



مطالعه چالش های اخلاقی و فقهی دارونمایی (پلاسیبو)

دکتر علی تولائی^۱

حمیده افلاطونی^۲

زینب یوسفی راد^۳

چکیده

استفاده از دارونما (placebo)، نوعی روش درمانی است که در آن به جای دارو، ماده‌ای فاقد ضرر، همانند ترکیب آب و شکر یا تزریق مایع نمکی داخل رگ، به بیمار تجویز می‌شود که در واقع تأثیری بر فیزیولوژی بدن بیمار و سلامت وی ندارد، اما این واقعیت به او گفته نمی‌شود، بلکه بیمار گمان می‌کند که توسط دارو تحت درمان است. متخصصان در حوزه روانشناسی و علوم تجربی بر این باورند که ادراک بیمار و باور وی به دارو، سهم مهمی در بهبود حالش دارد. از منظر اخلاق، مطابق نظر نتیجه‌گرایان و به طور خاص سودگرایان اگر استفاده از دارونما به بهبود بیمار کمک کند، درست و اخلاقی است. اما وظیفه‌گرایان، برطبق سوگندنامه بقراط و نیز بر پایه لزوم رعایت اصل صداقت بین پزشک و بیمار، استفاده از دارونما را بر خلاف اصول اخلاقی می‌دانند.

از نظر فقهی نیز استفاده از روش دارونمایی در دو سطح قابل بحث است:

الف. جنبه درمانی؛ در این حالت بر فرض عدم وجود داروهای واقعی، استفاده از دارونما که فاقد خطر است، هر چند به منظور تلقین، بی‌اشکال است.

ب. جنبه آزمایش و پژوهش؛ گاه استفاده از دارونما نه برای درمان بلکه به منظور آزمایشات پزشکی است؛ کشف داروها و روش‌های جدید درمان و یا حتی کاهش هزینه‌های درمان، زمینه‌ای است که محققان را به سمت استفاده از روش دارونمایی سوق می‌دهد و این پرسش را مطرح می‌کند که آیا از نظر اخلاقی و فقهی استفاده از چنین روشی، پسندیده و جایز است؟

کلید واژه‌ها: پلاسیبو، اخلاق، رضایت بیمار، منفعت پزشکی

^۱استادیار دانشکده علوم انسانی دانشگاه یزد tavallaei@yazd.ac.ir

^۲کارشناس ارشد اخلاق، platonic.hamide@gmail.com

^۳کارشناس ارشد فقه و حقوق اسلامی، zyousefirad@yahoo.com



مقدمه

یکی از مسایل جالب در پزشکی که در سده‌های گذشته هم‌چنان مورد غفلت واقع شده و کم‌تر به آن پرداخته شده است، پلاسیبو یا دارونما است. منظور از پاسخ دارونما تغییراتی است که در بیماران، بر اثر پیشنهاد درمان، و نه خود درمان اختصاصی، در جهت کاهش علائم بیماری بروز می‌کند. مطالعه‌ای که هنری بیچر^۴ در سال ۱۹۵۵ با عنوان "دارونمای پر قدرت"^۵ در مجله انجمن پزشکی آمریکا منتشر کرد، اثربخشی دارونما را در ۳۵ درصد موارد نشان می‌داد. علی‌رغم این، در آموزش رسمی پزشکی کم‌تر به این موضوع پرداخته می‌شود و اغلب، اطلاعات پزشکان درباره‌ی پلاسیبو محدود به آن است که پلاسیبو قرص شکر است که در دوران گذشته به بیماران داده می‌شد، و این که در پژوهش‌های بالینی، اثر پلاسیبو می‌تواند تفسیر نتایج بالینی پژوهش را مخدوش کند. درباره‌ی این موضوع فراگیر و مهم، تقریباً چیزی بیش از آن به پزشکان و روانشناسان بالینی آموزش داده نمی‌شود. برخورد پزشکان در مورد این پدیده نیز متفاوت است: گروهی بر آنند که پاسخ پلاسیبو جنبه‌ای اساسی از درمان را تشکیل می‌دهد؛ و گروهی دیگر در مقابل، معتقدند که اثر پلاسیبو یا دارونما یک پدیده‌ی خیالی است و ارزش بررسی علمی ندارد. امروزه از پلاسیبو بیشتر در مطالعات پزشکی استفاده می‌شود: در جایی که می‌خواهند اثر واقعی یک دارو را بررسی کنند، از پلاسیبو برای درمان در گروه کنترل استفاده می‌شود. اما ظاهراً پلاسیبو یا دارو نما دارد مقبولیت بالایی به دست می‌آورد، تا جایی که در دنیای بیرون هم تجویز می‌شود. اثر دارونما امروزه به حدی پذیرفته شده که بسیاری از پزشکان، ترجیح می‌دهند دارو نما تجویز کنند. مطالعات جدید نشان می‌دهند که در کشورهای آلمان و سوئیس، بیش از نیمی از پزشکان ترجیح می‌دهند که در موارد خفیف، به جای دارو، دارو نما تجویز کنند. البته کشورهایی هم وجود دارند که تجویز دارونما را نمی‌پسندند، مثلاً در انگلستان، استفاده از این درمان‌ها مردود است.

