- only 15% of the female and 18% of the male students in Isfahan University of Medical Sciences had awareness of

Azizollah Arbabisarjou, Shekoofeh-Sadat Rezazadeh and Hamed Sarani World Journal of Medical Sciences 12 (1): 42-44, 2015

18

AVOIDING PLAGIARISM



17

Paraphrasing

- Be careful about rewriting someone else's words. If your sentences use many of the same words and grammatical structure as the original source, it could be construed as plagiarism. Just put the text in your own words.

20

Direct Quotes

- If you use someone else's writing without putting it in quotes, you have blatantly plagiarized.
- Even if you add the source in your bibliography, it is still plagiarism.

19

Tips for Avoiding Plagiarism

- Always put quotes from text in quotations. Never forget to do this as this is the easiest way to get accused of plagiarism.

22

Original Idea

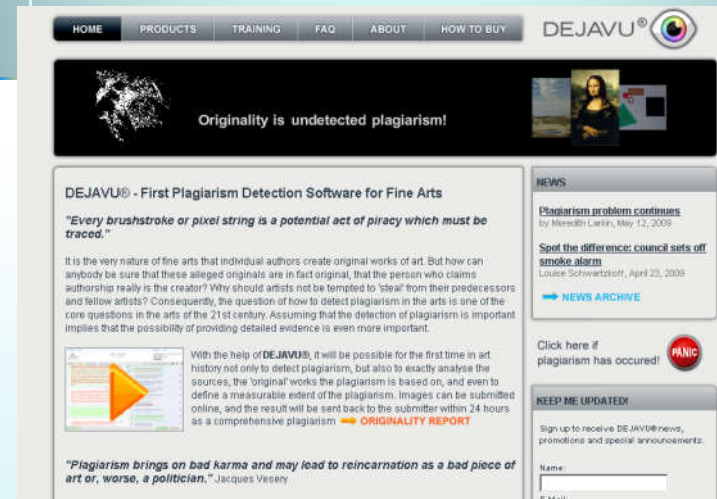
- Give credit to unique ideas others have thought up.
- If you present the ideas of another without crediting them, you have plagiarized them.
- Obvious ideas, like known facts, don't have to be credited.
- When in doubt, attribute.

21

Dr R B Singh & the BMJ

- 9 papers submitted 1992-6: diet & M.I.
- Doubts raised about truth of data
Author stated raw data 'eaten by termites.'
- Institution owned by his relatives
- Indian Council of Medical Research unable to take disciplinary action
- Medical Council of India unable to act
- Story published as BMJ 2005;331:281-8

24



23

Edit View Favorites Tools Help

Back Forward Stop Home Search Favorites Print Mail

Google Search

BBC NEWS LATEST NEWS IN VIDEO AND AUDIO

About the versions | Low graphics | Help | Contact us

Last Updated: Monday, 16 January 2006, 14:22 GMT

E-mail this to a friend | Printable version

Cancer study patients 'made up'

A cancer expert invented patients for a study which concluded taking common painkillers could protect against oral cancer, it is alleged.

Dr Jon Sudbo reportedly made up patients and case histories for the study published in highly-respected Lancet medical journal last October.

Dr Sudbo has not commented publicly on the claims.

But a spokeswoman for Oslo's Norwegian Radium Hospital, where he works, said he had admitted falsifying data.

The revelation comes just days after work published in the journal Science by South Korean cloning expert Hwang Woo-suk was revealed as fabricated.

“This is the worst thing that could happen in a research institution like ours”

Trine Lind

Hospital spokeswoman, Trine Lind said: "We are shocked. This is the worst thing that could happen in a research institution."

SEE ALSO:
Painkillers cut mouth cancer risk
07 Oct 05 | Health

RELATED INTERNET LINKS:
The Lancet
Norwegian Radium Hospital
The BBC is not responsible for the content of external internet sites

TOP HEALTH STORIES NOW
Acupuncture 'deactivates brain'
Killer breast cancer therapy hope
'Bird flu secrecy' angers Turkey
Mobiles 'don't raise cancer risk'
RSS | What is RSS?

