

## أخلاقيات العلاقة بين المريض والطبيب

بقلم: ريدار.ك. لبي \*

ترجمة: د. خالد السباعي

khaledsbieZ@gmail.com

## الملخص

تركز هذه الورقة على العلاقة بين الطبيب والمريض كتدبير للسلوك الأخلاقي من قبل الطبيب، ويتم التركيز على ضرورة احترام الطبيب لاستقلالية المريض بوصفه شخصاً، وبالتالي للحد من الأبوية الكامنة في موقف الطبيب، وتعزيز هذا مع الرأفة. ويميل الفلاسفة والأطباء على حدٍ سواء إلى مناقشة العلاقة بين الطبيب والمريض من حيث امتياز الطبيب واستقلالية المريض، وتأكيد واجب الطبيب لاحترام استقلالية المريض والحقوق المختلفة المصاغة له، وأخير، التركيز على فهم وتسهيل اتفاق بين الطبيب والمريض قد يفيد النتائج من حيث القدرة على الرعاية الأولية، لتمكين المرضى في الرعاية الذاتية، ومن ثم التوافق بين المريض والطبيب.

- ريدار.ك. لبي : رئيس قسم الفلسفة بجامعة "بيرجن" بالنرويج، وأستاذًا مساعدًا في أخلاقيات علم الأحياء بكلية "بكين" الطبية بالصين، وباحث مساعد بقسم أخلاقيات علم الأحياء بالمعاهد الوطنية في "بيثيسدا م. د" الولايات المتحدة الأمريكية. "المترجم".

**Abstract:**

This paper focuses on the doctor-patient relationship as a measure of ethical behavior by the physician, emphasis is placed on the need of the physician to respect the autonomy of the patient as person, thus to limit the paternalism inherent in the physician's position, and to re-enforce this with compassion. Philosophers and physicians alike tend to discuss the physician-patient relationship in terms of physician privilege and patient autonomy, stressing the duty of the physician to respect the autonomy and the variously elaborated rights of the patient, finally, An emphasis on understanding and facilitating agreement between physician and patient may benefit outcomes in primary care ability to enable patients in self-care, and concordance between the patient and physician.

من الحقائق الجديدة بالاهتمام حول تطور الأخلاقيات الطبية منذ الستينيات وحتى اليوم، أن هناك تحولاً هائلاً من الموقف الذي كان قد اعتبر أنه من البديهي أن الطبيب يعرف على أفضل وجه، إلى الموقف الذي يتم فيه التركيز بصورة أكثر بكثيرٍ على تفضيلات علاج للمريض، ويتضح هذا التحول فيما يتعلق بمواقف الطبيب تجاه الكشف عن تشخيص السرطان، على سبيل المثال، في عام 1961 أوضحت دراسة استقصائية لأطباء السرطان أن ما يقارب من 90% من الأطباء أفادوا بأن سياستهم المعتادة، هي عدم اخبار مرضاهم بأنهم مصابين بالسرطان (أوكن 1961)، وقد كُثر الاستطلاع في عام 1979، فأظهر انعكاساً تاماً في المواقف على مدى فترة العشرين عامًا هذه، حيث أفادوا بأن سياستهم المعتادة كانت تتمثل في اخبار مرضاهم بأنهم مصابين بالسرطان (توفاك وآخرون، 1979).

احدى الطرق الشائعة لتبرير النهج الجديد، هو الادعاء بأن للمرضى الحق في اتخاذ قرارات العلاج الخاصة بهم، في اشارة للقيمة الأساسية لاستقلالية المريض، ومع ذلك، فمن الواضح على الفور إلى أنه لا ينبغي على الاطباء أن يحترموا جميع الخيارات التي يقدمها المرضى، فبالنظر في الحالة التالية: رجل يبلغ من العمر ثمانية وثلاثين عامًا يعاني من عدوى خفيفة بالجهاز التنفسي العلوي، فجأةً أحدثت صداعًا حادًا وتصلبًا في الرقبة، وارتفاع في درجة الحرارة، فذهب إلى غرفة الطوارئ للمساعدة، وكان التشخيص التهاب السحايا بالكرويات

الرئوية، والتهاب السحايا الجرثومي في معظم الأحوال تقريبًا مُمَيَّنًا إذا لم يُعالج، وإن تأخر العلاج، فمن المحتمل أن يحدث الضرر العصبي الدائم، فأخبر الطبيب المريض بأن هناك حاجة إلى علاج عاجل، لإنقاذ حياته ولتدارك أحداث التلف بالدماغ، فرفض المريض الموافقة على العلاج قائلاً: إنه يريد السماح له بالموت ( ميلر 1981 ).

وثمة هناك عددًا قليلًا جدًا إن وجد من الأطباء من سيحترم اختيار علاج هذا الشخص، والسبب هو أن هذا المريض غير مؤهل لاتخاذ قراراته الخاصة، فاحترام استقلاليتته يتطلب فقط أن تكون اختيارات المريض الذين هم كفؤين ومختصين حتى يتخذوا قراراتهم الخاصة، ومن ثم تحترم، وعلى ذلك، تصير الاحكام التي بمقتضاها يكون المريض مؤهلين لاتخاذ قراراتهم بصورة حاسمة.

