



بررسی فرایند رشد اخلاقی از منظر تحول شناختی

ناهد کریمی^۱
محمود کاظمی^۲
سکینه آقاپاری^۳
سیده زهرا مداح کرانی^۴

چکیده

اخلاق، رشته‌ای است که مورد توجه روانشناسان و فلاسفه قرار دارد و در حد فاصل این دو رشته قرار گرفته است. تلاش فلاسفه، ارائه توجیه منطقی رفتار اخلاقی و غیر اخلاقی انسانها است، اما روانشناسان به دنبال تبیین و چرایی شیوه‌هایی هستند که افراد بصورت اخلاقی و غیر اخلاقی رفتار می‌کنند. بررسی رشد اخلاق بطور معمول با طرح نظریه‌های شناختی تحولی آغاز میشود، به این علت که این نظریه‌ها نقش اساسی در حوزه‌ی رشد اخلاقی داشته است. این نظریه‌ها به عنوان تأثیر گذارترین بررسی‌های روانشناختی در نظر گرفته شده‌اند و با نظریه‌های پیازه و کلبگ و نئوکلبگی‌ها شناخته شده است. پیازه رشد اخلاقی را حاصل بلوغ ذهنی و تحول روابط اجتماعی در نظر گرفته است. کلبگ، برای فرایند رشد اخلاقی مراحل را در نظر گرفته است و برای هر مرحله وضعیت خاصی را تبیین کرده است. نظریه‌های تحول اخلاقی پیازه و کلبگ، هدف محور و غایتگرا هستند و حرکت به سوی یک وضعیت از پیش تعیین شده را در این نظریه‌ها در بردارند. انتقادات نئوکلبگی‌ها مانند، گیلیگان و توریل از نظریه‌ی تحول اخلاقی کلبگ باعث گسترش و تداوم دیدگاه‌های شناختی در حوزه‌ی رشد اخلاق فراهم نمود. گیلیگان نقد جنسیتی بر نظریه کلبگ ارائه کرد که تحول اخلاقی را مردانه در نظر گرفته بود و توریل بین تحول مراحل رشد اخلاقی و تحول شناخت اجتماعی تمایز قائل شد.

کلیدواژه‌ها: رشد اخلاقی، تحول شناختی، مراحل تحول اخلاق، اخلاق خودمحور و دیگر محور، مراحل پیش قراردادی، قراردادی و پس قراردادی رشد اخلاقی

^۱ نویسنده مسئول-ناهد کریمی، دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه زنجان Email:na_karimi65@yahoo.com

^۲ استادیار گروه روانشناسی دانشگاه زنجان

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه زنجان

^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه زنجان



مقدمه:

موضوع اخلاق، هم مورد توجه فلاسفه و هم مورد علاقه روانشناسان بوده است؛ و هرکدام به نحوی اخلاق را بررسی و تبیین کرده‌اند. تلاش فلاسفه، ارائه توجیه منطقی رفتار اخلاقی و غیر اخلاقی انسان‌ها است، اما روانشناسان به دنبال تبیین و چرایی شیوه‌هایی هستند که افراد به صورت اخلاقی و غیر اخلاقی رفتار می‌کنند. بررسی موضوع رشد اخلاقی معمولاً با طرح دیدگاه‌های تحولی شناختی آغاز می‌شود، چرا که این دیدگاه نقش اساسی در تحول اخلاقی داشته است. مباحث تحول اخلاقی و ارتباط آن با رشد شناختی دارای پیشینه چندانی نیست. نخستین دانشمندی که به طور جدی به بررسی تحول اخلاقی پرداخته است ژان پیاژه^۵ است و پس از کلبِرگ^۶ نقش محوری در بررسی این موضوع داشته است. نئوکلبِرگی^۷ هایی نظیر گلیکان و توریل به بسط و گسترش این نظریه‌ها پرداخته‌اند. (جهانگیرزاده، ۱۳۹۰). اصطلاح اخلاق در زبان معمولی به معانی متعددی شناخته شده است، مثلاً از لحاظ تاریخی و فلسفی اخلاق به معنای روابط انسانی، آسایش و خیر و صلاح بوده است. از دیدگاه روان‌شناسی و تعلیم و تربیت، رشد اخلاقی شامل تغییر شکل ساختار شناختی بوده است. در اخلاق مد توان سه قسمت مهم را شناسایی کرد: الف) شناخت ب) احساس و ج) رفتار. شناخت که شامل ارزش‌ها و قضاوت‌ها است. احساس ارتباط مستقیم با تقصیر و گناه دارد، در حالی که قسمت سوم رفتارهای اجتماعی (مانند کمک کردن و اهدا نمودن). (کیانی، ۲۰۰۰).

تحول اخلاقی از منظر دانشمندان شناختی

در بررسی‌هایی که از آثار روانشناسی به عمل آمده است، مشخص شد که مسئله‌ی رشد اخلاقی در اکثر این آثار با دو مقوله‌ی رشد اجتماعی (چگونگی ارتباط با دیگران) و رشد شناختی (چگونگی قضاوت درباره‌ی رفتار خود و دیگران) مرتبط شده است. مطابق با این دیدگاه دو مقوله‌ی رشد اخلاقی و رشد اجتماعی مرتبط با یکدیگرند و روانشناسان این دو موضوع را با هم مورد بررسی قرار داده‌اند. به گفته‌ی این دیدگاه، همراه با رشد شناخت خود و هویت خود، فرد به تدریج تصویری از خویشتن در میان دیگران و در ارتباط با دیگران پیدا می‌کند که این تصور یکی از پایه‌های شکل دهنده‌ی مناسبات اجتماعی و اخلاقی او با دیگران است. (لطف آبادی، ۱۳۸۴).

