



أخلاقيات المهنة الطبية وتشريعاتها



مكتبة جامعة دمشق

مكتبة الطب البشري

مكتبات جامعة دمشق

كلية الطب البشري

أخلاقيات الممارسة الطبية وتشريعاتها

مؤلف

الدكتور حسن نوفل

الأستاذ المساعد في قسم الطب الشرعي
كلية الطب البشري - جامعة دمشق

مكتبة الطب البشري

١٤٤١ هـ - ٢٠٢٠ م



فهرس المحتويات

فهرس المحتويات	5
مقدمة	17
الفصل الاول مدخل ومقدمة عن الاخلاق والاخلاقيات الطبية والعولمة Introduction	
about the Moral and Ethics and Globalization	19
1-1- العولمة والعلوم	22
1-1-1- مفهوم العولمة Globalization	22
1-1-2- الطب والعولمة	23
1-1-3- تأثير العولمة على الطب:	23
1-1-4- نتائج العولمة طبياً:	23
1-2- مفهوم الصحة	24
1-2-1- تعريف الصحة:	24
1-2-2- مفهوم الصحة والإسلام	24
1-3- المسؤولية الطبية	28
1-3-1- صفات الطبيب	28
1-3-2- مكانة الطبيب الاجتماعية	30
الفصل الثاني النظريات الأخلاقية الطبية Medical & Ethical theories	35
1-2- الفرق بين الأخلاق والأخلاقيات	35
2-2- اختلاف التنشئة الأخلاقية بين المجتمعات وانعكاساتها:	37
3-2- ما الذي يحكم العلاقة بين الطبيب والمريض؟	37

38.....	1-2-3- نظرية السببية
40.....	2-2-3- نظرية المنفعة
41.....	1-2-2-3- نقاط قوة النظرية:
43.....	2-2-2-3- نقاط ضعف النظرية:
45.....	3-2-3- نظرية الواجب
47.....	1-3-2-3- أمثلة على نظرية الواجب:
48.....	2-3-2-3- أنماط نظرية الواجب:
51.....	4-2-3- نظرية KANT الأخلاقية:
53.....	5-2-3- نظريات الواجب الحديثة:
53.....	1-5-2-3- نظرية راؤول Rawls:
55.....	2-5-2-3- نظرية "روس ROSS" وصفاتها:
56.....	6-2-3- نظرية الفضيلة
58.....	1-6-2-3- نقاط القوة في الفضيلة
59.....	2-6-2-3- نقاط الضعف في الفضيلة
61.....	7-2-3- نظريتي التشاركية والليبرالية
63.....	1-7-2-3- التشاركية في نزاع مع الليبرالية
64.....	1-7-2-3- مقارنة المساواة بين الجنسين بالأخلاق
Mental Approach to	الفصل الثالث المقاربة العقلانية للأخلاقيات الطبية
73.....	Medical Ethics
73.....	1-3- التفكير بالأخلاق
75.....	2-3- المقاربة العقلانية للأخلاقيات

75.....	1-2-3 Fair-Mindedness عقلية عادلة
76.....	2-2-3 Valid Reasoning الاستنتاج ساري المفعول
Essential	الفصل الرابع المفاهيم الثلاث الأساسية في الأخلاقيات الطبية
93.....	Concepts of Medical Ethics
93.....	1-4 أفضل الأولويات للمريض Best Interest
98.....	2-4 النهج الطبي guideline وبروتوكولات العمل
99.....	3-4 الاستقلالية Autonomy
103.....	1-3-4 مظاهر الاستقلالية
109.....	2-3-4 التوجيهات الأعلى والاستقلالية
112.....	4-4 الحرية والتحرر liberty
117.....	5-4 الحقوق Rights
119.....	1-5-4 حقوق المرضى والأطباء
122.....	2-5-4 أنماط الحقوق
122.....	1-2-5-4 حقوق المطالبة والادعاء
123.....	2-2-5-4 حقوق الحرية
124.....	3-2-5-4 السلطات
125.....	4-2-5-4 المناعة والحمايات
Doctors, Patients, and	الفصل الخامس الأطباء والمرضى والمهن الطبية
129.....	Medical Professions
129.....	1-5 ما هي مواصفات المهنة؟
129.....	1-1-5 التعهد بخدمة المصلحة العامة والنفع العام:

2-1-5- مقدار كبير من المعرفة المعممة والمنظمة المطلوبة لممارسة مهنة ما:	129
2-5- معايير إنجاز عمل مهني موضوعه من قبل مشرفي المهنة:	130
1-2-5- وجود الجسم المهني:	133
3-5- علاقة الطبيب بالمريض	135
4-5- مزاوله المهنة الطبية	139
5-5- معلومات حول المهنة الطبية	141
6-5- علاقة الطبيب بالمريض	148
7-5- خصائص الطب البشري:	148
الفصل السادس واجبات الأطباء Doctors Duties	153
1-6- لمحة تاريخية عن واجبات الأطباء	153
1-1-6- قسم يمين شرف المهنة	154
2-1-6- ممارسة المهنة:	155
2-6- واجبات الطبيب العامة اتجاه مهنة الطب	155
1-2-6- اما المحظورات على ممارسي المهنة الطبية	156
3-6- واجبات الطبيب اتجاه المرضى	158
4-6- واجبات الطبيب تجاه المرضى عند إعطاء تقرير:	162
5-6- واجبات الطبيب المكلف برعاية الأشخاص المقيدة حريتهم ¹ :	163
6-6- واجبات الطبيب تجاه المجتمع وعلاقته بالسلطة العامة	164
7-6- واجبات الطبيب العامة اتجاه نفسه	166
8-6- حقوق الطبيب	168

170	9-6- حالات طبية.....
170	9-6-1- الإجهاض.....
170	9-6-2- نقل الأعضاء:
171	9-6-3- التعامل مع مرض الإيدز والأمراض السارية:.....
171	9-6-10- رابعاً: علاقات الطبيب.....
171	9-6-10-1- الزمالة الطبية والعلاقة بين الأطباء.....
172	9-6-10-2- صلات الأطباء بأعضاء المهن الطبية الأخرى.....
173	9-6-11- الأتعاب والأجور.....
174	9-6-12- ثورة في التحديات الأخلاقية الحيوية & الكيمياء الفيزيائية Revolution in physical chemistry & bioethical challenges.....
177	Medical Confidentiality السر الطبي الفصل السابع.....
181	7-1- الأحوال التي تجيز إفشاء السر الطبي:.....
182	7-1-1- الأمراض السارية:.....
182	7-1-1-1- أمراض سارية واجب الإبلاغ عنها هاتفياً أو برقياً خلال ساعة.....
183	7-1-1-2- أمراض سارية واجب الإبلاغ عنها خطياً:.....
184	7-1-1-3- أمراض سارية واجب الإبلاغ عنها إختيارياً:
186	7-1-2- إفشاء السر الطبي لذوي المريض:.....
186	7-1-3- السر الطبي والمرضى القصر:
187	7-1-4- السر الطبي والتأمين:
188	7-1-5- عناصر إفشاء السر الطبي:.....

189	2-7- السر الطبي والمعلوماتية
189	3-7- محو البيانات والتخلص منها
191	الفصل الثامن الموافقة المستنيرة Informed Consent
191	1-8- واجبات الطبيب تجاه المريض
192	1-1-8- احترام استقلالية المريض:
194	2-1-8- أهمية موافقة المريض:
195	3-1-8- حقوق المريض والعائلة:
196	2-8- الموافقة المستنيرة في الحياة العملية:
198	1-2-8- معايير الموافقة المستنيرة
199	2-2-8- الموافقة Consent والمصادقة Assent:
199	3-2-8- الاستقلالية الذاتية:
200	3-8- الموافقة المستنيرة و البلوغ
202	4-8- المعلومات الواجب توافرها لتكون الموافقة صالحة أو مقبولة
204	5-8- الصيغة القانونية لشكل الموافقة
206	1-5-8- متى تكون الموافقة ضمنية؟
209	6-8- الأسس المتعلقة بموافقة المريض
217	الفصل التاسع المسؤولية الطبية Medical Liability والخطأ الطبي Malpractice
217	1-9- الطبيب
218	2-9- الطبيب والمسؤولية:
219	3-9- المسؤولية Liability

221	4-9- أنواع القواعد القانونية.....
222	5-9- علاقة الطبيب بمريضه
223	6-9- التزام الطبيب تجاه المريض
224	7-9- التمييز بين القاعدة القانونية والقاعدة الأخلاقية.....
224	1-7-9- في مجال التطبيق:.....
226	8-9- أهم القوانين التي تتعلق بمهنة الطب في سوريا.....
228	9-9- المسؤولية التأديبية:
229	10-9- المسؤولية المدنية.....
241	11-9- المسؤولية الجزائية.....
244	1-11-9- الخطأ الجزائي والإهمال وقلة الاحتراز:.....
245	2-11-9- سقوط حق المضرور باللجوء للقضاء الجزائي في عدة حالات:.....
245	3-11-9- أركان الخطأ الطبي:.....
246	12-9- الخطأ الطبي Malpractice.....
247	13-9- الخطأ الطبي والاختلاط الطبي Malpractice vs Complication
249	1-13-9- أسباب الأخطاء الطبية:.....
249	2-13-9- المتسببين في الخطأ الطبي:
250	3-13-9- أنواع الأخطاء الطبية
251	4-13-9- مسؤولية الطبيب
252	5-13-9- في أي مرحلة يحصل الخطأ الطبي
252	6-13-9- العوامل المساندة لظاهرة الخطأ الطبي
252	7-13-9- تكلفة الخطأ الطبي

253	9-13-8- أصحاب الحق لا يطالبون به
253	9-13-9- كيفية منع حدوث الخطأ الطبي
254	9-13-10- ثقافة كشف الاخطاء الطبية
254	9-13-11- تطوير المؤسسات الطبية والكشف عن الأخطاء
255	9-14- الفروق ما بين المسؤولية الجنائية والمسؤولية المدنية.....
257	الفصل العاشر أخلاقيات البحث العلمي
258	10-1- الرسالة:.....
259	10-2- ضوابط البحوث (الغاية من إجراء البحوث):
259	10-3- أمثلة من التاريخ عن الأخلاقيات الطبية:
260	10-4- المراجع الدولية لأخلاقيات البحوث الطبية:.....
265	10-5- تعريف البحث العلمي
267	10-6- أنماط الأبحاث
267	10-7- طريقة إجراء البحث
267	10-8- مراجعة لبعض النصوص في إعلان هلسنكي.....
271	10-9- البحث الطبي والمحافظة على السر المهني
272	10-10- اخلاقيات الباحث العلمي ومساعدته.....
274	10-11- أهداف البحث العلمي
274	10-12- ضوابط وشروط إجراء البحوث:
279	10-13- معوقات البحث العلمي:.....
Reproductive	الفصل الحادي عشر الأخلاقيات الطبيّة للتكاثر والتناسل والإجهاض
287	Medical Ethics &

287	1-11-1 اعتبارات اخلاقية طبية في التكاثر
288	1-1-11-1 Assisted Reproduction التكاثر المُساعد
289	1-1-11-2 تطور علوم التكاثر والإنجاب
291	1-1-2 الإلقاح المُساعد Assisted Fertilization
292	1-1-3 الإخصاب المُساعد Assisted reproduction
292	1-1-4 المقاربات الأخلاقية
292	1-1-5 طرق معالجة العقم Infertility
293	1-1-6 الإلقاح الصناعي IVF in vitro fertilization
294	1-1-7 الحمل بالإنابة Surrogacy
296	1-1-8 الإلقاح المُساعد والقوانين
296	1-1-8-1 القانون البريطاني
299	1-1-8-2 المسح الجيني Antenatal screening
301	1-1-8-3 الاستنساخ Cloning
302	1-1-8-4 الإعدام (Sterilization) Infertilization
305	الفصل الثاني عشر الأخلاقيات الطبية للاجهاض Abortion Medical Ethics
306	1-12 تعريف الإجهاض
306	2-12 الإجهاض عبر التاريخ
	3-12 الإجهاض غير المأمون أو الجنائي (اللاقانوني) Criminal (illegal)
308	Abortion Unsafe or
308	4-12 الإجهاض في الوطن العربي
312	1-4-12 نطاق المشكلة

314	12-4-2- مضاعفات الإجهاض غير المأمون التي تتطلب الرعاية الطارئة
315	12-4-3- إتاحة علاج مضاعفات الإجهاض
316	12-5- المسائل الأخلاقية في الإجهاض.....
318	12-5-1- أخلاقيات الإجهاض
	الفصل الثالث عشر اخلاقيات طب الجينات الحديث Ethics of Genetic Modern
321	Medicine
325	13-1- المعلومات الجينية (الوراثية) Genetic Information
327	13-2- التجربة أو الاختبار الجيني (الوراثي) Genetic Testing
328	13-3- إختيار التكاثر والتناسل الإنساني Reproductive Choice
329	13-4- المعالجة الجينية (الوراثية) Genetic Therapy
332	13-5- الاستنساخ Cloning
333	13-5-1- الاستنساخ العلاجي Therapeutic Cloning
336	13-5-2- الاستنساخ التكاثري أو التناسلي Reproductive Cloning ..
337	13-6- البصمة الوراثية Fingerprint DNA
341	الفصل الرابع عشر نقل الأعضاء وزرعها Organs Transplantation
343	14-1- عملية الزرع.....
344	14-2- توزيع أعضاء الجثث
347	14-2-1- الفوائد:
347	14-2-2- المخاطر:
348	14-3- أرقام ودلالات
350	12-4- لمحة تاريخية حول نقل وزرع الأعضاء:

12-4-1-	استخدام الأعضاء الحيوانية لزراعة الأعضاء عند الإنسان (يسمى زرع	
351	Xenotransplantation (الأجسام الغريبة)	
14-5-	شروط نقل الأعضاء:	353
14-5-1-	التبرع Donation وشروطه:	354
14-5-2-	المحظورات:	355
14-5-3-	الاستنساخ Cloning ونقل الأعضاء	355
14-6-	تجارة الأعضاء Human Organ Trafficking	356
14-6-1-	جرائم القتل لصالح تجارة الأعضاء	356
14-6-2-	عصابات تجارة الأعضاء	357
14-7-	الإنسان بالتجارة Human Trafficking	360
14-8-	زراعة خلايا المخ والجهاز العصبي	360
14-9-	قواعد نقل الأعضاء	362
14-9-1-	زرع الأعضاء التناسلية	363
14-9-2-	القانون وتنظيم عمليات زراعة الأعضاء	364
14-9-3-	النماذج العالمية لتسهيل زراعة الأعضاء	364
14-9-4-	بعض قوانين زراعة الأعضاء في بريطانيا	365
14-10-	زرع الأعضاء	371
14-11-	زرع الأعضاء بحسب المؤتمر الإسلامي للأخلاقيات الحيوية	374
14-11-1-	مسائل أخلاقية حول نقص الأعضاء	380
14-11-2-	القضايا الأخلاقية: الأعضاء الممنوحة (المعطي أو المانح)	381

382	14-11-3- مواصفات الجثة المانحة (المتوفي المعطي) Cadaveric Donor
383	14-11-4- توجد خمس استراتيجيات لزيادة تبرعات الأعضاء الجثث
385	14-11-5- التبرع بالأعضاء الحية (من الأحياء)
386	14-11-6- شراء وبيع الاعضاء:.....
387	14-11-7- المصادر البديلة للأعضاء Alternative organ sources
391	الفصل الخامس عشر الأخلاقيات الطبية في نهاية الحياة والموت الرحيم والإنعاش والعناية الطبية المُشددة & Authonasia & Medical Ethics of end of life & Rerusitation & Intinssive Care Units (ICU)
392	15-1-1- الموت الرحيم Euthanasia
393	15-1-1-1- تسهيل الموت بشكل فاعل:Active
393	15-1-1-2- تسهيل الموت بشكل مُنفعِل Passive:
394	15-1-3- الأخلاقيات المرتبطة بالموت
395	15-1-4- أشكال القتل الرحيم
395	15-1-4-1- القتل الرحيم الإرادي Voluntary euthanasia
395	15-1-4-2- القتل الرحيم غير الإرادي Involuntary euthanasia
396	15-1-5- أخلاقيات القتل الرحيم
400	15-1-6- القانون والموت الرحيم The law and euthanasia
401	15-1-7- الآراء مع وضد القتل الرحيم Arguments for and against euthanasia
414	15-2- الأخلاقيات المتعلقة بالعناية المُشددة ورعاية المحتضرين Intinssive Care Unit (ICU) Medical Ethics

مقدمة

تشكل الأخلاقيات الطبية محل اللب من المهن الطبية إذ أنها تعتبر أساسية في الممارسة الطبية في كل انحاء العالم. لذلك تعتبر من المواضيع الاساسية في تقييم خدمات وأعمال المهن الطبية، مما أدى الى تسليط الاهتمام لها في تدريسها لطلاب وممارسي المهن الطبية وخصوصا بعد وثيقة نورمبرغ الألمانية بعد الحرب العالمية الثانية.

ويجب التمييز بين الأخلاق Moral والأخلاقيات Ethics. فالأخلاق Moral هي مجموعة خيارات من الأفعال والمعتقدات الشخصية يختارها الأشخاص بشكل فردي، بينما الأخلاقيات Ethics هي مجموعة من القواعد والسلوكيات التي تلتزم بها مجموعة مهنية معينة وفي كل انحاء العالم بغض النظر عن معتقدات الافراد الشخصية.

تركز الأخلاقيات الطبية على تدريب وتعليم المبادئ الأساسية الأربعة للأخلاقيات الطبية وهي احترام الاستقلالية الذاتية Autonomy، وتغليب المنفعة (الإحسان) Beneficence، وتجنب الضرر Nonmaleficence، والعدالة Fairness. وذلك تم التركيز عليه بعد تطور خدمات التأمين الصحي والتوجيهات الارشادية guidelines التي تحكم أداء وانجاز مقدمي الخدمة الطبية. وازدادت نسبة الأسئلة المتعلقة بأخلاقيات الطب في اختبارات الترخيص المهني License الأوروبية والأمريكية.

تغيرت بعد إعلان هلسنكي لحقوق الإنسان العديد من المفاهيم، حيث كانت جميع المهن تركز على من يقوم بالمهنة، فمثلاً في الطب كان التركيز على الطبيب doctor-centred أن يكون مؤهلاً مهنيًا، أما المريض فلم يكن يؤخذ له شأن بالقرارات الطبية المتعلقة به. أما بعد الإعلان فالطب أصبح patient-centred مما جعل الأخلاقيات الطبية متماثلة في كل أنحاء العالم، مع اختلاف بسيط بحدود الـ 5-10% حسب خصوصيات كل مجتمع.

يتألف الكتاب من خمسة عشر فصلاً تتناول النظريات الأخلاقية، والمقاربة العقلانية للأخلاقيات، والمفاهيم والمبادئ الأخلاقية، و واجبات الاطباء وحقوقهم، والموافقة المستنيرة، والسر الطبي، وأخلاقيات طب الجينات الحديث، وأخلاقيات طب التكاثر

والاجهاض، واخلاقيات بداية الحياة ونهاية الحياة، والعناية المركزة والاسعاف، والموت الرحيم، واخلاقيات البحوث العلمية الطبية، اخلاقيات نقل الأعضاء والتبرع بها، والمسؤولية الطبية، والاطفاء الطبية.

وهذا هو الكتاب الاول في الأخلاقيات الطبية في كلية الطب في جامعة دمشق. وقد حاولت به أن أوضح المفهوم والنظريات الأخلاقية والنواحي الأخلاقية في معظم وأهم المواضيع والقضايا الطبية التي تواجه الممارسين للمهنة الطبية. راجيا أن اكون قد وفقت في مقارنة هذه المواضيع وتوضيحها لطلابي وزملائي. مع رجائي لطلابي وزملائي ان يوافوني بملاحظاتهم لنستطيع تقادي الاخطاء والتركيز على الصح وتقديم ما هو صح ومقبول علميا ومهنيا واخلاقيا للمرضى وللمجتمع والانسان.

الأستاذ المساعد الدكتور

حسين نوفل

الفصل الاول

مدخل ومقدمة عن الاخلاق والاخلاقيات الطبية

Introduction about the Moral and العولمة

Ethics and Globalization

المراجع التي سنعمدها في دراسة هذه المادة:

1. منهاج اليونسكو 2005 في كل جامعات العالم.
2. منهاج منظمة الصحة العالمية who.
3. منهاج أوكسفورد للأخلاقيات الطبية.
4. مقررات المؤتمر الإسلامي للأخلاقيات الطبية.
5. إعلان هلسنكي لحقوق الإنسان.
6. القوانين والأنظمة الصادرة عن نقابة الأطباء ووزارة الصحة في سورية.
7. الأخلاقيات المهنية المعتمدة في المنظمة الدولية للأطباء Worldwide Medical Association (WMA).

إن مفهوم أخلاقيات المهنة الطبية وتشريعاتها دخل حيز الممارسة الطبية واستقطب الاهتمام منذ سبعينات القرن الماضي بعد الحرب العالمية الثانية. ويجب التمييز بين الأخلاق Moral والأخلاقيات Ethics. فالأخلاق Moral هي مجموعة خيارات من الأفعال والمعتقدات الشخصية يختارها الأشخاص بشكل فردي، بينما الأخلاقيات Ethics هي مجموعة من القواعد والسلوكيات التي تلتزم بها مجموعة مهنية معينة وفي كل انحاء العالم بغض النظر عن معتقدات الافراد الشخصية. ويجب التمييز بين مفهومين: الأخلاقيات الطبية. Medical ethics و الأخلاقيات الحيوية biological ethics.

Biological ethics الأخلاقيات الحيوية: تتعلق بكل المهن التي لها علاقة بالبيولوجيا biology والصيدلة وطب الأسنان و الطب البشري والتمريض...

أما الأخلاقيات الطبية. Medical ethics: فهي خاصة فقط بالمهنة الطبية، سواء طب أسنان أو طب بشري أو صيدلة أو تمريض أو مساعدين طبيين. وهي تركز وتدرس المبادئ الأساسية الأربعة للأخلاقيات الطبية وهي:

1. احترام الاستقلالية الذاتية **Autonomy**

2. تغليب المنفعة (الإحسان) **Beneficence**

3. تجنب الضرر **Nonmaleficence**

4. العدالة **Fairness**

تم وضع تسمية الطبيب الخمس نجوم. five-star doctor¹، بسبب زيادة المهام الملقاة على عاتق الطبيب، بدلاً من مهمة العناية بالمرضى وحسب، ازدادت مهامه لتشمل واجبات تجاه المرضى وزملائه ومساعديه والمجتمع والمهنة (خمس أبعاد). أصبحت أخلاقيات المهنة الطبية من المقررات ذات الأهمية المتزايدة في مجالنا الطبي، خاصة بعد تطور خدمات التأمين الصحي والتوجيهات الإرشادية. guidelines. التي تحكم المهنة الطبية، حيث ازدادت نسبة الأسئلة المتعلقة بأخلاقيات الطب في اختبارات الترخيص المهني License الأوروبية والأمريكية من (5 - 10%) سابقاً حتى 40% منذ عشرين عاماً وحتى اليوم.

قانون نورمبرغ Nuremberg Code (وهو أول وثيقة تم الاعتماد عليها في موضوع الأخلاقيات الطبية)، هو قانون صدر عام 1947 كنتيجة لمحاكمة الأطباء والباحثين المتهمين بقضايا لأخلاقية في تعاملهم مع المرضى والأسرى وذلك في مدينة Nuremberg في ألمانيا أثناء الحرب العالمية الثانية.

The concept of the “five-star doctor” is proposed as an ideal profile of a doctor possessing a mix of aptitudes to carry out the range of services that health settings must deliver to meet the requirements of relevance, quality, cost-effectiveness and equity in health. The five sets of attributes of the “five-star doctor” are: Care provider, decision-maker, communicator, community leader, manager.

في عام 1964 صدر إعلان هلسنكي لحقوق الإنسان Helsinki declaration of human rights، الذي غير المفهوم العام General concept تجاه الإنسان في جميع مراحل حياته {بداية من مرحلة البيضة الملقحة حتى موته} وحتى بعد موته، وحتى آثار الإنسان traces يجب التعامل معها باحترام وبكرامة (مثل رمي الأجنة، المشيمة، الدم..).

بعد إعلان هلسنكي لحقوق الإنسان تغيرت العديد من المفاهيم، حيث كانت جميع المهن تركز على من يقوم بالمهنة، فمثلاً في الطب كان التركيز على الطبيب doctor-centered أن يكون مؤهلاً مهنيًا، أما المريض فلم يكن ذو أهمية كبيرة ولا شأن له بأي قرار من الطبيب، ولم يؤخذ برأيه. كما كان التعليم teacher-centered، أي التركيز على تأهيل المعلم وكيفية قيامه بمهمته، أما الطلاب فأيضاً لم يكونوا مركز الاهتمام. أما بعد الإعلان فالطب أصبح patient-centered والتعليم أصبح student-centered.

ملاحظات:

- + قبل أن يسمح لأي طبيب بممارسة المهنة في الدول المتقدمة، يجب أن يتم التأمين عليه أولاً، لأن أي خطأ سوف يكلف ملايين الدولارات.
- + في كل أنحاء العالم الأخلاقيات الطبية متماثلة، مع اختلاف بسيط بحدود الـ 5-10% حسب خصوصيات كل مجتمع.
- + يجب احترام الأخلاقيات الطبية ودراساتها في جميع الاختصاصات، حتى باختصاص التشريح مثلاً، يجب التعامل مع الجثة حسب أخلاقيات ومعايير معينة.
- + عندما يحصل سوء ممارسة malpractice، يصبح للموضوع علاقة بالطب الشرعي، لأن الخطأ يتطلب لجان طبية تحقق في الموضوع وعلى رأسها الطب الشرعي.
- + الطب الشرعي هو الاختصاص الطبي الذي يدرس العلوم الأساسية والسريية بهدف تطبيقها في القضايا القانونية.

☒ ولكن تطور هذه المفاهيم قادنا إلى العولمة، وخاصة مع تطور شركات التأمين التي تعمل بمبدأ patient-centered، أصبح المرضى يرفعون قضايا ضد الأطباء،

مما جعل بعض الأطباء يخافون من العقوبات أكثر من التزامهم بالأخلاقيات، ولتأمين التوازن تدخلت شركات تأمين للتأمين على أخطاء الأطباء. لذلك تراجعت أعداد العيادات الخاصة في الدول المتقدمة، بسبب عدم قدرة طبيب واحد على تحمل هذه التكاليف الكبيرة. كل هذه التطورات مع التقدم الاقتصادي أدى إلى ظهور العولمة...

1-1- العولمة والعلوم

1-1-1- مفهوم العولمة Globalization

هو النظر إلى العالم على أنه سوق كبير market، للسلع والمنتجات التي تطرحها الشركات التجارية المتزايدة والتي غزت العالم وأصبحت شركات ضخمة ما بين الدول. ظهر هذا المفهوم في أواخر القرن الماضي.

تزامن تزايد مفهوم العولمة مع تدني الأخلاق، وطغيان الهدف المادي Target على الأخلاقي، فتهتمش موضوع الأخلاقيات مقابل السعي الكبير لزيادة الموارد incomes.

بدأت الشركات تسعى بشتى الوسائل لزيادة أرباحها ومواردها، حيث سخرت التقدم العلمي في سبيل ذلك.

للهللة الأولى قد يعتقد الإنسان بأن العولمة ذات تأثير إيجابي كونها تعمل على دعم التطور العلمي وزيادة الموارد وبالتالي مستوى معيشة جيد، لكن الواقع كان عكس ذلك تماماً، حيث أن هذا السعار المتزايد وراء الماديات وتطويع العلم لهذه الغاية خلق صراعات وحروب بين الدول.

وبدلاً من استخدام العلم في سبيل راحة البشرية تم استخدامه لتطوير الأسلحة، وبدلاً من إنفاق الموارد على القضاء على الجوع والفقر والتخلف.. تم إنفاقها في الحروب والصراعات، فالعولمة لم تحسن وضع البشرية، بل فاقمت مشاكلها أكثر فأكثر. إذاً: العولمة ذات تأثير سلبي على البشرية

1-1-2- الطب والعولمة

التطبيب هو حق لكل الناس بغض النظر عن كينونتهم وانتماءاتهم إلخ.. والطبيب اختار أن يكون طبيباً ولذلك فهو مجبر على تقديم الخدمة الطبية لكل محتاج. ما هي الغاية من العمل الطبي؟ لو كانت الغاية هي علاج المرضى، لكننا أمام التزامات عندما نخطئ، أما الغاية من العمل الطبي فهي رعاية المرضى. وتشمل رعاية المرضى كلاً من: علاج الحالات المرضية الحالية current. والوقاية protection من الإصابة المستقبلية بالأمراض. غاية العمل الطبي هي إنقاص عدد المرضى وليس زيادته. الوقاية هي الأفضل وتسمى بالعناية الأولية health care primary.

1-1-3- تأثير العولمة على الطب:

برزت الشركات الطبية في عصر العولمة التي عملت على تعميم مصطلح (زبون costumer/client) بدلاً من (مرضى patient). أصبحت غاية العمل الطبي تجارية ربحية وهي زيادة الربح بدلاً من علاج المرضى وبالتالي زيادة الزبائن أي زيادة المرضى، وهذا يتعارض مع غاية العمل الطبي الأساسية والتي يعمل من أجلها الطبيب وهذا الموضوع غير مقبول. وبما أن الصحة بمفهومها الحديث تركز على 3 جوانب (نفسية، جسدية، واجتماعية) فهذا يزيد العبء على الكادر الطبي الذي يرفع هذه الجوانب في ظل العولمة. **ملاحظة:** من المهم جداً أن نفهم الغاية من كل عمل قبل أن نحكم على صحته أو خطئه، فقد يكون العمل ظاهرياً جيد ولكن غايته سيئة، والعكس صحيح.

1-1-4- نتائج العولمة طبياً:

عندما يطغى الجانب الربحي على الأخلاقي في المجال الطبي، تكثر لدينا المخالفات الطبية والأخلاقية.

قد تصل هذه المخالفات المهنية والأخلاقية إلى درجة الجرائم التي تقودها مافيات طبية (سرقة الأعضاء).

1-2- مفهوم الصحة

1-2-1- تعريف الصحة:

في عام 1985: وضعت منظمة الصحة العالمية تعريفاً جديداً للصحة هو أن الصحة²: تكامل بين الصحة الجسمية والصحة النفسية والصحة الاجتماعية

(Somatic Psychiatric Social (3 'S'))

فقد كان المنحى الاجتماعي قليل الأهمية سابقاً، إذ كان الاهتمام محصوراً بالصحة النفسية والجسمية، وإذا ما عانى أحدهم من مشكلة لم يعثر على سبب عضوي لها، فإنها تعتبر حالة نفسية، دون النظر إلى الموضوع الاجتماعي.

ووجهة النظر هذه ناقصة وغير صحيحة، لأنه لو كان أحدهم سليماً نفسياً وجسدياً، لكن وسطه مليء بالمجرمين، فإن وضعه لن يكون سليماً، وهنا يكمن دور الأخلاق في الصحة. الصحة لا تعني غياب المرض.

لا يجوز للطبيب أن يخل بأي ناحية من نواحي الصحة الثلاث، وعندما يخالف النواحي الجسدية والنفسية فالقانون يتصدى له، وعندما يخالف الناحية الاجتماعية فمجالس التأديب هي الجهة التي تعاقبه.

1-2-2- مفهوم الصحة والإسلام

وتعريف منظمة الصحة هذا يتفق فعلياً مع وجهة نظر الإسلام في موضوع الصحة، لأن مقاصد الشرع الخمسة يغطي هذا التعريف ثلاثة منها، وهي التي لها علاقة بالصحة.

فموضوع الصحة موجود في مقاصد الشريعة، أما التزام الناس بتلك المقاصد فهو موضوع آخر.. فقد ذكر الإمام الشافعي أن "العلم علمان: علم الأديان، وعلم الأبدان" وقد كان مهتماً بهذا الموضوع.

لذلك كانوا مهتمين بقضايا الأخلاق (مقاصد الشريعة) الدين والنفس والعقل والنسل والمال، وهو ما يتفق مع المفهوم الحديث للصحة.

- مجالس التأديب:

قد تحكم على الطبيب بالخطأ على الرغم من أن المحاكم المدنية والقوانين أقرت ببراءته، فقد تكون المخالفة هنا أخلاقية بحق زملاء المهنة أو المرضى أو المهنة نفسها.

مثال لتقريب الفكرة:

طبيب يتقاضى من المرضى أجر أعلى من الأجور التي حددتها نقابة الأطباء: الطبيب هنا قام بواجب العناية تجاه المريض.. المخالفة ليست ضد المريض. الطبيب هنا لم يؤذ زملاءه.. المخالفة ليست ضد الزملاء. لاحظ أن: العقد الاجتماعي بين الطبيب والمريض هو علاقة ذات غاية محددة وهي علاج المريض (وليس شفاؤه) وهنا لم يتم الإخلال به. عملياً ما تم الإخلال به هنا هو علاقة الطبيب مع الجسم المهني فالطبيب خالف التسعيرة المحددة من قبل نقابة الأطباء.

الطبيب هنا لا يحاسب قضائياً، بل مجالس التأديب هي الجهة المسؤولة عن هذه المخالفة المسلكية. ومن الملفت للنظر أن مجالس التأديب تتعامل مع الطبيب الذي يتقاضى أجراً أقل أو أكبر من التسعيرة المحددة من قبل نقابة الأطباء، فالطبيب الذي يتقاضى أجر أقل من التسعيرة فهو يدخل في منافسة غير شريفة تخل بعلاقة الطبيب مع المهنة ومع زملائه وهو ما يستدعي تدخل مجلس التأديب.

سؤال للنقاش: الطبيب لا يستطيع أن يأخذ أجور المعاينة أقل بحجة مساعدة المرضى، ما الذي يستطيع فعله هنا؟!

الحل أن يعالجهم مجاناً، بدون تلاعب بالفكرة كأن يجعل العلاج المجاني حكراً على يوم محدد أو أوقات محددة فهذا العمل يصبح ذو هدف تجاري تسويقي Promotion ويعيد شكل من أشكال الدعاية غير الشريفة.

لا يخضع لحالة التلاعب السابقة كل من:

1. عمل الطبيب التطوعي خارج إطار عيادته في يوم محدد مثلاً.
2. الطبيب الذي لا يتقاضى أجراً من بعض مرضاه لسوء حالتهم المادية مثلاً، بشرط ألا يميز بين الناس كأن يعالج مجموعة معينة فقط من الناس مجاناً... فلا بد للطبيب من الحياد.

ولكن لماذا تقوم الشركات بخلاف ذلك؟

تقوم الشركات بالترويج، فهي تنظر إلى مريض القلبية مثلاً على أنه زبون، وتدعوه للمجيء إليها، لامتلاكها البنية التحتية الجاهزة بالإضافة للكادر الطبي، إذ أننا قليلاً ما نصادف مقومات الجودة مجتمعة، وكلما زادت مقومات الجودة كان تقييم الجودة أعلى. فهناك دول عربية غنية، تمتلك بنية تحتية وتجهيزات جيدة إلا أن الكادر لديها ضعيف، فلن نحصل هنا على استثمار هذه الموارد بالشكل الأمثل، وهنا نجد أثر التطوير في القضايا الربحية. (نتائج تطور القضايا الربحية)

يحتاج تقييم الجودة في أي عمل طبي إلى ثلاث أمور:

- تقييم البنية التحتية.
- تقييم التجهيزات.
- تقييم الكادر العامل.

لكن السعي هنا إلى زيادة عدد المرضى، بتطور العولمة وتطور الدمار والأسلحة وتطور الهيمنة، كل هذا أدى إلى زيادة الحروب لجني الأرباح، من خلال إنشاء الحماية والأسلحة.

بل وصل الأمر لسيطرة جشعة على موارد الغذاء، فلو زاد إنتاج القمح في العالم (الأمر الذي سيخفض سعره بشكل طبيعي) فإن الشركات العالمية ترميه في البحر، كي تحافظ على سعره!!

وقد نشأت على المستوى الطبي الـ FDA (Food and Drug Administration)،
فالدواء الذي لا يأخذ اعتماداً من الـ FDA لا يمكن إدخاله إلى السوق.

مع التطورات الطبية استطاع الطب الوصول إلى أدوية أثبتت فعاليتها طبياً، لكنها
لا تدخل إلى السوق! شركات الأدوية لن تسمح بضياح كل الأدوية السابقة والتي تبلغ
أسعارها مليارات الدولارات، وتنتظر نفاد تلك الأدوية لتسمح بطرح الدواء الجديد.
نلاحظ هنا جانب العولمة البعيد عن الأخلاقية..

وبقي الجانب الأخلاقي للطب على عاتق الطبيب الممارس، ليحافظ على الإرث
التاريخي لهذه المهنة في أعين الناس. بعجز الناس عن التحكم بصحتهم، ومسؤولية
الأطباء عنها، يصبح علاجهم قضية من حقوق الإنسان.
نجد ما ذكر في إعلان هلسنكي³: "من حق كل إنسان أن يتمتع بصحة"، لا لأنه
يمتلك نقوداً يشتري بها صحته في حين لا يجد فاقد النقود الصحة، بل لمجرد كونه
إنساناً.

وهكذا نكون قد وضحنا التضارب بين العولمة والمفهوم الصحي..
بعد ظهور مفهوم المسؤولية الطبية، سواء كانت مدنية أو جزائية، وانطلاقاً من
إعلان هلسنكي بدأت المهن والنقابات الطبية بتطبيق هذا الأمر.
بما أن النقابات الطبية ليست شركات تأمين، فعلى الطبيب أن يأمن نفسه من
أخطائه، إلا أن أي إهانة أو تجاوز للمريض، سيكون ثمنه كبيراً.
ولم يتطور الموضوع بشكل عولمي، إنما حصل ضبط للممارسة الطبية للحفاظ على
صحة الناس جميعاً وعلى أخلاقية المهنة الطبية.

وهذا ما يميز أخلاقيات الأطباء المقبلين على الاختصاص في جميع أنحاء العالم.
فلو تنازلنا عن الأخلاقيات لانجرنا إلى العولمة، وعلى الرغم من كل ما ذكرناه نجد
بعض الأوجه التجارية، إلا أنها محاربة دوماً، حتى أن من يعمل فيها يعجز عن
التصريح بشكل واضح عن متاجرته.

1-3- المسؤلية الطبية

هي الشروط التي يجب أن يستوفيها الطبيب حتى يكون عمله صحيحاً، وحتى يكون قد أدى واجبه تجاه المريض.

لدينا 4 شروط، في حال قام بها الطبيب جميعاً تنتفي عنه المسؤولية الطبية (عمل يلي عليه):

1. إذن الشارع (المشرع): يتمثل بالترخيص. من دونه يعد عمل الطبيب جناية حتى لو كان يحمل شهادة من أرقى الجامعات الطبية عالمياً. حتى لو تنازل المريض عن محاسبة الطبيب، فالحق العام لا يتنازل!
2. إذن المريض (الموافقة المستنيرة): لا يجوز للطبيب أن يلامس جسد أو نفسية أو اجتماعية المريض بدون موافقته، حتى لو كان التدخل الطبي لمصلحة المريض ولكن موافقته شرط أساسي. هذا الموضوع نص عليه إعلان هلسنكي لحقوق الإنسان.
3. قصد الشفاء: أن تكون نية الطبيب شفاء المريض، ولكن الموضوع أحياناً يكون خارجاً عن إرادة الطبيب، فهو يحاسب على العناية بالمريض وليس على نتيجة العناية، حيث ينبغي أن يقدم له كل العناية اللازمة بشرط أن تكون العناية حديثة updated (مو من عصر ابن سينا).
4. عدم وقوع الخطأ الفاحش من الطبيب: وهذا ما تحدده لجان طبية متخصصة بذلك.

1-3-1- صفات الطبيب

1. أن يكون متواضعاً بعلمه، فمهما تقدم بتفكيره العقلاني والعلمي لن يصل لكل شيء، فلو قلنا بأننا بلغنا كل شيء لن تعود هناك حاجة للبحث العلمي. أما في البحث العلمي، نجد أن كل سؤال علمي نجيب عنه ينتج عنه الكثير من الأسئلة العلمية التي نعجز عن الإجابة عنها.

إن البحث العلمي سلسلة لا تنتهي، تماماً كما لا يمكننا الوصول للانهاية أو الصفر، فمهما اقتربنا من أحدهما، يبقى هناك دوماً أجزاء لا متناهية (إن وصلنا إلى الواحد بالمليون نجد الواحد بالمليار وهكذا).

كثيراً ما نقرب من نظرية علمية قبل أن تثبت صحتها، وبعد عشرين سنة مثلاً تكتشف صحتها أو خطأها، فنعتبرها صحيحة حتى يظهر بحث علمي آخر. وهذا ما يجعل الطبيب متواضعاً بعلمه، فما يقوله اليوم على أنه صحيح قد يظهر مع الزمن أنه خطأ.

مثال آخر: الموت موضوع جدلي، إذ لا نستطيع السؤال عن تعريف للموت إلا بتحديد الميت، أكان الإنسان أو الخلية أو RNA أو DNA.

كل هذا يؤكد أهمية التواضع في العلم، إذ يستمر البحث العلمي دائماً في التطور.. أضف إلى ذلك الناحية الأخلاقية والمعتقدات، فنحن جميعاً لا نتمتع بالعلم الحقيقي الموجود، والذي لا يملكه إلا رب العالمين.

وكل إنسان له وجه نظر في العلوم، فنحصل على صورة أوضح لو تكاملت وجهات نظرنا، ولكننا بالتأكيد لن نصل إلى العلم الحقيقي "وما أوتيتم من العلم إلا قليلاً".

2. يجب أن يكون مثابراً ومجتهداً لمعرفة المزيد، لا من أجل نفسه بل من أجل مجتمعه ومرضاه وخدمتهم. لا يوجد للطبيب تقاعد في عمر معين، بل يجب أن يكون مثابراً دوماً على خدمة مرضاه.

3. يجب أن يكون متقبلاً لكل الآراء، غير متفوق على ذاته، إذ قد يكون على خطأ، فلا أحد يمكنه رؤية كل شيء، وبسماع الآراء الأخرى تكتمل الصورة لدينا.

4. قدوة بالعمل والمسلوك، للمرضى والزملاء والمجتمع، فالطبيب يختلف عن غيره من المهن بأن الطبيب لا يمكنه أن يكون طبيباً في عيادته ومستشفاه فحسب، ويتصرف خارجها على هواه بعيداً عن كونه طبيباً مدعياً أنه موضوع شخصي.

هذا الأمر مرفوض عند الأطباء، الطبيب طبيب في الشارع كما هو طبيب في باقي العمل، والالتزام بالأخلاق التزام بها في كل مكان، وأي إهانة تصدر عنه لمهنته أو زملائه أو لنفسه، تحمله المسؤولية.

مثال: نجد أنه من المرفوض لدينا في سورية أن يعمل الطبيب سائقاً لسيارة أجرة أو تاجراً لعدم اكتفائه بوارد العيادة، وهذا الطبيب تسحب منه شهادته، فإما أن يعمل طبيباً أو يتخلى عن الطب ليعمل سائق أجرة.

يسمح للطبيب أن يعمل في مهن تحترم المهنة الطبية، كالتدريس مثلاً، فمن واجبك أن تدرب رفاقك الذين هم في مستوى أقل منك، كما يسمح بالوظائف التي تحمّل الطبيب مسؤوليات تجاه المجتمع، ويسمح له بالمساهمة بماله في التجارة كمجرد مساهم لا مدير.

5. رؤوفاً بالمرضى ومعتنياً بهم، بغض النظر عن هوياتهم، فحتى لو كان المريض عدواً أو صاحب مال أو سلطة أو أشد قوة من الطبيب، وأضعفه المرض أمام الطبيب، فعلى الطبيب الرؤوف هنا أن يعامله كأى مريض آخر متجاهلاً قوته وماله، وهذا حق المريض وواجب على الطبيب.

وهنا يكمن سبب معاملة الطبيب بكل احترام وكرامة من قبل الناس، لأنهم يعلمون أنهم ربما يقفون ضعافاً يوماً ما أمام الطبيب.

1-3-2- مكانة الطبيب الاجتماعية

الأطباء يتمتعون بمكانة رفيعة في المجتمع لأن خدماتهم الطبية تكون لجميع الناس دون استثناء.

الحياد سبب أساسي لهذه الخطوة الاجتماعية. الطبيب ينبغي أن يكون حيادي، فالأطباء لا يتم أسرهم في الحروب، لأن الخدمات الطبية التي يقدمونها تكون لجميع الناس دون تمييز ودون استثناء. وهذه الصفة الحيادية للطبيب برزت تاريخياً منذ زمن الرسول صلى الله عليه وسلم، وتم المحافظة على هذه الأخلاقيات الطبية على مدى العصور. وسنأتي في منهاجنا على ذكر الموضوعات التالية:

الخلفية الأخلاقية والقانونية للنظريات الأخلاقية الطبية.
المفاهيم الثلاث الأساسية للأخلاق الطبية (أفضل الأولويات، الخصوصية أو الاستقلالية، الحقوق).

لمحة عن القوانين الطبية في سوريا⁴. "القوانين تحتاج إلى منهاج منفصل حسب تعبير الدكتور لذا سنتناول منها بعض النقاط فقط، حيث أننا سنتبعها عند عملنا في سوريا".

الأطباء والمرضى والمهنة، وما تعنيه جملة "5 star Doctor" من واجبات الطبيب تجاه مرضاه وزملائه ومهنته ومجتمعه ونفسه ومساعدته.
"القضايا الطبية الخاصة" وهي المفاهيم والمبادئ الأساسية في الأخلاقيات الطبية.
والمبادئ الأساسية أربعة:

1. احترام الاستقلالية الذاتية Autonomy

2. تغليب المنفعة (الإحسان) Beneficence

3. تجنب الضرر Nonmaleficence

4. العدالة Fairness

وسنطبقها على كل قضية في الطب حتى أثناء فحص المريض، ونتعرف من خلال تطبيقنا لها على مدى التزامنا بأخلاقيات مهنتنا، وبناء عليها سنحاسب أخلاقياً أيضاً⁵.

سنطبق المبادئ الأربعة الأساسية والمفاهيم الثلاثة الأساسية على مواضيع سريرية خاصة، وكيف سيكون تصرفنا عندها..

القضايا الأخلاقية الطبية التي سنتعرض لها:

Medical ethics principles & النظريات الأخلاقية ومبادئ الأخلاقيات الطبية theories

Mental approach of medical ethics المقاربة العقلانية للأخلاقيات الطبية
المفاهيم الثلاثة الأساسية للأخلاقيات الطبية: أفضل الأولويات، والاستقلالية،
والحقوق The Essential three concepts of medical ethics: Best

intrest, Autonomy, and Rights

واجبات الاطباء وحقوقهم Physician`s duties & rights

الموافقة المستنيرة Informed consent

السرية الطبية Medical confidentiality

علوم الطب والجينات الحديث Medical science and modern genes

طب التكاثر Reproduction medicine

أخلاقيات الإجهاض Abortion ethics

الأطفال وبداية الحياة Children and the beginning of life

نهاية الحياة (الاحتضار) End of life نتحدث عن العناية المشددة والإسعاف
والموت الرحيم والحالات التي لم يعد هناك أمل من علاجها⁶.

المسؤولية الطبية Medical responsibility

Ethics of medical أخلاقيات البحوث الطبية وإدارة الموارد الطبية
reaserches & resources dividing

المسؤولية الطبية والخطأ الطبي وكيف يتعامل القانون السوري مع هذه المسؤولية.

اخلاقيات التبرع ونقل الاعضاء Organ transplantation ethics

كيف يجب أن نتعامل معها؟ وما هي شروطها وإجراءاتها؟ وكيف سنطبق عليها المبادئ الطبية الأربعة.

تولي الدول الغربية اهتماماً أكبر بالتحضير للموت، أما في المعتقدات الإسلامية نجد أن الموت حق يؤمن به الإنسان منذ ولادته، فيفترض بكل من يعتقد اعتقاداً صحيحاً بذلك أن يكون جاهزاً للموت في أي لحظة، كما يجب ذلك على أهله. نحن الآن في حالة حرب تزيد اهتمامنا بالموارد وكيفية تحقيق المبادئ الطبية الأربعة فيها.



الفصل الثاني

النظريات الأخلاقية الطبية

Medical & Ethical theories

2-1- الفرق بين الأخلاق والأخلاقيات

♦ الأخلاق Morals

الكلمة من أصل لاتيني وتعني سمة Custom وهي أن نفعل ما هو صحيح ونترك ما هو خطأ.

مبادئ Principles أو عادات Habits تحترم الصحيح والخطأ. فالأخلاق هي مجموعة معتقدات يتحلى بها الشخص، تختلف باختلاف الثقافات فما هو مقبول خُلُقياً عندنا قد يكون غير مقبول لدى غيرنا. كذلك تختلف بين الأشخاص حسب تنوع المعتقدات والديانات (السماوية وغير السماوية) والتنشئة الاجتماعية والفناعات فالصواب والخطأ أمر نسبي بين المجتمعات ولكن توجد أخلاق يتفق الجميع عليها أنها صحيحة كالصدق والأمانة. ليس لها علاقة بمهنة معينة ولا الزمان ولا المكان وإنما هي أمور مطلقة ومحددة (الصدق والأمانة) تقبل مفهوم التعميم، فالشخص إما صادق بالمطلق وإما كاذب ولا تحتمل نسب.

التعريف المتفق عليه بأنها فعل الصواب، وترك الخطأ.

وهي مجموعة من الفضائل والمعتقدات والعقائد التي يؤمن بها الإنسان وتحكم علاقته بذاته وربه.

الأخلاق هي قضية داخلية تتعلق بعلاقة الإنسان مع ذاته وربه.

الأخلاق غير قابلة للقياس (يعني كاذب أو صادق ما في حل وسط).

عقوبة الإخلال بالأخلاق ليست ذات طابع قانوني، فما لم يؤدي هذا الإخلال

الأخلاقي إلى ضرر، لا يستطيع القانون محاسبة الشخص المخل.

بالمقابل فإن الإخلال بالأخلاق له عقوبة اجتماعية بالرفض الاجتماعي للشخص المخلف فضمير الشخص يحاسبه وضمير المجتمع كذلك، وهذا أصعب من العقوبات القانونية.

مثال صغير على موضوع العقوبات: الشخص الكاذب لا يستطيع ملاحقته قضائياً لمجرد أنه كاذب، ولا يستطيع القانون معاقبته ما لم يؤذ أحداً، ولكن المجتمع هنا يحاسب الكاذب عندما تتشوه سمعته فلا يتعامل معه الناس في تجارته أو مهنته.

♦ الأخلاقيات Ethics (آداب الطب)

الكلمة من أصل يوناني وتعني صفة Character. لها Guideline وتطبيقات حسب الوقت والزمن فتختلف حسب الوقت ويتم تطويرها. فالطب الجيني والاستنساخ لم تكن موجودة سابقاً وبالتالي نطبق عليها الـ Ethics وهي موضوع جدلي من ناحية قبولها بين بلد وآخر. هي قيود تضبط السلوك لمجموعة معينة من الأشخاص مع بعضهم ومع غيرهم، بغض النظر عن الأخلاق.

أخلاق الأطباء تختلف من طبيب لآخر ولكن الأخلاقيات مشتركة بينهم. الأخلاقيات هي قضية خارجية تتعلق بعلاقة الطبيب مع زملائه والمرضى والمهنة. الأخلاقيات قابلة للقياس ضمن مجموعة تتفق على قضايا معينة في مهنة ما، ومن الممكن أن يكون فيها نسب، مثلاً: (مارسته لمهنته تتفق مع 70% من الأخلاقيات Ethics) وهي ضمن Rules تمس وتضبط السلوك.. الأخلاقيات تجمع كل من الأخلاق والقانون: أي أن العلاقات الأخلاقية هنا محددة بموجب القانون ومخالفتها يترتب عليها عقوبات.

عقوبة مخالفة الأخلاقيات ذات طابع قانوني.

مثال صغير على موضوع العقوبات: لو كان الطبيب من عباد الله الصالحين، وقام بمخالفة الأخلاقيات فسوف يعاقب قانونياً حتى لو لم تسبب المخالفة ضرراً مادياً فالضرر هنا قد يكون معنوياً.

نتيجة: الطبيب الملزم أخلاقياً لا يعني أنه لا يخطئ مهنيًا، والطبيب غير الملزم أخلاقياً لا يعني أنه فاشل على صعيد الأخلاقيات، فالموضوع مختلف!!

2-2- اختلاف التنشئة الأخلاقية بين المجتمعات وانعكاساتها:

المجلس الأخلاقي يضم ممثلين عن جميع أطراف المجتمع كي يمثلوا أخلاق المجتمع (في إفريقيا يضم زعماء القبائل مثلاً)، وهذا المجلس لا يناقش أخلاق المجتمع بل الأخلاقيات الطبية مع احترام العادات والمعتقدات. الأخلاقيات تعتمد على التنشئة الأخلاقية وعلى التدريب الأخلاقي. التدريب الأخلاقي نفسه بين الدول بتوحيد المراجع والمناهج، ولكن التنشئة الأخلاقية تختلف.

للتخفيف من هذا الاختلاف في التنشئة، فإننا نعتمد على زيادة التدريب الأخلاقي.
مثال على اختلاف التنشئة الأخلاقية:

صديقان لم يلتقيا منذ سنتين.. وبالصدفة رأى أحدهم الآخر في شوارع باريس وبدأ التعبير عن المشاعر الجياشة 3:
المجتمع الفرنسي سيفسر الأمر بأنهما شخصان غير طبيعيين Abnormal (شاذين).

المجتمع العربي سيفسر الأمر بأنه طبيعي وضروري.
إن اختلاف التنشئة الأخلاقية يضع الطبيب أمام صعوبات في التعامل مع المرضى في مجتمعات أخرى، وهذا ما دعا إلى إبداع فكرة الترخيص License.

2-3- ما الذي يحكم العلاقة بين الطبيب والمريض؟

وضع علماء الاجتماع نظريات أخلاقية عديدة، سنتكلم عن ثلاثة أساسية منها:
نظرية السببية Consequence Benefit Theory. "وأحد أفراد عائلتها نظرية المنفعة".

نظرية الفضيلة Virtue Theory. "الفضيلة لا تعني الخير بالضرورة و الترجمة هنا غير دقيقة".

نظرية الواجب Deontology Theory. "وتتفق معها غالباً تشريعات الأديان السماوية".

قد تكلمنا عن الأخلاق والأخلاقيات والفرق بينهما، فالأخلاق هي معتقدات تتضمن أخلاقاً معينة.

يمكننا القول إن جميع الأديان تقريباً تشترك بنفس المنظومة الأخلاقية (الصدق، الأمانة)، فقد ذكر في الحديث النبوي: "إنما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق". الأخلاق لم توجد حديثاً أو فجأة، والوصايا العشر في الإنجيل تتفق أيضاً مع الأخلاق الموجودة في القرآن والموجودة في الزبور وما ذكر في العهد القديم وفي شريعة حمورابي وحتى في البوذية. المنظومة الأخلاقية هي ذاتها تقريباً، وتختلف من مجتمع لآخر في بعض التفاصيل الصغيرة.

3-2-1 - نظرية السببية

وهي نظرية تتعامل مع الأفعال بنتائجها لا بأسبابها، أيأ كانت تلك الأسباب، فهي تبحث عن القيم الأفضل في النتائج بغض النظر عن الأسباب. وبتعريف آخر: المنفعة هي تلك التي أفضت نتائجها إلى زيادة السعادة أخلاقياً أو لا أخلاقياً.

هي عائلة أهم أفرادها نظرية المنفعة. تسير وفق مبدأ الغاية تبرر الوسيلة والفعل الصحيح هو الفعل الذي يعزز أو يحقق أو يحفز أفضل النتائج، أيأ كان السبب أو الفعل. مصلحة المريض هي الأعلى ولا نهتم بكيفية تحقيقها. أمثلة تستخدم هذه النظرية:

1- أتى مريض بمرض ما، فعولج بالشعوذة وشفى. تعتبر الشعوذة صحيحة حسب هذه النظرية.

2- قد نعالج مريض مصاب بالتأليل بدواء موهم أو ماء، إذا اقنعناه بأن الدواء يشفيه حتماً وصمم خصيصاً له، فتتفعل المناعة له وتنتصر على الفيروسات المسببة للتأليل.

في حين أن عدم اقتناع المريض ورفضه ستفشل حتى مضادات الانقسام من علاجه.

نجد مبرر هذه الطريقة في نظرية السببية، وإن اعتمدنا هذه النظرية في الطب، فقد يصبح الطبيب مشعوذاً، وقد يصل إلى استخدام أساليب إجرامية. وبذلك لا تُعتمد هذه النظرية كما لا تُرفض بكاملها، كبعض الحالات يكون هنأ شفاء المريض.

وهدفنا الأول في الطب مصلحة المريض وحمايته، وإن استطاع الطبيب استخدام نظرية السببية مع تطبيق المبادئ الأربعة (تطبيق المنفعة تجنب الضرر ..) فلن تكون هناك مشكلة.

مهما حاولنا تطبيق المبادئ الأربعة في موضوع ما، فلا يمكن لنا أن نصل إلى أقصى حالاتها.

تعاكس نظرية الواجب، والتي يجب على الفعل فيها أن يكون صحيحاً من البداية حتى النهاية، الوسائل والأدوات والهدف من الفعل يجب أن يكون صحيحاً أيضاً، ومن ثم يفترض بالنتائج أن تكون صحيحة. كما لا توفر لنا العديد من البدائل والخيارات كما هو حال نظرية الواجب (ستتضح الفكرة لاحقاً).

قد لا تصل نسبة النتائج في نظرية الواجب إلى أقصاها كما في المنفعة، لكنها تكون منظومة واحدة متوافقة مع بعضها منذ البداية وحتى النهاية.

فالسببية لا تنظر إلى الأسباب أو الأدوات أو الوسائل، أي أنه ومهما كان الفعل إن أوصل لأفضل النتائج نكون قد قمنا بالفعل الصحيح.

نجد هنا أنها نظرية غير كاملة، لأنها لا تعطينا فكرة عن مظاهر النتائج أخلاقياً: ففي السببية لن أرى إلا النتائج، أما مظاهرها وكيف نشأت وما هي أدواتها وأساليبها فلا تههم.

فإن حصّل طالب في البكلوريا أعلى علامة يكون فعله الأفضل، أقام بالغش أم لم يقم به، فما يهم هو النتائج أما كيفية تحصيلها فليست مهمة.

ففي العيادة أو المستشفى إن أردنا تحقيق الأرباح مع نتائج جيدة على المرضى فبإمكاننا استخدام الكورتيزون لجميع المرضى ببساطة، ولكن هل من الصحيح فعل ذلك؟..

لو افترضنا أنه أتى 60 مريض وخرج 50 منهم سعداء بعد إجراء تدخل ما، فنعتبر أن النتائج جيدة حتى لو كان ما قدمناه هو مسكنات ألم فقط دون علاج سبب المشكلة الرئيسي.

أحد أهم أفراد هذه النظرية نظرية المنفعة، وستتوضح مظاهر السببية أكثر في هذه النظرية.

3-2-2- نظرية المنفعة

تقول النظرية أن أفضل النتائج هي تلك التي تزيد السعادة، فأفضل النتائج التي تحدث عنها السببية ستكون السعادة في نظرية المنفعة. فالفعل الصحيح هو ما يحقق السعادة، لكن ذلك قد يعني تحقيق السعادة بأساليب غير قانونية أو غير أخلاقية.

- السادي Sadist: هو الشخص الذين يشعر بالسعادة عبر تعذيب الغير. فالتألم ليس هو بل الناس الذين حولهم، فهو يقوم بما يشاء وبحسب نظرية المنفعة يكون إيذاؤه للآخرين صحيحاً.

- المازوخي Masochist: هو الذين يشعر بالسعادة عندما يتألم الألم الذي نعرفه ويعذب نفسه. وبحسب نظرية المنفعة يكون الفعل الصحيح له أن يؤذيه الآخرون.

الحالتين السابقتين تعد فئات غير طبيعية ومن الصعب أن تتسجم مع المجتمع. ولذلك من الممكن لمازوخي وسادي أن يتفقا كونهما يحققان رغبة بعضهما!!.

الشعور بالسعادة يماثل شرب المخدرات أو الإدمان، ففي الإدمان نجد أن الجرعة التي كانت تُشعر بالرضا لم تعد تكفي للشعور به، فيزيد المدمن الجرعة.

في حالتنا يضطر السادي والمازوخي لزيادة جرعة الألم، فيبدآن بالضرب ومن ثم التشطيب وقد نُضطر لأخذهما إلى المستشفى من غرفة النوم!

هذا ينعكس على العلاقة بينهما كما ينعكس على أفعالهما الخارجية، فربما لا يحصل أحد الزوجين على سعادته إلا بطعن الآخر أو تلقي طعنة منه!! غالباً ما نشاهد السادي والمازوخي مع بعضهما، لأنه من الصعب أن يلتقي السادي أو المازوخي بطبيعي وتستمر علاقتهما. الصحة في هذه النظرية تكمن في السعادة القصوى. الصحيح هو ما يصنع السعادة (والتي تقابل زوال الألم)، والخطأ ما يفسدها. فأي شيء يزيد السعادة أو يزيل الألم صحيح (نأخذ المورفين كمثال). حتى الطبيعي قد يقوم بأفعال خاطئة حسب هذه النظرية، كي يحصل على سعادته. فقد يُفضل العمل غير القانوني الذي يشعره بالسعادة على العمل القانوني، كتزوير قضية معينة.

جاء مريض يشكو من صداع، يمكن البحث عن سبب الصداع أو يمكن أن يتم إعطاؤه مسكنات كالسييتاكودائين أو مسكنات قوية تنهي المشكلة، فيكون المريض قد حصل على سعادته وتخلص من ألمه. التصرف هنا نظر إلى المشكلة بمظهرها دون الغوص في أسبابها. فالمنفعة تقتضي توازن السرور مع الألم.

3-2-2-1- نقاط قوة النظرية:

1- تبين المظهر الأهم للأخلاقيات، حيث نتائج الأفعال ذات شأن وعادة ما ننظر إلى النتائج عند قياس جودة العمل، فلكي نحكم على جامعة ما بأنها جيدة، لا يكفي النظر إلى مناهجها وأساتذتها، بل ننظر إلى المنتج الصادر، فإن كان المنتج جيداً فالجامعة جيدة. في نظرية المنفعة نحن نحصل على أفضل نتيجة ألا وهي الشعور بالسعادة وغياب الألم، وهو أهم مظهر في الأخلاقيات. عندما أعطي إبرة مسكن لشخص ما فأنا لا أعطيها بدون مخدر موضعي (منفعة) وإذا أعطيتها بدونه أكون عالجت مريضتي ولكن سببت له الألم الذي قد يجعله ينفّر مني.

2- تعطي جواب واضحاً دون تردد عن "ماذا يجب أن نفعل"
فالأمور واضحة في هذه النظرية. ولا تتردد في حال تعارض المبادئ، فأنا
أحقق السعادة حتى لو أعطيت مريضني المخدرات..

3- الإنسان في هذه النظرية محايد
لا تتظر هذه النظرية إليه بإنسانيته، بل تتظر إليه كشيء أو آلة (Object)
عليها أن تضيف عليه السعادة، بعيداً عن النظر إليه كإنسان بعواطف وعقل
وجسد وبعيداً عن علاقته بالمجتمع من حوله، نجد أن ذلك يغيب في نظرية
المنفعة، فالهدف هو تحقيق السعادة وتغيب الألم فحسب.
تغض النظر عن الطريقة التي قد تضر بالمريض، مثل إعطائه المهلسات
والمورفين لتخفيف الألم العادي، علماً أن هذا الشخص يعمل عملاً يتطلب منه
يقظة تامة للحفاظ على أرواح الآخرين.

مثال: في الإصابات التي لا نستطيع معالجة السبب فيها، كمريض في نهاية
السرطان ويعاني من ألم شديد قد يميته بصدمة عصبية، يمكننا هنا استخدام
المورفين للقضاء على الألم والحصول على أفضل النتائج.
بجمع السعادة واللاسعادة يصبح الشخص متعادلاً، فلو كانت السعادة مساوية
للألم عند شخص ما فذاك يعني أنه صفرٌ حسب هذه النظرية، وهذا الكلام غير
صحيح.

نلاحظ هنا الجانب اللاإنساني للنظرية والتي تبعد الإنسان عن إنسانيته.
نحن لا نتعامل مع الإنسان كشيء هنا، فعلاقتنا مع سعادة الإنسان وألمه فحسب
(بتحيد الأمور الأخرى)، وهنا تكمن نقطة القوة.
أما تحقيق إنسانية الشخص في هذه السعادة، فهي نقطة سلبية بالنسبة لنا فيما لو
فكرنا بنظرية الواجب.

4- مفاهيم السعادة واللاسعادة والسرور والألم تأتي في المقدمة بغض النظر عن
مصالح الآخرين

تهتم كثيراً بالمظاهر الخارجية ونمط الحياة.
فأول ما ننظر إليه "هل الشخص متألم أم لا؟"

ظهر ما يدعى بمعالجة الألم، بدلاً من السعي وراء أسبابه، فبمعرفة الأسباب وحلّها يزول الألم.⁷

مر معنا في الفيزيولوجيا سبيل السيروتونين، وهو يبدأ من الوطاء، وأحد مستقبلاته (H_3) هو مستقبل السعادة⁴ Happiness. فإن حفزنا هذا المستقبل بأي مادة أو تشكل ورم على سبيله سيُشعر الشخص بالسعادة ويزول الألم فعلياً، لكن الأمراض والمشاكل التي يعاني منها لا تزال موجودة. مع ذلك فإن هذا التصرف حسب نظرية المنفعة صحيح. يظهر فعل السيروتونين في أحلام اليقظة والمهلسات والمخدرات والمنشطات والكوكائين.

3-2-2-2- نقاط ضعف النظرية:

- 1- مكوناتها من سعادة وألم لا يمكن قياسها
ليس من المنطقي أن يقال 'الذي 60% سعادة و 40% ألم'، قد يُوصف الألم بتكرره مرتين أو طبيعته أو انتشاره. أي هناك مواصفات معينة يمكن تحديدها إلا أنه من غير الممكن قياسها.
الموضوع نسبي للغاية نظراً لاختلاف عتبات الألم والسرور بين الأشخاص.
ما هو مؤلم عند شخص ما قد لا يؤلم غيره، ما يسعده قد لا يسعد غيره، فالمقاييس والمعايير تختلف ولا يمكن اعتماد معيار واحد في هذه النظرية.
- 2- الفعل خاطئ أحياناً رغم أن النتائج جيدة
لا فائدة إن أشعرنا المريض بالسعادة وأزلنا عنه الألم وقد أعطينا الكوكائين! حيث أن النتائج ستكون لاحقاً وخيمة وأخطر حتى من المورفين.
من الممكن أن ينجو الشخص من المورفين بالتزامه بالخطة العلاجية. أما الكوكائين فهو يشبه الزناد، إذ من الممكن أن يستمر المريض لسنوات وكأن

علاجه انتهى، ليعود فجأة كأنه لم يعالج قط، ونكون حققنا النتائج ولكن بفعل خاطئ.

أمثلة من الأرشف:

مريض التهاب قصبات نعطيه صاد حيوي قوي "أوغمنتين" بدلاً من اختيار صاد مناسب "ماكسيسيلين"، هنا أوهب المريض لمشاكل هو بغنى عنها لو أخذ الدواء المناسب لحالته.

مريض الصرع خلال النوبة هل أعالج الصرع مباشرة أم أحرر الطريق التنفسي؟ بالتأكيد سأحرر الطريق التنفسي.

مريض الشقيقة عندما أعطيه مضاد تشنج مركزي أحل له جزء من المشكلة ولكن الفعل هنا خاطئ فأنا يجب أن أعطيه أدوية لها علاقة بالأوعية الدموية الدماغية.

3- زيادة السعادة قد تكون غير عادلة وجائرة

كما ذكرنا في هذه النظرية كلما زادت السعادة كان الفعل أصح، والمشكلة أنه في كثير من الحالات يصبح المريض في حالة خطرة بزيادة السعادة وقد تهدد حياته، وتنتهي به السعادة إلى أفعال خاطئة.

إذ يمكن يدخل في حالة هلوسة من ذلك ويشعر بأنه قادر على الطيران وقد يقفز من الشرفة!.

من غير العادل والجائر إيصال الإنسان لهذه المرحلة.

قد يُصدم الشخص بزيادة السعادة، ويعاني من كيفية التأقلم adaption معها إن كان يعيش في قلة سعادة.

4- تقسيم السرور والسعادة واللاسعادة والألم، من ناحية التكرار وطول الفترة

هذه أمور نسبية تختلف كثيراً بين الأشخاص، وغير قابلة للقياس.

من غير الممكن تقديم جرعة سعادة ومن ثم جرعة أقل منها.

لا إمكانية للوصول للعدالة في السعادة واللاسعادة من حيث الكثرة والطول.

للتقاش: الكذب المرضي:

فيما يتعلق بالأخلاق فالجميع متفق أن الكذب خلق سيء، لكن هل يمكن أن يكون الكذب مرضياً؟

تابعوا هذه الحالة:

شخص دائم الضحك والابتسام، ويأتي ليخبرك أنه حزين ومكتئب!! أول انطباع لدينا سيكون أنه كاذب.. هل هو حتماً كاذب؟

الكذب قد يكون مرضياً، فهذا الشخص قد يعاني من أذية عصبية في طريق اصطناع الناقل العصبي السيروتونين Serotonin Pathway، ولديه فرط تفعيل لمستقبلات 5HT₃ المسؤولة عن السعادة مما يؤدي إلى استجابة مغلوطة للمحيط. أما الشخص الذي تنزل به مصائب الدنيا يشعر بالسعادة ☺، وعندما يخبرك أنه حزين أو مكتئب لا يمكن أن تسميه كذاب.

بالمختصر نظرية المنفعة والسببية مبنيتان على مبدأ: الغاية تبرر الوسيلة. فالغاية من الأعمال الطبية كلها هي تحقيق الرعاية الطبية، أما بالنسبة للنتيجة؛ ألا وهي الشفاء، فلا أحد يمكن أن يضمنها.

3-2-3 - نظرية الواجب

نظرية الواجب تعتبر أن المظاهر الأخرى غير النتائج مرتبطة بالأخلاق (أي الوسائل والأدوات وبداية الفعل).

وبتعريف آخر: الفعل صحيح إذا اتفق مع المبدأ الأخلاقي.

المظاهر الأخرى غير النتائج (ليس فقط النتائج) مرتبطة بالأخلاق. فما بُني على خطأ هو خطأ.

أي يجب أن يكون الفعل والوسيلة والطريقة أخلاقية. أي لا بد أن يكون العمل صحيحاً.

بالتالي يمكن ألا يحقق أفضل النتائج ولكن النتائج جيدة أخلاقياً.

فمنذ البداية وحتى الوصول للنتائج كل ذلك مرتبط بالأخلاق في نظرية الواجب، وليست محايدة عن الأخلاق كما نظرية السببية والمنفعة.

هناك أفعال خاطئة بذاتها، بغض النظر عن ماهية النتائج، أي أنه حتى لو لم تحصل النتائج بعد، فإن الفعل خاطئ! كالسرقة بدافع الجوع أو الحاجة أو ضرورة معينة.

وبرغم أن الضرورات تبيح المحظورات إلا أن المحظورات تبقى محظورات. القضية بصحة الفعل وليست بالنظر إلى نتائجها بل لطبيعة العمل.

نظرية المنفعة لا تبحث سوى عن النتائج، في حين أن نظرية الواجب تركز على كل الأفعال التي تأتي في سياق المعالجة وصولاً إلى النتائج والتي يجب أن تكون كلها أخلاقية.

عند تطبيق دواء معين حسب داعي استعمال ما، نجد أن للدواء آثاراً جانبية قد تكون جيدة، فهل نستعمل هذا الدواء للحصول على آثاره الجانبية؟!

ليس بالضرورة أن نعطي المورفين لجميع المرضى الذين وصلوا إلى المرحلة الأخيرة من السرطان فبعضهم قد تأقلم وقام جسمه بإفراز المورفينات الداخلية التي ساعدته على السعادة وتحمل الألم. فبعض الأشخاص والذين يكونون في المرحلة الأخيرة من السرطان يفرز لديهم السيروتونين نتيجة الرضا وتسليم أمرهم لله حيث أن هؤلاء الأشخاص يقتنعون بأن ما أصابهم هو تدبير إلهي.

عند الوقوف أمام مريض فقد الأمل منه، لو سألنا "هل لا أمل من الشفاء؟" جوابنا يجب ألا يكون "نعم! سنتوفي بعد ثلاثة شهور!" فالصدق وعدم الكذب لا يستوجب ذلك. يمكننا أن نقول "أمورك لا بأس بها، وما زلنا نحاول قدر ما أمكننا، عليك أن تحافظ على أملك، فلا أحد يعرف متى يموت، ونحن نقوم بكل ما علينا". وبذلك نكون قد تجاوزنا الكذب ولم نصدق تماماً، وإنما قمنا بواجبنا للعناية بالمريض والمحافظة على راحته. ربما نكون قد كذبنا بعض الشيء لكننا حصلنا نتائج أفضل، فلو أننا أخبرناه أنه سيموت قريباً لربما مات من الصدمة.

نحن مضطرون أحياناً لعدم أخذ الأمور كما هي

ذكر أحد الأساتذة في أحد الدول أنه كان يسأل طلاب الدراسات العليا والمريض الذي أمامهم شخص لديه سرطان لكنه لم يعلم بأمره بعد. وعندما سأل الأستاذ الطالب عن الحالة أمام المريض، أجابه "نحن وضعنا الخطة العلاجية والإدارة، وحددنا

الإجراءات التي سنقوم بها، ونرجو أن تتحسن الأمور معه". فرد الأستاذ "كيف تتحسن؟؟" ألم ترى الإجراءات ونتائج التحاليل، والفحص السريري!! هذا المريض مصاب بالسرطان في مرحلته الأخيرة ووصلت النقائل إلى العظام والرئتين، وسيموت فهبط ضغط المريض وفقد وعيه!، فقد كان يسمع ما يقول الأستاذ!!

تتفق الوصايا العشر والأخلاقيات في جميع الديانات السماوية مع هذه النظرية. وبحسب السببية هناك دوماً فعلٌ صحيح واحد في كل حالة، وبما أنَّ علينا تحقيق أفضل النتائج. نكون دائماً أمام طريق واحد "الأكثر سعادة".

يعتقد الناس أن الاختيار صعبٌ في نظرية الواجب، على مبدأ "من الصعب المرور في الطريق القويم". لكن الحقيقة بالعكس تماماً، فدائماً ما نجد في نظرية الواجب أكثر من خيار "حلول بديلة"، الأفعال الجيدة متعددة والوسائل متعددة. لكن النتائج لا تكون مثل نظرية المنفعة، فنحن لا نستطيع الحصول على أفضل النتائج، بل النتائج هنا أقل لكنها أكثر أخلاقية.

الواجب يمتاز بمرونة وإمكانية في البحث العلمي لأنها تعطي نتائج مختلفة في البحث العلمي.

ملاحظات:

- هذه النظرية جيدة إذا تم تطبيقها في الطب ولكنني غير قادر على تطبيقها في بعض الحالات والتي تتطلب مني أن استعمل المنفعة أو الفضيلة.
- بحسب نظرية الواجب فأنت لا تستطيع أن تجبر المريض على عملية معينة ليس مقتنعاً بها إلا في الحالة الإسعافية.

3-2-3-1- أمثلة على نظرية الواجب:

⇐ مريض بحاجة لزراعة كلية، بحسب نظرية الواجب لا يمكنني زرع كلية إذا كنت أعلم أنها آتية من سرقة أعضاء أو بيعها (اعتبرنا ذلك صحيح في المنفعة التي تركز على النتائج فقط)، وشراء الأعضاء غير مقبول أخلاقياً ولا بأي شرع أو دين فالإنسان ليس سلعة.

← مريض عمره 35 سنة مصاب بداء السكري فأنا كطبيب من الصحيح أنني أخفف عليه الأمور ولكن يجب أن أوضح له الصورة تماماً فهو لم يأتي إلي لأخفف عنه وحسب (أي لا أخفي تفاصيل مرضه "كأن أقول مرض بسيط ونصف العالم مصابة به" لأحقق سعادته فقط كما في المنفعة) بل أوضح له تفاصيل حالته كما هي لكي يعلم أن تأخير اختلاطات السكري لها علاقة بسلوكه والعادات الصحية والتقيد بالدواء والتعليمات (الواجب).

أسئلة:

- (1) هل يمكن وجود تسلسل أخلاقي للسببية؟
بوجود تسلسل أخلاقي لا تعود التسمية هي النظرية السببية وإنما نظرية الواجب.
- (2) ماذا نسمي أفضل نتيجة مع إتباع خيارات أخلاقية؟
عملياً إتباع الخيارات الأخلاقية هو يعني أننا اتبعنا طرق نظرية الواجب وبما أن نظرية الواجب لها أكثر من خيار فالنتيجة الأفضل هنا كانت أحد خيارات الواجب.
علماً أن أفضل نتيجة بأقصر مدة غالباً لا تتحقق بنظرية الواجب

3-2-3-2- أنماط نظرية الواجب:

ماذا نفعل عند تعارض واجبين أو أكثر من الواجبات؟؟

مثال 1:

- * الكذب أو عدم إخبار الحقيقة يعتبر أخلاقياً غير مقبول، لكن لنفترض أن جندي أسر من قبل الأعداء فهو أمام خيارين؛ إما أن يخبر الحقيقة وبالتالي يخون وطنه، أو أن يكذب، فهو هنا أمام واجبين، فأيهما يجب أن يختار؟
- * الكذب والخيانة كلاهما لا يجوز فعلهما في الأحوال العادية، بينما في هذه الحالة: الكذب هنا أولى من خيانة الوطن، لأنه عندما يخون وطنه ذلك سيؤدي إلى إلحاق ضرر بمجموع السكان في ذلك الوطن.
- * لذلك يجوز أن يكذب في هذه الحالة، فهو يتبع قاعدة: اختيار أخف الضررين، إذاً في نظرية الواجب هنالك تراتبية في الأفعال، بينما في نظرية المنفعة قم بأي عمل،

ما يهم هو النتائج، نحن هنا أمام ما يسمى هرم الواجبات أو الأولويات (تسلسل الواجبات).

الواجب: أنقذ وطني وأكذب بحسب تسلسل الواجبات (عقلانية أو الأكثر أهمية).
الفضيلة: الفاضل لا يكذب لو مهما كانت النتيجة.

مثال 2:

* لو وصلت إلى قمة إيفريست ولم يتبقى لديك أي طعام ووجدت حيواناً ميتاً فهل يصح أكل هذا الحيوان بالرغم من كونه محرماً دينياً؟
* إن الديانات السماوية وكذلك نظرية الواجب تعتمد على مبدأ الضرورات تبيح المحظورات.

* في الحالة السابقة يمكن تناول هذا اللحم في سبيل الحفاظ على الحياة.
في حال تعارض هذه الواجبات علينا دائماً اختيار الواجب الأكثر أهمية حتى لو كان غير متفق مع الجانب الأخلاقي بشكل كامل.
تطبيق على الناحية الطبية:

* في حال قدوم مريض حالته تحتل إجراءات، ولكن كلا الإجراءات ممكن أن ينتج عنه أضرار، في هذه الحالة يجب أن نختار أقل الضررين.
* مثال: مريض تصلب متعدد Multiple sclerosis، نعلم أن إصابته سوف تنتهي إلى قصور تنفسي وذلك بسبب إصابة العضلات التنفسية بالMS.
* نكون أمام خيار معالجته بحيث تتأخر ظهور أعراض القصور التنفسي، ولكن هذه المعالجة قد يكون لها اختلاطات أكثر من فائدتها.
* تتم معالجته بالمورفين لتخفيف الآلام، لكن المورفين يسبب الإدمان أو قد يؤدي إلى الموت بسبب جرعة كبيرة، هل أوقف المعالجة في هذه الحالة؟
* هنا يجب أن نتصرف حسب الأولويات، وأهم الأولويات هي الحفاظ على حياة المريض وصحته، ومن ثم أسلسل الواجبات.

تطبيق آخر:

* في حال قدوم مريضة مصابة بسرطان ثدي من الدرجة الثانية من دون انتقالات إلى العقد أو إلى النسيج السليمة، في هذه الحالة لدينا العديد من الإجراءات

للمعالجة منها الإجراء الجراحي ومنها chemotherapy ومنها الـ Radiotherapy.

* لدينا عدة تصرفات جراحياً منها استئصال مكان الورم فقط، استئصال ربع الثدي، استئصال الثدي كاملاً أو استئصال الثدي مع العقد.

* ويمكننا استئصال ربع الثدي مع استخدام chemotherapy لفترة من الزمن.

* وبهذه الحالة يكون الخيار الأمثل هو استئصال جزء من الثدي (ربعه) مع المعالجة الكيميائية وذلك لوقاية المريضة من انتقالات مستقبلية للسرطان. وبالتأكيد فإن اختياري للواجب الأمثل يختلف بحسب حالة المريض.

آخرون حاولوا تدرج وتسلسل المبادئ في شكل هرمي Pyramidal، فإذا حصل تعارض بين مبادئ أختير الأعلى درجة في الهرم الأخلاقي أي الأكثر أهمية، بقية النظريات توافق بأنه توجد رتب أو طبقات للواجبات، وعند التعارض لا بد من التحكيم العقلاني لتقرير الأكثر أهمية في تلك الحالة (ستوضح الفكرة).

مثال على فكرة تسلسل المبادئ في شكل هرمي قصة قصيرة:

* إذا جاءنا مريض كان قد شرب حمض الكبريت (حمض قوي)، (كان الجو حاراً جداً وكان يشعر بالعطش الشديد، وهو لا يعلم مدى خطورة الأمر فشربه من غير قصد).

* في هذه الحالة حتى لو لم يكمل شربه ولكن مادة الحمض قد نزلت عبر المريء إلى المعدة.

* ونحن نعلم أن حمض الكبريت حمض ولوع بالماء ومختلر للبروتينات، وبالتالي هذا المريض ممكن أن يموت خلال ساعات من التجفاف dehydration، والصدمة الألمية التي حدثت نتيجة الحرق.

* إذا افترضنا أن هذا المريض لم يموت خلال الساعات الأولى، وقمنا بمعالجته وتندب لديه الحرق، ولكن إذا أغفلنا أمر تغذيته فممكن أن يموت بعد عدة أسابيع نتيجة نقص التغذية.

* إذا هنا أهمية الانتباه إلى تغذيته أكبر من أهمية الخوف من إحداث تندب عنده.

3-2-4- نظرية KANT الأخلاقية:

تعتمد على وجود مبدأ واحد تشتق منه كل المبادئ والواجبات ويخبرنا ماذا يجب أن نفعل، وافترضه الأدنى كان أن المبدأ الأخلاقي يجب أن يكون مبدأ لكل الناس وذلك يقود إلى المبدأ المطلق أو القاعدة المطلقة.

القاعدة الذهبية للإسعاف هي الـABC في التقييم وفي العلاج (عدا الحالات قلبية المنشأ فيكون التقييم ABC والعلاج CAB)، A: airway، B: breathing، C: circulation.

الصدمة لها خمسة أنواع: تحسسيه (تأقية) Anaphylactic، عصبية المنشأ Neurogenic، صدمة نقص الحجم Hypovolemic، قلبية المنشأ Cardiogenic، إنتانية Septic.

مثال: أن نعتبر أنه يوجد دواء واحد لكل الأمراض أو أن أعطي دائماً نفس المعالجة للصدمة مهما كانت الحالة، كأن أعطي الكورتيزون لكل مرضى الصدمة، ولكن هل هذه الطريقة صحيحة؟ لا، وبالتالي يجب التصرف حسب الحالة، فإذا كانت صدمة نقص حجم يجب تعويض السوائل، هنا الكورتيزون لوحده لن يفيد.

إذاً لا يمكن معالجة جميع أنواع الصدمات بنفس الطريقة، مع مراعاة قاعدة الـABC وذلك بأن نفرغ الطرق التنفسية من المفرزات التي تكون قد سدتها، ومن ثم نجري للمريض إنشاق أوكسجين.

الكورتيزون يكون له فائدة كبيرة في العديد من الحالات، لكن لا يمكننا أن نعتبر الكورتيزون شافي لكل الحالات، إلا أنه يفيد في الحالات الإسعافية وخاصة في حالات الصدمة.

Café coronary syndrome: A large object (often poorly chewed meat) lodges in the larynx or trachea, causing nearly complete airway obstruction.

وهنا تتضح أهمية إتباع القاعدة الذهبية في الإسعاف ABC، ففي حالة قدوم مريض الـ café coronary syndrome إلى قسم الإسعاف، إذا لم يتم التحقق من مجرى

التنفس، ممكن أن يبدأ الطبيب بإجراء الإنعاش القلبي له مباشرة مما يؤدي إلى موت المريض بسبب انسداد المجرى التنفسي.

مثال: منذ عشرين عاماً، كان يتم معالجة كل حالات الحروق بسائل رينغر، ولكن أحياناً هذه المعالجة قد تؤدي عند المريض إلى حدوث وذمة، وبالتالي يموت من وذمة رئية بسبب المعالجة.

مثال: بحسب Kant يمكن أن نعتبر أن الصدق مبدأ عام تشتق منه بقية المبادئ من أمانة ووفاء، فعندما تخالف أيّاً من المبادئ فأنت خالفت المبدأ العام. تميّز نظرية "كانت" KANT بين نوعين للمبادئ أو القواعد: النوع الافتراضي: (افعل هذا ليحصل ذلك).

أمثلة:

- 1) أصدق حتى تنجو كما في موضوع الخيانة.
 - 2) أدرس لتنجح (لكن ليس بالضرورة أن تتحقق النتيجة وعندها تغيّر الأساليب حتى تنجح في النهاية)، بينما في نظرية المنفعة الدراسة ليست شرطاً للنجاح! فمثلاً: (اسرق الأسئلة لتنجح، رشّت تنجح!!).
- النوع المطلق: هو أمر غير مشروط بغاية مستقبلية (افعل هذا). فعل شيء واحد فقط.

أمثلة:

- 1) أصدق فقط بغض النظر عن النتيجة كانت النجاة أم الموت.
 - 2) أسعف المصاب حتى ولو كان عدوك (هذا أمر مطلق).
 - 3) مريض حرق يحتاج إلى البروتينات في غذائه فأعطيه فقط بروتينات وأهمل باقي العناصر الغذائية كالسكريات.
 - 4) أعط الكورتيزون في كل الحالات.
 - 5) أنت كطالب عليك أن تدرس بغض النظر عن هدفك من الدراسة.
- في الطب لا يوجد شيء مطلق، ولكي نضع التشخيص الصحيح يجب عندما نسجل شكوى المريض أن نسجلها بالفاظه وليس كما فهمنا نحن.

فمثلاً: إذا اشتكى المريض أنه يشكو من إقياء بقوله "عم استفرغ" يجب أن نكتب الشكوى كما هي، وإذا لم نكن متأكدين مما يعنيه يجب أن نستفسر فكثير من الألفاظ تختلف حسب البيانات المختلفة.

أمثلة إضافية:

- مريض عنده حادث وعائي دماغي CVA قد يكون سببها: إما نزف دماغي أو تخثر، فإذا كان السبب تخثر أعطيه مميع أما إذا نزف فلا يمكنني إعطاء المميع (أسبرين) حيث ستتفاقم الحالة، بحسب هرم الأولويات هنا أختار حسب الحالة (تحكيم عقلائي).
- مريض عنده غيبوبة سببها إما نقص أو زيادة في سكر الدم فماذا أفعل هنا لأنقذه؟؟ هل أنظر حسب الحالة؟ هنا أختار أعلى درجة في الهرم الأخلاقي أي أعطي السكر دون معرفة السبب لماذا؟؟ لأن نقص السكر أخطر من زيادته.
- أي مريض إسعافي يجب فتح طريق وريدي عند دخوله وفحص الجهاز التنفسي والتأكد من تحرر الطريق التنفسي.

3-2-5- نظريات الواجب الحديثة:

3-2-5-1- نظرية راؤول Rawls:

- ❖ راؤول يرى أنه يجب وضع اعتبار لعدالة التوزيع (والعدالة ليست هي المساواة)، أي أن تعطي كل محتاج على قدر حاجته وتختلف الحاجة بين شخص وآخر لذلك لا يمكن المساواة بينهم.
- ❖ يقارب راؤول هذه المسألة بأنه يعتبر المجتمع الذي اختير، قد اختير خلف حجاب من التجاهل.
- ❖ فلا يوجد قواعد مطلقة وقواعد افتراضية.
- يحدّد "كانت" KANT أخلاقياته آخذاً بالاعتبار ما يتفق مع خيارات العقلانيين بغض النظر عن رغباتهم، بينما راؤول يتخيّل أن العقلانيين يصنعون الخيارات خلف

حجاب من التجاهل معتمد على رغباتهم و أفضلياتهم (أي بما يوافق رغباتهم أتجاهل المجتمع).

أمثلة:

عندما أتعامل مع المرضى يجب توزيع العناية بشكل عادل وليس بشكل متساوي، أي كل مريض بحسب ما يحتاجه، فمريض حادث سيارة، يحتاج نقل دم، يجب أن أؤمن له دم من نفس الزمرة وانقله له، حتى لو أدى ذلك إلى إهمالي لباقي المرضى قليلاً.

ليس بالضرورة أن أقوم بالرنين المغناطيسي لكل المرضى مثلاً، فيوجد حالات يكفي الـ X-ray للتشخيص.

الدكتور الذي يعمل ضمن مستشفى معين ويرفض العمل في غيره فهو يقوم بواجبه ولكن بما يتفق مع رغباته.

أرغب ممارسة أمر ما لأنه يلبي رغبتني، وذلك مثل من يمارسون الجنس بين أفراد الجنس الواحد متجاهلين رغبة المجتمع، بقولهم أن هذا لا يضر المجتمع ويحقق رغبتهم فهل هذا مقبول أخلاقياً و هل يحقق الهدف من الجنس؟؟

- * هدف الجنس هو حفظ النوع والمتعة لكن لا أقدم المتعة عن الهدف الأول
- * هذا النوع من العلاقات يحقق متعة شكلية فقط ولا يحفظ النوع بل هو مدمر للمجتمع إذا انتشر بين الأفراد وسيتخلف المجتمع (إبادة جماعية بلا ولادات).

نظرية الواجب الظاهري لأول وهلة لـ روس Ross، النتائج صحيح أنها مهمة ولكن المبادئ الأخرى أيضاً مهمة. الواجب يركز على الفعل والنتائج ليست فقط المهمة. نسميها الواجب لأول وهلة (توازن يعود للمحاكمة العقلية).

3-2-5-2- نظرية "روس ROSS" وصفاتها:

- i. يعطي أهمية للنتائج (وقد يقارب في هذه النقطة نظرية المنفعة أو السببية).
 - ♦ يؤيد نظرية الواجب الظاهري لأول وهلة: فعند تعارض الواجبات لا بد أن نقرر في ضوء الظروف أيها الأهم، فالواجب يختلف تبعاً للظروف ففي حالة هبوط الضغط الشديد وحالة احتشاء العضلة القلبية الحاد (وكلاهما حالة إسعافية):
 - ♦ في الأولى الأهم هو رفع الضغط أما الثانية فالأهم هو تسكين الألم ريثما نأخذ الإجراءات التالية لمعالجة الاحتشاء، لذلك فالمقاربة تكون حسب الظروف والأولويات الحالية.
 - ♦ إذا حصل عند مريض توسع وعائي محيطي، فإن ذلك سوف يؤدي إلى هبوط ضغط، يجب أن نعرف أولاً ما هو نوع الصدمة، لأن كل نوع يعالج بطريقة مختلفة، لكي تكون المقاربة حسب الأولويات.
- ii. تقرير التوازن شأن لا مفر منه يعود للمحاكمة العقلانية.
- iii. لا يعتقد ROSS أن فهم حقيقة المبادئ والواجبات تجريدي، بل يكون باكتشاف حقيقته في حالة خاصة.

مثال: الرياضيات هي تجريدية، والفيزياء هي تطبيق واقعي للرياضيات، ولكن ليس كل ما في الرياضيات يمكن تطبيقه فيزيائياً، كمفهوم الصفر واللانهاية.
- iv. إذا Ross واقعي وليس تجريدي.

مثال: مريض حرق، لديه حرق 60%، هذا المريض يحتاج تعويض سوائل، لأن الحرق سبب له صدمة نقص حجم، ولكت يجب الانتباه أن الزيادة في تعويض السوائل ممكن أن تسبب له وذمة رئية أو عدم توازن شاردي (acidosis أو alkalosis)، أو قد يحدث overload على القلب ويؤدي إلى رجفان بطيني، كما يجب الانتباه إلى حالة أوعية المريض كأن يكون لديه atherosclerosis.

← إذا التعامل مع المريض يجب أن يكون واقعي حسب حالة المريض وليس تجريدي.

← المعالجة يجب أن تكون للمريض patient وليس للمرض disease.

← There are no diseases, there are patients.

← التطور التقني لا يمكن أن يغني عن دور الطبيب، لأن الطبيب هو من يضع الخطة العلاجية بحسب حالة كل مريض، فالمهنة الطبية هي علم وفن. نتعامل مع كل حالة مرضية حسب الحالة، والتوازن هنا يتحقق من خلال المحاكمة العقلانية. لذلك يمكن أن يختلف طبيبان على الخطة العلاجية لحالة ما، ولكن المبدأ العلاجي يكون نفسه، فممكّن أن يختار أحدهما أن يبدأ بالمعالجة الشعاعية ومن ثم الكيميائية ومن ثم الجراحية، أما الآخر فقد يبدأ بالجراحية وهكذا.. الهدف الأساسي في الحالات الإسعافية هو استقرار العلامات الحيوية وليس معالجة المريض.

ملخص صغير:

نظرية الواجب تعتمد على العقلانية، ومن هو غير عاقل لا يمكن التعامل معه على أساس نظرية الواجب، لكن يمكن التعامل مع الأوصياء عليه إن كان غير عاقل. أما بالنسبة لنظرية المنفعة فهي تعتمد على السعادة، وقلنا إن السعادة تختلف من شخص لآخر. نظريات الواجب الحديثة؛ نظرية راؤول ونظرية روس (روس جمع بين نظرية الواجب ونظرية المنفعة، فكلاهما مهم لدى روس؛ النتائج والمبادئ الأخلاقية). وأخيراً سوف نتحدث عن نظرية الفضيلة...

3-2-6- نظرية الفضيلة

أنشأها أرسطو (الفعل الصحيح هو الذي يفعله الفاضل) تعتمد نظرية الفضيلة على مفهوم الازدهار، فكما أن معايير السعادة غير واضحة ولا يمكن قياسها، فكذلك أيضاً معايير الازدهار.

هو في رأي بعض الأشخاص في التطور السلبي، كأن يعزل نفسه عن المجتمع بحجة تنقية النفس والارتقاء. آخرون يروون أنه في التطور الإيجابي. فالفاضل: هو الذي تمرن وتدرب على الفضائل. والفضائل: هي الصفات التي تضمن لمن يمتلكونها أفضل حياة (فلسفة السعادة)، وتُصنّف الأفعال على أنها فاضلة وجيدة أو رذيلة ولا يوجد وسط في هذا الموضوع.

كل شخص يرى الفضيلة بوجهة نظره هو، مثال، بعض الأشخاص تحقق حياتهم الأفضل بأن يكونوا فعالين في المجتمع، وبعضهم الآخر يحقق هذا الأمر بأن يعزل نفسه أو أن يزهد (مثال: مرضى الاكتئاب).

الاكتئاب يدل على نقص نضوج عاطفي وعقلاني، فالعاقل يعلم أن الحياة ليست بساطاً سندسياً أخضر.

الحياة هي مجموعة مشاكل تبدأ من لحظة الولادة، حيث أن الجنين في بطن أمه يكون في وسط رحمي، حامي، جميع احتياجاته مؤمنة له، ولكن منذ الصرخة الأولى بعد الولادة يتحتم عليه أن يتفاعل مع الوسط الهوائي، وكل أجهزته يجب أن تتأقلم مع هذا الوسط الجديد، ومن ثم يبدأ بالزحف وبعدها المشي وهكذا...

إذا هي مجموعة مشاكل يتحداها ويحاول أن يتخطاها. وبالتالي وظيفة الأوصياء عليه الأخذ بيد الطفل ومساعدته أي أن يكونوا facilitator، لتدريبه على الحياة حتى يصبح بالغ وخلال مسيرة حياته.

أمثلة:

(1) اعتبار الصدق عند الفاضلين أمر فاضل ووجوب الصدق دوماً حتى لو أدى إلى أذية ما. (كمثال الدكتور ومريض السرطان) واعتبار كل من يكذب هو غير فاضل. وهناك من اعتقد أن الفضيلة تكون بقتل الناس، وكل من لا يقتل هو غير فاضل.

(2) موضوع الإجهاض: فحسب الفضيلة قتل الإنسان هو خطأ أو رذيلة، والجنين هو إنسان لذلك قتل الجنين خطأ والإجهاض رذيلة، فإذا اعتبرنا أن الجنين إنسان فإن قتله خطأ، ولكن ماذا عن اعتباره ليس إنساناً بعد؟ إذا اعتمدنا مبدأ الفضيلة وأن قتل الجنين خطأ، إذاً حتى لو كان هناك خطر على حياة الأم فإننا لا نجري الإجهاض وبهذه الحالة يمكن أن تموت الأم والجنين.

بحالة أخرى ممكن أن يعتبر الفاضل أن الجنين ليس إنساناً وبالتالي يجوز قتله (أي يشكك بالطرف الآخر من القضية).

✓ بعض الولايات الأمريكية تعتبر أنه يمكن الإجهاض خلال أول ثلاثة أشهر من الحمل.

✓ وبعض الولايات تعتبره ممكناً دوماً قريب الولادة.

✓ أما المعنى الفقهي الشرعي الإسلامي فيختلف بين المذاهب "حسب توقيت بث الروح"، منهم من يعتبرها بعد 40 يوماً من الحمل ومنهم بعد 80 يوماً ومنهم بعد 120 يوماً.

✓ أما المعنى الطبي وليس الشرعي: الببضة الملقحة تحوي كل مكونات الإنسان والإجهاض من أول يوم حرام، والفضائل هنا ليست بالمعنى الديني وإنما ما يحتاجه الإنسان ليزدهر.

(3) اختلاف عتبات الألم بين المرضى، كالشعور بالألم كبير عند حدوث جرح بسيط أو الاقتناع والتسليم عند الألم العظيم ومحاولة تناسيه وعدم الشعور به إطلاقاً.

(4) من حياتنا في الفضيلة كأطباء: نحن غالباً كأطباء نتعامل كثيراً خلال مهنتنا بنظرية الفضيلة، فنحن غالباً ما نلجأ لمعالجة مرضانا بحسب ما تعلمناه من أساتذتنا الفاضلين.

فإذا أردت القيام بعملية لأحد المرضى ولكنك قمت باستشارة مختص من دولة ثانية (أنت تعرف ما ينبغي فعله ولكنك تقوم بما يملئ عليك الطبيب الآخر) حتى لو لم نتقنع وليس فعلك كتفكيرك فهذا أنت تتبع الفضيلة.

3-2-6-1- نقاط القوة في الفضيلة

1- تركيز على مظهر الأخلاق

✎ أكثر من الأخلاق بحد ذاتها.

✎ كما في مثال موضوع الإجهاض، حيث يمكن الالتفاف على الأمر بأن نعتبر أن الجنين ليس إنساناً.

2- تعددية

حيث يختلف الرأي حسب كل فاضل لنفس القضية، هذا ما يجعل المعايير غير واضحة ومتطرفة. وبهذا قد نحصل على فضائل بعدد سكان الأرض.

3- مهمة للأطباء وطلاب الطب

هم يبحثون عن أفضل الصفات التي يجب أن يتمتعوا بها ويجدونها بأسانذتهم ويحاولون تطبيقها على أنفسهم ولكن قد يجدون ذلك صعباً وقد يتعارض مع الحياة العملية والواقع.