Have Your Say
In Pictures
Look at a Glimpse
Country Profiles
In Depth
Programmes
RSS
What is RSS?

SPORT
WEATHER
ON THIS DAY

Non-steroidal anti-inflammatory drugs and the risk of oral cancer: a nested case-control study

J Sudbo, J Lee, S M Lippman, J Mark, S Sagen, N Flatner, A Ristmark, A Sudbo, L Mao, X Zhou, W Kildal, J F Evensen, A Reith, A J Dannenberg

Summary

Background Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) seem to prevent several types of cancer, but could increase the risk of cardiovascular complications. We investigated whether use of NSAIDs was associated with a change in the incidence of oral cancer or overall or cardiovascular mortality.

Methods We undertook a nested case-control study to analyse data from a population-based database (Cohort of Norway; CONOR), which consisted of prospectively obtained health data from all regions of Norway. People with oral cancer were identified from the 9241 individuals in CONOR who were at increased risk of oral cancer because of heavy smoking (≥ 15 pack-years), and matched controls were selected from the remaining heavy smokers (who did not have cancer).

Findings We identified and analysed 454 (5%) people with oral cancer (279 men, 175 women, mean [SD] age at diagnosis 63.3 [13.2] years) and 454 matched controls (n=908); 263 (29%) had used NSAIDs, 83 (9%) had used paracetamol (for a minimum of 6 months), and 562 (62%) had used neither drug. NSAID use (but not paracetamol use) was associated with a reduced risk of oral cancer (including in active smokers; hazard ratio 0.47, 95% CI 0.37–0.60, $p < 0.0001$). Smoking cessation also lowered the risk of oral cancer (0.41, 0.32–0.52, $p < 0.0001$). Additionally, long-term use of NSAIDs (but not paracetamol) was associated with an increased risk of cardiovascular-disease-related death (2.06, 1.34–3.18, $p = 0.001$). NSAID use did not significantly reduce overall mortality ($p = 0.17$).

Interpretation Long-term use of NSAIDs is associated with a reduced incidence of oral cancer (including in active smokers), but also with an increased risk of death due to cardiovascular disease. These findings highlight the need for a careful risk-benefit analysis when the long-term use of NSAIDs is considered.

Introduction

25

Lancet 2005; 366: 1359–66

Published online
October 7, 2005
DOI:10.1016/S0140-6736(05)67488-0

Department of Medical Oncology and Radiotherapy, The Norwegian Radium Hospital, Montebello, 0310 Oslo, Norway (J Sudbo MD); Department of Biostatistics and Applied Mathematics, University of Texas, MD Anderson Cancer Center, Houston, TX, USA (Prof J Lee PhD, X Zhou MSc); Department of Thoracic/Head and Neck Medical Oncology (Prof S M Lippman MD), Department of Clinical Cancer Prevention (Prof S M Lippman), University of Texas, MD Anderson Cancer Center, Houston, TX, USA; The National Hospital and The Norwegian Cancer Registry, Oslo, Norway (J Mark MD); Research Foundation of The

Useful sources of advice

- **COPE** (www.publicationethics.org.uk)
- **WAME** (www.wame.org)
- **CSE** (www.CouncilScienceEditors.org)
- *and your journal's advice to contributors*



Persian-Star.org

- **THE WRITER'S HANDBOOK, AVOIDING PLAGIARISM**

The Writing Center @ THE UNIVERSITY OF WISCONSIN - MADISON

مسئولیت پزشکی و قصور پزشکی

Dr M Seiffarshad
MD-MPH-PhD in Medical Ethics
Tabriz Medical University

7/22/2018



تعریف مسئولیت

واژه مسئولیت مصدر جعلی از مسئول به معنی ضمانت، ضمان، تعهد، مواخذه، مؤظف بودن به انجام کاری، متعهد بودن آمده و آنچه که انسان از وظایف و اعمال و افعال عهده‌دار و مسئول آن باشد.