تعریف دارونما

کارگروه مشورتی Tri دپارتمان اعصاب و روان کانادا پلاسیبو را اینگونه تعریف میکند: "یک ماده به لحاظ شیمیایی بی اثر که در قالب دارو ارائه میشود، بخاطر تاثیری که از لحاظ روانشناسی دارد." درآزمونهای کلینیکی کنترل شده به کار می‌رود برای تعیین اینکه آیا بهبودی ایجاد میکند و اینکه آیا عوارض جانبی مطابق تصویر یا پیش بینی داروساز ایجاد میکند یا خیر؟

تعریف انجمن اعصاب و روان آمریکا از پلاسیبو چنین است: هر روش درمانی (بابخشی از هر روش درمانی) که از روی قصد اثری داشته باشد یا بطور نادانسته، تاثیری روی درد، نشانه یا ترکیبی از نشانه‌های بیماری بگذارد. اما بطور عینی تهدید خاصی برای بیمار نباشد. این تعریف مفهوم "غیراختصاصی بودن" را برای درمان معرفی می‌کند که حداقل دیگر فرآیندهای رقیب را تصدیق می‌کند. اگرچه این مفهوم توسط کارگروه مشورتی Tri پذیرفته نشده است. انجمن اعصاب و روان آمریکا در مقاله‌ای با عنوان "کاربرد پلاسیبو

^۴ Henry Beecher

^۵ The Powerful Placebo

of the American Medical Association ^۶ Journal



در اعصاب: یک واکنش به سند تصویب شده در کارگروه مشورتی "Tri" دانشکده اعصاب و روان کانادا CCNP تأثیر پلاسبو را همانند یک تأثیر محیطی بی ضرر میداند. سازمان بهداشت جهانی WHO معرفی پلاسبو را به عنوان یک روش درمانی یک تعارض اخلاقی معرفی میکند.^۷ دارو نما، دارو یا مداخله ای درمانی است که واقعاً تأثیری روی فیزیولوژی بدن، حالت و موقعیت سلامتی ندارد، اما به بیمار این واقعیت گفته نمی شود. به بیمار گفته می شود که این دارو، همانند یک داروی واقعی، حال او را بهتر خواهد کرد. در واقع دارونما، درمان یا دارویی است بدون اثر درمانی، که می تواند باعث بهبود بیماری شود. اثر دارونما اصطلاحاً به تأثیر درمانی اطلاق می شود که مربوط به عملکرد خود دارو یا روش درمانی نباشد و بیمار به دلیل نامشخص دیگری بهبود پیدا کند. دارونما می تواند به صورت قرصی از ماده ای بی اثر، مثل شکر، باشد که هیچ اثر درمانی خاصی ندارد، اما به دلایلی نامعلوم، منجر به بهبود یا کاهش علائم بیماری شود. به بیمار گفته می شود که این دارو، همانند یک داروی واقعی، حال او را بهتر خواهد کرد. مطالعات فراوانی نشان داده اند که دارونما واقعاً حال بیمار را بهتر می کند. دانشمندان چنین نتیجه می گیرند که ادراک فرد و باور وی به دارو، سهم مهمی در بهبود حالش دارد. دارونماها که در واقع داروهایی قلبی هستند، در تحقیقات پزشکی برای آزمایش درمان های جدید، موثر واقع شده اند و به محققان این امکان را می دهند تا عملکرد واقعی داروها و درمان ها را باهم مقایسه کنند.^۸ چالش های اخلاقی استفاده از پلاسبو