وثمة هناك ما يمكن أن يسمى التحليل القياسي للكفاءة ( أبليوم وغريسو 1988، درين 1984، روث وآخرون 1977 )، وتشتمل الأحكام المتعلقة بكفاءة المريض في اتخاذ القرارات ما يلي:

1-الكفاءة هي مفهوم الحد الأدنى، بحيث لا يمكن أن تكون هناك درجات للكفاءة، فأنت مؤهل لاتخاذ قرار، أو أنك لست كذلك، ويتمثل أحد أسباب هذا الشرط في أن الحكم المتعلق بالكفاءة هو الأساس لتحديد نوع المبدأ الأخلاقي الذي ينبغي استخدامه، فإذا حكم على المريض بأنه كفؤ لاتخاذ قراراته الخاصة، فإنه يتبع ذلك بصورة تلقائية أن قراره ينبغي أن يحترم، وإذا حكم عليه بأنه غير كفؤ، فإنه ينبغي استخدام قاعدة قرار أخرى.

2-على الرغم من أن الكفاءة هي مفهوم الحد الأدنى، فإن أحكام الكفاءة ينبغي أن تنسب إلى قرار معين، فقد يكون المرء مؤهلاً لاتخاذ قرار ما الذي تريد (هي) أن تتناوله في وجبة العشاء، ورغم ذلك لا يكون مؤهلاً لاتخاذ القرارات المالية المعقدة التي من شأنها أن تؤثر على مستقبلها.

3-عند البت أو اتخاذ قرار بشأن من هو الكفؤ لتعيين أي القرارات، فإنه ينبغي على المرء أن يأخذ نتائج القرار في الاعتبار، فإذا كانت النتائج بالنسبة للمريض خطيرة فعلاً، فإنه يجب على المرء استخدام معيارًا صارمًا من الكفاءة، وإذا كانت نتائج القرار بديهية قليلة الأهمية، فيمكن للمرء أن يستخدم معيارًا أكثر تساهلاً.

4- إن المعايير المستخدمة في أحكام الكفاءة تتعلق بكيفية تجهيز ومعالجة المعلومات، بمعنى، هل المريض قادر على فهم المعلومات، ومن ثم يفهم نتائج البدائل المختلفة، وما إلى ذلك، ولننظر في الحالة التالية: تم ادخال رجل يبلغ من العمر ثلاثة وأربعين عامًا إلى المستشفى، يعاني اصابات ونزيف داخلي، حدثت عندما وقعت عليه شجرة، وهو يحتاج لنقل الدم بأكمله، غير أنه رفض أن يعطي الموافقة الضرورية، كما رفضت زوجته أيضًا، وقد كان كلاهما من شهود "يهوه"\*، الذين يعتقدون معتقدات دينية

- شهود يهوه: احدى الطوائف المسيحية التي لا تعترف بغيرها من الطوائف، ويطلقون على أنفسهم هذه التسمية تمييزًا لهم عن غيرهم من الطوائف، نشأت في أوائل سبعينيات القرن التاسع عشر على يد "تشارلز تاز راسل" في أمريكا. "المترجم".

تحرم ضخ الدم بأكمله ... وكانت زوجة المصاب وشقيقه وحده حاضرين للتعبير عن قناعاته الدينية الراسخة، وقال الحد: أن المصاب "يريد العيش طويلاً" ... وأنه يريد العيش في العالم الجديد الذي وعد به الكتاب المقدس، حيث الحياة لن تنتهي أبداً، فبضع ساعات هنا لا تقارن بأي مكان آخر بالنسبة إلى الحياة الأبدية... [ المريض ] كان واعياً وعرف ما كان يقوله الطبيب، لذا كان مدرّكاً لعواقب قراره، وكان على فهم تام، وقد أعد بياناً يرفض نقل الدم الموصى به (ميلر 1981).

وهذه الحالة تنطوي على خلاف بين التزامات الطبيبة، بالقيام بما تراه أفضل من حيث مصالح المريض (انقاذ حياته)، والتزامها من حيث احترام اختيار المريض، وعلى أية حال، فإنه في التحليل المعياري لهذه الحالة، نجد المرء سيركز بشكلٍ خاص على القدرات العقلية للمريض: هل يفهم بأن حالته قد تفضي به إلى الموت؟ ما مدى استقرار معتقداته الدينية؟ فلو أن المرء يقرر بأن المريض حقيقة لا يريد نقل الدم، فإنه من ثم، لا ينبغي أن يكون علاجه قد تم إجراءه.

وفي هذا النموذج، إذًا، ومن العلاقة بين الطبيب والمريض، فإنه من المسلم به أن الأطباء ينبغي عليهم احترام الاختيارات التي يقدمها المرضى المؤهلين، وهذا، بطبيعة الحال، لا يعني أبدًا أن المرضى يمكنهم أن يطلبوا أي علاج يرغبون، فقضايا مثل تكاليف العلاج، أو ما إذا كان العلاج ينتهك الأعراف الاجتماعية الأخرى ستظل تؤخذ بعين الاعتبار، ولكن إذا لم يكن هناك مثل هذه القضايا المعنية، فإن قرار المريض ينبغي أن يحترم، حتى لو كان ذلك الاختيار يعني أن المريض يتلقى العلاج الذي يعتقد الطبيب بأنه ليس في مصلحة المريض الفضلى.

ربما يكون من الانصاف القول بأن أخلاقيات الاستقلال الذاتي للمرضى، كما هو موضح أعلاه، تكمن وراء الكثير من التفكير في أخلاقيات علم الأحياء الحالي، كما أنها وضعت في المقام الأول في الولايات المتحدة فيما يتعلق بأخلاقيات العلاقة بين الطبيب والمريض، وفي حين نجد أن لهذا التفكير الكثير من السمات الجذابة، فإن هناك أيضاً عدداً من المشاكل المهمة المرتبطة بهذه النهج الذي نود أن نتناوله الآن.

