

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



اصول چهارگانه اخلاق پزشکی

و ابزارهای تحلیل اخلاقی

دکتر علی واشقانی فراهانی

گروه اخلاق پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

مورد اخلاق پزشکی بالینی (1)

خانم متاهل، حاملگی خواسته، تحصیلات بالا، آماده زایمان در هفته 27 حاملگی برای جلوگیری از زایمان زودرس جهت درمان با توکولیتیک بستری شده است. با توجه به احتمال بروز موربیدیتی همراه در نوزاد، بیمار درخواست می کند که اگر نوزاد زودتر به دنیا آمد، هیچ اقدامی جهت احیای نوزاد انجام نگیرد

چه باید کرد؟

مورد اخلاق پزشکی بالینی (2)

بیمار کودک 9 ساله ای بود که اولین دوره شیمی درمانی خود را با تشخیص لوسمی حاد به پایان رسانده بود و اکنون برای دوره دوم شیمی درمانی مراجعه کرده بود. بخش هماتولوژی بیمارستان تخت خالی نداشت و به احتمال قوی به زودی هم خالی نمی شد. استاد بین بستری در بیمارستان خصوصی یا بستری در یکی از بخش های دیگر بیمارستان پدر کودک را مخیر نمودند.

پدر بیمار به دلیل مسایل مالی خواهان بستری در همین بیمارستان بود. تنها بخش عفونی تخت خالی داشت. استاد به پدر بیمار توضیح دادند که این مسئله شاید خطرناک باشد ولی پدر بیمار قبول نمی کرد.

چه باید کرد؟

اصول اخلاق پزشکی چیست؟
و
چگونه به ما در تصمیم گیریها کمک می کند؟



مبانی اخلاق پزشکی در قرآن

• ---الإسراء---

- قُلْ كُلٌّ يَعْمَلُ عَلي شَاكِلَتِهِ فَرَبُّكُمْ أَعْلَمُ بِمَنْ هُوَ أَهْدِي سَبِيلًا (84)
- وَ يَسْأَلُونَكَ عَنِ الرُّوحِ قُلِ الرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّي وَ مَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا (85)
- بگو: «هر کس طبق روش (و خلق و خوی) خود عمل می کند؛ و پروردگارتان کسانی را که راهشان نیکوتر است، بهتر می شناسد.»
- و از تو درباره «روح» سؤال می کنند، بگو: «روح از فرمان پروردگار من است؛ و جز اندکی از دانش، به شما داده نشده است!»

مبانی اخلاق پزشکی در قرآن

• --- ص ---

• إِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي خَالِقٌ بَشَرًا مِنْ طِينٍ (71)

• فَإِذَا سَوَّيْتُهُ وَنَفَخْتُ فِيهِ مِنْ رُوحِي فَقَعُوا لَهُ سَاجِدِينَ (72)

- و به خاطر بیاور هنگامی را که پروردگارت به فرشتگان گفت: «من بشری را از گل می‌آفرینم!
- هنگامی که آن را نظام بخشیدم و از روح خود در آن دمیدم، برای او به سجده افتید!»

مبانی اخلاق پزشکی در قرآن

• -- الروم ---

• فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا فِطْرَتَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ
ذَلِكَ الدِّينُ الْقَيِّمُ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لَا يَعْلَمُونَ (30)

• پس روی خود را متوجه آیین خالص پروردگار کن! این فطرتی است که خداوند، انسانها را بر آن آفریده؛ دگرگونی در آفرینش الهی نیست؛ این است آیین استوار؛ ولی اکثر مردم نمی دانند!

مبانی اخلاق پزشکی در روایات

• قال أمير المؤمنين (ع):

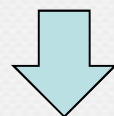
• ... فَبَعَثَ فِيهِمْ رَسُولَهُ وَوَاتَرَ إِلَيْهِمْ أَنْبِيَاءَهُ لِيَسْتَأْذُوهُمْ مِيثَاقَ فِطْرَتِهِ وَيَذَكِّرُوهُمْ مَنْسِيَّ نِعْمَتِهِ ۖ
وَيَحْتَجُّوا عَلَيْهِمْ بِالتَّبْلِيغِ وَيُثِيرُوا لَهُمْ دَفَائِنَ الْعُقُولِ ...

• ... خداوند رسولان را در میان مردم مبعوث کرد و هر چند گاه رسولان خود را پی در پی بسوی آنها فرستاد تا وفاداری به پیمان را از آنان به یاد آورند و نعمت‌های فراموش شده را به یاد آورند و با حجت و تبلیغ، چراغ معرفتشان را ابیافروزند...

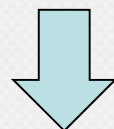
• / نهج البلاغه ص 43 خطبة 1 / بحار الأنوار ج 11 ص 60 باب 1 [نهج البلاغه]

لایه های تاثیر گذار در رفتار

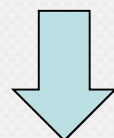
فِطْرِيَّاتَ



روحیات و امیال



اخلاقیات



رفتارها

فواید استفاده از اصول چهارگانه اخلاقی

- کمک به تصمیم گیری در مباحث اخلاقی
- ایجاد زبان اخلاقی همسان و چهارچوب مشترک تحلیلی
- ایجاد تعهدات اخلاقی مشترک و صحیح بجای فرهنگ های اخلاقی مختلف و غیرمتجانس

اصول اخلاقی

- اصول اخلاقی حرفه ای (ACTUAL DUTIES)
- اصول اخلاقی اولیه (PRIMA FACIE DUTY)

- اصول وسیع بوده و بصورت جملات کلی وظایف را مشخص می سازد
- آنها بیانگر ایده آلهای اخلاقی در حالت کلی می باشند و برای موضوع خاصی طراحی نشده اند

- اصول برای یک موقعیت واحد در یک شرایط بالینی خاص طراحی شده اند
- ارزش این اصول با توجه به زمینه ای که در آن قرار گرفته ، مشخص می شود

اصول اخلاق پزشکی و اصول اخلاقی اولیه

• اصول اخلاقی اولیه (VIRTUES) • اصول اخلاق پزشکی (PRINCIPLES)

- خودمختاری و احترام به حق انتخاب بیمار
- اصل عدم اضرار
- اصل سودرسانی
- اصل عدالت

- احترام به سایرین
- نداشتن شرارت
- خیرخواهی
- همدردی ، انصاف

محدودیتها در اصول

- احتمال بیش از حد ساده اندیشی
- احتمال استفاده از یک اصل به عنوان تکخال
- نیاز به حفظ تعادل بین اصول مختلف
- روشی برای مشخص نمودن حق تقدم وجود ندارد
- زمینه را برای طبیعت “سفسطه گرایانه” آنالیزهای اخلاقی فراهم می آورد

اصول اخلاق پزشکی یا اصول اخلاق حیاتی (Bioethics)

- اصل احترام به حق انتخاب و استقلال بیمار (Respect for autonomy)
- اصل عدم اضرار (Non malbeneficence)
- اصل سودرسانی (Beneficence)
- عدالت (Justice)

احترام به حق انتخاب بیمار

Respect for Autonomy

- قوانین فردی
- تصمیم فردی
- خصوصیات فردی بیمار:

ارزشها

اهداف

علائق و تمایلات

تجارب



حق استقلال و خودمختاری

Autonomy

خودمختاری در مقابل پدرسروری

Autonomy –v- Paternalism

زمانیکه بیمار خود مختار نیست - برخوردی بوجود نمی آید.
زمانیکه بیمار خودمختار می باشد - رویه زیر سوال می رود.

