الأكاديمية العربية الدولية
Arab International Academy

الأكاديمية العربية الدولية

المقررات الجامعية

www.aiacademy.info | care@aiacademy.info

مبادئ
الاخلاقيات الطبية
في المؤسسات الصحيةالعراقية

لجنة الاخلاقيات الطبية

الدكتور ستار جبار الساعدي	الوكيل الفني / رئيس اللجنة
الدكتور عبدالسلام صالح سلطان	مركز تدريب و تطوير الملاكات / مقرر اللجنة
الدكتور كاروان عثمان	مكتب الوزير / عضو
الدكتور سامي شاتي	مكتب الوكيل الفني / عضو
الدكتورة لمى طارق محمد	مركز تدريب وتطوير الملاكات / عضو
الدكتور محمد مظفر عبدالقادر	دائرة الامور الفنية / عضو
الدكتور ياسر يونس مجيد	دائرة الصحة العامة / عضو
الدكتور فراس هاشم	أمين سر نقابة اطباء بغداد / عضو

تقديم

لماذا نؤكد على مبادئ الاخلاقيات الطبية؟

عزيزي القارئ ...

تضع وزارة الصحة بين يديك الدليل العملي الذي يساعدك في اتخاذ القرار الطبي بمنظور اخلاقي.....

الاخلاقيات علم من علوم الفلسفة من حيث أنها تبحث في ذات الأنسان ومعتقداته واعرافه الاجتماعية والقيم السائدة في مجتمعه. وهو من الموضوعات الحساسة والواسعة، لأنه يشمل مبادئ الأنسان وعلاقته بكل ما حوله من الكائنات الحية. وإن كانت قواعد الخير والشر ثابتة في المجتمعات لكنها تختلف نسبياً بحسب طبيعة المجتمع وتطوره ضمن المنظور التاريخي والعلمي والديني. وتظهر أهمية الأخلاق ودراستها في تعزيز سلوك الانسان وتوافقه الداخلي اولاً ومن ثم مع المجتمع والاقتراب من المثالية التي جوهرها قيم الأمانة والإخلاص والصدق والعدالة.

وتعد الأخلاقيات العلمية فرعاً من فروع علم الأخلاق لما لهذا العلم من قدسية تنهى عن تدنيسه بالشوائب ولما له من خصوصية في البحث والتطبيق. لذا فعلى ملاكاتنا الصحيةكافة أن يتحلوا بالخلق الحسن والمبادىء المهنية القويمة، لأنهما يتعاملان مع تطور الحياة وسيرها الى الأمام. أما بطريقة مباشرة كما في مهنة الطب، حيث التعامل مع الأنسان وآماله وآلامه تعاملاً مباشراً وواضحاً وعميقاً أو في العلوم الأخرى التي لها علاقة بحياة الإنسان.

وأن لمهنة الطب كما لأي مهنة اخرى ابعاداً ثلاثة: البعد المعرفي والسلوكي والأخلاقي. ويمثل البعد الثالث "الاخلاقي" روح المهنة وجانبها الفني والإنساني والذي يكسبها قيمتها الاعتبارية في المجتمع. والعناية بهذا البعد من المهنة لا يقل أهمية عن اكتساب العلم اللازم لممارستها بل قد يتعدى تأثيره ليطغى على تأثير البعدين الاوليين سواءاً كان سلباً أو ايجاباً.

إن بناء الملاك الطبي والصحي الأخلاقي والارتقاء به الى ارفع الدرجات من حسن الخلق يغني المهنة تماماً كما تغني المهنة الملاكات الطبية والصحية. ويجب الوقوف بوجه الحمى المتسارعة تسارعاً غير مسبوق في الوقت الحاضر في سبيل تحقيق المكسب المادي والتهافت الدؤوب على الشهرة والنجاح. لذلك فالعمل على تثبيت قواعدنا الأخلاقية وتحديثها هو السبيل الوحيد لبناء مجتمعاتنا التي تكاد تنزلق في المادية. لذا، فأن تناول موضوع الاخلاقيات الطبية يجب أن يختلف عما درجنا عليه في السابق من نصائح وادبيات ونصوص تاريخية ومقولات علماءنا الاجلاء. إذ علينا أن ننظر إلى الموضوعات الاخلاقية من منظور الحاجة اليها في تعاملاتنا اليومية مع المراجعين والمرضى والمجتمع. ومن هنا تكون نقطة الانطلاق الى المستقبل المهني الاخلاقي المنتظر، عندما نصل الى مرحلة تستوقفنا فيها لحظة ارتياب من سلوك معين مع مريض هنا يأتي التوظيف الحقيقي للأخلاقيات المهنية الطبية.

وينبغي أن يختلف السؤال اليوم عن أسئلة الماضي، وكنا نتساءل كيف نجعل الاخلاقيات الطبية جزءاً من مهنة الطب؟ ولكن علينا اليوم أن نصحح التساؤل ونحاول أن نعطي بعداً آخراً للموضوع لنستطيع الاجابة عن السؤال الآتي: كيف يمكن أن تساعدنا الاخلاقيات الطبية ومدوناتها التي درجنا على ترديدها في اتخاذ قراراتنا الطبية؟

وكيف نكامل موضوع الاخلاقيات الطبية مع المهنة بصورة ترفع من مستوى المهنة وممتهنيها؟

اذ لا يتمكن الطبيب وطبيب الاسنان والصيدلي والممرضة والملاكات الساندة أن يتعاملوا مع مهنتهم من دون ان يكون لديهم دليل اخلاقي يستندون عليه.

.....سدد الله خطانا لخدمة شعبنا الكريم ومن الله التوفيق.

الدكتورة

عديلة حمود حسين

وزيرة الصحة

قسم الطبيب

وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ

"آية ٧٠ الاسراء"

باللهِ أُقسمُ أن تبقى بلا وهنِ ... مخافةُ الله نبراسي مدى الزمنِ

وأن أكون وأميناً في مُزاولتي ... لمهنة الطبِ حسبَ العُرفِ والسننِ

وأن أصونَ حياة الناسِ أجمعهم ... مِنَ الأذى وسُقام النفسِ والبدنِ

أحمي كرامتهم والسرُ اكتمهُ ... فمهنة الطبِ إحدى أنبلُ المهنيِ

ومِن تعاليمها عارٌ علّي إذا ... ميّزت بين فقيرُ معدمٍ وغني

وأن أُعير اهتمامي للقريب فلا ... يجني البعيد سوى الاهمال والشَجنِ

وأنهلُ العلمِ من شتى منابعهِ ... وإن تغربتُ عن أهلي وعن وطنيِ

مُقدراً كلُ مَن بالعلمِ زودّني ... ومانحاً للورى علمي بلا مننِ

مُؤازراً زملائي هادفين إلى ... سلامةِ الناس من الأرزاء والمحنِ

وطالباً من مريضي أن يشاركني ... بالر أي خوف قرارٍ غير متزنِ

وأن تكون فعالي مثل معتقدي ... نقية المحتوى في السر والعلنِ

وأشهد الله والدنيا على قسمي ... بأن على العهد أبقى جدُ مؤتمنِ

المرحوم طارق المبارك

اختصاص لغة انكليزية مترجم

محاضر في مركز تدريب وتطوير الملاكات

في وزارة الصحة سابقا

المحتويات

تقديم	٣
قسم الطبيب	٥
المقدمة	٧
حالات طبية ومشكلات اخلاقية	٩
نبذة تأريخية واستشراف المستقبل	١١
القيم الروحية والصحة	١٣
أعلان جنيف	١٤
خصوصية مهنة الطب	١٥
المهنة والمجتمع	١٩
المبادئ الاساسية	٢٠
الالتزامات المهنية	٢٧
الجوانب الاخلاقية في كلفة الرعاية الصحية	٤٤
اخلاقيات البحث الصحي	٤٦
القرار الاخلاقي	٦٠
ادارة الاخلاقيات في المؤسسة الصحية	٦٧
الاخطاء الطبية	٧٢
المسؤولية القانونية في الطب	٧٨
المسؤولية والملف الطبي	٨٠
المشكلات الاخلاقية المتعلقة بالموت	٨٣
المصادر	٩٠

المقدمة

تتطور فلسفة الطب وعلومه وآدابه وفنونه يوماً بعد يوم. والذي ينعكس على التفاصيل الدقيقة في الممارسة الطبية اليومية. ويتطلب ذلك تحديث مفاهيم الأخلاقيات الطبية والسلوك المهني للملاك الطبي والصحي لتعزيز صورة المهنة الطبية في المجتمع. وتؤكد وزارة الصحة على حاجتها الماسة لملاكات ملتزمة بالمبادئ الأساسية للسلوك المهني والأخلاقيات الطبية لمواكبة حجم المهام المناطة بها، في تحقيق الهدف الأسمى الذي تنشده الوزارة؛ تقديم رعاية صحية مسؤولة يضع ملاكاتها نصب أعينهم المعايير الأخلاقية في كل صغيرة وكبيرة عند ممارستهم اليومية للمهنة بتفاصيلها الدقيقة. وبهذا يضع الجميع المعايير الأخلاقية والسلوك المهني القويم كأحدالمعايير عند مواجهة أية مشكلة وكل حسب موقعه والبيئة التي يعمل بها.

يقوم الطب في العصر الحديث على التطور الأنفجاري في التقنية الاحيائيةوالتقنيات الأخرى وزيادة نسبة الموارد المالية المخصصة على الجانب الصحي وانتقال اتخاذ القرارات الصحية بيد المريض وذويه وزيادة الوعي الاجتماعي ونشوء المنظمات الداعمة للمرضى. وبالمقابل تعتري ممارسة الطب في الوقت الحاضر تحديات لم يسبق لها مثيل في كُل الثقافات والمجتمعات. وتتمركز هذه التحديات على زيادة التفاوت بين ازدياد الحاجات الضرورية للمرضى تقابلها قلة الموارد المتاحة لتلبيتها. والاعتماد المتزايد على قوى السوق "العلاقة بين المنتِج والمستهلك والمنتَج" لتحويل أنظمة الرعاية الصحية عن جادتها الصحيحة. ونتيجة لذلك، تجد الملاكات الطبية والصحية صعوبة الإيفاء بإلتزاماتهم تجاه المرضى والمجتمع. وتغري عوامل السوق التنافسية الأطباء لترك التزاماتهم التقليدية نحو أسبقية مصالح المرضى. وكذلك تعاني هذه الملاكات حالياً من الاحباط وذلك لأن نظام تقديم الرعاية الصحية يتغير في جميع الدول ويهدد جوهر قيم المهنة الطبية وطبيعتها.

وتشترك جميع الملاكات الطبيةوالصحية في مواجهة التحديات الخارجية التي تُفرض عليهم والتي تؤثر على رؤيتهم والتزامهم تجاه رعايتهم للمرضى. وتدعو هذه الضغوط المسلطة على كاهل المهنة الطبية والخارجة عن تحمل قدراتها إلى اعادة صياغة الالتزامات المهنية.

ويقع عبء المسؤولية على جميع الملاكات للعمل وفق المبادئ والالتزامات التي ينبغي التحلي بها. ويكمن التحدي الآن في الالتزام بقواعد المهنة والمبادئ ومقاومة الضغوط وخلق مفهوم ذهني مهني والتعهد على الاصرار على تقديم رعاية صحية ملتزمة لجميع افراد المجتمع بأولوية مصلحة المجتمع والمرضى الافراد.

وأخيراً، تعالت اصوات من اطراف متعددة للدفاع عن المهنة وحمايتها. وبدأت بالدعوة إلى تجديد الإلتزام بضوابط المهنة، واصلاح أنظمة الرعاية الصحية وتنشيطها. واستجابة لهذا التحدي، أطلقت وزارة الصحة مشروع الاخلاقيات الطبية والسلوك المهني لتطوير مجموعة من المبادئ لجميع المهن الصحية تحت شعار المريض أولاً. ويدعم المشروع أنظمة الرعاية الصحية في المؤسسات الصحية في جميع انحاء العراق، على أن تبقى الملاكات كافة ملتزمةبإرساء العقائد الأساسية للعدالة الاجتماعية في توزيع الخدمات الطبية المتوافرة لديها وأسبقية الاحسان للمريض.

ولإبقاء وفاء عقد الطبّ الإجتماعي في أثناء هذا الوقت العاصف. نعتقد أنّ على الأطباء أن يُعيدوا تأكيد التزامهم الفاعل بمبادئ المهنة، ليس فقط إلتزامهم الشخصي باسبقية مصلحة مرضاهم لكن الجهود الجماعية أيضاً لتحسين نظام الرعاية الصحية لسعادة المجتمع. وتشجيع مثل هذا التوجه وتعزيز تقاليد مهنة الطب في المنظور والهدف.

ويعرض الكتاب مقدمة أولية عن المبادئ الاساسية للأخلاقيات الطبية والسلوك المهني المطلوب. ويلفت نظر الملاكات الطبية والصحية لأهمية الموضوع في أثناء أنغماسهم العميق بشؤون الممارسة الطبية اليومية المعقدة وتحدياتها المختلفة. ويبرز الحاجة المستمرة للبعد الأخلاقي في الطب، وكيف يمكن التعامل مع المشكلات الأخلاقية التي ستواجههم ومحاولة حل تضارب المبادئ الأخلاقية التي تواجه المشكلة الفردية واختيار الأنسب فيما بينها. ***ولا يقدم الكتاب حلولاً جاهزة للمشكلات الأخلاقية وأنما يعطي الأتجاه الصحيح والمعلومات الضرورية التي ترشد على طرق الحلول الممكنة للمواضيع الأخلاقية بشأن المشكلة موضوع البحث.***

حالات طبية لها مشكلات اخلاقية

تبرز في الممارسة الطبية مشكلات اخلاقية غريبة ومعقدة ومتعددة الوجوه، قد لا يتمكن الأطباء من حلها بمهنية. لذلك ينبغي التعمق والاجتهاد لايجاد حلولاً معقولة لهذه المعضلات.

تثير بعض الحالات الطبية استفسارات وأسئلة ليس عن الجانب العلمي والتقني للحالات المرضية وأنما على الجانب الأنساني الاخلاقي،ويسأل الأنسان نفسه، ما السلوك الأفضل؟ وما الطريق لاتخاذ القرار الطبي؟ وتناقش مجمل هذه المشكلات القيم والحقوق والواجبات والمسؤولية التي تربط الطبيب بالمجتمع. ويتعرض الطبيب في حياته العملية إلى مثل هذه المشكلات يومياً مثلما يتعرض للمشكلات العلمية والتقنية. وكما أن هناك اجماع علمي لمعالجة بعض الاصابات الطبية كخياطة الجرح وتجبير الكسر هناك اجماع على بعض المشكلات الاخلاقية وكيفية معالجتها، مثل: يجب أخذ موافقة المريض قبل اتخاذ أي اجراء جراحي له.وبالمقابل هناك اختلافات في وجهات النظر الاخلاقية عند التعامل مع مشكلات اخلاقية عويصة مثل، الاختلافات في وجهات النظر العلمية في علاج الضغط والسكري مقابل صعوبات في توزيع الموارد المالية المحدودةوتحديد اولويات أوجه الصرف فيها.

ولتقريب المشكلات الواقعية، يرجى تأمل الجوانب الاخلاقية في الحالات المرضية الآتية التي تتعرض لها ولإمثالها المؤسسة الصحية "مستشفى، مركز صحي، عيادة خاصة...." يومياًكأمثلة عن المبادئ الاساسية الثلاث للأخلاقيات الطبية:

مثال (١)يعاني المخطط الصحي من طلبات متزايدة من غير المتخصصين بالصحة بفتح مراكز متقدمة لقسطرة وجراحة القلب في كل محافظة وبالمقابل يرى أن يجب التركيز على فتح مراكز الرعاية الصحية الأولية للوقاية من الامراض التي تصيب الأم والطفل والصحة المدرسية وسلامة البيئة.

مثال (٢)يعاني طبيب الاشعة من الاحباط بسبب كثرة المراجعين الذين يجلبون معهم طلبات إجراء فحص الرنين من مدير المستشفى وأطباء آخرين. ويلحون على إجراء الفحص خارج الضوابط بصورة مستعجلة مما يؤدي إلى التأثير على حقوق المرضى الآخرين. ويبقى الطبيب في حيرة من امره، هل ينفذ طلبات الوساطة ويرضي المدير والأطباء الآخرين أم يلتزم بالضوابط ويخسر علاقاته الاجتماعية؟

مثال (٣)طفل حديث الولادة مصاب باليرقان الولادي الشديدومستوى صبغة البلروبين عالية جداً (Total Serum Bilirubin 20 mg/dl).طلب طبيب الاطفال ادخاله ردهة الخدج وإجراء تبديل الدم بصورة مستعجلة خوفاً من وفاته أو اصابتة بالتخلف العقلي الناتج عن ترسب صبغة البلروبين في دماغه. ورفض ذووه "أمه وابوه" ادخاله المستشفى وتبديل دمه اعتقاداً منهم أن الطريق الافضل هو معالجته تحفظياً: وضعه تحت ضوء الشمعة وتغذيته بالماء المحلى بالسكر وزيارة معالج شعبي.....ما الذي يفعله الطبيب في هذه الحالة؟

مثال (٤)امرأة في ٢٨ من العمر اصيبت في حادث مروري مروع ادى إلى اصابتها بكسور في الصدر والحوض والفك الاسفل وعظم الوجنة. ووصلت الى المستشفى في حالة غيبوبة تامة. وبعد اجراء الاسعاف الاولي تبين أن المريضة حامل في الشهر الثاني "٥ اسابيع" ووضعت تحت المنفاس "التنفس الاصطناعي Respirator" لمدة ثلاثة ايام واعطيت جرعات من المورفين باستمرار لتخفيف الا لم الذي تشعر به. وبعد اسبوع، اجري لها ربط الفك الاسفل وتعديل عظم الوجنة. وفي اثناء ذلك، استمرت الطبيبة النسائية تجري فحوصاً لحالة الجنين وتؤكد الفحوص والسونار سلامة نمو الجنين. بعد حوالي ٦ اسابيع من العلاج، بدأت المرأة تتماثل للشفاء وتم اخراجها من المستشفى إلى المنزل.على الرغم من ذلك اصر الاب انه يود التخلص من هذا الجنين الذي بلغ في ذلك الحين ثلاثة عشر اسبوعاً .. مدعياً انه سيلد مشوهاً مما يجعله لا يطيق تحمل فكرة أن زوجته ستلد طفلاً مشوهاً.

نبذة تاريخية واستشراف المستقبل

الطب مهنة قديمة قدم الإنسان ذاته، وارتبطت في بدايتها بأعمال السحر والشعوذة والدجل في العصور القديمة والمجتمعات البدائية. ومارسها الكهنة والسحرة ثم تقدمت نوعاً ما مع الحضارات القديمة في بلاد الرافدين ومصر (وبرع الفراعنة في تحنيط الأموات) والهند والصين (الوخز بالإبر) إلى أن حدثت النقلة النوعية في زمن الإغريق واليونان. ومع ظهور الحضارة العربية والإسلامية تطورت الممارسة العلمية التجريبية. وبدأ الطب يأخذ شكله المعروف اليوم من خلال أعمال علماء وأطباء كبار أمثال بن سينا: الشيخ الرئيس الذي عُرف أنه أول الباحثين في مجال الطب النفسي، وأول من أعطى الدواء عن طريق المحقن. وابن النفيس، مكتشف الدورة الدموية الصغرى ممن ظلت كتبهم وأعمالهم تدرس في مختلف أنحاء العالم حتى القرن السابع عشر وغير ذلك الكثير. مما مهد الطريق أمام التطورات الكبيرة اللاحقة التي حدثت مع ظهور عصر النهضة في أوروبا ثم الثورة الصناعية وصولاً إلى الأزمنة الحاضرة والتي أدت إلى تطورات كبرى في العلوم كافة. ويمكن تتبع تراث مبادئ الأخلاقيات الطبية الموغلة بالقدم الى عصور الحضارة الانسانية القديمة. والذي يوضح أهمية الاخلاق في الممارسة الطبية، مثل؛ تشريعات حمورابي في الطب المادة (٢١٥-٢٢٥) تتعلق بالأطباء والجراحين والبيطريين. وعهد أبو قراط وناموس الطب واعمال الاحبار الأولى والتعليم المسيحي. ولكن الحضارة الحالية مدينة للأطباء العرب والمسلمين امثال اسحاق بن علي الرهاوي الذي كتب أول كتاب في الاخلاقيات الطبية "كتاب أدب الطبيب" وهو دليل مكّرس للأخلاق الطبية وحديثاً حققه الدكتور كمال السامرائي والدكتور داود سلمان علي.وفي القرنيين الثامن والتاسع عشر، انبثق علم الاخلاقيات الطبية على شكل خطاب مطول. إذ كتب ثوماس بيرسفيل Thomas Percival 1740-1804"البريطاني عن الفقه الطبي وكرر عبارة الاخلاق الطبية مرات كثيرة لترسخ كمصطلح حديث في الممارسة الطبية. وتبنت الجمعية الطبية الامريكية أول دستور اخلاقي سنة (١٨٤٧) والذي اعتمد كثيراً على عمل برسفيل كمثال على العمل النقابي للأطباء في المجتمع، الذي استعار مفاهيم الاخلاق الطبية الكاثوليكية المتحفظة.

وفي القرن العشرين، ظهر مفهوم بروتستانتي أكثر حرية عند المفكرين مثل جوزيف فلتجر" Joseph Fletcher".وفي عقدي الستينات والسبعينات من القرن العشرين تطور الخطاب الاخلاقي واتخذ شكل آخر هو الاخلاقيات الاحيائية "Bioethics" والذي أعطى بعداً مختلفاً عن الاخلاقيات الطبية التقليدية.

وغالباً ما تتناول كتب الاخلاقيات الطبية اشارات متعددة عن أخلاقيات المهنة في العصور القديمة على الرغم من اختلاف الممارسة الطبية الحديثة وتطورها بعيداً عن تلك الاسس التي اعتمدها الاطباء في تلك الازمان. ومن الضروري أن نستشرف المستقبل، إذا ما أردنا أن لا يسبقنا الزمن دوماً. وعلى الرغم من صعوبة التنبؤ بكيفية ممارسة الطب للخريجين الجدد في العقود الأولى من الألفية الثالثة وتأثير التطور التقني والثورة البايولوجية على الممارسة العامة، وما المشكلات الاخلاقية التي سيواجهونها؟ ***ورغم عدم القدرة على التنبؤ بالمستقبل، فأن الأخلاقيات الطبية تحتاج إلى تطوير وتغيير مرن مع تعديل مسارها باستمرار لتواكب التطورات الطبية المنتظرة.*** وعلى كل حال، نأمل أن تبقى المبادئ الاساسية من دون تغيير؛ التعاطف مع المريض والكفاءة المهنية واستقلالية القرار الطبي بجانب احترام حقوق الانسان الاساسية. ومن المحتمل جداً، أن يبقى زمام الامر بيد المهنة الطبية ويستمر الأطباء بأداء ادواراً مهمة في ادارة النظام الصحي والوقاية والعلاج وتقديم الخدمات للآخرين والتعاون مع الجهات الداعمة للصحة. وعندما تظهر تحديات أخلاقية جديدة يحتاج الأطباء التعرف عليها وتدبيرها كما في الفروع الطبية الأخرى.

القيم الروحية والصحة

تعد القيم الروحية مصدر القيم والمبادئ التي تعطيالمعنى للحياة والأمل والراحة والاطمئنان للانسان. ويشكل الدين أهم عامل روحاني في حياة الانسان على الكرة الارضية. ويبدو أن القيم الروحية والمعتقدات والطقوس "الصلاة والدعاء..." تسهم اسهاماً متميزاً في التكيّف مع المعاناة والتعامل مع المرض ومنع حدوث بعض المضاعفات النفسية والبدنية وتقبل الموت والاستسلام لمشيئة الله، وقد تؤدي إلى الشفاء والعافية. وعرفت منظمة الصحة العالمية في عام ١٩٤٨ "الصحة" انها :حالة من العافية الكاملة البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية"، " ولسيت حال انتفاء المرض او العجز". ومازال هذا المفهوم معتمداً حتى اليوم.**وأوضح معجم اللغة العربية المعاصر العافية بمفهوم أوسع من الصحة: الصحَّةُ التامَّة، عكْسها بلاء " ويقال: نسأل اللهَ العَفْوَ والعافية، ويقال رزقه اللهُ العافيةَ، استردَّ عافيَته، وما أنعم اللهُ على عبده بنعمةٍ أوفى من العافية"**وتكرر مفهوم العافية في دعاء دوام العافية للامام زين العابدين (ع) **"اللهم صل على محمد وآله والبسني عافيتك وجللني عافيتك وحصنّي بعافيتك واكرمني بعافيتك واغنني بعافيتك وتصدق عليّ بعافيتك وهب لي عافيتك وافرشني عافيتك واصلح لي عافيتك ولا تفرق بيني وبين عافيتك في الدنيا والآخرة."**

ويمكن ملاحظة تأثير القيم الروحية على العراقيين عموماً فتجدهم يتوجهون إلى الله في كل مصيبة تصيبهم وكل مرض يعتريهم لذلك من المهم للطبيب معرفة مدى تأثير القيم الروحية على مشاعر المريض وافكاره ومناقشتها لأن الرعاية الصحية المتمحورة حول المريض تعتمد على مساهمة المريض في علاج مرضه وتشير الدراسات إلى التكامل بين الروح والعقل والبدن.