در راهنماهای اخلاقی نیز سعی شده است در حد امکان موارد استفاده از دارونما با رعایت اصول و شرایط لازم تعریف شود. این نکته در ویرایش بیانیه هلسینکی^۹ نیز مورد توجه قرار گرفته است. در این بیانیه ذکر گردیده بود که همه افراد شرکت کننده در مطالعه، از جمله گروه کنترل باید از بهترین روش درمانی یا تشخیصی به ثبت رسیده برخوردار شوند، اما در ویرایش ۲۰۰۰ این بیانیه به مجاز بودن استفاده از دارونما فقط زمانی که هیچ روش پیشگیری، تشخیصی یا درمانی تأیید شده ای وجود ندارد، اشاره شده است. در ویرایش سال ۲۰۰۲، گروه آزمایش کنترل شده با دارونما، علیرغم وجود درمان شناخته شده، از نظر اخلاقی قابل قبول دانسته شده است به شرط اینکه :

- به دلایل متقن علمی استفاده از دارونما از منظر متدولوژیک برای تعیین اثربخشی یا بی خطر بودن یک شیوه پیشگیری، تشخیص یا درمانی لازم باشد.
- شیوه مورد نظر برای یک بیماری جزئی بکار رود و بیمار دریافت کننده دارونما در معرض خطر اضافی یا عارضه غیرقابل برگشت قرار نگیرد .

^۷ Tri-Council Working Group on Ethics. Code of ethical conduct for research involving humans [final report]. Ottawa: The Medical Research Council of Canada, the Natural Sciences and Engineering Research Council of Canada, and the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada; 1997

^۸ Shapiro AK. Factors contributing to the placebo effect. Am J Psychiatry 1964;18:73-88

