فلســـــفة الطـب

دكتـور

حســين علــي

أستاذ المنطق وفلسفة العلوم المعاصرة

بقسم الدراسات الفلسفية – بآداب عين شمس

الناشــر

الدار المصرية السعودية

للطباعة والنشر والتوزيع – القاهرة

فلســفة الطب

دار الكتب المصرية
فهرسة أثناء النشر
إعداد إدارة الشئون الفنية

علي ، حسين
فلسفة الطب/ حسين علي
. - ط 01 - القاهرة: الدار المصرية السعودية للطباعة والنشر والتوزيع (2008)
144 ص ؛ 24 سم
رقم الإيداع : 19520 / 2008
تدمك : 0 - 93 - 6122 - 977
1- الطب - فلسفة
أ- العنوان

610.1

الناشر
الدار المصرية السعودية
للطباعة والنشر والتوزيع - القاهرة
العقيد شيرين ثابت
E-Mail: elmsria.alsodia@hotmail.co.uk

الإدارة : 16 عمارات العبور ـ شارع صلاح سالم
الدور الثالث ـ مدينة نصر ـ القاهرة

تليفاكس : 02/22621365

محمول :
0123140315 - 0123171722 - 0123171744

حقوق الطبع محفوظة للناشر

الأحياء ليسوا إلا موتى في أجازة ..!!

تمهيـــــد

إن المقصود بفلسفة الطب حاجة علم الطب الملحة إلى الاهتمام بموضوع الأخلاق، والمقصود بالأخلاق هنا ليس إقامة نظريات أخلاقية كما يفعل الفلاسفة التقليديون وإنما البحث في أخلاقيات المهنة، وتسمي أحياناً الأخلاق الطبية Medical ethics وأحياناً أخرى تسمى الأخلاق البيولوجية[1] Bioethics . وحينما نتحدث عن "الأخلاق"، فإننا نعنى في العادة مجموعة القواعد السلوكية التي تُسلِّم بها جماعة من الناس في حقبة ما من الحقب التاريخية. ولكن الفلاسفة لم يوافقوا على النظرة الوصفية إلى الأخلاق باعتبار أن موضوعها هو تحديد القواعد التي يسلك الإنسان بمقتضاها في الواقع، بل ذهبوا إلى أن موضوعها هو فرض القواعد التي ينبغى أن يحتذيها الإنسان في سلوكه. ومن هنا فقد أبى الفلاسفة أن يجعلوا من "الأخلاق" مجرد دراسة تقريرية للعادات والسنن والطباع الخلقية السائدة بين الناس، لأنهم رأوا أن مهمة "الأخلاق" إنما تنحصر في وضع "المثل الأعلى" وبيان "الكمال الأخلاقي"، وتشريع "القانون الخلقى". وهكذا أصبحت "الأخلاق" في نظر الفلاسفة هي "نظرية المثل الأعلى"، أو هي الدراسة المعيارية للخير والشر[2].

تتعارض وجهات النظر وتسود الخلافات علي نطاق واسع فيما يتعلق بالحديث عن النظريات الأخلاقية. إذ توجد مذاهب ونظريات شتي؛ كمذهب المنفعة بكافة صوره، والنظريات القائلة بفكرة الواجب (كنظرية الأمر

الجازم[*] the Categorical Imperative عند كانط Kant)، ونظريات الحقوق الطبيعية (كنظرية الحقوق الفردية عند "جون لوك" Lock)، ونظريات الفضائل (عند "أرسطو" وغيره)، ونظريات العقد الاجتماعي منذ "هوبز"[**]. كل هؤلاء الفلاسفة لهم أنصار ومؤيدون. وهناك العديد من

(*) الأمر Imperative يعبر عن فعل واجب الأداء . ومنه عند "كانط " أمر جازم يقضي بـه الواجب علي وجه الضرورة، وأمر مشروط، إذا كان وسيلة لغاية يـراد بلوغهـا، ومقيـداً بظروف معينة.
[مجمع اللغة العربية، المعجم الفلسفي، الهيئة العامة للمطابع الأميرية، القاهرة، 1979، ص 22].

(**) توماس هوبز Thomas Hobbes (1588 – 1679) فيلسوف إنجليـزى. أيّـدَ الحكـم الملكى المطلق وقال بأن الناس أنانيون بطبعهم وأنهم، تلافياً للفوضى، دخلوا في عقد اجتماعى تعهدوا بموجبه بطاعة السلطان. من آثاره ثلاثيته الشهيرة: "فى المـوطن" عـام(1642)، و"فـى الجسد" عام (1655)، و"فى الإنسان"عام (1658). وُلِدَ "توماس هوبز" في قرية وسـتبورت Westport بالقرب من مدينة مالمسبرى Malmesbury في مقاطعة "ولتشير" Wiltshire جنوب إنجلترا في الخامس من أبريل عام 1588 . تلقى "هوبز" تعليمه في المدرسة الملحقـة بكنيسة القرية حتى بلغ السابعة من عمره، وعندما بلغ "هوبز" الثامنة، كان يجيد القراءة، ثـم التحق بمدرسة روبرت لايتمـر Robert Latimer، التحـق بكليـة مـودلن Magdalen College في جامعة أكسفورد، لقد التحق "هوبز" بأكسفورد عام 1603 وتخرج منهـا عـام 1608، وهو يحمل أسوأ انطباع: الدروس "كريهة قاحلـة" والمناقـشات "عقيمـة مجدبـة"، والمناهج أرسطية أو إسكولائية من بقايا الفلسفة المدرسية التي سادت العصر الوسيط. وكـان "هوبز" واسع الاطلاع في فترة أكسفورد، وعندما تخرج عام 1608، ونال درجته الجامعيـة، رشحه عميد الكلية سير جيمس هس Sir James Hassee ليكون معلماً خصوصياً لابن وليم كافنديش W. Cavendish .
ويُعَـد "هوبز" من الناحية الميتافيزيقة فيلسوفًا مادياً تتلمذ على يد "فرانسيس بيكون" فـانخرط في سلك التجريبيين الإنجليز، وهو من الناحية السياسية "ملكى متطرف" وقف إلى جانب الملك عندما احتدم الصراع بينه وبين البرلمان. عندما بلغ "هوبز" الرابعة والثمانين كتب سيرة حياته باللاتينية شعراً، ثم ترجم الإلياذة والأوديسة لهوميروس وهو في الخامسة والثمانين من عمره. وتوفى في الرابع من ديسمبر عام 1679 عن واحد وتسعين عامًا.
[انظر : د. إمام عبدالفتاح إمام، توماس هوبز – فيلـسوف العقلانيـة، دار الثقافـة للنـشر والتوزيع، القاهرة، 1985، مواضع متفرقة].

الحجج والبراهين التي قُـدِمَت تأييداً أو معارضةً لهذه النظريات، والنتيجة التي توصل إليها الكثيرون هي إنه ليست هناك نظرية أخلاقية مقبولة من الجميع[3] .

ولقد قام فلاسفة الأخلاق عبر السنين بوضع العديد من النظريات الأخلاقية المتباينة. كل واحدة منها تتضمن نوعاً محدداً من المعايير الأخلاقية. كما تكمن قوة أي منها في أنها تستند إلي معيار أخلاقي شرعي يحتاج إليه المرء أشد الاحتياج حين يُواجه بحالات واقعية. ولكن الصعوبة التي تنطوي عليها تلك النظريات هي صعوبة مزدوجة: الجانب الأول منها داخلي، يتمثل في إخفاقها في أن توضح بما فيه الكفاية المعايير الأخلاقية التي تستند إليها. ولكن الجانب الآخر والأكثر أهمية وصعوبة هو أن كل نظرية من تلك النظريات منكفئة علي نفسها وغير قادرة على تفسير الأمثلة المعاكسة والمستندة صراحةً علي معايير أخلاقية مختلفة. إن الأمثلة المعاكسة هي التحدي الذي يواجه النفعيين Utilitarians لأن معيار احترام حقوق الإنسان كمثال معاكس قد يُنْتِج خيراً عظيماً. كما أن الأمثلة المعاكسة، التي تضع في اعتبارها نتائج الأفعال أو الحقوق الفردية، إنما تمثل تحدياً أيضاً لنظريات الفضائل. الاعتراضات التي عادةً ما تُوَجَه إلي النظريات التقليدية يمكن التعبير عنها علي النحو التالي: النظريات الأخلاقية تكون غير صحيحة بسبب إخفاقها في وضع المعايير الأخلاقية الأخرى في اعتبارها [4].

بقيت "الأخلاق" إلى عهد قريب مبحثاً فلسفياً يتداوله الفلاسفة ويخوض فيه علماء الأخلاق التقليدية بوصفه "علماً معيارياً" يقوم على الأحكام التقويمية. وقد قام الفلاسفة بإدخال "الأخلاق" ضمن علومهم المعيارية الأخرى (المنطق وعلم الجمال). وكانت حجتهم في ذلك أن "الأخلاق" علم عقلى يدرس ما ينبغى أن يكون، وأن المشكلة الأخلاقية بطبيعتها مشكلة نقدية تتصل بأحكام القيمة لا بأحكام الواقع. ولما كانت أحكام القيمة لا تخلو من

"الذاتية"، فقد اصطبغت "الأخلاق" بصبغة فلسفية شخصية، وأصبح هدف كل فيلسوف أن يتبنى لنفسه "مذهباً أخلاقياً" جديداً يعارض به الأخلاق القائمة، ويحاول من ورائه أن يُشرِّع لغيره من الناس. ولم يلبث الفلاسفة أن نسوا أو تناسوا أن هناك "حقيقة أخلاقية" توجد في استقلال عن أحكامهم التقويمية، وأن هذه "الحقيقة" تتمثل بوضوح في القواعد التي يأخذ بها الناس أنفسهم في سلوكهم العادي، دون أن يحفلوا بآراء الفلاسفة النظرية ومذاهبهم الأخلاقية[5].

معني القيم الإنسانية:

ولكن ماذا نعنى بالقيم الإنسانية؟ أولاً وقبل كل شيء، هي مُثُل معينة نقدرها حق قدرها، ونود امتلاكها ونسعى إلى تحقيقها بوصفها خيراً، كما ننظر إليها بوصفها أهدافاً ثابتة لحياتنا. ثانياً: إننا لا نُدْرِج احتياجاتنا الطبيعية ضمن تصورنا للقيم، مهما كان تقديرنا لهذه الاحتياجات، واضطرارنا الدائم لإشباعها من أجل استمرارنا أحياءً. ومن الإنصاف القول: إن مفهوم القيم إنما يتعلق بذلك الجانب من أهدافنا الذي لا يرمى مباشرةً إلى بقائنا على قيد الحياة. إننا نطلق على هذا الجانب اسم "الحياة الروحية" Life Spiritual ، على عكس الجانب الآخر الذي لا يمكن وصفه إلا بأنه طبيعي أو بيولوجى [6].

معني الأخلاق الحيوية:

وإذا كان حديثنا الآن منصباً على "الأخـــلاق الحيويـــة" Bioethics [*]

(*) Bioethics إن هذا المصطلح يقوم البعض – ومنهم المرحوم الدكتور محمود فهمي زيدان – بترجمته إلي "الأخلاق البيولوجية" نسبةً إلي علم "البيولوجيا" Biology، وقد قـــام مجمـــع اللغة العربية بترجمة مصطلح الـــ Biology إلي " علم الأحياء " [انظـــر: مجمـــع اللغـــة العربية، مجموعة المصطلحات العلمية والفنية التي أقرها المجمع – ديسمبر 1957، الهيئـــة العامة للمطابع الأميرية، القاهرة،1971، ص 529.]، ومن ثمَّ يحق لنا ترجمـــة Bioethics إلي "الأخلاق الحيوية" نسبة ً إلي "علم الأحياء" ، بدلاً من ترجمتها إلي "الأخلاق البيولوجية" =

فلابد من تعريف هذا المصطلح، فالمقصود بالأخلاق الحيوية "دراسة القضايا التي تنشأ فى مجالات الرعاية الصحية والعلوم البيولوجية". فضلاً عن أنها تشمل دراسة القضايا الاجتماعية والقانونية والاقتصادية التي لها صلة بالقضايا الأخلاقية. إن مصطلح "Bioethics" مركب من كلمتين يونانيتين هما: Bios بمعنى الحياة، وEthos بمعنى الآداب أو الأخلاق. موضوع هذا المبحث الجديد، إذن، هو القضايا الأخلاقية التي نجمت عن التقدم الحاصل في الميدان الطبي/البيولوجي، وما يرتبط بها من قضايا أخرى فلسفية وقانونية ودينية واقتصادية وبيئية؛ أما غايته الأساسية فتتمثل في اقتراح المبادئ الأخلاقية التي يجب أن تنظم ممارسة الأطباء والعاملين في ميادين الطب والبيولوجيا والصحة، إلا أن هذه المبادئ تتجاوز المستوى الطبي/البيولوجي كي تشكل نواة للتفكير في كيفية تنظيم أخلاقي وقانوني متفق عليه –نسبياً– للممارسة والبحث العلميين، ولكل الممارسات المهنية بشكل عام؛ وسيلة لتدعيم حقوق الإنسان والحفاظ على بيئته، وحمايته من تجاوزات العلماء والباحثين، لاسيما وأن هذه المبادئ تتعلق بقضايا تهم الجميع مثل صيانة كرامة الإنسان والحفاظ على وحدته وهويته، ومراعاة العدالة والإنصاف في إطار استفادة كل أفراد المجتمع من العلاجات الطبية، ومن كل فوائد التقدم العلمي/التكنولوجي في المجال الطبي/البيولوجي، وكذا احترام حق الفرد في الاختيار واستقلاله الذاتي وحقه في تقرير مصيره بنفسه فيما يتعلق بحياته أو موته أو ذاته بشكل عام .

والواقع أن مصطلح "Bioethics" قد استُخْدَم لأول مرة من قِبَل العالِم الأمريكي المتخصص "ڤان رينسيلار بوتر" Van Rensselaer Potter،

=

" نسبةً إلي "البيولوجيا". غير أن هناك ترجمات عربية متعددة لهذا المصطلح، منها: "أخلاق الحياة" و"الأخلاق الطبية" و"أخلاقيات الطب والبيولوجيا" و"أخلاقيات علوم الحياة".

وذلك عام 1971 في كتابه: "الأخلاق الحيوية: جسر نحو المستقبل" Bioethics: Bridge to the Future، وبعد "بوتر" تم استعمال هذا المصطلح من جانب مفكرين أمريكيين آخرين، ثم انتقل المصطلح إلى أوروبا ثم إلي بقية العالَم؛ وبذلك يكون هذا المبحث إبداعاً أمريكياً، إذ رغم تحوّله إلى مشروع عالمي فهو ذو نشأة أمريكية خالصة: ونقصد بذلك أن مؤسس المفهوم أمريكي، فضلاً عن أن العوامل المباشرة التي أدت إلى نشأته كانت أيضاً أمريكية. ورغم أن المصطلح نفسه جديد، وأن بزوغ نجم "الأخلاق الحيوية" يعود الفضل فيه إلى التطورات الأخيرة في العلوم الطبية الحيوية، فإنه يمكن اعتبار "الأخلاق الحيوية" أيضاً صيغة حديثة لمجال فكرى أكثر قدماً، ألا وهو "الأخلاق الطبية" medical ethics. وليس من شك في أن "الأخلاق الحيوية" تزعم بأن الأخلاق الطبية تقع في دائرة اختصاصها، لكنها تنحو منحى متبايناً للغاية بطرق شتى. وبشكل تقليدي صبت الأخلاق الطبية جل اهتمامها في المقام الأول على العلاقة بين الطبيب والمريض وعلى الفضائل الحسنة التي يتحلى بها الطبيب الجيد. كما أنها عُنيت كثيراً أيضاً بالعلاقة بين الزملاء في المهنة، إلى درجة أنها بدت أحياناً وكأنها تجسد ملاحظة "جورج برنارد شو" أن "جميع المهن عبارة عن مؤامرات ضد من هم ليسوا أعضاء بها". أما "الأخلاق الحيوية"، فعلى الجانب الآخر، فهي تمثل مشروعاً نقدياً أكثر انفتاحاً وتأملاً. إذ إنها لا تقتصر على استقصاء الأبعاد الأخلاقية للعلاقة بين الطبيب والمريض والعلاقة بين الطبيب والطبيب، لتتجاوز نطاق الأخلاقيات الطبية التقليدية بطرق عديدة:

أولاً : ليس هدفها التنمية، أو التمسك بأي قانون أو مجموعة من التوصيات، ولكن هدفها يكمن في التوصل إلى تحقيق فهم أفضل للقضايا.

ثانياً : هي مهيأة لأن تطرح تساؤلات فلسفية عميقة حول طبيعة الأخلاق، وقيمة الحياة، وحول معنى أن يكون الإنسان شخصاً، ودلالة كونه إنساناً.

ثالثاً: فهي تتصدى لقضايا تتعلق بالسياسة العامة للعلم، وتوجيهه والسيطرة عليه. ففي ضوء كافة هذه المعاني، تُعد الأخلاق الحيوية مبحثاً جديداً متميزاً، غير أن تاريخها يجب أن تقترن بدايته مع تاريخ آداب مهنة الطب[7].

ففي مجال العناية بالصحة لا يمكن اعتناق مبادئ مطلقة. ومع ذلك ، فإن هناك العديد من المبادئ التي تبدو ملائمة للحالات المختلفة المتعلقة بهذا المجال. فحتى وإن كانت هذه المبادئ لا تتصف بأنها مطلقة، فإنها تفيد في مجال الطب الإكلينيكي بوصفها مبادئ مرشدة. لقد أثبتت مثل هذه المبادئ جدارتها لسنوات طويلة، ولاقت قبولاً عاماً نظراً لنجاحها في حل مشكلات أخلاقية عديدة متعلقة بالطب[8].

إن فلسفة الطب تواجه مشكلات بالغة الصعوبة، فقد أصبحت الأخلاق الطبية كفرع للأخلاق التطبيقية مثار اهتمام واضح حينما ابتعدت عن التأملات النظرية المجردة واستندت إلى مسائل عملية انبثقت من الواقع وتتعلق بمشكلات الحياة اليومية وأمور الصحة والمرض. لاسيما فيما يتعلق بأخلاقيات المهنة ذاتها، من خلال التساؤلات العملية عما يجب القيام به إزاء الحالات التي يواجهها الطبيب. لأن الطب قائم على التشكل المستمر، بخلاف ما هو الحال في مجالي الأعمال business والقانون. ومع ذلك فحتى أولئك الذين أخذوا على عاتقهم حل المعضلات الأخلاقية في مجال الطب كالمرضى وأفراد العائلة والأطباء والممرضات، والقائمين على إدارة المستشفيات، ورجال الإدارة المحلية، وقاموا بانتهاج أسلوب معالجة كل حالة

وكأنها فريدة وجديدة وغير مسبوقة على الإطلاق، إن أولئك قد أخفقوا فى مسعاهم، فقد فاتهم أن أفضل سبيل للحل هو فهم المبادىء العامة التي تشكل منظومة أو نسقاً a systematic ethical للأخلاق ومواجهة كل موقف على ضوء هذه المنظومة[9].

ما المقصود بفلسفة الطب؟

إن هذا البحث ينصب على دراسة فلسفة الطب من هذه الزاوية أي دراسة الأخلاق الطبية. ونقطة البدء هي الإقرار بأنه ليس في وسع المرء ممارسة أي نوع من الأخلاق؛ لاسيما الأخلاق الطبية بطريقة مجردة. لأن المعضلات التي تنشأ في هذا المجال إنما تأتينا من الحياة الواقعية، ولأناس حقيقيين من لحم ودم. لذلك يري البعض أن الأخلاق الحيوية لا تعدو أن تكون شكلاً من أشكال الأخلاقيات التطبيقية المعاصرة، يجمع بين الطابع العلمي نظراً لارتباطه بالعلوم الطبية/البيولوجية، والطابع الفلسفي نظراً لتركيزه على القضايا الأخلاقية الفلسفية التي يطرحها التقدم العلمي والتقني المرتبط بالتجريب والبحث العلميين في إطار الطب والبيولوجيا. ومع هذا فإن محاولة وضع إطار عام نظري هو أمر ضروري لحل معضلات الحياة العملية[10].

وهنا يبرز سؤال: ما طبيعة المادة التي تقدمها الأخلاق الحيوية في مجال الطب؟ للإجابة عن مثل هذا السؤال علينا أن نشير أولاً إلى أن هناك قيماً واضحة بذاتها في مجال العناية بالصحة، فعلى سبيل المثال، تبدو الفكرة القائلة بأنه ينبغي على الطبيب "ألا يؤذى" Ought not to harm أي مريض، بوصفها فكرة مقنعة في نظر أي إنسان عاقل. كما يمكن النظر إلى الفكرة القائلة بأنه يجب على الطبيب أن يطور خطته العلاجية من أجل تحقيق أكبر نفع للمريض مستخدماً فى ذلك الاختيارات البديلة، بوصفها فكرة واضحة بذاتها. علاوة على ذلك فإن ضرورة أخذ موافقة المريض على برنامج

العلاج المقترح قبل الشروع في تنفيذه إذا كانت قدرته الإدراكية تمكنه من ذلك، هذه المسألة أصبحت من الأمور التي تلقى قبولاً واسعاً الآن. وأخيراً ينبغي أن تشمل الرعاية الصحية الجميع على أساس العدل والمساواة[11].

يتناول مبحث الأخلاق الطبية مجموعة الأفكار التي توجه الطبيب وهو يعالج مريضه، والعلاقة التي يجب أن تتوفر بين الطبيب والمريض في فترة العلاج ، كما ينظر نظرة نقدية إلي استخدام التكنولوجيا في الطب وما قد ينتج عنها من مشكلات أخلاقية، مثلما ينتج عن تطبيق الهندسة الوراثية علي الإنسان وتحسين المورثات (الجينات) وإمكان التحكم في سمات وخصائص طفل المستقبل قبل ولادته، وما ينتج عن الإخصاب الصناعي وأطفال الأنابيب. يدل كل هذا علي التقدم الهائل في الطب؛ لكن تنشأ عنه مشكلات أخلاقية يلزم بحثها وإظهارها ومحاولة تقويمها وحلها. وأخيراً فإن المقصود بفلسفة الطب بحث في النظرة التي يجب أن تنظر منها إلي المريض بوجه خاص والإنسان بوجه عام، ويكاد يجمع كل علماء الطب علي وجوب النظرة الإنسانية إلي الإنسان، يجب النظر إلي الإنسان علي أنه كائن حي يجب احترامه وتقديس حياته وأنه ليس سلعة تباع وتُشْتَرى؛ وإنما له كرامة وشخصية وكيان يجب الحفاظ عليه والاهتمام برعايته علي الوجه الأكمل[12].

إن مهمة هذا الضرب من المبادئ الأخلاقية هي دراسة الحالات والمواقف والمشكلات التي تواجه الأطباء خلال عملهم، ثم يقوم بتحليلها من خلال منظور فلسفي، يحاول أن يصل إلى تحديد المفاهيم والمبادئ التي تكمن خلف الأحكام التي يصدرها هؤلاء الأطباء والعلماء، ثم يحاول من خلال اللوائح والمواثيق الطبية أن يصل إلى تعميمات نظرية يمكن أن تطابق المواقف. فهل يمكن أن نقول بإمكان التوصل إلى نظرية شاملة؟

إن الصلة بين الطب والأخلاق في عصرنا الحاضر قد تجاوزت

المعايير التي حددها كل من "أبقراط" و"جالينوس"(*) بعد أن استفحلت المشكلات التي اقتضت إجابات أخلاقية بعد إمكان زراعة الأعضاء وما يترتب على ذلك من إهدار لآدمية الإنسان حين يضطره العوز إلى بيع أعضائه مما أثار على نحو صارخ موضوع حرمة كل جزء من الإنسان، كما أثارت الهندسة الوراثية موضوع حقوق الجنين وقدسية الحياة، وهكذا كما يقول الفقهاء: (تحدث للناس أقضية بقدر ما أحدثوا من أمور)، أي يحتاج

(*) وُلدَ جالينوس عام 130م. في "برجاموس" ودرس الطب في اليونان وآسيا الصغرى والإسكندرية، ثم أقام في روما، وبرع في الفلسفة أيضاً وجميع العلوم الرياضية، وجدّد من علم أبقراط، وكان شارحاً لكتبه التي درسها وغمُضت على أهل زمانه، ولكنه بفضل مجهوده العلمي ومهارته العلمية أمكنه أن يؤسس تعاليمه المشهورة التي بقيت دستوراً للطب آجالاً طويلة حتى أن مؤلفاته في التشريح كانت المرجع الوحيد لهذا العلم حتى ظهور "فيساليوس" في القرن السادس عشر. ولم يتمكن أحد حتى ذلك الوقت أن يطعن في صحة طبه الحاكم المطلق، حيث كانت مؤلفاته وفلسفته وطرق علاجه وآراؤه هي المهيمنة دون معارضة في عالَم الطب.

كانت تعاليم جالينوس تنص على أن الطبيعة تعمل بحكمة ولا تخطئ، ومن ثمَّ فأعضاء الجسم المختلفة قد شكلتها الطبيعة بطريقة تتناسب مع عملها، وأن لكل عضو فائدته وأن لوجوده ضرورة خاصة، فأصبحت بذلك الصلة بين السبب والنتيجة على وفاق تام، وفي هذا برهان على وجود الله.

اعتبر جالينوس أن الروح أساس الحياة، ونظر إلي الجسم بوصفه أداة الروح. وقد لاقت تعاليمه هوى في نفوس رجال الدين لأنها كانت تتماشى مع العقائد المسيحية، فلقى نفوذه تعضيداً تاماً وبقيت تعاليمه دون أن تمس، كما أن إيمانه بالله جلب له احترام المسلمين فيما بعد مع اقتباس تعاليمه. [ابن أبي أصيبعة، عيون الأنباء في طبقات الأطباء، الجزء الأول، ص ص 307 –9، وكذلك: فهيم أبادير، من تاريخ الطب عند العرب، ص ص 18 –9].

ويحتل جالينوس المكان الثاني بعد أبقراط، وكان من أحب المؤلفين اليونان إلى العرب، وقد تُرجم من كتبه عدا الكتب الستة عشر المشهورة نحو ثمانية وخمسين كتاباً، وأشهر مترجميه "حنين بن إسحاق" و"حبيش بن الأعسم" و"إصطفن بن بسيل" و "عيسى بن يحيي" [د. التجاني الماحي، مقدمة في تاريخ الطب عند العرب، مطبعة مصر بالخرطوم، الخرطوم بحري، الطبعة الأولى 1959، ص 29].

الناس إلى فتاوى بقدر ما يستحدثون من مشكلات تقتضى أحكاماً فقهية، وهكذا أضحى ما أثاره الإنسان من مشكلات طبية مفتقراً إلى أحكام أخلاقية، وغدا الأمر ملحاً إلى أن صارت "الأخلاق الطبية" Medical Ethics مقرراً يُدَّرس في كثير من الجامعات الأوربية والأمريكية[13].

الأخلاق الطبية

الأخلاق الطبية لها تاريخ مديد ومتنوع، ومع أنه كثيراً ما يُعْـتَقد بأنها بدأت في عصر أبقراط (*)، في اليونان القديمة، فإنها في الواقع أقدم بكثير[14].

(*) أبقراط Hippocrates: وُلِدَ في جزيرة "كاوس" kos حوالي سنة 460 ق.م.، وتعلم الطـب على والده، وساح في بلاد اليونان سياحة واسعة. كان أبقراط شديد الرصانة، كثير الـتحفظ، بالغ التواضع (فهو القائل: "ليس عندي من فضيلة العلم سوى إدراكي بأنني لست بعالِـم")، وكانت وسائل العلاج الفنية المتوافرة لديه قليلة الجدوى ضعيفة الأثر، وكان على علم بـذلك. وقد لجأ في علاجاته إلى استخدام المسهلات، والمقيئات والمنعشات، والمحيضات، والحقـن الشرجية والجلدية، والفصد. واستعان على إخلاء الجسم بالتقنين الصارم المـسغب للطعـام، وعمد إلى المسكنات والحمامات والفرك والتدليك، ووصف ماء الشعير "تقيع الشعير" و "حساء الشعير" Ptisane، ومنها اللفظة الإنجليزية Ptisan، والفرنسية Tisane التي تطلـق علـى أنواع النقيع كافة، والخمر وشراب العسل "عسل محلول بالماء" والعسل المخلل "عسل محلول بالخل". ولنذكر أن اليونان عرفوا العسل لا السكر. وكان أكثر ما استطاع الطبيب أن يرجوه في علاج المريض أن يُلطِّف آلامه إن أمكن، ويُنشِّط ويُقّوي معنوياته.

إن الألفاظ اللاتينية vis medicatrix naturae "قوة الطبيعة الشفائية" تعبر تعبيراً أنيقاً عن الفكرة الأساسية في التعليم الأبقراطي. وهي في التعبير الطبيعي الحديث "إن العافية حالة من التوازن المستقر"، والعلة تصدع في ذلك التوازن. وحيث لا يكون التصدع بالغ العمق لا يلبث التوازن أن يستعيد مكانته من تلقاء نفسه. فينبغي والحالة هذه، أن يوفر للمـريض مـن الراحة الجسدية وهدوء النفس ما يتسنى معه تحقيق قوتها الشفائية، ومزاولة مهمتهـا دون أن تقوم في سبيلها العقبات، ثم إعادة العافية (إرجاع حالة التوازن) فوراً إلى ما كانـت عليـه. والواجب الأول للطبيب أن يرعى المريض ويعين الطبيعة في عملها. [جورج سارتون، تاريخ العلم، الجزء الثاني، الفصل الثالث عشر: الطب اليونـاني فـي القـرن الخـامس وطابعـه الأبقراطي، ترجمة د. كمال اليازجي، دار المعارف، القاهرة، الطبعة الثانية 1970، ص ص 219 – 229 مواضع متفرقة]. لقد حرر أبقراط الطب من سيطرة رجال الدين ووضـع لـه نظماً جديدة، وهو ليس فحسب أول من رفع مسئولية علاج المرضى عن الآلهـة ووضـعها =

=

على عاتق الإنسان وحده، بل هو أيضاً أول من وضع قواعد صحية بُني عليها أساس الطب الحديث، فكان بلا منازع أعظم طبيب ظهر في تاريخ الطب القديم.

وترجع شهرة أبقراط إلى مجموعة الكتب المنسوبة إليه، ويتراوح عددها بين 72 و 76 كتاباً في 53 موضوعاً، وقد نُشِرَت نشرة علمية وتُرْجِمت إلي اللغات العربية والإنجليزية والألمانية. وقد تزعم "أبقراط" المدرسة الطبية الموجودة في عصره ونجح في ضم عدد كبير من التلاميذ الذين نشروا علمه وفنه في العالَم الإغريقي. ويمكن تلخيص فلسفة أبقراط في الطب: إن المرض عارض طبيعي، وما الظواهر المرضية إلا رد فعل من جانب الجسم، وإن أهم ما يقدمه الطبيب للمريض هو معاونة قوى الجسم الدفاعية".

ومن أهم الآثار الأبقراطية "قسم أبقراط" Hippocratic Oath وهو العهد الذي يقطعه الأطباء على أنفسهم عند تسلم مقاليد المهنة، ويدلنا روح هذا القسم على الدرجة العالية التي بلغتها الأخلاق من السمو، إذ نص هذا القسم على أمور لها أهميتها ودلالتها على الثقافة العلمية والأدبية التي بلغها ذلك العصر منذ أكثر من عشرين قرناً، حيث حرّم الإجهاض، كما منع الطبيب من السماح له بإبداء النصح أو إعطاء أي عقار يؤذي صحة المريض، وربط الطبيب بقدسية المهنة وسريتها التي لا يجوز إفشاؤها.

ومن الأقوال المأثورة لأبقراط المتعلقة بآداب مهنة الطب وتقاليدها وواجباتها، نذكر ما يلي:

- "يجب على من يريد الحصول على المعرفة التامة في العلوم الطبية أن يكون لديه الاستعداد التام لذلك، وأن يلتحق بمعهد طبيب وأن يتعلم منذ حداثته، وأن يكون لديه الميل للعمل، وكذلك وقت كاف ليخصصه للدراسة".
- "إن أهم واجب على الطبيب هو العمل على إزالة آلام المريض أو على الأقل تخفيفها".
- " وعلى الطبيب واجب هام جدير بالاعتبار، وهو أن يكون حسن المظهر والهندام، وألا يكون عليلاً أو ضعيفاً، لأن المرضى يعتبرون أن الشخص الذي لا يعتني بنفسه لا يمكنه العناية بغيره، ويجب على الطبيب أن يتعلم أن يصمت في الوقت المناسب، كما يجب الاعتدال في معيشته، محافظاً على سمعته وكرامته، ويجب أن يحسن التصرف كرجل شريف، وأن يكون صبوراً رقيق الجانب، وأن يكون هادئاً غير متهوراً في عمله، ساكن الجنان غير حاد المزاج أو عبوساً، كما يجب ألا يكون كثير المرح".
- "ويجب على الطبيب أن يتحلى بخصال الفيلسوف الحميدة، ومنها إنكار الذات، والحماس، والتواضع، والمظهر المحترم، والجدية، والحكم الهادئ، وهدوء الفكر والحزم، والحياة الطاهرة وعدم الثرثرة، وتجنب الأشياء الضارة، والإيمان والتعبد لله".