اعلان جنيف

تم تبني قسم الطبيب من قبل الجمعية العامة للرابطة الطبية العالمية بجنيف ايلول ١٩٤٨. وتم تنقيحه في الاجتماع الثاني والعشرين للرابطة الطبية العالمية بسدني، أستراليا، في آب ١٩٦٨. ويبدو القسم كرد على الاعمال الفظيعة التي قام بها الأطباء في المانيا النازية. ويبرز القسم ضرورة أن لا يستخدم الطبيب معرفته الطبية بطريقة مخالفة للقوانين الإنسانية .وتم اعتماد هذه الوثيقة من قبل الرابطة الطبية العالمية قبل ثلاثة أشهر فقط من تبني الجميعية العامة للأمم المتحدةالاعلان العالمي لحقوق الإنسان عام ١٩٤٨ الذي يعطي للانسان الامان.

والقسم كما يأتي:

بعد إن أصبحت عضواً في المهنة الطبية، فإنني أتعهد رسمياً وبكل حرية، مقسماً على:

- أن انذر حياتي لخدمة الإنسانية.
- وأن امنح اساتذتي ما يستحقونه من الاحترام والوفاق.
- وأن امارس مهنتي بكرامة وضمير حيّ.
- وأن تحظى صحة مرضاي باهتمامي الأول.
- وأن احترم الأسرار التي أؤتمنتُ عليها حتى بعد موت أصحابها.
- وسأحافظ بكل ما في وسعي على شرف المهنة الطبية النبيلة وتقاليدها.
- وسأعتبر زملائي في المهنة اخواناً لي.
- ولن أسمح بالاعتبارات الدينية أو الجنسية أو العنصرية أو السياسية الحزبية أو الاجتماعية أن تحول بين واجبي كطبيب وبين مرضاي.
- وأن احترم الحياة البشرية منذ نشأتها، وادافع عنها حتى تحت ظروف التهديد.
- ولن استخدم معارفي الطبية بما ينافي قوانين الإنسانية.
- اقسم بشرفي أن ابقى مخلصاً لما تضمنّه هذه الاعلان طيلة حياتي.

خصوصية مهنة الطب

تعرف الاخلاقيات الطبية بمجموعة القيّم والمبادئ والتوجهات التي يتحلى بها الطبيب في أثناء حياته المهنية وتستمد اصولها من الفضائل السائدة في المجتمع ومكارم الاخلاق التي تعارف عليه الناس والارث الحضاري واصول المهنة والدين كما يؤكد الحديث النبوي الشريف**"انما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق"**. وعلى ضوؤها تشرع التشريعات والقوانين التي تنظم عمل الملاكات الطبيةوالصحية وتحدد مسؤولياتهم تجاه المرضى والمجتمع. ولا يوجد نشاط إنساني من دون أخلاق تحكمه وتقيده. وينبغي على كل من يمارس الطب أن يلتزم بالمبادئ العامة التي أجمع عليها المهتمون بالأخلاقيات الطبية.

وعلم الأخلاقيات الطبية: العلم الذي يدرس القيّم الاخلاقية في الممارسة الطبية العملية والبت في صحتها، ويشمل توجهات الملاكات الطبية والصحية لمبادئه الأساسية. كما يشمل دراسة أرث الآداب الأخلاقية وجوانب الفلسفة والدين والاجتماع والقانون المتعلقة به. ويمتد المفهوم ليشمل البحث النقدي لفلسفة علوم استخدام التقنيات الاحيائية الحديثة والذي يدعى بالأخلاقيات الاحيائية "Bioethics" وقد يتداخل المفهومان بشكل كبير. وتحدد نمط الممارسة الطبية في كل بلد شكل التداخل بينهما. وكثيراً ما تشترك أسس الأخلاقيات الطبية بفروع اخلاقيات الرعاية الصحية الأخرى مثل اخلاقيات التمريضية "Nursing ethics".وهناك اشكال كثيرة من الأدلة الاخلاقية ويعد دليل الاخلاقيات الطبية لجمعية الأطباء العالميةوالميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبيةوالصحية واعلان هلسنكي "التي حدد الضوابط الأخلاقية المطلوبة عند إجراء البحوث الطبية على البشر" من أهم الأدلة الرسمية الشائعة.

ورسم التراث صورة أوصاف الطبيب وكما يأتي: الطبيب شخصية عظيمة كريمة تستحق الإعظام، وتستوجب الاجلال، وينبغي لها التبجيل. وتتجلى فيها خدمة الأنسانية والأنسان، ويلوح فيها البر والخير، والأمانة والإيمان، والرحمة والرفق، والعمل الصالح

والاحسان، والواجب والطوع، وأعطاء الجهد والإيثار، ثم أن الطب كسب من أطيب الكسب، وعمل من أفضل الأعمال.

ويمتلك الطبيب اعتباراً خاصاً على مدى التاريخ وفي جميع انحاء العالم. ويراجع البشر الأطباء لطلب المساعدة في أهم ما يملكون: حياتهم وصحتهم ومعالجة اوجاعهم وتخفيف معاناتهم واستعادة عافيتهم. لذلك يسمحون للطبيب بجس ابدانهم حتى عوراتهم اعتقاداً منهم وثقةً أن الطبيب يعمل لمصلحتهم.

وتختلف مكانة الطبيب من بلد لآخر، ولكن يبدو أن التدهور اصاب هذه المكانة عموماً. ويشعر بعض الأطباء حالياً أن مهنة الطب لم تعد بالمكانة التي تتمتع بها سابقاً. ومن ناحية أخرى، بدأ المرضى بمسائلة الأطباء حول إجراءاتهم الطبية لاسيما إذا ما اختلفت مع اجراءات بعض الممارسين الصحيين الآخرين "ممارسي الطب التكميلي أو المرضين أو تقنيي المختبر...." أو المعلومات التي اطلعوا عليها من شبكة المعلومات العالمية. على الرغم من هذه التغييرات التي تؤثر على مكانة الأطباء والطب، ما تزال هذه المهنة معتبرة ويقدر خدماتها المرضى عالياً ويحتاجون إليها يومياً. فضلاً عن أنها لا تزال تجذب اعداداً هائلة من الطلبة المتفوقين.ومن الضروري أن يستمر تجسيد الأطباء للقيم العالية عند ممارسة مهنة الطب: التعاطف والكفاءة والاستقلالية، وهي الأسس التي تقوم عليها آداب مهنة الطب بجانب احترام حقوق الانسان الأساسية كما في اعلان جنيف.

وينبغي التأكيد على أن هذه الأسس ليست حكراً على الطب. ولكن من المتوقع أن يجسد الأطباء هذه القيم بدرجة أعلى من الآخرين في المهن الأخرى ويكونوا نموذجاً لهم. وسنتناول هذه الأسس بايجاز:

التعاطف"Empathy": يعّرف التعاطف انه: تفهم واستيعاب حالة الشخص. ومفتاح التعاطف هو الجهد المبذول لفهم المنظور الشخصي للمتعاطف معه. وليس التعاطف حالة انفعالية كالعطف والأسى والشفقة على حال شخص ما. على الرغم من أن

الشفقة تنمي التعاطف وتدفعه باتجاه الفعل ولكنه ليس شفقة. وفي الطب، فأن التعاطف يعني الانصات إلى مجمل رسائل التواصل الانسانية – اللفظية وغير اللفظية – وارسال رسائل توحي للمريض أن الطبيب منصت لكل ما يبدر منه. والطبيب المتعاطف هو الطبيب العلمي لأن الادراك والفهم هما جوهر الموضوعية. وفي كل مناقشة، يحتاج الانسان المقابل إلى دليل عملي من أنه قد تم الانصات له وفُهم ما تفوه به. ويتضمن الانصات التعاطفي "عندما ننصت لأي حديث"محاولة فهم وتبيان للمتحدث ما يدل على فهمنا لحديثه. وعندما يستجيب الطبيب استجابة تعاطفية لاهتمامات المريض وقيمه ومخاوفه فغالباً ما يعبر المريض تعبيراً يُفهم منه أن الطبيب ادرك مأزقه كأن يقول: بالضبط دكتور أو لقد ادركت الموضوع أو يبدو تعبيراً غير لفظي على محيا المريض.

وربما يشعر الطبيب الحديث التخرج بالحرج ولا يعرف كيف يتصرف بعدما يتعاطف مع موقف المريض ومأزقه. فيذهب إلى التطمين المبكر أو النصيحة غير المجدية. ولكن قبل كل شيئ، ينبغي ان نتذكر الحكمة "ليس هناك نصيحة لشعور ما". وغالباً لا يوجد شيئ نقدمه للمريض امام خبر ينزل عليه كالصاعقة "مثل، تشخيص سرطان". وفي هذه الحالة، ينبغي التريث لبضعة ثوانٍ قبل الاستمرار. وينبغي التأكيد أن مجرد وجود الطبيب وصمته وصبره امام المريض هو بمثابة إجراءٌ طبي ومواساة له. ***وأن اكبر مشكلة بعد التعاطف هو اجهاض التعاطف بالاستجابة الانفعالية التي تشير إلى نفاد صبر الطبيب*** فيذهب إلى التطمين المبكر غير المفيد "مثل، لدينا ادوية رائعة لعلاج السرطان" قبل أن يستوعب المريض الصدمة.

أهلية الطبيب "الكفاءة"Competence": تمتاز دراسة الطب بطول المدة التي يقضيها الطالب في كلية الطب. وتستمر الدراسة أيضاً في مراحل الاقامة والاقامة القدمى ويكون الدوام فيها لمدة اربع وعشرون ساعة يومياً، وتتلوها إن رغب التخصص في مجال ما. كل هذا يؤهل الطبيب إلى أن يتسلح بالعلوم الطبية ويمارس الطب ضمن الاختصاص الذي يختاره. ولكن على الرغم من هذه المراحل الطويلة والمتعددة، ينبغي أن يستمر التطوير

المهني مدى الحياة المهنية ويلاحق التطورات التي تطرأ على اختصاصه، لأن العصر الحديث يتسم بسرعة تطور الطب المذهلة التي يصعب على أي شخص أن يلحق بها. وبالمقابل، فإن نقص الأهلية ستؤدي إلى عواقب وخيمة من زيادة الوفيات وكثرة المراضة. ولا تنحصر أهلية الطبيب وكفاءته بالمستحدثات العلمية في مجال تخصصه ولكن عليه أن يطور معارفه في المجال الاخلاقي ومهاراته وتوجهاته التي تتغير مع التغير الاجتماعي. كما ينبغي التأكيد على كفاءةالملاكات الطبية والصحية المرافقة للطبيب من ممرضات وصيادلة وملاكات ساندة أخرى ليشكلوا فريقاً ذكياً يستطيع أن يقدم رعاية صحية كفوءة.

استقلالية الطبيب"Autonomy": وتعني استقلالية الطبيب في اتخاذ قراراته، وهي أكثر قيمة تراجعت على مر السنين. وكان معروفاً منذ الأزل، أن الطبيب يتمتع بدرجة استقلاليةعالية في اتخاذ قراراته السريرية وفي كيفية علاج مرضاه.ويحاول الاطباء قدر المستطاع المحافظة على استقلالهم المهني. ولكن عانت هذه الاستقلالية في بعض الدول والهيأت من تحديات وقد فرضت بعض الرقابة على الأطباء. وفي المقابل، هناك قبول عالمي واسع للاعتراف باستقلالية المريض والاقرار أنه الموجه النهائي في اتخاذ القرارات التي تؤثر في رعايته الصحية. وقد يعاني الطبيب من موقف اخلاقي ضاغط إذا ما اتخذ المريض قرارات ليست في افضل مصلحة له. لذلك يحتاج المريض إلى تبصيره بالأمر ووضع الخيارات المختلفة بينهما واتخاذ القرارات باتفاق الطرفين، وتدعى هذه العملية باستقلالية المريض المعززة "Enhanced Autonomy" . وسنناقش في هذا الدليل الصراعات المحتملة بين استقلالية الطبيب واحترام استقلالية المريض لاحقاً.

وإلى جانب تمسك اخلاقيات المهنة الطبية بهذه الخصائص السامية الثلاث لكن هناك اختلافات في مواد ومبادئ الاخلاقيات الطبية العامة بين الدول. في حين يشترك الأطباء مثل ببعض المواد الاخلاقية مثل: وأن احترم الأسرار التي اؤتمنت عليها حتى بعد موت أصحابها كما جاء في اعلان جنيف.

المهنةوالمجتمعProfession and Society

المهنة: حرفة مبنية على العلم وتراكم الخبرة وتتطلب مهارات وتحكمها قوانين وآداب لتنظيم العمل بها. وتؤلف مهنة الطب اساساً لعقد الطب بالمجتمع. ويؤكد العقد بين المهنة والمجتمع على وضع مصلحة المرضى فوق مصلحة الطبيب، وإرساء معايير مهنية عالية وكفوءة ترفد المجتمع بالخبرة والنصيحة في المجالات الصحية المتعددة. ويجب أن تُفهم مبادئ المهنة الطبية ومسؤولياتها فهماً واضحاً من ذوي المهن الصحية وافراد المجتمع. وأن يتوج هذا العقد بوضع افراد المجتمع ثقتهم بالطبيب الفرد والمهنة بصورة عامة.

في الوقت الحاضر، من المهم جداً اعادة التأكيد على الوفاء بالعقد المقدس بين المهنة الطبية والمجتمع في ظل الظروف المتغيرة: الثورة التقنية وتدخل قوى السوق بقوة في المهنة الطبية وتعقد مشكلات الرعاية الصحية. وفي خضم هذا التغير الهائل، يجد الاطباء صعوبة الإيفاء بالتزاماتهم تجاه المرضى والمجتمع. لذلك ينبغي في هذه الوقت العصيب التأكيد من جديد على ضرورة الالتزام بالمبادئ الاساسية للمهنة الطبية وقيمها الأصيلة والتي لا تزال المثل العليا التي يجب اتباعها من قبل جميع الأطباء. وعلى المستوى المؤسساتي، ينبغي أن نتأكد أن القيم الأخلاقية المناسبة مطبقة في المؤسسات الصحية. والتأكد من سلامة السبل التي تدير بها المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية عملياً الاعتبارات الاخلاقية مثل، احترام الانسان، سلامة المريض، تضارب المصالح، اخلاقية البحوث، والأخلاقيات المتعلقة بنقل الأعضاء؟

على الرغم من تداخل مهنة الطب في مجتمعات مختلفة وثقافات متنوعة وتُبنى على أسس قانونية وتشريعية معقّدة تختلف باختلاف أنظمة الرعاية الصحية المتنوعة أكد مشروع المهنة الطبية في الالفية الثالثة على الآتي: يشترك اعضاء المهنة الطبية في جميع انحاء العالم بفكرة مشتركة تظهر على شكل ثلاثة مبادئ أساسية الاحسان واستقلالية المريض والعدالة الاجتماعية،ومجموعة التزامات مهنية صارمة وسنتناول هذه المبادئ والالتزامات برؤيةومنظور الممارسة الطبية العراقية، وكما يأتي:

المبادئ الأساسية FUNDAMENTAL PRINCIPLES

إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُ بِالْعَدْلِ وَالْإِحْسَانِ (آية ٩٠ النحل)

المبدأ الأول: العدالة الاجتماعية

المبدأ الثاني: الاحسان، أسبقية مصلحة المريض

المبدأ الثالث: استقلالية المريض

من وجهة النظر الانسانية والاسلامية يتقدم مبدأ العدل قبل المبادئ الأخرى، لأن مبدأي الاحسان "اسبقية مصلحة المريض" واستقلالية المريض يجب أن لا يكونا على حساب تحقيق العدل في المجتمع. وحينما يتضارب مبدأ العدل مع مبدأي الاحسان والاستقلالية فتعطى الاولوية له.

وينبغي التأكيد على أن هذه المبادئ والالتزامات المهنية لا تعطي الأجوبة حول كيفية تدبير ومعالجة الاشكال الاخلاقي. لكن تزوّد الطبيب بإطار مفيد لفهم المشكلة الأخلاقية مدار البحث. وحينما تتضارب القيم الأخلاقية فيما بينها فربما تؤدي إلى أزمة أخلاقية. وقد اقترح باحثون في الأخلاقيات عدة طرق تساعد على حل المشكلات التي تتعلق بالقيم الاخلاقية المتضاربة حول الحالة المرضية. ومن حين لآخر، تتعارض قيم المجتمع الطبي – المستشفى والملاكات والصحية– مع قيم المريض وعائلته أو المجتمع. وأحياناً، لا يوجد حل جيد للمشكلة الاخلاقية.

وسنتناول المبادئ والالتزامات المهنية بشيئ من التفصيل:

المبدأ الأول: العدالة الاجتماعية *Principle of social justice*

يجب أن تشيع العدالة في نظام الرعاية الصحية في المجتمع العراقي وذلك لان النظام الصحي العراقي الحكومي مجاني، ويمكن مناقشتها بمستويين:

الأول، المستوى المؤسساتي: التوزيع العادل لموارد الرعاية الصحية البشرية والمادية. ويجب أن يستند المخطط الصحي على معايير أخلاقية عند توزيع الموارد الصحية المتوفرة. وليضمن الاستخدام الأمثل لتلك الموارد مثل الموازنة بين المشاريع الوقائية والعلاجية والتأهيلية والتوزيع الجغرافي لهاعلى مستوى العراق. وينبغي ترشيد استخدام تلك الموارد بما يؤمن حصول المستفيد الأكثر حاجة للخدمة الصحية. وأن يقاوم كل تمييز في الرعاية الصحية، سواء المستند على النوع الاجتماعي (الجنس)، المنزلة الاجتماعية والاقتصادية، الانتماء العرقي، الدين، أو أيّ صنف اجتماعي آخر. وتتضمن هذه المعايير: مدى الاحتياج لهذه الموارد وتوزيع الخدمات الجغرافي العادل لجميع أفراد المجتمع واستهداف المخاطر الصحية الأكثر تهديداً للمجتمع.وعند الرجوع للمثال (١)صفحة ٩ نجد كيف يوفق المخطط الصحي بين هذه الطلبات المختلفة مع محدودية الموارد التي يمتلكها. وكيف يقاوم الضغوط التي تمارسها الجهات ذات العلاقة.

الثاني، المستوى الفردي: يحتاج الطبيب المعالج لهذا المبدأ يومياً حينما يتخذ القرارات اليومية عند تعامله مع المرضى فيسأل نفسه دائماً؛ مدى حاجة هذا المريض للمورد، وما درجة أفضليته على باقي المرضى، وكيف يوزع الموارد التي في عهدته على المستفيدين منها مثل: فحوص طبية، شعاعية "مفراس، سونار، رنين"، أدوية، مستلزمات طبية. وعند الرجوع للمثال (٢) في صفحة ٩، نرى طبيب الاشعة في موقف لا يحسد عليه.

المبدأ الثاني:الاحسان، أسبقية مصلحة المريض *Principle of primacy of patient welfare*

يستند هذا المبدأ على تكريس مفهوم الرعاية الصحية التي محورها المريض. والتفاني من اجل إرساء الثقة وبناء العلاقة بين الطبيب والمريض. ولا يجب أن يُساوم على هذا المبدأ أو أن تؤثر به علاقات قوى السوق التي تعتمد على المستهلك والمنتِج والانتاج، والضغوط الاجتماعية والحضارية، والضرورات الإدارية. ويُشير مصطلح الاحسان إلى الأفعال التي تعزز صحة المرضى وعافيتهم. وفي السياق الطبي، يعني تبني الأعمال التي تخدم أفضل

مصالح المرضى. ولكن الغموض يحيط تعريف: ما الاعمال التي من مصلحة المرضى؟ وقد يظهر جدل واختلاف بين الطبيب والمريض ولا يتفقا على ماهية الفائدة القصوى للمريض.

وعند الرجوع للمثال (٣) في صفحة ٩، نرى المعاناة النفسية والانسانية التي يعانها الطبيب حينما يرفض ذوي الوليد ادخاله المستشفى وانقاذه من الموت أو التخلف العقلي الذي سيعانيان منه طلية حياتهما.

وعندما تتعارض مصلحة المريض مع رؤيته، تختلف المجتمعات برؤيتها وطرقها لحل هذه المعضلة. ويلجأ الطب الغربي عموماً إلى رغبات المريض المؤهّل عقلياً لإتّخاذ قراراته الخاصة، حتى في حالات اعتقاد الفريق الطبي أنّه لا يتصرّف وفق مصلحته الفضلى! بينما تقدم العديد من المجتمعات الأخرى مبدأ الاحسان ومصلحة المريض على استقلاليته كما في المجتمع العراقي. وجادل علماء الأخلاقيات حول مفهوم ما هو جوهر الممارسة الطبية الاساسي؟ هل هو في الشفاء أم أمرٌ آخر؟

ويرتبط مفهوم عدم الإضرار ما أمكن(Non-maleficent)مع المبدأ الأول أرتباطاً وثيقاً. ويجسد مفهوم عدم الاضرار بالعبارة " عدم الإضرار أولاً". ويعد كثيراً من الباحثين مبدأ عدم الاضرار المبدأ الأول في الأخلاق الطبية، والأكثر أهمية في الطب عدم الاضرار بالمرضى بدلاً عن العمل لمصلحتهم. ويأتي جزءاً من التأكيد على هذا المفهوم أولاً من أن الطبيب المخلص يحاول أن يستخدم الأدوية التي يعتقد بفائدتها قبل أن يجهد نفسه بتقييم تلك الادوية واحتمال ضررها أو على الأقل مستوى ضررها المسموح به. ونتيجة لذلك تضرر المرضى كثيراً من العلاجات المستخدمة لهم كما في استعمال الادوية الكابحة للمناعة لمعالجة السرطان التي قد تؤذي المريض أكثر من فائدته.

المبدأ الثالث: استقلالية المريض *Principle of patient autonomy*

يجب على الأطباء أن يحترموا استقلالية المريض. وأن يكونوا صادقين مع مرضاهم ويُشجّعوهم لإتّخاذ القرارات الواعية حول معالجتِهم. ويجب أن تكون قرارات المرضى حول

عنايتِهم حقيقية. وأن تتوافق تلك القرارات مع الممارسة الأخلاقية على أن لا تُؤدّي إلى طلبات عناية غير مناسبة لحالاتهم المرضية.

ويُستَمد هذا المبدأ من احترام المجتمع لقدرة الأفراد على اتخاذ القرارات المناسبة حول الأمور الشخصية. وأصبحت الاستقلالية قيمة اجتماعية ذات أهميّة كبيرة. وتطور مفهوم نوعية الرعاية الصحية من مفهوم طبي إلى اجتماعي يهم المريض بدلاً من الملاك الطبي. ***ويمكن ملاحظة زيادة أهمية مبدأ الاستقلالية من ردة فعل المجتمع تجاه الطريقة الأبوية "Paternalistic Approach" التقليدية للرعاية الصحية.*** ورأى بعض الأطباء مساوئ ردة الفعل ضد الأبوة التاريخية المفرطة لمصلحة استقلالية المريض. وقد منعت ردة الفعل هذه الاستعمال الصحيح للأبوة الرقيقة مما ادى إلى تحمل بعض المرضى نتائج وخيمة. ويعد احترام استقلالية المريض قاعدة الموافقة الواعية والتوجهات المتقدمة. ويدور في أوساط الباحثين في الأخلاقيات الطبية مفهوم حديث وهو الاستقلالية المعززة (Enhanced Autonomy) والذي تعني مساعدة المريض لإتخاذ القرار الصائب وذلك بتفسير الإجراءات المعروضة أمامه وتفضيل الطبيب للقرار المناسب له.

تعد موافقة المريض الواعية للاجراءات الطبية أحد المفاهيم المركزية للاخلاقيات الطبية الحديثة. واستحدثت التشريعات القانونية والاخلاقية لمبدأ حق المرضى لاتخاذ القرارات الخاصة برعايتهم الصحية في جميع انحاء العالم، واعلنت الجمعية الطبية العالمية حق المريض بما يأتي:

"يحق للمريض أن يتخذ القرارات المهمة المتعلقة برعايته الصحية بحرية تامة. وعلى الطبيب أن يوضح له عواقب قراراته وتبعاتها الصحية. ويحق للمريض الراشد العاقل الموافقة أو رفض أي إجراء طبي تشخيصي أو علاجي. وله الحق بالحصول على المعلومات الضرورية التي تساعده لاتخاذ القرار. ويجب أن يوضح للمريض ما الغرض من أي تحليل أو علاج وما النتائج المتوخاة من الإجراء وما الآثار المترتبة عند رفضه له."

وأصبح مفهوم استقلالية المريض اعتقاداً في الاخلاقيات الطبية. وحالياً، ينظر إلى العلاقة الأبوية بين الطبيب والمريض على أنها من التراث الطبي. ولكن مقابل ذلك تهدد الممارسة

الطبية مخاطر جمة عند التوجة إلى العلاقة الاستهلاكية بين الطبيب والمريض والإعتماد المتزايد على قوى السوق "العلاقة بين المنتِج والمستهلك والمنتَج" لتحويل أنظمة الرعاية الصحية عن جادتها الصحيحة. والاقتراح البديل أن تكون العلاقة بين الطبيب والمريض علاقة تساهمية توافقية لمناقشة اتخاذ القرار الطبي المشترك.

