کرامت در طبابت: با تأکید بر حفظ کرامت بیماران در مرحله آخر حیات

مریم آویژگان*، سیدابراهیم میرشاه جعفری

چکیده

طب علمی‌ترین شیوه انسانیت و انسانی ترین علم است لذا حساسیت و مسؤولیت این حرفه ایجاب می‌کند که ارتباطات حرفه‌ای درآن اهمیت ویژه‌ای یابد. از جمله ارتباطاتی که بسیار مورد تأکید است حفظ «کرامت و شان» بیمار است. شواهد نشان داده که به ندرت میان پزشک و بیمار نزدیک به مرگ ارتباط صحیحی برقرار می‌گردد و این برقراری ارتباط همواره با کاستی‌های فراوانی همراه است. هدف این مقاله پرداختن به حفظ کرامت در طبابت به ویژه بیماران در مرحله آخر حیات می‌باشد. ابعاد مورد توجه دراین مطالعه پس از تعریف لغوی و چیستی، کرامت انسان ازنظر قانون اساسی، حقوق بشر و حقوق بیمار، جایگاه کرامت انسان در طبابت و آموزش پزشکی و مواردی که باید در یک ارتباط بیمار محور به منظور حفظ کرامت بیماران به ویژه در پایان حیات مورد توجه قرار گیرد شامل: حقیقت‌گویی، اطلاع رسانی صحیح به بیمار، نحوه اعلام خبر بد، حفظ حریم خصوصی، رازداری، قابل اطمینان بودن، حق انتخاب و تصمیم‌گیری، برخورد با درخواست‌های درمان نابجا، اتانازی و احترام نامشروط می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: کرامت، بیمار، طبابت، پایان حیات

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی/ویژه‌نامه توسعه آموزش و ارتقای سلامت/ اسفند ۱۳۹۰؛ ۱۱(۹): ۱۴۹۶ تا ۱۵۱۰

مقدمه

انسان خوش ساختارترین پدیده و آفریده خداوند است. انسان موجودی است که خداوند او را به تعبیری زیبا و کنایه‌وار، با دو دست خویش آفریده است «*قال یا ابلیس ما منعک آن تسجد لما خلقت بیدی*» (ص ۷۵:۳۸) بنابراین هر علمی که به نحوی از انسان سخن می‌گوید، شریف ترین علم است. علم پزشکی از بدن انسان می‌گوید و جایگاه خاصی در میان علوم آکادمیک دارد اگر چه بیشتر، درمان امراض جسمی انسان را بر عهده دارد اما با روان و خلقیات انسان پیوندی ناگسستنی دارد و طبیبان در کنار پرداختن به مسائل پزشکی و توصیه‌های دارویی، توصیه‌های اخلاقی نیز داشته‌اند. اصول اخلاق روابط پزشک و بیمار در معارف اسلامی ما به طور وسیع یافت می‌شود و در نوشته‌های حکیمان گذشته اشارات فراوانی وجود دارد از جمله مواردی که بسیار مورد تأکید است حفظ کرامت و شأن بیمار است. محور اخلاق اسلامی کرامت و عزت نفس انسان است. اگر انسان حقیقت نفس خود و روح ملکوتی حاضر در وجود خود را بشناسد و باور کند، به عزت نفس و کرامتی می‌رسد که او را از اعمال غیر اخلاقی باز می‌دارد که خود منجر به حفظ کرامت دیگران می‌شود.

نحوه برخورد با بیماران به خصوص در مرحله آخر حیات، در پزشکی اهمیت والایی دارد. این موضوع به خصوص از این بعد مورد توجه است که باید علاوه بر جنبه‌های پزشکی و درمانی، به جنبه‌های انسانی نیز اهمیت داده شود. باید توجه کرد که پزشکی فقط یک علم بیولوژیک نیست، بلکه هنر برخورد با ابعاد انسانی و معنوی را نیز شامل می‌شود. پزشک باید برای رسیدگی

* **نویسنده مسؤول:** مریم آویژگان، دانشجوی دکتری برنامه‌ریزی درسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. avizhgan@ yahoo.com
دکتر سید ابراهیم میرشاه جعفری، دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (sebrahimjafari@yahoo.com)
تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۸/۱۶، تاریخ اصلاحیهٔ: ۹۰/۹/۲۵، تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۰/۲۸

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-05]

جامع به بیمار، او را در دو بعد مورد بررسی قرار دهد: اول ویژگی فردی و انسانی بیمار است که در اشخاص مختلف متفاوت و شامل ایده‌ها احساسات و انتظارات او می‌باشد و دوم ویژگی‌های مربوط به بیماری فرد است که شامل گرفتن تاریخچه، معاینه بالینی و اقدامات پاراکلینیکی است. ضرورتاً آموزش پزشکی در جهت تأمین سلامت افراد باید هر دو بعد را با محوریت جامعیت انسان بیمار و به ویژه رابطه پزشک و بیمار، مورد توجه قرار دهد. هدف این مطالعه مروری، پرداختن به موضوع مهم و اساسی کرامت بیمار از جنبه‌ها و ابعاد مختلف حقوقی، قانون اساسی، پزشکی، آموزش پزشکی و مواردی که باید در یک ارتباط بیمار محور به منظور افزایش احترام و حفظ کرامت بیماران و همچنین در مرحله پایان حیات مورد توجه قرار گیرد که ابتدا با تعریف لغوی و چیستی کرامت آغاز می‌شود.

تعریف لغوی کرامت انسان: کرامت در لغت دارای معانی مختلفی است که مهمترین آنها عبارت است از ارزش، حرمت، حیثیت، بزرگواری، عزت، شرافت، انسانیت، شان، مقام، موقعیت، درجه، رتبه، جایگاه، منزلت، نزاهت از فرومایگی و پاک بودن از آلودگی‌ها، احسان و بخشش، جوانمردی و سخاوت(۱). معادل انگلیسی واژه کرامت انسانی "human dignity" است که شرف، افتخار، احترام، عنوان، رتبه و مقام، امتیاز و شرافت برجسته معنا می‌دهد(۲). در دایره المعارف انگلیسی آکسفورد در مورد معنای واژه کرامت چنین آمده است: واژه کرامت از واژه لاتینی "dignities" گرفته شده و به معنای شرافت، حیثیت، افتخار و استحقاق احترام است(۳). توجه به معنای لغوی کرامت بیانگر دو نوع ویژگی و خصوصیت کاملا متمایز در موجود انسانی است. برخی از این ویژگی‌ها رتبه، درجه و موقعیت و جایگاه اجتماعی، سیاسی، دینی و خانوادگی افراد را بیان می‌کند، این نوع کرامت قابل اکتساب و سلب است و امکان دارد کاهش یا افزایش یابد اما برخی از این ویژگی‌ها مثل انسانیت، ذاتی انسان است و نه قابل سلب از انسان است و نه قابل وضع. این نوع کرامت اصطلاحاً «کرامت ذاتی» گفته می‌شود و هیچ رتبه و درجه‌ای را برنمی تابد(٤).

چیستی کرامت انسانی: کرامت انسانی از جمله مفاهیمی است که طرح یک تعریف دقیق و علمی از این مفهوم در عمل دشوار است. با این حال به نظر می‌رسد اگر ابعاد و جوانب این مفهوم روشن شود، بیان یک تعریف مشخص از آن نیز آسان تر خواهد بود. کرامت انسانی را می‌توان بر دو نوع تقسیم کرد: اول کرامت ذاتی این جهانی، کرامتی است که خداوند به نوع انسان عطا فرموده و جزء ماهیت انسانی است و تا زمانی که انسان زنده است این کرامت از او جدانشدنی است. کرامتی است که فارغ از مذهب، نژاد، رنگ پوست، جنس به تمام انسان‌ها به طور برابر تعلق دارد. در خصوص کرامت ذاتی این جهانی، علاوه بر تصریح خداوند در قرآن به این که به تمام انسان‌ها کرامت دادیم و بر سایر مخلوقات خود برتری بخشیدیم (اسرا ۷۰:۱۷)، آیات دیگری به عناوین مختلف و به صورت‌های دیگر این کرامت و برتری انسانی را یادآور شده‌اند. دمیدن روح خداوند در انسان (حجر ۲۹:۱۵) قرار داده شدن انسان به جانشینی خداوند در زمین (بقره ۳۰:۲) و آفریده شدن تمام آن چه در زمین است برای انسان (بقره ۲۹:۲) از جمله مواردی است که بر کرامت ذاتی این جهانی انسان دلالت دارد.