- پدرسروری ضعیف (Weak Paternalism)
- پدرسروری قوی (Strong Paternalism)

اشکالات در ارزیابی خود مختاری بیماران

- اجزای اتونومی

حداقل توجه به موارد ذیل برای به دست آوردن خواست واقعی بیمار و رعایت خود مختاری ضروریست:

- انتظارات و قصد

- درک

- رهایی از محدودیتهای خارجی

- رهایی از محدودیتهای داخلی

- توانایی تصمیم گیری

قصد و انتظار

Intentionality

- زمانیکه بیمار به انجام یک رویه پزشکی یا درمان رضایت می دهد چه انتظاراتی دارد.
- پزشک چه انتظاراتی دارد.

درک

Understanding

- چه مقدار کفایت می کند؟
- اطلاعات جامع در مقابل اطلاعات مقتضی

Case

در یک بیمارستان تخصصی قلب منشی درمانگاه از تمام افراد مورد پذیرش بستری، می‌خواهد تا برگ رضایت به اعمال تشخیصی و درمانی را پر کنند و بعضی از اوقات بیماران برگه را بدون مطالعه انگشت و امضاء می‌کنند. در بخش کت لب بیمار بعد از آنژیوگرافی دچار TIA و لکنت زبان می‌شود. و نارضایتی و شکایت خود را مبنی بر این که کسی وی را در جریان این عارضه نگذاشته و گرنه رضایت آنژیوگرافی نمی‌دادند را اعلام می‌کند. دستیار بیمار نیز در دفاع می‌گوید که در بدو ورود از آن‌ها رضایت گرفته شده پس مسئولیتی متوجه آن‌ها نیست.

Q در این بیمار، آیا نیاز به اخذ رضایت بوده است؟ و چگونه؟

Q آیا دفاع ذکر شده از نظر شما صحیح است؟

محدودیت‌های خارجی

- زندانی‌ها
- وضعیت اقتصادی
- موقعیت جغرافیایی

Case

بیمار زندانی 60 ساله‌ای با شکایت یک بار سنکوپ جهت بررسی و اقدامات لازم به یک مرکز تخصصی قلب ارجاع داده شده است. در بررسی‌های بالینی و پاراکلینیک انجام شده یافته‌های ذیل به دست آمده است.

Echo:

maximum LV wall thickness= mm32

LA size= Mm35

Max Lvot gradient= mmHg5

Holter ECG: few PVCs

بیمار اصرار به تعبیه ICD و یک نامه به مسئولین زندان جهت توصیه به کاهش مدت و شرایط زندان خود دارد.

از نظر حرفه‌ای وظیفه شما چیست؟

محدودیت‌های داخلی

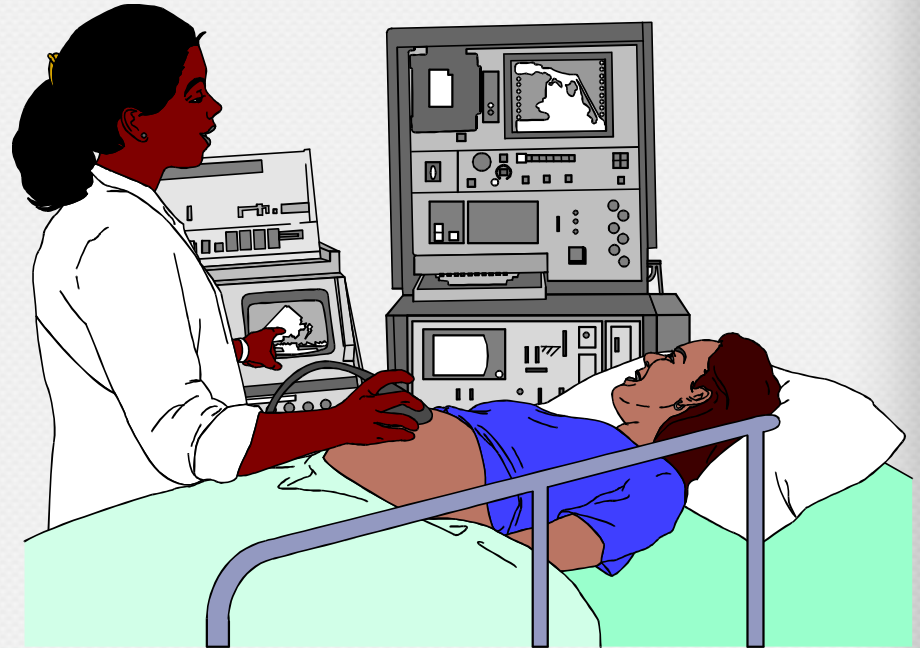
- الکلیسم – اعتیاد
- مشکلات ذهنی
- درد مزمن
- ترس

نداشتن صلاحیت و مشکلات مربوط

- نداشتن صلاحیت : تعریف حقوقی
- ناتوانی: تعریف بالینی
 - توانایی بیمار فراز و نشیب دارد
 - توانایی و قابلیت تصمیم گیری در این زمان را دارد؟
- نیاز به وکیل
 - جایگزینی قضاوت
 - بهترین اصول جالب