### الصعوبات المتعلقة بنموذج الاستقلالية:

الموافقة المستنيرة في بلدان مختلفة

المشكلة الأولى تتعلق بانطباقها على البلدان غير الأمريكية، دعونا ندرس هذه المسألة من خلال النظر في كيفية التعامل مع متطلبات الموافقة "المستنيرة" في مختلف البلدان. في الولايات المتحدة، أضحت العديد من الولايات تقبل ما يسمى "المخاطرة المادية" أو قاعدة "الشخص العاقل" السوي الإدراك، فوفقاً لهذه القاعدة، على الطبيب واجب الكشف عن "المخاطر المادية" المرتبطة بالإجراء المخطط له، فالمخاطرة المادية هي الخطر الذي يرغب الشخص العاقل في معرفته قبل اتخاذ قرار العلاج، وهذه القاعدة تتناقض مع "قاعدة المهنة"، التي بمقتضاها الطبيب مُلزَمٌ بالكشف عن تلك المعلومات و"الطبيب العاقل" يكشف، إذا كان من الممكن اثبات أن ممارسة الطبيب العاقل تتجلى في أن لا يكشف جزءاً معيناً من المعلومات، ووفقاً لهذه القاعدة الأخيرة، فإن الطبيب لم يكن مُلزَمًا بالكشف عن تلك المعلومات (ميلر 1980 ب، ميلر 1980 س، ميلر 1980 د).

ويمكن القول بأن معيار المخاطرة المادية يُعد أكثر انسجاماً مع أخلاقيات قائمة على استقلالية المريض، وطبقاً للمعايير المهنية، فإن الأمر متروكٌ للأطباء لاتخاذ قرار بشأن ماهية المعلومات التي يعتقدون بأنها ذات صلة بالمرضى، ووفقاً لمعيار الشخص العاقل، فإن الطبيب

عليه واجب أن يتحقق من ما يريد أن يعرفه الناس العاديين قبل اتخاذ القرارات العلاجية، وبهذه الطريقة، فإن الانتقال من قاعدة مهنية إلى قاعدة المخاطرة المادية، يتماشى مع الانتقال العام ضمن أخلاقيات طبية، من أخلاقيات تقوم على الأبوية إلى أخلاقيات تقوم على استقلالية المريض.

والمشكلة هي أن محاكم البلدان الأخرى لم تتبع المحاكم الأمريكية في هذه المسألة، ففي إنجلترا تم رفض قاعدة المخاطرة المادية صراحة (شوارتز وغروب 1985)، فقرار فبراير عام 1985 في قضية "سيداواي" "Sidaway" ضد مجلس أمناء مستشفى "بيتلم" "Bethlem" الملكي، ومستشفى "ماودسلي" "Maudsley"، أكد بأن الأثر الوحيد الذي ذكر أن مخاطراً يمكن أن تؤثر على عقل المريض، إذا كان له أي تأثير على الإطلاق، يمكن أن يكون في اتجاه نفي المريض عن الخضوع للعلاج الذي في رأي الطبيب الخبير، أنه في مصلحة المريض الخضوع، وأن تقرر ما هي المخاطر التي في وجودها سيتم تحذير المريض طوعاً، والشروط التي ينبغي فيها أن يقدم مثل هذا التحذير، إن وجدت، مع مراعاة الأثر، الذي لربما يكون للتحذير، وإنه يمثل بالقدر نفسه ممارسة للمهارة المهنية وقدرة على التمييز والتعقل، كأى جزء آخر من واجب الطبيب الشامل لرعاية الشخص المريض، ودليل الخبير الطبي بشأن هذه المسألة ينبغي أن يتم تناوله على النحو نفسه.

ويمكن للمرء أن يجد أحكاماً مماثلة في بلدان أخرى، مثل السويد والنرويج على سبيل المثال. وفي حالات من هذا القبيل تؤكد انتقاداً مشتركاً للأخلاق الحيوية الحديثة، وقد ادعى عدد من الشراح أن ثمة هناك اختلافات مهمة في القيم المقبولة في مختلف البلدان أو الثقافات المختلفة، في الولايات المتحدة، ووفقاً لهؤلاء الشراح، كان هناك تركيز مفرط على الاستقلالية الذاتية بوصفها القيمة الأساسية والرئيسية (أنظر على سبيل المثال الأوراق للعام 1984،

اصدار من تقرير مركز هاستينغز\* (Hastings)، بيد أن الفحص الدقيق يكشف أن الوضع أكثر تعقيداً من ذلك، فعلى سبيل المثال، تقبل المحاكم الألمانية "معياراً شخصياً"، وهو ما يتماشى بشكل أكبر مع استقلالية المريض عن المعيار الأمريكي، ووفقاً لهذا المعيار، فإن المرء مُلزم بتقديم المعلومات التي يريدها مريض معين، وليس مريض عاقل فحسب، وقد أظهرت دراسة في الهند أن المرضى هناك يريدون أن يكونوا على علم، وأنهم غير راضين عن المعلومات المقدمة (سريام وآخرون 1991)، وقد وجدت دراسة أخرى بأن هناك اختلافات بين شمال وجنوب أوروبا (تومسن وآخرون 1983)، وقد أكدت دراسة أخرى بالفعل وجهة النظر المتعارف عليها، حول الاختلافات بين الولايات المتحدة وأوروبا (هوفماستر وآخرون 1991).