فالهدف هو أن نقدم للمريض أفضل خدمة، وبالتالي يلزم توفر البنى التحتية والتجهيزات اللازمة والكادر الطبي المؤهل، لتأمين هذه الخدمة. ولكن لا يمكن الوصول إلى الخدمة المثالية، كل ما يمكننا فعله هو أن نسعى لتحقيقها للاقترب منها قدر الإمكان.

لذلك طلاب الطب دائماً يلومون أنفسهم في حال عدم تمكنهم من تأمين أفضل خدمة للمريض، وهذا ما يجعل المهن الطبية من أكثر المهن إنهاكاً وخطر على من يعملون بها (خطر العدوة أو الإصابة بأمراض نفسية كالإكتئاب والتفكير بأفكار الانتحارية).

3-2-6-2- نقاط الضعف في الفضيلة

1- صعوبة التحليل وهي فردية شخصية أنانية

تعتمد على فكرة سعادة الازدهار لذلك فهي صعبة التحليل، وهي فردية شخصية أنانية حيث تختلف فكرة الازدهار بين شخص وآخر فقد تكون بتحقيق نجاح مادي لدى أحدهم أو تحقيق نجاح علمي للآخر أو تحقيق نجاح أخلاقي أو عقائدي لآخر فهي صعبة التحليل

وهي فردية شخصية أنانية ففي الأمثلة السابقة يرى الشخص الازدهار بمنظار مختلف بحسب ظروفه الخاصة.

مثال: عن موضوع التذير والإسراف: بعض الأشخاص يعتقد أنه لا يجب تجميع الأموال، فقط يكفيك قوت يومك، البعض الآخر يعتقد أن البخل هو فضيلة، فحتى حاجاته الأساسية لا يلبّيها ومن يلبّيها برأيه يكون مبذّر وقد يصل به الأمر إلى أن يكون وته اليوم رغيف خبز وكأس ماء.

نرى كثيراً من التطرف لدى من يتبعون نظرية الفضيلة فهم عندما يرون قضية معينة لا تتفق مع فضائلهم سينتهي الموضوع ولا مجال للنقاش.

والازدهار في هذه النظرية لا يعني السعادة بالضرورة.

مثال: جاء ثلاثة أشخاص إلى الرسول يتباهون بأعمالهم ويظنون أنهم قد تفوقوا بها عليه، فأحدهم كان يصوم أكثر منه، والآخر يقوم الليل أكثر، وثالثهم لا يقرب النساء... ورد عليهم الرسول في الخطبة التي تلت مجيئهم، فقال فيها: "من خرج عن سنتي فليس مني". فهذه النظرة موجودة بين الناس.

وعندما يؤمن شخص ما بقضية فاضلة، وينافسه شخص آخر فيها، سيسعى ليكون هو الأفضل. فإن تحمل الشخص الثاني لدرجة معينة، سيسعى الأول ذو القيمة الفاضلة ليتحمل أكثر منه. فهل هذه فضيلة؟

لا ليست فضيلة بالتأكيد، فالأمور لا بد أن تؤخذ بعقلانية. وهذه الطريقة بالتفكير شخصانية وأنانية، والأمثلة التي طرحناها ترينا أشخاصاً غير طبيعيين وأنانيين ورجسين، يرغبون بإظهار أنفسهم على أنهم حققوا أعلى المعايير.

2- ليس لها إطار تحليلي أو مستقبلي

فما هي العوامل التي سنحللها لنستنتج؟ إذ أنه لا يوجد مفهوم واضح هنا للازدهار. لا يمكن تحليلها لعدم وجود عوامل مشتركة أو مبدأ مشترك (لأنها تعددية).

3- خطيرة إذا كانت محافظة وملتزمة

هي أكبر نقطة ضعف لهذه النظرية، وغالباً ما تكون محافظة وملتزمة! (الصحيح المطلق والخطأ المطلق). فالفاضل يعتبر نفسه صحيحاً، ويعتبر كل من دونه غير فاضل. العامل بها سيضع معايير محددة إن لم تعمل بها سيسعى للقضاء عليك فهو يعتبر ما تقوم به رذيلة وخطأ، ويكون مقتنعاً تماماً بضرورة إنهاك.

4- عدم وجود وسط بين الفضيلة والرذيلة

الفاضل يجمع حوله من مثله ويعتبرهم فضلاء وكل من غيرهم ليسوا فاضلين، ولا يمكن أن يلتقي معهم بأي مفهوم.

مثال: من يرى أن الخير هو فضيلة فسوف يدعو الآخرين إليه. وآخر قد يقنع الآخرين بأن الشر والحروب هي فضيلة والحياة ضمن تلك الظروف هي الأفضل.

هل العقلاني في نظرية الواجب هو نفسه الفاضل في نظرية الفضيلة؟؟ لا، فالعقلاني يجب أن يكون لديه الفعل صحيح والأسلوب صحيح والطريقة صحيحة والنتائج صحيحة وتتفق مع الفعل الأخلاقي. بينما الفاضل لا يهتم سوى الازدهار وهو من يقرر الفضائل دون الاعتماد على العقل والأخلاق العامة.

ملاحظة: العقلانية ليست فاضلة، فالعقلانية تعتمد على مبدأ "الضرورات تبيح المحظورات" حسب الظروف (مع الاتفاق مع الأخلاق) وهذا الكلام غير مقبول نهائياً في الفضيلة (الرديلة رذيلة والفضيلة فضيلة ولا وجود للوسط).
ما هو الازدهار برأيهم؟

هو ما يفعله الفاضل مع أنه قد يكون بنظر مجموعة أخرى دماراً. فالمدينة الفاضلة التي تعود لزمن أفلاطون هل تحققت؟ لا، لأنها قضايا مثالية لا يمكن تحقيقها، ولا تتوافق مع الواقع فأدى ذلك إلى انقراض الأشخاص الذين يؤمنون بها مع أن رأيهم أن الازدهار هكذا يتحقق.

3-2-7 - نظريتي التشاركية والليبرالية

التشاركية بعكس النظرية الفردية⁸، وليست معاكسة تماماً للفضيلة، لكن فردانية الفضيلة تعاكس بشكل كبير التشاركية.

المصلحة العامة هنا هي الأهم، بغض النظر عن المصلحة الفردية، وهذه نقطة ضعف أيضاً للتشاركية.

تركز على المسؤوليات الفردية كجزء من المجتمع، والفرد بنظرها آلة ضمن المجتمع وعلى المجتمع أن يتكامل مع بعضه.

على الفرد أيضاً الالتزام بدوره وعدم الخروج عنه، وخروجه عن دوره يعني خروجه عن المجتمع، بل إنه يتحول بذلك إلى عدو منبؤ بنظر مجتمعه!

ف نجد ضياع الاحترام للخصوصية الفردية

مثال 1:

لدي مخزون من الأدوات الطبية التي يجب ألا تستعمل إلا في حالات الكوارث. كالفحم الفعال الموجود في كل المستوصفات والمشافى في سورية، فهو الترياق العام لأي حالة سمية.

عندما يصاب شخص واحد بحالة سمية، لن نستعمل مخزون حالات الطوارئ، بل نعالجه بالمعالجة المعتادة، من الممكن أن يموت!! إلا أننا لن نستعمل هذا الفحم لعلاج، فنجد هنا الجانب المتزمت للتشاركية.

مثال 2:

يمنع استعمال المورفين إلا في الحالات الشديدة من آلام شديدة وكسور أو احتشاء مؤلم جداً، وذلك لإنقاذ المريض.

فعندما يأتي مريض مصدوم في حادث سيارة، يعاني من كسور وآلام شديدة، نقوم بمعالجته ولا نعطي المورفين، الهدف من ذلك حماية مخزون المورفين الاستراتيجي حتى نستطيع التصدي للكوارث، ففي الحريق نحن بحاجة للمورفين حتى نخفف الآلام الناجمة عن الحرق، وفي هذه الحالة لا مجال للتردد. الفردية هنا تصبح أعلى من التشاركية، ولو أردنا الالتزام بالتشاركية لما تصرفنا بالطريقة الفردية (تراتبية الاهتمام).

التشارك مع مسؤوليات المجتمع لرعاية الأفراد غير المحصنين. جميع الأفراد الذين ليس لديهم تأمين صحي أو رعاية صحية نسعى لتأمينهم بالشكل العام، على مبدأ الوقاية (الرعاية الأولية)، وإن أصيب شخص محدد فلن نهتم كثيراً. معنى ذلك أن المراكز التي تعنى بأعمال أعلى من الوقاية الأولية (وقاية ثانوية، معالجات) تكون أبعد عن التوجيه الرعائي من المراكز التي تقوم بالرعاية الأولية، فأيهما الصحيح؟؟

كلاهما خاطئ، إنما علينا مساعدة الجميع، لكن بالتأكيد حسب مستويات الأذية، ونلاحظ نقطة الضعف هنا.

3-2-7-1- التشاركية في نزاع مع الليبرالية

فالليبرالية بالعكس منها تماماً، الاهتمام فيها بتحقيق حاجات كل فرد وحتى أكثر من حاجاته، فهو حر بذاته.

كان من نتائج ذلك أن الليبرالية عندما تطورت تماهت مع العولمة، فبات من المقبول فيها أن تسيطر على كل الناس.

من الشركات ما أصبح ضخماً أكثر من الدول وهي ما تدعى بالشركات العالمية، تسيطر على الدول وعلى الناس أيضاً.

قد تضطر هذه الشركات لليبيراليتها أن تكون مؤذية لمجموعة من الناس، كأن تجوع مجموعة من الناس في سبيل كسب مصالح معينة.

في حين أن مبدأ التشاركية السائد هو الخير العام (المصلحة العامة).

الاهتمام بالمصلحة العامة دون النظر للأولويات والاهتمامات الفردية:

هي نقطة ضعف في التشاركية، فنحن مع المصلحة العامة ولكن هناك أيضاً قضايا خصوصية وفردية.

تعتبر أن من حق الفرد السعي لتحقيق المصلحة العامة وأنه ليس من حقه تحقيق مصلحته الفردية بإبداعاته، بل يجب أن يستفيد الجميع منها.

الفرد بنظرها مساوٍ لباقي الأفراد.

هذا ما يدفع بالإبداع والخصوصية للاضمحلال، ويفقد الفرد شخصيته الفردية.

رغم أن جميع المخلوقات لها شخصية فردية (بصمة فردية)، إذ تتكون هذه البصمة بالمكونات الحيوية العضوية التي يحتويها جسم هذا الكائن وكذلك نتيجة تفاعله مع المحيط.

حتى أنه ورغم تماثل الدنا في التوائم، يمكن لبقية البصمات أن تختلف، إذ أن هناك أكثر من 25 نوعاً من أنواع البصمات مختلفة عن الدنا، أكثر من نصفها لا تتفق حتى في التوأم الحقيقي!

فبصمة القرزية لا يشترط تطابقها عند التوأم الحقيقي، بل من المثبت أنها غير متطابقة.

بصمة الأسنان أيضاً غير متشابهة، بصمة الأصابع والشفنتين والأنف والجبهة والأذن والقدم كلها غير متفقة بين الناس، فلكل إنسان بصمة فردية لذاته، وهذا ما يعارض التشاركية.

الأسبقية والأفضلية للعام، والموافقة العامة هي الأهم: على عكس الديمقراطية التي تأخذ برأي الأغلبية في القرار مع احترامها لرغبات الأقلية، لا تحترم التشاركية هذه الرغبات، وتتفد قراراتها عليهم. الموافقة العامة هي الأهم لتحقيق الأهداف العامة لمستوى الصحة مثلاً.. التشاركية تقبل القضاء على فرد في سبيل إنقاذ المجتمع أما تغليب الفرد على المجتمع فهو غير مقبول.

3-2-7-1- مقارنة المساواة بين الجنسين بالأخلاق

القضية هنا جنسية أنثوية وليست ذكرية، فمن يطالب بالمساواة ليس الذكور بل الإناث.

قصة يوم المرأة العالمي: تحكي عن سجن مجموعة من النساء العاملات في المصنع، والتي رغم كونها قضية اقتصادية أكثر من كونها قضية جنسية فقد كان فيها إهانة وقتل للمرأة لمجرد كونها امرأة لا لكونها عاملة. ولم يتعرض العمال الذكور للأذية حينها.

إن المطلوب ليس المساواة بين الرجل والمرأة، لأن المساواة بينهما انتقاص من حق المرأة، والعدالة هي ما على الإناث أن تطالب به لا المساواة، وقد تكون العدالة عندما تتحقق أعلى من المساواة.

ذلك لأن المساواة فيها الكثير من الأخطاء المتعلقة بالفيزيولوجيا والاجتماع. من منظور الصحة توجد أخطاء: جسدية ونفسية واجتماعية.

جسدياً، لا يمكن المساواة بين المرأة والرجل، إذ لا بد من معايير تحقق أنوثة الأنثى وذكرورة الذكر، وبالتأكيد ليس من العيب كون الإنسان ذكراً أو أنثى.

نفسياً، لم تعد القضايا النفسية كما كانت تدرس سابقاً، بل باتت تعتمد على الاضطرابات الهرمونية والعصبية، فالهرمونات عند الذكر ليست كما هي عند

الإناث، وهناك بالتالي اختلاف في الاستجابات وردود الأفعال الناجمة عنها،
ومن المحتمل إذا غياب التساوي.

وكذلك اجتماعياً.

لذلك يفضل أن يكون هناك عدالة، أي أن تعطى الأنثى حقها كأنتى، كإنسان أنثى،
والذكر كإنسان ذكر، وأن يكون هناك تكامل بينهما لا مساواة
Integration more than equation.

ومن أسباب ذلك أنه من أهم شروط العقلانية البلوغ.

مثال:

في جميع دول العالم يعد البلوغ شرطاً لاعتبار الشخص عاقلاً، وإلا فإنها تعدّه طفلاً
ولا بد من وجود وصاية عليه.

الوصاية ليست على الطفل فحسب بل أيضاً على المختل عقلياً والمضطرب نفسياً
وكذلك من يعاد المجتمع، فمن يعادي المجتمع مضطرب نفسياً أيضاً.

لو أصيب شخص ما باضطراب عقلي لا يشترط أن يصبح معادياً للمجتمع، بل
ربما يكون مسناً، وصل لمرحلة أصيب فيها باضطراب عقلي اضطرنا لوضعه تحت
الوصاية تماماً مثل الأطفال.

حتى تكتمل الوصاية لا بد أن يكون الوصي عاقلاً، ومن أهم شروط عقلانيته أن
يكون بالغاً.

وسن بلوغ الإناث أبكر من سن بلوغ الذكور، بثلاث لأربع سنوات تتفاوت حسب
البيئة والظروف المحيطة، لكنها لن تقل عن أربع سنين.

ستزيد هذه السنوات الثلاث الإناث عقلانية أكثر من الذكور، فطالما بلغت الإناث
أبكر سيكن أعقل.

وسنوات الخبرة العملية الثلاث هذه ستعطيهم حسن قرار وإدارة عقلانية أفضل من
الذكور أقرانهم فيما لو خضعوا للظروف ذاتها.

امتثالاً بوجهة النظر هذه، بدأت كثير من الدول الأوروبية تفكر بعدم ضرورة تماثل
المناهج بين الإناث والذكور في المرحلة الثانوية (مرحلة البلوغ).

ليس ذلك للفصل بين الجنسين عن بعضهما كما أنه ليس لأهداف دينية، وإنما لأن استمرار الإناث والذكور بذات المناهج سيجعل الإناث أكثر تفوقاً من الذكور. هذا ما يظهر في كل أنحاء العالم، فعقلانية الإناث تساعد على فهم الأمور أبعد من الذكور.

مهما بذل الذكور سيحتاجون جهداً مضاعفاً للوصول للقرار الذي وصلت إليه الإناث.

كان الطرح بفصل المناهج، بل والدخول المبكر للإناث إلى الجامعات، بسبب اكتسابهم عقلانية مبكرة.

هنا تبرز لنا فكرة العدالة، فنتائجها ستكون أفضل من المساواة على أن تتوفر ذات الظروف التي يمر عليها الذكور.

حينها لن يكون الذكر قادراً على طلب المساواة لأنه لن يستطيع أن يبلغ أكبر، ولن يكون مزعوجاً، فالإنسان عندما يكون عاقلاً سيتعامل مع الناس بشكل محترم بحيث يؤدي حقوقه وواجباته من كلا الطرفين.

الجدل حول الاختلافات الأساسية بين الأخلاق وبين الذكور جدل غير صحيح، فالأخلاق والأخلاقيات متماثلة لكن الموضوع العقلاني هو المختلف.

كما أن الإناث تطرح رفض وجود اختلاف! لقد وصل الأمر أنه وفي آخر مؤتمر للنساء (الذي عقد في الصين)، قامت بعض النساء بطرح مواضيع مثل الإجهاض والمثلية الجنسية على أنها حريات عند المرأة.

نحن لا نتفق مع هذا الأمر، لأن الكثير من هذه الأمور خاطئة، فتحقيق المساواة واحترام شخصية المرأة لا يعطيها الحق في المثلية الجنسية وكذلك الرجل.

◆ المثلية الجنسية

● سنتطرق للمثلية الجنسية عندما نتحدث عن التكاثر وأخلاقياته، إلا أنها وباختصار تعد ضد المجتمع!!

● لأن الهدف من الجنس في المجتمع حفظ النوع الإنساني وبقاؤه لا المتعة، وما كانت المتعة والشهوة التي جعلها رب العالمين فيه إلا ليحافظ الناس على النوع.

- جميع الحيوانات تتبع ذات الشيء، فكل منها شهوور معينة للتزاوج، ولكن الإنسان غير محدد بالشهوور .
- بمجرد البلوغ ترتفع الهرمونات عند كلا الجنسين والأمر الطبيعي أن يبدأ كل منهما بالالتجاء للآخر، وبالتأكيد حسب تشريعات تقونن هذا الأمر .
- التشجيع على المثلية خطرٌ على بقاء النوع، ولو سار المجتمع بأسره مع المثلية سيختفي النوع الإنساني عن الوجود!!
- التشجيع على قضية لا تحفظ النوع سيببده (Genocide)، والإبادة هذه يمكن أن تكون إبادة مجموعة كما يمكن أن تكون في المثلية وتشجيعها!!
- يحتج المدافعون عن المثلية بأنهم لا يضرون المجتمع بل يتمتع كلاهما بمتعة معينة.
- صحيح أنهما يتمتعان بمتعة على الصعيد الفردي، إلا أنه وعلى المدى الاجتماعي البعيد فإنهما يبیدان المجتمع ولا يحفظان النوع.
- طالما أنهما لا يحفظان النوع بإمكاننا أن نسمي تصرفهما بـ"إبادة الترف Luxury Genocide". أي أنها ليست إبادة الذبح والقتل بل إبادة تتخللها المتعة.
- فالاختلافات بين الجنسين موجودة، والتكامل ضروري أكثر من المساواة
- مميزات منظور المساواة:
- هناك شك في تبسيط الحالات الخاصة عوضاً عن التركيز على الملامح الأخلاقية الأساسية.
- المساواة هي قضية شكوكية في تطبيق المبادئ بشكل مجرد أو نظري.
- إذا كان هناك إطار صريح أساسي فالافتراض أننا نستطيع أن نقرر ما هو الفعل الأصح.
- تحولت المساواة إلى موضوع قصصي لدى الإناث أكثر مما هو علمي.
- أخلاق العناية التي تتطلب يقظة ولطفاً ومسؤولية وكفاءة واستجابة.

- التعليق على الأفكار السابقة:

لل قضية شكوكية موجودة عند النساء، إلا أنها يمكن أن تكون موجودة عند الرجال أيضاً.

لل في يوم المرأة في أمريكا (قصة النساء في المعمل) كان من الممكن أن يقوم الشخص ذاته الذي أساء للنساء بالإساءة للرجال لو اتخذوا ذلك القرار هناك فعلاً، لأن الموضوع بالنسبة له موضوع طبقي أكثر من كونه جنسياً.

لل لا بد لنا في قضايا النساء أن نكون واضحين تماماً ونعتي بلطفنا، دون أن يصل الأمر للسماح بالأخطاء التي تحدثنا عنها والتي هي غير مقبولة وتؤدي إلى فناء المجتمع.

لل أخلاق العناية تظهر أكثر وضوحاً عند الإناث منها عند الذكور (هناك ممرضات أكثر من الممرضين على مر العصور فالعناية والرفق واللف تتعلّق بالإناث). لذلك فالشخص يسأل ماذا يُطلب منه أن يفعل في كل من هذه الفضائل أكثر مما يسأل ما هو الفعل النهائي الأصح.

مستويات التفكير/المحاكمة العقلية هي ثلاث:

1- المستوى الوصفي descriptive: البارعون بالتفكير الوصفي هم الأطفال، فالطفل بارع في وصف الأشياء وحفظها، ولكنه لا يحلل.

2- المستوى التحليلي analytical: هو مستوى أرقى من الوصفي، تحليل القضايا والوصول إلى نتائج.

3- المستوى النقدي critical: وهو الأعلى، الشخص لديه تجارب مختلفة ولكن الظرف مختلف عما رآه سابقاً، إذا يقرر التصرف الصحيح حسب حالته هو، وليس تقليداً لغيره كيف تصرف.

مثال على المبدأ الأخلاقي لنظرية المنفعة:

أن تكون السعادة القصوى تتحقق لدى الشخص بأخذ الكوكائين أو ارتكاب جريمة.

أن نأخذ من شخص ليس ذو فائدة كبيرة للمجتمع قرنيته مثلاً ونعطيها لشخص ذو أهمية (في حال احتاج قرنية).
هذا الأمر غير مقبول بنظرية الواجب.
مثال على المبدأ الأخلاقي لنظرية الفضيلة:

من الممكن أن يكون الازدهار لدى شخص معين يتحقق بأن يكون زاهد (لاعتقاده أن ذلك يقربه من الله)، ولكن هذا الأمر يعد انتحاراً، ومن يتبعه فإنه على طريق الانتحار.
مثال على العقلانية:

على زمن الخليفة عمر بن الخطاب، لم يطبق حد السرقة، لأن الشعب جائع ومحتاج.

المبادئ الأساسية في الأخلاق الطبية:

- ✓ احترام الخصوصية Autonomy
- ✓ تغليب المنفعة أو الفائدة للمريض. Beneficence
- ✓ تجنب الضرر. Nonmaleficence
- ✓ العدالة. Fairness

وهذه المبادئ الأساسية الأربعة التي ستحكم عملنا الطبي أخلاقياً في أي تدخل أو إجراء طبي.

ملاحظة:

الذكر (XY) هو طفرة عن الأنثى (XX) من الناحية الجينية كما أننا نجد النمط الظاهري للأنثى أكثر اكتمالاً منه في الذكر، وتبعاً لما سبق فقد كان الذكر بموقف المدافع عن النفس ثم أصبح مسيطراً مما جعل المجتمع ذكورياً.
ولكن في حالة دفاع عن النفس، فالإناث هنّ الأقوى والأكمل عقلياً وجسدياً، ولذلك لم تنل الأنثى فرصتها العادلة لتعبر عن قدراتها.

الطب بين القديم والحديث:

لم يعد الطب حالياً يتركز حول الطبيب Doctor Center.

بل يتمركز حول المريض Patient Center.

نحن من واجبنا أن نعرض الخيارات على المريض وليس أن نختار عوضاً عنه. والأمر نفسه بالنسبة للتعليم أيضاً، فالتعليم حالياً يتمركز حول الطالب وليس المعلم كما كان في السابق.

وأصبح دور الطبيب أو المعلم فعلياً هو المسهل (الميسر) Facilitator للمريض أو الطالب.

الجدول رقم (1): مقارنة بين النظريات

رؤية الفعل الصحيح	المبدأ	الاعتماد النقدي
أ- الفعل صحيح إذا كان ما يفعله الفاضل بنفس الظروف ب- الفاضل هو الذي تمرن على الفضائل	الفضيلة سمة شخصية في الكائن الحي الإنساني يحتاجها ليزدهر	تعتمد نقدياً على مفهوم ازدهار الإنسان
الفعل صحيح إذا اتفق مع المبدأ الأخلاقي	المبدأ الأخلاقي: أ- من عند الله عز وجل ب- بعد لنا لسبب ما ج- يتم اختياره من كل الكائنات العقلانية	تعتمد نقدياً على مفهوم العقلانية (أو بشكل بديل على إرادة الله عز وجل)
الفعل صحيح إذا حفز أفضل النتائج	أفضل النتائج هي التي تكون فيها السعادة قصوى	تعتمد نقدياً على مفهوم السعادة
الفعل صحيح إذا اتفق مع أوحقق المصلحة العامة	المبدأ هو تحقيق المصلحة العامة	تعتمد نقدياً على مفهوم النفع العام للمجتمع
الفعل صحيح إذا اتفق مع أوحقق المصلحة الفردية	المبدأ هو المصلحة الفردية	تعتمد نقدياً على مفهوم النفع الخاص للفرد

استراتيجيات العلاج

إن كان لدينا مريض، تكون استراتيجيات العلاج الثلاث:
"إزالة الأسباب"

= معالجة الأسباب، فإن استطعنا معالجة السبب نكون قد حصلنا أفضل نتيجة.

أول الاستراتيجيات وأفضلها.

إن عجزنا عن ذلك نتبع الاستراتيجية الثانية:

"المحافظة على الحالة دون أن تتطور للأسوأ"

قد نجهل الأسباب أو نكون على علم بها ولكننا عاجزون عن ضبط الحالة.

مثال: في التصلب المتعدد والسكري نصبُّ جهدنا على منع تطور الحالة وإبعاد الاختلاطات، ولسنا نعالج الأسباب فعلياً.

عند المعالجة بهذه الإستراتيجية تكون أعراض المريض قد تدهورت، لذا نستخدم المنفعة في بعض الأحيان والواجب في أحيان أخرى وقد نضطر للمعالجة بالفضيلة.

في المنفعة نسعى للنتائج الأفضل دون الحاجة لمعرفة السبب، فمثلاً: عند إصابة أحدهم بصدمة تحسسيه نجهل سببها نعطي الكورتيزون، وذلك حسب نظرية المنفعة.

بالرغم من الآثار الجانبية للكورتيزون نحن مضطرون للمعالجة به. ولو أننا اعتمدنا نظرية الواجب هنا لعالجنا الأسباب لا المظاهر والنتائج، لكن ما يهمنا في هذه الحالة هو النتائج.

فإن عجزنا عن هذه الإستراتيجية أيضاً نلجأ للإستراتيجية الثالثة والأخيرة:

"معالجة الأعراض كلما ظهرت"

وهي أقل ما يمكننا فعله للمريض.

مثال: في حالة المصاب بسرطان ذي انتقالات، ليس بوسعنا أن نزيل الانتقالات أو أن نوقف السبب، كل ما بيدنا أن نعالج الأعراض كلما ظهرت.

ما نقوم به هنا مجرد محاولة للحفاظ على نمط حياة هذا المريض ورعاية صحته لا أكثر .

معالجتنا في هذه الاستراتيجية ما هي إلا معالجة تابعة لنظرية الفضيلة، فنحن نتبع أفضل من يعالج هذه الحالة (أي كما يرى الخبير الفاضل في هذا المجال، بهدف تحقيق الازدهار).



الفصل الثالث

المقاربة العقلانية للاخلاقيات الطبية

Mental Approach to Medical Ethics

3-1- التفكير بالأخلاق

عندما تحدث ردود الأفعال أو الارتكاسات في حالات خاصة، تكون صحتها الأخلاقية مبنية على خبراتنا الناجمة عن التنشئة والتدريب، لذلك تختلف كل مجموعة بردود الأفعال Responses.

عندما نواجه موقفاً أخلاقياً مع المريض أو حتى مع زميل ما، سيكون رد الفعل نابعاً مما تدرّبنا عليه واكتسبناه من خبرات ومما تنشأنا عليه، فتنفّوت ردود الأفعال حسب التنشئة.

وتختلط التنشئة بالتدريب، لذلك نحاول في الأخلاقيات أن نزيد التدريب حتى نخفف من أثر التنشئة.

الكثير من الناس يجدون صعوبة في مقارنة المريض ومصارحته، فهم معتادون ألا ينظروا إلى الآخرين عندما يتحدثون معهم، وهذا ما لا يجوز للطبيب فعله مع المريض! التأمل جزء من الفحص، والمريض ليس قادماً ليتسامر مع الطبيب أو ليحكى له قصة، ربما نسميها قصة مرضية إلا أنها مشكلة يعاني منها المريض!! (فالطبيب ليس كاتب قصص يسجل ما يرويه المريض).

الفحص السريري يبدأ من لحظة مقابلة المريض ودخوله من الباب، وذلك بتفحص المريض وتأمله، ولن يكون ذلك ممكناً لو نظر الطبيب إلى الأرض، إذ لا بد من ملاحظة ملامح وجه المريض ومشيته وجميع تحركاته ومظهره كاملاً.

لا بد من ملاحظة إذا ما كان المريض يخشى التحدث ويتجنبه، كما في حالة المريض المعنف.

المعنف: هو من يأتي ومعه أبوه أو أخوه أو أحد من معارفه فنراه يخشى أن يعنفه الشخص الذي جاء معه، ونشاهد ذلك لدى الأطفال والمسنين، وربما تتجنب المرأة الحديث إن كان معها زوجها.

لا بد من ملاحظة هرب المريض من النظر في عيني الطبيب، الذي يعني وجود مشكلة لديه! علينا أن نكتشف هذه المشكلة لا أن نتجنب النظر في عينيه، ونبدو أننا نعاني من المشكلة.

كل ذلك يظهر لنا أهمية التدريب في مقاربة المريض، والوصول لحياضية تمنع قرارات الطبيب من الانحياز.

في كثير من الأحيان نتأثر بالمريض ونتعاطف معه أكثر من اللازم، خصوصاً عندما يكون معنفاً أو متردي الحال، وهذا لا يجوز.

ربما يكون المريض قريباً من الطبيب أو عدواً له يكرهه فيتصرف معه دون حيادية، كل ذلك يعود للتنشئة.

جميع التدريبات في الأخلاقيات تحاول تدريبنا على المواقف الأخلاقية بحيث تخفف من أثر التنشئة.

(أي أن اختلاف البيئة والتنشئة التربوية أدى إلى اختلاف الارتكاسات على الرغم من توافق المنهاج والتدريب المهني)،

تختلف التنشئة بين البلدان، فالتنشئة الأوروبية تختلف عن التنشئة الآسيوية (في الهند مثلاً) وتختلف عن التنشئة في الدول العربية وبين الدول العربية نفسها. فالتنشئة في سوريا ولبنان والأردن وفلسطين تختلف عن التنشئة في المغرب والجزائر، وتختلف أيضاً عن التنشئة في الخليج.

وهذا الاختلاف في التنشئة يخلق ردود أفعال مختلفة لا بد من تفسيرها بشكل عقلاني. لذلك تتشكل المقاربة العقلانية في الأخلاقيات

3-2- المقاربة العقلانية للأخلاقيات

وتتألف من مكونات ثلاث:

- عقلية عادلة
- استنتاج ساري المفعول
- الانعكاس مع التحاور

3-2-1- عقلية عادلة Fair-Mindedness

هي الاعتدال اتجاه الآخرين، فالتعاطف موجود ولكن بحياد. الحياد أمر صعب ويحتاج إلى التدريب والخبرة، فالطبيب يتعامل مع المرضى على أنهم مرضى فقط بغض النظر عن جميع الاعتبارات الأخرى. وذلك كي لا يشعر الشخص بتفضيل زائد أو ناقص من الطبيب لحالته.

الحياد لا يعني أن نعامل المريض على أنه حالة مرضية، بل هو إنسان لديه حالة مرضية والفرق كبير. على الطبيب ألا يسمح بتأثر عمله بكرهه لشخص ما أو محبته له. لا بد للطبيب من التدريب على ذلك. لذلك ينصح الطبيب بعدم معالجة أقرانه، لأنه سيتأثر وخاصة في العمل الجراحي، وسيلوم نفسه عند حصول أي مشكلة حتى لو لم يقل المريض أي شيء.

يُفضل بوجود البديل ألا يقوم الطبيب بمعالجة قريبه. أو إجراء عمل جراحي إلا إذا كانت حالة إسعافية.

عندما نعامل المريض على أنه إنسان فإن ذلك يشعره بالأمان كي يبوح عن مشاكله وشكواه بوضوح وهذا يساعدنا كثيراً في التشخيص.

التعاطف يكون بأن يشعر الطبيب بمعاناة مريضه، فالمريض أتى إلى الطبيب طلباً للعناية والعلاج، ولم يأت ليتحدثك مهما كان المريض عدائياً أو عدواً لك.

كل مريض هو حالة مستقلة بذاته و آلامه وأعراضه ولا يمكن للطبيب أن يعامل كل المرضى بنفس الطريقة، بل يحتاج إلى تطوير أساليب العلاج والتعامل.

اللطف جزء أساسي لممارسة المهنة الطبية، حتى لو كان الطبيب ليس لطيفاً بطبعه، فلا تقبل الممارسة الطبية من دون لطف.

الثقة تمنح ولا تطلب، فإذا لم يشعر المريض أن الطبيب أهل للثقة لن يخبره الحقيقة كاملة، وبالتالي التشخيص النهائي سيكون خاطئاً والنتيجة سيئة.

أمثلة لتوضيح الفكرة:

قد يأتي المريض إلى الطبيب ويبدأ بالصراخ عندما يشكو ألمه، المريض هنا لا يقصد إهانة الطبيب وعلى الطبيب أن يفهم ألم المريض. قد يزداد ألم المريض عند حركة معينة يقوم بها الطبيب أثناء الفحص، ويبدأ بالشتائم وهنا أيضاً يفهم الطبيب حالة المريض وألمه. نتيجة: تتسجم المقاربة العقلانية مع نظريات الواجب أكثر من المنفعة والفضيلة.

3-2-2- الاستنتاج ساري المفعول Valid Reasoning

لا يجوز لنا أن نأخذ الأعراض ونقوم بالفحوص السريرية والاستقصاءات ومن ثم نستنتج استنتاجات كما كان ابن سينا يستنتج.

الطبيب يعتمد في قراراته على مقدمات وحقائق، وليس على تخيل أو افتراضات أو تكرار للأموور.

إن كان ذلك مثبتاً في المراجع العلمية الحديثة فليست هناك أي مشكلة، أما ما يخالف المراجع العلمية الحديثة فهو مرفوض، وهذا ما يعنيه الاستنتاج ساري المفعول.

من خلال الحقائق المتوافرة يبني الطبيب استنتاجاته ويبرهن عليها.

الرعاية الطبية التي يمارسها الطبيب ينبغي أن تكون متوافقة مع الواقع الحالي Up to date، وليست قديمة من عصر الجاهلية ☺.

لذلك الطبيب يجب أن يجدد معلوماته دائماً.

أمثلة:

☺ في السابق كانت التعليمات حول القرحة المعدية تقول أن سبب القرحة زيادة الإفرازات الحامضية للمعدة (PH المعدة الحمضي القوي جداً) ولأن الأسباب حينها اقتصر على الحموضة، كان العلاج المستخدم لأكثر من أربعين سنة شرب الحليب! والامتناع عن أصناف طعام معينة.

❖ بادعاء أن الحليب قلوي وسيعدل تلك الحموضة ومن هذا القبيل، وتبين لاحقاً أن جرثومة الملوية البابية Helicobacter هي السبب الرئيسي في القرحة.
❖ وما علاجها إلا وصفة لأسبوع واستراحة لأسبوع تليه وصفة لأسبوع آخر بالحد الأقصى ليشف المريض!

❖ فهل نستمر الآن على العلاج بشرب الحليب ومضادات الحموضة؟ بالتأكيد هذا غير مقبول.

❖ إذا جاء مريض إقياء وإسهال، لا نفترض فوراً أنه مريض كوليرا، فهناك أنواع الكثير من أنواع التسممات التي تسبب هذه الأعراض.
هناك بعض أنواع التسممات التي تسبب تخدير في مركز الإقياء وبالتالي تؤدي إلى إسهال فقط.

❖ جاء مريض بطن حاد، بطن حاد يعني بطن جراحي، في هذه الحالة يجب فتح البطن، فمن الممكن أن تكون الأسباب التهاب زائدة دودية أو انفصال أمعاء أو انثقاب أمعاء.. لكن يمكن في بعض الأحيان ألا نجد أي مشكلة عند فتح البطن (كما في حالة التسمم بالأوكزالات)، ولكن هذا لا ينفي القاعدة العامة بفتحه في هذه الحالات.

في كل بلدان العالم أصبح الترخيص مؤقت، خمس سنوات مثلاً، خلال هذه الخمس سنوات يجب أن يجمع الطبيب نقاط تدل على أنه يعرف آخر ما توصل إليه العلم فيما يخص اختصاصه، وإلا تسحب الشهادة أو يوقف العمل بها إلى حين إثبات العكس.

هناك جهود من قبل هيئة البورد السوري لتطبيق هذا النظام في سوريا، حيث اعتمد أنه يجب أن يجمع تقريباً 150 نقطة حتى يعتبر الطبيب Up to date، وهذه النقاط تجمع من خلال المشاركة في المؤتمرات أو تقديم محتوى علمي....

البراهين التي يعتمد عليها الطبيب ينبغي أن تكون عقلانية قوية تدعم القرارات التي يتخذها بخصوص مرضاه. من المعروف أن أضعف البراهين هو نقض الفرض.

مكونات الاستنتاج ساري المفعول:

- البرهان الراسخ والمتين منطقياً.
- التحليل الفكري ذو العلاقة مع المفاهيم.

- استنتاج من المبادئ والنظريات (استقلالية المريض والمنفعة).
- الاتساق والمقارنة للحالة.

نبدأ بالتفصيل بكل منها:

(1) البرهان الراسخ:

كل البراهين المنطقية تفترض قضايا ثم تبني عليها، وبالتالي فإنها قابلة للتطور والتغير بتغيير الفرضيات.

الحقيقة المطلقة لا يمكن أن نصل إليها، ولكن نحوم حولها، وهذا ما اتضح في أمثلتنا ففي الرياضيات التي هي أم المنطق لم نستطع التحديد.. ما بالنا بقضايا أقل تحديداً!!!

الطبيب ينبغي أن يكون منفتحاً على التطورات والتغيرات، وأن يتوقع وجود براهين تقاوم براهينه، فينبغي أن يتواضع ويقتنع أنه لا يملك الحقيقة كاملة، وأنه لم يصل للعقل الكامل.

لو كانت الحقيقة الكاملة بين أيدينا وكل الأمور محددة وواضحة لما كان هنالك داع للبحث العلمي.

البرهان الراسخ ينبغي أن يكون مبني على أساس متين منطقياً والمقدمات متوافقة مع النتائج.

يمكن لشخص أن يعطي مقدمة معينة ويغير النتيجة، وذلك من خلال التغيير في المنتصف، أي فيما يربط بين المقدمة والنتيجة.

أمثلة على المقدمات والنتائج:

1. جاء مريض يشكو من تشنج عضلي أو اختلاجات، هنا أول ما نفكر به هو ما سبب هذه الأعراض؟ قد نظن أن السبب هو نقص الكالسيوم مثلاً، فنقوم بإعطاء الكالسيوم، قد لا ينجح هذا العلاج، أو قد نقوم بإعطائه Valium أو Barbiturates، ولم ينجح أي من هذه العلاجات.

هنا قد يكون المريض قد تعاطى Isoniazid مما يؤدي لهذه الأعراض وعلاجه يكون بإعطاء فيتامين B6. إذا المشكلة هنا كانت في التشخيص بحد ذاته أي

بالمقدمات مما أدى إلى نتائج خاطئة.

2. خرج مريض من عملية جراحية بوضع جيد، بعد يومين بدأ وضعه بالتراجع، فلم يتحسن وكان يشعر بالألم وحرارته ترتفع، هذا يعني أنه هناك مشكلة ما في العمل الجراحي، تبين فيما بعد أن الجراح قد نسي قطعة شاش مكان العمل الجراحي وهذه القطعة أدت إلى إنتان...

في مثل هذه الحالة يجب على الجراح أن يتعامل مع الموضوع ببرهان راسخ، وليس أن يعطي المريض خافضات حرارة فقط ولا يسمع شكواه، إذاً المشكلة هنا كانت في الرابط ما بين المقدمات والنتائج، فكلاهما صحيح ولكن ما بينهما هو المشكلة.

3. قتل الإنسان خطأ، فإذا اعتبرنا الجنين إنسان فقتله خطأ، ولكن إذا لم نعتبره إنساناً فقتله ليس خطأ، وبالتالي اللعب والتغيير هنا يكون ما بين المقدمة (قتل الإنسان) والنتيجة (قتل الجنين) وذلك في مناقشة هل هو إنسان أم لا.. الجنين شكل من أشكال الإنسان، فكما أن إهانة الميت أو التمثيل بأعضائه خاطئ (حتى على مستوى شعره وأضافره)، فأيضاً الجنين يجب احترامه وهو الأولي كونه حي. الإجهاض قتل إلا إذا كان هناك خطر على حياة الأم، ولم يكن هناك حل آخر. البويضة والنطفة هما شكلان من أشكال الإنسان ويجب عدم التفريط بهما. أمثلة على البرهان الراسخ:

إذا جاءنا مريض Hypoglycemia، هنا لدينا برهان راسخ ومتين أنه يجب أن نعطيه السكر لتحسين حالته. أما في حالة مريض Hyperglycemia، فهنا نعطي الأنسولين وهنا أيضاً يوجد برهان راسخ ومتين. في حال حصل اختلاط بين الحالتين وأعطينا السكر في حالة ال hyperglycemia فإن ذلك لن يضر المريض كثيراً. بينما نرى الضرر الأكبر، وهنا يجب التأكد بالبرهان الراسخ والمتين، في حالات الحادث الوعائي الدماغى CVA، الـ CVA يمكن أن يكون بسبب نزف أو بسبب تخثر، فإذا أعطينا المريض حالات خثرة مثلاً، ظناً منا أن الحالة تخثر من دون أن نكون متأكدين وكان السبب الفعلي هو نزف، فإننا سنزيد الإصابة سوءاً ويمكن أن نودي بحياة المريض.

هنا تظهر أهمية البرهان الراسخ المتين.

مثال آخر هو ارتفاع التوتر الشرياني، فارتفاع الضغط له أسباب عديدة، ممكن أن تكون وعائية أو غدية أو قلبية.... وكل من هذه الأسباب له علاج مختلف، مدرات أو حاصرات بيتا....

لذلك في مثل هذه القضايا يجب أن يكون لدينا برهان راسخ، لكي نقوم بالعلاج الصحيح. فكل ما كان الفحص السريري مفصلاً أكثر كل ما وصلت إلى نتائج أقرب للصحة، وعدم إغفال أي مكون من مكوناته. أما إذا بدأنا بعلاج ما دون التأكد من السبب، فقد يتحسن المريض قليلاً ولكن المشكلة لن تزول وقد يعود المرض.

- يجب عدم الاستخفاف بالمريض أبداً مهما كان مستواه العلمي أو الثقافي، وسماعه والثقة به، لأن سبب قدومه إليك هو أن لديه مشكلة يشعر أنك قادر على حلها.
- تفهيم المريض وشرح التوصيات recommendations المترافقة مع العلاج واستخدامات الدواء هي مسؤولية الطبيب.
- هناك بعض المرضى ممن لديهم مشاكل نفسية تجعلهم يكذبون على الطبيب، في هذه الحالات يجب مساعدة هذا المريض أو تحويله إلى طبيب نفسي.

(2) التحليل الفكري ذو العلاقة مع المفاهيم:

يتضمن كل من:

تعريف المصطلحات وتحديد ما يقلل كثيراً من الالتباس confusion وسوء الفهم misunderstanding.

التمايز.

التماثل (التغليب أو الإجمال).

(A) تعريف المصطلحات:

لنسقط ذلك على الطب:

- يجب الاتفاق على المصطلحات بين الطبيب والمريض؛ ارتفاع توتر شرياني، Multiple sclerosis....
- الصداع محدد فكرياً على أنه ألم في منطقة الرأس.. وما بنط واحد وبيقلي ألم في الكتف
- الألم يختلف عن الإيلام:

- ❖ الألم pain: هو عرض يشعر به المريض ويشكو ذلك لطبيبه.
 - ❖ الإيلام tenderness: هو علامة حيث يحرض الطبيب الشعور الألمي لدى المريض أثناء الفحص السريري.
 - لو لم يكن لدينا هذا التحليل الفكري والأطباء غير متقنين على المصطلحات. يحدد أحدهم أن السرطان هو التهاب كبد ويسمع طبيب آخر بالموضوع ويشرح السرطان للمريض على أنه ورم.
 - طبيباً الترفع الحروري هو ارتفاع درجة حرارة الجسم عن 37.5 وهذا الرقم مهم جداً لأن الترفع الحروري غالباً ما يشير إلى علامة مرضية، ولو حددناه على أنه 35 فجميع البشر مرضى.
 - طبيباً ارتفاع ضغط الدم يكون عند ضغط 14/9 فما فوق، وبدون هذا الاتفاق المحدد قد نقع بخطأ توصيف الأعراض ويحدث التباس ومشاكل.
 - هناك تصنيف دولي للأمراض يدعى ICD، فمثلاً الكوليرا أو الأمراض الوبائية لها guidelines متفق عليها دولياً، أو شلل الأطفال وغيرها من الأمراض.
- ICD: International classification of diseases.
- بالإضافة للاتفاق على المصطلحات يجب توضيح المفهوم Concept، مثلاً عندما نقول "مرض معدي" ماذا نقصد بكلمة "معدي" وهل كل الأمراض "المعدية" بنفس الخطورة؟ هل الكوليرا بنفس خطورة الحصبة؟ فهنا يجب توضيح التصنيفات ودرجات الخطورة المندرجة تحت المفهوم الواحد.
 - لنسقط ذلك على الحياة اليومية:
 - لو لم يكن لدينا اتفاق على المصطلحات في الألوان، والبعض يفهم الأخضر على أنه أحمر... كم مشكلة ستحدث عند إشارات المرور؟؟
- (B) التماثل بين المفاهيم (التغليب):
- بما معناه أن المجال 6-9 هو المجال الطبيعي للضغط الانبساطي، ولكن قد يكون الضغط 6 غير طبيعي في بعض الحالات، فنقول أن 6-9 هو غالباً طبيعى.
 - لا يوجد شيء حتمي وقاطع في الطب، وغالباً ما نستخدم غالباً.

(C) التمايز:

- مثلاً التمييز بين الأمراض المعدية أيها أخطر وماذا تستوجب من إجراءات، فكما ذكرنا ليست جميع الأمراض المعدية بنفس الخطورة.. فمثلاً التهاب الكبد A ليس كـ B و ليس كـ C... لذلك في أغلب بلدان العالم هناك أمراض تستوجب الإبلاغ عنها مباشرة، بينما أخرى يمكن الإبلاغ ويمكن عدمه وهكذا.
- عندما نتفق مثلاً على مجموعة أعراض وعلامات لمتلازمة ما، ونشخص بها عدة مرضى، هل جميع هؤلاء المرضى بهذه المتلازمة متشابهين؟؟ إنهم متشابهون في بعض الأعراض والعلامات، قد يختلف بعضهم بدرجة تطور المرض وبظهور أعراض وعلامات ناتجة عن ظروف خاصة بهم... إلخ
- ففي نفس هذه المجموعة من المرضى المصابين بالمتلازمة نفسها نجد تمايزاً.
- والتمايز يكون على مستويين:
- ✗ تمايز مرضى هؤلاء المتلازمة عن متلازمات أخرى.
- ✗ تمايز مرضى المتلازمة نفسها عن بعضهم.
- (3) استنتاج من المبادئ والنظريات (استقلالية المريض والمنفعة):
- المريض هو إنسان ينبغي أن أوضح حالته بالتفصيل فمنفعته هي الأساس.
- (4) الانسجام مع الحالة (الاتساق والانسجام والمقارنة):
- كل حالة لها بروتوكول علاج خاص بها.
- عندما يمارس الطبيب الثلاث مراحل السابقة؛ البرهان الراسخ والتحليل الفكري واطلع على المبادئ الطبية ومدى اتفاقها مع الحالة التي أمامه، سيصل إلى المرحلة الرابعة وهي الانسجام مع الحالة، هل تتفق مع الحالة أو لا، وقد لا تتسجم.
- مثال: قد يأتي مريض كوليرا ولكن لديه عوامل إضافية وبالتالي الأعراض لن تكون واضحة.. هنا تظهر أهمية التفكير النقدي. حيث يمكن أن تأخذ قراراتين مختلفين بخصوص حالة واحدة.

- **مثال:** في حالة مريض سرطان، قد يقترح أحد الأطباء أن نعالجه أولاً بالعلاج الكيميائي ثم ننقل إلى الجراحي ومن ثم الإشعاعي. وقد يأتي طبيب آخر يقترح أن نجري استئصال جراحي أولاً ومن ثم العلاج الإشعاعي وبعده الكيميائي..
- تذكر:** هناك ثلاث مستويات من التفكير: التفكير الوصفي، التفكير النقدي، التفكير الاستنتاجي.

3- الانعكاس مع الحوار Reflection with Dialog

بعد أن نتطرق إلى الأمور بالعقلية العادلة، ويكون لديك الاستنتاج ساري المفعول والبرهان الراسخ، سينعكس ذلك على قوة اتخاذ القرارات الصائبة وقوة المناقشة الفعالة العلمية لديك.

عندما يكون الطبيب متمكن جداً من الحالات التي تعرض عليه، يصبح بإمكانه أن يتحرك بحرية بين البديهيات والنظريات، ويجب عليه أن يستخدمها بأسلوب منطقي صحيح بحيث يخدم المريض وليس نفسه (كأن يكون هدفه إبراز معرفته بهذه الأمور)، وبالتالي كما قلنا سابقاً فالمعالجة يجب أن تكون patient-centered.

هذا يعني أن القضايا العقلية العادلة والاستنتاج ساري المفعول ستناقش في أذهاننا!

حتى لو كان استنتاجاً ساري المفعول لا بد من تطبيقه على المريض الذي أمامنا، هل من الممكن تطبيق هذا الاستنتاج المستخلص من الوقائع الموجودة أمامنا؟

يفترض بالطبيب أن يبني كل قراراته العقلية الطبية على حقائق لا على خيالات.

بأعراض المريض والاستقصاءات والعلامات التي نستخلصها بالجس والتأمل والقرع والإصغاء بكل ذلك نجمع الحقائق.

يفترض بكل قراراتنا أن تعكس الحقائق التي وجدناها، وحتى عندما نضطر للاستقصاءات فإننا لن نصدقها ونكذب استنتاجاتنا.

لا شك أن الحوار له أهمية كبيرة في تطوير خبراتنا العلمية بالاعتماد على التفكير النقدي والنقاش المستمر .

الحوار مع الآخرين مهم جداً، وحتى لو كان الحوار مع شخص أقل خبرة ومعلومات منك فإنه قد يرى بعض الأمور التي غابت عنك.

إن مهارة الحوار مع المريض من المهارات الأساسية للطبيب.

إن العقلية العادلة والبرهان ساري المفعول والحوار سوف يقودك إلى مقارنة عقلانية في جميع الأمور ومع جميع الناس.

مثال: توصلنا في الفحص السريري إلى إصابة المريض ببطن متفقع (بطن فيه مشكلة، بطن جراحي).

لكن الاستقصاء جاء بعدم وجود أي خلل! فلا إنتان ولا اضطراب في الحموضة ولا مشاكل في البول.

فهل نقبل هذا الكلام؟! من غير الممكن ذلك، ونتجه للشك بخطأ في الاستقصاء، كخطأ في الاسم أو الرقم، ولكننا لن نشك بفحصنا ونعتمد على الاستقصاء.

الفحص الذي أجريناه هو الأساس الذي نعتمد عليه.

مثال 2: أنتنا نتائج خزعة مشيرة لسرطان في أحد المرضى، رغم أن تشخيصنا لم يكن باتجاه السرطان مطلقاً، فهل نقرر خطة علاجية كيميائية أو جراحية!!

إن كنا سنصدق الاستقصاء فنرسله للجراحة، أما إن كنا سنصدق الفحص الذي أجريناه بأيدينا فإننا سنعيد الخزعة وهذا ما علينا فعله حقاً.

لا بد من وجود انعكاس للوقائع، ولا بد من الحوار (Dialog)، أكان ذلك مع أنفسنا أو مع الآخرين، خصوصاً عندما لا نفتتح بالنتائج.

يجب أن يتمتع أصحاب القرار بما فيهم الأطباء بهذه المكونات الثلاث حتى يتخذوا القرارات بالمعالجة، وذلك بالتدرب واكتساب الخبرة.

نتدرب على الحياد والعقلية العادلة، وعلى الوصول للاستنتاج ساري المفعول.

التدرب على الوصول للاستنتاج ساري المفعول: ويكون بمعرفة المراجع الطبية الحديثة التي تعطينا كل المعلومات الطبية المحدثة التي نريد، وهي كما مر معنا في مقرر الصحة "Cochrane Systemic Review, WHO"، الجامعات، والأبحاث الجامعية وغيرها"، ولا نعتمد على المجالات الإعلامية أو الصحف أو البرامج التلفزيونية وما يذكر فيها، فهي لا تعد مراجع علمية ولا يمكننا استخلاص استنتاج ساري المفعول منها. وقبل مناقشة هذه المكونات لا بد من تفحص الفرق بين الحقائق والقيم.

الحقائق (Facts) والقيم (Values)

فنحن بحاجة للتمييز بين الحقائق (Facts) والقيم (Values) في القرارات الطبية. القيمي معايير نستخدمها للتعبير عن الطبيعي في جمهرة السكان، وليست قواعد رياضية ثابتة.

مثال: قيم المعدل الطبيعي للنض بين 60/د و 100/د، فإن كان نبض أحدهم 59/د هل نقول أن لديه تباطؤ في النبض؟ أو أن نبضه 101/د هل نقول أن نبضه متسارع؟ عندما نتكلم عن قيم طبيعية للنض فإنه يوجد بالتأكيد اختلافات فردية تتفاوت بين شخص وآخر (باختلاف المناعة والحالة الصحية والحالة الاستقلابية وحتى الهرمونية)، وما هذه القيم إلا معايير للتعبير عن الجمهرة بشكل عام 70%-80% وبالتأكيد لن تعبر عن جميعهم.

لا نقول عمن لديه نبض بقيمة 59/د أنه غير طبيعي، ربما يكون الخطأ في قياسنا أو قراءتنا، أو أن عملنا دقيق لكن هذا النبض هو الطبيعي لهذا الشخص. من غير المنطقي أبداً أن نقول أنه غير طبيعي لمجرد كونه تحت الـ 60/د مع إعادة الفحص!

بالإضافة إلى أننا في القضايا الصحية وقضايا النبض نحاول ألا نأخذ الأمور مرة واحدة فقط، بل أن نكررها عدة مرات ونأخذ المعدل الوسطي لها.

هناك فرق بين القيم وبين الحقائق الطبية وعلمنا أن نتدرب على التمييز بينهما، الحقيقة أمر لا خلاف عليه.

○ كأن يكون أحدهم مصاباً بالقرحة، فلا يمكن أن يكون مصاباً بالقرحة كثيراً أو مصاباً بقليل من القرحة.

التعليم يقود إلى نقص في حساسية التمييز بين الحقائق والقيم، فنخلط عندها بين هذين المفهومين.

ينطبع طريقة فعل صحيح دون التفريق بين الأسباب الحقيقية والأسباب القيمية. فكما في المثال السابق من غير المقبول أن يقال عمن ضغطه الانبساطي 5.5 مم.زأنه مصاب بانخفاض ضغط، بل علينا التمهّل.

علينا معرفة الفرق بين الضغطين الانقباضي والانبساطي، ولربما يكون ضغطه 9.5/5.5 مم.ز وهو مقبول، أي لا بد من ربط الأمور مع بعضها.

قد يكون الشخص ذا بنية جسدية قوية يمارس الرياضة ولديه لياقة عالية، وهذه البنية الجسدية تساعد في أن يكون نبضه 70/د حتى في أقصى حالات الجهد. تماماً كما يكون النبض في الإنسان الطبيعي في حالة الراحة، ويكون نبض هذا الرياضي في حالة الراحة 50/د!

رغم أنه تحت الـ 60/د فإننا نعتبره طبيعياً، وهذه حقيقة. الحقيقة الأخرى أنه يمتلك لياقة عالية جعلت النبضات الـ 50 التي ينبضها قلبه تعطيه من الأوكسجين والدفق الدموي ما تعطيه الـ 70 نبضة في قلب الإنسان العادي، لقوة قلبه ومرونة أوعيته الدموية.

سؤال للنقاش:

عندما نقول إن هناك فرقاً بين الحقيقة والقيمة، فإن ما نقصده بالقيمة: القيمة "الأخلاقية" أم القيمة "المقدار الحسابي"؟

يمكن أن تكون القيمة أيّاً من هذين المعنيين.

فالقيمة الأخلاقية هي ما نقول عنه أنه صحيح أو كاذب في ظروف ما، وليس على الدوام.

مثال: القيمة الأخلاقية أن تأخذ موافقة صريحة من المريض، إلا أن المريض قد يكون بحالة لا يستطيع أن يعطينا فيها موافقة صريحة.

كأن يأتي شارباً الكحول وهو في المستوى الأول. المستوى الأول من الكحول مثبط لقشر الدماغ، وبما أن القشر مسؤول عن الحركات الإرادية فإن حركات المريض الإرادية ستختل.

لذلك تجرى اختبارات التوازن، فيتكلم الطبيب معه ليلاحظ تباطؤه في الحديث، ويعطيه بعض المسائل العقلانية ليسمع قرارته حولها. في هذا المستوى من الكحول، تزول آليات الضبط عن القيم الأخلاقية إن كانت موجودة، ونقول في المعنى الفلسفي "تزول الأنا العليا".

الأنا العليا هي منظومة الضوابط الأخلاقية.

الكحول يجعل الخجول ينسى خجله (زهرة3:)، فيزيد كلامه كثيراً مع عدم ترابطه أحياناً.

تبدأ في هذه المرحلة التحرشات الجنسية فهي تدل على أن الكحول ما زال في المستويات الأولى، أما تحطيم المكان حوله فيدل على المستويات الأعلى. لو أن مريضاً قد سقط وجرح وهو في المستوى الأول من الكحول، هل بإمكاننا الإصرار على تأجيل أخذ الموافقة وعدم المعالجة أو أخذ النبض حتى يصحو! لو أنه مريض فاقد الوعي لعالجناه دون أخذ الموافقة، إلا أن هذا المريض ما زال لديه جزء عال من الوعي.

في الإصابات المخية البسيطة (Simple cerebral lesion) يكون الـGCS⁹ "13-15"، بينما قد يكون الـGCS لهذا المريض "14-15". لا نستطيع تجاهل الموافقة هنا، لا بد من أخذها، لكن المشكلة تكمن في الوقت حتى موافقته، فقد يطول وقت النزف.

لذلك ستعتبر القيم الأخلاقية أنه غير واع، وسنأخذ بمصلحته ونسعفه، ولا يجوز القيام بذلك دوماً!

عادة ما تقود الأنماط المختلفة في الحقائق إلى براهين وأدلة أكثر من القيم، وذلك في أي قرار طبي، لذلك نحاول على الدوام أن ندعم قراراتنا بحقائق أكثر من القيم. مثال: حصولنا على الكسر القذفي (Ef) Ejection Fraction لقلب مريض ما، سنمتلك صورة عن عمل قلبه وترويته وبالتالي نكشف حقيقة إذا ما كان المريض مصاباً بنقص تروية قلبية أم لا.

أي أن الكسر القذفي هنا ليس مجرد قيمة بل هو قيمة تعكس حقيقة. هل من الممكن إن كانت قيمة الكسر القذفي منخفضة أن يكون المريض سليماً من نقص التروية؟ وأن يكون قلبه طبيعياً؟ هل من الممكن ألا يكون مصاباً بمرض ويكون الكسر القذفي لديه منخفضاً؟ علينا دائماً أن نقارن ونربط الحقائق مع القيم، إن كانت القيم تعكس حقائق.. فقرارنا بالاعتماد عليها صحيح. أما إن كانت لا تعكس حقائق فعلينا التأكد منها، إما بالبحث العلمي أو مراجعة البحوث السابقة لمعرفة ما إذا كان باستطاعتنا الاعتماد عليها في قرارنا. الاحتمالات تقود إلى براهين، والبراهين الأخلاقية قد تختلط بالعواطف، فتلعب فيها العواطف دوراً كبيراً، وهذا ما يأخذنا للحديث عن دور العواطف في البراهين الأخلاقية.

دور العواطف في البراهين الأخلاقية

يظهر دور العاطفة في البراهين الأخلاقية في ثلاث طرق:

الأهمية الأخلاقية

كثيراً ما يظهر دور العاطفة في الأخلاقيات، فالطبيب في نهاية الأمر إنسان يتأثر بمرضاه.

مثال: أتى الطبيب أحد أقربائه مريضاً في حالة إسعافية أو سيئة جداً ليدخل إلى العناية المشددة.

يبدأ الأهل أو أقربائه بالتحدث مع الطبيب وترجيح ليروا مريضهم.

فإن أذن الطبيب بدخولهم ولو للحظات قد يضر المريض!

ربما يُكنُّ المريض للزائر كرهاً هائلاً، فيتأثر من سماع صوته وتسوء به حالته.
أو أن يكون المريض على علاقة قوية ومودة مع الزائر، فيتأثر قلبه من رؤيته
وتسوء حالته.

الفرح الشديد يماثل الحزن الشديد في هذه الحالات.
بالتأكيد لن يقصد الطبيب الضرر للمريض لكن عواطفه أثرت على قراره.
الحس الأخلاقي

يلعب الحس الأخلاقي دوراً هنا أيضاً.

مثال: إن كان هناك شيء على الطاولة، فإن قول "الشيء موجود على الطاولة" حقيقة.
أما إن كان هذا الشيء خارج الغرفة، وقال شخص داخلها "هذا الشيء موجود
في المكان الفلاني" بادعاء أن حدسه يدلّه على ذلك، فإن ذلك لا يعد حقيقة،
فلا حدس في الطب المسند بالدليل، ولا بد من وجود الدليل!

كذلك عندما يقول طبيب ما أن هذا المريض يبدو عليه هبوط في الضغط
وشحوب، يبدو عليه التهاب أعصاب عديد، يبدو عليه إصابة مخيخية، كل ذلك
مرفوض طبياً، فهناك مريض أماننا نقوم بفحصه ونستنتج.
هذا ما يدفعنا لرفض المعالجة على الهاتف، وإعطاء الوصفات دون فحص سريري،
فقد يقوم المريض بالتمثيل، قد يكون المريض متوهماً للحالة التي رواها أو أنه قرأها
في مكان ما.

على الطبيب أن يتخذ قراراً بعدم المعالجة عبر الهاتف، إلا إذا كان يستشير طبيباً
أعلى منه كما في الدراسات العليا، فيتحدث الطالب مع الطبيب الأعلى منه ليصف
له الحالة التي أمامه فيوجهه إلى التصرف الصحيح، وهذا مختلف عن التحدث مع
المريض عبر الهاتف.

حتى لو كان المريض طبيباً! فالمرضى لا بد له من طبيب يفحصه ليستخلص
العلامات.

القدرة على الاستجابة وامتلاك مشاعر تجاه الآخرين
أهمية القدرة على الاستجابة وامتلاك مشاعر تجاه الآخرين.

كالتعاطف مع الأطفال أكثر من البالغين، رغم أن حالة البالغ قد تكون أسوأ بكثير من حالة الطفل.

بكاء الطفل يدفع الطبيب للتعاطف معه مع أن إصابته قد تكون بسيطة، فيهتم الطبيب به وينسى بالغاً مصاباً بالصدمة!
وهذا الأمر لا علاقة له بالقرابة، لكن التعاطف في هذه الحالات ينعكس على القرارات الطبية.

فكل ذلك يتطلب تحليلاً أخلاقياً.

هل نستطيع أن نحدد ما هو الصفر؟!

هل اللاشيء (فاي 0) = صفر zero؟ ولكن هذا غير صحيح رياضياً.

لو قلنا مثلاً 0 نقاحة.. كم نقاحة لدي؟!

$1/100000000$ سأخذ $1/100000000$ و بالتالي أكون قد حددت قيمة معينة للصفر وعرفته، ويأتي آخر و يخترع قيمة أصغر من التي اعتمدها و يفرضها صفراً و هكذا دواليك...

وهذا الكلام غير مقبول والصفر غير معرف ولا أستطيع أن أقول 0 نقاحة.

اللانهاية ∞ غير معرفة أيضاً فلو قلنا أن اللانهاية هي 1000000000

سأقول لك أن 100000000001 أكبر منها وهكذا..

نتيجة: الصفر واللانهاية غير معرفة بقيم محددة.

مثال:

هل $1+3 = 4$ دائماً؟!

هذه الأعداد هي من مجموعة الأعداد الطبيعية والتي هي جزء من مجموعة الأعداد

الحقيقية.

لنفترض أن: $\frac{1}{0} + \frac{3}{0} = \frac{4}{0}$

(4/0) غير معرف وبالتالي فهو يمكن أن يساوي 6/0 و 5/0 (0.0)...، حيث

وهذا يعني أن $3+1$ ممكن أن يساوي 5 أو 6 أو 7!!!

لكن:

$1/0$ لا يساوي 1 بل هو لا نهاية ∞ أي أنه غير معرف.

3/0 لا يساوي 3 بل هو لا نهاية ∞ أي أنه غير معرف.

إذاً عندما استبدلنا 1 بـ $1/0$ فعملياً المقدمة غير منطقية، والبرهان غير متماسك منطقياً، حيث استخدمنا قواعد جمع الأعداد الطبيعية وطبقناها على جمع أعداد غير معرفة.

لاحظ هنا: عندما استخدمنا قواعد لقضية أخرى وأسقطناها على قضية مختلفة تماماً كانت النتيجة غير منطقية.

لكن:

عندما نستخدم $1/1$ و $3/1$ في المقدمة سيكون جمعهما $4/1$ ولا يمكن أن يساوي أي عدد آخر.

إذا: المقدمة صحيحة والقواعد مناسبة وتعود إلى نتيجة منطقية.

بناءً على المثالين السابقين:

مجموعة الأعداد الحقيقية بدايتها $-\infty$ غير معرفة ونهايتها $+\infty$ غير معرفة ومنتصفها الصفر zero غير معرف أيضاً، فكيف نستطيع أن نعرف الـ 1 و 2 و 3...؟؟؟!

إننا نستخدم قواعد غاية في المنطق تربط بين الأعداد المعرفة ولا تنطبق على الأعداد غير المعرفة وبالتالي للتسهيل فإننا نفرض أن الصفر في المنتصف ونعرف الباقي ما بين اللانهايتين.

بإسقاط تحديد المصطلحات ذلك على الرياضيات: في مثالنا السابق الـ 1 تساوي 1 فقط ولا يمكن أن أفرضها $1/0$ أو $1/\infty$.. والجميع متفق على ذلك بسبب تحديد المصطلحات.



الفصل الرابع

المفاهيم الثلاث الأساسية في الأخلاقيات الطبية

Essential Concepts of Medical Ethics

4-1 - أفضل الأولويات للمريض Best Interest

من المعلوم أن أساس الطب حالياً هو التركيز على المريض patient-centered medicine وليس الطبيب.

قيمة هذا المفهوم أنه يعد بمكانة القلب للطب ويشكل أساس العلاقة بين الطبيب والمريض.

هو المعيار القانوني لمعالجة المرضى ناقصي الأهلية لأخذ قرارات طبية (أقل من العمر القانوني أو المرضى العقلين...).

لا نحتاج إلى موافقة مستتيرة من المرضى ناقصي الأهلية ونتخذ القرارات الطبية الأنسب لمصلحتهم شرط أن يوافق عليها الأوصياء عليهم وهذا يتطلب جهود الطبيب لإقناعهم.

أما بالنسبة للمرضى عاليي الأهلية، فالموافقة المستتيرة هي أفضل أولوياتهم. إنه يعني الخير والصالح والسعادة.

هنا تجتمع النظريات السابقة الثلاث، فإذا كان best interest هو استخدام نظرية الواجب نستخدمها، وإذا كانت نظرية المنفعة نستخدمها، وحتى إذا كانت نظرية الازدهار هي الأفضل فنستخدمها..

من هو الوصي؟!

- الأهل والأقرباء.
- ولي الأمر.
- القاضي الذي يعتبر وصي على كل ناقصي الأهلية العقلية

إن أفضل الأولويات مرتبطة بثلاث مقاربات نظرية لها ما يدعمها وعليها

اعتراضات:

• نظريات الحالة العقلية:

ما هو الجيد أو السيء؟ وترجيح الأفضل للمريض، والنظرة للسعادة والسرور .
فالمريض عندما يكون بحالة عقلية سليمة سوف يختار ما هو أفضل له، لذلك يجب عليك أن تخيره بين عدة احتمالات، مع ذكر الفروق بينهم.

أغلب المرضى لا يختارون الجراحة مباشرة مع أنها قد تكون أفضل الحلول.
الحالة العقلية للمريض نفسه قد تختلف بين وقت وآخر، مثال مريض لديه حمى ووصلت درجة حرارته لـ 39 درجة مئوية، هنا لا يكون بنفس حالته العقلية في حالة درجة الحرارة الطبيعية.

تخفيض الحرارة مباشرة هو ليس دائماً أفضل الحلول، فإذا جاءنا مريض لديه التهاب زائدة دودية، وقمنا بتخفيض حرارته وإعطائه مسكنات فنكون قد مؤهنا على المشكلة mask، ولكن لم نحلها، وبالنهاية قد تنفجر الزائدة الدودية لديه.

• نظريات الرغبة الكاملة المحققة:

هل دوماً الرغبة الكاملة المحققة هي الأفضل للشخص؟
على الطبيب أن يحاول قدر الإمكان أن يوازن بين أفضل الأولويات للمريض وبين تحقيق الرغبة الكاملة. (حالة أهل لا يريدون تعريض الابن لجراحة مع أنها الخيار الأمثل).

• نظريات القائمة الموضوعية:

أحياناً تشترك أشياء جيدة وسيئة بالسعادة سواء كانت مرغوبة أم لا.
في أغلب الأحيان يعتبر الألم سيء، إلا في بعض الحالات الطبية التي تعتمد على الألم كمشعر للحالة المرضية وتطورها.

• النظريات المركبة:

تجمع كل ما سبق من النظريات لعدم اكتمال أي منها.
في حالة مريضة لديها حمل، ولكن هذا الحمل مترافق مع مخاطر، ونحتاج إلى تدخل طبي.. هل الأفضل أن نقوم بولادة قيصرية مع تخدير عام مباشرة؟ أم هناك

بدائل أخف؟ مثلاً ولادة قيصرية ولكن بتخدير قطني أو موضعي... أو تدخلات أخرى...

ولكن الأم الحامل (وخاصة إذا كانت خروس) لن تفضل هذه الإجراءات، لذلك من مهمة الطبيب إقناعها وتأمينها ليتمكن من القيام بالإجراء الأفضل.

تعليق على ما سبق

نظريات الحالة العقلية:

تكلمنا عن النظريات الأخلاقية، وأن الأساس في الواجبات وفي علاقتنا مع المريض هو حماية مصلحته والحفاظ على حياته.

يمكننا استخدام أي نظرية بين النظريات، لكن الغاية الأساسية تبقى مصلحة المريض وحفظ حياته.

مثال: عندما نعطي المورفين لمريض يعاني من نفاث سرطانية في المرحلة الأخيرة من السرطان، فإننا نقارب الحالة بالنظر إلى ضررين: ضرر انتهاء حياته بسبب الألم، أو ضرر الحفاظ على نمط حياته دون ألم مع عدم العلاج. فيكون أقل الضررين الحفاظ على حياته بما يتوافق مع واجباتنا.

في حال اخترنا عدم المعالجة سيموت المريض بتطور طبيعي ونحن قد قمنا بما علينا. وهذا غير مقبول، فعلى معرفة الجيد من السيء.

نحن نستخدم إنهاء الألم هنا لتحصيل المزيد من السعادة لا للمعالجة، أي المحافظة على ما تبقى من حياته دون ألم، حتى لو وصل الأمر إلى إدمانه على المورفين.

لأننا بعد أن نعطي المورفين لمدة أسبوع أو أسبوعين، ستصبح الجرعة التي أزلت الألم في هذين الأسبوعين غير قادرة على إزالة الألم، فنضطر لزيادتها، بل قد نضطر إلى زيادتها لجرعات عالية سمية.

فلا بأس أن نصل إلى تلك الجرعات ولكن حسب أولوية السعادة والجيد والسيء، وليس حسب نظريات الواجب.

نظريات الرغبة المحققة ونظريات القائمة الموضوعية

كما شاهدنا في نظريات الواجب، كان كانط يقول أنه لا بد من مبدأ واحد شامل بغض النظر عن الرغبات والطريقة.

أما راؤول فقال أن هناك رغبات لا بد من أخذها بعين الاعتبار، وهذه الرغبات في الطب هي الموافقة المستنيرة، وتعبير عن التفاهم مع المريض حول رغبته.

نطرح عليه البدائل: "الذي تشخيص معين وعدة مقاربات للمعالجة: المحافظ وهو يأخذ وقتاً فله محاسن ومساوئ، هناك الجراحي ومن ثم المحافظ، أو المحافظ ومن ثم الجراحي".

أطرح عليه ماهية كل منها، وأفهم منه ماذا اختار دون أن أفرض عليه، فنحن هنا نبحث عن رغبته.

لكن روس Ross كان يسعى للجمع بين نظرية الواجب ونظرية المنفعة، أي لأن يكون الفعل صحيحاً من البداية حتى النهاية، بما يتفق مع المبادئ الأخلاقية العقلانية.

أراد روس أن يكون الفعل صحيحاً حسب نظرية الواجب بما يتفق مع المبدأ الأخلاقي.

لذلك قال أن النتائج ذات أهمية، فقد أراد أن يجمع بين المنفعة والواجب، لمحاولة إضفاء الأهمية على النتائج، لذلك كانت القائمة الموضوعية، والترتيبات وأسئلة مثل: ما هي الأولوية الأولى والثانية و..؟

وبهذا الشكل يمكن أن تكون هناك اعتراضات على أفضل الاهتمامات (Best Interest).

مثال: عندما يكون لدينا مريضان مصابان بالسكري، لا يشترط أن تكون لهما نفس الأولويات، قد يكون أحدهما مريض سكري ذا إصابة قلبية، والآخر مريض سكري ذا إصابة كلوية.

هل نعالج الاثنين بقائمة أولويات واحدة؟ هل تهمني الإصابة الكلوية قبل السكري، أم السكري قبل الإصابة الكلوية؟ هل يهمني الجهاز القلبي الوعائي أكثر من الإصابة الكلوية؟

الإصابة الكلوية ناجمة عن التصلب العصيدي الناجم عن السكري، تلا ذلك اختلاط إصابة كلوية، وليست الإصابة الكلوية هي من تسببت بالسكري. بينما في الإصابة القلبية نجد أن الجهاز القلبي أهم من السكري، مع ضبط السكري، فالأولويات هنا مختلفة.

قد نتمكن من تأخير بدء السكري عن السنة الـ20 إلى السنة الـ40 بضبط السكر، فتتغير المقاربة برمتها حسب الحالة المرضية التي وصل إليها المريض. علينا النظر للأولويات والبحث عن موقع الضبط وتحديد العلاج.

من الممكن أن يكون هناك مركب يجمع بين كل هذه النظريات.

المقاربة القانونية لأفضل الأولويات

هي الواجب القانوني للطبيب في معالجة المرضى، وتحقيق أفضل الأولويات لهم. ذلك بالتأكد بالتشاور معهم.

علماً أن بعض المرضى (الأكفاء والمؤهلين عقلياً) يستطيعون رفض المعالجة، أي أننا نحتفظ بحق رفض المعالجة بيد المريض، حتى وإن كان الطبيب قد اقترح وشرح الإجراء/العلاج ورفض المريض.

قد يكون الطبيب ضعيفاً في طريقة الإقناع أكثر من كون المريض عنيداً، فلا يجوز إطلاق الأحكام على الآخرين حتى وإن كنا على معرفة بهم.

في الحالات المرضية على الطبيب أن يقنع المريض بما هو الأفضل بوجهة نظره، وقد يطرح المريض وجهة نظره ويناقش الطبيب.

يفترض بالطبيب أن يمتلك معرفة أكثر من المريض، لكنه من الممكن أن يطلع المريض على تفاصيل أمراض لا يملك الطبيب الوقت للاطلاع عليها..

عندما يناقش المريض في هذه الحالة ويكون منطقياً قد يصيب الحق، وعلى الطبيب سماعه ومحاكمة الأمر ومناقشته، فمن الممكن أن يقتنع الطبيب برأي المريض ويطبقه.

على الطبيب ألا ينغلق على رأيه، ويغضب عند مخالفة المريض له، بل أن يتناقش مع مريضه.

لا يوجد في الإرشادات القانونية ما يحدد أفضل الأولويات التي يجب على الطبيب أن يقررها.

نحن نعلم أنه في كل يوم يمر على الطبيب حالات مختلفة، ولكل حالة أولويات مختلفة.

لا قواعد واضحة في المقاربة، بل نشاهد المريض ونقيم أهمية الإصابة والمعالجات والخطط العلاجية التي نطرحها. (كما في مثال أولويات السكري الذي سبق).

4-2- النهج الطبي guideline وبروتوكولات العمل

إن النهج guideline تصدره عادة منظمة الصحة العالمية بشكل يتوافق قدر الإمكان مع جميع الحالات الطبية.

يمكن في بعض الدول وفي ظروف خاصة أن يكون guideline فاشلاً في تحقيق هدف معين، لذلك تقوم دراسات وأبحاث علمية يتم من خلالها استعاضة هذا الجزء من النهج ببروتوكول عمل أنسب يتوافق مع الظروف والحالات المطروحة. وعادة ما تساعد في تحديد ذلك لجان ومجالس طبية. فهناك بروتوكولات عمل في كل دولة.

وفي كل مشفى هناك بروتوكول لمقاربة مرضى الاحتشاء ومرضى الجهاز الوعائي القلبي والتصلب العصيدي، إلا أنه ومع الأسف ما زلنا نفتقر لهذه الإرشادات في بلادنا. ليس هنالك إجراءات قانونية مكثفة فيما يتعلق بأفضل الأولويات التي يجب تقريرها ولكن قوانين اللجان والمجالس الطبية تساعد عادة لنقرر فيما إذا كانت الرغبة السابقة عندما كانت الكفاءة العقلية موجودة تؤخذ بعين الاعتبار أم لا.

مقدمة في الاستقلالية Autonomy

قلنا إن استقلالية المريض Autonomy مرتبطة بأهم المبادئ الأساسية في الأخلاقيات الطبية، وبدأ التوجه لها بشكل كبير جداً في الخمسين سنة الأخيرة، وكذلك بعد إعلان هلسنكي في الستينات.

أصبح المبدأ الأساسي العلاقة بين المريض والطبيب وذلك حتى في الممارسة الطبية، وطو الطب المتمركز على المريض.

وكان بعدها تطوير الموافقة المستنيرة، فلم تعد الموافقة مجرد قول المريض "أنا موافق".

يفترض بهذه الموافقة أن تكون جادة تماماً، قد يوافق المريض لجهله بأي حل آخر، وهذا يعني نقصاً في الموافقة.

فكأن الطبيب هنا يفرض رأيه على المريض بطريق واحد، إن قبل المريض به سار معه الطبيب، وإن رفض رفض الطبيب سماع المريض (يحصّر المريض بخيار واحد)، وهذا مرفوض! الطبيب هنا يحصر المريض في زاوية حرجة، وموافقة المريض هذه ليست موافقة مستنيرة ولا تقبل.

يفترض بالموافقة المستنيرة أن تكون مبنية على استقلالية واضحة للمريض وعدم التحيز تجاه رأي معين، وعلى الطبيب أن يكون حيادياً في مقارنته للمريض.

3-4- الاستقلالية Autonomy

استخدم مبدأ احترام استقلالية المريض في الـ40 سنة الأخيرة لنقد الطريقة الأبوية في ممارسة الطب.

سنمر على تعاريف وشروحات للاستقلالية:

1* أن يحكم الشخص نفسه بنفسه دون أن يحكمه أحد.

كما تكلمنا في الأخلاق: أن يتبع الصحيح ويتعدى عن الخطأ.

الاستقلالية هي أن يكون الشخص قادراً حتماً على حكم ذاته والسيطرة عليها دون أن يخضع لأي حكم من أي شخص آخر.

وذلك في القضايا الشخصية، فربما تحكمه القوانين في المواضيع القانونية، أما في المواضيع الشخصية التي تتعلق بشخصه فلا أحد يحكمه.

هل بإمكاننا كأطباء أن نتأكد أن الشخص الذي أمامنا مستقل أم خاضع؟ هل مقارباته صادرة عن استقلالية وهو من يحكم نفسه، أم أن أحداً ما يحكمه؟

هل هناك من يضغط على المريض ممن أتوا معه؟ هل هناك من يرهّن مساعدته للمريض وتحمله لتكاليف العلاج بذهابه إلى طبيب معين؟ كشركات التأمين (إذا ذهبت إلى فلان سنغطي التكاليف، أما إن ذهبت إلى غيره لن نساعدك).

في كل هذه الحالات لن يكون المريض مستقلاً، بل بات محكوماً بشخص أو مجموعة من الأشخاص، ولم يعد له خيار آخر. هذا مجرد مثال وهناك طرق لنعرف إن كان الشخص مستقلاً.

2* أن يجل الشخص نفسه كمستقل.

أي ألا يخجل من نفسه بأنه مستقل، بل عليه أن يعتز باستقلاله ويرى نفسه سيداً حقاً ومسيطرأ على نفسه في تقرير ما يعتقد أنه جيد أو سيء بالنسبة له. هو بذلك يقيم أسباب الأفعال ويوازن بينها ويستخدم التفكير الناقد، لا مجرد المقارنة والتحليل، بل يرى الأفعال وأسبابها والطرق والنتائج المتوافرة لدينا. وبالتالي فإن خياراته ستكون "هذا جيد، وهذا سيء.."، قد يكون الجيد بالنسبة له سيئاً بنظرنا، لأن أسباب الأفعال والتطورات (أو طريقة مقاربتة) مختلفة عن التي يمتلكها الطبيب.

إقناع المريض بتغيير الجيد والسيء يعني إقناعه بأن أسبابه غير صحيحة أو أن تطور الأسباب عنده غير صحيح.

3* الاستقلالية قد تستخدم لأنماط مختلفة.

فستستخدم مساوية للحرية أو لجزء من السيادة أو مطابقة للتحرر من الإرادة. تطرح هذه المصطلحات أحياناً على أنها مساوية للاستقلالية، لكن هذا الكلام ليس صحيحاً على الدوام، فالحرية المطلقة لا تعني الاستقلالية.

إذ لا بد للاستقلالية أن تحدد ببعض الأمور، فإعطاء الناس الحرية المطلقة يسمح لهم بتجاوز حريات بعضهم، فتنتشر الفوضى.

وثيقة نورنبيرغ من أوائل الوثائق التي تتعلق بحقوق الإنسان، حيث أن هتلر كان يجبر الأطباء على إجراء تجارب على الأسرى والمساجين.

بعد فترة شعر الأطباء أن هذا الموضوع غير أخلاقي فصدرت نتيجة لذلك وثيقة نورنبيرغ.

الاسم نسبة إلى اسم أحد أعرق الجامعات الألمانية.

التعرف على الاستقلالية: كيف أعرف إن كان مريضى مستقلاً أم لا؟

نسأل هل هذا الشخص متحكم بنفسه؟ ونلاحظ إن كان متحكماً بعلاقاته.

كما بإمكاننا الكشف عن ذلك بملاحظة الأمور التالية:

1. الدفاع عن الحق الذاتي

يتم التعرف على الاستقلالية عند الناس الذين يكونون في نوعية الدفاع عن الحق الذاتي.

عندما نطرح على المريض أسلوباً معيناً أو عندما نقاربه سنراقب كيفية دفاعه عن نفسه.

مثال: دخل المريض إلى الطبيب، فطلب منه الطبيب أن يحكي شكواه، فأجابته المريض، ومن ثم بدأ بسؤاله عن الأعراض، فبادر المريض بسؤال الطبيب "هل أنت الدكتور فلان؟" (ويقصد التأكد من أنه الطبيب الذي جاء لزيارته).

ما يعني أن المريض يزور هذا الطبيب للمرة الأولى وقد نسي الطبيب التعريف بنفسه.

سؤال المريض هنا دفاع عن حقه بمعرفة من يكلم! فهو قادم لزيارة الطبيب فلان وقد يكون من يحدثه شخصاً آخر، أي دافع عن حقوقه الذاتية).

2. الانعكاس النقدي

الدفاع عن الحق الذاتي مع الانعكاس النقدي، فهو لا يدافع عن حقه الذاتي لمجرد دفاعه عن حقه بل لأنه مقتنع بالبراهين أنه حقه.

3. التحرر من الواجبات

بإمكانه أن يعتذر من الطبيب ويغادر لمعرفته أنه ليس الطبيب الذي جاء إليه وذلك دون أي خجل، وليس من واجبه أن يبقى لدى الطبيب! فهو متحرر من هذا الواجب.

4. غياب المسببات الخارجية

5. معرفة الاهتمامات والأولويات الشخصية

هو يعرف اهتماماته وأولوياته الشخصية، يعرف حدوده وما خارج حدوده. قد تكون أولويته أنه يريد أن يعالج الآن، لكن الطبيب غير متفرغ في هذا الوقت، فيطرح عليه الطبيب موعداً في وقت لاحق، لكن المريض لا يجده مناسباً، فيخير الطبيب المريض باتفاق جديد ربما بأجور جديدة أو بنظام آخر أو أن يذهب إلى طبيب آخر، فالتبيب والمريض يعرفان خياراتهما.

أحياناً يكون المحدد الاقتصادي شكل من أشكال عدم الاستقلالية، فبعض المرضى يجبرون على العلاج عند أطباء أو جهات معينة بسبب الدافع الاقتصادي لا عن قناعة بذلك.

العلاج عند جهات تقوم بتوفير الطبابة بنفس الجودة وبسعر أقل ليس عيباً، طالما أنه ناجم عن قناعة المريض ورغبته.

وترتبط الاستقلالية بـ:

1. المعتقدات.
2. أسباب الأفعال.
3. بالقواعد والنظم.
4. إرادة الأشخاص الآخرين.
5. الأفكار.

كما ذكرنا كان المريض متفرغاً في ذاك الوقت لكن الطبيب لم يكن متفرغاً فإرادة الطبيب هنا مرتبطة باستقلالية المريض.

أيضاً تلعب معتقدات المريض دوراً في ذلك، مثال: قد يأتي مريض يرفض أن يفحصه شخص ما (لمعتقد ما لديه).

على الطبيب هنا أن يحترم ذلك إن كانت لديه القدرة على ذلك، فبوجود البديل عن ذاك الشخص يقترحه الطبيب على المريض ويأخذ رأيه.

دون أن يفرض أحداً عليه أو يهدده بعدم معالجته إن لم يقبل بشخص ما.

ليس على الطبيب أن يقتنع بمعتقد المريض ولكنه سيحترم معتقداته، فغايته تقديم خدمة طبية للمريض، وليس مناقشته في معتقداته أو تحديد الصحيح من الخاطئ.

لا كمجال في الخدمة الطبية للنقاش معه، وإنما لتقديم الخدمة بأصول أخلاقية.

مثال: كثير من النساء تعتذر وترفض أن يفحصها طبيب، إن توفرت مريضة قادرة ومؤهلة للفحص يقترحها الطبيب للمريضة، فالمريضة جاءت ليفحصها شخص مؤهل.

إن وجد البديل لا بد من احترام رغبتها، ويُعد تخييرها بين طبيب أو عدم المعالجة مخالفة أخلاقية يحاسب عليها الطبيب.

مثال 2: مجموعة من اليهود يدعون "شهود يهوا" موجودون في أوروبا، يرفضون أي تماس مع من ليس منهم، حتى في نقل الدم أثناء حالة إسعافية! هم يفضلون الموت على أخذ الدم من شخص خارج المجموعة، ويعتبرون أي دم آخر دماً نجساً ودمهم ملكي فوقي، ويفضلون الموت والذهاب للجنة على حالهم على أن ينقل لهم دم آخر. لا يمكن إقناعهم بغير ذلك، فإما أن نجد شخصاً منهم ينقل الدم أو لا ننقل الدم، فعلى الطبيب الحذر، فهي جماعة لها أثر كبير في أوروبا، وقد تقوم الدولة بسحب شهادة الطبيب وطرده خارجها!

4-3-1- مظاهر الاستقلالية

سنتكلم الآن عن المظاهر الثلاث المركزية للتحليل الحديث للاستقلالية، وهذه الشروط هي ما تقرر إن كانت أفعال المريض مستقلة أم لا. في الموافقة المستنيرة مثلاً لا بد للمريض أن يكون عاقلاً ومستقلاً حتى تكون الموافقة صحيحة. إذا كان الشخص غير عاقل أو غير مستقل ستكون الموافقة غير صحيحة، حتى لو سجلت على الأوراق ووقعت، وذلك لأن الموقع في هذه الحالة لا يحق له أن يوقع فهو غير مستقل. أي لا بد من معرفة ما تعنيه كلمة "مستقل" ومتى يمكننا أخذ الموافقة.

المظاهر الثلاث المركزية هي:

1. أن يقوم الشخص بتقييم نفسه وأفعاله ورغباته بحسب خطط حياته التي وضعها لنفسه. ليس التي يضعها غيره له، فلا بد من وجود خطة في حياته تتضمن رغباته وقراراته واستقلاليته.

عليه أيضاً أن يقم هذه الخطة، لا أن يضعها ويسير عليها بلا تقييم، عليه أن يلاحظ إذا مازال يسير عليها، هل الخطة في تطور؟

ليس من المنطقي أن يتابع السير بخطة فاشلة، بل عليه أن يجد خطة بديلة.

أما الشخص الذي لا خطة له في حياته ولا يقيم نفسه لا يعتبر مستقلاً، من ينام دون أن يسأل نفسه عن أفعاله ليس مستقلاً فهو يسير حسب خطط الناس، يسعى لتدبير أموره بأي وسيلة.

من غير المقبول لشخص مستقل ألا يكون لديه خطة لحياته الظروف تسيره فهو هنا سلبى passive وليس إيجابى active ويرمي نتائج فشله على الآخرين.

2. التقييم يجب أن يكون عقلانياً يومياً، ويتفق مع خطط حياته.

* فأنت لكي تصبح طبيباً يجب أن تقيم نفسك يومياً وليس كل سنة مثلاً، كما أن تقوم بتقييم نفسك وليس أن تأخذ تقييم الآخرين لك.

* يتم التقييم من خلال معرفة ما اكتسبته في كل يوم من مهارات ومعارف، وما الذي ضاع منك.

لا بد من توفر مركبات ثلاث للرغبات والخيارات:

1. أن يكون مبنياً على فهم صحيح للحقائق المرتبطة.

بعض الناس يخطئون في التقييم ويقومون بجلد أنفسهم دون لزوم لذلك.

أي أن ترى الحقائق تسوء كما هي لا أن تعيش في أوهاام.

مثال: إذا حدث انفجار وتدخل الفريق الطبي فهل تسعف بشكل عشوائي أم تختار بحسب المريض الذي حالته أخطر؟

في الفهم الخاطئ للحقائق تدخل الفريق الطبي للإنقاذ في مكان لا زال خطراً مما يمكن إصابة الكادر الطبي وهذا غير مقبول.

مثال: يعتبر أحد الطلاب نقاشه مع الدكتور في المدرج واختلافه معه خطأ ويلوم نفسه عليه، لمجرد كونه دكتور !

لكن ذلك خاطئ، فلا مشكلة بالاختلاف مع أي شخص طالما هناك احترام ووجهة نظر، وليس هناك حاجة للاتفاق بين المختلفين، حتى لو كانت وجهتا النظر صحيحتين لن يعني ذلك الاتفاق.

كل الأفكار قابلة للتغيير فلا شيء ثابت، لذلك لا بد من فهم صحيح للحقائق.

مثال: عندما نقول أن المريض يعاني من صداع فلا بد أن يكون لديه صداع، لا يجوز أن يعاني من ألم في البطن والطبيب يقول أن لديه صداعاً.

فقد يأتي المريض ويقول أن معدته تؤلمه ويشعر بانزعاج عند الأكل ويزداد بشدة بعده، وتكون مشكلته قلبية وانعكاسات هذه المشكلة هي ما تسبب ألمه هذا. علينا هنا أن نسير معه بفهم مختلف، لا بد للحقائق أن تكون واضحة لدينا، فنتساءل هل ما يقوله المريض حقيقة أم أنه انعكاس لحقيقة أخرى. إن كان فهمنا عقلانياً ومرتباً بحقائق صحيحة سيكون صحيحاً، لذلك كان أول مركب الفهم الصحيح للحقائق.

مثال: عندما أقول أن دراستي ليست صحيحة، أتساءل هل هناك مشكلة في المنهاج أم في الدراسة أم في كليهما، لا بد من وجود فهم للقضية.

هل المادة هي المشكلة، أم أن المشكلة في من يعطي المادة، أم أنها في المنهاج، فلا بد من فهم واضح تماماً للمشكلة تليه الإجراءات.

أما رفض الدراسة كلياً لمجرد العجز عن النجاح فيها فهو أمر خاطئ، لا بد من فهم صحيح للحقائق وأن يرتبط التقييم بناء على هذا الفهم.

II. المعلومات مقيمة من دون إحداث أي خطأ منطقي مرتبط بها.

تلعب الفلسفة والخبرة هنا الدور الأكبر عندما يكون هناك مقدمات صحيحة وفهم صحيح للمقدمات وأسباب الأفعال.

فهمنا شكل المشكلة، وامتلاكنا فهماً صحيحاً للحقائق ووصلنا للنتائج، لكننا وفي ربطنا بين الحقائق والنتائج حدثت خدعة منطقية أو عدم فهم للربط بينهما (أي هناك خطأ منطقي في الربط بينهما).

ستكون هناك مشكلة في النتائج، أو مشكلة في الفهم الصحيح للحقائق.

فلا بد للفهم الصحيح للحقائق أن يقود بالتسلسل المنطقي إلى نتائج مرتبطة بهذه الحقائق.

كون النتائج إيجابية أو سلبية فلا علاقة لذلك.

فإذا كانت المعلومات مقيمة بتسلسل منطقي سيكون عملنا صحيحاً.

مثال: هل يؤثر الكحول على الكبد؟ الكحول يؤثر على الكبد، ولكن لنصل عبر تسلسل منطقي لا بد لنا من شرح أكثر، لا بد من سؤال "كيف يؤثر على الكبد؟".

إن أجبنا على هذا السؤال -اكتمل التسلسل المنطقي- أثبتنا تأثير الكبد وحدوث التشمع بشرب الكحول، أما إن لم نجيب عليه أو حدث خطأ منطقي في ذلك سيكون من الممكن أن يحدث تشمع أو لا يحدث.

الأسيت ألدهيد يؤثر على الكبد ويحدث اضطرابات في الخلية الكبدية، قد يصل ذلك إلى النخر وقد يتطور إلى تشمع في الكبد.

إثبات العلاقة بين الأسيت ألدهيد والكحول سيوصلنا إلى إثبات تأثير الكحول على الكبد، وهذا صحيح لأن الكحول يستقلب إلى أسيت ألدهيد والأسيت ألدهيد يستقلب إلى أسيتيك أسيد.

يؤثر الأسيتيك أسيد على الخلية الكبدية، وبعدها يتحول إلى ماء وثنائي أوكسيد الكربون.

لكن كيف يحصل الكبد على الأسيت ألدهيد من الكحول؟ هل يحدث ذلك بمجرد دخول الكحول إلى الكبد ويتحول كل الكحول عندها؟ أم أن جزءاً من استقلاب الكحول فقط؟

لا يستقلب بالكامل، بخميرة دي ألكوهولك ديهييدروجيناز، والسؤال بالتالي ما هي كمية هذه الخمائر في الكبد؟ إن كانت الكمية كافية لاستقلاب الكحول بالكامل فإنه سيستقلب.

أما إن استنفدت كامل الأنزيمات سيبقى بعض الكحول، وحتى نعرف هل يؤثر هذا الكحول على الكبد سنسأل كم يبقى منه؟

عند مراقبة السيارات المارة في أوروبا إذا لوحظ أي خلل في القيادة (يعني السائق مدودخ:3) تُوقف الشرطة السيارة، وتفحصه بجهاز قريب من نفسه (وهم يحدثونه كي لا يلاحظ أنهم يقيسون نسبة الكحول في نفسه).

في حال لاحظوا نسبة مرتفعة من الكحول يرسلونه فوراً إلى الجهة المختصة، واحتمال سحب الشهادة وارد، لكن لماذا ظهر الكحول في النفس؟

ذلك يعني أن هناك جزءاً لا يستقلب، فلو كان كل الكحول يستقلب لما ظهر في النفس.

هذا مثال البحث عن الارتباط المنطقي، الكحول في الأصل لا يؤثر على الكبد، فهو يؤثر على قشر الدماغ وينشطه! ولذلك تظهر أعراض السكر. قد تتطور أعراض السكر حسب شدة التثبيط لقشر الدماغ، وكما نعلم قشر الدماغ هو المسيطر على الحركات الإرادية.

لذلك تتأثر الحركات الإرادية، بما في ذلك الساحات التي توجد فيها منظومة الأنا العليا، والتي تتعلق بالأخلاق، فيرفع عنها التحكم عند حدوث التأثير الكحولي. وبالتالي تصبح الأنا الشخصية هي المتحكمة، فتختفي منظومة الأخلاق التي كانت تحكم الشخص، فنجد شارب الكحول الذي كان خجولاً قد اختفى خجله (طق شرش الحيا) وبدأ يتكلم ما يشاء براحة تامة، وهنا تعرف التحرشات الجنسية في الناحية الأخلاقية.

مثال: فإذا شخّصت لمریضة مثلاً: سرطان ثدي من الدرجة الأولى فالمنطقي أن تبدأ بمعالجة جراحية ثم معالجة كيميائية إن احتاج الأمر أما إن فعلت العكس!!! فهناك خطأ منطقي في تقييمك.

III. الشخص قادر على تخيل ماذا تشبه حالة العلاقات المرتبطة ضمن خيارات مختلفة. أي بعد معرفة ما هي الحقائق الصحيحة، ومعرفة التطور بين الأسباب والنتائج وما يحدث للمعلومات من دون إحداث خطأ منطقي.

كما قد تكلمنا في موضوع الفضيلة في حديثنا عن "قتل الإنسان خطأ/قتل الجنين خطأ"، إن أحدثنا خطأً منطقياً مثل: الجنين ليس إنساناً، الإنسان لا يمكن أن يكون جنيناً.

سيجد أحدهم مبرراً لإسقاط الجنين، وهذا يعتبر خطأً منطقياً بالنسبة لنا وحتى في إعلان هلسنكي، لأي حالة من حالات الإنسان تعد إنساناً أكان جنيناً أم ميتاً، فالمبدأ أن القتل خطأ حتى للجنين.

نحن هنا قادرون على تخيل قضايا مشابهة للمشكلة التي لدينا، ولذلك لدينا القدرة على التفريق بينها.

- مثال مهم:

شخص اشتّم رائحة معيّنة أو سمع صوت معيّن فهبط ضغطه فوقع في الأرض فاصطدم رأسه بالأرض.

إذا كان لديه أم دم في مسبّع ويليز ستتفجر وتحدث نزيفاً تحت العنكبوت وسيؤدي النزيف أيضاً إلى هبوط في الضغط.

عندما تشاهد الحالة قد يخطر في بالك أنه نتيجة النزيف حدث هبوط ضغط للمريض لكن الحقيقة أنه نتيجة هبوط الضغط وقع، فحصل نزيف وعاد ضغطه للهبوط مرة أخرى.

فعندما تكون قادراً على تخيل الحقائق وبخيارات مختلفة عندها تستطيع ان تفكر بكلّ الاحتمالات وبكلّ الاتجاهات.

3. يجب احترام الرغبات الأعلى في هرم الأولويات.

