

الموافقة المستنيرة دراسة في الأخلاق الطبية

د. محمد كمال الجيزاوي⁽¹⁾

ملخص:

تعد الأخلاق الطبية أحد أهم فروع الأخلاق التطبيقية، وتهتم ببحث المشكلات الأخلاقية الناتجة عن التقدم الطبي، ورغم حداثة مصطلح الأخلاق الطبية إلا أن الأخلاق الطبية ذاتها قديمة قدم الفكر الفلسفي، وتدور الدراسة حول أحد أهم موضوعات الأخلاق الطبية وهو الموافقة المستنيرة، وهي الموافقة التي يقوم بها المريض أو المبحوث على ممارسة العمل الطبي أو البحثي الطبي عليه، وندتاول الموافقة المستنيرة من خلال بيان مفهومها وشروطها وعوائقها، ثم نتناول بالتفصيل الموافقة المستنيرة في مجال العمل الطبي، والموافقة المستنيرة في الأبحاث الطبية على البشر، ونختتم بحثنا بالنتائج والتوصيات التي توصلنا إليها.

Informed Consent Study In Medical Ethics

Abstract

Medical ethics is one of the most important branches of applied ethics, and is interested in researching ethical problems resulting from medical progress, and despite the recentness of the term medical ethics, medical ethics itself is as old as philosophical thought, and the study revolves around

1- مدرس بقسم الفلسفة، كلية الآداب، جامعة كفر الشيخ.

one of the most important topics of medical ethics, which is informed consent, which is the approval that The patient or researcher on the practice of medical work or medical research on it, and we talk about informed consent by explaining its concept, conditions and obstacles, then we explain informed consent in the field of medical work, and informed consent in medical research on humans, and we conclude our research with the results and recommendations that we have reached.

تمهيد: ظهور وتطور الأخلاق الطبية

شهد القرن العشرين تطوراً هائلاً في العلوم بشكل عام وفي العلوم الطبية بشكل خاص. وترتب على استخدام التكنولوجيا الخوض في مجالات ما كان لأحد أن يحلم بها من قبل. هذا التطور خلف العديد من المعضلات الأخلاقية التي كان على الفلسفة أن تبحث لها عن حلول، حيث "أجبرت حاجة المجتمع الفلاسفة على إيجاد حلول لمشكلاتهم وعلى الالتفات إلى الأخلاق التطبيقية"² هذا السعي الحثيث من جانب الفلاسفة لإيجاد حلول معاصرة للمشكلات الطبية قد واجه معارضة من البعض الذين يؤكدون على أن الفلسفة ما زالت علماً معيارياً يفتقد إلى الدقة الموضوعية التي يتمتع بها العلم، هذا التعارض بين التيارين أبرزه د.حسين على في بحثه العلم والتعاليم الأخلاقية رؤية معاصرة مؤكداً انحيازه للتيار الأول حيث ذهب إلى أن "الفلسفة ليست منعزلة عن الواقع، فهي تبدأ من دراسة

2- ناهدة البقصي: الهندسة الوراثية والأخلاق، عالم المعرفة، الكويت، ع 174، يونيو

1993، ص 56، 57

مشكلات الواقع لتضع لها الحلول مستندة على النظريات الفلسفية المختلفة³. وقد استمر انصار التيار الأول في مجهوداتهم في التصدي للعديد من التحديات الأخلاقية التي نتجت عن استخدام التكنولوجيا الطبية "خاصة في مجال البحوث الطبية الحديثة والتشريعات المواكبة لذلك من الاستئساخ إلى الإجهاض إلى القتل الرحيم والتلقيح الصناعي وغيرها"⁴. وقد لاقت توجهات وآراء الفلاسفة الكثير من التأييد من داخل المجال الطبي وغيره من المجالات المعرفية والإنسانية الأخرى فانضم لهم "الأطباء ورجال الدين والمحامين فتم تأسيس مجلات ومراكز بحوث ولجان أخلاقية ودرجات خاصة في الأخلاق الطبية"⁵. ورغم أنه من الصعب وضع تعريف جامع مانع للأخلاق الطبية بين كل فروع المعرفة العلمية إلا أن المهمة ليست بالمستحيلة فقد عرفها البعض بأنها الأفكار التي تواجه الطبيب حين يعالج المرضى أو تواجه الباحث في المجال الطبي حين يجري أبحاثه الطبية، وكذلك "العلاقة التي يجب أن تتوفر بين الطبيب والمريض في فترة العلاج،

3- د حسين علي: العلم والتعاليم الأخلاقية رؤية معاصرة، الفلسفة التطبيقية، تحرير

د.مصطفى النشار، الدار المصرية السعودية، القاهرة، 2000، ص 353.

4- د. سامية لحولود، د. زكية مقري، د. نعيمة يحيى، أ. ريمة باشة: دور الأخلاقيات الطبية

في حماية حقوق المريض من خلال الالتزام بالضوابط الشرعية، المجلة العالمية للتسويق

الإسلامي، بريطانيا، المجلد 4، العدد3، سبتمبر 2015، ص 47

5 -William Ruddick: MEDICAL ETHICS, Encyclopedia of Ethics. Lawrence and Charlotte Becker, eds. 2nd edition. Garland 1998, in <http://www.nyu.edu/gsas/dept/philo/faculty/ruddick/papers/medethics.html>

واستخدام التكنولوجيا في الطب وما قد ينتج عنها من مشكلات أخلاقية⁶ وبذلك شدد الدكتور حسين على في تعريفه للأخلاق الطبية على جانب مهم وهو طبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض. لكننا نجد تعريفاً آخر يتجاوز فيه الأستاذين صبحي، زيدان طبيعة هذه العلاقة الشخصية إلى مجال أكثر رحابة وهو تجاوز العوائق الدينية فوصفا الأخلاق الطبية بأنها "علمانية، ولا تتألف من قواعد ثابتة مطلقة وإنما يجري عليها التغير والتعديل حسب كل حالة جزئية. والمقصود بالأخلاق العلمانية أن تبتعد عن أي عقيدة دينية أو مذهب لاهوتي"⁷. لكن إذا كان الأستاذين صبحي، زيدان لا يركزان على الجانب الديني ولا يعطونه الأهمية الكبرى في تشييد نسق الأخلاق الطبية فإننا نجد في المقابل أن هناك من يشددون على أهمية دور الدين في ضبط هذه العملية الأخلاقية إذ يطالبوا "بوضع قيم وأصول أخلاقية للممارسات الطبية من خلال القيم الواردة في النصوص الدينية وأدبيات الفطرة البشرية السليمة، والتي تؤدي بنا للتعامل مع المريض تعاملًا كليًا بمراعاة كافة جوانب حياته النفسية والجسدية والاجتماعية والثقافية والدينية الخ⁸، ورغم الاختلاف الواضح بين التعريفين السابقين إلا أن هناك ثمة تشابه بينهما وهو الاهتمام بالجانب الإنساني في هذه الأخلاق.