طبق تعریفی که در روانشناسی معمول است، رشد اخلاقی^۷ حاکی از جریان دستیابی به احساس عدالت در رابطه با دیگران، درستی یا نادرستی امور و چگونگی رفتار فرد در ارتباط با این امور است. روانشناسانی مانند پیاژه و کلبِرگ رشد اخلاقی را به معنای تغییر در چگونگی استدلال کودکان در امور اخلاقی، نگرش آن‌ها نسبت به قانون شکنی و رفتار آن‌ها در مواجهه با مسائل اخلاقی است. (لطف آبادی، ۱۳۸۴). همانطور که پیش‌تر ازین گفته شد، بررسی رشد اخلاقی به طور معمول با طرح دیدگاه تحول شناختی آغاز می‌شود، به دلیل نقش اساسی که این نظریه‌ها در بررسی تحول اخلاقی داشته است. چشم انداز تحول شناختی، با تلاش‌های دانشمندان همچون پیاژه و بطور خاص لورنس کلبِرگ (از ۱۹۸۵-۱۹۸۴) حوزه‌ی تحول اخلاق را

Jean Piaget.^۵

Lawrence Kohlberg.^۶

Moral Development.^۷



بطرو مستقل بررسی کرده‌اند. در واقع، کلبرگ را می‌توان بیش از هر فرد دیگری در بررسی حوزه‌ی تحول اخلاقی پیشاهنگ دانست. (جهانگیرزاده، ۱۳۹۰).

در این بخش به توصیف دیدگاه‌های شناختی تحولی در مورد اخلاق و رشد اخلاقی پرداخته می‌شود و به بررسی دقیق دانشمندانی که در حوزه تحول اخلاقی صاحب نظر بودند پرداخته می‌شود. در واقع هدف از متن ارائه شده، برداشت دقیقی از ریش اخلاقی، انگیزه و رفتار اخلاقی در چارچوب این دیدگاه‌هاست. پیازه رشد مفهوم عدالت را در کودکان برحسب فرایندهای تعامل با همسالان تبیین می‌کند، کلبرگ دوره‌های تحول اخلاقی را بسط داده و آن‌ها را به فرصت‌های متنوع نقش‌پذیری اجتماعی اسناد می‌دهد. در این دیدگاه، توالی دوره‌ها از سطوح ابتدایی تا سطوح رشدیافته‌تر قضاوت اخلاقی، با فرایندها و دستاوردهای تحول شناختی ارتباط دارد.

الف) نظریه‌های ژان پیازه در ارتباط با تحول اخلاقی:

شیوه‌های توصیف روان‌شناسان معاصر از تغییرات شناختی کودک به شدت تحت‌تاثیر اندیشه‌های روانشناس سویسی ژان پیازه قرار گرفته‌است. پیازه کار خود را در زمینه فهم چگونگی رشد تفکر اخلاقی در سال ۱۹۳۲ با انجام دادن مصاحبه‌ها و مشاهداتی بر روی کودکان ۴ تا ۱۲ ساله در دنیای طبیعی خودشان آغاز کرد. البته تئوری وی در مورد رشد اخلاقی، بیانگر بسیاری از همان اصول و فرایندهای مربوط به رشد شناختی است که در باب رشد عقلانی ارائه کرده است. پیازه بر تعامل رشد طبیعی استعدادهای کودک با پیوندهای محیط تاکید داشت. پیازه کودک را در برابر مقتضیات رشد زیستی یا محرک‌های تحمیل شده از بیرون مشارکت‌کننده میدانست و معتقد بود که کودک دارای تعامل فعال با محیط است و از این طریق به سازش دست می‌یابد، خود را سازمان می‌دهد و به مرور دنیای خود را به وجود می‌آورد. او به ویژه بر این باور بود که کودک را باید دانشمند و محقق دانست که دست به تجربه‌هایی می‌زند تا ببیند چه روی خواهد داد، نتایج این آزمایشها به او کمک می‌کند طرحواره‌هایی (نخستین واحدهای روانی فرد که مرجع پذیرش داده‌ها و سازماندهی آن‌ها هستند) درباره نحوه عمل دنیای فیزیکی و اجتماعی بسازد. در مواجهه با هرشی یا رویداد تازه، کودک سعی می‌کند آن را در چارچوب طرحواره‌های موجود خود درک کند (درونسازی: داخل کردن اطلاعات بیرونی در سازمان روانی که کودک در آن فعال است یعنی گزینش می‌کند) اگر طرحواره موجود انطباق کافی با رویداد جدید را نداشته باشد کودک طرحواره را دگرگون می‌کند و از این راه جهان‌بینی خود را گسترش می‌دهد (برونسازی: تغییر طرحواره برای سازگاری با موقعیت) و با پیچیده‌تر شدن طرحواره‌ها «ساخت» شکل می‌گیرد (توانایی‌های انسان). در نظام پیازه تحول روانی در چارچوب دونوع از کلی‌ترین کنش‌های زیستی یعنی کنش سازش و سازمان تحقق می‌پذیرد که در طول حیات تغییرناپذیرند. سازش روانشناختی عبارتست از ایجاد تعادل بین درون سازی و برونسازی، فرآیندی که موجب رهایی انسان از بی‌تعادلی و رسیدن به تعادل می‌شود. در اثر سازش سازمان روانی شکل می‌گیرد و این سازمان خود به سازش می‌انجامد (رابطه تعاملی و دوطرفه). عوامل تحول روانی در نظام پیازه چهار عامل ریش، محیط اجتماعی، تمرین، تجربه و تعادل جویی هستند. عاملی که موجب هماهنگی بقیه عوامل می‌شود



تعادل جویی است که به شکل تکوینی در همه انسان‌ها وجود دارد. فرآیند میل به رفع نیاز که فرآیندی زیستی- روانی است را «تعادل» گویند.