=

فحتى المجتمعات البدائية التي لم يكن لديها لغة مكتوبة، كانت لديها بالفعل – وإلى حد ما– مجموعة من القيم المعلومة شفاهةً والتي كانت توجه الرعاية الصحية التي يقدمها القائمون بمداواة المرضى (كان يُطلق عليهم الشامان(*) shamans)، والسحرة، والكهنة، فضلاً عن القابلات(**)، ومجبري العظام، والمعالجون بالأعشاب[15]. ويُعَد تشريع حمورابي مشتملاً في جانب منه علي أقدم الأحكام المتعلقة بممارسة الطب المدونة، وقد كُتِبَ هذا التشريع في بابل في حوالي عام 1750 قبل الميلاد. وتنص الأحكام الطبية الواردة فيه على أنه إذا استخدم الطبيب مبضعاً برونزياً لإجراء عملية كبرى لأحد النبلاء، وأفضى ذلك إلى موته أو أدي إلى فقدان إحدى عينيه، تُقطع يد الطبيب[16]. ثم إن ثمَّة أحكاماً أخرى ضاربة في القدم تخص الأخلاق الطبية

=

وفي النهاية لا يمكننا أن نقول أن أبقراط وصل في الطب إلى مرتبة الكمال، إنما لا جدال في أنه يمكننا أن نعتبره نقطة تحول في تاريخ الطب. [د. فهيم أبادير، من تاريخ الطب عند العرب، المؤسسة المصرية العامة للأدوية، القاهرة، بدون تاريخ، ص ص 16–7].

(*) نسبةً إلي الشامانية shamanism وهي دين بدائي يتميز بالاعتقاد بعالم الآلهة والشياطين وأرواح السَّلف، وبأن هذا العالَم لا يستجيب إلا للشامان. والشامان shaman كاهن أو ساحر يعمل علي معالجة المرض ويحاول كشف المُخَبَّأ والسيطرة علي الأحداث، وهو في حال من "الانجذاب الصوفي" لا تتم له إلا بالاستعانة بالرقص والأغاني وقرع الطبول وما إليها، وبذلك ينتقل إلي عالَم الأرواح الشريرة حيث يؤدي مهمته بمساعدة روحه الحارسة فيستنقذ روح مريض أو مريضة ويعود بها إلي دنيا البشر، وهكذا. والشامانية معروفة بين قبائل المغول في شمال آسيا ووسطها، وبين الإسكيمو، وهنود أمريكا الحمر.

[انظر: منير البعلبكي، موسوعة المورد، المجلد التاسع، دار العلم للملايين، بيروت، 1992، ص 34.]

(**) القابلات midwives ومفردها "قابلة" وهي السيدة التي تعتني بالحمل والولادة والعناية بصحة الأم والوليد بعد الوضع، وهي التي تشرف علي عملية وضع الأم الحامل، وسميت قابلة في اللغة العربية لأنها أول مَنْ يستقبل الوليد عند قدومه إلي الدنيا.

موجودة في صلب التقاليد الدينية تدعو الأطباء بأن يتحلوا بصفات ذات الله في كونه المخلّص للعبيد، والفقراء من الرجال والأغنياء والأمراء بالتساوي، وأن يقدموا العون للناس كلهم كإخوة لهم؛ ولا يُدين الدعاء[*] اليومي الذي يتلوه الطبيب – والذي غالباً ما يُنسب إلى الطبيب اليهودي "موسى بن ميمون"[**] في القرن الثاني عشر (ولكن يُعْـتَقد الآن أنه يعود إلى القرن

(*) ينص دعاء موسي بن ميمون علي ما يلي:–

"يا إلهي القادر علي كل شئ، لقد خلقت جسد الإنسان بحكمة متناهيـة...وباركـت أرضـك وأنهارك وجبالك فمنحتها مواد شافية، وهي تعين مخلوقاتك علي تخفيف معانـاتهم وتـشفي أمراضهم. ومنحت الحكمة للإنسان ليخفف من معاناة أخيه الإنسان، وللتعرف علي متاعبـه، ولاستخلاص المواد الشافية، ولاكتشاف قدراتها، ولإعدادها واسـتخدامها لـتلائم كـل داء. واخترتني، بحكمتك الإلهية، للعناية بحياة وصحة مخلوقاتك، وأنا الآن علي وشك أن أكـرس نفسي لواجبات مهنتي، فيا إلهي القدير هبني العون في هذه الأعمال الجليلـة لتفيـد الجـنس البشري، لأنه بدون مساعدتك فلن يكلل النجاح أبسط الأشياء.

رب ألهمني الحب لمهنتي ولمخلوقاتك، ولا تدع التعطش للربح، والطموح للشهرة، والإعجاب أن تتدخل في مهنتي، حيث إنها أعداء للحقيقة ولحب الجنس البشري، ويمكنهـا أن تقـصيني بعيداً عن المهمة الكبرى المتمثلة في صنع الخير لمخلوقاتك، اللهم احفظ قوي بدني وروحـي بحيث تكون دائماً مستعدة ببشاشة لمساعدة ومعاونة الغنـي والفقيـر، والـصالح والطـالح، والصديق والعدو علي حدٍ سواء، رب دعني لا أري فقط فيمن يعاني الآلام الجانب الإنـساني وحده، وأنر عقلي حتى يمكنه التعرف علي ما هو موجود فعلاً، الأمر الذي قد يساعد علـي تفهم ما هو غائب أو خفي...

يا إلهي القدير لقد اخترتني برحمتك للعناية بأمر حياة وموت مخلوقاتك. وإني الآن أكـرس نفسي لمهنتي، فأعني علي أداء هذه المهمة الجليلة لكي أنفع الجنس البشري.

[انظر: د. ديكنسون (جون ب.)، العلم والمشتغلون بالبحث العلمي فـي المجتمـع الحـديث، ترجمة شعبة الترجمة باليونسكو، عالم المعرفة 112، الكويت، ص ص 259–60.]

(**) موسي بن ميمون، فيلسوف وطبيب يهودي أندلسي المولد، يُعَـد من أكبر المفكرين اليهـود في القرون الوسطي، وعُرِفَ موسي بن ميمون في الغـرب باسـمMoses Maimonides. وُلِـدَ عام 1135 في قرطبة ومات بالفسطاط عام 1204. غادر الأندلس إلي شمال أفريقيـا وهو فتي ثم استقر في الفسطاط (القاهرة الآن)، حيث عُيِّن طبيباً في بلاط الأيوبيين، إذ كـان =

الثامن عشر) – "التعطش إلى الربح وحسب، وإنما أيضاً الطموح إلى الشهرة ونيل الإعجاب"[17].

وغالباً ما كان يتم التعبير عن القيم الأخلاقية في صورة قَسَم ، أشهرها فى الموروث الغربي هو قَسَم أبقراط[*]، والذي يعود إلى القرن الخامس قبل

=

طبيب القائد العسكر المسلم المشهور صلاح الدين الأيوبي، وأيضاً كان طبيب ابنه الأفـضل نور الدين. وألّفَ بالعربية والعبرية. أشهر أعماله "دلالة الحائرين" (وقد كتبه بالعربية) وفيـه حاول أن يُظهر أن لا تعارض بين الفلسفة والدين. كان رئيساً للطائفة اليهودية فـي مـصر، وكان "ابن ميمون" أيضًا أحد رواد النزعة العقلية في اللاهوت اليهودي، وحاول في نظريتـه عن المعرفة أن يقدم أساساً عقلانياً للحقيقة الدينية.

وقد أثرت شروحه وكتاباته علي الفكر اليهودي كله، والفلسفة المدرسية المسيحية وبخاصـةٍ "توما الأكويني"، كما أثرت علي "إسبينوزا". واعتمدت محاولته في التوفيـق بـين الفلـسفة الأرسطية من جهة وحرفية الحقيقة كما وردت في العهد القديم من جهة أخري– اعتمدت علي الفلاسفة المسلمين أمثال ابن سينا الذي يدين له بنظريته في الخلود، وابن رشد الذي اسـتقي منه فكرته عن هوية الماهية والوجود في الله.

[انظر: د. ديكنسون (جون ب.)، العلم والمشتغلون بالبحث العلمي في المجتمـع الحـديث، ترجمة شعبة الترجمة باليونسكو، عالم المعرفة 112، الكويت، ص ص 259–60، وأيضاً د. عبد الغفار مكاوي، لِـمَ الفلسفة؟، منشأة المعارف، الإسكندرية، 1981، ص142.]

(*) ينص قسم أبقراط علي ما يلي:–

" أقسم بكل الأرباب بأن أعتز أشد الإعزاز بمَنْ علمني هذا الفن مثلما أعتز بوالدي، وأن أظل مطيعاً ما حييت، وأن أقتسم معه ما لدي من مال متي كان ذلك لازمـاً، وأن أعنـي بأبنائـه كإخوتي وأن أعلمهم هذا الفن متي رغبوا دون أجر أو وعد مكتوب، وأن ألقن علمي لأبنـائي وأبناء أستاذي الذي علمني قواعد المهنة، وأن أبلغ تلاميذي – وحدهم دون غيرهم – الـذين التحقوا بهذه المهنة نصائحي وإرشاداتي، وأن أصف الدواء الناجع لمرضاي حسب قـدرتي، وألا أضر أحداً، وليس من أجل أرضاء أحد أصف دواءً مميتاً، ولا أعطـي امـرأة "لبوسـاً" يسبب الإجهاض وإنما أحافظ علي طهارة حياتي ومهنتي، وألا أشق عن مـن فـي مثانتـه حصي، وإنما أترك ذلك ليقوم به المتمرسون (الأخصائيون)، وألا أدخل أي بيت إلا لـصالح المرضي وأن أتجنب أي فعل سيئ، ولاسيما ما يتصل بعشق النساء أو الرجال الأحرار منهم أو العبيد، وكل ما يصل إلي علمي أثناء ممارسة مهنتي أو خارجها أو في اتـصالي اليـومي =

الميلاد، الذي يُنْــظَر إليه بوصفه الركيزة الأساسية لآداب مهنة الطب في الغرب. وبرغم القبول الذي يلقاه القَسَمَ، غير أن الغموض يحيط بجذوره. فحوالي عام 500 قبل الميلاد ظهرت مدارس متباينة في الطب، كانت كل واحدة منها تعكس نوعاً مختلفاً من المعتقدات الطبية، والفلسفية، والدينية. إحدى هذه المدارس الطبية كانت تقع في جزيرة "كاوس"(*) Kos وهي إحدى جزر الدوديكانيز Dodecanese Islands وكان يرأسها الطبيب أبقراط، الذي أسس مدرسة استمرت تؤدي نشاطها لعدة قرون. وكان الأطباء في مدرسته يستخدمون الفطرة السليمة في علاج مرضاهم. فلم يكن لديهم الأدوية الحديثة ولا الأجهزة والنظريات، بينما كانت لديهم الفطرة السليمة والقدرة علي ملاحظة الأشياء بطريقة ذكية[18].

وأصبح أتباع "أبقراط" يعتقدون أن الأطباء يجب أن يجعلوا المرضي وأنفسهم في حالة نظيفة، وأنه يجب أن يتوافر للمريض هواء صحي وبيئة نظيفة ووجبة متزنة من الغذاء البسيط. وقد استنبطوا قواعد معقولة لإيقاف

=

بالناس مما لا يجوز إذاعته فإني أحتفظ به سراً مكنوناً. وحين أبقي وفياً لهذا القسم محافظــاً عليه أستمتع بحياتي وأبقي سعيداً بمهنتي، وموضع احترام وتقدير كل الناس في كل الأوقات، أما إذا انحرفت عنه وحنثت به فسيكون حظي بخلاف ذلك".

[انظر: د. أحمد محمود صبحى، د. محمود فهمى زيدان، في فلسفة الطب، دار المعرفــة الجامعية، الإسكندرية، 1995، ص ص 165- 6.]

(*) وهي تقع علي بحر إيجه Aegean Sea (التي تقع بالقرب مــن الــساحل الغربــي لتركيــا الحديثة). أهم محاصيلها الزراعية العنب والرمان والبرتقال والزيتون. احتلها الإسكندر الأكبر عام 336 قبل الميلاد. وبعد أن آلت إلي البطالمة Ptolemies بسط الرومان سلطانهم عليهــا عام 53 للميلاد، ومن ثمَّ خضعت لسيطرة البيزنطيين. فتحها العثمانيون عام 1523. واحتلها الإيطاليون عام 1912، ثم تخلوا عنها لليونــان عــام 1947. مــساحتها111مــيلاً مربعــاً (حوال285 كيلومتراً مربعاً). سكانها حوالي خمس وعشرين ألف نسمة. [موسوعة المورد، المجلد السادس، ص 70 .]

النزيف، ولنظافة وعلاج الجروح ولتجبير العظام المكسورة، وكانوا يتجنبون كل شئ مفرط، كما كانوا لا يستخدمون الأحجبة السحرية. وقد جُمِعَت كتابات المدرسة الأبقراطية كلها، ومن المستحيل أن نقرر بالضبط من الذي قام بكتابة هذا الجزء أو ذاك. وأفضل ما يُعَرف من هذه الكتابات، قَسَمَ يقطعه كل طبيب علي نفسه عندما يُعــد نفسه لاحتراف مهنة الطب[19]. بيد أن تاريخ القَسَم غير معروف، مع وجود تقديرات تتراوح بين القرن السادس قبل الميلاد إلى بداية العصر المسيحي. وللقَسَمَ دلالة مزدوجة في تاريخ آداب مهنة الطب الغربي. ففي تأكيده على "أن أصف الدواء الناجع لمرضاي حسب قدرتي، وألا أضر أحداً، وليس من أجل إرضاء أحد أصف دواءً مميتاً."، يُرسى القسم مبادئ الإحسان وعدم الاستغلال، بمعنى أن الطبيب يجب أن يعمل من أجل مصلحة مرضاه، ويسعى إلى منع الضرر. وبالإضافة إلى ذلك، فإن حظر القَسَمَ إعطاء أية جرعة تؤدى إلى الإجهاض، أو إعطاء أي سم لإنهاء حياة المريض، يتفق والرأي المؤيد لقدسية الحياة البشرية الذي هيمن على الأخلاقيات الطبية في ظل المسيحية. وثمَّة جوانب أخرى للقَسَم مثل تبجيل المعلم تبجيلاً يليق بالوالدين، "ومشاركته مصيره، والتكفل بتوفير ضروريات الحياة له إذا دعت الحاجة "، قلما يُشار إليها في المناقشات الحديثة التي تتناول الأخلاقيات الطبية[20].

وبينما يرى بعض الباحثين أن الأهمية المتزايدة لقَسَمَ أبقراط ترتبط بظهور المسيحية، فإن هذا الرأي محل جدل لدى آخرين ممن يعتقدون بأن هناك اختلافات كبيرة في التعاليم الأخلاقية التي بُنيت عليها كل من المسيحية وطب أبقراط. فثمَّة اختلاف جلى يكمن في الالتزام الديني لكلا الموروثين. وقد تم على فترات مختلفة إلحاق تعديلات لجعل قَسَمَ أبقراط مقبولاً لدى المسيحيين. واحدة من بواكير هذه الفترات ترجع إلى القرن العاشر أو الحادي عشر. وقد أعفي القَسَم في صورته المعدلة الطبيب المسيحي من أن

يُقْسِم بالآلهة اليونانية؛ بل صار من يؤدي القَسَم يتوجه به إلي المسيح[21] ، كما أنه – وفقاً لترجمة حنين بن إسحاق لهذا القَسَم – لم يعد يتطلب من الطبيب المسلم أن يُقْسِم بآلهة اليونان، إذ يبدأ علي هذا النحو : "إني أُقْسِم بالله، رب الحياة والموت، وواهب الصحة وخالق الشفاء وكل علاج، وأُقْسِم بأسكليبيوس وأُقْسِم بأولياء الله من الرجال والنساء جميعاً..."[22]. أي حتى عندما يأتي ذكر أسكليبيوس(*) في القَسَم إنما يأتي ذكره، لا علي أنه إله، بل علي أنه ولي من أولياء الله.

(*) أسكليبيوس Aschlepius = Asklepios إله الطب والشفاء فى الأساطير اليونانية. ابن أبوللو وكرونيس ابنة أمير تساليا. أما زوجة أسكليبيوس فهي إيبيون Epione، وأشهر بناته هيجيا Hygieia إلهة الصحة وأكيسسAcesis (العلاج) وإياسو Iaso (الشفاء) وهو يسمى في الأساطير الرومانية إيسكولابيوس Aesulapius ، وأحد ألقابه "بين" Paean (الشافي).

أما كرونسيس (أمه) فقد قتلتها الإلهة أرتميس، لعدم إخلاصها ووفائها، وكادت جثتها أن تدفن – وهى حامل في أسكليبيوس ـ فى المحرقة، لولا أن انتزع أبوللو الطفل فجأة من رحمها وسلمه للقنطور Cenyaur الحكيم خيرون Chiron، ليتعلم فى مدرسته فرباه القنطور، وعلمه كل فنون الشفاء والعلاج، وأنواع النباتات الطبية وتركيب العقاقير.

وهناك قصص أخرى تقول إن كرونيس رافقت والدها في حملة إلى البلونيز، ووضعت الطفل هناك سراً. ثم تركته في العراء ليموت، لكن قطيعاً من الماعز قام برعاية أسكيبيوس وتغذيته، وعندما بلغ أشده ذاعت شهرته في الشفاء. بل إنه يستطيع أن يعيد الأموات إلى الحياة. غير أن زيوس قتل أسكيبيوس بإحدى صواعقه: إما لخوفه أن يحرر الناس من الموت، أو للشكوى التي تلقاها من هاديس إله الموت. وفى المقابل ثأر أبوللو بأن ذبح جميع السيكلوب الذين صنعوا الصاعقة. وبسبب هذه الإهانة حكم زيوس على أبوللو أن يخدم أميتوس بعض الوقت كراعي غنم. أما عند "هوميروس" و"بندار" فأسكليبيوس مجرد طبيب بطل، ووالد لاثنين من الأبطال هما: ماخون وبودليروس. ثم اختلط هذا الإله – فى العصور المتأخرة – بالإله المصري سيرابيس Serapis فظهر في الأعمال الفنية على هيئة رجل مُلتح يمسك بعصا تلتف حولها أفعى.

[د. إمام عبد الفتاح إمام، معجم ديانات وأساطير العالَم، المجلد الأول، مكتبة مدبولى، القاهرة، 1995، ص ص 124 – 6.]

ولعل من أهم التأثيرات الأخلاقية المسيحية تلك التي تتعلق بتركيزها على حب الإنسان لجاره والإشفاق على المرضى. وقد بدأت المؤسسات الدينية، مثل الأديرة، فى بناء مستشفيات "للمرضى والمعوزين"، وأكدت التعاليم المسيحية أن الأطباء يجب أن يغرسوا قيم الرحمة والإحسان. وثمَّة أطروحة، ربما يرجع تاريخها إلى أوائل القرن الثاني عشر، تحث الأطباء على ألا يقدموا العلاج "من أجل تحقيق مكسب، أو يمنحوا الأغنياء عناية أكثر من الفقراء، أو النبلاء أكثر من العامة"[23] ، وفي القرن الثالث عشر اعتقد "توما الأكويني"(*) أنه من الخطيئة أن يطالب الطبيب مرضاه بأجر

(*) توما الأكوينى Thomas D' Aquin أكبر فلاسفة العصور الوسطي، ولا يزال تأثيره عظيماً في الكنيسة الكاثوليكية وفى الفكر المسيحي بعامة. وُلِدَ "توما الأكوينى" فى سنة 1225 بقصر روكاسكا Roccasecca بالقرب من أكوين – ومن هنا جاءت نسبته إلى الأكوين. وتقع في إقليم نابلين وكان آنذاك داخلاً فيما كان يعرف بمملكة نابلى وصقلية. وأبوه من أسرة نبيلة تنحدر من أصلاب لنبردية، وبدأ دراسته في دير مونتى كاسينى الشهير وتابعها فى جامعة نابلي، التي كان فردريك الثاني قد أنشأها في سنة 1224، حيث درس الفنون الحرة السبعة (النحو، المنطق، الخطابة، الهندسة، الحساب، الفلك، الموسيقى)، وبعد أن قضى ست سنوات في جامعة نابولي، انضم إلى سلك الدومينيكان عام 1244، وواصل العمل في كولونيا، متتلمذاً على ألبرتوس الكبير، وهو أشهر معلم وباحث أرسطى في عصره. وبعد أن قضى "توما" بعض الوقت في كولونيا وباريس، عاد إلى إيطاليا عام 1259، وكرس السنوات الخمس التالية لكتابة "الخلاصة للرد على الخارجين Summa contra Gentiles وهو أهم ما كتب. وفى عام 1266 بدأ تأليف كتابه الرئيس الآخر "الخلاصة اللاهوتية" كما كتب في هذه السنوات شروحاً على كثير من مؤلفات أرسطو التي زوده بها صديقه وليم موربكة William of Moerbeke مع ترجمات من اليونانية مباشرة. وفى عام 1269 رحل مرة أخرى إلى باريس، حيث أقام ثلاث سنوات. وكانت جامعة باريس في ذلك الحين معادية للاتجاه الأرسطى عند الدومينيكان لأنه كان يوحى ببعض الروابط مع الرشديين الموجودين هناك. بذل "توما" جهداً هائلاً لإزاحة الآراء الرشدية عن معاقلها. وقد أحرزت جهوده في هذا الاتجاه نجاحاً تاماً، وهو انتصار كان معناه المحافظة على أرسطو في خدمة اللاهوت المسيحي، حتى لو كان ثمن ذلك التخلي عن بعض النصوص الأصلية، وفى عام 1272 عاد =

مفرط ، أو أن يمتنع عن تقديم علاج مجاني لمريض قد يموت بسبب الحاجة للعلاج. وعلي الجانب الآخر إذا نظرنا إلي الطب في العالم الإسلامي فسنجد العالِـم الألماني "ألبرت ديترش" يقول: "إنه كان للطب عند العرب مكانة لا تنازع، وللأطباء كرامة لا تمس، فمكانة الطب عند العرب والمسلمين كانت مرموقة إلي درجة كبيرة، وإذا نظرنا إلي أغلب المصنفات الطبية الإسلامية وجدناها بدأت بمقدمة في شرف الطب وأهميته"[24].

وإذا كان الجشع وعدم الإحسان يُنظر إليهما بوصفهما خطايا، كذلك فإن الممارسات الأخرى كانت تُعَـد كذلك. فقد قدم "نافاروس" Navarrus، وهو رائد من رواد القرن السادس عشر في القانون، بياناً واضحاً أدان فيه القتل الرحيم بوصفه خطيئة، حتى ولو بدافع الشفقة. وهو في هذا الصدد قد تبع تصريح القديس أوغسطين(*) في وقت سابق، الذي ذكره في كتابه "مدينة

=

"توما" إلى ايطاليا، حيث مات بعد سنتين وهو في طريقه إلى مجلس ليون. وكانت وفاته فى 7 مارس سنة 1274 عن عمر يناهز الثامنة أو التاسعة والأربعين.

[انظر: د. عبد الرحمن بدوي، موسوعة الفلسفة، الجزء الأول، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، الطبعة الأولي، بيروت، 1984، ص ص 426– 8، وأيضاً: رسل (برتراند)، حكمة الغرب، الجزء الأول، ترجمة د. فؤاد زكريا، عالم المعرفة العدد 62، الكويت، 1983، ص295 .]

(*) وُلِدَ القديس أوغسطين Augustine, Saint. في مقاطعة نوميديا Numidia ، وتلقى تعليماً رومانياً كاملاً، وسافر في سن العشرين إلى روما ومعه عشيقته وطفلهما، وبعد قليل نجده في ميلانو حيث كان يرتزق من التدريس. أما من الوجهة الدينية فكان خلال هذه الفترة مانويا. غير أن التأنيب الدائم لضميره وصرامة أمه، دفعاه في النهاية إلى حظيرة الدين القويم، فعمده امبروز في عام 387، وعاد إلى أفريقيا، حيث أصبح أسقفاً لمدينة هيبو Hippo وظل هناك إلى أن مات في عام 430 .

ويقدم إلينا أوغسطين في كتابه "الاعترافات" وصفاً شيقاً لصراعه مع الخطيئة وقد ظلت حادثة وقعت له في حداثته راسخة في ذهنه طوال حياته، على الرغم من تفاهتها، فقد سرق ذات مرة شجرة كمثرى من حديقة أحد الجيران، وذلك بدافع السلب المتعمد. وعمل انشغاله المرضى بالخطيئة على تضخيم هذا الخطأ إلى حد أنه لم يستطع أبداً أن يغتفره لنفسه. ويبدو

=

الله"، بأن المسيحيين يجب ألا يختاروا الانتحار هرباً من المرض؛ كما تبع أيضاً إدانة "توما الأكويني" لهذا السلوك على أساس أنه غير طبيعي، وبوصفه سلباً لقدرة الله في أن يُحيى ويميت.

وعلى مر القرون، استمر الأطباء أنفسهم في تأمل الصفات التي ينبغي أن يتحلى بها الطبيب الفاضل، وبخاصةٍ في علاقته مع مرضاه. ومع أن هذه

=

أن العبث بأشجار الفاكهة هو في كل العصور عملية لا تخلو من مخاطر! وعلى حين أن حالة الإثم والخطيئة كانت في العهد القديم تعد عيباً يتسم به شعب بأسره، فقد تحولت بالتدريج، في نظر الناس، إلى نقيصة في الفرد ذاته، وكان هذا التحول أساسياً بالنسبة إلى المسيحية، لأن الكنيسة بوصفها مؤسسة لا يمكن أن تخطيء، والواقع أن أوغسطين قد استبق البروتستانتية بتأكيده لذلك الجانب الفردي، أما الكاثوليكية فكانت تنظر إلى وظيفة الكنيسة على أنها هي الشيء الأساسي. ولقد كان أوغسطين يرى أن للجانبين معاً أهميتهما. فالإنسان، من حيث هو في جوهره عاص آثم، يحقق الخلاص بتوسط الكنيسة. غير أن أداء الشعائر الدينية، بل والتزام الحياة الفاضلة، لا يكفيان لضمان الخلاص. ذلك لأنه لما كان الله خيراً، والإنسان شريراً، فإن منح الخلاص فضل إلهي، على حين أن منعه ليس بالشيء الذي يستحق اللوم، وهنا نجد نظرية قدَرية أخذتها اللاهوتية الإصلاحية المتزمتة فيما بعد. ومن ناحية أخرى فإن رأيه القائل إن الشر ليس مبدأ أساسياً، كما اعتقد المانويون، وإنما هو نتيجة إرادة شريرة، كان فكرة قيمة أخذت بها العقائد الإصلاحية فيما بعد، وهى أساس مفهوم المسؤولية في البروتستانتية.

كانت اهتمامات أوغسطين لاهوتية في الأساس. وحتى في الحالات التي كان فيها يهتم بالمسائل الفلسفية، كان هدفه الأكبر هو التوفيق بين تعاليم الكتاب المقدس والتراث الفلسفي للمدرسة الأفلاطونية.

أهم كتب "أوغسطين": "الاعترافات" و"مدينة الله". أما مؤلفاته اللاهوتية فكانت تستهدف أساساً الجدل مع الآراء الأكثر اعتدالاً التي قال بها بلاجيوس Pelagius ، وقد كان بلاجيوس رجل دين ينتمي إلي إقليم ويلز في إنجلترا، وكان مزاجه أقرب إلي الروح الإنسانية من معظم رجال الكنيسة في عصره. وقد رفض فكرة الخطيئة الأولي، ورأي أن الإنسان يمكنه بلوغ الخلاص بجهوده الخاصة، وذلك إذا اختار أن يحيا حياة فاضلة. [انظر: رسل (برتراند)، حكمة الغرب، الجزء الأول، ترجمة د. فؤاد زكريا، عالم المعرفة العدد 62، الكويت، 1983، ص ص 249 – 50 .]

الأفكار عادةً ما كانت تتداخل مع الاتجاهات والتعاليم الدينية السائدة، فإن القرنين السابع عشر والثامن عشر أضافا بعض التغييرات. فقد عوّل "جون جريجوري"(*) ، وهو طبيب وفيلسوف أسكتلندى بارز ظهر في القرن الثامن عشر، عوّل على فلسفات عصر التنوير السائدة لتوضيح رأيه في أن الأطباء يجب أن يكونوا "متعاطفين"، بالمعنى الذي وضعه "ديفيد هيوم"(**). بعبارة أخرى، كان على الطبيب أن يُرهف تلك "المشاعر القلبية التي تجعل الإنسان يشعر بالأسى لآلام أخيه الإنسان، والتي بدورها، تحث فينا أقوى الدوافع

(*) جون جريجوري John Gregory فيزيائي وفيلسوف أسكتلندي في أخلاقيات الطب. وُلِدَ في الثالث من يونيه سنة 1724 فى أبردين Aberdeen بأسكتلندا، وهو حفيد "جيمس جريجورى" تأثر بابن عمه "توماس ريد" Thomas Reid الفيلسوف الأخلاقي ثم واصل "جريجوري" دراساته حتى تم تعيينه عام 1746 بعد فترة وجيزة من حصوله علي درجة الدكتوراه، أستاذاً للفلسفة في كلية "كنجز". قام بتدريس الرياضيات والفلسفة الطبيعية والأخلاق، فضلاً عن تدريبه للأطباء. وقد استقال من وظائفه الأكاديمية عام 1749. وفى عام 1756 انتخب زميلاً للجمعية الملكية. وتوفى "جويجوري" في التاسع من فبراير سنة 1773 .

http://en.wikipedia.org/wiki/John_Gregory

(**) هيوم (ديفيد) Hume, David فيلسوف ومؤرخ أسكتلندي، وُلِدَ في 26 أغسطس سنة 1711 في مدينة أدنبره (اسكتلنده بشمال بريطانيا) حيث كان أبوه يعمل محامياً، وفى سن الحادية عشرة التحق "ديفيد هيوم" بالمدرسة الثانوية في أدنبره . يُعَد "هيوم" أهم فلاسفة عصر التنوير في إنجلترا، والمؤسس الحقيقي للنزعة الوضعية والنفسية. تمثل النزعة التجريبية الشكية: هدم التصور العقلي (أو القبلي) لفكرتى الجوهر والعلية. فالفكر الإنساني عنده خلو من أية فاعلية أو تلقائية، وما "الأفكار" إلا إدراكات حسية، تنشأ "بعد" التجربة، فمقولة العلية مثلاً تأتى من التعود والتجربة المتكررة. وقل الشيء نفسه عن فكرة الجوهر وفكرة الله والأفكار الأخلاقية التي سلط عليها "هيوم" نقده النفسي النافذ . بل إن النفس عنده لا تعدو أن تكون "حزمة" من التصورات والإحساسات. هذا الشك فى يقين الأفكار والقوانين "القبلية" هو الذي أفزع "كانط" وأيقظه – على حد تعبيره – من سباته الدجماطيقي. توفى "ديفد هيوم" في 25 أغسطس سنة 1776.

[انظر: د. عبد الغفار مكاوي، لِمَ الفلسفة؟، منشأة المعارف، الإسكندرية، 1981، ص ص 8. – 157.]

لإعانتهم". إن تأملات "جريجوري" حول دور الأطباء والعلاقة بين الطبيب والمريض لا تزال تعتبر علي جانب كبير من الأهمية حتى اليوم. إذ كان أول طبيب يسعى إلى وضع أساس أخلاقي عالمي للأخلاق الطبية يتسم برحابة أفق. بل إن وجهة نظره المتعلقة بالدور المحوري الذي تلعبه الرعاية والحميمية التي يجب أن تتصف بها العلاقة بين الطبيب والمريض، خليقة بأن تُقْرَأ أيضاً بوصفها واحدةً من أولى المقولات فى مجال "أخلاق الرعاية الصحية".

علاقة الطب بالعلوم الأخرى

موضوع علم الطب، إذن ، هو تشخيص مرض المريض بعد ملاحظة أعراض المرض عليه، ومحاولة اكتشاف الدواء الذي يشفيه من ذلك المرض[25].

يوحى التعريف السابق للطب بأنه فن أو صنعة، لكن الواقع أن الطب علم وتطبيق معاً. هو علم نظري- كسائر العلوم الطبيعية – له منهجه وقوانينه ونظرياته عن المرض والصحة والعلاج. هو علم نظري، حيث يحاول فهم العالَم لكي يغيره، والعالَم في هذا السياق هو الناس؛ سواء منهم المرضى أو الأصحاء، ومحاولة تغييرهم من حالة المرض إلى حالة الصحة أو وقايتهم من المرض. وأبسط دليل على أن الطب علم نظري هو ارتباطه بكثير من العلوم النظرية، مثل : الفيزياء في استعانته بأشعة الليزر والنشاط الإشعاعي في معداته التكنولوجية، ومثل: علوم الكيمياء الحيوية، وعلم وظائف الأعضاء (الفسيولوجيا)، والتشريح، وعلم الأمراض العصبية، لكن أكثر العلوم ارتباطاً بالطب هو علم الأحياء (البيولوجيا). يأخذ الطبيب من علم الأحياء تركيب الجسم الإنساني من أعضاء وعضلات وأنسجة وشرايين، ووظائف كل منها، وكيف تؤدى وظائفها، والخلايا الحية التي تؤلف كلاً منها، وتركيب كل نوع من أنواع تلك الخلايا، ثم ليتوصل علم الطب إلى قوانينه ونظرياته. ومن البديهي أن الطب ليس مجرد علم نظري، وإنما هو أيضاً علم تطبيقي أو فن، من حيث هو مجموعة من الأساليب التقنية، لتشخيص الأمراض وعلاجها؛ بوصف الأدوية المناسبة أو الجراحات الضرورية، وأساليب الرعاية الصحية والتغلب على الأمراض أو تجنبها ومساعدة المريض على الشفاء[26].