6- د حسين على: فلسفة الطب، الدار المصرية السعودية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2009، ص 17

7- أحمد محمود صبحي، محمود فهمي زيدان: في فلسفة الطب، دار النهضة العربية، بيروت، 1993، ص 141

8- د حسن عباس حسن: نظرة في مفهوم الأخلاق الطبية، شبكة أهل البيت، في: <http://www.ahlolbayt.net/modules.php?name=News&fileprint&sid=141>

التطور التاريخي للأخلاق الطبية: رغم أننا أشرنا إلى أن مصطلح الأخلاق

الطبية مصطلح حديث النشأة ارتبط باستخدام التورات التكنولوجية في مجال الطب، إلا أن هذا لا يعني أن الأخلاق الطبية كانت غائبة في التراث الفكري الإنساني عبر العصور، ورغم أن كثيرين ممن يتحيزون للحضارة الغربية ويستخدمون أطروحة المعجزة اليونانية "إلا أن المعجزة اليونانية قبلها معجزات ومعجزات. فقد سبقتها آلاف الجهود العالمية في مصر وبلاد ما بين النهرين"⁹ لذلك نجد أنه برغم تجاهلهم إلا أن الاهتمام بالأخلاق الطبية يرجع إلى عصور سابقة على أبقراط* "حيث نجد إرهابات للأخلاق الطبية في مدونة حمورابي في بلاد ما بين النهرين ومدونة بكخوريس في مصر"¹⁰. وتكشف لنا البرديات الفرعونية الرسالة الفلسفية والأبدية للطب، وأن المصريين القدماء قد اهتموا بالعلاج بالسحر في حقبة ما قبل التاريخ، شأنهم في ذلك شأن جميع الشعوب البدائية، وظهر العلاج الطبي عند المصريين القدماء في الحقبة التاريخية في أعقاب اكتشاف الزراعة، حيث أدرك الجميع أهمية فحص المريض ثم علاجه عن طريق المواد والأساليب التي تؤدي إلى أفضل النتائج، وتوجد عشرات البرديات الطبية التي تعود جميعها تقريباً للدولة الحديثة، وأهمها بردية إيبس Ebers أقدم بردية معروفة وترجع إلى الأسرة الثامنة عشرة 1530 ق.م. وكذلك بردية إدوين سميث المكتشفة عام 1862م والتي نشرها برستيد عام 1930م وتتضمن ثمانين

9- م. ع. مرحبا، م. د. حسن، ع. ي. زيعور: بدايات الفلسفة الأخلاقية، مؤسسة عز الدين

للطباعة والنشر، بيروت، ط1، 1995، ص 28

* أبقراط ولد بجزيرة كوس 460 ق.م، تعلم صناعة الطب عن أبيه وتوفي 365 ق. م

10- د حسين على: فلسفة الطب، مرجع سابق، ص 20: 22

تجارب علمية مثيرة للإعجاب والدهشة¹¹. وكان الطبيب ملزمًا بتطبيق القواعد الطبية فإن خالفها، ومات المريض بسبب هذه المخالفة، كانت عقوبة الطبيب الإعدام، أما إذا طبق الطبيب القواعد الطبية، ولم يخرج عليها، وبرغم ذلك توفي المريض، فلا عقوبة على الطبيب¹²، أما في بلاد النهرين فقد اهتمت مدونة حمورابي بالعقوبات التي يتم توقيعها على الأطباء المهملين في العلاج فالطبيب الذي يجري عملية جراحية أو يفتح عين إنسان حر ويتسبب في وفاته أو فقد بصره يعاقب بقطع يده، أما إن كان المريض عبدًا فالعقوبة تعويض المالك بعد مثله. والطبيب الذي يتقاضى أجرًا أكبر مما هو مقرر يعاقب بالحبس، أما الطبيب الذي يسقط حمل امرأة فيدفع غرامة مالية ويجلد خمسين جلدة¹³. وبعد هذا التاريخ في الشرق ظهر الاهتمام بالأخلاق الطبية في الغرب حين جاء أبقرراط ليضع ميثاقًا لمزاولة مهنة الطب يتعهد فيه الطبيب بالعديد من القواعد الأخلاقية حيث يقسم الطبيب لن أعطي عقارًا مميئًا لأي إنسان إذا سألني إياه، ولن أعطي اقتراحًا بهذا الشأن. وكذلك لن أعطي لامرأة دواءً مجهضًا. وسوف أحافظ على حياتي وفني بطهارتي وتقواي. ولن أستخدم الموسيقى حتى مع الذين يعانون من الحصوات داخل أجسامهم. وسوف أراجع لمصلحة الرجال المشتغلين بهذا العمل. وأيا كانت البيوت التي قد أزورها، فإنني سأدخل لنفعم المريض، على أن أظل بعيدًا عن

11-كريستيانو داليو: الطب عند الفراعنة، ترجمة إبتسام محمد عبد المجيد، الهيئة المصرية العامة

للكتاب، 2013، ص 19، 21: 22، 28: 30

12- د محمد على البار، د حسان شمسي، د عدنان أحمد البار: موسوعة أخلاقيات مهنة الطب،

مكتبة كنوز المعرفة، جدة، ط1، 2012، ص 81

13- السابق ص 82: 83

جميع أعمال الظلم المتعمد، وجميع الإساءات وبخاصة العلاقات الجنسية سواء مع الإناث أو مع الذكور أحرارًا كانوا أو عبيدًا. وسوف أظل حريصًا على منع نفسي عن الكلام في الأمور المخجلة، التي قد أراها أو أسمعها أثناء فترة المعالجة وحتى بعيدًا عن المعالجة فيما يتعلق بحياة الناس، والتي لا يجوز لأحد أن ينشرها. وهو القسم الذي أصبح أساسًا فيما بعد لمزاولة مهنة الطب. وفي إطار ثقافتنا الإسلامية والعربية نجد الدعوة للحفاظ على الجسد من خلال الأمر بالتداوي والعلاج في إطار مقاصد الشريعة وهي الحفاظ على الحياة، والعقل، والجسد، والعرض، والمال. فالتداوي من الأمراض المختلفة والوقاية منها يأتي من باب الحفاظ على حياة الإنسان وسلامة عقله وجسده محققًا بذلك ثلاثة من مقاصد الشريعة الغراء، وحتى يحقق العمل الطبي أهدافه ويعد عملاً أخلاقياً يجب أن تكون أهدافه مستمدة من الأسس الشرعية مثل قاعدة النية أو القصد فيجب أن يكون هدف الطبيب ونيته العلاج، وأن تشخيص الطبيب لمرض معين وعلاجه هو لحين الحصول على معلومات مؤكدة تشير لغير ذلك، وأن يكون الهدف من التدخل الطبي إزالة الضرر وحدوث الشفاء طبقاً لقاعدة الضرر يزال ولا ضرر ولا ضرار مما يوجب على الطبيب اتخاذ قرار العلاج الأكثر فائدة والأقل ضرراً للمريض، وقاعدة المشقة التي تبيح للطبيب علاج المريض بعلاج يبيح ما لم يكن مباحاً طبقاً لقاعدة الضرورات تبيح المحظورات، وأخيراً قاعدة العرف¹⁴ كما يقدم لنا الرازي مثلاً لما يجب أن يكون عليه سلوك الطبيب في كل العلاقات المتعلقة

14- د. سامية لحولود، د. زكية مقري، د. نعيمة يحيوي، أ. ريمة باشة: مرجع سابق، ص

بالعمل التي يدخل فيها ففي تعامله مع المرضى "ينبغي للطبيب أن يكون رفيقاً بالناس، حافظاً لغيبيهم، كتوماً لأسرارهم، لاسيما أسرار مخدومه"¹⁵. وفي إطار كتمان أسرار المرضى وغيض البصر يجب على الطبيب إذا دخل منزلاً "وعالج من نسائه أو جواريه أو غلمانه أحدًا فيجب أن يحفظ طرفه؛ ولا يجاوز موضع العلة"¹⁶ أما في مجال السلوك الاجتماعي والمساواة بين المرضى فإنه "ينبغي للطبيب أن يعالج الفقراء، كما يعالج الأغنياء"¹⁷، وعلى المستوى الشخصي والسلوك الواجب على الطبيب اتباعه حتى يحظى باحترام المرضى ينبغي على الطبيب أن "يمنتع عن معاورة الخمر"¹⁸

أما إذا انتقلنا إلى عصر النهضة والعصر الحديث فنجد أنهما تميزا بوضع القواعد الكبرى في الطب وظهور عباقرة الأطباء وبعض الاكتشافات المبهرة، غير أن هذه التطورات اتسمت بالبطء والاعتماد على العرف والمعتقدات خاصة الدينية، ومع ولوج القرن التاسع عشر حتى اليوم فقد تم وضع قواعد الطب الحديث وظهور الكثير من القضايا الناجمة عن التطور التقني في العلوم الطبية¹⁹ وشهد العصر الحديث محاولات متتالية ومضنية من العلماء والأطباء في الصراع " مع