وهي ما يدل على الاستقلالية، أي أننا باحترام الرغبات الأعلى لا نكون غير مستقلين.

مثال: طالما أن الشخص مدمن على الكحول ستكون الرغبة الأعلى لديه هي الإدمان، ونحن نقول في جميع القضايا النفسية، أول أمر في العلاج أن يقتنع الشخص أنه مريض وبحاجة إلى علاج.

لذلك توجه المريض إلى العيادة، فطلب العلاج يعتبر نصف العلاج، لأنه بمجيئه تجاوز مرحلة الإحساس بالمرض.

عندما يأتي المدمن إلى الطبيب ويقول إنه يريد التخلص من الإدمان، تصبح الرغبة الأعلى التخلص من الإدمان لا الإدمان، وذلك رغم قوة رغبة الإدمان.

احترام هذا الموضوع يدل على استقلاليته، ومجيء المريض إلى الطبيب في هذه الحالة يثبت استقلاليته.

أول قضية في الأمراض النفسية الإنكار، فالمريض ينكر مرضه ويعتبر نفسه سليماً، لكننا متأكدون أنه مريض، وإنكار المرض أحد العلامات الأساسية في قضايا الإنكار.

مثال: عندما يأتي مريض بشكاية رئيسية معينة، فحتماً هذه الشكاية هي الرغبة الأعلى، لأنه يركز عليها... أما بقية الشكايات فحتى لو كانت أهم من الشكاية الرئيسية

يجب التركيز على الشكاية الرئيسية وتخليص المريض منها حتى تريح المريض ويثق بك.

جاء مريض بشكاية صداع، عند فحص المريض وجدنا لديه ارتفاع ضغط أو سكري... هنا يجب التركيز على معالجة الصداع بالإضافة إلى معالجة القضايا الأخرى والتي هي أهم برأيك.

4-3-2- التوجيهات الأعلى والاستقلالية

سنشرح بالمثل الآتي:

امرأة حامل ترغب بالولادة تحت التخدير لتجنب الألم، لكن أثناء الولادة قبل أن يخدرها الطبيب غيّرت رغبتها، وأصبحت تريد أن تعيش المعاناة، فطلبت من الطبيب الامتناع عن تخديرها علماً أن هذه الولادة هي ولادتها الأولى وليس لديها فكرة أصلاً عن ألم الولادة. فقرارها (بالولادة تحت التخدير) كان غير عقلاني وغير مستقل لأنه مبني على قضية غير مجرّبة وتخيل غير كاف مثلاً من كلام النساء من حولها. القرار غير العقلاني هو القرار الذي ينجم عن تخيل غير مبني على أساس أو على تجارب ناس آخرين قد تكون ظروفهم مختلفة...

لكن هذا لا يعني عدم الاستفادة أبداً من تجارب الآخرين. أما إذا كانت قد خضعت لتجربة الولادة مسبقاً واختارت التخدير فهنا قرارها مستقل. هنا يأتي دور الطبيب بأن يطمأن الأم ويخبرها بأن المساعدة حولها متى احتاجتها، وأن الولادة حالة فيزيولوجية وجسم الأنثى مهياً لها.

أما عندما نواجه مخاطر على الأم أو الجنين بالولادة، فالتخدير يصبح خياراً ذو قيمة أعلى وأعم وأهم من رغبتها بإزالة التخدير...

هناك حالة عاطفية تنشأ بين الأم والطفل بسبب معاناة المخاض، ومن دون هذه المعاناة (أي مع التخدير، خاصة إذا كان تخدير قطني) لن تنشأ العلاقة بنفس القوة... في الست سنوات الأخيرة زادت نسبة الولادات القيصرية في مشافي التوليد وذلك بسبب الظروف الراهنة، ففي آخر 15 يوم من الحمل متى توفر الوقت يتم إجراء الولادة القيصرية، وذلك مراعاة لظروف الطرق وإمكانية الوصول إلى المشفى التي قد تكون بحالة سيئة عند حدوث المخاض... بالتالي يجب إعطاء القرار حسب الظروف.

هل يمكن بشكل استقلالي للفرد أن يختار التفويض بالاختيار؟؟
بمعنى أنه هل ممكن أن نقبل بأن يرهن المريض استقلاليته لشخص ما، أي أن يفوض هذا الشخص غيره بالاختيار عنه؟
في المثال السابق: كأن تختار الحامل أن تترك القرار لزوجها أو لأهلها..
هل مجتمع الحرية يسمح للناس أن يبيعوا أنفسهم كعبيد علماً أن هذا مناقض للحرية والاستقلالية؟

هناك ما يسمى Human trafficking أي التجارة بالناس. التجارة بالناس هي ليست فقط تجارة الأعضاء، وإنما حتى استغلال الناس يعتبر تجارة بهم.
مثال: صاحب منشأة اقتصادية لديه عمال، يعتبر من يعملون لديه عبيداً، فيسرق مجهودهم ويأخذ أرباحهم. والحقيقة أنه هو من يحتاج عمال.

مثال:

- + طبيباً: كثيراً ما يريد المرضى بأن يقوم الطبيب بالاختيار نيابة عنهم، وحتى أنهم قد يطلبون عدم إعطائهم معلومات، هل هذه حالة تخلي عن الاستقلالية؟؟
- + قد يترك المريض القرار لصديقه الطبيب (أو طالب الطب)، كونه يظنه أكثر علماً بهذه الأمور.... أما إذا كان يتشاور معه فقط فذلك يبقى ضمن إطار الاستقلالية.
- + قد يكون ذلك صحيحاً (أو مقبولاً) في حال كان الشخص قد جرّب واختبر أن خيارات الآخرين الذين يفوضهم أصحّ له، فهو في هذه الحالة واع لمصلحته ويشق بخيارات الذين فوّضهم.

٤- كالمريض الذي يفوض طبيبه الذي يتعالج عنده منذ 10 سنوات بالاختيار عنه. أما أن يأتي مريض إلى عيادة طبيب لأول مرة ويفوضه بشكل كامل بالاختيار نيابة عنه فهذا غير مقبول لأن الخيار هنا غير عقلائي.

٥- حتى لو أراد المريض وضع نفسه بمنزلة العبد للطبيب، وأن يفوضه كل قراراته يجب على الطبيب الرفض لأن ذلك مهين لكلا الطرفين.

وبالتالي: لا يجوز للشخص أن يرهن استقلاليته للآخرين وأما الشخص الذي يفوض غيره بالقرار نيابة عنه مع وجود التجربة عنده فهو شخص لا يتخلّى عن استقلاليته. ترتبط الاستقلالية بما يلي:

بالمعتقدات: غالباً مجموعة المعتقدات التي يتمتع بها الفرد تحافظ على استقلاليته ماعدا بعض المعتقدات المتطرفة للجماعة (الاشتراكية) توليها أهمية أكثر من الفرد. فأنا أستشف معتقدات الفرد لأعرف لماذا هو ليس حريصاً على استقلاليته وكيف يدافع عنها فالبعض لازال يتخلّى عن استقلاليته في سبيل استقلالية الجماعة. أيضاً بعض المعتقدات عند مجموعة دينية تعتبر حقاً لهم وليست واجباً على غيرهم. أسباب الأفعال: فكل عمل نقوم به نعلم أن له سبب ومسبب ومقدمة حتى نصل لنتائجه) فمثلاً امرأة مصابة بسرطان الثدي وعلاجه باستئصال الثدي فرفضت العلاج حفاظاً على أنوثتها عليك احترام رغبتها بذلك!! ولكن يجدر بك إقناعها وشرح عواقب ذلك على حياتها.

أو شخص أتى إليك بحالة مرضية مؤلمة جداً هو يشعر بأنها خطرة ولكنها ليست كذلك فيأتي إليك متنازلاً عن استقلاليته في سبيل إنقاذه وأنت كطبيب يجب أن توضح له بأن الموضوع ليس بهذا الشكل من الخطورة التي تدفعه للتنازل عن استقلاليته.

القواعد والنظم. في الوضع الطبيعي لا نقوم بتجاوز الإشارة الحمراء أما في الحالات الإسعافية فيسمح لنا بتجاوز بعض قواعد السير لتحقيق المصلحة العليا.

الأفكار والمبادئ. التي يمكن أن تتعارض.

إرادة الأشخاص الآخرين.

المريض الذي لديه schizophrenia هل يحق له اتخاذ قرار؟

الفصامي خارج فترة النوبات الفصامية عقلاني ولا يحق لي اتخاذ أي قرار عاجي دون موافقته، أما أثناء النوبات فأعتبره حالة إسعافية أو ناقصة الأهلية وأختار الأفضل له.

فصامي لديه سكري في مرحلة القدم السكرية وليس ثمة علاج إلا ببتن القدم. في سبيل الحفاظ على حياته..

إذا رفض المريض خارج فترة النوبات الفصامية لا أستطيع القيام بشيء حتى أفنعه. فإذا لم يقتنع أعيد تقييم عقلانيته.

نطلب ذلك من لجان خاصة فهنا نحن نشكك بحريته واستقلالته (مثل الشخص الذي يرغب أن يكون عبداً) بعد أن أوضحنا ما يترتب على القدم السكرية من اختلاطات حيث ممكن أن تؤدي لـ (انتان دم - تطلق صمات - اضطراب شوارد - قصور قلب) فالموضوع مهدد للحياة.

طبعاً في جميع القضايا يجب أن أحترم رأي الآخر لست الصح دوماً فاعمل واجبك لتصل إلى الغاية الكبرى هي منفعة المريض.

واجبك حتى تؤمن للمريض موافقة مستتيرة سليمة أن تطرح له كل الخيارات المتاحة لا أن تقول له: ليس لدي سوى هذا العلاج فما هو اختيارك!!

4-4- الحرية والتحرر liberty

تركز الحرية على الأهمية الأخلاقية لتحرر الشخص من تداخلات الآخرين الغير مرغوبة في الخيارات بما فيها الجيدة له.

الحرية أحد الانعكاسات التي تدل على الاستقلالية ومثال عليها حريته بجسده. هنا تظهر حرية الشخص ومحافظةه واستقلالته وقد قلنا إنه يعتبر نفسه مستقلاً وبجل نفسه لأنه يعرف أسباب الأفعال، وذلك حتى في القضايا الجيدة له. أنت ستختار له أفضل المعالجات والخبرات الطبية في قضية معينة وتعرضها عليه. لكن المريض لم يرد ذلك، بل أراد خياراً آخر!

ترتكز تقاليد الحرية على الأهمية الأخلاقية لتحرر الشخص من تدخلات الآخرين غير المرغوبة في خياراته، بما فيها الجيدة له (مثلاً دراسة الطب هي أمر جيد لكن قسم منا أرغم على ذلك)

قضية الحرية والتحرر لها تقييم عقلاني، أي أن الحرية ليست مفتوحة في كل شيء. أما إذا قاربنا الموضوع من وجهة نظر المنفعة، فإنك ستكون حراً لتفعل ما تريد... حتى قد تصل إلى مرحلة الجرائم.

يجب أن ترتبط الحرية بمنظومة الأخلاق والأخلاقيات (الأنثا العليا) مع هامش للتحرر وللحرية، بشكل ألا تؤذي حرية الآخرين.

تعتمد الحرية على الاستقلالية (الشخص غير المستقل لا يمكن أن يكون حراً).

حيث يجب على الشخص أن يستقل ثم يدافع عن حريته.

حتى أنت كطبيب لديك الحرية في رفض معالجة مريض معين (غير إسعافي) في حال كانت معالجتك له لن تكون محايدة بسبب موقف معين تجاه هذا المريض سواء محبة أو كره.... فتحوله لطبيب آخر بنفس مستواك... وذلك لكي تحافظ على حريتك وحرية.

- الشخص حين يتمتع بالحرية والاستقلالية فهو قادر على إعطاء الموافقة المستنيرة
- وإن كل إنسان محمي بالموافقة المستنيرة (الموافقة المبلغة) وبالتالي فإن للمريض حق رفض ما هو جيد له، وحق اختيار من سيفحص جسده خلال الفحص السريري وهذه الموافقة بنيت في الـ 40 سنة الأخيرة على احترام استقلالية المريض.
- أما إن كان غير مستقل وغير متحرر وغير حر فالموافقة المستنيرة بالنسبة لهذا الشخص يشوبها الكثير من الشوائب وبالتالي فالطبيب ممارسته غير سليمة.
- عند توافر الاستقلالية والتحرر في الشخص فيحق له أن يرفض أي علاج حتى لو كنت أنت تراه أفضل علاج وعليك أن تراعي استقلاليته.

أمثلة

قد يختار الطبيب الأسلوب المحافظ لكن المريض يريد الجراحة، لأنه يريد التخلص من الأمر بالكامل، ذلك ما يريده.

وبالعكس تماماً يمكن أن نجد شخصاً آخر مختلفاً، وفي هذه القضايا يظهر الحفاظ على حرية الشخص واحترامه لحرية.

حصل الطالب شهادة البكلوريا ويرغب في دخول الطب، لكن الممول لدراسته رفض ذلك، لأنه يريد فرعاً آخر.

من الخاطئ اعتبار اختيار الممول هو الأنسب أو أن الممول لديه خبرة أكثر في الحياة أو أنه يعرف إمكانيات الطالب، بل الطالب نفسه هو أقدر الناس على معرفة إمكانياته لا الآخرون.

ما هو جيد للآخرين برأينا قد يكون سيئاً برأيهم.

يفترض بهذا الطالب إن كان بالغاً وعاقلاً ومستقلاً أن يفرض خياراته! في أمريكا أكثر أرباح البنوك تأتي من قروض الطلاب، الطلاب يأخذون القروض كي يستطيعوا الدراسة، لكن ذلك لا يعني أن من يعطي القرض سيتحكم بخيارات المستقرض (أن يعطي القرض كي يدخل الطب) فالطالب حر بذاته.

ولا يحق للمقرض أن يحدد الفرع الذي سيدخله الطالب (يجب عليك حتى أموالك أن تدخل الطب) بل يجب على الممول الاستمرار بالتمويل حتى لو لم يُرد الطالب دخول الطب.

وعلى الطالب البحث عن تمويل يحافظ على استقلاليتته.

حتى عندما نكون في وسط العلاج ويرفض المريض الاستمرار علينا احترام رغبته. كأن يقول "أنا لا أرى أنني أتحسن بهذه الطريقة، هل هناك طريقة أخرى؟" وهنا تظهر حرية ومدى الحفاظ على استقلاليتته.

المريض محمي بالموافقة المستتيرة وله حق الرفض في أي لحظة.

أتاك شخص مصاب بالسرطان فوضعت بروتوكول العلاج (الجراحة ثم علاج كيميائي أو شعاعي) ولكن المريض رفض البدء بالجراحة خوفاً من اختلاطاتها.

فأنت هنا تحترم إرادة المريض وتبين له الإيجابيات والسلبيات حتى لو كنت ترى غير ما يرى فلا تستطيع إجباره على شيء. إن استطعت إقناعه كان بها أما إن لم تستطع فلا تقول إن المشكلة بالمريض فقد تكون المشكلة بك كطبيب.

رفض المريض للمعالجة يعارض احترام الاستقلالية وتغليب المنفعة فأيهما أغلب؟؟ حسب الحالة ولكن بمعظم الأحيان تغلب الاستقلالية لأن الحالة ليست إسعافية وليست خطيرة. أما في الحالات الخطرة والبدائل أكثر خطورة هنا تغلب منفعة المريض وأشكك بعقلانيته.

لـ في جميع القضايا يجب أن أحترم رأي الآخر لست الصبح دوماً فاعمل واجبك لتصل الى الغاية الكبرى هي منفعة المريض.

لـ وبالطبع فإن واجبك حتى تؤمن للمريض موافقة مستتيرة سليمة أن تطرح له كل الخيارات المتاحة لا أن تقول له: ليس لدي سوى هذا العلاج فما هو اختيارك!! بعض الأطباء يفضلون أن يقوموا بما يجدونه مناسباً حتى لو أقام المرضى عليهم دعوى قضائية، وهذا أمر خاطئ.

امثلة للنقاش:

1. إذا ذهب مريض عند طبيب جراح معين للمرة الأولى مثلاً، وكان قد نصحه بهذا الطبيب طبيب الباطنة الذي يتعامل معه المريض على الدوام، فكيف للمريض أن يتخذ قرار كبير كهل يجري الجراحة أم لا؟ وإذا اعتمد كلام الطبيب الجراح هل يكون قد تخلى عن استقلاليته؟ وكيف يكون مستقلاً بخياراته؟

أولاً يجب أن يتم اتخاذ القرار بناء على التقييم العقلاني المبني على الفهم الصحيح للحقائق، ثانياً طالما أن المريض ذهب إلى هذا الطبيب الجراح بناء على توجيه طبيب الباطنة الذي يعرفه جيداً إذا ثقته بقرارات الجراح مقبولة.

أما في حال عدم معرفة طبيب الداخلية أيضاً، فيجب أن يفهم بناء على ماذا قرر الجراحة... ومن الممكن أن يسأل طبيب داخلية آخر ذو موثوقية أكبر، ويرى ماذا يقرر...

الجراحة هي أحد الأساليب العلاجية، لكن يجب أن يمر المريض أولاً على طبيب داخلية كي يتخذ القرار.. حتى الطبيب الجراح إذا لم يجد حاجة للجراحة يجب ألا يجربها ويعيد المريض إلى طبيب الداخلية.. وهذا هو الفرق بين professional والـ technician...

≈ قد يكون لديك تقني بتقن أسلوب معين من أساليب التخدير أكثر من professional، ولكن professional هو الذي يستطيع تقييم الحالة ككل، ويعلم كل التقنيات.

≈ الطبيب يجب أن يكون professional، وليس technician.

2. ما هي النسبة الربحية أو الأجر الذي يمكن أن يتقاضاه الطبيب بحيث يخرج من

دائرة المستغل ولا يبخر نفسه حقها في نفس الوقت؟

(سنناول هذا الموضوع في تفصيل أكبر عند التحدث عن الأجور والأتعاب)

✚ **الأجور والأتعاب** يحددها الجسم المهني، أي نقابة الأطباء في حالتنا. فالنقابة تمثل كل مصالح الأطباء التابعين لها، لذا يجب على كل الأعضاء المنتسبين لهذه النقابة أن يتقيدوا بالأسعار التي تحددها. فإذا كانت التسعيرة لا تتاسب الظروف الاقتصادية والمعيشية، لا يجب أن يرفع كل طبيب أسعاره كيفما يريد، وإنما يجب مناقشة هذه المشكلة ضمن النقابة، ليتم اتخاذ القرار ضمن الشروط الصحيحة.

✚ **في حال أراد الطبيب مساعدة المرضى بسبب ظروفهم الاقتصادية السيئة، لا يجب أن يقوم بتخفيضات على الأسعار لأن ذلك يعتبر منافسة غير شريفة لزملائه (سمسرة)، فإما ألا يأخذ من المريض مطلقاً أو أن يأخذ التسعيرة النظامية. كما أنه من غير المقبول أن يحدد يوم معين في الأسبوع يجعل فيه المعالجة مجاناً مثلاً، فهذا أيضاً يعتبر ترويج للطبيب وهذا خاطئ في حق زملائه.**

✚ **مهنة الطب ليست تجارة، وإنما هي خدمة إنسانية لكل الناس (على مبدأ أن مهنة الطب هي فرض كفاية) فمن اختارها وجب عليه خدمة الناس بها.**

3. إذا قدم مريض إلى طبيب داخلية مثلاً، ووصف هذا الطبيب دواء معين للمريض،

كيف يمكن للمريض أن يكون مستقل بقراراته في هذه الحالة؟

✚ **في هذه الحالة يجب أن يناقش الطبيب ما وصفه مع المريض حتى تكون موافقة المريض مستنيرة ويكون مستقلاً بقراراته.**

✚ **فإذا كانت شكوى المريض صداع مثلاً، فلا يكفي أن يعطيه الطبيب مسكنات مركزية مثلاً ويكتفي، فهو في هذه الحالة لم يعالج، وإنما يجب أن يستقصي سبب الصداع ويعالجه.**

❖ أنت كطبيب يجب عليك أن تتناقش مع المريض وتعرض عليه البدائل وتتركه يختار ما يراه مناسباً.

كي تكون الموافقة المستنيرة التي أحصل عليها من المريض صحيحة، يجب أن تكون مبنية على تفاهم بين الطبيب والمريض، فالمريض يجب أن يكون واعي وصاحب قرار.

عندما يصبح للطبيب اسم مشهور، ويصبح من الأطباء المرموقين، فإن أي خطأ يرتكبه ممكن أن يؤدي إلى مراجعة كامل سيرته المهنية، وإذا وجد لديه بعض المشاكل السابقة (كالجراحين الذين لديهم تاريخ ببعض التجارب اللاإنسانية على المرضى، ففقدوا كل مكانتهم العلمية).

4-5- الحقوق Rights

طالما أن الإنسان بالغ وعاقل وكفؤ من الناحية العقلية والنفسية والصحية، سيكون بإمكانه أن يرفض المعالجة.

نحن لا نستطيع أن نفرض على مريض معالجة ما لأننا نرى أن مصالحه هي الأهم أو لكونه المريض، فمهما كنا حريصين على المرضى لن نكون أحرص من المريض على ذاته.

الإنسان البالغ الكفء له حق رفض المعالجة الأفضل المتوفرة، حتى لو كانت هذه المعالجة لصالحه ولحماية مصالحه.

الإنسان بالغ وعاقل وكفؤ من الناحية العقلية والنفسية والصحية.

الطبيب أيضاً له حقوق.

مثلاً: جاءت امرأة حامل وهي غير راغبة بهذا الحمل وتطلب الإجهاض، للطبيب عندها الحق الكامل في رفض هذا الإجراء على أرضية اعتراض ضميري (أي لأن ضميره لا يوافق على هذا الموضوع).

ملاحظتان:

- حسب القانون السوري: لا يحق للطبيب أن يقوم بالإجهاض لأي امرأة حتى لو كان نزولاً عند رغبتها، بل حتى لا يجوز له مجرد النصح بالإجهاض وواجبه أن يبلغ عن أي طبيب يقوم بالإجهاض وإلا كان شريكاً في جريمة الإجهاض.
 - للطبيب حق الرفض ما لم يكن هنالك في الحمل خطر على حياة المرأة، أما إذا هدد الحمل حياتها فواجبه مباشرة أن يقوم بالإجهاض.
- في قرار الإجهاض بلا سبب، نكون قد تعدينا على استقلالية الجنين، أي لا يمكننا اتخاذ قرار الإجهاض (في حال عدم وجود خطر على الأم) فقط لأن الجنين مشوه مثلاً، فكونه مشوه لا يعني أنه يمكننا حرمانه من حق الحياة.
- حتى المجرم لا يمكننا أن نحاسبه بأنفسنا، بل يجب أن يخضع للإجراءات والعقوبات القانونية.
- مثال على حق رفض المعالجة: أخذت موافقة من مريضتي قبل 24 ساعة من العملية وأخذت توقيعه على ذلك وعلى باب غرفة العمليات قال بأنه لا يريد أن يجري له العملية الجراحية فهذا حقه وليس من حقي أن أقول له شيئاً
- مثال: جهزنا الغرفة والمخدر والأدوات وكافة التجهيزات، فحتى لو أخذت منه موافقة مستنيرة مسبقاً يحق له أن يرفض الاجراء، طالما لايزال واعياً قبل التخدير بلحظة مثلاً.
- فالموافقة المستنيرة ليست عقد "it is a consent not a contract".
- وأيضاً هي ليست مصادقة assent (أي أن يولي المريض كل أموره للطبيب).
- هناك حقوق للعجزة.... وللحيوانات:3....
- يوجد حقوق قانونية.... وحقوق أخلاقية... وهما مرتبطتان بحيث تشكل الحقوق الأخلاقية أساساً للحقوق القانونية.
- كل القوانين أساسها أخلاقي فقانون محكمة الجنايات الدولية مبني على إعلان هلسنكي لحقوق الإنسان حيث أن المحكمة تأسست بعد 20 أو 30 سنة من هذا الإعلان.
- إعلان هلسنكي لحقوق الإنسان يؤسس لحقوق أخلاقية، يمكن أن نتقوى عبر عملية قانونية تتدخل فيها محكمة حقوق الإنسان... وهذه الحقوق الأخلاقية تشكل أساساً لقانون حقوق الإنسان.

4-5-1 - حقوق المرضى والأطباء

إذا طلب مريض إيقاف المعالجة أو رفضها رغم محاولتنا إقناعه بأنها الأفضل له، هل نحترم استقلاليته ورغبته؟ أم نرفض طلبه؟

قد يمر المريض بحالة يرغب فيها بالموت أو يقوم بمحاولات انتحار. والطبيب يرى أن المريض وصل لحالة ملل من مرضه (بالذات مرضى السرطان، والأمراض المزمنة، والمنهكة) لدرجة دفعته لتمني انتهاء حياته. وأصبح المريض يحاول رفض المعالجة، فهو يريد أن يبقى على حاله وينتظر حكم ربه عليه.

لكننا هنا لا نستطيع احترام رغبته وإيقاف المعالجة (على مبدأ الله لا يأيمه.. بالناقص...).

الجواب أننا لن نفعل أيًا منهما، بل علينا أن: نعرف لماذا رفض المعالجة؟! طالما أننا نرى أنه مريض ويحتاج هذه المعالجة التي ستحفظ مصالحه وحياته.

علينا إقناعه أن ذلك سيحسن حياته، فحتى لو كان مريض سرطانٍ نستطيع أن نخفف عنه ألمه.

فنعرض عليه فوائد ومساوئ رفض الإجراء وكذلك تطبيقه. نتابع بقول "لن تكون مقارنتنا مطلقة الصحة، لكننا نقارب مع حضرتك الحالة، ونحن في خدمتك ولسنا متأففين، حافظ على الأمل لديك، لا أحد يدري إن كان سيظهر علاج جديد في الفترة القادمة فنتحسن الأمور...".

مهمتنا هنا أن نعطيه أملاً بحيث نغير موقفه، وأن نقنعه بقبول المعالجة، وهكذا نكون قد احترمنا حقوقه وحافظنا على مصالحه.

كما يحق للمريض أن يرفض طبيباً ما ليعالجه (والطبيب هنا لا يستطيع أن يفرض نفسه على المريض)، للطبيب كذلك حقوق.

بإمكان الطبيب ومهما كان وضع المريض أن يعتذر عن معالجته ضمن الحالات الباردة (غير الإسعافية)، إلا في:

الحالات الخطيرة: لن يستطيع الطبيب فيها الاعتذار إلا بوجود طبيب آخر بنفس الخبرة قادر على معالجة هذا المريض. وإن لم يكن هناك سواه أو مثيل لخبرته لن يحق له الاعتذار.

الحالة الإسعافية: سيُرفض اعتذاره أكان هناك مثيل أم لا. في الإسعاف الطبيب مجبور على إنقاذ حياة المريض حتى وإن كان عدوه.

قد يكون المريض حمل السلاح على الطبيب وحاول قتله منذ قليل، لكنه الآن في حالة إسعافية وعلى الطبيب المحافظة على حياته.

للعجزة والحيوانات حقوق أيضاً (بالذات العجزة الذين لديهم اضطراب في الحالة العقلية كمرضى الزهايمر)، فهؤلاء لهم حقوق لا يمكن للطبيب تجاوزها.

لا يجوز تعذيب الحيوانات:

لـ يجب على تلك التجارب على الحيوانات أن تكون مضبوطة أخلاقياً، فلا يتم تعذيبها.

لـ كما لا يجوز قياس كم تستطيع أن تتحمل، فالغاية دائماً يجب أن تكون الخير لصالح الجميع.

الحقوق القانونية والأخلاقية مرتبطة ببعضها، فكل القوانين الموجودة في العالم لا تصدر إلا بعد أن يكون لها أرضيات أخلاقية.

منذ شريعة حمورابي هناك معايير أخلاقية تشرع لتصبح قوانين ضابطة.

بدأ التفكير بإعلان هلسنكي لحقوق الإنسان في 1947 بعد محاكمات نورنبورغ، وفي 1948 عندما صدر إعلان بذلك الأمر، وصدر إعلان هلسنكي في 1966.

ثم بدأ التفكير بمحكمة الجنايات الدولية بناء على إعلان هلسنكي لحقوق الإنسان. أي استمر التفكير بها 20 سنة، ولكن على أرضية إعلان هلسنكي لحقوق الإنسان والقانون الدولي والأمم المتحدة.

فالقضايا القانونية مرتبطة دوماً بالقضايا الأخلاقية، والقضايا الأخلاقية هي الأكثر وثوقاً وهي الأرضية التي تشكل القبول للقانون.

ما هي الحقوق؟

نقرض الحقوق قيوداً أخلاقية وقانونية لغايات اجتماعية جماعية.

الحقوق ليست مطلقة، فطالما هناك غايات اجتماعية جماعية سيعني ذلك أن الموضوع عام أكثر من كونه فردياً.

مثال: لكل الناس حقوق بحدود ألا تتجاوز حقوق الآخرين إلا العاجز. فالطفل مثلاً له حقوق عندما يكون رضيعاً، وحقه أن يرضع من والدته أو من رضاعة صناعية. لكن هل من حقه أن يتجاوز حق والدته في ذلك؟ فإن أصيبت والدته بحالة مرضية ناجمة عن الرضاعة، هل يحق للوليد أن يستنزف والدته ويتجاوز حقوقها؟ لا بد من موازنة حقيقية لصالح اجتماعي وجماعي بما يحقق مصلحة الوالدة ومصلحة الرضيع، الطفل الرضيع لا يملك خيارات إنما الوالدة هي من يملكها فهي البالغة، لكن هذا لا يعني أن يستولي على حقوقها.

الحق يعطي فائدة خاصة وحماية ووقاية إلى حد أن هذا الحق محترم حتى لو أن الصالح الاجتماعي العام قد تضاعف بسبب ذلك.

حقوق الجماعة مضمونة، لكن ذلك لا يعني أن الحق الجماعي -على مبدأ النظرية التشاركية- يجب أن يطغى على الحق الفردي، بل يجب أن يحفظ الحق الفردي. قد يتجاوز الحق الفردي في بعض الأحيان حقوقاً جماعية.

مثال: عندما نواجه حالة أطفال بحاجة معينة كلقاحات لحماية حياتهم أو غذاء أو كساء، وستأخذ هذه الحاجات من حقوق الجماعة.

سيستنزف من حقوق الجماعة للقاحات مقابل تخفيف دعم معين للكبار، وذلك لأن فرداً أو فئة قد تصل لمرحلة الموت، فالطفل يمكن أن يموت إن لم نستطع تأمين الغذاء له بشكل مستمر.

بينما يمكن للبالغ أن يتحمل أكثر، فيحدث هنا تجاوز لحقوق الجماعة من قبل الطفل، ونتخذ وقتها هذا القرار.

لأن هناك تغليب منفعة وتجنب ضررين، على الكبار وعلى الأطفال، فأيهما أكثر ضرراً؟

الأطفال هم الأكثر ضرراً، لذلك نتجاوز هذا الموضوع مقابل الضرر الذي يقع على الكبار.

(أما في نظرية التشاركية فالأمر طبعاً غير مقبول ما لم يكن هنالك إمكانية لإعادة تعبئة المخزون).

كل الحالات كذلك إن كان هناك ضرران، ندع مصالح الفرد تغطي على مصالح الجماعة، وبعدها نعود لنغطي مصالح الجماعة.

الحقوق ضرورية لحماية الأقليات وضحايا المجموعات المسيطرة القوية، فدوماً في المجتمعات (سواء كانت طبقية أو اجتماعية أو إثنية أو..) الأقليات عليها ضرر.

مثال:

هناك الفقراء وهناك الأغنياء، وعلينا مراعاة حقوق الفقراء والمحتاجين وضمان الرعاية لهم، وبالتالي تجنبهم قوة السيطرة المالية أو غير المالية التي من الممكن أن يعانون منها.

قلة المال هنا هي الأقلية، وعلينا ألا نفهم الأقلية كمجموع شخصي، فهنا الفقراء أو العمال يشكلون أقلية في المخزون المالي لا في عددهم.

4-5-2- أنماط الحقوق

أنماط الحقوق:

1. حقوق المطالبة والادعاء.
2. حقوق الحرية.
3. السلطات.
4. المناعات والحمايات.

4-5-2-1- حقوق المطالبة والادعاء

لكل مريض حق الادعاء، بل إنه في القانون السوري لكل مواطن حق الادعاء، فبإمكان المواطن أن يشتكي على أي مواطن آخر، عليه أن يثبت ادعاءه وعلى المدعى عليه أن يثبت براءته. والمريض له حق الادعاء على أداء الطبيب في رعايته.

عندما نرعى المريض لا ننزع عنه حق الادعاء علينا، قد يرى أننا لم نقوم بالرعاية المناسبة له.

قد يهمس أحد في أذنه أن الطبيب لم يكن يرعاك بل كان يرعى فلان أكثر منك... فيحق للمريض أن يدعي، وعلى الطبيب إثبات أن هذا الكلام خاطئ (مثلاً: تلك الحالة كانت تستدعي تلك الرعاية، وقد قمت بالرعاية المناسبة).

قد قلنا إنه من المبادئ الأساسية في التعامل الطبي (احترام الاستقلالية، تغليب المنفعة، تجنب الضرر، العدالة).

عندما نتعامل مع المرضى بعدالة لا بمساواة قد يشعر بعض المرضى بأن الطبيب يتحيز لغيرهم ولا يعطيهم حقهم.

"لماذا يأتي الطبيب إلى فلان نصف ساعة، ولا يمر عليّ إلا خمس دقائق"، من الممكن أن يكون وضع الأول أسوأ أو أنه يحتاج لرقابة أكثر في المعالجة ويحتاج مراقبة التطورات.

وهذا يؤثر شكاً عندهم، ولذلك من حقهم أن يدعوا، وعندما يبين الطبيب عندها - وبحكمة منه - السبب ويوضح الأمر يتغير رأي المريض وتزول رغبته في الادعاء، لأنه اقتنع أن الطبيب يعمل لمصلحة الجميع.

4-5-2-2- حقوق الحرية

حرية الفعل في الموضوع أكثر من موضوع الحق.

الامتياز في حرية البحث عن تأمين صحي.

علينا أن نميز بين الحق وحرية الحق.

مثال: يفترض أن يكون حق التأمين الصحي مكفولاً للمواطن، فحقوق الحرية مكفولة بمبدأ كانب:

حق معالجة أي مريض مكفولة، بغض النظر إن كان يستطيع الدفع أو لا يستطيع الدفع، ذلك الأمر مكفول وعلى المجتمع أن يتحمل التكاليف إن عجز، وهذا حسب نظرية الواجب.

للمواطن كذلك حق حرية البحث عن الشركة التي تناسبه، فإن كانت هناك عشر شركات، لكننا بالتأكيد غير مجبرين على الذهاب لشركة تأمين معينة. حتى وإن كانت الأفضل سيبقى للفرد الحق في الاختيار بين جميع الشركات، ولا يجوز العمل على مبدأ الاحتكار (Monopoly، السيطرة، عميل حصري)، لا بد من وجود التعددية.

فحق التأمين أو الرعاية الصحية مكفول، لكن حق اختيار مزود الرعاية يعود للشخص نفسه.

هذا ما يعنيه "الفرق بين الفعل في الموضوع أكثر من موضوع الحق"، الحق لك لكن كيفية الفعل يجب أن تعود لك أيضاً.

الحريات محمية بالواجبات المفروضة على الآخرين.

أي دائماً لك حق وحرية وعليك واجب، مقابل هذه الحرية هناك واجبات. فالحقوق دوماً مرتبطة بالواجبات.

فلك حرية أن تقود سيارة لكن واجبك أن تلتزم بقواعد المرور.

4-5-2-3- السلطات

أحياناً تعطي السلطات الأشخاص الحقوق لفعل أشياء عديدة (سواء سلطة المال أو أي سلطة)، فتجعل من يتمتع بها يكسب حقوقاً إضافية أو يتجاوز على حقوق الآخرين.

عدم وضاحة الحقوق تجعل صاحب السلطة، يقول "ماذا سيحدث.. دعني أتجاوز..". أما بوجود حق الادعاء ستتقلص حقوق السلطة، لأن الآخرين الذين يتعرضون للتجاوز سيمتلكون حق الادعاء.

وضاحة الحقوق وتمييزها والواجبات تجعل من يتبوأ السلطة يفكر عشرين مرة قبل أن يتجاوز الحقوق، مثال: "إن كان لديك حق سلطة، يجوز لك تجاوز كذا..".

فيشعر أن لهذه الحقوق حدوداً معينة وهناك من يراقبها، وتبقى الحقوق في هذه السلطات محدودة.

السلطات تعطي أشخاصها حقوقاً لفعل أشياء عديدة... مثل سلطة حق التنازل عن المطالبة لمن يملك حق المطالبة وإعطاؤه لغيره.

مثلاً: شخص تعرض لحادث سيارة ولكن هذا الحادث لم يؤذيه كثيراً، مجرد كسر أو رض بسيط وتمت رعايته من قبل من يقود السيارة هنا له الحق أن يتنازل عن حقه الشخصي...

4-2-5-4- المناعة والحمايات

يكسب حق الحرية -بشكل عام- الناس مناعة، فعندما تعطي للناس حريات سيتمتعون بمناعة عن تجاوزهم من قبل الآخرين.

فلا أحد يعتدي عليه ولا أحد يستطيع التأثير على حقوقه أكان المؤثر صاحب سلطة أم لا.

هل الحقوق مطلقة؟

تحتاج الحقوق لأن تكون مطلقة.

هل حقوق المريض مطلقة؟

هل حقوق الطبيب مطلقة؟ طالما لدينا سلطة علاج المريض ورعايته، هل من حقنا أن نفرض العلاج والتشخيص والرعاية الصحية التي نريدها؟

لا بد لكل هذه الأسئلة أن تطرح وأن تكون واضحة. حق الطبيب ليس مطلقاً، كما أن حق المريض ليس مطلقاً.

حقه المطلق في الحياة أن نحفظ له حياته إذا كان هناك خطر واضح عليها (حالات الإسعاف)، أما في القضايا الباردة فليس هناك حق مطلق.

بل احترام لاستقلاليتته بالنقاش معه ومشاركته في العلاج.

لكل حق قوة معينة، والقوة تعني درجة المواجهة مع الادعاءات الأخلاقية الأخرى.

أي أنه للمريض حق الادعاء على الطبيب بأنه لم يقدم له الخدمة، لكننا نعلم أن الطبيب لا يقدم الخدمة لهذا المريض كما كل المرضى.

لأنه يمشي بمبدأ العدالة، من الممكن أن يمشي معه بمبدأ تجنب الضرر ومع مريض آخر بمبدأ تغليب المنفعة، فليس يتعامل مع جميع الناس بنفس الأسلوب.

وهكذا يُكفل ضبط الحريات المطلقة.

مثال: إن حق الحصول على الأوكسجين أقوى من حق الحصول على الطعام.

ملاحظة: فإذا كانت لا قوة للحق في ضوء النظرية السببية، فذلك يعطي تراجعاً للحق وسيطرة خالصة لأخلاقيات السببية (النتائج فقط أما الحقوق فيها فليست محترمة). إذا كانت لا قوة للحق في ضوء النظرية السببية، فهذا يعطي تراجع الحق وسيطرة خالصة لأخلاقيات السببية.

قلنا في نظرية السببية أنها صحة الفعل في نتائجه أو بتحقيق السعادة وتخفيف الألم، فما هو الحق هنا؟ أن نصنع سعادة أكبر؟
كما (تحدثنا في مثال المورفين) مررنا في السؤال السابق، إذا أردت أن أعطي مريض السرطان سعادة أكبر، سأعطيه مورفيناً أكثر.

لكنه يمكن أن يصل لمرحلة تثبيط التنفس، فقد شعر بالسعادة لكن حياته قد انتهت! فهل يعني ذلك أن إنهاء حياته سعادة، إن كان بحالة اكتئاب فستكون سعادة له.
لكن هناك حدود حمراء في الممارسة الطبية، لأن الغاية الأساسية من العمل الطبي هي إما معالجة حالة مرضية حالية، أو الوقاية من حالة مستقبلية.
عملنا أن نبحث عن استمرارية حياة الناس، وعندما يصل المريض للموت لن نكون من أوصله.

عملنا أن نكون أوصلناه إلى هنا بنمط حياة جيد، فنحافظ على استمرار الدعم له حتى الموت.

الحريات ترفع العتبات والحدود مقابل اعتبارات منفعة المجتمع.

فحسب الواجب الحرية لها حدود، أما حسب المنفعة فالحرية لا حدود لها.
أي أن ارتفاع مستوى الحريات لا يعني انخفاض منفعة المجتمع، فلا يحق لك أن تكون حراً بالملوك وتأذي المجتمع.
من الممكن أن يقول أحدهم "أريد أن أقوم بما أشاء"، لكنه إن فعل ما يشاء قد يكون عمله مؤذياً للمجتمع.

فلنفترض أن أحدهم مريض بمرض معد (الطاعون أو الإيدز أو التهاب الكبد)، هل يحق له أن يذهب إلى المجتمع ويضع يديه في طعام المطاعم ويعدي كل الناس لأنه يتمتع بالحرية؟

لذلك للحرية عتبات يجب ألا نتجاوزها، مقابل منفعة المجتمع.

مثال: في حال حدوث تلوث هوائي تحت تأثير مسبب معين أو مجموعة من الأشخاص يتصرفون ضمن حقوقهم فمن حق المجتمع تخفيض حريات وحقوق هؤلاء الأشخاص لضمان السلامة العامة.

قلما تكون الحريات مطلقة.

يمكن للحقوق أن تتعارض مع بعض النظريات الأخلاقية (يتعارض حق مع نظرية)، أو حتى مع بعض الحقوق الأخرى. حيث يمكن أن يتعارض حق مع حق في العديد من النظريات.



الفصل الخامس

الأطباء والمرضى والمهن الطبية

Doctors, Patients, and Medical Professions

5-1- ما هي مواصفات المهنة؟

كي أقول هذه مهنة يجب أن يتوافر فيها مواصفات معينة سواء طبية أو غير طبية:

5-1-1- التعهد بخدمة المصلحة العامة والنفع العام:

- وإمداد المجتمع بخدمة عامة هامة (فخدمة غير هامة لا يمكن اعتبارها مهنة) لأن الهدف من المهنة الطبية مثلاً معالجة المشكلات الطبية والوقاية منها.
- فلا يمكن اعتبار السرقة مهنة مثلاً...

5-1-2- مقدار كبير من المعرفة المعممة والمنظمة المطلوبة لممارسة

مهنة ما:

- حتى تصبح مهنيًا ستحتاج إلى تدريب مكثف وبدرجة عالية عادة، وهذا ما تؤمنه المشافي بالنسبة لنا كطلاب طب.
- لا يكفي الاطلاع على منهاج ما نظرياً، بل يجب أن يخضع الشخص لتدريب معين.

أمثلة:

طالب الهندسة لا يستطيع أن يطلع على مناهج الطب ثم يعتبر نفسه طبيباً، ولا طالب الطب يستطيع أن يطلع على مناهج هندسة المعلوماتية مثلاً ومن ثم يعتبر نفسه مهندساً، فكلاهما في هذه الحالة لم يخضع للتدريب.

سابقاً كان الشخص لديه حرفة معينة يعلمه لشخص معين أو لأحد أفراد عائلته، حتى صارت العائلات سابقاً تُسمى بأسماء الحرف والمهن (النحاس مثلاً)، هذا الموضوع غير مقبول عندنا فالمعرفة يجب أن تكون معممة خصوصاً الطبية. ابن سينا كان لا يطلق لقب طبيب أو حكيم على شخص حتى يراه مؤهلاً لهذا اللقب وليس بعد مدة ثابتة.

لا تكفي المعرفة النظرية بكيفية مقارنة المريض لممارسة مهنة الطب، بل يجب أن يتدرب طالب الطب على الصعيد المادي، فيبدأ بتأمل المريض (أو التحري) inspection ثم الجس فالقرع فالإصغاء.

كطبيب ممارس مستقبلاً، حتى تتمكن من تقييم أمور معينة، كالقيمة التي يعتبر عندها انخفاض ضغط انقباضي مثلاً، تحتاج إلى التدريب والتجربة لتتمكن من الحكم الصحيح.

التأمل (أو التحري) inspection يشتمل على كثير من الأمور منها لغة جسد المريض body language، فليس من الضروري أن يتكلم المريض، حيث يجب على الطبيب أن يلاحظ بعض الأمور من تلقاء نفسه، من خلال ملامح المريض ومشيته... ومن ثم يستمع للمريض...

الطبيب لا يجب أن يخجل أو يستحي من المريض ولا أن يمتنع عن بعض الإجراءات بحجة أنه لا يريد "تخجيل" المريض، فذلك غير ممكن في مهنة الطب، لأن المريض جاء إلى الطبيب بسبب مشكلة لديه، ولم يأتي لتبادل الإعجاب مع الطبيب...

5-2- معايير إنجاز عمل مهني موضوعة من قبل مشرفي المهنة:

- ♦ كل المعايير تشمل عادة المكونات الأخلاقية إضافة للضبط الذاتي.
- ♦ يتمثل الضبط الذاتي بقيم الشخص الذي يمارس المهنة، حيث يتوجب على كل المهن أن تدرس أخلاقيات المهنة للعاملين فيها).
- ♦ ويوجد أيضاً الضبط الحكومي يراقب الضبط الذاتي.

أمثلة:

شخص درس كتب الطب (الباطنة والجراحة و...) وحتى لو حصل العلامة الكاملة ولكنه لم يحضر دروس نظري ولم يزاوّل مهنته ويختبر العمل في المشفى فهو لم يتلقّ التدريب الكافي.

ويمكن لأي شخص أن تكون لديه معرفة بمجال معين كالمعلوماتية والـ IT ولكن إذا لم يتدرب على ممارستها كمهنة فلن يكون متقناً لها وربما تبقى هواية. طه حسين لم يكن مبصراً فكيف أصبح كاتباً؟ كيف اكتسب المعرفة؟ لقد أخذ دكتوراه في الأدب العربي، كان قد خصّص شخصاً ليقراً له فهل يعتبر هذا الشخص مهنيّاً؟ لقد اكتسب المعرفة المعممة ولكنه ليس مهنيّاً بل طه حسين هو المهني.

كلية الطب تحتاج ست سنوات للتمكن من التخرج كطبيب، ولا يمكن اختصار هذه السنوات بأن تدرس خلال الفصول الصيفية مثلاً، بل يجب الخضوع للمدة كاملة. أو قد يكون مطلوب عدد معين من مقاربات المرضى، أو مشروع معين أو امتحانات عملية...

الدراسات العليا 4 سنين تحتاج للتدريب، فلا يمكنك أن تقول أستطيع أن أنهئها بسنة واحدة بل يجب أن تتدرب جيداً وتأخذ خبرة.

فالتدريب الذي تخضع له ليس عشوائياً بل هو مبني على معايير وقواعد Standards and Rules أي يجب أن يكون هناك برنامج إنجاز مهني متتالي ومن خلاله تكتسب القدرة على ممارسة المهنة.

إذا أردت الاختصاص في مكان غير سوريا مثلاً، يتم طلب العديد من الأمور منها الحياة الجامعية، وكشف العلامات، وإحدى أهم هذه الوثائق وهي ما تسمى بتوصيف المواد، وتضمن توصيف محتويات المنهاج، وكل مادة وما فيها من تدريبات نظرية وعملية.

إذا وجدت الجهة التي تقدمت لها أي نقص في موادك فسوف يطلب منك تقديم امتحانات في المواد الناقصة لمعادلة الشهادة.

الإجراءات والترخيص والشهادة تحدّد من هو المهني:

- المهنيون يملكون احتكاراً لإمكانية تنفيذ عمل ومهنة ما، فمثلاً لا يمكن للفلاحين والمهندسين أن يكونوا في نقابة الأطباء.
- الجهة التي تعطي الترخيص، هي نفسها الجهة التي تطبق الضبط الحكومي (وزارة التعليم العالي تمارس الضبط الحكومي على الجهة الأكاديمية بينما وزارة الصحة تمارس الضبط على الناحية المهنية كالخدمات الصحية والتدريب الصحي).
- هناك أنواع مختلفة للترخيص، حيث يوجد ترخيص للشهادة الأكاديمية (كأن تتخرج وتأخذ ترخيص كطبيب عام)، إذا أردت العمل في مشفى معين فيجب أن يكون المشفى أيضاً مرخصاً (فالمشفى غير المرخص قد تتم فيه إجراءات غير قانونية لأنه غير خاضع لضبط حكومي).
- حتى إذا أردت أن تفتح عيادة خاصة فيجب أيضاً أن ترخص العيادة (وذلك كي تكون العيادة خاضعة لضبط حكومي، فيجب أن تكون بمساحة معينة، أو أن تحوي غرفة انتظار، أو شروط معينة لغرفة الفحص...).
- غرفة الفحص يجب أن تكون بشكل يحترم كرامة المريض. فمنذ سنوات عديدة ماضية، كانت غرفة الفحص في القصر العدلي ليست بالمستوى المطلوب ولا تحترم كرامة المريض وخصوصيته، بحجة أن المرضى هم من المتهمين والضحايا، ولكن هذا لا يصح، فبالنسبة للطبيب هم "مرضى" ويجب احترام إنسانيتهم، ولهذا تم تصحيح الوضع وتحسين غرف الفحص.
- في الدراسات العليا يطلب كشف علامات وساعات تدريب ليتأكدوا من إنجازك المدة اللازمة لتصبح مُدرّباً مهنيّاً (الاختصاص).
- حتى لو لديك بورد أمريكي مثلاً لا يمكنك ممارسة الطب في زمبابوي حتى تحصل على الترخيص license من نقابة الصحة أو الأطباء (جسم مهني)، وذلك في كل الدول، وحتى ضمن الدولة نفسها يجب أن تحصل على الترخيص بعد التخرج.
- أي مزاوله بدون ترخيص مخالفة للقوانين حتى لو كل المعايير تسمح لك بذلك، فمن دون هذه القوانين يمكن لأي أحد ممارسة المهنة، ويمكن حتى للمشعوذين أن

يمارسوا مهنة الطب مثلاً ولا يمكن محاسبتهم، أوقد يأتي أحد بشهادة من جامعة غير معترف عليها أو لم يخضع للتدريب الكافي ويقوم أيضاً بممارسة المهنة... حتى تحصل على الترخيص في كل دول العالم يجب أن تخضع لامتحان خاص بكل دولة، ويتضمن الامتحان الشروط الثلاثة وهي: المعرفة النظرية، الخبرات العملية، والقوانين التي تحكم عمل المهنة. مثال: شهادة البورد الأمريكي. عند الحصول على الترخيص في بلد معين كالبورد الأمريكي، يحق لك ممارسة المهنة في البلد نفسها وليس في بلد أخرى، إلا إذا كانت قوانين تلك البلد تسمح بهذا. الامتحان الوطني الذي نخضع له في السنة السادسة يجب أن يكون من مهام الجهة التي تعطي الترخيص، وليس الجهة التي تعطي الشهادة (فالشهادة تؤخذ من الجامعة لأنها شهادة أكاديمية، أما الترخيص فيجب أن يؤخذ من وزارة الصحة مثلاً). في لبنان مثلاً هناك الكثير من المعاهد الجامعات التي تسمي نفسها جامعات ولكنها لا تحقق المعايير المطلوبة، وهناك جامعات حقيقية وجيدة ولكن يتم تشويه سمعتها كالجامعة اللبنانية مثلاً...

5-2-1- وجود الجسم المهني:

وجود الجسم المهني (نقابة، اتحاد، رابطة) الذي يضطلع بعدد من مظاهر المهنة
مثل:

❖ وضع المعايير، إنجاز التراخيص و إعطاء الشهادات.

❖ كالمعايير المطلوبة ليعتبر الشخص طبيب مثلاً.

❖ داخل البلد الموجود فيه الجسم المهني أو خارجه

❖ المراقبة والإشراف على آليات الانضباط للتأكد من إتباع المعايير.

❖ لا يكفي بوضع المعايير، بل يجب أن يتأكد من مقدار اتباعها من قبل

المنتسبين لهذا الجسم المهني، وحتى مناقشة المعايير نفسها في حال

كانت تحوي مشاكل معينة.

❖ التقييم لا يعني التوجه فقط للقضايا السلبية، بل يجب أيضاً محاولة تعزيز

نقاط القوة.

❧ تحديد مكونات التدريب التي تتطور مع الزمن.

❧ مثال: كي نستطيع إطلاق لقب طبيب على المتخرج من كلية الطب يجب أن يتمتع بمجموعة من المعارف والخبرات، كقدرته على فحص العلامات الحيوية للمرضى بشكل كامل وصحيح، وأخذ قصة مرضية صحيحة، أن يكون قادر على إجراء تخطيط قلب كهربائي مثلاً، أو قراءة الـ ECG أو الـ EEG أو الإيكو القلبي.

❧ وهذه المعايير تتطور مع الزمن ومع تطور العلم.

- ما يحدث الآن في بعض العيادات، أن بعض الأطباء يضعون جهاز الإيكو في العيادة ويفحص به المرضى من دون أن يتلقى تدريب مسبق عليه وذلك من أجل المنفعة المادية، وهذا لا يصح ويتم محاسبة الطبيب قانونياً.
- كما أن طل استعمال للإيكو يحتاج إلى تدريب خاص.
- في العديد من دول العالم الآن، عند وضع جهاز معين في العيادة يجب أخذ ترخيص له وإثبات وجود شخص مدرب على هذا الجهاز يستطيع العمل به.

أمثلة عن عمل الجسم المهني:

- i. هناك فرق بين الكليات الطبية في الأماكن الباردة ودول خط الاستواء، حيث ستختلف الأمراض حسب الجو فإذا أراد شخص أن ينتقل من أحدها للآخر فهو سيحتاج لسنوات إضافية حتى يدرس الأمراض هناك لأنها تختلف بحسب الجو، فالجسم المهني هو من يقرر ذلك.
- ii. مثلاً انتقلت من جامعة لأخرى فالجسم المهني هو الذي يعادل المواد إذا كان الاختلاف أكثر من 20% تعيد المادة.
- iii. ثمة معايير يضعها الجسم المهني لقبول الشهادات من بلد ما مثل عدد الأسرة في هذا المشفى 400 لا يقبلون الشهادة التي تأتي من مشفى عدد الأسرة فيه 200.
- iv. البورد العربي له معايير يجب أن يحققها المشفى ليقوم بالترخيص وإعطاء الشهادات.

نقابة الأطباء لا تعطي ترخيصاً معيناً بالعيادة إلا إذا حقق الطبيب شروطاً معينة كالمساحة والمكان والمحتويات: سماعة، جهاز ضغط، إيكو، جهاز تخطيط القلب (لا مانع من عدم وجوده إذا كان الطبيب عامّاً وليس اختصاصياً)، بالنسبة لأطباء الأسنان يجب توافر الكرسي إلخ.....
وننتقل الآن للحديث عن ثاني واجبات الطبيب وهي علاقة الطبيب بالمريض....

5-3- علاقة الطبيب بالمريض

تعتبر علاقة الطبيب بالمريض القضية الرئيسية في أخلاقيات الطب، وتتمحور حولها كافة المسائل الأخلاقية الأخرى ذات الصلة بالسلوك المهني.
وتشمل العناصر التالية:

❖ واجبات الطبيب. ❖ والحقوق المهنية.

1- أخلاق الطبيب:

على الطبيب أن يكون:

مخلصاً في عمله.

متحلياً بمكارم الأخلاق.

معترفاً بالجميل لمعلميه ومدرّبيه.

لعلّ أغلب الأطباء يعترفون بالجميل والفضل لمن درّبهم حتى ولو لم يكونوا يحبونه على الصعيد الشخصي، إلا في حالة أذاهم ذلك الشخص بإحدى الأشكال.

لعلّ كلما زادت خبرة الطبيب وقدمه، كلما تواضع واعترف بالفضل لمعلميه، فبعض الأطباء الصاعدين قد يظن أن معلميه ليسوا بنفس اطلاعه على كل جديد ولكن مع الوقت سيعلم أن ما علموه إياه هو الأساس.

ألا يكتّم علماً (لأنه بذلك سيساعد على نشر المرض وليس الحد منه).

لعلّ لا يصح قول الطبيب أن أمر ما هو "سر مهنة".

ألا يتجاهل جهد الآخرين.

٤٤ عند الاعتماد على عمل شخص آخر وتطويره، يجب الاعتراف بفضل ذلك الشخص، وليس أن ينسب الأمر برمته لنفسه، وحتى لو كانت النتائج التي حصل عليها سلبية يجب عليه نشرها والاعتراف بها، وذلك لحماية المجتمع من نتائج مشابهة وتطوير العمل والحصول بالنهاية على نتائج إيجابية.

٤٥ جميع اللقاحات والإجراءات العلاجية وغيرها من الوسائل، لم تظهر مصادفة، وإنما هي نتيجة تجارب كثيرة منها الإيجابية ومنها السلبية.

٤٦ أن يكون قدوة في رعاية صحته والقيام بحق بدنه ومظهره العام.

٤٧ (فاقد الشيء لا يعطيه).

٤٨ كما تحافظ على صحة الآخرين، يجب عليك المحافظة على صحتك، وذلك من أجل أن تكون قادر على تأدية مهمتك بالشكل الأمثل. فإذا كانت صحة الطبيب سيئة فذلك سيضر المرضى أيضاً لعدم قدرته على تقديم خدماته بالشكل الأمثل.

٤٩ المظهر العام للطبيب مهم من أجل أن يكون مقبولاً لدى المرضى. فلا يجوز على الطبيب أن يظهر بمظهر غير لائق، أو ألا يبدي اهتماماً لصحته ونظافته الشخصية.

٥٠ من غير المنطقي أن يطلب الطبيب من المريض عدم التدخين لأنه يضر بالصحة والطبيب نفسه يدخن.

٥١ أن يتجنب كل ما من شأنه أن يخلّ باحترام المهنة داخل مكان العمل وخارجه.

٥٢ من غير المقبول من الطبيب أن يظن أن خارج مكان عمله تصرفاته هي حرية شخصية.

٥٣ فلا يمكنك تجاهل كونك طبيب سواء داخل العمل أو خارجه. ومهما كان المريض سواء مجرم أو غير ملتزم بالأخلاق العامة أو أي كان، فعلاقتك معهم تبقى علاقة طبيب مع مريض.

٥٤ إذا أخل الطبيب بهذه المبادئ حتى لو كان خارج مكان العمل فإنه سيحاسب قانونياً.

لا يمكن للطبيب أن يعمل على سيارة أجرة خارج أوقات الدوام فهو بذلك يستخف بالمهنة وعندها يمكن أن تُسحب منه شهادته، كما لا يسمح بأن يصبح تاجراً (ولكن من الممكن أن يشغل أمواله، كما لا يسمح له أن يدير شركة تجارية ولا حتى شركة أدوية فالصيادلة مثلاً يستطيعون إدارة شركات الأدوية، أما الطبيب فمن الممكن أن يدير مستوصف، مشفى الخ... لا يمكننا إطلاق أحكام عامة بخصوص وجود أو عدم وجود هذه الصفات لدى جميع الأطباء.

لو فقدت هذه الصفات عند الأغلبية لكان مستوى الطب في المجتمع متدني جداً. ففي مجتمعنا الحالي ورغم كل الصعوبات والظروف التي نواجهها، ما زال الكثير من المرضى سواء حالات إسعافية أم لا يتلقون العلاج والرعاية الجيدة، وهذا بفضل تعاون جميع المستويات من الأطباء سواء أساتذة كبار أم طلاب دراسات أم مقيمين بهدف رعاية المرضى.

2- واجبات الطبيب

واجبات الطبيب نحو المريض: الاستقلالية و الحقوق و أفضل أولويات المريض.

واجبات الطبيب تجاه مهنته: من الالتزام بقوانين المهنة وأخلاقياتها.

واجبات تجاه المجتمع.

واجبات الطبيب تجاه نفسه: كالظهور بمظهر يليق به كطبيب.

وخامساً تجاه زملائه.

في العديد من دول العالم هناك تقييم نفسي دوري لطلاب الطب والأطباء، مثلاً طلاب السنة الثالثة يجب أن يخضعوا لتقييم نفسي، إن كانوا مؤهلين للدخول في المرحلة السريرية من الدراسة، فلا يجب أن تتم مقارنة المرضى من قبل طالب لديه مشاكل نفسية، حيث يجب أن يخضع للمعالجة والإرشاد أولاً.

أيضاً طلاب السنة السادسة بعد أن يتخرجوا يجب أن يخضعوا للتقييم النفسي.

حتى في بعض الجامعات يتم إيقاف تسجيل الطالب حتى يتعافى نفسياً.

هذه هي واجباته بشكل عام أما الواجبات بالشكل الخاص فهي:

➤ ممارسة طبية سليمة: أساسها العناية بالمريض واحترامه، والسعي للحفاظ على مصالحه والاطلاع الدائم على آخر المستجدات، والتعاون مع الزملاء وبذلك يكون حق وجبه تجاه المريض والمهنة والمجتمع، فالأطباء خلقوا للمرضى وليس العكس.

المطلوب من الطبيب هو تقديم الرعاية الكافية والحديثة للمريض، وليس مطلوب منه شفاء المريض.

كما قلنا سابقاً، لم يعد هناك ما يسمى بالترخيص الدائم، بل يجب تجديده كل عدة سنوات وذلك لضمان اطلاع الأطباء على آخر المستجدات.

➤ التماس موافقة المريض (بحسب الاعتبارات الأخلاقية): موافقة مستنيرة طوعية دون إكراه، فإذا كان الشخص ناقص الأهلية نعامله بأفضل الأولويات. (سنأخذ الموافقة المستنيرة بالتفصيل).

مريض الفصام schizophrenia، حيث خارج النوبات يعتبر واعى نستطيع أخذ موافقة منه، أما أثناء النوبة لا نعتد على موافقته.

يوجد لجان خاصة تسأل المرضى في المشافي عن معلوماتهم عن المعالجات التي يتلقونها، فإذا وجدوا أن المرضى لديهم خلل بالمعلومات فيتم التشكيك بصحة الموافقة المستنيرة.

➤ الموثوقية وحماية وتوفير المعلومات (السر الطبي): فهي ضرورية للمحافظة على الثقة في العلاقة بين الطبيب والمريض، ويجب الحفاظ على السر الطبي إلا في الحالات التي يتوجب عليه فيها إفشاء السر لخدمة المجتمع.

غير مسموح للطبيب مهما كان المرض الذي أتى به المريض إليه، أن يخبر أحداً من أهله أو غيرهم من دون موافقة المريض.

مثال: مريض جاء بالتهاب كبد A لا نستطيع إخبار أهله ما لم يوافق على ذلك، وإذا أردنا ضمان سلامتهم من العدوى يمكن أن نعزل المريض في المشفى مثلاً.

إذا كان المرض شديد العدوى واضطررنا أن نخبر أهل المريض، يجب أن نعلم المريض أننا سنخبرهم.

عند مخالفة الطبيب للسر الطبي، سيفقد ثقة المرضى، وإذا فقد ثقتهم لن يخبروه بصدق تام عن حالتهم ولن يتمكن من معالجتهم.

❖ الاخبار عن الأمراض المعدية الخطيرة: رغم التزامك بالسر الطبي فلا يعتبر تجاوزاً للسر الطبي طالما أنك تعهدت لخدمة المصلحة العامة فالأهم هو تجنب الضرر للمجتمع.

مثال: جاءك زوجان يعاني أحدهما من مرض منتقل بالجنس STD مثل المشعرة المهبلية والآخر سليم، فما التصرف الصحيح؟ عليك بدايةً أن تخبر المصاب بحالته وتطلب إذنه لإخبار شريكه بضرورة أن يخضع للمراقبة، وفي هذه الحالة إن وافق أو لم يوافق سيكون واجبك بإبلاغ شريكه وجميع الأشخاص الذين كانوا على علاقة جنسية معه وإخضاعهم للعلاج وذلك لخطورة الحالة.

5-4- مزاوله المهنة الطبية

ما هي شروط مزاوله مهنة الطب في سوريا؟

1. الحصول على المؤهل العلمي من جامعة معترف بها.
2. الحصول على ترخيص من وزارة الصحة (أكان الترخيص دائماً أو مؤقتاً).
3. التسجيل بنقابة الأطباء.

الشروط الثلاثة هذه ضرورية لممارسة المهنة، فبنقص أي من هذه الشروط لن يسمح للمريض بمزاولة المهنة، ويعد مخالفاً إذا مارسها، وقد يعتبر الموضوع جناية لا مجرد جنحة.

وهي ذاتها الشروط الأساسية في جميع أنحاء العالم تقريباً.

حالياً لا يوجد ترخيص دائم، فمن قبل كان الطبيب يأخذ ترخيصاً في اختصاص معين ليستخدمه طيلة حياته.

النظام الآن يعتمد على قواعد ومضمونه أن على الطبيب تحصيل مجموعة من النقاط خلال خمس سنوات حتى يحافظ على صلاحية ترخيصه.

شروط الترخيص الدائم:

أن يكون عربياً سورياً ومن في حكمه.

أن يكون مسجلاً في وزارة الصحة.

أن يكون مسجلاً في نقابة الأطباء.

أن يكون قد أمضى خدمة الريف أو أعفي عنها.

شروط الترخيص المؤقت:

- (1) أن يكون عربياً سورياً ومن في حكمه، ولم يؤد خدمة الريف. عندما تجد وزارة الصحة ونقابة الأطباء نقص أطباء في الأرياف، يعدلون هذا الشرط إلى: "أدى خدمة الريف".
 - (2) يحق للأطباء رعايا الدول العربية دون اشتراط التعامل بالمثّل. أي ليس عليهم القيام بهذا بالمقابل. في سوريا يعامل العرب معاملة السوريين حتى لو كانت دولهم لا تعامل السوريين بنفس السوية. فلو ذهبت إلى الأردن لن يعطوك ترخيصاً حتى لو تجاوزت الامتحانات المطلوبة لديهم. لن يسمح بممارسة المهنة على كافة الأراضي الأردنية. (أو أن يحددوا مدة أو مؤسسة معينة فقط)
 - (3) يحق للأطباء الأجانب إذا كانت حكوماتهم تسمح للأطباء السوريين بالعمل في أراضيها.
 - (4) يحق للأطباء الأجانب بموافقة رئيس الوزراء بناء على اقتراح وزير الصحة. أي حتى لو لم تسمح الدولة الأجنبية للأطباء السوريين بالعمل على أراضيها. ذلك سيفيد بلادنا عند حاجتها لبعض الاختصاصات، أو لأشخاص معينين في اختصاص معين وقد جاؤوا ليقوموا بتدريب أو ليجروا معالجة.
 - (5) يحق للأطباء الأجانب المتعاقد معهم في مؤسسات الدولة العامة فقط دون العمل الخاص.
- وهذا مماثل لما يحدث عندما يذهب السوريون إلى بلاد أخرى، فيعطون الترخيص للمكان المحدد الذي سيعملون فيه.

يعطى الترخيص المؤقت من قبل وزارة الصحة ونقابة الأطباء .
العرب والأجانب لا يحق لهم الانتساب للنقابة في سورية، أي أن نقابة الأطباء لا تدافع عنهم إذا ما واجهوا مشكلة ولن يستفيدوا من حقوق من ينتس إليها.
شروط التسجيل بوزارة الصحة:

1. أن يكون لديه شهادة جامعية بالطب العام من كلية طبية من جامعة سورية أو أجنبية معترف بها ومعادلة، وبعد الشهادة الثانوية أو ما يعادلها.
قد يأتي شخص معه شهادة طبية لكن شهادته الثانوية زراعية أو غير بيولوجية ولن يقبل (فلا بد من أسس بيولوجية ورياضيات حتى يدخل كلية الطب).
2. شهادة لياقة بدنية.

العمل الطبي ليس عملاً سهلاً، بل هو من الأعمال الخطرة، والأطباء يعطون تعويضات كما تعطى الأعمال الخطرة.
فالممارسة الطبية تحتاج لللياقة بدنية عالية (الوقوف لأكثر من ست ساعات في العمل..).

يتم مناقشة موضوع الترخيص لمن لا يمتلك تلك اللياقة البدنية.
هناك بعض الاختصاصات الأقل حاجة للياقة كالتب المخبري، علماً أن هذه الاختصاصات ذاتها تحتاج لبعض اللياقة للمشي والإسعاف.

5-5- معلومات حول المهنة الطبية

الأعمال المسموح بها للطبيب العام:

عيادة المرضى.

إجراء العمليات الجراحية الغير اختصاصية (شق خراج، استئصال ظفر ناشب..
أي القضايا الجراحية البسيطة).

تجبير الكسور و رد الخلوع.

القيام بأعمال التمريض والقبالة.

ممارسة عمل طبي اختصاصي بشرط:

عدم وجود اختصاصي في المنطقة.

مثال: مريض أصيب بالتهاب زائدة حاد والمنطقة نائية وتواجد طبيب عام. على الطبيب القيام بالإجراء الإسعافي طالما لا يمكن للمريض الوصول إلى الطبيب الاختصاصي أو المشفى على قيد الحياة.

أن يهدد الامتناع عن المداخلة حياة المريض للخطر (الإسعاف).

مثال: سيدة أتاها مخاض سريع ولا بد من التوليد للحفاظ على حياة السيدة وجنينها، لا بد هنا من التصرف بعمل الاختصاصي لأن هناك خطراً على حياتها.

ماذا يحدث لو قام طبيب عام بعمل اختصاصي؟ أو قام طبيب اختصاصي بعمل خارج اختصاصه؟

لا يعتبر ممارسة خاطئة بل تعتبر مخالفة مسلكية، لأنه مرخص كطبيب عام. لكنه لا يلاحق جزائياً! فهذه ليست جنائية أو جنحة، وتطبق أخف العقوبات. تزيد مسؤوليته المدنية وفي حال حصول أذى للمريض يلاحق جزائياً بتهمة الإيذاء بالإهمال.

من هو الطبيب الاختصاصي؟

من لديه خبرة واسعة في اختصاص ما تشخيصاً ومعالجة (على مبدأ الفاضل).

من سجل اسمه في سجل الاختصاصيين بعد إبراز:

• شهادة اختصاص من كليات الطب معترف بها.

• شهادة اختصاص من وزارة الصحة (أو ترخيص).

قد تقدم الاختصاصات من غير وزارة (وزارة الدفاع أو الداخلية أو التعليم العالي أو

الشؤون الاجتماعية).

على الطبيب بأي حال التسجيل في وزارة الصحة، وسيخضع لفحوص وترخيص

من قبل مجلس علمي اختصاصي¹⁰ خاص بالاختصاص الذي تقدم له الطبيب.

هناك شروط للمشفى الذي يتمرن فيه الطبيب الذي يختص حتى يعطى له الترخيص.

■ في دول خارج سوريا يتجاوز الموضوع المشافي الحكومية، فالمشافي الخاصة تتمتع بميزات المشافي الحكومية للاختصاص أيضاً.

■ سواء في البورد السوري أو العربي، لا يقبل أن يتقدم الشخص من أي مشفى، فحتى يقبل الطبيب من المشفى لا بد أن تتطبق معايير محددة على المشفى:

1. ألا تتجاوز نسبة المدرب/المتدرب 5/1 أو 6/1.

❁ إذا كانت نسبة المدربين إلى الطلاب المتدربين أقل من هذه النسبة لن يرخص للطبيب كاختصاصي، لأنه لا يتمرن بشكل صحيح.

❁ فالتدريب هنا لمتخرجين يتخصصون (POSTGRADUATE) وليس لطلاب غير متخرجين (UNDERGRADUATE)، فقد تقبل نسبة 20/1 أو 30/1 لطلاب غير متخرجين، أما المتخرجون فلا يمكن أن يدرب المدرب أكثر من خمسة.

❁ لا بد له أن يكون مع المدرب يراقبه في كل حركاته وكذلك أن يرى المدرب المتدرب في مقارنته وعمله الجراحي، حتى يصل المدرب إلى ثقة بالمتدرب ليأتمنه على العمل في غيابه.

❁ لنفترض أن لدى المشفى اختصاصياً واحداً في الجراحة العصبية و 20 مقيماً، عندها لن يقبل الترخيص للطبيب الذي تدرب في هذا المشفى. فإما أن يتعاقد المشفى مع مدربين أكثر أو يخفف قبوله للمتدربين حتى يعترف به.

2. أن يكون صحيحاً (التمديدات الصحية في المشافي لا تشابه الأبنية العادية، فهناك مرضى العدوى والعمليات والأشعة).

❁ يجب كذلك أن تكون البنية التحتية للمشفى من ناحية البناء كافية (المساحة الطابقية).

3. المعدات الكافية.

هناك تصنيف للأطباء:

Specialist First > Specialist Second... > Intern Final > Training
Specialist > Specialist > Consultant junior > Consultant senior...

فـالـSenior Consultant لا يأتي إلى المرضى ويتابعهم فهذا ليس من عمله.
هو يعلم أنهم مؤهلون ليثق برأيهم حتى دون أن يشاهد ما يحدث معهم، فيسألهم
على الهاتف "ماذا حدث معكم؟" ويوجههم نحو التصرف المناسب.
وهو مسؤول كأنه كان موجوداً معهم لأنه واثق بهم، ولو لم يثق بهم ما قبل أن
يتصلوا به، ولما أعطاهم صفة الـJunior Consultant أو الـSpecialist...

يفقد الاختصاصي حقه في ممارسة الطبابة العامة
لا يجوز للاختصاصي العمل إلا في اختصاصه، وإن أتاه مريض لاختصاص آخر
يقوم بتحويله إلى زملائه، ولا يجوز له أن يعالجه.
تماماً كما الـSenior Consultant الذي لا يجوز له أن يقوم بعمل الـIntern أو
الاختصاصي الحديث، لأنها منافسة غير شريفة مع الأطباء الجدد الذين لن تبقى لهم
فرصة.

على المختص القديم أن يرسل المرضى إلى طلابه (المختصين الجدد)، وطلابه
يرسلون المرضى إليه عندما يكون العمل اختصاصياً عالي الخبرة.
نذكر هنا أنه في الحالة الإسعافية لا يحق لأي طبيب يكون موجوداً -بغض النظر
عن تصنيفه- ألا يتصرف فيها.

حدث مرة في فرنسا أن أناساً اتصلوا على طبيب من اختصاص ما، وأخبروه أنها
حالة إسعافية، لكنه أجابهم أنها ليست من اختصاصه¹¹، وريثما وصل المريض إلى
المشفى كان قد توفي. أقيمت على الطبيب دعوى وسحبت شهادته!

لا يحاسب الطالب على خطئه في التصرف بل يحاسب الأستاذ الأكبر (Senior
Consultant) وتبدأ المسؤوليات تقل حسب المرتبة (التصنيف)، وينطبق ذلك أيضاً
على المشافي (المدير هو من يحاسب).

لا بد من مراعاة الناحية الجنائية مع الحالات الإسعافية، فمع تطبيق الـ ABC نسجل الملاحظات والشهادات بالتأمل، ويخبر الأمن أثناء معالجته عن هذه الحالة.

مسألة للنقاش:

إن كان الطبيب العام يقوم بجميع الأعمال، ويشخص مريض الهضمية ويعطيه الدواء، أليس هذا تعدي على الاختصاصات؟

سنتكلم عن هذا لاحقاً لكننا سنجاوب الآن بإيجاز، قلنا أن الطبيب العام تجوز له عيادة المرضى (أي أي مريض)، لكن 90% من الأمراض يجب أن يقوم بها الطبيب العام (في كل أنحاء العالم).

لذلك هناك اختصاصات الطب العام وطب الأسرة والتي تشكل 80% من عدد الاختصاصات (في الدول ذات المستوى الراقى طبياً).

في ألمانيا عندما بدأ دعم طب الأسرة والطب العام كانت الاختصاصات الأعلى أكثر انتشاراً، ثم تم إعطاء هذين الاختصاصين راتباً يفوق أعلى الرواتب للاختصاصات الأخرى، وبدأ الناس بالتخصص فيها.

الطبيب العام يجب أن يعالج 90% من جميع الأمراض بأي اختصاص، والحالات التي تحتاج اختصاصاً أعلى يتم تحويلها.
الأعمال الداخلة في نطاق المهنة الطبية:

وهذه الأعمال التي نذكرها مأجورة.

أي أن إعطاء المشورة الطبية بأي طريقة يفترض بالطبيب أن يأخذ أجره عليها، وهذا حق من حقوقه فهو ثمن خبرات يكتسبها أثناء دراسته. وبالتأكيد يمكن للطبيب التنازل عن هذا الحق.

المسؤوليات الطبية:

- لا ينبغي أن يتصدى لأي موضوع طبي أو للطبابة إلا الطبيب المعتبر بحكم الأنظمة الموضوعية. حيث تتعدد الاختصاصات الطبية يجب أن تحال المشكلات الطبية المعقدة إلى أهل التخصص فيها.
- الطبيب مطالب بالاجتهاد في علاج مريضه. فإن اجتهد وأدى ما يرتقب من مثله متوسط الخبرة، و خلا عمله من الإهمال الواضح عمداً أو سهواً، و أخذ بالأسباب التي ينبغي أن يأخذ بها أمثاله، وجاءت النتيجة على غير المطلوب (لم يشف المريض، فشلت محاولة الإسعاف)، فلا إثم على الطبيب ولا عقوبة.
- يحاسب الطبيب عندما لا يحاول معالجة المريض أصلاً الطبيب وكيل المريض في جسمه.
- عندما يوافق المريض على ممارسة الطبيب للمهنة الطبية يصبح الطبيب موكلاً بجسمه، فعليه مراعاة أخلاق المهنة بألا يؤدي جسم المريض.
- يعتبر قبول المريض بالطبيب المعالج إقراراً مبدئياً بقبول العلاج الذي وصفه.
- يقبل المريض بمجرد أن يشكو للطبيب، فالموافقة هنا ضمنية.
- إن استدعى هذا العلاج إجراء جراحياً يجب توثيق ذلك كتابياً وقاية للطبيب مما قد يجره المستقبل. فتوقيع المريض الموافقة سيحمي الطبيب أكثر، لكنه غير ضروري.
- ينبغي ألا يقوم بالتوثيق إلا بعد شرح الأمر للمريض بالأسلوب الذي يناسب مستواه.

• إن رفض المريض العلاج كان على الطبيب أن ينصح له. ومن ثم أن يثبت هذا الرفض بالكتابة أو بالإشهاد أو بتوقيع المريض حسبما يدعو الموقف: "المريض امتنع عن القبول، المريض غير متعاون".

في الأحوال التي يكون الخوف أو الرعب فيها سبباً للرفض يجب على الطبيب أن يعطي دواءً مهدئاً للمريض أولاً، من دون إذهاب وعيه ومن ثم يبدأ باقناعه. لعل أنجح هذه الأدوية الكلمة الهادئة والشخصية الصابرة المحبة التي تبعث على الثقة وتشيع الأمان.

مثال: أتى مريض يشكو من تشنج في قلبه وهو غير قادر على الحركة ويطلب عناية أو إبرة وهو متوتر، علينا تهدئته بمهدئ واكتساب ثقته، وأن نشرح له بمستواه، عندها سيتجاوب مهما كان متوتراً.

إذا لم يستطع الطبيب تهدئة المريض حتى بالدواء المهدئ، عليه أن يستعين بما بإمكانه أن يهدئ المريض معه ويقنعه (حسب ثقافته، ربما أحد من أهله أو أصدقائه).

في الأحوال التي يكون فيها المدخل الطبي أو الجراحة ضرورياً لإنقاذ حياة المريض ولا يسمح الوقت بالتأجيل تبيح الضرورات المحظورات. فالمريض في حالة إسعاف ولا وقت لأخذ الموافقة أو تهدئة المريض.

طالما أن أحد العلامات الحيوية غير مستقر لا يجوز تأجيل الحالة، وعلى الطبيب التصرف حتى استقرار العلامات الحيوية ومن ثم يمكن أخذ الموافقات.

على الطبيب أن يتدخل -ولا عليه- مهما كانت النتائج ما دام قد أجرى ما توجيه أصول المهنة وبأسلوب سليم.

إن المفسدة في إهدار حياة تجب المصلحة في ترك المريض لرأيه المهلك، ودرء المفاسد مقدم على جلب المصالح (مبدأ تجنب الضرر، ونختار أقل ضرر).

يشترط لانتفاء المسؤولية الطبية عن الطبيب أن تتوفر شروط أساسية:

إذن الشارع بمزاولة المهنة.

حتى لا يكون الطبيب مسؤولاً أو خالف الأصول الطبية (المقصود بهذا الشرط الترخيص).

رضى المريض بالعلاج.

قصد الشفاء عند الطبيب.

لا الاستمتاع بالبحث العلمي.

وحتى لو لم نستطع الوصول للشفاء، فالمهم القصد (ولا يعني ذلك تدخل الطبيب بقضايا لا يعلم بها).

عدم وقوع الخطأ الفاحش من الطبيب.

الخطأ الفاحش: هو الذي لا تقره الأصول الطبية ولا يقره الفن والعلم. لأن أي مهنة تشمل وجهين: العلم والفن، فعندما يختلف طبيبان بنفس الخبرة في الإجراء المستخدم لعلاج مريض ما، يختلفان في الفن ويتفقان في العلم الطبي.

5-6 - علاقة الطبيب بالمريض

تعتبر علاقة الطبيب بالمريض القضية الرئيسية في أخلاقيات الطب، وتتمحور حولها كافة المسائل الأخلاقية الأخرى ذات الصلة بالسلوك المهني، وتشمل العناصر التالية:

- أخلاق الطبيب.
- العلاقات المهنية.
- واجبات الطبيب.
- المسؤوليات والحقوق المهنية.

5-7 - خصائص الطب البشري:

بحسب نظام واجبات الطبيب وآداب المهنة في سورة الصادر عن نقابة أطباء سوريا في نيسان 1978.

إن مهنة الطب:

مهنة إنسانية (لذلك نلتزم بإعلان هلسنكي لحقوق الإنسان)
وأخلاقية (لذلك نلتزم بالأخلاقيات والنواظم الأخلاقية المذكورة سابقاً)
وعلمية قديمة قدم الإنسان.
على من يمارسها واجبات:

أن يحترم الشخصية الإنسانية في جميع الظروف والأحوال سواء كان مجرمًا أو عدوًا أو معاقًا أو صديقًا، ومهما كان مستواه الثقافي والعلمي، وأن يحترم حياة الإنسان من لحظة البيضة الملقحة حتى نهاية الحياة.

أن يكون قدوة حسنة في سلوكه ومعاملته.

أن يكون مستقيمًا في عمله، ففي حال عدم معرفته بأمر معين، عليه أن يحول المريض لأحد زملائه، أو أن يتعلم منه، وليس أن يدعي معرفة كل شيء فيؤدي المريض، فالأساس هو حماية مصلحة المريض.

أن يكون محافظاً على أرواح الناس وأعراضهم وليس مسهلاً لموتهم كما في بعض الدول التي سمحت بمفهوم الموت الرحيم.

لا يجوز الاشتراك في أذية الناس، مثلاً عند فحص المساجين أو الأسرى غير مقبول من قبل الطبيب أن يشارك في أي إجراء يدخل فيه تعذيب المساجين أو الأذى لهم (كتجارب نورمبورغ في عهد هيتلر).

لا يجوز للطبيب أن ينهي حياة أي مريض حتى لو كان ذلك مبنياً على طلبه فالغاية من العمل الطبي هو المحافظة على حياة البشر ورعاية صحتهم) كما لا يجوز له الإفشاء عن أسرار المريض.

أن يكون رحيماً بالناس، وأن يبذل جهده في خدمتهم. فالطبيب يتعامل مع الشخصية الإنسانية وهي في حالة ضعيفة جداً فعليه أن يكون رحيماً مراعيًا لحالة المريض.

لذلك يجب على كل عمل طبي:

أن يستهدف مصلحة المريض المطلقة.

فمثلاً: عند قطع القدم السكرية أو استئصال حنجرة مصابة فنحن هنا نستهدف مصلحة المريض ألا وهي الحفاظ على حياته.

أن تكون له ضرورة تبرره: أي التصرف بالمعالجة بما تراه مناسب للمريض.

مثال: لا أعطي إبرة ماء أو لا أعطي دواء وهمي بدون سبب كما في البحث العلمي حيث يعلم الشخص أن هناك دواء فعال وآخر غفل.

مثلاً: عند فتح بطن جراحي حتى ولو لم نجد مشكلة بعد فتحه يكون لدينا ما يبرر الفعل (وهو أن البطن ظهرت عليه علامات كالتقفع، والمريض يبدي هبوطاً بالعلامات الحيوية).

أما إذا فتحنا بطن رخو فهنا ليس لدينا ما يبرر الفعل (كأن يتم الفتح لأهداف بحث علمي أو ما شابه) فالبطن لم تظهر عليه علامات تبرر فتحه.

أن يتم برضا المريض (الموافقة المستنيرة)، أو رضا ولي أمره (أفضل الأولويات) إن كان قاصراً أو مصاباً باضطرابات عقلية أفقدته الوعي. يجب أن يكون هناك سبب مقنع للمعالجة كمعالجة مرض ما أو حتى القيام بالفحص الروتيني للاطمئنان على السلامة (مع عدم اجرائها بفترات متقاربة جداً). نعود إلى المحظورات على ممارسي المهنة الطبية... عدم ممارسة أي عمل يتنافى مع كرامة المهنة

مثل:

عدم السماح باستعمال اسمه في الترويج: لا يصح للطبيب أن يروج لدواء معين أو جهاز مثلاً، مهما كانت كفاءته. أو حتى لو اكتشف شيئاً جديداً لا يربطه باسمه ويحتكره بل المعرفة المعممة ويشاركه مع زملائه والمرضى.

عدم إعاره اسمه لأغراض تجارية بأية صورة من الصور: مثل المشفى التي تعلن عن نفسه باستخدام اسمه.

مثلاً طبيب خبير بجهاز معين، فتطلب منه الشركة المصنعة للجهاز أن يروج له، هذا غير مقبول.

طلب أو قبول مكافأة أو أجر مهما يكن نوعه لقاء التعهد بوصف أدوية أو أجهزة معينة للمرضى أو لقاء إرسالهم إلى مستشفى أو مصح علاجي أو دور للتمرير أو صيدلية أو مختبر محدد.

يمكن للطبيب أن يكتب الاسم العلمي للدواء في الوصفة وبالتالي لا يلتزم بأي شركة.

اجراء الاستشارات في محال تجارية أو في ملحقاتها (تجميل أو أجهزة رياضية) مما هو معدّ لبيع عند أخذ عينات مجانية فأنت غير ملزم بوصفها للمرضى.

لا يجوز للطبيب أن يقاسم أجره مع أي من زملائه إلا من يشترك معه في العلاج: فلا تتعامل مع باقي الأطباء بمبدأ الاستغلال أو السمسرة ولا تجوز قسمة الأجرة حتى مع أساتذته.

لا يجوز له أن يعمل وسيطاً بأجر لطبيب آخر أو مستشفى أو مخبر بأية صورة من الصور

لا يجوز للطبيب أن:

- يقدم علاجاً لمرضاه في ميادين تتجاوز إمكانياته إلا في الحالات الطارئة والاستثنائية، أو عدم توافر اختصاصي، ويجدر أن ينتبه للعلامات الحيوية للمريض، وهذا لا ينقص من قدر الطبيب.

- الكشف عن أسرار مرضاه بدون حكم قضائي من المحكمة المختصة بعد سماع أقوال المريض أو ورثته، حتى لشركات التأمين.

- يستعمل وسائل غير علمية في مزاوله مهنته (وضع القهوة على الجرح) أو وسائل بدائية مهجورة وغير متعارف عليها علمياً (الدجل والشعوذة).

يحق للطبيب إعطاء نصائح واستشارات وأن يتقاضى عليها أجر، ولكن يجب أن تكون مضبوطة علمياً، وعدم استعمال وسائل تاريخية بحجة أن ابن سينا مثلاً كان يستعملها، حيث يجب أن يكون موافق عليها حديثاً.

الطب ليس ضد جميع الممارسات الشعبية للتداوي، ولكنه ضد الغير مثبت علمياً منها، فإذا أراد الطبيب استعمال وسيلة معينة يجب أن يجري بحثاً علمياً وتجارب ومن ثم تتم الموافقة عليها ونشرها، ومن ثم يستطيع استخدامها.

فمن غير المقبول اعتبار أن سبب القرحة المعدية هو الحمض المعدي بدلاً من *helicobacter pylori*، ومعالجة المرضى على هذا الأساس امتثالاً للمعالجات القديمة.

سابقاً كان من غير الممكن التداخل على Aneurysm جراحياً حيث كانت الأشعة تشخيصية فقط، ولكن اختلف الوضع الآن، حيث يمكن استعمال الأشعة في المعالجة.

● يضع تقريراً أو أن يعطي شهادة مغايرة للحقيقة أو أن يغير حقيقة نتائج التحاليل الطبية والكيمائية. (أن الصحيح مريض أو المريض صحيح)

لـ مثلًا كتبت تقرير لمريض ما دون أن تراه وكان في محافظة أخرى. وجرى له حادث في نفس الوقت ستكشف أنت.

لـ أو كتبت لشخص مصاب بالصرع تقريراً بأنه سليم وهو ليس كذلك وسيعمل طياراً.

لـ أو كتبت لمريض تقريراً غير صحيح ليقدمه لشركة تأمين أو للعمل في الجيش.

لـ أو كتبت لشخص تقريراً بإصابته بالتهاب رئوي حاد. عند فحصه لدى طبيب آخر وتشخيصه لاحقاً بالتهاب بنكرياس، فسيعامل كمريض لديه الحالتان مع أنه فعلياً لديه التهاب بنكرياس فقط.

لـ قد يستخدم التقرير في قضايا جنائية.

هذا الأمر قد يعرضنا للحبس من شهرين إلى سنة مع سحب الشهادة.

● الكشف عن أسرار مرضاه بدون حكم قضائي من المحكمة المختصة بعد سماع أقوال المريض أو ورثته.

الفصل السادس

واجبات الأطباء Doctors Duties

واجبات الطبيب نحو المريض: الاستقلالية و الحقوق و أفضل أولويات المريض.

واجبات الطبيب تجاه مهنته: من الالتزام بقوانين المهنة وأخلاقياتها.

واجبات تجاه المجتمع.

واجبات الطبيب تجاه نفسه: كالظهور بمظهر يليق به كطبيب.

وخامساً تجاه زملائه.

6-1 - لمحة تاريخية عن واجبات الأطباء

واجبات الأطباء مشمولة في The universal declaration on Bioethics and Human Rights الذي صدر من قبل الـ UNESCO عام 2005. وفي كل أنحاء العالم يتم الالتزام بمجموعة مراجع أساسية لأخلاقيات المهن الطبية، في سوريا مثلاً هي:

The universal declaration on Bioethics and Human Rights الذي صدر من قبل الـ UNESCO عام 2005، وتم تحديثه في الـ 2008. وثيقة نوريمبورغ.

إعلان هلسنكي لحقوق الإنسان.

الأخلاقيات المهنية المعتمدة في المنظمة الدولية للأطباء WMA.

النظام الداخلي وواجبات الأطباء المحددة من قبل نقابة الأطباء في سوريا.

واجبات الأطباء ليست بالأمر الجديد، ولكنها في تطور مستمر (كما رأينا بالنسبة للمراجع المذكورة سابقاً)، وهذا ما حتم على الأطباء البقاء على اطلاع بأحدث القوانين والتغييرات، وكما قلنا سابقاً هذا ما أدى إلى إلغاء ما يسمى بالترخيص الدائم.

موضوع القوانين والأخلاقيات الطبية موجود منذ بدايات التاريخ، فمثلاً قانون حمورابي يتضمن العديد من القضايا الطبية التي تدل على أن مهنة الطب في ذلك الوقت

كانت متقدمة، حيث لا يمكن وضع قانون صارم كقانون حمورابي إذا لم تكن الإجراءات الطبية متقدمة بما فيه الكفاية.

عندما وضع حمورابي قانون "العين بالعين، والسن بالسن"، فإذا كان الطبيب يعالج عين شخص حر وأذاها، فحسب قانون حمورابي تستأصل عين الطبيب، وبالتالي إذا كان الطبيب غير متأكد من قدرته على معالجة عين المريض فإنه لا يمسه، في حال كان الطبيب يعالج عين عبد مثلاً، فإذا أذاه فعليه أن يجلب لصاحبه عبداً آخر. نلاحظ هنا أن واجبات الأطباء في ذلك الزمن كانت كبيرة جداً.

● على زمن الفراعنة كان الأطباء يلتزمون بالقسم الطبي.

6-1-1- قسم يمين شرف المهنة

- ◆ (بدايته أقسم بالله العظيم) لكل المؤمنين بالديانات السماوية.
- ◆ يجب على جميع الأطباء ترديده قبل ممارسة المهنة.
- ◆ للملحدين ما يهم هو الالتزام بعدم الضرر وليس الجهة التي يقسم بها.
- ◆ نلاحظ كيف يبدأ بالتركيز على الجانب الأخلاقي (الأمانة و الصدق و الشرف) و من ثم المهني (أصون حياة الإنسان) ..

أقسم بالله العظيم:

أن أؤدي عملي بالأمانة و الصدق و الشرف،
وأن أحافظ على سر المهنة،
وأن أحترم تقاليدها،
وأن أراقب الله في مهنتي،
وأن أصون حياة الإنسان في كافة أدوارها وتحت كل الظروف والأحوال باذلاً ما في وسعي لاستنقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق،
وأن أحفظ للناس كرامتهم وأستر عورتهم، وأكتم سرهم،
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي للقريب والبعيد، للصالح والطالح، وللصديق والعدو،

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الناس لا لضررهم،

وأن أوقر من علمني،
وأن أكون أخاً لكل زميل في المهنة.
والله على ما أقول شهيد.
كل الطب يتحتمور على ألا نوذي المريض **Do No Harm**، سواء كنت تغلب
المنفعة أم تتجنب الضرر أم تحقق العدالة.
هذا ما ينص عليه قسم أبقراط.
نلاحظ أنه في القسم نراعي أن تكون المهنة إنسانية وأخلاقية وعلمية.
ستر العورات يقصد به ستر أسرار المرضى، بالإضافة لستر عوراتهم جسدياً أثناء
الفحص وما شابه، فيتم الفحص ضمن الأصول مع حفظ كرامة المريض.

6-1-2- ممارسة المهنة:

لا يجوز ممارسة مهنة الطب البشري إلا:
بتصريح من نقابة الأطباء البشريين.
وبعد أداء القسم شفاهة أو كتابة، ويكون ملزم في الحالتين.
يراعى عند تسجيل الأطباء بسجلات النقابة المصوغات القانونية اللازمة.

6-2- واجبات الطبيب العامة اتجاه مهنة الطب

من واجبات الطبيب اتجاه المهنة:
توفير المكان المناسب للعيادة: فلا يصح أن يقيم عيادة في ملهى أو دار
عبادة.
(المكان المناسب يضمن احترام المرضى وستر عوراتهم)، فلا يحق للطبيب وضع
كاميرات للتجسس على المرضى مثلاً، عند وضع كاميرات مراقبة يجب أن تكون
مضبوطة وبمعرفة المريض.
حتى عند التقاط صور للحالة المرضية للمريض يجب تغطية عينيه وإخفاء هويته،
وأن تكون برضى المريض، مهما كان الهدف من الصورة سواء بحث علمي أو غيره...

التجهيزات المناسبة والملائمة للعيادة حسب المعايير التي تقررها السلطة الصحية (وزارة الصحة) والنقابة.

وسائل التقنية الكافية في العيادة الطبية حسب المعايير التي تقررها السلطة الصحية (وزارة الصحة) والنقابة.

يجب أن تحتوي العيادة على غرفة فحص وغرفة انتظار. ولا يجب جمعها في غرفة واحدة، وعلى غرفة الانتظار أن تكون أصغر من غرفة الفحص.

على الطبيب تنبيه وإبلاغ السلطات الصحية المختصة في الحالات الآتية: حالات المرض الذي يسبب الأوبئة وانتشار الأمراض المعدية.

إذا رفض المريض نقل الدم بالرغم من خطورة حالته: بعض المذاهب الدينية (كشهود يهوى) لا تقبل الدم من أحد من غير مذهبها فلا تأخذ رغم الحالة الملحة لذلك فهنا يجب تنبيه السلطات و أخذ موافقتها بغض النظر عن موافقة المريض. امتناع المريض عن أخذ اللقاحات التي قررتها السلطات الصحية المختصة.

حالات الأمراض العصبية والنفسية المصحوبة بالأذى الشخصي أو العام فقد يرفض المريض أو أهله الإبلاغ عن هذه الحالات خجلاً منهم، لكن على الطبيب أن يبلغ السلطات بالرغم من ذلك.

6-2-1- اما المحظورات على ممارسي المهنة الطبية...

عدم ممارسة أي عمل يتنافى مع كرامة المهنة

مثل:

إجراء الاستشارات في محال تجارية أو في ملحقاتها (تجميل أو أجهزة رياضية) مما هو معدّ لبيع عند أخذ عينات مجانية فأنت غير ملزم بوصفها للمرضى.

اتخاذ أكثر من عيادة: فالطبيب ليس تاجراً ليفتح أكثر من فرع.

اتخاذ عيادة في صيدلية: فتصبح وكأنك تقول اشتروا من هذه الصيدلية، وهنا ينتفي الحياء مع المرضى ومع الصيادلة والمساعدين الطبيين.

مزاولة مهنة أخرى بنفسه: باستثناء التدريس والوظائف العامة في الدولة، حيث لا يمكنه أن يكون مدير شركة تجارية خاصة مثلاً حتى لو كانت شركة تأمين صحي.

الوظائف العامة كأن يكون مدير عام أو مدير إدارة، كمدير عام مشفى أو مؤسسة أكاديمية.

الاشتراك مع صاحب صيدلية في التجارة: أن يوجه المرضى إلى تلك الصيدلية، ولا يجوز أن يشترك بأسهم في صيدلية، فإذا أراد أن يستثمر أمواله في التجارة يجب أن يبتعد عن الصيدلة والأدوية.

عدم وضع أكثر من لافتتين: واحدة على مدخل العيادة 30×40 سم والثانية على شرفتها 70×100 سم.

المزاحمة غير المشروعة في المهنة وحماية الدجالين. المزاحمة غير المشروعة هي أن تقول عن أحد زملائك أنه غير جيد لتكسب المرضى، أو أن تأخذ أجوراً أقل مما حددته النقابة فهنا أنت تضر بزملائك أو استغلال الطبيب لبعض علاقاته مع أصحاب المناصب أو الترويج لنفسه للتفوق على زملائه بطرق غير مشروعة. هذا الكلام لا ينطبق على الدجالين، فلا يمكنك أن تترك الدجال يفعل ما يريد بحجة أنك لا تريد مزاحمته، فهذا يعتبر حماية له، لذلك يجب الإبلاغ عنه مباشرة.

لايجوز ان يقدم علاجاً لمرضاه في ميادين تتجاوز إمكانياته إلا في الحالات الطارئة والاستثنائية، أو عدم توافر اختصاصي، ويجدر أن ينتبه للعلامات الحيوية للمريض، وهذا لا ينقص من قدر الطبيب.

لايجوز له الكشف عن أسرار مرضاه بدون حكم قضائي من المحكمة المختصة بعد سماع أقوال المريض أو ورثته، حتى لشركات التأمين.

لايجوز له ان يستعمل وسائل غير علمية في مزاولة مهنته (وضع القهوة على الجرح) أو وسائل بدائية مهجورة وغير متعارف عليها علمياً (الدجل والشعوذة).

يحق للطبيب إعطاء نصائح واستشارات وأن يتقاضى عليها أجر، ولكن يجب أن تكون مضبوطة علمياً، وعدم استعمال وسائل تاريخية بحجة أن ابن سينا مثلاً كان يستعملها، حيث يجب أن يكون موافق عليها حديثاً.

الطب ليس ضد جميع الممارسات الشعبية للتداوي، ولكنه ضد الغير مثبت علمياً منها، فإذا أراد الطبيب استعمال وسيلة معينة يجب أن يجري بحثاً علمياً وتجارب ومن ثم تتم الموافقة عليها ونشرها، ومن ثم يستطيع استخدامها.