ويرى الأطباء أن العلاقة التساهمية تبرز تدريجياً في ممارستهم العملية. فمثلاً، كثيراً ما يراجع المرضى طلباً للمعلومات لإجراء وقائي كطلب تطعيم ضد مرض معين أو إجراء فحص دهون الدم للوقاية من امراض القلب أو وصف حبوب الكالسيوم للوقاية من هشاشة العظام "Osteoporosis". يتوقع، أن المراجعين سيتخذون قرارهم بعد معرفتهم التي تعتمد على مناقشة الخيارات التي توضع بين ايديهم. وسابقاً، يضع الطبيب وصاياه ويتوقع من المرضى أن يتبعوها. وفي دورات الردهات تجري كثيراً من المناقشة بجانب سرير المريض والذي كان يُعتقد أن لا رأي له ولا مشاعر وليس من حقه الاشتراك في عملية الرعاية الطبية. ربما التغير الكبير الذي حدث هو في مجال البوح بالمعلومات حول المرض الخطير أو التصريح بالخبر السيئ. وليس بعيداً، كان من الطبيعي أن تحجب المعلومات حول السرطان عن المرضى اعتقاداً أن هذه المعلومات يمكن أن تؤذيهم. وكان الأطباء يحمون مرضاهم عن المعلومات التي يحتمل صعوبة معايشتها. لقد كانت مهمة الأطباء التقرير بين كتمان المعلومات والتحفظ عليها والتواطؤ مع اقارب المريض بدلاً من واجب اخبار المريض بالحقيقة. والآن، إن بندول الممارسة الطبية لاسيما الغربية انحرف باتجاه حقوق المريض للحصول على المعلومات. وإعطاء الأطباء فرص اخبار المرضى بدقة حول مرضهم. وتُحجب المعلومات فقط، حينما يلوح المريض بعدم رغبته بمعرفة حالته المرضية. وهناك اختلافات ثقافية موجودة في دول مختلفة توازن بين استقلالية الشخص وأهمية قرار العائلة في اتخاذ القرار. ففي العراق يلحظ مثلا، مازال الأطباء يعطون آمال تفاؤلية للمرضى وتشاؤمية للعائلة.

وقد تضعف قابلية الشخص لإتخاذ القرار "الطفل والعاجز والمصاب بالامراض العقلية والنفسية" ويعد دور صانع القرار البديل امتداداً لمفهوم الاستقلالية الذي قد يكون أحد افراد العائلة أو شخصاً مفوضاً عن المريض. ويشير مؤشر الاستقلالية إلى سلامة المريض وحفظ حقوقه وسلامة توجه الملاك الطبي.

وبالرجوع إلى المثال (٤) في صفحة ٩نرى أن الموقف حرجاً جداً للطبيب والغموض يعتري قرار سلامة الجنين في بطن أمه ويخشى الأب من أن يرزق بطفل مشوه ويلح على التخلص من الكابوس الذي يعتريه من جراء تصور أن لديه طفل مشوه أو معوق.

الموافقة الواعية*Informed consent*

وهي الحالة المشروعة التي يمكن الاعلان بعدها أن الشخص قد وافق بعد تقدير النتائج وادراك التبعات المستقبلية على الإجراء الطبي. ولغرض الحصول على موافقة الشخص الواعية يجب أن يزود بالاستنتاجات المنطقية وجميع الحقائق وقت مصادقته على الإجراء المقترح. وعادة ما تشير الموافقة الواعية في الأخلاق إلى الفكرةالتي تؤكد على أن كل شخص يجب أن يُعلم بجميع الفوائد المحتملة والمخاطر التي ترتبط بالاجراءات المختارة. إن أهلية المريض التي تساعد على الموافقة لا تعني الحصول على موافقة بشكل مُحدّد وثابت. ولا تحتاج إلى متطلبات قانونية خاصة، وانما تتفاوت من مكان لآخر. وتختلف قوانين العالم في الحصول على الموافقة الواعية ومن يتخذ القرار بدلاً عن المريض إذا ما تعطلت قدرته على اتخاذ قراراته الواعية؟ هل هناك مؤسسة معينة أو شخص معيّن مِن قِبل المريض أو أحد أقاربه؟ كما في التخلف العقلي أو المرض الشديد، الإغماء، الطفل والقاصر... وترتبط قيمة الموافقة الواعية بقيم الاستقلالية والمصداقية ارتباطاً وثيقاً.

وفي ظروف خاصة، حينما يجلب مريض إلى ردهة الطوارئ هو في حالة غيبوبة ويعاني من جروح بليغة ولم يتواجد في ذلك الحين أي شخص لإعطاء الموافقة، يجب على الطبيب اتخاذ الإجراءات اللازمة لإنقاذ حياته حتى لو تطلب ذلك إجراء عملية كبرى مثل البتر معتمداً على القسم الطبي الذي التزم به.

تقييم الموافقة*Assessment of consent*

يمكن أن تعاني عملية تقييم الموافقة من صعوبات جمة، لأنه ليس بالضرورة التعبير عن الموافقة أو فهم الإجراء يعني أن الشخص البالغ قد أعطى الموافقة الكاملة، وربما لم يتمكن من فهم جميع المواضيع المتعلقة بالإجراء واستيعابها. ولذلك يمكن القول، أن الموافقة يمكن أن تعطى بصورة عابرة وأثناء الحديث الطبيعي بدلاً من المناقشة الصريحة اللفظية أو المكتوبة. وفي بعض الحالات، قد لا تكون ممكنة قانوناً. وهناك آليات مُنظّمة أيضاً لتقييم قدرة المريض لإعطاء الموافقة الواعية على الرغم من أنه لا توجد اداة مثالية في الوقت الحاضر. ودائماً، هناك درجة من الموافقة الواعية يجب أن تُفترض أو تُستنتج مستندة على الملاحظة أو المعرفة أو الاعتماد القانوني. وفي الظروف الرسمية الطبية، فأن الموافقة الصريحة والمصادقة الخطية هي الشائعة والطبيعية والمعتمدة قانوناً بغض النظر عن الموافقة الحقيقة. وترسى الموافقة الواعية في الممارسة الطبية الجيدة على مناقشة الإجراء قبل اتخاذه (مثل تداخل جراحي) واستخدام نماذج الموافقة الخطية في المستشفيات. ولكن **الاعتماد الكلي على توقيع المريض على النماذج الجاهزة من دون السماح له بمناقشة المخاطر واستيعابها تقلل من أهمية الموافقة الواعية وتعد انتهاكاً لحرمة المريض**. وقد يوافق الشخص لفظياً على إجراء ما نتيجة الخوف والضغط الاجتماعي والصعوبات النفسية المسلطة عليه. وقد يطلب الإجراء بارادته ولكنه لا يعي كنهه ويُعتقد أن الموافقة حقيقية ويُعتمد عليها. وهنا تعد الموافقة حاصلة ولكنها لم تعطَ من ذاته أو قد يعبر الشخص عن فهمه للإجراء كجزء من موافقته الواعية ولكنه في الحقيقة لم يدرك تبعاته المحتملة وسوف ينكر موافقته مستقبلاً نتيجة لذلك. ويحتاج الطبيب إلى فهم موافقة المريض الواعية على أنها فهم لجميع أوجه الإجراء وليس إهمالاً لبعضه.

وينبغي أن يهتم الطبيب الاختصاص الذي يجري الإجراء اهتماماً فائقاً بالحصول على موافقة المريض ويجب أن يشرح للمريض جميع الاحتمالات الايجابية والسلبية ولا تترك

ورقة في ملف المريض ويوقع المريض أو ذويه على الورقة من دون توضيح كافٍ. وقد لا تنفع مثل هذه الموافقات الطبيب عند تقديم المريض شكوى ضده.

ومن الطريف أن بعض الاطباء في الوقت الراهن وحينما يبدو أن الاجراء يحتمل أن يعقبه مضاعفات يطلب من المريض وذويه وعشيرته موافقتهم على الإجراء. فيقول للمريض، اجلب ثلاثة من أهلك وشيخ العشيرة ليوقعوا على استمارة الموافقة قبل العملية! وقد لا يسلم من المتابعة العشائرية على الرغم من اخذ جميع التحوطات اللازمة عند حصول المضاعفات المتوقعة.

الالتزامات المهنية *A SET OF PROFESSIONAL RESPONSIBILITIES*

يجب على الملاكات الطبيةوالصحية جميعاً ولاسيما الأطباء الألتزام بـ:

الكفاءة المهنية، الأمانة مع المرضى، سريّة المريض، بناء علاقة مناسبة مع المرضى، تحسين نوعية الرعاية، تحسين الحصول على الرعاية، التوزيع العادل للمصادر المحدودة، المعرفة العلمية، بناء الثقة وتدبير تضارب المصالح، والمهام المهنيةوسنتناول كلّ إلتزام باختصار:

١- الإلتزام بادامة الكفاءة المهنية *Commitment to professional competence*

تعتمد وزارة الصحة العراقية مفهوم التطوير المهني المستدام لتطوير كفاءة "معارف وتوجهات وسلوك"الملاكات الطبية والصحية كافة. وتركز في منهاجها على اسس المهنة الطبية واخلاقياتها لتنعكس على تحسين الرعاية الصحية بجميع اوجهها الاولية والثانوية والثالثية.

ويشير قانون الصحة العامة رقم ٨٩ في ١٩٨١ مسؤولية وزارة الصحة في الفقرة الرابعة عشرمن المادة الثالثة على:"نشر التعليم الصحي والمهني **ورفع المستوى العلمي للعاملين**

وتطوير الدراسات الطبية والاولية وتشجيع البحث العلمي في الامور الصحية والبيئية والفنية".

ومن جانب آخر، يطالب المجتمع المؤسسات الصحية بانواعها المختلفة بممارسة طبية كفوءة وعالية المستوى لتواكب التطور الهائل في آليات الطب وآدابه وعلومه واخلاقياته وتقنياته. ونظراً إلى أن القطاع الصحي في العراق من أكثر القطاعات التي يجري التركيز عليها ومطالبتها بتقديم أفضل رعاية صحية ممكنة للإنسان، فإن تطبيق التطوير المهني المستدام يعني أمرين اثنين: أولهما، تثبيت فكرة أن التعليم حاجة دائمة ومستمرة، وبوسائل تعليم وآلية مناسبة مثل، تعليم الكبار. وثانيهما: هو أن يصبح طب البيّنة"Evidence Based Medicine, EBM" جزءاً من الممارسة السريرية اليومية. فضلاً عن اكتساب الملاك الصحي خبرات التعلم الذاتي عن طريق الممارسة اليومية.

وتشير الدراسات إلى أن التعليم الطبي المستمر لوحده لا يحسّن من اداء العاملين في المهن الطبية، ولا يملك تأثيراً على رعاية المريض.وباحسن صورة، يمثل تجميعاً للمعلومات لفئات معينة من الملاكات الطبية كل على انفراد. في حين أن التطوير المهني المستدام نظاماً أشمل ويستوعب التعليم الطبي المستمر المحدود ويغطي جميع أعضاء الفريق الطبي والصحي المعالج: الطبيب والممرضة والصيدلي والقطاعات الساندة الاخرى. وحينما يدعم بطب البيّنة(EBM) سوف يلبي الحاجة التعليمية للملاكات الصحية في المؤسسة التي يعملون بها. عندها يمكن الحصول على فريق عمل ذكي يؤدي إلى تحسن الخدمة الصحية المقدمة إلى المريض في المؤسسة التي تتبناه.

ويختلف منهج التطوير المهني المستدام عن المناهج التعليمية للدراسات الاولية والتخصصية لأنه برنامج مفتوح النهايات. ويختار المشارك الدورات والمؤتمرات والفعاليات ضمن اختصاصه ورغبته وحاجة مؤسسته. وينبغي استغلال جميع الكفاءات المتواجدة في دوائر الصحة والمستشفيات والجامعات والنقابات والجمعيات العلمية والمهنية والمؤسسات العالمية والمنظمات ذات العلاقة والتعليم عن بعد لاعداد برامج التطوير المهني المستدام في

وزارة الصحة، بحيث تستجيب لحاجة منتسبيها للنهوض بالمهام المختلفة والمتعددة المنوطة بهم.

. ويجب على جميع الملاكات الألتزام الدائم بالتعليم مدى الحياة. وهم مسؤولون عن ادامة الكفاءة الطبية والسريرية ومهارات الفريق الضرورية لتقديم العناية الممتازة. وبمنظور أوسع، يجب أن تجاهد المهنة كاملة لرُؤية جميع أعضائها مؤهّلون ويجب أن تضمن توفر الآليات الملائمة لإنجاز هذا الالتزام السامي.

مثال: انتقل الدكتور (س) طبيب التخدير إلى المستشفى حديثاً. وقد ارتاب من سلوك الطبيب الجراح الذي امضى ما يقارب العشر سنوات في المستشفى. فقد لاحظ أن الطبيب لا زال يستعمل تقنيات طبية قديمة من شأنها أن تزيد من مدة العملية. كما تؤدي إلى احداث اوجاع مفرطة بعد العملية. وتطيل مدة العلاج. وبما أنه احدث عضو في المجموعة فقد بقي متردداً في موقفه تجاه الدكتور العتيد فماذا يفعل حيال ذلك؟

٢- الإلتزام بالأمانة مع المرضى *Commitment to honesty with patients*

يتعرض الأطباء يومياً إلى المساءلة عن معرفتهم ودوافعهم لتبرير قراراتهم من المجتمع. ولم يبق المجتمع على نظرته العمياء للثقة بالمهنة. وحالياً، لا يتقبل المرضى مفهوم فجوة الكفاءة الواسعة بين الطبيب والمريض. ويطالب المجتمع أن يشترك المريض بالمعلومات وارساء قاعدة فهم مشتركة تسمح للمرضى وذويهم اتخاذ القرارات المهمة التي تخص مشكلاتهم الصحية. وبعد ذلك، يأتي رسم الرعاية الصحية المستقبلية التي تعد مفهوماً أوسع من تزويد المريض بالمعلومات وتعدّل كفتي الميزان إلى توازن أكبر في عملية اتخاذ القرار الطبي المشترك.

ويجب على الأطباء أن يضمنوا أنّ معظم مرضاهم قد أخبروا بأمانة بالمعلومات الكاملة عن الإجراء وتبعاته قبل أن يوافقوا على المعالجة. وأن يدرك الطبيب أن المريض فهم فهماً دقيقاً ما قيل، والتي تدعى بالامانة المنطقية.

"مثال: مريضة في العقد الخامس من العمر، تعاني من الآم البطن المتكررة والشديدة وشخصت آلالام بسبب حصى المرارة والعلاج الوحيد عملية جراحية لازالتها المرارة، كما افادة الطبيبة المشرفة على حالتها الصحية وهي قريبة لها أيضاً. ولكن كانت المريضة ترفض اجراء العملية رفضاً قاطعاً بحجة انشغالها باعمالها الخاصة ورعاية اسرتها. وكانت تعالج حالتها بالاعشاب الطبية وتتناول أدوية مهدئة للآلام يصفها لها طبيب قريب لها أيضاً. يشجعها على المهدئات من دون أن يحثها على اجراء العملية على الرغم من محاولات أهل المريضة لاقناعه ان يؤيد رؤيتهم وينصحها لإجراء العملية. وكان مصراً على أن ما تعانيه هو تهيج القولون نتيجة اوضاعها النفسية وضغوط الحياة. وإنها ستبقى تعاني من الآلام حتى لو قامت بإجراء العملية. وبعد مدة بدأت تشكو من عسر الهضم وآلام مبرحة وشخصت أن بعض الحصى دخل القناة الصفراوية. وكان لابد من اجراء عملية إزالة المرارة وفتح القناة الصفراوية التي كانت صعبة للغاية وتوفت بعد ستة اشهر من جراء ذلك."

في حين تعرف الامانة الحقيقة هي امانة الاجراء السليم واتباع الاسلوب المتفق عليه علمياً. هذا لا يعني أنّ المرضى يجب أن يشتركوا في كلّ قرار دقيق حول العناية الطبية. بالأحرى، يجب أن يُشجّعوا لإتخاذ القرار في شؤون العلاج. ويجب أن يقّر الطبيب أيضاً أنّ الرعاية الصحية تحمل في طياتها أخطاء طبية. وعندما يتعرض المرضى لضرر أحياناً نتيجة العناية الطبية، يجب أن يُخبروا. لأن عدم الاخبار آنياً ومعرفة المريض بعد حين يؤدي إلى اهتزاز ثقة المجتمع بالمهنة الطبية. وينبغي توفير نظام تسجيل الأخطاء الطبية وتحليلها كقاعدة للوقاية المناسبة واستراتيجية لتحسين الرعاية والتعويض الملائم إلى الأطراف المتضررة.

٣- الإلتزام بسريّة المريض *Commitment to patient confidentiality*

تعد سريّة معلومات المريض حجز زاوية الآداب الطبية منذ زمن ابوقراط وحتى قسم الطبيب العراقي الحالي "وأن لا أفشي سراً....."

"مثال: عندما ترسى الثقة بين الطرفين يبوح المريض بالاسرار التي يعتقد أن لها علاقة بحالته المرضية وقد تكون تلك المعلومات من أكثر الامور الحساسة والسرية التي تتعلق بشخص المريض. ولا يرغب أن يعرفها

عنه اقرب الاقارب له. باح احد المرضى لطبيبه سبب معاناته: أن اعراض مرضه "البول التفه Diabetes insipidus" بدأت حينما رأى زوجته راكبة بسيارة رجل غريب."

ولكن يمكن أن يخترق هذا السياق في حالات استثنائية محددة، وهي: موافقة المريض على كشف المعلومات أو عندما يكون هناك تهديد حقيقي وشيك بوقوع ضرر على المريض أو الاشخاص الآخرين او المجتمع على شرط أن لا يزول هذا الخطر إلاّ بالبوح بالمعلومات السرية. وهناك ثلاث قيم تحكم الحفاظ على السرية، وهي: احترام المريض "استقلالية المريض" والثقة واحترام الآخرين.

وتشير المدونات الاخلاقية العالمية: لكشف معلومات المريض يتطلّب نيل ثقة المريض وقناعته وبأطر محدد. ويُمدّد هذا الإلتزام إلى المناقشات مع الأشخاص الذين ينوبون عن المريض عندما لا يتمكن الطبيب من الحصول على موافقة المريض الخاصة. ويتعرض الإلتزام بالسريّة حالياً إلى ضغوط أكثر من أي وقت مضى. وأعطى الاستعمال الواسع الانتشار لأنظمة المعلومات الإلكترونية لجمع بيانات المريض مجالاً لإنتهاك السرية. ويقّر الأطباء، على أية حال، أنّ إلتزامهم بأسرار المريض يجبُ أن ينظر لها من حينٍ لآخر وبتوازن مع الاعتبارات الأهمّ للمصلحة العامّة.
والخصوصية أحدى المبادئ الرئيسة التي ينبغي أن تتحلى المقابلة الطبية الناجحة بها. وتمنح الثقة الضرورية التي عندها يستطيع المريض أن يبوح بأسراره لطبيبه. وغالباً ما تكون خفية حتى على أقرب الاشخاص. وبالمقابل ينبغي على الطبيب أن يكون أهلاً لهذه الثقة، وأن يحفظ الاسرار التي يُطلعه المريض عليها. وهذا هو ديدن الممارسة الطبية عبر العصور كما ورد في قسم أبو قراط "إن كل ما آراه أو أسمعه خلال المقابلة أو خارجها مما يتعلق بحياة الناس يجب أن لا أنقله للغير مهما كان الأمر وأعتبر أن قيامي بهذا العمل أمر مخجل" وأكدت الجمعية الطبية العالمية نفس المبدأ "سيحافظ الطبيب على عدم افشاء المعلومات وسريتها حتى بعد وفاة المريض". وهكذا يستطيع الطبيب أن يناقش مع

مريضه مواضيع حساسة ومحرجة وغير لائقة اجتماعياً مثل: الكآبة والعلاقات والامراض الجنسية والمعدية وغيرها. وسيحصل الطبيب على المعلومات الصحيحية التي ترسم صورة كاملة عن المريض تيّسر التشخيص الدقيق وبناء خطة علاج ملائمة لحالة المريض. لذا ينبغي اتخاذ جميع التدابير اللازمة لحماية معلومات المريض. ويتعرض الطبيب للمسائلة حينما يخرق خصوصية مرضاه بدعوى تشويه السمعة وخرق عرف اجتماعي متفق عليه على نطاق واسع، واستفادت أطراف أخرى منها. ***والسرية ليست مطلقة دائماً وأنما يضطر الطبيب في بعض الأحيان الكشف عن المعلومات لطرف ثالث***. وهكذا يخضع الالتزام الى استثناءات معينة والتي تتطلب الموازنة بين سرية المعلومات وحقوق الآخرين. وتتحكم فيها القيم الاخلاقية والقانون، حينما يكون المريض مصدر تهديد للآخرين. عندها يُلزم الطبيب أما باستحصال موافقة المريض وتنازله عن حق الخصوصية أو تجاوز موافقته حماية للآخرين. وينبغي على الطبيب أن يكون على دراية بالقوانين التي تفرض التبليغ في مثل هذه الحالات، وهي:

- رفض المريض الكشف عن مرض معد وتحذير الشركاء الآخرين وحمايتهم. وهناك ترابط بين الابلاغ المطلوب والتعرف على الملامسين للمريض، والطلب منهم اجراء الفحوص اللازمة والاخضاع للعلاج، مما يؤدي الى تأثير فاعل للسيطرة على الامراض السارية والمعدية والانتقالية كالسفلس، الأيدز والتدرن.

مثال: تم اجراء فحص ماقبل الزواج ووجد أن احدهما مصاب بالتهاب الكبد الفايروسي "B".
هل يجب ابلاغ المريض فقط أم يجب ابلاغ الشخص الآخر ايضاً وكيف؟

- رفض المريض الكف عن عمل قد يؤدي الى إيذاء الاخرين، مثل سياقة مركبة أو ماكنة ثقيلة حينما يعاني المريض من اعراض أو امراض لا تمكنه من اداء عمله بالشكل الصحيح؛ كنوبات الصرع والغشي والاغماء أو عندما يكون تحت تأثير أدوية أو مركبات كيمياوية مثبطة للتركيز وأكثر غموضاً حالة المريض النفسية كالعصاب والكآبة

الشديدة أو الخرف التي من الممكن أن يؤثر على حسن قيادة السيارة. ويجب على الطبيب مشاورة المريض ومحاولة اقناعه بترك قيادة السيارة والتخلي طوعاً عن اجازة السوق، وفي حالة اصرار المريض على السياقة ينبغي اخبار دائرة المرور بذلك.

- أفشاء السر لطرف ثالث:

أ- اقرباء المريض واصدقاؤه الذين يهمهم أمر المريض ورعايته، وينبغي أن يتمتع الطبيب بالحكمة على ما يجب الكشف عنه وما لا يجب. ومثالياً ينبغي أخذ رأي المريض لمن وكم من المعلومات التي يكشف عنها. كما أن ثقافة المجتمعات المتنوعة تعكس مواقف مختلفة لرعاية المريض والمعلومات الواجب الكشف عنها. ويشكل المراهقون مشكلة حرجة في الكشف عن اسرارهم لآبائهم لاسيما في الانحراف الجنسي والادمان على الكحول والمواد الكيمياوية الأخرى. ويشكل الاشخاص المشاهير مشكلة حرجة في افشاء الاسرار التي تتكالب عليها وسائط الاعلام والناس العاديون، لذا على الطبيب أن يتذكر أن ليس من حقه مناقشة حالة المريض الصحية أو كشف معلوماته الا بعد أخذ موافقته الصريحة.

ب- من أهم الاطراف الأخرى التي تطلب الاطلاع على سجلات المرضى شركات التأمين. لذلك ينبغي تحديد نوع المعلومات التي ينبغي الكشف عنها،كما ينبغي أخذ موافقة المريض قبل ارسالها للجهة المعنية.ولا يتم كشف هذه المعلومات الا بورقة صادرة من المحكمة ويتم الكشف فقط عن المعلومة المطلوبة بدون الزيادة او النقصان

ج- قد تطلب المحاكم ارسال بيانات المريض للنظر بها وحول قضية معينة. لذلك ينبغي التأكد وارسال المعلومات المطلوبة والمحددة بالطلب حصراً.

د- إذا كانت القوانين النافذة تنصُّ على إفشاء مثل هذا السر، أو صدر قرار بإفشائه من جهة قضائية.

اخلاقيات الصحة الالكترونية ومخاطر انتهاك السرية:

وقد تتعرض السرية الى الانتهاك بسبب استخدام تقنيات الحواسيب الحديثة ووسائل الاتصال الالكترونية،اصدرت منظمة الصحة العالمية دستور أخلاقيات الصحة الالكتروني" e-Health Code of Ethics" والغرض هو أن يتبيّن الناس في كل أنحاء العالم ما يمكن أن يفعله الإنترنت في مجال تدبيرشؤون صحتهم وصحة من يتولون رعايتهم والعناية بهم، وذلك في ضوء فهمهم العميق لطبيعةالمخاطر التي تحيق بهم. وعلى الملاكات الطبية والصحية الذين يقدِّمونالرعاية أو المشورة الطبية الشخصية النوعية الالكترونية الفورية أن يراعوا الأمورالآتية:

- الالتزام بالدساتير الأخلاقية التي تحكم مهنهم كممارسين في العلاقات التي كانت ستقوم بينهم وبين الآخرين كما لو كانوا وجهاً لوجه .
- عدم احداث الضرر .
- وضع مصالح المرضى والعملاء في المقام الأول .
- الحفاظ على أسرار المرضى: للمستفيدين الحق في أن يتوقعوا إبقاء المعطيات الشخصية، التي يقدِّمونها، في سرية تامة. فالمعطيات الشخصية الصحية على وجه الخصوص قد تكون بالغة الحساسية ، وقديترتب على الكشف عنها بصورة غير ملائمة عواقب سيئة .
- التبيين الواضح لما إذا كان هناك أي نوع من أنواع الدعم المادي أو الرعاية المادية أو الحوافز المالية ، أو أي معلومات أخرى ، قد تؤثِّر في إدراك دور المهني الذي يقدِّم الخدمات، أو فهم الخدمات المقدَّمة نفسها.
- التبيين الواضح لمقدار أي أجور قد تترتب لقاء المشورةالإلكترونية الفورية، ولكيفية دفع قيمة الخدمات المقدَّمة .
- إطاعة القوانين والأنظمة ذات الصلة، بما في ذلك القوانين الناظمة لإجراءات الترخيص المهني ووصف الدواء.
- وأحاطة المرضى والعملاء علماً بحدود الرعايةالصحية الالكترونية الفورية وتعريفها لهم.