15- أبي بكر محمد بن زكريا الرازي: أخلاق الطبيب، تقديم وتحقيق د عبد اللطيف محمد العبد،

مكتبة دار التراث، ط1، 1977، ص 27

16- السابق ص 28

17- السابق ص 37

18- السابق ص 65

19- عبد اللطيف بريش: تأملات في المظاهر التقنية والخلقية الناجمة عن تطور العلوم

الطبية، الأكاديمية، المغرب، العدد 8، ديسمبر 1999، ص 157، 158

الأمراض المزمنة والمستعصية ولقد استعمل الأطباء، في تحفزهم للقضاء على آثار الأمراض وإرجاء لحظة النهاية المحتومة إلى حين، وسائل جديدة متعددة²⁰. وأدى التطور الكبير في التكنولوجيا واستخداماتها الطبية إلى ظهور مشكلات أخلاقية جديدة لم تكن موجودة من قبل، وتزامن ذلك مع زيادة الانتهاكات الأخلاقية في ظل الرغبة العارمة في تحقيق أكبر قدر من المكاسب المادية وتحقيق سبق العلمي²¹، وكذلك "زيادة نسبة الخروقات الأدبية والأخلاقية من قبل الأطباء الممارسين"²² مما جعل الأخلاق الطبية مثار اهتمام واضح، تبتعد عن التأملات النظرية المجردة وتستند إلى مسائل عملية تنبثق من الواقع وتتعلق بمشكلات الحياة اليومية وأمور الصحة والمرض²³ وتفرض على المؤسسات المسؤولة عن إعداد الطبيب وفي مقدمتها كليات الطب الاتجاه نحو الاهتمام بتدريس الأخلاقيات الطبية للطلبة وإكسابهم السلوكيات المثلى في التعامل مع المرضى²⁴. وفي هذا الإطار تم وضع مجموعة من المبادئ أو الأسس التي تقوم

20- د أحمد السعيد شرف الدين: الحدود الإنسانية والشرعية والقانونية للإنعاش الصناعي،

مجلة الحقوق والشرعية، الكويت، المجلد 5، العدد2، يونيو 1981، ص 120

21- د. سامية لحولود، د. زكية مقري، د. نعيمة يحيوي، أ. ريمة باشة: مرجع سابق، ص 47.

22- دكتور سفيان حمودة: أخلاقيات مزاوله المهنة الطبية من وجهة نظر المقاصد الشرعية

الإسلامية، المؤتمر العلمي العالمي، جمعية العلوم الطبية الإسلامية ونقابة الأطباء الأردنيين

والاتحاد العالمي للجمعيات الطبية الإسلامية، عمان، 17 تموز من عام 2004 م.

23- د حسين علي: فلسفة الطب، مرجع سابق، ص 15

24- عبد الكريم عبد الصمد السوداني، نعمة عبد الصمد الأسدي: مستوى الأخلاقيات الطبية

لدى أعضاء هيئة التدريس والطلبة في كليات الطب العراقية، مجلة العلوم الإنسانية، العراق،

العدد 15، 2013، ص 199

عليها الأخلاقيات الطبية المتطورة سواء العلاجية أو البحثية يحددها البعض بأنها الإحسان وعدم الإيذاء والعدالة واحترام الاستقلال الذاتي²⁵ بينما حصرها آخرون في الذاتية بمنح المريض حق إبداء الرأي في أي إجراء طبي، ودفع الضرر بمنع والامتناع عن كل ما يؤذي المريض، والمنفعة بالقيام بكل ما في صالح المريض والمجتمع، والعدالة في النظر للمنفعة العائدة من العمل الطبي وتكلفته والمخاطر المحتملة²⁶. وقد تنوعت الاهتمامات في الأخلاق الطبية فظهرت أخلاقيات الرعاية ذات الصلة بالعلاقات بين المهنيين والمرضى والتي حددت ريتا مانينغ Rita Maning خصائصها بأنها الاهتمام الأخلاقي بكل حالة على حدة، والتفاهم الودي بالوعي برغبات الأفراد ومصالحهم، وإدراك العلاقات الحساسة في شبكة العلاقات الإنسانية وأدوار المهنيين والمرضى، ومحاولة استيعاب احتياجات ومصالح الجميع²⁷، وأخلاقيات السياسة الصحية التي تتناول الموضوعات الصحية من منظور أخلاقي مثل حق المواطنين في معرفة تنظيمات هذا المجال، ومدى احترام حرية وكرامة الأفراد في حملات إشهار التدخين، ومدى التزام مبادئ العدالة والمساواة في دخول مراكز العناية الصحية، وهل هناك حق في الصحة أم

25- The Bioethics of the Circumcision of Male Children in

انظر كذلك د حسين علي: العلم والقيم <http://www.cirp.org/library/ethics/>.

الأخلاقية، العلم والقيم الأخلاقية – رؤية معاصرة، أم القرى للطباعة والنشر والتوزيع، 2008، ص 53: 58

26- د. سامية لحولود، د. زكية مقري، د. نعيمة يحيوي، أ. ريمة باشة: مرجع سابق، ص 50.

27- N G Messer: Professional-patient relationships and informed consent, Medical Journal, 2004, 80, page 279

حق في العلاج²⁸. وأخلاقيات البحث العلمي في المجال الطبي والتي نتناولها في إطار بحثنا، ولعل أهم التطورات الحادثة في هذا المجال وما أسفرت عنه نقاشات الفلاسفة وعلماء الاجتماع والقانون والأطباء هو مفهوم الموافقة المستنيرة.

المبحث الأول

مفهوم الموافقة المستنيرة وشروطها وعوائقها

أولاً: تعريف الموافقة المستنيرة Informed Consent

يستخدم المفكرون مصطلح الموافقة المستنيرة Informed Consent للدلالة على موافقة المريض أو المبحوث على العمل الطبي أو البحثي الذي يتم إجرائه معها أو تجريبه عليه. ويميز الفقه بين مصطلح تبصير المريض ومصطلح إعلام المريض على أساس أن التبصير أكثر دقة وتحديداً، حيث لا يتوقف الأمر عند مجرد إعلام المريض بما سيقدم عليه فقط، بل تبصيره حتى يأذن بالتدخل الطبي وهو على بصيرة ومعرفة مستنيرة بهذا التدخل الطبي وعواقبه. كما أن الإعلام يكون قبل إبرام العقد بينما التبصير يمتد لتنفيذ العقد وتنفيذ الطبيب للالتزامات المكلف بها بما فيها تمكين الطبيب مريضه من معلومات كافية تمكنه من اتخاذ قراره بقبول العلاج أو رفضه عن فهم وإدراك كاملين²⁹. ويستلزم شرط الاستنارة بعداً أخلاقياً ونفسياً هاماً هو الوعي Consciousness الذي يعرفه البعض بأنه "إدراك المرء لذاته وأحواله وأفعاله إدراكاً مباشراً، وهو أساس كل معرفة، وله مراتب

28 - د أحمد عبد الحليم عطية: الأخلاقيات الحيوية الطبية، دفاثر فلسفية، كرسي اليونسكو للفلسفة فرع جامعة الزقازيق بالاشتراك مع جمعية الفنون والآداب، مصر، العدد 9، 2015، ص 109

29 - مراد ابن صغير: مدى التزام الطبيب بتبصير المريض: دراسة علمية تأصيلية مقارنة، مجلة الحقوق، الكويت، المجلد 34، العدد 4، ديسمبر 2010، ص 270، 271

متفاوتة في الوضوح، وبه تدرك الذات أنها تشعر وأنها تعرف ما تعرف³⁰. كما يعرفه آخرين بأنه تعبير عن حالة عقلية يدرك فيها العقل الموضوعات المختلفة ويكون على تواصل مباشر مع محيطه الخارجي، ويمتلك القدرة على الإدراك الحسي للعلاقة بين الكيان الشخصي الذاتي والمحيط الطبيعي له³¹. وإدراك الموضوعات المختلفة ومن خلاله يمكن للعقل البشري إصدار أحكام معيارية/قيمية، تلقائية وفورية، على القيمة الأخلاقية لبعض الأعمال الفردية المحددة³² ومن مصطلح الوعي اشتق الفعل Consentement ويعني موافقة على إقرار أو عمل إرادي يقرر بموجبه أو حتى يعلن صراحة بمقتضاه، عدم المعارضة لفعل معين بادر إليه آخر³³. وفي الوقت الذي انتشر فيه مصطلح الموافقة المستنيرة فإن البعض يفضل عن حق استخدام مصطلح الاختيار المستنير ذلك أن "الخيار يعني تقديم الخيارات التي يمكن للمرضى أن يفضلونها بما في ذلك عدم القيام بفعل"³⁴ وذلك على خلاف الموافقة التي تعطي إحياءً نفسياً للمريض أو المبحوث بالموافقة على ما يعرض عليه مسبقاً.