مراحل رشد شناختی از منظر پیاژه:

الف) دوره حسی- حرکتی^۸: ۲ سال اول زندگی، دنیای کودک به چیزهایی که حس می‌کند و قادر است روی آن‌ها عمل کند محدود می‌شود. لمس، بازتاب‌ها و واکنش‌های دورانی در این دوره بسیار مشاهده می‌شود. توانمندی‌هایی که در این دوره شکل می‌گیرد عبارتند از: من، هوش عملی (استفاده از راهکارها و وسایل دیگری برای رفع مانع و رسیدن به هدف) شی دایم، ترتیب و توالی، فضا، علیت. از نظر پیاژه هوش عبارتست از حالت تعادلی که نقطه ثقل همه سازگاری‌های پی در پی حسی، حرکتی و شناختی و نیز همه مبادلات درونسازی و برونسازی میان ارگانیزم و محیط می‌باشد.

ب) دوره پیش عملیاتی - عملیاتی^۹: ۲ تا ۱۱ سالگی، دارای دو نیم‌دوره: پیش عملیاتی: هنوز عملیات (یک عمل ذهنی بازگشت پذیر) در کودک به طور کامل شکل نگرفته است. رموز نماد، تصاویر ذهنی و تجسم‌های گسترده، زبان (به عنوان یک وسیله ارتباطی)، تقلید در غیاب الگو در این دوره به وجود می‌آیند. ج) عملیات عینی^{۱۰}: علاوه بر شکل‌گیری عملیات، منطق روابط، منطق جزء و کل، بازگشت پذیری و نگهداری ذهنی (ثابت ماندن ادراک علی رغم تغییرات ظاهری) هم به وجود می‌آیند.

د) دوره انتزاعی (صوری)^{۱۱}: ۱۱ تا ۱۵ سالگی، از این دوره دیگر ذهن کودک تنها معطوف به عینیات نیست و به مسائل انتزاعی که مابه‌ازاء خارجی ندارند هم می‌پردازد. منطق قضایا، استدلال و برهان و توانایی فرضی - استنتاجی در این دوره شکل می‌گیرند.

شرح مختصری از دیدگاه پیاژه را مورد بررسی قرار دادیم، اکنون مختصری در مورد قضاوت و تحول اخلاقی از منظر پیاژه و شیوه‌ی بررسی وی در این حوزه، خواهیم پرداخت.

پیاژه روند تحول قضاوت‌ها و اندیشه اخلاقی را با استفاده از دو روش عمده مورد پژوهش قرار داد:

۱) ابتدا در صدد برآمد که ببیند به موازات بالا رفتن سن کودک چه تحولاتی در نگرش‌هایش نسبت به قواعد بازی‌های رایجی (همانند تیله بازی با گویچه‌های شیشه‌ای) پیدا می‌شود. وی این تحقیقات را با مشاهده مستقیم دنیای بازی کودکان به انجام رساند. اینکه پیاژه تحقیق خود را در مورد جنبه شناختی رشد اخلاقی از مطالعه بر روی قوانین بازی شروع کرده، شاید به این خاطر بود که این قوانین جزء اولین بایدهایی است که کودک در تعامل اجتماعی خود، با آن‌ها مواجه می‌شود.

۲) روش دوم این بود که او ابتدا داستانی را برای کودکان نقل می‌کرد و سپس با طرح سوالاتی نظیر اینکه چرا و تا چه اندازه رفتار شخصیت داستان به خطا رفته است، سعی می‌کرد تحولی را که در قضاوت‌های آنان نسبت به اهمیت گناه و سرپیچی از مقررات پیدا شده مطالعه کند.

^۸.Sensorimotor Stege

^۹.preoperational Stage

^{۱۰}.Concrete Operations

^{۱۱}.Formal Operations



مرحله ای بودن رشد قضاوت های اخلاقی^{۱۲}

از آنجا که بر طبق دیدگاه پیاژه رشد عقلانی کودکان در بستر توالی ویژه‌ای از مراحل تحقق می‌یابد، قضاوت‌های اخلاقی نیز بر مبنای مراحل تکامل می‌یابد که متناسب با تحولات شناختی عمومی است. از نظر پیاژه رشد مفاهیم اخلاقی در کودکان دارای توالی ثابت و نامتغیری است که از یک مرحله اولیه که مرحله «واقع نگری اخلاقی» نام دارد آغاز می‌شود و پس از چند سال به یک مرحله کاملتر به نام «اخلاق توافقی» یا «اخلاق خودگردان» منتقل می‌شود و هیچکس قادر نیست بدون طی مرحله واقع نگری اخلاقی به مرحله کامل تر پس از آن راه یابد. شیوع مرحله اول اندیشه اخلاقی در کودکان است که در سنین بین ۴ تا ۷ سال قرار دارند اما مرحله بعدی بیشتر در کودکان ۹ تا ۱۰ سال به بالا آغاز می‌شود. کودکان ۷ تا ۱۰ ساله در یک مرحله انتقالی بین دو مرحله قرار دارند و آشکالی از تفکر هر دو مرحله را از خود بروز می‌دهند.