٤ – الالتزام ببناء علاقة مناسبة مع المرضى *Commitment to maintaining appropriate relations with patients*

"مثال: طبيب جراح ذو خبرة طويلة وباع طويل في العمل الطبي. انهى خفارته الليلية الساعة السابعة صباحاً. وعند خروجه من الردهة اعترضته الممرضة مع مريضة بحالة طارئة. حيث جاءت المريضة إلى المستشفى بصحبة احدى جاراتها، التي تركتها مغادرة بعد أن اوضحت للممرضة انها تركت اطفالها لوحدهم. وبعدما فحص الجراح المريضة تبين أنها تعاني من نزف رحمي ربما ناتج عن عملية اجهاض حديثة أو عملية اجهاض مفتعلة. فأسرع بإجراء عملية توسيع عنق الرحم وحرفه. وطلب من الممرضة أن تقوم بالاستفسار من المريضة اكمال إجراءات الدخول أو مغادرة المستشفى بعد ساعة. غادر بعدها الخفارة وجاء الطبيب الخافر الثاني وترك الردهة من دون ان يتكلم مع المريضة. ما العلاقة التي نشأت بين الطبيب والمريضة التي قام بعلاجها؟"

تعد بناء العلاقة وتوثقيها من البديهيات في الطب، وقد تهمل وينسى ذكرها بسبب انشغال الطبيب بتفهم معاناة المريض والتركيز على المهام الطبية الضرورية. وتسهم جميع مهارات الاتصال التي محورها المريض في بناء العلاقة المتينة به. وقد تكون بناء العلاقة وتوثيقها هدفاً بنفسه– عندما يكون دور الطبيب مشاوراً داعماً فقط. ولكن في معظم المقابلات الطبية تسهم بناء العلاقة في إنجاز جميع أهداف الاتصال الطبي وهي: دقة المعلومات المستقاة وكفاءة الاجراءات الطبية وزيادة قناعة الطبيب والمريض وتعزيز مشاركة المريض. ***وإن بناء العلاقة بالمريض جوهر نجاح أية ممارسة طبية في أي سياق.***

وإن بناء العلاقة منعطف الدخول لرؤية واسعة الأفق في الممارسة الطبية. وفي مواقف عديدة، تمتد العلاقة بين الطبيب والمريض وتتجاوز المقابلة الأولى لتستمر في المقابلات المتلاحقة. وبها تُرسى ثقة المرضى بأطبائهم التي تعد المكافأة السامية التي يسعى إليها الأطباء في أثناء عملهم على مدى سني ممارستهم العملية.

ويرغب المرضى أن يروا أطباءهم كفوئين وواسعي الاطلاع، ولكنهم بحاجة إلى أن يتعلقوا بهم أيضاً، ويشعروا بدعمهم في أثناء المصائب التي يعانون منها وتقديرهم لها. وتزداد أهمية مهارات بناء العلاقة ليس في سياق العلاقة بين الطبيب والمريض حسب، وإنما لمقدمي الرعاية الصحية فيما بينهم أيضاً. وإن تنسيق الجهد الجمعي أكثر أهمية من التألق الفردي في الممارسة الطبية الحديثة. ونشير هنا إلى ضرورة بناء العلاقة التي تساعد المريض على الإحساس بالراحة والإطئنان عند مناقشة مشكلاته وعرض قصته وتوضيح هواجسه مع شخص غريب "الطبيب" ربما يلتقي به لأول مرة.

وأهم المهارات المستخدمة في بناء العلاقة مع المريض هي:

أ – الانتباه إلى السلوك غير اللفظي للمرضى: يحتاج الأطباء أن يدركوا تلميحات المرضى غير اللفظية خلال أحاديثهم وعواطفهم وتعابير وجوههم ووضعية أبدانهم. وفي الوقت نفسه، يحتاج الأطباء أن يعوا سلوكهم غير اللفظي وكيف يضبطون التواصل البصري ووضعية الجسم والحركة والإشارات الصوتية من أجل توثيق العلاقة مع المرضى.

ب – تنمية الألفة: وتشمل القبول والتعاطف والرقة.

●**القبول:** تقبل رؤية المريض ومشاعره بحيادية من دون الحكم عليها هي مفتاح تنمية الألفة بدلاً من التطمين المباشر أو الرفض أو حتى الموافقة على آراء المريض. لذلك سيكون ردّ الطبيب الأولي هي " إستجابة القبول 'accepting response': والتي تهيئ إلى قبول ما يقوله المريض من دون الحكم عليه. والاعتراف بشرعية امتلاك المريض لآرائه الخاصة ومشاعره وتقدير مساهمته. وإن استجابة القبول تعترف بعواطف المريض أو أفكاره وتقبلها بغض النظر عن ماهيتها ومتى حدثت. ويرجى ملاحظة أن القبول هنا لا يعني أن الطبيب يتفق والمريض بالضرورة. ولكن مع ذلك، فإنه يستمع ويقدر عواطف المريض ووجهة نظره. وهذا أسلوب فاعل في بناء العلاقة لأنه يرسي أساساً مشتركاً بين الطبيب والمريض من خلال تفهم مشترك لمنظور المريض. فالقبول هو أساس الثقة، والثقة هي حجر الأساس للعلاقات الناجحة.

- **التعاطف:** يعد التعاطف من أهم المهارات لبناء العلاقة بين الطبيب والمريض. وربما ينظر إليه باعتباره من المقومات الشخصية أكثر من مجرد كونه مهارة. فعلى الرغم من أن بعضنا قد يكون بطبيعته أقدر على إظهار التعاطف من سواه، فإن مهارات التعاطف يمكن تعلُمها. ويكمُن التحدي في تحديد بناء استجابات تعاطفية وتمكين المتعلمين من إدماجها ضمن عناصر التعاطف في أسلوبهم الطبيعي بحيث يظهر واضحاً لكل من الطبيب والمريض. ويمر التعاطف بمرحلتين: تقدير المتعاطف المرهف لمأزق الشخص الآخر أو مشاعره. وتوصيل هذا الادراك للمريض بطريقة داعمة. ولا يكمن مفتاح التعاطف في كون الطبيب مرهف الحس فقط ولكن ينبغي إظهار هذا الإحساس بشكل مناسب للمريض لكي يُقدّر تفهُم الطبيب ودعمه أيضاً. وليس من المستحسن بما فيه الكفاية أن يفكر الطبيب بطريقة تعاطفية حسب، وإنما بإظهار ذلك أيضاً. وإن إظهار التعاطف يفك العزلة التي تفرضها المعاناة على المريض والتعاطف نفسه يعد إجراءً علاجياً. وفاتحة تيّسيرية قوية تساعد المرضى على الكشف عن المزيد من قلقهم ومخاوفهم.

- **الرقة:** ينبغي أن يتعامل الملاك الطبي والصحي جميعا برقة وحنان مع المواضيع المزعجة كالألم البدني وشرح المعاناة التي قد تصاحب الفحص البدني واخذ موافقته قبل البدء بالفحص.

ج – إشراك المريض: إن أحد أسس التواصل الفاعل هو تقليص الغموض غير الضروري في الرعاية الصحية. فالغموض الذي يترك من دون حل قد يؤدي إلى قلة التركيز أو التوتر وقد يوصد الباب أمام بناء العلاقة. فاشراك المريض بالافكار التي في ذهن الطبيب يشجعه على المساهمة بالحوار ويزرع الثقة ويوطد العلاقة بين الطرفين.

"مثال: بعد التأكد من اصابة مريض في الثانية والستين من عمره بسرطان البنكرياس، تم اخبار اخاه بالموضوع قبل اخباره بذلك. ولكن فضل اخوه عدم اخباره بالحقيقة وادعى أن اخباره سيعجل في موته

على ظنه. ولكن الطبيب صارح المريض بحقيقة مرضه بعد اصرار المريض على معرفة مما يعاني؟ فهل يحق لأهل المريض عدم اخبار المريض بحقيقة معاناته؟ لا سيما اذا كان المرض قصير المآل."

وخلاصة القول أن بناء العلاقة محور نجاح الممارسة الطبية. ومن دون ادراك تواصل الطبيب والمريض غير اللفظيين وبذل الجهود لخلق الألفة الوثيقة والصبر من أجل شمول المريض بالرعاية الطبية، فإن مشكلات كثيرة ستظهر. ولا تتأثر علاقة الطبيب الطويلة الأمد بالمريض حسب، ولكن حتى على المدى القصير سيشعر المريض بأنه لم يُفهم ولم يُدعم إلاّ إلى حد ضئيل. وسيتضاءل رضا المريض والتزامه أيضاً.

٥- الإلتزام بتحسين نوعية الرعاية *Commitment to improving quality of care*

يجب توفير الامكانات المادية والمعنوية وتكريس جهود الملاكات لجعل التطوير الذاتي ينعكس مباشرة على تحسين نوعية الرعاية الصحية المستمر. ويستلزم هذا الإلتزام ليس المحافظة على الكفاءة السريرية حسب ولكن العمل كفريق واحد للمحافظة على سلامة المريض وتقليل الأخطاء الطبية، وتقلّيل من الإفراط في استعمال مصادر الرعاية الصحية. والحرص والتفاني لتحسين نتائج الرعاية الصحية. ويجب أن تشارك الادارات الطبية بفاعلية في تطوير إجراءات أفضل تراقب وتقيس نوعية اداء جميع الأفراد والمؤسسات والأنظمة المسؤولة عن تقديم الرعاية الصحية. ويجب على جميع الملاكات بشكل منفرد ومن خلال جمعياتهم المهنية أن يتحمّلوا مهامهم لتصميم وتشجيع الآليات التي تحسن نوعية الرعاية باستمرار في مختلف مجالات الصحة العلاجية والوقاية من الامراض وتعزيز الصحة. وينبغي أن تعزز التشريعات التي تركّز على حقوق المرضى ومشاركتهم في الرعاية الصحية لتحسينها.

وجدير بالذكر في سنة ٢٠٠٥، كشف تقرير معهد الطب الامريكي أن ما بين٤٤٠٠٠- ٩٨٠٠٠ امريكي يموتون كل عام نتيجة الأخطاء الطبية. وقدر الوفيات بسبب الأدوية سنوياً

بسبعة آلاف وفاة وعلى الرغم أن مناقشة الأخطاء الطبية ركزت على المستشفيات ولكنها تحصل في مجالات أخرى من الممارسة الطبية. وحدد التقرير أهداف تحسين الرعاية الصحية بما يأتي:

أ- سلامة المريض: ينبغي عدم إيذاء المرضى التي تهدف الرعاية الصحية مساعدتهم.

ب- الفعالية: ينبغي أن تستند الرعاية الصحية على المعرفة العلمية الموثوقة والامتناع عن الركون إلى الخدمات التي من المرجح أن يستفيد منها المريض ويجب عدم التقصير أو الافراط بالخدمة الصحية.

ج- محورية المريض: يجب أن تتمحور الرعاية الصحية على احتياج المريض الفرد وتحترم قيمه واولوياته وأن يتخذ القرار بالمشاركة مع المريض على أن لا يتجاوز المنطق المعقول للإجراءات الطبية.

ء- التوقيت: ينبغي تقليل فترة الانتظار ويضر التأخير مقدم الخدمة ومستلمها.

هـ- الكفاءة: وتتميز برصانةالأداء وكفاية المعدات واللوازم وبذل الجهد اللازم وعدم الإفراط من ناحية أخرى.

و- المساواة: تتميز الرعاية الصحية الجيدة بعدم التمييز بالرعاية على اساس الخصائص الشخصية كالجنس والعرق والوضع الاجتماعي والاقتصادي والموقع الجغرافي وأن تعامل الناس بالمعايير نفسها.

وينبغي وضع مؤشرات جودة الرعاية في مؤسساتنا الصحية تهدف إلى مراقبة نوعية الخدمات الصحية المقدمة وكيفية تحسينها باستمرار.

٦- الإلتزام بتحسين الحصول على الرعاية *Commitment to improving access to care*

وضع الواقع الطبي العالمي في عصرنا الحالي «عصر العولمة»، وتطور العلوم الطبية المذهل الملاكات الطبية والصحية عموماً ولاسيما الأطباء أمام تحديات أخلاقية صعبة في ممارساتهم الطبية. وانتشرت ظاهرة السياحة الطبية وعوامل جذب المرضى. وازدادت

الاغراءات المقدمة للأطباء للتأثير على مبادئهم. ولذلك أصبح لدى بعض مزاولي المهنة أن الطب عبارة عن سلعة تجارية يُعد فيها المريض زبون في مؤسسة تجارية بحتة من دون أي اعتبار للجانب الأخلاقي الخدمي الطبي. الذي يفترض أن يكون المريض الغاية السامية في الممارسة الطبية.

وتطالب المهنة الطبية أنّ يكون هدف جميع أنظمة الرعاية الصحية توفير الخدمة الصحية بمعيار موحّد وبقدر وافٍ مِن الرعاية. ويجب أن يجاهد مخططوا البرامج الصحية لتقليل حواجز الوصول إلى الرعاية الصحية العادلة للجميع. وضمن كل جانب من جوانب الرعاية الصحية، يجب أن يعمل الملاك على إزالة موانع الوصول إلى المؤسسات الصحية وذلك بالتثقيف، والتشريعات، والتمويل، وتجاوز البعد الجغرافي، ومناهضة التمييز الإجتماعي. ويستلزم إلتزام المساواة بإجراءات الصحة العامة والطب الوقائي ومن دون أن يقلق الملاك الصحي على مصلحتهم الشخصيّة أو عموم المهنة.

وبالنظر للظروف الطارئة التي يمر بها العراق وصعوبة الحصول على رعاية طبية لمدة ٢٤ ساعة وحضر التجوال لمدة ٦ ساعات ليلاً، استحدثت وزارة الصحة مشروع الاستشارة الطبية الهاتفيةويقدم هذا البرنامج الاستشارة الطبية المجانية في بغداد في المرحلة الأولى وسوف يشمل باقي المحافظات لاحقاً. ويتكون البرنامج من مركز الاستشارة الطبية في الوزارة ويستجيب أطباء ممارسين واختصاص لاتصال المواطنين برقم هاتف خاص وهو (٤٠٤). ومزود البرنامج بسيارات إسعاف خاصة ومسعف لنقل الحالات الحرجة المتصلة بالمركز إلى قسم الطوارئ المناسب للحالة. علماً أن هذه الاسعافات داعمة للاسعافات المرتبطة بقسم الاسعافات الاولية الذي يُتصل بها عن طريق رقم الهاتف (١٢٢) المعروف سابقاً. ويقدم مركز الاستشارة الطبية خدماته خارج اوقات الدوام الرسمي من الساعة الرابعة عصراً حتى السابعة صباحاً ولمدة سبعة أيام في الاسبوع ويعمل في العطل الرسمية لمدة أربع وعشرين ساعة. وذلك لتحسين وتنويع مصادر الحصول على الرعاية الصحية العراقية.

٧- الإلتزام بالتوزيع العادل للمصادر المحدودة *Commitment to a just distribution of finite resources*

نعيش في عالم تزداد فيه الحاجة إلى توسع في الرعاية الصحية الضرورية بالمقابل تقل فيه الموارد حتى في اغنى دول العالم. وتشير الدراسات إلى أن كبار السن سيستهلكون أكثر من ٩٠% من الموارد المخصصة للصحة قريباً. لذلك على المؤسسات الصحية أن تفكر جلياً في ادخال كبار السن في رعاية حالتهم الصحية أي أن يكون المريض مساهماً في علاج مرضة وما يعرف محورية المريض وهو العامل الأهم في تقليل موارد الصحة العامة.

وينبغي أن يضع المخطط الصحي توازن الموارد بين الرعاية الصحية الاولية والثانوية والثالثية، على ان تتغلب الموارد المخصصة إلى الرعاية الصحية الأولية لشمولها جميع افراد المجتمع. وأن لا تتغلب بعض المؤسسات الثالثية التخصصية غالية الثمن كمراكز امراض القلب مقابل تخصيص موارد شحيحة للاجراءات الوقائية التي تعم فائدتها جميع افراد المجتمع.

وفي أثناء تلبية حاجات المرضى الفردية، ينبغي على الأطباء والملاك الصحي تقديم الرعاية الصحية المستندة على التدبير الحكيم والاقتصادي للمصادر المحدودة. ويجب أن يتعهّدوا بالعمل مع الأطباء الآخرين، والمستشفيات، والممولين لتطوير دليل للرعاية الاقتصادية. وتتطلب مسؤولية الطبيب المهنية التخصيص الملائم للموارد المالية وتجنب الفحوص غير الضرورية والمموهة والإجراءات الزائدة عن الحاجة. وينبغي التركيز إلى أن تقديم خدمات غير ضرورية لبعض المرضى لا يُعرّضهم إلى الأذى حسب، وأنما يستهلك الموارد المتوفرة للآخرين أيضاً.

"مثال ١: من المعروف في جميع مراكز الرعاية الصحية الاولية العراقية يعالج الاطفال دون سن ١٢ سنة مجاناً. جلب أحد الاشخاص جميع اطفاله البالغ عددهم ستة اطفال وطلب بطاقات علاجية مجانية من قاطع التذاكر وسجل على كل بطاقة اسم طفل وعمره وذهب لغرفة الطبيب للفحص. ويذكر الأب

للطبيب بعض الاعراض مثل أن لديه رشح وسعال وحمى أو يعاني من اسهال وصداع ويطلب من الطبيب ويحدد الادوية: رجاءاً اكتب للطفل ادوية "مضاد حيوي وشراب للسعال وشراب وخافض حرارة فيتامينات ....الخ" وعند بعض الاطفال كان يطلب مضادات حيوية وريدية. وكانت لديه قائمة اضافية من الادوية اخرى يطلب اضافتها للوصفات ولا يمكن ان تجتمع مثل هذه القائمة لعلاج مرض معين او حالة طبية معينة. فما كان من الطبيب الا ان تجاوب مع المريض، وبالفعل استطاع الرجل ان يحصل على ما يريد."

مثال ٢ :طلب أحد المرضى أن يكتب الطبيب على وصفته أن كلفة العملية مليون دينار، بينما في الحقيقة كانت تكلفت العملية ثمانمائة الف دينار فقط.

الطبيب: ولماذا اكتب مليون دينار؟

المريض: دكتور لأن الدائرة تعوض ٨٠% من كلفة العلاج. هل سيوافق الطبيب على رأي المريض أم سينحاز إلى القوانين التي تشرعها الدوائر الر سمية؟

٨– الإلتزام بالمعرفة العلميةCommitment to scientific knowledge

يستندالعقد بين مهنة الطب والمجتمع على سلامة المعلومات والاستخدام المناسب للمعرفة العلمية والتكنولوجيا.وعلى الملاكات الطبيةوالصحية عموما والأطباء خصوصاً واجب دعم المعاييرالعلميةوتشجيع البحوث، وخلق معرفة جديدةوضمان الاستخدام المناسب لها.فهذه المهنة هي المسؤولة عن سلامةهذه المعرفة، الذي يقوم على البينات العلمية وخبرة الأطباء والملاكات الاخرى. وسنفرد فصلاً خاصاً باخلاقيات البحوث فيما بعد.

٩ – الالتزام ببناء الثقة وتدبير تضارب المصالح

Commitment to maintaining trust by managing conflicts of interest

لدى الأطباء والملاكات الطبية والصحية ومنظماتهم العديد من الفرص السانحة لمساومة مهامهم المهنية لصالح المكسب الخاص أو الفائدة الشخصية. وتهدد مثل هذه المساومات التفاعل الشخصي أو المؤسساتي لاسيما الحصول على الربح من منتجي الأجهزة الطبية وشركات الأدوية. وعلى الأطباء الإقرار والكشف المعلن أمام الملأ في أثناء التعامل مع هذه الشركات واعلان تضارب المصالح الذي يظهر أثناء واجباتهم المهنية ونشاطاتهم، مثل يعلن الصيدلي أن له اسهما في شركة ادوية حتى لا يكلف بلجنة لها علاقة بشراء من هذه الشركة.

"مثال: راجعت مريضة عيادة طبية، وبعد اجراء الفحص السريري وصفت العلاج اللازم للحالة. وابلغت المريضة يمكنها أن تحصل على العلاج بمراجعة الصيدلية ع القريبة من العيادة. وبالفعل اشترت المريضة الوصفة الطبية من الصيدلية ع. وبعد مدة قصيرة، ارادت أن تكمل الدورة العلاجية، ذهبت إلى صيدلية قرب دارها لتشتري الدواء، فوجئت بالصيدلي المسؤول يقول لها: إن ما مكتوب في الوصفة هو عبارة عن رموز لا يستطيع فك شفرتها! شككت المريضة في قول الصيدلي فقصدت صيدليات اخرى وفوجئت بالاجابة نفسها مما اضطرها الرجوع إلى الصيدلية ع لتتمكن من شراء الوصفة مجدداً."

١٠ – الالتزام بالمهام المهنية *Commitment to professional responsibilities*

على جميع الأطباء وأطباء الأسنان والصيادلة والممرضات والممرضين والملاكات الساندة الأخرى الانضمام إلى جمعيات ونقابات مهنية من أجل تقديم أفضل خدمة صحية للمرضى، وأن يسود الاحترام والتعاون فيما بينهم. وأن يديروا شؤونهم المهنية ذاتياً لتلبية المتطلبات المهنية المحددة، وأن يضعوا معايير ومناهج علمية للاعضاء وآلية انضباط تراقب أداء الأعضاء وتحاسب الذين لا يستطيعوا أو يخرقوا المتطلبات المهنية الموكلة بهم. ويتقبلوا المراقبة الخارجية لمنظماتهم ليضمنوا أنه جميع الاعضاء ملتزمين بالمعايير المهنية المحددة بشكل انفرادي أو مؤسساتي جمعي.

الجوانب الاخلاقية في كلفة الرعاية الصحية

تتميز الممارسة الطبية الحالية بتزايد الكلفة المادية للرعاية الصحية تزايداً مستمراً وقد وصلت بعض الاجراءات الطبية والادوية إلى ارقامٍ فلكية. وعلى الرغم من أن الكلفة تتعدى امكانيات الطبيب المعالج الفرد والمجموعة المعالجة أيضاً. لكن يمكن لهم أن يقللوا منها، إذا اخذوا بالاعتبار أهمية الجوانب المادية عند تدبيرهم لحالات المرضى المختلفة. ويمكن أن تكون لهم بصمات مؤثرة في عدة مجالات وذلك في اطار تحقيق اهداف الاخلاقيات الطبية وهي العدالة في توزيع الموارد المحدودة ومصلحة المريض أولاً. وأهم هذه المجالات:

١- الفحوص الطبية: اصبح إجراء الفحوص " المختبرية والشعاعية " الباهضة الثمن وغير الضرورية ثقافة سائدة في الاوساط الطبية، علماً أن هذه الفحوص لا تستعيض عن المقابلة الطبية واستقراء التاريخ المرضي المستفيض الذي يمكن الوصول إلى التشخيص لوحده لأكثر من ٨٢% من الحالات المرضية وباضافة الفحص البدني تزداد النسبة أكثر. ومن ناحية أخرى، ينبغي أن يسأل الطبيب نفسه أسئلة قبل أن يرسل المريض للفحص: ما الفائدة التي سيجنيها المريض من هذا الفحص وما الخطورة التي سيتعرض لها من جراء ذلك في مقابل الكلفة المادية التي سيتحملها لإجراء هذا الفحص. ويمكن مراجعة مصادر طب البينة "Evidence Based Medicine" حول مدى اهمية الفحص العلمية للمرض والمريض. وإذا لم تتضح فائدته الجلية فيمكن اهماله.

٢- الادوية: مع الانفتاح الاقتصادي الذي يمر به العراق بعد ٢٠٠٣، نرى ازدياد عدد شركات الادوية ومكاتب استيراد الأدوية وكثرة الندوات المؤتمرات الداخلية والخارجية التي تحتضنها في أرقى الفنادق وزيادة عدد مروجي الادوية المتجولين بين عيادات الاطباء الخاصة والصيدليات حاملين معهم النماذج المجانية وهدايا متنوعة ودعوات مجانية لحضور النشاطات "ينبغي الحذر من البيانات العلمية المتحيزة التي يعرضونها" التي يقيمونها للتأثير على طريقة

كتابة الأطباء واختيارهم للأدوية. والاخطر من ذلك، استخدام بعض الأطباء الاحداث للدعاية لمنتجاتهم مقابل اجور مغرية مما تؤثر على ممارستهم العملية المستقبلية.

وتوصي الابحاث الغربية أن الهدايا التي يتلقاها الأطباء من شركات الأدوية لها تأثير متحيز على طريقة وصف الأدوية.

وينبغي أن يُذّكر الأطباء والصيادلة خصوصاً، أن المهام الموكولة بهم هي تقديم أفضل رعاية ممكنة للمرضى وتجاوز العقبات والغموض التي تقف امامهم عند صياغة قراراتهم المجدية اقتصادياَ. لذلك ينبغي كتابة الأسم العلمي للدواء الموصوف من قبل الطبيب وعدم كتابة الاسم التجاري أو الشركة المنتجة ما دام جميع الأدوية المستخدمة في الاسواق المحلية تحت نظر التقييس والسيطرة النوعية لوزارة الصحة. وعلى الصيدلي واجب اخلاقي كبير حينما يعرض انواع الادوية المتوفرة لديه للمريض من دون تحيز لشركة معينة.

