

## **فصل دوم**

### **ارزشها و اصول اخلاقی نظام مراقبت های حمایتی و تسکینی**

## ارزش‌ها و اصول اخلاقی در طب تسکینی

اخلاق پزشکی نیازمند برقراری تعادل ظریف بین کارکرد معمول پزشکی<sup>۱</sup> و خواسته‌های بیمار و درک این موضوع است که وضعیت هر انسانی منحصر بفرد است. از این رو نباید صرفاً گزینه‌های درمانی و احتمالاً نتایج آن‌ها در نظر گرفته شوند، بلکه ارزش‌ها، خواسته‌ها و عقاید بیمار نیز باید لحاظ شوند. به بیماران و خانواده‌ها باید به درستی اطلاع‌رسانی شود تا تصمیمات درمانی مناسب اتخاذ نمایند.

چهار اصل اساسی اخلاقی باید در مراقبت تسکینی مراعات شود:

### احترام به استقلال بیمار

این اصل حق و توانایی فرد را از بابت تصمیم‌گیری برای خودش، بر مبنای ارزشهای شخصی، عقاید و مدت زندگی اش به رسمیت می‌شناسد که استقلال<sup>۲</sup> بیمار در نظر گرفته می‌شود. لازم است تا از تصمیم بیمار که منعکس کننده ارزشهای اوست به خوبی مطلع شد و آن را لحاظ نمود. به عنوان مثال، این مساله پذیرفته شده است که یک بیمار می‌تواند درمان معینی را مطابق عقاید دینی اش قبول نکند. عوامل زیادی با توجه نمودن به خواسته‌های بیمار تداخل دارند، از جمله: مخدوش شدن صلاحیت و شایستگی بیمار<sup>۳</sup>، استرس بیماری، عدم درک بیمار و.....

### تلاش در جهت منافع بیمار

این امر مستلزم جلوگیری یا حذف آسیب، همزمان با انجام فعالیت هایی در جهت منافع بیمار است. این صل به این مهم اشاره دارد که تیم مراقبت‌های بهداشتی باید در جهت پیشینه کردن منافع درمان، اقدامات مثبتی انجام دهند. از جمله این اقدامات موارد زیر را می‌توان نام برد: ارائه درمانهای مؤثر و نافع برای درد یا دیگر علائم، ارائه حمایت و پشتیبانی حساس<sup>۴</sup>، و کمک به بیماران و خانواده‌ها به هر شکل ممکن.

### عدم آسیب رسانی به بیمار

---

1-Conventional practice of medicine

2-Autonomy

3-Compromised competence of patient

4-Sensitive support

این اصل بر این اساس استوار است که "فرد نباید عمداً به خود آسیب برساند." تخطی از این مفهوم می‌تواند شامل ارائه اطلاعات به شیوه ای نامناسب، فراهم آوردن درمان نامناسب برای درد یا علائم دیگر، درمان تهاجمی نامناسب برای شرایط بیمار، فراهم کردن تسکین ناخواسته، یا خودداری از درمان باشد.

### عدالت

به رعایت انصاف در بکارگیری درمان و مراقبت مربوط می‌شود. عدالت به این موضوع اشاره دارد که بیماران باید مراقبتی که از لحاظ پزشکی یا قانونی استحقاق آن را دارند دریافت نمایند. عدالت را می‌توان به صورت "اعطاء کردن مساوی به همه" یا "دادن به هر نفر به اندازه نیاز" یا "به اندازه حقتش" تفسیر نمود.