ویژگی های شناختی در مرحله تفکر اخلاقی واقع نگر

به اعتقاد پیاژه کودکان پیش دبستانی توجه و آگاهی کمی نسبت به قوانین دارند، بنا بر این بازیهایشان به شکل منظم و به هدف برنده شدن نیست. اگر دو کودک سه ساله را در حالی که به تیله بازی مشغولند، مشاهده کنیم خواهیم دید که هر یک قوانین مخصوص به خود دارند. برای آنها تنها هدف بازی لذت بردن و خوش بودن است. اما در حدود ۵ سالگی کودک توجه و احترام زیادی نسبت به قوانین از خود نشان می‌دهد. در نظر او قوانین دستاورد تلاش قدرت‌های بیرونی نظیر والدین است و از این رو، پا برجا و نامتغیر است و گذشت زمان نیز آنها را از بین نمی‌برد. به سخن دیگر، اندیشه حاکم در این دوران «مطلق گرایی»^{۱۳} اخلاقی است؛ یعنی در پندار کودک، همه قوانین ثابت و است و تبدیل یا تصرفی نمی‌پذیرد و کوچک‌ترین سرپیچی و تخطی از آنها به تنبیهی اجتناب ناپذیر منجر خواهد شد و سرانجام، کسی یا چیزی مجرم و گناهکار را مجازات خواهد کرد. پیاژه این مسأله را اعتقاد به «عدالت طبیعی» می‌نامد و می‌گوید کودک تنبیه را واکنش میکانیکی و بازتاب طبیعی مخالفت از قانون می‌داند و پس از هر سرپیچی با نگرانی منتظر نزول بلای تنبیه است. مثلاً کودکی که به مادرش دروغ گفته ممکن است بعدها که از دوچرخه‌اش می‌افتد و پایش خراش بر می‌دارد، بگوید این سزای آن دروغی است که به مادرم گفتم. در این مرحله ارزیابی کودکان نسبت به زشتی و شومی یک عمل تنها بر مبنای «پیامدهای عینی» آن انجام می‌گیرد و نیت خیر و شر فاعل را در آن دخالت نمی‌دهند. مثلاً زمانی که کودک خردسالی می‌شنود پسرکی در حال کمک به مادر خود، ۱۵ فنجان شکسته است و کودک دیگری هنگامی که مادرش در خانه نبوده و می‌خواسته کلوچه بردارد، فنجانی از دستش لغزیده و شکسته است خواهد گفت اولی کار بدتری کرده است، چون ۱۵ فنجان شکسته است. در نظر او مقدار خسارات وارده و نتایج کار ملاک ارزیابی کارهاست. باور پیاژه بر این است که عامل اصلی واقع نگری اخلاقی کودک در این مرحله، «خود مداری» اوست، به این معنا که وی قادر نیست چنان از تجارب خود تبعیت و پیروی کند که اوضاع بیرونی را همانند دیگران، درک کند. او قوانین را

^{۱۲} Moral Judgement

^{۱۳} Morality Absolutism



موضوعات مطلق و غیر قابل تردیدی می‌داند که از مراجع قدرت صادر شده است. یعنی هنوز نمی‌تواند دریابد که پایه اصلی همه قوانین، توافق‌های دو یا چند طرفه به منظور هماهنگ سازی اهداف متفاوت است. بنابر این، گرایش مسلط در این مرحله، «اطاعت اخلاقی از دیگران» است.

تحول اخلاق از منظر لورنس کلبرگ:

کلبرگ در تبیین تحول اخلاقی دنباله رو دیدگاه پیازه است، با این تفاوت که وی شروع رشد اخلاقی را برای کودکان در سنین بالاتر از ۱۲ سال نیز در نظر می‌گیرد و محدود به سنین زیر ۱۲ سال نمی‌داند. در ادامه تلاش داریم شرح مختصری از دیدگاه کلبرگ و مراحل رشد قضاوت اخلاقی که او در نظر گرفته بود، بررسی کنیم. کلبرگ اگرچه در از اصول پیازه و رشد شناختی پیروی می‌کند اما در نهایت تغییراتی را برای این نوع از تحول در نظر می‌گیرد. وی اخلاق را مرتبط می‌داند با مفهوم «عدالت» و با در نظر داشتن همین مفهوم قضاوت اخلاقی را مورد بررسی قرار می‌دهد. کلبرگ، قضاوت اخلاقی کودکان و نوجوانان را شامل برداشت‌های متفاوتی است که آن‌ها از مفهوم عدالت دارند، می‌داند. این در حالی است که، در سطوح گوناگون از رشد روان‌شناختی درک کودکان و نوجوانان از عدالت تفاوت می‌یابد و بالاترین سطح آن این است که آنها به حقوق مساوی و عام برای همه مردم و تحقق ارزش‌های انسانی عام دست می‌یابند. کلبرگ بر آن است که رشد اخلاقی دارای سه سطح است که هر یک از این سه سطح دو مرحله دارد. بدین‌سان، به طور کلی، شش مرحله در رشد اخلاقی انسان‌ها وجود دارد. از نظر او، این مراحل بدون هیچ‌گونه تغییری در پی یکدیگر می‌آیند؛ بدین معنا که هر فردی بدون هیچ‌گونه گریزی از یک مرحله به مرحله بعدی حرکت می‌کند. نکته‌ای که نباید از نظر دور داشت ایناست که وی مدعی نیست که همه انسان‌ها ناگزیر باید به بالاترین مرحله (مرحله ششم) برسند؛ درواقع، ممکن است فرد در مرحله چهار یا پنج باقی بماند. آنچه که وی ادعا می‌کند این است که شخص برای دست‌یابی به مرحله شش باید هر یک از مراحل پیشین را پشت سر بگذارد و این کار نیز و مرحله به مرحله انجام می‌پذیرد.

مراحل رشد اخلاقی

از نظر کلبرگ مراحل رشد اخلاقی به صورت ذیل تحقق می‌پذیرد:

الف. سطح اخلاق پیش قراردادی^{۱۴}

کودک در این سطح رفتارهای خود را بر اساس پیامدهای مادی آن (تشویق و تنبیه) و یا قدرت کسانی که قوانین را برایش وضع می‌کنند (مثلاً پدر و مادر) تنظیم می‌کند. اخلاق در این دوره هنوز درونی و نهادینه نشده است و در واقع، معیارهای اخلاقی به گونه‌ای حقیقی برای او وجود ندارد. این سطح خود دارای دو مرحله است:

^{۱۴} preconventional.



مرحله ۱. مرحله مجازات و اطاعت: در این مرحله، کودک اخلاق خود را بر تنبیه و اطاعت مبتنی می‌کند و به دلیل اجتناب از مجازات اطاعت می‌کند؛ از این‌رو، تنها دلیل او برای انجام کار درست دوری جستن از مجازات است و دلمشغولی‌ها و منافع دیگران برایش اهمیتی ندارد؛ مگر آنکه در رفاه وی تأثیرگذار باشند.