دوم کرامت اکتسابی آن جهانی، کرامتی است که انسان آن را در این دنیا کسب می‌کند و به همان میزان موجب برتری معنایی او بر سایر انسان‌ها می‌شود. اگر چه کسب این کرامت در این جهان صورت می‌گیرد ولی ظهور آن جهانی دارد و این برتری پس از مرگ انسان عیان می‌شود. این نوع کرامت، اساسا شاخص سنجش قابل درک این جهانی ندارد و قران نیز تصریح می‌کند که این نوع کرامت و برتری آن فقط در نزد خداست (حجرات ٤۹:۱۳). مهم ترین ویژگی این نوع کرامت این است که کم

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-05]

و کیف آن در انسان‌های مختلف متفاوت است و اساسا میزان و عمق این کرامت، به میزان معرفت، پارسایی و جایگاه هر کس در نزد خداوند بستگی دارد. در ذاتی بودن کرامت انسانی این گونه نیست که خداوند انسان را آفریده و سپس به او کرامت بخشیده است، بلکه بحث این است که خداوند از ابتدا موجودی ارجمند و با کرامت آفریده است و سلب این کرامت به هر صورت، موجودیت او را تغییر می‌دهد. کرامت انسانی نه تنها به عنوان یک حق مطرح است بلکه با سایر حقوقی که خداوند به انسان عطا کرده تفاوت اساسی دارد، چون کرامت انسانی حقی است که تحت هیچ شرایطی در این دنیا از انسان سلب نمی‌شود حتی پس از مرگ جسد او قابل احترام است و مناسک خاص خود را دارد(۵). پس با توجه به این که حتی جسد انسان نیز قابل احترام است انسان در پایان مرحله حیات نیز کرامت دارد.

کرامت انسان در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران: یکی از موضوعات بسیار مهم که در مورد امنیت، عدالت، آزادی، رعایت حقوق و آزادی‌های اساسی شهروندان در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران مورد تأکید قرار گرفته است کرامت انسانی است که خود پایه و اساس بسیاری از حقوق و امتیازات و تکالیف انسانی شناخته می‌شود. در این مورد اصل دوم قانون اساسی ایران چنین پیش بینی کرده است: جمهوری اسلامی نظامی است بر پایه ایمان به: ۱) خدای یکتا و اختصاص حاکمیت و تشریع به او و لزوم تسلیم در برابر او ۲) وحی الهی و نقش بنیادین آن در بیان قوانین ۳) معاد و نقش سازنده آن در سیر تکاملی انسان به سوی خدا ٤) عدل خدا در خلقت و تشریع ٥) امامت و رهبری مستمر و نقش اساسی آن در تداوم انقلاب اسلامی ٦) کرامت و ارزش والای انسان و آزادی تام با مسؤولیت او در برابر خدا. چنانکه ملاحظه می‌شود در بند ٦ این اصل، اعتقاد به کرامت و ارزش والای انسان و آزادی توام با مسؤولیت او در برابر خدا، در کنار اصول اعتقادی یعنی توحید، نبوت، معاد، امامت و عدل مطرح شده است این امر بیانگر اهمیت بنیادی و اساسی موضوع کرامت انسانی است بگونه‌ای که نفی آن ملازم نفی و انکار ارکان اصلی حکومت اسلامی یعنی جمهوری و اسلامی بودن نظام دارد، این اصل بیانگر آن است که نه فقط ایمان و اعتقاد به کرامت ذاتی انسان شرط تکوین و استقرار نظام جمهوری اسلامی است بلکه شرط ادامه حیات نظام جمهوری اسلامی ایران نیز می‌باشد(٦).

کرامت انسان و حقوق بشر: حقوق بشر، حقوقی است فطری و فراگیر در تمام ادوار و دیار که مطلق از هر گونه تقید نسبت به مکان، زمان، ملیت، و مذهب خاص می‌باشد. حقوقی که با تولد بشر ایجاد و همواره به صورت صفتی جدا نشدنی از انسان به حیات خود ادامه داده است. وقتی به مقدمه و حتی گاهی مواد اسنادی که در حمایت از حقوق بشر و آزادیهای اساسی تدوین شده‌اند، توجه شود، در تمامی آنها سخن از کرامت شخص یا کرامت ذاتی انسان مطرح است. به عنوان نمونه منشور سازمان ملل متحد در مقدمه‌اش سخن از کرامت و ارزش شخص انسان را مطرح نموده، مقدمه و ماده یک اعلامیه جهانی حقوق بشر، مقدمه میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی، مقدمه میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی اجتماعی و فرهنگی و بسیاری از اسناد دیگر همگی کرامت ذاتی انسان را مورد توجه قرار داده‌اند(۷). انسان نباید به عنوان ابزاری صرف برای اهداف دیگران یا حتی اهداف خود نگریسته شود بلکه باید خودش به عنوان غایت مورد ارزیابی قرار گیرد و دارای آنچنان ارزش و اعتباری است که هر موجود دیگری را در جهان به احترام گذاشتن به خود ملزم می‌نماید(۸).

در مجموع می‌توان گفت کرامت ذاتی انسان مبنای مهم در اعطای حقوق بشر و به رسمیت شناختن حقوق برای انسان‌ها است که ضمن تصریح به غیرقابل سلب بودن

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-05]

آن، حاکی از نوعی برابری بین انسان‌ها بدون هرگونه تمایزی بر اساس جنس، نژاد، مذهب، رنگ و...است که به صرف انسان بودن محقق می‌شود. در سایه توجه روزافزون جوامع بین‌المللی به حقوق بشر، مفهوم «حمایت از حقوق بیمار» نیز در طی سال‌های اخیر مورد توجه زیادی قرار گرفته است و در گفتمان حقوق بشر چنین کرامتی را انسان‌ها به طور طبیعی و خود به خود دارا هستند و از جانب کسی داده نشده تا از آن جانب حتی در پایان زندگی مورد سلب قرار گیرد.

کرامت انسان و حقوق بیمار: پیشینه مفهوم «حمایت از حقوق بیمار» از نظر تاریخی به توصیه‌های سقراط در تأکید برحفظ احترام و منزلت بیمار بر می‌گردد. توجه به این واژه در متون و تحقیقات اخلاق پزشکی در طی چند دهه اخیر گسترش یافته و موضوع مباحث زیادی در مراقبت‌های بهداشتی بوده است. حقوق بیمار عبارت است از تکالیفی که یک مرکز درمانی در قبال بیمار بر عهده دارد. به بیان دیگر، حقوق بیمار رعایت نیازهای جسمانی، روانی، معنوی و اجتماعی مشروع و معقول است که به صورت استانداردها و قوانین و مقررات درمانی تبلور یافته و تیم درمان مسؤول و موظف به اجرا و رعایت آن می‌باشند. مسأله حقوق بیماران طی دو دهه اخیر به دلایلی از جمله آسیب‌پذیری و نیازمندی آنان از یک سو و توجه روزافزون جوامع بین‌المللی از سوی دیگر مورد توجه زیادی قرار گرفته است(۹).