وتوجد تعريفات متعددة للموافقة المستنيرة ومنها أنها فعل المقصود منه "الحصول حقيقة على الرضاء المستنير من المريض، كما أن إهمال الطبيب في الحصول على رضا المريض على هذا النحو يجعله مسؤولاً عن نتائج فعله. أما

30- د إبراهيم مذكور وآخرين: المعجم الفلسفي، الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية، مصر، 1983، ص 215

31 - د مصطفى حسبية: المعجم الفلسفي، مرجع سابق، ص 694

32 - أندريه لالاند: موسوعة لالاند الفلسفية، م 1، تعريب خليل أحمد خليل، منشورات عويدات، بيروت، ط2، 2001، ص 211، 212

33 - أندريه لالاند: مرجع سابق، ص 214

34- M Stirrat, R Gill: Autonomy in medical ethics after O'Neill, journal of medical ethics, 2005, 31, page 129

الاختيار المستنير فيقصد به أن يكون الرضا عن بصر وبصيرة، بعواقب استخدام التدخل الطبي على جسد المريض، أو على الأقل العلم بمحدودية وضآلة الآثار المترتبة على عمل طبي ما³⁵. ويصل الأمر في حالة عدم وجود موافقة مستنيرة من جانب المريض لأحققته في الحصول على تعويض عن القيام بالعمل الطبي أو البحثي حتى لو أدى العلاج لشفائه. حيث يرى البعض أحقية المريض في المطالبة بالتعويض، وتزويد إمكانية الحصول على تعويض " إذا كانت إرادة المريض أو مبادئه ومعتقداته الدينية أو الأخلاقية تحولان دون استخدام بعض الإجراءات الطبية كما في الأشخاص الذين يمانعون لأسباب تتعلق بالدين إجراء عمليات نقل الدم أو نقل الأعضاء البشرية لهم، أو استخدام المخدرات في علاجهم، إذ قد يشكل ذلك ضرراً معنوياً يستوجب تعويضاً أكبر، وبغض النظر عن سلامة الباعث الذي دفع بالطبيب للقيام بذلك"³⁶. ويعرف آخريين الموافقة المستنيرة بأنها "العملية التي يقوم من خلالها مقدم الرعاية الصحية المعالج بالإفصاح عن المعلومات المناسبة للمريض المختص حتى يتمكن المريض من الاختيار الطوعي لقبول أو رفض العلاج"³⁷. ويرى البعض أن الموافقة المستنيرة تقوم على مبدأ استقلالية المريض وحقه في اختيار طريقة العلاج بعد إعطائه كافة المعلومات حولها أو الموافقة على إجراء البحث عليه بعد معرفته بكل جوانبه فلا يجوز الحصول على الموافقة الصحيحة إلا من قبل شخص مطلع، يمتلك القدرة على اتخاذ القرار، وأن تكون الموافقة طوعية وليست قسرية، وأن يقدم الأطباء جميع المعلومات المادية للمرضى أو ممثليهم قبل الحصول على الموافقة، مع

35- الدكتور. هيثم حامد خليل المصاروة: مدى الاعتداد بإرادة المريض في الأعمال الطبية،

مجلة الفكر الشرطي، الإمارات، المجلد 24، العدد 93، أبريل 2015، ص 237، 238

36- السابق ص 240

37- Jessica De Bord: Informed Consent, march 2014, University of Washington, in <https://depts.washington.edu/bioethx/topics/consent.html>

تقديم معلومات كافية عن العلاجات البديلة³⁸. ويلاحظ أن بعض العاملين في مجال الرعاية الصحية يخطئون حين يظنون أن استمارة الموافقة هي ذاتها الموافقة المستنيرة بينما "الموافقة المستنيرة هي العملية والإجراءات التي تتم إنشاء اطلاع المريض أو المبحوث على العلاج أو البحث والتفكير فيه قبل الموافقة عليه، ويؤخذ توقيع المريض أو المبحوث على النموذج المعد ليكون دليلاً على حدوث الموافقة المستنيرة"³⁹، وفي حالة إذا ما رفض المريض القيام بالإجراء العلاجي المطلوب فإنه من الممكن أن يطلب توقيعه على استمارة أخرى تفيد بأنه رفض العلاج لإخلاء مسؤولية مسؤولي الرعاية الطبية

وهناك عناصر ضرورية لا بد من وجودها حتى تتحقق الموافقة المستنيرة هي:

1- أن يكون الشخص الذي يعطي الموافقة المستنيرة لديه القدرة أو القابلية

لاتخاذ القرار

2- أن يقوم مقدم الخدمة الطبية بالكشف عن المعلومات المتوفرة عن العلاج

أو الاختبار أو الإجراء الذي سيتم اتخاذه، والبدائل المختلفة له، بما في ذلك الفوائد والمخاطر المتوقعة جرائه، واحتمال أو إمكانية حدوث المنافع والمخاطر.

3- أن تكون المعلومات التي يتم إخطار المريض بها هي المعلومات ذات

الصلة بالعمل الذي سيتم إجرائه مباشرةً بحيث لا يتم تشتيت الشخص في كمية كبيرة من المعلومات بما يحد من قدرته على اتخاذ القرار.

4- إن يتم منح المريض أو المبحوث الوقت الكافي لمناقشة الأمر مع الأسرة

أو المستشارين.

38 -The Bioethics of the Circumcision of Male Children, in [http:// www.cirp.org/library/ethics/](http://www.cirp.org/library/ethics/)

39- What is informed consent and what does it mean? In <https://www.cancer.org/treatment/finding-and-paying-for-treatment/understanding-financial-and-legal-matters/informed-consent/what-is-informed-consent.html>

5- أن يكون الشخص قادرًا على فهم المعلومات الممنوحة له ولديه القدرة على استخدام المعلومات لاتخاذ القرار⁴⁰. وسوف ننتقل في الصفحات القادمة من الإجمال إلى تفصيل هذه الشروط وعرضها عرضًا تفصيليًا.