كما يجب تعليم طلبة الكليات الطبية على استخدام الاسماء العلمية وعدم ذكر أي دواء باسمه التجاري حتى يغرس بالذهن أهمية المبدأ الاخلاقي في عدم ارهاق المرضى بحجة اسم الدواء لشركة مشهورة.

٣- المريض: من أهم جوانب تقليل كلفة الطب المادية هي مشاركة المريض بفريق الرعاية الصحية. ويساهم باتخاذ القرارات التي تخص حالته المرضية لاسيما كبار السن الذي تزداد اعدادهم بشكل كبير وتصرف حالياً ٨٠% من الموارد الصحية على الخدمات المقدمة لهم. والطريق الوحيد لتقليل الانفاق في الرعاية الصحية هو مشاركة هذه الفئة لرعاية انفسهم، على الرغم من عدم وضوح مدى امكانية مشاركتهم العملية فيها لحد الآن.

أخلاقيات البحث الصحي *Health Research Ethics*

البحث

يُعرف البحث بـ: عملية اكتشاف واكتساب معرفة جديدة باستعمال طرق علمية موثوقة. وينبغي أن تخدم هذه المعرفة المجتمع الذي تجرى فيه، وأن يتوافق مشروع البحث مع السمات الأخلاقية السائدة في المجتمع لجميع مراحله التنفيذية. وأن يضع الباحث نصب عينيه أن هدف البحث هو مشروع لتنمية الفرد والمجتمع الذي يجرى فيه. ويعد البحث ملكاً للمجتمع يجب أن يطلع عليه لاسيما إذا كانت مورداه من ثروة المجتمع العامة.

الباحث

هو الشخص الذي يسهم إسهاماً فاعلاً في اعداد فكرة البحث ووضع تصميم له وتحليل بياناته ومناقشة نتائجه وكتابة البحث ومراجعته بشكل شامل ويتحمل مسؤولية دقة المعلومات وامانتها ومصداقيتها. وطبقاً لهذا التعريف، لا يعد الإشراف غير العلمي أو جمع البيانات أو تسهيل الإجراءات الإدارية ومستلزمات البحث من قبل المسؤول الإداري أو الفني والداعم مادياً ومعنوياً باحثاً وأنما يمكن أن يقدم لهم الشكر والتقدير في نهاية البحث.

"مثال: بعد أن تخرج طالب بورد واصبح طبيباً اختصاصياً، طلب منه أحد الأطباء اضافة اسمه بالبحث الذي نال عليه شهادة التخرج وقال له: أن لدي ترقية قريبة وعندما تحين ترقيتك سأكتب اسمك على احد البحوث التي اجريها وهذا فضل لا انساه لك."

ويجب أن يتصف الباحث بالأمور الآتية: عدم التسليم والقبول لأي أمر ما لم يقم علية دليل أو برهان وفحص كل الآراء ذات العلاقة بالموضوع أو المشكلة. وأن يكون متجرداً غير متحيز وأن لا يحاول أن يبرهن لنتيجة معينة إنما يبحث عن الحقيقة ويتقبل الواقع ولو خالف رأيه. وأن يتعامل الباحث دائماً مع الواقع، أما ما كان في دائرة القيم والمبادئ المسلمة

كالأخلاقيات والعبادات والعادات فإن هذه لا يمكن بحثها على أساس الواقع فقط بل لابد من اعتبارات أخرى مهمة لا تدخل ضمن هذه الطريقة. وينبغي أن لا يقدم الباحث لنا تفاصيل العلاقات بين الأحداث والوقائع الموجودة فحسب بل يذهب إلى أبعد من ذلك وإعطاء حكم عن بعض ما توصل إليه من نتائج. وأن لا يهتم بالوقائع الشاذة بل يفتش عن الوقائع المتجانسة لفحصها وبلورتها في إطار واحد للخروج بنظرية يحاول من خلالها ادخال الأمثلة للخروج بقاعدة واحدة تشمل الأمثلة والنماذج كافة على أن تكون خاضعة في المستقبل لإعادة النظر حسبما يستجد من شواهد وحقائق.

التمويل

يجب ذكر تفاصيل التمويل والدعم مثل مقدار الدعم المادي ومصدره. وإذا كان الدعم عينات دوائية أو مستلزمات طبية تذكر تفاصيل العينة الأسم التجاري والشركة المنتجة والاسم العلمي وهل العينة موافق عليها من اللجنة الوطنية لإنتقاء الأدوية أم تجريبية وفي أية مرحلة أو قد يستعمل الدواء أو المادة الكيماوية لعلة أخرى أو إذا لم يدخل الدواء أو المستلزم (أداة البحث) السوق العراقية.وينبغي الحصول على موافقة اللجنة الوطنية لإنتقاء الأدوية العراقية أو الجهة المخولة رسمياً في العراق قبل البدء بالبحث. وعند طلب التمويل من وزارة الصحة ينبغي التقديم من خلال مركز التدريب في وزارة الصحة أو شعب التدريب من دوائر الصحة في المحافظات.

اخلاقيات البحث

المعايير والمبادئ الأخلاقية التي تحكم سلوك الباحث في أثناء سير البحث وتعامله مع المبحوثين. وتقع مسؤولية مراعاة الأخلاقيات في البحث على الباحث بالدرجة الأولى ويتحمل المسؤولية الكاملة في أي خرق للاخلاقيات البحثية أو إضرار بالمبحوثين. كما تشترك اطراف أخرى بالمسؤولية: المؤسسة البحثية، مسؤولة عن ضمان التمسك باخلاقيات البحوث التي تجري فيها وتضع آلية لمراقبة انتهاك الاخلاقيات. وتتحمل المجلة العلمية التي

نشرت البحث بعضاً من المسؤولية، إذ لابد من أن يرفق البحث بموافقة لجنة أخلاقية قبل الموافقة على نشره. وعلى الممولين أن يمتنعوا عن تمويل أي بحث إلا بعد تقديم ضمانات مراقبة للمبادئ الأخلاقية للبحث والمحافظة عليها في جميع مراحل البحث.

ويجب أن يتأكد من أن الباحث والمؤسسة البحثية تتبع المبادئ عندما تقوم بتنفيذ بحث ما ولاسيما عندما يجرى على البشر. وعلى الرغم من أن هذه المبادئ عالمية، لكن آلية ضمان هذه المبادئ تختلف من مكان لآخر. وجدير بالذكر، أن لا توجد لحد الآن تشريعات عالمية تبين كيف تنظم مراقبة التجارب السريرية. لذلك قد يثير اشتراك الطبيب في هذه الأبحاث بصورة مباشرة إشكاليات أخلاقية يجب معرفتها لتحاشيها. وذلك لأن ***دور الطبيب المعالج في علاقته مع المريض تختلف عن دور الباحث وهذا لاختلاف المسؤولية في الحالتين: فمسؤولية الطبيب تتمحور حول صحة المريض وتقديم العلاج بقصد الشفاء. أما مسؤولية الباحث تنحصر تجاه المعلومات التي يحصل عليها***، وهل استفاد المبحوث من تداخلات البحث أم لا؟

في حالة تضارب الدورين لدى الطبيب فيجب تغليب دور الطبيب المعالج ومسؤوليته على دور الباحث. وذلك لأن الخلط بين الدورين يؤدي الى تضارب المصالح. ويدار البحث الطبي حالياً من مؤسسات ذات تمويل ضخم " مثل شركات الادوية" التي يمكنها الدفع بسخاء للأطباء ليشتركوا في هذه البحوث. ويقنعوا مرضاهم واجراء بحوث عليهم أو استعمال عينات من المادة الدوائية عليهم. وبالمقابل يدعى الأطباء المشاركين لحضور ندوات أو نقاشات عن نتائج الأبحاث. وقد يتضارب اهتمام الطبيب بالحصول على هذه الامتيازات أحياناً مع قاعدة معالجة المريض بالدواء الأنفع له. وقد يتضارب هذا الخيار مع حق المريض بتزويده بالمعلومات الضرورية لاتخاذ قراره في الرضا والمشاركة في البحث. ومن هنا، ظهرت ضرورة تطبيق القواعد الأخلاقية الأساسية للبحوث الطبية. وتبنى هذه الاخلاقيات على ثلاث مبادئ أساسية رئيسة: احترام الانسان وعدم الاضرار به والعدالة. وتعد هذه القواعد الأسس لكل التشريعات والدلائل الاخلاقية، وهي مبادئ عالمية تحكم أخلاقيات البحوث.

المبدأ الأول، احترام الانسان: وتعني التأكد من قدرة الأشخاص "المبحوثين" على اتخاذ قراراتهم واختياراتهم بأنفسهم. ويشير كذلك إلى احترام استقلالية المشارك. مما يعني الاعتراف بكرامة الإنسان وحريته. والمهم في هذا المبدأ هو التعرف على الفئات المستضعفة التي تحتاج إلى حماية حقوقهم التي قد تنتهك في أثناء البحث: مثل الامي أو الامي الوظيفي "Functional illiteracy"، والفقراء والنساء والسجناء والأطفال والمعاقين ذهنياً. لذلك فان الحصول على الموافقة الواعية الطوعية تصبح صعبة للباحث. لذا يجب عليه أن يكون مخلصاً للتأكد من الحصول عليها، إن مبدأ احترام الذات الإنسانية يتجسد في عملية الحصول على الموافقة الواعية أو المستنيرة الرسمية والتي تعد عملية تمكين الفرد من اتخاذ قرار طوعي مستنير فيما يخص مشاركته في البحث. ويجب على الباحث شرح كل تفاصيل معنى الموافقة الرسمية المستنيرة بكل أبعادها للمشارك.

وتعني الموافقة الطوعية بالموافقة التي يعطيها المشارك في البحث بعد أن تلقى المعلومات الضرورية عن البحث وفهمها فهماً واضحاً وتوصل بملء إرادته إلى قرار المشاركة بالبحث من دون أن يكون قد تعرض إلى الإكراه أو تأثير أو حث أو تخويف. وهي عملية متواصلة بين الباحث والمشارك المفترض في البحث تبدأ قبل إجراء البحث على المشارك وتستمر إلى نهاية البحث أو الدراسة.

العناصر الأساسية للموافقة الواعية: ينبغي أن تتوافر العناصر الآتية في الموافقة الطوعية: أن يوصف البحث وطبيعة المشاركة فيه "توضح طريقة التجربة بكل تفاصيلها بطريقة مبسطة ومفهومة، وتناقش المخاطر والفوائد المتوقعة من البحث والحفاظ على سرية المعلومات الشخصية للمبحوث ويجب التعويض في حالة الضرر وشرح طرق العلاج المتاحة ومعرفة بمن يتصل المشارك في حالة الضرر لمقاضاة الباحث والمطالبة بحقوق المشاركة وللمشارك الحرية في الانسحاب في أية لحظة من البحث.

المبدأ الثاني، عدم الإضرار: وهي مسؤولية الباحث عن سلامة المشاركين في البحث بدنياً وعقلياً واجتماعياً قدر تعلق ذلك بالبحث والدراسة. وإن تعريض المشارك للمخاطر من جراء المشاركة في البحث يجب أن يوضع في مقابله المنافع المبدئية للبحث التي سيتم الحصول

عليها وكذلك المعرفة التي سيتم تحصيلها علمياً. وعلى أية حال، يجب أن تكون المخاطر في حدها الأدنى في أي بحث. وحماية سلامة المشارك بالبحث هي الهدف الأول والمسؤولية الأولى للباحث وبناءاً عليه فتصبح سلامة المشارك أهم من تحصيل معرفة جديدة والفائدة العلمية الناتجة من البحث واهتمام ومصلحة الباحث المهنية والشخصية.

المبدأ الثالث، العدالة: وتعني عدالة توزيع المنافع والمخاطر من جراء البحث والاختيار العادل للمشاركين في البحث وحماية المجاميع المستضعفة. إن احد التزامات الباحث هو أن يقوم بإجراء البحث بعدالة بين أفراد العينة في مجتمع الدراسة. وان يقوم باختيار العينة بالعدالة والمساواة. إذ لا يجوز أن يقوم الباحث بتعريض مجموعة من المشاركين إلى مخاطر على حساب المجموعة الأخرى، **مثال:** إجراء بحث على فعالية دواء جديد وخطير على مجموعة من السجناء والنتيجة البحثية أو ثمرة البحث ستعم بفائدتها على فئات أخرى في المجتمع ونلاحظ ترابط المبدأ الأول مع المبدأ الثالث من حيث السعي لحماية المجاميع المستضعفة

السياقات الأساسية لأخلاقيات البحث الصحي *HealthResearch Ethics Guidelines*

يحتل البحث الطبي مجالاً مهماً في حياة الملاكات الطبية والصحية كافة. ويتطلب توافر مجموعة من القيم والمبادئ الأخلاقية فيمن يمارسه. ويخطئ من يتصور أن العملية البحثية لا تعدو مجرد إدراك مجموعة من الأسس والإجراءات التي تتصل بتحديد المشكلة واعداد التصميم البحثي وتجميع البيانات والتعامل الإحصائي مع تلك البيانات وكتابة تقارير البحث. وينبغي الوعي لأهمية الاخلاقيات منذ اللحظة الأولى من مشروع البحث وجميع مراحل البحث وكما يأتي:

أولاً- تشمل المبادئ الأخلاقية عند التخطيط لمشروع البحث وعند التفكير في مشكلة البحث وفي اعداد تصميم بحث يجب أن ينظر إلى ما يأتي:

١- أن لا تكون خطوات البحث عبارة عن نسخة مكررة طبق الأصل من دراسة سابقة بحيث تلقي الريبة والشك على أمانة الباحث العلمية.

٢- أن لا تؤدى الدراسة إلى إلحاق أي ضرر ظاهر أو باطن بأشخاص الدراسة أو أشخاص آخرين.

ثانياً- المبادئ الأخلاقية المصاحبة لعملية جمع البيانات

١- على الباحث أن يوازن بين العديد من القرارات التي تبدو متعارضة مع بعضها لاسيما تلك التي تتصل بالأضرار المحتملة للأفراد المشاركين فيالدراسة.
مثال:- لو أن من بين إجراءات البحث إساءة معاملة الأطفال المشاركين في الدراسة، وذلك من أجل الحصول على معلومات معينة قد تكون لها قيمتها من الناحية العلمية. السؤال الذي يجب أن يطرح: هل يتم مثل هذا البحث من أجل الحصول على معرفة جديدة على الرغم مما يسببه هذا من انتهاك للحقوق الخاصة للأطفال؟ أم أن حماية تلك الحقوق الخاصة للأفراد تقتضي منا أن نضحي بمثل هذه المعرفة؟

٢- على الباحث أن يفكر بالدراسة ومداها ومجالها بشكل موضوعي يتناسب مع بنود أخلاقيات البحث. فمثلاً عند دراسة مضار التدخين فمن غير الأخلاقي أن تعرض أشخاص غير مدخنين لدخان السكائر لدراسة مضار التدخين . أما إذا لم يتلق المرضى تلك المعلومات أو أعطوا معلومات مضللة فإن الدراسة بذلك تكون قد انتهكت حقاً من أخص حقوق الإنسان وهو أن يعرف ماذا يحدث له تماماً قبل أن يتعرض لأي نوع من المعالجة.

٣- على الباحث أن يفكر في المعطيات الناتجة عن تفاعله مع البيئة التي يجري فيها البحث بما يتضمن من مشاركين على نتائج البحث.

وجدير بالذكر أن يطلع القارئ الكريم على أكثر الدساتير الأخلاقية شيوعا تلك المبادئ الأخلاقية العشرة التي أقرتها الجمعية الأمريكية لعلم النفس عند إجراء البحوث على البشر:

١- عند التخطيط لدراسة ما، فإن الباحث يتحمل المسؤولية الشخصية عن المعايير الأخلاقية المتصلة بالدراسة. وإذا وجد الباحث صعوبة في الالتزام التام بذلك المبدأ وذلك لاعتبارات علمية وإنسانية فعلية أن ينشد المشورة والنصيحة من القادرين على تقديمها. وأن يفكر في إجراءات وقائية لحماية وصيانة حقوق المشاركين في البحث.

٢- إن مسؤولية ترسيخ ممارسات أخلاقية مقبولة في البحث والحفاظ عليها تقع دائماً على الباحث. كما أن الباحث مسؤول أيضا عن الممارسات الأخلاقية لمساعديه وزملائه ومن يستخدمهم للتعامل مع المشاركين في البحث.

٣- يتحمل الباحث مسؤولية اعلام المشاركين بكل سمات البحث وشروطه والتي يمكن أن يكون لها تأثيراً على قرار المشاركين فيما يتصل برغبتهم في المشاركة في البحث. كما يجب على الباحث أن يجيب عن كل استفسارات المشاركين فيما يتصل بتلك السمات التي يمكن أن يكون لها تأثير على رغبتهم في المشاركة.

٤- ***يعد الانفتاح والأمانة سمتين أساسيتين من السمات التي تحكم العلاقة بين الباحث والمشارك في البحث*** وعندما تستلزم المتطلبات المنهجية لدراسة ما ممارسة نوع من التمويه، فمثلاً عند اختيار العينة المدروسة والضابطة (Control group) وإمكانية دخول المشارك في أحد هاتين العينتين. يجب أن يكون الباحث مطمئناً إلى إدراك المشارك لأسباب ذلك التصرف وأن يحرص دائما على بناء العلاقة الإيجابية بينهما.

٥- على الباحث أن يحترم حرية الفرد الذي يرفض المشاركة في البحث أو الاستمرار فيها في أي وقت. فالباحث مسؤول عن كرامة المشاركين وراحتهم.

٦- البحث المقبول من الناحية الأخلاقية يبدأ بإعداد اتفاق واضح وعادل بين الباحث والمشارك يتم تحديد مسؤوليات كل منهما بوضوح. والباحث ملزم باحترام كل الوعود والالتزامات المتضمنة في ذلك الاتفاق ولا ينبغي أن يقوم الباحث بتضليل الأفراد واعطائهم وعوداً لا يمكن تحقيقها.

٧- يجب حماية المشاركين من أي وضع بدني أو عقلي غير مريح ومن أي ألم أو خطر قد يتعرضون له وعندما تكون هناك احتمالية لحدوث مثل هذه المخاطر فينبغي على الباحث أن يعلم المشارك بذلك ويحصل على موافقته ويتخذ كل التدابير الممكنة لتقليل تلك المخاطر إلى أقصى حد ممكن.

٨- بعد الانتهاء من تجميع البيانات، ينبغي على الباحث أن يزود المشارك بتوضيح كامل لطبيعة الدراسة وبملخص واف عنها وأن يزيل أي تصورات خاطئة يمكن أن تكون قد علقت في ذهنه وعندما تكون هناك اعتبارات علمية وإنسانية تقتضي تأخير عرض هذه المعلومات أو حجبها فإن الباحث يتحمل مسؤولية خاصة في التأكد من عدم وجود عواقب خطيرة بالنسبة للمشارك.

٩- وفي حالة وجود احتمال أن تؤدي إجراءات البحث إلى حدوث عواقب غير مرغوبة بالنسبة للمشارك فإن الباحث مسؤول عن تلك الآثار وإزالتها بما في ذلك الآثار بعيدة المدى.

١٠- يجب أن تبقى البيانات التي تم الحصول عليها عن المشاركين في البحث طوال مدة الاستبيان سرية.

ثالثاً- المبادئ الأخلاقية المصاحبة لعملية التعامل مع البيانات

١- حرص الباحث على سرية البيانات الخاصة بكل مشارك في الدراسة بحيث لا تستغل تلك الأسرار في التشهير بالأشخاص الذين ائتمنوه عليها أو في ابتزازهم .

٢- ما يصدق على التعامل مع البيانات الخاصة بالأفراد يصدق أيضاً عند التعامل مع البيانات التي تشير إلى مؤسسة معينة بذاتها لاسيما إذا كانت الإشارة تسيء إلى تلك المؤسسة.

٣- عدم لجوء الباحث إلى إجراء تعديلات في البيانات الخام تمكنه من أن يحصل على نتائج تدعم وجهة النظر المتبناة في البحث حيث يعتبر ذلك إخلالا بالأمانة العلمية.

٤- يجب على الباحث أن يدرك أن النتيجة التي يسجلها في تقريره بمثابة وثيقة ستداولها الأجيال من بعده وسوف يستشهد الباحثون بها في مواقف عديدة .

٥- يجب على الباحث أن يختار الأسلوب الإحصائي المبني على أسس علمية وليس اختيار أسلوب إحصائي يعطيه قدراً من التباين يبرز أهمية وجهة النظر التي يتبناها البحث. فمثلا: قد يميل بعض الباحثين إلى إيجاد ثبات أدوات بحوثهم باستخدام أكثر من طريقة وذلك على أساس أن بعض الطرق تعطى معاملات ثبات أقل مما تعطيه طرق أخرى لنفس البيانات، هذا أمر جائز من الناحية الأخلاقية ولا يتعارض في الوقت نفسه من الاعتبارات العلمية. أما إذا كان اختيار الأسلوب الإحصائي مرجعه الوحيد هو أن ذلك الأسلوب سوف يؤدى إلى إبراز وجهة نظر معينة مفضلة لدى الباحث فإن

الباحث بذلك يقع في مأزق أخلاقي لا يتناسب ومكانته كمعالج محايد للبيانات.

رابعاً: المبادئ الأخلاقية المصاحبة لعملية اعداد التقرير البحثي

يجب على الباحث عند اعداد تقريره أن يتصف بـ:

الأمانة، الصدق، الموضوعية، التواضع: تتمثل صفة الأمانة في موضوعات عدة من التقرير البحثي من بينها القسم الخاص بعرض نتائج البحث. حيث يضمن البيانات الخام في متن الدراسة وحتى في ملاحقها ولا يكتفي فقط بتلك النتائج المتضمنة في الجداول أو في عرض الباحث أدبيات البحث حيث يجب عليه أن يطرح الآراء والدراسات التي تدعم وجهة نظر البحث وان لا يغفل تلك الآراء والدراسات التي تتناقض معها. أما الاقتباس عن الآخرين، ***فالأمانة العلمية تقتضي من الباحث أن يشير إلى المصادر التي اقتبس منها سواء كان ذلك الاقتباس حرفياً أو كان تلخيصاً لفكرة وإلى أهمية تلك الصفة.***

كما يجب أن يتصف الباحث بالأمور الآتية:

١. عدم التسليم والقبول لأي أمر ما لم يقم علية دليل أو برهان وفحص كل الآراء ذات العلاقة بالموضوع أو المشكلة.
٢. أن يكون متجرداً غير متحيز وأن لا يحاول أن يبرهن لنتيجة معينة إنما يبحث عن الحقيقة ويتقبل الواقع ولو خالف رأيه.
٣. يتعامل الباحث دائماً مع الواقع، أما ما كان في دائرة القيم والمبادئ المسلمة كالأخلاقيات والعبادات والعادات فإن هذه لا يمكن بحثها على أساس الواقع فقط بل لابد من اعتبارات أخرى مهمة لا تدخل ضمن هذه الطريقة. وينبغي أن لا يقدم الباحث لنا تفاصيل العلاقات بين الأحداث والوقائع الموجودة فحسب بل يذهب إلى أبعد من ذلك وإعطاء حكم عن بعض ما توصل إليه من نتائج.

٤. أن لا يهتم بالوقائع الشاذة بل يفتش عن الوقائع المتجانسة لفحصها وبلورتها في إطار واحد للخروج بنظرية يحاول من خلالها إدخال كافة الأمثلة للخروج بقاعدة واحدة تشمل كافة الأمثلة والنماذج على أن تكون خاضعة في المستقبل لإعادة النظر حسبما يستجد من شواهد وحقائق.

المخاطر

هناك مخاطر عديدة يمكن أن تكتنف البحث الجاد في علاقته بحل المشكلات العلمية، وتتضمن:

١- تكوين نتائج مبتسرة غير ناضجة.

٢-تجاهل الأدلة المضادة أو غير المتفقة مع النتائج التي وصل إليها الباحث.

٣-عادة التفكير داخل أطر جامدة والافتقار إلى الأصالة.

٤-عدم التمكن من الحصول على جميع الحقائق المتعلقة بالمشكلة.

٥-عدم الدقة في الملاحظة.

٦-الخطأ في مطابقة أو توفيق علامات السبب والنتيجة.

٧-التأثر بالأحكام الشخصية والتحيز الذاتي المسبق.

وسنشرح هذه المخاطر بايجاز، وكما يأتي:

١- تكوين نتائج مبتسرة غير ناضجة: كثيراً ما يدفع حماس بعض الباحثين إلى سرعة التعلق بنظرة مثيرة على الرغم من إدراكهم أن ليس هناك دليل كاف لتأييدها. ولو تذرعوا بالصبر والعمل فترة أطول في تقصي الحقائق لابتعدوا عن الوقوع في الخطأ. أن الباحث الدقيق لا يعلن عما في ذهنه إلا بعد اختبار جميع الفروض والوصول إلى الدليل الحاسم.

٢- تجاهل الأدلة المضادة: قد يتحمس الباحث مرة أخرى للفرض الذي يضعه مما يجعله يتجاهل الأدلة المضادة الهامة ويمكن أن يكون لهذا التجاهل ما يبرره في المناقشات السياسية حيث يكون الهدف كسب جولة المناقشة والحوار بأي ثمن ولكن الدراسات العلمية لا تهدف إلى كسب المناظرة والحوار وإنما إلى اكتشاف الحقيقية وعلى ذلك فإن الدليل المضاد يجب أن يعطى نفس وزن الدليل المؤيد حتى ولو كان معنى ذلك تغيير الفرض المبدئي.