فمن غير المقبول اعتبار أن سبب القرحة المعدية هو الحمض المعدي بدلاً من *helicobacter pylori*، ومعالجة المرضى على هذا الأساس امتثالاً للمعالجات القديمة.

سابقاً كان من غير الممكن التداخل على *Aneurysm* جراحياً حيث كانت الأشعة تشخيصية فقط، ولكن اختلف الوضع الآن، حيث يمكن استعمال الأشعة في المعالجة. لايجوز له ان يضع تقريراً أو أن يعطي شهادة مغايرة للحقيقة أو أن يغير حقيقة نتائج التحاليل الطبية والكيمائية. (أن الصحيح مريض أو المريض صحيح) ^{١٢} مثلاً كتبت تقرير لمريض ما دون أن تراه وكان في محافظة أخرى. وجرى له حادث في نفس الوقت ستكتشف أنت. ^{١٣} أو كتبت لشخص مصاب بالصرع تقريراً بأنه سليم وهو ليس كذلك وسيعمل طياراً.

^{١٤} أو كتبت لمريض تقريراً غير صحيح ليقدمه لشركة تأمين أو للعمل في الجيش. ^{١٥} أو كتبت لشخص تقريراً بإصابته بالتهاب رئه حاد. عند فحصه لدى طبيب آخر وتشخيصه لاحقاً بالتهاب بنكرياس، فسيعامل كمريض لديه الحالتان مع أنه فعلياً لديه التهاب بنكرياس فقط.

^{١٦} قد يستخدم التقرير في قضايا جنائية. هذا الأمر قد يعرضنا للحبس من شهر إلى سنة مع سحب الشهادة.

6-3- واجبات الطبيب اتجاه المرضى

- (1) المحافظة على الحياة: ولذلك لا يحق له المساعدة أو تسهيل الموت.
 - (2) بذل كل جهده وطاقته لتقديم العناية والعطف بإخلاص لكل المرضى على حد سواء عند قبوله رعاية المريض. إذا قبلت المريض عليك معالجته جيداً ومن حقك الرفض وعدم القبول إذا لم يكن إسعافي.
- هناك فرق بين العطف والشفقة، فالمريض يجب أن يشعر بعطف الطبيب وليس شفقته.

3) يقوم بالإسعاف العام للمريض المهددة حياته بالخطر، مهما يكن عمله أو اختصاصه.

4) يقوم بالمعالجة اللازمة دون النظر إلى أي اعتبار آخر، في إسعاف مريض قاصر أو فاقد للوعي: ولم يتمكن من الحصول على الموافقة القانونية في الوقت المناسب مع تثبيت ذلك في حينه.

5) لا يخفي خطورة المرض عن المريض، فيخبره بالأسلوب المناسب. مهما كانت هذه الخطورة ولكن بأسلوب تدريجي مع بعض الأمل بالرعاية والشفاء: فمثلاً لا تدخل أمام المريض وتقول حالة انتقالات سرطانية والمريض سيموت بالتأكيد.

6) متابعة التطور العلمي واستخدام كل منجزاته لرعاية المرضى.

7) فلا يجوز للطبيب أن يعالج بشيء قديم ثبت عدم جدوى فعاليته بل يجب أن يكون على اطلاع بكل التطورات العلمية لمصلحة مرضاه.

8) لا يجوز البوح له بالترجيح المميت إلا بكل حيطة وحذر، ويستحسن أن يحاط الأهل علماً في حال إخفاء الأمر عن المريض.

9) فأنت كطبيب يجب أن تستمر في إعطاء الأمل للمريض في كل الحالات. فتخبره عن احتمالات الحياة أكثر من احتمالات الموت وتبين له أهمية الحياة وأن تطور الحالات دوماً تتبع لمناعة المريض.

10) يخبر المراجع الصحية المختصة عن معالجته مريضاً مصاباً بمرض سار أو معد أو مشتبه بإصابته.

11) عدم الإجهاض إلا إذا كان طبيباً (كتهديد لحياة الأم). *سيمر لاحقاً* إذا الجنين مؤثر على حياة الأم مثلاً.

مسألة نقاش: ماذا لو كان الجنين مشوه ولا خطر على حياة الأم؟؟

لا نهض فالأجنة المشوهة غالباً تسقط إسقاط عفوي أو تعيش قليلاً بعد الولادة ويمكن تعيش 5 سنين ثم يموت الطفل ورغم ذلك لا نسقط فكل شيء حكمة ربانية.

12) يتأكد من حدوث الوفاة: في بعض الأحيان قد يأتي لأحد الأطباء أشخاص يخبرونه أن فلان قد توفي ونريد تقرير لوفاته فيعطيهم التقرير دونما تأكيد، وتلك

قد تكون حيلة لقتل الشخص صاحب شهادة الوفاة وهذا أمر خطير ويُعاقب عليه،

a. فلا يمكن إعطاء شهادة وفاة دون رؤية الشخص المتوفي أما في حال الظروف التي تمر بها بلادنا منذ خمس سنين حينها يُحال الأمر للقضاء وتعطي شهادة الوفاة بناءً على قرار من القاضي، الأمر نفسه بالنسبة لشهادة الولادة.

b. ففي حالات الانسحاب بالمهدئات والمنومات والمخدرات قد يتسبب الانسحاب بفقدان الوعي والمنعكسات كلها ويهبط الضغط وتنخفض الحرارة وتتوسع الحدقة. وإن لم يجرى الفحص السريري بشكل صحيح سيبدو المريض ميتاً. (13) يخبر السلطات عندما تقع حوادث موت فجائي. فكل موت مفاجئ يشك به، وليس كل موت مشكوك به مفاجئاً. فاحتمال التسميم هنا عالٍ ولا بد من إخبار السلطات الصحية.

(14) أن يتحصل على موافقة المريض مسبقاً على العلاج.

(15) مراعاة حق المساواة وعدم التمييز بين المرضى.

(16) لا يجوز أن يمتنع عن علاج أي مريض.

(17) تخفيف آلامه بأسلوب يحترم إرادته.

(18) تنبيه المريض أو أهله إلى التدابير الوقائية والإرشادات والمحاذير الواجب إتباعها من أجل العلاج فقد يكون عدم وضوح إرشادات العلاج أحد أسباب عدم الاستجابة للعلاج.

(19) يجوز له رفض معالجة مريض مع إحالته إلى طبيب آخر، إلا إذا كانت حالة المريض حرجة أو مستعجلة فلن يجوز له أبداً هذا الرفض.

(20) أن يحصل على موافقة المريض أو أهله إذا تطلبت حالة الضرورة أن يستعين برأي طبيب آخر.

(21) لا يجوز إطلاع أحد غير الطبيب المعالج على الحالة الصحية للمريض ما لم يعين المريض أشخاصاً يوافق على إطلاعهم عليها.

(22) أن يحترم عقيدة المريض ودينه وعاداته أثناء عملية الفحص والتشخيص والعلاج.

(23) أن يحرص على إجراء الفحوص الطبية اللازمة للمريض، دون إضافة فحوص لا تتطلبها حالته المرضية.

(24) يجب إخبار المريض أو من ينوب عنه بوجود نظام تخزين بيانات على الحاسوب في المنشأة الصحية. وأن يكون ذلك قبل أن يقوم الطبيب المعالج بإرسال المعلومات لقسم الحاسوب الذي سيتولى تخزينها.

(25) تبعاً لمدى حساسية بيانات المريض يراعى اتخاذ الاحتياطات الأمنية التي تمنع تسرب المعلومات أو وصول أفراد غير مصرح بهم إليها.

(26) يجب على جميع الأشخاص الذين يقومون بهذا العمل أن يلتزموا السر الطبي ويحاسبون على ذلك.

(27) يجب أن تؤخذ موافقات قانونية للقيام بأي تعديل في مخزن المعلومات. هناك بعض شركات التأمين في الدول الغربية التي تغرم الطبيب ثمن الاستقصاءات الغير ضرورية التي يطلبها من المريض، وقد بدأت بعض الشركات عندنا بالقيام بذلك..

(28) مراعاة التقاليد التالية في الرعاية الطبية:

حرية المريض في اختيار الطبيب: إذا مريضة رفضت أن تفحصها وطلبت طبيبة فهذا من حقها حتى لو كنت أفضل من الطبيبة.
حرية الطبيب فيما يصفه مع مراعاة ظروف المريض المادية.
فيما عدا الحالات الطارئة، للطبيب الحق في رفض المعالجة لأسباب مهنية أو شخصية.

يمكن للطبيب أن يتصل من معالجة مريضه بشرط:

- ألا يضر ذلك بمصلحة المريض.
- أن يقدم المعلومات اللازمة لمواصلة العلاج: لكي يستفيد منها الطبيب الذي سيتابع مهمة معالجة المريض.

(29) أن يكون محافظاً على أرواح الناس وأعراضهم وليس مسهلاً لموتهم كما في بعض الدول التي سمحت بمفهوم الموت الرحيم.

لا يجوز الاشتراك في أذية الناس، مثلاً عند فحص المساجين أو الأسرى غير مقبول من قبل الطبيب أن يشارك في أي إجراء يدخل فيه تعذيب المساجين أو الأذى لهم (كتجارب نورمبرغ في عهد هيتلر).

(لا يجوز للطبيب أن ينهي حياة أي مريض حتى لو كان ذلك مبنياً على طلبه فالغاية من العمل الطبي هو المحافظة على حياة البشر ورعاية صحتهم) كما لا يجوز له الإفشاء عن أسرار المريض.

(30) أن يكون رحيماً بالناس، وأن يبذل جهده في خدمتهم. فالطبيب يتعامل مع الشخصية الانسانية وهي في حالة ضعيفة جداً فعليه أن يكون رحيماً مراعيًا لحالة المريض.

لذلك يجب على كل عمل طبي:

أن يستهدف مصلحة المريض المطلقة.

فمثلاً: عند قطع القدم السكرية أو استئصال حنجرة مصابة فنحن هنا نستهدف مصلحة المريض ألا وهي الحفاظ على حياته.

أن تكون له ضرورة تبرره: أي التصرف بالمعالجة بما تراه مناسب للمريض.

مثال: لا أعطي إبرة ماء أو لا أعطي دواء وهمي بدون سبب كما في البحث العلمي حيث يعلم الشخص أن هناك دواء فعال وآخر غفل.

مثلاً: عند فتح بطن جراحي حتى ولو لم نجد مشكلة بعد فتحه يكون لدينا ما يبرر الفعل.

أن يتم برضا المريض (الموافقة المستنيرة)، أو رضا ولي أمره (أفضل الأولويات) إن كان قاصراً أو مصاباً باضطرابات عقلية أفقدته الوعي.

يجب أن يكون هناك سبب مقنع للمعالجة كمعالجة مرض ما أو حتى القيام بالفحص الروتيني للأطمئنان على السلامة (مع عدم إجرائها بفترات متقاربة جداً).

4-6- واجبات الطبيب تجاه المرضى عند إعطاء تقرير:

(1) يلتزم السر الطبي، أي يضع في التقرير المعلومات الكافية لتوضيح حالة المريض ولكن لا يكتب كل ما يعرفه عن المريض من أمور خاصة.

- (2) يكون موضوعياً ودقيقاً وحذراً جداً، لا يجب أن يحتوي أي معلومة مخالفة للواقع.
- (3) يبين الأسباب التي أوجبت كتابته. تحديد الجهة التي طلبت التقرير، لا أن نكتب إلى من يهمه الأمر، إلى وزارة الصحة.
- (4) توافق المعلومات الواردة فيه الهدف المطلوب، فالمعلومات الموجهة لرب عمل غير الموجهة لشركة التأمين أو للقضاء...
- (5) يتقيد بمعلومات الفحص الطبي.
- (6) يسجل هوية المريض.
- (7) تدوين تاريخ الفحص وساعة الفحص حتى وذلك قد يجنبنا مساءلة قانونية في بعض المواضيع.
- (8) مثلاً عند فحص فتاة وتبين أنها عذراء وسجلنا تاريخ الفحص، وبعد ثلاث ساعات أعيد الفحص وتبين أنها لم تعد عذراء، وهي ما زالت في نفس المشفى، في هذه الحالة كل الجهاز الذكوري في هذه المشفى أصبح موضع مسائلة واتهام.
- (9) لا يحوي سوى معلومات طبية.
- (10) لا يعطي تقرير مغرض أو بقصد المجاملة مثلاً فلان عنده مرض معدي وهو ليس لديه مثلاً، مثل ما يحدث عند إعطاء تقرير لأحد لأنه يريد الحصول على أيام إجازة.

6-5- واجبات الطبيب المكلف برعاية الأشخاص المقيدة حريتهم¹:

يوفر لهم رعاية نوعية من نفس النوعية والمستوى المتاحين للأشخاص غير المقيدة حريتهم.¹²

ألا يشارك بصورة إيجابية أو سلبية بأية أفعال تمثل عمليات تعذيب أو معاملة قاسية ولاإنسانية، أو ما يمثل تواطؤاً أو تحريضاً أو سكوتاً على هذه الأفعال.

ألا يقوم باستخدام معلوماته أو مهاراته المهنية للمساعدة في استجواب الأشخاص المقيدة حرياتهم على نحو يضر بالحالة الصحية الجسمية أو النفسية لهم، وألا يشارك في إجراء لتقييدهم.

يقوم بإبلاغ السلطات المعنية إذا لاحظ أن الشخص المقيدة حريته قد تعرض أو يتعرض لتعذيب أو سوء معاملة.

تستعمل العلوم الجنائية مع أسرى الحرب للحصول على الأدلة، ولا يجوز استعمال القوة في ذلك. ولا يجوز أن تستخدم الأساليب التي تجبر الشخص على الاعتراف بجريمة لم يرتكبها وتم إقناعه بها وتلفيق التهمة عليه.

تطور الطب حتى أصبح رباعي الأبعاد (الأبعاد الثلاثة مع Femto)، وقد شاهد الدكتور أحمد زويل ذلك في مجهر Femto، ولهذا الأمر أخلاقيات خاصة سنتطرق إليها لاحقاً.

6-6- واجبات الطبيب تجاه المجتمع وعلاقته بالسلطة العامة

هنالك موضوع طرح منذ حوالي 20 سنة اسمه "Doctor 5 stars".

فالتبيب ليس طبيباً يعالج فقط بل ويتعامل مع المرضى والمجتمع بشكل جيد ويكون قيادياً ويحرص على الوقاية والصحة النفسية والاجتماعية.

فحتى يكون الشخص كذلك يجب أن يكون له علاقة بالسلطة القائمة والمجتمع لا أن ينعزل عنها وذلك من خلال ما يلي:

(1) على الطبيب أن يكون عضواً حيوياً في المجتمع، يتفاعل معه ويؤثر فيه ويهتم بأموره، وأن يوظف كل طاقاته وإمكانياته لخدمة المجتمع في المجال الصحي.

(2) وأن يكون عمله دائماً ابتغاء لمرضاة الله، وألا ينخرط في أية ممارسات أو سلوكيات غير أخلاقيات أو تضر المجتمع.

(3) على الطبيب أن يساعد المجتمع في التعامل مع عناصر تعزيز الصحة والوقاية من المرض وحماية البيئة الطبيعية والاجتماعية.

(4) وأن يكون على مستوى المسؤولية في قيامه بالتنوع والتثقيف الصحي للمجتمع.

- (5) على الطبيب أن يجتهد في استخدام مهاراته ومعلوماته وخبراته لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمجتمع.
- (6) على الطبيب أن يحرص على المحافظة على الموارد الصحية البشرية منها والمادية، وعلى استخدامها بالطريقة المثلى.
- (7) على الطبيب ولاسيما إذا كان في موقع مسؤولية أن يشارك بفاعلية إيجابية في
من الأنظمة ورسم السياسة الصحية وحل المشكلات الصحية.
- (8) على الطبيب في حالات الأمراض السارية أن يلتزم باتباع الارشادات الصحية
الموضوعة لذلك بما في ذلك الإبلاغ عن هذه الحالات للجهات المختصة
واتخاذ ما يلزم من إجراءات.
- (9) على الأطباء توظيف ما لديهم من خبرات مهنية للمشاركة في عملية اتخاذ
القرارات الخاصة بتوزيع الموارد الطبية المحددة أو ترشيد استهلاكها بما يكفل
حماية مصلحة المريض وبما يضمن تحقيق مبدأ العدالة والمساواة.
- (10) أن يحترم الشخصية الإنسانية في جميع الظروف والأحوال سواء كان مجرمًا أو
عدوًا أو معاقًا أو صديقًا، ومهما كان مستواه الثقافي والعلمي، وأن يحترم حياة
الإنسان من لحظة البيضة الملقحة حتى نهاية الحياة.
- عند اختيار الإجراءات والطرق الوقائية والعلاجية التي تضمن تحقيق مستوى ملائم
من الرعاية الصحية،
- يلتزم الأطباء بمراعاة الاعتبارات الأخلاقية الآتية:
- مدى استفادة المريض من البرنامج العلاجي أي إلى أي مدى سيستفيد المريض.
- احتمال استفادة المريض من العلاج أي النسبة المئوية للعلاج.
- مدة هذه الاستفادة.
- تكلفة العلاج.
- عدد المرضى الذين سيستفيدون من العلاج.
- هذه القضايا الـ 5 تجمعها كلها وتوزنها وتختار بناءً عليها الإجراء المناسب لكل مريض أو حالة تقدمها تجاه المجتمع.

ملاحظات:

يتجه الطب اليوم للسرعة في العلاج، فكثير من الإجراءات التي كان في الأصل جراحية أصبح أطباء الداخلية يقومون بها. يوجد في دمشق موارد طبية هائلة وعلى بعد 10 كم لا يوجد أطباء ولا خدمات طبية.

وهذا غير مقبول فيجب التوزيع بشكل عادل وخاصة الخدمات الإسعافية. أما الخدمات غير الإسعافية فيتم التوزيع حسب الحاجة وحسب توزيع الأمراض (لا حاجة لوجود مركز لأمراض الكلى بكل منطقة، يكفي وجوده في خمس محافظات مثلاً).

مثلاً لدينا عدد كبير من مرضى السكري وهناك أنسولين نخب أول وثمنه مرتفع سيستفيد منه 1000 شخص ونوع أقل جودة منه لكن يستفيد منه 100 ألف شخص فأيهما تختار؟ نختار الأول لأنه أوفر اقتصادياً على المدى البعيد.

يتعين على الأطباء أن يصفوا الأدوية والأدوات والتجهيزات الطبية وغيرها من أشكال العلاج المعتمدة، استناداً إلى الاعتبارات الطبية واحتياجات المرضى فقط.

يجدر بكل طبيب أن يعمل على اقتراح السياسات التي ترمي إلى تحقيق العدالة في توفير المستوى الملائم من الرعاية الطبية. عاية الصحية لجميع أفراد المجتمع.

6-7- واجبات الطبيب العامة اتجاه نفسه

- (1) أن يكون قوة حسنة في سلوكه ومعاملته.
- (2) أن يكون مستقيماً في عمله، ففي حال عدم معرفته بأمر معين، عليه أن يحول المريض لأحد زملائه، أو أن يتعلم منه، وليس أن يدعي معرفة كل شيء فيؤدي المريض، فالأساس هو حماية مصلحة المريض.

- (3) عدم السماح باستعمال اسمه في الترويج: لا يصح للطبيب أن يروج لدواء معين أو جهاز مثلاً، مهما كانت كفاءته. أو حتى لو اكتشف شيئاً جديداً لا يربطه باسمه ويحتكره بل المعرفة المعممة ويشاركه مع زملائه والمرضى. يمكن أن يُستخدم اسم الطبيب في تسمية مركز أبحاث علمي دون ترويج للطبيب نفسه: مركز كوشينغ. مركز مجدي يعقوب.
- (4) عدم إعادة اسمه لأغراض تجارية بأية صورة من الصور: مثل المشفى التي تعلن عن نفسه باستخدام اسمه. مثلاً طبيب خبير بجهاز معين، فتطلب منه الشركة المصنعة للجهاز أن يروج له، هذا غير مقبول.
- (5) عدم طلب أو قبول مكافأة أو أجر مهما يكن نوعه لقاء التعهد بوصف أدوية أو أجهزة معينة للمرضى أو لقاء إرسالهم إلى مستشفى أو مصح علاجي أو دور للتمريض أو صيدلية أو مختبر محدد. يمكن للطبيب أن يكتب الاسم العلمي للدواء في الوصفة وبالتالي لا يلتزم بأي شركة.
- (6) عدم كتابة الوصفات برموز وإشارات غير متعارف عليها: فالبعض يقوم بهذا التصرف بقصد أن تعرف صيدلية معينة أن هذا المريض مريضه فتجعل للطبيب نسبة.
- (7) عدم إيواء المرضى في عيادته حيث يوجد مشاف لهذا الغرض، في حال عدم وجود مشاف يمكن أن تأوي المرضى ريثما يتوفر مشفى.
- (8) لا يجوز للطبيب أن يقاسم أجره مع أى من زملائه إلا من يشترك معه في العلاج: فلا يتعامل مع باقي الأطباء بمبدأ الاستغلال أو السمسرة ولا تجوز قسمة الأجرة حتى مع أساتذته.
- (9) لا يجوز له أن يعمل وسيطاً بأجر لطبيب آخر أو مستشفى أو مخبر بأية صورة من الصور.
- (10) بيع الأدوية للمرضى: إلا في حالات الإسعاف العاجل، وعدم وجود أدوية في مكان آخر.

(11) الاتفاق مع شخص على: تسويق المرضى للمداواة في عيادته والسمسة له وتقاسم الأجر كأن يتفق مع مخبر معين أو صيدلية أن يسوقوا لعيادته، إلا إذا اشترك معه في العلاج.

(12) الدعاية لترويج بعض الأدوية لقاء نفع خاص أو التوجيه للشراء من صيدلية معينة (مثل الدعايات التي تظهر على التلفاز طبيب يروج لدواء معين أو معجون أسنان أو....).

(13) الإعلان عن نفسه أو القيام بدعاية مباشرة أو بالواسطة: يسمح لك إذا فتحت عيادة جديدة أو سافرت وغدت أن تعلن حتى 15 يوم، وكل الإعلانات عن طريق الأطباء ممنوعة ولكن لا يحاسب عليها قانون العقوبات. إنما يحاسب من قبل النقابة

(14) يمنع الترويج للقدرات والمهارات الطبية، كأن يعلن أنه أنهى دورة تدريبية معينة وأصبح عارفاً بمجال معين. وكما قلنا سابقاً يجب عدم احتكار المعلومات الطبية لنفسه سواء حصل عليها من مؤتمر أو بطريقة أخرى، يجب أن يشاركها مع زملائه.

عند فتح عيادة جديدة قد يصدّم الطبيب أنه لم يأت به مرضى أو أتاه عدد قليل جداً ولكن هذه حالة طبيعية لأنه ما زال جديداً في هذه المنطقة، لذلك يجب عليه أن يتعرف على من حوله من زملاء باختصاصات مختلفة في نفس المنطقة، ويعرفهم بنفسه كي يحولوا له المرضى حسب الأصول الطبية.

(15) استغلال منصبه كطبيب: فالمريض مهما كان قوياً وصاحب نفوذ فإنه عندما يأتي إلى الطبيب يكون بحالة ضعيفة، لذلك يجب على الطبيب عدم استغلال هذا الوضع.

6-8- حقوق الطبيب

(1) توفير وسائل التدريب والتأهيل العلمي، ووضع النظم التي تكفل ضمان جودة المؤسسات الصحية وأداءها وفقاً للمعايير العالمية.

(2) فرص التعليم والتدريب الطبي المستمر.

- 3) أن يعامل بما يستحقه من احترام وتقدير ، وأن توفر له جميع الحقوق المدنية التي يتمتع بها غيره من الأشخاص الطبيعيين، وألا يُوقَف عن ممارسة المهنة إلا في حدود القانون ووجود ممثلين من نقابة الأطباء ، وأن تصان كرامته أثناء أي إجراء تحقيقي أو قضائي، وأن توفي له الحماية القانونية وحق الدفاع عن نفسه في حالة ارتكابه لأي خرق لأحكام القانون.
- 4) الطبيب مسؤول تجاه المريض عن بذل العناية اللازمة وليس مسؤولاً عن تحقيق الشفاء. (الطبيب ملتزم بتحقيق غاية وليس بتحقيق نتيجة).
- 5) هناك بعض الحالات التي يلتزم فيها الطبيب بالنتيجة! مثل عمليات التجميل التي لا حاجة طبية لها (أي غير ضرورية ولمجرد الرفاهية) ولا يدخل في ذلك عمليات شفة الأرنب.
- 6) لا يجوز إكراه الطبيب مادياً أو معنوياً أو إجباره على أداء عمل أو الامتناع عن عمل يتعلق بممارسة مهنته إلا في حدود القانون، ولا يجوز إرغامه على الشهادة بما يخالف ضميره.
- 7) للطبيب أن يقوم بإحالة المريض من أجل التشخيص أو العلاج إلى طبيب آخر أو إلى منشأة صحية أخرى وفقاً للوائح النازمة لهذا التحويل مع مراعاة ما يلي: أن يكون الطبيب الذي سيحال إليه المريض مرخصاً ويملك خبرة تخصصية يستفيد منها المريض.
- أن يدلي كتابة أو مشافهة إلى الطبيب الذي يحيل إليه بالمعلومات التي يعتقد أنها لازمة لاستمرار العلاج.
- ألا تكون إحالة المريض بسبب التيقن من عدم شفائه أو لأسباب مادية.
- من حق الطبيب على أفراد الهيئات الصحية المساعدة في تنفيذ توجيهاته ومناقشته للاستيضاح كلما أمكن لهم ذلك، وأن يلتزموا بحدود المهنة في مجال تخصصهم دون تجاوز.
- لا يجوز أن يتم استدعاء أي طبيب إلى المحكمة إلا ببلاغ من النقابة حصراً والنقابة هي التي تتولى الدفاع عن الطبيب أو إيقاف عمله في حال كان مذنباً.

6-9- حالات طبية

6-9-1- الإجهاض

لا يجوز للطبيب أن يساهم في إنهاء حياة المريض ولو بدافع الشفقة (بقتل المرحمة)¹³.

لا يجوز للطبيب إجهاض امرأة حامل إلا إذا اقتضت ذلك دواع طبية تهدد صحة الأم وحياتها¹⁴ (لجنة طبية).

لا تندرج الحالات التالية (مثلاً) في مسمى قتل المرحمة:
وقف العلاج الذي يثبت عدم جدوى استمراره بقرار من اللجنة الطبية المختصة بما في ذلك أجهزة الإنعاش الاصطناعي.
سرف النظر عن الشروع في معالجة يجزم بعد جدواها. (أي عدم القيام بعلاج غير مثبت طبياً، لن يحاسب الطبيب).
تكثيف العلاج القوي لدفع ألم شديد، رغم العلم بأن مثل هذا العلاج قد ينهي حياة المريض. (مثال المورفين).

6-9-2- نقل الأعضاء :

تعد عملية نقل الأعضاء من متبرع حي أو من جثة ميت من أهم وسائل إحياء النفس التي يتجلى فيها تواد أفراد المجتمع وتراحمهم وتعاطفهم، على أن تراعى فيها الضوابط الأخلاقية. وعدم بيع الأعضاء ولو كان ظفراً! لأن الإنسان ليس سلعة. أما التبرع فهو مسموح.

6-9-3- التعامل مع مرض الإيدز والأمراض السارية:

1. من حق المصاب بعدوى مرض الإيدز أو غيره من الأمراض السارية أن يتمكن من العلاج والرعاية الصحية اللذين تتطلبهما حالته الصحية، مهما كان سبب إصابته بالعدوى، وعلى الطبيب أن يلتزم بعلاجه متخذاً من الاحتياطات ما يقي به نفسه وغيره.
2. على الطبيب توعية المصاب بعدوى الإيدز أو غيره من الأمراض السارية بكيفية الحفاظ على حالته من مزيد من التدهور، وكف العدوى عن الآخرين.
3. على الطبيب الذي يعلم أنه إيجابي المصل لمرض الإيدز أو غيره من الأمراض السارية ألا يخرط في أي نشاط من شأنه المجازفة الواضحة بنقل المرض إلى الآخرين (أطباء الجراحة وأطباء الأسنان على وجه الخصوص) مع ضرورة إخبار إدارة المشفى والسلطات الصحية بذلك.
4. مع مراعاة السر الطبي فعلى الطبيب إبلاغ أحد الزوجين في حالة إصابة الزوج الآخر بالإيدز أو غيره من الأمراض السارية حسب الأنظمة المتبعة: حيث تبدأ بإقناعه أن يخبر الشريك بنفسه، وفي حال الرفض عليك أنت كطبيب باتخاذ الإجراءات كإخبار السلطات الصحية للزوم أخذ الاحتياطات.

6-10- رابعا: علاقات الطبيب

6-10-1- الزمالة الطبية والعلاقة بين الأطباء

- صلات زمالة حسنة تضمن توفر الاحترام والثقة المتبادلة.
- تحاشي وقوع ما يسيء إلى علاقات الزمالة.
- وأن يسعوا إلى حل ما قد يحصل بينهم من خلافات بطريق التفاهم الودي، وإذا استعصى ذلك رفع الأمر إلى فرع النقابة.
- يحظر على الطبيب بشكل مطلق أن يطعن بأحد زملائه.
- أو أن يردد الإشاعات التي تسيء إليه أو تؤذيه في ممارسته لمهنته.

يمنع الطبيب من السعي لاستدراج مرضى الآخرين إليه سواء أكان ذلك مباشرة أو بالواسطة.

كما لا يقبل السكوت عن يقوم بذلك لمصلحته ويعلمه.
من حق الطبيب أن يستقبل في عيادته كل المرضى دون التزام نحو أي طبيب آخر سبق له أن عالجه.

على الطبيب أن يقترح إجراء الاستشارة الطبية إذا تطلبت ظروف المعالجة ذلك.
وعليه أن يقبل إجراء الاستشارة إذا طلب المريض أو أهله إجراءها وفي كلتا الحالتين فإن الطبيب المعالج يقترح استشارة الطبيب الذي يراه أهلاً لذلك.
يمنع على الطبيب المعالج والمستشار إبداء ما يسيء إلى أي منهما لدى المريض أو ذويه.

إذا اختلفت وجهات النظر أثناء الاستشارة في أمر لم يمكن التغلب عليه يحق للطبيب المعالج أن يرفض تطبيق أسلوب المستشار في المعالجة.
يتداول الأطباء المستشارون مع الطبيب المعالج حالة المريض بمعزل عنه وعن ذويه.

مثال: إذا كان المستشار خريج جديد والمعالج طبيب قدير، فالمعالج لا يحق له أن يرفض الاستشارة فهذا الخريج الجديد هو زميل مهنة

6-10-2- صلات الأطباء بأعضاء المهن الطبية الأخرى

يجب أن تسود علاقات الأطباء بأعضاء المهن الطبية الأخرى روابط التعاون والاحترام.

مراعاة استقلال مصالح الجميع.
الحرص على عدم الإساءة إليهم مادياً أو معنوياً.
تجنب كل تدخل لا تتطلبه مصلحة المريض أو المهنة، وكل خلل يصيب هذه العلاقات يرفع إلى النقابات المهنية ذات العلاقة.
لا يجوز للطبيب الذي له عيادة أو مشفى خاص أن يشارك في أي مؤسسة دوائية أو مخبرية طبية بنفس المدينة باستثناء الشركات المساهمة العادية.

كما لا يجوز أن يمتنع عن إعطاء أي شهادة خطية بشأن أي مستحضر طبي إلا لغايات علمية وبأسلوب علمي دون ذكر الاسم التجاري للمستحضر أو اسم المصنع المنتج.

مسألة نقاش:

هناك حالات من المؤكد فيها أن الجنين سيعيش بضعة أيام ويموت من بعدها (انعدام الدماغ)، فهل يسمح بالإجهاض في مثل هذه الحالة؟
إن كان في الحمل أذية للأُم سيسمح بالإجهاض، أما إن لم يكن فيه أذية لن يسمح بالإجهاض!
أحد فوائد ذلك أن الجنين بعد أن يموت يمكن أن يتبرع الأهل بأعضائه التي ستستخدم لنفع البشرية.
وإن افترضنا أنه سمح بإجهاض هذا الجنين لعيب فيه، سيأتي بعدها من يرغب بالإجهاض لأن الجنين قصير أو غير جميل..
لا يجوز إجراء التجارب على الأجنة المشوهة، فحسب إعلان هلسنكي: "حماية حق الحياة لأي إنسان بأي شكل من أشكال الإنسانية".

6-11 - الأتعاب والأجور

يحظر على الطبيب تقاضي أجور أخفض أو أعلى من الأجور المقررة من قبل الأجهزة المهنية وذلك بقصد المنافسة. لأنه يعتبر تزويجاً ومنافسة غير شريفة.
ولكن الطبيب حر في أن يقدم خدمات مجانية عندما يدفعه ضميره إلى ذلك.
لا يجوز الإعلان عن أوقات محددة للمعالجة المجانية وللطبيب الحق في أداء واجبه مجاناً لأسباب وجدانية وإنسانية في جميع الأوقات.
يحظر الشرط على مدة المعالجة إلا في الولادات والأعمال الجراحية والمعالجات الفيزيائية وفي مراكز الاستشفاء وفي بعض حالات استثنائية تتعلق بعدد من العمليات الجراحية، والاتفاق على نجاح المعالجة ممنوع في جميع الظروف.

إذا قام طبيب آخر بمساعدة الجراح فإن له الحق في تقاضي أتعابه من أجر العملية يأخذه مباشرة أو تتضمنه فاتورة أجور العملية الجراحية على أن تحدد نسبته في التعرفة.

اجتماع الطبيب المعالج مع زميل آخر في استشارة طبية يبرر حصوله على أتعاب خاصة.

6-12- ثورة في التحديات الأخلاقية الحيوية & الكيمياء الفيزيائية Revolution in physical chemistry & bioethical challenges

في السنوات الأخيرة حصلت تطورات كبيرة في المستويات العلمية البيولوجية والبيوكيميائية وعلى مستوى الجينات.

كمعرفة أن هذا الشخص سيمرض بمرض معين من تحليل جيناته قبل ظهور الأعراض عليه بحيث أحدثت ثورة في المعلومات جعلت الطبيب يتعامل مع أمور وتقنيات بالغة الدقة تحتم علينا أن نعرف كيف هو التصرف الأخلاقي، خاصة بالنسبة لتقنيات مثل:

Femtosecond level مستوى الفيمتو ثانية

تعمل على مستوى الأجزاء الدقيقة جداً من الثانية، وهي من أحدث التقنيات التي توصل إليها العلم لدراسة الخلايا.

حيث توصل الدكتور أحمد زويل من عدّة سنوات إلى اختراع مجهر Femtomicroscope الذي يستخدم تقنية Femtosecond لدراسة الخلايا، حيث يعطي صورة دقيقة عن الخلايا في كل ثانية وكيف تحصل التفاعلات فيها كارتباط الكربون مع الهيدروجين مثلاً.

أي نقل بث حي ومباشر لكل ما يجري في الخلية، وليست صوراً ثابتة لذلك أمكن للأطباء التغيير والتصحيح في التفاعلات الحيوية الخلوية (شفاء مرض أو صنعه حتى).

فولّد هذا الأمر تحديات أخلاقية، وهو أحد التقنيات المطروحة لضبطها أخلاقياً.

Nanotechnology تقنيات النانو

هو تقنيت المكونات إلى عناصرها الأساسية على مستوى الذرات وانطلاقاً من هذه العناصر نصنع ما نريد بأشكال مختلفة.

مثال: شخص بحاجة إلى كلية، نصنع له كلية من عناصر أساسية، وبعد توقف الكلية عن العمل، يمكن إعادة تفكيكها ونصنع منها قلباً لمريض آخر بحاجة لقلب، أو مثلاً لدينا بروتين نفككه ونركب منه سكريات.

Artificial and synthetic biology البيولوجيا الاصطناعية والتركيبية

وخاصة في plastic surgery حيث يفضل أن يكون النسيج من نفس الشخص، ولكن في بعض الأحيان نضطر إلى وضع نسيج مصنعة فيجب أن نراعي ألا نثير مناعة الشخص ضدها.

Bio-modeling التصميم البيولوجي

أي تغيير موديل الأحياء.

Visualization-4D الرؤية رباعية الابعاد

المجاهر التي تحوي البعد الرابع وهو الزمن (كالمذكور سابقاً ويقاس بالـ Femtosecond).

فكل هذا التطور العلمي يجب ضبطه أخلاقياً بحيث لا يسمح لك أن تأخذ من المريض نسيجاً وتصنع منه أموراً أخرى.

كالمشيمة مثلاً فمعظم النساء تتركها في المشافي فتلقى عادة في القمامة مع العلم أنه يجب دفنها، فيتم أخذها من قبل البعض وبيعها لمراكز علمية للاستفادة من الخلايا الجذعية الموجودة فيها.



الفصل السابع

السر الطبي Medical Confidentiality

✍ يعد السر الطبي من أهم الأمور التي يجب على الطبيب أن يلتزم بها وهي أمر أساسي.

✍ ولهدف من السر الطبي هو جعل العلاقة بين المريض وطبيبه تسمو فوق كل العلاقات، وتجعل المريض واثقاً بالطبيب فيلجأ إليه بغض النظر عن نوع المشكلة الطبية التي تواجهه. ولو أحجم الناس عن البوح بأسرارهم لما استطاع الأطباء أن يعالجوهم بالشكل الأفضل.

✍ يدخل في نطاق السر الطبي كل ما يطلع عليه الطبيب من أحوال مريضه الصحية والاجتماعية والنفسية وما قد يراه أو يفهمه الطبيب (حتى لو لم يقله المريض وقام الطبيب باستنتاجه لوحده) من مريضه أثناء اتصاله المهني به من أموره وأمور غيره (زوجة المريض، أقرباء المريض...)

مثال:

- إذا عاينت مريض بحالة صحية (لديه سلس بولي) ولكن أمام الناس لا يبدو لهم هذا الأمر من خلال تدابير يقوم بها المريض، وعند اطلاعنا على المريض سنعرف بهذا الموضوع الذي لا يعرفه الآخرون. ← هذه المعلومة يجب أن تعامل كسر طبي.
- قد تذهب إلى منزل مريض لتعانيه (بحالة إسعافية مثلاً) فتراه بحالة غير الحالة التي يظهر بها أمام الناس (كأن يكون مدعياً الفقر ومنزله قصر أو العكس) ← هذه المعلومات تعتبر سر طبي.

✍ على الطبيب ألا يفشي بدون رضى مريضه معلومات حصل عليها أثناء علاقته المهنية إلا في الأحوال التي يتطلبها القانون لتشجيع الناس على استشارة الأطباء.

- الطبيب محل ثقة عند المرضى (الطبيب وكل من يعمل بالعمل الطبي، وإذا أخطأ أحد مساعدين الطبيب وأفشى سراً طبياً فيحاسب المساعد والطبيب، لأن الطبيب هو الوصي عليه).

- عدم ثقة المريض بالطبيب تجعله يخفي عنه معلومات هامة، كأن يكون لديه مرض معدي معين ولكنه يخشى أن يخبر الطبيب فيفضح سره وبالتالي لن يستطيع الطبيب معالجته بالشكل الصحيح، وعند فشل العلاج سيقع اللوم على الطبيب وليس على المريض لعدم قوله الحقيقة.

❏ لا يشترط في السر أن ينبه المريض طبيبه للحفاظ عليه، وفي حال تكلم المريض بالأمر يجب على الطبيب طمأنته أن حفظ السر هو من أصول العمل الطبي.

- وسنطبق المبادئ الأساسية الأربعة في الأخلاقيات الطبية التي هي:

1. احترام الاستقلالية الذاتية Autonomy

2. تغليب المنفعة (الإحسان) Beneficence

3. تجنب الضرر Nonmaleficence

4. العدالة Fairness

ما هي المعلومات التي يتوجب على الطبيب كتمها (الأسرار الطبية):

❏ اسم المريض والمريض.

لا يمكن أن نقول، جاء إلي السيد فلان الفلاني وكان لديه التهاب كبد C مثلاً (حتى لو كان مرضاً شائعاً)، لكن يمكن أن تذكر اسم المرض دون تحديد المريض أو العكس، إلا بإذن المريض (الموافقة الشفهية كافية).

❏ التصريح بما يشير إلى المرض من دواء أو علاج.

كأن نقول جاءني المريض فلان وأعطيته كولشيسين مثلاً، في هذه الحالة تكون لمحت إلى المرض المصاب به.

❏ التصريح باسم المستشفى الذي يتعالج فيه فقد يشير إلى المرض.

مثال: جاءني المريض فلان وحولته إلى مشفى ابن سينا مثلاً، هنا تلميح إلى نوع المرض المصاب به المريض، لأن ابن سينا مشفى متخصص بالأمراض العقلية.

❏ التصريح باسم الطبيب الذي أحيل إليه المريض.

❏ التصريح باسم المستوصف الذي أحيل إليه المريض.

كالمستوصفات التي تحوي مركز لمعالجة السكري مثلاً أو اللشمانيا أو غيرها من الأمراض.

٢٤ كتمان مستوى حياة المريض وأسرارها.

ربما كان ذكر اسم الدواء أو الطبيب المحال إليه أو المشفى أو المستوصف إشارة إلى المرض الذي يعاني منه هذا الشخص فيفهمها الناس وينكشف سر المريض.

يجوز إفشاء سر المهنة بأحد الأسباب التالية:

(1) للمريض نفسه لما يتعلق به من مرضه أو مستقبله (خصيصاً في الامراض المعدية وتوعيته)، وهذا الأمر من واجبات الطبيب، ولكن يجب عدم صدم المريض أو تحديد موعد موته بدقة مثلاً. الأسلوب يجب أن يعطي أمل للمريض ويقنعه أن يتابع علاجه.

(2) للوصي أو الولي فيما يتعلق بسر مريض قاصر أو غير مدرك (التعامل بأفضل الأولويات).

لذوي المريض إذا عُرف أن لهذا الإفشاء فائدة في المعالجة أو كانت حالة المريض لا تساعد على إدراك ذلك، فإذا كان المريض بحالة نفسية سيئة ويأس يخبر الطبيب ذويه فيساعدون المريض نفسياً على تقبل وضعه ثم يعود الطبيب ويتدخل لإيصال الموضوع كاملاً للمريض. وفي حالات معينة يمكن أن تكون حالة المريض لا تساعد على إدراك وضعه فنستعين بالأهل.

مثال: في حالة مريض اكتئاب، يمكن أن ينتحر المريض بالدواء الموصوف له نفسه، لذلك هنا نضطر أن نخبر أحداً من ذويه كي يتولى الإشراف عليه (أكثر حالات الوفيات بالسموم هي مضادات الاكتئاب، بالدرجة الثانية تأتي المسكنات..).

(3) أثناء خبرة طبية قضائية أو طبابة شرعية، فإذا طلب منك القاضي معلومات طبية حول شخص ما لا بد لك من البوح بكل ما يفيد هذه الحالة فربما ادعى الشخص أنه كان تحت تأثير المخدرات عندما قام بجريمته فواجبك أن توضح للقاضي هل هذا الادعاء صحيح أم لا.. ننتبه إلى الإجابة على سؤال القاضي فقط وليس ذكر كل المعلومات الطبية للمريض.

ننتبه أنه هنا يجوز البوح بالسر وليس يجب، أي يحق لك البوح ويحق لك السكوت. فإذا وجد الطبيب أن البوح لذوي المريض مثلاً سيزيد المشكلة سوءاً (كأن يكون هناك تعنيف أو ما شابه تجاه المريض)، يمكنه التزام الصمت.

إذا موضوع البوح أو عدمه يعود إلى الطبيب وهو من يقرر ذلك حتى لو كان هذا الأمر أمام القضاء يحق للطبيب التزام الصمت. فالطبيب محصن من القانون سواء قال السر أم لم يقل.

(4) لأغراض علمية وللبحوث الطبية دون ذكر الأسماء والصور المعرفية (بالإضافة لتغطية العيون في الصورة يجب أيضاً إزالة أي علامة مميزة للمريض كشعر مميز أو شامة أو ندبة أو غيره).

(ففي البحث العلمي يجب أخذ موافقة المريض والمؤسسة القائمة على البحث مع عدم ذكر اسم المريض وإنما تذكر الحالة المرضية فقط وحتى لو وافق المريض على ذكر اسمه يجب ألا يذكر لأن هذا يعتبر تشهير ويمكن أن يؤثر على أقربائه).

(5) يمكن للطبيب أثناء تأدية الخبرة الطبية أن يذكر سوابق المريض المفحوص المرضية (مخدرات، كحول، عمليات جراحية، سوابق عائلية، سوابق طلق ناري، إيدز....) إذا حصل على طلب خطي من قبل القضاء يسمح له بذلك.

فقد يكون المريض المفحوص له علاقة بجرم معين وأراد القضاء التحقق من تاريخه وسوابقه، فيتم سؤال الطبيب الذي كان مشرفاً على علاجه في تلك الفترة (عندما تعرض للطعن مثلاً) عن الندبات وغيرها...

الفرق بين النقطة 4 و 6 أنه في النقطة 4 تكون المعلومات مطلوبة من القضاء نفسه لتشخيص حالة حالية أو إبداء رأي طبي في الأسباب أما في النقطة 6 فالمعلومات مطلوبة لجهة أخرى ولكن لا بد من أخذ الموافقة من القضاء.

(6) إذا كانت القوانين النافذة تنص على إفشاء مثل هذا السر، فهناك بعض الأمراض مسموح قانونياً الإفشاء بها سواء كانت أمراض سارية أو غير سارية.

(7) أو صدر قرار بإفشائه من جهة قضائية، كأن يقول القضاء أي شخص مصاب بالإيدز فأخبروا عنه.

(9) إذا كان الغرض من إفشاء السر منع وقوع جريمة، فيكون الإفشاء في هذه الحالة للسلطة الرسمية المختصة فقط.

سواء كان المريض هو من سينفذ الجريمة أو ستنفذ جريمة فيه، أو قد يكون لدى المريض مرض معدي ولكنه ينوي إيذاء الآخرين به.

10) إذا كان إفشاء السر لدفع الضرر عن الزوج أو الزوجة، على أن يبلغ به في حضورهما معاً، وليس لأحدهما دون الآخر (أحد الزوجين مصاب بالإيدز مثلاً). فلا نثق هنا بكلام المريض بأنه سيخبر زوجته أو زوجها بدون الطبيب.

يفضل أن يحاول الطبيب قدر الإمكان إقناع المريض بإخبار زوجته، ولكن في حال رفض يتم الإبلاغ من خلال السلطات الرسمية.

الطبيب غير مسؤول عما يقع بين الزوجين من مشاكل بعد الإخبار عن المرض من طلاق وغيره، وذلك لأن حماية صحة المريض هو الأولوية، فالغاية دائماً ألا نوذي ولكن في حالة وجود أديتين نختار أقلهما ضرراً.

11) إذا كان الغرض من إفشاء السر هو دفاع الطبيب عن نفسه أمام جهة قضائية وبناء على طلبها بحسب ما تقتضيه حاجة الدفاع.

لعلّ ربما ادّعت مريضة على طبيب أنه حاول الاعتداء عليها وهي تحت التخدير ففي هذه الحالة لا يستطيع الطبيب الدفاع عن نفسه إلا بكشف حثيات القصة، ويكون هناك لجنة طبية تؤكد كلام الطبيب. قد تكون عانت من أهلاسات بسبب التخدير والحادثة لم تقع فعلياً.

لعلّ أيضاً يجب عدم القيام بأي إجراء طبي من دون وجود شخص ثالث (ممرض أو مساعد طبي).

12) إذا كان الغرض من إفشاء السر منع نقشي مرض معد يضر بأفراد المجتمع، ويكون إفشاء السر في هذه الحالة للسلطة الصحية المختصة فقط. علاقتنا مع المريض هي علاقة مقدسة وقد أقسمنا على صون هذه العلاقة.

7-1- الأحوال التي تجيز إفشاء السر الطبي:

1. الأمراض السارية.
2. الولادات والوفيات.
3. الجرائم الواقعة على أمن الدولة.
4. الجنايات والجرح، فهما قضايا شرعية.
5. الأمراض المهنية.

6. لذوي المريض، ولكن بموافقة.

7-1-1- الأمراض السارية:

وتصنف الأمراض السارية في ثلاث فئات حسب أولوية الإخبار عنها:
أمراض سارية واجب البلاغ عنها هاتفياً أو برقياً خلال 24 ساعة.
أمراض سارية واجب البلاغ عنها خطياً (وليس من الضروري أن يبلغ خلال 24 ساعة).
أمراض سارية واجب البلاغ عنها اختيارياً.
وسنضرب أمثلة على كل منها:

7-1-1-1- أمراض سارية واجب الإبلاغ عنها هاتفياً أو برقياً خلال 24 ساعة.

وذلك لخطورتها فقد تنتشر بسرعة رهيباً نقوم بالإبلاغ. ويصنف في هذه الفئة:

الكوليرا

الطاعون

التيفوس

الحمى الصفراء

الحمىراجعة

أمراض تماثلها في سرعة العدوى والانتشار مثل كوفيد - 19
الأمراض التي تنتقل بالهواء والطعام والشراب بشكل سريع
التيفوس: هو أحد الأمراض التي تنتقل بواسطة البراز أو البول بعدوى هائلة، وسببه جراثيمي ينتقل بالطريق الهضمي.
تتغير هذه القائمة كل شهرين أو ثلاثة أشهر من قبل وزارة الصحة أو مديريات الصحة، وليس من الضرورة أن تكون القوائم ذاتها بين المحافظات.
لا بد من معرفة الأمراض التي يجب التبليغ عنها عند افتتاح عيادة.

مثال: يضاف لهذه القائمة في دمشق: شلل الأطفال، التهاب الكبد الفيروسي، الإيدز، السعال الديكي، الحمى المالطية.
يجب الإبلاغ حتى لو أخذ التزام من المريض بعزله، فربما جرى تماس مع المريض من قبل شخص ما قبل تشخيص حالته، فالتبليغ يضمن بحث السلطة الصحية عن العدوى.

7-1-2- أمراض سارية واجب الإبلاغ عنها خطأً:

وليس من الضروري أن يبلغ خلال 24 ساعة. ويصنف في هذه الفئة:

التهاب سحايا

حمى تيفية

خناق

حمى مالطية

شلل الأطفال

التهاب الكبد الفيروسي

سل

كلب

جدام

حصبة المانية

سعال ديكي

كزاز

بلهارسيا

لاشمانيا

إيدز

7-1-1-3- أمراض سارية واجب الإبلاغ عنها إختيارياً:

- + الزحار
- + التراخوما
- + الجمرة الخبيثة
- + التهاب الدماغ الحاد
- + الحمى القرمزية
- + الأمراض الزهرية إذا:

لم يواظب المريض على المعالجة.

إمكان نقل المرض للغير .

فلو جاء مريض مصاب بالتهاب بالبنّيّات أو بالسيفلس يمكن للطبيب أن يبلغ عنها أو لا.

إذا اتفق الطبيب مع المريض بالالتزام بالعلاج وعُزل نفسه وتأكّد الطبيب من ذلك فلا ضير من عدم التبليغ، وعند ملاحظة الإخبار عن الولادات والوفيات:

خلال 15 يوماً في المحافظات (حالياً وفي ظروف الحرب تم تمديدتها إلى 30 يوماً).

خلال 30 يوماً خارج المحافظات (الضعف).

لا يذكر اسم المريض أو أي بيان لطبيعته إذا كان في ذلك إفشاء لسر المهنة. عندما يتوفى أحدهم يذكر اسم المتوفي وإذا كان هناك مرض يمس بكرامة المتوفي لا يشار إلى المرض وإنما نكتب أنه توفي بمرض جرثومي مثلاً (بدلاً من السيفلس).

ويكتب خطياً ويرسل إلى الجهات الصحية ووزارة الداخلية (أي يحدد المرض لهذه الجهات).

عندما نعجز عن تحديد سبب الوفاة نكتب أنه غير محدد.

على الطبيب أن لا يعطي شهادة موت تذكر اسم المريض أو بياناً لطبيعته بصورة صريحة إذا كان في ذلك إفشاء لسر المهنة (أو إذا كان ذلك يثير مشكلة)، بل تعطى لاحقاً إلى السلطات الصحية، إلا إذا أجبرته الدولة على ذلك في القانون. هناك بروتوكول معين لكتابة سبب الوفاة، لكنه غير معتمد إلى الآن في سوريا وبعض الدول العربية يسمى: International Customization of Disease (ICD).

وقد وُضحت كيفية كتابة تقارير وشهادات الوفاة في الـ ICD10 والـ CD11 وذلك كالتالي:

يقسم سبب الوفاة حسب الترتيب الآتي في جدول:

- A سبب الوفاة الذي كان مسيطراً آخر ساعة، وينجم عن السبب B.
- B السبب الذي كان مسيطراً في آخر أيام المريض، وينجم عن السبب C.
- C السبب الذي كان مسيطراً في آخر شهور أو سنوات المريض.

مثال: توفي شخص ما وكان يعاني من دوالي المريء ومات بنزيفها، فسبب الوفاة نزيف هضمي علوي ناجم عن دوالي المريء التي تمزقت، والتي تمزقت بسبب... (وهو الأساسي).

ففي شهادة الوفاة وعندما يكون المرض جارحاً لكرامة الميت يمكننا استخدام سبب الوفاة A أو B بدلاً من C (أي نزيف أو نزيف هضمي علوي).

ويفترض أن نكتب الأسباب كاملة عندما نرسلها إلى السلطات الصحية.

من غير المنطقي أن يسجل سبب الوفاة "توقف قلب وتنفس"، فأَي مريض يموت يتوقف قلبه وتنفسه! لكن هذا السبب ما زال يكتب مع الأسف.

فلولا أن القضاء اليوم يقوم بتسجيل أن الشخص توفي بشظايا لضاعت حقوق الكثير من الناس بمجرد الاعتماد على التقارير الطبية.

شهادة الوفاة تُعطى فقط لمن يحق لهم أخذها وهم: وزارة الداخلية وأهل المريض بحال التأكد بأنهم سيحافظون على السر.

أسباب الوفاة فيها أسباب مباشرة وغير مباشرة لأسباب الوفاة.

فلا نعطي معلومات غامضة أو غير صحيحة لأسباب الوفاة، إما أن نسجل "غير محدد" أو نسجل السبب.

وعدم التحديد ليس عيباً، فـ5% من أسباب الوفيات في MYOCLINC غير محددة، بل هو مجال بحث علمي لمعرفة سبب وفاتهم.

الإخبار عن الجرائم الواقعة على أمن الدولة والجنايات والجرح:

جرائم القتل.

الإيذاء.

الإجهاض، فهو يعتبر من الجرائم.

7-1-2- إفشاء السر الطبي لذوي المريض:

في حال وجود فائدة في المعالجة من إفشاء السر الطبي.

في حالات المرضى الذين لا تساعد حالتهم على إدراك فائدة العلاج.

في حالات المرضى النفسيين. وذلك لتوعية الأهل بالتوهمات و الإهلاسات التي قد يعاني منها المريض (كأن يتوهم بأنهم يضعون له السم في الطعام).

بعض المهن التي تحتاج لانتباه في حال الإصابة، فعدم معرفة إدارتهم المهنية بالإصابة تعني وجود خطر على الناس أو إصابتهم بالنوبة أثناء العمل (صرع أو خناق صدر أو اكتئاب..) تؤدي إلى حوادث خطيرة.

7-1-3- السر الطبي والمرضى القصر:

ونتعامل مع الحالة هنا حسب العمر، فنحدد إذا كان العمر 15-18 أم 12-15 أم

>12، ونقوم بالنقاش معه ومع أهله حتى نصل إلى تسوية.

ملاحظات:

على الطبيب عندما يطلب منه المرضى القصر تلقي العلاج سراً دون إخبار أولياء

أمورهم، أن يعمل على التعرف على سبب رغبة المريض في عدم إطلاع أهله على

حالته، وأن يشجعه على إشراك الأهل، وأن يعمل على تصحيح المفاهيم الخاطئة لديه.

من حق الطبيب أن يعالج المرضى القصر، ومن حقّه أن يُحجم عن التصريح بأي معلومات قد تؤدي إلى إلحاق الضرر بالقاصر، إلا إذا كانت القوانين النافذة تقضي بغير ذلك.

على الطبيب إخطار المريض والحصول على موافقته المستتيرة المبنية على المعرفة كتابةً قبل تقديم أية معلومات عنه لأطراف أخرى مثل الباحثين أو شركات الأدوية أو مؤسسات جمع البيانات (بحث عن موضوع معين، هنا لا يحق لك أن تعطي المعلومات إلا بعد موافقة المريض).

7-1-4- السر الطبي والتأمين:

تحاول شركات التأمين معرفة حال المريض لأن عليها الدفع، لكن ذلك لا يعطيها الحق بمعرفة كل الأسرار الطبية فهناك حدود لما يجب أن تعلمه. لا تعطي أي معلومة لشركات التأمين إلا بموافقة المريض أو محاميه، حتى لو أتى محامي شركة التأمين.

إن موضوع التأمين في سوريا حديث نسبياً وعلاقته مع السر الطبي تمثل مشكلة حقيقية للمرضى وشركات التأمين، فشركات التأمين في سوريا لا تؤمن على المرضى بعد سن 65 وهذا تصرف لا أخلاقي إطلاقاً لأن في ذلك شكلاً من أشكال التحيز وعدم العدالة.

وكذلك في دول الخارج تسعى شركات التأمين للحصول على معلومات عن حالة المريض

فمثلاً: مريض لديه احتشاء عضلة قلبية ستمتنع شركة التأمين عن كفالته وربما ستقدم هذه المعلومة لرب عمله ممّا يجعل المريض يفقد عمله إضافة لتأمينه الصحي. من ناحية أخرى نجد أن لشركات التأمين الحق في بعض الأحيان في الحصول على معلومات الزبون.

فمثلاً: شخص لديه تأمين صحي ولكنه لم يستفد منه فأراد أن يفيد أخاه أو أحد أقاربه بجعل معالجتهم على حساب شركة التأمين وهذا تصرف غير قانوني، ففي إحدى الدول كان ضمن نفقات إحدى شركات التأمين 3000 حالة إجهاض وولادة لذكور !! (ما

يحصل هنا أن سيدة تأتي للمستشفى ليس لديها تأمين فيقوم زوجها أو أخوها بوضع بطاقة التأمين الخاصة به لتسديد الكلفة فتسجل الولادة باسم رجل وليس أنثى!!...).

يجوز للطبيب مناقشة حالة المريض والتشخيص والعلاج والتوقعات الخاصة بتطور الحالة مع محامي المريض وليس محامي شركة التأمين، شريطة موافقة المريض أو ولي أمره على ذلك.

في الدول المتقدمة يوجد لكل عائلة محامي خاص بها مما يجنبها الكثير من المشاكل.

لنفترض أننا في سوريا يوجد لكل عائلة محامي خاص موكل بقضاياها، لا يحق لك أن تتكلم بأي شيء أمامه عن مرض أحد الأفراد إلا بموافقة المريض على ذلك. يجوز للطبيب الكشف عن معلومات خاصة بحالة المريض لمندوب شركة التأمين شريطة موافقة المريض أو من يمثله قانونياً على ذلك كتابةً، وعلى أن يقتصر الكشف على المعلومات المتعلقة بالبند التأميني فقط، وعلى الطبيب أن يقوم بتبصير المريض بما قد يترتب على كشفها قبل أن يقوم بذلك.

7-1-5- عناصر إفشاء السر الطبي:

- إفشاء السر الطبي.
 - حصول الطبيب على هذه المعلومات خلال ممارسته المهنة.
 - وقوع ضرر مادي أو معنوي لصاحب العلاقة نتيجة إفشاء السر.
- إذا أفشى الطبيب سراً طبياً ولم يحصل ضرر مادي أو معنوي على المريض فلا مشكلة. تنفي الجريمة عن الطبيب بنفي أحد هذه الشروط. لذلك يتمتع الطبيب بنظام حماية عالي لوجوب توافر الشروط الثلاثة مجتمعة.

الشهادة أمام القضاء:

تفرض المادة 565 من قانون العقوبات السوري أن كتم أسرار المهنة ضروري. تفرض المادة 398 من قانون العقوبات السوري قول الحقيقة في شهادته. فللطبيب حرية الاختيار أمام هذا التناقض الواضح، يمكنه قول السر الطبي أو كتمه أو البقاء محايداً بأن يصمت، وذلك حسب ضميره المهني.

والصمت ليس فضحاً للسر الطبي أو كتماً له فهو يدفع القضاء للنظر في أدلة أخرى.

7-2- السر الطبي والمعلوماتية

على الطبيب وسائر العاملين في المجال الصحي بذل كل جهد ممكن للمحافظة على سرية جميع التقارير الطبية، بما في ذلك التقارير التي تخزن في ذاكرة أجهزة الحاسوب.

ولا يجوز أن يتم إدخال المعلومات إلى سجل الحاسوب إلا من قبل الأشخاص المخولين بذلك وحدهم، ويراعى تحديد تاريخ وتوقيت أي إضافة لمعلومات جديدة، كما يراعى تسجيل اسم الموظف الذي قام بالتعديل أو الإضافة.

يجب إخبار المريض أو من ينوب عنه بوجود نظام تخزين البيانات على الحاسوب بالمشأة الصحية، على أن يكون ذلك قبل أن يقوم الطبيب المعالج بإرسال المعلومات لقسم الحاسوب الذي يخزنها.

كما ينبغي أن يُحدّد مسبقاً جميع الأفراد والجهات التي يمكنها الوصول إلى المعلومات، ويعدّ التصريح بكل هذه المعلومات للمريض أمراً ضرورياً للحصول على موافقته، وتبعاً لمدى حساسية بيانات

المريض يُراعى اتخاذ الاحتياطات الأمنية التي تمنع تسرب المعلومات أو وصول أفراد آخرين إليها.

كما يجب تزويد الأجهزة الحاسوبية بأنظمة حفظ واسترجاع المعلومات لتجنب ضياعها في حال حدوث خلل في البرامج أو عطل في مخدّم الحاسوب Server.

7-3- محو البيانات والتخلص منها

إذا تم إلغاء أحد الملفات بناءً على طلب المريض أو غيره فيجب إعطاء صورة مطبوعة من الملف الملغى للطبيب المعالج أولاً.

يجوز محو المعلومات المخزنة على الحاسوب أو التخلص منها حال التأكد من حيابة الطبيب لصورة لها (مطبوعة أو مخزنة على حاسوب أو على أسطوانة CD).

وعند محو الملفات يجب أن يقوم قسم الحاسوب بإخطار الطبيب كتابياً بإتمام عملية المحو.

ويحق للمريض طلب محو بعض المعلومات الخاصة به في إطار القوانين النافذة. يجب إتخاذ كافة التدابير الصارمة التي تمنع الوصول إلى قاعدة البيانات، بما في ذلك وضع النظم الرقابية اللازمة لاكتشاف محاولات النفاذ على قاعدة البيانات من جانب أي فرد أو جهة ليس لهم الحق.



الفصل الثامن

الموافقة المستنيرة Informed Consent

هي Consent وليست عقد أو مصادقة، فالعقود تنقسم دائماً بالبنود الجزائية، أما الموافقة فلا يوجد لها بنود أي إذا لم يلتزم المريض فهو حق له ولا يُقاضي.

هي بمثابة الهيكل العظمي لكل الأخلاقيات الطبية المتعلقة بالتعامل مع المرضى والزملاء وحتى البحث البحث العلمي.

الموافقة المستنيرة موضوع سريري بحث ويجب علينا معرفته وإتقانه لنبدأ بتطبيقه من السنة القادمة حتى نهاية حياتنا المهنية.

و سيكون حديث فصلنا هذا منصباً على النقاط التالية:

1. ما هي الموافقة المستنيرة.
2. مفهوم الموافقة المستنيرة.
3. وجهة نظر القانون للموافقة المستنيرة.
4. الكفاءة.
5. قياس الكفاءة.
6. الأطفال والموافقة المستنيرة.
7. المريض ناقص الأهلية.

نقاش: هل يوجد موافقة مستنيرة للأطفال؟

الجواب: أعاملهم بمفهوم أفضل الأولويات وليس بالموافقة المستنيرة لأن الموافقة هي شرط للعقل والواعي، و هل من الكافي أخذ موافقة الأهل؟ إن موافقتهم لا تُعتبر موافقة مستنيرة فقد يختلف رأيي كطبيب عن رأي الأهل ويحول الموضوع حينئذ لإدارة المشفى أو الإدارة الصحية.

8-1- واجبات الطبيب تجاه المريض

- (1) احترام المريض وحفظ حياته.
- (2) ضمان خصوصية المريض.

(3) الرعاية الشاملة للمريض، لتحقيق غاية عظمى وليس نتيجة جزئية.

(4) احترام استقلالية المريض (الأهم بالنسبة للموافقة المستنيرة).

(5) تبصير المريض بطبيعة مرضه.

(6) حماية مصلحة المريض.

(7) كتمان سر المريض.

• وسنطبق المبادئ الأساسية الأربعة في الأخلاقيات الطبية التي هي:

1. احترام الاستقلالية الذاتية Autonomy

2. تغليب المنفعة (الإحسان) Beneficence

3. تجنب الضرر Nonmaleficence

4. العدالة Fairness

8-1-1- احترام استقلالية المريض:

لا يجوز معالجة المريض دون رضاه (فرفض المريض للعلاج هو دليل على عدم قدرة الطبيب على الإقناع أي المشكلة هنا تكمن في الطبيب وليس في المريض، لذلك من الضروري أن يتمتع الطبيب بمهارات التواصل ليتكمن من إقناع المرضى بضرورة معالجتهم وبالخيارات المتاحة أمامهم) فيما عدا:

الحالات التي تتطلب تدخلاً طبياً طارئاً و بتعذر فيها الحصول على الموافقة لأي سبب من الأسباب (قد يكون المريض في حالة سبات أو تخطيط ذهني أو عدم استقرار إحدى العلامات الحيوية مع وجود الوعي).

المقياس المعتمد لتحديد درجة الوعي يسمى الـ Glasgow Coma Score (GSC): فإذا كانت درجة وعي المريض بين الـ 3 والـ 8 يعتبر الوعي غير موجود والمريض بحالة خطيرة، أما بي الـ 9 والـ 12 فهنا تكون درجة الوعي متوسطة moderate ولكن المريض ما زال غير قادر على المحاكمة العقلية، أما الدرجة 13 حتى 15 هنا يمكن التواصل مع المريض وأخذ الموافقة المستنيرة.

إذا كان مرضه معدياً، ففي هذه الحالة إقناع المريض يكون فقط من باب المعاملة الحسنة وليس واجباً على الطبيب، لأن المرض معدي ويؤثر على الأشخاص الآخرين.

إذا كان مرضه مهتدداً للصحة أو السلامة العامة:

مثال: حالات التعرض لجسم مشع في علاجات الدرق وغيرها، فقد يصبح المريض مصدراً للإشعاع مؤذياً من حوله وعندها يجب عزل المريض وعزل فضلاته حتى في حال عدم موافقته.

أو حالات التلوث بأسلحة بيولوجية.

ويتحقق رضی المريض بـ:

1) بموافقته الشفهية أو الضمنية إن كان كامل الأهلية وفقاً للقانون (أمثلة على الموافقة الضمنية: مريض أردت قياس ضغطه أو نبضه فمدّ يده إليك فهو موافق ضمناً على إجراء القياس حتى ولو لم يقل ذلك).

(2) أو بموافقة أحد أقربائه من الدرجة الأولى وحتى الدرجة الثالثة في حالة كونه قاصراً أو فاقداً للوعي أو فاقداً لأي شرط من شروط الأهلية وهنا لا تُعتبر موافقة مستتيرة بل تسمى أفضل الأولويات.

إذا كان المريض كامل الأهلية لا تقبل الموافقة إلا منه شخصياً، وحتى إذا كان لا يستطيع القراءة مثلاً فيجب أن يحضر مترجماً من اختياره هو يقرأ له ويفهمه، وحتى نتأكد من فهم المريض لما وافق عليه يمكن أن نسأله بعض الأسئلة عن الموافقة، فإذا لم يعرف فتعتبر الموافقة غير صالحة.

وتكون الموافقة كتابية في:

1. العمليات الجراحية.
2. وكذلك في العلاج "كيميائي، شعاعي، دوائي".
3. والفحوصات التي قد تتجم عن أي منها آثار جانبية "بزل قطني، خزعة، سحب الدم".

8-1-2- أهمية موافقة المريض:

- ❖ على الطبيب ألا يرغم المريض على علاج معين دون موافقته، حتى لو كان هذا العلاج هو الأفضل للمريض (بتوافر الأهلية العقلية).
- ❖ وعليه أن يقدم البدائل التي يقبلها المريض في حال رفضه إحدى طرق العلاج، ففي حال لم تستطع إقناعه بما تراه الحل الأفضل فعليك احترام رغبته فهذا جسده هو (وليس على مبدأ نظرية المنفعة حل وحيد، فالتعامل هنا بنظرية الواجب).
- ❖ على الطبيب في حالة رفض المريض للعلاج أن يشرح له الآثار المترتبة على عدم تناوله للعلاج والتطورات المرضية المترتبة على ذلك بصدق وعدم مبالغة (فيجب ألا يستغل الطبيب أنه يعرف أكثر من المريض ويوهمه بأمر ليس صحيحاً لتحقيق مكاسب معين).
- ❖ كما عليه أن يسجل إقرار المريض في حالة رفضه وبوقوع الطبيب وهيئة التمريض على ذلك في الملف الطبي حتى يخلي الطبيب مسؤوليته ويكتب في ملفه أن المريض غير متعاون.

❖ على الطبيب ألا يرغم المريض على توقيع بيانات في الملف الطبي دون رضاه (فيجب على المريض قراءة البيانات وفهمها ومن ثم له حرية الموافقة والتوقيع، فقد يجد المريض مثلاً علاج أو استقصاء معين موضوع في الملف الطبي ولكنه لم يتلقاه فعلياً).

مثال: مريض تتطلب حالته إجراء تنظير مثلاً، ولكنه رفض وفضل إجراء آخر جراحي أو محافظ، فعلى الطبيب هنا أن يتيح جميع الخيارات للمريض ويشرح له فوائد كل إجراء وأثاره الجانبية ليقرّر، كما يجب على الطبيب أن يسجل رفض المريض للإجراء في الملف الطبي، لأنه في حال طلب الاستشارة بعد ذلك قد يسأل أحد المستشارين عن عدم إجراء التنظير (الإجراء الأفضل في هذه الحالة) وبذلك يخلي الطبيب المعالج مسؤوليته.

8-1-3- حقوق المريض والعائلة:

• في مجتمعنا خاصة تتضخم أهمية معرفة حدود حقوق العائلة، لأن العائلات تتدخل في أدق التفاصيل المتعلقة بالمريض، فمهما كان المستوى العقلي للمريض عالياً يبقى تدخل العائلة كبيراً.

• لا يجب على الطبيب أن يخضع أبداً لآراء العائلة طالما أن المريض يحقق شروط الكفاءة.

• يمكن أن يتناقش الطبيب مع أقرباء المريض بعيداً عن المريض ولكن هذا ليس من واجباته، أي إذا لم يسمح له وقته أو لم يرد ذلك فليس هنالك ما يجبره على هذا النقاش.

• مثلاً: يمكن أن يطلب المريض أن يحضر معه أحد ليتناقش مع الطبيب، هنا بإمكان الطبيب رفض الأمر، وإذا لم يقبل المريض غير ذلك، يمكنه للطبيب أن يعتذر عن معالجة المريض.

• الطبيب محددة علاقته بأن يتناقش مع المريض فقط.

يمكن أن يرى أهل المريض أنه غير مؤهل عقلياً ولكن يكون للطبيب رأي آخر، فيرى المريض يحقق شروط الكفاءة مثلاً، هنا يحصل اختلاف بين رأي الطبيب والأهل.

وتتمثل بالنقاط الآتية:

- ❖ الحقوق الأساسية.
- ❖ حق المشاركة في صنع القرار: فيحق للعائلة المشاركة في صنع القرار وعلى الطبيب أن يشرح لهم حيثياته كما يشرح للمريض.
- ❖ حق منح الموافقة المستنيرة.
- ❖ حق تدبير الشكاوى والمعضلات.
- ❖ حق التعامل مع عاملين مدربين.
- ❖ الحقوق المتعلقة بالبحوث الطبية: فيجب إعلامهم في حال استخدام العينات المأخوذة في البحوث الطبية أو عندما يكون المريض بحد ذاته هو جزء من البحث. بعض القضايا في البحث العلمي تمتد للعائلة، كالبحوث الوراثية وغيرها..
- ❖ الحقوق المتعلقة بالتبرع بالأعضاء: عندما تكون حالة المريض ميؤوس منها أو تحول إلى موت دماغي فعائلته الحق بالتبرع بأعضائه.
- حتى في حال أراد المريض التبرع بأعضائه في أثناء حياته (كأن يقرر التبرع بأحد الكليتين) هنا يكون للعائلة رأي في الموضوع، لأنهم سيتأثرون مباشرة في حال أثر هذا التبرع على صحة المريض وكفاءته..

8-2- الموافقة المستنيرة في الحياة العملية:

غالباً ما يقلق طلاب الطب عند أول مقاربة جراحية بخصوص موافقة المريض. فيجب أن يعلموا ضرورة أخذ موافقة المريض خطياً من قبل الأطباء كإجراء أساسي.

كما أن للمريض الكفاء عقلياً حق:

1. رفض الفحص، إذا رفض المريض الفحص، أي ملامسة له تعتبر اعتداء، وتحاسب عليها كجناية.

كأن ترفض بعض النساء أن تفحص من قبل طبيب وتطلب أن تفحصها طبيبة، هنا يجب احترام رغبتها، وهذا الأمر لا يقلل من شأن الطبيب ولا يرفع من شأن المريض، ولا علاقة هنا للخير والشر والشرف والأخلاق، الأمر هنا هو فقط احترام رغبات المريض.

فالتبيب ليس في موضع تقييم لأخلاق المرضى، يجب على الطبيب أن يبقى دائماً على الحياد، ويجب عليه أن يحترم كل العقائد والمعتقدات والرغبات، واحترامها لا يعني الاقتناع بها.

2. رفض الاستقصاءات. كأن يرفض المريض أخذ عينة دم أو بول... ومن واجب الطبيب إقناع المريض بضرورة الاستقصاء.
3. رفض المعالجة.

يستند مفهوم الموافقة المستنيرة على مبدأ احترام استقلالية المريض.

موافقة المريض أساسها الأخلاقي هو جوهر العلاقة بين الطبيب والمريض، وهي مفتاح اختبار درجة احترام استقلالية المريض، فكلما التزمت أكثر بالموافقة المستنيرة للمريض كلما زاد احترامك لاستقلالية المريض.

- يجب أن يكون عند الطبيب قدرة كبيرة على ضبط الذات، ففي كثير من الأحيان يكون التفاهم مع المرضى صعباً، وهنا تأتي أهمية مهارات التواصل.
- من أهم المهارات هو الاستماع إلى المريض بالشكل الصحيح أي listening وليس hearing. بالإضافة إلى التواصل عن طريق الأعين وعدم الهرب من النظر إلى المريض بشكل مباشر، إذا كان المريض لا يستطيع التواصل بشكل صحيح فيكون لديه مشكلة معينة..
- الثقة تمنح ولا تطلب، فيجب ألا يطلب الطبيب من المريض أن يثق به، فمن يطلب الثقة لا يكون أهلاً لها، بل يجب أن يقنعه بالثقة به من خلال التعامل معه.

8-2-1- معايير الموافقة المستنيرة

للموافقة المستنيرة ثلاثة معايير تحدد صلاحيتها:

1. مبلّغة: أي يجب أن تُبلّغ للمريض قبل وقت كافٍ يسمح له بالتفكير فيها (قبل 24 ساعة على الأقل).
 2. صادرة عن كفاءة: أي يجب أن يكون المريض مؤهلاً عقلياً لإعطاء موافقة صالحة.
 3. طوعية: صادرة بشكل طوعي عن المريض دون إكراه أو تهديد أو ترغيب.
- مثال: أن تعرض على المريض إجراء عملية جراحية له بشكل مجاني شرط أن يسمح لك بإجراء جراحي تجريبي جديد عليه، ففي هذه الحالة انتفت صفة الطوعية.
- مثال آخر: أن تعرض على المريض أن يدخل في دراسة تجريبية مجانية شريطة أن يستمر وإن أراد الخروج منها فعليه أن يدفع الشرط الجزائي، فلم تعد طوعية بسبب وجود المحفزات.
- أي لتكون الموافقة صالحة: على الطبيب أن يكشف المعلومات للمريض، وأن يكون المريض واعٍ وكفاء وذو أهلية، وأن يفهم المريض المعلومات ويتخذ القرار طوعية.

8-2-2- الموافقة Consent والمصادقة Assent:

- ✍ الموافقة المستتيرة هي نمط من أنماط الأفعال.
- ✍ ويجب التفريق بين الموافقة والمصادقة Consent & Assent.
- ✍ فالمريض لا يصادق بل يوافق ويعطي الطبيب خصوصاً الموافقة ببدء أو انتهاء الخطة الطبية (فمريض يفوض الطبيب خياراته يختلف عن المريض الذي يصادق دون تمحيص).
- ✍ أما المصادقة فتكون طوعية وصادرة عن كفاء ولكن لا يشترط أن تكون مبلغة، فالمريض ممكن أن يصادق على كل ما يقول الطبيب مثلاً دون أن يفهم طبيعة الإجراء تماماً أو ما شابه..
- مثال عن المصادقة: مريض يطلب من الطبيب أن يفعل له ما يراه مناسباً دون أن يطلب رأي وموافقة المريض، وهذا لا يجوز إطلاقاً إلا في حال وجود تجارب سابقة للمريض مع هذا الطبيب وتبين للمريض أن الطبيب يحقق مصلحته دائماً فتعتبر عندها المصادقة موافقة، أما أن يأتي مريض إلى الطبيب لأول مرة ويطلب منه أن يفعل ما يراه مناسباً فهذا غير مقبول.
- كما أن الموافقة ليست عقداً أي consent وليست contract، فلو كانت العلاقة عقد بين الطبيب والمريض، فإذا لم يأتي المريض إلى جلسة المعالجة أو العملية أو لم يلتزم بالعلاج عندها سيحاسب قانونياً، ولكن العلاقة ليست كذلك.. فالموافقة ليست مصادقة وليست عقد.
- غالباً الأطباء يركزون على المعالجة فقط أي treatment ولكن يجب التركيز على كل الخطة العلاجية أي management، حيث تبدأ بمقاربة المريض وتنتهي بما يقرر الطبيب من علاج.

8-2-3- الاستقلالية الذاتية:

- الاستقلالية الذاتية للمريض تعني وجود عمليتين:
- يجب أن يكون المريض حراً و مسؤولاً عن أخذ قراراته، يجلب نفسه كمستقل (لا يعتبر نفسه عبداً).

مثلاً شخص تحت تأثير الكحول أو المخدر لا تقبل موافقته.
هنا يفقد المريض صفة الكفاءة، فالعاقل يجب أن يتمتع بالاستقلالية
▪ ثم أن ينقل تلك المسؤولية إلى الطبيب.

8-3- الموافقة المستنيرة و البلوغ

هذا الجدول يلخص مفهوم الموافقة المستنيرة للبالغين فوق سن الـ 18 وقد تم شرحه مطولاً.
بعض الدول تعتبر البالغ من هو فوق سن الـ 21.

مثال عن رفض المعالجة: مريض لديه جسم أجنبي، وفي حال عدم إزالة الجسم الأجنبي قد يحدث مشاكل كثيرة منها Gangrene أو صدمة إنتانية أو غيرها، وقد يتطور الأمر ويؤدي بحياة المريض، ولكن هذا المريض رفض الحل الجراحي المنقذ للحياة، هنا ممنوع اتخاذ الإجراء من دون موافقة المريض لأنها ليست حالة إسعافية.

في الحالة السابقة إذا شككنا بأن المريض لديه مشاكل نفسية تمنعه من العلاج (كالرغبة بالانتحار)، يتم تحويله إلى طبيب نفسي لتقييم وضع المريض هل هو كفاء أم لا.. حيث يوجد الكثير من الأمراض النفسية التي تجعل المريض غير مؤهل لاتخاذ القرارات.

مثال عن معلومات عن طبيعة الاجراء: يجب إخبار المريض بكل تفاصيل العمل الجراحي (مثلاً شكل الشق ومكانه وطوله...)، وشكل غرفة العمليات والإمكانيات الموجودة والقائمين على العمل الجراحي، فيجب أن لا يدخل المريض غرفة العمليات فيتفاجأ مثلاً بوجود أشخاص معينين..

في حالة المريض غير المؤهل لاتخاذ القرار: في حالة الاختلاف مع الوصي على إجراء معين، ليس على الطبيب الالتزام بما يراه الوصي مناسباً، ويتم إخبار إدارة المشفى بهذا الاختلاف فإما أن يتم الاتفاق مع الوصي أو يعطى الطبيب الصلاحية بالتصرف بغض النظر عن موافقة الوصي، وفي حال لم تستطع إدارة المشفى حل الخلاف، يتم نقله إلى القضاء (وفي أغلب الأحيان يقرر القضاء ما يراه الطبيب مناسباً).

عند مخالفة ما سبق نصبح أمام ما يسمى بـ:

أولاً: الإهمال Negligence

- ☑ التركيز هنا على كمية المعلومات المعطاة للمريض، لياخذ القرار بالموافقة.
 - ☑ معلومات عن: طبيعة المعالجة، فوائدها، مخاطرها، المعالجات البديلة الممكنة.
- مثال: في حالة مريض لديه التصاقات في بطنه، هنا الحل الأفضل هو الجراحة الكلاسيكية.

- ☑ والا فإن عدم تزويد المريض بتلك المعلومات يعد إهمالاً.

ثانياً: الاعتداء Battery

ملامسة شخص دون موافقته يعتبر اعتداء (حتى لو فحص بالتأمل يجي أخذها)، والأضرار الناجمة عنه يعاقب عليها القانون المدني، (تعويض مادي) وبالحالات الشديدة القانون الجزائي (السجن)، أي يتحول من جنحة إلى جناية حتى لو تنازل المريض عن حقه، فهناك ما يسمى بالحقوق العام.

مثال: مريضة وافقت على فحص بطنها تحت التخدير، لكنها طلبت بشكل خاص عدم إجراء جراحة، لكن الجراح استأصل ورماً ليفانياً Fibroid، فهل هذا الإجراء صحيح؟

للحالة هنا هي ورم ليفاني وهو ليس حالة إسعافية أو مهددة للحياة فلا يتطلب تدخلاً عاجلاً.

← تصرف الطبيب يعتبر اعتداء، حيث يجب أن ينتظر المريضة لتستعيد وعيها ثم يطلب موافقتها لاستئصال الورم (هنا خالف موافقتها وتصرف على أساس مصلحتها)، أما إذا وجد أثناء الفحص حالة إسعافية أو مهددة للحياة (ك: انفصال أمعاء أو التهاب زائدة، نزف داخلي) فعليه حينها التدخل.

قياس نبض مريض دون موافقته الضمنية أو الشفهية؟ (أو أخذ الحرارة أو فحص التوتر الشرياني..)

عندما تقيس نبض المريض دون موافقته فأنت تعتدي عليه و يحق له محاكمتك عندها.

8-4- المعلومات الواجب توافرها لتكون الموافقة صالحة أو مقبولة

معلومات عن طبيعة العمل الطبي:

مثال 1: استئصال جزء من الكولون بسبب التهاب رتوج شديد.

- من الممكن أثناء العمل الجراحي ألا أضبط النزف وأضطر لاستئصال كامل الكولون حتى الجزء غير المصاب (مثلاً عندما أفتح ولا أعرف حالة الشرايين) فيجب التقصي جيداً باستشارة قلبية، تصوير أوعية يساعدني في تقليل نسبة أن أفتح وأجد شيئاً ليس في الحسبان.

يجب إعلام المريضة أننا سنجري لها شق جراحي في بطنها ثم استئصال جزء من الكولون المصاب ثم إعادة ربط طرفي الاستئصال ويجب الإخبار عن احتمالية الاستئصال بالكامل.

إخبارها عن المخاطر والفوائد والمعالجات البديلة ولكن هذا ليس مهماً من وجهة نظر الاعتداء.

المخاطر والفوائد

مثال: سيدة تعاني ألماً متكرراً في رقبته، وكتفها وذراعيها اليمنى.

الاستقصاءات: أن ذلك بسبب انضغاط جذور عصبية شوكية.

التدخل الجراحي: كان لتحرير الجذور العصبية المنضغطة.

المخاطر: أذية عصبية 1-2%، وأذية الحبل الشوكي أقل.

كانت النتيجة أن السيدة أصيبت بعجز مهم وشلل جزئي تالي للجراحة ولكن الطبيب لم يخبرها بالمخاطر ← إهمال

الحالة السابقة حالة حقيقية حدثت في بريطانيا، والجراح المسؤول كان من أشهر وأفضل الجراحين عندها، ومع ذلك تم الحكم عليه.

لذلك يجب ألا يغتر الطبيب بقدراته أبداً مهما خبير، فإمكانية الخطأ دائماً قائمة.

يحاسب الطبيب حسب خبراته، فالـ Senior consultant لا يحاسب نفس محاسبة طبيب متدرب جديد intern، ففي حالة هذا الطبيب وجدنا أنه مع أن نسبة الأذية كان 1-2% تمت محاسبته، وذلك بسبب مكانته العلمية العالية.

ما هو مستوى المخاطر التي يجب على الطبيب إعلام المريض عنها؟

بحدود الـ 10% وما دون يفضل ألا نخبر عنها.¹⁵

¹⁵ المثال في الأعلى تمت المحاسبة عليه بسبب خبرة الطبيب الواسعة وبقيت القضية 10 سنوات حتى انتهت.

مثال: عند إجراء حقنة في العضل هناك احتمال ضئيل (أقل من 10%) أن تحدث لدى المريض نخرة شحمية، ولكن ليس من الضرورة إخبار كل من جاء لأخذ حقنة في العضل عن هذه المخاطر.

ماذا يجب على الطبيب أن يفعل عندما يطلب المريض معلومات عن المخاطر؟
يمكن أن تحدد معه موعداً آخر فتطلع على جميع المخاطر والاختلاطات وتتوسع بالقراءة حول الموضوع ويمكن أيضاً أن تتصح المريض ببعض المراجع ليقراً عن حالته ويستطيع النقاش معك، أي تستجيب قدر الإمكان لرغبة المريض (ولكنك لست مجبراً بحفظها خصوصاً (1-2%)).

وهذا لا ينقص من قيمتك كطبيب، لأن عقل الإنسان لا يستطيع تذكر جميع التفاصيل.

مخاطر فوق الـ 10% نخبر المريض عنها وعدم الإخبار يسمى إهمال.
يجب أن يعرف المريض أن الطبيب إنسان ولديه حدود لإمكانياته، وألا يفقد ثقته بالطبيب إذا أخبره بأنه لا يعرف كل شيء عن مرض معين، فالمطلوب من الطبيب عندها أن يقرأ أكثر ويتعلم، ولكن لا يدعي معرفة كل شيء، والأفضل أن يقرأ المريض حول مرضه أيضاً ليتمكن من التفاهم.

8-5- الصيغة القانونية لشكل الموافقة

✍ خطياً مع التوقيع على الموافقة.

هل إجراء جراحة مع عدم التوقيع غير قانوني؟ لا!! فالموافقة ممكن أن تكون شفوية.

✍ الموافقة الخطية تجرى:

1- للتأكيد.

2- دليل على أخذها.

ليست عقداً ويمكن سحبها بعد توقيعها في أي وقت ويصبح إجراء الجراحة بعد سحبها اعتداءً، حتى لو غير المريض رأيه على باب غرفة العمليات بعد كل التحضيرات والتجهيزات، ويحق له أن تتابع الاهتمام به ورعايته كغيره من المرضى.

امراً حامل مثلاً، وحالتها تتطلب إجراء عملية قيصرية، في حال رفضت المريضة العملية يجب احترام رغبتها، ولكن يجب تنبيهها أن هنالك خطر على الجنين وإقناعها بأهمية إجرائها للعملية، وهذا يتم من خلال مهارات التواصل، وعدم قدرة الطبيب على إقناعها هو نقص في مهاراته، لأن المريضة تتألم وإذا استطعت إقناعها فهي ستوافق. من مهام الطبيب أن تكون لديه مهارات التواصل، إقناع المريض بالعلاج هو من مسؤولياته ويجب عليه أن يبذل أقصى جهد في ذلك، وذلك لتحقيق مصالح المريض ومصالح الطبيب.

الكثير من المرضى لديهم رهاب من الإبر، وذلك لأنهم تربوا منذ الصغر على الخوف من الطبيب وإبرته، وهنا يأتي دور الطبيب في إقناع المريض بأهميتها وطمأنته بأنه سيخفف ألمه قدر الإمكان.

الموافقة consent	العقد contract
التوقيع غير أساسي	التوقيع أساسي
لا يوجد بند جزائي	يوجد بند جزائي في حال التخلف

نتساءل ما الاثبات على موافقة المريض إذا كانت شفوية؟ (ماذا لو أنكر المريض؟)

من المؤكد أن الموافقة الخطية أضمن خصوصاً أمام القضاء ولكن المريض الذي خضع للعمل الجراحي لديك لابد وأنه جاء إلى عيادتك أي لديك File له فحصته وأعطيته فرصة ليشاور ورجع، ففي العمل الجراحي كل الإجراءات تدل بشكل أو بآخر أنه موافق حتى لو لم تكن خطية.

أما لو ليس لديك File للمريض وعلمت حالته فأدخلته مباشرة أو قلت (اقبضوا عليه) فهنا الموافقة غير مقبولة لأن شروطها:

- طوعية: غير طوعية ممكن يكون بالترهيب.
- الترغيب والاجبار (خذ مليون وأعطيني كليتاك).
- مبلغ وكفاء: ليس بالضرورة أن تكون خطية.

8-5-1 - متى تكون الموافقة ضمنية؟

عند أخذ النبض للمريض، الحرارة، فحص التوتر الشرياني، الفحص السريري...
فإن إعطاء المريض يده للطبيب هو ضمناً موافقة.
في ذلك موافقة ضمنية لأي إجراء تشخيصي أو علاجي.
حتى مجيء المريض إلى العيادة الخاصة بالطبيب هو موافقة على الإجراءات.
شكل الموافقة كتنازل عن المطالبة؟

تعني عندما يتدخل الطبيب الجراح ولا يعرف ماذا سيجد أثناء الجراحة من مستجدات
وموجودات مرضية غير محسوبة وغير متوقعة فمن الضروري استئصالها لخطورتها
على صحة المريض...
مثل في حالة التداخل على بطن جراحي وفتحه، فهنا لا يكون الطبيب متأكداً ماذا
سيجد، لذلك يجب إخبار المريض بكافة الاحتمالات.
أمثلة هامة:

حالة 1: امرأة حامل قبلت بعملية قيصرية وأثناء العملية وجد الطبيب ورم ليفاني
في الرحم فاستأصله.

المحكمة تؤيد عمل الطبيب لأن الموافقة كانت على قيصرية وتنازل عن المطالبة
إذا حصل أي طارئ إضافي، أي سيقوم الطبيب بالقيصرية وإخراج محصول الحمل من
الرحم وإذا وجد أي شيء مضر بصحة السيدة فيمكن استئصاله.

حالة 2: امرأة شابة لديها 4 أولاد لديها ورم ليفاني وتخشى الحمل خوفاً من تمزق
الرحم ولكن حملت المريضة للأسف، وقبلت في المشفى بعملية قيصرية وأثناء العملية
وجد الرحم متمزقاً وهي لا تعلم أنه ممزق فاستأصله الطبيب دون موافقتها هل فعله
صحيح؟؟

التصرف هنا صحيح من الناحية العلمية والطبية لأن بقاءه متمزق خطر جداً عليها
ولكن قانونياً وأخلاقياً فلا، أننا لا نتخلّى عن استقلالية المريض المؤهل إلا في الحالة
الاسعافية و هنا المريضة لم تأتي بحالة اسعافية بل قيصرية (واعية) فلا يحق لي ذلك.

فهنا التنازل عن المطالبة إذا حصل طارئ إضافي خارج الرحم، فكان استئصال الرحم مخالف تماماً للموافقة على الرغم من أن تمزق الرحم مهّد للحياة وإجراء الطبيب قد يكون أنقذ حياة المريضة.

الطبيب هنا يغلب المنفعة ويتجنب الضرر ويحقق العدالة ولكن لم يحترم الاستقلالية.

كان يتوجب على الطبيب إخبار المريضة بهذا الاختلاط المهم (اهمال) قبل القيام بالقيصرية فيأخذ موافقتها على الاستئصال في حال التمزق فهو وارد جداً أن يحدث وإن رفضت فله حق رفض القيام بالقيصرية.

أو كان من الممكن أن يخبر أهلها أو إدارة المستشفى لأنها تحت التخدير بما سيفعله فيعاملها بأفضل الأولويات وليس الموافقة المستتيرة.

ربحت المريضة الدعوى ضد الطبيب ولكن بشكل خفيف.

في أمثلة تشابه هذه القضية يتجلى الخلاف بين قانون الدولة وقانون نقابة الأطباء، ففي بعض القضايا التي تُعرض على مجلس تأديب النقابة قد يقوم بتبرئة الطبيب ولكن القانون يدينه وقد يحدث العكس.

■ سؤال مهم من الأرشيف: ما عقوبة الطبيب هنا؟

الموضوع ليس عقوبة بالمعنى الصريح بل هو تعويض مالي خفيف في هذه الحالة. استثناء غريب حول إجراء إسعافي: "شهود يهوى" لهم وضع خاص فلا يسمح للطبيب أن ينقل لهم الدم من أي شخص عادي حسب قوانين المشافي الأجنبية وقد يتعرض للطرد.

الموافقة في الإجراءات المنقذة للحياة

عملية استكشافية:

مريض بألم بطني مزمن، لم يُعرف السبب!!! ← فتح البطن الاستقصائي ضروري.

❖ تم إعلام المريض أن السبب غير محدّد و تم الحصول على الموافقة لاستئصال كل

ما هو ضروري لإنقاذ الحياة وبشكل خطراً عليه.. واكتشف ورم خبيث كارسينوما...

❖ استؤصل الورم الخبيث مع محيط سليم ← التصرف سليم للوقاية من أذى خطير

على المريض.

الحالة التي نجد فيها ورم سليم خلال فتح البطن الاستقصائي فهل الصحيح استئصاله؟

الجواب نعم فالورم السليم قد يشكل خطراً على الحياة في حال ضغطه على أحد الأعضاء أو الشرايين وعندها يكون استئصاله صحيحاً.

❖ كما أن هذا لا يعني أنه في حال أتى مريض ألم في البطن أقوم بفتح بطن استقصائي مباشرة هذا غير مقبول، إلا إذا لم أعرف الأسباب الموجهة عندها أقول فتح بطن استقصائي مثلاً (لم أعرف التهاب الزائدة، من المرارة، كولون، انفتال أمعاء، انتقاب أمعاء) حيث كلها تجعل البطن قاسي جداً دوماً فحص سريري ثم إذا هنالك إجراء طارئ أكتب ما حدث بالتقرير الطبي بوضوح.

موجودات إضافية:

مريض بألم بطني منقطع، الاستقصاءات أظهرت حصى مرارية.

❖ الموافقة على الجراحة كانت لاستئصال المرارة وغير ذلك مما يعتقد أنه ضروري،

وجد سرطان رأس البنكرياس، فاستؤصل ← التصرف صحيح، والموافقة موجودة.

❖ وبالعكس تماماً حين تظهر الاستقصاءات وجود سرطان رأس البنكرياس، والموافقة كانت لاستئصال رأس البنكرياس وغير ذلك مما يعتقد أنه ضروري، وجدت حصى مرارية فليس من الضروري استئصالها لأن 80% من الناس لديهم حصى مرارية غير مؤلمة.

❖ ولكن يمكن استئصالها في حال اعتبر الدكتور أن هذه الحصى في حال ازدياد حجمها سوف تسبب انسداد.. (أما لو كانت قرحة اثني عشرية فليس من الضروري ذلك حيث أنه ممكن أن تعالج بالأدوية).

موجودات طارئة تصادفية:

هناك ألم بطني حاد... التهاب حاد للزائدة الدودية.

❖ لدينا موافقة من المريضة على الجراحة لاستئصال الزائدة الدودية..

❖ وفي أثناء الجراحة وجد صدفة سرطان مبيض لكن لا علاقة له بالألم البطني.

❖ استؤصل سرطان المبيض كأفضل أولويات المريض فهل هذا التصرف صحيح؟

✓ غالباً مريض الزائدة لن يخطر ببالنا سرطان المبيض.

✓ السؤال الذي يطرح نفسه هل يشكل خطر مثل سرطان رأس البنكرياس أو الكارسينوما؟ هل هو مهدد للحياة؟

لا بالتأكيد ليس بنفس الخطورة فكان التصرف خاطئاً باستئصاله فالتأخير لا يعرض للخطر هنا كان يجب أن ينتظر ليأخذ موافقتها (أغلق الجرح ثم أخذ موافقتها ليستأصله).

الفعل خاطئ لأنه لم يقدر خطورة الحالة فالناس تخاف من السرطان ولكنك كطبيب يجب أن تقدر الخطورة ولكن ماذا لو كان التأخير مهدداً للحياة؟ فعندها التصرف صحيح.

✓ أما لو وجدنا أم دم أبهرية فيجب الاستئصال فهي مهددة للحياة حيث يمكن أن تتمزق في أي لحظة وتنتهي حياة المريض وهذا خطر ولا يمكن تأجيله والاستئصال هو الفعل الصحيح.

لا يمكن مقارنة حالة الرحم المتمزق بحالة أم دم أبهرية، فأم الدم الأبهرية حالة إسعافية ويجب إزالتها مباشرة.

أما الرحم المتمزق ففي أغلب الحالات لا يكون إسعافياً لذلك يتطلب موافقة المريضة.

8-6- الأسس المتعلقة بموافقة المريض

♥ البالغ ذو الأهلية والكفاءة له الحق برفض المعالجة والإجراءات حتى لو كان الرفض يؤدي للموت أو لأذية دائمة (ولكن يجب أن يبذل الطبيب أقصى جهده لإقناع المريض بضرورة الإجراء). فأنت لا تستطيع إجباره إذا كان واعياً أما إذا كان حالة إسعافية فلا تهم موافقته.

♥ البالغ عديم الأهلية يجب التعامل معه بأفضل الأولويات له.

♥ لا أحد يمكنه أن يتصرف كوكيل أو مفوض من قبل البالغ عديم الأهلية ويعطي موافقة:

(بل يجب اعتبار أفضل الأولويات) فالبالغ عديم الأهلية لا يستطيع أن يكون وكيلاً فكيف يوكل غيره.

♥ **البالغ:** هو من وصل إلى سن 18 في سوريا وبعض الدول تعتبر سن 21 هو البلوغ القانوني.

♥ **القاصر:** هو من دون سن 18 حيث يعتبر الوالدين أوصياء ويعطيان موافقة بالوكالة عن القاصر وهما يتصرفان تحت واجب قانوني بأفضل أولويات القاصر .

♥ وعندما لا يوافق الوالدان على أفضل أولويات القاصر فالقاضي يقرر ، فلا يخضع الطبيب لرأي الأهل (وليس كما يحدث في حالة المريض الواعي حيث يخضع الطبيب لإرادة المريض).

في كل دول العالم يعتبر الوالدين هم الأوصياء على من هو دون الـ18. إلا في الدول التي تعتمد على الشرع الإسلامي كمصدر رئيسي للقانون، مثل سوريا، وبقية الدول العربية والإسلامية، ففي هذه الدول الوصي هو الوالد فقط من دون الوالدة. في حال عدم توافر الوالد فالوصي يكون ممن يتبعه (العم، الجد...).

لا يمكن للأب ولا لمن يتبعها (خال، جد...) أن يكون وصياً.

وهذه تعتبر مشكلة يجب أن تحل، فمن الممكن عدم توافر أي شخص من جهة الأب، عندها إدارة المشفى أو القاضي هم من يعطون الموافقة مع أن أمه موجودة! وهي من أسعفته..