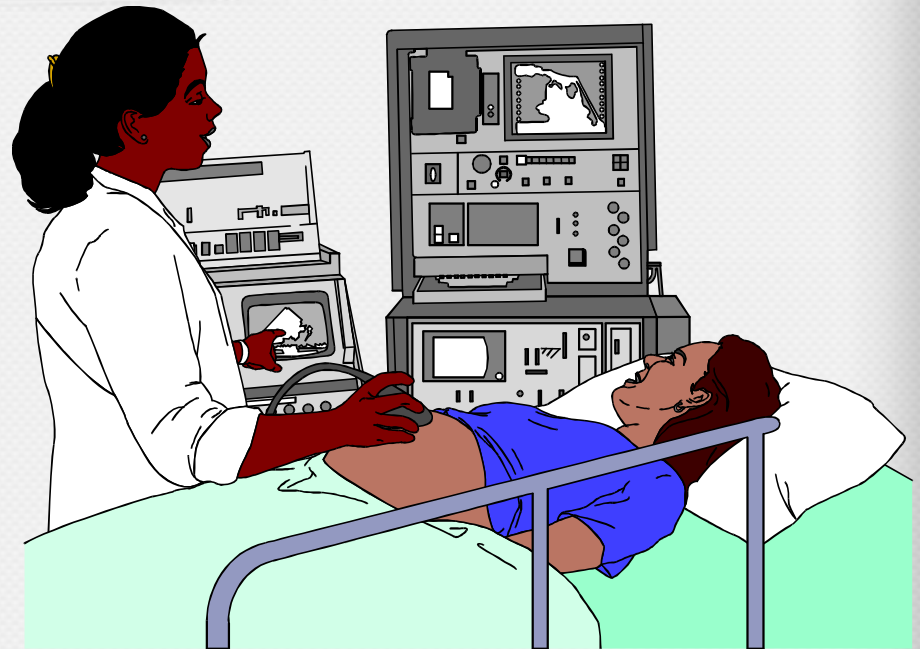
مشکلات در ارزیابی خودمختاری بیماران

- بیماران با تروما به نخاع در سطوح C3-C4 بدنبال حادثه 90% خواستار قطع ونتیلاتور می باشند.
- آیا این یک تصمیم خودمختار می باشد.



مشکلات در ارزیابی خودمختاری بیماران

- به دنبال بازتوانی 95% بیماران به زندگی امیدوار بوده و دیگر خواستار قطع ونتیلاتور نمی باشند.



NEJM Vol. 328, no. 7 Feb. 18, 1993

مورد اخلاق پزشکی بالینی (3)

بیمار یک مرد 85 ساله است که با همسرش زندگی می کند او از همسرش که بیماری آلزایمر نسبتاً شدید دارد مراقبت می کند. بیمار یک آنوریسم 58 سانتی متری در آنورت شکمی دارد. 3 ماه قبل وی با یک جراح عروق مشورت کرد که به او پیشنهاد داد آنوریسم شکمی او را ترمیم کند. ولی پزشک دیگری به بیمار گفت که او هرگز از جراحی جان سالم به در نخواهد برد. بیمار تصمیم گرفت شانس خود را امتحان کند و از جراحی امتناع کرد که این امر عمدتاً به علت تمایل او به متوقف نشدن نگهداری از همسرش بود. معهداً او قبول کرد که یکبار دیگر با جراح خود جهت تصمیم گیری درمانی مذاکره کند. اما قبل از انجام چنین جلسه ای بیمار به علت درد شکم و کلاپس از خانه به اورژانس منتقل می شود. در معاینه فیزیکی فشار سیستولیک 50 میلی متر جیوه بود و در شکم توده حساس و ضربان دار لمس می شد. بیمار ناله کرده و هوشیار نیست. جراح تشخیص پارگی آنوریسم شکمی را می دهد و معتقد است بیمار بدون جراحی اورژانس خواهد مرد. هیچیک از خویشاوندان جهت مذاکره در دسترس نمی باشند.

توانایی تصمیم‌گیری

Decisional Capacity

یک بیماری زمانی قدرت تصمیم‌گیری داشته و می‌تواند درمانی را بپذیرد یا رد نماید که:

1- توانایی درک و فهمیدن اطلاعات ارائه شده مربوط به درمان را داشته باشند

2- توانایی سنجیدن ارزشها و اهداف خود را داشته باشد.

3- توانایی برقراری ارتباط با مراقبین بهداشتی را داشته باشد

اصل عدم اضرار Nonmalbeneficence

- آسیب نرسان
- از آسیب دوری کن
- از آسیب جلوگیری کن

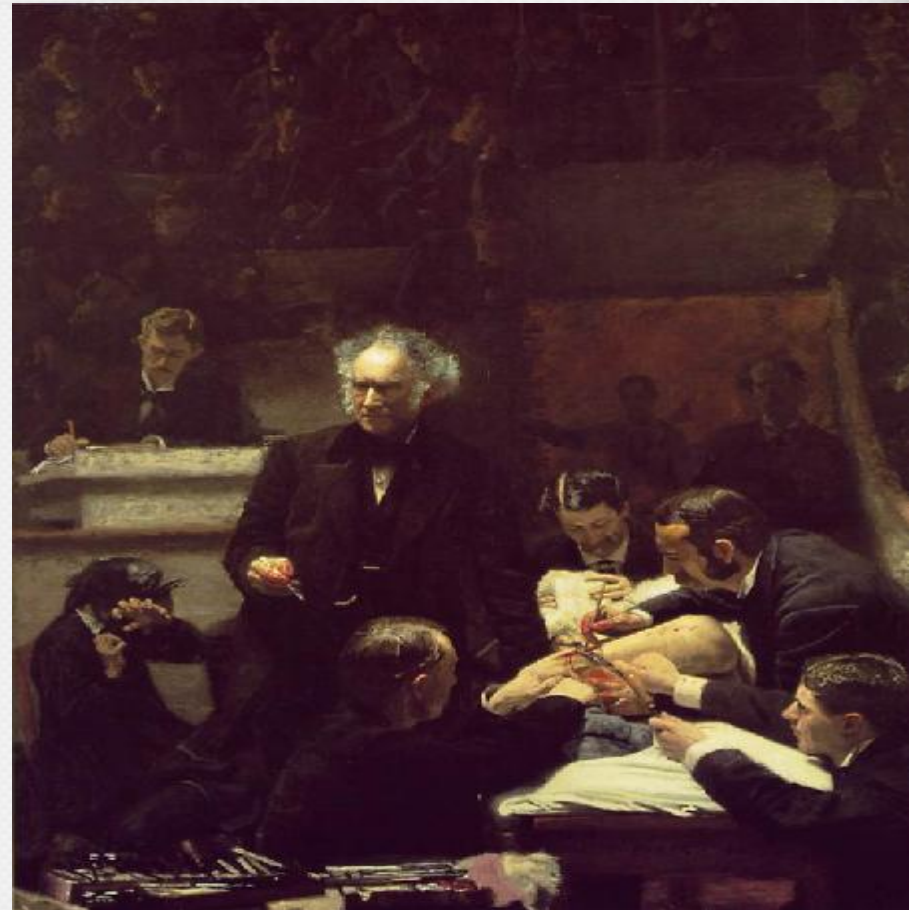


مورد اخلاق پزشکی بالینی (4)