٣- عادة التفكير داخل أطر جامدة: لا شيء يؤدى بالبحث المثمر إلى الموت أكثر من العادات التي نكونها خلال سنوات تفكيرنا داخل حدود جامدة. ويذهب بعض علماء النفس إلى القول بأن حتى في الأشياء البسيطة كجمع عمود من الأرقام فإننا نميل إلى تكرار نفس الخطأ الذي وقعنا فيه من قبل. وعلى الباحث إذن أن يبذل كل جهده حتى يتجنب نماذج التفكير الجامدة وأن يشجع في ذاته تكوين عادات الأصالة في التفكير.

٤-عدم التمكن من الحصول على جميع الحقائق المتعلقة بالمشكلة: هناك بعض الصعوبات التي قد يواجهها الباحث في الحصول على الحقائق اللازمة لتكوين الدليل الكافي والذي يؤدي بدوره إلى النتائج السليمة وكثيراً ما يرتكب الباحثون أخطاء جسيمة عندما يبنون نتائجهم على الدليل المبتور الناقص.

٥-عدم الدقة في الملاحظة: كثيراً ما يضطر الباحث إلى اعادة التجارب التي قام بها للتأكد من أن جميع العناصر قد لاحظها صحيحة وكثيراً ما يهمل بعض العوامل ويرى من هذه العوامل فقط ما يحب أن يراه.

٦- الخطأ في مطابقة أو توفيق علامات السبب والنتيجة: وهذا خطر محدق دائما وعلى الباحث أن يكون حذراً في صياغتة لهذه النتائج.

٧- الافتقار إلى الموضوعية: يجب أن تكون الحقيقة والحكمة ضالة الباحث العلمي والدراسات التي يقوم بها بعض الباحثين لتأييد معتقدات وأيديولوجيات معينة يكون الباحث

ملتزما بها من قبل هذه الدراسات وتخدم أغراضاً مشكوكاً فيها من غير شك. فعلى الباحث أن يبحث مشكلته بموضوعية وبلا تحيز حتى تكون نتائجه صحيحة على قدر المستطاع.

خامساً: الاعتبارات الأخلاقية *Ethical consideration*

- موافقة لجان مراجعة أخلاقيات البحوث: للدراسات على البشر (أَو البحث المتضمّن مادّةَ حيويةَ إنسانيةَ)، يجب أنْ تُصادَقَ اللجنة الأخلاقية الوطنية أَو المؤسساتية أو المحليّة على أن البحث يتوافق والأخلاق السائدة في المجتمع.
- في الدراسات التي تجرى على الحيوان: يجب أخذ موافقة لجنة الرفق بالحيوانَ في المعهد أَو مكافئِها في الدائرة المعنية.

١- اللجنة الأخلاقية *Ethical committee*

في حال عدم وجود لجنة لأخلاقيات البحوث ينبغي تأليف لجنة مصغرة بأسرع وقت ممكن ولحين تشكيل تلك اللجنة. ويصادق على الموافقة الاخلاقية ثلاثة أشخاص من ضمنهم المدير العام – في الوزارة– أو من بدرجته في المؤسسات التعليمية (عميد الكلية أو المعهد). وتؤلف اللجنة الأخلاقية في كل مؤسسة لها علاقة بالبحوث وتعرض عليها فكرة البحث وتراقب الإجراءات العملية والطرق البحثية المتبعة وتعطي موافقتها المبدئية على البحث والموافقة النهائية والتي تؤيد فيها مصادقتها على أن البحث تم وفق المعايير الأخلاقية المقبولة في المجتمع الذي اجري فيه. وتؤلف اللجنة من "٥–٧ " أشخاص على أن تضم شخصين ليس لهما علاقة بالتخصص وإنما من عامة المجتمع ولهم حضور مهم في المجتمع "مثل محامي، عضو في جمعية مجتمع مدني أو رجل دين ..،الخ". وهناك معايير عالمية تم ترجمتها ووضعها على موقع وزارة الصحة لتشكيل لجنة اخلاقيات البحوث وفي الموقع "www.moh.gov.iq"

٢- موافقة المشاركين الواعية *Consent form*

يجب إنشاء صيغة ملائمة للموافقة وتُرْبَط بمشروع البحث وعلى أن تُكْتَب بلغة عربية واضحة وبسيطة يفهمها المشارك تتضمن: وصِف لماذا تجرى الدراسةَ ؟ وما الحكمة من طَلب المشاركة فيها ؟ . كما يجب وصف مراحل الدراسة المتسلسلة وماذا سيحدث في أثناء الدراسة. وتوضيح فيما إذا كانت هناك فوائد مكتسبة للمشاركين في أثناء الدراسة أم لا. كما يجب توضّيح احتمالية مواجهة أعراض جانبية وكيفية معالجتها وشاملة كذلك الأخطار النفسية والاجتماعية إن وجدت.

وأخيراً يجب أن تتضمن صيغة الموافقة عبارات "يحق للشخص المشارك بالبحث أن ينسحب من البحث في أي وقت من دون أن تتأثر رعايته الطبية المستقبلية بأي شكل من الأشكال. وتتضمن حقل أسم المشارك الكامل ومصادقته وتاريخ المصادقة".

٣- قائمة التدقيق الأخلاقِية *Ethical checklist*

يجب أن تتصدى قائمة التدقيق أية مخاوف أخلاقية يمكن أن تبرز من خلال تصميم المشروع، واختيار الأشخاص وفي أثناء التداخل والمراقبة للبحث وتضعها في قائمة تدقيق أخلاقية تذكّر الباحثين بإمكانية بروز هذه الهواجس في مراحل المشروع المختلفة.

القرار الاخلاقي Ethical Decision

يُعرف السلوك الأخلاقي الحَسن بالسلوك الذي ينسجم مع العرف الاجتماعي والمعايير الاجتماعية المقبولة بشكل عام. يُشار إليه بالجيد والصحيح والعادل والشريف ويستحق الثناء. وبالمقابل فالسلوك غير الأخلاقي يوصف بأنه سلوكٌ خاطىء أو غير منضبط اجتماعياً.

وتظهر المعضلات الأخلاقية عندما تتضارب المصالح المتعددة بين الطبيب والمريض. لذلك ينبغي أن يوضح الطبيب الخيارات المتاحة عندما يراد اتخاذ قرار في مجال رعايته الصحية. وأن يبسط المعلومات الطبية للمريض بلغة بسيطة ومفهومة ودقيقة ويعرض الخيارات المتاحة وسلبيات وايجابيات كل اجراء والنتائج المتوخاة من استعمال وسائل العلاج المقترحة. وعند تحسن معلومات المريض تقلل من شكوكه وحيرتة وتدفعه ليكون أكثر فاعلية في اتخاذ القرار وعندها ينبغي مناقشة رؤية المريض وما الخيارات التي تناسبه وبالتالي يصل الطرفان إلى اصدار قرار طبي مشترك يتخذه المريض بمساعدة الطبيب باستقلالية معززة "Enhanced Autonomy" يوازن بين كافة الأتجاهات والمصالح ويتوافق مع المفاهيم الاخلاقية السائدة في المجتمع. وهنا يلعب العامل الأقتصادي دوراً مهماً في تحديد وسيلة العلاج المختارة والتي يستطيع المريض دفع ثمنها. ويشكل هذا العامل أحد تحديات الأخلاقيات الطبية الخطيرة. وربما يهتز مبدأ استقلال الطبيب إذا لم يكن واعياً لهذا التحدي عند الاشتراك باتخاذ القرار. لذلك ظهر لدينا انموذجاً جديداً من العلاقة بين الطبيب والمريض وهو انموذج الشراكة في اتخاذ القرار حيث هناك ثلاثة أطراف تشترك في صنع القرار وهم:

١. المريض ومن يمثله: يجب توضيح جميع جوانب الإجراء الطبي المزمع اتخاذه، الايجابية والسلبية وتكاليف الخدمة المقدمة ليتسنى له المشاركة في اتخاذ القرار.

٢. المستثمر: الذي يقوم بتجهيز الخدمة.

٣. الطبيب المعالج : وهو الطرف الذي يقدم الخدمة والراغب بتقديم الأفضل للمريض.

وبصورة عامة ومهما اختلفت أطراف الشراكة الا أن الطبيب هو العنصر القيادي الفاعل في هذه العملية. والذي غالباً ما تكون له الكلمة الأخيرة، ويتحمل مسؤولية اصدار القرار. ولعل السؤال المهم الذي يتبادرنا هنا:ما الأنماط السلوكية التي يسلكها الأطباء المعالجون في اتخاذ قراراتهم الأخلاقية؟

عموماً، هناك عدة أنماط سلوكية يتبعها الطبيب لاتخاذ القرار الطبي الأخلاقي ويمكن أن نقسمها إلى:

١. القرارات غير المنطقية (Non-Rational) ولا نعني بها اللاعقلانية ولكن لتمييزها عن الأساليب التي تعتمد المنطق في اتخاذ القرار.

٢. القرارات المنطقية(Rational)

ويمكن توضيح هذين النمطين كالآتي:

١. القرارات غير المنطقية*Non-Rational*

أ. الامتثال (Obedience): وهي طريقة شائعة لاسيما بين الأطباء الذين يعملون لصالح المؤسسات الحكومية والعسكرية أو المستشفيات الخاصة حيث تمثل الطاعة للقوانين والتعليمات الهدف الأخلاقي. وأن تنفذ القوانين والتعليمات دون انتظار رأي الطبيب.

ب. المحاكاة والتقليد (Imitation) : وتعني أخضاع الحكم الشخصي للفرد عن الخطأ والصواب لرأي شخص آخر، وهي شائعة عند تعلم الطبيب الأخلاقيات الطبية من أستاذه والذي يمثل له مصدر الالهام. وتتم عن طريق الملاحظة واستيعاب القيم المطروحة.

ج. الرغبة: وهو أسلوب شخصي (Subjective) ويعني الاعتماد على الاحساس الذاتي بالخطأ والصواب. وهذا يختلف من شخص لآخر حسب قناعات الفرد الشخصية وقد يختلف من وقت لآخر عند الشخص نفسه.

د. الحدس أو البديهة (Intuition) : هو رد الفعل الفطري الآني تجاه المشكلة الأخلاقية. وهو مشابه إلى الرغبة في أنه ذاتي تماماً. وهو أقرب إلى السلوك العقلاني في

صنع القرار مقابل الانواع غير العقلانية السابقة: الامتثال والتقليد والرغبة. ولكن توجه القرارات الأخلاقية من خلال ومضة بسيطة في البصيرة. ومثل الشعور والرغبة، يمكن أن يختلف اختلافاً كبيراً من فرد لآخر، وحتى داخل الشخص نفسه بين حين وآخر.

هـ. التعود (Habits) : وهي طريقة فاعلة في اتخاذ القرار حيث يتم معاملة الموضوعات الأخلاقية واتخاذ القرارات بشأنها بنظائرها من الحالات المشابهة السابقة. ولا يحتاج الطبيب لدراسة الحالة منهجياً مرة أخرى، وانما هناك حل جاهز امامه يطبقه دائماً. وجدير بالذكر، أن ليس جميع الحالات المتشابهة يمكن حلها بطريقة متشابهة ايضاً، والتعود له سلبياته ايضاً.

٢. القرارات المنطقية *Rational*

أ. اعتماد علم الأخلاق والواجبات الأدبية (Deontology) : وهي الطريقة التي تنظم البحث عن القوانين التي تخدم قواعد اتخاذ القرار مثال ذلك " معاملة الناس بالعدل والأحسان " وهي قاعدة أخلاقية متى ما أرسيت يجب تطبيقها على الموضوعات الأخلاقية كافة.

ب.الترابط المنطقي (Consequentialism): وهي طريقة تحليل النتائج للبدائل المتعددة ويتم اختيار البديل الصحيح على أساس أفضل نتيجة متوقعة. وأحد أهم المذاهب التي نتجت من هذه الطريقة هو مذهب النفعية(Utilitarianism) وينص على أن النتائج الصحيحة هي التي تحقق أكبرنفع لأكثر عدد من الأفراد .

ج.المبدئية(Principlism)وهي أسم على مسمى، تستعمل المبادىء الأخلاقية كقواعد لأتخاذ القرارات الأخلاقية وتطبيقها على مواقف معينة لتحديد ما الصواب مع الأخذ بنظر الأعتبار المبادئ والنتائج.

د. الفضيلة(Virtue ethics)وتركز على سلوكيات متخذ القرار أكثر من تركيزها على القرار نفسه وهي نوع من المثالية المطلقة. وأهم الفضائل التي يركز عليها الطبيب هي: الشفقة (Compassion)، الاستقامة(Honesty)، التفان (Dedication) ، التدبر

والنظر في عواقب الأمور (Prudence). والطبيب الذي يمتلك هذه الفضائل هو أكثر قدرة على اتخاذ القرار الصحيح وتطبيقه بالطريقة الصحيحة. وهذا لا يعني بالضرورة عدم وقوعه في الخطأ في قراراته الأخلاقية.

ولكل نمط من الأنماط المذكورة آنفاً نقاط قوة وضعف، ولا يوجد تفضيل لأسلوب على آخر. إذ يختلف الأفراد في التفضيلات العقلانية وغير العقلانية، وربما كان الجمع بين الأساليب العقلانية الأربعة أفضل طريقة لاتخاذ القرار الأخلاقي حيث يتم الأخذ بنظر الاعتبار بالقوانين والمبادىء وتقييم الأمور بنتائجها.

الخطوات العملية لاتخاذ القرار الاخلاقي في المؤسسة الصحية

تهدف الرعاية الطبية مصلحة المريض بالدرجة الاساس. ولكن تظهر في اثناء الممارسة الطبية محددات لقدرة الطبيب على اتخاذ القرار الطبي الناجع للمريض أو للعمل الطبي في مجمل جوانبه. وذلك لتعقيد الواقع الطبي أكثر مما كان عليه قبل عقود. لذلك اصبح الطبيب يتخذ كثيراً من قراراته الطبية المهنية المهمة بمشاركة المريض وهيئة التمريض والملاكات المساعدة الأخرى. وإن كان للطبيب الكلمة النهائية فيها باعتباره قائداً للفريق الطبي. يجب أن يتضمن القرار الطبي الأخلاقي الذي يتخذه الطبيب ما يكفي من الحجج الدامغة للدفاع عنه من حيث المحتوى أو الإجراء. وبلغة اصحاب الاعمال، فأن الخدمة الصحية أصبحت سلعة للاستهلاك والبيع في السوق المفتوحة مقابل السعر والربحية. ويعتمد توزيع الخدمة وتوافرها ونوعيتها على المنافسة في السوق والمريض هو المستهلك.

لذلك ينبغي الموازنة بين كل الأعتبارات لتفادي حصول **الفجوة الأخلاقية** والتي تُعرف بالفرق بين ما هو أخلاقي وما مرغوب لمصلحة العمل في المؤسسة. إذ مع الانفتاح الاقتصادي، تحولت المؤسسات الصحية من مؤسسات تدار بقوانين حكومية معينة إلى مؤسسات صحية ذات توجهات ربحية أو ذات توجهات بيروقراطية للحفاظ على نظامها الأداري العام الخاضع لسياسات الدولة.

إن التزامات الطبيب في حياته المهنية الحالية تتطلب الموازنة بين أمرين:

١. التزاماته التعاقدية مع الادارة وقوانينها ولوائحها وهي علاقة تنظيمية.

٢. التزاماته تجاه المريض وهي علاقة بذل للعناية وليست علاقة شفاء.

ومن هنا نعرض أنموذجاً بسيطاً يساعد الطبيب في كل الاوقات على اتخاذ قراره الطبي بشكل اخلاقي ليكامل ويوازن بين جميع التزاماته آنفة الذكر. ويتضمن النموذج سلسلة من الاسئلة التي يوجهها الطبيب لنفسه، ومن خلال الاجابة يستطيع الاحاطة بجميع جوانب المشكلة الاخلاقية التي تواجهه.

نموذج اتخاذ القرار الاخلاقي في المؤسسات الطبية

اولاً : ما المشكلة الأخلاقية التي تواجه الطبيب؟

وتشمل الأسئلة ادناه احساسه الأولي نحو المشكلة التي استوقفته كطبيب ومنعته من التقدم إلى الامام ريثما يجد لها حلا:

١. ما الذي لا يبدو صحيحاً في المشكلة؟

٢. ما الذي ولّد هذا الشعور لدى الطبيب؟

٣. ما النقاط الأساسية في الموضوع؟

٤. لماذا تُعتبر هذه النقاط مهمة؟

٥. ما الحقائق التي تحيط بالمشكلة؟

ثانيا : قِيم الطبيب الشخصية، وقيم المؤسسة السائدة؟

لكل منا قيمهالشخصية يحتاج إلى أن يطبقها. ويؤدي عدم تطبيقها إلى احساس عميق بالذنب. وبالمقابل، للمؤسسة التي يعمل بها الطبيب قيمها العامة والخاصة التي تلزم العاملين بتطبيقها قانوناً وحسب العقد مع المؤسسة. لذا في ادناه مجموعة من الأسئلة يحاول الطبيب أن يجد الموازنة المطلوبة بين قيمه وقيم المؤسسة التي يعمل فيها:

القيم الشخصية :

١. مراجعة القيم الشخصية التي يعدها الطبيب اساساً لحياته المهنية.

٢. كيف يحل الطبيب المشكلات والصراعات الشخصية في الظروف الاعتيادية؟

قيم المؤسسة :

١. ما السياسات والممارسات أو المدونات الأخلاقية التي تتبعها المؤسسة؟

٢. ما الذي جعل المؤسسة تتبنى هذه السياسات الأخلاقية؟

في نهاية هذه المرحلة والاجابة على الأسئلة السابقة، يحصل المام لدى الطبيب بالجوانب الاساسية للمشكلة وكل ما يحيط بها. لذا تصبح الخطوات الآتية أسهل في عملية اتخاذ القرار الطبي. حيث من المفترض أن يتمكن الطبيب على جمع عدة قراراته والبدء في مناقشتها بالتفصيل ليصل للقرار الصحيح.

ثالثاً: تحديد القرارات مبدئياً، والبدء بتحليلها (يشمل كل قرار مقترح)

١. **الدافع :**

- ما الذي يدفع الطبيب الى اتخاذ هذا القرار لحل هذه المعضلة ؟
- ما الذي يدفع المؤسسة لاتخاذ هذا القرار؟

٢. **عملية اتخاذ القرار :**

- ما خيارات القرار؟
- كيف ستساعد الطريقة في اختيار الحل للوصول الى النتيجة المطلوبة؟

٣. **كيفية اتخاذ القرار الأخلاقي**

- هل أن عملية اتخاذ القرار الأخلاقي تتماشى مع قيم الطبيب؟
- هل أن العملية تتماشى مع مبادئه الأخلاقية؟
- هل يحتاج مزيداً من الوقت للتفكير بطريقة أوعملية أخرى لاتخاذ قرار بديل؟
- هل هناك شخصٌ ممكن ان تُطلب منه المشورة قبل اتخاذ قرار نهائي؟

٤. **تبعات القرار:**

- هل يشكل القرار خرقا للقوانين؟
- هل يشكل القرار حلاً وسطاً بين مبادئ الطبيب ومبادئ المؤسسة التي يعمل بها؟
- هل سيسبب هذا القرار إضرارا من أي نوع وعلى أي مستوى؟
- ما الفئات التي ستتأثر مباشرة بهذا القرار؟

رابعا : مرحلة اتخاذ القرار النهائي، ماذا سيفعل الطبيب الآن؟

البدء الآن، البدء بالتنفيذ

ادارة الاخلاقيات في المؤسسات الصحية

ينبغي أن ينعكس التطور الحاصل في العلوم الادارية على الاخلاقيات الطبية. لذلك لابد من ادخال مفاهيم ادارية جديدة تساعد على تطبيق الاخلاقيات في المؤسسات الصحية. ويعد مفهوم ادارة الاخلاقيات في المؤسسات الصحية مفهوماً حديثاً نسبياً، لم يتجاوز ثمانينيات القرن الماضي.ونتيجة للتطور التكنولوجي المستخدم في المعالجة الطبية مثل الاجهزة الداعمة للحياة واطفال الانابيب وزراعة الاعضاء برزت مشكلات اخلاقية لم تكن في البال وتضارباً في المبادئ الاخلاقية التي تحكم الممارسة الطبية. لذا اصبح من الضروري تدبير هذه المشكلات وايجاد توافق مناسب بين المبادئ الاخلاقية المتضاربة على المستوى المؤسساتي. وتحث وزارة الصحة مؤسساتها لاسيما المستشفيات التخصصية على ضرورة استحداث برامج ادارة اخلاقيات، لإرساء ثقافة بين الملاكات الصحة كافة وتوجهات تواكب حاجة التطورات المستحدثة والبحث في طرق جديدة لحل المشكلات التي تواجههم، لتصبح سياقات عمل واوامر ادارية مناسبة لتدبيرها. ومع كل جديد هناك بعض المعترضين، لذلك يمكن اجمال آراء المعترضين على ارساء ادارة اخلاقية في المؤسسات الصحية بالآتي: أن موضوع الاخلاقيات هو موضوع ديني. ولا توجد علاقة بين الاخلاقيات والعمل اليومي في المؤسسة. وهذه البرامج ليست اكثر من مواعظ يلقيها بعض المتحذلقين. ومؤسستنا لا تواجه أي مشكلات قانونية فلماذا نطبق برامج اخلاقية؟

وتعني ادارة الاخلاقيات استحداث آليات عملية تراقب مدى التزام الملاكات الطبية والصحية باخلاقيات المهنة في أثناء اداء مهامهم المتنوعة في مجالات الرعاية الصحية المختلفة. ويمكن قياس ذلك من خلال ابعاد تتمثل بالرقابة الذاتية والولاء الوظيفي ووضوح الدور والالتزام بالتطوير المهني المستدام. وتتعلق الأخلاقيات بجميع مظاهر السلوك البشري واتخاذ القرارات. وتتحدد هذه الأخلاقيات من المجتمع وخصائصه (قوانين، أعراف، قيم، دين) أو من خلال الخصائص الفطرية للفرد.

وتعتمد طبيعة البرنامج المستخدم لإدارة اخلاقيات المستشفى على الهدف الاساسي الذي ينشأ من اجله، لذا فقبل إنشاء أي نظام يجب معرفة الغاية الاساسية المطلوبة منه وعلى

اساسها يتم استخدام الادوات الاساسية المطلوبة لنجاحه. وعموماً تركز البرامج الاخلاقية على جانبين مهمين في بيئة العمل وهما:

١. اكساب جميع الملاكات السلوكيات المرغوبة في المؤسسة الصحية.

٢. اكساب الملاكات مهارات التعامل مع المتاهات الأخلاقية (أو الأسئلة الاخلاقية) التي تواجه عملهم اليومي في المؤسسة الصحية: التعامل مع المرضى، العمل ضمن فريق واحد، الاستخدام الأمثل لموارد المستشفى..... وهذان الجانبان من الصعوبة بمكان بحيث يتطلب تحقيقهما تخطيطاً وتدريبات لا يوفرها الا البرنامج الاخلاقي.

البرنامج الاخلاقي

مجموعة من التدابير والنشاطات التي تقوم بها المؤسسة لتغيير سلوك العاملين فيها واكسابهم سلوك مرغوب يضمن جودة الرعاية الصحية ورضا المراجعين للوصول بالمؤسسة الى مرتبة الموثوقية واكسابها صورة اخلاقية واضحة في نظر المراجعين والمجتمع.وقد اثبتت مؤسساتنا الصحية على وجود ثقافة اخلاقية عالية والتزام منتسبيها الفطري واحساسهم بالمسؤولية لاسيما بعد سقوط النظام السابق في ٢٠٠٣ وانهيار المؤسسات الحكومية الاخرى. استمرت معظم المؤسسات الصحية العراقية متماسكة وتقدم خدماتها إلى المجتمع العراقي باحلك الظروف. وهذا ما يعطي صورة على استعداد مؤسساتنا الصحية تقبل فكرة استحداث برامج اخلاقية فيها، وبصورة عامة فأن وجود برنامج اخلاقي في أية مؤسسة يعود عليها بالفوائد الآتية:

١. تأسيس قواعد تنظيمية لإدارة الأخلاقيات المهنية.
٢. التقييم المستمر للمتطلبات الأخلاقية في المستشفى.
٣. تأسيس القيم والسلوكيات المطلوبة في المؤسسة.
٤. ضبط سلوك الملاك مع الاجراءات العملية في المستشفى.
٥. تنمية الوعي والإحساس تجاه القضايا الأخلاقية.
٦. السعى إلى تكامل السياقات الأخلاقية مع منظومة اتخاذ القرار في المؤسسة.
٧. تبني هيكلية واضحة لحل المشكلات الأخلاقية في المؤسسة.

ونحن والحالة هذه، يجب أن ندرك بعض الحقائق الاساسية لإدارة الاخلاقيات الطبية في المستشفى لنتمكن من تأسيس صحيح لبناء البرنامج الاخلاقي المطلوب في المستشفيات، وهي:

١. أن ادارة الأخلاقيات في المؤسسة عملية مستمرة
٢. الهدف الأساسي تحقيق سلوكيات مرغوبة في المؤسسة
٣. أن أفضل طريقة لحل المعضلات الأخلاقية في المؤسسة هو تجنب حدوثها في المقام الأول.
٤. يجب أن تراعي اللجنة التي تتخذ القرارات الأخلاقية سياقات عمل المؤسسة.
٥. ينبغي دمج البرامج الأخلاقية مع الواقع العملي في المؤسسة.
٦. إن وجود برامج أخلاقية مع بعض الأخطاء خير من عدم وجود برامج أخلاقية.