حقوق تعیین شده برای بیماران در منشورهای دنیا کم و بیش مشابه است. سازمان بهداشت جهانی نیز حقوقی را جهت بیماران تبیین نموده است که از آن جمله می‌توان به حق برخورداری از مراقبت و درمان مناسب و با کیفیت بالا، حق محرمانه بودن اطلاعات و رازداری، حق رضایت آگاهانه، حق اختیار یا استقلال رای، حق برخورداری از آموزش سلامت، حق ابراز اعتراض و شکایت و حق جبران خسارت اشاره کرد. هر چند که در آموزه‌های دینی- فرهنگی ما از دیرباز بر حفظ منزلت انسان، حقوق فردی و اجتماعی و اخلاق تأکید فراوان شده است، اما هنوز تا رسیدن به معیارهای روشن و عملی برای این مفاهیم راه درازی در پیش داریم. در یک مطالعه که مفهوم حقوق بیمار از دیدگاه بیماران و همراه آنها مورد بررسی قرار گرفته، بیماران انتظار داشتند که ارائه‌دهندگان خدمات زمان بیشتری را برای مراقبت از آنان صرف کنند. بیماران حضور همدلانه پرستار و پزشک را بر بالین خود، همراه با توجه به بیمار، حرف زدن با او و شنیدن حرف‌هایش را از حقوق اولیه خود می‌دانستند. از دید آنان این امر چیزی فراتر از انجام فعالیت‌های تکنیکی روزمره پزشکی و پرستاری است(۱۰).

کرامت در طبابت: انسان ثمره و خلاصه هستی است و حفظ سلامتی او مسؤولیتی همگانی و مهم می‌باشد. خداوند متعال در قران مجید صحبت از آفرینش انسان می‌نماید که بعد از ساخته و پرداخته کردن او روح خدایی در آن دمیده می‌شود چنین موقعی است که انسان کرامت پیدا می‌کند، عنصری ملکوتی و الهی می‌شود و ارزشی را کسب می‌نماید که فرشتگان او را سجده می‌کنند لذا تصمیم گیری‌های درمانی و مراقبتی باید به گونه‌ای باشد که این کرامت و حرمت پایدار بماند. در مطالعه‌ای در خصوص بررسی نگرش بیماران، پزشکان و پرستاران در خصوص ضرورت رعایت حقوق بیمار، حقوق بیماران را در چهار دسته، دریافت خدمات محترمانه و بدون تبعیض، حق دسترسی بیمار به اطلاعات، حق انتخاب و تصمیم‌گیری، حق رسیدگی به شکایت بیمار و اظهار خطای درمانی مطرح نموده است(۱۱).

توجه به کرامت و شأن بیمار در رشته‌های گروه پزشکی سابقه‌ای دیرینه دارد و شاید بتوان گفت که از نظر تاریخی به توصیه‌های سقراط و تأکید وی بر احترام و حفظ منزلت بیمار باز می‌گردد. این مفهوم در آثار برجای مانده از ارسطو و افلاطون در دوران قبل از اسلام نیز

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-05]

مشاهده می‌شود. این در حالی است که اسلام نه تنها این بحث را مورد تأکید قرار داده بلکه بر ابعاد گوناگون آن مانند حقوق متقابل پزشک و بیمار نیز توجه زیادی مبذول داشته است. تداوم توجه به این پدیده در متون علوم پزشکی خصوصاً در چند دهه اخیر گسترش بیشتری یافته و مباحث زیادی را در امر مراقبت‌های بهداشتی-درمانی به خود اختصاص داده است(۱۲).

در اعلامیه ۱۹٤۸ مجمع عمومی سازمان ملل متحد به اهمیت حفظ شأن و مقام به عنوان پایه و اساس سلامت انسان تأکید شده است. سازمان بهداشت جهانی نیز در اعلامیه ۱۹۹٤ آمستردام توجه به شأن و مقام را در ارتقای سلامت بیماران یک فاکتور مهم تلقی می‌کنند. در کشور ایران نیز منشور ده ماده‌ای در سال ۱۳۸۱ توسط معاونت سلامت وزارت بهداشت تصویب شد و در اولین ماده آن ذکر شده است که بیمار حق دارد در اسرع وقت، درمان و مراقبت مطلوب و مؤثر همراه با احترام کامل را بدون توجه به عوامل نژادی، فرهنگی و مذهبی از گروه درمان دریافت کند(۱۲).

بیمار دردمند بعد از خداوند، طبیب را پناه و ملجا خویش می‌یابد. پزشک در معرض جسم رنجدیده بیمار و ابعاد روحی متاثر از بیماری او قرار می‌گیرد، این وضعیت زمینه‌ساز ارتباط حضور فعال‌تر حرفه پزشکی نسبت به مشاغل دیگر در ارتباط با روح و جان انسان‌هاست بنابراین طبیب باید دارنده بهترین اخلاق و عالی‌ترین صفات انسانی باشد. مفهوم شفا در ابعادی ورای بعد جسمی و روحی مطرح می‌شود که هوالشافی بیان این مفهوم است که خداوند تنها شفادهنده و طبیب نفوس در جهت تعالی و تکامل انسان‌هاست و پزشک فقط وسیله فیض او به بندگانش است که در مقطع حیات دنیوی به او فرصتی داده شده که در راستای تجلی اراده خداوند، رسالت و مسؤولیت خویش را ادا نماید به همین دلیل پزشک باید وجود خود و بیمار را در محضر مقدس خداوند احساس کند(۱۳).

با نگاهی به زندگی نامه بزرگانی چون ابن سینا و محمد زکریای رازی می‌بینیم که سرتاسر زندگی آنها سمبلی از توجه به کرامت انسان‌ها بوده است. در دکترین اخلاق پزشکی زکریای رازی پایگاه طبقاتی مردم راهی نداشت و نسبت به فقرا و مساکین بسیار مهربان بود و درمان فقرا را بر مساکین برتر می‌دانست و دارو و غذای آنها را خود مهیا می‌ساخت و خودش در نهایت سادگی و فقیرانه گذران می‌کرده است. عقیده رازی این بود که تنها محل درد نباید مورد توجه قرار گیرد بلکه شخص بیمار و تمام وجود او اعم از جسم و روان او باید به عنوان یک فرد در نظر گرفته شود. رازی معتقد بود پزشک باید همیشه بیمار را به بهبودی خود امیدوار سازد اگر چه خود پزشک هم در این مورد کاملاً مطمئن نباشد چرا که حالات روحی بیمار در حالات جسمی او مؤثر است و پزشک باید بیمار را شهامت بخشد. ابن سینا دانشمند بزرگ ایرانی نیز چنین می‌گوید: پزشک هرگز نباید حالتی چنین علنی بوجود آورد که دیگر به بیمار امید بهبود ندارد(۱٤) که نشانگر توجه این بزرگان حتی به نقطه پایان حیات است.

کرامت بیماران در آخر حیات: پزشکان درباره مراقبت‌های پایان زندگی چهارچوب ذهنی مشخصی ندارند. سه عنصر اصلی برای مراقبت از بیماران در آستانه مرگ شامل کنترل درد و سایر علائم، نحوه استفاده از درمان‌های طولانی‌کننده زندگی، حمایت از بیماران در حال مرگ و خانواده آنها می‌باشد. پزشکان می‌توانند با این چهارچوب عملی کیفیت مراقبت از بیماران را بهبود بخشند. جنبه‌های متعدد این مراقبت‌ها عبارتند از حقیقت‌گویی، رضایت، ظرفیت، تصمیم‌گیری جایگزین، مراقبت‌های پیشرفته، اتانازی، کمک به خودکشی و استفاده مناسب از درمان‌های طولانی کننده زندگی و حمایت از بیمار رو به مرگ و خانواده او می‌باشد. آکادمی ملی علوم آمریکا، مراقبت کیفی پایان زندگی را شامل شش جزء زیر می‌داند: کیفیت کلی زندگی، عملکرد

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-05]

و احساس مطلوب از نظر جسمی، عملکرد و احساس مطلوب از نظر روانی اجتماعی، آرامش روحی، درک بیمار از مراقبت‌ها و احساس آرامش خانواده و درک آنها(۱۵).