^۹ Helsinki



- بطور کلی بر اساس استانداردهای موجود، در موارد زیر استفاده از دارونما از نظر اخلاقی مانعی ندارد :
- ۱- درمان استاندارد وجود ندارد .
 - ۲- درمان استاندارد موجود نسبت به دارونما ارجحیتی ندارد .
 - ۳- در مورد مزایای درمانی شیوه استاندارد تردید وجود دارد .
 - ۴- در بیماریانی که به درمان استاندارد مقاوم بوده و درمان خط اولی برای آن‌ها وجود ندارد .
 - ۵- تمام افراد درمان استاندارد را دریافت می‌کنند.
- برخی استفاده از دارونما در موارد زیر را نیز مجاز می‌دانند، ولی در این موارد توافق کلی وجود ندارد :
- ۱- بیماریانی با شرایط خاص که احتمال خطر و صدمه در آن‌ها پایین است .
 - ۲- در مواردی که منابع معدود بوده و امکان تأمین درمان استاندارد برای همه وجود ندارد .
 - ۳- دارونماهای تهاجمی همانند تزریقات متعدد، و جراحی ساختگی یا قلابی که با بیهوش کردن بیمار و حتی انجام برش جراحی، بدون اقدام جراحی واقعی همراه است.
- مکانیسم پلاسیبو می‌تواند با درمان‌های دارویی تداخل یابد. حتی اگر هیچ پلاسیبو یا دارونمایی ای ارائه نشود، زیرا هر درمانی در یک زمینه درمانی ارائه می‌شود که پتانسیل برای فعال کردن و تعدیل کردن مکانیسم پلاسیبو وجود داشته باشد. اما آیا این، اخلاقی است؟
- یافته‌ها نشان می‌دهد که شاید تاثیر پلاسیبو بتواند از روی قصد در مراقبت از بیمار مهار شود، اما امور اخلاقی ناراحت کننده ای را مطرح می‌کند. مطابق نظرفینیس^{۱۰} و همکارانش اول و پیش از هر چیز، بر روی پلاسیبو به عنوان یک درمان، با دقت زیادی مطالعه صورت نگرفته است. این محققان اشاره کرده اند که تحقیق اضافی در وضعیت کلینیکی خاص ضرورت دارد.
- دومین ملاحظه اخلاقی مهم به این امر مربوط می‌شود که خواه پلاسیبو تاثیر داشته باشد این که چگونه تاثیر داشته باشد بدون فریب می‌تواند ترویج شود. آن‌ها ادامه می‌دهند فراهم کردن یک محیط حمایتی که موثر بودن درمان را ارتقا ببخشد بوضوح اخلاقی است، اما درمانی را توصیه می‌کنند که از روی خلوص مطابق انتظارات بیمار عمل کند تا انتظارات آسیب شناسان.
- منتقدان آزمون پلاسیبوی کنترل شده یا آزمون‌هایی که شامل یک گروه کنترل درمان نشده است اظهار می‌کنند: در هر مطالعه پزشکی، هر بیمار باید مطمئن باشد از بهترین روش‌های شناخت بیماری و درمانی بهره مند میشود و استدلال نموده اند که هیچ بیماری از درد غیر ضروری، رنج نکشد حتی اگر شرایط طوری باشد که تهدید کننده زندگی نباشد.
- همچنین استدلال می‌کنند که آزمون‌های پلاسیبوی کنترل شده، غیر ضروری هستند و نتیجه تاکید نابه جا بر روی اهمیت آماری آزمون، غیر ضروری است.



آزمون های پلاسیبوی کنترل شده ممکن است از نظر اخلاقی وقتی درمان موثر وجود دارد، جریان داشته باشد و به همان اندازه (درمان واقعی) طولانی باشد. حذف چنین درمانی خطر مرگ یا بیماری های مزمن را افزایش نمی دهد و بیمار کاملاً در مورد درمان های جایگزین مطلع است.^{۱۱}

تمپل والن برگ^{۱۲} وضعیت هایی را که در آن پتانسیل افزایش خطر مرگ یا ناخوشی دایمی وجود دارد را توصیف و تصدیق می کند. وی تاکید می کند که برای طبقات بسیاری از داروها که بطور وسیعی موثر ملاحظه می شوند، نمی توان نشان داد که برتر از پلاسیبو هستند. در ۳۰ تا ۵۰ درصد آزمون های کلینیکی این مساله ممکن است عموماً یک واکنش کوچک در میان انواع گروه های مردم باشد. قبول درمان ناکافی یا استفاده همزمان دارو ها، مطالعه نمونه ها، مواردی است که خود به خود حال بیمار را بهتر کرده. یا اینکه نسبت به دارو غیر واکنشی هستند یا برخی دلایل دیگر هنوز شناخته نشده اند.

همچنین به عنوان یک نتیجه آنها معتقدند که داروهای جدید که ظاهراً معادل یا هم ارزند. مطابق با یک استاندارد پزشکی، این ممکن نیست نشانه این باشد که داروی جدید موثر است. زیرا چیزهای غیر یقینی در مورد این که آیا آن استاندارد پزشکی در این مطالعه موثر بوده است وجود دارد. در چنین شرایطی پلاسیبو با همکاری گروه های کنترل غیر تهدیدکننده برای نشان دادن این که داروی جدید موثر است یا نه ضروری است.

نوشته های جدید مطابق اخلاق پزشکی بر دو نکته کلیدی تاکید می کند: احترام به استقلال بیمار و کمک و سودمندبودن برای بخشی از پزشکی.