هذه الأمثلة من بلدان مختلفة ترسم صورة معقدة، وتشير إلى أنه قد لا يكون الحال أن الاختلافات بين الثقافات المختلفة مهمة عندما يتعلق الأمر باتخاذ القرارات الطبية، وتقترب بأن هناك قوَى داخل الطب ذاته تحدد ماهية الاختلافات التي تسود في التفاعل بين المريض والطبيب.

- مركز هاستينغز: من أقدم المؤسسات المهمة بدراسة الأخلاقيات علم الأحياء، ويُعرف في الأساس باسم معهد المجتمع، "الأخلاق وعلوم الحياة"، وقد تأسس عام 1969، على يد الفيلسوف "دانيال كالاهان"، والطبيب النفساني "ويلارد جايلين" "المترجم".



## الصعوبة المتعلقة بنموذج الاستقلالية الذاتية:

## التعارض المرتبط بالطب السريري.

أظهرت عدد من الدراسات التجريبية، أنه حتى في الولايات المتحدة نجد أن أخلاق استقلالية المريض تُعد غريبة عن الثقافة الطبية، ولم يقبلها الأطباء السريريين بشكل عام كأساس لتفاعلاتهم مع مرضاهم، وسوف أذكر فقط اثنين من هذه الدراسات هنا.

وقد أجرت لجنة الرئيس دراسة تجريبية واسعة النطاق للموافقة المطلعة المستنيرة (لجنة الرئيس 1982. 1983)، وخلصت إلى أن الموافقة المطلعة غائبة عن العيادة، ويجدر الاقتباس باستفاضة من تقريرهم "ولذلك فقد تعهدنا بدراسة عددٍ من أوضاع العلاج المختلفة التي أدارها مجموعة من المهنيين بمجال الرعاية الصحية، الذين أنجزوا تشكيلة متنوعة من الاجراءات التشخيصية والعلاجية، كنا نأمل أن لو عرفنا ماذا قيل للمرضى عن اجراءات تشخيصية وعلاجية وتجريبية معينة، ومن قبل من (...)، لقد أردنا فهم مدى فهم المرضى، وكيف أن مستوى فهمهم مرتبطاً بالمتغيرات الجارية في عملية الافصاح؛ وما إذا كان مقدمو الرعاية الصحية ينظرون إلى المرضى على أنهم قادرون على الفهم (...)، وقد كان هذا برنامجاً بحثياً كبيراً إن لم يكن هائلاً، وعلى أية حال، فإنه على الرغم من أننا قد جمعنا حرقياً حزم البيانات عن حوالي 200 مريضاً و 35 طبيباً، و 20 ممرضة، وعدد لا حصر له من أعضاء الأسر، في عددٍ قليل الأوضاع أو الأماكن السريرية المختلفة، ولم تتمكن من الاجابة على معظم الأسئلة التي طرحناها لأنفسنا، ونحن نعتقد بأن هذا العجز وسط جبل من البيانات ذات الصلة لا يُعد مشكلة من هدف العرض لبحثنا، فالتفسير بسيط: ذلك أن الموافقة المطلعة المستنيرة غائبة إلى حدٍ كبيرٍ عن العيادة: وهي تقريرياً وعلى نحوٍ خاص كياناً من صنع القانون، وهذا، إلى حد ما، تبسيط في الاستنتاجات التي توصلنا إليها، ولكن لأغراضٍ بلاغية، فإنها قاربت تحقيق هذه الغاية، وفي الحقيقة يتم توفير المعلومات في بعض الأحيان للمرضى، والمرضى بدورهم أحياناً يتخذون قرارات، ولكن عندما يحدث هذا، وأنه ليس كثيراً جداً، فإن التفسير لحدوثه على الأرجح لا

يكن في القانون، وإنما في العرف الطبي، ونحن مقتنعون بأن هذا العرف الطبي متأصل بعمق، ولم يشهد حتى الآن تغييراً كبيراً تحت تأثير القانون.

وقد قامت "ريني آر. أنسباش" \*Anspach بعمل ميداني مدته 16 شهراً، في وحدتين للعناية المركزة لحديثي الولادة، إحداهما مرتبطة بمستشفى جامعي، والأخرى مرتبطة بمستشفى مقاطعة مكون من 1000 سرير، في الولاية الأمريكية نفسها (أنسباش 1993)، وفي أثناء هذا العمل الميداني، لاحظت عددًا من قرارات العلاج فيما يتعلق بعدم علاج الأطفال حديثي الولادة، ومن هذا العمل الميداني تستخلص عددًا من الاستنتاجات المهمة لفهم العلاقة بين الطبيب والمريض بشكل عام.

ويؤكد بحث "أنسباش" بأن المثل الأعلى في الأخلاق الطبية للطبيب تتمثل في تقديم معلومات محايدة للمريض، ومن ثم يقرر المريض، ونادرًا ما يتم الوفاء به في الممارسة الفعلية، وفي معظم الحالات نجد الأطباء قد اتخذوا قرارًا، ومهمة الموظفين هي أن يجعلوا الآباء يقبلون القرار، وفي عملية "أنسباش" يدعى هذا بـ "الموافقة المنتجة"، وهذا في تناقضٍ صارخ مع المثل الأعلى الذي ينبغي على موظفي العلاج أن يقدموا البدائل للوالدين، الذين من ثم سيقرون بصورة مستقلة ما ينبغي القيام به، وهذا لا يعني بأن ذلك لن يحدث أبدًا، فتقدم "أنسباش" المثال التالي، لطبيب أتاح للوالدين أن يُقررا: "وقبل أن ننه ي، هناك شيئان أريد أن أذكرهما، الأول هو أنه أحيانًا يريد الوالدان احتضان الطفل قبل وفاته

- ريني آر. أنسباش: أستاذ مشارك في جامعة "ميشيغان"، متخصصة في علم الاجتماع الطبي، حائزة على العديد من الجوائز، وحظيت بالكثير من التكريم، لها العديد من المؤلفات، كما تولت العديد من المهام، كما أشرفت على الكثير من الرسائل العلمية. "المترجم".