مسئولیت در اصطلاح فقهای اسلامی به معنی تعهد شخص بر رفع ضرری که به دیگری وارد کرده است، آمده، خواه این ضرر ناشی از تقصیر شخص باشد یا ناشی از فعالیت او و خواه بر نفس انسان باشد یا مال او

تعهد شخص به جبران خسارت وارده به دیگری، خواه این تعهد ناشی از عدم اجرای یک قرارداد باشد خواه ناشی از نقض یک تکلیف قانونی

7/22/2018

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences

4

اهداف آموزشی جلسه

- ۱- مسئولیت پزشکی چیست؟
- ۲- قصور و خطای پزشکی چیست؟
- ۳- انواع قصور پزشکی کدام است؟
- ۴- نحوه رسیدگی به قصور پزشکی چگونه است؟
- ۵- قوانین موجود و حاکم در کشور در زمینه خطاهای پزشکی

7/22/2018

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences

3

انواع مسئولیت

۱. مسئولیت اخلاقی

۲. مسئولیت حقوقی

I. مسئولیت مدنی

II. مسئولیت کیفری

III. مسئولیت انتظامی

7/22/2018

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences

5

مسئولیت پزشکی

برای تحقق مسئولیت پزشکی، سه شرط اساسی لازم است که آنها را عناصر تشکیل دهنده مسئولیت پزشکی می گویند و آن عبارتست:

۱ - خطای پزشکی

۲ - وجود خسارت

۳ - رابطه سببیت

7/22/2018

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences

6

ارکان مسئولیت پزشکی

۱ - خطای پزشکی یا وجود فعل زیانبار

۲ - تحقق خسارت یا ایجاد ضرر

۳ - رابطه سببیت بین خطای پزشکی و خسارت وارده به

بیمار

7/22/2018

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences

7

تقسیم بندی مراحل مختلف اعمال پزشکی

۱ - مرحله معاینه

۲ - مرحله تشخیص

۳ - مرحله درمان

7/22/2018

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences

8

☀️ **قصور به معنای کوتاهی کردن و وا گذاشتن کاری از روی عجز و درماندگی است.**

فردی که مرتکب قصور شده است:

- ۱- باید وظیفه یا مسئولیتی در قبال فرد دیگر داشته باشد.
- ۲- باید در اجرای وظیفه یا مسئولیت فوق، کوتاهی کرده باشد.
- ۳- در نتیجه کوتاهی نمودن در مسئولیتی که نسبت به فرد داشته است، وی دچار آسیب و زیان شده باشد.
- ۴- رابطه علیت بین صدمه ایجاد شده و قصور وجود داشته باشد.



متخصصان پزشکی قانونی، خطای پزشکی را از نظر نوع کار دسته‌بندی کرده‌اند که عبارتست از:

- ۱ - خطای نسخه‌نویسی
- ۲ - خطای تشخیص
- ۳ - خطای رادیولوژی، رادیوتراپی یا فیزیوتراپی
- ۴ - خطای سرایت بیماری‌های واگیردار
- ۵ - خطای جراحی، بیهوشی، زنان و زایمان، ارتوپدی و ...

مصادیق قصور یا خطای پزشکی



- ۱ - بی‌احتیاطی
- ۲ - بی‌مبالاتی
- ۳ - عدم مهارت
- ۴ - عدم رعایت نظامات دولتی

☀️ **در قصور پزشکی:**

- ۱- پزشک یا کادر پزشکی باید مراقبت پزشکی و درمان بیمار را پذیرفته باشد.
- ۲- پزشک یا کادر پزشکی باید اعمالی انجام داده باشد که از نظر معیارهای پزشکی قابل پذیرفتن نمی باشد و یا اعمالی را که بعنوان اقدامات پذیرفته شده پزشکی باید انجام می داد، انجام نداده باشد.
- ۳- در نتیجه فعل یا ترک فعل پزشک یا کادر پزشکی، بیمار متحمل آسیب شده باشد.

بی احتیاطی

پزشک یا کادر پزشکی با انجام اقداماتی در اثر بی توجهی و بی دقتی دچار اشتباه شده است و در نتیجه، بیمار دچار آسیب شده است. به عبارتی دیگر کارهایی انجام داده است که نباید انجام می شد.