ولكل برنامج توجد متطلبات لابد من وجودها لتسهيل تنفيذه ولابد من وجود ادوات للتنفيذ. فلو بدأنا بالمتطلبات لقلنا، أن أهم المتطلبات هو دعم القيادة الوزارية العليا وتليها دوائر الصحة والداعم الاساس مدير المؤسسة "المستشفى" وممثليه. ويتمثل اولاً بقناعة المدير بجدوى البرنامج الاخلاقي ومساعدته في تطبيق اجراءاته لتدبير المشكلات الاخلاقية بالتعاون مع الضابط الاخلاقي ومجلس الاخلاقيات في المستشفى في معالجة أية مشكلة عمل غامضة. اما ادوات البرنامج الاخلاقي فهي كالأتي:

١. نشر ثقافة التبليغ الطوعي: التبليغ عن الخرق الاخلاقي ليس بالامر الاعتيادي، إذ ليس من اليسير على أي شخص التبليغ عن الخروقات الاخلاقية. ويزداد الوضع سوءاً إذا كان مرتكب الخرق هو الرئيس في العمل. فالمبلغ: هو الشخص الذي يقوم بالتبليغ عن الخروقات الاخلاقية الى هيئة المستشفى متمثلة بضابطها الاخلاقي، عادة ما يتحمل تبعات التبليغ السلبية. وكثيراً من يدفع ثمنها غالياً وقد يكون محارباً من الادارة في كثير من الاحيان

لكشفه خروقاتها. لذلك تقع ضمن واجبات مجلس الاخلاقيات في المستشفى حماية المبلغ من أي تعسف قد يُمارس بحقه.

٢. المدونات الاخلاقية والسلوكية: وهي ادبيات في هذا الخصوص ومنها ما منصوص عليه في الدساتير الاخلاقية للجمعيات الطبية العالمية والمحلية ووضعها حيز المناقشة والتطبيق، يأتي معنى التطبيق أي الرجوع اليها باستمرار وليس وضعها على الرف.

٣. إنشاء دليل الإجراءات والسياسات في المؤسسة:يعد انشاء دليل الاجراءات والسياسات من الامور الاخلاقية في المؤسسة. إذ أن وجود هذا الدليل يوضح للعاملين الاولويات والسياسات التي ترغب الوزارة في تبنيها وبالتالي يسهل معرفة ما المطلوب من السلوكيات الجيدة عن السلوكيات المسيئة.

٤. إيجاد هيكلية واضحة تدعم حل المشكلات الأخلاقية ومن مهام البرنامج الاخلاقي ايجاد طريقة سهلة للتعامل مع المشكلة الاخلاقية من البداية.

٥. الضابط الاخلاقي: وهو شخص يتم اختياره من ادارة المستشفى يسعى إلى التأكد دائما أن بيئة المستشفى تتوافر فيها المتطلبات لتكون بيئة عمل صحية اخلاقية. ويسعى إلى حل النزاعات الاخلاقية عن طريق تحليل الوقائع والتأكد من صحة المعلومات واستشارة المختصين قبل اعطاء النصيحة أو اصدار أي حكم. وعادة ما يكون الدور الاساسي هو دور استشاري وإعطاء النصيحة.

٦. المجلس الاخلاقي: مجلس استشاري متعدد التخصصات، يقوم بمناقشة وحل المشكلات الاخلاقية في المستشفى والتي تنشأ من العلاقة بين المرضى والملاك الصحي في اثناء العمل اليومي. ويهدف المجلس في الاساس الى تحسين الرعاية الصحية من خلال ادراك احتياجات ومصالح وحقوق المريض والملاكات كافة.

٧. التدريب في الموضوعات الاخلاقية: ينبغي ادخال الموضوعات الاخلاقية المراد التدريب عليها ضمن منهج التطوير المهني المستدام. ويعد منهجاً إلزامياً لجميع الملاكات وتعرض فيه المشكلات الاخلاقية التي تعاني منها المؤسسة الصحية وكيفية تدبيرها. فضلاً عن الدورات والمحاضرات والنقاشات الاخلاقية المنهجية.

ان تغيير سلوكيات الاشخاص في المستشفى ليس بالأمر اليسير بل قد يحتاج لسنين حتى يتم قطف ثماره. لأنه يعمل على تغيير توجهات الاشخاص مع الاخذ بنظر الاعتبار كون هؤلاء الاشخاص قادمين من خلفيات مختلفة ومتعددة. ويبقى العامل المشترك بينهم تواجدهم في مكان عمل واحد لمدة قد لا تقل عن ثمان ساعات يومياً. لذا يطلب منهم الالتزام طالما هم في حدود واجباتهم الوظيفية ولكن في حالة المهن الطبية العراقية فيجب المحافظة على هذه التوجهات الاخلاقية في الممارسة الخاصة. لذا يجب التنسيق مع النقابات المهنية والجمعيات الطبية كونها المسؤول المباشر عن سلوكيات العاملين في القطاع الخاص. وتعني اشاعة الثقافة الاخلاقية في المؤسسات الصحية ادارك المنتسبين لنظرة المجتمع إلى مؤسساتهم، بمعنى ادراك كيف ترغب المؤسسة في أن ينظر لها المجتمع باستمرار.

الأخطاء الطبيةMedical Error

مثال: اجريت لابو علي عملية رتق فتق جراحي كبير في جدار البطن مع وضع شبكة. وحصلت له مشكلات بعد العملية، وعانى من هذه المضاعفات لمدة ثلاثة سنوات وظل القيح ينز من جدار البطن بغزارة ولم يستجيب إلى جميع المضادات الحيوية التي تناولها هذه المدة. واصبحت رائحته عفنة. وبعد المراجعات المتعددة لعدة اطباء اقنعه الطبيب أن يذهب إلى الجراح نفسه الذي اجرى له العملية. وبعد ممانعة متكررة من الجراح اقتنع أخيراً واجرى له العملية وتكللت بالنجاح. وسأله الطبيب عن رأيه بالطب العراقي قال:

.... والله دكتور انتم ملائكة الرحمة..... ولكن لا اعرف ما الذي جرى لبعض الأطباء... ولا افهم ذلك. شعرت بالخجل من هذا الرأي الرائع ..... وتصورت أنه سيلعن الطب والأطباء بعد هذه التجربة المؤلمة. وخلال مراجعته المتعددة كان التركيز على أن الخطأ الطبي مسؤولية مشتركة تشمل الطبيب والمستشفى وليس خطاءً شخصياً من قبل الجراح.

تشكل الأخطاء الطبية أحد الأركان المهمة في سلامة المريض واركان النظام الصحي كافة. وتكتسب أهميتها الكبيرة بسبب خطورتها على حياة المريض، وقد يصعب الكشف عنها مقابل حاجة الممارسة الطبية الماسة إلى معالجتها جذرياً. ويتطلب التصدي لها تظافر جهود جميع العاملين من الملاكات الطبية والصحية والمستفيدينمن الخدمة الصحية – المرضى وعوائلهم- والمجتمع كافة. ويجب تغيير نمط التعامل معها من دون حساسية لأن اغلب الاخطاء الطبية هي اخطاء النظام الصحي وليست أخطاءاً فردية. كما ينبغي رصدها والتعريف بها والاخبار عنها بشفافية من دون التشهير بمرتكبيها ومحاولة عدم الوقوع بها مستقبلاً، والخروج من دائرة اللوم والتقريع الى الدراسة العلمية والمتأنية واعداد مناهج خاصة لتدريسها وبرامج مكثفة للحد منها. وينبغي على جميع المؤسسات الصحية أن تطبق خططاً تهدف الى التقليل منها.

ويعّرف الخطأ الطبي بـ: فشل الاجراء أو العمل المخطط له كما مطلوب أو استعمال خطة خاطئة للوصول إلى الهدف. وتنتج معظم الأخطاء الطبية من خطأ في النظام الصحي الذي يشمل جميع أوجه تدبير الرعاية الصحية وطرق استغلال المصادر وتوظيفها لتقديم الخدمات الطبية. وقد تكون الأخطاء الطبية ناتجة من اهمال الطبيب أو سوء معالجته للمريض. وينبغي

إيجاد بيئة خالية من اللوم لتمكين الاشخاص من الابلاغ الطوعي عن حالات الخطأ. والتعاون بين جميع المستويات لايجاد الحلول المناسبة لنقاط الضعف، وتوجيه المصادر نحو تحقيق السلامة وعند حدوث الأخطاء ينبغي أن نتبع الخطوات الآتية:

- الاعتراف بالخطأ.
- التحول من اللوم والعقوبة إلى دراسة وتحليل جذور الخطأوأسبابه.
- التعلم من الخطأ.
- العمل على منع وقوع الخطأ مستقبلاً.
- اجراء التعديلات على نظام الرعاية الصحية لتلافي الأخطاء.

"مثال: اخبرنا أحد اساتذتنا الأجلاء" في أول محاضرة في بريطانيا للاستاذ ابلي "Apply" مؤلف كتاب الكسور والعظام المقرر للكليات الطبية العراقية أخرج ملفاً من المنضدة التي التفينا حولها وقال أن هذا الملف يحتوي على جميع الاخطاء التي ارتكبتها في أثناء ممارستي العملية وبدأنا ندرس خطأً بعد خطأ."

ومن خلال الدراسات المتعددة بهذا الخصوص فأن هنالك نوعان من الأخطاء الطبية بصورة عامة: الأخطاء المباشرة الآنية، وتظهر على مستوى الاشخاص وغالباً ما نشعر بها فوراً. والاخطاء الخفية المتأخرة، وهي الأخطاء التي قد لا يظهر تأثيرها لأشهر أو سنوات لكنها تؤدي إلى اضرار متنوعة، كما يمكن تقسيم الأخطاء الطبية بحسب نوعيتها:

١ – الأخطاء الجراحية

"مثال ١: المريضة: دكتور طفت عيني بعد العملية الاولى التي اجراها لي الدكتور (و خ) الله يرضى عليه.
الدكتور: أليس غريباً ان تقولي الله يرضى على الطبيب وقد فقدتي بصرك بسببه؟
المريضة: أي والله إبن أوادم هذا الطبيب. وقال لي أمي، فشلت عملية قص الماء الزجاجي لعينك وأنا آسف لما حصل لك وسأرجع لك اجرة العملية وساعطي أجرة العملية الثانية التي سيجريها لك الدكتور (خ ج) وهو صديق لي. وقلت له لا يا ابني، حرام عليه وانا استرجع اجرتك وهي حقك. ولكنه قال وانا استحرم ايضاً أن آخذ اجراً على عمل لم أوفق به. وقلت له بارك الله بك يا دكتور."

"مثال ٢: أجرت طبيبة نسائية عملية رفع الرحم لزميلتها طبيبة الأطفال التي تعمل في المستشفى نفسه بعد أن عانت لسنين طوال من فقر الدم الشديد الناتج عن طول الدورة الشهرية وغزارتها بسبب ورم حميد في الرحم بحجم البرتقالة. وعانت في أثناء العملية من هبوط حاد في ضغط الدم وخفقان بسبب التخدير "تخدير الحبل الشوكي" مما حدى بالمخدر أن يجري لها اسعاف طارئ في أثناء العملية. ويبدل طريقة التخدير إلى تخدير عام وطالت مدة العملية لأكثر من ساعتين لاكمال الاسعاف بعد العملية. قلق زوجها على حالاتها وهو "طبيب أيضاً" واقف امام صالة العمليات انتظاراً لزوجته وأُخرجت زوجته من الصالة واخبرته الممرضة أن زوجته أُنقذت باعجوبة. ورقدت المريضة بعد العملية لمدة يومين في المستشفى لم يزرها لا طبيبة النسائية ولا طبيب التخدير."

تشكل الأخطاء الجراحية نسبة عالية من مجموع الأخطاء فمثلاً في احدى الدراسات في مستشفيات كولارادو، وجد أن الاخطاء الجراحية تشكل ثلثي مجموع الأخطاء وثُمن وفيات المستشفيات.وهناك العديد من العوامل التي تساعد على حصول الخطأ الجراحي منها: مشاركة أكثر من جراح في الحالة الواحدة، اعتماد العديد من الطرق الجراحية في غرفة العمليات، ضغط الوقت غير الطبيعي، لاسيما ضغط التسريع بالاجراءات ما قبل العملية. كما أن الأخطاء الجراحية، مثل: خطأ في مكان العملية، خطأ في طريقة العملية، هي ليست مسؤولية الجراح فقط بل انها تشمل العاملين في صالة العمليات جميعاً وكلاً له دور في سلامة المريض وذلك بتعيين موقع العمل الجراحي وتشخيص الخطأ.

٢- الأخطاء التشخيصية

التشخيص الصحيح هو الهدف المطلوب الاول نحو علاج مؤثر وناجح للمرض.

والتشخيص الخاطئ يؤدي إلى تأخير العلاج أو علاج خاطئ وغير مؤثر واختبارات وتحاليل غير ضرورية والتي قد تكون بعضها تداخلية (Invasive) ومكلفة وغير ضرورية. وقد يؤدي تأخير العلاج إلى عوق وحتى الموت. وسوء التشخيص (Misdiagnosis) هو العامل الاساس في تأخير العلاج. وتعد أقسام الطوارئ في المستشفيات مسؤولة عن

نصف حالات الوفيات أو الاصابات الدائمية (Permanent injury) بسبب تأخر العلاج. تحدث مثل هذه الحالات كثيراً في العناية المركزة، ردهات الباطنية، الجراحية، ردهات الامراض النفسية، وصالات العمليات، وحتى على مستوى العناية الطبية المنزلية.

٣– اخطاء اعطاء الدواء Medication Errors

وهي الأكثر شيوعاً وتشكل اهتماماً كبيراً لدى الأطباء والملاكات التمريضية والصيادلة الذين يصرفون الدواء. ويمكن منع هذه الاخطاءعلى الرغم من شيوعها. ولحسن الحظ، أن ٩٨% منها لا تؤذي المريض.

"مثال: نقلت مريضة مصابة بارتفاع ضغط الدماغ "Raise Intracranial Pressure" إلى أحد المستشفيات بصورة عاجلة لإجراء عملية ربط سائل الحبل الشوكي بالبريتونيوم "Levoperitoneal shunt" ولم تستطع الطبيبة المقيمة قراءة ورقة العلاج المرافقة ولم تعطى جرعةالكسامثازون العالية في ذلك اليوم مما أدى إلى اصابة المريضة بالعمى."

ولغرض تلافي الأخطاء، من الضروري أن تكون الوصفة الطبية محتوية الفقرات الآتية؛ أسم الطبيب الثلاثي وتاريخ الوصفة باليوم والشهر والسنة، أسم المريض وعمره وجنسه ووزنه إن كان طفلاً، وللانثى في فترة الحمل ١٥–٤٥ يذكر هل المريضة حامل أم لا، وأسم الدواء الموصوف وتركيز الجرعة وتعليمات تناول الدواء باللغة العربية وبتفصيل وافٍ ووقت تناوله والفترة الزمنية لاستعماله بالايام "مثل اموكسيسلين ٥٠٠ ملغم ولا تكتب الارقام العشرية 0.5 غم وعندما تقلل الجرعة فتكتب كاملا مايكروغرام ونانوغرام" وعدم كتابة المختصرات اللاتينية "مثل B.D". وينبغي اتباع خطوات مهمة لتحسين سلامة المريض وتقليل مخاطر إعطاء الدواء وهي؛ أن يكتب العلاج باللغة العربية بجانب اللغة الانكليزية وبخط واضح، مع تحديدمقاديره وطريقة استعماله، وتنبيه المريض أو ذويه بحسب الأحوال إلى ضرورة التقيُّدبالأسلوب الذي حدَّده الطبيب للعلاج، وإلى الآثار الجانبية الهامة والمتوقعة لذلكالعلاج.وتكتب الادوية بوصفةنظاميةوترفق نسخة منها عند طلب رخصة ممارسة المهنة الطبية وبنموذج خاص للطبيب. وكما ويجب اتخاذ الاجراءات المهمة لصرف الأدوية الخطرة وكما يأتي:

أ – تحديد الحصول عليها: تعطى بصلاحيات صرف خاصة ولحالات محددة مسبقاً ويمكن تداولها عن طريق الصيدليات الاهليةويخضع الصرف إلى تدقيق صارم ودورياً للتأكد من سلامة آلية الصرف.

ب – الخزن المحكم : الخزن بطرق خاصة وبعلامات معينة وأمينة جداً.

ج – استعمال علامات تحذيرية مثل علامة حمراء عاكسة (فلورسنت) للاشارة لمكان المواد الخطرة.

ومن المهم ان نتذكر خمس ملاحظات في أثناء إعطاء الدواء لتجنب الوقوع في الأخطاء المحتملة وهي: التأكد من المريض المعين الصحيح، الدواء المعين الصحيح، الجرعة المعينة الصحيحة، سبيل اعطاء الدواء المعين الصحيح، (عن طريق الفم، العضلة، الوريد)، الوقت المعين الصحيح.

ينبغي على الملاكات الطبية والصحية أن تعلّم المريض وتثقفه، توثق المواد التي تسبب الحساسية في ملف المريض، تعديل الجرع للاطفال والشيوخ، تحديد الحصول على الادوية الخطرة، تبني مفاهيم الصيدلة السريرية الاساسية في الاعطاء الوريدي وعند مزج الادوية أو وصف أدوية متعددة، تجنب المختصرات في الكتابة والتحدث، الطرق القياسية في التغليف، ووضع العلامات، والخزن، تعليب الأدوية وتعّليمها بجرعات معيارية للمرضى، كما في عقار الوارفرين: الحبة الحمراء ٥ ملغم والزرقاء ٣ ملغم والبني ١ ملغم

٤– فشل النظام ودوره في الأخطاء

بغض النظر عن طبيعة الأنظمة فأن معظم الاشخاص يقاومون التغيير والتطور سواء كانت صحية أم غير ذلك: ويمكن تحديد اسباب فشل الانظمة وزيادة الأخطاء الطبيةبـ

- التعقيد في الأنظمة الصحية.

– تشعب المهام وعدم وضوح التوصيف الوظيفي لغرض سلامة الاجراءات ضمن المؤسسة الصحية.

- عدم مراجعة السياقات المعمول بها وتحديثها دورياً.
- التقليل من الخضوع لتعليمات السلامة الصحيحة لاغراض تيسير العمل.
- اهمال تطبيق الإجراءات الاحترازية.
- التهاون في تقدير درجة الخطورة.
- الاعتقاد الخاطئ أن الألتزام بالقواعد القديمة يحقق سلامة المرضى.

وبالنتيجة وللعوامل المتظافرة الآنفة الذكر تزداد الأخطاء الطبية وتتكرر في المؤسسة الصحية. مثل مشكلة الأخماج المعندة للأدوية في المستشفيات. حيث تتظافر عادةاستعمال المضادات الحيوية المبكر وعدم غسل اليدين والاخلال بسياقات دخول صالات العمليات وطرق التعفير القديمة ومشكلة التخلص من النفايات وهندسة بناء المؤسسة وتهويتها وغيرها. ولذلك تعاني بعض المؤسسات الصحية من زيادة الأخطاء الطبية بسبب فشل متعدد الأوجه.

٥- العوامل التي تزيد من خطورة الأخطاء

أ- الاجهاد والتعب: العمل بأكثر من وجبة دوام واحدة، الأطباء المقيمين الاقدمين والملاكات التمريضية الخفراء لفترة (٢٤) ساعة أو أكثر معرضين لارتكاب الأخطاء وثبتت البحوث تقليل ساعات العمل وتبديل الوجبات تقلل من وقوع تلك الاخطاء في المستشفيات.

ب- تناول الأدوية: قد يؤدي التوتر وضغط العمل وسهولة الحصول على الادوية إلى دفع الملاكات الطبية والصحية إلى الاستعمال والتعود السيئ على تلك الادوية.

ت- المرض: عند اصابة الملاكات العاملة بالمرض تؤثر على صحتها وصحة المرضى.

ث- تشتت الانتباه والمقاطعة في أثناء العمل: يؤدي الازدحام والتوتر في وحدات الطوارئ إلى الارتباك والوقوع في الخطأ.

ج- الحالة النفسية: الغضب، التوتر، الخوف، والضغط جميعها تؤدي إلى الوقوع في الخطأ .

ح- قلة الملاك الصحي وتنقله المتكرر بين وحدات المستشفى أو خارجها إلى وقوع في الخطأ ويقلل من الخبرة المتراكمة في العمل.

خ- تصميم الاجهزة واستخدامها: ضرورة تعليم الملاك الطبي والصحي على كيفية استعمال الاجهزة ومميزاتها والتمكن الجيد من استعمالها.

د- قلة التعليمات والعلامات على الادوية والاجهزة المستعملة، يؤدي الى الوقوع في الخطأ، ومنها كتابة التعليمات باللغة الأنكليزية وعدم كتابتها باللغة العربية.

ذ- ضعف التواصل وصعوبته: يؤدي ضعف مهارات التواصل والحوارالتي يتحلها الملاكات فيما بينهم ومع المريض إلى الوقوع في الخطأ.

ر- صعوبة قراءة كتابة خط اليد: تكثر الأخطاء الطبية بسبب كتابة الوصفة باليد وباللغة الأنكليزية لدرجة وصلت الى حالة من التندر في المجتمع. وينبغي كتابة الوصفة باللغة العربية وبجانبها باللغة الأنكليزية أو استعمال الوصفة المكتوبة في الكومبيوتر تقلل هذه المشكلة مع شرح كيفية تناول الادوية باختصار .

المسؤولية القانونية في الطبLegal Resposibilty in Medicine

من تطبب أو تبيطرة فاليأخذ البراءة من وليه وإلاّ فهو له ضامن
الامام علي بن أبي طالب"عليه السلام"

تعرف المسؤولية بوجة عام بأنها "حالة الشخص الذي أرتكب أمراً يستوجب المؤاخذة" وفي حالة تسببها ضرراً للغير فتستوجب مؤاخذة القانون على ذلك. وتقسم المسؤولية القانونية إلى مسؤولية مدنية ومسؤولية جنائية. وقد يكون الفعل الواحد مكوناً

لكلتا المسؤوليتين ويكون للمتضرر الخيار في رفع دعوى للمطالبة بالتعويض أما أمام المحاكم المدنية أو الجنائية. وتعرف المسؤولية المدنية أنها "إلتزام شخص بتعويض الضرر الذي سببه لشخص آخر، والجزاء يكون فيها تعويض الضرر الذي ترتب على اخلاله بإلتزام يقع عليه"

والخطأ المهني؛ الخطأ الذي يرتكبه أصحاب المهن أثناء ممارستهم لمهنهم ويخرجون بها عن السلوك المهني المألوف طبقاً للأصول الثابتة، وهذا الخطأ ينجم عن الأخلال بأصول المهنة وقواعدها المتعارف عليها"

والخطأ الطبي: اخلال الطبيب بواجبه في بذل العناية الوجدانية اليقظة الموافقة للحقائق العلمية المستقرة. والتأكيد على ضرورة إلتزام الطبيب أثناء مزوالته مهنة الطب، وعدم الخروج عن القواعد والأصول العلمية في الطب والاّ عُد مرتكباً لخطأ طبي، يوجب قيام المسؤولية المدنية الثابتة التي يعترف بها أهل العلم ولا يتسامحون مع من يجهلها أو يتخطاها مما ينسب إلى عملهم وفنهم. ويجب التشديد بصفة خاصة مع الأطباء الاختصاصيين الذين لا يغفر لهم ما يمكن أن يغفر لسواهم من الأطباء العموميين.

والأخطاء الطبية في مضمونها تمس سلامة المرضى، ويُعَدُّ الطبيب مسؤولاً عندما يخل بالتزاماته المهنية، ولا يشترط أن يكون الخطأ المنسوب إليه جسيماً أو بسيطاً، ويكفي أن يكون الخطأ واضحاً. ورغم هذا فان مسؤولية الطبيب عن أخطائه لا تعني أن يؤاخذ بالظن والاحتمال، لأن المسؤولية تترتّب على خطأ ثابت محقّق لا جدال فيه. الطبيب إذن مسؤول عن كل خطأ يقع فيه شريطة أن يثبت في حقه، بغض النظر عن فداحة الضرر. وقد يرجع الضرر الذي أصاب المريض إلى خطأ يتحمَّله أطباء عدة اشتركوا فى علاجه، وهنا يبحث كل عامل على حده، أو تعتبر جميع هذه العوامل متعادلة من حيث تحمل المسؤولية.

ولأن معظم الأخطاء الطبية يمكن التستُّر عليها لعدم دراية المريض بمهنة الطب، وجهله بمرضه، ولأن معظم المداخلات العلاجية لها مضاعفات يمكن التذرع بها، أصبح الإلتزام بالأخلاق الطبية ضرورياً لدرء الممارسات الخاطئة.

ويعد الطبيب مسؤولاً إذا توافرت العناصر الآتية:

- عدم مراعاة الاصول والقواعد العلمية المتعارف عليها في علم الطب.
- الإخلال بواجبات الحيطة والحذر.
- اغفال بذل العناية التي كانت في استطاعته.
- وأن لا يوجد للضرر سبب آخر غيره

ويتحمّل الطبيب ومن في حكمه ممن يزاولون المهن الطبية مسؤولية الأضرار التي تنتج عن أفعالهم، سواء حدثت نتيجة استخدام ادوات ووسائل وأجهزة، أو حدثت بسبب خطأ شخصي، أو تقصير أو اهمال، أو عدم متابعة حالة المريض، أو عدم إجراء ما يلزم إجراؤه في الوقت المناسب، أو عدم استشارة ذوي الخبرة والاختصاص إذا كانت الحالة تستدعي الاستشارة.