وليقولوا له وداعًا، إذا أردت أن تفعل هذا، يمكننا أن ندعك لتكون وحدك مع الطفل، ونحن نشجعك على أن تقوم بهذا، غير أننا لا نريد الضغط عليك بأي شكلٍ من الأشكال، وإن لم يكن، فيمكننا الاتصال بك عندما يموت الطفل، ونحن هنا لمؤازرتكم بالطرق كافة، ولاحترام رغباتكم، والشيء الآخر هو، لأننا نريد احترام رغباتكم، فأحيانًا يفضل الوالدان أن لا يعاني طفلهم لفترة طويلة، ومن ثم نحن سنوقف جهاز التنفس الصناعي الذي يقيه على قيد الحياة، ويفضل آباء آخرون لنا مواصلة مساندة الطفل حتى يموت، إن الأمر متروك لكم تمامًا.

وحتى إذا وجدت "أنسباش" حالات، حيث سمح الأطباء للوالدين أنفسهم تحمل المسؤولية، عن قراراتهم، فإنها تزعم بأن هذا يحدث نادرًا جدًا، وفي معظم الحالات تقرر ما ينبغي القيام به، والأطباء رأوا على أنه من مسؤوليتهم جعل الآباء يأتون لقبول القرارات، ويتم استخدام عدد من الآليات لتحقيق هذا.

**أولاً:** يناقش الموظفون في الوحدة الحالات دون حضور الوالدين، وقبل تقديم المعلومات إليهم، ولا يتم اشراك الوالدين إلا بعد مناقشة القضايا واتخاذ قرار بشأنها، وهذا يعني بأن الوالدان لا يقدمان إلا مجموعة ثانوية من البدائل التي نوقشت من قبل الموظفين خلال اجتماعهم، ولا تعرض أوجه الحيرة أو الخلافات القائمة بين الموظفين على الآباء.

**ثانيًا:** غالبًا ما يتم عرض تشخيص الطفل إلى الوالدين بطريقة تجعل الوالدين سيتبعون المشورة المقدمة من قبل الأطباء، وإذا كان الأطباء يريدون حجب العلاج، فإن امكانيات البقاء على قيد الحياة على سبيل المثال لا يتم ذكرها، بالإضافة إلى ذلك، يشير الأطباء إلى خبرتهم المعرفية التي يصعب الطعن فيها، وأنهم غالبًا ما يشيرون إلى الاحتمال بأن العلاج المتواصل لن يؤدي إلا إلى اطالة معاناة الطفل، وهذا بطبيعة الحال أمر صعب الطعن فيه.

إن مناشدة السلطة الحبيبة، ليس سوى واحدة من عدد من الممارسات التي يستخدمها الموظفون، لتشجيع الآباء على الموافقة على قرارات إنهاء البقاء على قيد الحياة، والوسائل التي يشجع استخدامها في قرارات الإنهاء تتضمن مراجعة نتائج الاختبار (وبالتالي التماس سبيل السلطة التقنية)، مشيرين إلى أن الطفل أخفق في التحسن، مؤكدين للوالدين أن الحاضنة بذلت

كل ما في وسعها لمحاولة مساعدة الطفل؛ والسماح للوالدين بأن يعرفوا أن الطفل يبقى على قيد الحياة بالوسائل الاصطناعية، إما ابلاغ الوالدين بقرار الموظف أو التوصية بإنهاء العلاج، بدلاً من تقديم الخيارات للوالدين، وأخيراً، اختتام المناقشة ببيان حول النتائج الأخلاقية لإبقاء الطفل. أي بمعنى، اطالة أمد معاناة الطفل (...)، وعلى الرغم من أن القرارات المهنية تشكل قرارات الوالدين، فالسلطة الخبيرة تحظى بالقبول العام القوي، بحيث تجد القليل من الآباء يبدون مقاومة لها. (ص.98.97).

كما تحلل "أنسباش" كيفية تعامل الموظفين مع الحالات التي يختلفون فيها مع الوالدين فيما يتعلق بالعلاج الأفضل للطفل، وهي تدعي بأن الأطباء والمرضى يستخدمون سياسات معينة لإقناع الآباء في تلك الحالات التي يوجد فيها خلاف، وأنا لا أستطيع أن أشير إلى كل هذه هنا، فأسمحوا لي أن أذكر فقط ما تطلق عليه "أنسباش" "النفسنة" أو الطابع النفسي، ويشير الأطباء والمرضات إلى نظريات نفسية معينة حول كيفية وجود طفل في وحدة العناية المركزة لحديثي الولادة، تدمر الروابط الطبيعية بين الأم والطفل، والوالدين يمرون بعملية حداد مع سلسلة المراحل المتوقعة، وكنتيجة لهذا لن يكون بمقدور الولدان تقييم وضع الطفل بموضوعية، ومن الضروري أن يتحمل موظفو الرعاية الصحية المسؤولية، وإذا لم يتوافق الموظفون على وضع الوالدين، فإنهم يبحثون عن شواهد للآليات النفسية المذكورة آنفاً، من شأنها أن تبرر تجاهلهم لرغبات الوالدين، وتستخدم أيضاً نماذجاً من "النفسنة"، إذا كان الوالدان يطرحان الكثير من الأسئلة، ويطلق عليهم "المستذهنين"، أو يزعم أن لديهم "حاجة مرضية تقريباً للمعرفة" (ص.145) وتوضح "أنسباش" وتوثق هذه المزايم بعددٍ من الحالات من ملاحظات مشاركيها. ومن نتائج الدراسات التجريبية كهذه، فإنه ينبغي أن يكون من الواضح أن المثل الأعلى للأخلاقيات القائمة على استقلالية المريض، غائب عن ما يجده المرء في صنع القرار السريري