الطب – في جوهره – هو علاقة بين طبيب ومريض. هذه العلاقة بالغة الحساسية لأنها تستند إلى الثقة الخالصة في أن الطبيب سيبذل قصارى جهده من أجل العناية بمريضه أو مريضته تحت كل الظروف الممكنة حتى يتعافى من مرضه أو مرضها[27]، إنها علاقة مباشرة وينبغي أن تظل كذلك، والخطر الحقيقي يكمن في أن تنقلب هذه العلاقة إلى علاقة غير مباشرة بين الطبيب والمريض، لتكون أداة تحكمها أجهزة المعلومات، أو تتحول إلى مصالح اقتصادية تشرف عليها الشركات التي تسعى إلى تحقيق أكبر قدر من المكاسب المادية. ففي خلال العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين، حقق الطب قفزة نوعية وذلك بفضل التكنولوجيا الحيوية التي مكنت الأطباء من القيام بالعديد من الإنجازات على مستوى علاج الأمراض والكشف عن أسبابها والوقاية منها، وكذا على مستوى التجميل ومحاربة بعض الآفات كالعقم وغيرها؛ وبالموازاة مع هذه الإنجازات الطبية التي تمت بفضل التكنولوجيا الحيوية، تزايد الهاجس الاقتصادي في الميدان الطبي، وكثيرًا ما تم ذلك على حساب حقوق المرضى وكرامتهم، كما أن تكاليف العلاجات والأدوية في ارتفاع مستمر، ولاسيما في إطار الطب الطبيعي وطب التجميل والطب الرياضي وزرع الأعضاء وتقنيات الإنجاب الحديثة؛ وبالإضافة إلى السماسرة وشركات الاستثمار، ساقت حمى الربح السريع بعض الأطباء والباحثين في مجال البيولوجيا إلي ارتكاب أفعال فيها انتهاك لحقوق الإنسان وإهدار لكرامته، فضلاً عن أن الكثيرين من المرضى وغيرهم من الأشخاص استباحوا أجسادهم وأعضاءهم، إما تحت وطأة الفقر والحاجة، أو بهدف تحقيق ثراء وهمي.

نمت طرق الاستثمار الاقتصادي والإثراء المالي في إطار طرق الإنجاب الحديثة، سواء تعلق الأمر بالإخصاب الاصطناعي داخل الرحم أو خارجه، كما يتجلى الاستغلال التجاري واضحًا فيما يعرف بـ: "الأرحام

المستأجرة"، ولا يمكن أن نغفل الطابع الاقتصادي للبنوك الحيوية (بنوك المني، بنوك البويضات، بنوك اللقاح أو الأجنة المجمدة). لقد تزايد عدد المتخصصين في الإنجاب الاصطناعي بأشكاله المتعددة، وذلك سواء في الدول الصناعية الكبرى أو في الدول النامية، نظراً لما تدره هذه التخصصات الجديدة على أصحابها من أرباح طائلة، وقد تم استغلال وسائل الدعاية المختلفة لجلب الزبائن الراغبين في الحصول على طفل ممّن يعانون العقم المزمن، وتم بذلك تجاوز الأعراف والقيم الدينية والأخلاقية التي درجت عليها المجتمعات لقرون عدة، ويتجلى هذا التجاوز بالخصوص فيما يُعْـَرف بالتلقيح الاصطناعي استعانة بمتبرع، وكذا في الأرحام المستأجرة أو "الأم البديلة". في عالم احتل فيه الاقتصاد بؤرة الاهتمام ومركز العولمة، أضحى كل شيء معروضاً للتجارة وقابلاً للبيع والشراء، حتى الحيوانات المنوية عند الرجال وأرحام النساء وبويضاتهن، كما ظهرت مهن جديدة يزداد الإقبال عليها يوماً بعد يوم، وعلى رأسها مهنة الأرحام المستعارة أو الأم البديلة. لقد تطور الاتجار في الأرحام وامتلأت الصحف بإعلانات مثل: "أم للإيجار" أو "مطلوب رحم للإيجار"، وشهد العالَم لأول مرة في التاريخ "الجدة البديلة"، وهي أول جدة وأم بديلة في آن واحد. وتبعتها أحداث لم تكن في الحسبان، فهذه أم بديلة تبتز الزوجين، بعد أن قبضت قيمة إيجار رحمها، بأن يدفعا لها أكثر وإلا ستنهي حمل طفلهما.

وقد شهدت الولايات المتحدة أكثر القضايا إثارة في تاريخها، فلم تدع الأم البديلة "ماري وايتهيد" محكمة إلا طرقت أبوابها للاحتفاظ بالطفلة التي أنجبتها من رحمها المؤجر سنة 1986، لكن القانون وقف ضدها ومُنِحَت الطفلة للأم التي لم تنجب، والتي دفعت الثمن بموجب عقد قانوني، ولكنها الأم الحقيقية بالوراثة، فهي صاحبة البويضة. وتقوم هذه الأم البديلة حالياً بشن حملة لإصدار قانون يمنع هذا التعامل التجاري في إنجاب أطفال الآخرين.

أدى انتشار الأرحام المستعارة في أوروبا وأمريكا إلى تنظيمها في إطار شركات ووكالات لتأجير الأرحام، وقد أنشأ أحد المحامين الأمريكيين أول مركز أو وكالة لتأجير الأرحام في فرانكفورت بألمانيا، وهو المركز الأول في العالَم، ثم أنشأ وكالة شبيهة في ميتشيجان بالولايات المتحدة الأمريكية، وقد تلقت خلال اليوم الأول لها 12 طلباً من الراغبات في تأجير أرحامهن، وتوجد في لوس أنجلس بكاليفورنيا جمعية عنوانها "جمعية الأمهات البديلات"، ويتوافد عليها عدد كبير من الأزواج القادرين على دفع آلاف الدولارات للنساء الراغبات في استضافة أجنة لهم في أرحامهن.

سيطر نوع من القلق على رجال الدين والأخلاق من جراء الشكل السريع الذي أخذ به المنطق التجاري والعقلية الاقتصادية يتغلبان على المبادئ الأخلاقية والتقاليد الدينية والأعراف الاجتماعية.

لا ريب أن الحياة أصبحت الآن أكثر تعقيداً عما كانت عليه في الماضي. ومن أبرز مظاهر هذا التعقيد أننا لم نعد قادرين على تحديد ما ينبغي علينا أن نفعله، وهذا الارتباك أو الاضطراب الذي نحن عليه يتجلى بوضوح شديد في مجال الطب، لاسيما بعد أن تمكنت التقنيات الطبية الحديثة – التي لم تكن معروفة منذ سنوات قليلة مضت – من توفير إمكانيات هائلة للعناية بالصحة والحفاظ على استمرارية الحياة. مما أدى إلى خلق مشكلات لم يكن لنا بها عهد، الأمر الذي يتطلب غالباً استدعاء قيم ومعايير لمواجهة هذه المشكلات[28]. كانت أهم المشكلات التي تواجه الطبيب في السابق، في حالة اقتراب الموت، هي ما الذي يمكن أن يقوله للشخص المحتضر ولأسرته؟ هل يقول لهم إن المريض بخير؟ أم يكشف عن حقيقة المرض الذي لا شفاء منه؟ أيكذب "كذبة بيضاء" تريح الأهل والمريض معاً؟ أم يواجه الموقف بصراحة كما هو؟ أما الآن فإننا نجد التقنيات قد تغلبت على

هذه المشكلة عندما توصلت إلى إرجاء موت الإنسان عن طريق أجهزة الإنعاش وغيرها من الأجهزة المتطورة. غير أن هذه التقنيات الطبية وتوسعها الهائل أدت إلى إثارة نوع آخر من الأسئلة، مثل: هل يجب أن نعالج الشخص المحتضر، الذي يعانى آلاماً مبرحة، إذا كان العلاج متوفراً، أم نمنع عنه العلاج إشفاقاً عليه من الآلام، لاسيما، إذا كنا نعرف أن حياته منتهية ولا أمل في العودة إلى سابق عهده بالحياة؟[29].

وقد أثيرت التساؤلات حول حدود العلاج بالنسبة للمرضى الذين لا يستطيعون أن يقرروا بأنفسهم ليس فقط في الولايات المتحدة بل في بلدان أخرى كذلك. فقد بدأ الأطباء الأستراليون والبريطانيون، على سبيل المثال، في نشر آرائهم بشأن قرارات عدم العلاج الانتقائية للأطفال الذين يولدون بعمود فقري غير مكتمل النمو، وهو ما ساهم بدوره في الجدل الدائر حول ملاءمة اتجاه "نوعية الحياة " أو "قدسية الحياة" في ممارسة الطب[30]. ولم يثر الأمر الاهتمام بشكل جدي حتى عام 1975 حين ظهرت حالة الفتاة الأمريكية "كارين آن كوينلن" Karen Quinlan البالغة من العمر إحدى وعشرين سنة. والتي وُصِفَت حالتها بأنها "حالة غيبوبة مزمنة". فقد ظلت "كارين" راقدة طوال ستة أشهر على سريرها بمستشفى "سانت كيلير" بولاية نيوجيرسى وهى في غيبوبة تامة، وأكد الأطباء أن مخها قد دُمِر، وليس ثمَّة أمل في أن يعود للعمل مرةً أخرى. إن "كارين" تُعَد من الناحية الطبية ميتة وليس هناك مجال لاستعادة وعيها، وأجهزة الإنعاش والتنفس الصناعي هي التي منعت عنها الموت الكامل وأبقتها حية. وقد أثارت هذه القضية مشكلات قانونية دفعت بعض المستشفيات في الولايات المتحدة إلى وضع استمارة يملؤها المريض أو أهله تمنح المستشفى حقاً قانونياً بقطع التيار الكهربائي عن جهاز الإنعاش الصناعي المستخدم للشخص المحتضر، إذا رأى الأطباء أنه لا جدوى من استمرار علاجه، مما يعنى إنهاء حياته الاصطناعية. لقد

لجأت هذه المستشفيات إلى مثل هذا الإجراء لتحمى نفسها من طائلة القانون، ولعلها معذورة في ذلك، فالقانون في معظم دول العالَم يعتبر مثل هذا الإجراء جريمة يعاقب عليها، وربما هذا ما دفع والدا "كارين" إلي تقديم طلب تسمح بموجبه المحكمة للمستشفي بنزع أجهزة الإنعاش والتنفس الصناعي المستخدم وترك الطبيعة تأخذ مجراها. وليس مهماً ماذا كان قرار المحكمة[*]، وإنما المهم أن قضية كهذه لم تكن لتحدث قبل ذلك بسنوات، لأن مثل هذه التقنيات لم تكن موجودة، والطب كان عاجزاً عن إبقاء المريض علي قيد الحياة فترة أطول[31].

وإذا كان توافر أجهزة التنفس وغيرها من تقنية تمديد الحياة قد أثار تساؤلات حول الوقت الذي ينبغي أن يفارق فيه المريض الحياة، فإنه قد أثار أيضاً تساؤلات حول الحدود المناسبة لاستخدام هذه التكنولوجيا في محاولة إنقاذ أو إطالة حياة المريض. وإذا كان من المقبول على وجه العموم أن المرضى ذوى الأهلية يجب ألا يُعاملوا ضد إرادتهم، فإن حالة المرضى غير ذوى الأهلية كانت أقل وضوحاً بكثير، وقد صح هذا ليس فقط بالنسبة للمرضى الذين أصبحوا بلا أهلية بسبب الحوادث المفاجئة أو المرض العضال، ولكنه أيضاً انطبق على معالجة المعاقين بشدة أو الأطفال

(*) جاء قرار المحكمة العليا في نيو جيرسي مؤيداً لمطلب الوالدين برفع أجهزة التنفس الصناعي عن ابنتهما "كارين"، وإراحتها من هذه الأجهزة باهظة التكلفة التي تطيل حياتها مما يزيد من عذابها. قررت المحكمة أن إطالة الحياة يمكن وقفه دون اعتبار الطبيب المعالج قد ارتكب فعل القتل غير المشروع، وقد كان للقضية تأثير على مجرى التفكير في المستقبل في مختلف القضايا المتصلة بالقرارات المتعلقة بإنهاء الحياة الطبية للمريض، مثل الأهمية الأخلاقية والقانونية، والتفرقة بين ما يسمى وسائل العلاج العادية والاستثنائية، ودور الآباء وأولياء الأمور بشأن قرارات إنهاء الحياة الطبية، ومدى صلاحية الرغبات السابقة لمريض فقد الأهلية في البقاء على قيد الحياة والعلاج، وغير ذلك من أمور.

المبتسرين. وكان السؤال ببساطة هو: إذا كان المريض عاجزاً عن قول "لا"، فهل يعني ذلك أن حياته يجب أن تُمد دائماً لأطول فترة ممكنة، حتى ولو كانت احتمالات شفاء المريض ضعيفة جداً؟

وفي عام 1973 نشرت دورية طبية رائدة في الولايات المتحدة، تُدعى دورية نيو إنجلاند في الطب New England Jounal of Medicine ، نشرت دراسة لاثنين من أطباء الأطفال عن المعضلات الأخلاقية التي واجهتهما في العناية الخاصة لأطفال الحضّانات. فقد كان الطبيبان، ريموند دوف وكامبل، لا يعتقدان أن كافة المرضى أو الأطفال المعوقين ينبغي إن يتلقوا العلاج اللازم لإطالة أمد الحياة. فقد اعتقدا أنه من المهم بمكان كسر الصمت العام والمهني حول موضوع علي جانب كبير من الأهمية يُنظر إليه بوصفه من المحظورات "تابو" taboo، وأشارا إلى أنه من أصل 299 طفل في العناية الخاصة في الحضّانات، وافت 43 منهم المنية نتيجة لقرار عدم العلاج. والسؤال الجوهري هو هل كانت قرارات عدم العلاج هذه قرارات سليمة من الناحية الأخلاقية والقانونية؟

علاقة الفلسفة بالطب

كان هناك اعتقاد سائد بأن الفلسفة تقتصر في دراستها علي معالجة المشكلات الميتافيزيقية، وفي القرن العشرين اعتقد البعض أن مهمتها تقتصر علي التحليل اللغوي. وهذا معناه عدم الاهتمام بوضع نظريات أخلاقية ذات طابع عملي أو تطبيقي. فقد سعي الفلاسفة التحليليون إلي حصر الأخلاق في مجال ضيق أطلقوا عليه "ما بعد الأخلاق" Meta-ethics حيث لم تعد مهمة الفلاسفة هي تنظيم معتقداتنا الأخلاقية في داخل إطار نظريات شاملة، وإنما التركيز علي تحليل الألفاظ ومعرفة ما إذا كانت مطابقة للواقع. ولعل محاولة الفلاسفة الأخلاقيين في القرون الماضية لوضع نظريات عامة في الأخلاق غير عابئين بالواقع دفعت الفلاسفة التحليليين والكثير من نقاد الفلسفة إلي القول بأن علي الفلاسفة أن يكفوا عن التدخل فيما لا يعنيهم، ولكن الأمر اختلف الآن، لاسيما بعد عام 1960، حين وجه المجتمع الغربي انتباهه إلي المشكلات الأخلاقية التي برزت في مجال الطب.

وفي أوائل القرن العشرين كان الاهتمام الأساسي للفلاسفة لا يزال منحصراً في القضايا التجريدية وتحليل العبارات وتعريفها، بحيث إنهم فقدوا الاتصال بالموضوعات العينية والواقعية التي تبرز من الممارسات العملية، سواء في مجال الطب أو مجال آخر. ولقد أجبرتهم حاجة المجتمع علي إيجاد حلول لمشكلاتهم والانتباه إلى أهمية الأخلاق التطبيقية (العملية). إذ وجد الفلاسفة أن موضوعهم يعود للحياة مرة أخري، ولكن الأمر اختلف الآن، فهو لم يعد مجالاً للدراسات الأكاديمية، وإنما عليه أن يحتك بالواقع ويستقي منه الأسس التي عليه أن يجد من خلالها حلولاً للمشكلات العملية التي تواجه

المجتمع. هذا الانتباه أعطى للفلاسفة المهتمين بمجال الأخلاق تسمية جديدة، هي "المفكرون الأخلاقيون" وهي تسمية تشبه "السياسيين" أو "الاجتماعيين"... وغيرهم [32].

والسؤال الآن هو: لماذا ينبغي علي الطبيب الإصغاء إلي ما يقوله الفلاسفة فيما يتعلق بالصحة والمرض؟ هل هناك مكان للفلسفة أو الأخلاق Ethics في مجال النشاط الطبي أو العمل التمريضي؟ هل أُثيرت هذه الأسئلة من قبل؟

يتجلى الحضور القوي للفلسفة في مجال الطب والأخلاق الطبية، من حيث إن الأخلاق الحيوية هي – في الأساس – فكر أخلاقي جديد، أي تجديد لمبحث أو فرع أساسي من فروع الفلسفة وهو الأكسيولوجيا Axiology (مبحث القيم): الذي يبحث ماهية القيم، وحقيقتها ودلالتها، والمثل العليا أو المعايير التي يقاس بها السلوك الإنساني. إلى جانب ذلك، كان للفلاسفة دور كبير في نشأة الأخلاق الحيوية وتطورها، إذ لا يمكن إغفال الدور الكبير الذي قام به بعض الفلاسفة، وعلى رأسهم "دانيال كالاهان"(*) Daniel Callahan (1930 –)، في إضفاء الطابع العلماني على الأخلاق الحيوية وفصلها بالتالي عن الأخلاق الطبية الكلاسيكية التي كانت غارقة في

(*) دانيال كالاهان Daniel Callahan عضو مؤسس لمركز The Hastings Center هاستينجس الدولي بنيويورك، والذي بدأ منذ عام 1969 بدراسة القضايا الأخلاقية في مجالات الطب والبيولوجيا والبيئة. ويشغل حاليًا منصب مدير البرامج الدولية. وهو أيضًا أحد كبار الباحثين في كلية الطب بجامعة هارفارد وعضو هيئة التدريس الفخرية بكلية الطب جامعة تشارلز في براج. والدكتور دانيال كالاهان هو عضو منتخب في مجلس معهد الطب، والأكاديمية الأمريكية الوطنية للعلوم؛ وعضو مراكز مكافحة الأمراض؛ وعضو سابق في المجلس الاستشاري من مكتب النزاهة والعلم بالولايات المتحدة بوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية. وفاز عام 1996 بجائزة الجمعية الأمريكية لتقدم العلوم.

اللاهوت المسيحي. إضافة إلى كالاهان، نجد الفيلسوف الألماني الشهير "هانز جوناس" Hans Jonas (1903–1993) الذي ساهم بأفكاره في عالمية الفكر الذي تستند إليه الأخلاق الحيوية، وفي تأكيد طابعه الشمولي، وذلك من خلال ربطه بأخلاقيات البيئة من جهة ، ومن خلال إغناء وتطوير أحد المفاهيم الأساسية التي يقوم عليها فكر الأخلاق الحيوية وهو مفهوم المسؤولية من جهة ثانية ، بالإضافة إلى تنبيهه إلى خطورة الأبحاث الطبية – البيولوجية بشكل خاص والأبحاث والتجارب العلمية بشكل عام، ليس على حاضر الإنسانية فحسب، بل وعلى مستقبلها أيضاً.

هذا من ناحية، ومن ناحية أخري أصبحت هناك علاقة وطيدة بين الطب والمجتمع، يفهمها المهتمون بمجال الطب، وهم بالطبع ليسوا الأطباء وحدهم، وإنما مجموعة كبيرة من الفلاسفة ، وعلماء الدين، وعلماء الاجتماع وعلماء النفس، والمفكرين الآخرين، والصحفيين والكثير من أفراد المجتمع. مما يعني تعقد المشكلات الأخلاقية التي يثيرها هذا المجال، إذ إن تعدد المشتركين في النقاش بتعدد اختصاصاتهم وخلفياتهم الثقافية واهتماماتهم، يعني تعدد الآراء والحلول المطروحة، وبالتالي صعوبة الاعتماد علي الطبيب وحده في التوصل إلي حل واحد مناسب، مما يؤدي إلي تعقيد المسألة أكثر فأكثر.

إن الأمراض ليست مجرد ظواهر طبيعية عرضية غير محسوبة، فقد اتضح أن الأمراض ترتبط بطبيعة حياة الناس وبالظواهر الاجتماعية التي يمارسونها كما ترتبط بعاداتهم اليومية. فالإنسان كل متكامل تتفاعل عناصر شخصيته الأربعة: العقلية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية بصفة دائمة مادام يعيش في مجتمع إنساني وفي بيئة اجتماعية. ويؤثر وجوده في المجتمع علي نمو شخصيته بطريقة معينة تؤدي إلي نمط متميز للشخصية. وتلعب العوامل الاجتماعية والثقافية دوراً أساسياً علي كل جانب من هذه

الجوانب بفعل عمليات التنشئة الاجتماعية والثقافية المستمرة، كما أن اضطراب أي بعد من أبعاد الشخصية الأربعة سوف يعنى التأثير في الأبعاد الثلاثة الأخرى مادامت هذه العوامل الأربعة في حالة تفاعل. ويترتب علي ذلك أن علاج أي بعد دون النظر إلي الأبعاد الأخرى سوف تكون محاولة أضعف من أن تصل إلي نجاح[33].

منذ ستينيات القرن العشرين استحكمت المشكلات الأخلاقية في مجال الرعاية الصحية والعلوم الطبية الحيوية في الوعي العام على نحو لم يسبق له مثيل. وهذه نتيجة فرعية للتطورات الجديدة والثورية أحياناً في العلوم الطبية الحيوية والطب السريرى . فماكينات غسيل الكلى، وأجهزة التنفس الاصطناعية، وعمليات زرع الأعضاء أتاحت إمكانية إبقاء المرضى على قيد الحياة والتي لولاها لكانوا لقوا حتفهم. وفى مجال أطفال الأنابيب والاستنساخ أتاحت التقنيات المستخدمة طائفة جديدة من العلاقات بين الآباء والأبناء، ومنها ولادة الأطفال الذين لا يحملون خصائص وراثية تتعلق بالمرأة التي تضعهم. كذلك فإن تطور وسائل منع الحمل الحديثة، والاختبارات السابقة للولادة، وتوفير الإجهاض الآمن، كلها أشياء أتاحت للمرأة والأزواج خيارات متزايدة حول عدد ونوع الأطفال الذين سينجبونهم. ومع ذلك، لم تكن هذه الطفرات التكنولوجية هي العامل الوحيد في زيادة الاهتمام بالمشكلات الأخلاقية في هذا المجال. إذ ثمَّة عامل آخر وهو القلق المتزايد إزاء السلطة التي يمارسها الأطباء والعلماء، وهو ما يتجسد في التأكيد على " حقوق المرضى وحقوق المجتمع ككل في المشاركة في اتخاذ القرارات التي تؤثر عليهم، وهذا يعني زيادة الوعي العام بالطبيعة المفعمة بالقيم لصنع القرارات الطبية "، والتشكيك النقدي في الأساس الذي تبني عليه هذه القرارات. لقد أصبح واضحاً جلياً خلال العقود الثلاث أو الأربعة الماضية، وذلك على سبيل المثال لا الحصر، إن شخصاً ما يجب أن يقرر ما إذا كانت

حياة مريض ما لن يستعيد وعيه تستمر أم لا. وهذا ليس قراراً فنياً بمقدور الأطباء وحسب أن يتخذوه، بل إنه قرار أخلاقي ربما يكون للمرضى وآخرين وجهات نظر فيه لا تقل وجاهة في الدفاع عنها عن وجهات نظر الأطباء[34].

يمكن اعتبار أن أهم أثر تركته الأخلاق الحيوية على الفكر الفلسفي، هو مساهمتها في تحقيق حلم كان وما يزال يراود بعض الفلاسفة، وهو انتقال هذا الفكر من النخب والجامعات لكي تهتم به الفئات العريضة للمجتمع: وبالفعل، تبلور الفكر الأخلاقي الجديد خارج الجامعة، مادامت هذه الأخيرة تريد أن تكون الفلسفة نخبوية وترفض أن تكون شعبية، هذا من جهة، ومن جهة أخرى، فإن فكر الأخلاق الحيوية ، على خلاف الفكر الفلسفي السابق، لا يرتبط برموز معينة، ولا حتى بمجال معرفي معين، فكل التخصصات، بل وكل الفئات الاجتماعية تشارك في مناقشة القضايا المتعلقة بالأخلاق الحيوية ، وليس الأطباء وحدهم ولا البيولوجيين وحدهم، وهكذا أصبحت أخلاقيات الطب والبيولوجيا وما يرتبط بها من قضايا علمية وقانونية ودينية واقتصادية وفلسفية، همّاً يحمله الجميع.

كان الاتجاه التقليدي السائد بين فلاسفة الأخلاق الناطقين بالإنجليزية طوال الستينيات من القرن العشرين هو أن الفلسفة – كما أشرنا – تتناول بالتحليل المصطلحات الأخلاقية، بدلاً من المسائل العملية، غير أن هذا الموقف بدأ في التحول في السبعينيات من القرن نفسه. وبدأ فلاسفة الأخلاق التوجه نحو تناول القضايا الأخلاقية العملية مثل الإجهاض والقتل الرحيم، وأخلاقيات الحرب، وعقوبة الإعدام، وتوزيع الموارد الطبية النادرة، وحقوق الحيوان، إلخ. وتجرأوا بين الحين والآخر على التصدي بالمناقشة لقضايا لم يتم تناولها من قبل. ولأن بعض هذه القضايا تتصل بالممارسات في مجال الرعاية الصحية والعلوم البيولوجية، فإن هذه الحركة في الفلسفة ساعدت

على تقنين وضع الأخلاق الحيوية بوصفها مبحثاً نقدياً.

ويرجع الدافع الآخر في تطور الميدان إلى تطور التكنولوجيا الطبية الجديدة التي أثارت تساؤلات لم يكن أحد في حاجة إلى الإجابة عنها من قبل. وأول قضايا الأخلاق الحيوية البارزة في الولايات المتحدة تُظهر ذلك بوضوح. فأول الأجهزة الطبية التي يمكن أن تعالج المرضى الذين يعانون من القصور الكلوي الشديد يمكنها إنقاذ حياة المرضى الذين ربما توافيهم المنية فى غضون أيام. لكن هذه الأجهزة باهظة التكلفة، وعدد المرضى الذين يعانون من أمراض الكلى يفوق بكثير عدد الأجهزة. وفي عام 1962 شكّل مركز الكلى الاصطناعية في "سياتل" Seattle بواشنطن، لجنة لاختيار المرضى للعلاج. وقد أكسبتها قراراتها المصيرية اسم "لجنة الرب" the God Committee، وركزت الانتباه على المعايير التي تستخدمها. وقد أظهرت إحدى الدراسات انحياز أفراد اللجنة لمَنْ هم من الطبقة الاجتماعية نفسها والأصل العرقي اللذين ينتمون إليهما، وقد أدت اللجنة نفسها في نهاية المطاف إلى مزيد من المناقشة حول الأسلوب الأمثل لحل مثل هذه المشاكل[35].

ومن أهم الإنجازات الطبية لتلك الفترة – والتي أثارت ضجة كبري على نطاق واسع – هى أول عملية زرع قلب، والتي قام بها الجراح "كريستيان برنار" [*] Christiaan Barnard من جنوب إفريقيا عام 1967. وقد تُوفى المريض بعدها بثمانية عشر يوماً، لكن موته لم يثبط من همم

(*) بارنار (كريستيان) Barnard, Christiaan وُلِدَ في نوفمبر 1922 جرّاح جنوب إفريقي. أجرى أول عملية زرع للقلب (عام 1967). ثم واصل القيام بهذا الضرب من الجراحة فوفق في كثير من الحالات إلى إحراز نجاح نسبى. وفى أواخر عام 1974 زرع قلباً إضافياً مساعداً، في صدر رَجُل، من غير أن ينزع قلبَهُ المريض. توفى "بارنار" في سبتمبر 2001. [انظر: منير البعلبكي، موسوعة المورد، المجلد الثاني، ص 30.]

أولئك الذين أشادوا بظهور حقبة جديدة من الطب في الأفق – صاحبتها معضلات أخلاقية. وقد ارتبطت القدرة على أداء عمليات زرع القلب بتطور أجهزة التنفس، والتي أُدخلت على المستشفيات في الخمسينيات من القرن العشرين، واستطاعت أجهزة التنفس أن تنقذ العديد من الأرواح، ولكن ليس كل الذين لا تزال قلوبهم تنبض، استردوا أي وظائف أخرى مهمة. ففي بعض الحالات، توقف المخ عن العمل كلياً. وقد أدى إدراك أن هؤلاء المرضى يمكن أن يكونوا مصدراً لأعضاء قابلة للزرع إلى إنشاء "لجنة هارفارد لموت الدماغ" the Harvard Brain Death Committee، والتي أوصت فيما بعد بأن غياب كافة مظاهر النشاط الملحوظ للجهاز العصبي المركزي يُعَـد "معياراً جديداً دالاً على الموت". وقد تم اعتماد هذه التوصية لاحقًا في كافة الجهات تقريبًا، بعد إدخال بعض التعديلات عليها[36].

وفى أواخر الستينيات، أدى تزايد المشاكل الأخلاقية فى الطب والبحوث والعلوم الصحية إلى إقامة أول المؤسسات والمراكز للأخلاق الحيوية في الولايات المتحدة. ومن أشهر هذه المراكز "معهد المجتمع والأخلاق وعلوم الحياة" the Institute of Society, Ethics and the Life Sciences (مركز هاستنج) the Hastings Center – تأسس على يد "دانيال كالاهان" Daniel Callahan و"ويلارد غايلين" Willard Gaylin في عام 1969. وتُعَد إصداراته (تقرير مركز هاستنج) the Hastings Center Report واحدةً من أولي الإصدارات الموجهة حصراً نحو مبحث الأخلاق الحيوية الآخذ فى الظهور حديثاً، وهى لا تزال واحدة من أوسع الإصدارات قراءةً في هذا المجال. ومنذ البداية تقريباً، كانت الأخلاق الحيوية تمثل مبحثاً بينياً[37] an interdisciplinary enterprise. ففي حين كانت الأخلاق هي المجال القريب حكراً على فلاسفة الأخلاق والمفكرين الدينيين، فقد تجاوزت الأخلاق الحيوية الفواصل البينية التي تقع ليس فقط بين الطب والتمريض

والعلوم الطبية الحيوية، بل وأيضاً تلك التي تقع بين القانون والاقتصاد والسياسة العامة. والأخلاق الحيوية بهذا المعنى البيني الواسع، باتت منذ ذلك الحين راسخة الأقدام بوصفها مجالاً للبحث والتعلم،. وهي الآن تُدَرَّس في الجامعات على المستوى الجامعي ومستوى الدراسات العليا، والعديد من كليات الطب والتمريض تنظر إلى الأخلاق الحيوية بوصفها جزءاً لا يتجزأ من المنهج الدراسي. ويوجد ما يربو على مائتين من مراكز البحوث في الأخلاق الحيوية في جميع أنحاء العالم، وغالبًا ما يتم استشارة الخبراء في الأخلاق الحيوية من جانب اللجان الحكومية، والهيئات والمنظمات المهنية. والعديد من البلدان لديها جمعيات وطنية للأخلاق الحيوية، ويربط الاتحاد الدولي للأخلاق الحيوية (IAB) بين المتخصصين في الأخلاق الحيوية من جميع أنحاء العالم. وقد أصبح عدد من الدوريات العلمية المتخصصة في الأخلاق الحيوية تنطلق من مختلف القارات، وتكررت ظاهرة المؤتمرات الدولية بشأن الأخلاق الحيوية. وبعبارة مختصرة، يمكننا القول: إنه إذا كانت الأخلاق الحيوية قد بدأت من الولايات المتحدة، فإنها باتت الآن مبحثاً عالمياً [38]. ، إننا لا نستطيع أن ننكر أن التطورات في مجالي الطب والبيولوجيا أدت إلى إعادة إحياء الفلسفة، بحيث أصبح لها دور فعال في المجتمع مثل بقية العلوم، بل ربما أصبح القرن القادم قرن "الأخلاق الحيوية" لأن كل مشكلة تواجه الإنسان تثير تساؤلات أخلاقية تجعله يبحث عن الرد فلا يجده إلا من خلال الفكر الفلسفي.

وكثيراً ما يركز العاملون في مجال الأخلاق الحيوية على الاستعانة بالفلسفة في تحليل القضايا، وأحد هؤلاء من أمثال "بيتر سينجر" ينزع إلى اعتبار الميدان أحد فروع فلسفة الأخلاق. بيد أن هذا النهج أحياناً ما يلقى معارضة، إذ إن المشتغلين بالأخلاق الحيوية في اتجاه متزايد نحو التخصصات البينية. فالعديد من المشتغلين بالأخلاق الحيوية وافدون من

خلفيات تقع خارج حدود الفلسفة الأكاديمية، بل إن البعض منهم يدعى بأن أساليب الفلسفة التحليلية كان لها أثر سلبي على تطور مجال الأخلاق الحيوية. وقد ازدادت نسبة المشتغلين بالأخلاق الحيوية ذوي الخلفيات المهنية في مجال الرعاية الصحية، ولاسيما الأطباء، بشكل مطرد مع مرور الوقت. والواقع أن الرئيسين الأخيرين للجمعية الأكاديمية الأساسية للأخلاق الحيوية في الولايات المتحدة (الجمعية الأمريكية للأخلاق الحيوية والعلوم الإنسانية) كانا طبيبين. وبعض المشتغلين في مجال الأخلاق الحيوية، ولاسيما أولئك الذين يقدمون استشارات تتعلق بالأخلاق في العيادات، يؤكدون على الجوانب العملية للأخلاق الحيوية، وينظرون إلى الميدان بوصفه أكثر ارتباطاً بالممارسات الطبية أو الصحة العامة من الفلسفة. وقد طور المهتمون بالجانب الديني ممن يعملون بالأخلاق الحيوية قواعد ومبادئ توجيهية بشأن كيفية التعامل مع هذه القضايا من خلال وجهة نظر معتقداتهم. وكثير منهم ينتمون للديانة اليهودية والديانة المسيحية. وحيث إن التقاليد الهندية للهندوسية والبوذية تهتم بقدسية الحياة كلها، فهناك الكثير من المؤلفات المتعلقة بالفلسفة والأخلاق المتصلة بالحياة في هذه التقاليد. وثمَّة عدد متزايد من علماء الدين في الإسلام أصبحوا يشاركون في هذا المجال. وقد كانت هناك بعض الانتقادات من قِبل المسلمين الليبراليين بأن أصوات المحافظين دينياً في الإسلام يستمع إليها بشأن هذه المسألة. ورغم أن هناك عدداً من الفلاسفة المؤهلين البارزين الذين يقاربون الأخلاق الحيوية من منظور ديني ، فإن بعض العلمانيين الغربيين ممن يعملون في المجال ينتقدون واقعاً مفاده أن العاملين في المجال من ذوى النزعة الدينية غالباً ما يكونون علماء دين ممن لم يحصلوا على درجة أكاديمية أو تدريب في الميادين التي تتعلق بالقضايا المطروحة في مجال الأخلاق الحيوية[39].