وفي الوقت الذي يرى فيه البعض أن الموافقة المستنيرة لا معنى لها ولا يفهمها معظم المرضى والمتطوعين في البحوث الطبية وأن "الأشخاص المدربين طبيا فقط"، وأحيانا ليس جميعهم، عند تطوعهم كمواضيع للبحوث السريرية غير العلاجية، أظهروا الفهم الكافي للآثار المترتبة على موافقتهم الطوعية، وفي السياق البحثي، فإن "الموافقة المستنيرة لها القليل من المعنى أو لا معنى لها"⁴¹. كذلك فإن الغرض من الموافقة المستنيرة هو تقديم تأكيد معقول بأن المريض لم يتم خداعه أو إكراهه حتى يوافق على العمل الطبي أو البحثي "ومع ذلك، فإن مجرد التوقيع على نموذج الموافقة المستنيرة في حد ذاته قد لا يوفر هذا التأكيد"⁴². خاصة اذا كان من الصعب التأكد من أن المريض قد فهم طبيعة ونتائج المخاطر المحتملة مما يصل إلى أن يصبح التأكد من حدوث الموافقة المستنيرة شبه مستحيل ويصل الأمر في النهاية كما يري جي سي جراهام: J C Garnham إلى أن يصبح الطبيعى هو "افتراض أن الموافقة المستنيرة قد تم الحصول عليها بشكل خاطئ. ومن المرجح أن الحصول على موافقة مستنيرة حقا نادرا ما يتم

40- Richard A Wagner: informed Consent, in https://www.emedicinehealth.com/informed_consent/article_em.htm. Also What is informed consent and what does it mean? In <https://www.cancer.org/treatment/finding-and-paying-for-treatment/understanding-financial-and-legal-matters/informed-consent/what-is-informed-consent.html>.

41 -Kenneth Boyd: The impossibility of informed consent?, Journal of Medical Ethics, 2015, vol 41, page 44

42- N G Messer: Professional-patient relationships and informed consent, Medical Journal,2004, vol 80, page277

الحصول عليها"⁴³. وفي المقابل فإن الأغلبية من المفكرين يرون أهمية الموافقة المستنيرة وأنه من الواجب أن يكون " المريض على علم بالمخاطر الهامة، والآثار الجانبية لأي علاج مقترح، وأن هذه المعلومات يجب أن تشكل جزءًا من علاقة ثقة بين المريض وطيبه"⁴⁴، بل أن الموافقة المستنيرة تعد ضمانة أساسية للمرضى والمبجوثين للثقة في مقدمي الرعاية الصحية والمؤسسات البحثية الطبية، وأن أي مخالفة لها تفقد المرضى أو المبجوثين الذين قد يتم خداعهم الثقة في هذه المؤسسات "وقد يصبح فقدان الثقة نهائي. ومن ثم فقد يفقدون الثقة في الأطباء حسني النية، وفي الأدوية التي قد يحتاجونها في المستقبل، بل قد يحصلون لأنفسهم على عقاقير أكثر ضررا أو يعلقون آمالهم في الخرافات والبدع"⁴⁵. وزادت أهمية دراسة الموافقة المستنيرة في ظل عدم كفاية اللوائح والمواثيق الطبية وعدم تناسبها مع التطورات العلمية الحالية أو وضعها حلول للمشكلات التكنولوجية المستجدة مما يجعل الطبيب وعالم الأحياء عاجزين عن وجود ما يمكن الرجوع إليه للحكم على المواقف التي تواجههما⁴⁶. وقد زادت أهمية الموافقة المستنيرة وتطورت عبر الزمن بدءًا من كود نورمبرج 1947*، ومرورًا

43- J C Garnham: Some observations on informed consent in non-therapeutic research, Journal of Medical Ethics, 1975 , vol1, page 143

44- Grant R Gillett: Informed consent and moral integrity, Journal of medical ethics, vol 15, 1989,page 117

45 -Nir Eyal: Using informed consent to save trust, Journal of Medical Ethics 2014, page 437

46 -د حسين على: العلم والقيم الأخلاقية – رؤية معاصرة، مرجع سابق، ص 51

* كود نورمبرج Nuremberg Code أحد أهم المواثيق الدولية المعاصرة بخصوص التجارب على البشر، تم وضعها بعد محاكمة اطباء النازي بتهمة تتعلق بإجراء تجارب غير مشروعة على البشر أثناء الحرب العالمية الثانية

بإعلان هلسنكي 1964، تقرير بلمونت 1979، المؤتمر الدولي للموائمة gcp
1996⁴⁷

ثانيًا: شروط صحة الموافقة المستنيرة:

توجد العديد من الشروط الواجب توافرها حتى تعد الموافقة المستنيرة الصادرة
من المريض أو المبحوث صحيحة ومن أهم هذه الشروط:

1- الأهلية: ويقصد بالأهلية هنا صلاحية الشخص لإصدار الموافقة
المستنيرة، والأهلية المطلوبة هنا تختلف عن الأهلية القانونية والتي تشترط البلوغ
والوصول لسن معين دون وجود مانع أو عارض من عوارض الأهلية، فالأهلية
هنا تعني القدرة على اتخاذ القرار من الناحية القانونية والطبية واتخاذ القرارات فيما
يتعلق بالرعاية الصحية أو الاشتراك في الأبحاث الطبية وهو ما يختلف من
شخص لآخر، وعند نفس الشخص من وقت إلى آخر، ويختلف عن الأهلية
القانونية فمثلاً " الشخص قد يكون غير قادر على إدارة شؤونه المالية، ولكنه لا
يزال مؤهلاً للبت في مشاركته في البحث السريري، وقد يصبح البالغون غير
مؤهلين بشكل مؤقت أو دائم... فالأهلية هنا يقصد بها القدرة على فهم المعلومات
ذات الصلة بالقرار، وتقدير أهميته لحياته وحالته، والباعث وراء استخدام
المعلومات ذات الصلة، والاختيار والتعبير عن اختياره"⁴⁸. مع مراعاة أنه في ظل
القانون المصري فإنه لا يكفي الأهلية والرضاء لإعفاء الطبيب في حالة الخطأ
الطبي، حتى لو أقر المريض بعدم مسؤولية الطبيب عن الأضرار التي تحدث
نتيجة الخطأ الطبي ذلك أن "شروط عدم المسؤولية الذي بمقتضاه يتنازل المريض

47-Lokesh P. Nijhawan, Manthan D. Janodia, B. S. Muddukrishna, K.
M. Bhat, K. L. Bairy, N. Udupa, and Prashant B. Musmade: Informed
consent: Issues and challenges, Journal of Advanced Pharmaceutical
Technology & Research, v4 (issue 3), jul-sep 2013, p 135

48 -N G Messer: Professional-patient relationships and informed
consent, Medical Journal,2004,80, page2079,280

عن حقه في التعويض في حالة الأضرار الناتجة عن خطأ الجراح، يعتبر شرطاً باطلاً⁴⁹.

2- تقديم المعلومات الكافية: التزام الباحثين والأطباء بتقديم المعلومات الكافية لكي يفهم المبحوث أو المريض ما يوافق عليه هو التزام أصيل، حيث يلتزم الباحثين والأطباء بالشرح الكافي الوافي لكل ما يتعلق بالعمل البحثي والطبي للمبحوث والمريض حتى يكون على علم بما يوافق عليه "و ضمان أن كل فرد يفهم كل إجراء... وأن يكفلوا الكشف عن المعلومات بطريقة مفهومة وأن يضمنوا أيضاً أن تستند قرارات التسجيل إلى فهم دقيق لتلك المعلومات وأن تكون خالية من الإكراه والتأثير غير المبرر، وينبغي أن ينظر الباحثون أيضاً في الكيفية التي يمكن أن يؤثر بها السياق الظرفي لنقاش الموافقة على استيعاب المعلومات المتعلقة بالمخاطر"⁵⁰، وأن تتوفر للمريض المعلومات الكافية عن العمل الطبي أو البحثي المقترح ونتائجه المحتملة، بحيث لا تؤدي الظروف المحيطة بالمبحوث أو المريض للتأثير على إدراكه للمعلومات التي يتلقاها وبالتالي في قراره بشكل غير سليم. ويثير هذا الشرط الكثير من الإشكاليات مثل ما هو القدر الكافي من المعلومات الضرورية التي يجب أن يكون المريض أو المبحوث ملماً بها حتي يقال أن الموافقة المستنيرة قد تحققت. ويوضح لنا أونيل O Neill إحدى المشكلات وهي التعقيم ومثلاً على ذلك بقوله "نفرض أن المريض قد وافق على الإجراء A ، الذي ينطوي منطقياً على الإجراء B ، ويكون له النتيجة المحتملة C. في هذه الحالة إذا كان المريض جاهلاً بالعلاقات والصلات بين A و B و C ، وقال أنه لم يعط موافقته المستنيرة ل B أو C، على