احترام به استقلال بیمار بدین معناست که بیمار باید در مورد گزینه های درمانی خویش آگاهی داشته باشد و جوانب مثبت و منفی هر کدام را بداند و تصمیم بیمار باید بدون هرگونه اجبار و فشار از اطرافیان باشد. سودمندی به این معناست که پزشک باید بهترین راه را برای هر بیمار خاص جستجو کند. برای ارزیابی بهترین شیوه درمان ملاحظاتی برای آزمون کلینیکی خاص وجود دارد که یکی از آنها باید فرایند کفایت و رضایت آگاهانه را ارزیابی کند و این که آیا دلیلی برای مشکوک بودن سازش و مصالحه ی سودمندی در رابطه پزشک و بیمار وجود دارد یا نه؟

آزمون های کلینیکی که پلاسیبو را برای نشان دادن این که داروهای امتحان شده یا موثر موجود ممکن است درست عمل کنند، کاملاً اخلاقی است. اما آزمایشات مبهم برای این که آیا بیماران به طور مناسب آگاه می شوند و آیا آزمون ها با اصل سودمندی سازگارند، توجیه می شوند. بازنگری دقیق بخصوص در مورد آزمون های کلینیکی که پزشکان در هنگام ورود بیماران می گیرند که یک بهره مالی خاص دارد، ضرورت دارد.

اگر یک درمان (موثر) وجود داشته باشد، انگیزه دانشمندان برای اجرای آزمون پلاسیبوی کنترل شده، قویتر است. وقتی که موثر بودن درمان موجود نسبتاً کم و ناسازگار است، وقتی انتظار نمی رود که درمان جدید

^{۱۱} Placebo-controlled Trials of New Drugs: Ethical Consideration, DAVID ORENTLICHER, MD, JD, DOABETS CARE, VOLUME 24, NUMBER 4, APRIL 2001

^{۱۲} Temple and Ellen berg



موثرتر از درمان در دسترس باشد، تجویز پلاسیبو از نظر اخلاقی بدون اشکال است. اگر درمان موجود بطور زیاد و بطور سازگاری موثر باشد، یک آزمون متعادل درمانی از نظر علمی متقاعد کننده است، و آزمون پلاسیبوی کنترل شده نیاز نیست موثر بودن داروی جدید را ثابت کند.

تمپل و همکارش ادعا می کنند که با داشتن چند دلیل استفاده از پلاسیبو مهم است. از جمله اینکه داروی موجود با درجات متفاوت سمی باشد. اگرچه ارزشمند تر است که تلاش کنیم داروهای موثرتر را یا داروهایی که برای بیمارانی که مقاوم هستند (نسبت به داروهای موثر) یا معیارهای داروهای غیر مقاوم را توسعه دهیم. با وجود این ممکن است بطور مکرر آزمون های کلینیکی پلاسیبو کنترل شده ی تصادفی جریان داشته باشند. در چنین وضعیت هایی بیماران و پزشکان ممکن است باور داشته باشند که علاقه بیماران برای اجتناب یا به تاخیر انداختن کاربرد داروهای استاندارد موثر، در حاشیه است.^{۱۳}

در کشور کانادا بیشتر دپارتمان های روانپزشکی بخاطر انتشار سند نهایی "هدایت اخلاقی برای تحقیق در مورد انسانها" که توسط کارگروه مشورتی Tri تدوین شد شوکه شدند. مقاله پنجم این سند اظهار می کند که کاربرد پلاسیبو در آزمونهای کلینیکی اخلاقاً غیر قابل پذیرش است در جایی که به وضوح درمانهای موثر در دسترس هستند. اتخاذ موقعیتی مطابق با آزمونهای پلاسیبوی کنترل شده عنوان بحث های بسیاری در بین دانشمندان، محیط های دانشگاهی و بیمارستانی در کشور کانادا قرار گرفت. این بحث ها منجر به تاسیس سازمانهای ملی برای توسعه سیاست و دستورالعمل هایی بود که عمدتاً مخالف موقعیت اتخاذ شده توسط کارگروه مشورتی Tri در تدوین سندشان بوده است. این تلاشها تاکنون بی فایده بوده است و این کارگروه گزارش نهایی شان در ارتباط با کاربرد پلاسیبو در تحقیقات کلینیکی تغییر نداده است. آیا این امر بخاطر این است که اصول علمی و کلینیک ذاتاً غیر اخلاقی و در مجموع اشتباه هستند؟ یا بخاطر اینکه عالمان اخلاق هیچ درکی از پزشکی ندارند؟ یا بخاطر این است که عالمان اخلاق و محققان به زبانهای متفاوت صحبت میکنند؟