مرحله ۲. مرحله تبادل و هدف ابزاری فردی (مرحله اخلاق ابزارگونه نسبی و لذت‌گرایی نسبی): هدف فرد در این مرحله انجام چیزی است که برای پیشبرد منافع خودش می‌تواند انجام دهد. کار درست از نظر او جلب منافع خود است و تنها دلیل او برای انجام کار درست ارتقای منافع خویش است. ویژگی بارز اخلاق فرد در این مرحله لذت‌گرایی و لذت‌طلبی اوست و پذیرش برخی از مقررات اخلاقی خاص عمدتاً به دلیل پاداش‌ها و منافی است که از انجام آنها انتظار دارد؛ از این‌رو، همه چیز را به نحوی نسبی و در نسبت با جلب منافع خود می‌نگرد.

ب. سطح اخلاق قراردادی^{۱۵}

رفتار فرد در این سطح برای سازگاری و هماهنگ شدن با نظم اجتماعی است. از این‌رو، اخلاق او از تمایلی سرچشمه می‌گیرد که وی برای حفظ و نگه‌داری این نظم دارد. در این مرحله نیز معیارهای اخلاقی هنوز درونی و نهادینه نشده است. دو مرحله این سطح عبارتند از:

مرحله ۳. مرحله سازگاری، ارتباطات و انتظارات متقابل: در این مرحله، انتظارات دیگران برای فرد اهمیت پیدا می‌کند. دلمشغولی‌های اطرافیان ممکن است بر منافع او اولویت یابد. در این مرحله، فرد قادر است که خود را در جایگاه دیگران قرار دهد؛ از این‌رو، می‌تواند در قضاوت‌های اخلاقی خود احساسات دیگران را در نظر بگیرد. در نتیجه، فرد به دنبال سازگاری و هماهنگی با معیارهای اخلاقی دوستان یا اعضای خانواده است. به تعبیر کالبرگ، فرد سعی می‌کند برای جلب انتظارات دیگران پسر خوب و دختر خوبی باشد. انجام کار درست به معنای پیروی از انتظارات کسانی است که به وی نزدیکند؛ از این‌رو، کار درست را به منظور آنکه مورد پذیرش آنها قرار گیرد انجام می‌دهد. در واقع، فرد در این مرحله بیشتر به جای کسب لذت مادی به دنبال لذت روانی، یعنی لذت از رضایت و خرسندی اطرافیان، است. میان نیت فرد و عمل او تفاوت می‌نهد و تنها ملاک او برای ارزیابی عمل نتایج و پیامدهای آن نیست.

مرحله ۴. مرحله حفظ نظام اجتماعی و وجدان: این مرحله در واقع، مرحله اخلاق بر اساس قانون و نظم است و فرد در این مرحله پایبند به حفظ نهادهای اجتماعی خود است. انجام کار درست به معنای اجرای وظایف و الزام‌های نهادی است. وی به این درک رسیده است که همه باید از یک نظام قانون اجتماعی پیروی کنند، وگرنه نظم جامعه برهم می‌خورد. برای او حفظ قانون مهم‌تر از هر چیز است؛ از این‌رو، دلیل او برای رعایت قانون، نه هماهنگی و سازگاری با معیارهای فردی، بلکه حفظ نظم اجتماعی و هماهنگی با آن است.

ج. سطح اخلاق پس قراردادی و مبتنی بر اصول اخلاقی^{۱۶}

^{۱۵} Conventional Morality
^{۱۶} Postconventional Morality



در این سطح، اخلاق فراتر از قراردادهای اجتماعی می‌رود و بر اساس اصول عام و فراگیر مبتنی می‌شود. فرد تصمیم‌های اخلاقی خود را مستقل از قدرت اطرافیان و پدر و مادر می‌گیرد و سرپیچی از اصول عام و جهانی باعث احساس گناه و محکومیت او می‌شود. دو مرحله‌ای که در این سطح مطرح هستند عبارتند از:

مرحله ۵. مرحله حقوق پیشین و تعهد اجتماعی: در این مرحله، فرد منظر عقلی‌ای می‌پذیرد که بر اساس آن ارزش‌ها و حقوقی نظیر حق حیات و آزادی وجود دارند که اهمیت خود را مدیون نهادهای اجتماعی نیستند و باید در همه جوامع تأیید شوند. دلمشغولی فرد آن است که قوانین و وظایف ناظر به جامعه بر پایه آرمان بیشترین خیر برای بیشترین افراد مبتنی گردد. فرد به این دلیل کار درست را انجام می‌دهد که در مقام موجودی عاقل، مکلف به وفاداری به احکامی است که شامل حق حیات و آزادی می‌گردد. فرد در این مرحله، رفتاری را درست تلقی می‌کند که در چارچوب حقوق عمومی افراد و بر پایه معیارهای پذیرفته شده بیشتر افراد جامعه انجام گرفته باشد. به دلیل آنکه قوانین اخلاقی در این مرحله نوعی تعهد و قرارداد اجتماعی محسوب می‌شوند، اگر افراد متوجه شوند که غیر از هنجارهای رایج در جامعه، هنجارهای دیگری وجود دارند که می‌توانند برای بیشتر افراد جامعه مفید باشند، هنجارهای رایج قابل تغییر و اصلاح خواهند شد.

مرحله ۶. مرحله اصول اخلاقی عام: در این مرحله، اصول اخلاقی عامی وجود دارد که بر همه الزام‌های قانونی و نهادی ترجیح دارد. انجام کار درست به معنای عمل بر اساس این اصول عام است. فرد از آن‌رو کار درست را انجام می‌دهد که به منزله موجودی عاقل، ارزش این اصول را درک کرده است و خود را موظف به تبعیت از آنها می‌داند.

مهم‌ترین ویژگی افراد قرار گرفته در این مرحله این است که از قابلیت شناختی (به تعبیر کلبیرگ) برگشت‌پذیری برخوردارند. کلبیرگ تأکید می‌کند که قضاوت‌های اخلاقی باید برگشت‌پذیر باشد؛ یعنی ما باید به گونه‌ای باشیم که اگر در جایگاه و موقعیت کسانی قرار گرفتیم که مورد قضاوت ما قرار گرفته‌اند، بتوانیم همان قضاوت‌ها یا تصمیم‌های خود را بپذیریم. همه کسانی که در مرحله شش قرار دارند می‌توانند به توافق برسند؛ چراکه قضاوت‌های آنها کاملاً برگشت‌پذیر است: آنها تا آنجا که ممکن است در مواردی که تعارضی پیش می‌آید، دیدگاه دیگران را نیز لحاظ می‌کنند؛ بدین‌سان، یک قضاوت اخلاقی کاملاً برگشت‌پذیر قضاوتی است که خودمحورانه نباشد.