یک روانپزشک شاغل در بخش خصوصی است و یک کارخانه داروسازی از او می خواهد که در یک کارآزمایی بالینی برای آزمایش اثربخشی یک داروی جدید در درمان جنون حاد به آنها کمک کند. مطالعه شامل بیماران مبتلا به جنون حاد بدون تاریخچه جنون یا درمان با داروهای ضد جنون مراجعه کننده به مطب پزشکان یا بخشهای اورژانس می باشد. بیمارانی که وارد طرح می شوند به طور تصادفی در دو گروه قرار می گیرند. به یکی داروی جدید و به دیگری دارونما داده می شود و تمام آنها 8 هفته در بیمارستان می مانند. در این مدت اجازه مصرف داروی ضدجنون دیگر خارج از طرح را ندارند. رضایتنامه از فرد مورد مطالعه یا وکیل (نماینده) او اخذ خواهد شد. اگر وضعیت بیمار بدتر شود، بیمار از مطالعه خارج خواهد شد.

اصل عدم اضرار

بنا بر این اصل مراقبین بهداشتی می بایست از هر اقدامی که موجب آسیب دیدن بیمار گردد، دوری نمایند. احتمال تحمیل آسیب به بیمار در زمینه پزشکی تنها زمانی که ثانویه به سایر ارزشهای اخلاقی - بخصوص زمانی که مزایای آن بر آسیب ارجحیت داشته باشد، قابل توجیه است.



“ آسیب نرسان ”

“ اولین اصل در بیمارستان آن است
که نباید هیچ آسیبی به بیمار برسد. ”

میزان بروز

عوارض جانبی (Adverse Events) و خطا

پزشکی (Medical Error)

در مداخلات پزشکی

Report published by the Institute of Medicine (IOM) in 1999

November 1999

INSTITUTE OF MEDICINE

Shaping the Future for Health

TO ERR IS HUMAN: BUILDING A SAFER HEALTH SYSTEM

Health care in the United States is not as safe as it should be--and can be. At least 44,000 people, and perhaps as many as 98,000 people, die in hospitals each year as a result of medical errors that could have been prevented, according to estimates from two major studies. Even using the lower estimate, preventable medical errors in hospitals exceed attributable deaths to such feared threats as motor-vehicle wrecks, breast cancer, and AIDS.

Medical errors can be defined as the failure of a planned action to be completed as intended or the use of a wrong plan to achieve an aim. Among the problems that commonly occur during the course of providing health care are adverse drug events and improper transfusions, surgical injuries and wrong-site surgery, suicides, restraint-related injuries or death, falls, burns, pressure ulcers, and mistaken patient identities. High error rates with serious consequences are most likely to occur in intensive care units, operating rooms, and emergency departments.



**To Err Is Human,
It is natural for human beings to make
mistakes**

اصل عدم اضرار اشتباهات پزشکی

حدود 44000 تا 98000 بیمار سالیانه بر اساس **اشتباهات پزشکی** جان خود را از دست می دهند. نشان داده شده است که **اشتباه** در تجویز دارو به تنهایی مسئول **7000** مورد مرگ در سال می باشد.

I.O.M. To Err Is Human, 2000

Types of Errors

- **Diagnostic**

- Error or delay in diagnosis
- Failure to employ indicated tests
- Use of outmoded tests or therapy
- Failure to act on results of monitoring or testing

- **Treatment**


- Error in the performance of an operation, procedure, or test
- Error in administering the treatment
- Error in the dose or method of using a drug
- Avoidable delay in treatment or in responding to an abnormal test

• **Human factors (or human errors)**


Types of Errors

- **Preventive**
 - Failure to provide prophylactic treatment
 - Inadequate monitoring or follow-up of treatment
- **Other**
 - Failure of communication
 - Equipment failure
 - Other system failure

Johns Hopkins study suggests medical errors are third-leading cause of death in U.S.



BMJ 2016;353:e2139 doi: 10.1136/bmj.e2139 (Published 3 May 2016) Page 1 of 5



ANALYSIS

Medical error—the third leading cause of death in the US

Medical error is not included on death certificates or in rankings of cause of death. **Martin Makary** and **Michael Daniel** assess its contribution to mortality and call for better reporting

Martin A Makary *professor*, Michael Daniel *research fellow*

Department of Surgery, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD 21287, USA

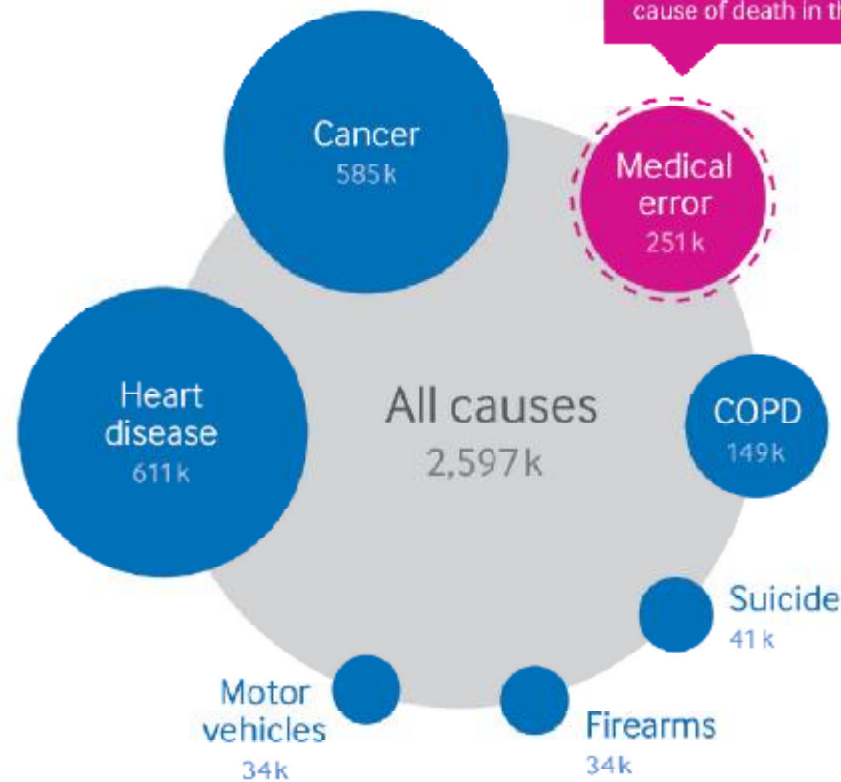
The annual list of the most common causes of death in the United States, compiled by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), informs public awareness and national research priorities each year. The list is created using death certificates filled out by physicians, funeral directors, medical examiners, and coroners. However, a major limitation of the death certificate is that it relies on assigning an International Classification of Disease (ICD) code to the cause of death.¹ As a result, causes of death not associated with an ICD code, such as human and system factors, are not captured. The science of safety has matured to describe how communication breakdowns, diagnostic errors, poor judgment, and inadequate skill can directly result in patient harm and death. We analyzed the scientific literature on medical error to identify its contribution to US deaths in relation to causes listed by the CDC.²

How big is the problem?