## اصول اخلاقی در درمان بیماری های لاعلاج

با این همه، زمانی که تشخیص پزشکی بیمار نشان دهنده عدم وجود امکان درمان بوده و مرگ وی حتمی است، بیمار و پزشک با شرایط دشواری برای تصمیم‌گیری در مورد مداخلات پزشکی روبرو خواهند شد. اگرچه که پیشرفت علوم پزشکی باعث ارتقای توانایی پزشکان در مسائل مربوط به مراقبتهای پزشکی پایان زندگی<sup>۱</sup> بیماران گشته، با این حال این حیطه از علوم پزشکی هیچگاه آنطور که باید مورد توجه قرار نگرفته است. همانطور که اولویت تلاش برای یافتن راه درمان نباید نادیده گرفته شود، درمانهای تسکینی و توانمندسازی پزشکان برای رسیدگی به جنبه‌های پزشکی و روانی بیماریهای لاعلاج باید مورد توجه بیشتری قرار گیرند. مرحله مرگ، باید به عنوان بخش مهمی از زندگی فرد شناخته شده و مورد احترام قرار گیرد. همگام با افزایش فشار افکار عمومی برای به رسمیت شناخته شدن اوتانازی جهت پایان دادن به رنج ناشی از بیماریهای لاعلاج، ضرورت توجه به مسائل اخلاقی در بهبود مراقبت های تسکینی بیش از پیش احساس می‌شود.

هنگامی که در مورد مسایل اخلاقی مربوط به مراقبتهای پزشکی پایان زندگی بیماران بحث می‌شود، صحبت از اوتانازی<sup>۲</sup> و خودکشی با کمک پزشک<sup>۳</sup>، اجتنات ناپذیر است. انجمن جهانی پزشکی<sup>۴</sup>، اوتانازی و خودکشی با کمک پزشک را غیر اخلاقی می‌داند.

بر اساس اظهار نظر انجمن جهانی پزشکی، برخوردها و باورهای فرهنگها و ادیان مختلف با موضوع مرگ، به نحو بارزی متفاوت است. به علاوه بسیاری از مداخلات تسکینی و اقدامات مربوط به بقای بیمار، نیازمند تکنولوژی و یا منابع مالی است که در بسیاری موارد به راحتی در دسترس نمی‌باشند. از این رو روش درمانی بیماریهای لاعلاج به میزان زیادی تحت

1 -End of life care

2 -Euthanasia

3 -Physician-assisted suicide

4 -World Medical Association (WMA)

تأثیر این عوامل قرار دارد و بنابراین تلاش برای ارائه راهکارهایی دقیق در مورد مراقبتهای پایانی که به صورت جهانی قابل اجرا باشند، نه منطقی و نه ممکن است. از این رو *انجمن جهانی پزشکی اصول کلی زیر را برای کمک به پزشکان و انجمنهای پزشکی ملی، جهت تصمیم‌گیری در مورد مراقبتهای پزشکی بیماریهای لاعلاج ارائه داده است:*

۱. وظیفه پزشک درمان (در صورت امکان) کاهش رنج و حفاظت از منافع بیمار است. هیچگونه استثنایی برای این اصل، حتی در مورد بیماریهای لاعلاج، وجود ندارد.

۲. در مراقبت از بیماران مبتلا به بیماریهای لاعلاج، وظیفه اصلی پزشک کمک به بیمار برای داشتن بهترین کیفیت زندگی ممکن به واسطه کنترل علائم، در نظر گرفتن نیازهای روانی و نهایتاً مرگی شایسته و راحت است. پزشکان باید بیماران را از امکان در یافت مراقبت‌های تسکینی، مزایا و عوارض آن مطلع سازند.

۳. استقلال بیماران در تصمیم‌گیری در مورد مرحله پایانی زندگی باید مورد احترام قرار گیرد. این موضوع شامل حق بیمار برای رد درمان و درخواست روشهای تسکینی برای کاهش درد نیز می‌باشد؛ جز مواردی که منجر به تسریع روند مرگ بیمار می‌گردد. با این همه پزشک از نظر اخلاقی حق کمک به بیمار برای خودکشی را ندارد؛ که این مسئله شامل تجویز هر گونه درمانی است که از نظر پزشک اثری جز تسکین بیمار را نداشته باشد.

۴. پزشک نباید از روشهایی که فایده‌ای برای بیمار ندارد استفاده نماید.