خط‌مشی مراقبت‌های مراحل پایانی زندگی به وسیله انجمن پزشکان آمریکا در ۱٤ جولای ۲۰۰۷ تصویب شد. مراقبت‌های پایانی زندگی افراد بر اساس نظر انیستیتو پزشکی که یکی از پیشگامان در پیشرفت کیفیت مراقبت‌های بهداشتی است، مشخص شده است. این انیستیتو امیدوار است که این خط مشی‌ها بتوانند به پزشکان در چگونگی مراقبت از بیماران غیر قابل علاج یا دارای شرایط مزمن بیماری کمک کنند. خلاصه‌ای از خط‌مشی‌های انجمن پزشکان آمریکا به شرح زیر است: اول، پزشکان باید بیماران مبتلا به امراض جدی را در مراحل پایانی زندگی‌شان از نظر نشانه‌هایی همانند درد، تنگی نفس و افسردگی دائماً ارزیابی و کنترل کنند. دوم، پزشکان باید برای بیماران مبتلا به امراض جدی در مراحل پایانی زندگی از درمان‌های مناسب تأیید شده به منظور کنترل دردشان بهره گیرند. سوم، پزشکان باید برای بیماران مبتلا به بیماری‌های جدی در مراحل پایانی زندگی از درمان‌های تأیید شده‌ای به منظور تنگی نفس استفاده کنند. چهارم، پزشکان برای کنترل افسردگی بیماران مبتلا به عوارض و بیماری‌های جدی در مراحل پایانی زندگی باید از درمان‌های تأیید شده استفاده کنند. پنجم، پزشکان باید مطمئن باشند که چنین درمان‌هایی برای تمام بیماران مبتلا به بیماری‌های جدی به کار گرفته می‌شود(۱٦).

کرامت انسان و آموزش پزشکی: دغدغه جستجوی حقیقت و حس همدردی و تلاش برای رفع درد دیگران سبب ظهور دانش پزشکی و آموزش مداوم آن شده است. اصل اول از اصول و مبانی آموزش پزشکی عمومی در نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران، ارزش‌های متعالی دین مبین اسلام در زمینه کسب رضایت الهی، حفظ کرامت انسان، شرافت خدمت به انسان‌ها، ضرورت حفظ حیات و احیای نفوس، اهمیت تسکین آلام دردمندان، مراعات احکام الهی و شئون انسانی، التزام به اخلاق پزشکی و احترام و مراعات حقوق انسانی می‌باشد لذا انتظار می‌رود برنامه آموزشی دوره پزشکی عمومی در جمهوری اسلامی ایران به نحوی طراحی و اجرا شود که موجبات ارتقای ارزش‌ها، اصول و آموزه‌های دین مبین اسلام به خصوص کرامت انسان و شرافت خدمت به انسان‌ها باشد(۱۷).

پزشک شدن معادل با کسب هویتی جدید در زندگی است که فرد با قبول مسؤولیت و برخورداری از یک سری ویژگی‌های خاص به حرفه پزشکی می‌پردازد(۱۸). درونمایه اخلاقی این ویژگی‌ها، تقدم منفعت بیمار به منافع شخصی پزشک است(۱۹). جامعه پزشکی با مسؤولیت‌های اخلاقی مهمی درگیر است از اینرو نمی‌تواند آزادانه به انجام هر اقدام درمانی که تمایل دارد بپردازد(۲۰). یمانی در تحلیل مصاحبه‌هایی که با کارورزان و اساتید انجام گرفته بود، پنج تم اصلی را که یکی از آنها، پاسخگویی به کرامت انسانی شامل رعایت حقوق بیمار و احترام به دیگران، را که نشان‌دهنده جنبه‌های انسانی رفتارهای حرفه‌ای بود به عنوان آموخته‌های آموزش بالینی برای حرفه‌ای‌گری مطرح کرده است(۲۱). در حیطه مهارت‌های ارتباطی حداقل توانمندی‌های مورد انتظار از پزشک عمومی مصوب وزارت متبوع، برقراری ارتباط مؤثر به عنوان حامی بیمار، تشخیص لحظاتی که بیمار نیاز به حمایت‌های روحی و روانی دارد و تلاش برای حمایت مؤثر بیمار، توانایی دادن خبربد و توانایی برقراری ارتباط مؤثر با بیماران در حال مرگ ذکر گردیده است(۲۲).

شواهد نشان می‌دهد که نحوه برخورد با بیماران در مرحله آخر حیات (مثل بیماران مبتلا به سرطان)، در آموزش پزشکی نیاز به توجه ویژه دارد. محققان و مربیان معتقدند بدون توجه به برنامه درسی پنهان یا غیر رسمی که شامل ارزش‌ها، باورها، نگرش‌ها و رفتارهایی

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-05]

است که فرهنگ طب را تشکیل می‌دهد، موفقیت در بازنگری برنامه درسی رسمی غیر محتمل است(۲۳و۲٤). مطالعه‌ای در ایالات متحده نشان داده که دانشجویان، رزیدنت‌ها در ایالت متحده برای مراقبت‌های پایان حیات و اساتید برای آموزش آن آماده نیستند. دانشکده پزشکی مراقبت پایان حیات را حمایت نمی‌کند و توجه به تغییر هم در برنامه درسی و هم در فرهنگ برای بهبود آموزش مراقبت پایان حیات لازم است(۲۵).

ارتباط با بیمار در مرحله پایان حیات: ایجاد هماهنگی و درک متقابل بیمار یکی از وظایف اصلی پزشک محسوب می‌شود چرا که طبق برآوردهای انجام شده در طی ٤۰ سال دوره طبابت یک پزشک حداقل ۲ میلیون مشاوره پزشکی صورت می‌گیرد(۲٦). ارائه مراقبت‌های سلامت بدون ارتباط مدبرانه و دور اندیشانه که از مسؤولیتهای اصلی کارکنان حرفه‌ای سلامت می‌باشد امکان پذیر نخواهد بود(۲۷). معمولاً بیماران به این امر که در برقراری ارتباط با پزشک موانع و فواصلی وجود دارد یا آنها به درستی به سخنانشان گوش نمی‌دهند اذعان داشته و آن را عاملی جهت غیر مؤثر واقع شدن درمان می‌دانند. شواهد نیز مبین این مسأله است که خوب گوش کردن پزشک گاهی آلام نهفته‌ای را در بیمار و بیماری‌اش آشکار می‌کند که حتی مجهزترین آزمایشگاه‌ها، پرتونگاری‌ها و حتی تکنولوژی‌های پیشرفته نیز قادر به تشخیص نیستند(۲۸). به ندرت میان پزشک و بیمار نزدیک به مرگ ارتباط صحیحی برقرار می‌گردد و این برقراری ارتباط همواره با کاستی‌های فراوانی همراه است(۲۹و۳۰).

توجه به نیاز آموزش پزشکی برای مراقبت پایان زندگی ابتکارات متعددی را جهت بهبود آموزش در همه سطوح طلب می‌کند(۳۱تا۳۳). بنابراین یادگیری مهارت‌های ارتباطی در پزشک علاوه بر بهینه‌سازی نتایج درمانی، در رفاه اجتماعی و روانی بیمار تأثیر بسزایی دارد. استانداردهای معاصر اخلاق پزشکی درصدد ایجاد زمینه مناسب در جهت افزایش احترام و حفظ کرامت بیماران بوده که این امر خود منجر به افزایش احترام به پزشک نیز می‌گردد(۳٤). مواردی که باید در یک ارتباط بیمار محور به منظور افزایش احترام و حفظ کرامت بیماران و همچنین در مرحله پایان حیات مورد توجه قرار گیرد شامل:

۱- **حقیقت‌گویی:** حقیقت‌گویی دادن اطلاعات صحیح به بیمار می‌باشد. البته ممکن است به بیمار دروغ گفته نشود ولی حقایق پنهان شود یا احساسات کاذب ایجاد شود. تردیدهای موجود در طبابت باید با بیمار در میان گذاشته شود. حقیقت گرچه می‌تواند خشن باشد ولی باید با ملایمت عنوان گردد. مرکز ملی سرطان در سال ۱۹۹۵ پیشنهاد کرده بیماران مبتلا به سرطان باید به نوعی از بیماری خود و عوارض درمان آن آگاه گردند(۱۵). در حقیقت‌گویی دو مبحث اطلاع‌رسانی صحیح به بیمار و نحوه اعلام خبر بد مطرح می‌باشد:

۱-۱. **اطلاع‌رسانی صحیح به بیمار:** هر چند که به طور سنتی فرض بر آن بود که نباید اطلاعات زیادی به بیمار داد مگر آن که وی جویای آن شود، پزشک ابتدا بهترین راه درمان را انتخاب می‌نماید و سپس آن را به اطلاع بیمار می‌رساند، اکنون باید فرض بر آن باشد که بیمار خواهان آگاهی از بیماری و راه‌های درمان است و بیمار و پزشک، پس از بررسی جوانب و آثار راه‌های مختلف درمان، به طور مشترک تصمیم اتخاذ نمایند(۳۵) ارائه اطلاعات به بیماران باعث می‌شود تا آنان در تصمیم گیری‌های مرتبط با مراقبت‌های درمانی مشارکت آگاهانه و متقابل داشته باشند و ارتباط پزشک و بیمار پایدار و صادقانه باقی بماند.