The most commonly cited estimate of annual deaths from medical error in the US—a 1999 Institute of Medicine (IOM) report³—is limited and outdated. The report describes an incidence of 44 000–98 000 deaths annually.⁷ This conclusion was not based on primary research conducted by the institute but on the 1984 Harvard Medical Practice Study and the 1992 Utah and Colorado Study.^{8,9} But as early as 1993, Leape, a chief investigator in the 1984 Harvard study, published an article arguing that the study's estimate was too low, contending that 78% rather than 51% of the 180 000 iatrogenic deaths were preventable (some argue that all iatrogenic deaths are preventable).¹⁰ This higher incidence (about 140 400 deaths due to error) has been supported by subsequent studies which suggest

Most common causes of death in the United States

Causes of death, US, 2013



اصل سود رسانی

Beneficence

- در جهت منافع بیمار اقدام کن
- با توجه به اهداف معمول پزشکی
- با احترام به اصول و ارزشهای بیمار

مورد اخلاق پزشکی بالینی (5)

بیمار خانم 35 ساله ایست که در بخش نورولوژی با تشخیص بیماری M.S بستری شده است و از طپش قلب به صورت گه گاه شکایت دارد . معاینه بالینی و ECG کاملاً نرمال است . اکو کاریوگرافی یکسال قبل بیمار نرمال بوده است. رزیدنت نورولوژی مجموعاً برای بیمار درخواست اکو کاریوگرافی می نماید.

اصل سود رسانی

بنابر این اصل اقدامات
مراقبین بهداشتی می
بایست در جهت حفظ
منافع بیمار بوده و
کمترین آسیب را به
بیمار وارد نماید.



اصل عدالت

Justice

- “به هرکسی آن چیزی را بده که می بایست داد.”
- با توجه به:
 - شایستگی
 - نیاز
 - تساوی
 - توانایی برای همکاری



مورد اخلاق پزشکی بالینی (6)

دو بیمار به شرح ذیل در بخش داخلی منتظر انجام پیوند می باشند و جراح برای این دو بیمار تنها یک دهنده مناسب دارد. می داند که بهترین نتیجه در صورتی به دست می آید که هر دوریه به یک گیرنده پیوند شوند.

بیمار اول آقای 21 ساله مبتلا به فیروز کیستیک می باشد. وی 15 ماه قبل تحت عمل جراحی پیوند ریه قرار گرفته ولی به علت رد مزمن پیوند و عفونت قارچی، ریه پیوندی در حال تخریب است. بیمار در طی این مدت به طور متناوب نیازمند ونتیلاسیون مکانیکی بوده است و نام وی به عنوان کاندید پیوند مجدد ثبت شده است اما با توجه به وجود عفونت قارچی و خطرات عمل پیوند دوم، میزان بقاء یک ماهه پس از عمل 65% و بقاء 24 ماهه 38% پیش بینی می شود.

بیمار دوم خانم معلم 42 ساله ایست که به دلیل هیپرتانسیون ریوی پیشرونده همراه با هموپتیزی و هیپوکسمی کاندید دریافت ریه پیوندی است. با توجه به نارسائی شدید و مقاوم به درمان قلب راست ادامه درمان وی در منزل ممکن نیست. میزان بقاء 1 ماهه و 24 ماهه برای این بیمار با توجه به عدم وجود عفونت و انجام عمل اول به ترتیب 82 و 62 درصد پیش بینی می شود.

اصل عدالت

بنابراین اصل مراقبین
بهداشتی می بایست با
عدالت و احترام به حقوق
سایرین، با قبول قوانین
پذیرفته شده اخلاقی، و در
زمینه **همکاری در منابع**
کمیاب با بیماران برخورد
نماید.



مورد اخلاق پزشکی بالینی (7)

حدود یک سال قبل زمانی که ما دربخش نفرولوژی شریعتی بودیم یکی از روزهای هفته در درمانگاه استاد “گ” حضور داشتند رفتیم. درمانگاه شلوغی بود و هر کدام از ما موظف بودیم که ابتدا شرح حال از بیمار گرفته و سپس به استاد گزارش کنیم. در همین حال منشی درمانگاه آقای “د” به نزد استاد آمدند و توضیحی دادند و سپس یک آقای میانسال وارد درمانگاه شد و هنگامی که دوستم می خواست از وی شرح حال ابتدایی بگیرد استاد اشاره کرد که شخصا می خواهد از وی شرح حال و معینه انجام دهد و سپس بیمار را به طرف میز شرح حال دعوت کرد و چنان برمیآمد که از اقوام استاد بوده و بسیار مورد توجه استاد مربوطه قرار گرفت و از نظر زمانی چیزی حدود سه برابر زمان معمول برای شرح حال و معاینه عادی درمانگاه برای آن بیمار توسط شخص استاد صرف گردید. ضمنا یکی دوفرد دیگر از بیماران حاضر در اتاق با تعجب نظاره گر قضیه بودند.

احترام به عدالت

- توزیع منصفانه سرمایه ها
- عدالت در رعایت حقوق مردم
- عدالت در اجراء قوانین قابل قبول اخلاقی

مورد اخلاق پزشکی بالینی (8)

آقای 63 ساله ایست که به دلیل تصادف دچار ضایعه شدید ولی قابل برگشت مغزی شده است. به نظر پزشک اورژانس بیمار باید در ICU بستری شود ولی در بخش مربوطه تخت خالی ندارد و هیچیک از بیماران بستری در آن نیز قابل انتقال به بخشهای عادی نیستند. پزشک می تواند بیمار را در یکی از بخشها بستری کند ولی می داند که اداره وی خارج از توان پرسنل بخش است زیرا ایشان آموزشهای لازم را برای کنترل تشنج و عوارض فشار داخل مغزی بالا ندیده اند. از طرف دیگر امکان انتقال بیمار به مرکز دیگری که توانائی اداره بیمار زیر نظر جراح اعصاب را داشته باشد وجود ندارد.

مورد اخلاق پزشکی بالینی (9)

خانمی جهت آنژیوگرافی تحت آزمایشات روتین قرار گرفته است در آزمایشات HIV positive است بیمار از پزشک می خواهد این موضوع را با همسرش در میان نگذارند. پزشک با در نظر گرفتن احتمال سرایت وی اآلودگی دیگر اعضای خانواده سعی به متقاعد کردن بیمار جهت بررسی دیگر اعضای خانواده دارد ولی بیمار بر خواسته خود اسرار دارد.