الفعلي، ومع ذلك، فهناك أيضاً بعض المشاكل النظرية بأخلاقيات قائمة على الاستقلالية الذاتية.

### الصعوبة المتعلقة بالاستقلالية الذاتية

#### المشاكل النظرية

ثمة هناك مشاكل فيما يتعلق بتبرير أخلاقيات طبية أساسها الاستقلالية الذاتية، والتبرير المعتاد هو من حيث الحقوق، وأن للإنسان الحق في اتخاذ خياراته الخاصة، وهذا يتضمن الحق في اتخاذ خيارات حمقاء أو خيارات سيئة بالنسبة لنفسه، وإذا كان الفعل يؤثر على ذلك الشخص فقط، فإنه أو إنها ينبغي أن يكون له الحق في أن تقرر لنفسها أو يقرر لنفسه، وكما رأينا فيما سبق، مع ذلك، ليس كل الخيارات مصادرة بهذه الطريقة، فقط تلك الخيارات التي تم اتخاذها من قبل أناسٍ أكفاء، أو في اصطلاح "جويل فاينبرغ"\* "Joel Feinberg"، فقط تلك الخيارات التي هي طوعية، وقد دافع "دان بروك" "Dan Brock" بقوة عن أن متطلبات الطوعية والكفاءة تؤدي إلى تناقضات، إذا كانت معاداة الأبوة قائمة على نهج حقوقي (بروك 1983).

- جويل فاينبرغ: (1926 - 2004) فيلسوف وسياسي وقانوني أمريكي، اشتهر بأعماله في مجالات علم الأخلاق، ونظرية العمل، وفلسفة السياسة، كان له تأثير في القضاء الأمريكي طوال النصف الثاني من القرن الماضي. "المترجم".

وإذا قبلنا تبريراً أساسه الحقوق لمعاداة الأبوة، فإننا نحتاج لمفهوم الحد الأدنى من الكفاءة، والناس إما أن يكونوا مؤهلين لاتخاذ القرارات، أو أنهم ليسوا كذلك، والبديل سيكون مفهومًا نسبيًا للكفاءة، حيث تأتي الكفاءة لاتخاذ القرارات في درجات، والسؤال الذي نحتاج إلى طرحه وفقًا لـ "بروك" "Brock" \* هو: ما هو المبرر لمفهوم الحد الأدنى للكفاءة، وهذا هو السبب في أننا لا نريد احترام الاختيارات التي اتخذها أناس من غير ذوي الكفاءة بهذا المعنى، وكيف أننا نبرر المستوى الذي يميز فيه بين الكفاءة وعدم الكفاءة، حسنًا، فإن التبرير الأكثر طبيعية هو أن نضع المستوى في نقطة، حيث نتأكد من أن المرضى غير معرضين لضرر لا مفر منه ولا لزوم له، وهذا هو بطبيعة الحال، السبب الذي نجد أحكام الكفاءة في التحليل القياسي تعتمد على نتائج القرار بالنسبة للمريض، ويمكن تقديم حجج مماثلة ضد مفهوم "فينبرغ" "Feinberg" للخيارات اللا ارادية "غير الطوعية"، والخيارات اللا ارادية هي تلك الخيارات التي ليست عقلانية تمامًا، والتي تستند على معلومات أو استنتاجات خاطئة، ومرة ثانية، فإننا نضع أحكامًا لعدم الاختيارية على أساس الرغبة في حماية الفرد من الخيارات السيئة، تلك الخيارات التي من شأنها أن تضر ذلك الشخص.

- دان بروك: فيلسوف أمريكي في مجال أخلاقيات علم الأحياء، وأستاذًا فخريًا في أخلاقيات مهنة الطب في قسم الصحة العالمية والطب الاجتماعي في كلية هارفارد الطبية. "المترجم".

ويتساءل "بروك" "لماذا ينبغي لمبادئنا الاخلاقية أن تمتنع الآخرين من التدخل في القيام بما نرغب فيه، حينما يكون تدخلهم من أجل مصلحتنا، في حين أن القيام في ما نرغب فيه سيكون على النقيض من مصلحتنا(ص.247)، ويسارع "بروك" للإشارة بأن قبول هذه الحجّة لا يعني أن اللغة القائمة على الحقوق، لن تكون مناسبة في مجالات أخرى من الحياة الأخلاقية كما أنّها لا تعني القبول العام بمبدأ العبرة بالنتيجة.