مجموعه انسان‌ها و به تبع آن کادر پزشکی بر اساس علم و معرفت و آموزه‌های تخصصی تصمیم می‌گیرند که اولاً کامل نیستند و ما را بر همه وجوه مرتبط با موضوع تصمیم‌گیری مشرف نمی‌نمایند و ثانیاً امکان اشتباه در آنها و خطا در تعیین مصداق برای آنها وجود دارد و به تبع چنین مسایلی این موضوعات محل مداقه و تردید در

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-05]

مورد حق دانستن و ندانستن برای موارد تخصصی مفروض و واقع در حوزه‌های پزشکی تبدیل می‌گردند(۳۶). بر اساس موازین اخلاق پزشکی، بیمار حق دارد که از حقایق بیماری خود مطلع گردد(۳۷). اما در عرصه عمل و واقعیت برخورداری بیمار از این حق و تکلیف با سدها و موانع عدیده حرفه‌ای، فرهنگی، عاطفی، روان شناختی روبرو می‌گردد(۳۸). به نظر می‌رسد اکثر پزشکان با این سخن افلاطون موافق باشند که در دستان طبیب «گفتن حقیقت» به عنوان یک داروست که پزشک با توجه به اثرات آن تصمیم بگیرد که تجویز کند یا خیر(۱۵).

۲-۱. **نحوه اعلام خبر بد**: یکی از مشکل ترین جنبه‌های حرفه‌ای مشاغل پزشکی، مسؤولیت اعلام شرایط ناخوشایند و اخبار بد به بیمار و اطرافیان وی می‌باشد. آن چه مشاهده می‌شود عدم وجود مهارت و آموزش قبلی و کافی پزشکان برای مواجهه با حقایق مرتبط با بیماری و ارائه این اخبار به بیماران و اطرافیان وی است که این موضوع به ویژه در مورد بیماران صعب‌العلاج و لاعلاج بیشتر مطرح است. مواردی از قبیل اولویت اعلام اولیه ی بیماری به خود بیمار یا اطرافیان وی، اعلام دفعی یا مرحله به مرحله بیماری، کیفیت اعلام خبر برای کاستن از فشار روحی و روانی، ایجاد رابطه عاطفی و انسانی با بیمار، ارائه اطلاعات تخصصی با زبان ساده و در شرایط و فضای مناسب همگی قابل آموزش برای کادر پزشکی است. البته توجه به این موضوع مهم است که در کنار حق دانستن و مطلع شدن، حق ندانستن و مطلع نشدن نیز برای بیمار و اطرافیانش احیانا حتی سیستم پزشکی در مواردی خاص قابل تصور است(۳۹و۴۰).

اعلام ماهرانه، مدیرانه و متبحرانه، دوراندیشانه و جامع‌نگرانه شرایط و اخبار ناخوشایند به بیمار و اطرافیان وی تسکین خاطر عمده‌ای را به وجود می‌آورد و کنترل پزشکی و درمانی تبعات آنی و آتی شرایط را بسیار آسان می‌نماید زیرا گاهی می‌تواند منجر به تصحیح اشتباهات فاحش عقیدتی، فکری، رفتاری اجتماعی و اخلاقی بیماران گردد که اعلام خبربد آنان را به بی‌وفایی دنیا و زودگذر بودن ایام عمر فانی آگاه می‌نماید، درهایی از حکمت، بصیرت و اشراق را به روی آنان می‌گشاید و چه بسا که از تبعات نیک و خداپسندانه چنین رویکردی، خیر دنیا و آخرت مضاعفی نیز نصیب پزشک و سایر کادرهای درمانی گردد(۳۶). اگر پزشک در انتقال خبر بد نسبت به دلواپسی‌های بیمار توجهی نداشته باشد و در مورد وضعیت روان‌شناسی و اجتماعی آن تحقیق و تفحص نکند باعث افزایش تشویش بیمار و اختلالاتی در کنترل برخی از علایم فیزیکی مانند درد به خصوص بیمارانی که روزهای پایانی خود را می‌گذرانند، می‌شود و ندادن اطلاعات به او نیز سبب می‌شود که نسبت به چشم‌انداز زندگی خود دچار اشتباه شده و نمی‌تواند از فرصت باقی مانده جهت اتمام کارهای ناتمام خود به خوبی استفاده کند و در نتیجه احتمال بروز بیماری‌های روانی در بین اعضای خانواده نیز بیشتر خواهد بود.

۲- **حفظ حریم خصوصی**: در این مبحث مواردی هم چون رازداری، قابل اطمینان بودن و پوشش بیمار مطرح می‌شود:

۲-۱. **رازداری**: حریم خصوصی به مفهوم محدودیت دسترسی دیگران به جسم یا افکار یا احساسات یک فرد می‌باشد و ارتباط خیلی نزدیکی با ارزش‌های هنجاری دارد و چیزی است که افراد به طور معمول میل دارند آن را محفوظ داشته، از آن حفاظت کرده و بر آن کنترل داشته باشد(۴۱). اصل رازداری پزشکی یکی از مهم‌ترین وظایف اخلاقی در حیطه اخلاق پزشکی است که دارای سابقه دیرینه می‌باشد. در سوگندنامه بقراط به اهمیت این موضوع اشاره شده است اما با وجود این که این موضوع به عنوان یک قاعده در بین پزشکان پذیرفته شده، در مواردی مورد غفلت است. در مطالعه‌ای که در بین پزشکان شهر لاهور انجام شده است، میزان رعایت پزشکان مذکوردر مورد رازداری کامل در خصوص اطلاعات بیماران در بیمارستان‌های دولتی فقط ۱۰/۸ درصد و در بیمارستان‌های خصوصی ۳۵/۵ درصد

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-05]

رعایت شده بود(٤٢).

در دین مبین اسلام نیز به موضوع رازداری اهمیت زیادی داده شده و واضح است که اگر این موضوع مربوط به روابط پزشک و بیمار باشد دوچندان می‌شود. پیامبر اکرم(ص) می‌فرماید: هرکس راز مسلمانی را بپوشاند خدا در دنیا و آخرت راز او را می‌پوشاند. امام سجاد(ع) می‌فرماید: من علاقمندم که پاره‌ای از گوشت بازوی خود را به عنوان فدا بدهم برای این که شیعیان خویشتن‌دار و رازنگهدار باشند(٤٣). یک پزشک باید به رازداری احترام بگذارد و از اسرار بیماران محافظت کند و در محافظت راز بیماران از خود بیمار مصرتر باشد(٤١). در دو ماده از منشور حقوق بیمار در جمهوری اسلامی ایران به موضوع رازداری اشاره شده است که در ماده ۷ ذکر می‌شود، بیمار حق دارد از رازداری پزشک و دیگر تیم معالج برخوردار باشد(٤٣). در بسیاری از کشورها علاوه بر کدها و دستورالعمل‌های حرفه ای، قوانین و مقرراتی هم در خصوص حریم خصوصی و رازداری وضع شده است که در بعضی مواقع مجازات‌هایی هم برای متخلفان وضع شده است(٤٤). در جمهوری اسلامی ایران نیز در ماده ٦٤٨ قانون مجازات اسلامی آمده است که اطبا هر گاه در غیر از موارد قانونی اسرار مردم را افشا کنند به سه ماه و یک روز تا یک سال حبس یا جزای نقدی محکوم می‌شوند(٤٣).