بدین‌سان، برگشت‌پذیری از نظر کلبیرگ توان ما برای همدلی با دیگران است و کامل‌ترین و منطقی‌ترین نمود آن در بستر تعامل اجتماعی تحقق می‌یابد. در این مرحله، عمل هرگز به عنوان ابزار تلقی نمی‌شود، بلکه فی‌نفسه «هدف» تلقی می‌شود. البته مردم به ندرت به این مرحله می‌رسند.

نکته دیگر آنکه کلبیرگ گاه متذکر این نکته می‌شود که ممکن است برخی از مردم به مرحله بالاتر از مرحله شش، یعنی مرحله هفتمی هم برسند (مرحله اخلاق استعلایی یا اخلاق جهت‌گیری جهانی) که دین را به استدلال اخلاقی پیوند می‌دهد. اما به دلیل آنکه ویمشکل یافتن شواهد تجربی برای این مرحله و حتی مرحله شش دارد، تأکید می‌کند که بسیاری از این نکات مربوط به مرحله هفت نظری است.



دیدگاه نئوکلبرگی ها و نقد های وارده بر نظریه کلبرگ در بررسی حوزه ی تحول اخلاقی: یکی از افرادی که به نظریه اخلاقی کلبرگ انتقادات اساسی وارد کرده، کارول گیلیگان^{۱۷} است. گیلیگان معتقد است که تئوری های کلبرگ، تبعیض و سوگیری علیه زنان دارد، چراکه تنها نمونه های شرکت کننده در تحقیقات وی جنس مذکر بوده است.^{۱۸} گیلیگان با توجه به تجربه های زنان اظهار داشت که در زنان اخلاق مراقبت به جای اخلاق عدالت و حقوق کلبرگ تسلط دارد. از نظر او اخلاق مراقبت و مسئولیت بر پایه سیاست عدم خشونت قرار دارد، در حالی که اخلاق عدالت و حقوق بر برابری مبتنی است. با یک نگاه متفاوت می توان گفت که این دو گونه اخلاق، دو حکم متفاوت ارائه می کنند: حکم به نفی رفتار ناعادلانه (عدالت) و حکم به نفی بی اعتنائی به افراد نیازمند. او این دو اخلاق را متمایز و به صورت بالقوه، مرتبط در نظر می گیرد. (l.j.walker,2006,p,96).

گیلیگان در کارهای اولیه خود تأکید کرد که تفاوت های جنسیتی با این دو جهت گیری مرتبط است. اخلاق مراقبت بر ارتباط تأکید داشته و احتمالاً به میزان بیشتری در دختران ظاهر می شود که شکل گیری هویت آنها مرهون روابط اولیه با مادر است. از سوی دیگر، اخلاق عدالت، در بافت هماهنگ ساختن تعاملات افراد مستقل ظاهر می شود. جهت گیری اخلاقی مبتنی بر عدالت در میان پسران شایع تر است، زیرا روابط دلبستگی آنها با مادر، و شکل گیری هویت مردانه بعدی آنها ایجاب می کند که پسران از روابط اولیه خود جدا شده و از مادر فاصله بگیرند. برای پسران، این جدایی، آگاهی آنها از تفاوت در روابط قدرت بین خود و بزرگسالان را تشدید کرده و بدین ترتیب، موجب دلمشغولی درباره نابرابری می شود. اما دختران، به سبب دلبستگی پیوسته خود به مادران آگاهی چندانی در خصوص این نابرابری ها کسب نمی کنند، از این رو، دلمشغولی کمتری به عدالت دارند. تحقیقات نشان داده اند، که استدلال اخلاق از خطوط جنسیتی متمایزی که گیلیگان در ابتدا گزارش کرده بود، تبعیت نمی کنند. شواهد فراوانی نشان می دهند که هر دو جنس مذکر و مؤنث بر اساس عدالت و مراقبت، استدلال می کنند. در حالی که بحث از تفاوت های جنسیتی هنوز حل نشده، کارهای گیلیگان در آگاهی فزاینده از اینکه مراقبت، مؤلفه اساسی استدلال اخلاقی، است نقش اساسی داشته است. (همان منبع، ص، ۹۵).

توریل، نظریه پرداز دیگری در این حوزه است که سعی داشت بی نظمی هایی را که محققانی که دنباله رو نظریه کلبرگ بوده اند را سامان بدهد و مسیر این تحقیقات را هدفمند کند. در واقع می توان گفت، یکی از ثمربخش ترین خطوط تحقیقاتی، تئوری قلمرویی *الیوت توریل* و همکارانش^{۱۹} بوده است. (توریل، رشد دانش شناختی، اخلاق و شناخت ص، ۱۱۹).

در تئوری قلمرویی^{۲۰}، میان برداشت های در حال رشد کودک از اخلاق و حوزه های دیگر دانش اجتماعی، مثل عرف اجتماعی، تمایز گذارده می شود. بر اساس تئوری قلمرویی، برداشت های کودک از اخلاق و عرف