لا تقتصر هذه المشكلة على الوصاية الطبية على العلاج وغيره، فالمشاكل التي أصابت المجتمع في الأزمة الحالية أنتجت أطفال كثيرين لا يعلمون من هو والدهم، فالأب إما قُتل أو من الأساس الأم لا تعلم هويته الحقيقية، وهذا الوضع إن لم يتم إيجاد حل له، سينتج جيل كامل من الأطفال الذين ليس لديهم اسم عائلة أو انتماء وسيسبب هذا الوضع الكثير من المشاكل مستقبلاً، لذلك جعل الوصاية للأب أيضاً هو أحد الحلول لهذه المشكلة، فيستطيع الطفل عندها أن يأخذ كنية أمه.

- الأهلية (الكفاءة) Competency

نقول عن شخص أنه مؤهل ليكون صاحب قرار decision maker، ويعتبر كذلك إذا توافر لديه:

- يجب على المريض المؤهل عقلياً وصاحب القرار أن يمتلك القدرات التالية:
- الفهم والإدراك والتواصل (مقدرات فكرية عقلانية وتقدير البدائل الممكنة).

- الاستنتاج والتشاور (ذاكرة قصيرة ليستبقي المعلومات ويصنع القرار).
- مجموعة من القيم ومفهوم للجيد (الجيد والسيء له، النافع والضار له، المفيد والمؤذي له).

فمن يمتلك هذه المهارات الثلاث يعتبر صاحب قرار وذا أهلية عقلية، ولا يكفي أن يكون قد بلغ الثامنة عشر من عمره.

هذه المهارات متدرجة الترتيب، فمن يستطيع الفهم والإدراك يصبح قادراً على الاستنتاج والتشاور (وليس العكس كترتيب).

يلاحظ الطبيب في التشاور ما كان يخفيه المريض.
لا يجوز الامتناع عن التشاور في أي حال، حتى وإن كانت أفكاره ذات قيمة عالية، لا بد من النقاش والتشاور والتأكد فيما إذا كانت الفكرة تتوافق مع الجيد والسيء لدى المريض.

حالة طبية

جاء مريض فصام يشكو من ساق نخرة.
اقترح الطبيب قطع الساق النخرة خشية موت المريض من النخرة إن لم تقطع الساق.
رفض المريض قطع ساقه ووافق على معالجة محافظة تغير الخطر الحالي المباشر على الحياة.

المريض فصامي، فهل يتمتع الفصامي بالمهارات الثلاث التي تكلمنا عنها؟
المستشفى أحال القضية للقضاء للحكم بأهلية مريض الفصام على رفض المعالجة.

أصدر القاضي أن المريض قادر على إدراك وحفظ المعلومات وربطها فهو مؤهل لرفض المعالجة.

لن يكون بإمكاننا القيام بالإجراء خلال النوبة، لكن يمكن القيام بالبرر داخل النوبة لزوال المهارات الثلاث.

أمثلة:

الفهم والتواصل:

1. لن يتمكن من الشخص من فهمك عندما نقول ما لديك ميلانو كارسينوما وسيكون هناك ارتباطات مع الـhypothalamus،، أما في حين لو قلت له سرطان خبيث وله ارتباطات مع مركز الدماغ سيفهم بكل تأكيد، فإن من واجبك كطبيب أن تتكلم مع المريض بأسلوب مفهوم من قبله، وهذا لا يعني أن المريض لا يتمتع بمقدرات عقلية.

2. شخص لديه مرض ونحن نريد أن نعطيه توصيات بخصوص العلاج بأن يأخذ مثلاً الدواء كل 6 أو 8 ساعات عن طريق الشرج (تحاميل) فيطلب منك استبدال التحاميل بحبوب فموية (فهذا الشخص لديه إذاً تقدير للبدائل الممكنة)، أو توصيه بنظام غذائي معين فيطلب منك تغييره لعدم توافر المال لديه.
الاستنتاج والتشاور :

للـ الموضوع هنا له ناحية إيجابية كبيرة فالشخص الذي يشاور غيره باستطاعته أن يفعل Collection للخيارات ثم Judgment ويستنتج الخيار الأفضل له.
للـ والذاكرة القصيرة الجيدة هامة جداً لهذه المهارة نتحقق وجودها من خلال سرد المريض لشكاوه الرئيسية وقصته المرضية أي أنه لم ينسَ ما تكلم به في أول المعاينة أو لم يغير الشكوى الرئيسية.

مجموعة من القيم ومفهوم للجيد:

للـ كالمريض النباتي الذي يشارك في صنع القرار برفض الأدوية التي تخل بنباتيته.

تقييم الأهلية والكفاءة:

مراحل تقييم الأهلية والكفاءة:

التعرف على المعلومات المتعلقة بالقرار .

تقييم القدرة الفكرية (من خلال ملاحظة رد المريض على المعلومات المتعلقة بالقرار).

تقييم العوامل الأخرى التي يمكن أن تدل في صنع القرار (كالأعراض).

1- التعرف على المعلومات المتعلقة بالقرار :

هل هناك حاجة لصنع قرار؟ (وذلك بالفحص ومن ثم اتخاذ القرار بالمعالجة أم لا).

ما هي طبيعة القرارات العاقلة المختلفة؟ أي ما هي القرارات المتاحة؟ هل تريد منه موافقة على فحص فقط أم فحص ومعالجة معاً؟ وكم يحتاج من الوقت ليقرر؟ فكل هذه الأمور ينبغي تقييمها.

مؤيدات وأضداد أي قرار عقلي. أي يجب أن يعلم المريض ما هي استطبابات واختلاطات العلاج (مريض يرغب بالجراحة لماذا هو يرغب بذلك؟ يتوجب علي أن أعرف).

2- تقييم المقدرة الفكرية: (ردة الفعل على المعلومات)

باعتبار أن المعلومات قد عرفت في المرحلة السابقة.

نحدد إذا ما كانت القدرة العقلية تمتلك العناصر الثلاث لعملية صنع القرار: فهم المعلومات.

صدقية المعلومات.

موازنة وترجيح المعلومات والوصول للقرار.

اعتبار أن الشروط التالية خصوصاً يمكن أن تتدخل بهذه المقدرة:

حالة ارتباك حاد (الهذيان)

عته (خبل، التقدم في السن).

عدم قدرة على التعلم.

نفاس كورساكوف¹⁶.

فعلينا محاولة التخفيف من تأثير هذه الحالات على المريض، للحكم على أهليته. في الحالات السابقة يكون المريض ناقص الأهلية تقريباً وعلينا أخذها جميعاً بعين الاعتبار.

يبدأ التقييم من خلال الاستجواب (التعرف على المريض، على شكواه، تفصيل القصة المرضية)، ومن خلال الفحص السريري (كأن أطلب منه أن يكشف لي المكان

الذي أريد فحصه، أن أطلب منه أن يمدّ يده لأتحرى الضغط أو النبض، أن يجلس بطريقة معينة لأتحرى المنعكسات).

3- تقييم العوامل الأخرى التي يمكن أن تتدخل في صنع القرار .

ومن أمثلة هذه العوامل:

الأمراض العقلية:

الضلالات أو التوهم.

الإهلاسات.

الاضطرابات الفعالة: كالإكتئاب، أو مرض هوسي أو جنون.

نقص في النضج: أهلية القصر، يؤخذ بالاعتبار كلا النضجين العاطفي والمعرفي الإدراكي.

أمثلة

الأمراض العقلية:

(a) الضلالات، التوهم Delusions: كأن يعتبر الناس كلهم مجانين أو يقف في منتصف الطريق والسيارات قادمة باتجاهه دون أن يخاف من الدهس، أو أن يقول لك أنا لدي احتشاء، وبعد الفحص يتبين أنه لا يعاني من شيء ويتكرر مجيئه على الإسعاف بنفس الشكوى.

(b) الإهلاسات Hallucinations: وهو الإحساس بأمر غير موجودة كأن يقول لك ها هو القطار قادم ليدهسني.

(c) الاضطرابات الفعالة: الاكتئاب Depression، مرض هوسي أو جنون Manic illness أيضاً هذه الأمور ستؤثر في أهليته ومقدرته العقلية لأن الاكتئاب الشديد كما نعلم قد يدفع صاحبه إلى الانتحار أو اللامبالاة بأي شيء.

نقص في النضج:

في موضوع أهلية القصر، يؤخذ بالاعتبار كلا النضجين العاطفي والمعرفي الإدراكي. فهم عادةً يحكمون على الشكل ولا بدّ لنا من مساعدتهم في اتخاذ القرار، وبشكل عام القاصر (قليل النضج) يكون ناقص الأهلية.

إن جميع الحالات السابقة تجعل المريض ناقص الأهلية

الأطفال والموافقة:

يعتبر الأطفال -18 من القصر .

لأن المعرفة العاطفية والإدراكية لم تكتمل لديهم بعد .
والوالدان هنا هما الأوصياء .

في حال الخلاف مع الوالدين يصبح الوصيُّ القاضي .
علينا التصرف معهم بأفضل الأولويات .

تعتمد خياراتنا مع المريض عديم الأهلية على (بالترتيب):
أفضل الأولويات (وذلك حسب الأوصياء أو القاضي).
التفويض¹⁷ (الوكالة).
الحكم البديل (القضاء).

التعليمات المتقدمة العليا (توجيهات افتراضية سابقة من قبل المريض، أي
الوصية).

قضية للنقاش

إذا وصى المريض بعدم إنقاذه عندما يمر بحالة إسعافية، هل ننقذه بدافع
الإنسانية، أم ندعه تلبية لرغبته والتزاماً بالقانون؟

ملاحظات

في حالات الإعدام يُحضر الطبيب كشاهد لكتابة شهادة الوفاة.

عقوبة القتل العمد في القانون السوري هي "الإعدام".

ليس من مهام الطبيب الموافقة على الإعدام، وإنما الشهادة عليه.

دور العائلة:

يتمثل في خمسة أنماط من المعلومات التي يريد الطبيب جمعها من أقارب
المريض:

تعليمات واضحة محددة أعطها المريض للعائلة.

نظرة عامة لقيم المريض.

معلومات عن نوعية حياة المريض والنوعية المحببة له.
رأي الأقرباء بالأفضل للمريض.
رأي الأقرباء بالأفضل لهم، خصوصاً إذا كان هناك إجراء مخالف لرغباتهم فهو
لن يكون الأفضل للمريض.
لا يحق لأي فرد من الأسرة مهما كان أن يتدخل بقراراتنا مع المريض الواعي.
فالحديث يكون للمريض أولاً وبعدها لأهله.
القرار للمريض وحده لا لمجلس العائلة أو العشيرة.
يتعاون الطبيب مع ذوي المريض للوصول لما هو الأفضل للمريض من خيارات.

الفصل التاسع

المسؤولية الطبية Medical Liability

والخطأ الطبي Malpractice

9-1- الطبيب

التطبيب في كل الشرائع القانونية هو من الأفعال المباحة، وهو يعطى للطبيب (ومساعديه بموافقة الطبيب).

فإعطاء الطبيب للمريض دواء يحتوي على مادة مخدرة أو إجراء عملية جراحية له أو بتر عضو من أعضائه جميعها أفعال يجيزها القانون. مثال الكوكائين

الكوكائين مادة مخدرة وهو أخطر من المورفين والأفيون، فليس بالإمكان السيطرة عليه في العلاج بعكس إمكانية السيطرة عليهما.

وهناك ثلاث مراحل للعلاج بالكوكائين، عندما نصل للمرحلة الثالثة نكون كأننا نضغط زناداً، فلا نعطي المريض عندها أي ضمان.

ولا يدري أحد متى يزول تأثير العلاج أبعد يوم أو شهر أو سنة أو سنين.. ومع ذلك من حقنا إعطاء الكوكائين، خاصة في العمليات الجراحية (خاصة فم أنف حنجرة)، لأن الكوكائين يزيل حس الألم في الأعصاب المحيطية، ويقبض الأوعية الدموية المحيطية.

ولا يحاسبه القانون حتى لو أدى التطبيب إلى وفاة المريض أو إصابته بضرر، إذا كان الطبيب قد التزم قواعد الفن الطبي ولم يرتكب خطأ فاحشاً في عمله. وسنطبق المبادئ الأساسية الأربعة في الأخلاقيات الطبية التي هي:

1. احترام الاستقلالية الذاتية Autonomy

2. تغليب المنفعة (الإحسان) Beneficence

3. تجنب الضرر Nonmaleficence

4. العدالة Fairness

"الطبيب يضمن رعاية المريض ولا يضمن شفاؤه"
لا يباح التطبيب إلا إذا استجمع الشروط التالية:
أولاً: أن يكون الفاعل طبيباً مرخصاً له بمزاولة المهنة.
ثانياً: أن يكون التطبيب بقصد العلاج أو التشخيص. (وليس الترف أو حب المعرفة)

ثالثاً: أن يكون عمل الطبيب منطبقاً على أصول الفن الطبي. (بأن يكون up to date بالمعلومات)

رابعاً: أن يحصل الطبيب على إذن المريض وموافقته، إلا في حالات خاصة كأن يكون المريض بحاجة للإسعاف.
فإن لم تتوفر هذه الشروط لا يحق للشخص معالجة المريض!

9-2- المسؤولية والتطبيب:

قد يقع الطبيب خلال ممارسته للمهنة في أخطاء تلحق الضرر بالمريض فيسأل مدنياً.

وقد يعتبر خطأه مخالفة للقوانين والنظم النافذة مما يترتب عليه ملاحقة جزائية.
وفي كثير من الأحيان قد يؤدي الفعل الخاطئ الواحد إلى إقامة الدعوى الجزائية والمدنية على الطبيب في آن واحد.

غالباً ما تحل المسؤوليات المدنية بالتعويض أو الغرامات، حيث يعطى التعويض للمتضرر والغرامات للجسم المهني (النقابات).

في المسؤولية الجزائية يضاف لتبعات المسؤولية المدنية الحبس، فلا تحل المشكلة إن تنازل المتأذي عن حقه.

المنفعة تعني توازن السعادة واللاسعادة

المسؤولية الطبية: هي المسؤولية التي تلحق بالطبيب من جراء مزاويلته مهنته.
وعندما نتكلم عن المسؤولية الطبية فإننا نتكلم عن خطأ وضرر والعلاقة السببية بينهما.

ومقدار هذا الضرر هو الذي سيحدد لنا نوع المسؤولية التي يتحملها الطبيب، والتوجيهات الحالية ستركز على مقدار الخطر الذي سيلحق بالمريض. وقد رفض القانون في جميع الدول الأخذ بمبدأ عدم مساءلة الأطباء عن أخطائهم ولم يعد يفرق بينهم وبين غيرهم من المواطنين في موضوع المسؤولية.

9-3- المسؤولية Liability

هي حالة الشخص¹⁸ الذي ارتكب أمراً يستوجب المؤاخظة.

أقسامها:

أدبية (أخلاقية).

قانونية (جزائية أو مدنية أو كلاهما).

القانون

القانون يعني النظام أو الالتزام وليس فقط الالتزام، وهو موجود منذ أن وجد الإنسان على سطح الأرض، وتتغير مصادر القانون عبر الزمن، فقد كانت القوة منذ البداية (وربما إلى الآن).

القانون ينظم علاقة الفرد مع أقرانه فحسب.

لا يهتم بعلاقة الشخص مع نفسه أو ربه.

⇐ هذا هو الفرق بين القانون والأخلاق.

تطور مصادر القانون:

قوة الإنسان، أقوى وأقدم المصادر، ومازال حتى الآن.

الأحكام الدينية، رجل الدين هو المشرع.

العرف، ويتغير بتغير المكان والزمان.

القانون المكتوب (القواعد)، وهي قواعد واحدة لكل أفراد المجتمع، على عكس العرف.

العرف: هو ما اعتاد عليه الناس نتيجة تكرار الفعل فتولد لديهم شعور أنه صار ملزماً لهم.

في كثير من الأحيان نربط القانون بالكتابة وهذا خطأ شائع، فليس من الضروري أن يكون مكتوباً، فالقانون المكتوب هو أحد مصادر القانون.
القانون المكتوب هو المصدر الأول للقاعدة القانونية.
للقانون مفهومان: * عام وخاص *

المفهوم العام: مجموعة قواعد تنظم علاقات الأشخاص مع بعضهم بعضاً في زمان ما ومكان ما، وهي ملزمة لهم بغض النظر عن صفاتهم ومراتبهم.
المفهوم الخاص: مجموعة قواعد قانونية تصدر من السلطات التشريعية المختصة في الدولة، وهو يختلف حسب الدول والمؤسسة، مثال: التشريعات الخاصة بالجامعة.

و عند المقارنة بينهما نجد أن القانون بالمعنى الخاص هو جزء من القانون بالمعنى العام.

فيشمل القانون بالمعنى العام الشامل:

القانون بالمعنى الخاص.

القانون الصادر عن السلطة التنفيذية (كاللوائح التنفيذية للقوانين الصادرة عن السلطة التشريعية).

العرف (قانون بالمفهوم العام).

مثال: القانون التنفيذي لتنظيم الجامعات هو قانون عام وليس خاصاً، لأنه ليس صادراً عن السلطة التشريعية، والعرف هو قانون ولكن يدخل ضمن قائمة القانون العام.

القاعدة القانونية:

هي خطاب موجه للجمهور بصيغة العموم والتجريد وتتمتع بالإلزام.

ولهذا الخطاب ثلاث صيغ:

الأمر، يجب أن تفعل كذا. ← يجب أن تجتاز الإشارة.

النهي، لا يجب أن تفعل كذا. ← يجب ألا تقتل.

الجواز، يجوز أن تفعل كذا. ← يجوز أن تسير أو تتوقف على الإشارة البرتقالية.

مثال: "الطالب الذي يغش في الامتحان يعطى درجة الصفر"
هذه قاعدة قانونية فالخطاب موجه للجمهور (جمهرة الطلاب) بصيغة العموم (غير موجهة لطالب محدد).

ومجردة (تتناول ظاهرة معينة وهي ظاهرة الغش حيث المشرع يمنع ظاهرة الغش).
وتتمتع بالإلزام (الجزء هو حرمان الطالب من الامتحان)
صفات القاعدة القانونية:

العموم: أنها عامة ولجميع الناس، وقد تخص شخص لصفته الاعتبارية (منصبه).

الإلزام: هو ما يميز القانون عن الأخلاق، الإلزام المؤبد جزائي ومدني، وهو مؤبد من قبل الدولة فتفرض على أساسه الجزاء المناسب.

الإلزام المؤبد الجزائي: يقصد به الردع أو الزجر، وهو نوعان:

الردع العام: يعاقب الشخص ليرتدع البقية.

الردع الخاص: يعاقب الشخص نفسه.

الإلزام المؤبد المدني: يقصد به جبر الضرر، أي التعويض وإصلاح

الضرر، وهناك مؤبدات مدنية أخرى مثل: بطلان العقد وفسخ العقد و..

فالجزائي مؤبد الردع والمدني مؤبد التعويض.

9-4- أنواع القواعد القانونية

1- القاعدة القانونية الآمرة:

أي لا يجوز للأفراد الاتفاق على خلافها، وكل اتفاق على خلاف هذه القاعدة يعد باطلاً، وتهدف إلى تحقيق مصلحة عامة.

مثال: لا يجوز للطبيب أن يقوم بعمل جراحي إلا إذا كانت الغاية منه المعالجة.
ولا يجوز إجراء عمل جراحي بناء على رغبة وطلب الشخص فقط إن لم يكن لذلك داع طبي علاجي، فالطبيب يحاسب.

من الممكن أن تكون الغاية التشخيص في حالة البطن الجراحي.
القيام بعمليات الشفط لتخفيف الوزن مشروط طبياً بمنسب وزن الجسم BMI.

2- القاعدة القانونية التفسيرية (المكملة):

يجوز للأفراد الاتفاق على خلافها، لأنها لا تهدف إلى تحقيق مصلحة عامة بل إلى تحقيق مصلحة خاصة هي مصلحة أحد الطرفين (خاصة).
مثال: القانون ينص أن تدفع للطبيب أتعابه فوراً، ولكن إذا اتفق المريض مع الطبيب أن تدفع الأتعاب بشكل أقساط مثلاً فهذا جائز.
متى يكون النص مفسراً؟

عندما ينتهي بجملة "ما لم يتفق الطرفان على خلاف ذلك".
مثال: أتعاب الطبيب تدفع فوراً ما لم يتفق الطرفان على خلاف ذلك.
الجريمة في القانون على ثلاثة أنواع (حسب خطورتها):
مخالفة: عقوبتها غرامية (لا سيما إذا لم تتضمن إيذاء الآخرين).
جناية، إذا كان له نية ولكنها خفيفة، فيها تعويض مادي. ((بالأرشيف فيها حبس!!))
جناية، إذا كان الخطأ متعمداً، وتتضمن الحبس. مع الأشغال الشاقة.

9-5 - علاقة الطبيب بمريضه

تاريخياً كانت علاقة الطبيب بالمريض علاقة أخلاقية محكومة بالأخلاق وليس بقواعد القانون، فكانت هذه العلاقة توصف بالعلاقة الأبوية، الطبيب أب والمريض ابن.

وقد تغير ذلك بعد إعلان هلسنكي لحقوق الإنسان، فباتت العلاقة مشتركة بين الطبيب والمريض، ولا تعتبر المريض جاهلاً، وتدعى هذه العلاقة بالعلاقة العقدية.
فهناك التزامات تقع على عاتق الطرفين الطبيب والمريض.

وهذا العقد يلزم على الطبيب متى قبل به واجب المعالجة والتشخيص وذلك بضمير وحذر وانتباه معتمداً على العناصر العلمية المقبولة من قبل زمانه، وإن خرق هذا الواجب وإن كان بشكل غير مقصود يعاقب عليه القانون.

لذلك كان أول قرار يصدر عن القضاء المعاصر في نهاية القرن التاسع عشر في فرنسا:

"يدان الطبيب لأنه ارتكب خطأ في معالجة مريضه ويلزمه بدفع تعويض لهذا المريض".

حيث أن هذه العلاقة مبنية على أساس أن يقوم الطبيب برعاية مريضه ويعطيه من فنه أعلى مستوى علاجي يشفي مرضه أو يعطي التشخيص للحالة المرضية.

أو يستوجب من الطبيب: أن يستخدم دراسته الفنية أو ما تعلمه أثناء دراسته وما ثبت في المراجع وما أُنقِص عليه العرف الطبي من علاج نظير أتعاب يتقاضاها ويتفق عليها الطرفان.

فهو مسؤول من قبل مريضه ولا يعفيه من مسؤوليته إلا إذا اختار المريض طبيباً آخر للعلاج.

أما فيما يخص سر المهنة فإن كل ما يصل إلى علم الطبيب أثناء زيارة مريضه سواء في عيادته أو في منزله من معلومات أو تاريخ مرضي يعتبر من الأسرار التي ليس للطبيب أن يفشيها أو يذيعها وإلا عد مسؤولاً عن إذاعة سر المهنة وسيوجب ذلك الإدانة مدنياً.

9-6- التزام الطبيب تجاه المريض

عادة ما يكون التزام الطبيب تجاه المريض هو التزام ببذل عناية.

أي لا يلتزم الطبيب بتحقيق الشفاء وإنما القيام بالواجب بالعناية على أكمل وجه. ولكن في حالات استثنائية يصبح التزام الطبيب التزاماً بغاية لتحقيق نتيجة ويندرج ضمنه عمليات التجميل التي يقوم بها الأطباء.

لدينا نوعان من التجميل:

التجميلية: مثل أن تطلب مريضة إجراء تجميل للشفنتين لتشبه شخصاً آخر، فالطبيب هنا ملتزم بتحقيق نتيجة تكون فيها الشفتان كما تريد المريضة وإلا فعليه مسؤولية.

الجراحي (الترميمي): كإجراء عمل جراحي تجميلي لمحروق فالمطلوب من الطبيب بذل جهده بالعناية وليس إعادة الوضع وكأنه لا حرق.

9-7- التمييز بين القاعدة القانونية والقاعدة الأخلاقية

لا يمكن أن تتنظم العلاقات بين الأفراد بالقانون فحسب، وإنما توجد مفاهيم ومؤسسات أخرى تنظم هذه العلاقات منها الأخلاق.

فالعلاقة بين الطبيب والمريض كانت علاقة أخلاقية ولكنها مع الزمن أصبحت قانونية.

وكانت معظم التزامات الطبيب كانت التزامات أخلاقية، أي أنه إذا خالف الالتزام فليس من الممكن ملاحقته أمام القضاء.

لكن بتاريخ اليوم انقلبت معظم هذه الالتزامات إلى التزامات طبية فأصبحت في الوقت ذاته التزاماً أخلاقياً والتزاماً قانونياً فإذا خالف هذا الالتزام يفرض بحقه "المؤيد القانوني".

يتجلى الفرق بين القاعدتين القانونية والأخلاقية في المجالات التالية:

9-7-1- في مجال التطبيق:

يقتصر مجال تطبيق القاعدة القانونية على الفرد مع أقرانه، فلا ينظم القانون علاقة الفرد مع نفسه.

ولذلك لا يعاقب القانون على الانتحار ولا على محاولة الانتحار إلا في حالة واحدة وهي الانتحار التهرب من خدمة عامة مثلاً إذا حاول الانتحار في سبيل التملص من الخدمة العسكرية الإلزامية.

○ في حين أنه أخلاقياً: الانتحار غير محبذ.

ولهذا نجد أن مجال تطبيق القواعد الأخلاقية أوسع من مجال تطبيق القواعد القانونية. أن هدف الأخلاق الأساسي هو تحسين سلوك الفرد وتحقيق السلامة والكمال (الطمأنينة) الذاتية.

لِعلاقات الأفراد أنواع:

علاقات الأفراد مع ربهم: وتنظمها الأخلاق.

مع ذاتهم: وتنظمها الأخلاق.

مع بعضهم (العلاقات الاجتماعية) وتنقسم إلى ثلاثة أقسام:

1. علاقات تنظمها الأخلاق فقط:

كعلاقة المجاملة. مثال: رفيقك مريض فالأخلاق تقول أن من الواجب زيارته وإحضار هدية، ولكن لا يمكنه رفع دعوى عليك إن لم تفعل ذلك.

2. علاقات ينظمها القانون فقط:

مثل قوانين السير أو اتجاه قيادة السيارة في الطرقات، ففي بريطانيا يقودون السيارات على اليسار بينما نقودها على اليمين، فهذا لا علاقة له بالأخلاق ولا يضر الأخلاق بشيء.

3. علاقات مشتركة بين القانون والأخلاق:

- ♦ وهنا توجد معظم العلاقات، وتتوضع القواعد الطبية القانونية تحت هذا البند.
- ♦ مثل السرقة أو الاحتيال أو القتل، فالأخلاق والقانون يمنعان هذه الأمور.
- ♦ الكذب: الأخلاق تمنع الكذب، أما القانون لا يمنع الكذب إلا إذا ألحق الأذى والضرر بالآخرين، ولهذا فإن القانون يعاقب على الشهادة الزور لأنها جريمة.
- ♦ وهنا تصنف الوصايا العشر التي تكلمت فيها الأديان.
- ♦ القانون يمنع الطبيب من إفشاء أسرار المريض والأخلاق تمنع ذلك أيضاً.
- ♦ القانون يلزم الطبيب ببذل العناية اللازمة في سبيل تحقيق الشفاء والأخلاق أيضاً.
- ♦ القانون يأمر الطبيب بأخذ موافقة المريض قبل القيام بعمل جراحي والأخلاق أيضاً (سابقاً عندما كانت العلاقة أبوية بين الطبيب والمريض كان الطبيب هو الذي يقرر).

أول قانون مدني صدر في العالم كان في فرنسا عام 1804 عندما كان نابليون يحكم فرنسا وسمي بقانون نابليون ونظم هذا القانون العلاقات الاجتماعية. وكان هناك إشارة واضحة في هذا القانون بين الطبيب وبين المريض في ذلك الوقت. فهو مثلاً يمنع المريض من التبرع بأمواله لطبيبه المعالج. فقانون نابليون منع التبرع لشخصين: طبيبك

ورجل الدين الذي تتبع له. لأن هذين الاثنين لهما سيطرة عليك (نخشى ألا تكون إرادتك سليمة).

في مجال الشدة:

القواعد الأخلاقية أشد من القواعد القانونية، لأن الشخص لا يمكنه التهرب من عقوبة القواعد الأخلاقية، في حين أنه توجد طرق كثيرة للتهرب من القواعد القانونية. فالكاذب تنتشر سمعته بالكذب ولا يصدقه الناس.. حتى وإن التزم القانون، أما ذو الأخلاق الحسنة حتى وإن خالف القانون سيبقى ذا صورة حسنة أمام الناس.

في مجال الجزاء:

لا يمكن التهرب من جزاء القواعد الأخلاقية لأنها ترتبط ب:
ضمير الفرد.
ضمير المجتمع
وكلاهما يعاقب في القواعد الأخلاقية.

9-8- أهم القوانين التي تتعلق بمهنة الطب في سوريا

قانون مزاوله المهن الطبية لعام 1970 مع تعديلاته: وهو القانون رقم 12، وما زال نافذاً، ولكن بسبب التطور الهائل في المجال الطبي لم يعد يواكب التطور الذي حصل.

مثال: من الأشياء التي كانت محط نقاش بهدف تعديلها في بلادنا: إذا أخذ الطبيب ترخيصاً فهل يكون ترخيصه مدى الحياة؟، في حين أن الاتجاه في معظم دول العالم وخاصة الدول المتقدمة أن الطبيب يجب أن يجدد ترخيصه من فترة إلى أخرى. قانون التنظيم النقابي للأطباء البشريين: صدر هذا القانون في عام 1981 وتم تعديله في عام 2012، وهو أول قانون على طالب الطب أن يقرأه فهو يوضح الحقوق والواجبات.

نظام واجبات الطبيب وأداب المهنة لعام 1978.

قانون العقوبات: يحدد الجرائم والعقوبات التي تفرض بحق هذه الجرائم، ويحوي على قواعد عامة وبعض القواعد التي تخص الطبيب.

القانون المدني: ينظم العلاقات المالية بين الأفراد، ويطبق على كل الأفراد في الدولة دون تمييز بينهم من حيث الدين أو غيره، وفي الدول التي لا يكون للدين تأثير عليها ينظم العلاقات غير المالية أيضاً كالزواج. قوانين الزواج المدني، قانون الأحوال الشخصية وهو الخاص بكل دين، قانون الحقوق المرضى وجودة النظام الصحي بفرنسا 2002 (الوزير كوشنير)..

في سوريا عندما يضر الطبيب بمريضه (المسؤولية الطبية) يطبق القانون المدني. معظم دول العالم لديها قانون لطفل الأنبوب ولأخلاقيات الحيوية ولمنع فحص البيوض الملقحة قبل زرعها وقوانين للتبرع بالأعضاء وقوانين تأجير الأرحام. قانون مزاوله المهنة وقانون تنظيم نقابة الأطباء الشرعيين نصوا على بعض الجرائم التي يمكن أن يقترفها الطبيب، أما قانون العقوبات فنص على عقوبات تشمل العموم وكذلك الأطباء.

ما المسؤوليات التي يمكن أن يتعرض لها الطبيب إذا خالف أحد الواجبات المفروضة عليه أو ألحق ضرراً بالمريض؟ (هامة) يتعرض الطبيب لثلاث مسؤوليات قانونية شأنه شأن أي شخص يعمل بمهنة حرة، وهي:

مسؤولية تأديبية (مسلكية):

وهي مسؤولية أمام نقابته، وهنا تكون مسؤولية الطبيب أمام نقابة الأطباء، إذا أخل بأحد واجباته (فيقام مجلس تأديب مركزي أو فرعي يترأسه قاض). مسؤولية مدنية:

وهي المسؤولية التي تترتب على الطبيب عند حدوث مشكلة بينه وبين أحد المرضى. والدعوى التي يرفعها المتضرر على الطبيب تدعى دعوى الحق الشخصي فتوجه للمحاكم المدنية. فالمريض يطالب بالتعويض عن الضرر الذي حدث له بسبب خطأ قام به الطبيب.

وهي نوعان: عقدية ونقصيرية.

مسؤولية جزائية:

المدعي في المسؤولية الجزائية هو المجتمع لأن المسؤولية الجزائية هي بسبب جريمة بحق المجتمع. والدعوى هنا هي دعوى الحق العام. ومن اسم هذه المسؤولية هناك جزاء، أي حبس..
والذي ينوب عن المجتمع هو النيابة العامة وهي التي تقوم بإنزال أقصى العقوبات.

في أي قضية جزائية المدعي يكون نفسه (النيابة العامة) في مسؤولية جزائية، والمدعى عليه هو المتهم.
سنفصل في هذه المحاضرة عن المسؤوليتين التأديبية والمدنية، ونتابع في التي تليها بقية المسؤولية المدنية والمسؤولية الجزائية.

9-9- المسؤولية التأديبية:

في حال مخالفة قوانين واجبات الطبيب وأداب المهنة وحتى لو لم تلحق ضرراً بأحد ولم تؤدي إلى جريمة، الطبيب معرض للمساءلة السلوكية أمام النقابة.
من الممكن أن يوضع الطبيب في موقع المحاكمة أمام النقابة في حال كثرة الكلام عليه من قبل زملاء المهنة أو أشخاص آخرين.
ويطلب من النقابة محاكمته وأخذ الإجراءات الملزمة في حال كان مخالفاً، ومن الممكن أيضاً أن يتم تحويله إلى النقابة المركزية حيث يوجد مجلس تأديب (مجلس النقابة).
ومهمة هذا المجلس أن يستأنف الحكم ويعيد النظر في القضية مرة أخرى في حال لم يقتنع الطبيب بالحكم الصادر بحقه من قبل النقابة الفرعية (مجلس الفرع).
قرار مجلس النقابة يكون إما قراراً مبرماً لا يجوز الطعن فيه، أو قراراً قابلاً للطعن أمام القضاء وهذا الإجراء يتم في العقوبات الخطيرة، مثل منع الطبيب من مزاوله المهنة.
العقوبات التي يمكن للمجلس التأديبي القيام بها تتدرج من:

1. التنبيه دون تسجيل ذلك في ملف الطبيب (فلا يمكن أن نحرّم الطبيب من مزاوله المهنة بسبب أسعاره المرتفعة).
2. التأنيب أمام مجلس التأديب.

3. الغرامة المالية: وتذهب إلى خزينة النقابة وليس لأحد الأفراد، أما التعويض فيعطى للفرد المتضرر .
 4. المنع من مزاوله المهنة مدة مؤقتة.
 5. المنع من مزاوله المهنة بشكل دائم.
- ويتم تنفيذ هذه العقوبات عن طريق وزير الصحة بمساعدة النيابة العامة.

9-10- المسؤولية المدنية

وهي المسؤولية التي تترتب على الطبيب عند حدوث مشكلة بينه وبين أحد المرضى.

والدعوى التي يرفعها المتضرر على الطبيب تدعى دعوى الحق الشخصي، فالمرضى يطالب بالتعويض عن الضرر الذي حدث له بسبب خطأ قام به الطبيب.

أركان المسؤولية المدنية:

لتقوم هذه المسؤولية هناك ثلاثة أركان (نفسها أركان إفشاء السر الطبي) يجب على المتضرر إثباتها:

الخطأ: طبياً يجب أن يكون ويثبت وجود خطأ طبي مهني، وهناك بعض الأمر الفنية التي لا يستطيع القاضي أن يحكم بوجود خطأ فيها دون وجود خبراء .

وقد فرق الفقهاء بين نوعين من الالتزام:

الالتزام بتحقيق الغاية: كالاتزام بصنع شيء .

الالتزام ببذل عناية: يطلب من الملتزم العناية بالشيء أو إرادته أو المحافظة عليه.

مثال: عدم إجراء فحوصات قبل الجراحة للتأكد من حالة المريض، أو قيصرية بطريقة مختلفة، فهي أمور تحتاج لخبرة طبية فنية للقرار بصحتها أم لا.

أما نسيان شاش في جسمه أو مبادلة بين مريض وآخر يحتاج لبتر ساق وإجراء عملية بالخطأ فليس خطأ طبي لأنه لا يحتاج لخبرة فنية.

الضرر: إثبات الضرر، والتعويض يوازي (بجبر) الضرر، وفي بعض الدول يمكن أن يفوق الضرر بشكل كبير .

العلاقة السببية بين الخطأ والضرر: أن يثبت المريض أن الضرر الحاصل هو نتيجة للخطأ الذي به الطبيب.

وفي هذا الركن يصعب إثبات خطأ الطبيب، ففي الطب لا توجد قواعد حتمية تثبت خطأ أحدهم، ومن المتعارف أن إثبات خطأ على الطبيب أمر صعب جداً. ويشهد الوقت الحاضر ازدياداً كبيراً في عدد الدعاوى التي تقام على الأطباء، لاسيما في أوروبا لمطالبتهم بالتعويض عن الأضرار التي لحقت بالمرضى من جراء الخطأ في المعالجة أو التشخيص.

تطور موقف القضاء من موضوع مسؤولية الطبيب المدنية، فكانت تعتبر سابقاً مسؤولية تقصيرية.

وكان على المريض المتضرر أن يثبت وقوع الخطأ من الطبيب وأن هذا الخطأ سبب له ضرراً معيناً.

إلا أنه ظهرت عدة اجتهادات تقول إن مسؤولية الطبيب ليست تقصيرية وإنما هي مسؤولية عقدية.

أي أنها تعتبر العلاقة بين المريض والطبيب عقداً مقابل مبلغ من المال يدفع له. إلا أن الالتزام الناشئ عن هذا العقد هو التزام ببذل عناية يتعهد فيه الطبيب بعلاج المريض بغية شفاؤه حسب الأصول الفنية المتبعة دون أن يكون ملزماً بتحقيق النتيجة المتوخاة.

على أن القضاء يأخذ بفكرة الالتزام بتحقيق غاية في بعض الحالات الخاصة مثل جراحة التجميل.

هذا وإن المحاكم تميل حالياً إلى تطبيق النصوص القانونية الخاصة بالمسؤولية الناشئة عن الأشياء على الأطباء.

وعلى هذا الأساس يسأل الطبيب مدنياً عن الأضرار الناجمة عن الأجهزة الخاضعة لرقابته لاسيما أجهزة المداواة الشعاعية، ولو لم يقع منه أي خطأ يعتبر القانون حصول الضرر دليلاً على خطأ حارس الآلة وهو الطبيب.

أما مسؤولية الطبيب عن أعمال تابعة بسبب الوسط الذي يمارس فيه عمله فيُسأل الطبيب عادة عن أعمال الممرضة التي تعمل في العيادة أو المستشفى الذي يملكه.

كما يُسأل رئيس الشعبة في المستشفيات العامة عن أخطاء الأطباء المقيمين الذي يعملون في شعبته لأنهم إنما يقومون بعملهم تحت إشرافه وعلى مسؤوليته الشخصية.

كيف يدفع الطبيب عن نفسه المسؤولية

وبعد أن يثبت المريض أركان المسؤولية الثلاثة، يمكن للطبيب أن يدفع المسؤولية عن نفسه بطريقتين:

يثبت أنه لم يخطئ.

إثبات انتفاء علاقة السببية بين الخطأ والضرر

مثال: شخص وضع سم لقتل شخص آخر، وقبل أن يتناول هذا الشخص الطعام، أطلق شخص ثالث النار عليه وقتله. فالشخص الذي وضع السم هنا غير مسؤول عن القتل (رغم أنه أخطأ).

المحامون يستخدمون إحدى الطريقتين للدفاع عن موكلهم.

مسؤولية الطبيب المدنية

تكون هذه المسؤولية على نوعين:

المسؤولية العقدية.

المسؤولية التقصيرية.

المسؤولية العقدية:

أي هناك عقد بين شخصين وبموجب هذا العقد هناك التزامات مترتبة على الطرفين. وأي شخص يقصر بواجبه المنصوص عليه في هذا العقد يحق للطرف الآخر أن يطالبه بالتعويض عن الضرر الذي لحق به جراء هذا التقصير.
عندما يوقع أحد الأفراد عقداً من شخص آخر فإنه يلتزم بتنفيذ العقد المبرم، أما إذا امتنع عن التنفيذ دون مسوغ قانوني ترتب عليه دفع تعويض للفريق الآخر.

مثال: شخص اشترى حاجة ما من شخص آخر ولم تتم عملية التسليم، فاضطر الشخص الأول أن يشتري تلك الحاجة من شخص آخر (من نفس النوع طبعاً) وبسعر أعلى نتيجة ظروف معينة.

فالفرق بالسعر يدفعه الشخص الثاني نتيجة تأخيره في عملية التسليم (وهذا هو التعويض عن الضرر الحاصل).

مثال: تعاقد شخص مع صاحب سيارة لإيصاله إلى المطار وتأخر، فاضطر لأخذ سيارة أخرى، فأخذت منه ضعف المبلغ، فصاحب السيارة الأول هو المسؤول عن دفع هذا الفرق.

مثال طبي ^ _ ^:

مريض تتطلب حالته فحصاً دورياً (شهرياً) فتعاقد مع طبيب ليقوم له بهذا الفحص مقابل مبلغ معين وفي أحد الأشهر التالية تغيب الطبيب عن فحص المريض الذي ذهب إلى طبيب آخر ليقوم بفحصه ودفع له مبلغاً من المال فهنا على الطبيب أن يدفع الطبيب نفس المبلغ للمريض كتعويض.

أركان المسؤولية العقدية وهي:

1- الخطأ: أن عدم تنفيذه لالتزاماته المبينة في العقد خطأ في ذاته، وقد فرق الفقهاء بين نوعين من الالتزام كما ذكرنا سابقاً.

2- الضرر: لا يكفي لقيام المسؤولية العقدية وقوع الخطأ بل لا بد من أن ينتج عن هذا الخطأ ضرر للفريق الآخر سواء أكان ضرراً مادياً أو معنوياً.

العقد:

العقد بين طرفين هو تعبير عن إرادتين متوافقتين.

هناك خطأ شائع بين الناس أن العقد هو اتفاق مكتوب.

فكتابة العقد هي وسيلة لتوثيق العقد ولا يتوقف عليها انعقاد العقد.

يكون العقد صريحاً أو ضمنياً:

1. صريحاً:

(a) بالتلفظ بالموافقة الشفهية (بعثك واشتريت.. عالجني وأعالجك...).

(b) كتابة.

(c) بالإشارة المتداولة عرفاً: مثل هز الرأس بالموافقة أو بإشارة الموافقة بالإبهام.
(d) اتخاذ موقف لا يدعُ ظَرْفُ الحالِ شكاً على حقيقة المطلوب منك: (ليس طبيباً)
مثلاً إذا قام شخص بشراء آلة لصنع القهوة والشاي جاهزة... أو آلة لإعطائك مثلجات...
فعليك أن تدفع للآلة لتحصل على منتجاتها وهذا عقد بينك وبين صاحب الآلة وليس بينك وبين الآلة لأنها لا تتمتع بإرادة.

2. ضمناً.

حتى عام 1936 العلاقة بين الطبيب والمريض بالقانون الفرنسي لم تكن علاقة عقدية لأنها لو كانت كذلك فإن الطبيب عليه أن يلتزم بتحقيق نتيجة وهي الشفاء وليس فقط ببذل عناية.

في المسؤولية المدنية إذا أخل أحد الطرفين بالعقد... يمكن:

1. رفع دعوة اجبار تدعى دعوى التنفيذ العيني.
2. فسخ العقد (الغائه) ويتخلص بذلك من الالتزام.
3. التنفيذ عن طريق التعويض.

المسؤولية التقصيرية:

أي ليس هناك علاقة بين الطرفين.

في القانون جميع الأفراد ملتزمون بعدم إلحاق الضرر بالغير.
فإذا أخل أحد الأشخاص بهذا الالتزام يكون مسؤولاً مسؤولية تقصيرية (التقصير بالواجب الذي هو عدم إلحاق الضرر بالغير).
ويترتب على هذه المسؤولية دفع تعويض للشخص المتضرر،.
فالقانون ينص على: كل من ارتكب خطأ ألحق ضرراً بالغير يلتزم بالتعويض.
وبكلمات أخرى: كل من ارتكب عملاً غير مشروع نجم عنه ضرر للغير، يكون مسؤولاً عن نتيجة عمله ويلتزم بالتعويض على المتضرر.

مثال: جاءك مريض بحالة إسعافية وقمت بجميع الإجراءات اللازمة ولكن حدث تقصير (خطأ في فتح الوريد مثلاً) فيجب عليك التعويض له لأنك غير مؤهل بشكل كافي لتقوم بالإسعاف.

هناك حالات يكون فيها الطبيب مسؤولاً عن خطأ غيره، مثال: ممرضة ألحقت ضرراً بمريض فهنا يسأل الطبيب عن خطئها وليس عن خطأ شخصي لأن هذه الممرضة تابعة للطبيب.

هناك ما يسمى أيضاً مسؤولية متولي الرقابة، وهي أن يتولى شخص رقابة شخص آخر. وذلك إما بسبب سنه كالطفل. أو بسبب وضعه الصحي كالمجنون.

مثال: مجنون موضوع بمشفى ألحق ضرراً بشخص ما، فالمشفى في هذه الحالة مسؤول عن فعل الغير.

لقد حدث في إحدى مشافي دمشق، أن أحد المرضى (وكان مريضاً نفسياً ويعتبر من الفئة الخطرة) طلب من الأطباء المقيمين أن يذهب إلى منزله لعدة ساعات ويعود (يأكل ويستحم...)، فسمحوا له بالخروج والعودة دون أن يخرجوه رسمياً من المشفى، فذهب هذا المريض وارتكب جريمة قتل ثم عاد إلى المشفى، عندما حُقق بالأمر تبين خطأ الأطباء المقيمين فتمت معاقبتهم.

لقد مريضان نفسيان في مشفى، حدث بينهما ما يشبه الشجار، فقام أحدهما باقتلاع عين الآخر، ثم ذهب إلى الطبيب المقيم وطلباً منه أن يعيد تركيب العين بكل بساطة، هنا يحاسب الطبيب المقيم لأنه سمح بحدوث هذا الحادث ولم يرقم بواجبه كمتولي الرقابة بشكل جيد.

عندما تكون في مكان متولي الرقابة، يجب أن تكون على حذر شديد وبينة، لكي تضبط كل ما حولك.

تقسم المسؤولية التقصيرية إلى:

1. المسؤولية عن العمل الشخصي.
2. المسؤولية عن عمل الغير.
3. المسؤولية الناشئة عن الأشياء.

قواعد خاصة في المسؤولية المدنية:

المسؤولية عن عمل الغير: ويكون ذلك في حالتين:

مسؤولية متولي الرقابة.

مسؤولية المتبوع عن أعمال التابع.

وهناك مسؤولية تدعى: المسؤولية عن عمل الأشياء.

المسؤولية عن العمل الشخصي:

◆ كل خطأ سبب ضرراً للغير يلزم من ارتكبه بالتعويض، ولكي يلتزم الشخص بالتعويض عن نتائج عمله لابد أن تتوافر فيه أركان المسؤولية التقصيرية الثلاث وهي:

1- الخطأ الطبي: يسأل الشخص عم عمله غير المشروع إذا ارتكب خطأ ما، الفعل الخاطئ قد يكون مقصوداً أو متعمداً أو ينتج عن إهمال أو قلة احتراز.

2- وقوع الضرر على المريض: فإذا لم يسبب الفعل الخاطئ ضرراً لا مجال حينئذٍ للتعويض، والضرر نزعان مادي أو أدبي (معنوي) كالضرر الذي يصيب الشخص في سمعته أو عاطفته، وعلى المتضرر أن يثبت وقوع الضرر وهو أمر سهل في كثير من الأحيان.

3- العلاقة السببية بين الخطأ والضرر: يقصد بذلك أن يكون الخطأ هو السبب في الحالات التي تعدد فيها الأسباب المؤدية لحدوث الضرر ويمكن للمدعي عليه أن يتخلص من المسؤولية في هذه الحالة إذا أثبت أن الضرر نتج عن سبب آخر أجنبي لا يد له فيه.

مسؤولية متولي الرقابة:

♣ وتقع هذه المسؤولية على شخص يتولى رقابة شخص آخر (مجنون، طفل،...).

♣ أي أن هذه المسؤولية تقوم على قاعدة «خطأ مفترض يقبل إثبات العكس» (أي أن القانون افترض وقوع الخطأ ويقبل نفيه بإثبات النفي).

مثال: ممرضة أعطت دواء خطأ أو بطريقة خاطئة... فحصل الضرر للمريض.. فعلى المريض إثبات الخطأ والعلاقة السببية بين الخطأ والضرر. ويُحاسب الطبيب لأنه يفترض به رقابة الممرضة وعملها وهو أخطأ بممارسة الرقابة عليها، ولكن هذا افتراض بسيط أي أن إثبات العكس من قبل الرقيب سهل وبسيط (حيث يمكن للطبيب أن ينفي ما حصل، وأنه أعطاه التعليمات الصحيحة وهي لم تنفذها).

الأفضل أن تكون التعليمات التي أعطاها إياها خطية لإثبات العكس، ولكن حتى لو كانت شفوية يمكن إثباتها وخاصة إذا كان هناك شهود.

ونميز هنا حالتين:

الشخص الذي تتم عليه الرقابة عديم التمييز : لا يمكنه أن يميز أبداً (عديم الإدراك مثل فاقد العقل، والطفل قبل سبع سنوات «في قانوننا»)

الشخص الذي تتم عليه الرقابة المميز : أي لديه إدراك ولكنه ناقص وهو شخص يُسأل عن أعماله.

(بمثال الممرضة السابق يمكن أن تكون لديها حالة اكتئاب أو هيسيريا أو تناولت حبوب منومة وقل إدراكها ووعيتها ويمكن للطبيب عندها أن يدفع المسؤولية عنه بإثبات ذلك عليها).

ملاحظات هامة:

- متولي الرقابة يمكنه دفع المسؤولية عنه بإثبات أنه قام بالرقابة اللازمة، ولكن رغم ذلك فإن الشخص سبب ضرراً للغير، وهي الحالة الوحيدة التي يُرجع فيها إلى الشخص الخاضع للرقابة ولو كان عديم التمييز ويُعاقب.
- متولي الرقابة يُسأل عن الضرر الذي يلحقه الخاضع للرقابة بالغير، أما لو ألحق الخاضع للرقابة الضرر بنفسه فلا يلاحق متولي الرقابة.

لث في حالة شخص شرب الكثير من الكحول مثلاً، هنا يعتبر عديم التمييز، ولكن متولي الرقابة عليه يتحمل المسؤولية بأنه شرب الكحول في أثناء أدائه لعمله، أي أن متولي الرقابة لم يرقب بالشكل جيد.. ولكن إذا قام متولي الرقابة بعمله ومنع شرب الكحول أثناء العمل، هنا يبرئ نفسه وتقع المسؤولية على من شرب الكحول.

- يقع تحت هذه الفئة أيضاً عماله الأطفال (دون الـ18).

مسؤولية المتبوع عن أعمال التابع:

نقول عن شخص أنه تابع لشخص آخر إذا كان ياتمر بأوامره ويخضع لها. المسؤولية تقوم هنا على أساس قانوني هو: «خطأ مفترض لا يقبل إثبات العكس».

إذا ارتكب التابع خطأ وأثبت المضرور الخطأ والضرر وعلاقة السببية، يكون المتبوع مسؤولاً عن الخطأ الذي قام به تابعه بعمله غير المشروع متى كان واقعاً في حال تأديته لوظيفته أو بسببها، ولا يستطيع المتبوع أن يدفع المسؤولية عن نفسه إلا بحالة واحدة وهي إثبات السبب الأجنبي.

تقوم رابطة التبعية ولو لم يكن المتبوع حراً في اختيار تابعه، متى كانت عليه سلطة فعلية في رقابته وفي توجيهه.

يستطيع المتضرر في هذه الأحوال أن يطالب كلاً من المتبوع والتابع بالتعويض لأنهما يعتبران مسؤولين تجاهه مسؤولية تضامنية.

وهو يطالب المتبوع عادة لأنه أكثر ملاءة على الغالب، ويمكن للأخير أن يرجع بما دفعه لمتضرر على التابع لأنه المسؤول الأصلي.

قد لا يفقه المتبوع بالأمور الفنية للعمل، أي أن التابع لديه استقلالية في عمله الفني ومع ذلك يُسأل المتبوع.

مثال 1: مدير المشفى ليس طبيباً بالضرورة ويعمل عنده أطباء لهم عقود عمل في هذا المشفى، فالطبيب هنا مستقل بعمله عن المتبوع الذي هو مدير المشفى.

← في هذه الحالة هل المتبوع يُسأل عن أعمال التابع؟

← سابقاً التابع هو الذي يسأل فقط والمتبوع غير مسؤول عن أعمال تابعه، والآن يسأل المتبوع لأن المتبوع يحقق فائدة من التابع.

مثال 2: ممرضة تتعاقد مع الطبيب، فهي تخضع لأوامر الطبيب خلال فترة عملها.

← إذا ألحقت الممرضة ضرراً بأحد المرضى أثناء فترة عملها.

← يكون الطبيب مسؤولاً بمسؤولية "المتبوع عن أعمال التابع".

وهنا أيضاً يكون أمام المتضرر طريقين لرفع الدعوى: إما على الممرضة، أو على الطبيب.

ويفضل أن ترفع الدعوى على الاثنين ولكن لا يعطى إلا تعويض واحد فقط.

مثال 3: طالب دراسات عليا يتدرب في مشفى، وألحق الضرر بأحد المرضى، فالمشفى مسؤول هنا (في هذه الحالة الطالب تابع للمشرف أو رئيس القسم والمشرف تابع للمشفى).

كيف يدفع الطبيب مسؤولية التابع عن نفسه؟

- (1) يحاول الطبيب أن يثبت أنه لم يخطئ.
- (2) أو يحاول أن يثبت انتفاء علاقة السببية بين خطأه والضرر الحاصل.
- (3) إثبات السبب الأجنبي: أي وجود سبب غير خطأ الطبيب هو الذي أدى إلى هذا الضرر.

صور السبب الأجنبي:

- (1) القوة القاهرة: أسباب قاهرة، أي لم يكن أمامه خيار آخر (كالقوارث الطبيعية..).
- (2) فعل الغير: الضرر تم بسبب قيام شخص آخر غيره بالإجراء.
- (3) خطأ المتضرر: قيام المتضرر بتصرف أدى إلى الأذى، مثال: مريض تم وضع أنبوب ما له فقام بنزعه من تلقاء نفسه فليس هناك مسؤولية على الطبيب.

في حالة الطبيب المتعاقد مع المشفى هناك حالتين:

- (1) إذا كان هناك استقلالية في عمل الطبيب عن المشفى فلا يكون المشفى مسؤولاً مسؤولية المتبوع عن أعمال التابع، فالكثير من الأطباء يقومون بالعمليات الجراحية في المشافي بعد أن يتعاقدوا مع المشفى، فلا يكون الطبيب يعمل لصالح هذا المشفى، وإنما يجري فيه العمليات فقط.

فالعقد هنا بين الطبيب والمستشفى ليس عقد عمل وإنما نوع من عقود إيجار المكان (الطبيب يستأجر غرفة العمليات لمدة محددة فقط).

- (2) أما إذا كان الطبيب متعاقدًا مع المشفى بعقد عمل، في هذه الحالة يكون المشفى مسؤولاً مسؤولية المتبوع عن أعمال التابع لأنه يستفيد من الطبيب.

لكن السؤال هو كيف نميز بين الحالتين؟ أي كيف نعرف أن العلاقة هي علاقة عقد عمل أم إيجار مكان؟

إذا كان الطبيب يتلقى أوامره من رب العمل فهو عقد عمل أما إذا كان مستقلاً عن أوامره فهو يتمتع بالاستقلالية في عمله فهو عقد إيجار.

مثال:

إذا تعاقد صاحب مؤسسة مع طبيب لكي يشرف على الحالة الصحية للعمال، هذه الحالة ليست عقد عمل. فإذا ألحق الطبيب ضرراً بالمريض، رب العمل غير مسؤول (وكذلك حال شركات التأمين). حيث هذا العقد لا يسمى عقد عمل، إنما عقد مقاوله. أما في حال كان الطبيب موظف في شركة التأمين وله مهام معينة، هنا أصبح الوضع مختلف..

المسؤولية عن عمل الأشياء :

أي يكون الشخص مسؤولاً عن فعل أشياء تحت حراسته.

مسؤولية حارس الحيوان: حيوان ألحق ضرراً بالغير فيكون مالك هذا الحيوان هو المسؤول.

مسؤولية حارس البناء: كبناء قديم مهدد بالسقوط ألحق ضرراً بالغير فالحارس هو المسؤول.

مسؤولية حارس الجمادات (الأجهزة والأدوات الطبية).

الحارس هو الشخص الذي تأتمر الأشياء بإمرته وتتوجه بتوجيهه، وحارس الشيء هو من تكون له السيطرة الفعلية عليه، فمالك الشيء أو مستعيره أو مستأجره يعتبرون حراساً عليه.

أما التابع فلا يعتبر حارساً للشيء.

وعلى هذا فحارس السيارة هو في الأصل مالكها حتى لو كان لها سائق.

فالسائق هو حارس السيارة، والطبيب هو حارس أدواته ومالك الحيوان هو حارس هذا الحيوان.

إذا كانت السيارة مركونة في مكان ما، وصاحبها في محافظة أخرى مثلاً، وسقط شخص على هذه السيارة فتأذى، يحاسب صاحب السيارة حتى لو لم يكن له علاقة بالأمر.

مسؤولية حارس الجمادات هي ما يهمنا كمسؤولية طبية.

الطبيب في كثير من الأحيان يستخدم أدوات (مشرط، مقص...) وأجهزة خطيرة (أشعة، رنين مغناطيسي...)، إذا تضرر المريض بسبب إهمال الطبيب في استخدام هذه الأجهزة فهو مسؤول عن عمل الأشياء.

فكل من تولى حراسة أشياء تتطلب حراستها عناية خاصة أو حراسة آلات ميكانيكية يكون مسؤولاً عما تحدثه هذه الأشياء من ضرر ما لم يثبت أن وقوع الضرر كان بسبب أجنبي لا بد له فيه، هذا مع عدم الإخلال بما يرد في ذلك من أحكام خاصة. هناك أدوية سامة يفترض بالطبيب أن يحتفظ بها في أماكن بعيدة عن متناول المرضى في عيادته. فإذا وضعها على طاولته مثلاً وأهملها، فمن المحتمل أن يأتي طفل صغير ويتناول شيئاً منها، فيكون الطبيب هنا مسؤولاً لكن ليس مسؤولاً عن عمله الشخصي بل بصفته حارساً لشيء خطر.

★ وهذا الخطأ نشته: بإثبات حدوث الضرر (تسمم الطفل من الدواء)، أو أنه خطأ لا يمكن إثبات العكس فيه.

★ وفي هذه الحالة أيضاً هو خطأ مفترض لا يقبل إثبات العكس، وإذا أراد الطبيب دفع المسؤولية ليس أمامه سوى إثبات السبب الأجنبي: (قوة قاهرة - فعل الغير - خطأ المتضرر).

★ فلا يستطيع أن يخلص نفسه بأن يثبت أنه لم يخطأ، كأن يكون قد وضع الدواء في خزانة مغلقة ثم قام أحدهم بكسرها (فعل الغير) أو حصل انفجار وأدى لانفتاحها (قوة قاهرة) مما جعل الدواء السام في متناول الغير.

الأحكام والتعويض بالمسؤوليتين العقدية والتقصيرية
بما أنه في الحالتين يجب دفع التعويض، لماذا نهتم إذا كانت المسؤولية عقدية أم تقصيرية؟

لأن الأحكام التي تطبق على الدعوى تختلف بين الحالتين لاختلاف المسؤولية العقدية عن التقصيرية بحجم التعويض.

في المسؤولية العقدية:

١٩١ التعويض يشمل الضرر المتوقع وقت انعقاد العقد.

١٩٢ مثال: ضياع حقيبة أمتعة سفر أثناء نقلها وأنت مسافر... لا يعرض عن مجوهرات.... بل أمتعة عادية.

١٩٣ الشخصان المتضرر والضار يعرفان بعضهما منذ بدء التفاوض للتعاقد.

أما المسؤولية التقصيرية:

٩١٠ فتعويضها يشمل الضرر المتوقع وغير المتوقع شرط أن يثبت المضرور وقوع الضرر.

٩١١ مثال: حادث صدم سيارة لشخص مار بالشارع ومعه كيس أموال طار منه وضاع... السائق يعرض ما هو متوقع وغير متوقع أي الأموال في الكيس).
٩١٢ الشخصان المتضرر والضار لا يعرفان بعضهما.

9-11- المسؤولية الجزائية

● إن الأخطاء التي يقع فيها الطبيب تستدعي مساءلته جزائياً وذلك حسب قانون العقوبات الخاصة بجرائم الإيذاء غير المقصود، وحتى إذا أدى الإيذاء غير المقصود إلى الموت.

● أما الحالة الخاصة التي يقوم فيها الطبيب أو غيره بإعطاء المريض مواد ضارة بقصد القضاء على حياته تخليصاً له من الآلام المبرحة التي يعانيها فإنه يعاقب جزائياً، كذلك الأمر إذا ساعد الطبيب أحد الأشخاص على قتل نفسه فإنه يعاقب جزائياً.

● يضاف إلى ذلك أن الطبيب يلاحق جزائياً بسبب مخالفته لنصوص قانون:

1. العقوبات المتعلقة بالإجهاض المحرض.
2. إفشاء سر من أسرار المهنة.
3. منع سرية الأمراض السارية ومعالجة الأمراض الزهرية وقانون الأحوال الشخصية.
4. كتم الجنايات الواقعة على أمن الدولة أو تقديم المصدقات الكاذبة وغيرها من الجرائم التي نص معاقبتها قانون العقوبات.

وفي كل هذه الحالات يحق للمريض أو أهله إقامة الدعوى المدنية على الطبيب ومطالبته بالتعويض عن الأضرار التي لحقت المصاب.

المدعي في المسؤولية الجزائية هو المجتمع لأن المسؤولية الجزائية هي بسبب جريمة بحق المجتمع، والدعوى هنا هي دعوى الحق العام.

والذي ينوب عن المجتمع هو النيابة العامة وهي التي تقوم بإنزال أقصى العقوبات.

لذلك في المسؤولية الجزائية يكون المدعي هو نفسه «النيابة العامة» في كل القضايا، أما المدعى عليه هو الذي ارتكب الجريمة. المسؤولية التي تسبب ضرراً للمجتمع والفرد هي مسؤولية تقصيرية ويترتب عليها دعاوى الحق العام والشخصي معاً. هناك نوعان من الأخطاء التي يمكن أن يرتكبها الطبيب ويكون مسؤولاً بموجبها مسؤولية جزائية:

1. خطأ عادي: لا يعتمد على كونه طبيب (أي هو خطأ ولكن ليس لكونه طبيباً).
 2. خطأ فني: وهو الخطأ الطبي الذي يحتاج تحديده إلى خبرات طبية لتقرر هذا الخطأ.
1. الخطأ العادي:

ومردّه إلى الإخلال بواجبات الحيطة والحذر العامة التي ينبغي أن يلتزم بها الناس كافة، ومنهم الطبيب في نطاق مهنته باعتباره يلتزم بهذه الواجبات العامة قبل أن يلتزم بالقواعد العلمية أو الفنية لمهنته.

ومثاله: أن يجري الطبيب عملية جراحية وهو سكران مزاوله الطب بدون رخصة طبية: القانون يعاقب على مثل هذه الأمور وفقاً لقانون العقوبات بالحبس وإغلاق المحل والغرامة (مسؤولية جزائية). وإذا أدى عمله إلى إلحاق ضرر بالغير يعاقب بالتعويض أيضاً (مسؤولية مدنية).

الإجهاض: هي جريمة يعاقب عليها في قانون العقوبات والعقوبة تختلف حسب الظروف التي تمت فيها هذه العملية ولكن كقاعدة عامة الحبس من سنة إلى 3 سنوات إذا تم الإجهاض برضى المرأة ويعتبر ذلك جنحة.

ويعاقب الفاعل بالأشغال الشاقة من 4 إلى 7 سنوات إذا أفضى الإجهاض إلى موت المرأة ويعتبر ذلك جناية.

أما إذا نجم الإجهاض عن وسائل أشد خطراً من الوسائل التي رضيت المرأة بها وأدى ذلك إلى الوفاة تكون العقوبة من 5 إلى 10 سنوات.

أما إذا تم الإجهاض دون موافقة المرأة فالفعل هو جنائية وتكون عقوبته 10 سنوات على الأقل، وتشدد هذه العقوبات إذا كان الفاعل طبيباً.

كتم الجرائم: إذا تستر الطبيب على جريمة ما يكون مسؤولاً عن ذلك.
مثلاً إذا قام الطبيب بإسعاف شخص يبدو بأنه وقع عليه جناية أو جنحة يمكن ملاحظتها دون شكوى ولم يبلغ عنها يعاقب (والعقوبة تكون خفيفة باعتبار الجرم ليس كبيراً جداً).

وتكون العقوبة في أغلب الأحيان مجرد غرامة.
إفشاء أسرار المرضى: إذا أفشى الطبيب سر مريضه دون سبب مشروع أو استعمل أسرار المريض لتحقيق منفعة خاصة يعاقب بالحبس سنة على الأكثر وبغرامة يحددها القانون.

إعطاء تقرير طبي كاذب: يقوم بعض الأطباء بإعطاء تقارير طبية كاذبة، خصوصاً للموظفين وذلك لتبرير غيابهم، يعاقب الطبيب على هذه الجريمة بالحبس من شهر إلى شهرين.

2. الخطأ الفني:

- وهو الخطأ الذي يصدر عن الطبيب،
- ويتعلق بأعمال مهنته،
- ويتوجب لإثبات مسؤوليته عنه أن يكون الخطأ جسيماً.
- ومن الأمثلة عليه:
 - عدم الالتزام بالتحاليل الطبية،
 - والخطأ في نقل الدم،
 - وإصابة المريض لسوء استخدام الآلات والأجهزة الطبية، وإحداث عاهة،
 - فضلاً عن التسبب في تلف عضو،
 - أو تفاقم علة.
 - جريمة القتل: عملية ما أدت إلى موت المريض، يحاسب على جريمة القتل غير المتعمد.
 - القتل الرحيم (القتل بدافع الشفقة): تنص المادة رقم 537 من قانون العقوبات على معاقبة كل شخص يقتل إنساناً بدافع الشفقة بناء على طلب منه وذلك بالحبس المؤقت لمدة 8 سنوات.

- قطع عضو من جسم المريض دون وجود سبب واضح.
- وهناك ممارسات لا يزال مختلفاً عليها بين الدول حتى الآن مثل:
- ✓ أطفال الأنابيب: وهذه الممارسة تحتاج إلى قوانين صارمة تنظم هذه الأفعال (لا يوجد في سوريا قانون خاص بهذا الموضوع وعندها يضطر القاضي تطبيق الأحكام العامة في قانون العقوبات).
- ✓ الاستئصال: ففي بعض الدول كل من يحاول استئصال كائن بشري يعاقب بالحبس مدة 20 سنة وبعض الدول لا تتطرق لهذا الموضوع وبعض الدول سمحت بالاستئصال العلاجي.
- ✓ تغيير الجنس: يعتبر جريمة في بعض الدول وفي بعضها الآخر يجوز.

9-11-1- الخطأ الجزائي والإهمال وقلة الاحتراز:

- ✗ حدد قانون العقوبات السوري بالمادتين 189 و 190 الخطأ الجزائي.
- ✗ فالمادة 189 تنص: يكون الخطأ الجزائي إذا نجم الفعل الضار عن الإهمال أو قلة الاحتراز أو عدم مراعاة الشرائع والأنظمة.
- ✗ وعرفت محكمة النقض السورية الإهمال وقلة الاحتراز كما يلي:
- الإهمال: هو الامتناع عن عمل وجب فعله (كان يجب فتح وريد لمريض ما مثلاً ولكنك امتنعت عن هذا الإجراء لسبب ما).
- قلة الاحتراز: قلة التبصر وعدم تقدير النتائج تقيراً كافياً.
- دعوى الحق الشخصي هي المسؤولية المدنية عقوبتها لا تتجاوز التعويض.
- دعوى الحق العام هي المسؤولية الجزائية عقوبتها تتمثل بالسجن.
- محكمة النقض هي أعلى مستويات المحاكم بالنسبة للقوانين التي تتبع النظام الفرنسي.

9-11-2- سقوط حق المضرور بالجوء للقضاء الجزائي في عدة

حالات:

1. العفو الخاص.
2. وفاة الطبيب المسؤول.
3. تنازل المريض عن شكواه بحق الطبيب (الصفح).
4. اختيار المضرور الطريق المدني لطلب التعويض.

9-11-3- أركان الخطأ الطبي:

الخطأ الطبي لا يعتبره فعلاً جرمياً لابد من قيام الركن المادي والركن المعنوي معاً. أولاً: الركن المادي: وهو مكون من ثلاثة عناصر هي: (1) الخطأ: ويتمثل بسلوك إيجابي أو سلبي (امتناع عن تأدية واجب قانوني مثل عدم إيقاف الطبيب النزف مما سبب وفاة المريض). عرفت محكمة النقض السورية الخطأ بأنه: "انحراف في السلوك والتقصير ببذل العناية بصورة تؤدي إلى الإضرار بالغير".

ويتم إثبات خطأ الطبيب بإثبات إهماله وعدم يقظته أو جهله لأصول الطب. (2) الضرر: ويجب أن يكون محققاً ومباشراً. (3) الرابطة السببية بين الخطأ والضرر (النتيجة الجرمية): أي أن الضرر اللاحق بالمريض نجم عن خطأ الطبيب، ويستطيع بالمقابل الطبيب درء المسؤولية الجزائية بنفي رابطة السببية:

A. بإثبات خطأ المريض كإهماله تعليمات الطبيب.

B. أو وقوع الخطأ من قبل الغير.

C. أو إثبات حصول الضرر بفعل سبب أجنبي.

ثانياً: الركن المعنوي:

ويتطلب توافر الأهلية الجزائية والإرادة الحرة لحظة ارتكاب الفعل الجرمي من قبل الطبيب.

وهنا نميز بين القصد والخطأ:

في القصد: العلم والإرادة متجهين للفعل والنتيجة (مثلاً إعطاء مريض مورفين مع العلم أن هذا المورفين سوف يؤذيه، وليس بغية معالجة الألم).
أما في الخطأ: الفاعل عالم بالفعل ووجه إرادته إليه لكنه غير عالم بالنتيجة مع أنه من واجبه أو باستطاعته العلم بها ولكنه لم يتخذ الاحتياطات الكافية لتجنب حدوث تلك النتيجة.

صور الخطأ الطبي:

1. امتناع الطبيب عن معالجة المريض
2. الخطأ في التشخيص
3. أخطاء العلاج
4. الخطأ في العمليات الجراحية
5. أخطاء جراحة التجميل
6. أخطاء التخدير
7. أخطاء الأشعة
8. أخطاء التوليد
9. الأخطاء الطبية في المستشفيات

12-9 - الخطأ الطبي Malpractice

تعريف الخطأ الطبي: هو

"فعل أو إغفال يتم الحكم عليه أنه خاطئ من قبل أقران ذوي معرفة وخبرة طبية عالية بنفس الوقت الذي حصل به"

مفهوم الخطأ الطبي:

هو انحراف الطبيب عن السلوك الطبي العادي والمألوف، وما يقتضيه من يقظة وتبصر إلى درجة يُهمل معها الاهتمام بمريضه،
أو هو "إخلال الطبيب بالواجبات الخاصة التي تفرضها عليه مهنته، وهو ما يسمى بالالتزام التعاقدي".

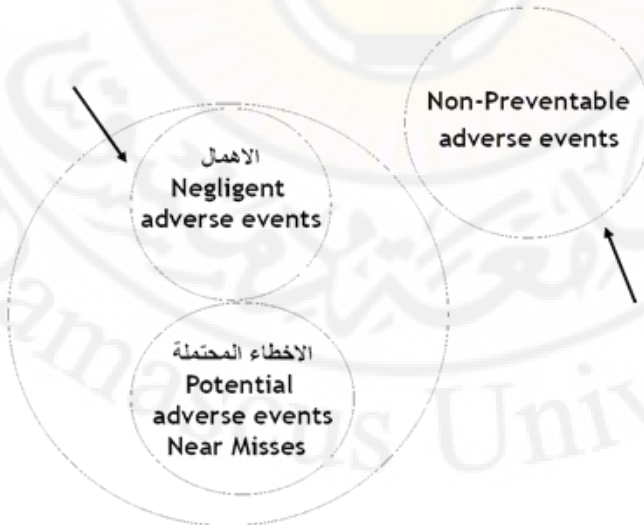
فالخطأ الطبي يقوم على توافر مجموعة من العناصر، تتمثل بـ: عدم مراعاة الأصول والقواعد العلمية المتعارف عليها في علم الطب، والإخلال بواجبات الحيطة والحذر، إغفال بذل العناية التي كان باستطاعة الطبيب فعلها .

9-13 - الخطأ الطبي والاختلاط الطبي Malpractice vs Complication

عرفنا ان الخطأ الطبي هو:
"فعل او إغفال يتم الحكم عليه أنه خاطئ من قبل أقران ذوي معرفة وخبرة طبية عالية بنفس الوقت الذي حصل به"
لكن ماهو الاختلاط الطبي?
الاختلاط الطبي هو:

عبارة عن "مشكلة طبية تحصل كنتيجة لمرض أو حالة مرضية أخرى".
أو "هو مرض أو حالة غير طبيعية ثانية تحصل خلال تطور المرض الأساسي".

Malpractice and Adverse Events



المبدأ الأساسي في المهنة الطبية هو: عدم الأذى Do No Harm

نسبة حدوث الأخطاء الطبية:

أن الأخطاء الطبية موجودة في جميع دول العالم و نسبها تختلف من دولة لأخرى بحسب جودة الخدمة الطبية والرقابة عليها. إذ تقل نسبها كلما ارتقت الجودة وزادت الرقابة.

ذكرت الادارة العامة لمنظمة الصحة العالمية WHO " أن الأخطاء المرتبطة بالرعاية الصحية تصيب مريضاً واحداً من كل 10 مرضى في جميع أنحاء العالم".
بينت الدراسات الدولية أنه من بين كل 1000 عملية جراحية، ينسى الأطباء أدوات في داخل جسم المريض في 18 عملية منها. وكذلك فإن من بين كل 100 ألف عملية جراحية، تجري عملية جراحية واحدة في العضو الخاطئ من جسم المريض .
في بريطانيا 30000 شخص يتوفون سنوياً بسبب أخطاء طبية..
وفي أمريكا يصل العدد إلى 100000 شخص يتوفون نتيجة أخطاء طبية يمكن تفاديها.

و 20 % من المرضى يعانون من أخطاء طبية في أقسام العناية المركزة..
وبحسب التقديرات فإن نسبة الخطأ في تقديم العلاجات الطبية تصل في الولايات المتحدة إلى 4%، وفي كندا تصل إلى 8% ، وفي الدانمرك 9% ، أما في بريطانيا والنمسا واليابان فتصل إلى 11%.

أما في الإمارات فإن نسبة الأخطاء الطبية داخل مستشفيات الإمارات 1.5 % حسب تقرير مركز الإمارات للدراسات.

وفي الولايات المتحدة نجد أن الأخطاء الطبية تمثل 90% من القضايا المنظورة في هذا الصدد أمام القضاء .

قسماً الخطأ الطبي وقد اشرنا لهما اعلاه

- الخطأ الفني
- الخطأ العادي

9-13-1- أسباب الأخطاء الطبية:

1. الجهل
 2. النسيان والإهمال
 3. الخطأ غير المقصود
 4. والخطأ المتعمد المقصود
- الجهل:

ان منقصة الطبيب بمواضع الخبرة ومحدودية المعرفة، بسبب انتقاص العلم والمعارف، وانعدام المواكبة للمحدثات في عالم الطب والتطبيب، تعكس تضاًؤل الخبرات، وفقدان سمات التصرف الأنسب مما يتسبب في واقعة الخطأ الطبي. إن كان يجهل كيفية تشخيصه أو طريقة معالجته.

النسيان والإهمال:

عاملان خطيران ويتسببان في:

- عدم استقصاء المعلومة الطبية الصحيحة
 - وعدم الفحص المتأنّي للمريض
 - والتخبط والعشوائية في العمل
- مع عدم الحرص في استخدام الوسائل الأنسب للتشخيص،
- وفي جملتها تؤدي دون شك إلى:
- ✓ اتخاذ القرارات الصحية الخاطئة
 - ✓ وبالتالي العلاج الخاطي،
 - ✓ مما يؤدي إلى تزامن الأمراض دون الإشفاء.

9-13-2- المتسببين في الخطأ الطبي:

الطبيب ثم الطبيب ثم الطبيب ثم الطبيب الطبيب،
المريض،
البيئة:

- التمريض

- حجرة العمليات (الكشف)

- توفر الأجهزة

- توفر الأدوية

فيما يخص الطبيب تكون أسباب الخطأ الطبي مايلي:

1. سوء في التعليم
2. نقص في الخبرة
3. عدم الاهتمام والتركيز واللامبالاة
4. عدم التأني والسرعة
5. عدم الاستماع إلى المريض
6. الكشف الغير دقيق
7. عدم الاستعانة أو الاستشارة
8. او عدم تحويل المريض لزملاء أطباء آخرين (العمل الطبي هو عمل فريق)
9. عدم التقدير من قبل الجهات المسؤولة عن توظيف الأطباء
10. وضعف في الرواتب والحوافز
11. طول ساعات العمل:

- في دراسة أعدتها جامعة هارفارد عن الاخطاء الطبية تبين ان الأخطاء التي يرتكبها الأطباء المتدربون تكون أثناء نوبات العمل الطويلة في الولايات المتحدة.

- وتقضي اللوائح الجديدة بأن لا يتعامل الأطباء الجدد مع المرضى مباشرة لمدة تزيد عن 24 ساعة.

- ووجد الأطباء أن أخطاء المتدربين خلال ساعات المناوبة الطويلة ارتفعت خمس مرات، ارتكبوا خلالها 36 % من جميع الأخطاء الطبية .

9-13-3- أنواع الأخطاء الطبية

- الخطأ الغير مقصود

- الخطأ المقصود أو المتعمد
 - الخطأ بسبب التعرض لحقوق المريض
- الخطأ بسبب التعرض لحقوق المريض يكون بأحد الاشكال التالية:**

1. إفشاء السر الطبي
2. عدم الالتزام بالمعايير المهنية في التعامل مع المريض
3. عدم احترام خصوصية جسد المريض
4. تقديم الخدمات الطبية دون رضا المريض (انتهاك الموافقة المستنيرة)
5. عدم تقديم الرعاية الطبية لمرضى الأمراض المعدية.

9-13-4- مسؤولية الطبيب

- تكون مسؤولية الطبيب عن الضرر الناجم عن خطأ يرتكبه
 - أو نتيجة لأسباب سواء
- توقع النتيجة وظن أن بإمكانه اجتنابها فقبل بالمخاطرة،
 أم أنه لم يكن قد توقع وكان في استطاعته أو من واجبه توقعها.
- يكون الطبيب ضامناً إذا ترتب عن عمله ضرر بالمريض في عدة حالات منها:
- إذا تعمد إحداث الضرر
 - إذا كان جاهلاً بالطب، أو بالفرع الذي أقدم على العمل الطبي فيه
 - إذا كان غير مرخص له من قبل الجهة الرسمية المختصة
 - إذا أقدم على العمل دون إذن المريض أو من يقوم مقامه
 - إذا غرر بالمريض
 - إذا ارتكب خطأ لا يقع فيه أمثاله ولا تفره أصول المهنة،
 - إذا وقع منه إهمال أو تقصير
 - إذا افشى سر المريض بدون مقتضى معتبر
 - إذا امتنع عن أداء الواجب الطبي في الحالات الإسعافية .
- هذا ويكون الطبيب مسؤولاً جزائياً في الحالات السابق ذكرها إذا توافرت شروط المسؤولية الجزائية

فيما عدا حالة الخطأ فلا يُسأل جزائياً إلا إذا كان الخطأ جسيماً .

9-13-5- في أي مرحلة يحصل الخطأ الطبي

- ✗ قد يكون عند بداية التعامل مع المريض
- ✗ أو عند تشخيص المرض
- ✗ أو عند طلب الفحوصات التشخيصية الغير لازمه
- ✗ أو عند وصف الدواء
- ✗ أو في مراحل العلاج المختلفة.

9-13-6- العوامل المساندة لظاهرة الخطأ الطبي

- ✗ غياب إحصائيات دقيقة عن الأخطاء الطبية
- ✗ غياب الرقابة من قبل وزارة الصحة ونقابة الأطباء على هذه المؤسسات الصحية
- ✗ غياب التدقيق في مؤهلات الأطباء الجدد، ومدى قدرتهم على
- ✗ ممارسة مهنة الطب". يشكل السبب الرئيس لنفشي الأخطاء الطبية ويفاقم الأخطاء الطبية، فضلاً عن الجشع

9-13-7- تكلفة الخطأ الطبي

اصدر معهد البحوث الطبية التابع لأكاديمية العلوم الأمريكية في عام 2002 تقرير حول مشكلة الأخطاء الطبية ذكر فيه:

- أن عدد الأمريكيين الذين يتوفون سنوياً بسبب الأخطاء الطبية (98000).
- يتجاوز عدد الذين يتوفون نتيجة حوادث الطرق وسرطان الثدي والإيدز، (حوالي 1.5 مليون أمريكي سنوياً)،
- بينما يعاني 1.5 مليون ونصف من تدهور في الرعاية الصحية يعرضهم لتداعيات أخرى أقلها المكوث بالمستشفى لفترات أطول،

- ومن ناحية التكاليف قال التقرير بين أن هذه الأخطاء تتسبب في أعباء مالية إضافية تقدر بحوالي 37.6 مليار دولار سنوياً،
- من بينها حوالي 17 مليار دولار بسبب أخطاء كان من الممكن تلافيها وعدم الوقوع فيها.
- أما في بريطانيا،
- تعتبر الأخطاء الطبية ثالث قاتل للمرضى بعد السرطان والسكتات القلبية. إذ إنها تقتك بـ 40000 بريطاني كل عام.
- أي حوالي أربع مرات أكثر من أولئك الذين يموتون بسبب مختلف أنواع الحوادث.
- وتبلغ التكلفة الإجمالية لتلك الأخطاء 730 مليون جنيه إسترليني.

9-13-8- أصحاب الحق لا يطالبون به

- إن أعقد المشاكل التي تظهر في دعاوى مُساءلة الأطباء مدنياً عن أخطائهم المهنية هي مسألة الإثبات.
- و أن معظم المتضررين أو ذويهم لا يُقدمون على رفع دعاوى قضائية ضد من يعتبرونهم السبب في الخطأ الطبي، وتعزى أسباب ذلك إلى:

- ✓ ارتفاع تكلفة الخدمة القانونية،
- ✓ والتكهن المسبق الخاطئ بأن القضية ستخسر نتيجة الشك في أهلية ومصادقية نتائج الطب الشرعي،
- ✓ والصعوبة البالغة في إثبات الخطأ الطبي على الطبيب أو المستشفى أو من كان له سبب في هذا الخطأ.

9-13-9- كيفية منع حدوث الخطأ الطبي

- التعليم المستمر
- الالتزام بأخلاقيات المهنة

تحسين الخدمات المساندة للطبيب

توفير البيئة الملائمة لعمل الطبيب

تحسين الاجور

نشر التثقيف الطبي المجتمعي

زيادة التركيز والاهتمام بطبيب الأسرة

9-13-10- ثقافة كشف الاخطاء الطبية

يجب نشر وتشجيع ثقافة كشف الاخطاء الطبية باتخاذ عدد من الخطوات واعتمادها والعمل بها:

1. المصادقية والاعتراف بحصول الخطأ
2. تقديم المعلومات والاجابة عن الاسئلة والاستفسارات عن اي شك او احتمال لأي خطأ طبي
3. تفعيل قوانين واجراءات المساءلة عند حصول اي خطأ او اهمال طبي والعمل على تجنبه بالمستقبل وعدم حصوله
4. تشجيع الاعتذار
5. حسن الإنصات والإستماع لأي شكوى
6. شكر وتقدير عواطف ومشاعر المرضى والناس ورغبة الاطباء في الحرص على تغير خدمة المرضى لترتقي اكثر وتجنب الخطأ الطبي.

9-13-11- تطوير المؤسسات الطبية والكشف عن الأخطاء

يجب ان نعلم ان تقييم الاخطاء الطبية ومراجعتها وكشفها هي ذات قيمة عالية جوهرية في تطوير العمل الطبي.
لذلك يترتب علينا اتخاذ الاجراءات التالية وتشجيعها لتطوير عملنا الطبي من خلال:

- ✍ فتح الحوار حول الأخطاء الطبية
- ✍ التركيز على التزام المؤسسات الطبية بالتطوير

- ✍ التحول من ثقافة اللوم والعار الى التركيز على العناية بالمريض.
- ✍ عدم اعتبار ان الخطأ الطبي موضوع فردي أو شخصي يتعلق بالطبيب المخطئ بل تعميم ثقافة ان الخطأ هو مؤسساتي جماعي يتعلق بفريق العمل وليس الفرد بل اوسع من ذلك اعتبار ان الخطأ الطبي هو امر يتعلق بالمهنة وممارستها للجميع.

9-14- الفروق ما بين المسؤولية الجنائية والمسؤولية المدنية

تقوم المسؤولية الجنائية على أن هناك ضرراً أصاب المجتمع، أما المسؤولية المدنية فتقوم على أن هناك ضرراً على الفرد وتترتب على ذلك النتائج التالية:

1. جزاء المسؤولية الجنائية عقوبة، أما جزاء المسؤولية المدنية فتعويض.
 2. الذي يطالب بالجزاء في المسؤولية الجنائية هو النية العامة باعتبارها ممثلة للمجتمع، أما الذي يطالب بالجزاء في المسؤولية المدنية فالمضرور نفسه لأن الجزاء حقه هو.
 3. لا يجوز الصلح ولا التنازل في المسؤولية الجنائية لأن الحق فيها عام للمجتمع و**يجوز** الصلح والتنازل في المسؤولية المدنية لأن الحق فيها خاص للفرد.
 4. لما كانت العقوبة في المسؤولية الجنائية تتطوي على معنى الإيلاء كان من الواجب حصر الجرائم والعقوبات، فلا عقوبة بلا جريمة بلا نص، أما المسؤولية المدنية فتترتب على أي عمل غير مشروع دون حاجة لنصوص تبين الأعمال غير المشروعة عملاً.
- شرط توفر النية في المسؤولية الجنائية التي لا بد أن يكون لها مظهر خارجي يصل إلى حد معين من الجسامة، فالتصميم والأعمال التحضيرية لا عقاب لها ولا الشروع يعاقب عليه، ويعاقب الفعل التام. وإلى جانب المظهر الخارجي يغلب أن تكون الجريمة الجنائية عملاً ألحق الضرر بالمجتمع، بل إن جسامة الضرر قد تؤثر في العقوبة كالضرب المفضي إلى الموت والذي يحدث عاهة مستديمة مقارنة بالضرب البسيط.



الفصل العاشر

أخلاقيات البحث العلمي

البحث العلمي هو ضرورة necessary وليس ترفاً luxury للطبيب.

وبما أن الطبيب هو صانع قرار decision maker إذاً يجب عليه أن يسعى نحو أهدافه، فإذا اقتنع أن البحث العلمي هو ضرورة يجب عليه أن يبذل جهوده ليعرف عنه ويطبقه قدر الإمكان.

والبحث العلمي مرتبط مع العلوم الأساسية أكثر من ارتباطه بالسريية (لا يوجد دكتوراه بالجراحة مثلاً، وإنما يختار الطبيب موضوع subject معين يتعلق بأحد العلوم الأساسية الطبية في اختصاصه ويتعمق بأساسياته "فيزيولوجياً أو تشريحياً...").

يجب علينا كطلاب في مرحلة العلوم الأساسية أن نتعلم عن البحث العلمي وكيف نقيم أخطاءنا ونتعلم منها، وكيف يكون النقد العلمي (للجيد وللسيء)،

البحث العلمي يكون في تطور مستمر وذلك لأنه كل ما تعمقنا في البحث أكثر كل ما ظهرت لدينا مشاكل بحثية جديدة لنجد لها حلولاً وهكذا...

مهما كانت معرفة الإنسان واسعة فإنه لن يصل للمعرفة المطلقة، فدائماً توجد أسئلة جديدة تحتاج إجابات..

الرؤية:

← أن تُسهم الأبحاث العلمية والصحية في التنمية البشرية والمعرفية، وتحسين نوعية الحياة والرعاية الصحية الشاملة، للحفاظ على كرامة الإنسان. وليس بهدف الترف..

يجب أن يكون هدف البحث هو تحقيق فائدة للبشرية.

فمثلاً التعمق بالبحث عن خصائص إنزيم معين ليس له أهمية كبيرة (يعتبر ترف)، ليس بأهمية التعمق بالبحث عن خصائص الـ streptokinase مثلاً، فللـ streptokinase أهمية إمراضية كبيرة ويجب أن نزيد فهمنا له (هنا البحث ضرورة).

10-1- الرسالة:

⇐ أن يتم مراعاة القواعد الأخلاقية في عمليات البحث العلمي (فكون البحث مهماً لا يعطي الحق للباحث بالاستهانة بالالتزام بالقواعد الأخلاقية وخاصة مع من يطبق البحث عليهم).

⇐ وأن يكون ذلك نمط الحياة وأسلوب التفكير لاتخاذ قرارات صائبة تعمل على تحقيق الأهداف المرجوة من إجراء البحوث الصحية (أي على مبدأ الـ Evidence Based M medicine).

⇐ مع إعطاء مفهوم تطوير النظم الصحية ونوعية الرعاية الصحية جانباً من الأهمية.

⇐ وخصوصاً في تحقيق رضى المستفيد (فالباحث بحاجة للمستفيد أكثر من حاجة المستفيد للباحث).

⇐ وتقديم الخدمة في حماية الأفراد والمجتمع من المخاطر المحتملة لمراحل إجراء البحوث.

⇐ والعمل على الوصول لأقصى درجة من الفوائد وأقل درجة من الهدر في ظل المبادئ والأخلاقيات الطبية. (مثال على تغليب المنفعة)

يجب احترام الاعتبارات التالية عند من نريد تطبيق البحث عليهم:

1. مكان السكن والحياة (جبال، سهول...) Geography.

2. الاعتبارات الإثنية Ethnical.

3. الاعتبارات العرقية Racial.

4. الاعتبارات الدينية Religious.

واحترامها لا يعني اتباعها. وبالمقابل لك احترامك دون فرض آراء مقابلة.. فالمبدأ الأساسي الذي تقوم عليه المهن الطبية هو No Harm أي لا تؤذي.

التقدم التكنولوجي أعطانا معارف هائلة عن حياة الإنسان بأدق تفاصيلها (على مستوى الجينوم والبيومتوثانية) ولكن هذا التقدم لا يعطينا الحق لتجاوز الأخلاقيات، فالهدف هو تحسين نوعية الحياة وليس ضرر الناس.

كذلك شمل كل المجالات (بما فيها الزراعة)، فالزراعة مهمة جداً لأنها الأساس الغذائي للإنسان والحيوان، وبالتالي أي مشكلة في جينات النباتات التي نتناولها ممكن أن

تؤثر على صحتنا كبشر، لذلك احترام الأخلاقيات مهم جداً حتى عند التعامل مع المزروعات (عند تعديل الجينات مثلاً).
المبدأ العام لـ"كانط" ينص على أن تعالج أي مريض مهما كان (عدو أو لديه مرض معدي...) ولكن مع المحافظة على سلامتك الشخصية.

10-2- ضوابط البحوث (الغاية من إجراء البحوث):

هو تحقيق الخير ودفع الضرر، وهو عمل أخلاقي لا يتنافى مع أهداف ممارسة مهنة الطب الأخلاقية.
ولكن:

- ثمة قلق من سوء استخدام هذه البحوث، بدأ هذا القلق يساور الناس بشكل ملحوظ بعد الحرب العالمية الثانية نتيجة لقيام بعض الأطباء الألمان أثناء الحرب بإجراء تجارب على الأسرى وصلت لحد كونها جرائم يندى لها الجبين. كما كشفتها محاكمات نوريمبرغ حول جرائم الحرب التي ارتكبتها النازيون.

مثال آخر:

- عند استتساخ النعجة دولي، ظهرت النعجة بشكل هرم، وبالتالي الاستتساخ هو very risky، ويمكن أن يؤدي لنتائج خطيرة لا نعرفها الآن ولكن يمكن أن تظهر في المستقبل.

مثال عن تقدم العلم والتكنولوجيا هو ظهور ظاهرة تأجير الأرحام Surrogate mother (سنتكلم عنها في بحث الأخلاقيات الطبية للتكاثر والتناسل).

10-3- أمثلة من التاريخ عن الأخلاقيات الطبية:

في عام 1973 كان هناك تجارب قائمة على مرضى السيفلس من دون معالجتهم، لمتابعة تطور المرض لديهم، عند اكتشاف هذه التجارب قام رئيس الولايات المتحدة السابق كلينتون بالاعتذار من عائلات المرضى.
بالعودة إلى زمن حمورابي، تم وضع قانون "العين بالعين والسن بالسن" وكما قلنا سابقاً أن هذا القانون ينص على حالات طبية، بأن الطبيب الذي يؤدي عين شخص حر

أثناء معالجتها، تقتلع عين الطبيب، وإذا أذى عين عبد يعوض صاحب العبد مادياً أو بعبد آخر. وهذه القوانين تدلنا على أن الطب في زمن حمورابي كان متقدماً ومضبوطاً بآليات أخلاقية صارمة.

في 1963 بعض المشافي التابعة لليهود في أميركا، كانت تستغل حاجات الناس للعلاج وتقوم بالتجارب عليهم (وخاصة في قضايا المناعة والرفض المناعي)، مما أثار ضجة أخلاقية.

في 1972، في نيويورك، كانت تجرى أبحاث وتجارب على الأطفال المتخلفين عقلياً.

10-4- المراجع الدولية لأخلاقيات البحوث الطبية:

إن القسم الطبي لأبقرراط هو أول مصدر في تحديد أخلاقيات الممارسة الطبية، ونص القسم هو:

"أقسم بالله العلي العظيم أن أكون وفياً لواجبات مهنتي، متبعاً أفضل السبل فيما يفيد المرضى، متحاشياً ما يضرهم أو لا ينفعهم، لن أعطي دواءً مجهضاً ولا قتالاً ولن أقوم بأي عملية بقصد الإجهاض أو الأذى، و لن أستكف عن العمل عند انتشار الأوبئة أو الأخطار، ولن أسمح للخوف أن يدفعني للفرار من الواجب، وسأظل محافظاً على سر المهنة منزهاً نفسي عن كل عمل يناقض الفضيلة، سالكاً سلوك الطهارة والاستقامة والله على ما أقول شهيد".

1947: تأسيس World Medical Association (WMA)

تأسس الجمعية الطبية العالمية (WMA) World Medical Association، وإعلان جنيف.

1947) Nuremberg Code وثيقة نورمبرغ:

وجد بسبب تجارب الأطباء الألمان على البشر في عهد هتلر، وتضمن 10 بنود، أهمها:

الموافقة المبينة على المعرفة.

وجود فائدة مقنعة للبحث.

تجنب الأذى الجسدي والعقلي.

أن يقوم بالبحث علماء ذوي أهلية.

وجوب وضع التصميم الجيد للبحث وتطبيقه على الحيوان أولاً.

إنهاء البحث في حال النتائج غير الجيدة أو غير المفيدة للإنسان.

بعد المحاكمات الدولية بعد الحرب العالمية الثانية ونتيجة لذلك صدرت مجموعة قواعد أو وثيقة نوريمبرغ 1947 Nuremberg Code للتجارب على المرضى، والتي حُدِّت من خلالها الأسس التي يجب الالتزام بها عند إجراء التجارب والبحوث على البشر، ولتكون بموافقتهم وبمحض إرادتهم. (أقدم وثيقة يعني).

1948 أقرت الجمعية العامة للأمم المتحدة الإعلان العالمي لحقوق الإنسان.

1966 أقرت الجمعية العامة الاتفاقية الدولية للحقوق المدنية والسياسية، وتنص المادة 7/ منه على عدم تعريض أي شخص للتعذيب أو المعاملة السيئة أو العقاب القاسي أو المهين.

وبصفة خاصة: عدم خضوع أي شخص للتجارب الطبية أو العلمية دون موافقته الحرة.

1964 إعلان هلسنكي Declaration of Helsinki وتعديلاته وآخرها عام 2008:

تم إقرار وإصدار إعلان هلسنكي لحقوق الإنسان من قبل الجمعية الطبية العالمية (World Medical Association (WMA، والتي لازالت تُعتبر المرجع الأخلاقي في مجال آداب وأخلاقيات المهن الطبية فيما يتعلق بالبحوث الطبية الحياتية، وقد تمّ تعديله عدة مرات آخرها عام 2008.

يعد الوثيقة الدولية الأساسية في مجال آداب المهنة فيما يتعلق ببحوث الطب الإحيائي. وكان له أثره في صياغة التشريعات وقواعد السلوك الدولية والإقليمية والوطنية. سمحت هذه الوثيقة بإجراء البحوث في بعض الحالات الخاصة على الأطفال وناقصي الأهلية.

حددت الجمعية الطبية العالمية، وإعلان هلسنكي المبادئ الأخلاقية للبحوث الطبية التي تشمل البشر، وتم اعتمادها أو التعديل عليها كالتالي:

Adopted by the 18th WMA General Assembly, Helsinki,
Finland, June 1964.

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

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

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

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

and 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.

1982 تم إعادة النظر في وثيقة نوريمبرغ وإعلان هلسنكي من قبل مؤتمرات المنظمات العالمية للعلوم الطبية.

وأصدرت آنذاك إرشادات في كيفية تطبيق الأسس التي وردت في وثيقة إعلان هلسنكي وبصورة فعالة وخصوصاً في الدول النامية في ضوء خصوصية الظروف الاجتماعية والاقتصادية وفي خصوصية الظروف والتشريعات والقوانين في تلك الدول.

1992 روجعت الإرشادات المذكورة من قبل المؤتمر العالمي للمنظمات الطبية بعد عشر سنوات 1992 من إصدارها وفي ضوء التطورات الحاصلة وفي ضوء انتشار مرض الإيدز وفي ضوء الإقرار بدور علم الوبائيات كوسيلة من وسائل الصحة العامة وبروز الحاجة إلى إرشادات تنظم الدراسات الوبائية.

وفي عام 1992 على أثر هذه المراجعة صدر دليل الإرشادات العالمية لأخلاقيات البحوث على الأشخاص.

جنيف 2004: CIOMS مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية

القواعد الإرشادية الأخلاقية العالمية لأبحاث الطب الحيوي المتعلقة بالجوانب الإنسانية الصادرة عن مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية (CIOMS) "جنيف 2002" والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية "جنيف 2004".

2005 إعلان اليونسكو للأخلاقيات البيولوجية والطبية UNISCO Declaration of Biomedical Ethics , وتعديلاته وآخرها عام 2013

يعتبر الالتزام بهذه الإرشادات من قبل الباحثين الضمانة الرئيسية لأخلاقية البحوث ولطمأنة المسؤولين والمواطنين أن هذه البحوث في الوقت الذي تسهم فيه في تقدم العلوم الطبية والارتقاء بالصحة فإنها مضبوطة ومرتبطة بإجراء تكفل عدم الإضرار أو إلحاق الأذى بالأشخاص المشمولين بها...

التزاما بالمبادئ الأخلاقية الطبية الأربعة التي هي:

1. احترام الاستقلالية **Autonomy** والخصوصية، وكرامة الإنسان
2. تغليب المنفعة **Beneficience**
3. تجنب الضرر **Non-maleficience**
4. العدالة **Justice (Fairness)**

سنشرح فيما يلي كل من هذه المبادئ أو المعايير..