ولقد أبدي الفلاسفة، خلال العقدين الأخيرين اهتماماً بموضوعات

الأخلاق التطبيقية وتزايد المتخصصون في هذا المجال فظهرت تخصصات، مثل الأخلاق الطبية، الأخلاق التجارية، الأخلاق المهنية، الأخلاق الهندسية، الأخلاق السكانية، الأخلاق الأكاديمية، الأخلاق في مجال طب الأسنان، والأخلاق في مجال الزراعة...إلخ. ومع ذلك، فإن كثيراً من النقاد سواء المتعاطفون أو المعارضون لهذا المجال، وسواء من داخل الفلسفة أو خارجها، يتذمرون من أن الأخلاق التطبيقية لا تساعد في حل المشكلات اليومية. إذ يدعى بعض النقاد أن النظرية الأخلاقية لا يمكن تطبيقها، وأن الاهتمام بحل المشكلات العملية يجب أن يتم بدون نظرية أخلاقية. هذا فضلاً عن أنه، ومنذ وقت غير بعيد كان يُنْظَر إلي الفلسفة علي إنه لا شأن لها بمثل هذه الأمور العملية الناجمة عن مشكلات المهنة، ومن ثمَّ انكفأت الفلسفة علي نفسها ، وعكفت علي تناول مناهجها الخاصة بالدراسة، ومحاولة تنقيتها مما هو تجريبي ومعياري، معتقدةً أن ليس لها تأثير ما علي السلوك الأخلاقي أو المسائل السياسية. وهذا أمر لا يثير الكثير من الغرابة، حيث لم يتم تقديم حوافز إلي الفلسفة من جانب الطبيب، فهو لم يفسح لها مكاناً بجانب الكيمياء الحيوية[40].

وقد لفت نظر "دونالد جيليز"[*] عدم اكتراث مشاهير فلاسفة العلم

(*) درس البروفسور جيليز الرياضيات وفلسفة العلم في المرحلة الجامعية في كيمبردج. وفي عام 1966 بدأ دراساته العليا بقسم البروفسور السير "كارل بوبر" بكلية لندن للدراسات الاقتصادية، وحصل على رسالة الدكتوراه في أصول الاحتمال عام 1970 تحت إشراف البروفسور إيمري لاكاتوش.

ومن عام 1968 إلى عام 1971، كان جيليز زميلاً بكلية كينج King's College بجامعة كيمبردج. ثم التحق عام 1970 بقسم تاريخ وفلسفة العلم بكلية شلسي Chelsea بجامعة لندن. وكنتيجة لعدد من الاندماجات، صار جيليز عضوًا في قسم الفلسفة في كلية كينج بلندن في عام 1992. وفي عام 1994 عُيّن أستاذًا لفلسفة العلم والرياضيات. ثم انتقل عام 2004 إلى قسم دراسات العلم والتكنولوجيا بجامعة كوليج لندن (أو بجامعة كلية لندن).

=

بمجال الطب، فكتب قائلاً: "علي الرغم من أن الطب قد حقق تقدماً مذهلاً في القرن العشرين، فإنه قد تم إهماله بصورة ملحوظة من قِبَل الغالبية العظمي من فلاسفة العلم في ذلك القرن. وإذا كانت قائمة المشاهير من فلاسفة العلم في القرن العشرين تضم أسماء ، مثل: كارناب، ودوهيم، وفيرآبند، وكواين، وكون، ولاكاتوش، ونيوراث، وبوانكاريه، وبوبر. فإن أحداً منهم لم يقم بشرح تفصيلي آخذاً في الاعتبار أي مثال طبي. وبالرغم من هذا فقد كان من الطبيعي أن يكون هناك بعض الاستثناءات لهذه القاعدة العامة، وأحد هؤلاء الفلاسفة كان "كارل همبل" Carl Hempel في كتابه "فلسفة العلوم الطبيعية" Philosophy of Natural Science [41].

=

وانصبت اهتماماته البحثية الأساسية على أصول الاحتمال، وفلسفة المنطق والرياضيات. وقد شرع منذ عام 1990 في البحث في التفاعلات بين الذكاء الاصطناعي وفروع مختلفة للفلسفة، بما فيها المنطق، والمنهج العلمي، والاحتمال والسببية. وفي الأعوام القليلة الماضية صار جيليز مهتمًا بكيفية تطبيق فلسفة العلم على الطب.

هل نحن في حاجة إلي نظرية في الأخلاق الطبية؟

سنحاول الآن معرفة ما إذا كان البحث عن نظرية أخلاقية ملائمة تمكننا من اتخاذ القرارات هو بحث ضروري أم لا ؟ رأي البعض أنه ليس ثمـــَّة ضرورة للبحث عن نظرية أخلاقية ملائمة. وذكر البعض الآخر أن البحث في هذا الشأن لن ينجح لأن نظريات الأخلاق لن تستطيع أداء المهام التي حددتها. ولسوف نفحص كل واحد من هذه الادعاءات علي حدة. وسوف نسرد هنا أربع حالات توضيحية لبيان كيف استجدت حالات في مجال الطب تقتضى منا التوقف أمامها لإعادة النظر في نظرياتنا الأخلاقية السائدة من أجل بناء نظرية جديدة تطبيقية تتلاءم مع المستجدات، وهذه الحالات الأربع [42] هي:

الحالة الأولى: هي حالة أم تتمنى الموت. وهي **السيدة (أ)** التي تبلغ من العمر أربعة وثمانين عاماً، وترملت في بدايات العقد الثالث من عمرها، وكان لديها ثلاثة أطفال صغار قامت بتنشئتهم، إن تربية هؤلاء الأطفال كانت مهمة بالغة الصعوبة بسبب افتقار الأم للخبرة العملية والتعليم، غير أنها اكتسبت ذلك فيما بعد، إنها لم تطلب مساعدة أحد على الإطلاق، لا من العائلة ولا من الأصدقاء ولا حتى من صندوق الرعاية الاجتماعية. كانت السيدة **(أ)** تتميز بشخصية مستقلة إلى حد كبير، فهي عادةً ما تقوم بأداء أعمالها بنفسها. كما كانت تتمتع على الدوام بصحة جيدة، ولم تشك يوماً من أمراض معينة. لم تدخل المستشفى إلا بعد إصابتها بكسر مضاعف في قصبة الساق إثر حادث أتوبيس أثناء خروجها لشراء حاجاتها اليومية. ما إن دخلت المستشفى حتى وقعت فريسة الإكتئاب : كانت ترفض الخدمات التي تقدم إليها من قِبَل الممرضات، وأصبحت تميل إلى العزلة تدريجياً، ولاحظت

أسرتها أنها صارت كسولة ومتبلدة الإحساس وتقضى معظم وقتها في السرير محملقة عبر النافذة. في بداية الأمر تقلص مقدار وجبتها الغذائية ولذا ظهر عليها الضعف والهزال. وفى نهاية المطاف توقفت تماماً عن الأكل ونادراً ما كانت تتكلم، وإذا تكلمت فإنها تردد عبارات مثل: "إنني عجوز ومتعبة"، "أنا مستعدة للموت إذا ما تُرِكت وحدي" ، "سوف أمتنع عن تناول الطعام وأموت" ، "إنني مستعدة للقاء ربى".

لقد تم عرض السيدة **(أ)** على مجموعة استشارية من أساتذة الطب النفسي لفحص حالتها العقلية. وقد جاء في تقرير هذه المجموعة الاستشارية أن السيدة **(أ)** زاهدة في الدنيا على نحو واضح، وهى على بينة مما تفعل وقررت بالفعل أن تموت. إن هؤلاء الأطباء ينظرون إلى هذه السيدة بوصفها سليمة العقل، رغم إقرارهم بظهور بعض أعراض الإكتئاب عليها بسبب إقامتها في المستشفى وعدم اعتمادها على نفسها. إن طقم الأطباء والممرضين كانوا يحبون هذه السيدة رغم كل المعاناة التي تسببها لهم ، كانوا في حيرة بين أمرين أحلاهما مر: هل يحترمون رغبتها ويتركونها تموت؟ أم ينبغي عليهم أن يجبروها على الأكل؟ وفى الوقت ذاته كان للسيدة **(أ)** بنات شعرن بالحيرة نفسها فهن يحببن الأم حباً جماً ويحترمنها احتراماً بالغاً وليست لديهن النية لمقاومة رغبتها، لكن في الوقت نفسه لا تتمنى أية واحدة منهن الموت لأمها، وتعتقد أن الأم إذا أكلت فسوف تسترد عافيتها وتعود إلى بيتها. والسؤال الآن: ما الذي يمكن عمله إزاء امتناع السيدة **(أ)** عن الأكل؟

وإذا انتقلنا **إلى حالة الآنسة (ب)** وهى أصعب وأسوأ من الحالة السابقة. فسنجدها شابة في الثامنة والعشرين من عمرها وكانت نزيلة المستشفى، ولكن منذ عامين ونصف وُضِعَت تحت الرعاية الصحية بمنزلها.

كانت في الخامسة والعشرين من عمرها عندما أصيب رأسها إصابة بالغة في حادث دراجة بخارية (موتوسيكل)، ومنذ ذلك الحين وهى في غيبوبة كاملة وعدم حراك. ولا تستطيع التنفس إلا بمساعدة الأجهزة الاصطناعية، وهناك دلائل على وجود بعض الاستجابات الصادرة عن جذع المخ، مما يعنى أن مخها لم يمت. ومع ذلك فقد اتضح خلال العامين والنصف الماضيين أن بعض الوظائف العليا للمخ قد توقفت عن العمل. إن الآنسة **(ب)** تعتمد في كل شيء على عناية الممرضات بها، ويتم بين الحين والآخر تغيير موضعها على السرير تجنباً لإصابة جسمها بالتقرحات. كما تتغذى بواسطة الأنابيب. كما تحتاج لعلاج طبي، في الأساس، لما تتعرض له من تلوث متكرر يتطلب عناية وعلاجاً – دائمين – بواسطة مضادات حيوية واسعة المفعول .

حطمت الحادثة التي وقعت للآنسة **(ب)** قلب أبويها فقد كانت ابنتهما الوحيدة وكانا يعتزان بها أيما اعتزاز وعجزا عن تقبل حقيقة أن ابنتهما لن تتمكن من العودة لممارسة حياتها المعتادة مرةً أخرى. إنهما على يقين بأنه لو أُحْسِنت رعايتها صحياً لبقيت على قيد الحياة مدة طويلة. إن الأمل يحدوهما في أن تحدث طفرة في مجال الطب تؤدى إلى شفاء ابنتهما. وقد بُذِلت العديد من المحاولات لإقناعهما بعدم جدوى التعلق بمثل هذه الآمال، وباءت هذه المحاولات جميعها بالفشل. إن الفريق المعالج للآنسة **(ب)** تحدث مرة أخرى إلى أسرتها، وأخبر والديها بضرورة نقلها إلى المستشفى، وقد كرر الوالدان رغبتهما في أن يتم معالجة التلوث الذي أصاب ابنتهما. ويبقى السؤال: كيف يستجيب الفريق المعالج لهذه الرغبة المحمومة غير الواقعية من جانب الوالدين؟.

أما المشكلة الآتية فهي تتعلق بحالة طفل حديث الولادة يعانى من

مشكلات قاسية. **الطفل (جـ)** وُلِدَ لأم في السادسة عشرة من عمرها. كانت فترة حمل الأم لهذا الطفل طبيعية. وكان الطفل عند ولادته يبدو عادياً. ومع ذلك، لاحظت الممرضات أنه يفرط في النوم، ويصرخ بلا انقطاع حين يستيقظ، وكان غذاؤه قليلاً لأن مقدرته على الرضاعة ضعيفة، وكتب طبيب الأعصاب في تقرير له عن حالة الطفل بأنه يعانى من حالة استسقاء الدماغ Hydranencephaly وهو عيب خلقي يصيب نصف الدماغ. إن هذه الحالة من السهل تشخيصها بواسطة إضاءة جانب من تجويف الجمجمة عن طريق فجوة تكشف عن الجزء العلوي منها بالكامل. ولقد تم شرح ذلك بالتفصيل للأم ولجدة الطفل ليطلعا على الحالة وحتى يتأكد الطاقم الطبي من أنهما أدركا حالة المولود **(جـ)** بدقة أطلعهما على الصورة الضوئية لجمجمة هذا المولود. إن الطاقم الطبي يود ببساطة الإبقاء على الطفل في وضع جسمانى مريح، وعدم تزويده بأي غذاء إلى أن يموت. وشعر الأطباء بأن أي تدخل جراحي سيمنح الطفل وقتاً أطول يعانى فيه المزيد من الآلام. وأمه المسكينة سوف تطالب بأن تعود إلى المنزل مع طفلها الذي يُعَد من وجهة نظر الطب ميتاً. إن جدة الأم التي من المتوقع أن تتحمل الجانب الأعظم من مسئولية رعاية الطفل، وافقت على ما أوصى به الطاقم الطبي المعالج، في حين أن أم الطفل رفضت ذلك، وأكدت أنه مازال حياً، وأنها ترغب في العودة به إلى المنزل كي تمنحه كل ما لديها من حب وحنان. والسؤال الآن : نحقق رغبة من : الجدة أم الأم؟

أخيراً نعرض حالة **المراهق** (د) الذي تبين إصابته بسرطان الحلق وهو في الثانية عشرة من عمره. وتم علاجه عن طريق الأشعة الموضعية والعلاج الكيميائي. استجاب للعلاج وتحسنت حالته بصورة واضحة في بادىء الأمر. غير أنه – خلال عام – ساءت حالته وتطلب الأمر إجراء جراحة في الرقبة أعقبها علاج كيميائي. بعد العملية الجراحية التي أجريت

له لم تُجر له عمليات أخرى حتى حلَّ عيد ميلاده الخامس عشر، حين شعر بآلام في الرأس ودوار ودلائل واضحة على أن مرض السرطان عاوده من جديد. عند هذه المرحلة كان الاختيار الوحيد المتاح هو إجراء عدة اختبارات من العلاج الكيميائي. وكان لابد من إدراج اسمه في قائمة انتظار العلاج. بعد شرح حالته لوالديه، طالب الوالدان ببذل كل الجهود للحفاظ على حياة ابناهما وإطالة عمره بقدر المستطاع، في حين أن الفتى (د) كان على النقيض من ذلك يرغب في أن يبقى وحيداً ليموت في سلام، وكفاه ما عاناه من آلام. والسؤال الآن : ما الذي ينبغي على الطاقم الطبي المعالج أن يفعله بإزاء هذه الرغبات المتعارضة؟

لقد اضطررنا فجأة لمواجهة أسئلة أساسية ومحورية، مثل: متى نقرر إيقاف أجهزة الإنعاش والتنفس الصناعي ونزعها عن المريض الميئوس من شفائه؟ أي متى يحق لنا إيقاف العلاج أو الاستمرار فيه؟ وعند أية لحظة بالضبط يحق لنا اتخاذ مثل هذا القرار؟ ومَنْ هو الشخص الأجدر والأقدر على اتخاذه؟ هل هو الطبيب؟ أم أقارب المريض؟ أم المحاكم؟ أم كل هؤلاء معاً؟ وما هي الخلفية التي على أساسها يتم اتخاذه؟ علينا أن نلاحظ أن مثل هذه الأسئلة لم تكن مدرجة في منظومة القيم والمعايير الأخلاقية القديمة والتقليدية[43]. إن سيل الأسئلة لم ينقطع بعد، فهناك أسئلة مثل: ماذا تعنى "قدسية الحياة" the sanctity of life ؟ وكيف تتحقق "رفاهية المريض" welfare of the patient ؟ وهل هناك لحظات معينة تتعارض فيها رفاهية المريض مع الحفاظ على حياته؟ لقد أصبح متاحاً الآن – أكثر من أي وقت مضى – ليس فقط الحفاظ على الحياة، بل أيضاً القدرة على التنبؤ بما إذا كان المولود القادم سوف يخرج إلى الحياة سليماً أم مصاباً بتشوهات وعيوب خلقية، وهنا نتساءل: إذا توافرت لدينا مثل هذه المعلومات، ماذا نفعل بها؟ هل هناك ضرورة لوجود استشاري مورثات (جينات) كي يرجع إليه الوالدان

لاستشارته فيما يريدان اتخاذه من إجراءات؟ هل يُحَـرَّم الإنجاب على مَنْ يُحتمل أن ينجب أطفالاً مصابين بأمراض وراثية؟ هل يُسـمَح بالإجهاض في ظروف معينة ووفقاً لشروط محددة؟ وماذا عن مَنْ لم يولدوا بعد؟ هل نتحمل أية مسؤولية تجاههم؟ وإذا كنا نتحمل مسؤولية ما فكيف يتم تحديد وتقدير هذه المسؤولية؟ أسئلة مثل هذه تقتحم حياتنا، وربما ينتابنا شعور بأننا غير مهيئين للإجابة عليها[44].

فهل يمكن أن نقول بإمكان التوصل إلى نظرية شاملة في الأخلاق الطبية تمكننا من الإجابة عن مثل هذه الأسئلة؟ الواقع أن المسألة مازالت محاطة بكثير من الصعوبات ، وقد يكون من السـابق لأوانه أن نتفاءل فنقول إن مثل هذه النظريات ممكنة.

هناك مجموعة من العقبات والصعوبات التي تقف أمام تحقيق حلم كهذا . وينبغي علينا أن نتغلب عليها ، قبل أن نقول إننا وصلنا إلى نظرية شاملة في الأخلاق الطبية . وهذه الصعوبات ترتبط بالأحكام الأخلاقية كما ترتبط باللوائح التي وُضِعَت لتحديد سلوك الطبيب خلال عمله ، وهى :

أولاً : تواجه الطبيب مواقف معينة ، قد تكون متشابهة ، ولكن الظروف التي تحدث فيها مختلفة ، بحيث أن الحكم الذي يصلح لموقف ما ، قد لا يصلح للموقف نفسه في ظروف أخرى.

ثانياً : الطبيب مثل أي فرد من أفراد المجتمع تكمن في داخله مجموعة من القيم والمبادئ التي تؤثر في حكمه على الأمور ، وهذا يعنى أن الحكم الذي يوافق عليه طبيب ما ، لاتفاقه مع مبادئه ، قد لا يتفق مع مبادئ طبيب آخر .

ثالثاً : نوعية المشكلات التي يثيرها التطور الطبي والبيولوجى تختلف عن

المشكلات الأخلاقية القديمة ، ذلك لأن هذه الأخيرة انبثقت من خلفية ثقافية معينة (كما هو الحال مثلاً في المجتمع اليوناني ، أو العصور الوسطي ، أو العصر الإسلامي) غير الخلفية المعاصرة . هذا بالإضافة إلى أن هذه التكنولوجيا المتطورة طرحت قضايا أخلاقية في إطار جديد. مما يجعل تطبيق النظريات السابقة عليها أمراً صعباً .

رابعاً : إن علمي الأحياء والطب في تطور مستمر وهائل بحيث إن كل مرحلة من مراحل التطور تعنى مشكلات جديدة تختلف عما سبقتها مما يجعل أمر تطبيق نظرية واحدة ثابتة أمراً غير عملي .

خامساً : لهذا فإن اللوائح والمواثيق الطبية السابقة لم تعد تتفق مع هذه التطورات مما يعنى أن الطبيب وعالِم الأحياء لن يجدا ما يمكن أن يرجعا إليه للحكم على المواقف التي تواجههما .

سادساً : التغير الذي حدث في مجال البيولوجيا الطبية أدى إلى طرح مفاهيم قديمة في ظاهرها وحديثة في مضمونها ، مثل مفهوم المسئولية ، والاختيار ، وقيمة الحياة البشرية ، والهوية ، وبداية الحياة وقدسيتها . . . إلخ . كل هذه المصطلحات تبدو قديمة سبق أن نُوقِشَت ، ولكنها في الواقع أخذت معنى جديداً بسبب التغيرات التي تحدث في المجتمع وفى مجال البيولوجيا الطبية . ولذلك فهي في حاجة إلى إعادة صياغة لتتفق مع التطورات الجديدة .

سابعاً : إن التطورات التي ظهرت إنما حدثت على نحو سريع للغاية بحيث ظهرت هوة واسعة بين فكر الإنسان وبين تلك التطورات ، ولهذا نحن أحوج ما نكون إلى إعادة النظر في قيمنا لمحاولة التوفيق بينها وبين هذه التطورات ، لكي نصل إلى حلول يمكن أن تساعدنا على تطوير أنفسنا والعالَم المحيط بنا .

تلك هي بعض النقاط التي توضح طبيعة الموضوع الذي تعالجه فلسفة الأخلاق الطبية .

ولقد ذكرنا أنه ينبغي أخذ مبادئ الأخلاق الطبية في الاعتبار حين تكون هذه المبادئ قابلة للتطبيق في حالة معينة خاضعة للبحث ، ومع ذلك، قد يحدث حين نقوم بتطبيق مبدأين – أو أكثر – أن نجدهما متعارضين . فإذا أخذنا على سبيل المثال حالة مريض تم تشخيص مرضه ، فاتضح أنه مصاب بالتهاب حاد في الزائدة الدودية ، فلابد أن يكون هدفنا من الناحية الطبية هو تحقيق أكبر قدر من النفع لهذا المريض مما يوحى بإجراء جراحة عاجلة له . ولكن من ناحية أخرى ، فإن العملية الجراحية التي تقتضى تخديراً كلياً تنطوي على بعض المخاطر على صحة المريض ، ونحن قد تعهدنا بأن "لا نؤذى" not to harm المريض . إن التفكير العقلاني يرى أن الضرر الذي سيلحق بالمريض نتيجة لانفجار الزائدة – إذا لم نقم بإجراء جراحة عاجلة له – سيكون أكبر وأعظم من الضرر الناجم عن تخدير المريض وإجراء الجراحة له فوراً[45].

وبعبارة أخرى ، فإن ما لدينا هو واجب "أوَّلى" Prima Facie يحقق هدفين : منفعة المريض وتجنيبه الأذى . ومع ذلك ، علينا أن نوازن ، في الحالات الواقعية ، بين ما تقتضيه هذه المبادئ عن طريق تحديد أي منها أهم في كل حالة نفحصها . ويرى فيلسوف الأخلاق "روس" (*) W. D. Ross أن

(*) روس (وليم ديفيد) Ross (William David) وُلِدَ في 15 أبريل سنة 1877 في بلدة تورسو Thurso فى مقاطعة كايثنس Caithness بشمال اسكتلندا Scotland . أمضى أكثر من ست سنوات الأولى له وهو طفل في جنوب الهند، تلقى تعليمه في المدرسة الثانوية الملكية، أتم دراسته في كلية Balliol بأكسفورد واكتسب منصب المحاضر في كلية النافذة البارزة في 1900، تليها الزمالة في 1902. "روس" انضم إلى الجيش في 1915 خلال الحرب العالمية الأولى، وكان رئيساً سابقاً لكلية أوريل بجامعة أكسفورد؛ له شهرتان عالميتان =

الواجبات الأولية Prima Facie Duties تكون مُلْزِمَة دائماً ما لم تتعارض مع مبادئ أعلى منها أو أشد منها تماسكاً. وعلى ذلك يتحدد الواجب "الفعلي" Actual للشخص الأخلاقي عن طريق الموازنة بين الواجبات الأولية المنافسة في كل حالة على حدة [46].

فضيلة النظرية التعددية:-

يدعى البعض أننا لسنا في حاجة إلي نظرية في الأخلاق الطبية، لأنه حتى وإن وجدت مثل هذه النظرية فلا يمكن تطبيقها، والاهتمام بحل المشكلات العملية يجب أن يتم بدون نظرية أخلاقية. ويري أصحاب هذا الادعاء أن كل ما نحتاج إليه هو بشر أخيار good people. إن مثل هؤلاء البشر الخيرين سيهتدون إلي ما هو صواب في كل حالة تصادفهم ولن يكونوا في حاجة إلى معونة أية نظرية أخلاقية. وهناك وجهة نظر أخري، علي صلة بهذا الزعم، تقر بأن الأمر يتطلب ما هو أكثر من مجرد أن يكون الناس خيرين، حيث لابد أن يكون لدي هؤلاء الناس- بالإضافة إلي كونهم علي خلق- خبرة عملية في معالجة هذه القضايا وطرق حلها، مما يمكنهم من اتخاذ القرارات لمواجهة هذه الحالات دون حاجة لنظرية أخلاقية ما.

=

متميزتان، فهو أولاً علامة أرسطى من الدرجة الأولى، وطبعاته لكتب أرسطو في "الميتافيزيقا" و"الطبيعيات" و"التحليلات" مع الشرح المفصل ومعالجة النصوص التي تعتبر من أكثر الأعمال أهمية عن أرسطو في القرن العشرين. ويرجع إليه الفضل أكثر من أي فرد آخر في صياغة الأخلاق الحدسية صياغة جديدة في الزمن الحديث، قدم "روس" أولاً في كتابه "الفعل الصواب والفعل الخير" ثم بعد ذلك في محاضرات جيفورد التي جمعها في "أساس الأخلاق" مذهب الحدس الذي كان سائداً في جامعة أكسفورد في الجزء الأول من القرن العشرين في صيغته المذهبية الكاملة. فبيان "روس" لهذا المذهب الأخلاقي نموذج للدقة والوضوح والاعتدال. وتوفى "روس" في 5 مايو سنة 1971 في أكسفورد.
http://en.wikipedia.org/wiki/W._D._Ross

إنني أعتقد أن الأمثلة التي ذكرناها، للأربع حالات التي سبق أن عرضناها في موضع سابق، إنما تكشف عن خطأ الزعم بأننا لسنا في حاجة إلي نظرية أخلاقية. ففي كل حالة من تلك الحالات، نجد أن كل واحد من الناس الخيرين له وجهة نظر، تختلف أقصي غايات الاختلاف عن غيره من الناس الخيرين الآخرين، فيما يتعلق بما ينبغي القيام به. ففي حالة الآنسة (ب) كان والداها والفريق الطبي المعالج لها أناساً علي خلق. كما كان، أيضاً، الفتي (د) ووالداه أناساً علي خلق. إن مثل هذه الأمثلة توضح أن الناس الخيرين قد لا يتفقون فيما بينهم أبداً حول ما يجب عمله في هذه الحالة الاستثنائية أو تلك. وهذا هو بالضبط سبب حاجتنا الماسة لنظرية أخلاقية.

هذه الأمثلة نفسها كشفت خطأ القول بأن كل ما نحن في حاجة إليه هو أناس علي خلق لديهم خبرة عملية في معالجة مثل هذه المشكلات وحلها. وعلينا أن نتذكر، أنه في مثل تلك الحالات، وفي حالات أخري مشابهة، كان أفراد الطاقم الطبي المعالج (الأطباء، والممرضات، ومهنيّو الصحة الآخرون) قد انقسموا علي أنفسهم حول ما ينبغي عمله. فرغم كون أفراد الطاقم هم أناس خيرون ومتمرسون، إذ تم تدريبهم عملياً من خلال نماذج راقية يسعى المرء للحصول عليها. إلا أن هذا وحده ليس كافياً لمساعدتهم علي مواجهة الحالات الصعبة. مهما كان الإنسان علي خلق، وأياً ما كان لديه من تدريب عملي راقي نموذجي، فإنه قد يجد نفسه غير متيقن أو مختلفاً مع الآخرين فيما يجب عمله. إن الخبرة والتدريب إذا أضفنا إليهما رقي الأخلاق، فإن كل هذا لا يكفي. وهكذا نجد أنفسنا في مواجهة معضلات dilemmas تثبت حاجتنا إلى مساعدة إذا ما أردنا حل مثل هذه المشكلات علي نحو يفي بالغرض[47].

ومع ذلك فإن هناك مجموعة من الادعاءات التي تحتاج إلي فحص ما

تستند إليه من أسس، فأصحاب هذه الادعاءات يقولون بأنه بينما تبين لنا الاحتياج إلي شئ ما، أي الاحتياج إلي نظرية أخلاقية – علي الأقل هذا ما يُفْـهَم تقليدياً – فإن هذه النظرية لن يكون في مقدورها تزويدنا بالنصح السديد. وغالباً ما يقدم المدافعون عن هذه الوجهة من النظر الملاحظات التالية [48]:

(1) قد تبدو النظريات الأخلاقية كمحاولات لتفسير صواب أو خطأ الأفعال المتنوعة حينما نكون متيقنين مما هو صواب أو خطأ. أى أن البحث عن الصواب أو الخطأ هو مهمة نظرية جذابة. ولكن النظريات الأخلاقية لم تكن يوماً معنية بالتصدي لمثل تلك الحالات التي تمثل معضلات مثيرة للارتباك، كما أنها لن تكون ذات فائدة في حلها.

(2) إن ما جاء في البند رقم (1) صحيح لأن نظريات الأخلاق تطورت عبر مستوى أعلي من التجريد ولا نستطيع استنباط نتائج واضحة لما يجب عمله في الحالات الخاصة الصعبة. وحيث إن هذه هي علي وجه الدقة المساعدة العينية Concrete Help المطلوبة، فإن نظريات الأخلاق لا يمكنها أن تمد لنا يد العون.

إن هذه المجموعة من الادعاءات لها جانب من الصواب. إذ إن بعض الفلاسفة قاموا بصياغة نظريات أخلاقية تتسم بدرجة من التجريد، وإنه من غير الواضح تماماً كيف اعتقد هؤلاء بإمكان تطبيق نظرياتهم الأخلاقية تلك فى الحالات الخاصة. ومع ذلك فإنه من الخطأ افتراض أن هذه سمة ضرورية أو حتى غالبة علي كل نظريات الأخلاق. إذ علينا أن نتذكر أن الفيلسوف الألماني "كانط" Kant (1724 – 1804)، في محاولته تأسيس مبادئ مجردة لميتافيزيقا الأخلاق، قد أوضح المضامين الأخلاقية لنظريته من خلال عرض أربع حالات مشهورة [49]:

1. فهو يضرب مثلاً بحالة امرئ يعتزم الانتحار، لأنه ضاق بالحياة وضاقت به الحياة.

2. وهناك حالة امرئ آخر تدفعه الحاجة إلي اقتراض مبلغ من المال، إن في وسعه الحصول علي هذا المبلغ إذا قطع علي نفسه وعداً ثابتاً أن يرده في موعد محدد، لكنه يعلم تمام العلم أنه لن يستطيع سداده.

3. وثالث يؤثر أن يجري وراء اللذات التي توفرها له ظروفه الميسرة بدلاً من أن يبذل جهده في تنمية مواهبه واستعداداته الفطرية وتحسينها.

4. وهناك رابع توافرت له أسباب الحياة الرغدة، ومع ذلك يرفض أن يمد يد العون إلي مَـنْ يحتاج المساعدة

هذا ما قام به "كانط" الذي كثيراً ما يُتْـهَم بأن نظريته الأخلاقية علي درجة عالية من الصورية والتجريد، بل فعل ما هو أكثر من ذلك في كتاباته الأخرى، لاسيما التطبيقية، واستخلص من نظرياته بعض النتائج الخلافية. وعلي غرار ذلك، حرصت كتابات أصحاب مذهب المنفعة Utilitarianism، أمثال "بنثام"[*] Bentham و"مل" Mill (1773 – 1836) على التأكيد

(*) بنثام (جرمى) Jeremy Bentham فيلسوف أخلاق ومشرّع إنجليزي، ومن دعاة مذهب المنفعة في الأخلاق والقانون.
وُلِدَ في 15 فبراير سنة 1748 في لندن. وكان أبوه مدّعياً عاماً attorney وكان مبكر النضوج، فتعلم اللغة اللاتينية وهو في الرابعة من عمره. وتعلم في مدرسة وستمنستر ثم جامعة أكسفورد. وقد أراد له أبوه أن يحصل على إجازة في القانون ليصبح محامياً. فدرس القانون، ابتداء من سنة 1763 في Lincoln's Inn بلندن، وصار محامياً في سنة 1772. لكنه آثر الجانب النظري من القانون، فلم يمارس مهنة المحاماة، وإنما انكبّ على فقه القانون، خصوصاً القانون الجنائي، وعلى دراسة النظم السياسية. يقوم مذهب المنفعة عند "بنثام" على أساس نفسي وثيق، هو أن الإنسان بطبعه يسعى إلى تحصيل اللذة وتجنب الألم. يقول بنثام: "إن الطبيعة وضعت بنى الإنسان تحت سيطرة حاكمين ذوى سيادة هما : الألم واللذة... وهما =

بصرامة أن ما تقدمه من آراء وأفكار إنما يساهم في صياغة القرارات الأخلاقية والسياسات الاجتماعية. وبالتالي فإنه لم تكن بغية العديد من الفلاسفة الذين نجحوا في إقامة نظريات أخلاقية كبري، تكون نظرياتهم تصميمات مجردة تفسر لنا ما نحن نعرفه من قبل. ليس في وسع أية واحدة من هذه النظريات القول إنه سهل جداً (أو حتى محتمل) تأكيد الزعم القوى لنظريات الأخلاق المختلفة. إن كل ما يمكن قوله، هو أن واضعي هذه النظريات الأخلاقية كان هدفهم منذ البداية تطبيقها بطريقة ما والتي سوف تأخذهم إلى نتائج مبهمة. وحتى لو اتبعنا نظرية تقليدية مجردة من النظريات الأخلاقية، فسنجد أمامنا سؤالاً مطروحاً يتعلق بما إذا كانت تلك النظريات قادرة علي إنجاز مهمتها في مساعدتنا علي مواجهة الحالات الصعبة وحلها، أم لا.