مدیریت غذا و داروی آمریکا FDA اثبات برتری داروهای اعصاب و روان بر پلاسیبو را برای تجویز استفاده از پلاسیبو ضروری میدانند. شاخه حمایت از سلامت کشور کانادا از FDA تبعیت کرد و بطور خاص اما غیر رسمی آن را در وضعیت هایی که تاثیر پلاسیبو مهم است به عنوان درمان مجاز میدانند. تاثیرات "غیر اختصاصی بودن" که در تعریف CCNP تصریح شده و در FDA و بنیاد حمایت از سلامت کانادا ضروری شناخته شده است، میتواند تحت چندین مقوله طبقه بندی شود: این تاثیرات مربوط هستند به درد، درمانگر، بیماری، ارتباطات درمانی، و مداخله این تاثیرات در وضعیت های درمانی.

نیت و قصد درمان ضروری است و باید نه تنها ارائه شود، بلکه همچنین همانطور که ارائه شده پذیرفته شود. اگر نیت درمانی وجود داشته باشد، این ارتباط آشکارا یک وضعیت درمانی می شود و نمی توان آن را غیر درمانی ملاحظه کرد.

^{۱۳} Is Prescribing Placebos Ethical? By Kenneth E. Legins, Dr. Kenneth M. Prager, Dr. Gary P. Posner, Dr. Michael Kirsch Posted: Thursday, October 1, 1998



این تاثیر "معمولی" پلاسیبو با درجه های متفاوت در ۶۰ تا ۹۰ درصد شرایط پزشکی سودمند است. در بیماران همه سنین از نوزادان گرفته تا افراد مسن عمل میکند. هیچ قید و بند فرهنگی ندارد و برای همه موثر است. مکانیسم عملکرد آن هنوز ناشناخته است. اما آشکارا به کار انداختن یک مکانیسم روان شناسانه شیوه ای است که اثرات سودمند آن را ایجاد می کند. توضیح مکانیسم این منفعت های درمانی به نحو وسیعی در توسعه ی درمانهای تسکین دهنده موثر است. در بیماریهای عصبی، اجزاء معمولی باید در ارزیابی یک درمان ملاحظه شوند. همانطور که تشخیص داده خواهد شد که نه درمانهای بیولوژیکی و نه درمانهای روان شناسانه به تنهایی برای ایجاد بهبودی کافی نیستند. درمان های شفا بخش هنوز بطور کامل در دسترس ما نیستند. در بهترین شرایط میزان واکنش به دارو، در گروه وسیعی از بیماران، به ندرت به ۶۰ تا ۷۰ درصد میرسد. انواع واکنش ها می تواند وجود داشته باشد. آزمودن داروهای کلینیکی اغلب چنین مغایرت عظیمی را نشان میدهد. در گروه های آماری زیادی این اختلاف شدید نشان داده شده است. این اختلاف همچنین به میزان بیشتری در بخش اعصاب و روان نسبت به دیگر بخش ها در پزشکی دیده شده است. بطور وسیعی میزان واکنش ها به پلاسیبو در درمان افسردگی، اختلالات اضطراب و حتی اسکیزوفرنی دیده شده است. از طرف دیگر در شرایط سخت خاص مثل اختلال وسواس نشان داده شده که تنها واکنش منفی پلاسیبو بسیار ناچیز بوده است. واکنش های پلاسیبو در آزمونهای اعصاب و روان هم مشاهده شده. همچنین در مراحل متفاوت از بیماری و دوره های متفاوت واکنش های متفاوت داشته است. برای مثال مطالعات درمانی برای درمان اسکیزوفرنی نشان داده که پلاسیبو در مرحله حاد این بیماری حد اقل ۴۰ تا ۷۰ درصد تاثیر داشته است. این مثالهای واضح کافی است تا نشان دهد که واکنش پلاسیبو به سادگی "غیر درمانی" نیست.