1- احترام الإستقلالية **Autonomy** والخصوصية:

ويجسد احترام الأشخاص على الأقل اعتبارين أساسيين:

a. احترام الاستقلالية:

ما يتطلب معاملة الذين تتوفر لديهم القدرة على التفكير المتأني بشأن اختياراتهم الشخصية، باحترام لمقدرتهم على تقرير المصير من خلال الحصول على موافقة مطلعة و طوعية من شخص ذو أهلية.

b. حماية الأشخاص ذوي الاستقلالية التي يشوبها ضعف أو نقص:

مما يتطلب توفير السلامة لأولئك الأفراد التابعين لغيرهم أو سريعي التأثر بعوامل معينة ضد أي أذى أو سوء استغلال.

2- مبدأ تغليب المنفعة: **Beneficience**

يجب تحقيق الفائدة العظمى للمجتمع، وتغليب المنفعة الأكبر في حال وجود منفعتين كما يجب عدم التسبب إلا بما لا يتجاوز بالحد الأصغري للمخاطر للمشاركين. إعطاء الأهمية الكبرى للمشاركين في البحث مقارنة بالمستفيدين من نتائجه مستقبلاً.

3- تجنب الضرر Non-maleficence

يجب تحقيق مصلحة المريض والمجتمع في حال وجود ضررين وعدم التسبب بأذى إلا بما لا يتجاوز الحد الأصغري للمخاطر للمشاركين.

4- العدالة: Justice (Fairness)

ويقصد بالعدل معاملة كل شخص وفقاً لما هو صواب وصحيح من الناحية الأخلاقية.

✧ من خلال تقسيم عادل ومتساو لعبء البحث وفوائده.

○ عبء البحث: لا يجوز أن يقوم بالبحث باحث، وتكون النتائج باسم أكثر من باحث.

○ فوائد البحث: لا يجوز إجراء البحث على مرضى السكري الشباب وتطبيق نتائجه على كل الأعمار.

ما سبق لا يعني أن جميع الأبحاث التي تجرى الآن هي أخلاقية، فحتى إذا أخذت الموافقة المبدئية على البحث، يجب أن تظل المراقبة الأخلاقية مستمرة طوال البحث وحتى نهايته.

البحوث الطبية الحياتية بشكل عام نوعان:

1. بحوث أساسية.

2. بحوث تطبيقية وسريرية.

عادة العلم يكون على وجهين:

1. وجه عقلائي ويشكل المعرفة.

2. وجه تطبيقي.

المعارف إما أن تكون:

1. صرفة (pure) ويقابلها التطبيقي (applied).

2. بحثي (research) ويقابلها التطوير (development).

3. علم (science) ويقابلها تكنولوجيا (technology).

أنواع البحوث تقسم حسب الأسلوب المستخدم إلى:

1. وصفي.

2. تاريخي.

3. تجريبي.

وستتم مقارنة مواضيع أخلاقيات البحث العلمي بتطبيق المبادئ الأساسية الأربعة في الأخلاقيات الطبية التي هي:

1. احترام الاستقلالية الذاتية Autonomy

2. تغليب المنفعة (الإحسان) Beneficence

3. تجنب الضرر Nonmaleficence

4. العدالة Fairness

10-5- تعريف البحث العلمي

هو جهد علمي منهجي ييذل للتوصل إلى حقيقة علمية تُسخر لمصلحة البشر، أو التعمق في معرفة أي موضوع والبحث عن الحقيقة، بهدف اكتشافها وعرضها بأسلوب منظم يساهم في إغناء معلوماتنا.

ما هو إلا التحرّي عن المعرفة، يقوم به فرد أو مجموعة من الأفراد وفق طريقة معينة تختلف باختلاف نوع البحث أو المعرفة التي يُراد التحرّي عنها.

يشير مصطلح "بحث" إلى طبقة من النشاط مصممة لتطوير المعارف العامة أو المساهمة فيها.

وتتألف المعارف العامة من نظريات ومبادئ أو علاقات، أو تراكم المعلومات التي تعتمد عليها هذه الأشياء، والتي يمكن الربط بينها بواسطة أساليب الملاحظة والاستدلال العلمي.

أو هو محاولة إيجاد علاقة جديدة بين شيئين أو أكثر وهو تحويل لعلاقة سابقة للحصول على شيء جديد.

وهو وسيلة يمكن عن طريقها التوصل لحل المشكلات المختلفة عن طريقة التحرى والاستقصاء الدقيق لكافة المظاهر والمتغيرات والأدلة التي ترتبط بالبحث المنوي القيام به.

وفي السياق الذي نحن بصدده فإن البحث يشمل كل من الدراسات الطبية الجسدية والنفسية والسلوكية الاجتماعية المرتبطة بالصحة الإنسانية.
وعادة ما يقرن البحث بصفة الطب الإحيائي للدلالة على علاقته بالصحة.
هناك ثلاثة مستويات من البحوث:

1. بحوث قصيرة على مستوى الدراسة الجامعية الأولى في البكالوريوس Term
:paper

هدفها أن يتعمق الطالب في دراسة موضوع معين، وليس الحصول على معلومات جديدة. وأن يتدرّب على استخدام المعلومات المطبوعة وغير المطبوعة ثم تحليلها والوصول إلى النتائج. عادةً يكون هذا البحث قصيراً من 10-40 صفحة (ممكن أن يكون 200 صفحة مثلاً ولكنه يكون لأكثر من طالب).

2. بحوث متقدمة على مستوى رسالة الماجستير Master thesis:
هي عبارة عن بحث طويل نوعاً ما، يساهم في إضافة شيء جديد في موضوع الاختصاص.

3. بحوث متقدمة على مستوى رسالة الدكتوراه Doctoral dissertation:
هو بحث طويل شامل ومتكامل لنيل درجة جامعة.
يشترط به أن يكون جديداً وأصيلاً.
وأن يساهم في إضافة شيء جديد للعلم.
ليس بالضرورة أن تجد النتيجة الإيجابية التي تبحث عنها حتى يعتبر بحث،
فالنتيجة السلبية تعتبر كالنتيجة الإيجابية A Negative result is a result

10-6- أنماط الأبحاث

تشتمل الأبحاث التي تتضمن حالات دراسة بشرية:

- (1) دراسات خاصة بالعمليات الجسدية والنفسية المتعلقة بالطب الإحيائي وعلم الأوبئة، أو خاصة بالاستجابة لتدخل محدد سواء كان بدنياً أو كيميائياً أو نفسياً- في الحالات الصحية أو المرضية.
- (2) تجارب محكمة للإجراءات التشخيصية أو الوقائية أو العلاجية على مجموعات كبيرة من الأفراد، ومصممة لإظهار رد فعل عام ومحدد لهذه الإجراءات مقابل خلفية الاختلاف البيولوجي للفرد.
- (3) دراسات مصممة لتحديد نتائج الإجراءات الوقائية أو العلاجية المعينة التي تلحق بالأفراد والجماعات.
- (4) دراسات تتعلق بالسلوك الإنساني المرتبط بالصحة في وسط متنوع من الظروف والبيئات.

10-7- طريقة إجراء البحث

التجارب العشوائية ذات الشاهد: Randomized Controlled RCT

وهي المعيار الذهبي العالمي في البحوث الطبية Global Standard، وتتم عبر:

✍ تؤخذ جمهرة من الأفراد وتوزع عشوائياً Randomly.

✍ مجموعة تأخذ الدواء الجديد

✍ ومجموعة تأخذ الدواء الغفل Placebo.

✍ تتابع التطورات على المجموعتين وتوثق.

10-8- مراجعة لبعض النصوص في إعلان هلسنكي

تصميم البحث:

❖ أشار البند 13 إلى أهمية وضع التصميم الجيد للبحث.

❖ ومن بين الجوانب الأساسية للأبحاث ذات التبرير الأخلاقي والمتضمنة لحالات دراسة بشرية، "بما في ذلك الأبحاث التي تشتمل على أنسجة أو بيانات بشرية يمكن التعرف عليها". حيث ان تصميم البحث يجب:

- أن يوفر البحث وسائل لتطوير المعلومات يتعذر الحصول عليها بأي طريقة أخرى.
- أن يكون تصميم البحث سليماً علمياً.
- أن يتميز الباحثون وغيرهم من طاقم البحث بالكفاءة.
- ويتعين أن تكون الأساليب المقرر استخدامها ملائمة لأهداف البحث وحقل الدراسة.
- كما يجب على الباحثين والكفلاء ضمان أن يكون جميع المشاركين في تنفيذ البحث مؤهلين من حيث التعليم والخبرة للقيام بأدوارهم بكفاءة.
- وينبغي أن يتم تضمين هذه الاعتبارات في بروتوكول البحث المقدم للجان المراجعة الأخلاقية والعلمية بغرض الدراسة ومنح الموافقة.

القيمة العلمية للبحث:

- ❖ اشير المبدأ 11 من إعلان هلسنكي Helsinki.
- ❖ وتعد الأبحاث الضعيفة من الناحية العلمية غير أخلاقية لسببين:
- ليس لها فائدة مقنعة على المدى البعيد، مما يعلل الأذى المحتمل لها على المشاركين.
- كما أنها وبسبب نتائجها الضعيفة وغير الموثوقة قد تكون سبباً لحدوث أذى على الناس في المستقبل.

الخطورة المتوقعة

- ❖ اشار الى ذلك المبدأ 5 من إعلان Helsinki.
- ❖ أي أن الخطر المتوقع حدوثه على المشاركين يجب أن يكون قليل جداً وذلك مهما كانت الفائدة المنتظرة على المدى البعيد.
- ووضعت معايير لدرجة الخطورة المقبولة، وهي:
- لا يجب أن تتجاوز المخاطر ما هو متوقع حدوثه في الفحوص الطبية الروتينية،

- ويجب أن تكون الأذيات الخطيرة أو الوفاة شبه معدومة.
- قد تكون المخاطر على شكل ألم رأس، جفاف في الفم،..
- أما نسبة امكانية حدوث الوفاة فالنسبة المتفق عليها أقل من 1/1000000. واحد

بالمليون

- وتقاس الفائدة المرجوة بطريقتين، وذلك في التجارب السريرية:
- الفائدة ستعم على المرضى الذين يتلقون العلاج قيد التجربة.
- وفي المستقبل ستعم الفائدة على المجتمع عموماً.
- أما في التجارب غير السريرية.... فلا يسمح بتجاوز نسب الخطورة الأصغرية.
- الحجج الممكنة أخلاقياً للسماح بالتجارب ذات نسبة الخطورة الأعلى:
- أن الخطورة الممكنة لا تتجاوز ما تمثله خطورة المرض ذاته.
- أن المرض قيد الدراسة هو جدي ويستحق المحاولة.
- أن المعلومات التي يحتمل الحصول عليها بنتيجة الدراسة قد تعطي فائدة حقيقية للتعرف على طبيعة المرض وأليته.
- لا يوجد وسيلة أخرى للحصول على معلومات عن المرض إلا بالدراسة على المرضى.

- أن تحوي الدراسة و بشكل واضح ما يتضمنه البحث من إجراءات يراد تطبيقها.

الموافقة والأشخاص ذو الأهلية

- ❖ اشارة الى ذلك المبدأ 22 من إعلان هلسنكي Helsinki. وقد شرحنا ذلك في فصل

الموافقة المطلعة او المستنيرة Informed consent.

- ❖ يجب الحصول على الموافقة المستنيرة الطوعية من شخص ذو أهلية.

شروط الموافقة لذوي الأهلية:

- 1- أن تكون بعد الحصول على معلومات عن طبيعة الدراسة وهدفها وتطبيقاتها ومخاطرها المحتملة.
- 2- كما يجب أن يلتقي الباحث مع المشاركين في البحث لإيضاح هذه المعلومات.
- 3- عادة ما تكون الموافقة مكتوبة وموقعة من المشارك بالبحث.
- 4- يجب التأكد من إعطاء المشارك فترة كافية من الزمن للتفكير قبل التوقيع.

- 5- يجب التأكد من عدم وجود أي قسر أو ضغط على المشارك.
- 6- عدم وجود إغراءات مادية لقبول المشاركة.
- 7- يجب التأكد من عدم وجود تأثيرات على مستوى الرعاية المقدمة للمريض في حال رفضه المشاركة.
- 8- تكون هذه الموافقة غير ملزمة للمشارك مع ذلك، ويمكنه الانسحاب متى شاء.
- 9- أن لا يكون الباحث تحت ضغوط جمع المشاركين.

الموافقة في حال غير ذي الأهلية:

❖ اشار الى ذلك إعلان اليونسكو للأخلاقيات البيولوجية الحيوية والطبية 2005 وتعديلاته 2013.

❖ ومثلا في بريطانيا ورد في قانون تنظيم الأبحاث السريرية لعام 2004، بما يخص الموافقة المستتيرة في حال غير ذي اهلية مايلي:

- الشخص البالغ هو فوق عمر 16.
- وتعريف غير ذي الأهلية هو الغير قادر على إعطاء موافقة مستتيرة لنقص الأهلية الفيزيائية أو العقلية.
- الاستعانة بالشخص الوصي للحصول على موافقة الشخص غير ذي الأهلية:
- ✓ ولا يجب أن يكون للوصي أي صلة بالبحث.
- ✓ يجب أن يحمل الوصي صفة قانونية.
- ✓ إذا كان هذا الوصي غير موجود قد يتم الاستعانة بالقضاء وقد يتم تعيين طبيب المريض كوصي.

- يجب أن لا يجري البحث على غير ذوي الأهلية في حال توفر الأصحاء.
- يجب عدم مشاركة المريض بالبحث في حال وجود توصيات مسبقة من المريض بعدم المشاركة في البحث.
- في حال عدم قبول المريض بالمشاركة يجب احترام رغبته.

❖ كما وضع قانون الأهلية العقلية في بريطانيا لعام 2005 شروطاً للبحث على ناقصي الأهلية، وسمح بإجراء البحوث على غير ذي الأهلية بعد أخذ موافقة الوصي. وتم وضع مواصفات للوصي.

الأطفال والموافقة على البحث الطبي

❖ تم تنظيم القوانين المتعلقة بإجراء البحث على الأطفال بعدة مواد وقوانين.

❖ وقسم الأطفال إلى مجموعتين عمريتين:

الأطفال بعمر 16 و 17 عام:

- الأبحاث المتضمنة استخدام منتجات طبية: وتم تنظيمها بقانون التجارب السريرية على المؤهلين و ناقصي الأهلية.
- أبحاث غير متضمنة لاستخدام منتجات طبية: معالجات جديدة هنا يجب العودة لقانون الأسرة، وللقانون العام.
- و يمكن في حال عدم الأهلية العودة لقانون الأهلية العقلية لأخذ موافقة الأب أو الولي.

الأطفال تحت عمر 16 عام:

- الأبحاث المتضمنة استخدام منتجات طبية: يجب أخذ موافقة الأب أو الولي.
- أبحاث غير متضمنة لاستخدام منتجات طبية: كالمعالجات يعتمد على درجة الوعي لدى الطفل، وينصح بأخذ موافقة الطفل والولي.

10-9- البحث الطبي والمحافظة على السر المهني

- ❖ يجب حفظ بيانات المشاركين بمكان آمن.
- ❖ يمكن إعطاء البيانات لطرف آخر بعد أخذ الموافقة من المشاركين.
- ❖ في حال جمع البيانات من المشافي يجب على المشفى التواصل مع المرضى لأخذ موافقتهم على إعطاء بياناتهم للباحثين.
- ❖ في حال جمع بيانات فقط وعدم القدرة على الوصول للأشخاص: نصحت الجمعية العمومية بضرورة عرض الأمر على لجنة أخلاقية تقارن بين الفائدة المتوقعة من البحث مع كسر قاعدة المحافظة على السر المهني.

10-10 - اخلاقيات الباحث العلمي ومساعدية

1. الصدق Truth
2. الأمانة العلمية Honesty
3. العدالة Fairness
4. العفة Chastity, Virtue
5. العطاء Generosity
6. المصداقية Credibility
7. الموافقة Consent
8. الدقة Accuracy
9. السلامة المهنية Professionalism Safety
11. التعاون Cooperation
12. الثقة Trust
13. المسؤولية Responsibility
15. الموضوعية Opjectivity

الصدق Truth: حيث يجب الصدق في نقل تطبيق الاجراءات والطرائق والافصاح

عن النتائج، ذكر النتائج كما ظهرت وعدم القيام بتحويلها

الأمانة العلمية Honesty: هي نقل الوقائع والمجريات و ذكر النتائج كما ظهرت وعدم القيام بتحويلها والمشاركات وجهود الأشخاص السابقين والمشاركين الحاليين كما تمت دون إخفاء أي معلومة او ادعاء أي فكرة أو عمل ليس للباحث. كما انها ببساطة عدم أخذ أفكار الغير، أو ادعاء الباحث أنها من عنده، ويجب أن يذكر المصدر الذي اعتمد عليه. عدم إدراج أشخاص لم يساهموا في البحث.

العدالة Fairness: عدم التحيز والعدالة في تطبيق الموارد والاجراءات.

العفة Chastity, Virtue: هي التعفف عن المغريات المادية مثل المال أو غيرها للتحيز بالبحث العلمي وإدارته ونتائجه. فالباحث لاتغريه أية مغريات ليحيد عن الحياد العلمي. وكذلك عدم التحيز. حيث يجب عدم انتهاك اي عادات او التحيز للممولين أو الرشوة والمحافظة على اعراض واسرار المبحوثين.

العطاء Generosity: يجب على الباحث ألا يبخل بإعطاء أي معلومة يمكن أن تنفع المجتمع.

المصداقية Credibility: يجب التمتع بمصداقية عالية وموثوقية من قبل المبحوثين والهيئات الصحية والاجتماعية والعلمية.

الموافقة المستنيرة Informed Consent: وقد اوضحنا انها يجب ان تكون من مؤهل عقليا او وصيه وقبل البدء بالبحث وهي عملية متواصلة ومستمرة تفقد صلاحيتها باي وقت يريده المبحوث او عند عدم التأكد من صلاحيتها...وليسست اجراء فحسب.

الدقة Accuracy: توخي الدقة في العمل بكل مراحله من التصميم design وتطبيق الطرائق واشتمال او استبعاد بعض العينات حتى جمع النتائج ومناقشتها... ذكر النتائج كما ظهرت وعدم القيام بتحويلها.

السلامة المهنية Professionalism Safety: توخي السلامة للمبحوثين وللباحثين والحرص في تطبيق ومراعاة اجراءات السلامة المهنية وعدم التهاون في ذلك بحيث تكون المخاطر في حدها الاصغري.

التعاون Cooperation: يجب ان تسود روح التعاون بين افراد الفريق الباحث والمبحوثين والهيئات العلمية وفرق البحث الاخرى حتى. والحرص على التعاون والابتعاد عن الأتانية وتقديم يد العون للآخرين، وعدم عرقلة عمل الآخرين من باب الحقد أو الغيرة

الثقة Trust: يجب ان يتمتع الباحث بالثقة من قبل المبحوثين ومحافظا على السرية المهنية والشخصية.

المسؤولية Responsibility: يجب أن يتمتع البحث بالسرية، فحتى في حال كان البحث ممولاً من قبل شركة أدوية معينة، هذا لا يعطي الشركة الحق بأن تطالب الباحث بالنتائج أم أي معلومات سرية.

الموضوعية Opjectivity: الالتزام بالموضوعية والادلة المادية وعدم الانجرار وراء العواطف... والجذية في عدم التعصب في الرأي. والصبر العلمي وتقبل النقد.

وتوضيح الجدوى من البحث والفائدة للمجتمع لذا يستحسن تطوير ما بُحث عنه سابقاً.

10-11- أهداف البحث العلمي

أن يسهم في إثراء المعرفة الصحية.
أن يكون له أثر إيجابي ملموس على مستوى تحسين الرعاية الصحية أو حل مشكلات الصحة.
أن تفوق الفوائد المرجوة من البحث العلمي الأضرار المتوقعة حدوثها للمريض أو المجتمع.
أن تتفق وسائل البحث العلمي مع مبادئ الأخلاق وألا تكون الغاية النبيلة مبررة لوسيلة غير أخلاقية.
عند التعامل مع مرضى إيدز مثلاً، لا يجب أن نتعامل معهم بشكل غير أخلاقي (حتى لو كانوا هم بنظرنا أشخاص غير أخلاقيين) فغايتنا النبيلة (وهي معالجتهم) لا تبرر التعامل غير الجيد.
ألا تتعارض فرضية البحث ومخرجاته مع الإطار الأخلاقي ومبادئ حماية الإنسان والمجتمع الذي يعيش فيه.

10-12- ضوابط وشروط إجراء البحوث:

فيما يخص فريق البحث:
أن يكون الباحث مؤهلاً وعلى درجة عالية من الكفاءة والتخصص للقيام بالبحث الصحي،
أن يكون الباحث على معرفة تامة بالمادة العلمية في موضوع البحث المراد،
وأن يلتزم الباحث بالأسس العلمية والمنهجية في كافة مراحل البحث العلمي.
أن يحترم الباحث حقوق الخاضعين للبحث، وألا يهدر كرامتهم، وأن يتم التعامل معهم بطريقة إنسانية دون انتقاص من قدرهم أو حقوقهم.
ألا يستغل حاجة الخاضعين للبحث أو المجتمع المالية أو الأدبية لإجراء البحث.

أن يكون الباحث قد تأكد من إمكان إجراء البحث بكافة مراحله بعد أن يُتمَّ تجربته على الحيوان فيما يخص البحوث السريرية.

أن تتوفّر لدى الباحث دراسة وافية عن المخاطر والأعباء التي يتعرّض لها الفرد أو الجماعة ومقارنتها بالفوائد المتوقّع الحصول عليها من البحث.

أن يتعهّد فريق البحث بتقديم المعلومات المناسبة الكاملة عن طبيعة البحث وغاياته والفوائد المرجوة والمخاطر المتوقّعة إلى الجهات الرسمية والمبجوثين.

أن يلتزم فريق البحث بكافة الأخلاقيات الطبية مثل الأمانة والصدق والشفافية والعدل.

أن يلتزم فريق البحث في حفظ حق المساهمين في البحوث في حقّهم الأدبي في نشر البحوث أو حقّهم المادي عند الاتفاق على مقابل مادي لإسهاماتهم.

أن يلتزم الباحث بالمحافظة على سلامة الأفراد الذين يستعان بهم بالبحث (الخاضعين للبحث)، وتأمين راحتهم وأمنهم وسلامتهم البدنية والنفسية وخصوصياتهم في كافة مراحل إجراء البحث.

لا يكفي وجود الرغبة فقط ليصبح الشخص باحث، بل يجب أن يتمتع بالصفات السابقة، وذلك لكي يستطيع تحصيل الفوائد وتجنب المضار قدر الإمكان.

فيما يخص المؤسسة الصحية:

أن يتوفّر لدى المؤسسة الصحية جهاز بحث رقابي يتحقّق من التزام الباحثين في شروط إجراء البحث ويعتمد مراحله ويراجع البحث من الناحية العلمية والأخلاقية.

أن تلتزم المؤسسة بضمان حقوق المرضى بتوفير الرعاية الصحية حتى بعد انتهاء البحث.

أن تتأكد المؤسسة الصحية من عدم وجود أعباء مالية على الخاضعين للبحث.

أن تضمن توفير البيئة المناسبة لإجراء البحوث بكفاءة وفعالية.

أن تتأكد من سلامة مصادر التمويل وابتعادها عن مواطن الشبهات.

أن تلتزم المؤسسة بالمحافظة على سرية وأمن المعلومات.

فيما يخص نوعية البحث:

أن تتحقّق أهداف البحث بتطوير وسائل الوقاية والتشخيص والعلاج.

ألا يكون قصد الباحث مجرّد الفضول العلمي.
أن يُبنى على البحث فائدة تطبيقية للفرد أو المجتمع وليس فقط لمجرد إشباع الفضول العلمي الأكاديمي.

العمل على تحقيق توازن في مجالات إجراء البحوث الأساسية والسريرية والمجتمعية.
فيما يخص الشخص الخاضع للبحث:

أن يكون كامل الأهلية، وفي حالة تعدّر ذلك يتم إجراء البحث بعد أخذ الموافقة والإذن من ولي الأمر.

أن يكون الشخص الخاضع للبحث على اطلاع تام بنوعية البحث ومراحله المختلفة وغاياته.

أن يُطلع على المنافع المتوقعة والأخطار المحتملة أو أي أعراض جانبية.
أن يُبلغ بأن له الحرية الكاملة في المشاركة في البحث كما يحقّ له الانسحاب في أي وقت شاء دون إبداء الأسباب ودون أن يؤثر ذلك على حقوقه الكاملة في الرعاية الطبية.

أن لا يكون الدافع الأساسي للخضوع للبحث هو تحقيق كسب مادي.

كي يكون البحث أو الدراسة بحثاً يجب أن تتوفر فيه الشروط التالية:

IMRAD (Introduction, Methods, Results, and Discussion)

وجود مشكلة معينة: حول ماذا تدور هذه المشكلة؟

طريقة دراسة هذه المشكلة.

النتائج.

كيف نناقش ونفسر النتائج؟

فيما يخص الجهة الرقابية الوطنية:

مهام هذه الجهة هي:

✧ التأكد من التزام الباحثين والمؤسسة بالمعايير الأخلاقية.

✧ التأكد من عدم تدخل جهة التمويل في نتائج البحث.

✧ التأكد من المحافظة على كرامة وخصوصية الخاضعين للبحث.

✧ التأكد من استيفاء متطلبات البحث، والمردود الإيجابي للبحث.

شروط الموافقة من الجهة الرقابية

يجب أن تشمل ورقة إقرار الموافقة على البحث ما يلي:

- اسم البحث وهدفه وطريقته.
 - الفوائد المتوقعة دون مبالغة.
 - الأخطار المحتملة ومدى تأثيرها.
 - ضمان حق الانسحاب دون حرمان من الخدمات الطبية.
 - التأكيد على احترام الخصوصية: بالمحافظة على سرية البيانات.
 - التعويض.
 - المشاركة الطوعية.
 - العنوان: عنوان الباحث ورقمه.
- ← أن يلتزم الباحث بتعريف الخاضعين للدراسة عن كافة جوانب ومحتويات هذا الإقرار بطريقة ملائمة والتأكد من استيعابهم لما ورد فيها والتوقيع والموافقة الكتابية.
- ← إذا كان الخاضع للبحث قاصراً أو معاقاً أو ناقص الأهلية فيلزم موافقة الوصي الرسمي.
- ← لا يجوز مطلقاً أخذ الإقرار بالقوة أو الإغراء أو الاستغلال.
- ← الالتزام بكل ماورد اعلاه من حيث الباحثين والمبجوثين والمؤسسات الصحية والتمويل
- ما هي المبادئ الأخلاقية المتفق عليها للبحث العلمي؟
- طبقاً لإعلان هلسنكي (1983) والاتحاد العالمي للأخلاقيات الطبية هي:
- احترام الأشخاص، واحترام استقلال ذوي الأهلية، وحماية غير القادرين على ذلك الاستقلال.
- المنفعة (واجب فعل الخير).
- عدم الإضرار (واجب الامتناع عن إحداث الضرر).
- العدالة.

مثال عن انتهاك الضوابط الأخلاقية السابقة: المثال الصارخ الذي يعاني منه العالم حديثاً هو ما حدث بالنسبة لأبحاث مرض الإيدز فقد أجريت هذه الأبحاث على مرضى

الدول الإفريقية الفقيرة، وعندما أصبح العلاج متاحاً نتيجة لهذه الأبحاث لم يستفد منه مرضى الدول الفقيرة لأنه باهظ التكاليف..... واستفادت منه الدول الغنية فقط.

تشكيل لجان الأخلاقيات

على سبيل المثال البحوث الطبية: فإن الاتحاد العالمي للبحوث الطبية (1982) أوصى بأن اللجان يمكن أن تضم:

1. أطباء.
2. رجال فقه وقانون وأخلاقيات وعلماء اجتماع.
3. أخصائيي صحة وتمريض وطرق البحث العلمي.
4. يفضل أن يوجد عضو من المجتمع الذي فيه البحث ممثلاً عنه (مثلاً بحث يُجرى على عينة من طلاب، يكون أحد هؤلاء الطلاب في اللجنة)

آليات مراقبة أخلاقيات البحث العلمي

التنشئة الاجتماعية هي الآلية الأساسية لنقل أخلاقيات البحث العلمي وثقافة العلم بشكل عام.

تشديد العقوبات على الانحرافات العلمية مثل السرقات العلمية.
وضع ضوابط صارمة لنظم الترقيات العلمية في المؤسسة الأكاديمية.
وضع ضوابط للنشر العلمي والعمل على تحسين ثقافة النشر العلمي.

حالة أخلاقية:

أثناء حضورك مجلس القسم تمّ عرض الإنتاج العلمي للدكتور المتقدم للترقية للدرجة الأستاذية، وعند عرض الإنتاج فوجئت بوجود بحثين فيهنّ أجزاء كاملة منقولة بالنص من إحدى المجلات العالمية، واختلف الزملاء...

فمنهم من يرى رفض التقدم والترقية ورفع الأمر لرئيس الجامعة لتحويله للشؤون القانونية، والبعض يرى التغاضي عن الموضوع لكبر سن الدكتور، حيث سينتاعد بعد عام واحد. فمع أي فريق ستكون؟؟ و لماذا؟

الجواب السليم أن ترفض الترقية فعمر الدكتور ليس مبرراً للتغاضي عن هذا الأمر وقيامه بالأبحاث هو أمر كان ينبغي أن يتم قبل أن يصل إلى هذا السن.. فأنت لا تتحمل مسؤولية تقصيره.

10-13 - معوقات البحث العلمي:

الوقت - الأجهزة المستخدمة - الموارد المالية والمصادر .

الجو النفسي والاستعجال في النتائج.

رأى الباحث ومشاكله الصحية.

عدم الحضور وضعف المشاركة في المؤتمرات.

عامل الضبط والإنفاق والمهارة والسيطرة.

الحوافز والتشجيع.

سهولة الحصول على المصادر العلمية وشبكة الاتصال والمعلومات

حقوق عينة البحث:

يجب علينا أن نحترم عينة البحث سواء كانت حيواناً أم إنساناً، فمثلاً نقوم بتخدير

الحيوان وكذلك التعامل معه برأفة في بيوت الحيوان وأثناء تربيته.

الإنسان يجب أن يكون محمياً من أي نوع من الضرر والأذى.... والابتعاد عن أية

إجراء بحثي من شأنه أن يؤدي إلى الإعاقة أو الموت أو الأضرار النفسية الجسيمة.

حقوق عينة البحث تتجلى فيما وضعه أرمجر عام 1977 حقوقاً للمبحوثين:

1. عدم إيذاء المبحوثين.

2. التطوع الاختياري

ويجب على الباحث أن يشرح للمبحوث:

كيفية إجراء البحث.

المدة المستغرقة للبحث.

الفائدة والأهداف الإنسانية التي ستتحقق.

الاختلاطات والإزعاجات التي قد يصادفها.

حدود السرية التي يودّ الباحث أن يطلبها من المبحوث.

3. الحق في الانسحاب.

4. السرية التامة (سرية المعلومات الخاصة بالمتطوع والمستخدم في البحث، ومعرفة المتطوع بالصور والأفلام التي أخذت له، ومن حق المتطوع طلب عدم ذكر اسمه والاكتفاء برمز).

5. احترام الذات، وعدم المساس بالكرامة، وعدم خداع المتطوع.

6. يفضل في بعض الأحيان للباحث أن يقوم بإجراء التجارب على نفسه أول الأمر لكي يطمئن الذي تجرى عليه التجارب مع زرع الثقة العالية فيه.

الباحث الذي اكتشف *helicobacter*، اضطر إلى التجريب على نفسه، فمن قبل لم يكن أحد يصدق أنه وجد تغيرات في نسيج المعدة والقرحة، ولكن بعد أن أصاب نفسه بها استطاع إثبات فكرته للوسط العلمي.

من أهم الإرشادات التي اعتمدها مؤتمر المنظمات الطبية العالمية فيما يخص البحوث العلمية والحياتية:

1. الموافقة الواعية: ينبغي الحصول على الموافقة الواعية للأشخاص الذين يشملهم البحث، وفي حال عدم قدرتهم على إعطاء الموافقة الواعية يجب استحصال موافقة الوصي القانوني أو الجهة المخولة شرعاً.

2. الحفاظ على سرية المعلومات ودرجة كتمانها.

3. إقرار مبدأ التعويض المالي لكل من يتضرر من جزاء البحث مؤقتاً.

4. تشكيل لجان مراجعة المشاريع البحثية لضمان الالتزام بالإرشادات المذكورة وبالأسس الأخلاقية التي تضمن سلامة المشاركين في البحوث وحقوقهم. وتشكل لجان من مختصين من الجهات المختلفة الصحية والقضائية والقانونية والاجتماعية إضافة إلى وجود ممثلين عن المواطنين.

شروط إجراء البحث على القصر كالمصابين بالتخلف العقلي أو الاضطراب السلوكي:

لا يتم إجراء البحوث الصحية على القصر أو المعاقين أو ناقصي الأهلية في حال إمكانية إجرائها على الأصحاء.

يتم إجراء البحوث على القصر أو المعاقين أو ناقصي الأهلية بعد الحصول على الموافقة الكتابية المبنية على المعرفة من الوصي الرسمي أو القيم، ويشترط أن يكون البحث خاصاً بحالته المرضية أو الصحية.

يجب أن تكون طبيعة البحث السريري الذي يخضع له القصر أو المعاقين أو ناقصو الأهلية تحتم الاستعانة بهم، وإن إجراء البحث هذا خاص بحالتهم مع عدم إلحاق الضرر بهم.

عند ضرورة إجراء البحث على القصر أو المعاقين أو ناقصي الأهلية يتم إطلاع القيم أو الوصي على أبعاد البحث وأهميته ومضاعفاته وجميع جوانب الحياة.

شروط إجراء البحوث على الأطفال:

1. ينبغي ألا تُجرى البحوث على الأطفال في حال إمكانية إجرائها على الكبار لإعطاء نفس النتائج.
2. أن تُجرى البحوث لإغناء المعرفة فيما يخص اختصاص واحتياجات الطفولة وتطوير الخدمات المقدمة لهم.
3. ينبغي الحصول على موافقة الطفل وحسب درجة النضج العقلي، وفي حال تعذر ذلك ينبغي الحصول على موافقة ذويهم أو أوصيائهم.
4. يجب ألا تشكل البحوث أيّ خطورة على الطفل وأن تكون الفائدة أكثر من الضرر المتحقق.

شروط إجراء البحوث على الحوامل والمرضعات:

- تتطبق عليهم كافة شروط إجراء البحوث التي ذكرت من قبل، إضافة إلى أنه:
1. يجب التأكيد على إطلاع الزوجين على طبيعة البحث ومكوناته ومضاعفاته المحتملة على الأم والجنين مع أخذ الموافقة الخطية المبنية على معرفة الزوجين.
 2. ألا يحتمل البحث وجود مضاعفات على الجنين أو المولود يؤدي إلى حدوث تشوهات أو أيّ إعاقات أو عدم نمو أو وفاة حسب الحقائق العلمية الموثقة.
 3. لا يجوز إطلاقاً إجراء البحوث على حوامل أو مرضعات في حالة إمكان إجرائها على غيرهن.

يتم إجراء البحوث على الحوامل في حالة وجود فائدة مرجوة أو حاصلة بصحة الأم أو الجنين أو الحصول على معلومات جديدة.

شروط إجراء البحوث على المقيدة حريتهم (المساجين والأسرى والمعوذين):

1. توخّي مبادئ الأخلاق الطبية مع عدم حرمان السجناء من فرص الاستفادة من عقاقير قيد التجربة أو لقاحات أو أي إجراء علاجي آخر يمكن أن يكون ذي فائدة علاجية أو وقائية.

2. توفير كافة أشكال الرعاية الصحية.

3. يُحظر على فريق البحث القيام بطريقة إيجابية أو سلبية بأية أعمال من ضروب المعاملة القاسية أو اللاإنسانية أو التحريض عليها.

4. التأثير على قيد حريتهم.

5. الموافقة الكتابية.

6. عدم تعرّضهم للضغط وأخذ موافقة الجهة الرقابية.

شروط إجراء البحوث على المجتمعات الفقيرة:

عدم استغلال حالة الفقر والحرمان وتقديم المغريات المادية والمعنوية لإجراء البحوث.

أخذ تعهد الجهة الممولة بتقديم الرعاية الصحية المجانية للفئة الخاضعة للتجربة إلى نهاية برنامج العلاج.

على الأجنة:

الأصل في بحوث الأجنة الحظر مع مراعاة ما يلي:

تحظر البحوث التي تتيح العبث بنظام المكونات الدقيقة للفترة الإنسانية.

تحظر تجارب الأدوية قبل إقرارها من الجهات الرقابية.

تحظر الأبحاث على الأجنة داخل الأرحام.

تحظر الأبحاث في حال إمكانية حدوث خلط للأنساب.

التي تحتوي على شبه اختلاط الأنساب (مثلاً عمليات الإخصاب المساعد):

يجب أن تخضع لشروط إجراء البحث والضوابط الأخلاقية والمبادئ الأساسية المتعارف عليها.

أن تكون هذه البحوث فقط على بويضة الزوجة من نطفة الزوج داخل جسم الزوجة أو خارجه حالة قيام العلاقة الزوجية بينهما وللضوابط الأخلاقية التي تستهدف المحافظة على النسل البشري وعلاج العقم.

يجب التأكد بكل دقة والحرص على عدم خلط الأنساب وعلى تحقق توافر المعايير القانونية الصادرة من الجهات المختصة عند إجراء البحث.

لا يجوز إجراء البحوث التي تنقل بويضات مخصبة لزرعها في أرحام غير الأمهات الشرعيات لهذه البويضات.

يحظر إجراء البحوث التي تساعد أو تؤدي إلى إنشاء بنوك للبويضات أو الحيوانات المنوية أو الأجنة.

بحوث الاستنساخ:

تحريم كل الحالات التي يقم فيها طرف ثالث على العلاقة الزوجية: رحماً، أم بويضة، أم حيوان منوي، أم خلية جسدية للاستنساخ.

منع إجراء بحوث الاستنساخ البشري.

يجوز استنساخ الخلايا الجذعية للأغراض العلاجية Stem Cells.

في بحوث الهندسة الوراثية:

لا يجوز القيام بأي إجراء في هذا المجال قبل إجراء تقييم صارم ومسبق للأخطار والفوائد المحتملة مع الالتزام بأحكام الشريعة، والحصول على الموافقة.

ينبغي احترام حق كل شخص في أن يقرر ما إذا كان يريد أو لا يريد أن يحاط علماً بنتائج أي فحص وراثي أو بعواقبه.

لا يجوز لأي من هذه البحوث أن تعلو على الالتزام بأحكام الشريعة واحترام حقوق الإنسان ولا أن ينقص من الحريات الأساسية والكرامة الإنسانية لأي فرد أو مجموعة.

ضوابط تمويل البحوث

♦ أن لا يكون مشروطاً بما يتنافى مع شروط وضوابط البحث العلمي.

♦ أن يجرى البحث بطريقة علمية ومنهجية صحيحة دون تدخل الجهة الداعمة بنتائج البحث.

- ◆ الابتعاد عن مصادر التمويل المشبوهة.
- ◆ عدم تأثر البحث بالتمويل المالي.
- ◆ عدم تعرض الدولة لضغوط من جهة التمويل الخارجية.

شروط إجراء البحوث على الحيوان

- ١ تحقيق المبادئ الإنسانية في الرفق بالحيوان والإحسان إليه.
- ٢ أن يكون هدف البحث مهم في تقدم الطب.
- ٣ أن لا يعذب الحيوان وأن يجنب الألم.
- ٤ أن لا يكون لمجرد الفضول العلمي.
- ٥ الحصول على إذن الجهات المختصة.

متى يتم إيقاف البحث؟؟

- ✗ إذا لم تتحقق النتائج المرجوة.
- ✗ إذا كانت المخاطر تفوق الفوائد.
- ✗ إذا كان يعرض الخصوصية والسرية للانتهاك.
- ✗ إذا كانت هناك شبهة اختلاط أنساب.

شروط التوثيق والنشر والإعلام

- تقع المسؤوليات الأخلاقية لتوفير ونشر نتائج البحوث على عاتق فريق البحث والمؤسسة التابعة له.
- عند النشر يجب التحقق من المعايير العالمية المعترف بها الخاصة بالتوثيق والنشر.
- عدم الإساءة لسمعة الخاضعين للبحث مع المحافظة على الجوانب السرية.

تضارب المصالح

- ◆ على المراكز البحثية وضع قواعد إرشادية.
- ◆ تجنب الصراعات حفاظاً على سير البحث.
- ◆ التصرف بموارد البحث في الأماكن المخصصة لذلك.
- ◆ المكافأة مقرر مسبقاً.
- ◆ استبعاد الأشخاص الذين لهم علاقة بالجهات الممولة.
- ◆ الإفصاح عن أي علاقة للباحث مع الجهات الممولة.

◆ عدم تحكيم البحث بمن له علاقة مع الشركة الممولة.

البحوث في الدول النامية

ينبغي أن تكون ملبية للاحتياجات الصحية للمواطنين في تلك الدول. أن تؤخذ بنظر الاعتبار التقاليد والقيم الاجتماعية والدينية والأخلاقية لتلك الدول. الحصول على الموافقة الواعية لكل شخص ينخرط في الدراسة وهو شرط يحتم الالتزام به.

البحوث البوائية

في حالة البحوث المسحية والتي تتطلب الحصول على المعلومات مباشرة من المواطنين فإنه من الضروري بمكان أخذ موافقتهم الواعية. كذلك في البحوث المسحية يجب استحصل موافقة الجهات الرسمية كدوائر الإحصاء والصحة، وضمن تعليمات تصدرها. من الطبيعي تحصيل موافقة وجهاء المناطق كرؤساء العشائر والقبائل أو مجلس الشعب أو مختار المنطقة (قادة المجتمع). في كل الأحوال فإنه يجب ومن الضروري ضمان سرية المعلومات المستحصلة وضمان عدم إساءة استخدامها.

وفي الخلاصة؛ موجز عن الإرشادات العالمية لأخلاقيات البحوث: يجب أن يكون الأذى المتوقع حدوثه نتيجة المشاركة في البحث أصغراً، ومهما كان النفع المتوقع حدوثه للأشخاص مستقبلاً يجب أن يبقى الأذى المتوقع حدوثه على المشاركين قليلاً.

✍ يجب أن يحصل المشارك على معلومات كاملة تشمل:

○ هدف البحث.

○ مخاطر وفوائد المشاركة في البحث.

✍ قد يكون من الصعب الحصول على الموافقة في الأبحاث المعتمدة على جمع البيانات حول المرضى في التجارب السريرية، وهنا يجب أن تكون اللجنة الأخلاقية مقتنعة بأهمية نتائج مثل هذه الأبحاث لإعطاء موافقة على تجاوز النقيذ بالخصوصية لعدم وجود طريقة أخرى لتحقيق البحث.

يجب عدم استخدام الإكراه في إجبار الأفراد على المشاركة في الأبحاث،
ويجب تقديم الرعاية الصحية اللازمة لهم وإخبارهم أن رفضهم المشاركة بالبحث لن
يؤثر بأي شكل من الأشكال على مستوى الرعاية المقدمة لهم.
يجب أن يكون ما يتم دفعه للمشاركين بمثابة تعويض فقط عن النفقات التي
يتعرضون لها وليس أجراً لتشجيعهم على المشاركة في البحث.
قد يكون من الضروري في بعض الأبحاث وجود أفراد غير ذو أهلية للمشاركة في
البحث وهنا يجب إقناع لجنة أخلاقيات البحث بما يلي:

- أن درجة الأذى المتوقعة منخفضة جداً.
 - لا يمكن تنفيذ البحث بأي طريقة أخرى.
 - للبحث أهمية كبيرة.
 - وجود موافقة من الشخص الأقرب للمشارك في البحث.
- المواثيق والإعلانات الطبية الخاصة بالبحوث الطبية الحياتية:

قرارات نوريمبرغ 1947.

تصريح أو إعلان هلنسكي (مبادئ آداب المهنة للأبحاث الطبية المتضمنة لحالات
بشرية) الصادر عن الاتحاد الطبي العالمي 1964 وتعديلاته وآخرها في 2008.
تصريح الجمعية الطبية العالمية 2002.

تقرير بلمونت وتقرير المؤسسة الصحية والخدمات البشرية في الولايات المتحدة.
1979.

تعليمات منظمة الصحة العالمية (WHO) World Health Organization
للأخلاقيات الطبية ومجلس منظمات العلوم الطبية العالمي Council for
International Organizations of Medical Sciences (CIOMS)

1982. وتعديلاتها عامي 1993 و 2002

إعلان اليونسكو للأخلاقيات البيولوجية والحيوية والطبية 2005 وتعديلاته 2013.

الفصل الحادي عشر

الأخلاقيات الطبية للتكاثر والتناسل والإجهاض

Reproductive & Abortion Medical Ethics

11-1- اعتبارات اخلاقية طبية في التكاثر

- وتتركز مهمة الطب الأساسية في التأكد من السلامة الصحية لكل من الأم والجنين.
 - والتقدم الطبي يتدخل في نسب ازدياد التكاثر بثلاثة طرق:
 - ✍ السماح بحالات الإسقاط بشكل آمن وقانوني في المشافي الصحية.
 - ✍ بتقديم وسائل منع الحمل في المراكز الصحية.
 - ✍ باستخدام وسائل استقصائية حديثة للتأكد من الحالة الصحية الحالية للجنين أو الحالة الصحية المستقبلية للطفل.
 - تطورت علوم التكاثر وأصبحت الأمور الأخلاقية المتعلقة بها أكثر تعقيداً:
 - ✍ فأصبح من السهل الحصول على منع للحمل أو التخلص من حمل غير مرغوب.....!!!
 - ✍ كما أصبح من السهل الحصول على طفل لمن هو غير قادر على الإنجاب.
 - ✍ ولكن ما هو الثمن؟ هل أصبح التعامل مع الأطفال والنساء كسلعة؟ هل حلت هذه التقانات الجديدة مشاكل الإنسانية؟
- المقاربة الاخلاقية الطبية لقضية التكاثر تركز على الالتزام بالمبادئ الأربعة الأساسية للأخلاقيات الطبية

1. الاستقلالية Autonomy

2. تغليب المنفعة Bienefecience

3. تجنب الضرر Nonmenefience

4. العدالة Fairness

وستناقش بناء على ضوء هذه المبادئ القضايا الطبية في التكاثر والاجهاض من خلال مايلي:

• أولويات المرأة:

وهي تحترم قرار الشخص حول خيارات التكاثر خاصته. وتؤكد أن لا يكون هناك تدخل للدولة أو الجهات الصحية.

• أولويات طفل المستقبل:

ويسمح هنا للدولة أو الجهات الصحية التدخل إذا رأت في ذلك مصلحة طفل المستقبل.

• أولويات العائلة:

• أولويات الدولة:

خيارات التكاثر تؤثر على تركيبة المجتمع ككل.

وتتدخل الدولة في قضايا التكاثر لمنع نتائج غير محمودة العاقبة على المجتمع ككل.

الصراع حول جنين الإنسان

• يبرز الصراع أحياناً عند وجود اختلاف بين صالح الجنين وصالح الأم.

• أبرز المشاكل الأخلاقية هي في حالات:

✍ حالات الإلقاح الصناعي IVF in vitro fertilization

✍ الإستنساخ cloning

✍ التشخيص الوراثي screening

✍ الإجهاض abortion

11-1-1- التكاثر المُساعد Assisted Reproduction

وقد تطور علم التكاثر والتلقيح المُساعد تطوراً مذهلاً، وتم استحداث طرق عديدة للإنجاب.

وتطور الأمر إلى أن أصبح مصدر الحيوانات المنوية التي تخصب بها بويضة الزوجة مأخوذة من غير زوجها -من أي رجل آخر- لسبب من أسباب العقم في الزوج.

كذلك أصبح مصدر البويضات من غير الزوجة لسبب من أسباب العقم في الزوجة. كما أصبح من الممكن استئجار رحم امرأة غريبة عن الزوجين ليتم زرع البويضة المخصبة فيها.

11-1-2- تطور علوم التكاثر والإنجاب

وقد صاحب هذا التطور التكنولوجي في ميادين الإنجاب العديد من القضايا الأخلاقية والدينية والقانونية والاجتماعية. نذكر منها على سبيل المثال:

أولاً: بنوك الأجنة المجمدة:

أتاحت وسائل التقنية الحديثة إمكانية الاحتفاظ بالحيوانات المنوية المأخوذة من الرجل والبويضات المأخوذة من المرأة.

ويتم أحياناً تلقيح البويضات والاحتفاظ بهذه الأجنة في مراحلها الباكّة في ثلاجات خاصة.

فيستطيع الرجل الاحتفاظ بحيواناته المنوية في بنك الأجنة المجمدة لسنوات عدة. وبذلك تظل قدرة الرجل على الإنجاب مستمرة سواء كان مريضاً أو حتى ميتاً. كما تستطيع الزوجة إذا أرادت أن تسحب من رصيد زوجها لتحمل مرة أو عدة مرات عن طريق التلقيح الصناعي.

وتحتفظ هذه البنوك ببويضات الزوجة لاستعمالها فيما بعد أو التبرع بها أو طرحها للبيع.

وتضم بنوك الأجنة المجمدة نوعين من الحسابات:

1. حسابات خاصة: وهي التي يفتحها العميل (الزبون) الذي يرغب في حفظ حيواناته المنوية لاستعمالها في المستقبل، فصاحب النطاق هو الوحيد الذي يستطيع استعمالها.

2. حسابات عامة: وهي التي يحتفظ فيها البنك بحيوانات منوية من الرجال وبويضات من النساء، بقصد بيعها للراغبين مقابل مبلغ مالي محدد. وهذا يعني أنها مباحة.

وقد تكونت شركات تجارية ضخمة للتجارة في بنوك الأجنة المجمدة وبنوك المني، تحقق أرباحاً خيالية.

ثانياً: إجراء التجارب على الأجنة المجمدة:

تنمى الأجنة المبكرة. وتدرس فيها عمليات الانقسام والتكاثر والوراثة والأمراض الوراثية والأمراض الناتجة عن خلل في الصبغيات (الكروموزومات) والتشوهات الخلقية الناتجة عن عوامل البيئة.

وتواجه هذه التجارب الكثير من المعارضين في الغرب نفسه باعتبار أن الحياة الإنسانية لها حرمته منذ تلقيح البويضة ولا يمكن العبث بها، مهما كانت الأغراض العلمية الداعية لذلك، ومهما كانت الفائدة المرجوة منها في معرفة الأمراض وعلاجها.

ثالثاً: تأجير الأرحام أو استئجار الأرحام Surrogate Mother:

■ تتلخص فكرتها بأن تنقذ امرأة تستطيع الحمل والولادة من أسرة لا تستطيع الزوجة فيها أن تحمل أو تلد.

❖ إما لغياب الرحم لديها نهائياً.

❖ أو لعدم قدرته على احتضان الجنين.

❖ أو لعدم رغبتها في خوض معاناة الحمل والولادة.

■ فتأتي المرأة المستعدة للحمل وتتطوع بإتمام الحمل والولادة بأجر أو تبرعاً بدون أجر.

■ والغالب في الأمر أن يكون هناك عقد واتفاق ومحامون.

■ حتى تأخذ العملية بعداً قانونياً لا يستطيع أي طرف أن يفسخ العقد أو يتراجع دون سبب مذكور في العقد.

■ وقد تكونت في الغرب شركات كثيرة لبيع الأرحام واستئجارها، وأصبحت الأمومة تباع وتشتري بعد أن كانت محاطة في جميع الشرائع والديانات بالتبجيل والاحترام.

بدأت هذه الظاهرة بشكل مقبول اخلاقيا في بعض المجتمعات، كأن تتبرع جدة البيضة الملقحة (الحفيد) أن تحضنها في رحمها، أو عمتها أو... ومن ثم تحولت إلى تجارة. وهذا غير مقبول من الناحية الفقهية.

11-2- الإلقاح المُساعد Assisted Fertilization

- و يعني ذلك القيام بالإلقاح البيضة بالنطاف خارج جسم المرأة.
لقد تم استخدام الإخصاب المُساعد Assisted Fertilization لأول مرة بصورة علمية في روسيا وذلك في العقد الأول من القرن العشرين، عندما تمكن العلماء الروس من تلقيح الأبقار والأغنام والخيول والخنازير (وكانت الغاية منه زيادة عدد الحيوانات).
وكانت تجرى التجارب على النساء في أوروبا في إطار من السرية التامة حتى عام 1965م.
عندما قام الدكتور روبرت إدواردز بمحاولة طفل أنبوب IVF (In Vitro Fertilization) في الإنسان، ونجحت محاولة الحمل في عام 1976م. ولكن تم الحمل في قناة الرحم مما استدعى إجراء عملية إخراج الجنين واستئصال قناة الرحم.
• تكالفت أول عملية إلقاح صناعي بالنجاح كانت نتيجتها ولادة Luise Brown 1978.
• وللقيام بهذه العملية يجب:

تحريض الإباضة لدى السيدة أولاً.

جمع البويضات منها.

حفظ البويضات في وسط ملائم مع النطاف.

نقل البيضة الملقحة إلى رحم السيدة.

11-3- الإخصاب المُساعد Assisted reproduction

تكثر المسائل الأخلاقية في حالات الإلقاح المساعد منها:

❖ هل عدم القدرة على الإنجاب التام أو الجزئي هو مرض يتوجب علاجه؟

❖ و هل من حق كل شخص مهما كان وضعه الحصول على أطفال؟

السيدة الوحيدة؟

المتماثلين جنسياً؟

الفقراء؟

السيدة بعد سن اليأس؟

11-4- المقاربات الأخلاقية

نظرية الاستقلالية (الليبرالية):

تعتبر أن من حق أي سيدة الحصول على طفل وبدون تدخل من أحد وهذا ما أكدته الفلاسفة الأحرار.

نظرية الأبوية:

تهتم بأولويات طفل المستقبل ومراعاة سلامة وصالح الطفل الذي سيولد لعائلة ما.

الاهتمام بأولوية الدولة:

منع النتائج غير محمودة العاقبة على المجتمع.

هل لدى الدولة الإمكانات المادية لإنفاقها بخدمة هذه التقنية؟

هل العقم مرض يستوجب المعالجة؟

وهل يسمح بها لكل الأشخاص؟

11-5- طرق معالجة العقم Infertility

• التبرع بالأعراس:

إما تبرع بالبيضة.

أو تبرع بالنطاف Artificial Insemination

من الزوج (AIH Artificial Insemination of Hasband)

أو من متبرع (AID (Artificial Insemination of Donnner).

- أما المشاكل الأخلاقية المرتبطة بهذا الشكل من الإلقاح المساعد فهي:
العدد الكبير للأطفال من أب واحد (المتبرع بالنطاف)؟
من هو الأب الشرعي للطفل في مثل هذه الحالات؟
من هي الأم الشرعية التي ولدت أم صاحبة الببضة؟
هل يجب وضع مقابل مادي؟

11-6- الإلقاح الصناعي in vitro fertilization IVF

- في عام 1978م تمت ولادة أول طفل أنبوب في العالم (لويزا براون Luise Brown).

عندما نجح الطبيبان البريطانيان روبرت إدواردز وبارتريك ستيتوا.
حيث قاما بأخذ بويضات من مبيض الزوجة ثم تخصيبها بحيوانات منوية مأخوذة
من زوجها.
وتم التخصيب في أنبوبة خارج الرحم وتحت ظروف خاصة وبعد ذلك تم نقلها إلى
رحم الزوجة.

المشاكل الأخلاقية المرتبطة بـ IVF

- + حدوث عدد فائض من الأجنة التي يجب حفظها أو تخريبها.
 - + إمكانية حدوث عدد كبير من الأجنة وبالتالي الحاجة لرعاية مشددة من القبالة ومن
قسم العناية بالمواليد الجدد.
 - + وجود إمكانية انتقاء للأجنة لتجنب الأمراض الوراثية و لكن هناك احتمال للتدخل
في صفات الجنين وجنسه.
 - + إمكانية حدوث التمييز في تقديم الخدمات حسب الحالة الاجتماعية والاقتصادية.
- هناك من يعتبر تقنية طفل الأنبوب IVF وما يمثّلها من التخصيب خطأ ومنافية
للأخلاق الطبية، للأسباب التالية:

1. قتل الجنين خطأ (فالكثر من الأجنة يتم قتلها خلال العملية).
2. طفل الأنبوب غير طبيعي (لم يحدث بجماع حقيقي).

3. هي تؤذي مؤسسة الزواج.
4. هي تؤذي المرأة (لأنها ستفقد لحظة إلقاح الجنين في رحمها وبالتالي تشعر وكأنما تم الاستغناء عن مكانتها).

11-7- الحمل بالإنابة Surrogacy

- وهو أن تقوم امرأة أخرى بحمل جنين للزوجين أو الشريكين اللذين لا يملكان القدرة على ذلك ويكون الطفل بعد ذلك للزوجين وليس لها أي حق به، ويكون:
بشكل جزئي: عندما تكون المرأة الحامل هي أيضاً المتبرع بالبيضة.
بشكل كامل: عندما لا تكون المرأة الحامل للجنين هي المتبرع بالبيضة.
والقضايا الأخلاقية هنا هي:

1. يمثل الحمل بالإنابة فصلاً بين الوراثة والإنجاب والأهل من وجهة نظر المجتمع.
2. يشكل أيضاً تلاعباً بحياة الأشخاص واعتبارها سلعة إضافة لخطر الإتجار بالأطفال.
3. ويشكل تهديداً لأنه استغلال للمرأة وإجبارها على جعلها تحمل بالإنابة.

القضايا الأخلاقية والإلقاح الصناعي IVF

- يخالف قانون الطبيعة ويفصل بين العلاقة الجنسية والغاية منها. والقائلون بذلك هم دعاة احترام الطبيعة والمتدينون.
ولكن هل كل ما هو طبيعي جيد من الناحية الأخلاقية؟
التقدم الطبي ليس من الطبيعة فهل هو سيء أخلاقياً؟
يغير طبيعة العلاقات التقليدية:

ففي التعريف التقليدي للعائلة يقوم الأب والأم بتربية الطفل.
و لكن ألا يمكن للشريك المتماثل أن يقوم بذلك بشكل جيد؟
أو للسيدة التي دخلت سن اليأس؟
أو السيدة الوحيدة؟

هل هناك ما يشير لأفضلية أي من الحالات السابقة؟

بسبب دوام نظرة المجتمع السلبية للمرأة العقيم.
المجتمع ينظر للسيدة غير القادرة على الإنجاب نظرة دون نظرتهم للسيدة التي لديها أطفال.

قد تكون هذه النظرة مع وجود التقانات للإخصاب المساعد سبباً في قيام المرأة بالبحث عن الطفل رغم عدم قناعتها.

ولكن من ناحية أخرى أليس من حقها ومن دواعي احترام خصوصيتها تمكينها من الحصول على الأطفال؟

يسبب ذلك سوء استغلال للمرأة بسبب استغلال الحاجة المادية في مثل هذه الحالات:

هذه التقانات غالية جداً ويتم دفع مبالغ طائلة للسيدة لأخذ البيوض منها أو لتقوم بالحمل بالإنابة.

وبذلك يتم استغلال السيدة الأقل حظ مادياً للقيام بذلك؟
ولكن:

أليس المجتمع الرأسمالي برمته قائماً على الحصول على خدمات الأقل حظ مادياً لصالح المحظوظين مادياً؟

وفي النهاية لا يتم ذلك إلا بعد شرح المخاطر والحصول على موافقة السيدة للقيام بذلك.

ماهي الأهمية لهذا الإجراء الطبي لدعمه من النظام التأميني الصحي الوطني؟
لأن هناك خدمات صحية على درجة أعلى من الأهمية لتغطيتها من قبل النظام الصحي.

ولكن:

ألا يسبب العقم للسيدة حالة من الشدة النفسية؟
وبالتالي حياة السيدة تكون أفضل مع وجود الأطفال؟

وبالتالي نسبة حدوث أقل للأمراض النفسية؟

هل يساعد على عملية الانتقاء المورثي؟

حيث تسمح تقانة IVF بإجراء مسح مورثي للجنين.

وما هو مسموح به في بريطانيا حالياً هو المسح لتحرى الأمراض الوراثية فقط.
حيث يسمح بزرع الأجنة الإناث فقط في حال الأمراض المرتبطة بالصبغي X
ولكن:

يمكن السيطرة على استخدام هذه التقنيات للحيلولة دون سوء استخدامها وهذا الأمر بيد الهيئات الصحية والدولة.

11-8- الإلقاح المُساعد والقوانين

11-8-1- القانون البريطاني

- في بريطانيا يتم العمل بقانون الإخصاب والأجنة لعام 1990 Human Fertilization and Embryology Act HFEA.
- وينظم هذا القانون:

- عمليات الحفظ والتعامل مع الأعراس والأجنة.
- و يعطي سلطة مختصة لمؤسسة بموجب بنوده الصلاحيات التالية:
 - متابعة كل المعلومات الخاصة بالأجنة وخدمات الإلقاح المساعد لمعرفة توافقها مع نصوص القانون.
 - إعطاء التراخيص للمراكز العاملة بهذا المجال.
 - العمل على نشر المعلومات اللازمة للعامة.
 - تقديم النصائح للمراكز العاملة بهذا المجال.
- وحسب القانون البريطاني:
 - لا ضرورة للحصول على تصريح في حال حقن نطاف الزوج مباشرة للزوجة دون الحاجة لتجميدها.
 - في حين يجب الحصول على التصريح من الجهات المختصة:
 - في حال الاحتفاظ بها لمرحلة لاحقة بسبب ضرورة المعالجة الكيماوية للزوج.
 - كما يجب أخذ موافقة الأطراف المعنية:

☞ للموافقة على الزراعة بمرحلة لاحقة.

☞ أو لمعرفة مستقبل الأعراس أو الأجنة:

في حال وفاة أحد الأطراف.

أو في حال فقد أهليته.

☞ أو لمعرفة الزمن اللازم لحفظها.

التبرع بالأعراس من معطي والقانون:

حسب القانون البريطاني:

قد يتم ذلك خارج المراكز الصحية حيث لا تصريح موافقة.

أما في المراكز فيتم ذلك بالشروط التالية:

التحري عن وجود الأمراض الوراثية.

الداء الكيسي الليفي.. فقر الدم المنجلي والتلاسيميا.. تورنر..

داون.

التحري عن أمراض وراثية أخرى حسب القصة العائلية للمتبرع.

التحري عن الايدز.

أن يكون المتبرع فوق 18 سنة.

الأبوة في حالات الإلقاح المساعد:

حسب القانون البريطاني:

الأب القانوني لطفل التبرع هو الشريك أو الزوج.

إذا كان الإلقاح الصناعي قد تم دون الحصول على موافقة الزوج فليس عليه أية

مسؤولية تجاه الطفل.

إذا تم ذلك دون الحصول على تصريح المؤسسة المختصة و الزوج فالمتبرع هو

الأب القانوني.

القانون و حق طفل الإلقاح المساعد:

حسب القانون البريطاني:

من حق الطفل فوق 18 سنة الحصول على المعلومات إذا أراد ذلك.

من حق الطفل بعمر 16 معرفة قربته بالشريك من الناحية الوراثية.

برأي المؤتمر الاسلامي للاخلاقيات الحيوية

- + لايجوز التدخل في الخلايا أو الجينات الوراثية إلا لمعالجة أمراض وراثية أو جينية يمكن أن تصيب الجنين
- + إتلاف النطاف والبويضات المخصبة وغير المخصبة إذا توفي الزوج أو حدث طلاق بين الزوجين.
- + يجوز بالموافقة الكتابية للزوجين معاً الحصول على بويضات ملقحة زائدة وحفظها بقصد إجراء محاولة جديدة لإعادة عملية الزرع والفائض يُتلف.
- + يحظر تخصيب أي بويضة للزوجة بنطفة الزوج بعد الطلاق أو الوفاة.
- + لايجوز زرع بيضة مخصبة من زوجين في رحم زوجة أخرى أو امرأة أخرى
- + لايجوز التلقيح بنطفة من غير الزوج ولاتخصيب بويضة لغير الزوجة.
- + يحظر التبرع بالأعراس والبويضات الملقحة بهدف الإخصاب المساعد.

برأي المؤتمر الاسلامي للاخلاقيات الحيوية

+ العقم نوعان:

- أحدهما قابل للعلاج ولا تكون النطاف إلا من الزوج ولا تكون البويضة إلا من الزوجة الأنثى وبعد مرور عامين على زواجهما...
- والآخر هو الذي يقرر الأطباء أن لا علاج له وعلى المصاب أن يرضى بقدر الله تعالى.
- + إمكانية أن تقوم المرأة بحفظ بعض بويضاتها المخصبة من الزوج أو الأجنة في المعامل في سن مبكرة لحين حاجتها إليها فيما بعد، بعد انقطاع الطمث أو تعرض أولادها لحادث يؤدي بهم جميعاً.
- + هناك الأم البديلة التي تقوم بتأجير رحمها لجنين من بويضة امرأة أخرى لديها مشاكل في الإنجاب.. إنها ممارسات لاتجوز، وهي حرام شرعاً.
- + تحديد جنس الجنين حائز شرعاً باستخدام التقنيات الحديثة ولا يعد كما يرى البعض تدخلاً في إرادة الله تعالى.

برأي الكنيسة

- + **تعارض الكنيسة والتعليم الروحي المسيحي فكرة الإخصاب الصناعي** التي تتطلب متطوعاً ثالثاً لأن ذلك يخالف المقاصد والغايات الالهية من الزواج.
- + **الكنيسة لا تريد أن تتدخل في مجال العلم والتقانات** بل تدعو الى **احترام الكرامة الخاصة بالحياة البشرية.**
- + أن يكون مصدر الحيوان المنوي رجل آخر أو البويضة من امرأة أخرى وأن يتم نمو الجنين داخل رحم امرأة أخرى غير الزوجة هذا الوضع **مرفوض مسيحياً.**
- + نمو الجنين حتى يكتمل في المعمل دون الحاجة إلى رحم الزوجة أو امرأة أخرى، فإنها تجده **خروجاً أيضاً عن النظام الديني** لإنجاب الطفل، حتى لو كان الجنين من زوج وزوجة.
- + فلايجوز أن حيواناً منوياً لرجل يخصب بويضة من غير زوجته.. كما لايجوز أن تخصب بويضة امرأة من حيوان منوي من غير زوجها وإلا يكون الأمر **زنى.**

11-8-2- المسح الجيني Antenatal screening

- قدم المسح الجيني قبل الولادة المساعدة في كثير من الحالات مثل الشك بوجود
 - متلازمة داون
 - والشوك المشقوق.
- المزايا المتوقعة للمسح قبل الولادة
- سمح هذا التشخيص قبل الولادة بأخذ **القرار المسؤول وبحرية كاملة** من قبل المرأة:
 - إما بإنجاب أو عدم إنجاب طفل معاق إلى الحياة.
- كما **خفف آلام ومخاطر الولادة** التي كان يمكن أن تتعرض لها السيدة بوجود هذا الجنين المصاب بهذا التشوه.
- وفي النتيجة فماهي الفائدة ستعم على المجتمع بأكمله وعلى العائلة وعلى الفرد؟؟؟
 - هل هو انخفاض عدد الأطفال المعاقين في المجتمع؟؟؟؟
 - أو هو خفض تكاليف العلاج وتحويل النفقات إلى تحسين خدمات صحية أخرى مهمة؟؟؟؟

هل ذلك يعتبر تمييزاً عنصرياً بين الاجنة... بتحديد من يحق له العيش ومن يجب ان يموت؟؟؟

وهل مهمتنا الحفاظ على الحياة لكل انسان؟؟ ام الحفاظ على حياة غير المشوه انتقائياً؟؟؟.

وغيرها من الاسئلة الاخلاقية....

وكلها أسئلة جدل أخلاقياتي كبير يواجهه الاطباء والبيولوجيين؟؟؟

المشاكل المرتقبة للمسح قبل الولادة

- يحمل اختبار المسح نسبة قليلة من الايجابية الكاذبة.
- هناك خطورة الإجهاض العفوي بنسبة 0,5% بعد بزل السائل الأمنيوسي حتى في حالات الحمل السليم.
- قد ترفض المرأة إجراء المسح وترغب بانجاب الطفل رغم معرفتها بخطورة إنجابه مصاباً بإعاقة ما.
- ولكن الضغوط التي قد تتعرض لها المرأة من المجتمع ومن شركات التأمين تدفعها لإجراء الإجهاض.

المسح قبل زرع البويضة الملقحة Preimplantation screening

الحالات التي يسمح فيها حسب القانون بتشخيص قبل الزرع هو الشك بوجود أمراض وراثية غير قابلة للعلاج.

التلاعب بالجينات والمسح غير العلاجي Genetic manipulation and non-therapeutic screening

القضايا الأخلاقية في هذه الحالة هي:

- ماهي الحدود المسموح بها في التلاعب بتحديد الصفات الوراثية لأبنائنا؟

هل يجب أن نسمح للأهل بالتحكم بجنس الطفل؟

بالطول؟

بدرجة الذكاء؟

بالميول الجنسية؟

أو غيرها من الأمور المتاحة حتى الآن؟

- هل يحق للأباء اختيار كثير من الأمور التي تخص أبناءهم لما يرونه في خدمة مصلحة طفلهم.

التبرير الأخلاقي:

- للمحافظة على قوانين الطبيعة.
- لأن هذا التلاعب غير العلاجي:
- يحكمه أخلاقيات المجتمع التي ليست مبررة أحياناً.
- و يؤدي لفقدان الخصوصية والتنوع على المدى البعيد.
- كما يمكن أن يؤدي عدم التنوع والتشابه الكبير بين الأفراد لتطور امراض قاتلة قد تصيب مجموعات بشرية كبيرة.

11-8-3- الاستنساخ Cloning

- ❖ في شباط 1997 أعلن معهد Roslin في Edinburg عن النعجة دولي حصيلة الاستنساخ الأول الناجح.
- ❖ كان الاستنساخ من خلايا من نسيج الثدي للنعجة الأصل.
- ❖ بعد 6 سنوات أصيبت دولي بمرض رئوي قاتل يصيب عادة الأغنام بعد عمر 12 سنة.
- ❖ وكان الاستنتاج أن هذه الشيخوخة المبكرة سببها الاستنساخ.
- ❖ في العام ذاته 1997 وقعت الدول على اتفاق الـ UNESCO بعدم السماح بعمليات الاستنساخ على البشر.
- ❖ في عام 2001 أصدر البرلمان في بريطانيا قانوناً يمنع الاستنساخ.
- القضايا الأخلاقية المطروحة هنا هي:
- + هل يمكننا القيام بعمليات الاستنساخ على الإنسان؟
- + ما هي المكاسب والمخاطر من القيام بذلك؟
- + هل هناك اعتداء على حقوق الأشخاص في هذا الإجراء؟
- + ما هي حقوق الآباء بالمقارنة مع الأبناء عند القيام بذلك؟

كيف يمكننا مقارنة الاستنساخ من وجهة نظر الأخلاقيات الطبية؟

هذه العملية غير آمنة على الأطفال المولودين بالاستنساخ...

هناك احتمال قصر العمر.

احتمال الحصول على أجنة مشوهة.

إمكانية ولادة أطفال مشوهين يحتاجون لرعاية كبيرة و سيعانون كثيراً.

لكن إذا قمنا بحلول للمخاطر اعلاه وتقاديناها هل يمكننا الموافقة على

الاستنساخ؟

الإجابة في هذه الحالة هي: أن الاستنساخ الكلي totipotent إجراء غير جيد لأنه:

- يمنع وجود التنوع في النوع الإنساني.
 - وأنه لا يتفق مع قوانين الطبيعة.
 - أنه يحرماننا من مبدأ الخصوصية التي هي من حق كل شخص.
 - قد يسبب رض نفسي لمن هم نتاج الاستنساخ.
 - يجعلنا نتعامل مع الأطفال كسلع
- وعلى أي نوع من الاستنساخ نوافق هل نوافق على الاستنساخ الكلي totipotent cloning أم المجموعاتي totipotent cloning أم المجموعاتي pluripotent cloning الاستنساخ المجموعاتي pluripotent cloning مقبول لأنه يجد حلولاً لموضوع زرع ونقل الأعضاء وكثير من الأمراض والاصابات المرضية...

11-8-4 - الإعقام (Sterilization) Infertilitization

▪ سواء أكان للمرأة:

- بتخريب المبيض،
- أو تخريب البويضات،
- أو باستئصال الرحم،
- أو ربط البوقين الرحميين،
- أو بالتأثير على الهرمونات الأنثوية.

▪ فهو أخلاقياً طبياً محظور .

▪ وكذلك للرحل:

○ باستئصال الخصيتين،

○ أو ربط الحبلين المنويين،

○ أو تدمير النطاف،

○ أو التأثير الهرموني على الهرمونات الذكرية.

▪ الإعقام غير مقبول أخلاقياً، مهما كان عدد الأولاد واكتفى الزوجين بهذا العدد.

تتدخل الأمور الأخلاقية والقانونية بمسائل الإعقام:

▪ عندما لا يمكن الحصول على الموافقة المستنيرة:

في حالات الأطفال.

والبالغين غير المؤهلين من الناحية العقلية.

▪ أو في حال تحديد المسؤولية عند فشل الإعقام.

فشل الإعقام

الادعاء بالإهمال الطبي: بعد حدوث الحمل رغم إجراءات الإعقام الجراحي، من النقاط

الهامة:

• يجب تقديم المعلومات اللازمة للمريض:

باحتمال دوام الإعقام.

بوجود نسبة فشل الإعقام واحتمال حدوث الحمل.

الإعقام في حال غير المؤهلين

• لا يكون الإعقام إلا إذا كان ذلك من أولويات المريض. وهو محل جدل كبير...

• هل الأمر هو ذاته لدى الذكور والإناث؟

• وبدراسة أولويات المريض يجب التركيز على ما يلي:

○ احتمال حدوث علاقة جنسية واحتمال حدوث الحمل.

○ درجة استيعاب المريض وربطه بين العلاقة الجنسية وحدث الحمل.

○ هل تستطيع المريضة تحمل أعباء الأمومة؟

○ هل يمكنها استخدام موانع حمل أخرى؟

○ ما تأثير التعقيم على وضعها الصحي؟

○ ما هي وسائل الدعم المتاحة للمريضة؟

المعايير التي تساعد الطبيب في طرق التعامل المبرر أخلاقياً في صنع القرار

الطبي:

فيما يخص إعدام المرأة في سن الإخصاب وغير كاملة الأهلية في بعض الدول

الأوربية:

معايير كبرى: واحدة منها كافية

الوراثة ووجود احتمال إصابة الأبناء بالمرض ذاته.

الأهلية الوالدية لدى المرأة.

المعايير الصغرى: وهي محل جدل:

خطورة حدوث الحمل.

درجة الذكاء IQ.

مكونات الشخصية.

وجهة النظر الطبية والإنذار.

الدعم والإرشاد الخاص بأشخاص معاقين عقلياً.

الفصل الثاني عشر

الأخلاقيات الطبية للإجهاض

Abortion Medical Ethics

أدت المشكلات الاجتماعية والاقتصادية الناجمة عن تطور مناحي الحياة في كافة أنحاء العالم إلى حدوث موجة عارمة من الحمل غير المرغوب فيه عند النساء لأسباب مختلفة. مما جعل المرأة تفكر بالتخلص أو تتخلص من حملها بموافقة القانون أو بغير موافقته.

الإجهاض الطبي الغاية منه حفظ حياة الأم (في حال كان السبب هو الجنين ولا يوجد طريقة أخرى) مهما كان وضع الجنين، سواء سليم أم لا.

في حال أرادت الأم الاحتفاظ بالجنين بالرغم من تهديده حياتها، لا نأخذ برأيها، فهي لم تعد تعتبر decision maker لأنها أصبحت تفضل الجنين فوق كل شيء.

وتحرم معظم الأديان الإجهاض ما لم يكن لسبب طبي لأن فيه قتلاً للنفس البريئة. دينياً هناك اختلاف بين المذاهب الإسلامية حول وقت نفخ الروح، فالبعض يعتبر في اليوم 40 والبعض الآخر في اليوم 120، وبالتالي من وجهة نظر دينية يمكن الإجهاض قبل اليوم 40، ولكن قانونياً يعتبر إجهاض جنائي ما لم يكن هناك سبب.

المقاربة الأخلاقية الطبية لقضية الإجهاض تركز على الإلتزام بالمبادئ الأربعة الأساسية للأخلاقيات الطبية

1. الاستقلالية Autonomy
2. تغليب المنفعة Beneficence
3. تجنب الضرر Nonmaleficence
4. العدالة Fairness

12-1- تعريف الإجهاض

المقصود بالإجهاض هنا هو الإنهاء المتعمد لحالة الحمل مع موت محصول الحمل.

أخلاقياً: القضيتان الأساسيتان هنا هما قتل الجنين في حالة الإلحاق الصناعي وحالة الإجهاض.

المتفق عليه هو أن قتل الطفل و البالغ هو خطأ كبير.
وتختلف درجة الخطأ في قتل الجنين حسب مرحلة التطور التي حدث فيها القتل منذ تشكل البويضة الملقحة باختلاف البلدان.
فالبعض يقول بوجود مراحل في تطور الجنين تجعل القتل خلال بعض المراحل ليس مرفوض أخلاقياً، ويتقدم التطور يصبح ذلك مرفوض تماماً.
في حين أن البعض يرفض ذلك مهما كانت درجة تطور الجنين.

12-2- الإجهاض عبر التاريخ

تاريخياً يعد الإجهاض من الممارسات الطبية القديمة.
في زمن الإغريق والرومان كانت تمارس عمليات الإجهاض وقتل الأطفال.
في عهد المسيحية حُرِّم الإجهاض.
في الفترة بين القرن 15 والقرن 18 سمح الغرب بالإجهاض في الفترة قبل شعور الأم بحركة الجنين (أي قبل أن تدخل إليه الروح).
في الفترة بين القرن 18 والقرن 19 أثبت الطب أن البويضة الملقحة تحمل جنين كامل، ولهذا السبب تم تحريم الإجهاض. وقد فرضت كثير من الدول قوانين صارمة ضد الإجهاض خلال القرن التاسع عشر.
في القرن العشرين بدأت بعض الدول بالسماح بالإجهاض بشروط خاصة. لكن ما إن بدأ القرن العشرين حتى بدأت الحكومات تراجع تلك القوانين رويداً رويداً وتخفف من شدتها.

كانت دول الاتحاد السوفييتي أولى الدول في العالم التي تبيح الإجهاض وذلك في عام 1920م، ثم قام ستالين عام 1936م بإلغاء ذلك القرار. بعد ذلك عاد الاتحاد

السوفيتي بإباحة الإجهاض عام 1955م. وتبعه في ذلك معظم الدول الاشتراكية ودول أخرى مثل الدول الاسكندنافية.

وكانت اليابان أول الدول الآسيوية التي تبيح الإجهاض وذلك في عام 1948م حيث يجري الإجهاض حالياً لأكثر من ثلاثة ملايين امرأة كل عام هناك.

وأباحت بريطانيا الإجهاض عام 1967م، وقامت الهند في عام 1971م بتطبيق القانون البريطاني المبيح للإجهاض مع بعض التحفظات.

وفي الولايات المتحدة الأمريكية صدر قانون في عام 1973م يبيح الإجهاض:

○ في الأشهر الأولى حسب الطلب.

○ وبأدنى سبب طبي في الأشهر الثلاثة الثانية.

○ وبوجود سبب طبي قوي في الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل.

وبالرغم من أن معظم الدول في العالم بما فيها بعض الدول الإسلامية تبيح الإجهاض أو تدرس إباحة الإجهاض حسب الطلب. فإن المعركة ما تزال على أشدها في مختلف أرجاء العالم ما بين مؤيد للإجهاض ومحارب له.

وتذكر الإحصائيات الرسمية أرقاماً مرعبة عن حالات الإجهاض التي تجري سنوياً في غفلة عن أعين القانون.

تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية WHO (2008) عن وجود أكثر من 56 مليون حالة إجهاض محدث سنوياً. 22% منها تتم في الدول المتقدمة.

تقدر بحسب منظمة الصحة العالمية WHO عدد حالات الحمل في العالم حوالي 210 مليون حالة حمل سنوياً.

في عام 2008 قدرت حالات الاجهاض غير الأمن التي تمت بـ 21.6 مليون، والتي سببت الموت لـ 47000 امرأة،

وقد كان الموت ناجماً عن الاجهاض غير الأمن الذي سبب انتانات او نزوفا شديدة نجمت عن اجراءات الإجهاض غير الأمن، او نجمت عن اذيات الاعضاء.

12-3- الإجهاض غير المأمون أو الجنائي (اللاقانوني) Criminal (illegal) Abortion Unsafe or

تذكر الإحصائيات الرسمية عن أرقام مرعبة عن الإجهاض غير القانوني 1,5 مليون في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في عام 2003. يجري الإجهاض غير القانوني بأيد غير مؤهلة مما يؤدي لحوادث خطيرة منها 11% وفيات الأمهات في المنطقة ذاتها.

يموت من جراء الإجهاض الغير شرعي مليون امرأة سنوياً. تصاب الملايين من النساء بعقاييل ومضاعفات مختلفة منها العقم الدائم. تواجه الغالبية العظمى من النساء في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا عوائق قانونية ضد الإجهاض. فنحو 80 % منهن يعشن في بلدان بها قوانين تقيد الإجهاض، و 55 % منهن يعشن في بلدان يحظر فيه الإجهاض إلا لإنقاذ حياة الأم، و 24 % منهن يعشن في بلدان يسمح فيها بالإجهاض فقط للحفاظ على الصحة البدنية أو العقلية للمرأة. وهناك نحو 20 % من سكان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا يعيشون في تركيا وتونس، وهما الدولتان الوحيدتان في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، اللتان يُسمح فيهما بإجراء الإجهاض بشكل قانوني خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل بناء على طلب السيدة.

12-4- الإجهاض في الوطن العربي

ممنوع تماماً، لا وجود لأي استثناء قانوني	ممنوع لإنقاذ حياة الأم	ممنوع لإنقاذ حياة الأم والمحافظة على الصحة الجسدية	مسموح لإنقاذ حياة الأم والمحافظة على الصحة الجسدية والعقلية	مسموح
	لبنان، عُمان، سوريا، الإمارات، فلسطين، اليمن، ليبيا، الصومال، السودان	الأردن، الكويت، قطر، السعودية، المغرب، جيبوتي	الجزائر	تونس والبحرين

تحتل **المغرب** المرتبة الأولى في عمليات الإجهاض السري بـ 1400 حالة يومياً، وفي **تونس** وحسب إحصاءات الديوان الوطني لعام 2017 تقدّر عدد حالات الإجهاض بـ 34 ألف حالة سنوياً؛ 20% بالمئة منها لنساء عازبات.

وتشير الإحصائيات الواردة من **تركيا** و**تونس** إلى أن الإجهاض لم يصبح أكثر أمناً فقط بسبب إضفاء الصفة القانونية على عمليات الإجهاض، بل انخفضت نسبة **الإجهاض** بسبب التطور والتوسع في برامج تنظيم الأسرة في البلدين.

ففي **تركيا**، انخفض معدل **الإجهاض** من 18% من حالات الحمل في عام 1993 إلى 11% في عام 2003. وخلال الفترة نفسها، ارتفعت نسبة السيدات المتزوجات اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل الحديثة من 34 % لتصل إلى 42.9 %.

وتعدّ **سوريا** الدولة الوحيدة في المنطقة التي تتبع قوانين مُقيدة للإجهاض ومع ذلك أجرت دراسة استقصائية على الصعيد الوطني (عام 2006) تسأل فيها النساء عما إذا كنّ قد أجرين إجهاضاً مقصوداً.

وقد أظهرت الدراسة الاستقصائية أن 4% من النساء المتزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 - 49 عاماً أجهضن مرة واحدة على الأقل إجهاضاً مقصوداً، وإن كان من المرجح أن يكون هذا الرقم أقل من الحقيقي باعتبار أن الإجهاض محظور في **سوريا**.

وفي **مصر**، أظهر مسح الصحة والسكان لعام 2005 أن 56% من النساء المتزوجات يستخدمن الوسائل الحديثة لمنع الحمل، ومع ذلك فإن واحدة من كل خمس (5/1) ولادات كانت غير مقصودة.

ومن بين النساء اللاتي أشرن إلى أن مولودهن الأخير لم يكن مقصوداً، أوضح ثلثهن (3/1) أنهن كن يرغبن في طفل آخر على الأقل في وقت لاحق، أما الثلثان (3/2) الآخران فأوضحن أنهن لا يرغبن في المزيد من الأطفال.

وكما هو متوقع، فإنه كلما زاد عدد الأطفال لدى المرأة، فإنها تعتبر أن حملها الأخير غير مقصود.

في عام 2006، قام فريق من جامعة دمشق ب**سوريا** بالتعاون مع وزارة الصحة بإجراء دراسة استقصائية وطنية استهدفت النساء المتزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن بين

15-49 عاماً بهدف تقييم الاحتياجات غير الملباة المتعلقة بتنظيم الأسرة، وحالات الحمل غير المقصود.

وكشفت الدراسة عن أن نصف (2/1) النساء اللاتي كان حملهن غير مقصود كن يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة عند حدوث الحمل. ومن بين هؤلاء اللاتي يتبعن تنظيم الأسرة، تعتمد 45% منهن على الوسائل التقليدية والتي غالباً ماتكون معرضة للفشل و25% كن يستخدمن حبوب منع الحمل.

وفي تركيا، أظهر مسح قومي أجري عام 2003 أنه في ثلاثة أرباع (4/3) حالات الإجهاض، كانت السيدات يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة عند حدوث الحمل، وأن نصفهن (2/1) كن يستخدمن الوسائل التقليدية. بغض النظر عن حجم القيود القانونية المفروضة على الإجهاض، فإن تجربة جميع هذه البلدان تدل على أن استخدام وسائل فعالة لتنظيم الأسرة إنما هو أمر هام وحيوي للحد من حدوث حالات الحمل غير المقصود، ومن ثم الحاجة إلى الإجهاض. ولكن ارتفاع معدلات استخدام وسائل منع الحمل وحدها لن تقضي على حالات الحمل غير المقصود.

ففي أعقاب سماح القانون بالإجهاض في جنوب أفريقيا، على سبيل المثال، انخفضت معدلات الوفيات بسبب الإجهاض غير الآمن بنسبة 90% خلال الفترة من 1994 إلى 2001.

قدرت حوادث الإجهاض المتعمد أو المُحدّث أو المُحرّض (الآمن والغير آمن) بحوالي 56 مليون سنوياً بالعالم مابين 2010-2014. يوجد 35 اجهاض مُحَرَّض أو مُحدّث لكل 1000 امرأة بعمر مابين 15-44 عاماً. تنتهي 25% من كل الحمل بإجهاض مُحدّث أو مُحَرَّض.

كان معدل الاجهاضات أعلى في الدول النامية منها في الدول المتقدمة. قدرت حالات الإجهاض غير الآمن التي حصلت بالعالم بحوالي 25 مليون سنوياً، معظمها في الدول النامية. من بينها، 8 مليون حصلت بظروف خطرة أو بأدنى شروط الأمان. أكثر من نصف الإجهاضات الغير آمنة المقدرة عالمياً كانت في آسيا. وكانت 4/3 الإجهاضات الحاصلة في افريقيا وأمريكا اللاتينية غير آمنة.

كان اختطار الوفاة من الإجهاض غير الآمن عالياً في افريقيا. مابين 4.7-13.2 % من وفيات الأمهات تعزى إلى الإجهاض غير الآمن سنوياً. تقبل في المشافي حوالي 7 مليون امرأة كل عام في الدول النامية، بسبب الإجهاض غير الآمن. تقدر الكلفة السنوية لمعالجة الاختلاطات الكبرى الناجمة عن الإجهاض الغير الآمن بـ 553 مليون دولار سنوياً.

الإجهاض الآمن هو الإجهاض المنفذ من قبل شخص مدرب يستخدم الطرق الموصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية WHO المناسبة لفترة الحمل. يمكن الوقاية من كل حالات الوفيات والعجز الناجمة عن الإجهاض من خلال التثقيف الجنسي، واستعمال وسائل منع الحمل الفعالة، وتوفير الإجهاض المُحدّث (المتعمد) الآمن القانوني، والعناية الطبية بالاختلاطات بالوقت المناسب.

الإجهاض غير المأمون هو إنهاء الحمل إما على يد أشخاص يفتقرون إلى المهارات اللازمة وإما في وسط لا يمثل للمعايير الطبية الدنيا أو في كلتا الحالتين. وتختلف اعتبارات المأمونية في توفير خدمات الإجهاض من حيث الأشخاص المعنيين بممارسة الإجهاض والمهارات والمعايير الطبية لممارسة الإجهاض في حالة

الإجهاض الطبي (المنفذ عن طريق الأدوية فقط) وحالة الإجهاض الجراحي (المنفذ بواسطة شفافة يدوية أو كهربائية). كما تختلف المهارات والمعايير الطبية اللازمة لممارسة الإجهاض المأمون حسب مدة الحمل والتطورات العلمية والتقنية الطارئة. وغالباً ما تلجأ المرأة ولا سيما المراقبة التي لا ترغب في حملها إلى الإجهاض غير المأمون عندما تعجز عن الحصول على خدمات الإجهاض المأمون. وتشمل العقبات التي تعيق الحصول على خدمات الإجهاض المأمون ما يلي:

- تطبيق قوانين تقييدية؛
- قلة توفر الخدمات؛
- ارتفاع التكاليف؛
- الوصم بالعار؛
- استنكاف مقدمي الرعاية الصحية الضميري عن الخدمة؛
- فرض شروط غير ضرورية مثل فرض فترات انتظار إلزامية والمشورة الإلزامية وتوفير معلومات مضللة والحصول على تصريح طرف ثالث وإجراء اختبارات غير ضرورية من الناحية الطبية مما يؤخر تقديم الرعاية.

12-4-1 نطاق المشكلة

تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية WHO لعام 2008 إلى حدوث حوالي 22 مليون حالة إجهاض غير مأمون سنوياً مما يؤدي إلى 47000 حالة وفاة وأكثر من 5 ملايين مضاعفة على غرار المضاعفات التالية:

- الإجهاض الناقص (عدم إزالة أو إخراج كل النسيج الحملي من الرحم)؛
- نزف الدم (النزف الكثيف)؛
- الإصابة بالعدوى؛
- ثقب الرحم (الناجم عن اختراق الرحم بواسطة أداة قاطعة)؛
- تضرر الجهاز التناسلي وأعضاء الجسم الباطنية نتيجة لإدخال أدوات خطيرة مثل العيدان أو إبر الحياكة أو زجاجة مكسورة في المهبل أو الشرج.

وفي البلدان المتقدمة، يقدر أن 30 امرأة تلقى حتفها من كل 100 000 حالة إجهاض غير مأمون. ويرتفع هذا العدد إلى 220 حالة وفاة كل 100 000 حالة إجهاض غير مأمون في البلدان النامية وإلى 520 حالة وفاة في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

وتسجل معدلات غير متناسبة للوفيات بسبب الإجهاض غير المأمون في صفوف النساء في أفريقيا. وإذ تبلغ نسبة القارة من جميع حالات الإجهاض غير المأمون 29%، تشهد القارة 62% من جميع حالات الوفاة المرتبطة بالإجهاض.

الفئات المعرضة للخطر

تتعرض أي امرأة لا ترغب في حملها وتعجز عن الحصول على خدمات الإجهاض المأمون لخطر الإجهاض غير المأمون. ويحتمل أن تخضع المرأة الفقيرة للإجهاض غير المأمون أكثر من المرأة الأيسر حالاً.

ويزداد عدد حالات الوفاة والتضرر لدى ممارسة الإجهاض غير المأمون في وقت متأخر من فترة الحمل.

ويرتفع معدل حالات الإجهاض غير المأمون حيثما تكون فرص الحصول على وسائل فعالة لمنع الحمل وخدمات الإجهاض المأمون محدودة أو غير متاحة.

12-4-2- مضاعفات الإجهاض غير المأمون التي تتطلب الرعاية

الطارئة

تتمثل المضاعفات الرئيسية التي تهدد الحياة وتنجم عن الإجهاض غير المأمون

في:

- نزف الدم
- والإصابة بالعدوى
- وتضرر الجهاز التناسلي
- وأعضاء الجسم الباطنية.

العلامات والأعراض

من المهم إجراء تقييم أولي دقيق لضمان توفير العلاج المناسب والإحالة السريعة في حال حدوث مضاعفات ناتجة عن الإجهاض غير المأمون. وتشمل العلامات والأعراض الحاسمة لتحديد المضاعفات التي تتطلب العناية الفورية ما يلي:

- النزف المهبلي غير الطبيعي؛
- ألم البطن؛
- الإصابة بالعدوى؛
- الإصابة بصدمة (الوهط الدوراني).

وقد يصعب تشخيص مضاعفات الإجهاض غير المأمون. فعلى سبيل المثال، يحتمل أن تظهر امرأة يكون حملها منتبذاً أو خارج الرحم (النمو غير الطبيعي للبيضة المخصبة خارج الرحم) أعراضاً تشبه أعراض الإجهاض الناقص. وعليه، من الأساسي أن يتأهب العاملون في مجال الرعاية الصحية لاتخاذ إجراءات الإحالة وترتيبات النقل إلى مرفق يمكن فيه التوصل إلى تشخيص نهائي وتوفير الرعاية المناسبة بسرعة.

العلاج والرعاية

- نزف الدم: يكتسي علاج نزف الدم الكثيف في الوقت المناسب أهمية حاسمة لأن التأخر في توفيره قد يسبب الوفاة.
- الإصابة بالعدوى: توفير العلاج بالمضادات الحيوية إلى جانب تفريغ الرحم من أي نسيج حملي متبق في أسرع وقت ممكن.
- تضرر الجهاز التناسلي و/أو أعضاء الجسم الباطنية: إذا كان يشتبه في حدوث ذلك، فمن الأساسي الإحالة إلى مرافق الرعاية الصحية الملائمة في وقت مبكر.

12-4-3- إتاحة علاج مضاعفات الإجهاض

إن مقدمي الرعاية الصحية ملزمون بتوفير الرعاية الطبية المنقذة للحياة لأي امرأة تعاني من مضاعفات مرتبطة بالإجهاض، بما في ذلك توفير علاج المضاعفات الناجمة عن الإجهاض غير المأمون بصرف النظر عن الأسس القانونية للإجهاض. وعلى الرغم من ذلك، لا يوفر علاج مضاعفات الإجهاض في بعض الحالات إلا إذا أتاحت المرأة المعلومات عن الشخص (أو أكثر) الذي مارس الإجهاض غير المشروع.

وتتأخر خدمات الرعاية وتزداد المخاطر المحدقة بصحة المرأة وحياتها بسبب ممارسة انتزاع الاعترافات من المرأة الساعية إلى الحصول على الرعاية الطبية الطارئة نتيجة للإجهاض غير المشروع وفرض المتطلبات القانونية على الأطباء وسائر العاملين في مجال الرعاية الصحية للإبلاغ عن حالات الإجهاض التي تخضع لها المرأة. وتحت معايير الأمم المتحدة لحقوق الإنسان البلدان على توفير العلاج الفوري وغير المشروط لأي شخص يسعى إلى الحصول على الرعاية الطبية العاجلة.

الوقاية والمكافحة

- يمكن الوقاية من الإجهاض غير المأمون عن طريق ما يلي:
- التثقيف الجنسي الجيد؛

- الوقاية من الحمل غير المرغوب فيه باستخدام وسائل فعالة لمنع الحمل بما فيها وسائل منع الحمل في حالات الطوارئ؛
- توفير خدمات الإجهاض المأمون والمشروع.
- وعلاوة على ذلك، يمكن الحد من حالات الوفاة والعجز الناجمة عن الإجهاض غير المأمون من خلال توفير العلاج الطارئ للمضاعفات في الوقت المناسب.

الوقع الاقتصادي

هناك تكاليف اجتماعية ومالية كبيرة تتحملها المرأة والأسرة والمجتمعات والنظم الصحية إضافة إلى حالات الوفاة والعجز الناجمة عن الإجهاض غير المأمون. وقد أشارت التقديرات في عام 2006 إلى إنفاق مبلغ قدره 680 مليون دولار أمريكي على علاج العواقب الوخيمة الناجمة عن الإجهاض غير المأمون. ويستوجب توفير مبلغ إضافي قدره 370 مليون دولار أمريكي لتلبية الاحتياجات غير المستجاب لها في مجال علاج مضاعفات الإجهاض غير المأمون.

12-5- المسائل الأخلاقية في الإجهاض

كان موضوع الإجهاض من أوائل المواضيع في أخلاقيات الطب التي نشأ حولها خلاف واسع ومايزال.

✕ الرفض أو الموافقة تستند إلى:

➤ هل للجنين حق في الحياة؟

➤ متى تعتبر السيدة مخطئة في القيام بالإجهاض؟

➤ ومتى يجب منع السيدة من القيام بالإجهاض؟

للجواب يجب الاتفاق على المرحلة التي يعتبر فيها للجنين قيمة وأهمية تجعل التخلص منه لا أخلاقي.

الجنين من وجهة نظر أخلاقية

- إنه يعد كيان إنساني: فالجنين من وجهة نظر أخلاقية استمراراً للإنسانية، وقتله خطأ كقتل الطفل أو البالغ.

❖ هل يعني هذا أن قتل البيضة الملقحة أو الجنين بمراحله الأولى أخلاقياً بدرجة

سوء قتل الطفل أو البالغ؟

• أنه يمكن أن يصبح مخلوق إنساني.

• أنه سيكون شخص ذو قيمة.

• أنه ذو قيمة لأشخاص آخرين.

❖ وتزداد قيمة الجنين كلما ازداد تطوراً.

تحديد هويته ككائن إنساني حي:

✗ هنا لا يوجد حالات أخلاقية تتنوع مع اختلاف مراحل التطور .

✗ وقتل الطفل له ذات التقييم الأخلاقي مهما كانت مرحلة التطور التي كان عليها.

✗ وعلى طرفي هذا الاتجاه:

☞ البعض يقول أن هذه المرحلة تبدأ عند تجاوز مرحلة انقسام البيضة الملقحة.

☞ في حين يذهب المفكرين على الجانب الآخر إلى اعتبار قتل الجنين في أي

مرحلة من المراحل كقتل الطفل الذي كان سيكون.

احتمال أن يصبح كائناً إنسانياً:

✗ تعطي القيمة للكائن حسب ما سيصبح عليه.

✗ أي تهتم بمستقبل ما سيكون عليه الكائن الإنساني وليس بالجنين لوضعه

الحالي.

✗ ومن هنا قتل الجنين غير أخلاقي.

احتمال أن يكون شخصاً:

✗ تحديد هويته كشخص:

▪ وتعتمد على مواصفات خاصة مميزة للجنين وليس على ما كان سيكون عليه.

▪ ومن هنا قتل الشخص هو خطأ فادح، ولكن الجنين ليس بمثابة الشخص.

▪ وتصبح للجنين كينونة ذات اعتبارات أخلاقية عندما يصبح بمثابة الشخص.

▪ و لكن السؤال هو: متى هي لحظة صيرورة الكائن البشري شخصاً؟...

▪ البعض قال بضرورة وجود الشعور كمعيار.

❖ مثال الألم، يبدأ شعور الألم في الأسبوع 24 للحمل.

✍ الوعي للذات.

✍ الإدراك العقلي.

✍ رجال الدين وضعوا لحظة دخول الروح الجسد كمعيار.

✕ المعايير العامة لتعريف الكائن كشخص ذو القيمة:

▪ يمكن من خلالها حماية واحترام كل الكائنات، حتى غير الإنسان، والتي تتمتع

بهذه المعايير مثال كائنات الفضاء الخارجي.

▪ هذه المعايير غير ثابتة وليست موضحة بشكل كاف، وهي:

✍ القابلية للسلوك العقلاني.

✍ الإحساس المترافق مع الذكاء.

✍ الذاكرة المستمرة وغير المنقطعة عن الذات (إدراك الذات).

✍ القدرة على تلقي المعلومات.

✍ القدرة على فهم المعلومات.

✍ القدرة على الحكم والإختيار.