منظور از بی احتیاطی آن است که شخص بدون توجه به نتایج عملی که عرفاً قابل پیش بینی است اقدام به عملی نماید که منتهی به قتل یا صدمات بدنی به غیر و یا ضرر بر او شود. مانند عبور راننده از چراغ قرمز. بدین ترتیب بی احتیاطی، نقض نهی قانونگذار است و اساساً کاری است که نباید انجام شود و انجام می شود (فعل مثبت).

7/22/2018

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences

13

مثال:

جا گذاشتن وسایل جراحی یا گاز و امثال آن در داخل شکم بیماری که تحت عمل جراحی قرار گرفته است.

انجام رادیوگرافی زنان حامله اگر ضرورت نداشته باشد.

تجویز دارو یا اشعه با دوز اشتباهی بیش از میزان دوز توصیه شده

اشتباه در اتصال اکسیژن و سایر گازهایی که در اتاق عمل مورد استعمال دارند.

تزریق وریدی دارویی که منع مصرف وریدی دارد.

7/22/2018

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences

۱۴

مثال ۱:

فردی دچار حادثه شده و توسط مسئول اورژانس ویزیت میشود (با این کار وی مسئولیت بیمار را پذیرفته است). مصدوم در اثر افتادن روی دستش از درد مچ دست شاکی است. پزشک یا کادر پزشکی با معاینه بالینی تشخیص ضربدیدگی جزئی گذاشته و با دستور دارویی وی را مرخص میکند. مصدوم بعد از مدتی بعلت استمرار درد و تورم ناحیه مچ دست به طبیب دیگری مراجعه و در رادیوگرافی تشخیص شکستگی داده میشود و علیرغم درمان مقتضی دچار عوارضی (نظیر بدجوش خوردن، استئوآرتریت و ازکارافتادگی) میشود. در این مثال پزشک اورژانس از انجام رادیوگرافی غفلت کرده و مرتکب بی مبالاتی شده است.

7/22/2018

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences

۱۶

بی مبالاتی

پزشک یا کادر پزشکی از انجام اموری که در مواجهه با بیمار، لازم و ضروری بوده، غفلت نموده است.

هر گاه فاعل عمل پیش بینی کند که عمل وی موجب ورود ضرر به غیر می گردد، ولی بی توجهی و سهل انگاری او را به طرف ارتکاب جرم سوق دهد، مرتکب بی مبالاتی شده است. در واقع بی مبالاتی عکس بی احتیاطی است. به عبارتی بی مبالاتی نقض امر قانونگذار است به شکلی که شخص باید کاری را انجام دهد ولی انجام نمی دهد (فعل منفی).

مانند این که پزشک یا پرستاری مبادرت به تزریق پنی سیلین به بیماری نماید که نسبت به این دارو حساسیت دارد و به علت شوک آنافیلاکسی فرد فوت نماید.

7/22/2018

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences

15

مثال ۲:

پزشک جراح روز بعد از عمل جراحی توسط پرستار کشیک، تلفنی از وخیم شدن حال بیمار مطلع شده و به صدور دستورات تلفنی اکتفا کرده و از حضور بر بالین بیمار خودداری میکند. در صورتیکه بدنبال این غفلت پزشک، بیمار دچار عوارض شود و یا فوت کند، پزشک مرتکب بی مبالاتی شده است.

7/22/2018

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences

۱۷

عدم مهارت

- ناتوانی در انجام امور تخصصی که توانایی یا کارایی خاصی لازم دارند.
- عدم مهارت ممکن است ناشی از تازه کاری و کم تجربگی باشد و یا ناشی از عدم بهره وری کافی از دانش پزشکی.
- عدم مهارت ممکن است عملی باشد یا علمی
- عدم مهارت یعنی عدم آشنایی متعارف به اصول و دقایق علمی و فنی کار معین

7/22/2018

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences

18

مثال :