^{۱۷} Carol Gilligan

^{۱۸} In a different voice

^{۱۹} Elliot Turiel

^{۲۰} Domain Theory: Distinguishing Morality and Convention



اجتماعی، از تلاش‌های کودک برای توجیه تجارب اجتماعی متفاوت مرتبط با این دو دسته رویداد اجتماعی، ناشی می‌شود. اعمال در قلمرو اخلاق، مثل آسیب رساندن غیرموجه به یک فرد، بر بهزیستی دیگران آثار ذاتی دارند. این آثار ذاتی، صرف‌نظر از ماهیت قوانین اجتماعی اتفاق می‌افتد، از این‌رو، به همین دلیل، ویژگی‌های اصلی شناخت اخلاقی بر ملاحظه آثاری که اعمال بر بهزیستی افراد دارند، متمرکز است. اخلاق بر اساس مفاهیم آسیب، سعادت، و انصاف سازمان می‌یابد. (همان منبع، ص ۱۲۱). در مقابل، اعمالی که موضوعات عرف اجتماعی هستند، هیچ پیامد بین‌فردی ذاتی ندارند. برای مثال، هیچ امر ذاتی در مورد شیوه مخاطب قرار دادن استاد دانشگاه، وجود ندارد. آنچه شکلی از خطاب را بهتر از شکل دیگر می‌کند، وجود قوانین مورد توافق اجتماعی است. این عرف‌ها سلیقه‌ای هستند؛ به این معنا که هیچ جایگاه ذاتی ندارند، لکن برای عملکرد مناسب هر گروه اجتماعی اهمیت دارند. عرف‌ها از طریق شیوه‌های مورد توافق و قابل پیش‌بینی، راه‌هایی را برای هماهنگ‌ساختن مبادله‌های اجتماعی اعضای گروه، فراهم می‌کنند. مفاهیم عرفی بر اساس درک کودک از نظام اجتماعی ساخته می‌شوند. (همان منبع، ص ۱۲۹).

تحقیقات بیست سال گذشته، این تمایزهای فرضی را تأیید کرده‌اند. این بررسی‌ها مصاحبه با کودکان، نوجوانان و بزرگسالان؛ مشاهده تعاملات کودک - کودک و بزرگسال - کودک؛ بررسی‌های بین‌فرهنگی؛ بررسی‌های طولی برای واری‌ت تغییرات چگونگی تحول تفکر کودکان را دربر می‌گیرد. (Smetana, J, G, 2006, 133-138).

نتیجه‌گیری:

مفهوم مرحله در دیدگاه پیاژه و کلبرگ از اهمیت خاصی برخوردار است. از دیدگاه کلبرگ مراحل رشد اخلاقی تابع سخت‌ساختارهای ذهنی هستند. البته امروزه تحول‌گرایان معتقدند که تحول شناختی و بالتبع تحول اخلاقی، در قالب مراحل عمومی یا مراحل گسترده - آنگونه که کلبرگ می‌گفت - به پیش نمی‌رود. گرایش به درک کنش‌های اخلاقی در زمینه فرایندهای تحولی وسیع‌تر، از جمله تحول خود، هویت، و شخصیت، موج جدید تحقیقات روان‌شناسی اخلاق را شکل داده است. عملاً مشاهده می‌شود که پیشرفت در دیدگاه‌پذیری اجتماعی و ادراک خود، تا اندازه زیادی مسیر رشدیافتگی اخلاقی را مشخص می‌کند. بر همین اساس، تلاش برای مشخص کردن شاخصه‌های خویش‌شن اخلاقی و هویت اخلاقی به نحو فزاینده‌ای رواج یافته است. در نهایت، حوزه اخلاق توجه خود را از پرداختن به نوع استدلال که در حیطه تئوری‌های مرحله‌ای قرار دارد، به افق‌های وسیع‌تری گسترش داده است. اکنون روشن شده است که یافته‌های مربوط به الگوی مرحله‌ای رشد استدلال اخلاقی، بایستی در زمینه اطلاعات ما از تحول فرایندهای انگیزشی، خودنظم‌دهی، تحول خود، پردازش اطلاعات اجتماعی، و ... تفسیر شود. تحقیق بر روی تفاوت‌های اجتماعی - بافتی در بررسی‌های فرهنگی، بینش‌های جدیدی در رابطه با شکل‌گیری اخلاق در کودکان ارائه می‌کنند. تمام این مطالب روشن می‌کنند، تحقیقات در عصر پساکولبرگی از رسیدن به مرحله نهایی آن بسیار فاصله دارد.



۱. لطف آبادی، حسین، ۱۳۸۴، نقد نظریه های رشد اخلاقی پیازه و کلبه‌گ و باندورا و ارائه ی الگویی نو برای پژوهش در رشد اخلاقی دانش آموزان ایران، فصلنامه ی نوآوری های آموزشی، سال چهارم، بهار ۱۳۸۴.
۲. ثقه الاسلام، طاهره و همکاران، ۱۳۸۷، رشد اخلاق در انسان از دیدگاه دانشمندان اسلامی و روانشناسان جدید، فصلنامه ی اخلاق پزشکی، سال دوم، شماره سوم، پاییز ۱۳۸۷.
۳. عالم زاده ی نوری، محمد، ۱۳۸۹، قله ی حرکت انسان و مقصد رشد اخلاق معنوی، معرفت اخلاقی، سال اول، شماره ی سوم، ص ۶۳-۶۴.
۴. جهانگیر زاده، محمدرضا، ۱۳۹۰، دیدگاه های شناختی تحولی در رشد اخلاقی، معرفت اخلاقی، سال دوم، شماره ی چهارم، ص ۱۰۱-۱۲۲.

مطالعه چالش های اخلاقی و فقهی دارونمایی (پلاسیبو)

- دکتر علی تولائی^{۲۱}
حمیده افلاطونی^{۲۲}
زینب یوسفی راد^{۲۳}

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 می شود 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 وظیفه گرایان، 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 هزینه های درمان، زمینه ای است که محققان