صداقت

Veracity

• وظیفه بیان واقعیت ، راستگویی ، صداقت

رعایت محرمانه بودن اطلاعات

Privacy/Confidentiality

- احترام به اطلاعات شخصی افراد

- احترام به "شخصیت" سایرین

روش تجزیه و تحلیل موارد (Case های) اخلاق بالینی

دو روش در استدلال اخلاقی

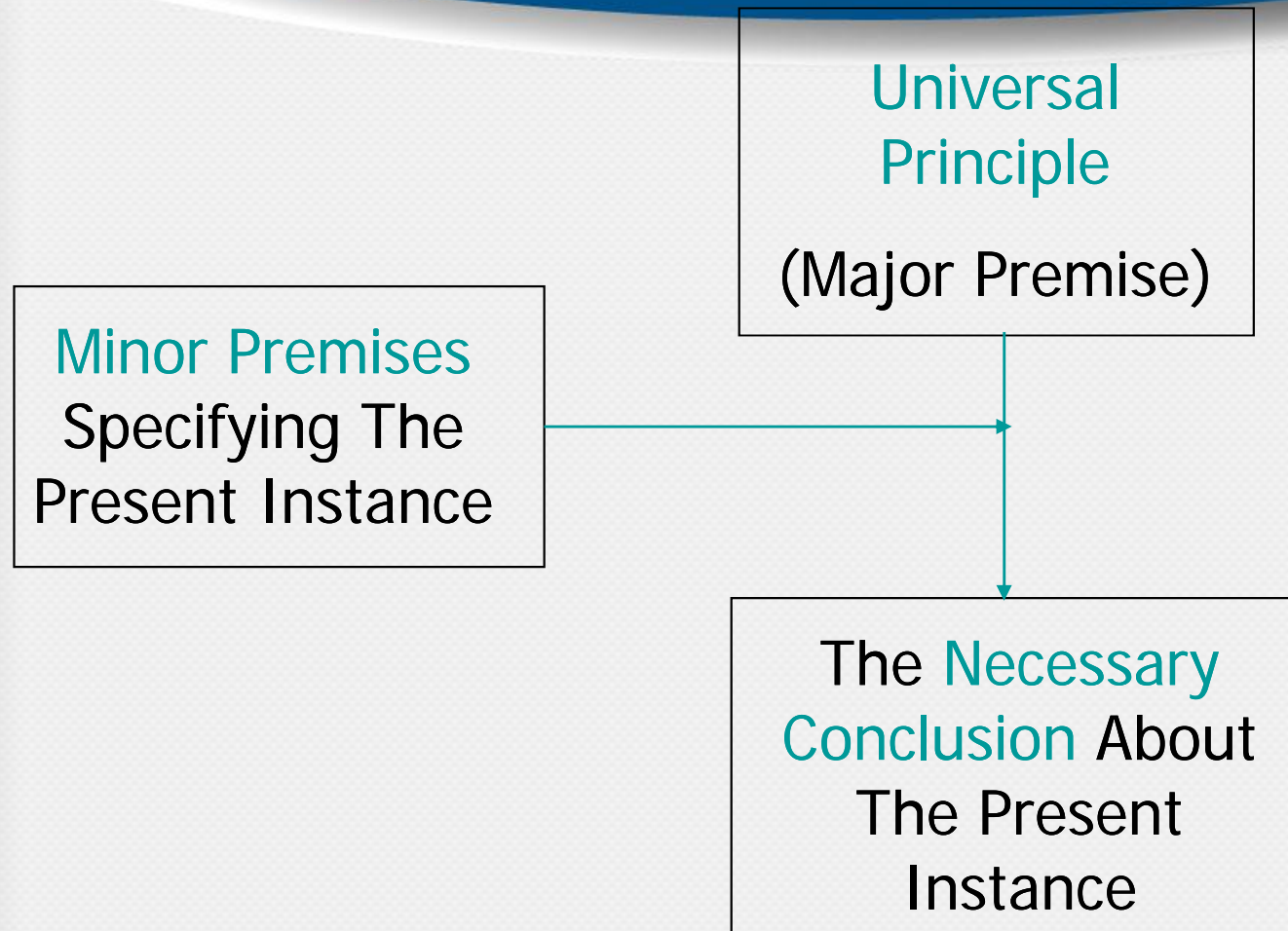
— استدلال قراردادی (Formal Arguments)

- نتایج خاصی از اصول کلی و جهان شمول استنباط می شوند.
- درستی و واقعیت از اصول کلی به سمت نمونه های خاص در جریان می باشند.
- اصول کلی آغازگر نقطه بنیادی برای نقاط پایانی خاص می باشند.

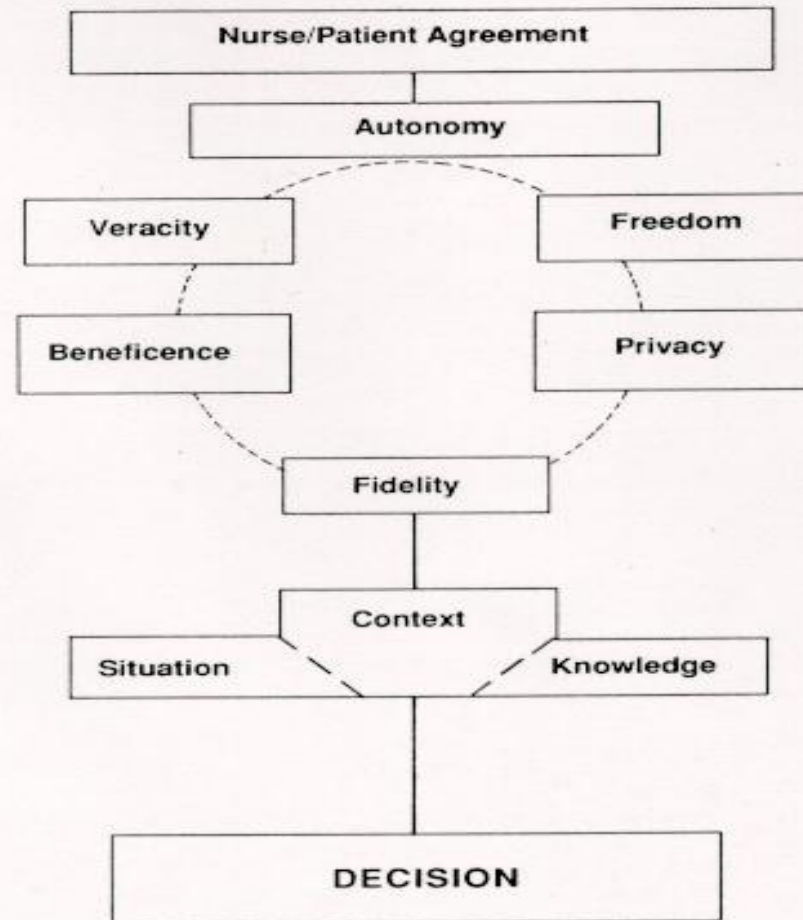
— استدلال عملی (Casuistry)

- نتایج در نمونه های خاص به میزان شباهت آنها با مسائل قبلی می باشند
- درستی و واقعیت برپایه موارد قبلی که برای حل مسائل بعدی بکارگرفته می شوند، بستگی دارد.
- تجربه و عواقب آن راهنمای فعالیت‌های بعدی می باشد.