۲-۲. قابل اطمینان بودن: اعتماد زمینه‌ساز پیوند میان انسان‌هاست که از نزدیک‌ترین نوع رابطه یعنی رابطه میان نوزاد و مادر آغاز می‌شود، سپس در خانواده شکل می‌گیرد و آن گاه به جامعه تسری می‌یابد. شکل‌گیری هرگونه رابطه‌ای بدون وجود اعتماد ناممکن است. زمانی پزشکی در کار خود موفق است که بتواند اعتماد بیمار را جلب کند. وقتی مردم از صاحبان حرفه پزشکی دلسوزی، آگاهی و تلاش صادقانه را در ادای وظایفشان دیدند بدون تردید به چنین افرادی اعتماد خواهند داشت و بیمار بدون هیچ واهمه‌ای مشکل خود را که حتی از نزدیکانش پنهان می‌کرد با پزشک در میان خواهد گذاشت(٤٥). پزشک نباید بیش از حد به فکر شهرت خود باشد و در موقع مناسب در برابر بیماران شرافتمندانه و با شهامت خطاهای خود را بپذیرد(٣٥).

۳-۲. پوشش بیمار: احترام به کرامت و به تبع آن پوشش و حریم بیماران به عنوان یک اصل جدی باید سرلوحه رفتار شغلی و حرفه‌ای دست اندرکاران و عوامل بهبود و درمان باشد. برهنگی بیمار با شأن انسانی او ناسازگاز است و متناقض با اولین حق از حقوق مساوی تمام افراد بشر است. حتی اگر برهنگی در اتاق عمل و آسیب شخصیتی متعاقب آن را بر اساس اصول بهداشتی ضروری و اجتناب ناپذیر بدانیم، از آن جا که احساس در معرض دید بودن، حرمت و حریم بیمار را مخدوش می‌کند، برای کاهش آسیب به شأن انسانی بیماران وظیفه داریم از شدت این احساس بکاهیم(٤٦).

امام خمینی(ره) می‌فرمایند: پزشک محرم نیست، لذا در غیر موارد ضروری و اضطرار نمی‌تواند به بدن نامحرم نگاه کند و اگر پزشکی در مقام اضطرار مجبور شد به عضوی از بدن نامحرم نگاه کند، باید به همان مقدار لازم اکتفا کند و نمی‌تواند بیش از آن عضو را ببیند و اگر می‌تواند باید از روی لباس معاینه نماید و در رساله سایر مراجع هم موارد مشابهی وجود دارد(٤٦). از جمله مواردی که سبب تجاوز به حریم می‌شود، قدم زدن کادر درمانی هنگامی که بیمار برهنه یا در حال استحمام است، پرسیدن سؤالات خصوصی از بیمار در مقابل سایر بیماران، عدم استفاده از پاراوان هنگام ارائه مراقبت شخصی، کافی نبودن سرویس بهداشتی در بخش به تفکیک جنسیت، مصاحبه و مشاوره با بیمار در اتاق مشترک با سایر بیماران، صحبت با بیمار در راهرو بخش، در نزدن یا عدم گرفتن اجازه هنگام ورود به اتاق یا محدوده پاراوان بیمار ذکر گردیده است(٤٧).

۴- حق انتخاب و تصمیم گیری: از دیگر موارد حفظ شأن و کرامت بیماران، احترام به استقلال بیمار است.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-05]

بیمار حق دارد که هر پزشکی را که می‌خواهد انتخاب کند و حق دارد توصیه هر پزشکی را لغو یا رد کند. در پژوهش کریمی، حق انتخاب و ایجاد فرصت جهت تصمیم‌گیری بیمار از دیدگاه هر دو گروه بیماران و پرستاران دارای اهمیت بوده و آن را یکی از موارد مهم در حفظ کرامت و منزلت بیمار ذکر می‌نمایند(۴۸). مباحثی هم چون کسب رضایت بیمار و ظرفیت، برخورد با درخواست‌های درمانی نابجا و اتانازی در این قسمت مطرح می‌شود:

۴-۱. **کسب رضایت بیمار و ظرفیت**: کسب رضایت بیمار به معنی اجازه دادن مداخله پزشکی یا استقلال کامل از طرف بیمار می‌باشد و بر پایه اصول اخلاقی خودمختاری بیمار و احترام به اشخاص نهاده شده است. این اصول اخلاقی در چهارچوب فرهنگ‌های مختلف معانی متفاوت می‌یابد. بر اساس معارف اسلامی فرد مجاز نیست صرفا به لحاظ خودمختار بودن هر گونه آسیبی به جسم خود وارد نماید زیرا در عین احترام به آزادی انسان، احترام به انسانیت و هویت جمعی و تاثیر گذاری فرد در اجتماع هم مدنظر می‌باشد(۱۵). در مبحث کسب رضایت بیمار، ظرفیت عبارتست از توانایی بیمار برای درک اطلاعات مربوط به تصمیم‌گیری درمانی و فهم نتایج قابل پیش بینی تصمیم‌گیری و یا عدم تصمیم‌گیری، پزشکان معمولا می‌توانند بیمارانی که به وضوح ظرفیت یا عدم ظرفیت تصمیم‌گیری را دارند تشخیص دهند ولی در بعضی از موارد برای تشخیص آن لازم است ارزیابی بالینی به عمل آورند(۱۵).

۴-۲. **برخورد با درخواست‌های درمانی نابجا**: نقض خودمختاری بیمار و خودداری یا قطع درمانی که به نظر پزشک نابجاست، بدون آن که این تصمیم به تایید بیمار برسد. از نظر کیفی زمانی درمان بی نتیجه تلقی می‌شود که بیمار را فقط در وضعیت بیهوشی دائمی نگه دارد یا نتواند وابستگی کامل او را به مراقبت‌های ویژه خاتمه دهد اما موضوع در مورد درمان‌های آزمایشی که ضریب موفقیت آنها معلوم نیست و در عین حال درمان ثابت شده دیگری وجود ندارد یا درمان‌های فعلی منسوخ شده هستند متفاوت است. در صورت بروز اختلاف نظر بین تیم درمانی، بیمار و خانواده او پزشک باید موقعیت بحرانی او را درک کرده و به دنبال حل موضوع از طریق مذاکره سازنده باشد و در صورت ضرورت از خدمات افراد آموزش دیده برای حل این بحران‌ها مانند متخصصین اخلاق زیستی، بالینی، روان پزشکی، روان شناسی و مددکاران سود جوید(۱۵). از جمله درخواست‌های نابجا، اتانازی می‌باشد.

۴-۳. **اتانازی**: ازجمله موارد مهمی که اخلاق پزشکی دنیای جدید با آن روبرو شده مسأله اتانازی یا مرگ خوب است(۲۰). آیا انسان از حق مردن نیز هم چون حق زنده بودن برخوردار است؟ چه کسی صلاحیت آن را دارد که به جای بیمار در خصوص مرگ و زندگی او تصمیم‌گیری کند؟ اینها سؤالاتی است که پاسخ به آنها مستلزم تبیین نظام ارزشی زندگی انسان است. علی‌رغم این که کشتن انسانی بی‌گناه همواره یک گناهی غیر قابل بخشش تلقی می‌گردد، برخی پزشکان در دو مورد اختصاصی یعنی سقط جنین و اتانازی به این عمل مبادرت نمودند(۴۹). اتانازی در کشورهای غربی موافقان و مخالفان سرسختی دارد واتیکان به طور رسمی اتانازی را مطرود دانسته است(۵۰). طرفداران اتانازی این پیام را اشاعه می‌دهند که انسان بهتر است بمیرد تا این که بیمار و ناتوان باشد. در ادیان الهی هم چون اسلام، مسیحیت و یهودیت اتانازی به هر شکل محکوم است وقتل نفس محسوب می‌گردد. مخالفان مسیحی بر این باورند که اتانازی در حقیقت انکار وجود خداوند و تکذیب حق تملک او بر زندگی و مرگ انسان است البته این دیدگاه در تمام دنیا عمومیت ندارد(۵۱).