۵. پزشکان باید این حق را برای بیماران قائل باشند که خواسته‌های خود را در مورد نحوه درمان برای مواقعی که توان اظهار نظر نخواهند داشت مکتوب کرده و فردی را به عنوان جانشین به منظور تصمیم‌گیری<sup>۱</sup> در مورد مسائلی که خود بیمار از قبل اشاره‌ای به آنها نکرده است، انتخاب نماید. پزشکان خصوصاً باید در مورد خواسته بیماران در رابطه با اقدامات لازم برای حفظ بقای آنها و همینطور روشهای تسکینی که ممکن است به عنوان اثر جانبی باعث تسریع مرگ شود، با بیماران صحبت نمایند و در صورت امکان فرد انتخاب شده به عنوان جانشین نیز باید در این بحثها شرکت کند.

۶. پزشکان باید تلاش نمایند تا نیازهای روانی بیماران را، خصوصاً در ارتباط با علائم جسمی وی، شناخته و مورد توجه قرار دهند. پزشکان باید امکانات لازم برای حمایت روحی و روانی بیمار و خانواده‌هایشان را فراهم نموده تا بتوانند با اضطراب، ترس و اندوه ناشی از مراحل پایانی بیماری کنار بیایند.

۷. از آن جا که مدیریت بالینی درد<sup>۲</sup> در بیماریهای لاعلاج، بیشترین اهمیت را در کاهش رنج بیمار دارد، پزشکان و انجمنهای پزشکی ملی باید اطلاعات مربوط به مدیریت درد را به اشتراک بگذارند تا تمام پزشکان دخیل در مراقبتهای بالینی مراحل پایانی بیماریهای لاعلاج به بهترین راهکارهای عملی و جدیدترین درمانها و روشهای موجود دسترسی داشته باشند. پزشکان باید امکان اجرای روشهای کنترل درد را بدون نگرانی از عواقب قانونی و یا نظارتی داشته باشند.

---

1-Substitute decision-maker

2-Clinical pain management

۸. انجمنهای پزشکی ملی باید دولتها و مؤسسات تحقیقاتی را تشویق به سرمایه‌گذاری بیشتر در زمینه یافتن درمانهای مناسب برای ارتقای مراقبتهای پزشکی پایان زندگی بیماران نمایند. همینطور آموزش مراقبتهای پزشکی تسکینی باید در برنامه‌های درسی دانشکده‌های پزشکی قرار گیرد و در صورت عدم وجود طب تسکینی، تأسیس این تخصص باید در نظر گرفته شود.
۹. انجمنهای پزشکی ملی باید از ایجاد ارتباط بین انستیتوها و ارگانهای دخیل در مراقبتهای تسکینی، به منظور ارتقای ارتباط و همکاری بین آنها حمایت نمایند.
۱۰. پزشکان می‌توانند، در صورتی که عملکردهای حیاتی بیمار برگشت پذیر نباشد، از ابزارهای لازم برای حفظ فعالیت اعضا به منظور اهدای عضو، البته بر اساس چارچوبهای اخلاقی مصوب در بیانیه انجمن جهانی پزشکی سیدنی در مورد تشخیص ورود به فاز مرگ و حفظ فعالیت اعضا، استفاده نمایند.

## اصول اخلاقی مرتبط با تامین دارو در مراقبت تسکینی

در گوشه و کنار جهان، دهها میلیون نفر از افراد مبتلا به سرطان بدون دسترسی به درمان مناسب دردهای متوسط تا شدیدی را تجربه می‌کنند. افرادی مانند کودکان یا افرادی با ناتوانایی ذهنی یا اختلالات هوشیاری که قادر نیستند دردهایشان را به درستی بیان کنند، به طور خاص در معرض خطر درمان نامناسب درد قرار دارند. اکثر اینگونه دردها قابل پیشگیری هستند به طوری که با انجام مداخلات درمانی ارزان می‌توان بیشتر دردها را تسکین داده و کیفیت زندگی بیماران و مراقبان آن‌ها را به طور چشمگیری بهبود بخشید. عدم آموزش کارکنان حوزه مراقبت‌های بهداشتی جهت ارزیابی و درمان درد و دیگر علائم و قوانین دولتی محدودکننده و غیرضروری از جمله دسترسی محدود به داروهای اپیوئیدی، دو دلیل عمده برای این شکاف درمانی<sup>۱</sup> می‌باشند.