إذا قبلنا أن الأساس للتدخلات المقبولة في اتخاذ قرار المريض هو في معنى ما يعتبر في مصلحتهم الأفضل، فإنه يصبح من المهم تقديم نظرية لما هو الأفضل في مصالح المرضى، ويرى "بروك" أننا من الواضح جدًا لازلنا بحاجة لنوع من الحماية ضد التدخلات في تصرفات المرء المبنية على ما يطلق عليها "النظريات المثالية" للخير، ونظريات الخير هذه يمكن أن تكون مقبولة لدى بعض الناس، فهي مبنية على بعض المعتقدات الدينية على سبيل المثال، غير أنّها لا يشترك فيها الجميع، وسيكون من الخطأ لو أن الأطباء يتدخلوا في خيارات العلاج التي قدمها المرضى، والمبنية على الأفكار حول الحياة اللاتقة، التي لا يتم المساهمة فيها على نطاق واسع في المجتمع.

اسمحوا لي أن أحاول تلخيص الحجج حتى الآن، لقد لاحظنا تحولاً جذرياً من الأخلاقيات المبنية على الأبوية إلى الأخلاقيات التي تستند على استقلالية المريض، وعلى أية حال، وجدنا بأن هناك عدداً من الصعوبات المرتبطة بموقف الاستقلالية الذاتية: لم يتم اعتمادها حقيقة كأساس لاتخاذ القرار السريري، وثمة هناك عدد من الصعوبات النظرية المرتبطة بهذا الموقف، والسؤال الآن هو، أين نذهب من هنا؟

الطريق إلى الإمام:

ليس ثمة هناك من جدال بأن هناك صعوبات جدية في مجال الأخلاقيات الطبية التقليدية، ونحن جميعاً نرحب بالتطورات التي أدت إلى أن يكون الأطباء أكثر صدقاً وانفتاحاً بشأن مسائل مثل تشخيص السرطان، وبصفة عامة، فإن معظمنا يوافق أيضاً على أنه من المهم إشراك المرضى في عملية اتخاذ القرار، فالتغييرات التي تزيد من تمكين المريض هي بشكل عام جيدة، ومع ذلك، فإنه كما رأينا، على الرغم من التأكيد على استقلالية المريض، فإن العلاقة

بين الطبيب والمريض، لاتزال تهيمن عليها سلطة الطبيب، وإني أود أن اقترح بأن التخلي عن الأخلاقيات المرتكزة على الاستقلالية الذاتية، ستؤدي في الواقع إلى تسهيل تمكين المريض، وقد يبدو هذا مفارقة ويحتاج إلى بعض الشرح.

واسمحوا لي أولاً أن أحدد بشكل أوضح العيب الأساسي للأخلاقيات القائمة على الاستقلالية الذاتية، وفي إطار هذا النهج، قد أعلم الطبيب بأن يسأل ما إذا كان المريض كفوء لاتخاذ القرارات، وادعائي الأساسي هو أن نموذج الاستقلالية الذاتية من خلال التركيز على قدرة المريض على اتخاذ القرار، يضع التأكيد في المكان الخاطيء، إذا كان الهدف هو زيادة قدرة المريض في اتخاذ القرار، فالمشكلة مع هذا النهج هي، أنه سيكون من الممكن دائماً التوصل إلى الأسباب التي تجعل مريضاً معيناً ليس أهلاً لاتخاذ الخيارات في حالة معينة، إذا كان الطبيب لا يتفق مع القرار الذي توصل إليه المريض، وبالتالي تحويل وتمكين واستقلالية المريض، جميعها لم تحدث تقدماً، فأسمحوا لي الآن، وباختصار في الختام، أن أرسم بديلاً يستند إلى فلسفة "ميشال فوكو" \* "Michel Foucault".

- ميشال فوكو: (1926 - 1984)، فيلسوف وعالم انساني ونفساني، ومؤرخ وكاتب اجتماعي، وناقد أدبي فرنسي، له العديد من الأبحاث والمؤلفات من أشهرها "حفريات المعرفة"، و"تاريخ الجنون" و "المعرفة والسلطة". المترجم".



كان "فوكو" قد أكد بأن هناك علاقة وثيقة بين المعرفة والسلطة، ومن تحليل كيفية استخدام المعرفة لتنظيم السلوك، ويمكننا أن نفهم ما يجري وما يمضي قدمًا على حدٍ سواء، وأعتقد من منظور كهذا، سيكون مثمرًا للغاية لفهم ما يحدث في تفاعل الطبيب والمريض، بالإضافة إلى ذلك، حاول "فوكو" في أعماله الأخيرة، تطوير طريقة جديدة لممارسة الأخلاقيات، الأخلاق التي لا تتعلق باتباع قواعد أو مبادئ معينة، أو تنظيم حجج، بالطريقة التي تتم بها في تقاليد الولايات المتحدة المهيمنة في علم أخلاقيات على الأحياء، إنه يدور حول تطوير أشكال جديدة من الحياة، وهو ما أطلق عليه ممارسة الانضباط الذاتي، بمعنى مختلف نوعًا ما عن المعتاد : إنه اجتهاد على الذات من أجل أحداث تغير في الذات ولابتكار صورًا جديدة من الوجود، وقد تم نقل هذا الأمر إلى العلاقة بين الطبيب والمريض، ومن شأن هذا أن يعني بصورة نشطة تقصي وتجريب طرق جديدة لرؤية ونمذجة هذه العلاقة ولكن من دون برنامج، أو مسارًا مكتوبًا ليتبع، وهذا لا يعني حتى وفقًا لـ"فوكو" النسبية كما يوضح الاقتباس التالي:

"أعتقد أن إحدى التجارب العظيمة التي شهدناها منذ الحرب الأخيرة، هي أن كل هذه البرامج الاجتماعية والسياسية كانت اخفاقًا كبيرًا، لقد أدركنا أن الأمور لا تحدث أبدًا