الحاسم أخلاقياً هو القيمة التي حصل عليها الكائن الإنساني من الآخرين:

✕ البعض يقول أن القيمة الأخلاقية للكائن الإنساني ترتبط بما يحملة له الآخرين

(Strong 1997).

✕ علاقات الدفء والود للكائن الإنساني المولود حديثاً مع محيطه، تجعله ذو أهمية

من وجهة نظر أخلاقية، وتعطيه دوراً هاماً في مجتمعه (Englehardt).

✕ لذا يجب تحريم قتل المولودين حديثاً:

▪ لأهميته للمعتنين به.

▪ ولأن عدم تحريم ذلك سيشجع على قتل الأطفال الأكبر سناً.

12-5-1 - أخلاقيات الإجهاض

الإجهاض يعتبر وفيات وبالتالي هو خسائر إنسانية هائلة.

وبما أن الإجهاض غير القانوني يجرى عادة بأيدي أشخاص غير مؤهلين وباستخدام وسائل بدائية أو مواد سامة، وخصوصاً في البلدان النامية، حيث يؤدي الإجهاض غالباً إلى مضاعفات خطيرة جداً.

إذ يموت من جراء الإجهاض أكثر من مليوني امرأة سنوياً، بينما تصاب ملايين أخرى لا تحصى بأمراض ومضاعفات مختلفة من جملتها العقم الدائم.

* هذا وإن الإجهاض مباح فيما إذا وجد سبب طبي عند الأم يبيح ذلك.
* وعلى أن يصدر القرار بذلك من لجنة طبية تبيح وتبرر الإجهاض حفاظاً على الأم وصحتها.

* وأن يتم الإجهاض في مشفى حصراً (فحتى لو تحقق الشرطان السابقان، ولكن الإجهاض تم في عيادة أو مستوصف يعتبر جنائياً، وذلك لعدم توفر غرف عمليات مجهزة لتدارك الاختلاطات التي يمكن أن تحدث خلال الإجهاض).

أما الإجهاض لأسباب أخرى فهو إجهاض جنائي، سواء كان ذلك:
لسبب اجتماعي كأن يكون محصول الحمل ناجماً عن علاقة غير شرعية.
أو لسبب اقتصادي كفقّر الزوجين.
أو لأي سبب آخر.

✗ فهو بمثابة إزهاق الروح التي حرم الله قتلها إلا بالحق. فلا يجب إجابة طلب الناس على إجراء الإجهاض بغير استئطاب من قبل العاملين بالمهن الطبية.
✗ وتبدو المخالفات في هذا المجال كبيرة لاسيما أمام الإغراءات المادية للقيام بالإجهاض.

✗ فهي بالإضافة إلى أنها جريمة إزهاق روح بغير حق، فإنها أيضاً تسهيل وتشجيع لإشاعة علاقات الزنا وغيرها من العلاقات الغير شرعية بين البشر وفي ذلك فساد وإفساد كبير.

واجبات الأطباء:

على الأطباء ألا ينصحوا أو يشيروا أو يقوموا بإجهاض، ما لم يكن هناك استئطاب بقرار من لجنة طبية يبيح ذلك.

وفي العصر الحالي عصر العولمة هناك ترويج لإجهاض الأجنة البشرية لاستخدامها كمصدر لزراعة الأعضاء البشرية أو كمصدر للتجارب والبحوث الطبية الحيوية مقابل تعويضات مادية مغرية بالنسبة للفقراء .

وتروج لذلك شركات ومؤسسات طبية ضخمة بغاية الوصول إلى توفير الأعضاء البشرية لمحتاجيها بأسعار هائلة وذلك بقصد التجارة وتوفير ذلك للقادرين مادياً.
فذلك أيضاً مخالف بشكل صريح وواضح لكل الأخلاقيات الطبية والإنسانية طالما
لا يوجد أي مبرر شرعي طبي للإجهاض.

في سوريا، القوانين التي تمنع الإجهاض صارمة جداً، ولا تتوقف على من يقوم بالإجهاض فقط، وإنما كل من يشارك بالعملية، حتى لو فقط أشار إلى خيار الإجهاض أو نصح به.

الفصل الثالث عشر

اخلاقيات طب الجينات الحديث

Ethics of Genetic Modern Medicine

سنتكلم في هذا الفصل عن طب الجينات، والذي يعتقد أن يصبح واقعياً وحقيقياً بعد الـ2030، فهو اليوم محدود بالمستويات البحثية ولم يحصل بعد على تصديق من الـFDA.

وصل طب الجينات إلى مراحل متقدمة، وقد تطور بسرعة كبيرة في نصف القرن الأخير فحصل في بعض القضايا على تصديق وأثير الجدل حول قضايا أخرى (كالاستنساخ).

وكما أنه يجب أن تتواجد جميع الاختصاصات في المجالس الطبية (كما في الـBMA British Medical Association) يجب ذلك في طب الجينات. تتطبق على علم الوراثة القواعد التي تتطبق على المجالات المختلفة للممارسة الطبية من ناحية الموافقة المستنيرة واحترام استقلالية المريض.

لما ظهرت العولمة والثورة المعلوماتية وتغلغلتا في كل التخصصات بات لابد من ضوابط لطب الجينات، فالجينات تحمل صفاتنا وأمراضنا الوراثية بل حتى صفات أجدادنا وأبنائنا، الأمر الذي سيعود على البشرية بالسوء إن لم يضبط بحذر¹⁹.

إن فهم الأطباء للمبادئ الأساسية في الوراثة سيمكنهم من معرفة المشاكل التي من الممكن أن تواجههم وإلى من يتوجهون لطلب المساعدة في حلها.

كما أنه يشكل جزءاً من المعارف الأساسية المطلوب من جميع الأطباء أن يمتلكوها.

في السابق كان الطب يتعامل مع المريض حسب مرضه فحسب، ففي قصور الكلية نقوم بهذا الإجراء وفي احتشاء القلب نقوم بهذا.. وما يزال ذلك حتى الآن.

كيف ظهرت الاستجابة للثورة الجينية:

يتميز مجال علم الوراثة البشرية وطب الجينات بالتقدم السريع والمذهل في المعرفة.

بالنسبة للبعض يمثل طب الجينات الحديث الدواء الشافي (البلسم الشافي panacea) الذي سيحدث ثورة في الطب، بتقنية الرقائق الجينية. اعتماد نظم معالجة الفردية لكل مريض.

والقدرة ليس فقط على التنبؤ بالأمراض بل أيضا القدرة على تجنب أو علاج معظم الأمراض.

بالنسبة للآخرين: يقابل التفاؤل بشأن المنفعة الصحية المحتملة بمخاوف بشأن إمكانية إساءة استخدام المعرفة الجينية أو إدارتها في تقدير حدود ما هو مناسب أو ملائم.

مصدر قلق كبير هو: مع تزايد توافر المعلومات الجينية والاستخدامات المحتملة لتلك المعلومات من قبل أصحاب العمل وشركات التأمين، ستتطور مجالات جديدة للتمييز والتحيز.

المجال الجيني: لم يعد علم الوراثة مجالا لعدد محدود من الخبراء، بل أصبح يمثل مشكلة متزايدة للأطباء من جميع التخصصات، وخاصة: أطباء الممارسة العامة وأطباء الأورام والتوليد...

أهمية علم الوراثة للأطباء: هو فهم العلوم الأساسية لعلم الوراثة، ولكن مع معرفة المشكلات والمعضلات التي يمكن أن تنشأ وإلى أين تتوجه للمساعدة. علم الوراثة يشكل جزءا من قاعدة المعرفة الأساسية المطلوبة لجميع الأطباء.

المبادئ العامة:

تختلف المعلومات الجينية عن الأنواع الأخرى من المعلومات الطبية، ولكن غالبا ما يتم المبالغة في مدى وحتمية آثار هذه الاختلافات.

تتطبق نفس قواعد الموافقة المستنيرة والسرية الطبية على علم الوراثة والجينات كما هو الحال في المجالات الأخرى من الممارسة الطبية. تؤثر الوراثة عادة على العائلات، لذلك ينبغي تشجيع الأفراد على التفكير والاختار بعين الاعتبار في تأثير قراراتهم على الآخرين من العائلة الذين قد يتأثرون بها.

يجب تشجيع المرضى على مشاركة المعلومات الوراثية مع الآخرين الذين لهم صلة قرابة شخصية بهم.

يجب أن يقتصر الاختبار الجيني بشكل عام على المرضى القادرين على إعطاء موافقة صحيحة أو حيث يلزم إجراء الاختبار من أجل توفير المعلومات المناسبة أو رعاية الفرد.

يكون في معظم الظروف الإطار العام لصنع القرار أكثر فائدة من القواعد الثابتة.

يتمتع بصفات الطبيب ذاتها ويحافظ على أخلاقيات مهنته²⁰

يثابر في طلب العلم لخدمة المرضى والمجتمع.

لا يتفوق، بل يتابع التطور العلمي ويكون الضابط الأخلاقي له، فالتفوق يضعف من ضبط الأخلاقيات.

قدوة في العمل والمسلك للمرضى والزملاء.

رؤوف يعنتي بالمرضى.

إلا أن المعالجة الجينية طرحت مفهوماً آخر: هناك مرضى لا أمراض There Are Patients There Is NO Disease، فكل مريض دواء يناسبه (Individual Treatment).

مكننا طب الجينات من توقع ما قد يحدث في المستقبل وتجنبه، فيفحص الجينات نقوم بالبحث عن المرض قبل ظهور الأعراض بل وقبل المراحل المخبرية حتى.

كل هذا الاتساع الذي يحمله طب الجينات أورث الأطباء حكمة وخوفاً وتساؤلاً عما سيحصل من أذيات عند إخبار المرضى وغير المرضى بالفحوصات الجينية.

وكانت أولى المجالات الطبية التي اهتمت بطب الجينات: الطب العام، طب الأورام، النسائية.

فالطب العام يسعى لتحسين الخدمة الطبية، وطب الأورام يسعى للكشف المبكر، والطب النسائي يسعى لجيل أفضل في رعاية الأجنة.

زوجان في عائلة مصابة بالتلاسيميا قاما بالفحوصات للكشف عن إصابة ابنهما بها، فوجد الطبيب أن الولد غير مصاب بالتلاسيميا (ما يعني خللاً في نسب أحد الوالدين).

فلا يقوم الطبيب هنا بإخبارهما بخلل النسب:3 بل يكتفي بطمأنتهما عن سلامة ابنهما.

بقدر ما حمل طب الجينات أملاً واعداً للمستقبل حمل معه الكثير من الاسئلة الاخلاقية:

1. هل يثير علم الجينات قضايا أخلاقية مختلفة عن أخلاقيات الطب العادي؟
2. إلى أي مدى يمكن مشاركة المعلومات الجينية مع الأقارب الذين لهم صلة شخصية بالمفحوص؟ (ستتم معرفة امراض كل العائلة... حتى الذين لم يطلبوا ذلك كالأم والأب والأخوة والاعمام واولادهم والاخوال واولادهم والاجداد....)
3. هل ينبغي اختبار الأطفال لحالة هل هو ناقل لمرض ما بناء على طلب والديهم؟ (سيكون الطبيب على معرفة بأسرارهم الطبية، وقد يرفضون ذلك عندما يصبحون كباراً!).
4. هل ينبغي الكشف عن النتائج العرضية؟
5. ما هي الأخلاقيات التي ستحدد مشاركة المعلومات الجينية مع الجهات الصحية وشركات التأمين؟
6. ما هو دور المهنيين الصحيين عندما يطلب المرضى اختبار الأبوة؟
7. هل علينا أن نحيب عن سؤال أحدهم حول اختبار الابوة "أهذا ابني بيولوجياً؟" أم أنه يعتبر سؤالاً خارج النطاق الطبي؟ وهل من الأخلاقي الإجابة؟ (فمن المهم

صحياً أن نجيب عن سؤال يخدم الجانب الصحي الاجتماعي ونتجنب الاضطراب الاجتماعي).

وستتم مقارنة مواضيع طب الجينات الحديث بتطبيق المبادئ الأساسية الأربعة في الأخلاقيات الطبية التي هي:

1. احترام الاستقلالية الذاتية Autonomy

2. تغليب المنفعة (الإحسان) Beneficence

3. تجنب الضرر Nonmaleficence

4. العدالة Fairness

سنمر في هذا الفصل على القضايا التالية حول طب الجينات:

أولاً: المعلومات الجينية (الوراثية) Genetic Information.

ثانياً: التجربة أو الاختبار الجيني (الوراثي) Genetic Testing.

ثالثاً: اختيار التكاثر والتناسل الإنساني Reproductive Choice.

رابعاً: المعالجة الجينية (الوراثية) Genetic Therapy.

خامساً: الاستنساخ Cloning.

13-1 - المعلومات الجينية (الوراثية) Genetic Information

يتم إعطاء معلومات طبية وراثية حول أمراض معينة أو حول حالات تعرف بانفعالها الوراثي.

ونقل تلك المعلومات بشكل مباشر أو غير مباشر للمريض، وذلك فيما يتعلق بخطورة أو إمكانية تدهور حالته في المستقبل بسبب وراثي أو جيني.

ما هي مصداقية توقع حالة المريض في المستقبل؟

مثال: لو أن شخصاً أصيب بطفرة تحتاج لتظهر أعراضها ظاهرياً إلى عشرين

انقساماً.

أليس من الممكن أن يموت هذا الشخص قبل اكتمال العشرين انقساماً! أو أن تنتقل

الطفرة لأبنائه فتظهر عليهم الأعراض؟

هل من المقبول أن أحذر من مرض قد لا يصيبه، أو أن أحذر من احتمال مرض أولاده الذين لم يرههم بعد..

عادةً ما تؤثر المعلومات الوراثية على الأسر، لذلك لا بُدَّ من تشجيع المرضى على الأخذ بعين الاعتبار الأشخاص الذين يتأثرون بقراراتهم في هذا المجال. فيجب تشجيع المرضى على مشاركة المعلومات الوراثية مع الأشخاص الذين تجمعهم بهم علاقة شخصية.

وربما يحاول البعض نقل المعلومات إلى جهات أخرى طبية أو غير طبية (شركات تأمين) دون موافقة المريض (بالتأكيد هذا التصرف غير أخلاقي).

استخدام المعلومات الجينية الخاصة بمريض ما في قضايا طبية أو غير طبية مقابل تعويضات مادية أو إغراءات تجارية أو مكانة وجاه أو حتى تهديدات. ألن يكون ذلك تحيزاً لمن لديه أموال أكثر؟ (فيأخذ معلومات أكثر).

مهمة الطبيب هي خدمة المرضى، فإن لم يحقق الإجراء خدمة المرضى سيرفضه الطبيب أكان طلب الإجراء بترغيب أو بتهديد.

بل حتى استخدامها في قضايا إجرامية مقابل مال أو جنائية مقابل مال أو جاه.

مثال:

استخدام مواد معينة يتناولها المريض تقوم بإحداث طفرات في جيناته فتختل أنزيمات الأكسدة لديه ويموت.

فالسارين مثلاً يثبط الكولين أستراز، ويتظاهر بعلامات كولينية تعالج بالأتروبين إلى حد معين.

يصل تأثير السارين إلى أربع أمور تنتهي على حياة المستنشق له (فرط المفرزات التنفسية، تقبض القصبات، ارتخاء عضلات التنفس، تثبط مركز التنفس).

يعالج المتعرض للسارين بمركب ينزع الجذر الفوسفوري للسارين (مركب البراليدوكسيم).

وهناك من يبحث عن مواد تجعل دنا أحدهم قوية ومسيطرة ودنا شخص آخر مقهورة.

13-2- التجربة أو الاختبار الجيني (الوراثي) Genetic Testing

هل يحق للأطباء أو الطاقم الطبي إجراء التجارب الجينية -من دون موافقة- على المريض أو عائلته أو أقربائه أو على الأجنة؟

وفي حال أجريت، هل يحق للطبيب نقل نتائج تلك التجارب إلى جهات ما وأحد من كشفت معلوماته الوراثية (ابن من أجريت عليه التجربة أو أبوه..) لم يسأل عن موافقته؟ هناك الكثير من الأبحاث والمجالات العلمية التي تطلب دراسة جينية لنشر الدراسات عن الأمراض وغيرها.

ومن غير الأخلاقي أن تلك النتائج قد تنتقل لجهات أخرى مقابل تعويضات مادية. يجب أن يتم حصر الاختبارات الوراثية بالمرضى المؤهلين القادرين على إعطاء الموافقة المستنيرة الصالحة، وحصره بالحالات التي نكون فيها بحاجة إلى الاختبار لتزويدنا بمعلومات ملائمة أو تقديم عناية صحية أمثل للفرد. في أغلب الحالات نحن بحاجة إلى إطار عمل عام أكثر من حاجتنا لمعايير صارمة في اتخاذ القرارات.

للأقرباء والمجتمع مصلحة في معرفة النتائج الجينية، وذلك لمعرفة:

1. شدة الإصابة الجينية أو الوراثية. (ضمن تلك المجموعة من الأشخاص بهدف ضبطها)

2. مستوى تكهن أو توقع الحالة المرضية.

3. ما هو التصرف الذي يمكن أن يتخذه للوفاية أو لاتخاذ قرارات تناسلية أو تكاثرية. (هل بإمكانه الزواج من عائلته أو بلده أو عرقه؟)

4. ما هو مستوى أذية أو فائدة إعطاء أو حجب تلك المعلومات حول نتائج الاختبار للأقارب أو لجهات طبية أو غير طبية أخرى.

5. مدى أهمية سبب رفض الشخص المختبر لمشاركة المعلومات مع جهات أخرى. كلما كان الزواج أبعد نسباً قلت الحالات المرضية المرتبطة بالوراثة.

من غير الأخلاقي أن يُدفع مقابل مادي للأطباء أو للطاقم الطبي للتأثير على كيفية أو مدى إعطاء أو تسريب نتائج الاختبارات الجينية الوراثية لأشخاص أو لجهات أخرى.

13-3- إختيار التكاثر والتناسل الإنساني Reproductive Choice

رغم ان تطرقنا لذلك في بحث اخلاقيات التكاثر والتناسل فاننا سنوضح ونضيء بعض القضايا الجينية الاخلاقية مثل المسائل التالية:

هل يجوز الاختيار بين الذكر والانثى؟

قد ينجم عن الاختيار بينهما اختلال في التوازن الاجتماعي، فمن غير المقبول أن يكون كل المجتمع ذكوراً أو كله إناثاً فذلك يعني نهاية المجتمع.

مثال: قام زوجان بإنجاب تسع بنات لينجبا ولداً، وقد يتعامل البعض مع الأنثى على أنها غير مهمة، دون تعامل عادل أو أخلاقي.

تمدّ علوم الجينات والمورثات الوالدين بخيارات تناسل كثيرة ومختلفة للذرية المستقبلية أو للأولاد المتوقعين من حيث الجنس ذكراً أو أنثى والمواصفات الجسمية والنفسية! وقد تصل إلى درجة اختيار الأفضل من الصفات للمولود القادم ضد الإعاقات أو ضد العجز. ومن المؤكد أن هذه الخيارات مكلفة تجارياً وباهظة الثمن.

دخل هذا الموضوع مستويات خطيرة من اللاأخلاقية في المجتمعات الأوروبية. فلم يعد الاختيار محصوراً بالجنس، بل يختار العيون والأنف والقدمين.. الخ (كما ذكرنا).

ويعتمد في ذلك على بنوك النطاف والبيوض، فيسجل لكل نطفة مواصفات صاحبها، ويتم تحديد النطفة والبيضة المناسبين حسب الطلب، فتولد بيضة ملقحة تنتهي بالخيار المطلوب.

وفي هذا التصرف إهانة كبيرة للإنسانية وعلى رأسها الشخص الذي اختيرت صفاته. فالأهل الذي اختاروا مواصفاته سيقولون أنهم دفعوا الكثير من الأموال ليكون بذاك الشكل (بيضبروه منية: \$)، فيتعامل مع ابنه على أنه قطعة صنعها كم يشاء.

كما أن التنوع الاجتماعي في العالم سيختفي إذا ما اختار كل شخص ما يشاء.

كما تظهر اللاأخلاقية في أن النطفة ليست نطفة الأب والبيضة ليست ببيضة

الأم! ناهيك عن زوال أي داع للزواج!!

يمكن أيضاً اختيار الجنس عند أطفال الأنابيب، وذلك غير أخلاقي كذلك (لنفس السبب).

كل ذلك يتنافى أخلاقياً وسلوكياً مع أخلاقيات المهن الطبية ومع كرامة الإنسان التي يجب أن لا تهان. وأن لا يتردى الإنسان إلى هذا المستوى المتدني من التعامل التجاري بحيث يبدو كأن الناس يختارون نسلهم مثلما يختارون قطع الأثاث أو أي سلعة تجارية. وعندها لن يكون ضير في بيع الأعضاء²¹ (يتم التعامل معها كقطع تبديل للبيع). كما يتنافى ذلك مع فكرة أن الأولاد رزق من عند المولى تعالى الذي خلق فسوى وأحسن الخلق فتابك الله أحسن الخالقين.

كل ما ذكر غير أخلاقي، انطلاقاً من تغيير الجنس إلى اختيار الموصفات. لا يمكن التعويض عن شعور حركة الجنين في بطن أمه، فأين تبقى الأمومة إن لم تحس الأم بولدها. حتى وإن كان الجنين مصاب بمتلازمة داون لن يسمح بالإجهاض. إلا أن هناك ما هو أخلاقي من خيارات التكاثر والتنازل وهي "اختبارات الجينات والمورثات قبل الولادة وعند الأجنة"، والتي تهدف إلى: معرفة حالة الجنين.

هل يعاني الآن؟ وهل سيعاني مستقبلاً؟

هل يمكن أن يحمل أو ينقل أمراضاً وراثية؟

كل ذلك في محاولة لعلاج وهو جنين لا لإنهاء حياته. لكن ليس لتغيير جنسه وصفاته الطبيعية العادية.

13-4- المعالجة الجينية (الوراثية) Genetic Therapy

تعتمد المعالجة الجينية على الهندسة الوراثية التي بدأت تظهر منذ السبعينات، لكنها ما زالت تحمل مخاوف مرتقبة حتى بعد أن دخلت حيز التنفيذ.

وقد بلغت بنا المعرفة في علم الجينات مستوى عالياً في النبات والحيوان، أما طريق المعالجة الوراثية والأبحاث عند الإنسان فما تزال في بدايتها.

تكون المعالجة الجينية على شكلين:

معالجة جسمية Somatic تشمل الجينات الجسمية.

معالجة جنسية Germline تشمل الجينات الجنسية.

وكأي معالجة أخرى تعمل المعالجة الجينية على ثلاث مستويات:

○ منع المرض (أولي).

○ علاج المرض (ثانوي).

○ تخفيف أذى المرض (ثالثي).

لا ينتهي فحص المريض بالعلاج وإنما بالتدبير الذي يشتمل على العلاج.

وسائل المعالجة الجينية:

إدخال جين في جين (وهو أقوى حالات التدخل).

إيلاج جين في خلايا المريض.

إيداع جين في كائن آخر (للحصول على كميات كبيرة من إفرازات ونتائج

مركبات هذا الجين لاستعمالها كدواء لبعض الأمراض مثل الأنسولين).

يتم ذلك من خلال نواقل فيروسية أو نواقل تسمى مكثورات (بوليميرات) الأحماض

الأمينية.

وقد استخدمت المعالجة الجينية في الوقت الحالي فعلاً في علاج بعض الأمراض

المستعصية المناعية والسرطانية، والآمال كبيرة في علاج بقية تلك الأمراض.

وساعدت حتى في علاج الأمراض الشائعة التي تصيب الملايين من الناس

كالكسري وارتفاع التوتر الشرياني وغيرها.

إلا أن النتائج التي بلغت درجة الوثوقية والقبول العلمي الطبي من علماء الطب

وقفت شركات الأدوية في وجه استخدامها، فما زال المال يتدخل في البحث العلمي.

ففي عام 2006 قُدرت الخسائر التي ستعاني منها شركات الأدوية إذا ما استعمل

العلاج الجيني بـ 600 مليار دولار، لأن كل مخزونها سيذهب سدى.

شركات الأدوية تمول الأبحاث العلمية بسخاء، إلا أنها تحتفظ بحقوق البحث لها لا للباحث، ورغم لأخلاقية ذلك يضطر الباحثون للاستعانة بتمويلها. يظهر الانحراف عن أخلاقيات المهنة جلياً في العبث بالخلايا الجنسية، بتبديلها أو تغيير نوعها أو إدخال تعديلات عليها حسب طلب الزبون أو العميل. لأن في ذلك تغييراً وخطأً للأنساب وتجاوزاً لحرمات الأنساب والعلاقات الزوجية الشرعية.

كما تنتهك الأخلاقيات الطبية عندما تستخدم المعالجة الجينية:

لتحسين سلالة معينة من البشر بتبديل بنيتها الجينية لتسود وتسيطر على غيرها من الأمم.

أو لقهر أمة أو سلالة أو مجموعة بشرية معينة أو إضعافها وتدميرها وإمراضها، بتغيير تركيبها الجينية الوراثية بإدخال طفرات وراثية إمراضية أو مشوهة أو قاتلة أو مهلكة.

مثال أول نقطة: هذا استخدم منذ 30 أو 40 سنة ضد العرب من قبل إسرائيل حيث قامت بدراسات جينية عالية المستوى بهدف تحسين سلالة اليهود وقتل سلالة العرب.

مثال ثاني نقطة: أتينا إلى شعوب البحر المتوسط وأردنا تخليصهم من اللفوما المنتشرة في حوض البحر المتوسط فعندها يصبحون أمة قاهرة، أو العكس ربما تأتي بعض الدول وتتشرب مرضاً في أمة أخرى لتصبح أمة مقهورة ضعيفة.

ويجب ألا تكون المعالجة الجينية باهظة التكاليف بحيث لا يستطيع الحصول عليها إلا الأغنياء.

علاج الإيدز موجود إلا أنه محصور بالأغنياء، رغم أن الذين خضعوا لتجارب تطويره كانوا من الفقراء.

فالطب ليس مجال احتكار تجاري أو مادي، إنما هو خدمة إنسانية لكل محتاج بغض النظر عن جنسه أو لونه أو مستواه المادي.

13-5- الاستنساخ Cloning

هو تكوين مخلوقين من نسخة إرثية واحدة. وقد نجحت أبحاث الاستنساخ في النبات والصفادع والبحريات الصغيرة. تم استنساخ جنين إنساني بطريقة شق البيضة عام 1993²²، وفي شباط عام 1997 أعلن عن استنساخ النعجة التي سميت "دوللي"، تلا ذلك استنساخ قردين في جامعة أوريغون. وفي السنوات القليلة الماضية أعلن كما يدعون عن ولادة أول طفلة مستنسخة من قبل شركة Advanced Cell Technologies الأمريكية (والتي هي مسوَّقة للشركة الحقيقية المخفية وذلك لمراقبة استجابة ورد فعل الناس) بدعوى أن الشركة تعمل على صنع أعضاء بشرية من كل صنف. ثم لم يعلن عن أي حالة ولادة مستنسخة لتحريمه من كل الهيئات الدولية الطبية.

يتم الاستنساخ بطريقتين:

1- شق البيضة:

حيث يبدأ ببويضة مخصبة (بويضة داخلها منوي) فتنقسم إلى خليتين، وتُحفز كل منهما لتبدأ من جديد وكأنها الخلية الأم. فتصير كل منهما جنيناً مستقلاً، لكنهما متماثلتان لصدورهما عن بيضة مخصبة واحدة.

2- الاستنساخ العادي غير المعتمد على الخلايا الجنسية:

يتم بوضع نواة خلية جسدية داخل غلاف بويضة منزوعة النواة، فتتكاثر الخلية الناتجة إلى جنين نسخة إرثية تكاد تكون طبق الأصل عن صاحب الخلية الجسدية. وهكذا يمكن تقسيم الاستنساخ بحسب غايته وأهدافه إلى قسمين:

استنساخ علاجي Therapeutic Cloning.

استنساخ تكاثري أو تناسلي Reproductive Cloning.

13-5-1- الاستنساخ العلاجي Therapeutic Cloning

هو استخدام تقنية الاستنساخ لإنتاج نسيج أو أعضاء بشرية لنقلها وزرعها واستخدامها مثلاً في عمليات زرع الأعضاء للمصابين بأمراض علاجها فقط زرع أعضاء جديدة سليمة لهم.

ويتم هذا بالتركيز على استنساخ الخلايا الجذعية Stem Cells التي يمكنها التطور إلى أي نوع من أنواع خلايا الأعضاء (خلايا Pluripotent وليس totipotent).
الخلايا الجذعية:

هي أصل الخلايا ومنها تشتق كل الأنسجة لأي عضو أو جهاز، من خلال قدرتها على التطور لأي نمط أو شكل من الخلايا الناضجة.
وللخلايا الجذعية نوعان:

إذا وضع هذا النوع من الخلايا الجذعية في رحم ما (لا يشترط أن يكون إنسانياً) فإنها ستتطور وتنمو لتصبح أحداً مما يلي:

كائنات كاملاً (ربما مخلوق غريب لا نعرفه).

مخلوقات كاملاً لتلك الخلايا الجذعية (نعرفه لكن لا يشترط أن يكون إنساناً).

جنيناً كاملاً مبكراً.

وبامتلاكها كل هذه القدرة الخلقية يعد العبث بها لأخلاقياً، وربما تشكل خطراً علينا.

يسمى هذا النوع من الخلايا الجذعية بالخلايا الجذعية الشاملة أو التامة Totipotent stem cells وهي خلايا جنينية مبكرة early embryos (أي حتى مرحلة الثمان خلايا).

إذا وضع هذا النوع من الخلايا الجذعية في رحم ما فإنها تنتج أعضاء كاملة.

أو أجهزة كاملة فقط (كبد، رئة، جلد، دم..).

ولا تستطيع إنتاج مخلوق كامل.

فتسمى بالخلايا الجذعية الكاملة Pluripotent stem cells (ما بعد مرحلة الثمان خلايا).

وهي خلايا جذعية غير ناضجة تتطور لأي نمط من الخلايا الناضجة لجهاز أو عضو كامل دون إمكانية التطور لحيوان كامل. لها مستقبل واعد في المعالجة بنقل الأعضاء أو نقل النسيج Transplantation.

المتبرعون بالأعضاء غالباً من الأغنياء، أما الذين يبيعون أعضاءهم فهم الفقراء ويشتريها منهم الأغنياء.

فقد أجريت دراسة عالمية منذ ثلاثة سنوات عن تجارة الأعضاء، تبين فيها أن مستوى الدخل عند معظم من يبيعون أعضاءهم لا يتجاوز الـ 50 دولار سنوياً. بينما يتجاوز مستوى دخل من يشتري الأعضاء الـ 50,000 دولار سنوياً. حتى أن متوسط أعمار من يبيعون أعضاءهم بين الـ 20-25 سنة، ومتوسط أعمار الشارين بين الـ 50-55 سنة.

أما الخلايا الجذعية الجنينية الإنسانية Human embryonic stem (ES) cells التي يمكن الحصول عليها من كتلة الخلايا الأرومية الباطنة فهي خلايا جذعية كاملة Pluripotent. أي أنها قادرة على إنتاج أعضاء كاملة أو أجهزة كاملة فقط وليس قادرة على إنتاج شخص أو مخلوق كامل.

ولها مستقبل واعد في:

علاج الأمراض التي تصيب نقي العظام (ابيضاضات الدم leukemia..).
علاج مرض السكري باستبدال البنكرياس.
علاج إصابات العمود الفقري والنحاع الشوكي والشلل باستبدال النحاع الشوكي للمريض.

وقد بدأ استخدام هذه التقنيات الجينية الانتساخية للخلايا الجذعية الجنينية الإنسانية. والأمل كبير في أن تكون قد وضعت حلولاً حقيقية لأمراض كانت مستعصية. كما يحاول أيضاً تطويرها لعلاج أمراض شائعة كالسكري والسكتة الدماغية والسكتة القلبية والتهاب الكبد الفيروسي وغيرها.

وستنزل الخلايا الجذعية الإنسانية مشكلات نقل الأعضاء من أشخاص آخرين أحياء أو من الجثث.

وذلك بالحصول على تلك الأعضاء المطلوبة للزرع من نفس الشخص باستنساخ خلايا جذعية نمطية جسمية كاملة منه والحصول منها على العضو المطلوب نقله له. وبذلك ننقادي مشاكل الرفض المناعي والتوافق المناعي وانتظار معطٍ محدد. هناك قضيتان في المعالجة بالاستنساخ:

يجب إنتاج الجنين بطريقة التلقيح بالأنابيب IVF والجنين منبؤ ومتاح للبحوث. ويجب بشكل مدروس ومتعمد خلق أو إنتاج جنين يستخدم للبحوث. لا يجوز عند استخدام طريقة التلقيح بالأنابيب أن نستفيد من الأجنة الإضافية في البحث العلمي (لأنه لا ذنب لجنين حتى يقتل ويخضع للبحث العلمي والجنين الآخر يستمر بالحياة).

ويمكن الانحراف الأخلاقي الطبي في الاستنساخ العلاجي في: تدمير الجنين بغاية البحوث أو الحصول على النسيج لنقل الأعضاء. استنساخ أعضاء أكثر من حاجة المريض وبيعها لمرضى آخرين. مثال: أن نستنسخ عشر كلى من شخص ما ونعطيه واحدة لنبيع الباقي، لو أن هذه الكلى التسع أخذت بموافقة المريض وتبرع بها تبرعاً لا بيعاً لكان ذلك أخلاقياً تماماً. بل إن هذه التقنيات الاستنساخية للخلايا الجذعية مخالفة ومرفوضة من الناحية الأخلاقية الطبية. لأنها تقوم على تدمير وقتل حياة جنين قد وضع في رحم امرأة بغاية الحصول على أعضاء لنقلها للشخص الذي تعود له الخلايا الجذعية الموضوعة في الرحم. وبذلك يكون الجهاز الطبي قد تجاوز وانتهاك أخلاقيات المهنة الطبية التي تكرم حياة الجنين وتكرم الأرحام، كما أن ذلك يسهل اختلاط الأنساب.

13-5-2- الاستنساخ التكاثري أو التناسلي Reproductive Cloning

هو استنساخ نسخة وراثية مطابقة تقريباً لشخص موجود أو كان موجوداً. هناك اعتراضات أخلاقية طبية وإنسانية على هذا النمط من الاستنساخ، وذلك حتى من قبل الأوروبيين أنفسهم "البرلمان الأوروبي ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة اليونسكو الدولية".

فقد اعتبر الأوروبيين ومنظماتهم الدولية أن الاستنساخ التكاثري (التناسلي):

إهانة للكرامة الإنسانية.

يعرض الإنسانية للاضطهاد من قبل كبار الأثرياء والمتجبرين من أصحاب النفوذ القادرين على دفع تكاليف هذه التقنيات.

يسمح بسيطرة سلالة ما أو تحسين سلالة ما وسيطرتها وقهر سلالات أخرى. يستخدم الإنسان كوسيلة ولا يعتبره هدفاً سامياً بل سلعة، دون أي اعتبار للحياة وسموها وأخلاقها.

يقلل الاختلافات والفروق الإنسانية والتمايز بين البشر.

يزيد من الطفرات الوراثية ومخاطرها من حيث زيادة التشوهات والمشوهين.

يعدى على الخصوصية الفردية الإنسانية والتفرد للمستسخ.

وكما قال الدكتور فرانسيس كولنز (مدير مشروع الجينوم البشري): "على العالم أن يعيد هيكليته أهدافه من تطبيق العلم والتكنولوجيا حتى لا يفاجأ بأن العلم قد أودى بحضارته على سطح الأرض".

فالمخاطر الكامنة في تقنيات الاستنساخ التكاثري تتمثل في إعادة إنتاج واستنساخ أشخاص قد ماتوا، وذلك يضر أيضاً بالتوازن البيئي والحيوي للناس والكائنات.

فيقلل من الوفيات ويطيل فترات الحياة تجاوزاً والعياذ بالله لكل الشرائع السماوية والإنسانية المعروفة منذ بدء الخليقة.

بالإضافة إلى ذلك الانحراف والتجاوز الأخلاقي فإن الاستنساخ يعتبر انتهاكاً للأخلاق الطبية بتسهيل اختلاط الأنساب بتجاوز علاقات الزواج.

ووضع الخلايا المنوية أو البويضات أو الخلايا الجسدية أو الأرحام بغاية الاستنساخ ضمن رحم امرأة أخرى أو ضمن أوعية في المختبرات.

13-6- البصمة الوراثية Fingerprint DNA

هي شفرة أو نمط خاص في التركيب الوراثي ضمن كل خلية من خلايا جسد الإنسان يتفرد بها ولا يشاركه فيها أي شخص آخر في العالم.

يعرف من الخريطة الجينية 2% فقط، بينما نجهل الـ 98%.

يعتمد مبدأ البصمة الوراثية على اختيار 16 موقعاً (يختلف العدد من بلد لآخر) من الـ 98% (غير معرّف)، ونلاحظ تكراره وتردده في مجموعة ما، لذلك بإمكاننا استخدامه للتمييز بين البشر. ويجب أن يزداد عدد المواقع كلما ازدادت المجموعة.

وهي تعبر عن احتمال رياضي، فعندما نأخذ عينتين (ولد وأب بيولوجي له) يكون الاحتمال 99.99999% ، كما أن هناك احتمالاً ضئيلاً جداً بأن يحمل شخصان الهوية الوراثية نفسها!

وهي من الناحية العلمية وسيلة تكاد لا تخطئ في التحقق من الأبوة البيولوجية، والتحقق من الهوية الشخصية لاسيما في مجال الطب الشرعي. حيث ترقى إلى مستوى القرينة القوية التي يأخذ بها أكثر الفقهاء في غير قضايا الحدود الشرعية. تمثل البصمة الوراثية للـ DNA تطوراً عصبياً عظيماً في مجال القياس والاستعراف لإثبات النسب المتنازع فيه.

ظهرت البصمة الوراثية للـ DNA واستخدمت في أول حالة بشرية لتحديد الأبوة عام 1985. ثم انتشرت وسوّقت فتحسنّت تطبيقاتها وتقنياتها حتى عمل بها في محاكم أوروبا وأمريكا ومعظم الدول العربية. اعتنمت في أمريكا من قبل الـ FBI عام 1993.

لا يتم إجراء البصمة الوراثية إلا عن طريق القضاء (قرار من النيابة العامة)، وتعطى النتيجة للنائب العام بطرف مختوم بالشمع الأحمر، ولا يجوز حتى للمحامي أن يطلع عليها!

يمكن الاستفادة من البصمة الوراثية في حالات التحقق من الشخصية مثل:

التحقق من شخصية المفقود والأبق ونحوهما من الإدعاء وخاصة بعد غياب طويل.

التعرف على المجرم.

التحقق من الهوية الشخصية بصفات المرجعية مع الأصول والفروع من الوالدين والوالدات والأولاد.

تصحيح النسب.

استخدامها في العقود بين الناس كإثبات على شخصية المتعاقدين.

شروط إجراء البصمة الوراثية:

أن تجرى في مختبرات حكومية أو مختبرات تحت إشراف حكومي صارم.

تصبح البصمة الوراثية معتمدة بعد إجرائها في مختبرين معترف بهما -على الأقل- وتتطابق في النتائج.

أن يتمتع القائمون على مختبرات تحاليل البصمة الوراثية بالمصداقية والأمانة ويكونوا ممن يوثق بهم علماً وخلقاً، وإلا يكون محكوماً بحكم مغل بالشرف أو الأدب أو الأمانة.

كما يجب ألا يمتنع من القائمين على مختبرات البصمة الوراثية شخص ذو صلة قرابة أو صداقة أو عداوة أو منفعة بأحد المتداعين.

وفي عصر العولمة وتحت تأثير الإغراءات المادية يتم تجاوز شروط الإجراءات بكشف معلومات البصمة لأشخاص أو جهات غير قانونية مقابل مغريات مادية. مما يؤدي إلى تفشي الجريمة والفساد والإفساد. أو قد يتم تبديل وتغيير نتائج بصمة وراثية بأخرى، وفي ذلك تغيير للحقيقة وتزييف لها، ونصرة للباطل مقابل مال أو جاه أو نتيجة تحيز وتنازل عن الأخلاق الطيبة والإنسانية. كما يؤدي إلى تضليل الجهات القانونية والقضائية. فيساعد الأشرار على تحقيق شرورهم، ويحارب أصحاب الخير ويثبط عزائمهم في إحقاق الحق وإشاعة الفضيلة. لذلك لا بد أن نحضر أنفسنا وننشئ مجلساً لوضع معايير لطب الجينات الحديث وتطويره.

ملاحظات:

إذا أثار أحد الزوجين تشكيكاً بنسب ولده هل يمكن القيام بتحليل البصمة للولد؟ يقول الفقهاء أن "إثارة الشك بالنسب لشخص معروف نسبه" محظور في المؤتمر الإسلامي للأخلاق الطبية. إلا إذا أتى شخص كان غائباً مدة خمسين عاماً مثلاً ولا أحد شاهده أو يعرفه، ثم أتى يدعي القرابة من عائلة ما، فهنا يُقبل القيام بإجراء بصمة الدنا. أما بالنسبة للزوجين (يعني عم يتهم واحد منون الثاني، وبدو يتأكد من البصمة)، فهناك حالتان:

الرجل هو الذي أثار الشك تجاه زوجته والولد: لا تقبل بصمة الدنا.

المرأة هي من أثارت هذا الموضوع^{2,3}: تقبل بصمة الدنا.

ففي الشرع الاسلامي الولد هو ابن الفراش، أي ابن الرجل من زوجته، فحتى لو ثبت بالبصمة أن الولد ليس ابنه يبقى تحت نسبه.

وهنا نتذكر أحد الصحابة (هلال ابن أمية) عندما جاء إلى الرسول صلى الله عليه وسلم يشكك بنسب ابنه، فكان ذلك محرماً للنبي صلى الله عليه وسلم حتى نزلت سورة النور فيها آية اللعان التي تبين القضية الآتية:

قال الله تعالى: {وَالَّذِينَ يَزْمُونَ أَرْوَاحَهُمْ وَلَمْ يَكُنْ لَهُمْ شُهَدَاءُ إِلَّا أَنْفُسُهُمْ فَشَهَادَةُ أَحَدِهِمْ أَرْبَعُ شَهَادَاتٍ بِاللَّهِ إِنَّهُ لَمِنَ الصَّادِقِينَ (6) وَالْخَامِسَةُ أَنَّ لَعْنَتَ اللَّهِ عَلَيْهِ إِنْ كَانَ مِنَ الْكَاذِبِينَ (7) وَيَذَرُوا عَنْهَا الْعَذَابَ أَنْ تَشْهَدَ أَرْبَعُ شَهَادَاتٍ بِاللَّهِ إِنَّهُ لَمِنَ الْكَاذِبِينَ (8) وَالْخَامِسَةَ أَنَّ غَضَبَ اللَّهِ عَلَيْهَا إِنْ كَانَ مِنَ الصَّادِقِينَ (9)}

لكن لماذا تقبل البصمة من المرأة؟

تقبل حفاظاً على حقوقها كما يحصل في حالات الزواج العرفي (شاهدين فقط ليتم)، فمن الممكن أن يهرب الرجل ويتقلت من المسؤولية.

أما هنا نستطيع أن نأتي به ونحاسبه، ففي هذه الحالة نحن نهذف لأن نشبت صدق المرأة وليس التشجيع على الزنا.

ملاحظات:

التحضير للثورة الجينية:

- رغم كل التطور الهائل والمشاهد في العقود الأخيرة، هناك شعور بأن ثورة التقنية الجينية (ثورة العلوم الوراثية) قد بدأت بالفعل.
- تظهر المؤشرات الأولية فوائد عظيمة محتملة وتغيّراً في أساليب تحسين الرعاية الصحية من حيث طريقة إدراك المجتمع للأمراض والإعاقات وقدرته على إدارتها والتحكّم فيها.
- على العاملين في المجال الصحي (أو الأطباء) أن يشرحوا رغبتهم وسعيهم ليكونوا في طليعة المساهمين بالتنوير في مجال الجينات والوراثة، وذلك من الناحيتين التقنية والأخلاقية على حدّ سواء.
- يجب ان يتم حثّ الخطى للعمل بهدف تحديد المعايير الصحية الوطنية في مجال الجينات، وذلك بهدف زيادة الفائدة المكتسبة من التقدّم الوراثي وتسخيره في الارتقاء برعاية المرضى وصحتهم.

الفصل الرابع عشر

نقل الأعضاء وزرعها

Organs Transplantation

هو عبارة عن استقطاع عضو أو مجموعة من الأنسجة السليمة من جسم إنسان حي أو من جثته. تحقيقاً لمصلحة علاجية وزرعها في جسم إنسان آخر مريض لنقوم مقام العضو أو الأنسجة المريضة في جسمه. يسمى المستقطع منه معطياً أما المريض الذي يزرع به العضو المستقطع فيسمى مُتلقياً.

يحتاج العديد من الأشخاص إلى عملية زرع عضو بسبب حالة وراثية مثل

مرض الكلى المتعدد الكيسات

أو التليف الكيسي

أو عيب في القلب.

الالتهابات مثل التهاب الكبد،

والإصابات الجسدية للأعضاء،

والأضرار الناجمة عن الحالات المزمنة مثل مرض السكري قد تتسبب

أيضاً في حاجة الشخص لعملية الزرع.

وستتم مقارنة مواضيع أخلاقيات نقل الأعضاء وزرعها والتبرع بالأعضاء بتطبيق

المبادئ الأساسية الأربعة في الأخلاقيات الطبية التي هي:

1. احترام الاستقلالية الذاتية Autonomy

2. تغليب المنفعة (الإحسان) Beneficence

3. تجنب الضرر Nonmaleficence

4. العدالة Fairness

♦ إن وهب الأعضاء و زرعها هي موضوع حياة و موت، لهذا تدرس ايضاً في أخلاقيات الموت.

♦ أهمية زرع الأعضاء هي في إنقاذ حياة الأخذ و تحسين نوعية حياته.

♦ تكمن المشكلة الأهم في عملية زرع الأعضاء في صعوبة الحصول عليها:

⇨ حيث أحدث طبنا المعاصر ثورة: هي المعالجة بزرع الأعضاء التي أصبحت ممكنة في عدة أمراض لا يوجد في شأنها خيار آخر، مما أدى إلى تزايد مستمر لهذه المعالجة تبعاً لاختلاف أنواع الطعم و للنجاحات المنجزة.

زرع الاعضاء Organ Transplant: ان عملية زرع الأعضاء عملية جراحية، حيث يتم فيها إزالة واستبدال العضو الفاشل أو التالف في جسم الإنسان بعضو آخر جديد.

العضو Organ : هو كتلة من الخلايا والأنسجة المتخصصة التي تعمل معاً لأداء وظيفة في الجسم. مثلاً القلب عضو. يتكون من الأنسجة والخلايا التي تعمل جميعها معاً لأداء وظيفة ضخ الدم عبر جسم الإنسان.

أي جزء من الجسم يقوم بعمل متخصص الوظيفة هي عضو. لذلك العيون هي أعضاء بسبب وظيفتها المتخصصة هي رؤية، الجلد عضو لأن وظيفته هي حماية وتنظيم الجسم، والكبد عضو يعمل على إزالة الفضلات من الدم.

يشبه **التطعيم Graft** عملية الزرع. انه عملية إزالة الأنسجة من جزء واحد من جسم الشخص (أو جسم شخص آخر) وإعادة زراعته جراحياً لاستبدال أو تعويض النسيج التالف.

التطعيم يختلف عن الزرع لأنه لا يزيل ويستبدل العضو بأكمله، بل جزء منه فقط. لا يتم زرع جميع الأعضاء. يشير مصطلح "زرع الأعضاء" عادة إلى زرع الأعضاء الصلبة:

القلب

والرئتين

والكلى

والكبد

والبنكرياس

والأمعاء .

قد تستخدم الأعضاء الحيوانية والاصطناعية أيضًا كأعضاء قابلة للزرع. تشمل عمليات الزرع أنواع أخرى أقل اجتياحًا أو قد تتطلب إجراءات متخصصة مثل ما يلي:

زرع أو ترقيع الجلد

زرع القرنية (القرنية هي الطبقة الخارجية للعين).

زرع النخاع العظمي

الأعضاء الأخرى:

- العينين، الأذنين، والأنف
- الجلد،
- المثانة
- الأعصاب، الدماغ والحبل الشوكي
- الهيكل العظمي والعظام
- المعدة
- الفم واللسان
- العضلات

◆ كما أن اغتراس الأعضاء يثير قضايا أخلاقية لا بد من مراعاتها تجنباً للتجاوزات التي قد تجعل من هذه الهبة متاجرة لقناصي الأعضاء.

14-1- عملية الزرع

عندما يمرض شخص بسبب فشل أحد أعضائه أو بسبب تضرر العضو في حادث أو مرض، يقوم الطبيب أولاً بتقييم ما إذا كان المريض مؤهل طبياً لعملية الزرع هناك مصدران للأعضاء المانحة.

المصدر الأول للأعضاء من المتوفين. تسمى هذه الأعضاء بأعضاء الجثث. يصبح الشخص متبرعاً بأعضاء الجثث من خلال الإشارة والتصريح القانوني إلى أنه يرغب في التبرع بالأعضاء عندما يموت. يمكن التعبير عن هذا القرار إما عند إجراءات رخصة قيادة السيارة أو عند إدارة الرعاية الصحية.

وهذا يصبح ملزماً قانوناً كما في ولاية مينيسوتا الأميركية. ورغم ذلك تسأل الأسرة للموافقة على ذلك.

لذلك، فإن العديد من المنظمات الداعية للتبرع بالأعضاء تشجع الناس على مناقشة التبرع بالأعضاء وتفضيلاتهم مع أسرهم للتأكد من أن رغباتهم محترمة وتنفذ كما يرغبون.

يمكن للتبرع المتوفى التبرع بكليتين ورتتين والقلب والبنكرياس والقرنية والأمعاء. وقد يتبرع أيضاً بأنسجة الجسم، مثل صمامات القلب والأوتار والجلد. أصبح التبرع باليد والوجه خياراً في عام 2014.

المصدر الثاني للأعضاء المانحة هو شخص حي. المتبرعون الأحياء هم في الغالب لهم علاقة قرابة بالمريض، ولكن هذا ليس هو الحال دائماً، فالأزواج والأصدقاء المقربون في كثير من الأحيان يتبرعون بالأعضاء لأحبائهم المرضى.

بعض الناس الذين يرغبون في التبرع بأعضائهم قد يقررون التبرع لشخص غريب. تحتفظ المنظمات غير الهادفة للربح بقوائم للمتبرعين الأحياء الراغبين في التبرع بأعضاء لشخص غريب.

يقوم الأفراد الذين يرغبون في التبرع بواحد من أعضائهم إلى شخص غريب بالتوجه إلى منظمات تبرع غير موجهة (NDD) Nondirected Donation. وهذه بدورها تتوجه إلى مراكز الزرع والرعاية الوطنية حيث تقدم الأعضاء لأي شخص يحتاجها لزرعها.

يمكن للمتبرعين الأحياء التبرع بكلية أو رئة أو جزء من البنكرياس أو الكبد أو الأمعاء. يجب أن يكونوا بصحة جيدة إلى حد معقول.

14-2- توزيع أعضاء الجثث

إذا كان الشخص ليس لديه متبرع حي متاح بسهولة أو غير مؤهل للحصول على التبرع الحي لأن نتائجه المتوقعة مشكوك فيها، يتم وضعه على قائمة الانتظار لعضو من جثة في مركز الزرع.

تحتفظ الشبكة المتحدة للمشاركة بالأعضاء (UNOS) for United Network
Organ Sharing بقائمة الانتظار الوطني لزراعة الأعضاء.

عندما تصبح الأعضاء الممنوحة متاحة بعد وفاة الشخص تقوم منظمة تجهيز زرع الأعضاء (OPO) Organ Procurement Organization بججز الأعضاء. ثم تقوم هذه المنظمة OPO بعملية التطابق النسيجي بين الأعضاء الممنوحة مع نسيج مريض ينتظر الزرع المناسبين من خلال جمع المعلومات حول نسيج أعضاء المتبرع وإدخالها في برنامج كمبيوتر للمطابقة واختيار المريض المناسب للتطابق النسيجي والزرع.

يوجد قائمة مرتبة لمريض الزرع الذين يمكنهم استئصال الأعضاء المانحة. تتضمن المعلومات التي تدخل في هذه القائمة المرتبة:

- نوع العضو
- ونوع الدم
- وحجم العضو
- المسافة بين المتبرع بالعضو والمريض
- مستوى الحاجة الطبية (لا يُنظر فيه لمرشحي زراعة الرئة).
- الوقت الذي مضى في قائمة الانتظار.

وعند اختيار المريض المناسب قد لا تكون صحة هذا المريض مناسبة أو هو غير جاهز أو لم يعد لديه رغبة بذلك. ثم يتم الزرع واحتمال الرفض قائم ولذلك لابد من كابتحات المناعة.

ستبدأ العملية عندما يضع الطبيب شخصاً على قائمة زراعة الأعضاء. وهذا يتطلب طبيباً لفحص الشخص وتشخيص حالة طبية خطيرة واستنتاج أنه مرشح مناسب لعملية زرع الأعضاء.

زرع الأعضاء عملية معقدة تتطلب تطابقاً وثيقاً بين المتلقي والمتبرع. يجب أن يكون لدى المتبرع والمتلقي فصائل دم متوافقة، على سبيل المثال.

اعتماداً على العضو المعني، قد تكون العوامل الأخرى ذات صلة أيضاً. على سبيل المثال، يجب أن يكون لدى المتبرعين بالكلية ومتلقيها أجسام مضادة متوافقة مناعياً.

تشرف الشبكة المتحدة للمشاركة بالأعضاء (UNOS) ومنظمة تجهيز زرع الأعضاء (OPO) على قائمة انتظار الزرع. يعتمد موقف شخص ما في القائمة على العديد من العوامل، بما في ذلك شدة مرضه.

بمجرد وصول الشخص إلى أعلى قائمة الانتظار، سيحصل على عملية زرع عندما يصبح المانح المطابق التالي متاحًا.

عندما يكون العضو متاحًا، يجب على الشخص الذي يبحث عن عملية الزرع الاستجابة بسرعة إلى المكالمات من طبيبه. قد تحدث الجراحة في غضون ساعات قليلة من هذه المكالمات، حيث لا تستطيع الأعضاء البقاء لفترة طويلة خارج الجسم.

بعد الزرع، سيحتاج متلقي العضو إلى البقاء في المستشفى لبضعة أيام بينما يراقب الأطباء حالته. ستعتمد مدة إقامته في المستشفى على عوامل مختلفة، بما في ذلك مدى نجاح الجراحة وصحة المتلقي العامة.

يمكن أن يصبح مريض زرع الأعضاء مريضًا بشدة. فقد يرفض جسمه العضو الجديد، لذلك من الضروري أن يعرض على طبيب عند وجود أي علامة للانتان مثل الحمى.

يجب على المتلقين تناول الأدوية المضادة للرفض، بالإضافة إلى أنواع أخرى من الأدوية، لدعم صحتهم على المدى الطويل. تمنع هذه الأدوية الرفض عن طريق إضعاف جهاز المناعة، مما يقلل من قدرته على مكافحة التهابات مثل الأنفلونزا، لذلك من المهم بالنسبة لمتلقي العضو تجنب الانتان.

في الولايات المتحدة، يتم الآن تنفيذ 9 أنواع من عمليات زرع الأعضاء وفقًا للشبكة المتحدة لمشاركة الأعضاء (UNOS) وهي منظمة غير ربحية في ريتشموند بولاية فرجينيا.

تدير UNOS الشبكة المتحدة للمشاركة بالتبرع بالأعضاء شبكة تجهيز الأعضاء وزرع الأعضاء (OPTN) National Organ Procurement and Transplantation Network الوحيدة في الولايات المتحدة الأمريكية، والتي تشمل قائمة انتظار زرع الأعضاء.

تشمل عمليات زرع الأعضاء الكلى والبنكرياس والكبد والقلب والرئة والأمعاء.

أصبح الآن ممكناً أيضاً إجراء طعوم الأوعية الدموية المركب Vascularized composite allografts (VCAs) ، بما في ذلك زرع الوجه واليد.

تشمل الطعوم المركب للأوعية الدموية (VCAs) زرع العديد من البنى الهيكلية التي قد تشمل الجلد والعظام والعضلات والأوعية الدموية والأعصاب والأنسجة الضامة. تتم في بعض الأحيان عمليات زرع "مزدوجة"، مثل الكلى/البنكرياس أو القلب/الرئة.

14-2-1- الفوائد:

تعتمد فوائد زرع الأعضاء على العضو الذي يتلقاه الشخص. قد تشمل بعض المزايا ما يلي:

- تجنب الإجراءات الطبية مثل غسيل الكلى.
- تعيش حياة أطول.
- تعيش حياة أكثر صحة أو أقل إيلاماً.
- اكتساب نوعية حياة محسنة، مثل استعادة عملية زرع القرنية لبصر الشخص.
- تصحيح الإعاقات الخلقية التي تعرض حياة الشخص للخطر.
- قضاء وقت أقل في المستشفى، أو يصبح بحاجة إلى عمليات جراحية أقل، أو تناول أدوية أقل.

14-2-2- المخاطر:

يجب على الشخص طلب المشورة الطبية حول فوائد ومخاطر عملية زرع الأعضاء.

بالنسبة لجميع متلقي زرع الأعضاء تقريباً، تفوق الفوائد بكثير المخاطر. معظم الناس الذين يحتاجون إلى عضو سيموتون أو يعيشون حياة أقصر بكثير بدون عملية زرع. ومع ذلك، فإن عمليات زرع الأعضاء هي عمليات جراحية

محفوفة بالمخاطر، خاصة وأن أولئك الذين يحتاجون إليها غالباً ما يكونون مرضى للغاية.

تتضمن بعضاً من المخاطر المرتبطة بجراحة زرع الأعضاء ما يلي:

المضاعفات المتعلقة باستخدام التخدير، بما في ذلك الوفاة

نزيف أو مضاعفات أخرى أثناء الإجراء

مضاعفات ما بعد الجراحة، مثل الانتان

ارتفاع خطر الإصابة بالانتان والأمراض الأخرى بسبب الأدوية

المضادة للرفض أو الأدوية الأخرى المتعلقة بالزرع.

رفض العضو

فشل العضو

14-3 - أرقام ودلالات

في الولايات المتحدة الأمريكية أجرى الجراحون أكثر من 36500 عملية زرع أعضاء في عام 2018، ولكن العديد من الأشخاص يحتاجون إلى الأعضاء. في يناير 2019، كان أكثر من 113000 شخص في الولايات المتحدة على قوائم انتظار زرع الأعضاء.

يحتاج أكثر من 2000 طفل إلى الأعضاء في الولايات المتحدة الأمريكية. منذ منتصف العقد الأول من القرن الحادي والعشرين، كان هناك أكثر من 25000 عملية زرع سنوياً في الولايات المتحدة .

في الواقع، شهدت 2015 و 2016 و 2019 أكثر من 30.000 عملية زرع سنوياً .

ومع ذلك كل 10 دقائق تتم إضافة شخص إلى قائمة انتظار الزرع. تختلف عملية الزرع بشكل طفيف اعتماداً على العضو، ولكن الحاجة إلى متبرع متطابق هو موضوع ثابت.

يختلف متوسط وقت الانتظار لزراعة الأعضاء حسب العضو والعمر ونوع الدم وعوامل أخرى. على سبيل المثال، يمكن أن تصل أوقات الانتظار إلى سبع إلى 10

سنوات (وسطيا 3.5 سنة) للمرشحين الذين ينتظرون المتبرعين بأعضاء الكلى المتوفين .

في معظم الحالات، سيموت الشخص إذا لم يكن لديه عملية زرع عضو. يموت في الولايات المتحدة الأمريكية 20 شخصًا كل يوم في انتظار الحصول على عضو. في حالات أخرى، يعمل زرع الأعضاء على تحسين نوعية حياة الشخص، مثل إزالة الحاجة إلى غسيل الكلى أو استعادة البصر بعملية زرع القرنية.

ويوجد أكثر 120048 من الرجال والنساء والأطفال في انتظار عمليات زرع الأعضاء المنقذة للحياة. (www.unos.org، 1st November 2016) في عام 2014، أجريت 17107 عملية زرع كلى في الولايات المتحدة. ومن بين هؤلاء، جاء 11570 من متبرعين متوفين و 5537 من متبرعين أحياء.

تعمل الآن أكثر من 200 مستشفى زرع في الولايات المتحدة. لأن الأشخاص الذين يحتاجون إلى الأعضاء عادة ما يعانون من أمراض خطيرة للغاية، فقد يكونون مرضى للغاية قبل عملية الزرع.

التبرع بالأعضاء قد يساعد الشخص على العيش حياة أطول وأكثر صحة. زرع الأعضاء هو واحد من أعظم التطورات في الطب الحديث. لسوء الحظ، فإن الحاجة إلى المتبرعين بالأعضاء أكبر بكثير من عدد الأشخاص الذين يتبرعون بالفعل. كل يوم، يتلقى أكثر من 80 شخصًا في الولايات المتحدة الأعضاء المتبرع بها. لكن هناك حاجة إلى المزيد.

وفقًا لإدارة الموارد والخدمات الصحية الأمريكية، فإن 95 % من الأشخاص في الولايات المتحدة يدعمون التبرع بالأعضاء، ولكن 58% فقط قاموا بالتسجيل كمتبرعين. يمكن لمتبرع واحد متوفى إنقاذ حياة ما يصل إلى ثمانية (8) أشخاص، وكذلك تحسين حياة أكثر من 100 شخص من خلال التبرع بالأنسجة.

الخرافات حول التبرع بالأعضاء تردع بعض الناس عن التبرع بأعضائهم. والعبارات التالية غير صحيحة:

- يعمل الأطباء بجهد أقل لإنقاذ حياة المتبرعين بالأعضاء.
- التبرع بالأعضاء يجعل من المستحيل الحصول على النعش المفتوح.

- تعارض معظم الأديان التبرع بالأعضاء.
 - قد تضطر العائلات إلى الدفع عندما يتبرع أحد أفراد أسرته بأحد الأعضاء.
- التبرع بعضو مجاني ويمكن أن ينقذ حياة شخص. يمكن للعديد من الناس أن يعيشوا حياة طويلة وصحية بمساعدة متبرع بالأعضاء.
- تختلف كيفية تأثير عملية زرع الأعضاء على العمر المتوقع للشخص اعتمادًا على العمر والعضو المزروع وسبب عملية الزرع.
- لا تتوم جميع الأعضاء المزروعة إلى الأبد. تستمر الكلية من متبرع حي في المتوسط من 12 إلى 20 عامًا، بينما تستمر الكلية من متبرع متوفى حوالي 8-12 سنة.
- قانونيا الحوافز المادية موجودة كمكافأة على التبرع بالأعضاء موجودة بأشكال مختلفة كما في إيران والفلبين والصين.

12-4- لمحة تاريخية حول نقل وزرع الأعضاء:

قد جرّب الأطباء عبر العصور زراعة بعض الأنسجة أو الأعضاء فباءت بالفشل بسبب رفض الجسم للعضو المزروع.

ولم يكتب لزراعة الأعضاء النجاح الحقيقي إلا في أواخر القرن العشرين.

حيث أدى التطور الكبير في العلوم الطبية إلى توفر العقاقير التي تمنع الجسم من رفض العضو المزروع فيه.

وأصبح بالإمكان نقل العديد من الأعضاء والأنسجة مثل: نقل الدم والجلد والعضلات والعظام والكلية والرنين والقلب والكبد والقرنية والبنكرياس وغيرها (حتى الدماغ).

هذا ولم تؤخذ الأعضاء من الأحياء والأموات فحسب بل تعدّاهما إلى أخذ الأعضاء والأنسجة من الأجنة.

نمت الممارسة الطبية لزرع الأعضاء بسرعة فائقة آخر 50 سنة.

تتضمن التطورات الطبية الرئيسية المتعلقة بالزرع في القرن الماضي هذه الحقائق:

الزراعة ناجحة لمختلف أنواع الأعضاء.

ما بدأ بالكلى توسع الآن ليشمل القلوب والرئتين والكبد وأعضاء أخرى. تطوير ممارسات التبرع بالأعضاء الحية والجثث. كان قرار من يمكنه التبرع بالأعضاء مرناً ومتغيراً. بدأت من المتبرعين الأحياء ثم الانتقال إلى المتوفين والمتبرعين المتوفين في الدماغ. يستمر النقاش حول زيادة وتقييد مجموعة المانحين المؤهلين اليوم. فاق في عام 2001 عدد المتبرعين الأحياء عدد المتبرعين الجثامين لأول مرة في تاريخ الولايات المتحدة. فعلت الأدوية المضادة للرفض عجائب لزيادة نجاح زرع الأعضاء. خلال اعوام الستينات s 1960 والسبعينات s 1970، وساعدت الأدوية المثبطة للمناعة في زيادة معدل نجاح عمليات زرع الأعضاء. في الثمانينيات s 1980، تم اكتشاف السيكلوسبورين وتحسينه بشكل كبير لمعدل النجاح لمتلقي الزرع وساعد في تحسين نتائج حالة المريض.

12-4-1- استخدام الأعضاء الحيوانية لزرع الاعضاء عند الإنسان (يسمى زرع الأجسام الغريبة) Xenotransplantation

تم في عام 1986، إجراء أول عملية زرع عضو حيواني. يستمر عدد الأشخاص الذين يحتاجون إلى عمليات زرع الأعضاء في النمو. وأعقب أول عملية زرع قلب اصطناعي في الثمانينيات. تقسيم الأعضاء إلى أجزاء (إما من متبرعين أحياء أو متبرعين جثث) سمحت أول عملية زرع كبد مقسمة في عام 1996 بوجود كبد جثماني لتستخدم الزرع بين مرضى عدة. أبحاث الخلايا الجذعية: تتضمن بحوث الخلايا الجذعية فحص خلايا الجنين البالغة البشرية في محاولة لاكتشاف كيفية تطور الأعضاء وما يحفز نموها.

الجدول الزمني للتقدم الطبي و القانوني في زراعة الأعضاء

التقدم القانوني	التقدم الطبي	1950s
	1954 أول زرع كلية ناجحة. أؤخذت الكلية من أخ متطابق مع أخيه وزرعت في الآخر. حيث عملت الكلية المزروعة لمدة 8 سنوات.	
	1962 اول زرع كلية من جثة متبرع متوفي. عملت الكلية لحوالي 2سنتين. 1966 أول زرع كبد ناجح. عمل الكبد لأكثر من سنة. 1967 أول زرع قلب ناجح. عمل القلب لمدة أسبوعين ونصف الأسبوع.	1960s
1972 أنشئت البطاقة الموحدة للأعضاء كوثيقة قانونية في جميع الولايات المتحدة الاميركية ال 50 بسبب مرور قانون الهدايا التشريحية. هذا العرض سمح لأي شخص فوق سن 18 قانونًا التبرع بأعضائهم.. 1972 المرحلة النهائية لقانون أمراض الكلى الذي أدى الى التغطية التأمينية لزرع الكلى تحت الرعاية الطبية.		1970s
1981 وضعت لجنة الرئيس مسودة قانون تحديد الوفاة	1981 أول نجاح زرع للقلب والرئة.	1980s

الموحد(UDDA) والتي تضمنت ان موت الدماغ كمعيار للموت لا رجعة فيه. 1984 مر قانون زراعة الأعضاء الوطنية (NOTA). وأنشئ NOTA الشبكة المتحدة للمشاركة بزرع الأعضاء (UNOS)، التي تسمح بالتمويل لمنظمات جمع وتجهيز الأعضاء وتحظر بيع الأعضاء 1986 مر قانون المصالحة الشامل لعام 1986 وشملت "طلب الاعضاء المطلوبة". هذا يتطلب قانونا من جميع المستشفيات التي تعالج بالرعاية الطبية التامينية أو مرضى Medicaid أن يسألوا الأقرباء على أهبة التترع بالأعضاء لأحيائهم.	عملت الأجهزة لمدة 5 سنوات. 1982 أول عملية زرع قلب اصطناعي. 1983 وافقت ادارة الاغذية والعقاقير FDA على السيكلوسبورين والادوية المثبطة للمناعة. 1986 تم زرع قلب البابون في بيبى فاي وعمل لمدة 20 يوم. 1989 أول زرع كبد ناجح متعلق بمتبرع حي	
1998 وزارة الصحة والخدمات الانسانية تخطر جميع المستشفيات ان منظمات تأمين الاعضاء متطلب منهم.	1996 أول عملية زرع "كبد مجزأ" من جثة متبرع. وتم تنفيذ ذلك بتقسيم الكبد الى عدة قطع لزرعها في أكثر من شخص.	1990s
	2000 الثقافة الأولى للخلايا الجذعية للجنين البشري. 2001 تجاوز عدد تبرعات الأعضاء الحية عدد تبرعات الجثث.	2000s

14-5- شروط نقل الأعضاء:

لا شك أن أخذ عضو من جسم إنسان حي وزرعه في جسم إنسان آخر مضطر إليه لإنقاذ حياته أو لاستعادة وظيفة من وظائف أعضائه الأساسية هو عمل جائز لا يتنافى

مع الكرامة الإنسانية بالنسبة للمعطي، (شرط أن يكون تبرع وليس بيع) كما أن فيه مصلحة كبيرة وإعانة خيرة للمتلقي.

وهو عمل مشروع وحميد متى توفرت فيه الشروط المطلوبة:

1. إذن الشرع والمشرع.
 2. إذن المريض: حيث يحق للمريض أن يرفض نقل أعضاء إلى جسده.
- المشكلة تكمن في الشق المتعلق: في استقطاع عضو من إنسان حي أو من جثته، لذلك لا بد من توافر: إذن الشارع، وإذن المعطي أو وليه.
- إذن المعطي أو وليه:

يجب أن تتوفر هنا الموافقة المستنيرة وأن تؤخذ من عاقل أما إذا كانت بالترهيب أو الخداع فليست موافقة صحيحة، وبالتالي تعتبر ملغاة، وإذا كان غير واعي فلا تقبل موافقته إلا بإذن أهله.

إذا كان المعطي جثة فلا بد من التأكد من حدوث الموت أو الموت الدماغي وقرار لجنتين طبيتين.

ممكّن أن تؤخذ الموافقة من الميت، وذلك إذا كان قد وصى قبل موته بأخذ أعضائه، أو من أوصيائه.

14-5-1- التبرع Donation وشروطه:

يجب ألا يكون الاستقطاع مقابل فائدة أو تعويض مادي أو مالي لأن الجسم البشري وأعضائه ليست محل معاملات تجارية.

لا يجوز للأطباء الذين أعلنوا وفاة شخص يحتمل تبرعه بأعضائه:

أن يشاركوا في استقطاع الأعضاء منه بشكل مباشر (لتحقيق الحياد وعدم وجود المصالح).

أن يشاركوا في إجراءات زرعها بعد ذلك في غيره.

أن يكونوا مسؤولين عن رعاية المرضى الذين يحتمل أن يتلقوا هذه الأعضاء.

واجب الاطباء :

تبصير المعطي الحي قبل إجراء عمليات نقل الأعضاء بالعواقب (الاختلاطات) والمخاطر التي يحتمل أن يتعرض لها نتيجة عملية النقل.
يجب أن يشرحوا له مخاطر التخدير العام لأنه خطر بحد ذاته.
الالتزام بضمان الرعاية الطبية الكاملة للمعطي بما يضمن عدم الإضرار به نتيجة هذا النقل.

14-5-2- المحظورات:

يحظر على الأطباء زرع الخصية أو المبيض لأن في ذلك اختلاط للأنساب هذا. ورغم ذلك فقد بدأ زرع الأعضاء الجنسية كالخصية أو المبيض عند من يعاني عقماً. وفي ذلك تجاوز فاضح للأخلاق الطبية لما يؤدي من اختلاط في الأنساب، لأنه عندما ينقل خصية لرجل ما فإن رحم زوجته سيحمل حينها نطافاً غريبة ولا يمكن قبول هذا الأمر بحال من الأحوال.

14-5-3- الاستنساخ Cloning ونقل الأعضاء

إن نقل أعضاء وزرعها لمرضى بعد استنساخ أعضاء غير جنسية من نفس الشخص هو مجال بحث حتى الآن.

إن الخوف هو من أن يتم استنساخ أعضاء من شخص معين ونقلها إلى آخرين بعد عرضها تجارياً وبيعها بمواصفات وشروط يختارها المتلقي وكل ذلك بإشراف هيئات طبية متخصصة. في ذلك حتماً تدنياً أخلاقياً طبياً وتجارياً وإنسانياً لكرامة الإنسان الذي كرمه الباري عز وجل. للأسف فقد وصل التدني فعلاً إلى درجة أن تعرض هيئات أبحاث الاستنساخ عن توفير أعضاء بشرية مستنسخة للزنان (وليس المرضى) الراغبين بزرع أعضاء في السنوات الأخيرة.

قوائم الانتظار والفساد

نتيجة لتحول المريض في عصر العولمة إلى زبون فإن بعض الهيئات الطبية بدأت تعلن عن استعدادها لدفع مكافآت مادية أو تعويضات مادية لمن يعطي أعضاء من

جسمه الحي أو حتى أعضاء من جثته بعد موته. وللعلم فإن زرع الأعضاء مطلوب بشدة من قبل المرضى المحتاجين.

ففي بريطانيا مثلاً عام 2000 أكثر من 5 آلاف مريض على قائمة الانتظار لنقل الأعضاء.

وبين 1995 - 1999 مات أكثر من 1000 مريض وهم ينتظرون عملية نقل أعضاء لهم.

لذلك في الفترة الأخيرة كانت سوريا من أكبر الموردين لتجارة الأعضاء بسبب الانتهاكات الهائلة للسوريين أثناء الأزمة من قبل العصابات الارهابية سواء كان في دول الجوار المضيفة للسوريين أو في المناطق غير المضبوطة علماً أن سوريا كانت سابقاً بلد مرور فقط، والمفارقة أن الدول التي تتكلم في ذم هذا الموضوع وتتكلم عن حقوق الإنسان هي نفسها الدول التي تستورد هذه الأعضاء.

14-6- تجارة الأعضاء Human Organ Trafficking

إن الطلب الشديد على نقل الأعضاء أدى إلى بروز ممارسات غير أخلاقية. وتحولت زراعة الأعضاء البشرية إلى مسألة تجارية بحتة، وأصبح جسم الإنسان سلعة تجارية تُباع وتُشتري وتعرضت أعضاء البدن للعبث والسرقة بطرق ملتوية ولأغراض دينية.

وانتشرت ظاهرة تجارة الأعضاء بشكل كبير في بعض البلدان وخاصة في المناطق الفقيرة والمكتظة بالسكان ففي هذه المناطق يتجمع عدد كبير من الفقراء ويقوم هؤلاء بعرض أعضائهم للبيع على سماسرة لديهم قوائم بالأغنياء المحتاجين لزرع الأعضاء بأسعار متفاوتة.

14-6-1- جرائم القتل لصالح تجارة الاعضاء

وحتى أكثر من ذلك فقد يصل التدني الأخلاقي الطبي والإنساني إلى حدود تدبير الموت أو القتل لأشخاص بغرض أخذ أعضائهم بعد قتلهم وبيعها لأشخاص أو لهيئات طبية يدفعون مبالغ مادية مجزية لإنقاذ مرضى لديهم.

وخصوصاً في الدول المتقدمة، لأنه أول ما يولد الطفل في المشفى يتم أخذ عينات منه ودراسة الـ HLA وبالتالي يتم معرفة الضحية المناسبة لاستهدافه عند الحاجة لأعضائه.

وفي بعض الدول انتشرت جرائم خطف الأطفال. حيث يختطف مئات الأطفال كل عام كي يتم بيع أعضائهم لأشخاص لا يسألون ولا يريدون أن يعرفوا كيف وصلت تلك الأعضاء لهم طالما يدفعون الثمن المطلوب.

لقد نتج عن عصر العولمة صور غريبة استهانت بكرامة الإنسان وأدخلت جسمه في دائرة المعاملات التجارية المالية والمساومات، وأصبحت أعضاء الجسم سلعة قابلة للعرض والطب؟ وتشكلت لهذا الغرض عصابات هدفها القتل والسرقة والخطف والتهديد لنقل وزرع الأعضاء البشرية.

14-6-2- عصابات تجارة الاعضاء

وأكثر ما تنتشر هذه العصابات في المجتمعات الفقيرة وخصوصاً في دول العالم الثالث. حيث تقوم تلك العصابات الدولية المنظمة بالتعاون مع مؤسسات طبية عالمية مركزة نشاطها الاجرامي البشع على: الأطفال والقصر والمصابين بتخلف عقلي والمساجين والمشلولين وغيرهم كمصادر للحصول على الأعضاء. وأصبحت هناك سوق سوداء وتجارة عالمية تدور في الخفاء وجرائم تنذر بمستقبل مظلم وفساد خطير. تجارة الأعضاء هي انتهاك واضح للمواد 3 و4 و12 و16 و23 من إعلان الأمم المتحدة لحقوق الإنسان.

ملاحظات:

في الديانة اليهودية نقل الأعضاء ممنوع، لذلك تقوم العصابات الإسرائيلية بممارسة أعمالها خارج إسرائيل أي في بلادنا، لتأمين الأعضاء، وهذه العمليات تحتاج إلى مافيات طبية، يتزعمها اليهود.

في عام 2005 تم القبض على طبيب باسـم "الدكتور يوسف" في كييف في أوكرانيا بتهمة سرقة الأعضاء، فهو أكثر طبيب قام بعمليات زرع أعضاء في العالم، وجميع هذه الأعضاء مسروقة وخاصة من العرب.

اكتشفت في فرنسا عام 2008 طائرة قادمة من أفريقيا تحمل 300 طفل مخطوفين بهدف سرقة أعضائهم.

في الولايات المتحدة، يحظر قانون الهدايا التشريحية Antomical gift Act وقانون زراعة الأعضاء الوطني National Organ Transplant Act لعام 1984 شراء وبيع الأعضاء.

لا تزال لسوء الحظ، التجارة غير القانونية بالأعضاء وسياحة زرع الأعضاء مستمرة في العديد من البلدان الأخرى على الرغم من العديد من القوانين التي تم وضعها وإنفاذها ضدها.

يوعد بائعي الأعضاء بمبالغ ضئيلة من المال، وكثيرا ما يتم خداعهم بعد الشراء. غالبا ما تكون جراحة شراء الأعضاء ورعاية ما بعد الزرع دون المستوى. يعاني البائعون بأجر من وصمة العار الاجتماعية لبيعهم جزءا من أجسادهم وكذلك الأضرار العاطفية والجسدية.

إذا كان الشخص يمتلك جسده، فهل يحق لها الاستقلال الذاتي، أي بيع أجزاء من جسده؟؟؟. يتم وضع حدود للاستقلالية لحماية الأفراد من أنفسهم. والمثال الجيد هو أننا لا نسمح للأفراد بأن يكونوا عبيدا للحفاظ على الكرامة الأخلاقية للفرد. من الممكن أن يتصرف الفرد بشكل لاإرادي أو يتم إكراهه بسبب ظروف غير عادلة.

يسمح احترام الاستقلالية للمرء أن يشكك في قرار الفرد عندما يكون ضد مصلحة الفرد. قد يتخذ الفرد قرارا يتعارض مع مصلحته الخاصة بسبب سوء التقدير أو الإكراه أو التأثير غير المبرر أو ببساطة التضليل.

على الرغم من أن بائع الأعضاء يضر نفسه، ولا يلحق هذا الضرر بالآخرين، فنحن كمجتمع بشري، نضع أنفسنا في وضع دون المستوى المطلوب، إذا سمحنا للأشخاص الضعفاء ببيع أعضاء أجسادهم على أساس السلع.

سياحة زراعة الأعضاء تؤدي إلى الفساد والإكراه والتزاحم. إنها تعزز الفساد بالسماح ببيع الأعضاء للمضي قدماً لأنه قد "تحرّم المجتمع من إنسانيته من خلال اعتبار البشر وأجزائهم مجرد سلع".

يحدث التزاحم من خلال السماح ببيع الأعضاء مما يتسبب في قيام الأفراد الذين تبرعوا بالأعضاء ببيعها بدلاً من ذلك، وبالتالي تقليل عدد الأعضاء المتبرع بها، أو يؤدي إلى رفض الأفراد التبرع على الإطلاق، مما يؤدي إلى انخفاض عام في الأعضاء.

غالبًا ما يجبر سماسرة الأعضاء أو المستلمون البائعين الفقراء، الذين ليس لديهم أي بديل اقتصادي معقول آخر، على بيع أعضائهم.

في أيار 2008، عقدت جمعية زرع الأعضاء والجمعية الدولية للأمراض الكلوية اجتماع قمة دولي حول الاتجار بالأعضاء وسياسة زرع الأعضاء في اسطنبول. حضر هذا الاجتماع أكثر من 150 مهنيًا من 78 دولة.

وتم نشر نص إعلان اسطنبول (Declaration of Istanbul (Dol) حول الاتجار بالأعضاء وسياسة زرع الأعضاء في وقت واحد في مجلتي "زرع الأعضاء Transplantation" و "ذي لانسييت The Lancet".

في عام 2010، حذّثت جمعية الصحة العالمية WHO المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن زرع الخلايا والأنسجة والأعضاء البشرية لإضافة مبادئ تهدف إلى اليقظة والسلامة في عملية الزرع وإلى ضمان الشفافية في شراء الأعضاء وتخصيصها.

تلتزم العديد من الهيئات المهنية والحكومية طوعًا بمبادئ Dol ومنظمة الصحة العالمية WHO. كما تم تضمين المبادئ التوجيهية Dol ومنظمة الصحة العالمية في القوانين واللوائح الوطنية.

في عام 2008، قامت حكومة الهند بتعديل وتعزيز قانون زرع الأعضاء البشرية. في الفلبين، تم إطلاق قانون مكافحة الاتجار بالبشر في يونيو 2009.

كما أصدرت باكستان ومصر قوانين مماثلة في عام 2010. وافقت جمعية أمريكا اللاتينية للأمراض الكلوية، وجمعية زرع أمريكا اللاتينية ومنطقة

البحر الكاريبي، على Dol في عام 2012،

أشارت البرازيل على وجه التحديد إلى Dol في لوائحها الوطنية.

في الولايات المتحدة الأمريكية تتطلب سياسة UNOS القائمة على DoI من جميع المسجلين في قائمة انتظار زرع مواطنين غير أمريكيين تحديد ما إذا كانت الولايات المتحدة هي مكان إقامتهم الأساسي أو ما إذا كانوا قد وصلوا إلى الولايات المتحدة لغرض الزرع أو لأي سبب آخر.

14-7- الإتجار بالبشر Human Trafficking

خريطة توضح مصادر الأعضاء والأشخاص الذين تتم التجارة بهم، والدول التي تقوم بالشراء. نلاحظ أن المصادر جميعها من الدول الفقيرة باتجاه الدول الغنية. بينت دراسات أن متوسط دخل من يبيع هو 50 دولار سنوياً وأعمارهم 20-25، أما متوسط دخل من يقوم بالشراء 50 ألف دولار سنوياً وأعمارهم 50-55.

14-8- زراعة خلايا المخ والجهاز العصبي

لا يعني ذلك نقل المخ من إنسان إلى آخر. إن الغرض من هذه الزراعة هو: إما علاج قصور خلايا معينة في المخ عن وظيفتها في إفراز مادة هرمونية أو كيميائية بالقدر السوي فيستكمل هذا النقص بأن تودع في موطنها في المخ خلايا مثيلة من مصدر آخر، أو عبور فجوة في الجهاز العصبي نتيجة بعض الإصابات كما عندما نستبدل سلكاً تالفاً بآخر صالح.

مصادر الخلايا في زراعة المخ والجهاز العصبي:

المصدر الأول: الغدة الكظرية للمريض نفسه، وليس في ذلك من بأس شرعي كما أنه يتميز بالقبول المناعي كون الخلايا مشتقة من الجسم نفسه.

المصدر الثاني: هو الحصول على الأنسجة من خلايا حية من مخ جنين باكر (في الأسبوع العاشر أو الحادي عشر).

طرق الحصول على خلايا حية من مخ جنين باكر:

1- أخذ هذه الخلايا من جنين حيواني وقد نجحت هذه الطريقة بين فصائل مختلفة من الحيوان.

من المأمول أن تنجح هذه الطريقة باتخاذ الاحتياطات اللازمة لتفادي الرفض المناعي.

2- أخذ هذه الخلايا مباشرة من الجنين الإنساني في بطن أمه بفتح الرحم جراحياً.

ويتبع ذلك إماتة الجنين بمجرد أخذ الخلايا من مخه.

إن ذلك محرّم إلا إذا كان بعد إجهاض مشروع لإنقاذ حياة الأم (إجهاد طبي علاجي) وبشروط الاستفادة من الأجنة والتي سترد بعد قليل.

3- وهي طريقة قد يحملها المستقبل القريب في طياته باستزراع خلايا المخ في مزارع خلوية أجيالاً بعد أجيال بهدف الاستفادة منها.

لا بأس في هذه الطريقة إذا كان مصدر الخلايا المستزرعة مشروعاً.

المولود اللدماغي Encephalopathy Newborn

طالما بقي حيّاً بحياة جذع دماغه لا يجوز التعرّض له بأخذ شيء من أعضائه، إلى أن يتحقق موته بموت جذع دماغه. ولا فرق بينه وبين غيره من الأسوياء في هذا الموضوع. فإذا مات فإن الأخذ من أعضائه تراعى فيه الأحكام والشروط المعتمدة في نقل أعضاء الموتى:

1- من الإذن المعتبر

2- وعدم وجود البديل

3- وتحقيق الضرورة

14-9- قواعد نقل الأعضاء

أولاً: يجوز نقل العضو من مكان من جسم الإنسان إلى مكان آخر من جسمه مع مراعاة التأكد من: أن النفع المتوقع من هذه العملية أرجح من الضرر المترتب عليها // وبشرط أن يكون ذلك لإيجاد عضو مفقود // أو لإعادة عضو مفقود // أو لإعادة شكله // أو وظيفته المعهودة له //

أو لإصلاح عيب // أو إزالة دمامة تسبب للشخص أذى نفسياً أو عضوياً.

ثانياً: يجوز نقل العضو من جسم إنسان إلى جسم إنسان آخر إن كان هذا العضو يتجدد تلقائياً، كالدم والجلد.

ویراعى في ذلك اشتراط كون الباذل كامل الأهلية وتحقق الشروط الشرعية المعتبرة.

ثالثاً: تجوز الاستفادة من جزء من العضو الذي استوصل من الجسم لعدة مرضية لشخص آخر كأخذ قرنية العين لإنسان ما عند استئصال العين لعدة مرضية أو شخص لديه 6 أصابع ولكن مع أخذ موافقة الشخص المعطي.

رابعاً: يحرم نقل عضو تتوقف عليه الحياة كالقلب من إنسان حي إلى إنسان آخر.

خامساً: يحرم نقل عضو من إنسان حي يعطل زواله وظيفة أساسية في حياته وإن لم تتوقف سلامة أصل الحياة عليها كنقل قرنية العينين كليهما، أما إن كان النقل يعطل جزءاً من وظيفة أساسية فهو محل (حلال): كنقل الكلية.

سادساً: يجوز نقل عضو من ميت إلى حي تتوقف حياته على ذلك العضو أو تتوقف سلامة وظيفة أساسية فيه على ذلك بشرط أن يأذن الميت أو ورثته بعد موته أو ولي الأمر.

سابعاً: وينبغي ملاحظة أن الاتفاق على جواز نقل العضو في الحالات التي تم بيانها، مشروط بأن لا يتم ذلك بوساطة بيع العضو، إذ لا يجوز إخضاع أعضاء الإنسان للبيع بحال ما.

أما بذل المال من المستفيد، ابتغاء الحصول على العضو المطلوب عند الضرورة أو مكافأة وتكريماً فمحل اجتهد ونظر.

ثامناً: كل ما عدا الحالات والصور المذكورة، مما يدخل في أصل الموضوع فهو محل بحث ونظر ويجب طرحه للدراسة والبحث.

استخدام الأجنة مصدراً لزراعة الأعضاء والتجارب عليها:
لا يجوز استخدام الأجنة مصدراً للأعضاء المطلوب زرعها في إنسان آخر أو
التجارب عليها إلا بضوابط لا بدّ من توافرها حسب الحالات التالية:

لا يجوز إحداث إجهاض من أجل استخدام الجنين لزرع أعضائه في إنسان آخر بل يقتصر على الإجهاض التلقائي أو الإجهاض للعدو الشرعي.
إذا كان الجنين قابلاً لاستمرار الحياة فينبغي أن يتجه العلاج الطبي إلى استبقاء حياته (حتى ولو كان مولود لادماغي) والمحافظة عليها لا إلى استثماره لزراعة الأعضاء.

لا يجوز أن تخضع عمليات زرع الأعضاء للأغراض التجارية على الإطلاق.
لا بدّ أن يسند الإشراف على هذه الأمور إلى هيئة معتبرة موثوقة.
وفي كافة الأحوال يجب احترام جسم الإنسان وتكرمه.

14-9-1- زرع الأعضاء التناسلية

أولاً: الغدد التناسلية:

لأن الخصية والمبيض بحكم أنهما يستمران في حمل وإفراز الشيفرة الوراثية للمنقول منه حتى بعد زرعهما في متلق جديد فإن زرعهما محرم مطلقاً نظراً لأنه يفضي إلى اختلاط الأنساب.

وتكون ثمرة الإنجاب غير وليدة من الزوجين الشرعيين المرتبطين بعقد الزواج.

ثانياً: الأعضاء التناسلية غير الناقلة للصفات الوراثية:

لأن زرع بعض أعضاء الجهاز التناسلي ما عدا العورات المغلفة التي لا تنتقل الصفات الوراثية جائز استجابة لضرورة مشروعة ووفق الضوابط والمعايير الشرعية.

أمثلة:

يجوز زرع الرحم أو عنق الرحم أو رتوج المهبل أو جزء من الثدي وليس الثدي كاملاً بينما لا يجوز زرع الفرج كاملاً مثلاً.

- في سورية ومنذ 2010 تم إنشاء إدارة في وزارة الداخلية اسمها إدارة مكافحة تجارة الأعضاء وتجارة البشر:

وهي إحدى إدارات وزارة الداخلية ويشترك في مجلس إدارتها ممثلين عن وزارات الصحة والتعليم العالي والتربية والخارجية والعمل والشؤون الاجتماعية والأوقاف والعدل وبعض الهيئات والمنظمات الحكومية والشعبية والدينية والاجتماعية، وهي تعمل على حماية الأفراد من الاستغلال من قبل المافيات الطبية حتى ولو كان هؤلاء الأشخاص من مرتكبي الجرائم ومخالفين للقانون، و تكون عقوبة هذه المافيات السجن لمدة 7 سنين على الأقل بحسب قانون مكافحة الاتجار بالأشخاص.

14-9-2- القانون و تنظيم عمليات زراعة الأعضاء

في بريطانيا صدر قانون زراعة الأعضاء عام 1989 بعد فضيحة زرع أعضاء من أحياء بعد شرائها. و المبدأ في ذلك هو الرغبة في احترام الإنسان و عدم استغلاله. البعد الأخلاقي لمراقبة عمليات الزرع عن طريق القوانين و منع المتاجرة بالأعضاء:

♦ البعض يرى في ذلك تدخلاً في استقلالية الفرد و سلباً لحريته في تقرير مصيره. و لكن ذلك غير صحيح لأنه يمكن للفرد مثلاً التبرع بكليته لأحد أفراد عائلته أو لغريب و لكن ليس ببيعاً.

14-9-3- النماذج العالمية لتسهيل زراعة الأعضاء

♦ تم تقديم الموافقة المفترضة لأول مرة في إسبانيا بموجب القانون في عام 1979. اذ تتمتع إسبانيا بأعلى معدل للتبرع المتوفى لكل مليون نسمة 35.3. ♦ في بريطانيا وأمريكا تستخدم بطاقة التبرع بالأعضاء و هي المعتمدة في كثير من الدول. و هي تحترم استقلالية الإنسان في اتخاذ قراره فيما يخص جسده و أنسجته بعد وفاته، لكن للأسف عدد قليل من الأفراد يتذكر القيام بالحصول على البطاقة.

♦ في إسبانيا، بلجيكا فرنسا، بولونيا، والسويد تم وضع بطاقة عدم السماح بالتبرع بالأعضاء، وكان القانون ينص على أن من لا يحمل هذه البطاقة يعتبر

بحكم الموافق على التبرع بأعضائه لزراعتها. هذه الطريقة ساعدت الآلاف في الحصول على زرع الأعضاء و اختصرت وبشكل كبير قائمة المنتظرين من أجل زراعة الأعضاء. يكمن خوف البعض في أن جسده سيكون بعد وفاته ملكاً للدولة في حال نسي توقيع البطاقة.

♦ في نيوزيلاند كان القانون ينص على وضع بطاقة الموافقة أو الرفض التي يحصل عليها عند حصوله على شهادة القيادة، تعد هذه الطريقة الحل الوسط بين الطريقتين السابقتين، لأن العدد الأكبر من الأفراد سيعمل على تحديد موقفه بالقبول أو الرفض على وهب أعضائه.

14-9-4- بعض قوانين زراعة الأعضاء في بريطانيا

The human tissue act 1961

- و ينص هذا القانون البريطاني على ما يلي:
 - (1) السماح بأخذ الأعضاء للزرع في حال أعطى المتوفى موافقة خطية على ذلك أو أبدى رغبته بذلك خلال حياته أمام شاهدين.
 - (2) يسمح لمن له الحق بالتصرف بجثة المتوفى السماح بذلك إلا إذا كان ما يستدعي غير ذلك.
 - (3) ما عدا ذلك إدارة المشفى هي التي تملك قانونياً حق التصرف بجثة المتوفى.

The Human Organ Transplants Act 1989

- صدر هذا القانون في بريطانيا و فيه يمنع زرع الأعضاء من الأحياء إلا في حالتين:

(1) زرع أعضاء من حي قريب للأخذ الذي هو:

- ✓ الأب و الأم و الأولاد
- ✓ الأخوة غير الأشقاء
- ✓ العم و الخال و العمات و الخالات و أبناء الأخ أو الأخت (وجود رابطة دموية)

(2) أو من غير الأقارب مع الالتزام بالمبادئ التالية حسب ULTRA:

- ✓ لا يجوز أن يكون هناك مقابل مادي.
- ✓ شرح مخاطر العمل الجراحي للمعطي.
- ✓ التأكد من عدم وجود ضغط على المعطي.
- ✓ أخذ موافقة مستنيرة من المعطي.
- ✓ إخبار المعطي بأنه قادر على الرفض متى أراد.

The human tissue act 2004 HTA

- تم وضعه بعد فضيحة أخذ أعضاء الأطفال دون موافقة الأهل.
- و قد حل محل قانون HTA 1961 وقانون زرع الأعضاء لعام 1989.
- ينظم هذا القانون:

- ✓ أخذ و حفظ الأعضاء من الأحياء.
- ✓ أخذ و حفظ الأعضاء من المتوفي.
- ✓ كما أسس لهيئة منظمة لمراقبة تنفيذ القانون و الشكاوى عليه.

القوانين الأمريكية في زرع الأعضاء

توجد قوانين التبرع بالأعضاء على مستوى الولاية والمستوى الاتحادي لغرضين رئيسيين:

الغرض الأول من قوانين التبرع بالأعضاء هو المساعدة في ضمان ممارسة جمع وتوزيع التبرع بالأعضاء بطريقة آمنة وعادلة. تم سن النوع الثاني من قوانين التبرع بالأعضاء لتوسيع مجموعة المانحين المحتملين في محاولة لزيادة عدد الأعضاء المتاحة للزرع.

قانون زراعة الأعضاء الوطني لعام 1984 (NOTA)

National Organ Transplant Act of 1984

كان الهدف من القانون الوطني لزراعة الأعضاء (NOTA) هو معالجة مشاكل نقص الأعضاء وتحسين جمع وتوزيع الأعضاء على الصعيد الوطني. تم تمريره من قبل كونغرس الولايات المتحدة في عام 1984. حيث أسست الشبكة المتحدة لمشاركة الأعضاء (UNOS) للاحتفاظ بسجل كمبيوتر على مستوى الدولة لجميع المرضى الذين يحتاجون إلى الأعضاء. وأنشأت شبكة جمع الأعضاء وزرعها - (OPTN) حيث

تحتفظ OPTN بسجل وطني للمرضى والأعضاء وتطابق الأعضاء مع المرضى. وتم إنشاء فريق العمل المعني بزراعة الأعضاء. وحظر شراء أو بيع الأعضاء أو الأنسجة.

قانون المصالحة الشامل الموحد لعام 1986 (COBRA)

Consolidated Omnibus Reconciliation Act of 1986

قانون المصالحة الشامل الجامع (COBRA) ، الذي أقره كونغرس الولايات المتحدة في عام 1986، تناول في المقام الأول الفوائد الصحية وتغطية التأمين الصحي. تم وضع اللوائح المتعلقة بزراعة الأعضاء وتخصيصها بحسب إصلاحات كوبرا؛ يتطلب من المستشفيات إقامة علاقة مع منظمة جمع الأعضاء المفوضة اتحادياً.

يتضمن القانون أيضًا تعليمات مفادها أن منظمات جمع الأعضاء يجب أن تعمل مع المستشفيات لتتسيق عمليات الزرع على المستوى المحلي. أجبر هذا القانون جميع المستشفيات التي تتلقى تمويلًا للرعاية الطبية أو Medicaid على سن سياسة "المتطلب المطلوب". تضمن سياسة المتطلب المطلوب إخبار جميع عائلات المتبرعين المحتملين عن التبرع بالأعضاء وحققهم في رفض التبرع

قانون هدية تشريحية موحدة Uniform Anatomical Gift Act

قانون الهدايا التشريحية الموحدة هو مجموعة من اللوائح والقوانين النموذجية المتعلقة بالتبرع بالأعضاء التي مرت بها جميع الولايات الخمسين في بعض التدابير.

كان هناك العديد من التنقيحات للقوانين:

- 1968 تم إصدار قانون الهدايا التشريحية الموحدة في الولايات المتحدة الذي يسمح به الكونغرس للناس بالتبرع بأعضائهم - 1972. تم تمرير بطاقة التبرع الموحدة كمستند قانوني في جميع الولايات الخمسين، مما يسمح لأي شخص فوق سن 18 عامًا بالتبرع بأعضائه.

شروط المشاركة في برنامج MEDICARE

طورت ميديكير خمس سياسات تحفيزية في عام 1998 لتشجيع التبرع بالأعضاء وجمعها في المستشفيات المشاركة. وهي مطبوعة على موقع الجمعية الدولية للتبرع بالأعضاء:

"يجب على المستشفى إخطار وكالة شراء الأعضاء بكل حالة وفاة تحدث في منشأتهم.

سيتم تدريب جميع موظفي المستشفى الذين يقدمون خيار التبرع للأسر من قبل وكالة جمع الأعضاء.

سيكون لدى المستشفى اتفاقية مكتوبة للعمل مع بنوك الأعضاء والأنسجة والعين.

سيقر المستشفى بأن فحص المتبرعين المحتملين سيتم من قبل وكالة الاستشفاء المناسبة.

سيعمل المستشفى بالاشتراك مع وكالة الاستشفاء لإجراء مراجعات قياسية لتحديد إمكانات التبرع للوجه الفردي.

القانون و الموافقة المستنيرة على التبرع

- المفترضة المفترضة المسبقة:
- تم تقديم الموافقة المفترضة المسبقة لأول مرة في إسبانيا بموجب القانون في عام 1979.
- تتمتع إسبانيا بأعلى معدل للتبرع المتوفى لكل مليون نسمة per million population (pmp) وهي (35.3 pmp عام 2011).
- وهي من أهم أسس الحصول على الأعضاء كما وردت في القانون HTA2004.
- وذلك يعود للنمط الاسباني بالوعي بأهمية التبرع بالأعضاء أكثر منه الالتزام والتطور القانوني.
- وهي موجودة في بعض الدول مثل بلجيكا، فرنسا، بولونيا، والسويد، Belgium, (France, Poland and Sweden).