همانطور که توسط کارگروه مشورتی Tii پیشنهاد شده، اما نتایج بسیاری از انواع مداخلات پلاسیبو منافع درمانی ایجاد کرده است. تنها مسئله ای که باقی می ماند توانایی اعلام رضایت استفاده از پلاسیبو به عنوان یک روش درمانی توسط بیماران است که بنظر میرسد در بیماران بخش اعصاب و روان امکان پذیر نباشد، اگرچه اثبات شده است که بیماران اسکیزوفرنی، با اینکه به شدت از لحاظ ذهنی بیمارند، اغلب شایستگی رضایت دادن به شروع درمان را دارند. بعلاوه قانون سلامت ذهنی در بیشتر ایالت های کانادا این شیوه ی درمانی را می شناسد و گاهی به جای بیمار برای حمایت از وی اعلام رضایت میکند.^{۱۴} برای اخلاقی بودن یک مطالعه با دارونما، یکی از شرایط لازم این است که رضایت بیمار با توضیح اینکه ممکن است وی در گروه دارونما قرار گیرد، اخذ شده باشد.

چالش های فقهی: حکم تکلیفی استفاده از پلاسیبو

از نظر فقهی، استفاده از روش دارونمایی در دو سطح قابل بحث است:

^{۱۴} Etics and placebo, yvon D. Lapierre. MD, Psychiatry Neurosic 1998:23(1):9-11



الف. جنبه درمانی؛ در این حالت، بر فرض عدم وجود داروهای واقعی، استفاده از دارونما که فاقد خطر است، هر چند به منظور تلقین، بی اشکال است. (مکارم شیرازی، احکام پزشکی، ۵۰؛ همو، استفتاءات جدید، ج ۱، ص ۴۷۸)

ب. جنبه آزمایش و پژوهش؛ گاه استفاده از دارونما نه برای درمان بلکه به منظور آزمایشات پزشکی است؛ کشف دارو ها و روش های جدید درمان و یا حتی کاهش هزینه های درمان، زمینه ای است که محققان را به سمت استفاده از روش دارونمایی سوق می دهد و این پرسش را مطرح می کند که آیا از نظر اخلاقی و فقهی استفاده از چنین روشی، پسندیده و جایز است؟ شایان ذکر است عموماً استفاده از این روش برای بیماری های مهلک و صعب العلاج بوده که در برخی موارد موجب افزایش بیماری، ابتلا به بیماری جدید یا تأخیر در بهبودی بیمار می گردد. در واقع با استفاده از این روش، تأثیر تلقین بر وضعیت بیمار، آزمایش شده بدون اینکه به نتیجه بهبودی اطمینان یا یقین باشد.