49- د أحمد السعيد شرف الدين: زراعة الأعضاء والقانون، مجلة الحقوق والشريعة، الكويت،

المجلد 1، العدد 2، يونيو 1977، ص 167

50- Danielle Bromwich, Annette Rid: Can informed consent to research be adapted to risk?, journal of medical ethics, 2015, vol 41, page 521

الرغم من أن المختصين يعرفون هذه العلاقات والصلات بشكل بديهي⁵¹ فى هذه الحالة إذا لم يوضح المختصون هذه العلاقات فإن موافقة المريض أو المبحوث تعد موافقة معتمدة حيث تمت الموافقة دون توضيح كاف للعلاقات والنتائج المترتبة على الإجراء الأساسى الذى يعرفه المريض أو المبحوث بشكل واضح. كما يثار التساؤل حول ما إذا كانت موافقة واحدة تكفى لكل الإجراءات الطبية أو البحثية أم يجب الحصول على موافقة محددة لكل إجراء منفرد، وهنا يشير أونيل إلى ضرورة التمييز بين الموافقة العامة والمحددة، وضرورة مراعاة ما إذا كانت الموافقة العامة "يمكن أن تشير إلى الموافقة الصحيحة على مجموعة من الإجراءات المختلفة، أو ما إذا كان يجب الحصول على موافقة محددة لكل إجراء منفرد".⁵² ونرى أنه إذا كانت الإجراءات المتتالية لا يوجد بينها خلاف جذري، أو أنها مترتبة على بعضها البعض بطريقة لزومية، وأن المريض أو المبحوث يفهم ذلك فإنه لا يشترط الحصول على موافقة على كل إجراء، وإن كان هناك خلاف جذري بينها، أو أن هناك تطورات أثناء العلاج أو البحث لم تكن متوقعة فى البداية، وتؤثر تأثيراً جوهرياً فى طبيعة العلاج أو البحث فإنه يجب الحصول على موافقة محددة للإجراءات الجديدة.

3- **الإرادة الحرة:** يجب أن تتوفر لدى المريض أو المبحوث الإرادة الحرة الكاملة عند اتخاذ القرار وتوقيع الموافقة المستنيرة، والمقصود بحرية الإرادة هو القدرة على القيام بعمل، أو الامتناع عن عمل، دون الخضوع لأي ضغط خارجي أو تحت تأثير قوى خارجية، بحيث نصمم ونعمل بعد تدبر وروية، وتكون أفعالنا

51- N G Messer: Professional-patient relationships and informed consent, Medical Journal,2004,80, page 280

52- N G Messer: Professional-patient relationships and informed consent, Medical Journal,2004,80, page279

وليدة معرفة وتأمل⁵³. وهذه الحرية ليست مجردة من الضوابط والثوابت والقيود والمقاصد، وإنما هي حرية تلتزم كل هذه المحددات⁵⁴. ومن أهم شروط الحرية أن تكون الإرادة مستقلة تفعل كما يشاء صاحبها، وعند كانط ترتبط "فكرة الحرية بتصور الاستقلال الذاتي ارتباطاً لا ينفصل"⁵⁵ ولهذا يعرف كانط مبدأ الحرية بأنه " قدرة الشخص على التصرف وفقاً لقوانين موضوعية التي يتبناها بنفسه"⁵⁶. والحرية عند كانط إمكانية تحتاج إلى الإرادة لتتحول إلى فعل حر يمارس الإنسان نتيجة له حرية الاختيار بين الأفعال المختلفة والبدائل المتعددة⁵⁷، وهذه الإرادة الحرة هي مصدر المسؤولية لذا أكد كانط "على المسؤولية المطلقة للإنسان باعتباره كائناً عاقلاً وحرراً"⁵⁸، والتي تدخل في نطاق ضمان أن "المريض لديه حرية الاختيار من بين البدائل الطبية دون إكراه أو التلاعب"⁵⁹. ولكن الحرية لا تكون عادةً مطلقة أو كاملة فهناك الكثير من الأمور التي تحد منها مثل وقوع

53- د زكريا إبراهيم: مشكلة الحرية، مكتبة مصر، القاهرة، ط3، 1972، ص 18، 19

54- د أسعد السحمراني: الحرية والمسؤولية، دار النفائس، لبنان، 2011، ص 37

55- د امانويل كانت: تأسيس ميتافيزيقا الأخلاق، ترجمة عبد الغفار مكاي، الدار القومية للطباعة والنشر والفنون، 1965، ص 116

56- دليلة جبار: طبيعة الحرية عند كانط من خلال فلسفته النقدية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم الفلسفة، 2004، ص 73

57- د جمال محمد أحمد سليمان: إيمانويل كانط أنطولوجيا الوجود، المكتبة الفلسفية، إشراف د أحمد عبد الحلیم عطية، دار التتوير للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، 2009، ص 423،

424

58- عماري خيرة: الإنسان في فلسفة كانط، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم الفلسفة، 2006، ص 109

59- Committee on Bioethics: Informed Consent, Parental Permission, and Assent in Pediatric Practice, PEDIATRICS, Volume 95 Number 2, Pages 314-317, February 1995, in <http://www.cirp.org/library/ethics/AAP>

المريض أو المبحوث تحت سيطرة الطرف الآخر أو تحت الإكراه المادي أو المعنوي، مثل عدم التوازن في المعرفة والسلطة بين المريض والطبيب أو الباحث، أو تأثير أطراف ثالثة على قرار المريض مثل أسرته، أو وجود علاقة تبعية بين المريض والأطباء أو الباحثين مما يؤدي لشعور بعض المرضى بوجوب الالتزام أخلاقياً بالموافقة على مشروع بحثي، أو التخوف من تأثر الرعاية الطبية سلباً إذا رفضوا أو الوقوع تحت إغراء دفع مكافآت سواء نقدية أو عينية كبيرة بما فيه الكفاية لإغراء المبحوث، أو استغلال فقر الأفراد لدفعهم للمشاركة مقابل المال، أو وجود جهات مانحة ذات سلطة مثل السجون، وهو ما سنوضحه تفصيلاً في التجارب غير المشروعة⁶⁰.

ثالثاً: العوائق التي تشوب الموافقة المستنيرة:

توجد العديد من العقبات والعوائق التي تشوب الموافقة المستنيرة وبالتالي تجعلها غير كاملة، أو غير معبرة بشكل حقيقي عن إرادة المريض أو المبحوث، ومن هذه العقبات والموانع ما يكون لغوياً، أو ثقافياً، أو صحياً، ومن هذه العوائق:

1- عائق اللغة: تمثل اللغة عائقاً ضخماً يعوق التواصل بين الطبيب والباحث من جهة، وبين المريض والمبحوث من جهة أخرى. وتزداد صعوبة عائق اللغة في المجتمعات ذات اللغات المختلفة، أو المجتمعات المستقبلة للهجرة الكثيفة، فمثلاً "يتعامل مستشفى Elmhurst في ولاية نيويورك في الولايات المتحدة الأمريكية مع أكثر من 100 لغة ولهجة في العام الواحد مما يشكل صعوبة في الحصول على ترجمة فورية في بعض الأحيان. و في كثير من الحالات تكون محاولة التبصير عبارة عن وهم نظراً لصعوبة الاتصال فيما بين

60- N G Messer: Professional-patient relationships and informed consent, Medical Journal,2004,80, page 280, 281

الطبيب والمريض⁶¹، حيث تؤدي لعدم تمكن كل من الطبيب والباحث، أو المريض والمبجوث، من التعرف على المعلومات المطلوبة بشكل واضح مما قد يوجد سوء فهم أو لبس في فهم ما يتم عرضه، وبالتالي الموافقة المستتيرة عليه. بينما من أهداف الموافقة المستتيرة الأساسية " توفير معلومات كافية للمشاركة المحتمل، بلغة يفهما بسهولة، حتى يتمكن من اتخاذ القرار الطوعي بشأن " أو " عدم "المشاركة" الدراسة البحثية"⁶². ولا تتوقف المشكلة على اختلاف اللغات فقط، بل أن اختلاف اللهجات يؤدي أحياناً لنفس المشكلة حين يكون للكلمة الواحدة معاني متعددة في اللهجات المختلفة داخل اللغة الواحدة.