ثمَّـــة مسألة أخري لابد من أن نشير إليها، وهي أن أية نظرية في الأخلاق الطبية ينبغي ألا تكون نظرية مجردة مبهمة المضامين والنتائج، بل عليها أن تأخذ عنصراً من كل نظرية من النظريات الأخلاقية التقليدية المجردة لتضمها إلي عناصر النظريات الأخرى بطريقة تعطى أنموذجاً لصنع القرار والذي يمكن تطبيقه في الحالات الصعبة.

=

يحكماننا في كل ما نفعل، وفى كل ما نقول، وفى كل ما نفكر فيه: وكل محاولـــة يمكـــن أن نبذلها من أجل التخلص من استعبادهما لنا لن تفلح إلا في إثبات هذه الحقيقة، وتوكيدها، وربما زعم الإنسان، بالقول، رفض سلطانهما، أما بالفعل وفى الواقع فإنه سيبقى خاضعاً لهما دائماً".
وتوفى جرمى بنثام فى 6 يونيو سنة 1832، وكان قد أوصى بتشريح جثته لـــصالح البحـــث العلمي. وقد حفظت في كلية الجامعة، بجامعة لندن، وهذه الكلية إنما أُنشِئَت بفضل مجموعـــة من الناس على رأسهم بنثام، وكان المقصود منها أن تفتح أبواب التعليم العالي لأولئك الذين لم تتح لهم فرصة دخول جامعتى كيمبردج وأكسفورد، الجامعتين الوحيدتين في إنجلترا آنذاك.
[انظر: د. عبد الرحمن بدوى، موسوعة الفلسفة، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، الجـــزء الأول، بيروت، 1984، ص ص 362 – 4]

وبإيجاز، فإن الرد التالي يمكن وضعه أمام هؤلاء الذين يزعمون بأننا لسنا في حاجة إلي تطوير نظرية في الأخلاق للتعامل مع تلك الحالات. القول بأن هذه الحالات لا تتطلب وجود نظريات لحلها إنما يتناقض مع وجود تعارض في آراء الناس الخيرين فيما يتعلق بهذه الحالات. إن النظرية التي يجب أن تقوم عليها الأخلاق الطبية هي نظرية أخلاقية تعددية pluralistic moral theory ، وعلي المرء تقبل شرعية الاختلاف البيِّن القائم بين النظريات الأخلاقية شديدة التنوع. وهي تختلف عن تلك النظريات التقليدية الواحدية التي تضفي شرعية فحسب علي نظريات أخلاقية معينة. وبالتالي فإن الفشل في العثور علي إجابة عن السؤال المتعلق بالنظرية التي علينا إتباعها يجعلنا غير قادرين أن نسترشد بنظرية أخلاقية معينة لكيفية التعامل فى مواجهة الحالات الصعبة[50].

إذا كانت ثمَّة غاية على الإطلاق للمبادىء، فإنها تعكس التقاليد الممتدة عبر الأجيال للخبرات البشرية تجاه بعض المشكلات المستعصية. فلنأخذ القاعدة التي تدعونا إلى ضرورة التوقف بالسيارة عندما تضيء إشارة المرور باللون الأحمر. إن إذعان المرء لهذه القاعدة غير الكافية قد يترتب عليه ضياع الوقت، لأن الوقوف أمام الإشارة الحمراء، حتى وإن كان المرور منعدماً في تلك اللحظة التي تضيء فيها باللون الأحمر، هو مضيعة للوقت. غير أن البديل لهذا الموقف هو أنه يجب اعتبار أن كل إشارة حمراء كأنها لم تكن ويمكن تجاوزها مادامت لا توجد سيارات عابرة تعترض طريقنا. لو أن الناس كانوا نموذجيين ويقدرون الأمور تقديراً حسناً، فبالتالي يمكن تفضيل الموقف البديل المتمثل في إلغاء القواعد والقوانين وترك الأمور لحسن تقدير كل إنسان. من الممكن الدفاع عن هذا السلوك على أساس أنه قد يؤدى إلى موقف أفضل على المدى الطويل رغم أنه في حالات معينة قد يؤدي إلي خراب[51].

عنصر آخر في النظرية الأخلاقية له تقريباً نفس مستوي تأثير القواعد الأخلاقية، ونعني به الحقوق الأخلاقية Moral rights التي يعتقد المرء أن العدل يقتضي المطالبة بها. والمطالبة بالحقوق غالباً ما تكون علي شكل شعارات، مثل: حق الحياة، الحق في الرعاية الصحية، حق رفض العلاج، حق تقرير حجم العائلة. المطالبة بالحقوق هي إذن دعوة لعالَـم تتوافر فيه حرية التصرف. وعادةً ما تلزم عن الحقوق واجبات – غير محددة – تقع علي كاهل شخص ما. وهكذا تُعَـد الحقوق قريبة الصلة بقواعد الأخلاق، التي غالباً ما تنشأ تحت دعوى حماية الحقوق. إن الحقوق تشبه القواعد أو المبادئ من حيث مستوي خصوصيتها، كما أنها غالباً ما تشبه القواعد والمبادئ أيضاً من حيث إنها تتعارض مع حقوق وقواعد أخري[52].

إننا في حاجة إلى وسيلة جديدة لتأمل نظريات الأخلاق التي كانت سائدة في الماضي. وعلينا إن ندرك أن كل واحدة من هذه النظريات قد استندت علي دعائم لا يتطرق إليها شك. وعلينا أن ندرك أيضاً أن سبب فشل كل منها إنما يرجع إلي استنادها علي دعائم أخلاقية معينة دون غيرها من الدعائم الأخلاقية المشروعة الأخرى. بالنظر إلى تاريخ فلسفة الأخلاق بوصفه تاريخاً لنظريات متنافسة علينا أن نختار من بينها نظرية، يجب النظر إلي هذا التاريخ علي أنه سلسلة من المحاولات المتتابعة للتوصل إلي مبادئ أخلاقية متعددة يمكنها أن تندمج لتشكل إطاراً لنظرية أخلاقية مقبولة تساعدنا علي مواجهة الحالات الصعبة والتغلب عليها[53].

فلنأخذ النظرية الأخلاقية عند أرسطو(*)، يقدم أرسطو نظرية الفضيلة

(*) يرى أرسطو أن الفضيلة تكون حيث تؤدى قوى الإنسان وظيفتها، والإنسان شـهوة وعقـل، ومن هنا تنقسم الفضائل إلي صنفين: فضائل خلقية وأخرى عقلية، وتجيء أولاهما بالتربيـة =

بوصفها وسطاً. ففى كل حالة يمكن أن يكون هناك إفراط أو تفريط، وكلاهما لا يشكل أساساً للسلوك القويم، وإنما تكمن الفضيلة في موقع ما بين هذين الطرفين . مثال ذلك أن الشجاعة الحقة ليست هي العدوانية المتهورة ولا الانسحاب الجبان، وإنما هي وسط بين التهور والجبن.على أن نظرية الوسط لا تنجح كل النجاح. فكيف نعرف الصدق مثلاً؟ إننا نعترف بأنه فضيلة، ولكنَّا لا نستطيع القول إنه يحتل موقعاً وسطاً بين الكذب السافر والكذب المحدود[54]. إن نظرية أرسطو إنما تشير إلى نوع بعينه من أنواع الأخلاق المقبولة. وتقول بأن أفعالاً معينة هي وحدها التي تتصف بأن لها قيمة لأنها تمثل تلك الفضائل كالشجاعة والاعتدال. لقد بُـذِلَت محاولة – سواء أكانت ناجحة أو فاشلة – لتعريف طبيعة هذه الأفعال الفاضلة. لم يلتفت أرسطو إلي بعض المعايير الأخلاقية كالاحتكام إلي نتائج أفعال المرء، أو أن تكون حقوق الأفراد معياراً أخلاقياً. إن الالتجاء إلي القواعد الأخلاقية يجب أن

=

والتعود وتنشأ الثانية عن طريق التعلم، ومن أجل هذا وجب على المشرع أن يروض مواطنيه على تعود العادات الطيبة، لأن الفضائل إنما تُكْتَسب بالمران والتعود وعندئذ تقترن مزاولتهـا بمتعة، بل إن الفضيلة لا تكون فضيلة إلا متى أصبحت عادة تصدر عن صاحبها فـي يـسر وسهولة حتى يجد في مزاولتها لذة، ومن وجد في مباشرة الفضيلة مشقة أو عناء دل بهذا على عدم استعداده لها، فاللذة ترشد إلى الفضيلة وتقترن بها، ومن هنا وجد العفيف في ضبط نفسه لذة، وما يقال عنه يقال عن غيره من أفاضل الناس، وهكذا تبدو قيمة اللذة وصـلاحيتها أداة للتربية والتهذيب.

لكن كيف يتيسر تحديد الفضائل الخلقية؟ لأرسطو مذهب معروف يقتـضى الأخـذ بالوسـط الذهبي golden means ومؤداه أن كل فضيلة وسط بين طرفين كلاهما رذيلة، فالـشجاعة وسط بين التهور والجبن، والكرم وسط بين الإسراف والتقتير، والاعتداد وسط بين الغـرور والمسكنة أو الذلة، والتواضع وسط بين الخجل وانعدام الحياء والدعابة وسط بـين المجـون والفظاظة وهلم جرا.

[انظر: د. توفيق الطويل، الفلسفة الخلقية– نشأتها وتطورها، منشأة المعارف، الإسـكندرية، 1960، ص ص 57– 8]

يحكم سلوك الإنسان، وهكذا. ومن ثمَّ فإن نظرية أرسطو لا تعترف إلا بمعيار أخلاقي واحد، ألا وهو الاحتكام إلي الفضائل.

إن هذه السمة التي تتحلي بها نظرية أرسطو هي مصدر قوتها وضعفها في آنٍ واحد. إن أهميتها في تاريخ فلسفة الأخلاق يكمن بالتحديد في تذكيرنا بأننا في حاجة إلى إدخال فكرة الفضيلة إلي نظرية في الأخلاق. وإلي جانب التساؤل عما إذا كان تعريفها للفضيلة تعريفاً مناسباً أم لا، فإن موطن ضعفها يكمن في أنها أخفقت في أن تُدْخِل في اعتبارها العديد من المعايير الأخلاقية الأخرى التي كان ينبغي إدراجها في أية نظرية أخلاقية ملائمة[55]. الشيء نفسه يصدق علي أولئك المفكرين النفعيين(*) التقليديين

(*) النفعيون هم أصحاب مذهب المنفعة Utilitarianism: يلتقي النفعيون عند القول بأن اللذة (أو المنفعة) هي وحدها الخير الأقصى أي المرغوب فيه لذاته دون نتائجه، والألم وحده هو الشر الأقصي، وينشأ عن هذا أن الأفعال الإنسانية لا تكون خيراً متى تحققت، أو توقع صاحبها من ورائها نفعاً، فإن أدت إلى ضرر أو عاقت نفعاً كانت شراً، بهذا توقفت الأخلاقية على نتائج الأفعال وآثارها، وأصبحت المنفعة مقياس الخيرية ومعيار التقييم، ومن أصحاب هذا الاتجاه من تطلع إلى تحقيق اللذة أو المنفعة الفردية، حسية عاجلة – فيما ذهب القورنيائية – أو حسية وعقلية – فيما أراد الأبيقورية، وهى في كل الحالات منفعة شخصية فردية فيما بدا من مذهب "هوبز"، أولئك جميعاً هم أصحاب مذهب اللذة الفردي أو الأناني.
ولكن المنفعة الفردية قد تحولت عند المحدثين إلى التماس لمصلحة المجموع، فطالب أصحاب مذهب المنفعة العامة بتحقيق أكبر قدر من السعادة لأكبر عدد من الناس. ففي القرنين السابع عشر والثامن عشر تحولت منفعة الفرد إلى منفعة للمجموع، فأساس المذهب عند دعاة المنفعة – فردية كانت أو عامة – هو الاعتقاد في صواب مذهب اللذة السيكولوجي وهو الذي يقرر أن الإنسان يلتمس "بالفعل" كل ما يحقق لذته أو منفعته في كل فعل يأتيه، ومعنى هذا أن الإنسان أناني بطبعه، وقد اتخذ دعاة المنفعة هذا المذهب أساساً لمذهب اللذة الأخلاقي فزادوا عليه القول بأن الإنسان "ينبغي" أن ينشد في كل فعل يأتيه لذته أو منفعته ويصدق هذا حتى على الذين جعلوا غاية الأفعال الإنسانية منفعة المجموع، فكانوا أنانيين حتى في تصورهم للصالح العام.
[انظر: د. توفيق الطويل، الفلسفة الخلقية نشأتها وتطورها، الإسكندرية، 1960، ص 287 – 8.]

أمثال "بنثام" و"مل". إذ تمسكوا بنوع مختلف تماماً من المعايير الأخلاقية، وهو المعيار الذي يتعلق بنتائج أفعالنا. إن قوة النظريات التي ينادون بها إنما تكمن في أنها تجذب انتباهنا إلي هذا المعيار الأخلاقي بالغ الأهمية والذي يجب إدراجه في أية نظرية أخلاقية مقبولة. وإلي جانب التساؤل عما إذا كانت النظرية قد عرفت معيار المنفعة علي نحو يفي بالغرض أم لا ، فإن موطن ضعفها يكمن في أنها أخفقت في أن تُدْخِل في اعتبارها أنواعاً من المعايير الشرعية الأخرى. تلك النقطة هي أساس العديد من الاعتراضات التي وُجِهَت إلي مذهب المنفعة، كما أن مذهب المنفعة لم يكن لديه الإحساس الكافي بحقوق الأفراد وقد فشل في التوصيف المميز لقواعد الأخلاق مما سمح بعديد من الاستثناءات[56].

ولنأخذ مثالاً ثالثاً؛ نظريات تقول بالحقوق الطبيعية للإنسان ، مثل مناقشة "جون لوك"(*) Lock لحقوق الأفراد في الحرية والتملك. إن قوة هذه

(*) جون لوك John Locke وُلِدَ "جون لوك" فى رينجتون Wrington بمقاطعة سومرست Somerset في أغسطس سنة 1632 بإنجلترا أثناء حكم الملك "شارل الأول". وكان أبوه محامياً من جماعة البيوريتان (المتطهرين) اشترك في صفوف البرلمان حين اندلعت الحرب الأهلية ولم يكن الابن الصغير "جون لوك" يتجاوز العاشرة من عمره – فكانت هذه البيئة المكافحة التي نشأ فيها "لوك" من أكبر العوامل التي أدت إلى تفتح ذهنه على بعض الأفكار السياسية السائدة في ذلك الوقت، وتوجيه نظره إلى الاشتغال بالسياسة فيما بعد بحيث جعلت منه فيلسوف الحرية لا في إنجلترا وحدها – بل في أوربا كذلك. وقضى "لوك" فترة طفولته في سومرست حتى بلغ الرابعة عشرة – ثم أُرْسِل إلى مدرسة وستمنسر فى سنة 1646 واستمر بها حتى التحق بجامعة أكسفورد فى سنة 1652. واستمر فى دراسته الفلسفية في أكسفورد مع قراءاته الخاصة مدة أربع سنوات حصل بعدها على درجة البكالوريس عام 1656 ثم درجة الماجستير فى الفلسفة بعدها بعامين 1658. ثم عُين عام 1660 محاضراً في الفلسفة اليونانية وفلسفة الأخلاق في مدرسة الكنيسة بأكسفورد مع استمراره في متابعة دراسته للمنطق الأرسطى وللميتافيزيقا متزوداً بدراسة التاريخ والفلك والطبيعة وبعض اللغات. كما بذل مجهوداً كبيراً في دراسة الطب واستطاع أن يحصل على درجة علمية من =

النظريات تكمن في تذكيرنا بأننا في حاجة إلى إدخال فكرة أن للأفراد حقوقاً يجب احترامها؛ كمثال من أمثلة المعايير الأخلاقية بالغة الأهمية. مرة أخرى؛ إن نقاط ضعف تلك النظريات، إلي جانب أنها لم تقم بالتوضيح الكامل لمضمون تلك الحقوق، أنها أخفقت في أن تُدْخِل في اعتبارها العديد من المعايير الأخلاقية الأخرى كمعيار النظر إلي نتائج أفعال الإنسان أو كالمعيار القائم علي الفضائل المختلفة. فالعديد من الاعتراضات التي وُجِهَت إلي نظريات الحقوق – مثل الادعاء بأن التركيز علي الحقوق الفردية قد يعني أن ضرراً ما من الممكن أن يلحق بصلاحيات الحقوق العامة – تستند بدقة إلي هذه الملاحظة التي تقول إن نظريات الحقوق قد أخفقت في أن تُدْخِل في اعتبارها العديد من المعايير الأخلاقية الأخرى حين تقيم الأفعال المفترضة[57].

=

أكسفورد عام 1675 تؤهله لممارسة الطب عملياً، وبدأ يمارسه فعلاً من حين لآخر – إلا أنه لم يشتغل به مهنة أساسية ولا بطريقة منتظمة أو دائمة. كما كانت له في الميادين السياسية والاقتصادية والتربوية جهود واضحة تبلورت فى شكل مؤلفات قيمّة تشرح رأيه وتعبر عن وجهة نظره الإصلاحية فيما يتعلق بمشكلاتها. أما عن "لوك" الإنسان فكان شخصاً مخلصاً لمبادئه ومتمسكاً بها مدافعاً عنها عاملاً على تنفيذها في شيء من التصميم الواعي وفى شيء من الحزم والتعقل، متمسكاً بقيم خلقية عالية ومفاهيم إنسانية واسعة. كان "لوك" على درجة كبيرة من الذكاء الذي ساعده على تفهم مجتمعه وألوان الاستبداد والضغوط الموجودة فيه، وكان شغوفاً بالقراءة ومتواضعاً، كما عُرِفَ عنه الاعتدال والحكمة. لقد كان "جون لوك" الممثل الرئيسي لعصر التنوير في إنجلترا وللنزعة التجريبية التي اكتملت علي يديه ، رفض ما قال به ديكارت من وجود أفكار فطرية، ورأي أن المعرفة كلها تُسْتَمد من التجربة الباطنة والظاهرة (أي من الإحساس والتأمل). يؤيد الدين الطبيعي أو التدين العقلي الذي يسلم بوجود الله وخلقه للطبيعة وقوانينها، ولكنه ينكر الوحي، كما ينكر كل تأثير إلهي فائق للطبيعة. توفى "لوك" في 28 أكتوبر عام 1704.

[انظر: د. عزمى إسلام، جون لوك، دار المعارف ،القاهرة، ص ص7 – 12]

وهناك اتجاه فلسفي معاصر هام يري أنه ينبغي علي الفيلسوف أن يعكف علي تحليل مفاهيم اللغة الأخلاقية ومبادئها تحليلاً منطقياً. لكن الاعتراض الذي أحياناً ما يُوجه إلي أصحاب هذا الاتجاه هو أن تحليل المفاهيم والمبادئ لا يوفر لنا أية إرشادات تجاه المسائل ذات الصبغة الأخلاقية. ولفهم تعقد المبادئ الأخلاقية ومفاهيمها لابد من الاستعانة بوجهة النظر الأخلاقية لأحد الناس. فعلي سبيل المثال، يُتَهَم الأطباء أحياناً بأنهم متسلطون في تعاملهم مع مرضاهم، وهم يردون علي هذا الاتهام أحياناً بأن لهم الحق في ذلك لأنهم خبراء في هذا المجال ويعرفون جيداً مصلحة مرضاهم. إن عملية تحليل المفاهيم قد تكون إحدى الأدوات المساعدة في هذا المجال لبيان المفاهيم غير الواضحة أو الملتبسة[58] ، مثل: "السلطة" authority ، و"صاحب السلطة" أي "المتسلط" authoritarian ، و"الخاضع للسلطة" authoritative ، و"الحقوق" rights.

يعتري بعض اتجاهات الفلسفة الأخلاقية المعاصرة عيب، يتمثل لا في كونها تحليلية – حيث إن التحليل كان إحدى وظيفتي الفلسفة منذ أفلاطون – وإنما في أنها أغفلت الوظيفة الأخرى وهي التركيب. إن الفيلسوف في أدائه لهذه المهمة التقليدية إنما يتصرف بوصفه شاهداً علي كل الأزمنة والأمكنة. معنى ذلك أنه يقوم بتقديم رؤية شاملة عن الطبيعة الإنسانية في مكانها المحدد مقارنةً بالأشياء. وبعبارة أخري، لم ينظر كبار الفلاسفة في الماضي إلي الطبيعة البشرية كما لو كانت منقسمة إلي ما هو جسدي ، وعقلي ، واجتماعي ، وأخلاقي ، وسياسي ، واقتصادي ، وجمالي ...إلخ. ولم يقسموا أبحاثهم بمثل هذا الحرص – الذي نحن عليه الآن – إلي هذا التخصص الدقيق أو ذاك. بل بالأحرى ، قدموا نظرة كلية وشاملة للإنسان؛ مجتمعه ومغزى حياته. كانت الرؤية التركيبية متأصلة في الماضي في الأعمال الفلسفية الرائعة، مثل: "الجمهورية" Republic لأفلاطون، و"الأخلاق" Ethics لأرسطو، و"التنين" Leviathan لـ"هوبز"، و"الأخلاق" Ethics

لإسبينوزا، إن كل هؤلاء قدموا رؤيتهم الشاملة عن الإنسان والمجتمع وهي مقبولة عقلياً[59].

وباختصار، قام فلاسفة الأخلاق عبر السنين بوضع العديد من النظريات الأخلاقية المتباينة. كل واحدة منها تتضمن نوعاً محدداً من المعايير الأخلاقية. كما تكمن قوة أي منها في أنها تستند إلي معيار أخلاقي شرعي يحتاج إليه المرء أشد الاحتياج حين يُواجه بحالات واقعية. ولكن الصعوبة التي تنطوي عليها تلك النظريات هي صعوبة مزدوجة: الجانب الأول منها داخلي، يتمثل في إخفاقهم في أن يوضحوا بما فيه الكفاية المعايير الأخلاقية التي يستندون إليها. ولكن الجانب الآخر والأكثر أهمية وصعوبة هو أن كل نظرية من تلك النظريات منكفئة علي نفسها وغير قادرة على تفسير الأمثلة المعاكسة والمستندة صراحةً علي معايير أخلاقية مختلفة. إن الأمثلة المعاكسة هي التحدي الذي يواجه النفعيين لأن معيار احترام حقوق الإنسان كمثال معاكس قد ينتج خيراً عظيماً. كما أن الأمثلة المعاكسة، التي تضع في اعتبارها نتائج الأفعال أو الحقوق الفردية، إنما تمثل تحدياً أيضاً لنظريات الفضائل. الاعتراضات التي عادةً ما توجه إلي النظريات التقليدية يمكن التعبير عنها علي النحو التالي: النظريات الأخلاقية تكون غير صحيحة بسبب إخفاقها في وضع المعايير الأخلاقية الأخرى في اعتبارها[60]. ومن ثمَّ علينا ألا نحاول أخذ معيار أخلاقي واحد من نظرية ما واستخدامه كأساس لكل سلوك أخلاقي، إن استخدام معايير أخلاقية أخرى يمكن استخلاصها طالما كانت مبنية على معايير أخلاقية أساسية. وبالأحرى، فإنه يجب علينا النظر إلي كل نظرية من هذه النظريات بوصفها علي صواب حين تدافع عن معيار أخلاقي يتم استخدامه استخداماً مشروعاً، ولكنه محدود. وهكذا فنحن في حاجة إلى إدراج كل تلك المعايير الأخلاقية، كل منهما كمعيار مستقل لا تتوقف صحته علي استخلاصه من معيار أخلاقي آخر، إلى نظرية أخلاقية تعددية.

أخلاق الطبيب

إن كل ما يتعلق بالصحة والعناية بها يمكن اختصاره في عبارة مقتضبة يتوجه بها شخصٌ ما إلي شخصٍ آخر، ليقول ، بطريقة ضمنية أو صريحة :

"أرجوك ساعدني في العناية بصحتي"

إن تحليل هذه العبارة يكشف عن أمور كثيرة منها " إن الغاية التي يسعى الطب إلي تحقيقها هي العناية بصحة البشر، وإن الإنسان هو من يقوم بهذه المهمة"[61]. كما يكشف تحليلنا لهذه العبارة عن علاقة بين مريض وطبيب، وهي تتطلب منا:

أ- مقارنة العلاقة الإنسانية الداخلية المتكافئة بين الطبيب والمريض في مقابل عناية الإنسان بغير البشر كالآلات والحيوانات.

ب- إنها تلقي الضوء علي طبيعة البشر وصحتهم والعلاقة بين الاثنين.

جـ- إنها تلفت الانتباه بشدة إلي الركيزة الواضحة التي تستند إليها صيغة العلاقة الشخصية بين الطبيب والمريض.

د- مقارنة هذه الصيغة بغيرها من صيغ العلاقات القائمة لسد حاجات غير طبية (كالعلاقة بين المشتري والبائع، أو العلاقة بين المحامي وموكله) وهذا هو ما يُكْسِب مهنة الطب تفوقها وتميزها[62].

كان الغربيون، حتى نهاية النصف الأول من القرن العشرين، يفضلون أن يمارس الأطباء سلطتهم الأبوية علي مرضاهم. ولكن البعض – من العاملين في مجال الطب – أساءوا استغلال هذه السلطة، ومن هنا ظهرت محاولات متعددة لوضع قوانين وقواعد تحدد سلوك الأطباء، وتُشَرّع

الحقوق الإنسانية للمرضي. فظهرت في سنة 1973 محاولة لصياغة لائحة حماية "حقوق المريض"، تحت إشراف جمعية المستشفيات الأمريكية، ولكن الأساس القانوني لهذه اللائحة كان ضعيفاً، ولذلك تعرضت للنقد الشديد. وفى سنة 1976 م وضع المجلس الأوربي تقريراً تحت عنوان "حقوق المريض والمحتضر " The Rights of Sick & Dying. كان يركز على إلغاء السلطة الأبوية (الأبقراطية) للطبيب، والموافقة على إيقاف علاج المريض الميئوس من شفائه أو المحتضر إذا كان الأطباء يرون أنه لا فائدة من علاجه. ولكن أهم بنوده هي: "إن هذا المجلس يطالب بتشكيل لجنة وطنية تشمل كل العاملين في مجال الطب من جميع المستويات، والمحامين والمفكرين الأخلاقيين، واللاهوتيين، وعلماء النفس، وأخيراً علماء الاجتماع، ليؤسسوا لائحة قانونية تشمل مبادئ أخلاقية من أجل معاملة ومعالجة الأشخاص المحتضرين. وهكذا اعترفت الجهات الرسمية ، لأول مرة، بحق الأشخاص غير العاملين في مجال الطب في أن يتدخلوا في شئونه. فالمسألة لم تعد مقتصرة على الأطباء فقط، وإنما هي تمس كل المجتمع. ولذلك ظهرت مجموعة كبيرة من اللوائح والمعاهدات الطبية لكل فرع من فروع الطب، مثل "معاهدة جنيف للأخلاق الطبية"، و"إعلان هلسنكى الطبي" Declaration of Helsinki، و"مبادئ الأخلاق الطبية للجمعية الطبية الأمريكية"، كذلك "اللائحة الأخلاقية للمساعدين الطبيين"، وغيرها من اللوائح للممرضين والإداريين وغيرهم. وتدل هذه اللوائح على مدى اهتمام المجتمع بالمجال الطبي، وبالمحافظة على علاقة طيبة بين مهنة الطب والمجتمع الذي لم يعد يقتنع بفرض العلاج عليه، وإنما أصبح يطالب بأن يفهم كل صغيرة وكبيرة فى مجال الطب لكي يكون من حقه أن يرفض أو يقبل ما يقدم إليه من خدمات علاجية[63].

والطب العلاجي هو في جوهره علاقة بين طبيب ومريض. وهي

علاقة بالغة الحساسية لأنها تستند إلي الثقة الخالصة في أن الطبيب سيبذل قصارى جهده من أجل العناية بمريضه أو مريضته تحت كل الظروف الممكنة حتى يتعافى من مرضه أو مرضها[64].إن أفضل سبيل ليقوم الطبيب بخدمة مريضه هو أن يحافظ على حياته واستمرارية بقائه على قيد الحياة، أما العمل على تحسين صحته فيأتي في المرتبة التالية. يتفق الأطباء جميعهم على ضرورة أن تتوحد الجهود من أجل الاحتفاظ بحياة المريض حتى وإن كانت فرصة ذلك ضعيفة للغاية، أو على الأقل إعادته إلى حياة لها معنى عن طريق معجزات[65].

أخلاقيات الطبيب كما يعرضها "الرازي":

وفي كتابه "أخلاق الطبيب" شرح أبو بكر الرازي بعض الخصال التي ينبغي أن يتحلى بها الطبيب، نذكر منها:

1- ينبغي أن يكون الطبيب "رفيقاً بالناس، حافظاً لغيبهم، كتوماً لأسرارهم، فإنه ربما يكون ببعض الناس من المرض ما يكتمه عن أخص الناس به، مثل: أبيه وأمه وولده، وإنما يكتمونه خواصهم، ويفشونه إلى الطبيب ضرورةً "[66].

2- على الطبيب "أن يكون مخلصاً لله، وأن يغض طرفه عن النسوة ذوات الحسن والجمال، وأن يتجنب لمس شيء من أبدانهن. وإذا أراد علاجهن أن يقصد الموضع الذي فيه معنى علاجه، ويترك إحالة عينيه إلى سائر بدنها"[67].

3- ينبغي علي الطبيب "أن يعالج الفقراء، كما يعالج الأغنياء"[68].

4- نهى الرازي بشدة عن العُجْبُ (*) ؛ لأنه ضد تقدم المعرفة، وهو

(*) العُجْبُ : الكِبْرُ والزَّهْوُ.

يناقض الخلق الكريم؛ فإن أدواء النفس تابعة من فرط محبة الإنسان لنفسه. وهو يقول: "رأيت من المتطببين من إذا عالج مريضاً شديد المرض فبرأ على يديه، دخله عند ذلك عجب. وكان كلامه كلام الجبارين. فإذا كان كذلك، فلا كان، ولا وُفّقَ، ولا سُدّدَ"[69].

5- "ينبغي على الطبيب أن يدخل على مخدومه كل يوم، ويقعد بالقرب منه، ويجس نبضه إن أشار بيده إليه، فإن لم يجس نبض إنسان في حال صحته، لم يمكنه أن يحكم عليه وقت علته"[70].

6- نهى "الرازي" الأطباء عن التجربة في المريض[71].

7- حذر "الرازي" من أدعياء الطب، وقال: "واعلم أن اللصوص وقطّاع الطريق، خير من أولئك النفر، الذين يدعون الطب، وليسوا بأطباء، لأنهم يذهبون بالمال. وربما أتوا على الأنفس، وهؤلاء كثيراً ما يأتون على الأنفس النفيسة. وإن من اضطر إلى ذلك لحاجة أو سد مجاعة، خير ممن هو مستغن عنه، يريد بذلك التشدق والسمعة، كي يقال: إن فلاناً يرجع إليه علم الطب"[72].

8- دعا "الرازي" إلى تواضع الأطباء، وهو يقول: واعلم أن التواضع في هذه الصناعة زينة وجمال، لكن يتواضع بحسن اللفظ، ولينه، وترك الفظاظة والغلظة على الناس، فمتى كان ذلك فهو المسدد الموفق[73].

أخطاء الطبيب :

ينبغي على الطبيب ألا يتسبب في إحداث ضرر أو أذى للمريض دون مبرر، سواء أكان ذلك عن قصد أو إهمال. إن معيار الاعتناء بالصحة يتمثل في عدم تعريض المريض للأذى، أو التقليل بقدر المستطاع من مخاطر

تعرضه للأذى. وهذا المعيار لا تنادى به الأخلاق العامة فحسب ، وإنما تنص عليه قوانين المجتمع أيضاً[74].

لكل إنسان حقوق مقدسة على جسمه لا يجوز المساس بها بغير رضائه ، وكل اعتداء على هذه الحقوق يتحمل مسئوليته من ارتكبه ، حتى ولو كان الدافع إليه مصلحة المريض . والحقيقة أن المسئولية الطبية المدنية، وإن كانت صورة من صور المسئولية المدنية بوجه عام ، إلا أنها قد اكتسبت ، مع ذلك ، أهمية خاصة ، وذلك لسببين :-

الأول : إن مهمة الطب تُعَد من أنبل المهن الإنسانية ، ويحتاج الطبيب الذي ينهض بها إلى قدر كبير من الحرية والثقة والاطمئنان . وبالمقابل ، فإن حياة المريض أو سلامته الجسدية ، تُعَد من أثمن القيم التي يحرص المجتمع على حمايتها ، والتي تُعَد من الأمور المتعلقة بالنظام العام .

الثاني : هذا التزايد مطرد في دعاوى المسئولية الطبية خلال العقود الأخيرة من هذا القرن ، في الغرب والشرق على حد سواء ، فقديماً عندما كانت تحظى مهنة الطب بما يسمى بـ "السلطة الأبوية" Paternalistic ، كانت دعاوى المسئولية المرفوعة ضد الأطباء والجراحين نادرة . أما الآن حيث تجردت العلاقة بين الأطباء والمرضى من الصفة الشخصية ، وأصبحت علاقة تجارية ، فقد تزايدت كثيراً دعاوى هذه المسئولية . والواقع أن كثيراً من العوامل قد ساهمت فى التطور السريع للمسئولية الطبية منذ منتصف القرن العشرين ، ومن هذه العوامل شيوع الثقافة الطبية في جمهور كبير من الناس ، وما صاحب ذلك من تدهور مناخ الثقة الذي كان يحيط تقليدياً بالعمل الطبي[75].