حضرت علی (ع) می‌فرماید: آن که مرگ را بر سر آدمی می‌آورد همان است که زندگی را در دست دارد و آن که می‌آفریند همان است که می‌میراند(۵۲). امام سجاد (ع) در

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-05]

مناجات خود با خداوند به درگاه الهی می‌فرمودند: «*خدایا من نمی‌دانم کدام حالت شایسته برقراری شکرگزاری است، هنگام صحبت کردن که توان استفاده از روی پاک تو را دارم یا هنگام بیماری که وسیله رهایی من از گناهان است*»(۵۳). این مناجات به طور شفاف نگرش اسلام را در مورد بیماری، سلامت و ارزش معنوی آنها تبیین می‌نماید. بنابراین انسان متدین رنج و لذت دنیا را در مقایسه با رنج و لذت آخرت بسیار کوچک می‌شمرد.

۵- احترام نامشروط: کرامت انسان‌ها نامشروط است و حق ذاتی هر انسان و بنی آدمی می‌باشد که خداوند به او عطا فرموده است و کسی نباید این حق ذاتی را نادیده انگارد مگر آن که خودش را از این کرامت و شرافت بی‌بهره بداند و بدان دلیل دیگران را از این حق محروم نماید لذا با عنایت به این که کسانی که به نجات جان انسان‌ها می‌پردازند اعم از پزشک، پیراپزشک و امدادگر همه انسان‌هایی شریف و با کرامت هستند که یا به حکم وظیفه قانونی خویش اقدام به نجات جان بیماران می‌نمایند یا به حکم وظیفه انسانی و وجدانی خویش، انتظار می‌رود کرامت انسانی را ذاتی دانسته و انسان‌ها را اعم از مجرم، متهم، گناه‌کار، مظنون به جرم، مشرف به موت مورد احترام نامشروط قرار داده و علاوه بر رفتار بر آن سیاق به بسط و گسترش این دیدگاه اسلامی و انسانی نیز همت گمارند.

هیچ کس کرامت و شرافت کسی دیگر را مورد اهانت قرار نمی‌دهد مگر این که نخست کرامت و شرافت خود را از دست داده باشد. بر مبنای نظریه احترام نامشروط آدمی در تعامل با انسان‌ها، چه تعامل نظری وچه تعامل عملی باید انسان بودن افراد را از سایر عناوین عارضی مانند مجرم بودن تفکیک کنیم. فردی که متهم به دزدی است، انسانی است با اتهام به چنین رفتاری، وی به سبب رفتارش مورد محاکمه و تنبیه و مجازات قرار می‌گیرد اما به سبب انسان بودنش حقوقی دارد که پایبندی به آن حقوق شرط مواجهه اخلاقی افراد با وی است. مثال واضح بر این نکته بیماران مبتلا به ایدز یا بیماری‌های ناشی از تزریق مواد مخدر می‌باشد که عمدتا کادر پزشکی با این بیماران رفتاری متفاوت نشان می‌دهند و حمیت کمتری نسبت به سایر بیماران بروز می‌دهند یعنی به ظن خود بیمار را مجرم یا مقصر شناخته و این جرم یا تقصیر را در نحوه درمان و ارائه خدمات دخالت می‌دهند که بر مبنای آن چه از نتیجه‌گیری دینی و فلسفی آمده عملاً کادر پزشکی مذکور، کرامت و شرافت انسانی خود را خدشه دار کرده و متفاوت با دستور دین مبین اسلام و اصول اخلاقی آن رفتار کرده‌اند که جای تامل فراوان دارد(۵۳).

نتیجه‌گیری

در حرفه پزشکی توجه خاصی به جنبه‌های انسانی مانند تعهد، تخصص، فداکاری و تسکین آلام دردمندان شده است. هیچ بیماری نباید با درد یا شکایات قابل درمان دیگر بمیرد و شکایات بیمار باید به خوبی کنترل شود. تمام پزشکانی که با بیماران رو به مرگ سروکار دارند باید مهارت کافی داشته و به مشاوران مجرب در زمینه درمان‌های علامتی دسترسی داشته باشند و در صورت درخواست نابجا برخورد نمایند. بیمار و خانواده او باید بتوانند محل و نوع درمان‌های ارائه شده در روزهای آخر زندگی را در حد امکان انتخاب کنند. حمایتی که این بیماران و خانواده‌های آنها از پزشک انتظار دارند منحصر به فرد است. با این که پزشکان می‌بایست به مشکلات رایج روانی و اجتماعی بیماران رو به مرگ و خانواده آنها حساس باشند، ممکن است مهارت آنان در برخورد با این مسائل و در دسترس بودن آنان به اندازه پرستاران و مددکاران اجتماعی نباشد. بنابراین وجود تیمی مرکب از افراد مختلف، در ارائه خدمات مؤثر خواهد بود.

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-05]

منابع

1. Dehkhoda A. [Loghatnameh]. Tehran: Daneshgah Tehran; 1994: 16070. [Persian]
2. Garner BA. Black's Law Dictionary. 6th ed. USA: Thomson West publisher; 1991: 466.
3. Pearsall J, Trumble B. The Oxford Encyclopedic, English dictionary. 3rd ed. New York: Oxford University press; 1996: 398.
4. Habibzadeh MJ, Rahiminezhad E. [keramat ensani dar ghanon asasi jomhori eslami]. Faslnameh modares olom ensani. 2008; 11(4): 51-82. [Persian]
5. Alikhani AA. [Keramat ensani va khoshonat dar eslam]. Pazhoheshnameye olom siasi. 2007; 1(3): 99-121. [Persian]
6. Hashemi SM. [Hoghogh asasi jomhori eslamiye Iran]. 6th ed. Tehran: Nashr Mizan; 2006: 104. [Persian]
7. Amidzanjani AA, Tavakoli MM. [Hoghogh bashar va keramat zati ensan dar eslam]. Faslnameh hoghogh. 2008; 37(4): 161-189. [Persian]
8. Ebrahimi M. [Keramat ensan]. [Cited 2012 Apr 19]. Available from: http://www.pajoohe.com/fa/index.php?Page=definition&UID=32827. [Persian]
9. Vaskoui Ashkori Kh, Karimi M, Esna ashari H, Kohan N. [Baresi mizan roayat hoghogh bimaran dar bimarestanhayeh tabeh daneshgah olom pezeshki Tehran dar sal 2009]. Majaleye Iranie akhlagh va tarikh pezeshki 2009; 2(4): 47-54. [Persian]
10. Jolaei S, Nikbakht Nasrabadi A, Parsa Yekta Z. [Tabein didgah bimaran va hamrah anan piramon hoghogh bimar: Yek pazhuheshe keyfie padidar shenasi]. Faslnameh hayat. 2005; 10(23): ۵-۲۰. [Persian]
11. Parsapoor MK, Malakafzali H, Alaedini F, Larijani B. [Baresi negaresh bimaran, pezeshkan va parastaran dar khosos zarorat reayate hoghogh bimar]. Majaleye Iranie akhlagh va tarikh pezeshki. 2009; 2(4): 79-90. [Persian]
12. Sadeghi T, Dehghan Nayeri N. [Shan va manzelat bimar, baresi moton}. Majaleye Iranie akhlagh va tarikh pezeshki. 2010; 3(1): 9-19. [Persian]
13. Fazelnia S. [Asibshenasi teb va tabib]. Majmoeh maghalat akhlagh pezeshki 2005. Tehran: Markaz motaleat va tahghighat akhlagh pezeshki; 7: 4. [Persian]
14. Nabipoor E. [Zakariay razi moalem akhlagh pezeshki Iran]. In: Sogandnameh pezeshki akhlagh dar amoozesh va pazhohesh. Tehran: Markaz motaleat va tahghighat akhlagh pezeshki; 2005. [Persian].
15. Larijani B. [Pezeshk va molahezat akhlaghi]. Tehran: baraye farda; 2005. [Persian].
16. [3 Alamate bimari payane zendegie afrad]. [Cited 2012 Apr 20]. Available from: http://www.pezeshkan.org/?p=19833. [Persian].
17. [Estandardhayeh payeh doreh amozesh pezeshki omomi]. Vezarat behdasht, darman va amozesh pezeshki; 2007. [Cited 2012 Apr 20]. Available from: http://www.zums.ac.ir/files/medicen/estandard.pdf. [Persian].
18. Wagner P, Hendrich J, Moseley G, Hudson V. Defining medical professionalism: a qualitative study. Med Educ. 2007; 41(3): 288-294.
19. Cohen JJ. Professionalism in medical education: an American perspective: from evidence to accountability. Med Educ. 2006; 40(7) 607-617.
20. Bamgbose O. Euthanasia: another face of murder. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. 2004; 48(1): 111-121.
21. Yamani N. [Baresi naghsh barnameh darsi penhan dar toseh raftarha herf dar amozesh pezeshki]. [Disertation]. Isfahan: daneshkadeh olom tarbiati va ravanshenasi; 2010. [Persian]
22. [Pishnevis hadeghal mored entezar az pezeshk omomi daneshamokhteh az daneshgahay olom pezeshki jomhori eslami Iran]. vezarat behdasht, darman va amozesh pezeshki, dabirkhaneh shoray amozesh pezeshki omomi; 2009. [Persian].
23. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. Acad Med. 1994; 69(11): 861-871.
24. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. Acad Med. 1998; 73(4): 403-407.
25. Sullivan AM, Lakoma MD, Block SD. The Status of Medical Education in End-of-life Care: A