Formal Argument Model



مدل تصمیم گیری اخلاقی Husted



استدلال عملی

Casuistry

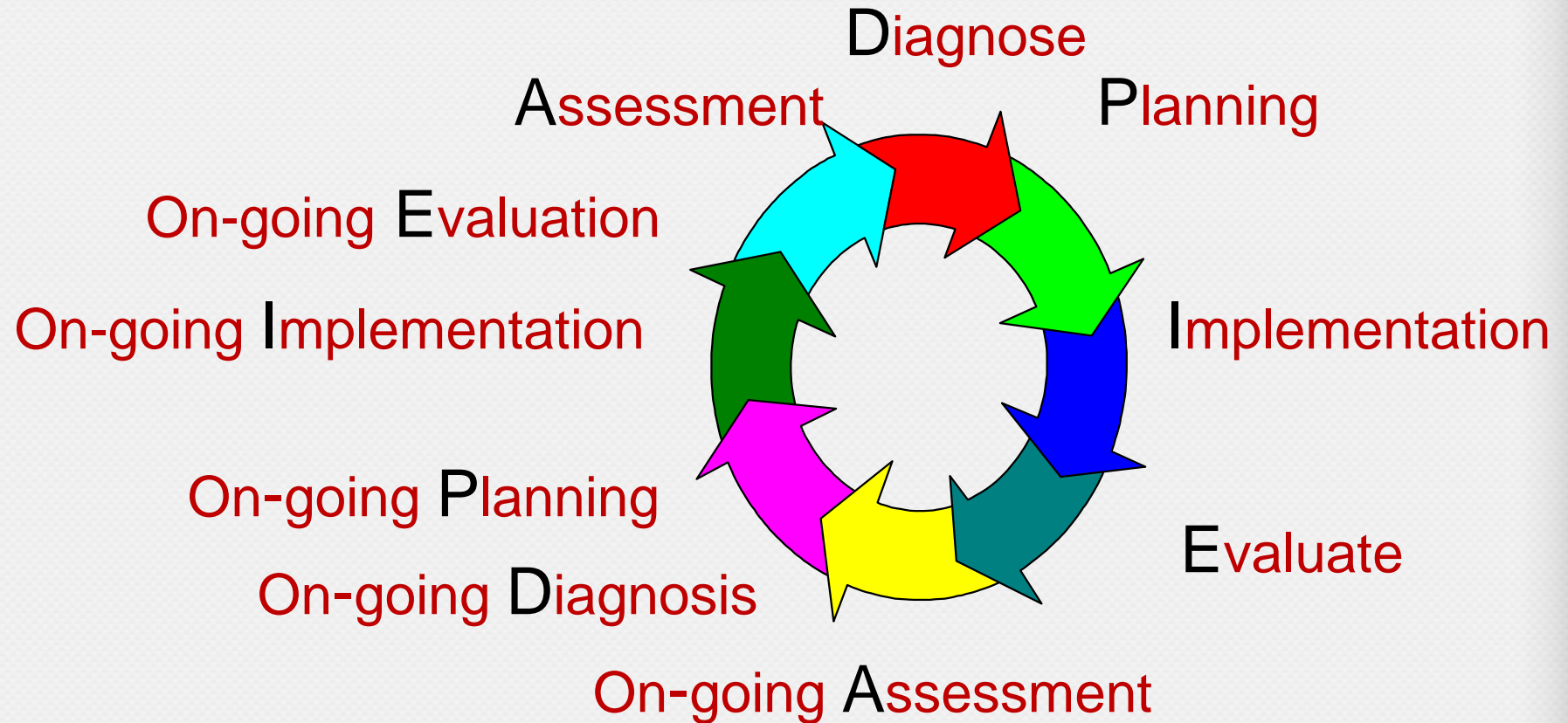
نوعی آنالیز می باشد که معتقد است در برخی موارد خاص (پارادایم)، همه افراد در ارتباط با درستی و یا اشتباه بودن راه حل اتفاق نظر دارند، هرچند دلایل مختلفی داشته باشند. موارد دیگر با توجه به شباهت و تفاوتشان با این موارد خاص مورد آنالیز قرار می گیرند.

نحوه برخورد و تجزیه و تحلیل موارد (case ها) اخلاق بالینی

همانند برخورد با دیگر موارد بالینی می تواند شامل مراحل ذیل باشد:

1. موارد را به درستی بشناسیم و اطلاعات لازم و مرتبط با موضوع را جمع آوری کنیم. (Assessment)
2. اطلاعات مطرح شده در مسئله مورد نظر را تجزیه و تحلیل کنیم. (Diagnose)
3. راه حل ها و نظرات مختلف در رابطه با حل مورد را اولویت بندی نماییم. (Planning)
4. راه حل انتخابی را به مرحله اجرا در می آوریم. (Implementation)
5. راه حل اجرا شده را پیگیری و ارزیابی کنیم. (Evaluation)

مدل تصمیم گیری : (ADPIE)



روش Four Box

- اندیکاسیونهای پزشکی
برای مداخله

- تمایلات بیمار

- کیفیت زندگی

- عوامل زمینه ای

تمایل بیمار :

- تمایلات بیمار در قبول یا رد درمان چگونه است؟
- آیا بیمار از مزایا و عواقب درمان مطلع و آنها را فهمیده است؟
- آیا بیمار رضایت نامه کتبی را امضاء نموده است؟
- آیا بیمار از نظر ذهنی و قانونی صلاحیت تصمیم‌گیری دارد؟
- شواهد عدم ظرفیت تصمیم‌گیری وی چه هستند؟
- اگر بیمار فاقد صلاحیت است، چه کسی به جای او تصمیم می‌گیرد؟
- آیا فرد جایگزین از معیارهای مناسبی برای تصمیم‌گیری خود استفاده می‌کند؟
- در مجموع آیا در حدی که اخلاق و قانون اجازه می‌دهد، به حق انتخاب بیمار احترام گذاشته شده است؟