ومما لا شك فيه أن هناك أخطاء طبية تقع ، بعضها بسيط وبعضها جسيم . ومع ذلك فإن المبادئ الأخلاقية والتشريعات القانونية تُلْزِم الأطباء بحماية مرضاهم من الأذى[76]. ويمكننا أن نستخلص معياراً عاماً لخطأ الطبيب بوجه عام ، سواء في مجـــال عمله العادي ، أو في مجال عمله الفني . يتمثل هذا المعيار في الانحراف عن السلوك المألوف – العادي والفني – لطبيب وسط من مستواه المهني نفسه ، محاطاً بالظروف الخارجية نفسها. والواقع أن هذا المعيار من الاتساع بحيث يشمل الخطأ العادي والخطأ الفني ، فتجتمع فيه الأصول الفنية المستقرة ، والقواعد التي يمليها الواجب العام باليقظة والحيطة والتبصر .

فالغالب أنه عندما يزاول الطبيب عملاً فنياً فإنه يقوم بأعمال عادية تختلط بعمله الفني ، بحيث يصعب الفصل بينهما . هنا نزن سلوكه في مزاولة عمله العادي بالسلوك المألوف الذي يقدمه طبيب متوسط من مستواه المهني نفسه، ونقيس سلوكه الفني بمقدار الانحراف عن الأصول الفنية المستقرة ، طبقاً لما يسلك بشأنه طبيب متوسط من مستواه المهني نفسه. وفى الحالتين يجب أن تُؤْخَذ في الاعتبار الظروف الخارجية التي أحاطت بالطبيب محل المساءلة[77].

إن الجمع بين معياري الخطأ العادي والخطأ الفني ، في معيار واحد ، على النحو السابق ، يعد أمراً ضرورياً ، مادام الطبيب يمكن أن يقوم بهذين العملين وغالباً ما يختلطا . ومن الأمثلة التي تُذْكَر في هذا الصدد ، حالة الطبيب الذي نقل دماً غير متوافق مع دم المريض المنقول إليه (خطأ فني)، حيث لم يميز بين الزجاجات التي تحتوى على دم بشرى من مجموعات مختلفة (خطأ عادى يتمثل في تقصير واجب الحيطة والتبصر). وعلى ذلك فإذا كان الطبيب قائماً بعمل فني ، وخالف أصوله الفنية المستقرة؛ انعقدت

مسئوليته ، كما تنعقد ولو لم يخالف هذه الأصول متى نُسِبَ إليه انحراف عن سلوك الطبيب الوسط من طائفته ، كأن يهمل طبيب جراح في التأكد من تعقيم الأدوات الجراحية . وبالتالي ، فإن الجمع بين هذين الأمرين ليكونا معاً معياراً واحداً ، جامعاً يقاس به سلوك الطبيب بوجه عام ، وتحديد متى يكون مخطئاً ، يُعَد أمراً حتمياً وليس اختيارياً[78].

وباستقراء المعيار المتقدم لخطأ الطبيب، نجد أنه يحتوى على عنصرين أساسيين، وهما : المقارنة بالسلوك المألوف لطبيب وسط من مستواه المهني نفسه، ومراعاة الظروف الخارجية .

أخلاقيات التمريض:

إن الأخلاقيات الطبية لم تكن المصدر الوحيد للأخلاقيات التي تخص الرعاية الصحية، إذ إن التمريض المهني تعود بدايته إلى القرن التاسع عشر في إنجلترا، حيث أنشأت "فلورنس نايتنجل"(*) أول مدرسة للتمريض، وأرست بعض المبادىء الأخلاقية التي شكلت إطاراً لممارسة التمريض لفترة طويلة.

(*) فلورنس نايتنجل Florence Nightingale وُلِدَت في الثاني عشر من مـــايو عـــام 1820، وتوفيت في الثالث عشر من أغسطس عام 1910 في لندن بإنجلترا. وهى تنتمي لأسرة إنجليزيـــة غنية. وقد تعهدت فلورنس أن تكرس حياتها للتمريض. وكان التمريض فى ذلك الوقت من المهـــن قليلة الشأن كمهنة الطهي. لا تقوم بها إلا النسوة الفقيرات اللاتي يلتحقن بالجيش لتمريض الجنـــود الجرحى أثناء الحرب. ومن ثمَّ لقي إعلان فلورنس عام 1845 التحاقها للعمل بالتمريض عاصـــفة من الغضب والمعارضة من جانب عائلتها لاسيما أمها. اكتسبت "نايتنجل" شهرة واسعة بعد "حرب القرم" Crimean War بسبب التقرير الذي أرسلته إلى إنجلترا وشرحت فيه كيف أن سوء أحوال جرحى الحرب ساهم في زيادة عدد القتلى من الجنود الإنجليز، لقي تقريرها اهتماماً ونالت شـــهرة كبيرة تفوق شهرة الملكة. وقد لُقِّبَت بـــ "الـــسيدة ذات المـــصباح" The Lady with the Lamp اكتسبت هذا اللقب أثناء "حرب القرم".

http://en.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale

وصار التركيز منصباً على شخصية الممرضة. وفوق كل هذا وذاك، بات الاتجاه هو أن الممرضة الجيدة هي في المقام الأول امرأة جيدة، حسب تعبير فلورنس نايتنجل[79].

وبحلول فترة التسعينيات من القرن التاسع عشر، بدأت الممرضات بجدية مناقشة المسائل الأخلاقية في التمريض. وفى عام 1899 تم إنشاء المجلس الدولي للممرضات، وبدأ إصدار دوريات مهنية، مثل الدورية الأمريكية للتمريض. وفي عام 1901 كتبت "إيزابيل هامبتون روب" (*)، إحدى زعيمات التمريض في ذلك الوقت، واحداً من أوائل الكتب حول أخلاقيات التمريض بعنوان "أخلاقيات التمريض للمستشفيات والاستخدام الخاص". والغالبية العظمى من طاقم التمريض كانت من النساء، وحتى عهد قريب، كانت الغالبية العظمى من طاقم الأطباء من الرجال. ومن ثمَّ فإن العلاقة بين الأطباء والممرضات عكست الأدوار المختلفة للنساء والرجال، ومواقعهما النسبية في المجتمع. ومن مظاهر ذلك الوضع؛ التسليم بأن المسؤولية الأولى للممرضات هى تجاه الأطباء، وليس تجاه المرضى، وأنه يجب على الممرضات أن يظهرن الطاعة المطلقة لزملائها في المجال الطبي. وحسب تعبير إحدى زعيمات التمريض الأمريكيات في عام 1917:

(*) إيزابيل آدمز هامبتون روب Isabel Adams Hampton Robb (1860 – 1910). كانت واحدة من مؤسسي نظرية التمريض الأمريكية، وواحدة من أهم زعيمات التمريض. تخرجت من معهد مستشفى بوليفيا للتمريض عام 1883. وبعد أن اكتسبت خبرة نتيجةً للعمل كممرضة في روما. عادت إلى الولايات المتحدة الأمريكية لتشغل وظيفة مراقب تمريض بمستشفى مقاطعة "كوك" Cook في شيكاغو. وحين كانت رئيساً للتمريض، وضعت مجموعة إصلاحات تمثل معايير لتعليم التمريض تُتَّبع حتى اليوم. من مؤلفات ايزابيل: "أخلاقيات التمريض"، (1900) Nursing Ethics ، و"معايير تربوية للممرضات والممرضين"، Educational Standards for Nurses (1907).
http://en.wikipedia.org/wiki/Isabel_Hampton_Robb

"لقد كان أول انتقاد تلقيته وأكثرها نفعاً عندما قال لى طبيب إنه من المفترض أن أكون مجرد آلة ذكية وظيفتها تنفيذ أوامره"[80].

وقد سادت وجهة النظر هذه التي ترى أن مسئولية الممرضة الأساسية هي تجاه الطبيب حتى فترة الستينيات من القرن العشرين، ولم يزل القانون الدولي لأخلاقيات التمريض يعكس ذلك فى لائحته لعام 1965، حيث ورد فى المادة 7 من القانون : " تُلْزَم الممرضة بتنفيذ أوامر الطبيب بذكاء وإخلاص". وقد مضى إحياء التفكير النسوى في أواخر الستينيات بالتوازي مع تطوير الوعي بالذات والاعتداد بالنفس لدى الممرضات، وفي عام 1973 أورد المجلس الدولي للممرضات في لائحة قانون الممرضات أن المسؤولية الأولى للممرضة "لم تعد في المقام الأول تجاه الأطباء، ولكن باتت تجاه المرضى– هؤلاء الأفراد الذين هم بحاجة لرعاية التمريض". هذا التشكيك من جانب الممرضات في دورهن التقليدي وعلاقتهن بالأطباء والمرضى التقى في نهاية المطاف مع حركة يقودها فلاسفة ينتمون للاتجاه النسوى، الأمر الذي فرض تحدياً على وجهة النظر التقليدية (ومن ثمَّ الذكورية النزعة) التي تنظر إلى الأخلاق بوصفها مبادئ أو قواعد كلية مجردة ونزيهة. وبدلاً من ذلك التصور للأخلاق، أورد فلاسفة ينتمون للحركة النسوية من أمثال "نل نودينجس" Nell Noddings تصوراً للأخلاق بوصفها نسيجاً من الرعاية والمسؤولية الناشئة عن علاقات شخصية. ومن هذا المنطلق النسوى تجاه الأخلاق، سعى كل من الفلاسفة والممرضات إلى بناء أخلاقيات جديدة للممرضات تستند إلى مفهوم الرعاية. وقد قامت "جين واطسون" Jean Watson، وهى ممرضة وواحدة من الداعيات البارزات لأخلاقيات التمريض القائمة على الرعاية، بتطبيق وجهة نظر "نودينجس" بأن أخلاقيات الرعاية "تربط بيننا وبين من نرعاهم، وليس بيننا وبين القواعد التي من خلالها نقوم على رعايتهم" على وضع التمريض[81].

وعلى مر القرون، استمر الأطباء أنفسهم في تأمل الصفات التي ينبغي أن يتحلى بها الطبيب الفاضل، وبخاصةٍ في علاقته مع مرضاه. وإذا كان منتصف القرن التاسع عشر وبدايات القرن العشرين يسمى بعصر الفيزياء ، فإن الشواهد العلمية التي ظهرت في السنوات الثلاثين الأخيرة تدل على أننا سندخل عصراً جديداً تنبأ بعض الباحثين بأنه سيكون "عصر البيولوجيا" . فعلى الرغم من أن الجهد العلمي الذي بُذِلَ في البيولوجيا في بداية القرن العشرين ، كان أقل مما بُذِلَ في الفيزياء التي استطاعت أن تخلق ثورة علمية وفكرية خلال ذلك القرن ، فإن البيولوجيا تبشر بالتوصل إلى اكتشافات أكثر أهمية وأشد خطورة مما توصلت إليه الفيزياء ، ليس فقط بسبب تأثير هذه الاكتشافات على حياتنا من خلال تطويرها للطب وخلق علم جديد في مجال التغذية ، وإنما أيضاً بسبب تأثيرها على مواقفنا وآرائنا حول طبيعة الحياة[82] .

أخلاقيات إجراء التجارب على الإنسان

إن موضوع إجراء التجارب علي الإنسان هو أحد موضوعات فلسفة الطب الهامة، إذ إنه يتعلق بمنهج البحث في مجال الطب، ومناقشة المسلمات التي يبدأ منها علم الطب، والمسلمة هنا هي "قدسية حياة الإنسان". أما فيما يتعلق بمنهج البحث فإننا نقوم بالتجريب للتحقق من صحة فروض علمية سبق اختبارها في المعامل وعلي حيوانات التجارب، ولم يبق أمامنا سوي تجريبها علي الإنسان حتى نتحقق بشكل نهائي من صحة هذه الفروض. ولا يتم قبول أو تبرير أية مخاطر تنتج عن التجريب إلا من أجل مصلحة الأشخاص الذين تُجْرَي عليهم التجارب، هذا فضلاً عن إثراء المعرفة البشرية في المجال الطبي بالعمل علي تقليل المعاناة عن المرضي وإطالة أعمارهم، وليس من أجل أية مصلحة شخصية للباحث أو للمعهد البحثي[83].
ومن الضروري أن يستوفي البحث المتطلبات التالية:-

1- أن يكون ضرورياً للوصول إلي هدف هام يخص مصلحة المجتمع.

2- ألا تكون هناك وسيلة للحصول علي المعلومات المتوقعة عن غير طريق إجراء البحث.

3- تفوق ما يتوقع من فوائد منظورة للأشخاص الذين تُجْرَي عليهم التجربة علي أية أخطار يحتمل أن تصيبهم، مع اعتبار أن لا تكون هذه الأخطار جسيمة.

4- أن يتولى الدراسة باحثون مؤهلون، وأن يكون بروتوكول الدراسة صحيحاً من الناحية العلمية[84].

إننا نتفق بشكل عام حول أهمية وقيمة السيطرة على الأمراض والأوبئة والتخلص منها. ولكن التقدم فى هذا المجال يعتمد أساساً على البحوث والتجارب التي يجب أن تُجْرَى سواء على الحيوان أو الإنسان. أما بالنسبة للحيوان، فإن استخدامه مازال مستمراً رغم اعتراض جمعيات الرفق بالحيوان. ولكن المشكلة الحقيقية تكمن في إجراء التجارب على الإنسان، لأننا في جعلنا الإنسان موضوع تجريب اعتبرناه آلة لا حياة فيها أو أن حياته رخيصة يمكن التضحية بها في سبيل تقدم الطب. ويجد علماء الطب في هذا الموقف حيرة ومأزقاً، فمن جهة نحن حريصون علي تقدم الطب ولن نتقدم إلا بالتجريب علي الإنسان الحي، لكن من جهة أخري فإن هذا التقدم والتجريب يُعَرّض حياة بعض الناس للخطر ، هل نضحي بحياة بعض الناس في سبيل تقدم علم الطب أم نضحي بتقدم الطب في سبيل الحفاظ علي قدسية حياة البشر؟

قبل القرن العشرين ، نادراً ما أجري الباحثون في العلوم الطبية تجارب علي البشر وذلك بسبب تعهدهم بقسم أبقراط – الذي أكد عدم إيذاء الإنسان، بل وتكريمه. ولم يتغير الموقف من إجراء التجارب علي البشر تغيراً ذا بال حتى مجيء القرن العشرين، ولاسيما عندما اختبر الباحثون أدوية جديدة علي البشر – مثل عقار السلفا، والفاسكين للملاريا. وفي أربعينيات القرن العشرين ساهم كثير من الناس في التجارب بالرغم من عدم وجود إرشادات أخلاقية مقبولة بشكل عام للبحث في الكائنات البشرية. والواقع أن هذه الفترة من التجريب علي البشر غير المنتظم قد انتهت بعد الحرب العالمية الثانية، فقد كان هناك من يرفض إجراء التجارب علي الإنسان، لذلك ظهرت مواقف ازدادت تصلباً تجاه إجراء مثل هذه التجارب، ولاسيما بعد الحرب العالمية الثانية حين تم فضح مساوىء مثل هذه التجارب في محاكمات نورمبرج Nuremberg عام 1947. كرد فعل ضد التجارب

التي أجرتها ألمانيا النازية على المعتقلين في ذلك الوقت. وأدى ذلك إلى قيام الدول الأوربية بوضع معاهدة تهدف إلى فرض قيود على مثل هذه التجارب، تحت اسم معاهدة نورمبرج (1949) Nuremburg Code، وتُعَـد هذه المعاهدة إعلاناً دولياً، ومازالت تلعب دوراً حيوياً في تنظيم عملية إجراء التجارب علي البشر. وقد نص البند الأول منها علي ما يلي :

"لابد أن يكون قبول الإنسان لإجراء التجارب عليه قبولاً طوعياً بشكل أساسي وعلى نحو واضح تماماً. وهذا معناه أن تكون لدى ذلك الشخص مقدرة قانونية عل الموافقة، وأن يكون في وضع يسمح له بالاختيار الحر دون أية ضغوط أو اعتراضات من أية سلطة أياً كانت، وألا تمارس عليه أساليب احتيال أو غش، أو إكراه، أو تضليل، أو أية صورة من صور الإرغام المستتر أو القهر. كما ينبغي أن تتوافر لديه معرفة كافية وواضحة بطبيعة موضوع التجربة التي تجرى عليه لكي يتمكن من اتخاذ قرار واضح. إن هذا العنصر الأخير يتطلب قبل اتخاذ قرار إيجابي من جانب الشخص الذي سيخضع للتجربة إحاطته علماً بطبيعة التجربة ومدة استمرارها والغرض منها والطرق والوسائل التي ستتبع في إجرائها. كما يجب أن يحاط علماً بأية أضرار أو مخاطر وآثار صحية تؤثر عليه أو على أي شخص قد يكون مشتركاً معه في هذه التجربة[85] ".

أشخاص يحتاجون إلي مزيد من الحماية :

إذا كانت موافقة الشخص علي التطوع لإجراء اختبارات عليه لها شروط مثل تمتعه بالقدرة علي الاستيعاب، وعدم تعرضه للضغط من أجل التطوع، وإطلاعه علي معلومات كافية عن التجربة وفهمه لهذه المعلومات بحيث يكون اختياره قائماً علي معرفة؛ فماذا عن الأشخاص الذين لا تتوفر لديهم الإمكانية الاستيعابية أو حرية الاختيار؟ فأحياناً يكون من الضروري

أن يُجْرَى البحث أو التجربة على ذوات إنسانية لا يمكنها إعطاء موافقة صريحة مثل الأطفال أو البالغين الفاقدين للوعي. العلماء يحتاجون إلى إجراء تجارب على الأطفال لأن تأثير الأمراض وأشكال العلاج في الأطفال مختلف عن تأثيرها في البالغين، ولأنه من الأهمية بمكان جمع معلومات خاصة بنفسية ونمو الطفل. وعندما يُسْهِم الطفل في البحث، فإن والديه أو الأوصياء عليه يمكن أن يعطوا موافقة تفويضية. ومع ذلك، عندما يقوم الناس باتخاذ قرارات تفويضية عن أفراد، فعليهم واجب هو تحقيق أقصى مصلحة لهؤلاء الأفراد، ولن تكون أقصى مصلحة لأي فرد إطلاقاً أن ندفع بهم للمشاركة في تجربة، فأية أم حرة في تعريض نفسها للخطر، لكن يجب عليها ألا تجعل طفلها معرضاً لمخاطر غير مبررة. لكن ما الذي يجعل المخاطر غير مبررة؟ من المعلوم لدينا أن هناك كثيراً من الأنشطة الطفولية – مثل ركوب الدراجة أو السباحة – تعرض الطفل للمخاطر. ويمكن أن يحاجّ أحد بأن المخاطر مبررة إذا لم تكن عالية، مقارنة بأنشطة طفولية أخرى عادية، أو إذا كان النفع منها أعظم من الضرر. مثلاً، تجريب عقار لعلاج سرطان الدم قد يدفع الأذى عن الطفل، ودراسة الذاكرة في الأطفال قد لا تكون أكثر مخاطرة من الأنشطة الطفولية الأخرى[86]. إن أخلاقيات التجريب تأخذ في الاعتبار – في مثل هذه الحالات – التأكد من توفير المزيد من الحماية لهؤلاء الأشخاص عن طريق لجان المراجعة ethical review committees أو أقارب مسؤولين عن الشخص المعرض للاختبار[87].

ومن جهة أخرى، وكما قال "لينكولن"[(*)] Lincoln فيما يتعلق

(*) لنكولن Lincoln,Abraham (أو لنكون) أبراهام (1809 – 1865): سياسي أمريكي. زعيم الحزب الجمهوري، يُعَد أحد أنصع الوجوه في التاريخ الأمريكي. قاتلَ الولايات الجنوبية في الحرب الأهلية فانتصر عليها وبذلك حافظ على وحدة الأراضي الأمريكية. ألغى =

بالمعاهدات السياسية بين البشر: "لا يوجد إنسان متميز علي نحو كاف كي يعطي لنفسه الحق في أن يحكم غيره ويتحكم فيه". وبطريقة مماثلة يمكننا القول، فيما يخص علاقة الباحث بالإنسان الخاضع للتجريب: "ليس هناك باحث، أياً كان، له حق إجراء تجربة علي إنسان ما دون موافقة ذلك الإنسان". وحتى أيضاً فيما يتعلق بعلاقة الطبيب بمريضه، يمكننا القول: "ليس من حق إنسان رعاية صحة آخر دون موافقته". وهذا القول يصدق بلا استثناءات[88].

إن الصعوبات الكثيرة، التي تنشأ نتيجةً لتطبيق مبدأ الموافقة عن علم مسبق، تثار أيضاً عند استخدام البالغين في التجارب. فكثيراً ما يفتقر هؤلاء البشر إلى التعليم والقدرة على الحكم ليعطى موافقة مكتملة فعلاً عن علم مسبق بالعواقب. وحتى البالغون المتعلمون قد لا يفهمون كل المعلومات المقدمة إليهم، كما أن الباحثين أنفسهم قد يفتقرون إلى المعرفة الكاملة بالتجربة وعواقبها. وما دام مطلب الموافقة عن علم مسبق مطلباً مشدداً، فيمكن لخطوط إرشاد الباحثين الأكثر واقعية أن تجعلهم أقدر على الحصول على موافقة مواتية وملائمة. فالشخص يمكن أن يعطى موافقة عن علم، وتكون هذه الموافقة مناسبة عندما تتوافر لديه معلومات كافية لاتخاذ قرار مسؤول وسليم. معظم الناس يمارسون كل يوم اختيارات مسؤولة في خضم مدى واسع من الجهل واللايقين. غالباً ما نفتقر إلى الموافقة المكتملة عن علم مسبق بالأمر وعواقبه عندما نقرر شغل وظيفة جديدة أو شراء منزل، أو الزواج على سبيل المثال. وعلى الرغم من أن هذه السياسات تبدو معقولة،

= الرق slavery وأعلن حق الأمريكيين المستعبدين في الحرية. اغتاله الممثل المسرحي جون بوث Booth فيما كان يَشْهد إحدى الحفلات في مسرحٍ بواشنطن.
[منير البعلبكى، موسوعة المورد، المجلد السادس، ص 124 .]

فإنه من السهولة بمكان أن تتحول من موافقة مناسبة إلى موافقة بائسة إلى عدم موافقة إطلاقاً، وذلك حالما نسمح لأنفسنا بالحياد عن الموافقة عن علم مسبق بالأمر وعواقبه، علم كامل ومكتمل. وهناك مثالان يلقيان الضوء على هذه النقطة[89].

من العام 1932 إلى العام 1970 قام الأطباء في عيادة الصحة بمعهد تسكيجى Tuskegee في ولاية آلاباما بإجراء بحث على الرجال الأمريكيين الأفارقة الذين يعانون من المراحل المتأخرة من مرض الزهري. وكان هذا البحث تحت رعاية وزارة الصحة في الولايات المتحدة الأمريكية، وقد تضمن ثلاثمائة وتسعاً وتسعين حالة للزهري الكامن، وهو طور من أطوار الزهري النشط غير معدٍ إلي حد كبير. وكان الهدف من هذه الدراسة هو تتبع التاريخ التطوري والطبيعي لمرض الزهري، الذي كان في العام 1932 لا يحظى بأي توثيق جيد. ولم تُقسَم مجموعة البحث المكونة من ثلاثمائة وتسعة وتسعين مريضاً إلى جماعات فرعية تجريبية تحت السيطرة؛ بل اقتصر الأمر على ملاحظة المرضى جميعاً من دون علاج. وتضمن البحث أيضاً مجموعة تحت السيطرة مكونة من مائتي رجل غير مصابين بمرض الزهري وفى سن مماثل لسن مرض الزهري. وقد كان هدف التجربة معرفة التاريخ الطبيعي للزهري وليس متابعة علاج متطور. بعض الأطباء الذين اقترحوا مشروع البحث مبدئياً قالوا إن هذا الأمر يستغرق سنة واحدة فقط، بيد أنه دام أربعين عاماً تقريباً، أي دام لأمد طويل بعد أن ظهر علاج فعال لمرض الزهري – وهو البنسيلين – وأصبح متاحاً في أواسط الأربعينيات. نضيف إلى ذلك، أن الأفراد الذين ساهموا في البحث لم يخبرهم أحد بأنهم لا يأخذون علاجاً فعلياً، ولا خبّرهم أحد بطبيعة مرضهم، بل لم يعرفوا أنهم كانوا يساهمون في تجربة علمية. فقط وجدوا "رعاية" طبية مجانية، وبالمثل وجبات الغذاء الساخنة والفحوصات الطبية، ثم الدفن

المجاني للمرضى. كانت الدراسة غير منظمة ويشوبها التهاون والاسترسال: طاقم العاملين الذين يتابعون الدراسة تغير من عام إلى عام، ولم يكن ثمَّة أطباء من ذوى الخبرة ليحكموا الأمر، ولا كانت هناك برتوكولات مكتوبة، وجرى حفظ السجلات بشكل سيء. واستمرت الدراسة بعوائق يسيرة حتى العام 1972 حين جاء "بيتر بكستون" P. Buxton وهو باحث في الأمراض التناسلية بمصلحة الرعاية الصحية العامة في أمريكا، وأعد تقريراً عن قصة هؤلاء المرضى عرضه على رابطة الصحافيين. وعُرِضَت هذه القصة في صحيفة أسوشيتد برس Associated Press واحتلت الصفحة الأولى والعناوين الرئيسية في الصحف عبر أنحاء الولايات المتحدة، مما استنفر الكونجرس. وفى العام 1973 ، رفع الضحايا دعوى قضائية ضد الحكومة الفيدرالية، التي أحالتها بدورها إلى هيئة فض المنازعات. وقد قامت هيئة فض المنازعات بإعطاء تعويضات للحالات التي على قيد الحياة والتي مازال المرض (الزهري) يفتك بجسدها، وتعويضات لأسر الضحايا[90].

التجريب الجماعي:

ربما يتعرض مجتمع ما ككل إلي ظروف تماثل إجراء اختبارات علي كل إنسان فيه. يحدث ذلك – مثلاً – عند اقتراح إضافات معينة لبعض الأطعمة (مثل إضافة الحديد إلي الخبز) أو معالجات جديدة لمياه الشرب...إلخ[91]. ولنضرب مثالاً نوضح به ما نريد، ففي عام 1994 بدأت وزارة الطاقة الأمريكية بتعليمات من إدارة الرئيس "كلينتون" في إخراج وثائق عن الحرب الباردة. ومن أخطر الأسرار التي طفت على السطح هو أن حكومة أمريكا استخدمت مواطنيها كحقل تجارب لدراسة النشاط الإشعاعي. أُجْرَيت تجارب واسعة التنوع على الآلاف من السكان المدنيين وغير المدنيين. في حالات كثيرة، ولم يخبر أحد السكان بأنهم مستخدمون فى

تجربة معينة، أو أخفيت عنهم طبيعة التجربة. وكان الهدف العلمي في معظم هذه التجارب هو اكتشاف كيفية تأثير الإشعاع في الكائنات البشرية. وكانت الحيثيات العسكرية والسياسية لهذه التجارب أن نتائجها ستكون حيوية لجهود الولايات المتحدة في الحرب الباردة. فإذا اكتشفت أمريكا كيف يمكن تخفيف آثار الإشعاع، فربما ستجد طريقة لـ "انتصار" محتمل في حرب نووية وذلك باكتشاف طريقة لرفع نسبة من سيتبقى من المواطنين والعسكر الأمريكيين أو اكتشاف طرق لاستخدام الإشعاع في قتل وإيذاء الأعداء. فى العديد من الوثائق التي تصف هذه الأبحاث، يبرر العلماء وأهل الدوائر الرسمية هذا البحث بناءً على أسس منها جواز التضحية بعدد قليل من الناس من أجل القوة العسكرية: مصلحة الوطن أهم بكثير من احترام حقوق عدد قليل من الأفراد. والآن نعرض نماذج من التجارب[92]:

1- في أواخر الأربعينيات أُتِيَّ في جامعة فندربلت Vanderbilt بسيدة حامل في الشهور الأولى من الحمل وجعلوها تتعاطى حديداً مشعاً، وذلك لدراسة أثر الإشعاع في نمو الجنين. ولقد انتهت الدراسة إلى أن نسبة السرطان في الأطفال الذين يتعرضون لمثل هذا النوع من الإشعاع أعلى بكثير من نسبتها بين الأطفال العاديين.

2- من العام 1963 إلي العام 1971 أُتِيَّ في سجن ولاية أورجن بحوالى سبعة وستين ذكراً من السجناء معظمهم من الأمريكيين الأفارقة، وقد أخذ كل منهم مائتي دولار مقابل دراسة تأثيرات الإشعاع في نشاط الخصيتين وإنتاج الحيوان المنوي. وفيما بعد تم قطع المنى لهؤلاء الرجال. لقد أخبروهم أن هناك بعض المخاطر سوف يتعرضون لها، لكن لم يخبرهم أحد بأنهم سوف يتعرضون للسرطان.

3- في أواخر الخمسينيات أُتِيَّ باثني عشر مريضاً بالسرطان في

جامعة كولومبيا ومستشفى مونتفيور Montefiore وتعاطوا الكالسيوم المشع والسترونشيوم وذلك لقياس نسبة امتصاص الإشعاع في الأنسجة البشرية.

4- حاول جوزيف هاملتون J. Hamilton الباحث فى جامعة كاليفورنيا في بركلى – حقن البلوتونيوم لثمانية عشر مريضاً غير مصابين بمرض السرطان.

5- في العام 1950 حاول علماء فيدراليون إطلاق سحابة من اليود المشع في واشنطن الشرقية وذلك لملاحظة التساقط الإشعاعي. وقد حملت هذه السحابة ما يقارب مئات الأضعاف من إشعاع تلك السحابة التي انبعثت أثناء حادثة المفاعل النووي في الجزيرة الواقعة على بعد ثلاثة أميال في العام 1979.

6- من الأربعينيات وحتى الستينيات اختير ألف وخمسمائة ملاح جوى وبحار، وقد أُدخل راديوم (في كبسولات) لمدة دقائق في فتحات أنوفهم. لم يخبرهم أحد بالغرض من التجربة، ولا لماذا جرى اختيارهم بالذات؟ وعانى معظمهم من صداع حاد بعد التعرض لهذه التجربة.

الاستعمار الأخلاقي:

ظهر مؤخراً مصطلح الاستعمار الأخلاقي Ethical Imperialism ليصف بعض الممارسات التي تصدر من مسئولين أو جهات في بلدان متقدمة تجاه التجارب علي أشخاص أو جماعات في البلدان المتخلفة (البلدان النامية)، ومن الممارسات التي تدخل في إطار الاستعمار الأخلاقي ما يلي:-

- إجراء بحوث علي أفراد في البلدان النامية يمكن إجراؤها في البلدان المتقدمة.

- التساهل في تطبيق الاشتراطات الأخلاقية عند إجراء اختبارات في الدول النامية.
- إجراء مشروعات (الباراشوت)، وأحياناً تسمي مشروعات "الهليكوبتر" والتي يُقْصَد بها استغلال المجتمع المتخلف بإجراء أبحاث علي أعضاء المجتمع، ونقل نتائج هذه الأبحاث إلي العالمَ المتقدم دون إتاحة هذه النتائج أو فوائدها أو التطبيقات الناتجة عنها للسلطات المسؤولة في المجتمع المتخلف ولأبناء هذا المجتمع.
- الكسب المادي غير العادل من أدوية تباع إلي مجتمعات الدول النامية، بينما يكون قد تم دراستها علي أفراد من هذه المجتمعات.

هذا، ويطالب بعض المهتمين بأخلاقيات التجريب الجهات المشرفة علي بحوث خاصة بالعالمَ المتقدم؛ بينما تجري في الدول النامية بما يلي:

- التأكد من تمتع الأشخاص الذين تُجْرَي عليهم التجارب بالخدمات الطبية المتعلقة بالبحث.
- تمتع هؤلاء الأشخاص بالفوائد الناجمة كنتائج عن البحث.
- التعويض عن أي أذي ينتج عن البحث.
- بناء قدرات بحثية في المجتمع (أو البلد) الذي تجري به التجارب.

ويؤسفنا أن نشير هنا إلي حدوث عمليات استغلال من وقت إلي آخر للضعفاء (بحكم السن ، أو الحاجة المادية ، أو الجهل ... إلخ) في البلدان المتخلفة، ربما في غيبة قبول واعٍ من الأفراد، وربما أيضاً في غيبة قبول القيادات المجتمعية. إن أحد الأمثلة المأساوية علي ذلك قد ظهرت من خلال الحملة التي قام بها المجتمع السويسري عام 1976 ضد شركة "سيبا" بسبب قيامها بإجراء تجربة رش مبيد "جاليكرون" بالطائرة العمودية (الهليكوبتر)

علي عدد من الأطفال في الريف المصري من مسافة قريبة (عدة أمتار) للكشف عن أية تغييرات بيولوجية عند تعرضهم عُرَاة لرش هذا المبيد. والجدير بالذكر أن تلك التجربة قد تمت نظير عشرة دولارات (أي ما يعادل وقتها خمسة جنيهات مصرية) لكل طفل[93].