2- **العائق الديني:** في الوقت الذي يرى فيه البعض أن من أهم سمات الأخلاق الطبية أن تكون علمانية تبتعد عن أي عقيدة دينية أو مذاهب لاهوتية تهتم بالإنسان في الأساس بغض النظر عن العقيدة الدينية وألا تتضمن الأخلاق الطبية أية نزعة فلسفية قبلية⁶³، فإننا نختلف مع هذا الرأي حيث نرى أن الأخلاق كاملة ومنها الأخلاق الطبية قد لا يمكن فصلها عن العقائد الدينية. فالمريض قد يرفض العلاج أو العمليات التي تتعارض مع عقيدته الدينية*. لذلك يجب في

61- أيمن خالد مساعده، نسرین محاسنة: الالتزام القانوني بتبصير المريض بالتدخل العلاجي المقترح، مجلة دراسات علوم الشريعة والقانون، الأردن، المجلد 37، العدد1، 2010، ص 193، 192

62 - Lokesh P. Nijhawan, Manthan D. Janodia, B. S. Muddukrishna, K. M. Bhat, K. L. Bairy, N. Udupa, and Prashant B. Musmade: Informed consent: Issues and challenges, Journal of Advanced Pharmaceutical Technology & Research, v4 (3), jul-sep 2013, p 134

63 - د حسين على: العلم والقيم الأخلاقية رؤية معاصرة، مرجع سابق، ص 59، 60
* يرفض شهود يهوه على سبيل المثال أي عمل طبي يتضمن نقل الدم للمريض منهم استناداً إلى اعتقادهم بأن الكتاب المقدس يوصيهم بذلك بوضوح، في العهد القديم والعهد الجديد كليهما، بأن يمتنعوا عن الدم. (تكوين ٩:٤؛ لاويين ١٧:١٠؛ تثنية ١٢:٢٣؛ اعمال ١٥:

الدراسات المثيرة للجدل سواء لأسباب دينية أو سياسية أو خلافه يجب على الباحثين التأكد مما إذا كان المشاركون يفهمون ما يشتركون فيه "وينبغي أن يشمل ذلك النظر في ما إذا كان البحث قد ينتهك المعتقدات الدينية أو غيرها من المعتقدات العميقة، مثل دراسة المنتجات المشتقة من الخنازير في الغالب من المسلمين أو الهندوس أو السيخ، دراسات عن المحددات الوراثية للإدمان على الكحول التي يمكن أن تؤدي إلى تفاقم وصمة العار والتمييز ضد الفئات المهمشة بالفعل"⁶⁴

3- عائق استمارة الموافقة المستنيرة: ويتمثل في عدم إمكانية شرح كل الاحتمالات الممكنة المترتبة على العمل الطبي أو البحثي في استمارة الموافقة المستنيرة، وبرغم أن دور الطبيب أو الباحث يأتي في هذه المرحلة ليوضح ويفسر للمريض أو المبحوث ما هو مختصر أو غامض أو ما لم يتم ذكره في الاستمارة، إلا أن الواقع يشهد أنه في ظل الزيادة المطردة في أعداد المرضى، وقلة عدد الأطباء في الجانب الآخر، يؤدي إلى عدم تمكن الأطباء والباحثين من شرح كل هذه النواحي، يزيد على ذلك عنصر الإهمال البشري، أو عدم توقع بعض النتائج المترتبة على العمل الطبي أو البحثي، وكذلك اختلاف درجة الوعي لدى الطرفين، المريض أو المبحوث من جهة، والطبيب أو الباحث من جهة أخرى. كذلك تظهر لدينا حالة اختلاف الثقافات وذلك حين يتم نقل استمارة الموافقة المستنيرة من

٢٨، ٢٩) بالإضافة إلى ذلك، يمتلئ الدم الحياة في نظر الله. (لاويين ١٧: ١٤) بناء عليه، يرفضون نقل الدم لا إطاعة الله فحسب، بل أيضا احتراماً له بصفته معطي الحياة. في ذلك انظر:

<https://www.jw.org/ar/>

64 - Ibid, p 524

مجتمع إلى مجتمع آخر ذو ثقافة مختلفة دون تغييرها بما يتناسب مع طبيعة وثقافة المجتمع الجديد وهو ما يعرف بالسيناريو الهندي⁶⁵

المبحث الثاني

الموافقة المستنيرة في مجال العمل الطبي

تعد الموافقة المستنيرة في مجال العمل الطبي العلاجي من أهم الخطوات العلاجية حيث تسبق قرار المريض بالعلاج وطريقته من عدمه، حين يعطي الأطباء معلومات للمريض حول علاج معين، وتقوم الموافقة المستنيرة على قاعدة استقلالية المريض⁶⁶ الذي يكون له الحق في اتخاذ القرارات بشأن حالته الصحية والطبية والموافقة على أي إجراء طبي علاجي يتم اتخاذه معه، والا عد ذلك تعدياً مجرماً أخلاقياً وقانونياً على سلامة الجسد. ويجب حتى تكون الموافقة سليمة أن يكون الحصول على الموافقة المستنيرة من "شخص مطلع، يمتلك القدرة على اتخاذ القرار، وأن تكون الموافقة طوعية وليست قسرية"⁶⁷. كما يجب أن يكون التبصير كاملاً؛ ومن ثم لا يكتفى بتبصير المريض جزئياً؛ وتطبيقاً لذلك فإن المستشفى العام يخالف الالتزام بالتبصير إذا تم تبصير مريضة بموضوع التدخل الجراحي، وهو عملية تعقيم، دون إخبارها أيضاً بالمضاعفات المحتملة لهذا

65- Lokesh P. Nijhawan, Manthan D. Janodia, B. S. Muddukrishna, K. M. Bhat, K. L. Bairy, N. Udupa, and Prashant B. Musmade: Informed consent: Issues and challenges, Journal of Advanced Pharmaceutical Technology & Research, v4 (issue 3), jul-sep 2013, p 137, 138

66 -Richard A Wagner: informed Consent, in https://www.emedicinehealth.com/informed_consent/article_em.htm.

67 -The Bioethics of the Circumcision of Male Children in <http://www.cirp.org/library/ethics/>

التدخل"⁶⁸. ويجب أن يراعي الطبيب في تبصيره للمريض جميع الظروف التي يراها مؤثرة وذات أهمية في تبصير المريض من حيث الحالة الصحية والنفسية، وضرورة أن يكون هذا الإعلام مفهوماً وواضحاً بعيداً عن التعقيدات أو المصطلحات العلمية الدقيقة والمعقدة بأسلوب بسيط وميسر وبلغة مفهومة واضحة. كما ينبغي على الطبيب أن يراعي سن المريض وجنسه وقوة شخصيته ومستوى تعليمه وثقافته ومدى رغبته في معرفة التفاصيل المتعلقة بحالته، ومن ثم يكون واجباً على الطبيب أن يأخذ في اعتباره درجة ذكاء المريض ودرجة استيعابه⁶⁹. ويقع عبء إثبات قيام الطبيب بالتبصير على الطبيب نفسه، ويمكنه إثبات ذلك بكل طرق الإثبات، غير أنه "لا يعتبر دليلاً على تبصير المريض أن يقدم المستشفى شهادة صادرة عن طبيب في وقت لاحق على التدخل الطبي تقيد أنه قد تم تبصير المريض بمخاطر العلاج المقترح"⁷⁰ لذا جرى العرف على الاعتماد على استمارة الموافقة المستنيرة وتوقيع المريض عليها. ولا يجوز المساس بجسد المريض بأي شكل دون موافقته حيث أن حرمة الشخص الطبيعي تعني حقه في الاعتراض على أي مساس بسلامة جسده بما في ذلك رفض الخضوع