^{۲۱} استادیار دانشکده علوم انسانی دانشگاه یزد tavallaei@yazd.ac.ir

^{۲۲} کارشناس ارشد اخلاق، platonnic.hamide@gmail.com

^{۲۳} کارشناس ارشد فقه و حقوق اسلامی، zyousefirad@yahoo.com



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؟

کلید واژه ها: پلاسیبو، اخلاق، رضایت بیمار، منفعت پزشکی

مقدمه

یکی از مسایل جالب در پزشکی که در سده های گذشته هم چنان مورد غفلت واقع شده و کم تر 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 می کند. مطالعه ای که هنری بیچر^{۲۴} در سال ۱۹۵۵ با عنوان "دارونمای پرقدرت"^{۲۵} در مجله انجمن پزشکی آمریکا^{۲۶} منتشر کرد، اثربخشی دارونما را در ۳۵ درصد موارد نشان می داد. علی رغم این، در آموزش رسمی پزشکی کم تر به این موضوع پرداخته می شود و اغلب، اطلاعات پزشکان درباره ی پلاسیبو محدود به آن است که پلاسیبو قرص شکر است که در دوران گذشته به بیماران داده می شد، و این که در پژوهش های بالینی، اثر پلاسیبو می تواند تفسیر نتایج بالینی پژوهش را مخدوش کند. درباره ی این موضوع فراگیر و مهم، تقریباً چیزی بیش از آن به پزشکان و روانشناسان بالینی آموزش داده نمی شود. برخورد پزشکان در مورد این پدیده نیز متفاوت است: گروهی بر آن اند که پاسخ پلاسیبو جنبه ای اساسی از درمان را تشکیل می دهد؛ و گروهی دیگر در مقابل، معتقدند که اثر پلاسیبو یا دارونما یک پدیده ی خیالی است و ارزش بررسی علمی ندارد. امروزه از پلاسیبو بیشتر در مطالعات پزشکی استفاده می شود: در جایی که می خواهند اثر واقعی یک دارو را بررسی کنند، از پلاسیبو برای درمان در گروه کنترل استفاده می شود. اما ظاهراً پلاسیبو یا دارو نما دارد مقبولیت بالایی به دست می آورد، تا جایی که در دنیای بیرون هم تجویز می شود. اثر دارونما امروزه به حدی پذیرفته شده که بسیاری از پزشکان، ترجیح می دهند دارو نما تجویز کنند. مطالعات جدید نشان می دهند که در کشورهای آلمان و سوئیس، بیش از نیمی از پزشکان ترجیح می دهند که در موارد خفیف، به جای دارو، دارو نما تجویز کنند. البته کشورهایی هم وجود دارند که تجویز دارونما را نمی پسندند، مثلاً در انگلستان، استفاده از این درمان ها 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." در آزمونهای کلینیکی کنترل شده به کار می رود برای تعیین اینکه آیا بهبودی ایجاد میکند و اینکه آیا عوارض جانبی مطابق تصویر یا پیش بینی داروساز ایجاد میکند یا خیر؟

^{۲۴} Henry Beecher

^{۲۵} The Powerful Placebo
of the American Medical Association ^{۲۶} Journal



تعریف انجمن اعصاب و روان آمریکا از پلاسیبو چنین است: هر روش درمانی (یابخشی از هر روش درمانی) که از روی قصد اثره شود تا اثری داشته باشد یا بطور نادانسته، تاثیری روی درد، نشانه یا ترکیبی از نشانه های بیماری بگذارد. اما بطور عینی تهدید خاصی برای بیمار نباشد. این تعریف مفهوم "غیراختصاصی بودن" را برای درمان معرفی می کند که حداقل دیگر فرآیندهای رقیب را تصدیق می کند. اگرچه این مفهوم توسط کارگروه مشورتی Tri پذیرفته نشده است. انجمن اعصاب و روان آمریکا در مقاله ای با عنوان "کاربرد پلاسیبو در اعصاب: یک واکنش به سند تصویب شده در کارگروه مشورتی Tri" دانشکده اعصاب و روان کانادا CCNP تاثیر پلاسیبو را همانند یک تاثیر محیطی بی ضرر میدانند. سازمان بهداشت جهانی WHO معرفی پلاسیبو را به عنوان یک روش درمانی یک تعارض اخلاقی معرفی میکند.^{۲۷}

دارو نما، دارو یا مداخله ای درمانی است که واقعاً تاثیری 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.^{۲۸}

چالش های اخلاقی استفاده از پلاسیبو

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^{۲۹} 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:

^{۲۷} 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

^{۲۸} Shapiro AK. Factors contributing to the placebo effect. Am J Psychiatry 1964;18:73-88
^{۲۹} Helsinki



- 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 .

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 بیمارانی 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- بیمارانی با شرایط خاص که احتمال خطر و صدمه در آن‌ها پایین است .
- ۲- در مواردی که منابع محدود 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 درمان های دارویی تداخل یابد. حتی اگر هیچ پلاسیبویادارونمایی 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^{۳۰} 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 باشدو 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 آزمون هایی که شامل یک گروه کنترل درمان نشده است اظهار می‌کنند: در هر مطالعه پزشکی، هر بیمار باید مطمئن باشد از بهترین روش های 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 می کنند که آزمون های 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.^{۳۱}

تمپل والن برگ^{۳۲} 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 آن ها 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، توجه 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.

^{۳۱} Placebo-controlled Trials of New Drugs: Ethical Consideration, DAVID ORENTLICHER, MD, JD, DOABETS CARE, VOLUME 24, NUMBER 4, APRIL 2001

^{۳۲} Temple and Ellen berg



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 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 ارزشمندان تراست که تلاش کنیم داروهای موثرتر را یا داروهای که برای بیمارانی که مقاوم هستند (نسبت به داروهای موثر) یا معیارهای دارو های 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.^{۳۳}

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.

^{۳۳} Is Prescribing Placebos Ethical? By Kenneth E. Legins, Dr. Kenneth M. Prager, Dr. Gary P. Posner, Dr. Michael Kirsch Posted: Thursday, October 1, 1998



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 غیردرمانی ملاحظه کرد.

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 "غیردرمانی" نیست.

همانطور که توسط کارگروه مشورتی Tri 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.^{۳۴} 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

^{۳۴} Etics and placebo, yvon D. Lapierre. MD, Psychiatry Neurosic 1998;23(1):9-11



از نظر فقهی، 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، بی اشکال است. (مکارم شیرازی، احکام پزشکی، ۵؛ 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 فقهی 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: مراغی، 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/۲۲) 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 الفقہیة، 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