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-05]

National Report . J Gen Intern Med. 2003; 18(9): 685-695.
26. Shapiro RS, Simpson DE, Lawrence SL, Talsky AM,Sobocinski KA, Schiedermayer DL. A survey of sued and non sued physicians and suing patients. Arch Intern Med. 1989; 149(10): 2190-2196.
27. Kumar PJ, Clark ML. Kumar and Clark Clinical Medicine, Ethics and Communication. Michigan: Elsevier Saunders; 2005.
28. Epstein RM, Campbell TL, Cohen-Cole SA, McWhinney IR, Smilkstein G. Perspectives on patient-doctor communication. J Fam Pract. 1993; 37(4): 377-388
29. Wenrich MD, Curtis JR, Shannon SE, Carline JD, Ambrozy DM, Ramsey PG. Communicating with dying patients within the spectrum of medical care from terminal diagnosis to death. Arch Intern Med. 2001; 161(6): 868-874.
30. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Fryer-Edwards KA, Alexander SC, Barley GE, et al. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care. Arch Intern Med. 2007; 167(5): 453-460.
31. Block SD. Medical education in end-of-life care: the status of reform. J Palliat Med. 2002; 5(2): 243-248.
32. Fins JJ, Nilson EG. An approach to educating residents about palliative care and clinical ethics. Acad Med. 2000; 75(6): 662-665.
33. Wood EB, Meekin SA, Fins JJ, Fleischman AR. Enhancing palliative care education in medical school curricula: implementation of the palliative education assessment tool. Acad Med. 2002; 77(4): 285-291.
34. Walker L, Blochner B. Continuing implementation of the Patient Self-Determination Act in nursing homes: challenges, opportunities, and expectations. Generations. 1995; 19(4): 73-77.
35. Lovi F. [Rabeteh pezeshk ba bimar va khanevadeh hayeshan]. Majmoeh maghalat akhlagh pezeshki 1995. Tehran: Markaz motaleat va tahghighat akhlagh pezeshki; 7: 4. [Persian]
36. Kazemi A, Poorsoleimani A, Fakhari A, Madayen K. [Baresiye javaneb haghighatgoei az didgah majmoeh kadr pezeshki daneshgah olom pezeshki Tabriz]. Majaleye Iraniye akhlagh va tarikh pezeshki. 2011; 3(2): 54-63. [Persian]
37. Hancock K, Clayton JM, Parker SM, Wal der S, Butow PN, Carrick S, et al. Truth- telling in discussing prognosis in advanced life – limiting illnesses: a systematic review. Palliat Med. 2007; 21(6): 507-517.
38. Surbone A. Cultural aspects of communication in cancer care. Recent Results Cancer Res. 2006; 168: 91-104
39. Surbone A. Telling the truth to patients with cancer: what is the truth? Lancet Oncol. 2006; 7(11): 944-950.
40. Ozdogan M, Samur M, Artac M, Yildiz M, Savas B, Bozucuk HS. Factors related to truth-telling practice of physicians treating with cancer in Turkey. J Palliat Med. 2006; 9(5): 1114-1119.
41. Post SG. Encyclopedia of Bioethics. 3rd ed. Michigan: Macmillan Reference; 2004: 494-496, 2633-2716.
42. Humayun A, Fatima N, Naqqash S, Hussain S, Rasheed A, Imtiaz H, et al. Patients' perception and actual practice of informed consent, privacy and confidentiality in general medical outpatient departments of two tertiary care hospitals of Lahore. BMC Med Ethics. 2008; 9: 14.
43. Parsa M. [Harim khososi va razdari dar peseshki va janbehay mokhtalef an]. Majaleye Iranie akhlagh va tarikh pezeshki. 2009; 2(4): 1-14. [Persian].
44. Charatan F. Bush to drop medical records privacy clause. BMJ. 2002; 324(7341): 806.
45. Mahdavi omran S. [Pezeshk va khatarati ke dar kamin ost]. Majmoeh maghalat akhlagh pezeshki; 1995. Tehran: Markaz motaleat va tahghighat akhlagh pezeshki; 7: 4. [Persian]
46. Paymani Z, Asadi kalameh Z, Sherafat SM, Mahmodian F. [Baresiye mizan reayat tanasob jensiati bimaran taht amal jarahi ba kadr darman va tajlil janbehayeh akhlaghi va sharei mozoe]. Majaleye Iranie akhlagh va tarikh pezeshki. 2009; 2(4): 37-46. [Persian]
47. Woogara J. Human rights and patients' privacy in UK hospitals. Nurs Ethics. 2001; 8(3): 234-246
48. Karimi R, Dehghan Nayeri N, Sadeghi T, Mehran A. [Moghayeseh didgah parastaran va nojavanan bimar bastari az shan va manzelat bimar]. Majaleye Iraniye akhlagh va tarikh pezeshki. 2008; 1(4):

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-05]

53-62. [Persian]
49. Shaw AB. Two challenges to the double effect doctrine: euthanasia and abortion. J Med Ethics. 2002; 28(2):102-104.
50. Scalise DM, Bognolo G. The new pope and medical ethics. BMJ. 2005; 330:1281-2.
51. Hashemi Z, Mortazevi SMJ. [Otanazi az didgah eslam va akhlagh pezeshki novin]. Majaleye Iraniye akhlagh va tarikh pezeshki. 2008; 1(3): 35-44. [Persian]
52. Siedrazi, (Authour). [Nahj-ol-balagheh]. Shahidi J, (Translator). Tehran: Sherkat entesharat elmi farhangi; 1996: nameh 31. [Persian]
53. Shojaei AA, Gharamaleki AF. [Akhlagh dar nejat masdomin mojrem: Mabani falsafi va dini]. Majaleh akhlagh va tarikh pezeshki. 2009; 2(4): 29-36. [Persian]

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-05]

Dignity in Medicine: Emphasis on Dignity of End Stage Patients

Maryam Avizhgan[1], Ebrahim Mirshahjafari[2]

Abstract

Medicine is the most scientific way of humanity, and the most humanistic science. Its Professional communications are important due to its sensitivity and responsibility. One the most emphasized relation is patient's dignity. Evidence has shown that the correct relationship rarely will establish between physician and end stage patient and this communication is always associated with many shortcomings. This study aimed to address the patient's dignity, especially in the end stages of life. Definition and nature of dignity, human rights, patient rights, human dignity in medical practice and medical education was discussed. In addition, important issues in patient-centered communication in order to maintain patients' dignity, especially at the end life (include: accurate information to patients, how to announce bad news, privacy, confidentiality, reliability, choice and decision-making, dealing with requests for inappropriate treatment, euthanasia and unconditional respect) was considered.

Keywords: *Dignity, patient, medicine, end stage patients*

Addresses:
[1] (✉) PhD Student in Curriculum Planning, School of Educational Sciences and Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran. E-mail: avizhgan@yahoo.com
[2] Associate professor, Department of Educational Sciences, School of Educational Sciences and psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran. E-mail: sebrahimjafari@yahoo.com

[Downloaded from ijme.mui.ac.ir on 2026-11-05]