كما نتوقع من برنامج سياسي، وأن برنامجاً سياسياً دائماً أو دائماً تقريباً قد أدى إلى سوء التجاوز أو الهيمنة السياسية من كتلة - سواء كان ذلك من التقنيين أو المكتبيين\* أو غيرهم، ولكن أحد التطورات التي حدثت في الستينيات والسبعينيات، والتي أعتقد أنها كانت أمراً جيداً، هو أن بعض النماذج المؤسسية قد جُربت بدون برنامج (...)، وكونها بدون برنامج فيمكن أن تكون مفيدة جداً أو خلاقة جداً، إن لم يكن هذا يعني بدون التفكير على نحو مناسب في ما يجري، أو من دون الاهتمام الشديد بما هو ممكن" (فوكو 1997 . ص 172).

وبالرغم من أن هذا مجرد تخطيط، فإني أعتقد أنه طريقاً واعدًا إلى الأمام، فبعض التطورات الأخيرة في منظمات الدفاع عن المرضى، ولا سيما في بحالي فيروس نقص المناعة البشري، وسرطان الثدي، تعزز هذا التحليل، وبالرغم من ذلك، فإنه من الواضح أيضاً، أن الكثير من العمل النظري ينبغي القيام به، قبل أن يكون لدينا بديلاً مقنعاً ومرضيًا.

- المكتبيين: ترجمة لمصطلح "البيروقراطيين"، والترجمة جاءت بما يتفق مع المفهوم الاجتماعي للمصطلح، والذي يعني تطبيق القوانين بالقوة في المجتمعات المنظمة، بحيث تتوزع المسؤوليات بطريقة هرمية، وكذلك تخضع العلاقات الشخصية لها، وهي من النظم المعمول بها في العديد من المجالات كالمحاكم والشركات والمستشفيات، وهذا بما يتماشى مع أصل المصطلح "البيروقراطية"، الذي يعود إلى كلمة "مكتب" "Bureau"، المستخدمة في بداية القرن التاسع عشر، ليس للتعبير عن كلمة "مكتب" فقط، بل للتعبير عن الشركة وأماكن العمل، وكلمة "Cracy" وهي مشتقة من الأصل الإغريقي "Kratia" ومعناها "The Strong" أي القوة، والكلمة في مجموعها تعني قوة المكتب، أو سلطة المكتب، وعليه فهي الالتزام بالعمل بقوة القوانين التي لا مرونة فيها ولا هواده "المترجم".

## References

- ANSPACH, R.R. 1993. *Deciding who lives. Fateful choices in the intensive-care nursery*. Berkeley, University of California Press.
- APPELBAUM, P.S. & GRISSO, T. 1988. 'Assessing patients' capacities to consent to treatment' in *New England Journal of Medicine* 319(1988), p. 1635-1638.
- BROCK, D. 1983. 'Paternalism and Promoting the Good' in SARTORIUS, R. (ed.) *Paternalism*. Minneapolis, University of Minnesota Press.
- DRANE, J.F. 1984. 'Competency to give an informed consent. A model for making clinical assessments' in *JAMA* 252(1984), p. 925-7.
- FOUCAULT, M. 1997. *Ethics, subjectivity and truth*. New York, The New Press.
- HOFFMASTER, C.B., STEWART, M.A. & CHRISTIE, R.J. 1991. 'Ethical decision making by family doctors in Canada, Britain and the United States' in *Social Science and Medicine* 33(1991), p. 647-653.
- MILLER, B. 1981. 'Autonomy and the refusal of lifesaving treatment' in *Hastings Center Report* (1981) August, p. 22-28.
- MILLER, L.J. 1980a. 'Informed consent: I' in *JAMA* 244(1980), p. 2100-3.
- MILLER, L.J. 1980b. 'Informed consent: II' in *JAMA* 244(1980), p. 2347-50.
- MILLER, L.J. 1980c. 'Informed consent: III' in *JAMA* 244(1980), p. 2556-8.
- MILLER, L.J. 1980d. 'Informed consent: IV' in *JAMA* 244(1980), p. 2661-2.
- NOVACK, D.H., PLUMER, R., SMITH, R.L., OCHITILL, H., MORROW, G.R. & BENNET, J.M. 1979. 'Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient' in *JAMA* 241(1979), p. 897-900.
- OKEN, D. 1961. 'What to tell cancer patients: A study of medical attitudes' in *JAMA* 175'1961), p. 1120- 1128.
- President's Commission 1982-1983. *Making health care decisions: a report on the ethical and legal implications of*

- informed consent in the patient-practitioner relationship*. Washington, D.C., President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research.
- ROTH, L.H., MEISEL, A. & LIDZ, C.W. 1977. 'Tests of competency to consent to treatment' in *Am. J. Psychiatry* 134(1977), p. 279-84.
- SCHWARTZ, R. & GRUBB, A. 1985. 'Why Britain can't inform informed consent' in *Hastings Center Report* (1985)August, p. 19-25.
- SRIRAM, T.G., KUMAR, K.V.K., JAYAPRAKASH, M.R., SRIRAM, R. & SHANMUGHAM, V. 1991. 'Informed consent: A study of experiences and opinion of utilizers of health services from India' in *Social Science and Medicine* 32(1991), p. 1389-1392.
- THOMSEN, O.Ø., WULFF, H.R., MARTIN, A. & SINGER, P.A. 1993. 'What do gastroenterologists in Europe tell cancer patients?' in *Lancet* 341(1993), p. 473-477.