الموافقة الصريحة:

- اما الموافقة الصريحة قبل الوفاة كما في الولايات المتحدة الامريكية فانه بحلول نهاية عام 2013، ومع زيادة الوعي والتعليم، التحق 117.1 مليون شخص في الولايات المتحدة بسجلات الجهات المانحة للدولة. يمثل هذا 48 % من جميع سكان الولايات المتحدة الذين تتراوح أعمارهم بين 18 سنة وما فوق.
- تشير إحصائيات التبرع بالحياة إلى أن 76% من الأستراليين أشاروا إلى استعدادهم لأن يصبحوا متبرعين بالأعضاء والأنسجة. في عام 2013، كان معدل المانحين الأسترالي 16.9 pmp مانحًا لكل مليون شخص.
- كانت نتائج التبرع بالأعضاء الأسترالية في عام 2013 أعلى بنسبة 10% مما كانت عليه في عام 2012. إذا كانت الأسرة تدرك أن المتوفى من المرجح أن يوافق على التبرع بالأعضاء، فمن المرجح أن يتبرع.
- ذكر 93 في المائة من الأستراليين أنهم بالتأكيد سيؤيدون رغبات أحبائهم إذا عرفوا ما هي الرغبات.

المساجين كمتبرعين أو مستحقين للأعضاء

ينص التعديل الثامن لدستور الولايات المتحدة على أن للسجناء الحق في الرعاية الصحية.

يجادل البعض بأن السجناء أقل استحقاقًا للنظر كمتلقين للزرع. يؤكد الكثيرون أن هذا الاجراء هو استخدام ضعيف لمورد محدود لأن السجين الذي يتم إنقاذ حياته عن طريق الزرع، قد يعود إلى حياة الجريمة.

هل يجب أن يعتمد حق السجين في الزرع على طبيعة الجريمة أو شروط سجنه - مثل جرائم ذوي الياقات البيضاء ضد جرائم الإعدام، أو المرة الأولى التي يعاقب فيها الجناة؟

التبرع يفيد كلا من السجين والمجتمع من خلال التعويض عن الجرائم ضد المجتمع. سيعطي السجين فرصة ليثبت لنفسه وللآخرين أنه يستطيع القيام بشيء ذي قيمة.

من ناحية أخرى، قد تحظر بيئة السجن الموافقة الحرة والطوعية.

يمكن إساءة استخدام الحد من عقوبة التبرع بالأعضاء كشكل من أشكال الإكراه.

قد يكون من المقبول أكثر إذا تم اتخاذ قرار التبرع قبل إدانة السجناء وأن تذهب الأعضاء إلى المتلقي عبر قائمة مطابقة UNOS.

ولكن بعد ذلك، هل يوافق المتلقي على قبول الأعضاء إذا كان على علم بأن المتبرع كان سجيناً في حكم الإعدام؟ في أبريل 2011، أجرت MSNBC استطلاعاً أجاب فيه 80% تقريباً من 86736 ناخباً بـ "نعم" على سؤال "هل يجب السماح للسجناء المحكوم عليهم بالإعدام بالتبرع بأعضائهم؟".

سيقدر المرضى ذلك، على سبيل المثال، سئل المرضى في قائمة Dukes Lung Transplant List عما إذا كانوا سيقبلون الرئتين من سجين محكوم عليهم بالإعدام إذا كان العضو جيداً، وأجاب 75% بالإيجاب.

ويجب الحصول على الموافقة في حفظ و استخدام أى عضو من:

⇒ الشخص الحي للأهداف التالية:

- (1) الحصول على معلومات طبية ضرورية لشخص آخر حالياً أو في المستقبل.
- (2) الأبحاث.
- (3) لكشف معلومات هامة للعامة.
- (4) للزرع.

⇒ الشخص المتوفي للأهداف التالية:

- (1) الدراسة التشريحية.
- (2) تحديد سبب الوفاة.
- (3) دراسة تأثيرات دوائية أو مركبات أخرى.
- (4) الحصول على معلومات طبية مهمة لشخص آخر.
- (5) الأبحاث.
- (6) الزرع.
- (7) لكشف معلومات هامة للعامة.
- (8) للدارسين السريريين.

- (9) لمراقبة الحالة الصحية في المجتمع.
- (10) لتقييم الأداء بما يتعلق بالرعاية الصحية.
- حالات لا تكون فيها الموافقة المستنيرة موجبة:

↳ لدى الأحياء:

- (1) تدقيق الفحوص السريرية.
- (2) التعليم و التدريب.
- (3) مراقبة الحالة الصحية للمجتمع.
- (4) لتقييم الأداء بما يتعلق بالرعاية الصحية.
- (5) الأبحاث التي حصلت على موافقة اللجنة الأخلاقية على أن تكون غير إسمية.

↳ لدى المتوفى:

- (1) حالات التحقق من سبب وفاة مشبوهة..
- (2) الإحتفاظ بالأنسجة بعد التشريح.
- (3) الإحتفاظ بالأنسجة لاستكمال الفحوص للتحقق من سبب وفاة مشبوهة.

14-10- زرع الأعضاء

زرع الأعضاء من متوفي:

- يكون ذلك بأحد الطرق الثلاث التالية:

 1. بالحصول على موافقة مسبقة من المتوفي.
 2. موافقة من وصي.
 3. موافقة الأقارب.

- أما من الأطفال المتوفين فأخذ الموافقة يكون:

 1. من الطفل قبل وفاته على أن يكون محققاً لدرجة من الأهلية Gilliick.
 2. من الشخص الولي.
 3. من الأقارب الدرجة الأعلى.

- و مع ذلك في حال وجود موافقة من الطفل يجب الرجوع لأخذ رأي أهله و ذلك أساسي للحصول على أعضائه للزرع.

زرع الأعضاء من الأحياء

- ويؤكد القانون على أمر التبرع بالأعضاء الذي لا يتوافق مع استمرار الحياة حيث:

❏ لا يجوز حسب القانون إعطاء الموافقة على التبرع بالأعضاء إذا كان ذلك سوف يسبب الوفاة أو الأذى الشديد.

❏ ويجب الحصول على الموافقة بعد إعطاء المتبرع معلومات كافية عن مخاطر التبرع.

- والمعضلة هنا هي حالات التبرع من الأطفال و الغير مؤهلين!!!!
- ويمكن الحل في بعض الحالات بأن يكون ذلك في إطار المصلحة العليا للغير المؤهل.

- وزرع الأعضاء من الأحياء يكون في حالتين:

❏ زرع أعضاء من حي قريب للأخذ الذي هو:

- (1) الأب و الأم و الأولاد.
- (2) الأخوة غير الأشقاء.
- (3) العم و الخال و العمات و الخالات و أبناء الأخ أو الأخت (وجود رابطة دموية).

❏ أو من غير الأقارب مع الإلتزام بما يلي:

- (1) لا يجوز أن يكون هناك مقابل مادي.
- (2) أخذ موافقة مستتيرة من المعطي بعد شرح مخاطر العمل الجراحي للمعطي و التأكد من عدم وجود ضغط عليه و إخباره بأنه قادر على الرفض متى أراد.
- (3) الإلتزام بالقانون الناظم للتعامل مع الأنسجة الإنسانية.

ما هي نظرة القانون لزراعة الأعضاء؟

أولاً:

يجوز نقل العضو من مكان من جسم الإنسان إلى مكان آخر من جسمه بشرط:
(1) مراعاة التأكد من أن النفع المتوقع من هذه العملية أرجح من الضرر المترتب عليها.

(2) أن يكون ذلك لإيجاد عضو مفقود أو لإعادة شكله أو وظيفته المعهودة له، أو لإصلاح عيب أو إزالة دمامة تسبب للشخص أذى نفسياً أو عضوياً.

ثانياً: يجوز نقل العضو من جسم إنسان إلى جسم إنسان آخر إن كان هذا العضو يتجدد تلقائياً كالدم والجلد، ويراعى في ذلك اشتراط كون الباذل كامل الأهلية، وتحقق الشروط الشرعية المعتمدة.

ثالثاً: تجوز الاستفادة من جزء من العضو الذي استؤصل من الجسم لعلّة مرضية لشخص آخر، كأخذ قرينة العين لإنسان ما عند استئصال العين لعلّة مرضية.

رابعاً: يحرم نقل عضو تتوقف عليه الحياة كالقلب من إنسان حي إلى إنسان آخر.

خامساً: يحرم نقل عضو من إنسان حي يعطل زواله وظيفة أساسية في حياته وإن لم تتوقف سلامة أصل الحياة عليها كنقل قرنية العينين كليهما، أما إن كان النقل يعطل جزءاً من وظيفة أساسية فهو محل بحث ونظر كما يأتي في الفقرة الثامنة.

سادساً: يجوز نقل عضو من ميت إلى حي تتوقف حياته على ذلك العضو، أو تتوقف سلامة وظيفة أساسية فيه على ذلك. بشرط أن يأذن الميت أو ورثته بعد موته، أو بشرط موافقة ولي المسلمين إن كان المتوفى مجهول الهوية أو لا ورثة له.

سابعاً: وينبغي ملاحظة أن الاتفاق على جواز نقل العضو في الحالات التي تم بيانها، مشروط بأن لا يتم ذلك بواسطة بيع العضو، إذ لا يجوز إخضاع أعضاء الإنسان للبيع بأي حال. أما بذل المال من المستفيد ابتغاء الحصول على العضو المطلوب عند الضرورة أو مكافأة وتكريماً، فمحل اجتهاد ونظر.

ثامناً: كل ما عدا الحالات والصور المذكورة _مما يدخل في أصل الموضوع _ فهو محل بحث ونظر، ويجب طرحه للدراسة والبحث على ضوء المعطيات الطبية والأحكام الشرعية.

ملاحظات:

- ✓ يمكن الأخذ من متبرع غير كامل الأهلية بشروط.
- ✓ لا يجوز الأخذ من الأطفال إلا نقي العظم.
- ✓ لا يجوز التبرع بعضو مهم للحياة كالقلب مثلاً.

14-11- زرع الأعضاء بحسب المؤتمر الاسلامي للاخلاقيات

الحيوية

- ❖ عملية نقل الأعضاء من متبرع حي أو من جثة ميت، من أهم وسائل إحياء النفس التي يتجلى فيها تواد أفراد المجتمع وتراحمهم وتعاطفهم، على أن تراعى فيه الضوابط الأخلاقية.
- ❖ لا يجوز للأطباء الذين أعلنوا وفاة شخص يحتمل تبرعه بأعضائه، أن يشاركوا بشكل مباشر في استخراج هذه الأعضاء منه أو في إجراءات زرعها بعد ذلك في غيره، أو أن يكونوا مسؤولين عن رعاية المرضى الذين يحتمل أن يتلقوا هذه الأعضاء.
- ❖ لا يجوز أخذ أي عضو من جسد حي قاصر لزرعه في شخص آخر و قد يستثنى من ذلك الأنسجة المتجمدة إذا نص عليها القانون الوطني.
- ❖ لا يجوز أن يكون الجسد البشري و أجزاؤه (الأعضاء و الأنسجة و الخلايا و الجينات البشرية) محلاً لمعاملات تجارية، و يحظر إعطاء أو أخذ أي مبلغ لقاء أي عضو، كما يحظر الإعلان عن الحاجة إلى أعضاء أو عن توافرها لقاء ثمن يدفع أو يطلب.
- ❖ يحظر على الأطباء و سائر المهنيين الصحيين القيام بعمليات لزرع الأعضاء إذا وجد ما يدعوهم إلى الاعتقاد بأن الأعضاء المطلوب زرعها كانت محلاً لمعاملات تجارية.
- ❖ على الطبيب قبل إجراء عملية نقل الأعضاء وفقاً للتشريعات المنظمة لذلك أن يُبصر المتبرع بالعواقب الطبية والأخطار التي قد يتعرض لها نتيجة لعملية

النقل وأخذ الإقرارات اللازمة التي تفيد علمه بكافة العواقب في هذا الشأن قبل إجراء العملية.

❖ وأما مشروع القانون العربي الموحد لعمليات زراعة الأعضاء البشرية الذي أعدته الجامعة العربية سنة 1998 فهو ينص:

"يشترط في المتبرع أو الموصي أن يكون كامل الأهلية قانونياً ويكون التبرع أو الوصية صادراً بموجب إقرار كتابي موقع منه..."

❖ وفي العالم العربي الإسلامي اهتم أهل القضاء بهذا الموضوع منذ زمان.

مهام الطبيب في حالات زرع الأعضاء وموقف الأهل

❖ تكمن المهمة الأصعب على الطبيب في سؤال أقارب المتوفى عن إمكانية إعطائهم الموافقة في الحصول على أعضاء قريبهم المتوفى.

هل يمكن للطبيب أن يحجم عن القيام بهذه المهمة الصعبة؟

❖ من الناحية الأخلاقية لا يمكن للطبيب الإحجام عن القيام بذلك لأنه قد يكون الحظ الوحيد لإنقاذ حياة شخص ينتظر إجراء عملية الزرع.

❖ لكن على الطبيب أن يكون مؤهلاً للقيام بذلك وأن يمتلك المهارات اللازمة.

❖ كما عليه أن يشرح للأهل أهمية قبولهم فكرة وهب أعضاء عزيزهم المتوفى لما في ذلك:

➤ من إنقاذ حياة إنسان آخر ينتظر.

➤ وإعطاء وفاة من يحبون قيمة كبيرة.

موقف الأهل من وهب أعضاء المتوفى

❖ قد يرفض الأهل أو يقبلون بناءً على معرفتهم السابقة برغبة المتوفى.

❖ وقد يرفضون بناءً على رأيهم الشخصي.

❖ و لكن سؤالهم واجب و فيه احترام لرغبتهم.

❖ وجود بطاقة الموافقة على وهب الأعضاء تعد الأنسب لتحضيرهم لعملية وهب الأعضاء.

توزيع الاعضاء المتوفرة وتحديد من هو الآخذ؟؟؟ و كيف يتم تحديده؟

✍ ينشأ مفهوم عدالة التوزيع - كيفية تقسيم الموارد إلى حد ما- في زرع الأعضاء لأنه لا يوجد أعضاء كافية متاحة للجميع.

✍ وبسبب نقص المتوفر من الأعضاء المتبرعين كما راينا في اعلاه بالاحصائيات والتزايد الكبير لعدد لائحة المنتظرين من أجل الزرع تبرز اسئلة اخلاقية:

من هو الآخذ؟ و ما هي الأسس التي يتم عليها صنع القرار بذلك؟ هل هو صاحب أوفر الحظوظ لنجاح العملية؟ هل هو الذي يستطيع استرجاع وظيفته الاجتماعية؟ هل ستؤخذ في الاعتبار ظروف العمر أو شدة المرض؟

تنص نظرية العدالة التوزيعية على أنه لا توجد طريقة "صحيحة" واحدة لتوزيع الأعضاء المتبرع بها، ولكن بطرق عديدة يمكن أن يبرر افضليات إعطاء العضو لأحد المنتظرين على شخص آخر.

مثلا قائمة معايير العدالة التوزيعية الممكنة الموجودة على موقع كلية الطب بجامعة واشنطن هي كالتالي:

1. لكل شخص حصة متساوية بالمشاركة
 2. لكل شخص حسب الحاجة
 3. لكل شخص حسب الجهد
 4. لكل فرد حسب المساهمة
 5. لكل شخص حسب الجدارة
 6. لكل شخص حسب بورصات السوق الحر
- أحد معايير العدالة التوزيعية هو امكانية الوصول المتساوي او المتكافئ الى الاعضاء المخصصة للزرع. يتم توزيع معايير الوصول المتكافئ على المرضى بناء على عوامل موضوعية تهدف إلى الحد من التحيز والتوزيع غير العادل.
- تشمل معايير الوصول المتساوي:

- مدة الانتظار (أي من يأتي أولاً، يخدم أولاً)
- العمر (أي من الأصغر إلى الأكبر)

يعتقد أنصار المساواة في الوصول أن زرع الأعضاء هو إجراء طبي قيم ويستحق تقديمه لمن يحتاجه. و يجادلون في ذلك بسبب أن هذا الإجراء قيم، فيجب أن يكون متاحا للجميع إمكانية المساواة في الوصول إليه لزرع الأعضاء.

ولتشجيع التساوي في زرع الاعضاء فان نظرية الوصول المتساوي لتوزيع الأعضاء القابلة للزرع يجب ان تخلو من التحيزات على أساس

○ العرق

○ والجنس

○ ومستوى الدخل

○ وبعد المسافة الجغرافية عن تواجد الاعضاء المتوفرة للزرع.

يرغب بعض الذين يؤمنون بتوزيع الوصول المتساوي أيضا في إجراء عملية توزيع الأعضاء بحيث تكون خالية من تحيزات الجدارة الطبية أو الجدارة الاجتماعية.

يمكن أن تستبعد تحيزات "الجدارة الطبية" المرضى من الوصول إلى أعلى قائمة انتظار الزرع إذا كان خيارات أسلوب حياتهم مثل التدخين وتعاطي الكحول تضر العضء المزروعة.

أما تحيزات "الجدارة الاجتماعية" ستؤثر وتتدخل في مكانة المريض في المجتمع أو مساهمته الاجتماعية المحتملة قبل اعطائه العضو للزرع، وهذا مثلاً سيؤثر على السجناء المعاقبين على جرائم ارتكبوها ضد المجتمع.

تشمل الأسباب الرئيسية لمنع قيمة وجدارة الفرد من ان يستحق الاستفادة من توزيع الاعضاء مايلي:

a. الحجة القائلة بأن قيمة الفرد لا تحدد الحاجة الطبية للزرع.

b. المعضلة التي ينطوي عليها تحديد من سيتخذ قرارات من هو جدير ويستحق أو لا يستحق الحصول على عضو للزرع.

c. المنحدر الزلق لتحديد قيمة الفرد وما إذا كان من العدالة تصنيف شخص يستحق إجراء طبيًا ام لا.

من ناحية أخرى، يجادل بعض علماء الأخلاق بأن قيمة الفرد مهمة للأخذ بها خلال توزيع الأعضاء، حيث يجادلون بأن التوزيع ينحاز ضد الأفراد المستحقين عندما

لا يتصف الفرد بعوامل الجدارة الطبية (التدخين وتعاطي الكحول الذي يضر العضو المزروع....) او الاجتماعية (مجرم... سجين....) لانهم يتصرفون بشكل غير مسؤول اتجاه صحتهم وقد تكون خياراتهم الصحية السيئة سببت الحاجة للزرع.

النوع الثاني من معايير العدالة التوزيعية هو أقصى فائدة.

الهدف من الاستفادة القصوى بزيادة عدد عمليات الزرع الناجحة.

أمثلة من معايير الاستفادة القصوى تشمل:

A. الحاجة الطبية (أي إعطاء الأكثر مرضا الفرصة الأولى للحصول على عضو قابل للزرع).

B. النجاح المحتمل لعملية الزرع (أي إعطاء الأعضاء لزرعها للشخص الذي يرجح انه سيعيش أطول).

والذين يدعمون فلسفة الفائدة القصوى يبررون ذلك بأن زرع الاعضاء اجراء قيم جدا وموارده محدودة ويجب عدم هدرها.

تقاس عمليات الزراعة الناجحة بعدد سنوات العمر المكتسبة.

سنوات الحياة هي عدد السنوات التي سيعيشها الشخص مع عملية زرع الأعضاء الناجحة وبدونها لا يمكن ان يعيشوا. تسمح هذه الفلسفة بتأمين الأعضاء لمنظمات الزرع لتأخذ في الاعتبار عدة أشياء عند توزيع الأعضاء ليقم تكافؤ الوصول. الفلسفة تقول: عدم إعطاء عضو زرع ثان لشخص لديه بالفعل زرع سابق ناجح او كان احتمال نجاحه عاليا...) ثلاث حجج رئيسية تعارض استخدام معايير توزيع الفوائد القصوى.

A. توقع النجاح الطبي أمر صعب لأنه يمكن أن تختلف النتيجة الناجحة. هل النجاح هو عدد السنوات التي يعيشها المريض بعد عملية الزرع؟ أم أن النجاح هو عدد السنوات لوظيفة العضو المزروع؟ ام هو النجاح على مستوى إعادة التأهيل وجودة الحياة التي جربها المريض بعد ذلك الزرع؟ هذه الأسئلة تشكل تحديات لأولئك الذين يحاولون تخصيص الأعضاء باستخدام معايير التنبؤ بالنجاح الطبي.

B. الحجة الثانية ضد أقصى توزيع للمزايا هي أن التوزيع يمكن للأعضاء بهذه الطريقة أن يترك الباب مفتوحا للتحيز والكذب والمحسوبية وغيرها من ممارسات

الظلم أكثر من غيرها من أشكال التوزيع بسبب الطبيعة الشخصية لهذه المعايير .

C. ثالثاً، يجادل بعض علماء الأخلاق ضد استخدام العمر وتعظيم سنوات الحياة كمعايير توزيع الأعضاء لأنها تقلل من قيمة الحياة المتبقية لكبار السن في انتظار عملية الزرع. فبعض النظر عن عمر شخص ما، إذا لم يتلق هذا الشخص زرع فإنه سيفقد "ما تبقى من حياته"، وهو أمر ذو قيمة لكل واحد مهما كان عمره.

سياسة توزيع الأعضاء الحالية في امريكا:

تعتمد طريقة توزيع الأعضاء الحالية في الولايات المتحدة على ترك ذلك لكل مركز زرع لتحديد المعايير التي سيستخدمونها لتخصيص الأعضاء .

تشجع الشبكة المتحدة للمشاركة بزرع الاعضاء UNOS مراكز الزرع على النظر في المعايير التالية لتوزيع أعضاء الزرع:

(1) الحاجة الطبية

(2) احتمال النجاح

(3) الوقت في قائمة الانتظار

وفقاً لمقال عام 2001 لجيمس تشيلدريس، يتفق معظم الخبراء على أن هذه الثلاثة معايير هي المعتمدة.

ينص تشايلدريس على أن النزاعات الأخلاقية تنشأ عند تخصيص معنى المعايير، ووزن المعايير في حالات النزاعات والاشكاليات.

يقول الدكتور جيفري كان، في مقالاته على الإنترنت لسلسلة CNN's Ethics (www.cnn.com/HEALTH/bioethics/) Matter أن العيوب في توزيع الأعضاء تأتي من ندرة الأعضاء المانحة.

يقول كان إنه إذا كان الأمريكيون يرغبون في دعم زراعة الأعضاء كإجراء طبي، فيجب أن يكونوا حساسين لحقيقة أن السياسة والتحيزات من المحتمل أن تدخل في أي نظام توزيع حتى يتوفر ما يكفي من الأعضاء للتوزيع: "يجب أن تستهدف السياسات كل ما يزيد التبرع بالأعضاء، وكذلك إنشاء نظام يوزعهم بأكثر الطرق عدالة. "

لا يؤمن الجميع بالحاجة إلى زيادة عدد عمليات زرع الأعضاء .
هناك من يعتقد أن زرع الأعضاء يشجع على نحو غير ملائم في طبابة المجتمع . في الواقع، يشير أحد مواقع الإنترنت على الإنترنت إلى أن عمليات زرع الأعضاء هي مجرد طريقة واحدة يحاول بها مواطنو الولايات المتحدة تجاوز الموت .

وجهة نظر ثانية

هي أن الأسئلة التي تزيد من ممارسة زرع الأعضاء تعتمد على افتراض أن موارد الرعاية الصحية نادرة وأن عمليات زرع الأعضاء مكلفة .
تشمل الأسئلة التي يطرحها ذلك :

ما هي القيمة الاجتماعية لزراعة الأعضاء ؟

وهل تحول الأموال من أشكال ضرورية أخرى من الرعاية الطبية ؟

أخيراً، أشارت مقالة حديثة إلى أنه لم يتم إجراء أبحاث كافية على نتائج الزرع السيئة .

يقترح المؤلفون أن مرضى الزرع غير الناجحين لا يزالون يتلقون معالجة عنيفة قاسية رغم أنهم يجب أن يتلقوا علاجاً أكثر رعاية وشمولية .

14-11-1- مسائل أخلاقية حول نقص الأعضاء

الأعضاء القابلة للزراعة نادرة . مع العلم أن عدد الأشخاص الذين يحتاجون للأعضاء أكبر من عدد الأعضاء المتاحين .

كيف تجيب على الأسئلة التالية؟؟؟

هل تعتمد إجاباتك على اعتقاد المساواة في الوصول أو الحد الأقصى من توزيع الفوائد؟؟؟

1. هل يجب على الشخص الذي تلقى عملية زرع عضو واحدة إجراء عملية زرع

ثانية؟ أو هل يجب إعطاء الأشخاص الذين لم يجروا عملية زرع أولوية على

أولئك الذين أجروا عملية بالفعل؟

2. هل يجب إعطاء فرصة لعملية زرع الأعضاء للأشخاص الذين أحدثت خيارات حياتهم (التدخين، شرب الكحول، تعاطي المخدرات، السمّنة، إلخ) ضرراً لأعضاءهم؟
3. هل يجب إعطاء الأفراد الانتحاريين زرع عضو؟ ماذا لو حاولوا الانتحار في الماضي لكنهم لا يفكرون حالياً في الانتحار؟
4. هل يجب إعطاء الأفضلية للأشخاص الذين لديهم أطفال صغار إجراء عملية زرع عضو على الشخص العزب؟ على شخص مسن؟ حتى هل هناك أهمية للعمر وما إذا كان الشخص لديه أطفال؟
5. هل يجب تجاوز الأشخاص الذين لا يستطيعون تحمل تكلفة الأدوية المضادة للرفض لعملية الزرع؟ هل يجب السماح للأشخاص الذين ليس لديهم تأمين ولا يستطيعون دفع ثمن عملية زرع بالذهاب إلى قائمة الانتظار الوطنية؟
6. هل يجب أن يتلقى السجناء المدانون عمليات زرع الأعضاء؟ ماذا لو كانوا يقضون عقوبة السجن المؤبد بدون إفراج مشروط؟

14-11-2- القضايا الأخلاقية: الأعضاء الممنوحة (المعطي أو المانح)

إحدى الطرق لتجنب المشاكل الأخلاقية المرتبطة بنقص الأعضاء القابلة للزرع هي زيادة عدد الأعضاء المانحة. ومع ذلك، تكثر المخاوف من أن سياسات تعظيم تبرعات الأعضاء يمكن أن تذهب أبعد من اللازم - مما يؤدي إلى زراعة الأعضاء أو إعلانات الوفاة المبكرة من أجل حصاد الأعضاء. يتفق الكثير من الناس، إن لم يكن معظمهم، على أن أخذ الأعضاء من أي مصدر هو ممارسة مبررة ضمن الحدود الأخلاقية المقبولة. وينتج الجدل عن عدم القدرة على تحديد مكان هذه الحدود بالضبط فقد يكون لكل شخص أفكاره الفريدة حول الحدود التي يرغب رؤيتها فيما يتعلق بالمصادر الثلاثة التالية للأعضاء القابلة للزرع:

a. الجهات المانحة للجثث (المعطي المتوفي) Cadaveric Donor

b. والجهات المانحة الحية (المعطي الحي) Living Donor

c. ومصادر الأعضاء البديلة Alternative organ sources .

14-11-3- مواصفات الجثة المانحة (المتوفي المعطي) Cadaveric

Donor

التبرع بالأعضاء من الجثث

موافقة الشخص قبل وفاته:

في الوقت الحالي، بمجرد وفاة الشخص، يمكن التبرع بأعضائه إذا وافق الشخص على ذلك قبل وفاته. تتم موافقة الشخص على التبرع بأعضائه وهو على قيد الحياة، ويظهر ذلك بموجب رخصة قيادة السيارة أو في توجيهه مسبق منه.

يعتبر الشخص ميتاً بمجرد توقف التنفس والقلب عن الخفقان أو توقف وظائف جذع المخ (تسمى موت الدماغ).

بعد الموت، يتم أخذ الأعضاء من جسم الشخص المتوفى. إذا كان ذلك ممكناً، يمكن إبقاء الشخص المتوفى على دعم الحياة والمنفسة بمجرد وفاته حتى يمكن أخذ الأعضاء، من أجل الحفاظ على الأعضاء حتى يتم إزالتها.

إذا كانت رغبات المتوفى بأعضاء المتوفى غير معروفة، سيتصل المستشفى أو الطبيب أو منظمة تأمين الأعضاء بأحد أفراد العائلة للحصول على موافقة لإزالة الأعضاء. ويتم تحديد أفراد الأسرة الذين لديهم السلطة للقيام بذلك بشكل عام من خلال هذا التسلسل الهرمي:

• الزوج. إذا لم يكن هناك زوج، ثم...

• طفل بالغ. إذا لم يكن هناك أطفال كبار، ثم...

• الأبوين. إذا لم يكن هناك آباء، فعندئذ...

• الأخوة الكبار. إذا لم يكن هناك أشقاء، فعندئذ...

• الوصي القانوني.

يمكن لمُتبرع جثث واحد توفير الأعضاء لعدة أشخاص مختلفين. قد تعتمد الأعضاء والأنسجة التي يمكن استعادتها على سبب الوفاة أو تلف العضو. ولكن عادةً ما يمكن

استرداد العديد من الأعضاء من جثة واحدة. في عام 2002 تم انتشار أكثر من 22000 عضو من 6182 متبرع جث في أمريكا.

14-11-4- توجد خمس استراتيجيات لزيادة تبرعات الأعضاء الجث

نظرا لأن التبرع من الجث يمكن أن يوفر العديد من الأعضاء، فمن الطبيعي أن يتم النظر من خلاله في زيادة عدد الأعضاء المتاحة. وقد واجهت الجهود المبذولة لزيادة عدد الجهات المانحة للجث الكثير من الجدل والاختلافات.

هناك خمسة استراتيجيات أساسية قيد النظر حاليا للمستقبل.

استراتيجية زيادة أعضاء الجث: بالتعليم تركز الجهود التعليمية على تعليم وتنقيف الأشخاص والعائلات لتشجيعهم على منح الموافقة للتبرع ومنح الأعضاء بعد الوفاة بحيث يتم تعميم المسؤولية الاجتماعية وفكرة "هدية الحياة" من قبل منظمات التبرع وجمع الاعضاء من الجث.

استراتيجية زيادة أعضاء الجث: بالاختيار الإلزامي يتعين على كل شخص أن يشير إلى رغباته بالتبرع فيما يتعلق بزراعة الأعضاء مثلا على نماذج ضريبة الدخل أو رخص القيادة. وعندما يموت شخص ما، فيجب أن يلتزم المستشفى برغباته المكتوبة بغض النظر عن رغبات عائلته. الجانب الإيجابي لهذه الاستراتيجية هو أنها تفرض بقوة مفهوم الاستقلالية للمتبرع بالأعضاء. تتطلب سياسة الاختيار الإلزامية مستوى هائلا من الثقة في النظام الطبي. يجب أن يكون الناس قادرين على الثقة في مقدمي الرعاية الصحية لرعايتهم بغض النظر عن ما يرغبون في التبرع به.

وجدت دراسة استقصائية أجريت عام 2001 على 600 فرد من أفراد العائلة ممن لديهم خبرة في التبرع بأعضاء من أحبائهم المتوفين، أن حوالي 25 ٪ من المستجيبين سيكونون قلقين من أن الطبيب لن يفعل الكثير لإنقاذ حياة أحبائهم إذا علموا أنهم على استعداد للتبرع بأعضائهم.

تم اختبار سياسة اختيار إلزامية في تكساس خلال التسعينيات. عندما أُجبروا على الاختيار، اختار ما يقرب من 80% من الناس عدم التبرع بالأعضاء، ومنذ ذلك الحين، تم إلغاء القانون الذي ينص على الاختيار الإلزامي لتكساس استراتيجية زيادة أعضاء الجثث: بالموافقة المفترضة ان تامين الأعضاء بهذه الطريقة هي في الواقع سياسة العديد من الدول الأوروبية. في البلدان التي تفرض هذه الموافقة، يتم أخذ أعضاء من مواطنيها بعد وفاتهم، ما لم يطلب الشخص على وجه التحديد عدم التبرع أثناء العيش فلا تؤخذ منه. ومن يختاروا عدم التبرع بالأعضاء غالبا ما يكون ذلك لأسباب دينية وثقافية.

استراتيجية لزيادة أعضاء الجثث: بالحوافز تتخذ الحوافز أشكالاً عديدة. بعض من استراتيجيات الحوافز الأكثر مناقشة هي:

- a. تقديم المساعدة لأسر المتبرع بتكاليف الجنازة
- b. تبرع لجمعية خيرية باسم المتوفى إذا تم التبرع بالأعضاء
- c. تقديم حوافز الاعتراف والامتنان مثل لوحة أو نصب تذكاري
- d. تقديم حوافز مالية أو دفع إحدى الحوافز الأكثر جدلاً ستعطي العائلات المتبرعة مساعدة في دفن أو دفن الجنازة لأحبائهم.

يدعم أغلبية أعضاء الجمعية الأمريكية لجراحي الزرع اجراءات الجنازة أو تبرع لمنظمة خيرية كاستراتيجية لزيادة التبرع. يفضل الكثير من الناس التبرع الخيري أو الاعتراف بالمتبرعين كحافز للتبرع بالأعضاء.

يعتقد بعض علماء الأخلاق أن العديد من الحوافز المذكورة أعلا، على الرغم من عدم ارتباطها مباشرة بالأموال النقدية، لا تزال قسرية وغير عادلة.

5. استراتيجية زيادة أعضاء الجثث: بالسجناء

تكون الأعضاء المأخوذة من السجناء الذين حكم عليهم بالقتل أو بالإعدام. إحدى الحجج المؤيدة لأخذ أعضاء من السجناء اذين يقتلون، هي أن الإعدام بحد ذاته غير سليم من الناحية الأخلاقية وليس إزالة الأعضاء؟.

في الواقع، في ظل النقص الحاد في الأعضاء، يمكن لبعض علماء الأخلاق تقديم حجة مفادها أن عدم استخدام الأعضاء للزرع هو تبذير. طرح جون روبرتسون، في مقال

عام 1999، الحجة القائلة بأن الحصول على الأعضاء من السجناء المدانين مسموح به إذا وافق السجن أو أقرب أقربائهم على التبرع، طالما أن التبرع بالأعضاء ليس الوسائل التي يقتل بها السجن لأن ذلك ينتهك مبدأ ضرورة وفاة متبرع الجثث قبل التبرع. وأخيراً، يمكن أن يجادل البعض بأن استرداد الأعضاء من السجناء الذين أعدموا لا يمكن تبريره أخلاقياً إلا إذا كانت هناك ممارسة تبرع "موافقة مفترضة". يعتبر العديد من علماء الأخلاق الحيوية، إن لم يكن معظمهم، أن أخذ أعضاء من السجناء المدانين ممارسة مرفوضة أخلاقياً.

14-11-5- التبرع بالأعضاء الحية (من الأحياء)

قد يبحث الشخص المصاب بتلف في الأعضاء أو فشل العضو عن متبرع حي للتبرع بأحد الأعضاء، مما يسمح للمريض بتجاوز قائمة الانتظار الوطنية للحصول على عضو جثث.

وفقاً لـ UNOS، هناك عدد من الفوائد للتبرع الحي، للمتبرع والمريض على حد سواء:

يمكن ترتيب التبرع مسبقاً، مما يسمح للمريض ببدا تناول الأدوية المضادة للرفض مقدماً، وبالتالي زيادة فرص النجاح غالباً ما يكون هناك تطابقات أفضل بين المتبرعين والمتلقين مع التبرع الحي، لأن العديد من المتبرعين مرتبطون وراثياً بالمتلقي الفوائد النفسية لكل من المتبرعين والمتلقين لا يشجع الجميع ممارسة التبرع الحي لجميع الناس. قد تشمل بعض المساوئ أن تصبح متبرعاً حياً ما يلي:

العواقب الصحية: الألم، وعدم الراحة، والعدوى، والنزيف، والإمكانيات المضاعفات الصحية المستقبلية كلها ممكنة العواقب النفسية: ضغط الأسرة أو الذنب أو الاستياء الضغط: قد يشعر أفراد الأسرة بالضغط للتبرع عندما يكون لديهم فرد مريض من العائلة أو شخص محبوب

لايوجد داعم للمتبرع: في حين أن المرضى لديهم داعمين، مثل جراح الزرع أو الفريق الطبي (الذين هم هناك لتقديم المشورة للمريض والعمل في صالح مصلحته/مصلحتها).

يجادل عدد قليل من المهنيين الطبيين والأخلاقيين بأن التبرع الحي غير مناسب تحت أي ظرف من الظروف، ولا ينبغي تثبيطه فقط ولكن التخلي عنه بسبب المخاطر والأخطار المرتبطة بالتبرع بالأعضاء.

14-11-6- شراء وبيع الاعضاء:

ان دفع الناس للتبرع بكلهم هو واحد من أكثر القضايا الأخلاقية المثيرة للجدل التي يتم مناقشتها في الوقت الحالي. وتشمل الحجج الأكثر شيوعاً ضد هذه الممارسة ما يلي:

تعريض سلامة المتبرعين للمخاطر

نداء غير عادل من الحوافز المالية للمحرومين اقتصادياً

تحويل الجسم إلى أداة لكسب المال

سيكون الأثرياء قادرين على الوصول بسهولة أكبر (عدم العدالة)

هناك عدد قليل من الحوافز غير المالية المتاحة كخيارات لزيادة التبرع الحي، مثل الإجازة الطبية أو التأمين الخاص للمتبرعين الأحياء. قد تزداد شعبية فكرة الحوافز غير المالية كوسيلة لتشجيع الناس على التبرع بالأعضاء.

علماء الأخلاقيات الحيوية مؤخراً:

يجادل معظم الخبراء بأن شراء وبيع الأعضاء البشرية هو ممارسة غير أخلاقية وغير محترمة. يجادل الاعتراض الأخلاقي الذي يُثار في أغلب الأحيان بأن بيع الأعضاء سيجذب المحرومين اجتماعياً واقتصادياً (الناس الفقراء، غير المتعلمين، الذين يعيشون في منطقة مكتظة، إلخ.) وستضغط هذه الجماعات بشكل غير عادل لبيع أعضائها بوعدها المال. هذه الضغوط قد تؤدي أيضاً إلى تجاهل الناس العوائق المحتملة لصالح الحوافز النقدية. لاتسمح سياسة الولايات المتحدة الحالية ببيع الأعضاء البشرية. فقد حظر قانون زراعة الأعضاء الوطني الأمريكي لعام 1984 مثل هذه الممارسة. في عام 2002، نشرت مقالة حول آثار عروض الدفع مقابل الكلى في الهند

في مجلة الجمعية الطبية الأمريكية. حيث كشفت النتائج بعض البيانات المثيرة للاهتمام: 96% من الناس باعوا كليتيهم لسداد الديون. 74% من الأشخاص الذين باعوا كليتيهم لا يزال لديهم ديون بعد 6 سنوات. أفاد 86% من الأشخاص عن تدهور وضعهم الصحي بعد التبرع. 79% لا يوصون للآخرين ببيع كليتهم. إن الحجج التي تفضل شراء وبيع الأعضاء البشرية نادرة، لكن القليل منها موجود.

14-11-7- المصادر البديلة للأعضاء Alternative organ sources

مع حالة التناقض بين المتبرعين بالأعضاء والأشخاص الذين ينتظرون عملية زرع الأعضاء، بدأ الباحثون والمدافعون عن التفكير في التبرع غير التقليدي. بعض المصادر غير التقليدية المحتملة للأعضاء هي:

1. الحيوانات الحية - الحيوانات هي مصدر محتمل للأعضاء المتبرع بها. حظيت التجارب مع قلوب البابون وزرع كبد الخنزير باهتمام إعلامي واسع في الماضي. إحدى الحجج التحذيرية في معارضة استخدام الأعضاء الحيوانية تتعلق بإمكانية نقل البكتيريا والفيروسات الحيوانية إلى البشر.
2. الأعضاء الاصطناعية - الأعضاء الاصطناعية هي خيار محتمل آخر. غالباً ما تعود القضايا الأخلاقية المتعلقة بالأعضاء الاصطناعية إلى الأسئلة حول تكلفة وفعالية الأعضاء الاصطناعية.
3. الخلايا الجذعية - الخلايا الجذعية هي خلايا يمكن أن تتخصص في العديد من الخلايا المختلفة الموجودة في جسم الإنسان. يأمل الباحثون أن تتمكن الخلايا الجذعية في يوم من الأيام من زراعة أعضاء كاملة، أو على الأقل مجموعات من الخلايا المتخصصة. وقد ركزت الاعتراضات الأخلاقية المتعلقة بالخلايا الجذعية بشكل أساسي على مصدرها. بينما يمكن العثور على الخلايا الجذعية في جسم الإنسان البالغ، على ما يبدو تأتي معظم الخلايا الجذعية القوية من الخلايا القليلة الأولى للجنين البشري. عندما تتم إزالة الخلايا الجذعية، يتم تدمير الجنين. يجد بعض الناس أن هذه الممارسة مرفوضة

أخلاقياً ويودون التوقف عن البحث والإجراءات الطبية التي تدمر الأجنة البشرية في هذه العملية.

4. **الأجنة المجهضة** - الأجنة المجهضة هي مصدر مقترح للأعضاء. تتناول المناقشات ما إذا كان من المناسب أخلاقياً استخدام أعضاء من جنين تم إجهاضه في وقت متأخر من الحمل لزرع قد ينقذ حياة شخص آخر رضيع. يعتقد الكثير من الناس أن هذه الممارسة تتغاضى عن عمليات الإجهاض في وقت متأخر، والتي يعتبرها بعض الأفراد والجماعات مرفوضة أخلاقياً. يأتي اعتراض من الأشخاص الذين يخشون من أن تشجيع استخدام أعضاء الجنين المجهضة من شأنه أن يشجع "زراعة الأعضاء"، أو ممارسة حمل طفل بقصد إجهاضه لأعضائه

تتمثل صفات المتوفي المعطي الأفضل فيما يلي:

- (1) أن تكون الوفاة مثبتة بوفاة جذع الدماغ في وحدة العناية المشددة.
- (2) أن يكون عمر الرجل أقل من 35 و عمر السيدة أقل من 40 سنة.
- (3) أن لا يكون هناك قصة آفات قلبية عضوية لدى المعطي.

المخاوف الأخلاقية

❖ الإجراءات التنظيمية لعمليات زراعة الأعضاء

❖ كيفية توزيع الأعضاء

❖ يُعنى الجانب الأخلاقي للموضوع أساساً بكل من:

➤ جهة الحصول على العضو.

➤ وطريقة الحصول عليه لإجراء عملية زراعة الأعضاء.

➤ فضلاً عن مفهوم العدالة التوزيعية.

❖ تشير منظمة الصحة العالمية إلى أن عمليات زراعة الأعضاء تؤدي إلى

الارتقاء بالمستوى الصحي بوجه عام، ولكن مفهوم "سياحة زراعة الأعضاء" قد

يؤدي إلى انتهاك حقوق الإنسان أو استغلال الفقراء، وحدوث تداعيات صحية

غير محسوبة العواقب، فضلاً عن عدم تكافؤ فرص الحصول على خدمات

زراعة الأعضاء، مما قد يسبب أضراراً في نهاية الأمر.

❧ بغض النظر عن أن عمليات زراعة الأعضاء تعد بمثابة "قبلة الحياة": بالنسبة للمواطنين القاطنين في الدول النامية، إلا أنها قد تتم بشكل قسري، ويمكن أن يُعتبر الإكراه تصرفاً استغلالياً للمواطنين الفقراء، مما يعد انتهاكاً لحقوق الإنسان الأساسية وفقاً للمادتين الثالثة والرابعة من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان.

❧ وهناك تخوف في الدول المتقدمة كذلك من أن تؤدي حمى زيادة المعروض من الأعضاء البشرية إلى التغاضي عن احترام الحق في الحياة.

❧ وقد تتعقد المسألة أكثر إذا ما تأملنا حقيقة أنه لا يمكن تحديد معيار ثابت لتعريف الموت القانوني، بل إنه قد يتغير بسهولة في ظل التطورات التكنولوجية المتلاحقة.



الفصل الخامس عشر

الأخلاقيات الطبية في نهاية الحياة

والموت الرحيم والإنعاش والعناية الطبية المُشددة

Medical Ethics of end of life & Authonasia

& Rerusitation & Intinssive Care Units (ICU)

- من التحديات الحقيقية في آداب الطب هي التي تحدث في نهاية الحياة.
- والأطباء بحكم عملهم الطبي يواجهون هذه الحادثة ويعملون إما على تأخيرها أو تسهيل حدوثها لجعلها إنسانية قدر الإمكان.
- وتتميز المشاكل الأخلاقية المرتبطة بهذا الموضوع بحساسيتها.
- ليس هناك تعريف واضح للموت، فالبعض يقول إنه توقّف القلب أو الدماغ أو التنفس، والبعض يقول إنه خروج الروح، لكن عملياً ما يهمنا كأطباء هو ما نراه على أرض الواقع في غرف العناية.
- وقد قُسم الموت طبياً إلى 3 أنواع هي:

1. الموت الدماغي cerebral death.

2. الموت السريري clinical death.

3. الموت الخلوي أو الحيوي Biological death.

الموت السريري clinical death:

يُعرف الموت السريري بعلاماته التي هي توقّف فعاليات الوظائف الحيوية: للقلب والتنفس والجهاز العصبي معاً لمدة تزيد عن خمس دقائق وبشكل غير عكوس irreversible.

فنقول إن المريض قد مات موتاً سريرياً إذا اجتمع توقف القلب والدماغ والتنفس معاً لمدة 5 دقائق، وذلك بشكل غير قابل للعكس.

إذا جَرَّبنا الإنعاش القلبي بالصدمة الكهربائية للمريض الميت سريراً لن يعود قلبه إلى ضخ الدم، وإذا حَرَّضنا تنفسه بطرق عديدة لن يتنفس

الموت الدماغى cerebral death:

يُحصل الموت الدماغى قبل الموت السريرى، وهو عبارة عن موت خلايا جذع الدماغ نتيجة توقف التروية الدموية عنها لمدة تزيد عن خمس دقائق. في الموت الدماغى لم يمض بعد القلب والتنفس وبقية الأعضاء خلواً، إذ أن توقّف القلب عن العمل لا يعنى موت خلاياه.

الموت الخلوى أو الحيوى (البيولوجى): biological death

كما في توقّف أجهزة الاستقلاب عن العمل (توقّف جهاز كولجى، وظائف الغشاء الخلوى...).

لذلك لا يعرف أحد ما الموت بشكل دقيق، فإذا مات الشخص هل تموت نواة خلية؟ هل تموت الـDNA؟

بالموت تموت أشكال الحياة التى نعرفها ولكن ثمة أشكال لا نعرفها.

في حالة الموت السريرى نعطي شهادة وفاة أما في الدماغى فلا نعطي.

وستتم مقارنة مواضيع اخلاقيات نهاية الحياة والموت والإنعاش والعناية الطبية

المشددة بتطبيق المبادئ الأساسية الأربعة في الأخلاقيات الطبية التى هي:

1. احترام الاستقلالية الذاتية Autonomy

2. تغليب المنفعة (الإحسان) Beneficence

3. تجنب الضرر Nonmaleficence

4. العدالة Fairness

15-1- الموت الرحيم Euthanasia

Euthanasia هي كلمة إغريقية وتعني بالإنكليزية good death. وهي تعني

اليوم تسهيل موت المريض الميؤوس من شفائه بتدخل من الأطباء بشكل فاعل أو منفعل بناءً على طلب مقدم منه أو من عائلته أو من طبيبه المعالج.

وهو تسهيل الموت وتعجيله لحالات مرضية شديدة وحرجة بحيث يكون أمل الشفاء أو التحسن فيها ضعيفاً جداً (كالسرطانات والتصلب العصيدي والأمراض المناعية...).

أهم الأمراض التي يتم فيها اتخاذ قرار الموت الرحيم هي:
أمراض السرطانات المتقدمة.

والغيبوبة الناتجة عن أمراض الدماغ والكبد والأورام.

وأمراض الشلل بأنواعها وخصوصاً الشلل التام.

وبعض الإصابات الناتجة عن حوادث خطيرة.

وحالات الآلام التي لا تحتل.

عندما يصل المريض إلى مرحلة صحية متدنية قد يطلب بنفسه أو يطلب من حوله إنهاء حياته.

يتم تنفيذ تسهيل الموت وتعجيله بمساعدة وتدخل الجهاز الطبي.. ويكون ذلك التدخل:

15-1-1- تسهيل الموت بشكل فاعل: Active

- يكون عن طريق إعطاء المريض عقاقير دوائية
- أو مركبات تُسهل الموت لديه وتزيد خطورة حالته فتؤدي بحياته.

15-1-2- تسهيل الموت بشكل مُنفعِل Passive:

1. إيقاف العون الطبي: كنزع المنفسة عن مريض يحتاجها، أو إيقاف إعطاء الأدرينالين لمريض القلب.
2. إيقاف المساندة الطبية للمريض: عدم مراقبة وضع المريض، وتجاهل جهاز الإنذار الموجود في غرفته.
3. إهمال حالته طبيًا: عدم معالجة الخراجات لدى المريض فيدخل في صدمة إنتانية أو عدم تقديم الدفء والطعام لطفل رضيع.

أسئلة مطروحة:

وجهة النظر التي تدعم القتل الرحيم:

ما هي الحجج؟

من يجب أن يقوم بذلك؟

هل يجب أخذ موافقة؟

هل يجب وضع قوانين خاصة؟ (تسهل عمل الأطباء بهذا المضمار، تخفف

التبعات القانونية)

هل تفضل طريقة ما لذلك؟

أو وجهة النظر التي تعارض القتل الرحيم.

ما هي الحجج؟

هل هناك استثناءات؟

هل توافق على المساعدة الطبية في الانتحار؟

ما هو رأيك بالإنعاش القلبي الرئوي لمريض ميؤوس من شفائه؟

15-1-3- الأخلاقيات المرتبطة بالموت

• القتل الرحيم.

➤ إرادي أو غير إرادي.

➤ فاعل أو منفعل.

• مبدأ الفعل المزدوج.

• النية والقصد.

• العلاج المجدي وغير المجدي.

• الامتناع عن العلاج ووقف العلاج.

• الرغبات والأمانى السابقة المرتبطة بحياة الشخص.

• المساعدة الطبية في الانتحار.

• عدم القيام بالإنعاش القلبي الرئوي.

• الرعاية التلطيفية.

- التهدة حتى درجة فقدان الوعي.

15-1-4- أشكال القتل الرحيم

من أشكال القتل الرحيم:

☛ القتل الرحيم الإرادي. Voluntary euthanasia.

☛ القتل الرحيم غير الإرادي. Involuntary euthanasia.

ويمكن أن نقسم القتل الرحيم لشكلين هما:

☛ الشكل الفاعل Active.

☛ الشكل المنفعل. Passive.

15-1-4-1- القتل الرحيم الإرادي Voluntary euthanasia

○ هي التي تكون بطلب من المريض الكامل الأهلية والحاصل على المعلومات

المرتبطة بوضعه الصحي بشكل جيد، وتكون في مصلحة المريض.

○ لذا تشترط الأمور التالية:

☛ أن يكون المريض بكامل الأهلية.

☛ أن تكون بعد حصوله على المعلومات المناسبة عن وضعه الصحي.

☛ أن يكون في مصلحة المريض.

☛ أن تكون بناء على موافقة مستنيرة منه.

☛ أو أن تكون متناسبة مع توجهات سابقة صرح بها عندما كان بكامل الأهلية.

15-1-4-2- القتل الرحيم غير الإرادي Involuntary euthanasia

○ هي حالة القتل الرحيم دون أخذ موافقة المريض ذو الأهلية أو القتل الرحيم لمريض

غير ذو أهلية (كحالة مريض السبات).

كما في حال المرضى الذين لا يستطيعون اتخاذ القرار ويوجد من يقرر عنهم مثل:

الأطفال، مرضى الغيبوبة، المرضى الغير مؤهلين عقلياً.

○ لذا تشترط الأمور التالية:

☛ أن يكون المريض فاقد الوعي.

✎ أو أن يكون فاقد الأهلية لإعطاء رغبة واضحة فيما يخص هذا الأمر .

✎ أو أن يكون هذا الإجراء دون موافقة مستنيرة منه.

- الشكل الفاعل Active:

○ و هي تعني القيام بقتل المريض بالقيام وبشكل مقصود بإجراءات فاعلة تؤدي لوفاته.

○ كإعطاء المريض جرعة قاتلة من دواء ما أو من مركبات تسهل وفاته.

- الشكل المنفعل Passive

○ وهي تعني السماح للمريض بالموت:

✎ إما بالامتناع عن تقديم المعالجة التي ستتخذ حياة المريض withholding كعدم

تطبيق الإنعاش Do Not Resuscitate Orders DNROs لمريض بحالة

سبات PVS ومصاب بالسرطان في مراحله النهائية.

✎ أو بإيقاف الوسائل الغير مجدية في العلاج والتي هي سبب في استمرار الحياة

كفصل مريض سرطان في مراحله المتقدمة عن المنفسة withdrawing.

15-1-5- أخلاقيات القتل الرحيم

+ الهدف من الممارسة الطبية الجيدة هي العمل على تخفيف آلام ومعاناة المريض

مع أقل ما يمكن أن يسببه ذلك من أذى للمريض.

+ أي ليس على الطبيب إطالة عمر المريض بأي ثمن كان.

+ ومن هنا فإن الامتناع عن تقديم المعالجة أو سحب المعالجة هي في مصلحة

المريض دون أن تسبب الأذى له، على أن تكون موافقته مأخوذة بعين الاعتبار .

لنناقش النمطين المنفعلين....

الامتناع عن تقديم المعالجة Withholding:

الامتناع عن تقديم المعالجة يتم تبريره:

✎ بعدم جدوى هذه المعالجة.

✎ وإطالة غير ضرورية للألم.

ولا يجب أن تتم إلا بموافقة مستتيرة من المريض أو الوصي أو أحد أفراد العائلة أو بشكل رسمي عن طريق إدارة المؤسسة الصحية.

وإلا يمكن أن يسبب عدم التقيد بذلك إلى:

✍ اعتبار الحالة غير قانونية وتعرض القائم بها للمساءلة.

✍ إمكانية حدوث سوء الممارسة من قبل بعض الأطراف.

إيقاف الوسائل الغير مجدية في العلاج: Withdrawing:

سحب المعالجة التي تم البدء بها بحجة أنها غير ضرورية وتسبب استمرار العذاب والألم للمريض الميؤوس من شفائه هو أصعب بكثير من الامتناع عن تقديم هذه المعالجة منذ البداية.

✍ كسحب أنبوب التغذية عن مريض مسبوت بعد تطبيقه.

ويجب عدم القيام بذلك إلا بوجود قرار محكمة.

التمييز بين الشكل الفاعل والمنفعل

التمييز التام بين الشكل الفاعل والمنفعل للقتل الرحيم صعب في بعض الحالات.

فمثلاً سحب دعائم الحياة الأساسية كالغذاء والماء:

✍ هو شكل فاعل لتسهيل الموت.

✍ ولكن يمكن اعتبار ذلك شكلاً منفعلاً إذا تم تامينهم لكن عدم اعطائهم فذلك

يؤدي لتسريع الوفاة.

الفعل ذو التأثير المزدوج Doctrine of the double effect

• مبدأ الفعل ذو التأثير المزدوج:

• هنا يكون التأثير الناتج متوقع ولكن ليس هو الغاية من تطبيق الفعل.

• وفي حالة القتل الرحيم فإن الطبيب يريد صالح المريض بهذا الإجراء حتى لو كان

المتوقع من هذا الإجراء هو تقصير حياة المريض.

• كي يتم قبول القيام بالفعل ذو التأثير المزدوج يجب أن يحقق الشروط التالية:

✍ أن يكون الفعل بحد ذاته جيد أو أنه غير مؤذي.

✍ أن يكون الهدف من إعطائه للمريض هو الوصول إلى التأثير الجيد له.

✍ و أن يكون تأثيره الجيد ليس بنتيجة تأثيره السيء.

✍ وأن يكون هناك أسباب جيدة كافية لتعليل قبول الفعل رغم ظهور النتائج السيئة.
مثال: المورفين مثلاً مسكن جيد للألم ولكن يسبب قصر العمر وتطبيقه لمريض السرطان بمراحله النهائية هو شكل للفعل ذو التأثير المزدوج.

– النوايا Intentions

- يرتبط القتل الرحيم بالنية.
- وبحسب قانون معظم الدول فإن القتل الرحيم هو جريمة يخالف عليها القانون وتختلف العقوبة من دولة لأخرى.

– Do Not Resuscitate Orders (DNROs)

- هو الامتناع عن تقديم الإنعاش القلبي الرئوي للمريض الميؤوس من شفائه.
- وباعتباره إجراء طبي لإنقاذ حياة المريض فالامتناع عن تقديمه يتم فقط في الحالات التالية:

- ✍ أن لا يكون الإنعاش في مجال مصلحة المريض العليا لأن المحافظة على حياة المريض قد تكون بشروط صحية سيئة وقد تكون أسوء من الوفاة بالنسبة له.
- ✍ أو أن يكون من المعروف مسبقاً أن الإنعاش غير مجدي.
- ✍ أن يكون الإنعاش مخالف للرغبة الصريحة المريض الكامل الأهلية بعدم رغبته بهذا الإجراء.
- ✍ أو أن يكون الإنعاش مخالف لتصرّحات المريض السابقة وهو بكامل الأهلية الراضية لهذا الإجراء.
- ✍ في سورية لايسمح بهذا الاجراء وهو ان تم مخالف للقانون ويعتبر تسهيلا للموت وجريمة يحاسب عليها قانونا.

– المساعدة الطبية في الانتحار (PAS) Physician-assisted suicide

- هي مخالفة للقانون في سورية لايجب القيام بها
- هي مساعدة شخص ما بإنهاء حياته بناء على رغبته، ويختلف تصنيف المساعدة المقدمة حسب قوانين كل بلد.
- أما المساعدة الطبية على الانتحار فعليها خلاف من الناحية الأخلاقية للأسباب التالية:

- ✦ لأن القيام بذلك مخالف للقسم الطبي ولأخلاقيات المهنة.
- ✦ كما أنه يؤدي لخلل العلاقة بين الطبيب والمريض.
- ✦ قد يسبب تطبيقات غير أخلاقية للقتل الرحيم (القتل الرحيم غير الإرادي لدى المجموعات غير الكاملة الأهلية).
- أما فريق آخر فيعتبر الجهاز الطبي هو الأقدر على المساعدة بسبب المعلومات التي يملكها.
- في بريطانيا في الوقت الحالي فإن مساعدة الطبيب لمريضه في تنفيذ عملية الإنتحار تعد غير قانونية ويعاقب عليها القانون.
- التوجهات المسبقة أو وصايا المعيشة **Advance directives or living wills**
- لا تعتبر التوجهات المسبقة للمريض فيما يخص حياته بالأمر الذي يتم الأخذ به في معظم الدول.
- وستعان بها لمعرفة رغبة المريض وأمانيه حتى في المراحل من حياته التي هو لم يعد قادر على التعبير فيها عن رغباته بشكل واضح:
- ✦ ليس لها قوة قانونية.
- ✦ ولكن يتم الاستئارة بها.
- يمكن أن تكون مكتوبة.
- وتظهر رأيه فيما يخص حالته الصحية والعلاجات الممكنة والإنعاش القلبي الرئوي: فقد يرفض إبقاءه على قيد الحياة:
- عن طريق التغذية بأنبوب أنفي معدي في حالات السبات.
- بإعطائه معالجات غير مفيدة تسبب إطالة مراحل عذابه.
- أو بإنعاشه.
- أي أنها تحمي حق المريض برفض معالجة ما كان قد عبر عنها سابقاً وهو حالياً بحالة لم يعد معها قادر على إعطاء موافقته المستتيرة على تطبيق هذه المعالجة أو رفضها.

- المشكلة الأساس والسلبيات في هذا الشكل من وضع التصورات المسبقة لخيارات الحياة للمرضى هي:

صعوبة قبول أو رفض كل ما هو موجود من احتمالات العلاج لأنه:

من الصعب أن يعرف الإنسان مسبقاً كيف ستنتهي حياته.

كما لا يمكن معرفة شعوره مسبقاً في مثل هذه اللحظات.

وكما قد تتغير اعتقاداته مع الزمن أحياناً.

أي أنه من الصعب وضع قرارات مسبقة تتعلق بحياتنا المستقبلية.

ويمكن القول أن التوجهات السابقة قد لا تكون مفيدة.

15-1-6- القانون والموت الرحيم The law and euthanasia

- ❖ القانون يدعم الحرية الشخصية للمريض ولكن لا يدعم الحق في قرار الموت.
- ❖ لذا لا يسمح للأطباء بالمشاركة في ذلك:
- ❖ فلا يُسمح للطبيب بإعطاء المريض جرعة دوائية قاتلة:
- ❖ حتى لو أعطى المريض موافقته المستتيرة على ذلك.
- ❖ أو كان مثل هذا الإجراء منقذاً للمريض وهو سيكون شاكراً له mercy killing.
- ❖ ويعد القتل الرحيم الفاعل مرفوض على المستوى العالمي العام وهناك تشريعات قانونية تحظر هذا النوع من القتل.
- ❖ ففي بريطانيا يسجن كل من يساعد شخصاً على قتل نفسه 14 عاماً.
- ❖ أما القانون السوري يعتبره أحد أنواع القتل القصد ويعاقب فاعله بالسجن من 15 خمس عشرة إلى 20 عشرين سنة بحسب المادة (538) من قانون العقوبات.
- ❖ في حين أنه في قانوني هولندا وأستراليا لا يعاقب الفاعل.
- ❖ القتل الرحيم من وجهة نظر الإسلام
- حياة الإنسان حرمته، ولا يجوز إهدارها إلا في المواطن التي حددها الشرع والقانون، وهذه خارج نطاق المهنة الطبية. ففي القرآن الكريم آية واضحة، يقول الله تعالى في سورة الأنعام الآية 151/1: "ولا تقتلوا النفس التي حرم الله إلا بالحق".

- لا يجوز للطبيب أن يساهم مساهمة فاعلة في إنهاء حياة المريض في الحالات التالية:

القتل العمد لمن يطلب بملء إرادته ورغبته أن ينهي حياته.

الانتحار بمساعدة الطبيب.

القتل العمد للأجنة المصابين بعاهاات خلقية قد تهدد حياتهم أو لا تهددها، أو القتل العمد للولدان المولودين بأمثال هذه الحالات و ذلك بوقف تغذيتهم.

- لا تتدرج الحالات التالية في مسمى القتل الرحيم ويجوز للطبيب القيام بها في حالات المريض الميؤوس من علاجه:

وقف العلاج الذي يثبت عدم جدواه بما في ذلك أجهزة الإنعاش.

صرف النظر عن الشروع في معالجة يقطع بعدم جدواها.

تكثيف العلاج القوي لدفع ضائقة ألمية شديدة مع العلم أن مثل هذا العلاج قد يقصر العمر.

القتل الرحيم من وجهة نظر الدين المسيحي

- فقد حُرِّمَت المسيحية القتل بدافع الشفقة فلا شيء يُعفي من العقوبة. ويؤكد الإنجيل على أن الله يهب الحياة وهو وحده من يستطيع استردادها فالقتل الرحيم في نظر الكنيسة جريمة وانتهاكاً لشريعة الله.

- ويقول القديس بولس الرسول في رسالته الأولى عن القتل أو العبث بالجسد: "ألا تعرفون أن أجسادكم هي هيكل الروح القدس الذي فيكم هبة من الله؟ فما أنتم لأنفسكم، بل الله هو اشتراككم فمجدوا الله إذاً في أجسادكم" (كورينثو 6/19-20).

15-1-7- الآراء مع وضد القتل الرحيم Arguments for and against

euthanasia

إن الحجج التي هي ضد أو مع القتل الرحيم تستند إلى وجود نزاع بين:

✍ احترام قدسية الحياة.

✍ والاهتمام الأول بنوعية الحياة.

المعارضون للموت الرحيم

- حياة الإنسان مقدسة لذاتها و مهما كانت الظروف.
- أن تحسين العناية التلطيفية بالمريض تعني عدم الحاجة للقتل الرحيم.
- إمكانية سوء استخدامه من البعض: سيما كبار السن الذين يشعرون بأنفسهم عالة على مجتمعهم و عائلاتهم.
- سوء تطبيقه من الأطباء.
- ذلك معارض لمبدأ الممارسة الطبية.

المناصرون للموت الرحيم

- حق الموت هو حق الشخص بالحكم على نوعية حياته وأهميتها له دون الأخذ بعين الاعتبار قدسية الحياة.
- من حق الشخص الموت الذي هو تلبية لمسؤوليته الشخصية عن ذاته.
- من حق الشخص أن تحقق رغبته بالموت عن طريق القتل الرحيم الذي هو الإستجابة المشكورة لأشكال الآلام الشديدة.

المعالجة التلطيفية Palliative care

- ❖ لا تتضمن واجبات الطبيب مساعدة المرضى على الانتحار، ويعد مثل هذا السلوك جريمة يعاقب عليها القانون.
- ❖ المعالجة التلطيفية تقدم كبديل:
- للمرضى الذين بطلون بالقتل الرحيم.
- و لمرضى الذين يحتاجون لرعاية غير شافية.
- ❖ المعالجة التلطيفية تقدم لهؤلاء لتخفيف المعاناة والعذاب والآلام الناجمة عن أمراضهم.
- ❖ هناك فرق بين إطالة الحياة وإطالة الموت، والمعالجة التلطيفية تسمح بوضع جسر بين الحالتين:
- حيث تقوم بتخفيف الآلام وتجعل الوفاة تحدث دون آلام أو معاناة.
- وتحرر المريض من إطالة معاناة الوفاة بعدم إعطائه معالجات غير مفيدة تسبب إطالة غير ضرورية لموته.

الموت الرحيم والموافقة المستنيرة

المعايير الثلاثة للموافقة الصالحة:

1- مُبلَّغة informed.

2- صادرة عن كفاء competent.

3- طوعية voluntary.

← أي أن ننظر لعقلانية المريض ومدى تفهمه لوضعه. واختبار عقلانيته يكون بمعرفة قدرته على (الفهم و الإدراك - التشاور - إدراكه للجيد و السيئ). حيث يجب إقناع المريض بأن حالته من الممكن أن تتحسن وعليه أن يتفهم وضعه.

إزالة أو رفع أجهزة الإنعاش الطبي الاصطناعي

⊕ إن إزالة أو رفع أجهزة الإنعاش الطبي الصناعي عن المريض لكي يموت هي حالة تسهيل موت وهي عمل طبي خاطئ ومرفوض.

⊕ حتى لو كان المرض قد اشتد فوصل إلى مستويات خطيرة ميؤوس من شفائها، قاسية على المريض وذويه فذلك ليس ميرراً لتسهيل الموت.

مرضى المراحل المتقدمة

أيضاً ماقد يحصل في بعض مرضى السرطان بمراحله المتقدمة، أو ببعض مرضى الأمراض المناعية بالمراحل المتقدمة أيضاً.. حيث يتم تسهيل الموت:

للـ بإعطاء أدوية بمقادير سمية أو قاتلة مثل: المسكنات أو المنومات أو المخدرات

للـ أو بعدم إعطاء أدوية المريض له،

للـ أو حتى بتسهيل وصول المريض إلى قتل نفسه بالانتحار.

إنهاء حياة المجموعات الضعيفة

كذلك يعتبر إنهاء حياة طفل أو وليد (مثل المواليد الناتجين عن العلاقات غير الشرعية) أو جنين مشوه أو معاق بناء على رغبة أقاربه عملاً طبياً مسهلاً للموت خاطئاً.

إن الأجنة المشوهة تُجهّز بشكل عفوي في معظم الحالات لأنها غير متوافقة مع الحياة، ولكن إذا لم يموت الجنين المشوه من تلقاء نفسه فهذا يعني أنه قادر على الحياة فلا يجوز قتله.

ويبذل الأطباء قديماً وإلى عصرنا الحالي ما بوسعهم من الطرق الطبية العلاجية والجراحية:

لتخفيف معاناة المريض، ومحاولة تحسين حالته، ورفع معنوياته.
وليس تسهيل الموت وتعجيله

أو المساعدة المريض على الانتحار فليس ذلك هو الحل.

فالطبيب وُجد من أجل الحفاظ على حياة المريض وليس العكس.

إن في تسهيل الموت وتعجيله تجاوز للأخلاق الطبية المتعارف عليها، وانتهاك لمبادئ الأديان السماوية وحقّ الإنسان في الحياة، وقتل للنفس البريئة التي حرّم الله قتلها إلا بالحق. لا يندرج تحت تسهيل الموت بعض الحالات، مثل:

1. إيقاف العلاج الذي ثبت عدم جدوى استمراره بقرار من لجنة طبية مختصة: بما في ذلك أجهزة الإنعاش الطبي الصناعي (المنفسة)، وذلك ليس بقرار طبيب واحد فهذا لا يندرج تحت تسهيل الموت.

2. صرف النظر عن الشروع في معالجة يُقطع بعدم جدواها: سابقاً كان علاج البلهارسيا بأملّاح الذهب ولكنه لم يعد مُجدياً فإذا أوقفه الطبيب لا يُعد سبباً لموت المريض. مثلاً: عند وجود انتقالات سرطانية إلى إحدى الرئتين، فإن استئصال الرئة لن يحل المشكلة، لذلك صرف النظر عن الاستئصال لا يُعتبر إسهاماً في الموت لأنّه لا يُجدي طالما أن المرض الأساسي موجود وقائم.

3. تكثيف العلاج القوي لدفع ألم شديد: رغم العلم بأن مثل هذا العلاج قد ينهي حياة المريض (حالة التأثير المضاعف Double Effect). مثلاً: بعض الألام السرطانية أو المناعية شديدة جداً يضطرّ الطبيب معها لاستعمال المورفين بجرعات قوية تزداد تدريجياً وقد تؤدي إلى موت المريض بجرعة زائدة overdose. في هذه الحالة لا يعتبر الطبيب مُتهماً بتسهيل الموت لأنّ تكثيف الجرعة كان بهدف دفع ألم شديد ولم يكن القتل متعمداً.

من يقول أن المريض قد يطلب من الطبيب أن يساعده على قتل نفسه فيساعده من باب أفضل الأولويات واستقلالية المريض، فعليه أن يتذكر دوماً أن المريض في هذه

الحالات يكون مريضاً ناقص الأهلية و فاقد القدرة على التمييز بين الجيد والسيء..
فبالطبع من يفضل الموت بهذه الطريقة على الحياة.. هو ناقص الأهلية.
وإن كان الألم هو سبب معاناة المريض فإن المورفين قادر على إنهاء الألم مهما
كانت درجته. كما أن الأبحاث تسير باستمرار نحو الأمام.. فمن المحتمل أن نجد حلاً
لمشكلة المريض في أي وقت. فالسل مثلاً كان أحد الأمراض التي لا علاج لها في
مرحلة من المراحل. ولو قبلنا بإنهاء حياة كل مريض سل في ذاك الوقت لما توصلنا
لعلاج له الآن.. والأمثلة كثيرة.

العلاج والرعاية Cure versus care

- ❖ لا يوجد خلاف جوهري بين علاج المريض وتقديم الرعاية له.
- ❖ والعناية الطبية التلطيفية للمريض تهدف للحفاظ على كرامته وحرمة حتى لو لم
يكن بالإمكان إطالة عمره.
- أي تهتم المعالجة التلطيفية بنوعية الحياة على حساب إطالة العمر .
- ❖ هناك دائماً ما يمكن تقديمه لمساعدة المريض وتحسين نوعية الحياة لديه حتى لو لم
يكن هناك أمل بشفاؤه.
- ❖ ومن هنا فإن الحاجة للطبيب في مراحل الموت هي ذاتها، وتتغير طرق الرعاية
التي يوفرها الطبيب لمريضه في حالة الأمراض الغير شافية وفي مراحل الحياة
الأخيرة.

التهدئة حتى درجة فقدان الوعي Sedation into unconsciousness

- ❖ هناك خلاف من وجهة نظر أخلاقية فيما يتعلق بإدخال المريض بحالة غياب عن
الوعي خلال مراحل حياته النهائية.
- ❖ و يعتبر ذلك مناسباً للمرضى:
 - في حال كانت الآلام لديهم غير محمولة.
 - ولم تكن هناك موافقة أخلاقية وقانونية على مساعدتهم على التخلص من
حياتهم.
- ❖ الفريق المؤيد يرى في ذلك تخليصاً للمريض من معاناته.

❖ الفريق المعارض يرى أنه يحرم المريض من حقه في الحياة حتى اللحظات الأخيرة قبل وفاته.

الموت متى يتم الإقرار بحدوثه

❖ ليس هناك تعريف واضح للموت.

❖ الموت السريري يكون بتوقف قلبي رئوي عصبي

❖ أما موت الدماغ فقد تم وضع معايير لتأكيدده:

الموت الدماغى Cerebral death

الموت الدماغى يكون بموت جذع الدماغ، حيث ينظم جذع الدماغ التنفس والنبض والضغط وله علاقة بالحركات اللاإرادية والوعي واليقظة، كما تخرج منه الأعصاب من (3 - 12).

موت الدماغ يمثل الموت الحقيقي لأنه يمثل اللاعودة، ومتى مات الدماغ - قشره وجذعه - توقف القلب والتنفس بما أن مركزيهما الناظمين لها يستقران في جذع الدماغ.

ولا تفلح أجهزة الانعاش الاصطناعي عندئذ إلا في إطالة مظاهر حياة انتهت من غير رجعة بتحلل الدماغ.

• أما الأسباب لهذا الاعتبار هي:

بتوقف عمل باقي أعضاء الجسم بعد توقف عمل الدماغ.

إن توقف عمل الدماغ غير عكسي وهذا ما يميزه عن الأعضاء الأخرى.

يبدأ فقد الوظيفة الدماغية بغياى الاحساس.

تفقد كامل وظيفة الدماغ بتوقف عمل الدماغ.

وعمله يشبه عمل المنظم الذي نستخدمه في البيوت للكهرباء فإن غاب عمل هذا المنظم لن تنقطع الكهرباء ولكنها ستكون غير منتظمة. وكذلك هو أمر جذع الدماغ فإن غاب عمله سيكون التنفس غير منتظم (فرط تنفس مثلاً) وتغيب القدرة على التنفس التلقائي.

أما القول موت الدماغ دون الإشارة لموت جذع الدماغ فغير صحيح.. وحينها يفضل أن نقول موت الدماغ بما فيه جذع الدماغ أي الإشارة بوضوح لجذع الدماغ.

تشخيص موت الدماغ Brainstem Death:

- (1) أن يكون المصاب في غيبوبة عميقة لم يمكن استفاقة منها.
 - (2) أن يكون سبب الغيبوبة هو حدوث تلف شديد في بنية الدماغ بسبب إصابة شديدة (رض شديد على الرأس أو نزف جسيم داخل الدماغ)، أو في أعقاب جراحة على الرأس، أو ورم كبير داخل الجمجمة أو انقطاع التروية الدموية عن الدماغ لأي سبب، وتأكيد ذلك بالوسائل التشخيصية اللازمة.
 - (3) أن يكون قد مضى ست ساعات على الأقل من دخول المصاب في غيبوبة.
 - (4) ألا يوجد لدى المصاب أي محاولة للتنفس التلقائي.
- ولتشخيص التوقف الكامل الذي لا عودة فيه لوظائف الدماغ بما في ذلك جذع الدماغ فإن ذلك يستلزم:

- (1) غيبوبة عميقة مع انعدام الادراك Unreceptively: أي عدم توجهه للزمان والمكان والأشخاص.
- (2) انعدام الاستجابة Unresponsively: تجاه المنبهات الألمية والحرارية...
- (3) العلامات السريرية لتوقف وظائف جذع الدماغ وتشمل:
 - ✍ غياب منعكسات الحدقة والقرنية. وتوسع الحدقة
 - ✍ اختفاء المنعكس الرأسي العيني Oculocephalic Reflex (عيننا الدمية).
 - ✍ غياب المنعكس العيني الدهليزي Oculovestibular Reflex (أي حدوث رآرة في العين عند حقن ماء بارد أو ساخن في الأذن).
 - ✍ غياب المنعكس البلعومي Gag Reflex: حيث أن المنعكس الطبيعي هو تقلص عضل البلعوم عند لمس جداره الخلفي بقطعة قطن، و هو يختفي في حالات الموت الدماغية.
 - ✍ غياب منعكس السعال والتقيؤ Cough and Vomiting Reflexes.
- (4) انعدام قدرة المصاب على التنفس التلقائي بالاختبار المعتمد Apnea Test، أثناء توقف مضخة التنفس لفترة محددة.

(5) توقف القلب عن النبضان العفوي.

(6) انخفاض متزايد في درجة الحرارة.

حالات لا تتفق مع تشخيص الموت الدماغي:

يلاحظ في هذا الشأن:

أن بعض المنعكسات النخاعية الشوكية يمكن أن تبقى حتى بعد حدوث الموت ولا تتعارض مع اكتمال تشخيص موت الدماغ، لأن حديثنا عن موت الدماغ (cerebral) أما النخاع الشوكي (spinal) فهو موضوع آخر، إذ أن المنعكسات الوترية (Tendon Reflexes) كالدغصي قد تبقى.

إن وضعيات التشنج المميزة التالية لا تتوافق مع تشخيص موت الدماغ:

❖ لفصل القشرة Decortication.

❖ أو فصل المخ DE cerebration.

❖ وكذلك الاختلاجات الصرعية Seizures.

كما ويجب الانتباه قبل تشخيص الموت الدماغي إلى استبعاد كل الحالات المرضية التي يمكن علاجها أو تراجعها وفقاً لما يلي:

استبعاد أي احتمال لكون المصاب تحت تأثير المهدئات Sedatives أو المواد المخدرة Narcotics أو السموم Poisons أو مرخيات العضلات Muscle Relaxants، أو هبوط حرارة الجسم دون 33 مئوية، أو أن يكون المصاب في حالة صدمة قلبية وعائية لم تعالج.

استبعاد الاضطرابات الاستقلابية (الأيضية) Metabolic أو الغذائية التي يمكن لها أن تؤدي إلى تلك الغيبوبة.

فالحالات السابقة تؤدي إلى غيبوبة لذا يجب نفيها عند الشك بحدوث الموت الدماغي.

التأكد من توقف كلي في وظائف الدماغ توقفاً يستمر لفترة من الملاحظة والمعالجة وهي:

12 ساعة منذ تشخيص غيبوبة اللاعودة.

24 ساعة حين يكون سبب الغيبوبة هو الانقطاع الشامل في الدورة الدموية (كما يحدث في توقف القلب مثلاً).

وفي الأطفال دون سن الشهرين تمتد فترة الملاحظة والعلاج إلى 72 ساعة مع إعادة تخطيط كهربية الدماغ بعد فترة الملاحظة أو تُجرى اختبارات الدورة الدموية على الدماغ.

أما الأطفال من شهرين إلى اثني عشر شهراً فيحتاج تقرير حالة اللاعودة فيهم إلى زيادة فترة الملاحظة والعلاج إلى 24 ساعة مع إعادة تخطيط كهربية المخ بعد فترة الملاحظة.

ويعامل الأطفال فوق السنة الأولى من العمر معاملة البالغين (12 ساعة).

مواصفات الفريق المخول إليه تقرير موت الدماغ:

يتم إقرار حالة الموت الدماغى من قبل لجنتين طبييتين مختلفتين بأعضائهما، ويفصل بين قرارهما ما بين 15 - 30 دقيقة.

ولا بُدَّ أن تتفق كلتا اللجنتين على تشخيص الموت الدماغى حتى تُعتبر الحالة موتاً دماغياً.

يتكون الفريق من طبيين مختصين على الأقل، من ذوي الخبرة في تشخيص حالات موت الدماغ، ويفضل استشارة طبيب ثالث مختص في الأمراض العصبية عند الحاجة.

ينبغي أن يكون أحد الطبيبين على الأقل مختصاً بالأمراض العصبية أو جراحة الدماغ والأعصاب أو العناية المركزة.

الفرق بين اختصاصات الأطباء المتواجدين في اللجنة الأولى عن اختصاصات

الأطباء في اللجنة الثانية:

يجب أن يتوافر في اللجنتين: طبيب داخلية عصبية أو جراحة عصبية.
بالنسبة للجنة الأولى تتألف من 3 أطباء: طبيب عصبية - طبيب داخلية - طبيب شرعي أو طبيبي عصبية و طبيب شرعي.

بالنسبة للجنة الثانية ينبغي أن تتكون من 5 أطباء (وهو الأفضل) أما إن لم يتواجد 5 فيكتفى بـ 3 أطباء والاختصاصات هي نفسها سابقة الذكر.

لا يجوز أن يكون شخص ما متواجداً بكلاً اللجنتين.
ودرءاً لأية شبهة أو مصلحة خاصة قد تؤثر على القرار، يُستبعد من هذا الفريق أي من المذكورين فيما يلي:

- (1) أي فرد من فريق زرع الأعضاء.
- (2) أي فرد من عائلة المصاب.
- (3) أي فرد له مصلحة خاصة في إعلان موت المصاب (كأن يكون له إرث أو وصية مثلاً).
- (4) كل من ادعى عليه ذوو المصاب بإساءة التصرف المهني تجاه المصاب.

أجهزة الإنعاش

يوضع المصاب بحالة الموت الدماغية في غرف العناية المركزة تحت سيطرة أجهزة الإنعاش القلبي والتنفسي الاصطناعي.

وحتى الآن لم يستطع العلم من إعادة خلايا الدماغ الميت المتوقفة عن فعاليتها إلى العمل حتى ولو استمر الإنعاش الاصطناعي عدة سنوات.

لذلك اصطلح العلماء على اعتبار حالة الموت الدماغية (ولاسيما موت جذع الدماغ) معياراً لموت الإنسان مع احتفاظ بقية النسيج (عدا الدماغ) بفعاليتها الحيوية الخلوية خصوصاً بوجود الإنعاش الاصطناعي.

عندها يمكن الاستفادة من هذه الأعضاء -عدا الدماغ- لشخص آخر بحاجة لها.
وهو ما يعرف بنقل الأعضاء من المصابين بالموت الدماغية.

الإنعاش الاصطناعي (Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)

لقد أثار الإنعاش الاصطناعي مشاكل أخلاقية طبية تتعلق بالحدود التي يجوز فيها إطالة الحياة عند إنسان على وشك الموت. فهل يصبح الطبيب أمام هدف حفظ حياة قائمة أو إطالة موت ثابت؟

هذا الموضوع يقرره القانونيون أو المشرعون أو علماء الفقه وليس الأطباء، فالأطباء يعتبرون الموت الدماغية إحدى الحالات، أما هم فإذا اعتبروه:

موتاً تاماً فإننا إذا وضعنا المنفسة فكأننا أطلنا موتاً ثابتاً.

أما إذا لم يعتبروه موتاً بل اعتبروه حفظاً لحياة قائمة لكنها غير كاملة فمعنى ذلك أننا يجب أن نستمر بالإنعاش.

إيقاف أجهزة الإنعاش:

أحياناً وبما يتفق مع المعايير التجارية (لتحقيق ربح مالي) قد يُطلب من الطبيب إيقاف أجهزة الإنعاش، ورفعها لتوفيرها مع السرير وباقي الخدمات الطبية لشخص آخر حالته أقل خطورة وأكثر أملاً في تجاوز المرض (لأن هذا المريض ربما يدفع مبلغاً أكبر من المال مثلاً) متساين تساوي الناس جميعاً في حق الحياة.

في حالة عدم وجود إمكانية لنقل الأعضاء، والمريض ميت دماغياً، يفضل عدم وضع منفسة أساساً، كي لا نضطر إلى إيقافها لاحقاً ويعتبر فعلنا قتلًا رحيماً.. إذا أصر أهل المريض على وضع المنفسة دعهم يضعونها على مسؤوليتهم.

حالة يعتبر الموت فيها شكلاً من أشكال الحياة

الإنعاش ما بين توقف وظائف القلب والرئتين عن العمل (وهو الموت السريري) وبين موت المخ الذي يحتاج لبضع دقائق حتى يحدث.

في هذه المدة -و طالما لم يحدث موت لخلايا المخ- فإن الإنسان يُعدّ فيها حياً، و يتعين إنقاذه حتى لا تموت خلايا مخه.

في هذه الحالة تكون الغاية من الإنعاش الاصطناعي إطالة حياة المريض وليس إعادة الحياة إليه لأنه ما زال حياً حتى ولو كانت بعض مقومات حياته قد توقفت عن العمل التلقائي.

وتبعاً لذلك لا يجوز فصل أجهزة الإنعاش الاصطناعي بغاية نقل الأعضاء أو لأي غاية أخرى مثل استخدام السرير لمريض أمل شفائه أكبر.

فالناس أمام الطبيب مرضى سواسية لا يختلف الأكثر خطراً على حياته عن الأقل إذ يجب تقديم العناية لكليهما، الحل (هنا هو زيادة عدد الأسرة).

خلاصة ما سبق:

إذا ماتت خلايا المخ، أصبح الإنعاش الاصطناعي فاقداً لهدفه في إنقاذ الحياة

عند المصاب لأنه أصبح ميتاً دماغياً ولا فائدة تُرجى من إبقاء أجهزة الإنعاش

الاصطناعي،

وفي مثل هذه الحالة يجوز رفع وإيقاف أجهزة الإنعاش عن العمل ما لم يكن لها فائدة في نقل الأعضاء حيث يُجرى الاستفادة من أعضاء المصاب عدا الدماغ لنقلها لأشخاص آخرين بحاجة إليها، وهو ما يعرف بنقل الأعضاء من المصابين بالموت الدماغي.

والقرار بمثل هذه الحالات يعود إلى لجنتين طبيبتين مختلفتين بأعضائهما. أي ليس الطبيب وحده هو من يقوم بذلك، فليس من حق الطبيب التفريق بين مرضاه بل إذا تم رفع أجهزة الإنعاش يجب توافر لجنتين طبيبتين وأن تسمح قوانين البلد بذلك.

خطأ إقرار الموت الدماغي

ما يحدث أحياناً من خطأ فادح يتمثل في أن طبيباً واحداً يقرّر وصول المصاب إلى حالة الموت الدماغي وبالتالي رفع أجهزة الإنعاش وتوقيفها عنه. في القانون السوري: إذا قام الطبيب بذلك وحده فيعتبر أنه قتل المريض و يحكم عليه بالسجن.

الفرق بين الموت الدماغي و الحالة النباتية pvs:

الحالة النباتية تحدث بموت قشر الدماغ ليس (جذعه) كما في الموت الدماغي. يكون المريض بحالة غيبوبة يضطرب فيها الوعي والإدراك والحركات الإرادية، ولكن الحركات اللاإرادية والتنفس والضغط والنبض تبقى سوية، إلا أن المريض يحتاج للمنفسة، لأنه بغياب الحركات الإرادية تغيب معها الحركة الإرادية لعضلات لجدار الصدر فيكون التنفس صعباً.

مريض الحالة النباتية لا نأخذ منه الأعضاء، إنما فقط مريض الموت الدماغي، بالرغم من أن الحالتين قد تبدوان متشابهتين للسريري الغير خبير.

الصراع ضد الموت

≈ يجب ألا يغيب عن بالنا أن صراع الإنسان ضد الموت يجب ألا ينسيه الحقيقة الأزلية وهي أن الحياة الدنيا ما هي إلا دار عبور إلى الحياة الآخرة فهي لا بُدَّ إلى فناء وزوال ولا يبقى إلا وجه ربك ذي الجلال والإكرام.

≈ ولو أدرك الناس عمق هذه الحقيقة لاقتنعوا بأن للعلم والطب حدوداً ولتبين أنه من الأولى عند اليأس من إنقاذ الحياة أن يكون الإنسان نافعاً للناس حتى في مماته، وقد يكون ذلك وسيلة للخلود في الآخرة.

≈ وليعلم من سلك سبيل الطب عملاً ومهنة أن الله سننه في خلقه.

الموت المفاجئ Sudden Death

كل موت فجائي هو موت مشبوه، والعكس غير صحيح فليس كل موت مشبوه هو موت فجائي.

الميتات الفجائية تشكل نصف حالات الوفاة ولكنها لا تعد سبباً للوفاة، وبالتالي فالموت الفجائي طريقة للموت وهو نوع من أنواع الموت التي عدناها سابقاً. أهم أسباب الموت الفجائي هو الأسباب القلبية لكن كل الأسباب (ورمية...) قد تحدث موتاً فجائياً.

حسب تعريف الـ WHO من خلال الـ ICD10 عُرف الموت المفاجئ على أنه: الموت غير العنيف و بدون سبب معلن حتى حصول التشريح، و الذي يحدث خلال 24 ساعة من تدهور العلامات الحيوية حتى حصول الموت. التركيز في الموت المفاجئ يكون على المدة و ليس السبب. لذلك لا يجوز أن نكتب للمريض تقرير وفاة ما لم نتأكد من سبب الوفاة وحدثها.

مرضى الإيدز

❖ من حق المصاب بعدوى مرض الإيدز (متلازمة العوز المناعي المكتسب) أن يحصل على العلاج والرعاية الصحية اللذين تتطلبهما حالته الصحية، مهما كان سبب إصابته بالعدوى.

❖ وعلى الطبيب أن يلتزم بعلاجه متخذاً من الاحتياطات ما بقي به نفسه وغيره.

❖ يجب توعية المصاب بعدوى الإيدز بكيفية الحفاظ على حالته من مزيد من التدهور وكف العدوى للآخرين.

❖ إذا كان المصاب بمرض الإيدز متزوجاً فينبغي على الطبيب حثه على إبلاغ زوجته بذلك لاتخاذ الاحتياطات الوقائية اللازمة، فإن لم يستجب وجب على الطبيب أن يقوم بالتبليغ بنفسه.

❖ على الطبيب الذي يعلم أنه حامل إيجابي لمرض الإيدز ألا ينخرط في أي نشاط من شأنه المجازفة الواضحة بنقل المرض إلى الآخرين.

15-2- الأخلاقيات المتعلقة بالعاية المشددة ورعاية المحتضرين

Intensive Care Unit (ICU) Medical Ethics

واجبات الطبيب نحو المريض

1. احترام المريض: الرفق بالمريض عند الفحص، على الطبيب أن يستخدم مهاراته في طمأنة المريض وتخفيف مصابه.
2. ضمان خصوصية المريض.
3. الرعاية الشاملة للمريض:

تخفيف آلام المريض بكل ما يستطيع وما يتاح له من وسائل علاجية نفسية ومادية وإشعار المريض بحرصه على العناية ورعايته.

تسجيل الحالة الصحية للمريض والسيرة المرضية الشخصية والعائلية الخاصة به وذلك قبل الشروع في التشخيص والعلاج.

التزام الدقة في الفحص والتشخيص.

وصف العلاج كتابية وبوضوح مع تحديد مقاديره وطريقة استعماله وتنبيه المريض أو ذويه بحسب الأحوال إلى ضرورة التقيد بالأسلوب الذي حدده للعلاج وإلى الآثار الجانبية الهامة والمتوقعة ذمن ذلك العلاج الطبي أو الجراحي.

رصد المضاعفات الناجمة عن العلاج الطبي أو الجراحي والمبادرة إلى علاجها متى أمكن ذلك.

علاج مريض أو إسعاف: على الطبيب أن لا يمتنع عن علاج مريض أو إسعاف مصاب مالم تكن حالته خارجة عن اختصاصه. وعليه في هذه الحالة أن يجري له الإسعافات اللازمة ثم يوجهه إلى أقرب مؤسسة صحية.

الاستمرار في تقديم الرعاية الطبية: الاستمرار في تقديم الرعاية الطبية المناسبة للمرضى المصابين بأمراض غير قابلة للعلاج أو مستعصية أو مميتة حتى اللحظات الأخيرة من حياتهم.

الاستمرار في تقديم العلاج: الاستمرار في تقديم العلاج اللازم للمريض في الحالات الإسعافية حتى تزول الحاجة إليه أو حتى تنتقل رعايته إلى كفاء .
احترام استقلالية المريض: لا يجوز معالجة المريض دون رضاه فيما عدا الحالات التي تتطلب تدخلاً طبياً طارئاً ويتعذر فيها الحصول على الموافقة لأي سبب من الأسباب.

أو إذا كان مرضه معدياً
أو مهدداً للصحة أو السلامة العامة.
ويتحقق رضاء المريض بموافقة الشفهية أو الضمنية أن كان كامل الأهلية وفقاً للقانون. وبموافقة أحد أقربائه من الدرجة الأولى وحتى الدرجة الثالثة في حالة كونه قاصراً أو فاقداً للوعي أو فاقداً لأي شرط من شروط الأهلية.
وتكون الموافقة الكتابية في العمليات الجراحية وكذلك في العلاج والفحوصات التي قد تتجم عن أي منها آثار جانبية.
على الطبيب ألا يرغم المريض على علاج معين دون موافقته وعليه أن يقدم البدائل التي يقبلها المريض.
على الطبيب في حالة رفض المريض للعلاج أن يشرح له الآثار المترتبة على عدم تناوله للعلاج والتطورات المرضية المترتبة على ذلك بصدق وعدم مبالغة، كما عليه أن يسجل إقرار المريض وفي حالة رفضه يوقع الطبيب وهيئة التمريض على ذلك في الملف الطبي حتى يخلي الطبيب مسؤوليته.
على الطبيب ألا يرغم المريض على التوقيع على بيانات في الملف الطبي دون رضاه.

4. تبصير المريض بطبيعة مرضه:

تحري الصدق في إخبار المريض أو من ينوب عنه بالحالة المرضية وأسبابها ومضاعفاتها، وفائدة الإجراءات التشخيصية والعلاجية، وتعريفهم بالبدائل المناسبة للتشخيص أو العلاج بأسلوب واضح.

حماية مصلحة المريض

- ✓ الامتناع عن استخدام طرق تشخيصية أو علاجية غير معتمدة أو غير متعارف عليها أو غير معترف بها علمياً.
- ✓ إجراء الفحوص الطبية اللازمة للمريض دون إضافة فحوص لا تتطلبها حالته المرضية.
- ✓ الاقتصاد في طلب الدواء أو إجراء العمليات الجراحية على ما تتطلبه حالة المريض.
- ✓ أن تجرى الفحوصات والتحاليل المختبرية اللازمة للتأكد من أن التدخل الجراحي ضروري ومناسب لعلاج المريض والتحقق من أن الحالة الصحية للمريض تسمح بإجراء الجراحة.
- ✓ أن يكون الطبيب الذي يجري الجراحة مؤهلاً لإجرائها بحسب تخصصه العلمي وخبرته العلمية ودرجة وأهمية العملية الجراحية.
- ✓ أن تجرى الجراحة في مؤسسة علاجية أو منشأة صحية مهيأة تهيئة كافية لإجراء الجراحة المقصودة.
- على الطبيب ألا يمتنع عن علاج مريض أو إسعاف مصاب ما لم تكن حالته خارجة عن اختصاصه، وعليه في هذه الحالة أن يجري له الإسعافات اللازمة ثم يوجهه إلى أقرب مؤسسة صحية.
- ✓ لا يجوز إخراج المريض من المنشأة الصحية التي يتلقى فيها العلاج إلا إذا كانت حالته الصحية تسمح بذلك أو كان ذلك بناء على رغبته في الخروج رغم تبصيره بعواقب خروجه على أن يؤخذ إقرار كتابي منه أو من أحد أقربائه حتى الدرجة الثالثة إن كان ناقص الأهلية ويثبت ذلك في السجل الطبي للمريض.
- ✓ لا يجوز الامتناع عن علاج المريض كما لا يجوز إنهاء حياة المريض ولو بناء على طلبه أو طلب وليه أو وصيه أيأ كان السبب سواء لتشوّه شديد أو مرض مستعص ميؤوس من شفائه أو محقق به الوفاة أو لآلام شديدة.

✓ يمكن للطبيب في غير الحالات الاسعافية أن يمتنع عن علاج المريض لأسباب شخصية أو مهنية قد تؤدي إلى الإخلال بجودة الخدمة المقدمة للمريض شريطة أن لا يضر ذلك بصحة المريض ووجود من يقوم بعلاج المريض بدلاً عنه.

الاعتبارات الطبية الأخلاقية في اختيار العلاج في الممارسة الطبية يلتزم الأطباء بمراعاة الاعتبارات الأخلاقية الآتية، عند اختيار الإجراءات والطرق الوقائية العلاجية التي تضمن تحقيق مستوى ملائم للرعاية الصحية:

A. مدى استفادة المريض من البرنامج العلاجي.

B. احتمال استفادة المريض من العلاج.

C. مدة هذه الاستفادة.

D. تكلفة العلاج.

E. عدد المرضى الذين سيستفيدون من العلاج.



المراجع العلمية References

1. Worldwide Medical Association, Manual of medical Ethics. France 2005
2. الإعلان العالمي لأخلاقيات البيولوجيا وحقوق الإنسان الصادر عن اليونسكو UNESCO لعام 2005 وتعديلاته لعام 2013.
3. إعلان هلسنكي Helsinki العالمي لحقوق الإنسان Human Rights لعام 1948 وتعديلاته، 2008
4. أخلاقيات المهن الطبية والصحية الصادر عن منظمة المؤتمر الإسلامي 2003.
5. التشريعات الطبية والصحية الدولية كالميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية لعام 2003 ، ودستور أخلاقيات الصحة الإلكتروني الصادرين عن مكتب شرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية WHO لعام 2004
6. المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية. / Islamic Organization for Medical Sciences- IOMS -/إسلام ست. الأخلاقيات الطبية /; medical ethics/ www.islamset.com/ 2006
7. التشريعات الطبية والصحية السورية كقانون مزاولة المهنة لعام 1970،
8. قانون التنظيم النقابي للأطباء البشريين لعام 1981م،
9. نظام واجبات الأطباء الصادر عن نقابة الأطباء في الجمهورية العربية السورية لعام 1978 وتعديلاته.
10. دستور أخلاقيات الصحة الإلكتروني - - eHealth Code of Ethics منظمة الصحة العالمية - المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، 11-12 آذار/مارس 2003
11. مبادئ" إعلان جنيف "الذي صدقت عليه الرابطة الطبية العالمية" في دورتها الخامسة والثلاثين، التي عقدت في فيينا في أكتوبر / تشرين الأول 1983
12. إعلان هلسنكي: توصيات إرشادية للأطباء في مجال بحوث الطب الحيوي التي تتناول حالات بشرية. النص الذي اعتمدته الجمعية الطبية العالمية الثامنة عشرة (هلسنكي، فنلندا عام 1964)، وأعيد فيه النظر مؤخرا بواسطة الجمعية العالمية الخامسة والثلاثين عام 1983

13. Medical Ethics Manual, World Medical Association, B. P. 63, 01212 Ferney-Voltaire Cedex, France; email: wma@wma.net
14. Tony Hope, Julian Savulescu, Judith Hendrick – MEDICAL ETHICS AND LAW–THE CORE CURRICULUM – CHURCHILL LIVINGSTONE –2003
15. Ethics of Organ Transplantation – University of Minnesota’s Center for Bioethics– USA – February 2004 – website: www.bioethics.umn.edu
16. An article by Prof. John Williams entitled, "WMA develops a teaching tool for medical ethics," in Royal College Outlook (Canada) 2005; 2/2: 8–10
17. An article by Prof. John Williams entitled, "The WMA Medical Ethics Manual," in World Medical Journal 51/1 (2005), 12–13.
18. An article by Prof. John Williams entitled, "International Medical Ethics," in World Hospitals and Health Services 41/1 (2005), 47–48.
19. Harris, John. "Goodbye Dolly? The ethics of Human Cloning." Journal of Medical Ethics 1997 23: 353–360
20. Parker, M. and A. Lucassen. "Concern for families and individuals in clinical genetics." Journal of Medical Ethics 2003 29: 70–73

اللجنة العلمية

الأستاذ الدكتور محمود عبد الحق
الأستاذ المساعد الدكتور رائد أبو حرب
الأستاذ المساعد الدكتورة عبير قدسي

المدقق اللغوي
الدكتور يوسف الحاج أحمد

حقوق الطبع والترجمة والنشر محفوظة لمديرية الكتب والمطبوعات الجامعية