اندیکاسیونهای پزشکی

- تشخیص بیماری، سابقه و پیش آگهی آن چیست؟
- آیا بیماری حاد یا مزمن است، آیا اورژانسی و برگشت پذیر است؟
- اهداف درمان کدامند؟
- احتمال موفقیت درمان چه میزان است؟
- در صورت شکست درمان اقدام بعدی چیست؟
- در مجموع این بیمار چه میزان از خدمات پزشکی فایده خواهد برد؟
- چگونه می توان از آسیب بیمار جلوگیری نموده و در جهت سود وی اقدام نمود؟

عوامل زمینه‌ای:

- آیا ملاحظات خانوادگی که بتواند تصمیم درمانی را تحت تأثیر بگذارد وجود دارد؟
- آیا ملاحظاتی مربوط به افراد ارائه دهنده خدمت (پزشک یا پرستار) وجود دارد که بتواند تصمیم درمانی را تحت تأثیر قرار دهد؟
- آیا عوامل اقتصادی و مالی تأثیر گذار بر تصمیم‌گیری وجود دارند؟
- آیا توجیهی برای نقص رازداری وجود دارد؟
- آیا مشکل در تخصیص منابع است؟
- دلالت‌های قانونی در این مورد کدامند؟
- آیا آموزش یا پژوهش پزشکی در این مورد مطرح است؟
- آیا فرد یا مرکز ارائه دهنده خدمت، تعارض منافع دارد؟
- آیا مسائل مذهبی و فرهنگی بر تصمیم‌گیری موثر است؟

کیفیت زندگی :

- دورنمای بازگشت به زندگی طبیعی بیمار با و بدون درمان چگونه است؟
- آیا ممکن است فرد ارائه دهنده خدمت در مورد کیفیت زندگی بیمار دچار یکسو نگری و پیشداوری قرار گیرد؟
- اگر درمان موفقیت آمیز باشد، چه نقص‌های جسمانی، روحی و اجتماعی برای بیمار ایجاد می‌شود و یا باقی میماند؟
- آیا شرایط فعلی و آینده بیمار به گونه‌ای است که ممکن است ادامه زندگی از دید وی نامطلوب باشد؟
- چه برنامه و استدلالی برای صرفنظر کردن از درمان وجود دارد؟
- چه برنامه‌هایی برای مراقبت‌های تسکینی بیمار وجود دارد؟

نحوه برخورد و آنالیز یک مورد اخلاق پزشکی بالینی

بیمار کودک 9 ساله ای بود که اولین دوره شیمی درمانی خود را با تشخیص لوسمی حاد به پایان رسانده بود و اکنون برای دوره دوم شیمی درمانی مراجعه کرده بود. بخش هماتولوژی بیمارستان تخت خالی نداشت و به احتمال قوی به زودی هم خالی نمی شد. استاد بین بستری در بیمارستان خصوصی یا بستری در یکی از بخش های دیگر بیمارستان پدر کودک را مخیر نمودند.

پدر بیمار به دلیل مسایل مالی خواهان بستری در همین بیمارستان بود. تنها بخش عفونی تخت خالی داشت. استاد به پدر بیمار توضیح دادند که این مسئله شاید خطرناک باشد ولی پدر بیمار قبول نمی کرد.

مرحله (1): شناسایی و گردآوری اطلاعات

- آیا بستری بیمار اورژانسی است یا ایجاد فاصله بین دفعات کموتراپی مقدور است؟ حداکثر تا چه مدت می توان بین دوره های کموتراپی فاصله گذاشت؟
- در صورت عدم امکان تاخیر در بستری آیا جابجایی در بیماران جهت ایجاد تخت خالی در بخش بجز عفونی مقدور است؟
- آیا بستری در بخش دولتی دیگر امکانپذیر است؟
- آیا فرد جایگزین در تصمیم گیری برای کودک از عواقب بستری در بخش عفونی بخوبی مطلع شده است؟
- آیا رضایت نامه کتبی جهت پذیرفتن عواقب آن امضاء نموده است؟
- آیا فرد جایگزین از معیارهای مناسبی برای تصمیم گیری خود استفاده می کند؟
- آیا عوامل اقتصادی موثر بر تصمیم گیری قابل رفع است؟
- آیا پزشک ارائه دهنده خدمت تعارض منافع دارد؟

مرحله (2): تجزیه و تحلیل اطلاعات و بررسی انتخابهای ممکن

- هماهنگی با بخش دولتی دیگری جهت بستری بیمار انجام دهیم.
- با تشریح کامل اهمیت بستری به موقع و عواقب بسیار خطرناک بستری در بخش عفونی ، پدر را به هزینه بخش خصوصی راضی نمائیم.
- از اتاق ایزوله در بخش عفونی و یا جابجایی بیمار در بخشهای دیگر استفاده کنیم.

مرحله (3) : اولویت بندی راه‌های مختلف

- راه‌های پیشنهادی را با تبیین اصول و ارزش‌هایی که در مسئله وجود دارد بررسی کنیم.
- **سود رسانی به بیمار** — باید تلاش شود بیمار در اولین فرصت، بستری و شیمی‌درمانی خود را دریافت کند.
- **اصل عدم اضرار** — از بستری بیمار در بخشی که ممکن است خطرات و عواقب وخیم داشته باشد پرهیز شود.
- **خود مختاری بیمار** — بیمار حق دارد پزشک و محل ارائه خدمت پزشکی خود را انتخاب نماید.
- **اصل عدالت** — بیمار حق دارد در بخشی غیر از عفونی که احتمال عوارض کمتری دارد بستری گردد، حتی اگر به جابجایی بیمار دیگری که این ریسک را ندارد منجر شود.
در راه حل (1) اتونومی بیمار لحاظ نشده است.
- در راه حل (2) اگر چه تمام اصول رعایت شده است. عوامل اقتصادی به عنوان یک تمایل و ارزش فردی لحاظ نشده است.

مرحله (4): اولویت بندی تصمیم گیریها و اجراء تصمیم

- باید به این نکته توجه داشت که علاوه بر تعامل منطقی بین اصول اخلاقی موجود در مورد مطرح شده ، ارجحیت با گزینه ایست که در توافق با بیشترین اصول باشد و از طرفی راه حل به طور حقیقی قابل اجرا باشد. از طرفی ممکن است چندین انتخاب اخلاقی باشد که می بایست با اولویت انتخاب بیمار به انجام یک مورد از آن مبادرت ورزید.