وبوجه عام، فإن التزامات الطبيب مناطُها القواعدُ المهنية التي تحدّدُها وتبيّنُ مداها، فالمخالفة الواضحة للمبادئ المسلّم بها في الفنّ الطبيّ هي وحدها التي يمكن أن تُحرّك مسؤوليّة الطبيب .. ولا جرم أن يُعمل حسابٌ لعجز البشر، فالفنّ الطبيّ لم يكتمل. وتقتصر محاسبة الأطباء على الأصول العلمية الثابتة، ومؤدّاهُ أنه لا يصحّ أن يُسأل الطبيبُ عن أمرٍ مختلفٍ عليه فنياً. ومجرد وجود رأي مؤيد لتصرفه يشفع له ويحولُ دون مؤاخذته، والرأي أنّ كلّ من يقوم بوظيفةٍ ذات نفعٍ اجتماعي يجب أن تُرفع عن عاتقه المسؤولية حتى لا يُشلّ نشاطُهُ فتضارّ المصلحة العامة.

المسؤولية والملف الطبيlegal Responsibility in Medical Record

للملف الطبي ثلاثة أوجه كوثيقة قانونية وتشمل مسؤولية تدوين بيانات الملف والمحافظة عليه وأوجه استخدام بياناته سنتناولها بشيء من التفصيل:

١-مسؤولية تدوين بيانات الملف الطبي: في البدء ***ينبغي التركيز على أن كل شخص يقدم خدمة طبية لمريض عليه أن يوثقها. لذلك تقع على جميع الملاكات الطبية***

والصحية مسؤولية توثيق جميع إجراءاتهم. وتتطلب هذه الحالة إرساء سياقات عمل وضوابط داخلية في المؤسسات الطبية وأوامر إدارية توضح كيفية التوثيق ونوعيته. وهكذا على الجميع التقيد بمهامه المختلفة في معرفة ماهية فقرات الملف المسؤول عن توثيقها قانوناً وطريقة التوثيق وما النماذج المطلوبة؟ بكل وضوح مع التدريب الذي يؤهله للتوثيق الدقيق وتحديد المسؤوليات لجمع المعلومات الضرورية عن حالة المريض وصيغة إدخالها في الملف وجعلها موحدة عن جميع المرضى. علماً أن محتوى الملف الطبي يتغير استناداً إلى نوعية المعلومات وكميتها من مؤسسة صحية إلى أخرى بحسب الخدمة التي تقدمه. فالمؤسسات الوقائية تركز على عوامل التهديد المحتملة في المجتمع والمؤسسات العلاجية بحسب اختصاصها تجمع المعلومات الضرورية بحالة المريض مركزة على تخصصها الدقيق، وعموما ينبغي أن يحتوي الملف الطبي الحد الأدنى من المعلومات التي تشمل:تحديد الهوية التعريفية للمريض، والمعاناة الرئيسة، والحالة المرضية، والتاريخ العائلي والنفسي والاجتماعي، وفحص البدن، وتطورات الحالة المرضية، وتقارير المختبر والأشعة، وتقارير التخدير والعمليات المجراة، والأوامر الطبية، وتقارير الممرضات ومتابعة العلامات الحيوية وملخص الخروج. وينبغي للجمعيات العلمية بحسب تخصصاتها مراجعة بيانات محتوى الملف الطبي سنوياً للمستشفى والتي تأخذ بالاعتبار تنظيم المستشفى وتخصصه على أن تصدر بعد المراجعة سياقات عمل ومفردات لإغناء الملف الطبي ليلبي متطلبات الرعاية الصحية المتطورة وطريقة توثيقها.

٢-مسؤولية الحفاظ على الملف: هي مسؤولية جماعية تضطلع بها ملاكات المستشفى ولكنها مسؤولية شعبة الملف الطبي الأولية. فحفظ الملف من الضياع والإهمال والعبث بمحتوياته بقصد أو غير قصد من الملاك الطبي أو المريض نفسه. وحماية الملف وسريته هي هاجسهم الرئيس ويضعون نصب أعينهم قدسية محتويات الملف الطبي وصيانة شرف المهنة. وأن يمنعوا أي شخص يحاول تغيير محتوياته الحقيقية. فضلاً عن متابعة اكمال الملفات الناقصة وتهيئتها للمراجعة من لجان المستشفى الداخلية أو اللجان العلمية الخارجية الأخرى. ويضع العاملون في شعبة الملف الطبي موازنة بين تداول المعلومات

لإغراض علمية وهي التي لا تتطلب البيانات الشخصية عنصراً ضرورياً لها وبين ارسال معلومات الملف الكاملة لمن يطلبها عن طريق الضوابط والإجراءات العملية المعمول بها التي تحقق هذه الموازنة.

٣- تداول بيانات الملف: إذا ما استثنينا تداول الملف لرعاية المريض الصحية في أثناء دخوله المستشفى ولإغراض علمية دراسية متنوعة، هناك أربعة أنماط من السماح للإطلاع على محتويات الملف وهي:

أولاً: الإطلاع المباشر على الملف من المريض أو من ذويه بعد خروجه من المستشفى على أن يكون تحت إشراف مسؤول الملف الطبي لشرح محتوياته ومراقبة عدم تغيير محتواه أو أخذ بعض من هذه المحتويات.

ثانياً: طلب جهة صحية أخرى الإطلاع على الملف فيمكن في هذه الحالة إرسال ملخص حالة المريض أو استنساخ بعض أجزائه المطلوبة لتعطي صورة واضحة عن حالة المريض في أثناء دخوله المستشفى.

ثالثاً: طلب القضاء الملف الطبي: وفي هذه الحالة ينبغي التأكد من أن المحكمة التي تطلب الملف الأصلي أم صورة منه أم ملخص حالة المريض في أثناء دخوله المستشفى. وفي الحالة الأخيرة، ينبغي الاستقصاء الصحيح وتحليل محتوياته ليعطي صورة واضحة عن الإجراءات الطبية ونوعية الرعاية الصحية المقدمة للمريض. على أن لا يتدخل الطبيب المشرف على المريض في صياغة التقرير حفاظاً على صحة المعلومات ودقتها تحقيقاً للإنصاف والعدل.

رابعاً: الطلب عن طريق الهاتف: وقد تطلب معلومات الملف بالهاتف في الحالات الطارئة، فعلى العاملين في شعبة الملف معرفة كيفية الرد على هذا الموقف، وما المعلومات الضرورية اللازمة فضلاً عن سرعة استخراج الملف ومحتوياته عن طريق التنظيم الجيد ومساعدة الحاسوب.

المشـكلات الأخلاقيـة المتعلقـة بالاحتضـار والمـوت *Ethical problems related to Dying & death*

في البدء يجب التأكيد على حرمة موافقة الطبيب المريض أوذويه لوضع نهاية لحياة المريض وما يسمى في الدول الغربية بموت الرحمة. ويعد هذا الاجراء جناية قتل حتى لو تم بموافقة المريض أو ذووه وذلك لأن مثل هذا العمل منافياً لطبيعة عمل واهداف وواجبات الطبيب نحو مريضه. فضلاً عن احتمال الخطأ بالتشخيص وملاحقة الطبيب من ورثته قانونياً. وأكد الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبيةوالصحيةفي:

المادة ٦٢: لحياة الإنسان حُرمتها، ولا يجوز إهدارها إلا في المؤاطن التي حدَّدها الشرع والقانون، وهذه جميعاً خارج نطاق المهنة الطبية تماماً. ولا يجوز للطبيب أن يساهم في إنهاء حياة المريض ولو بدافع الشفقة، ولاسيَّما في الحالات الآتية مما يُعرف بقتل المرحمة:

(أ) القتل العَمْد لمن يطلب إنهاء حياته بملء إرادته ورغبته.

(ب) الانتحار بمساعدة الطبيب.

(ج) القتل العَمْد للولدان المولودين بعاهات خِلقية قد تهدِّد حياتهم أو لا تهددها.

المادة ٦٣ : لا تندرج الحالات التالية (على سبيل المثال) في مسمّى قتل المرحمة:

(أ) وقف العلاج الذي يثبت عدم جدوى استمراره بقرار من اللجنة الطبية المختصة بما في ذلك أجهزة الإنعاش الاصطناعي.

(ب) صرف النظر عن الشروع في معالجة يُقطع بعدم جدواها.

(ج) تكثيف العلاج القوي لدفع ألم شديد، رغم العلم بأن مثل هذا العلاج قد يُنهي حياة المريض.

المادة ٦٤: الاجهاض: لا يجوز للطبيب إجهاض امرأة حامل إلا إذا اقتضت ذلك دواع طبية تهدد صحة الأم وحياتها. ومع ذلك يجوز الإجهاض إذا لم يكن الحمل قد أتم أربعة أشهر وثبت بصورة أكيدة أن استمراره يهدد صحة الأم بضرر جسيم، على أن يتم إثبات هذا الأمر بقرار من لجنة طبية لا يقل عدد أعضائها عن ثلاثة أخصائيين، يكون بينهم أخصائي ملمٌّ بنوعية المرض الذي أوصي من أجله بإنهاء الحمل، يقومون بإعداد تقرير يوضحون فيه نوع الخطورة المذكورة المؤكدة التي تهدد صحة الأم فيما لو استمر الحمل. وفي حالة التوصية بضرورة الإجهاض يوضَّح ذلك للمريضة وزوجها أو وليها، ثم تؤخذ موافقتهم الخطية على ذلك.

وسنناقش مواجهة المريض الذي لا يرجى شفاؤه والاحتضار والموت المحتم.

مواجهة مريض مصاب بمرض لا يرجى شفاؤه ***Encountering patients with short prognosis***

يعاني الطبيب من مشكلات تعارض بين مبادئ الأخلاقيات الطبية حينما يواجه مريضاً مصاباً بمرض خطير أو مهلك، وأهمها:

-كيف ومتى يبوح بالخبر السيئ (التشخيص): حينما يشخص الطبيب مرضاً مهلكاً فعليه أن يصارح المريض بالحقيقة وهذا يناسب مبدأ الاستقلالية وهو قول الحقيقة

للمريض ولكنه يتعارض مع مبدأ الإحسان وعدم الإضرار ما أمكن بالمريض. لذلك على الطبيب أن يوازن بين قول الحقيقة وعدم الإضرار معتمداً على معرفة شخص المريض وحالته النفسية ودوافعه فضلاً عن ***أن هناك اختلافاً كبيراً بين إخبار المريض ومصارحة عائلته بالمرض.***

-الإجراء الطبي: عندما يحتاج المريض إلى إجراء طبي معين مثل عملية جراحية أو استعمال أدوية كيماوية أو أشعة عميقة فقد يتعارض الإحسان، فعل الخير ما أمكن للمريض وعدم الإضرار ما أمكن به. إذ إن كثيراً من الحالات لا يتمكن الطبيب من أن يتنبأ باستجابة المريض للإجراء الطبي المتخذ وذلك لتعدد العوامل المختلفة كالاستعداد الوراثي ومناعة الجسم ودرجة خبث السرطان وحالة المريض النفسية والأعراض الجانبية والمضاعفات المحتملة وغيرها كثير.

وربما يواجه الطبيب مريضاً يرفض التداخل الجراحي المبكر وعندها يتداخل مبدأ احترام استقلالية المريض ومصلحة المريض أولاً. إذ أن المريض يخشى التداخل الجراحي لأسباب عدة أهمها أن الأعراض التي يعاني منها لا يظن أن لها أهمية كبيرة ومعاناته لا تستلزم التعرض لعملية جراحية كبرى. وينبغي أن يكون دور الطبيب تفضيل مبدأ مصلحة المريض أولاً"فعل الخير ما أمكن للمريض" والكشف المبكر للسرطان موازاة بمبدأ احترام استقلالية المريض. وعليه أن يتحلى بالصبر والمثابرة لشرح هذين المبدأين تفصيلياً على أن يتخذ المريض القرار بمساعدة الطبيب.

-مناقشة الغموض: عندما يكتنف الغموض رعاية المصاب بمرض مهلك في سير المرض والانتكاسات المحتملة والتكهن بمستقبل المرض والإجابة عن الأسئلة الصعبة.إذ تتداخل المبادئ الأخلاقية فيما بينها وتتعارض وربما يعاني الطبيب معاناة جسيمة من هذا التعارض الشديد.

الاحتضار والمشكلات الأخلاقية عند تدبير مشكلات المحتضرين ***Ethical problems in dealing with dying patients***

تظهر عدة مشكلات عند رعاية المحتضرين. وقد يتصادم مبدءآن أخلاقيان مع بعضهما في تدبير المشكلات المختلفة، وعلى الطبيب أن يستشير زملاءه ويراجع مصادر الموضوع بإسهاب للوقوف على أفضل طريقة للتعامل مع المبادئ الأخلاقية المتضاربة.

وتشمل المشكلات الأخلاقية مشكلات الخصوصية والصدق والمشاركة في اتخاذ القرارات الحرجة والأضرار بالمريض وموت الرحمة الذي يتعارض وأخلاقيات المجتمع المسلم ولكن أهمهما:

انعدام جدوى الإجراءات الطبية، ومدى الفائدة من اخضاع المريض لإجراءات إطالة الحياة وهي حياة ظاهرية بدون وعي ولا شعور ولا كلام ولا عمل مع سلس البول والغائط، والتأثير المزدوج للعلاجات المستخدمة.

١-انعدام جدوى الإجراءات العلاجية: يصل الطبيب إلى قناعة عدم جدوى الاستمرار في الإجراءات الطبية العلاجية التي تبدو له مضيعة للجهد والموارد والوقت وتطيل معاناة المريض أكثر من فائدتها. وحينما يصارح ذوي المريض بهذه القناعة وأن المريض ينبغي أن يحول إلى رعاية تلطيفية تقلل الألم والمعاناة.فقد يصر ذوي المحتضر على استمرار الاجراءات العلاجية وبين هذين الموقفين تكثر المحاججة والاتهام بالتقصيروقد تصل إلى الشكوى والمقاضاة. والمشكلة الرئيسة في هذه المرحلة هي فشل التواصل الناجح بينهما، مما يحبط الطبيب ويرهقه. وبدل المحاججة ينبغي على الطبيب أن يلجأ إلى زملائه لمعاونته باتخاذ القرار والمساعدة في حل المشكلة.وتتعقد المشكلة عند مواجهة مريض يعتمد على تغذية وريدية كاملة أو تنفس آلي أو إيقاف الديلزة والتي تحتاج إلى قرار حاسم وجريء.وعلى الطبيب احترام استقلالية اتخاذ القرار والسعي لاتخاذ القرار المستقل المعزز برأي الطبيب. وبعد ايضاح وافٍ لعائلة المحتضر، ويمكن أن يسأل الطبيب عائلة

المريض: ما قرار المريض الشخصي لو كان جالساً بيننا؟ ومن هذه النقطة ينطلق لإتخاذ القرارات المشتركة مع ذوي المريض.

"مثال: هل يوافق الطبيب أهل مريض مصاب بورم منتشر واخبرهم الطبيب أن لا أمل في شفاء نهائي له. فطلبوا من معالجه أن يوقف جميع التداخلات الطبية المقدمة له ما دامت نهايته معروفة، ما رأي الطبيب في هذه الحالة؟"

٢- التأثير المزدوج: يلجأ الطبيب إلى استخدام أدوية متعددة للتقليل من معاناة المحتضر، وقد تؤدي هذه الأدوية إلى مضاعفات تسرع من موت المحتضر، مثل استخدام المورفين بجرع تثبط التنفس ومن جانب أخر تقلل من ألم المحتضر. وهذا التأثير المزدوج مقبول أخلاقياً شرط أن يتضمن ملف المريض الإيضاح الكافي وتوثق ازدياد حاجة المريض لتلك الأدوية واستجابة لتفاقم حالة المحتضر الصحية. على الطبيب أن يوازن بين مبادئ التعامل الأخلاقي لكل مريض ويختار المبدأ الأقل ضرراً عليه.

"مثال: مريض عولج لعجز القلب لبضعة ايام ثم وافته المنية. وقد انفعل أحد ابنائه مقدماً شكوى لادارة المستشفى حول علاجه وبالتالي وفاته."

الموت المحتم ***Imminent death***

وهي الساعات الأخيرة في حياة المحتضر (٢٤-٤٨) ساعة. وتظهر على المحتضر علامات الموت الأكيدة وهي حشرجة الموت ونوبات تباطؤ التنفس وازديادها وشهقات (gasping) مع فترات توقف التنفس ويدعى تنفس (كاين ستوك Chyne stock)، وقد يصاب المحتضر بعدم السيطرة على الإدرار والبراز، وتبدو الأطراف باردة مع بقع زرقاء ومنتفخة وتقل استجابته للمحفزات الخارجية إلى أن يصل إلى الغيبوبة. أو يصاب بأعراض حادة قبيل الوفاة كالألم وعسر التنفس والهذيان وقد ينتاب المحتضر نوبات حالات الوعي غير المشوش التي تعرف في الأوساط الشعبية بمرحلة الصحوة.

وينبغي تهدئة تلك العلامات لاسيما حشرجة الموت الذي يعرف بالصوت الخشن الناجم عن تجمع اللعاب والمخاط خلف الحنجرة ولا يتمكن الطبيب من سحبه وقد يعاني المريض أكثر عند سحبه.وعلى الرغم من عدم معرفتنا لمعاناة المحتضر لهذه العلامة ولكنه عرض مرعب لعائلته ومرافقيه. ويمكن تقليل الصوت بوضع قطرات أتروبين العين تحت لسانه وقطع السوائل الوريدية التي تزيد السوائل المتجمعة خلف الحنجرة والرئة والأطراف ويمكن ايقاف السوائل الوريدية واستبدالها بترطيب شفاه المريض بالماء والكلسرين مع توضيح كاف لعائلة المريض وتغيير اعتقادهم بأهمية السوائل الوريدية.

تشخيص الموت: غالباً ما تحدث الوفاة بصورة تدريجية على مستوى اجهزة البدن والخلايا مع اختلاف قدرة الأنسجة على تحمل نقص الأوكسجين. وإن التغيرات الحاصلة في الأنسجة أصبحت دائمية.

ويعتمد الطبيب الطرق السريرية لتشخيص الموت ويعّرف بـ " الفقدان التام الراسخ للوعي والفقدان التام للقابلية على التنفس التلقائي والإنعدام التام للأفعال الإنعكاسية لجذع الدماغ". ويتمكن الطبيب من تشخيص الموت في الطوارئ والعيادة الخارجية والردهة والبيت أو في أي مكان آخر. وظهرت أهمية مصطلح موت الدماغ، الذي يتضمن حالة تلف الدماغ إلى جانب استمرار عمل التنفس بواسطة المنفاس (Respirator) ومراقبة عمل القلب والتغذية الوريدية ومراقبة وظائف أجهزة الجسم المختلفة وبقاء أعضاء الجسم حية. جذب هذا المصطلح أهميته في البلدان الغربية وذلك للأسباب الآتية:

– زراعة الأعضاء: يعني اعلان موت الدماغ إيذاناً مبكراً للحصول على أعضاء جسم الأنسان الحية لغرسها في أجسام مرضى آخرين محتاجين لها، حيث تكون نتائج الغرس أكثر كفاءةً ونجاحاً مما لو أجري الغرس متأخراً بعض الوقتوالجدير بالذكر أن عمليات زراعة الأعضاء في العراق مقتصرة على زراعة الكلى حتى الآن.

– إيقاف أجهزة الأنعاش المركبة على ميتي الدماغ لإدامة حياة أجهزة الجسم باعتبار أن ذلك هدر لا نفع منه، وأن استمرار عمل هذه الأجهزة لا يعد اطالة للحياة بل هو اطالة

لعملية الموت. ويمكن الأستفادة من الأجهزة الطبية الشحيحة في مستشفياتنا لإنقاذ حياة آخرين. لذلك صدر قانون تشخيص موت الدماغ وعمليات زرع الأعضاء البشرية المرقم(٨٥) لسنة (١٩٨٦) الذي وضع شروطاً أولية وفحوصاً لازمة لتشخيص موت الدماغ.

References المصادر

1. ABIM Foundation, ACP –ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine, Medical Professionalism in the third millennium, Perspective : A Physician Charter, Annals of internal medicine, 5 Feb., 2002, Vol 136, Issue 3, PP 243-246.
2. How the Idea of Profession Changed the Writing of Medical History, Richard Westcott, BMJ 1999; 319: 1011 (9 October)
3. Williams J. R., Medical Ethics in contemporary clinical practice, J Chin Med Assoc, Nov. 2005, Vol 68 No. 11.
4. Beauchamp, Tom L., and Childress, James F. 2001. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
5. Rumbold, G (1999). *Ethics in Nursing Practice*. Balliere Tindall. ISBN 0-7020-2312-4.
6. Jessica W. Berg, Paul S. Appelbaum, Lisa S. Parker, and Charles W. Lidz,Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice by Oxford University Press, 2001
7. Retrieved from "http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_ethics"
8. World Medical Association, Medical Ethics Manual
9. Kurt D. Ethics in health services management, 3ed ed. Health professional press, Baltimore, 2002
10. Kimmelman, J. (2009). "Helsinki discords: FDA, ethics, and international drug trials". *The Lancet***373**: 13.
11. platt, FW, Gordon, GH, Field Guide to the difficult patient Interview, 1999, Lipponcott Williams & Wilkins, Philadelphia.
12. Maguire,J, Communication Skills for Doctors2000,Arnold.
13. Platt, FW, Platt CM, Empathy: A Miracle or Nothing at all, jcom, 1998: vol. 5, No. 2, 45-5.

14. Ross,E.Kobler, On death & Dying, Tavistock publication,London,1970.
15. Pantilat, S.Z.,End of Life Care in hospitalized patients,Jmed Clin.N.Am.,86,(2002) 749-770.
16. http://www.wma.net/e/policy/b3.htm
17. www.sehha.com/medical/IslamicCodeEthics1.htm
18. Bonnie F.Fremgen / Medical ethics and law /2002 /
19. WHO Publications / Medical ethics /1999

١. عبدعلى، نبيل عباس، موت الدماغ، الجزء الرابع سلسلة أدب وعصب، ٢٠٠٤.
٢. يعقوب، عالم عبدالحميد: مبادئ علم الأخلاق الطبية، جامعة البصرة، ١٩٩٥
٣. حقي، حقي اسماعيل، ١٩٧٦ : الاساليب الاساسية للمقابلة، مطبعة التوجيه السياسي، بغداد.
٤. التكريتي، راجي، ١٩٧٠: السلوك المهني للأطباء، مطبعة العاني، بغداد.
٥. محفوظ، حسين علي، ٢٠٠٠: أوصاف الطبيب في التراث العربي، مطبعة القيسي، بغداد.
٦. محمد، محمد عبد الخالق ١٩٨٩ :قلق الموت، سلسلة المعرفة، الكويت.
٧. سلطان، عبد السلام صالح،المقابلة الطبية الحديثة وتقنياتها الأساسية ٢٠٠١ طبع وزارة الصحة – مركز تدريب وتطوير الملاكات.
٨. سلطان، عبد السلام صالح، المواقف المحرجة في الممارسة الطبية بغداد، ٢٠٠٥.
٩. سلطان، عبد السلام صالح، دليل الطبيب في الاتصال مع المرضمعهد تحسين الاتصال في الرعاية الصحية/ كنكتاكت، ويست هافن، الولايات المتحدة الأمريكية، وزارة الصحة ٢٠٠٨.
١٠. سلطان، عبد السلام صالح، مشكلات الملف الطبي والاقتراحات لحلها مراجعة الدكتور حكمت الشعرباف، غير مطبوع.

١١. سلطان، عبد السلام صالح، المراحل التي يمر بها المريض المحتضر وواجبات الطبيب، مجلة الرصافة الطبية، المجلد الاول، العدد الاول حزيران ٢٠٠٤ ص٨-٩.
١٢. العربي بلحاح ، النظرية العامة للإلتزام، ج ٤، ط -٨- ديوان المطبوعات الجامعية، ١٩٩٥، ص ١٠.
١٣. شريم محمد بشير، الأخطاء الطبية بين الألتزام والمسؤولية، جمعية عمال المطابع، عمان، ط ١،٢٠٠٠.
١٤. نصرالدين مروك، الحماية الجنائية للحق في سلامة الجسم، جامعة الجزائر، ١٩٩٧.
١٥. نقابة أطباء العراق، دستور السلوك المهني، بغداد، ٢٠٠٢.
١٦. قانون نقابة الأطباء رقم (٨١) لسنة ١٩٨٤.
١٧. الرياحي عباس بدر، الطالباني نزار، خصائص مهنة طب الأسنان، نقابة أطباء الأسنان، بغداد، ١٩٩٠.
١٨. عبدالرزاق علاء مكي، أخلاقيات الطبيب المسلم خصائصه واجباته، أصدارات الحزب الأسلامي، بغداد، ٢٠٠٤.
١٩. الرهاوي اسحق بن علي، كتاب أدب الطبيب، تحقيق كمال السامرائي، داود سلمان علي، سلسلة خزانة التراث، وزارة الثقافة والأعلام، ١٩٩٢.
٢٠. السلوك المهني والأخلاق الطبية، مجموعة محاضرات سلسلة تعليمية، مركز تدريب وتطوير الملاكات، وزارة الصحة ، العدد السادس، ٢٠٠١.
٢١. ناجي خالد، الرازي استاذ الطب السريري، ابو بكر الرازي وأثره في الطب، مركز احياء التراث العلمي العربي، جامعة بغداد، مطبعة العمال المركزية، ١٩٨٠ ص ٢٥-٤٦.
٢٢. الجادر لمى طارق ، ٢٠٠٦ ، الاخلاقيات الطبية في المؤسسات الصحية العراقية .