هناك إذن انتهاكات خطيرة لمبدأ الموافقة عن علم، وبالمثل انتهاك العديد من مبادئ البحث. والكوميديا السوداء والمراءاة الملعونة في هذه التجارب تتمثل في أنها حدثت بعد وضع مجتمع البحث العلمي القواعد الإرشادية الخاصة بالتعامل مع البشر حين التجريب عليهم. لابد أن الباحثين كانوا يعرفون جيداً مبدأ الموافقة عن علم مسبق ومعاهدة نورمبرج، إلا أنهم قرروا ألا يعطوا الأفراد، موضوع التجريب، المعلومات الكافية لكي يقرروا اختياراتهم عن علم. لكن ربما يحاج أحد بأن هذه الحوادث ليست أكثر من "بحث منحرف أو دراسة مأفونة"، وأن الغالبية العظمى من الأبحاث الراهنة على البشر نادراً ما تنتهك مبدأ الموافقة عن علم أو تسيء استغلالها. قد يكون هذا صحيحاً، غير أن مناقشة هذه الأمثلة وغيرها تجعل القارئ يعرف أنه من السهل باسم العلم انتهاك مبدأ الموافقة عن علم مسبق[94].

والذي لا شك فيه أن الخداع في بحث التجارب البشرية، يخلق أيضاً بضعة تساؤلات متعلقة بالموافقة عن علم مسبق لأن الأفراد الذين خُدِعوا – أثناء التجربة – لم يحصلوا قبلاً على علم كامل بالتجربة وعواقبها. والحجة الأساسية لهذا الخداع هي أنه يكون ضرورياً في بعض الأحيان أملاً في الوصول إلى نتائج صحيحة، ذلك لأن العلم بالتجربة ربما يؤثر في استجابة الحالات الخاضعة لهذه التجربة. مثلاً، من الظواهر الموثقة جيداً في عالمَ الطب تأثير الدواء الذي يُعطى لمريض لا علاج له فقط لإيهامه بأنه يتلقى علاجاً، واعتقاد المريض أنه يتلقى علاجاً يؤثر كثيراً في حالته الطبية.

وتحاول التجارب المزدوجة التعمية أن تعوض هذا التأثير، وذلك بإعطاء مجموعة تجريبية من المرضى تتعاطى دواء آخر فقط لإيهامها بأنها تتلقى علاجاً. لا المرضى ولا الباحثون الذين يقومون به يعرفون مَنْ الذي يتلقى العلاج بالدواء الوهمي ومَنْ الذي ينال علاجاً "حقيقياً"؛ فقط يخبرون المرضى أنهم قد يُعطون دواء فقط لإرضائهم بأنهم يتلقوا علاجاً ما. وإحدى المسائل الأخلاقية الأساسية التي يمكن أن تنشأ في حال استخدام الدواء الوهمي هي ما إذا كان ينبغي إيقاف التجربة وتقديم العلاج الجديد لهذه الحالات حالما يتضح أن العلاج يأتي بنتيجة. وعلى الرغم من أن الحالات في المجموعة الضابطة تتلقى رعاية مُلطفة للمرض، فإنها لا تتلقى أي علاج "حقيقي"، إنهم غالباً ما يتوقفون عن العلاج لمصلحة العلوم الطبية. وعلى الرغم من أن الأخلاقيات الطبية توصى بتقديم العلاج للحالات في المجموعة الضابطة قبل أن تنتهي التجربة ، فإن هذا الخيار يخاطر بتدمير صلاحية التجربة بأسرها. هكذا يمكن أن تنشأ عن المحاولات العلاجية مشكلات أخلاقي تدمغ قطاعاً كبيراً من البحوث الطبية، أعنى التقابل بين مصلحة الفرد وتقدم العلم. أقام بعض الكتَّاب الحجة على أن الباحثين الأطباء من الممكن أن يحلوا هذه المشكلات، وذلك عن طريق المبادرة بالمحاولة العلاجية أو الاستمرار فيها فقط عندما يوجد اختلاف في الرأي نزيه وأمين في مجتمع الأطباء حول مميزات الأنواع المختلفة من العلاج[95].

الخاتمة

الطب بوجه عام يمتاز تاريخياً بتقدير الناس(*)، ودائماً ما تراود الإنسان أحلام قهر المرض، وإبعاد شبح الموت. هذه الآمال كانت ومازالت وستظل باقية ما بقي الإنسان. ولقد وُلِـدَت مهنة الطب منذ القدم في أحضان القيم الإنسانية، وكان يتولاها ويمارسها الكهنة ورجال الدين والفلاسفة والأطباء، ودائماً ما كان القائمون علي هذه المهنة فوق الشبهات، فلم يكن لهم مطمع دنيوي أو مغنم رخيص، وإنما كانت بغيتهم حفظ الصحة و"إنقاذ الحياة"، الحياة التي مجَّدها المولي جل شأنه في كتابه الكريم: "ومن أحياها فكأنما أحيا الناس جميعاً" (سورة المائدة آية 32).

(*) حكي الرازي عن فضل الأطباء فقال: " فإنه قد اجتمع لهم خمس خصال لم تجتمع لغيرهم:
الأولى : اتفاق أهل الملل والأديان على تفضيل صناعتهم.
الثانية: اعتراف الملوك والسوقة بشدة الحاجة إليهم؛ إذ هم المفزع والغياث، حين لا ينفع عدة ولا عشيرة.
الثالثة : مجاهدة (ما غاب عن) أبصارهم.
الرابعة : اهتمامهم الدائم بإدخال السرور والراحة على غيرهم.
الخامسة : الاسم المشتق من أسماء الله تعالى.
ولو لم يكن من فضل الطبيب، إلا أن الإنسان ربما يتشوق إليه، حين يسأم أكرم الناس عليه، فأخصهم لديه؛ فإنه في العلل الصعبة ربما كره الإنسان لقاء أهله وولده، ويشتاق إلى الطبيب، ويتروح برؤيته، وتطيب نفسه بحضوره ومشاهدته– لكان فيه مندوحة عن غيره.
وحكى لي واحد من المرضى: أنه يجد في نفسه راحة عند دخول الطبيب عليه، وكونه عنده، ما لا يجد في غيره من الأوقات.
[انظر : الرازي (أبو بكر محمد بن زكريا)، أخلاق الطبيب، تقديم وتحقيق دكتور عبد اللطيف محمد العبد، دار التراث، القاهرة، 1977،ص ص 87 – 8] .

إن الإنجاز الأكبر في ميدان الطب الحديث لا يتمثل اليوم في معرفتنا بأن أمراضاً كثيرة ترجع في أصولها إلى أسباب وراثية ، ومن ثمَّ يمكن وضع الإرشادات وتحديد الضوابط والقيود التي تحول دون الإصابة بها عن طريق استشارة مكاتب الزواج ومراكز تنظيم النسل وتحديده ، نقــول : إن الإنجاز الأكبر لا يتمثل في إتباع هذا الطريق فحسب بل في ابتكار وسائل جديدة من شأنها معالجة الأمراض الخطيرة والحالات المستعصية عن طريق ميدان جديد في الطب يسمى "علاج الجينات" ، فالأطباء يتحدثون اليوم عما يسمى بـــ "المعلومات عن السرطان" مثلاً ، أو المعلومات الخاصة بأي مرض وراثي يتم تحديده عن طريق الجينات ، ذلك أن الجين gene نفسه عبارة عن جُزَئْ من المعلومات التي يتم بواسطتها برمجة الأحماض الأمينية في الخلية ، وعلى ذلك فإنه لو تيسر للطبيب أن يُدْخِل معلومات تصحيحية أو علاجية إلى الخلية فإنه يصبح ممكناً القضاء على الداء أو تلافيه مسبقاً . وحال المرء الذي يخضع لعلاج من هذا النوع يماثل حال المرء الذي يتلقى مصلاً واقياً أو طعماً يجعله بمنأى عن الإصابة بمرض معين. وكل الفرق هنا هو أن الأمصال الواقية تُؤْخَذ بعد الولادة في حين أن العلاج عن طريق الجينات يُعَد بمثابة تطعيم ضد الأمراض أو العاهات يتلقاه الجنين من قبل أن يولد أو يتشكل في رحم الأم .

أما الأكثر من هذا وذاك هو أن "الهندسة الوراثية" قد فتحت لنا أبواب عهد جديد في حياة الإنسان وتطوره يصعب على العقل أن يتصور أبعادها وإمكاناتها في كثير من الأحيان ، ذلك أنه إذا كانت مكاتب الاستشارة للزواج وأسلوب علاج الجينات مسبقاً يهدفان إلى القضاء على الأمراض أو تلافيها على النحو الذي ذكرناه ، فإن هندسة الجينات تفوق ذلك باستهدافها إكساب الأجيال القادمة إمكانات جسمية وعقلية متميزة تفوق القدرات التي يتمتع بها البشر عادةً في عالمنا المعاصر، إذ أصبح الإنسان قادراً – عن طريق

"هندسة الجينات" – على التدخل عن عمد وبشكل مقصود في صنع إنسان جديد يتم تحديد سماته وخصائصه بصورة مسبقة، وقد بلغت هندسة الجينات أو ما يسمى اليوم بـــ "الهندسة الوراثية" حداً فاق بكثير ما كان يُنْسَب بالأمس إلى عمليات الإخصاب الصناعي من أهمية أدهشت البشر جميعاً. إذ يمكن للبشر عن طريق الهندسة الوراثية أن يتحكموا في جنس الجنين ، فما يكون على الوالدين اللذين يرغبان في الإنجاب سوى أن يحددوا "المواصفات" التي يودان أن يتصف بها الجنين مثل رغبتهما في أن يكون الجنين ذكراً أو أنثى، أو تفضيلهما أن يكون الجنين ذا شعر أشقر أو عينين عسليتين ، أو طول فارع ، أو ذكاء متوقد ، أو ما إلى ذلك من صفات كثيرة يختارانها بمحض إرادتهما و"حسب الطلب" .

منذ ستينيات القرن العشرين استحكمت المشكلات الأخلاقية في مجال الرعاية الصحية والعلوم الطبية الحيوية في الوعي العام على نحو لم يسبق له مثيل. وهذه نتيجة فرعية للتطورات الجديدة والثورية أحياناً في العلوم الطبية الحيوية والطب السريري. ومع ذلك، لم تكن هذه الطفرات التكنولوجية هي العامل الوحيد في زيادة الاهتمام بالمشكلات الأخلاقية في هذا المجال. إذ ثمَّة عامل آخر وهو القلق المتزايد إزاء السلطة التي يمارسها الأطباء والعلماء، وهو ما يتجسد في تأكيد حقوق المرضى وحقوق المجتمع ككل في المشاركة في اتخاذ القرارات التي تؤثر عليهم. وهذا يعني زيادة الوعي العام بالطبيعة المفعمة بالقيم لصنع القرارات الطبية، والتشكيك النقدي في الأساس الذي تُبْنَي عليه هذه القرارات. لقد أصبح واضحاً جلياً خلال العقود الثلاثة أو الأربعة الماضية، وذلك على سبيل المثال لا الحصر، إن شخصاً ما يجب أن يقرر ما إذا كانت حياة مريض ما لن يستعيد وعيه تستمر أم لا. وهذا ليس قراراً فنياً بمقدور الأطباء وحدهم أن يتخذوه، بل إنه قرار أخلاقي ربما يكون للمرضى وآخرين وجهات نظر فيه لا تقل وجاهةً

في الدفاع عنها وعن وجهات نظر الأطباء.

نظراً لهذه الأسباب رأي البعض ضرورة تشكيل لجنة وطنية تشمل كل العاملين في مجال الطب من جميع المستويات، والمحامين والمفكرين الأخلاقيين، واللاهوتيين، وعلماء النفس، وأخيراً علماء الاجتماع، ليؤسسوا لائحة قانونية تشمل مبادئ أخلاقية من أجل معاملة ومعالجة الحالات الصعبة التي يعجز الأطباء بمفردهم عن اتخاذ قرار بشأنها. وهكذا اعترفت الجهات الرسمية، لأول مرة، بحق الأشخاص غير العاملين في مجال الطب في أن يتدخلوا في شئونه. فالمسألة لم تعد مقتصرة على الأطباء فقط، وإنما هي تمس كل المجتمع. ولذلك ظهرت مجموعة كبيرة من اللوائح والمعاهدات الطبية لكل فرع من فروع الطب، مثل "معاهدة جنيف للأخلاق الطبية"، و"إعلان هلسنكى الطبي" Declaration of Helsinki، و"مبادىء الأخلاق الطبية للجمعية الطبية الأمريكية"، كذلك "اللائحة الأخلاقية للمساعدين الطبيين"، وغيرها من اللوائح للممرضين والإداريين وغيرهم. وتدل هذه اللوائح على مدى اهتمام المجتمع بالمجال الطبي، وبالمحافظة على علاقة طيبة بين مهنة الطب والمجتمع الذي لم يعد يقتنع بفرض العلاج عليه، وإنما أصبح يطالب بأن يفهم كل صغيرة وكبيرة فى مجال الطب لكى يكون من حقه أن يرفض أو يقبل ما يقدم إليه من خدمات. ومن المهم عند إرساء قواعد محددة لسلوكيات أي مهنة أن يلتزم أعضاء هذه المهنة بمدونة للقواعد الأخلاقية، فالسلوك الأخلاقي الحقيقي يتضمن بحث الفرد عن قيم ملائمة تقود إلي اتخاذ قرار أخلاقي، والسلوك الأخلاقي ضروري لأي مجتمع يريد أن يستجيب للابتكارات العلمية والطبية.

لقد تبين لنا من خلال هذا البحث أن الأخلاق الحيوية أو أخلاقيات الطب والبيولوجيا هي شكل من أشكال الأخلاقيات التطبيقية المعاصرة التي

تبلورت في الولايات المتحدة الأمريكية قبل أن تنتشر في العالم كله، وأن الأخلاق الحيوية قد ظهرت في المجال الطبي – البيولوجي، إثر التجاوزات العلمية التجريبية التي صاحبت التطور العلمي التكنولوجي الهائل الذي حصل في هذا المجال، والذي يُعْرَف بالثورة البيولوجية التي اقترنت بالقفزة النوعية التي حققتها الهندسة الوراثية ؛ وبذلك تشكل الأخلاق الحيوية محاولة لضبط البحث والتجريب العلميين بضوابط أخلاقية وقانونية تعتبر مبادئ حقوق الإنسان مرجعية أساسية لها، وذلك دون توقيف حركة البحث والتطور العلمي التكنولوجي التي تُعَد ضرورية لتقدم الإنسان واستمراره في الوجود .

كما اتضح لنا أن الأخلاق الحيوية ذات طابع تركيبي تعدادي، أو هكذا ينبغي أن تكون، وذلك بوصفها فكراً أخلاقياً جديداً ومقاربة أخلاقية جديدة ظهرت في إطار العلوم الطبية البيولوجية، وتخصصاً جديداً يمثل ملتقى لمجالات معرفية معاصرة ذات ثقل كبير في الساحة المعرفية، وذات تأثير واسع على حياة الإنسانية الفردية والجماعية، النفسية والسوسيو – اقتصادية، الحاضرة والمستقبلة. إن الأخلاق الحيوية تهتم أساساً بأخلاقيات الطب والبيولوجيا، إلا أنها تهتم إلى جانب ذلك بأخلاقيات العلوم بشكل عام، ومن خلال أخلاقيات العلوم تعيد طرح المشكل الأخلاقي بشكل جديد بحيث لم يعد يستطيع أن يحسم فيه المتخصص في الأخلاق ولا الفيلسوف وحده؛ فقد أصبح مشكلاً يهم الجميع: الأطباء والباحثين، علماء الأخلاق والفلاسفة، علماء الدين ورجال القانون، علماء النفس والاجتماع والبيئة...إلخ؛ وبهذا المعنى أصبحت الأخلاق الحيوية فرعاً معرفياً متعدد التخصصات أو مجالاً لالتقاء أو لتقاطع كثير من العلوم والمباحث ذات التأثير الكبير على حياة الإنسان المعاصر.

بناء على ما سبق، يتبين أن الأخلاق لم تبق مجرد قضايا معيارية

مرتبطة بالضمير، بل أصبحت ضوابط اجتماعية وحتى دولية – ذات طابع إلزامي – تملك أحيانا قوة القانون، وذلك هو ما يقصده الباحثون حين يتكلمون عن: "الانتقال من الأخلاق إلى القانون" أي أن الأخلاق تم إخراجها من دائرة ضمائر الأفراد إلى دائرة المؤسسات الاجتماعية المختصة، وبذلك تم الانتقال من الأخلاق كقيم معيارية تختلف باختلاف الأفراد والمجتمعات، إلى قواعد أخلاقية متفق عليها عالمياً، أو على الأقل متفق عليها من طرف النخب العالمية أو المثقفة في العالَم، أو ما اصطلح على تسميته بـ: "لجان الحكماء" في العالمَ، إن اللجان الأخلاقية تضعنا أمام فكر أخلاقي – قانوني جديد، ينحو نحو الصبغة العالمية، عالمية توازي عالمية حقوق الإنسان.

ويمكن تلخيص سمات الفكر الأخلاقي الجديد الذي تتميز به فلسفة الطب فيما يلي:

- من سمات الأخلاق الطبية أو الفكر الأخلاقي الجديد أنه ذو طابع تركيبي حيث يُعَد ملتقى لأهم المجالات المعرفية المعاصرة.
- يرتبط الفكر الأخلاقي الجديد بالفكر الاقتصادي، نظراً لما يجري من استغلال اقتصادي لمنجزات التقدم العلمي التكنولوجي، في المجال الطبي – البيولوجي، وما يصاحب ذلك من انتهاك لحقوق الإنسان وتهديد لإنسانيته ووجوده الحاضر والمستقبل.
- اقتضى ذلك الإسراع في اتخاذ إجراءات محلية ودولية للانتقال من الأخلاق إلى القانون وتحويل المبادئ الأخلاقية المتفق عليها إلى قواعد قانونية سارية المفعول.
- عرفت العلاقة بين الأخلاق الحيوية والدين توتراً منذ نشأتها، ولم يمنع ذلك من مشاركة علماء الدين باختلاف مذاهبهم في النقاش الدائر حول

الأخلاق الحيوية.

- تدين الفلسفة للأخلاق الحيوية في إخراجها من حالة العقم والاجترار التي أصابتها في العقود الأخيرة، وذلك بما أتاحه فكر الأخلاق الحيوية من مناقشة عميقة لقضايا فلسفية أصيلة ترتبط بالذات والشخص والحياة والموت والوجود والمصير والعلاقة مع الآخر...إلخ، وذلك في وسط جميع الفئات الاجتماعية وليس وسط المتخصصين وحدهم.
- يُنْتَظر من فكر الأخلاق الحيوية أن يساهم – بشكل كبير– في ترسيخ قيم الديموقراطية والحوار والتسامح والتضامن وحقوق الإنسان خلال القرن الواحد والعشرين.
- إن المبادئ والقيم الأخلاقية ينبغي أن تكون قابلة للتعديل علي ضوء المستجدات والتوقعات المستقبلية: فنحن بحاجة إلي تطوير حلول جديدة للمعضلات الأخلاقية سواء أكانت قديمة أم جديدة مثل الموت الاختياري والتخصيب الصناعي والاستنساخ وهندسة الجينات...إلخ.
- المبادئ الأخلاقية ينبغي أن تُحْتَرم، فالغاية لا تبرر الوسيلة بل العكس هو الصحيح. إن غاياتنا الأخلاقية ينبغي أن تتشكل بوسائلنا نظراً للتحديدات التي ترسم لنا ما هو جائز لنا فعله، ويكتسب هذا المبدأ أهمية استثنائية علي ضوء الدكتاتوريات الطاغية في القرن العشرين التي تعاضدت معها أيديولوجيات سياسية وعصبيات دينية قامت بالتضحية بالوسائل الأخلاقية من أجل الوصول إلي غايات رخيصة.
- ينبغي الإقرار بالمسؤولية تجاه الآخرين، والتمسك بالمبدأ القائل بضرورة معاملة كل فرد بشري علي نحو إنساني بالإضافة إلي القاعدة الذهبية التي تدعونا إلي معاملة الآخرين بالطريقة التي نرغب

أن يعاملونا بها . يجب أن نقبل الغرباء بيننا مع احترامنا لاختلافهم عنا فنحن جميعاً غرباء بطريقة أو بأخرى.

- لا ينبغي أن تُجْرَي البحوث الطبية الحيوية إلا بواسطة أشخاص مؤهلين علمياً، وتحت إشراف شخص من ذوي الكفاءة، ومتخصص طبياً وإكلينيكياً، وإن المسؤولية تجاه الحالة البشرية موضوع البحث يجب أن تكون دائماً علي عاتق شخص مؤهل طبياً، وألا تكون أبداً علي عاتق الشخص موضوع البحث، حتى ولو كان هذا الشخص قد أعطي موافقته علي ذلك.
- إن كل مشروع بحث حيوي يتناول حالات بشرية ينبغي أن يكون مسبوقاً بتقويم دقيق للمخاطر المتوقعة بالمقارنة مع المنافع المتوقعة للشخص موضوع البحث أو لغيره. ويجب أن يسود الاهتمام دائماً بمصالح الشخص موضوع البحث علي مصالح العلم والمجتمع.
- إن الدور الأساسي المنوط بالطبيب هو تخفيف أي ضرر علي البشر، ولا يجوز لأي باعث شخصي، أو جماعي، أو سياسي أن يتغلب علي هذه الغاية السامية.
- لا يجوز للطبيب أن يوافق علي، أو يتغاضى عن، أو يشارك في ممارسة التعذيب، أو أي أشكال أخري من الإجراءات القاسية واللاإنسانية، أو المهنية مهما كانت جسامة الإثم الذي يكون فيه ضحية هذه الإجراءات، أو مشتبهاً، أو متهماً، أو كان مذنباً حقاً، وأياً كانت معتقدات الضحية أو بواعثها، وذلك في جميع الأوضاع بما في ذلك الصراع العسكري والنزاع المدني.

إن ما أفرزته التكنولوجيا الحيوية من قضايا متعددة بدءاً بأطفال

الأنابيب، ووصولاً إلى وضع الخريطة الجينية للإنسان، ومروراً بالأرحام المستأجرة والبنوك الحيوية والموت الرحيم وزرع الأعضاء والتحكم في الدماغ البشري والاستنساخ...إلخ، تطرح "إشكاليات أخلاقية" تثير اليوم الكثير من الجدل، ومن ثمَّ يجب أن يترك باب النقاش الدائر مفتوحاً أمام الجميع. وكما أن الحرب من الأهمية بحيث ينبغي ألا تُتْرَك للقادة العسكريين وحدهم ، فإن أمور الصحة والمرض من الأهمية بحيث يجب ألا تترك للأطباء والفنيين وحدهم، وإذا كان المواطنون – في المجتمعات الديمقراطية – يشاركون في صنع السياسة العامة للدولة التي تتعلق بالسلم والحرب وسيادة القانون والمساواة والعدالة الاجتماعية . . . إلخ . إذا كان ذلك كذلك، فليس هناك ما يبرر إبعاد الناس عن المشاركة وعلى نحو مشابه في صياغة النتائج المترتبة على التقدم في المجالين الطبي والبيولوجي.

هوامش البحث

1- د. محمود فهمي زيدان، فلسفة الطب، بحث ضمن الكتاب التذكاري الذي عنوانه "الدكتور توفيق الطويل- مفكراً عربياً ورائداً للفلسفة الخلقية"، إشراف وتصدير د. عاطف العراقي، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، 1995، ص 183.

2- د. زكريا إبراهيم، الأخلاق والمجتمع، مكتبة مصر، القاهرة، 1966، ص 3.

3- Brody, Baruch A., Life and Death - Decision Making, Oxford University Press, 1988, p. 7.

4- Ibid., P. 9.

5- د. زكريا إبراهيم، الأخلاق والمجتمع، ص4.

6- Hall, Everett W., Modern Science and Human Value – A Study in the History of Ideas, Dell Publishing Co., Inc., New York, 1966, p. 102.

7- Jonathan Baron, Against Bioethics, The Mit Press, Cambridge, Massachusetts, London, England, 2006, p. 23.

8- McCormick, R. Thomas, Principles of Bioethics, University of Washington, Washington, 1998, p. 3.

9- Veatch, Robert M., Case Studies in Medical Ethics, Harvard University Press Cambridge, Massachusetts and London, England, 1979, p. 11.

10- Ibid., p. 11.

11- McCormick, R. Thomas, Principles of Bioethics, p. 4.

12- د. محمود فهمي زيدان، فلسفة الطب، ص ص 183-4.

13- د. أحمد محمود صبحي، د. محمود فهمي زيدان، في فلسفة الطب، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1995، ص 160.

14- Helga Kuhse and Peter Singer: What is Bioethics? A Historical Introduction, in "A Companion to Bioethics", Edited by Helga Kuhse and Peter Singer, Blackwell Publishers Ltd., 1998, p. 4.

15- Ibid., p. 4.

16- Ibid.,p.4.

17- Ibid.,p.4.

18- عظيموف (إسحق) ، أفكار العلم العظيمة ، ترجمة هاشم أحمد محمد ، مراجعة على يوسف على ، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة ، 1997 ، ص 98 .

19- المرجع السابق ، الموضع نفسه .

20- Ibid.,p.5.

21- ابن أبي أصيبعة، عيون الأنباء في طبقات الأطباء، الجزء الأول، تحقيق ودراسة د. عامر النجار، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، القاهرة ، 2001 ، ص 45.

22- MacKinney, L. C., Medical Ethics and Etiquette in the Early Middle Ages; the Pre Sistence of Hippocratic Ideals, Berkeley, University of California Press, 1952, p. 27.

23- نقلاً عن: د. ميزن سعيد ميزن عسيري، تحقيقه لكتاب إسحاق بن علي الرهاوي، أدب الطبيب ، مركز الملك فيصل للبحوث والدراسات الإسلامية، الطبعة الأولي ، 1992 ، هامش ص 208.

24- د. محمود فهمي زيدان، فلسفة الطب، ص 181

25- المرجع السابق، ص ص 181 -2.

26- Derek Humphry and Mary clement, Freedom to Die – People, Politics and the Right – to Die Movement, St. Martin's Griffin, New York, 2000,p.37.

27- Robert Hunt and John Arras: Ethical Theory in the Medical Context in: "Ethical Issues in Modern Medicine", Edited, with Introduction by Robert Hunt and John Arras, Mayfield Publishing

Company, California, 1977, p.2.

28-ناهدة البقصمى، الهنسة الوراثية والأخلاق، عالم المعرفة – العدد 173، الكويت، يونيه 1993، ص 52

29- Ibid., p.8.

30- Helga Kuhse and Peter Singer: What is Bioethics? A Historical Introduction, p. 8.

31-ناهدة البقصمي، الهندسة الوراثية والأخلاق، ص ص 59-60.

32- Donton, John, Medical Sociology, Houghton Mifflin Company, London,1978, p.3.

33- Fletcher, Joseph, Morals and Medicine – The Moral Problems of the Patient's Right to Know the Truth, Beacon Press Beacon Hill Boston, 1960, p. 201.

34- Helga Kuhse and Peter Singer: What is Bioethics? A Historical Introduction, p. 8.

35- Ibid., pp.8-9.

36- Ibid., p. 10.

37- Ibid., p.10.

38- Fletcher, Joseph, : Morals and Medicine – The Moral Problems of the Patient's Right to Know the Truth, p. 83.

39- Downie, R. S. and Elizabeth Telfer, Caring and Curing – A Philosophy of Medivine and Social Work, Methuen, p. 1.

40- Gillies, Donald, Hempelian and Kuhnian Approaches in the Philosophy of Medicine : the Semmelweis Case, p. 4. http://eprints.ucl.ac.uk/archive

41- Brody, Baruch A., Life and Death Decision Making, Oxford University Press, 1988, pp. 4 – 6.

42- Downie, R. S. and Elizabeth Telfer, Caring and Curing – A Philosophy of Medicine and Social Work, Methuen, Lond and New York, 1980, p. 2.

43- Robert Hunt and John Arras: Ethical theory in the Medical Context, p.2.

44- McCormick, R. Thomas, Principles of Bioethics, p. 13.

45- Ibid., p.13.

46- Brody, Baruch A., Life and Death Decision Making, p. 7.

47- Ibid., p.7.

48-كانط، تأسيس ميتافيزيقا الأخلاق، ترجمة د. عبد الغفار مكاوي، الدار القومية للطباعة والنشر، القاهرة، 1965، ص ص 62-4.

49- Brody, Baruch A., Life and Death Decision Making, p. 8.

50- Veatch, Robert M., Case Studies in Medical Ethics, Harvard University Press Cambridge, Massachusetts and London, England, 1979, p. 12.

51- Ibid., p.12.

52- Ibid., p.12.

53- رسل (برتراند)، حكمة الغرب، الجزء الأول، ترجمة د. فؤاد زكريا، عالم المعرفة – العدد 62 ، الكويت، فبراير 1983 ، ص ص 179- 180.

54- Ibid., p.12.

55- Ibid., pp.12-3.

56- Ibid., p.13.

57- Downie, R. S. and Elizabeth Telfer, Caring and Curing – A Philosophy of Medicine and Social Work, p 2.

58- Ibid., p.3.

59- Brody, Baruch A., Life and Death Decision Making, p. 8.

60- Guttentag, E., Otto, Care of the Healthy and the Sick from the Aattending Physicin,s Perspective: Envisioned and Actual (1977) In Organism, Medicine, and Metaphysics, Edited by Spicker F., Stuart, Dordrecht: Holland/ Boston:U. S. A., 1978, p. 44.

61- Ibid., p.44.

62- ناهدة البقصمي، الهندسة الطبية والأخلاق، ص55.

63- Derek Humphry andMary Clement, Freedom to Die – People, Politics and the Right – to Die Movement, St. Martin's Griffin, New York, 2000, p. 37.

64- Schoenfeld, Myron R., Strictly Confidential – How Doctors Make Decisions, Oceana Publications, Inc, New York. London. Rome, p. 36.

65- الرازى (أبو بكر محمد بن زكريا)، أخلاق الطبيب، تقديم وتحقيق دكتور عبداللطيف محمد العبد، دار التراث، القاهرة، 1977، ص ص 27 – 28.

66- المرجع السابق، ص 29.

67- المرجع السابق، ص 37.

68- المرجع السابق، ص 38.

69- المرجع السابق، ص ص 39 – 40.

70- المرجع السابق، ص 77.

71- المرجع السابق، ص 81.

72- المرجع السابق، ص ص 84 –5.

73- McMormick, R. Thomas, PrinciPles of Bioethics, pp. 16-7.

74- د. محسن عبد الحميد البيه، نظرة حديثة إلي أخطاء الطبيب الموجبة للمسئولية المدنية في ظل القواعد القانونية التقليدية، مطبوعات جامعة الكويت، الكويت، 1993، ص ص 35-6.

75- McMormick, R. Thomas, Principles of Bioethics, p. 17

76- د. محسن عبد الحميد البيه، نظرة حديثة إلي أخطاء الطبيب الموجب للمسئولية المدنية في ظل القواعد القانونية التقليدية، ص 35.

77- المرجع السابق، ص ص 35- 6.

78- Helga Kuhse and Peter Singer: What is Bioethics? A Historical Introduction, p. 6.

79- Ibid., p.7.

80- Ibid., p.7.

81- Ibid., p.11.

82- Ramsey, Paul, : The Patient as Person – Explorations in Medical Ethics, New Haven and London,Yale University Press, 1973, pp. 46-7.

83- Ibid., p.47.

84- Baron, Jonathan, : Against Bioethics, The MIT Press, London, 2006, p.11.

85- رزنيك (ديفيد ب)، أخلاقيات العلم – مدخل، ترجمة د. عبد النور عبد المنعم، مراجعة د. يمني طريف الخولى ، عالم المعرفة العدد (316) يونيه ، الكويت، 2005، ص 196.

86- د. محمد رؤوف حامد، أخلاقيات اختبار الأدوية علي الإنسان، بحث ضمن وقائع الندوة المصرية عن : "أخلاقيات الممارسات البيولوجية" ، اللجنة الوطنية المصرية للتربية والعلوم والثقافة، القاهرة، في 27- 30 سبتمبر 1997، ص 141.

87- Ramsey, Paul, : The Patient as Person – Explorations in Medical Ethics, p. 7.

88- رزنيك (ديفيد ب)، أخلاقيات العلم، ص ص 196-7.

89- المرجع السابق ، ص 197.

90- د. محمد رؤوف حامد، أخلاقيات اختبار الأدوية علي الإنسان، ص ص 141-2.

91- رزنيك (ديفيد ب)، أخلاقيات العلم، ص ص 198- 9.

92-د. محمد رؤوف حامد، أخلاقيات اختبار الأدوية علي الإنسان، ص ص 142-3.
93-رزنيك (ديفيد ب)، أخلاقيات العلم ، ص 200.
94-رزنيك (ديفيد ب)، أخلاقيات العلم ، ص ص 200-201.

المـــراجع

أولاً: المراجع الأجنبية:

1- Baron, Jonathan,: Against Bioethics, The Mit Press, Cambridge, Massachusetts, London, England, 2006.

2- Brody, Baruch A., : Life and Death - Decision Making, Oxford University Press, 1988.

3- Derek Humphry and Mary clement, : Freedom to Die – People, Politics and the Right – to Die Movement, St. Martin's Griffin, New York, 2000.

4- Donton, John, : Medical Sociology, Houghton Mifflin Company, London, 1978.

5- Gillies, Donald, : Hempelian and Kuhnian Approaches in the Philosophyn of Medicine : the Semmelweis Case,

http://eprints.ucl.ac.uk/archive.

6- Guttentag, E., Otto, Care of the Healthy and the Sick from the Aattending Physicin,s Perspective: Envisioned and Actual (1977) In Organism, Medicine, and Metaphysics, Edited by Spicker F., Stuart, Dordrecht: Holland/ Boston:U. S. A., 1978.

7- Hall, Everett W., : Modern Science and Human Value – A Study in the History of Ideas, Dell Publishing Co., Inc., New York, 1966.