عدم تشخیص صحیح مشکلات موجود در کلیشه های رادیولوژیک، سی تی اسکن یا MRI
عدم مهارت در انجام اقدامات تشخیصی تصویربرداری
عدم بکارگیری تکنیک صحیح در رادیولوژی و تصویربرداری
عدم توانایی مقابله صحیح با عوارض احتمالی قابل پیش بینی
انجام اقداماتی خارج از حیطه تخصصی که منجر به عارضه و آسیب بیمار گردد
انجام جراحی های تخصصی قلب و عروق توسط جراح عمومی
در صورتیکه به علت عدم تبحر کافی منجر به عارضه گردد

7/22/2018

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences

۱۹

عدم رعایت نظامات دولتی

- منظور از نظامات خاص مربوط به صاحبان حرفه های پزشکی و رشته های وابسته است.
- این نظامات شامل، قوانین و آئین نامه های نظام پزشکی و دستورالعملهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بخشنامه های مراکز علمی و درمانی و هر گونه قانون، مصوبه، آئین نامه، بخشنامه و دستورالعملهایی که از طرف قانون گذار یا مقامات صلاحیتدار در امور پزشکی وضع گردیده است.
- عمل نکردن به هر کدام را عدم رعایت نظامات دولتی می گویند.

7/22/2018

Dr.M.Seiffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences

20

مثالهایی از عدم رعایت نظامات دولتی:



عدم پذیرش بیماران اورژانسی
تجویز داروهای ممنوعه
افشای اسرار بیماران (به جز به موجب قانون)
تحمیل مخارج غیر ضروری به بیمار
ایجاد رعب و هراس در بیمار با تشریح غیر واقعی وخامت بیماری
تبلیغات گمراه کننده و....

عدم رعایت نظامات دولتی، علاوه بر **محکومیت کیفری و جبران خسارات** وارده، ممکن است منجر به **محکومیت انتظامی** پزشکان نیز شود.

مواردی از عدم رعایت نظامات دولتی که صرفاً به صورت خطا اتفاق افتاده و موجب ضرر و زیان افراد دیگر نشده باشد، موجب مسئولیت کیفری نخواهد بود.

مراجع ذیصلاح جهت رسیدگی به قصور پزشکی:

الف) **مراجع قضایی** (محاکم دادگستری)

ب) **مراجع انتظامی صنفی** (سازمان نظام پزشکی)

عوامل موثر در طرح شکایت بیمار از پزشکان



- ۱- عوامل رفتاری
- ۲- آگاهی ندادن به بیمار و اطرافیان او درباره عوارض احتمالی و خطرات غیر قابل پیش بینی
- ۳- مسائل مالی و هزینه درمان
- ۴- عامل رشته تخصصی
- ۵- دخالت و تحریک سایر همکاران
- ۶- نگرفتن شرح حال کامل و عدم تکمیل دقیق پرونده قبل از اقدامات درمانی
- ۷- قصور در مراقبتهای بعد از عمل جراحی
- ۸- انتخاب بیمار
- ۹- عدم مطالعه کافی و نداشتن اطلاعات کافی از تازه های پزشکی
- ۱۰- مجهز نبودن مراکز درمانی به وسایل و لوازم ضروری پزشکی
- ۱۱- نقص در مدیریت و عدم استفاده صحیح از نیروی انسانی و لوازم و تجهیزات
- ۱۲- بی توجهی به مسائل فرهنگی، سنن و آداب قبیله ای و اعتقادی

شرایط عدم قصور در امور پزشکی:



- ۱- اقدامات پزشک یا کادر پزشکی قانونی باشد.
 - ۲- قصد درمان داشته باشد (عدم سوء نیت).
 - ۳- اقدامات درمانی، اخلاقی و مشروع باشند.
 - ۴- موازین علم پزشکی رعایت شده باشد.
 - ۵- رضایت و در صورت لزوم برائت نامه اخذ شده باشد.
- اقدامات پزشکی باید مبتنی بر موازین علمی، قانونی و اخلاقی باشند. در غیر این صورت ولو از بیمار رضایت یا برائت نامه هم اخذ شده باشد، باز هم پزشک و کادر پزشکی مسئول خواهند بود.



بناظر داشته باشید!

بیمار اگر آسیب ببیند ممکن است شکایت نکند. ولی اگر آزرده شود، خیلی محتمل است که شکایت نماید.