آرای فقهای معاصر در این مسأله با اختلاف مواجه است. برخی مطلقاً نظر به حرمت داده اند (بهجت، استفتاء مورخ ۱۳۷۸/۱۰/۱۴)، حتی بر این نکته تأکید شده که اگر چه بیماری از نوع صعب العلاج و لاعلاج بوده و یا هدف پیشرفت علم پزشکی باشد، چنین روش مشروع نخواهد بود (صافی گلپایگانی، استفتاء مورخ ۲۴ ربیع الثانی ۱۴۲۰ق). مهم ترین مبنای فقهی قول به حرمت را می توان قاعده لا ضرر دانست. در تحلیل دقیقی که برخی از صاحب نظران درباره ضرر و مصادیق آن ارائه داده اند، علاوه بر مال، حق و ابرو، ضرر شامل ضرر بدنی نیز می گردد و مراد از ضرر بدنی، هر آنچه است که موجب نقص در بدن یا منفعت اعضای آن یا هیأت متعارف آن شود، مانند جرح، قطع، ایجاد بیماری، ازدیاد بیماری یا امری که سبب به تأخیر انداختن درمان می شود یا برای بدن درناک باشد (نک: مراعی، العناوین، ج ۱، صص ۳۰۸-۳۰۹). قول به تفصیل بین بیمار مسلمان و غیر مسلمان و جواز مطلق استفاده از این روش در مورد غیر مسلمان نیز ارائه شده است (میرزا جواد تبریزی، استفتاء مورخ ۱۳۷۸/۰۶/۰۸؛ فاضل لنکرانی، استفتاء مورخ ۱۳۷۸/۰۴/۲۶) که خود از نظر اخلاقی و کرامت انسانی و حقوق فطری قابل بحث است. گروه سوم بر این نظرند که اگر ضرر از منظر عقلا، قابل اعتنا نباشد و بیمار نیز بدان رضایت دهد، جایز است (خامنه‌ای، استفتاء مورخ ۱۳۷۸/۰۴/۲۰). در تحلیلی بر شرط «ضرر معتنا به» به عنوان ملاکی گفته شده است که در موازنه ضرر و نفع، اگر احتمال ضرر بیش از نفع محتمل باشد جایز نخواهد بود (فاضل لنکرانی، همانجا). در تحلیلی بر این دیدگاه، ضمن تأکید بر آیه شریفه: «... واثمهما اکبر من نفعهما» (بقره/۲۲۰) می توان گفت، ضرر دارای معنای عرفی است و هر آنچه عرفاً ضرر محسوب نشود مانند نقص مالی و بدنی به مقداری که قابل اعتنا نیست یا در مقابل آن نفعی است که ضرر را جبران می کند یا بیش از مقدار ضرر است، عرفاً، مشمول عنوان ضرر نخواهد شد.

باید توجه داشت که با استفاده از این روش و ورود خسارت و آسیب به بیمار، پزشک یا تیم پزشکی ضامن خواهد بود؛ از این رو برخی علاوه بر نفع غالب، اطلاع و رضایت بیمار، شرط عدم ضمان را نیز افزوده اند (فاضل لنکرانی، همانجا).



منابع

- لوح فشرده گنجینه استفتائات قضایی، قوه قضائیه
مراغی، عبدالفتاح، العناوین الفقهیة، چ ۱، دفتر انتشارات اسلامی، قم، ۱۴۱۷ق.
مکارم شیرازی، ناصر، استفتاءات جدید، چ ۲، انتشارات مدرسه امام علی بن ابی طالب علیه السلام، قم،
۱۴۲۷ق.
مکارم شیرازی، ناصر، احکام پزشکی، چ ۱، انتشارات مدرسه امام علی بن ابی طالب علیه السلام، قم، ۱۴۲۹ق.

- 1- DAVID ORENTLICHER,MD.JD," Placebo-controlled Trials of New Drugs: Ethical Consideration" ,DOABETS CARE,VOLUME24.NUMBER4,APRIL2001
- 2- Kenneth E. Legins, Dr. Kenneth M. Prager,Dr. Gary P. Posner, Dr. Michael Kirsch, Is Prescribing Placebos Ethical? Posted: Thursday, October 1, 1998
- 3- Shapiro AK. Factors contributing to the placebo effect.Am J.Psychiatry1964:18:73-88
- 4- Tri-Council Working Group on Ethics. Code of ethical conduct for research involving humans [final report]. Ottawa: Canada, and the Social Sciences and Humanities Research Council of Canada; 1997
- 5- Yvon D.Lapierre.MD , Ethics and placebo, ,Psychiatry Neurosic1998:23(1):9-11