8- Helga Kuhse and Peter Singer, : A Companion to Bioethics, Blackwell Publishers, Oxford, 1998.

9- Jos V.M. Welie, : In The Face of Suffering – The Philosophical – Anthropological Foundations of Clinical Ethics, Creighton University Press, Omaha, Nebraska, 1998 .

10- Joseph Fletcher, : Morals and Medicine – The Moral Problems of : The Patient's Right to Know the Truth, Beacon Press Beacon Hill Boston, 1960.

11- Joseph H. Howell and William F, Daniel Callahan, : Life Choices: A Hastings Center Introduction to Bioethics, Second Edition, Georgetown University Press Washington, D. C.2000.

12- MacKinney, L. C., : Medical Ethics and Etiquette in the Early Middle Ages; the Pre Sistence of Hippocratic Ideals, Berkeley, University of California Press, 1952.

13- McCormick, R. Thomas, : Principles of Bioethics, University of Washington, Washington, 1998.

14- Myron R. Schoenfeld M. D,: Strictly Confidential – How Doctors Make Decisions, Oceana Publications, Inc, New

York, London, Rome, 1990.

15- Peter Byrne, : Ethics and Law in Health Care and Research, John Wiley& Sons, Chichester, New York, 1990.

16- R.s. Downie and Elizabeth Telfer, Caring and Curing – A Philosophy of Medicine and Social Work, Methuen, London and New York, 1980.

17- Ramsey, Paul, : The Patient As Person – Explorations in Medical Ethics, New Haven and London, Yale University Press, 1966.

18- Robert Hunt and John Arras, : Ethical Issues in Modern Medicine, Mayfield Publishing Company, 1977.

19- Robert M. Veatch,: Death, Dying, and the Biological Revolution – Our Last Quest for Responsibility, Yale University Press, New Haven and London, 1977 .

20- Robert M. Veatch, : Medical Ethics, Jones and Bartlett Publishers, Boston, 1989 .

21- Rousseau, George Sebastian with others : Framing and Imagining Disease in Cultural History, Palgrave Macmillan, New York, 2003.

22- Ruth Macklin, : Mortal Choices – Bioethics in Today's World, Pantheon Books New York, 1987 .

23- Sargent, G. Michael, Biomedicine and the Human Condition – Challenges, Risks, and Rewards, Cambridge University Press, New York, 2005.

24- Stuart F. Spicker, : Organism, Medicine, and Metaphysics, Dordrecht : Holland / Boston: U. S. A. ,1978.

25- Tom L. Beauchamp, James F. Childress,: Principles of Biomedical Ethics, Fifth Edition, Oxford, University Press, 2001.

26- Veatch, Robert M., : Case Studies in Medical Ethics, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts and London, England, 1979.

27- Veatch, Robert M., : Case Studies in Medical Ethics, Harvard University Press Cambridge, Massachusetts and London, England, 1979.

ثانياً: المراجع العربية:

1- ابن أبي أصبيعة، عيون الأنباء في طبقات الأطباء ، الجزء الأول ، تحقيق ودراسة د. عامر النجار، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 2001.

2- د. أحمد محمود صبحى ، د. محمود فهمى زيدان ، في فلسفة الطب ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، 1995 .

3- إسحاق بن علي الرهاوي ، أدب الطبيب ، تحقيق ميزن سعيد ميزن عسيري، مركز الملك فيصل للبحوث والدراسات الإسلامية ، الطبعة الأولي ، 1992.

4- د. إمام عبد الفتاح إمام ، توماس هوبز- فيلسوف العقلانية ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، 1985.

5- الرازى (أبو بكر محمد بن زكريا)، أخلاق الطبيب، تقديم وتحقيق دكتور عبد اللطيف محمد العبد، دار التراث، القاهرة.

6- د. حسين على ، العلم والقيم الأخلاقية ، المكتب المصري لتوزيع المطبوعات ، القاهرة ، 2000.

7- رزنيك (ديفيد ب)، أخلاقيات العلم، ترجمة: د. عبد النور عبد المنعم، مراجعة د. يمني طريف الخولي ، عالم المعرفة- العدد 316، الكويت، يونيو 2005 .

8- رسل (برتراند)، حكمة الغرب، الجزء الأول، ترجمة د. فؤاد زكريا، عالم المعرفة-العدد 62، الكويت، فبراير 1983.

9- د. زكريا إبراهيم، الأخلاق والمجتمع، مكتبة مصر، القاهرة، 1966

10- عظيموف (إسحق)، أفكار العلم العظيمة، ترجمة هاشم أحمد محمد، مراجعة علي يوسف علي، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 1997.

11- د. عزمى إسلام، جون لوك، دار المعارف بمصر، القاهرة، 1964 .

12- كانت (امانويل)، تأسيس ميتافيزيقا الأخلاق، ترجمة د. عبد الغفار مكاوى، الدار القومية للطباعة والنشر، القاهرة، 1965 .

13- د. ماهر عبد القادر محمد على، مقدمة فى تاريخ الطب العربى، دار العلوم العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1988 .

14- د. محسن عبد الحميد البيه، نظرة حديثة إلي أخطاء الطبيب الموجبة للمسئولية المدنية في ظل القواعد القانونية التقليدية، مطبوعات جامعة

الكويت، الكويت، 1993.

15- د. محمد رؤوف حامد، أخلاقيات اختبار الأدوية علي الإنسان، بحث ضمن وقائع الندوة المصرية عن: "أخلاقيات الممارسات البيولوجية" ، اللجنة الوطنية المصرية للتربية والعلوم والثقافة، القاهرة ، في 27- 30 سبتمبر 1997.

16- محمود فهمى زيدان، فلسفة الطب، بحث ضمن الكتاب التذكارى الذى عنوانه "الدكتور توفيق الطويل- مفكراً عربياً ورائداً للفلسفة الخلقية"، إشراف وتصدير د. عاطف العراقي، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة، 1995 .

17- ناهدة البقصمى، الهنسة الوراثية والأخلاق، عالم المعرفة – العدد 17، الكويت، يونيه 1993.

ملحـــق

لائحة آداب المهنة

الصادرة بقرار معالي / وزير الصحة والسكان

رقـــم 238 **لسنة** 2003 **بتاريخ** 5 **سبتمبر** 2003

بعد العرض والموافقة من **الجمعية العمومية المنعقدة في** 2003/3/21

ومؤتمر النقابات الفرعية لأطباء مصر في الفترة من 4 – 2003/7/6

مقدمـــة

إدراكاً من النقابة العامة لأطباء مصر بأن مهنة الطـــب مهنـــة إنـــسانية وأخلاقية وتقوم أساساً على العلم وتحتم على من يمارسها أن يكون ملمـــاً بهـــا ومدرباً تدريباً كافياً على ممارستها وأن يحترم الشخصية الإنسانية في جميـــع الظروف والأحوال، وتأكيداً على أن كل عمل طبي يستهدف مصلحة المـــريض المطلقة وأن تكون له ضرورة تبرره، وإيماناً بأن الرعاية الصحية هـــي أحـــد حقوق الإنسان الأساسية التي يعمل المجتمع على الوفاء بها تجاه جميع أبنـــاءه، وبناءً على قرارى مجلس النقابة والجمعية العمومية لأطباء مصر صدرت هـــذه اللائحة بقرار رقم 238 من السيد الأستاذ الدكتور / وزير الـــصحة والـــسكان لسنة 2003 تعديلاً للائحة السابقة الصادرة عام 1974م.

الباب الأول : قَسَمُ الأطباء

مادة (1)

يجب على كل طبيب قبل مزاولته المهنة أن يؤدى القسم التالي أمـــام نقيب الأطباء أو من ينوب عنه:

((أُقْسِمُ بالله العظيم أن أراقب الله في مهنتي، وأن أصون حياة الإنسان في كافة أدوارها في كل الظروف والأحوال باذلاً وسعى في انقاذهـــا مـــن الهلاك والمرض والألم والقلق، وأن أحفظ للناس كرامتهم وأستر عـــورتهم وأكتم سرهم، وأن أكون على الدوام من وسائل رحمـــة الله بـــاذلاً رعـــايتي الطبية للقريب والبعيد، للصالح والطالح والصديق والعدو، وأن أثابر علـــى طلب العلم أسخره لنفع الإنسان لا لآذاه، وأن أوقر مَنْ علَّمني وأعلـــم مـــن يصغرني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية متعـــاونين علـــى البـــر والتقوى، وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرى وعلانيتى نقيـــة ممـــا يشينها تجاه الله ورسله والمؤمنين، والله على ما أقول شهيد)).

الباب الثاني : واجبات الطبيب

أولاً : واجبات الطبيب نحو المجتمع :

مادة (2)

يلتزم الطبيب في موقع عمله الوظيفي أو الخاص بأن يكون عمله خالصاً لمرضاة الله وخدمة المجتمع الذي يعيش فيه بكل إمكانياته وطاقاته في ظروف السلم والحرب وفي جميع الأحوال.

مادة (3) :

على الطبيب أن يكون قدوة حسنة في المجتمع بالالتزام بالمبادئ والمثل العليا، أميناً على حقوق المواطنين في الحصول على الرعاية الصحية الواجبة، منزهاً عن الاستغلال بجميع صوره لمرضاه أو زملائه أو تلاميذه.

مادة (4)

على الطبيب أن يسهم في دراسة سبل حل المشكلات الصحية للمجتمع وأن يدعم دور النقابة في دعم وتطوير السياسة الصحية والارتقاء بها للصالح العام وأن يكون متعاوناً مع أجهزة الدولة المعنية فيما يُطْلَب من بيانات لازمة لوضع السياسات والخطط الصحية.

مادة (5)

على الطبيب أن يُبْلِغ السلطات الصحية المختصة عند الاشتباه في مرض وبائي حتى تتخذ الإجراءات الوقائية لحماية المجتمع .

ثانياً : واجبات الطبيب نحو المهنة :

مادة (6) :

على الطبيب أن يراعى الأمانة والدقة في جميع تصرفاته، وأن يلتزم السلوك القويم وأن يحافظ على كرامته وكرامة المهنة مما يشينها، وفقاً لما ورد في قَسَم الأطباء وفى لائحة آداب المهنة.

مادة (7) :

لا يجوز للطبيب أن يحرر تقريراً طبياً أو يدلى بشهادة بعيداً عن تخصصه، أو مخالفة للواقع الذي توصل إليه من خلال فحصه الشخصي للمريض.

مادة (8) :

لا يجوز للطبيب أن يأتي عملاً من الأعمال الآتية :

أ – الاستعانة بالوسطاء في مزاولة المهنة، سواء كان ذلك بأجر أو بدون أجر.

ب – السماح باستعمال اسمه في ترويج الأدوية، أو العقاقير أو مختلف أنواع العلاج أو لأي أغراض تجارية على أي صورة من الصور.

ج – طلب أو قبول مكافأة أو أجر من أي نوع كان، نظير التعهد أو القيام بوصف أدوية أو أجهزة معينة للمرضى، أو إرسالهم إلى مستشفى أو نصح علاجي أو دور للتمريض أو صيدلية أو أي مكان محدد لإجراء الفحوص والتحاليل الطبية أو لبيع المستلزمات أو المعدات الطبية.

د – القيام بإجراء استشارات طبية في محال تجارية أو ملحقاتها مما هو

مُعَـد لبيع الأدوية أو الأجهزة أو التجهيزات الطبية، سواء كان ذلـك بالمجان أو نظير مرتب أو مكافأة.

هـ – القيام باستشارات طبية من خلال شركات الاتصالات.

و – القيام ببيع أي أدوية أو وصفات أو أجهزة أو مستلزمات طبية فـي عيادته ــ أو أثناء ممارسته للمهنة ــ بغرض الاتجار .

ز – أن يتقاسم أجره مع أي من زملائه، إلا إذا اشترك معه في العلاج فعلاً. أو أن يعمل وسيطاً لطبيب آخر أو مستشفى بأية صورة من الصور.

مادة (9) :

لا يجوز للطبيب تطبيق طريقة جديدة للتشخيص أو العلاج إذا لم يكن قد اكتمل اختبارها بالأسلوب العلمي والأخلاقي السليم، ونُشِرَت في المجلات الطبية المعتمدة وثبتت صلاحيتها وتم الترخيص بها من الجهـات الـصحية المختصة. كما لا يجوز له أيضًا أن ينسب لنفسه دون وجه حق أي كـشف علمي أو يدعى انفراده به.

مادة (10) :

لا يجوز للطبيب أن يقوم بالدعاية لنفسه على أية صورة من الصور، سواء كان ذلك بطريق النشر أو الإذاعة المسموعة أو المرئية أو عبر وسائل الإنترنت أو أية طريقة أخرى من طرق الإعلان.

مادة (11) :

يجوز للطبيب عند فتح عيادة أو نقلها، أن يعلن عن ذلك بالصحف في حدود ثلاث مرات، كما يجوز له إذا غاب عن عيادته أكثر من أسبوعين أن ينشر إعلانين أحدهما قبل غيابه والثاني بعد عودته.

مادة (12) :

يجب على الطبيب أن يلتزم في اللافتة والمطبوعات والتذاكر الطبيـة وما في حكمها بالتشريعات والقوانين واللوائح المنظمة لذلك.

مادة (13) :

لا يجوز للطبيب أن يستغل وظيفته بقصد تحقيـق منفعـة شخـصية أو الحصول على كسب مادي من المريض، كما لا يجوز لـه أن يتقاضـى مـن المريض أجراً عن عمل يدخل في اختصاص وظيفته الأصلية التي يؤجر عليها.

مادة (14) :

على الطبيب أن يغتنم كل مناسبة للقيام بالتثقيف الـصحي لمريـضه وتعريفه بأنماط الحياة الصحية، وأن يحرص على التعلم والتـدريب الطبـي بشكل دائم ومستمر وأن يحافظ على كفاءته العلميـة والمهاريـة المؤهِلـة لممارسة المهنة.

مادة (15) :

لا يجوز للطبيب الجزم بتشخيص مرض أو التوصية بعلاج من خلال بيانات شفهية أو كتابية أو مرئية دون مناظرة المريض وفحصه شخصياً.

مادة (16) :

يجوز للطبيب الاشتراك في حلقات تبادل الرأي العلمي التـي يكـون أطرافها أطباء متخصصين، كما يجوز له المشاركة في نقل معلومات طبيـة من زميل لآخر سواء كانت كتابةً أو عبر وسائل الاتصال الأخرى.

مادة (17) :

إذا تم الاتصال أو الاستشارة بين طبيب وطبيب آخر بخـصوص أي

علاج أو تشخيص لمريض، تكون المسئولية الكاملة على الطبيب الذي يباشر المريض في العلاج والتشخيص.

مادة (18) :

يجب على الطبيب التنحي عن إبداء أي نصح أو رأى طبي أو علمي كتابةً أو شفاهةً عند مناقشة أمر تنبني عليه مصلحة شخصية أو يعود عليه بنفع مادي خارج إطار ممارسته للمهنة الطبية.

مادة (19) :

عند مخاطبة الجمهور في الموضوعات الطبية عبر وسائل الإعلام يلتزم الطبيب بالقواعد الآتية:

أ- تجنب ذكر مكان عمله وطرق الاتصال به والإشادة بخبراته أو إنجازاته العلمية، ويكتفي فقط بذكر صفته المهنية ومجال تخصصه .

ب- أن تكون المخاطبة بأسلوب مبسط يلائم المستمع أو المشاهد غير المتخصص.

ج - تجنب ذكر الآراء العلمية غير المؤكدة أو غير المقطوع بصحتها، أو تناول الموضوعات المختلف عليها والتي يكون مناقشتها فقط في الجلسات العلمية الخاصة غير الموجهة للعامة.

ثالثاً : واجبات الطبيب نحو المرضى :

مادة (20) :

على الطبيب أن يبذل كل ما في وسعه لعلاج مرضاه وأن يعمل على تخفيف آلامهم وأن يحسن معاملتهم وأن يساوى بينهم في الرعاية دون تمييز.

مادة (21) :

على الطبيب أن يوفر لمريضه المعلومات المتعلقة بحالته المرضية بطريقة مبسطة ومفهومة.

ويجوز للطبيب لأسباب إنسانية عدم إطلاع المريض على عواقب المرض الخطيرة، وفى هذه الحالة عليه أن ينهى إلى أهل المريض بطريقة إنسانية لائقة خطورة المرض وعواقبه الخطيرة؛ إلا إذا أبدى المريض رغبته في عدم إطلاع أحد على حالته، أو حدد أشخاصاً معينين لإطلاعهم عليها ولم تكن هناك خطورة على من حوله.

مادة (22) :

على الطبيب أن يلتزم بحدود مهاراته المهنية وأن يستعين بخبرة من هم أكفأ منه من الأطباء في مناظرة وعلاج مريضه عند اللزوم.

مادة (23) :

على الطبيب أن يراعى ما يلي :

أ – عدم المغالاة في تقدير أتعابه وأن يقدر حالة المريض المالية والاجتماعية.

ب – أن يلتزم بالأدوية الضرورية مع مراعاة أن تكون الأولوية للدواء الوطني والأقل سعراً بشرط الفاعلية والأمان.

جـ – أن يقتصر على طلب التحاليل المعملية أو وسائل التشخيص الضرورية.

مادة (24) :

في الحالات غير العاجلة يجوز للطبيب الاعتذار عن علاج أي مريض ابتداءً، أو في أية مرحلة لأسباب شخصية أو متعلقة بالمهنة، أما في الحالات العاجلة فلا يجوز للطبيب الاعتذار.

مادة (25) :

لا يجوز للطبيب المتخصص رفض علاج مريض إذا استدعاه لذلك الطبيب الممارس العام ولم يتيسر وجود متخصص غيره.

مادة (26) :

إذا ما كف طبيب عن علاج أحد مرضاه لأي سبب من الأسباب، فيجب عليه أن يدلى للطبيب الذي يحل محله بالمعلومات الصحيحة التي يعتقد أنها لازمة لاستمرار العلاج كتابة أو شفاهةً.

مادة (27) :

على الطبيب أن ينبه المريض ومرافقيه إلى اتخاذ أسباب الوقاية ويرشدهم إليها ويحذرهم مما يمكن أن يترتب على عدم مراعاتها، ويجوز له طلب توقيعهم على إقرار كتابي منهم بمعرفتهم بذلك في بعض الحالات التي تستدعى ذلك.

مادة (28) :

لا يجوز للطبيب إجراء الفحص الطبي للمريض أو علاجه دون موافقة (مبنية على المعرفة) من المريض، أو من ينوب عنه قانوناً إذا لم يكن

المريض أهلاً لذلك، ويعتبر ذهاب المريض إلى الطبيب في مكان عمله موافقة ضمنية على ذلك، وفي حالات التدخل الجراحي أو شبه الجراحي يلزم الحصول على موافقة (مبنية على المعرفة) من المريض أو من ينوب عنه قانوناً كتابةً إلا في دواعي إنقاذ الحياة.

وعلى الطبيب الذي يدعى لعيادة قاصر أو ناقص الأهلية أو مريض فاقد الوعي في حالة خطرة، أن يبذل ما في متناول يديه لإنقاذه حتى وإن تعذر عليه الحصول في الوقت المناسب على الموافقة (المبنية على المعرفة) من وليه أو الوصي أو القيّم عليه. كما يجب عليه ألا يتنحى عن علاجه إلا إذا زال الخطر أو إذا عهد بالمريض إلى طبيب آخر.

مادة (29) :

لا يجوز للطبيب إجراء عملية الإجهاض إلا لدواعي طبية تهدد صحة الأم، ويكون ذلك بشهادة كتابية من طبيبين متخصصين، وفى الحالات العاجلة التي تتم فيها العملية لدواعي إنقاذ الحياة يجب على الطبيب المعالج تحرير تقرير مفصل عن الحالة يُرْفَق بتذكرة العلاج .

مادة (30) :

لا يجوز للطبيب إفشاء أسرار مريضه التي اطلع عليها بحكم مهنته؛ إلا إذا كان ذلك بناء على قرار قضائي أو في حالة إمكان وقوع ضرر جسيم ومتيقن يصيب الغير، أو في الحالات الأخرى يحددها القانون.

مادة (31) :

لا يجوز للطبيب استغلال صلته بالمريض وعائلته لأغراض تتنافى مع كرامة المهنة.

مادة (32) :

إذا توفى المريض داخل المنشأة الطبية الخاصة يقوم الطبيب المسئول بإبلاغ الجهات المختصة باعتباره مبلغاً عن الوفاة.

مادة (33) :

يجب على الطبيب إبلاغ الجهات المختصة عن الإصابات والحوادث ذات الشبهة الجنائية؛ مثل حالات الإصابة بأعيرة نارية أو جروح نافذة أو قطعية أو غيرها مع كتابة تقرير طبي مفصل عن الحالة وقت عرضها عليه، ويمكن للطبيب دعوة زميل آخر للمشاركة في مناظرة الحالة وكتابة التقرير.

مادة (34) :

للطبيب إبلاغ النيابة العامة عن أي اعتداء يقع عليه بسبب أداء مهنته، وفي ذات الوقت عليه إبلاغ نقابته الفرعية في أقرب فرصة حتى يمكن لها التدخل في الأمر متضامنة مع الطبيب.

مادة (35) :

على الطبيب المكلف بالرعاية الطبية للمقيدة حريتهم أن يوفر لهم رعاية صحية من نفس النوعية والمستوى المتاحين لغير المقيدة حريتهم. ويحظر عليه القيام بطريقة إيجابية أو سلبية بأية أفعال تشكل مشاركة في عمليات التعذيب وغيرها من ضروب المعاملة القاسية أو اللاإنسانية أو التواطؤ أو التحريض على هذه الأفعال، وكذلك يحظر عليه استخدام معلوماته ومهاراته المهنية للمساعدة في استجواب المقيدة حريتهم على نحو يضر بالصحة أو الحالة البدنية أو العقلية لهم، أو المشاركة في أي إجراء لتقييد حركة المقيدة حريتهم إلا إذا تقرر ذلك وفقاً لمعايير طبية محضة لحماية الصحة البدنية أو العقلية للمقيدة حريتهم.

مادة (36) :

يحظر على الطبيب إهدار الحياة بدعوى الشفقة أو الرحمة.

رابعاً : واجبات الطبيب نحو الزملاء :

مادة (37) :

على الطبيب تسوية أي خلاف قد ينشأ بينه وبين أحد زملائه بسبب المهنة بالطرق الودية فإذا لم يسو الخلاف يبلغ الأمر إلى مجلس النقابة الفرعية المختصة للفصل فيه بقرار يصدر من مجلس النقابة الفرعية، وفي حالة تظلم أحد الطرفين من القرار يُعْرَض الأمر على مجلس النقابة العامة.

مادة (38) :

لا يجوز للطبيب أن يسعى لمزاحمة زميل له بطريقة غير كريمة في أي عمل متعلق بالمهنة أو علاج مريض.

مادة (39) :

لا يجوز للطبيب أن يقلل من قدرات زملائه وإذا كان هناك ما يستدعى انتقاد زميل له مهنياً فيكون ذلك أمام لجنة علمية محايدة.

مادة (40) :

إذا حل طبيب محل زميل له في عيادته بصفة مؤقتة، فعليه ألا يحاول استغلال هذا الوضع لصالحه الشخصي كما يجب عليه إبلاغ المريض قبل بدء الفحص بصفته وأنه يحل محل الطبيب صاحب العيادة بصفة مؤقتة.

مادة (41) :

إذا دعي طبيب لعيادة مريض يتولى علاجه طبيب آخر استحالت دعوته فعليه أن يترك إتمام العلاج لزميله بمجرد عودته وأن يبلغه بما أتخذه

من إجراءات ما لم ير المريض أو أهله استمراره في العلاج.

مادة (42) :

في حالة اشتراك أكثر من طبيب في علاج مريض :

أ – لا يجوز للطبيب فحص أو علاج مريض يعالجه زميل له في مستشفى إلا إذا استدعاه لذلك الطبيب المعالج أو إدارة المستشفى.

ب – يجوز للمريض أو أهله دعوة طبيب آخر أو أكثر على سبيل الاستشارة بعد إعلام الطبيب المعالج ويجوز للطبيب الاعتذار عن استمرار علاج الحالة إذا أصر المريض أو أهله على استشارة من لا يقبله بدون إبداء الأسباب.

ج – إذا رفض الطبيب المعالج القيام بعلاج المريض وفقاً لما قرره الأطباء المستشارون فيجوز له أن ينسحب تاركاً مباشرة علاجه لأحد هؤلاء الأطباء المستشارين.

الباب الثالث

التداخلات الطبية ذات الطبيعة الخاصة

أولاً : إجراء تصحيح الجنس :

مادة (43) :

يحظر على الطبيب إجراء عمليات تغيير الجنس. أما بالنسبة لعمليات تصحيح الجنس فإنه يُشْتَرط موافقة اللجنة المختصة بالنقابة، وتتم عمليات التصحيح بعد إجراء التحليلات الهرمونية وفحص الخريطة الكروموزومية وبعد قضاء فترة العلاج النفسي والهرموني المصاحب لمدة لا تقل عن عامين.

ثانياً : عمليات الإخصاب المساعد :

مادة (44) :

تخضع عمليات الإخصاب المساعد لبويضة الزوجة من نطفة الزوج داخل جسم الزوجة أو خارجه (تقنيات الإخصاب المعملي أو الحقن المجهرى) للضوابط الأخلاقية التي تستهدف المحافظة على النسل البشرى وعلاج العقم، مع الحرص على نقاء الأنساب وعلى المعايير القانونية الصادرة من الجهات المختصة.

مادة (45) :

لا يجوز إجراء عمليات الإخصاب المساعد داخل أو خارج جسم

الزوجة إلا باستخدام نطفة زوجها حال قيام العلاقة الزوجية الشرعية بينهما.

كما لا يجوز نقل بويضات مخصبة لزرعها في أرحام نساء غير الأمهات الشرعيات لهذه البويضات.

مادة (46) :

لا يجوز إنشاء بنوك للبويضات أو الحيوانات المنوية أو الأجنة .

مادة (47) :

لا يُرَخَص بممارسة عمليات الإخصاب المساعد إلا في المراكز المجهزة والمرخص لها بممارسة تلك العمليات.

مادة (48) :

يلزم أن يحتفظ المركز بسجل مفصل عن كل حالة به كافة البيانات على حدة لمدة لا تقل عن عشر سنوات، ويلزم أن يحتوى الملف على العقد والإقرار من الزوجين.

ثالثاً : عمليات استئصال ونقل الأعضاء والأنسجة البشرية :

مادة (49) :

تخضع عمليات نقل الأعضاء والأنسجة البشرية للمعايير الأخلاقية والضوابط المنصوص عليها في التشريعات واللوائح المنظمة لذلك .

مادة (50) :

على الطبيب قبل إجراء عمليات نقل أعضاء وفقاً للتشريعات المنظمة لذلك أن يُبْصِر المتبرع بالعواقب الطبية والأخطار التي قد يتعرض لها نتيجة لعملية النقل؛ وأخذ

الإقرارات اللازمة التي تفيد علمه بكافة العواقب في هذا الشأن قبل إجراء العملية .

مادة (51) :

يحظر الاتجار في الأعضاء والأنسجة والخلايا البشرية والجينات البشرية ولا يجوز بأي حال من الأحوال للطبيب المشاركة في هذه العمليات وإلا تعرض للمساءلة التأديبية .

الباب الرابع
إجراء التجارب والبحوث الطبية على الآدميين

أولاً : أحكام عامة :

مادة (52) :

يلتزم الطبيب بمراعاة تنفيذ كافة المعايير والضوابط الأخلاقية والقيم الاجتماعية والدينية التي تضعها السلطات المختصة لإجراء البحوث الطبية على الآدميين .

مادة (53) :

يحظر على الطبيب إجراء أية تجارب للأدوية والتقنيات على الآدميين قبل إقرارها من الجهات المختصة .

ثانياً : إجراءات يجب اتخاذها قبل إجراء أي بحث على آدميين:

مادة (54) :

بمراعاة أحكام المادتين السابقتين يلتزم الطبيب الباحث قبل إجراء أي بحث طبي على الآدميين أن تتوافر لديه دراسة وافية عن المخاطر والأعباء التي يتعرض لها الفرد أو الجماعة ومقارنتها بالفوائد المتوقع الحصول عليها من البحث ويقتصر إجراء هذه البحوث على المتخصصين المؤهلين علمياً لإجراء البحث تحت إشراف مباشر لطبيب على درجة عالية من الكفاءة والتخصص وتقع مسئولية الحماية الصحية للمتطوعين لإجراء البحث على الطبيب المشرف عليه .

مادة (55) :

يلتزم الباحث بتعريف المتطوعين تعريفاً كاملاً وبطريقة واضحة بأهداف البحث والطرق البحثية التي ستستخدم في البحث والفوائد المتوقعة منه والمخاطر المحتمل حدوثها ومدى إمكانية تأثيرها على المتطوعين، كما يلزم تعريف المتطوعين بمصادر تمويل البحث وهوية الباحث المسئول وانتمائه المؤسسي، وتأكيد حق المتطوع في التوقف عن تطوعه لإجراء التجارب والاختبارات أو الانسحاب الكامل من البحث دون أن تلحق به أية عواقب سلبية نتيجة توقفه أو انسحابه.

مادة (56) :

يلتزم الطبيب الباحث بالحصول على موافقة كتابية (مبنية على المعرفة) من المتطوع على إجراء البحث عليه، وأن يتم الحصول على هذه الموافقة بطريقة رسمية وفى حضور شهود إثبات، وفي حالة ما إذا كان المتطوع قاصراً أو معاقاً أو ناقصاً للأهلية فإنه يلزم الحصول على الموافقة من الوصي الرسمي أو القيم، ويشترط أن يكون البحث خاصاً بحالته المرضية.

مادة (57) :

يلتزم الباحث بإعداد تقرير مفصل وواضح عن أهداف البحث ومبررات إجراؤه على الآدميين ويقدم هذا التقرير إلى الجهة المختصة للحصول على موافقتها على إجراء البحث.

ثالثاً : إجراءات يلزم اتخاذها أثناء وبعد إجراء البحث على آدميين :

مادة (58) :

يلتزم الباحث بالتوقف فوراً عن إكمال أي تجارب على الآدميين إذا ما ثبت أن المخاطر المصاحبة تفوق الفوائد المتوقعة من البحث، كما يلزم

ضمان حماية خصوصية الأفراد وسرية النتائج والحفاظ عليها والحد من الآثار السلبية على سلامة المتطوعين الجسدية والعقلية والنفسية.

مادة (59) :

يلتزم الباحث بالتأكد من توافر كافة الوسائل الوقائية والتشخيصية والعلاجية لكل مريض لإجراء الدراسة.

مادة (60) :

يحظر على الباحث إجراء البحوث والممارسات التي تنطوي على شبهة اختلاط الأنساب أو المشاركة فيها بأية صورة، كما يحظر عليه إجراء أو المشاركة في البحوث الطبية التي تهدف إلى استنساخ الكائن البشرى أو المشاركة فيها .

مادة (61) :

يلتزم الطبيب بأخذ التعهد المطلوب من الجهة الممولة للبحث بأن توفر الدواء – الذي يتم تجربته على المرضى وتثبت فعاليته– إلى نهاية برنامج العلاج دون مقابل.

محتويات الكتاب

الموضوع	رقم الصفحة
تمهيد	9
• معنى القيم الإنسانية	12
• معنى الأخلاق الحيوية	12
• ما المقصود بفلسفة الطب ؟	16
الأخلاق الطبية	20
علاقة الطب بالعلوم الأخرى	33
علاقة الفلسفة بالطب	40
هل نحن في حاجة إلى نظرية في الأخلاق الطبية ؟	51
• فضيلة النظرية التعددية	59
أخلاق الطبيب	72
• أخلاقيات الطبيب كما يعرضها "الرازي"	74
• أخطاء الطبيب	75
• أخلاقيات التمريض	78
أخلاقيات إجراء التجارب على الإنسان	82
• أشخاص يحتاجون إلى مزيد من الحماية	84
• التجريب الجماعي	88

الموضوع	رقم الصفحة
• الاستعمار الأخلاقي	90
الخاتمة	94
هوامش البحث	103
المراجع	110
ملحق	117
محتويات الكتاب	141

كتب أخرى للمؤلف

أولاً : التأليف :

1- مفهوم الاحتمال في فلسفة العلم المعاصرة، دار المعارف، القاهرة، 1994.

طبعة ثانية : الدار المصرية السعودية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2005.

2- فلسفة هانز ريشنباخ، دار المعارف، القاهرة، 1994.

طبعة ثانية : الدار المصرية السعودية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2005.

3- الأسس الميتافيزيقية للعلم، مطبوعات جامعة الكويت، 1997.

طبعة ثانية : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2003.

طبعة ثالثة بعنوان: "الميتافيزيقا والعلم"، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2006.

4- مبادئ المنطق الرمزي، دار الكتاب الجامعي للنشر والتوزيع، الكويت، 1998.

طبعة ثانية : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2003.

5- العلم والقيم الأخلاقية، المكتب المصري لتوزيع المطبوعات، القاهرة، 2000.

6- فن التفكير، سلسلة الشباب، العدد السادس، الهيئة العامة لقصور الثقافة ووزارة الشباب، القاهرة، 2003.

7- علم الأحياء عند أرسطو، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2003.

8- التفكير العلمي عند ابن سينا، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2004.

9- ما هي الفلسفة؟، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2004.

10- المنطق وفن التفكير، الدار المصرية السعودية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2005.

11- فلسفة الفن – رؤية جديدة، الدار المصرية السعودية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2005.

ثانيًا : الترجمة:

1- من كوبرنيقوس إلى أينشتين، تأليف هانز ريشنباخ، الدار المصرية السعودية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2006.

2- نظرية النسبية والمعرفة القبلية، تأليف هانز ريشنباخ، الدار المصرية السعودية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2006.