7/22/2018

Dr.M.Seifarahad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences

۲۵

ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی

ماده ۴۹۵- هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام می دهد موجب تلف یا صدمه بدنی گردد، ضامن دیه است مگر آنکه عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا این که قبل از معالجه برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود و چنانچه أخذ برائت از مریض به دلیل نابالغ یا مجنون بودن او، معتبر نباشد و یا تحصیل برائت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد، برائت از ولی مریض تحصیل می شود.

❖ تبصره ۱- در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل برای وی ضمان وجود ندارد هرچند برائت أخذ نکرده باشد.

❖ تبصره ۲- ولی بیمار اعم از ولی خاص است مانند پدر و ولی عام که مقام رهبری است. در موارد فقدان یا عدم دسترسی به ولی خاص، رئیس قوه قضائیه با استیذان از مقام رهبری و تفویض اختیار به دادستانهای مربوطه به اعطای برائت به طبیب اقدام می نماید.

Dr.M.Seifarahad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences

۲۸

قانون مجازات اسلامی

❖ ماده ۴۹۵

❖ ماده ۴۹۶

❖ ماده ۴۹۷

Dr.M.Seifarahad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences

۲۹

ماده ۴۹۶ قانون مجازات اسلامی

ماده ۴۹۶- پزشک در معالجاتی که دستور انجام آن را به مریض یا پرستار و مانند آن صادر می‌نماید، در صورت تلف یا صدمه بدنی ضامن است مگر آنکه مطابق ماده(۴۹۵) این قانون عمل نماید.

❖ تبصره ۱- در موارد مزبور، هرگاه مریض یا پرستار بدانند که دستور اشتباه است و موجب صدمه و تلف می‌شود و با وجود این به دستور عمل کند، پزشک ضامن نیست بلکه صدمه و خسارت مستند به خود مریض یا پرستار است.

❖ تبصره ۲- در قطع عضو یا جراحات ایجاد شده در معالجات پزشکی طبق ماده(۴۹۵) این قانون عمل می‌شود.

ماده ۴۹۷ قانون مجازات اسلامی

❖ ماده ۴۹۷- در موارد ضروری که تحصیل برائت ممکن نباشد و پزشک برای نجات مریض، طبق مقررات اقدام به معالجه نماید، کسی ضامن تلف یا صدمات وارده نیست.

آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای
شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته

❖ ماده ۲: شاغلان حرفه های پزشکی مکلفند بدون توجه به ملیت، نژاد، مذهب، موقعیت اجتماعی و سیاسی بیماران، حداکثر تلاش ممکن را در حدود وظایف حرفه ای خود بکار ببرند.

آیین نامه انتظامی رسیدگی
به تخلفات صنفی و حرفه ای
شاغلان حرفه های پزشکی و
وابسته

❖ ماده ۵: پزشکان و دندانپزشکان و داروسازان و متخصصان و دکترهای حرفه ای علوم آزمایشگاهی موظف به پذیرش آن تعداد بیمار هستند که بنا به تشخیص سازمان نظام پزشکی، حسب مورد، معاینه دقیق و انجام آزمایشهای آنها در یک زمان مناسب میسر باشد.

ماده ۳: شاغلان حرفه های پزشکی باید طبق موازین علمی، شرعی و قانونی، صنفی و حرفه ای انجام وظیفه کرده و از ارتکاب کارهایی که موجب هتک حرمت جامعه پزشکی می شود خودداری کنند.

❖ ماده ۷: تحمیل مخارج غیر ضروری به بیماران ممنوع است.

❖ ماده ۶: انجام امور خلاف شوون پزشکی توسط شاغلان حرفه های پزشکی ممنوع است.

❖ ماده ۱۲: جذب بیمار از موسسات بهداشتی و درمانی وابسته به دولت و خیریه به مطب شخصی یا بیمارستان، پلی کلینیک، داروخانه و پاراکلینیک خصوصی به منظور استفاده مادی ممنوع است.

❖ ماده ۱۰: شاغلان حرفه های پزشکی مکلفند تعرفه های خدمات درمانی مصوب را رعایت کنند.