در زیر اصول اخلاقی مرتبط با تامین دارو بررسی می‌شود:

۱- حق دسترسی به کنترل درد برای همه افراد، که در استانداردها و راهنماهای حرفه‌ای<sup>۲</sup>،<sup>۳</sup>، و

---

1-Treatment gap

2- World Medical Association(WMA) Declaration on Terminal Illness (1983, 2006),

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/i2/index.html>

3- World Medical Association(WMA) Declaration on the Rights of the Patient (Declaration of Lisbon), <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/l4/index.html>

در قانون بین‌المللی<sup>۲</sup>،<sup>۳</sup>،<sup>۴</sup>،<sup>۵</sup>،<sup>۶</sup> عنوان شده است، باید محترم شده و به طور مؤثر اجرا شود.

۲- پزشکان و دیگر شاغلین حوزه سلامت طبق اصول اخلاقی وظیفه دارند که کیفیت درد بیماران را ارزیابی نموده و داروهای ضددرد از جمله اپیوئیدها را به میزان لازم برای همه افرادی که به داروهای مسکن درد نیاز دارند تجویز کنند. این مساله به ویژه شامل کودکان و دیگر افرادی می‌شود که نمی‌توانند دردشان را به درستی بیان کنند.

۳- دستورالعمل مدیریت درد<sup>۷</sup>، باید در همه برنامه‌های درسی اجباری پزشکی و پرستاری گنجانده شده و تداوم داشته باشد.

۴- دولت‌ها باید دسترسی مناسب به داروهای کنترل شده<sup>۸</sup> از جمله اپیوئیدها را برای تسکین درد و رنج بیماران تضمین نمایند. انکار درمان درد، حق سلامت<sup>۹</sup> را نقض می‌کند و می‌تواند نوعی بی‌رحمی، نادیده گرفتن انسانیت، مجازات و یا درمان اهانت آمیز تلقی شود.

۵- سیاست‌های ملی و بین‌المللی کنترل دارو باید تعادلی منطقی بین نیاز به دسترسی مناسب به داروهای کنترل شده برای تسکین درد از طرفی و تلاش برای جلوگیری از سوء استفاده<sup>۱۰</sup> از این مواد را از طرف دیگر، برقرار کنند. هرچا سیاست‌های محدودکننده نامتناسب و غیرضروری وجود داشته باشد، این قوانین باید بازبینی شوند تا دسترسی مناسب به داروهای کنترل شده تضمین شود.

۶- هر دولتی باید منابع لازم برای توسعه و اجرای طرح درمان ملی درد و نیز مکانیسم پایش<sup>۱۱</sup> آن و فرآیندی برای دریافت شکایات، زمانی که درد به صورت نامناسب درمان می‌شود، را فراهم نماید.

- 
- 1- World Medical Association (WMA) International Code of Medical Ethics, London, 1949, amended Sydney, 1968 and at Venice 1983 and at Pilanesberg, 2006 Available from:[<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/index.html>]
  - 2- <http://www.iasp-pain.org/PainSummit/DeclarationOfMontreal.pdf>
  - 3- International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), Art. 12 and General Comment 14 (2000)
  - 4- Covenant on Elimination of All forms of Discrimination Against Women (CEDAW) , Art 14 and General Recommendation 24
  - 5- Convention on the Rights of the Child, Art 24.
  - 6- UN Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, [http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention\\_1961\\_en.pdf](http://www.incb.org/pdf/e/conv/convention_1961_en.pdf)
  - 7- Pain management instruction
  - 8- Controlled medicine
  - 9- Right to health
  - 10- Misuse
  - 11- Monitoring