❖ ماده ۱۵: انتشار مقالات و گزارشات پزشکی و تشریح مطالب فنی و حرفه ای که جنبه تبلیغاتی گمراه کننده باشند از طریق وسایل تبلیغاتی ممنوع است.

❖ ماده ۱۴: جذب بیمار بصورتیکه مخالف شئون حرفه پزشکی باشد همچنین هر نوع تبلیغ گمراه کننده از طریق رسانه های گروهی و نصب آگهی در اماکن و معابر، خارج از ضوابط نظام پزشکی ممنوع است. تبلیغ تجاری کالاهای پزشکی و دارویی از سوی شاغلان پزشکی، همچنین نصب اعلانات تبلیغی که جنبه تجاری دارند در محل کار آنها مجاز نیست.

آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای
شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته

❖ ماده ۲۳: مشخصات و طرز استعمال
داروهای تجویز شده به بیمار باید توسط
پزشک یا کادر پزشکی با خط خوانا و
انشاء قابل فهم در نسخه قید شود.

Dr.M.Sciffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences

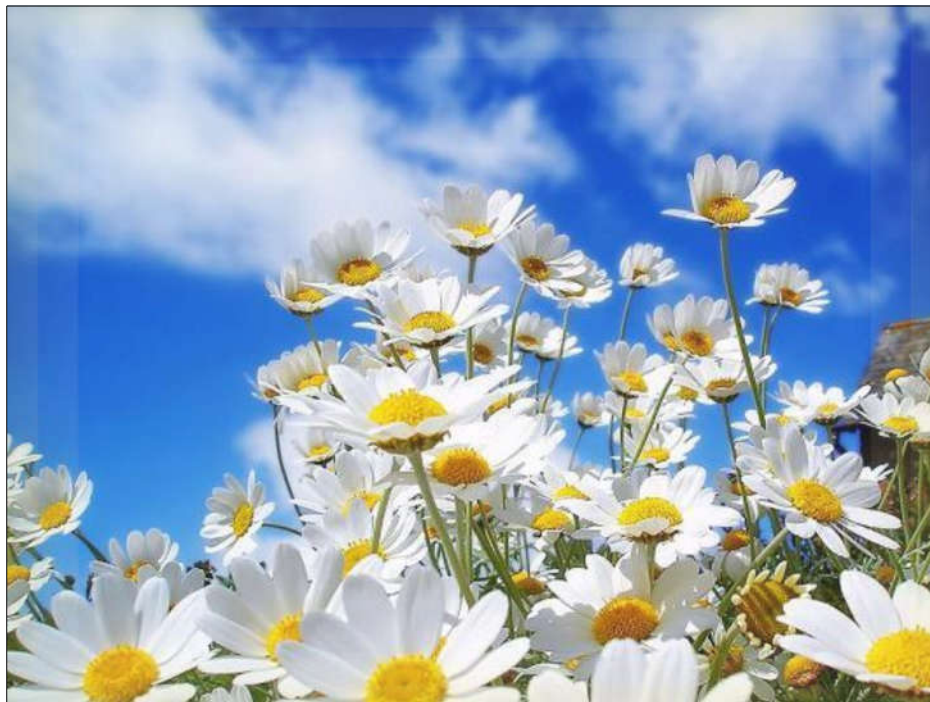
۴۲

آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای
شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته

❖ ماده ۱۶: شاغلان حرفه های پزشکی
نباید از عناوین علمی و تخصصی که به
تایید وزارت بهداشت ، درمان و آموزش
پزشکی نرسیده است ، استفاده کنند.

Dr.M.Sciffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences

۴۱



آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای
شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته

❖ ماده ۲۵: اندازه وسایز مشخصات سرنسخه
ها، تابلوها و چگونگی درج آگهی در رسانه ها
باید طبق نمونه ای باشد که به تصویب شورای
عالی نظام پزشکی می رسد.

Dr.M.Sciffarshad- MD-MPH-PhD in Medical Ethics- Tabriz University of Medical Sciences

۴۳