68- محمد عبد اللطيف: مشكلات المسؤولية الطبية أمام القضاء الإداري، مجلة البحوث القانونية والاقتصادية، كلية الحقوق جامعة المنصورة، مصر، العدد 36، أكتوبر 2004، ص 64، 66

69- مراد ابن صغير: مدى التزام الطبيب بتبصير المريض: دراسة علمية تأصيلية مقارنة، مجلة الحقوق، الكويت، المجلد 34، العدد 4، ديسمبر 2010، ص 287، 288، د هيثم حامد خليل المصاروة: مدى الاعتداد بإرادة المريض في الأعمال الطبية، مجلة الفكر الشرطي، الإمارات، المجلد 24، العدد 93، إبريل 2015، ص 239

70- محمد عبد اللطيف: مشكلات المسؤولية الطبية أمام القضاء الإداري، مجلة البحوث القانونية والاقتصادية، كلية الحقوق جامعة المنصورة، مصر، العدد 36، أكتوبر 2004، ص 68، 69

لإجراء العمليات الجراحية أو التحليل الطبي⁷¹. ومن الجدير بالذكر أن وضع شروط في الأعمال الطبية حتى تصبح أخلاقية ليس جديدًا فقد وضعت الشريعة الإسلامية مجموعة من القواعد المستمدة من الأسس الشرعية الإسلامية مثل قاعدة النية، حيث يشترط أن تكون نية الطبيب في العمل الطبي هو العلاج. فمثلا لا يجوز أن يعطي الطبيب للمريض مسكن الهدف منه العلاج ولكن بنية إحداث الموت الرحيم، وكذلك قاعدة اليقين حيث يجب على الطبيب ألا يقوم بأي عمل طبي إلا إذا غلب لديه أنه في صالح المريض، وذلك على عكس كثير من المعالجات التي تتم اليوم دون التأكد من نتائجها. كما يجب على الطبيب ألا يحدث ضررًا للمريض من خلال عمله طبقًا لقاعدة لا ضرر ولا ضرار بل وعليه تقادي حدوث الضرر قدر الإمكان، كما يجب عند تحديد العلاج ألا يعالج الضرر بوسيلة تؤدي إلى ضرر آخر يماثل الضرر القديم أو تزيد عنه، مع مراعاة أن هناك بعض الممارسات الطبية المحرمة مثل إعطاء المريض أدوية تغييب العقل قد تصبح مباحة وفقًا لحالة الضرورة فالضرورات تبيح المحظورات، على أن تكون الإباحة مؤقتة تنتهي بانتهاء الضرورة التي فرضتها، ويلتزم الطبيب في ذلك كله بالعرف والعادات العامة والمقبولة في المجال الطبي⁷² وفي حالة التزام الطبيب بالحصول على موافقة المريض فإنه ترتفع مسؤوليته ولا يحاسب عن العمل الطبي الذي يقوم به. وقد أكدت على هذا العديد من المذاهب الفقهية حيث ذهب الحنفية إلى أن العلة في رفع المسؤولية عن الطبيب هي الضرورة الاجتماعية للحاجة

71- منذر عبد الحسين الفضل: التجربة الطبية على الجسم البشري ومدى الحماية التي يكفلها القانون المدني والقوانين العقابية والطبية، مجلة الكوفة للعلوم القانونية والسياسية، العراق، المجلد 2، العدد 7، أكتوبر 2010، ص 10

72- د. سامية لحولود، د. زكية مقري، د. نعيمة يحيوي، أ. ريمة باشة: مرجع سابق، ص

الماسة إلى عمل الطبيب. بينما أرجعها الشافعية والحنابلة إلى إذن المريض. ورأى المالكية أن سبب رفع المسؤولية هو إذن الحاكم وإذن المريض، فالحاكم ويعادله حالياً وزارة الصحة ونقابة الأطباء يبيح للطبيب العمل بالطب والمريض يأذن للطبيب بأن يفعل معه ما يرى فيه صلاحه وشفائه من مرضه⁷³ ويرى البعض أن إعلام الطبيب للمريض بتفاصيل حالته المرضية والعلاج المقترح لها من أجل الحصول على موافقة المستنيرة يرجع إلى عدة اعتبارات منها "إن الإخبار بالحقيقة مطلوب في حد ذاته كمبدأ أخلاقي مستقل، كما يعبر عن احترام استقلالية المريض في اتخاذ قراره واختيار ما يناسبه بكامل حريته، ويعد حق من حقوق المريض في معرفة تفاصيل الإجراءات الطبية والجراحية، ويعبر عن الوفاء بالعقد المبرم ضمناً بين الطبيب المعالج والمريض، كما يؤدي إلى توطيد أواصر الثقة بين الطبيب ومريضه بما يحقق التفاعل والتعاون المثمر، وبناء عليه، فإن أخلاقيات المهنة تقضي بأن يقدم الطبيب لمريضه معلومات واضحة وصادقة للحصول على موافقة الحرة والمستنيرة"⁷⁴ وقيم البعض حق المريض في التبصير، وضرورة الحصول على موافقة المستنيرة على أساسين هما: حق المريض في تقرير مصيره... وبالتالي فإن إجراء عملية جراحية دون أخذ موافقة المريض المبنية على ما تم إعلامه من معلومات حول العلاج يعني تعدياً، مما يستوجب التعويض. وعلاقة الثقة بين الطبيب والمريض والتي تتضمن الثقة التي يضعها المريض في شخص الطبيب مما يتوجب على الأخير توضيح الصورة لدى المريض فيما يتعلق بوضعه الصحي ونتائج العلاج المتوقعة ومخاطره

73- عبد الله محمد الجبوري: فقه الطبيب وأدبه في المنظور الإسلامي، مجلة الحكمة، السعودية،

العدد 25، سبتمبر 2002، ص 42، 43

74- مراد ابن صغير: مدى التزام الطبيب بتبصير المريض: دراسة علمية تأصيلية مقارنة،

مجلة الحقوق، الكويت، المجلد 34، العدد 4، ديسمبر 2010، ص 277

المحتملة⁷⁵. ويلاحظ أن تبصير المريض وإعلامه بحالته الصحية والعلاج المزمع القيام به ونتائجه ومضاعفاته والعلاجات البديلة ونتائجها ومضاعفاتها، وأسباب اختيار العلاج المزمع القيام به ورفض العلاجات الأخرى يختلف عن الموافقة المستنيرة، فالموافقة المستنيرة هي النتيجة المترتبة على العمليات السابقة عليها والتي تستهدف الوصول إليها. كما يختلفان عن استمارة الموافقة التي هي دليل على اتباع الإجراءات السابقة وموافقة المريض عليها.

ويميز كثير من الباحثين بين الموافقة الصريحة والموافقة الضمنية للمريض وذلك على ضوء طبيعة التدخل الطبي، حيث يشترط البعض الموافقة الصريحة بشأن التدخلات الطبية الكبرى فقط دون التدخلات المألوفة، وهو معيار من الصعب تطبيقه، حيث يختلف الأطباء فيما بينهم حول ما هي التدخلات الطبية الكبرى هل هي العمليات الجراحية؟ وهل كل العمليات الجراحية أم العمليات الجراحية الكبرى فقط؟ ومن الذي يحدد ما يعد عملية جراحية كبرى؟ وهل يدخل ضمن التدخلات الكبرى العلاج بأدوية شديدة التأثير أو الخطورة أم يقتصر على العمليات الجراحية فقط؟ ورغم محاولة البعض التفسير بأن معيار تحديد التدخلات الطبية الكبرى هو الطبيب المعتاد أي المتوسط العادي فإن هذا التفسير يعيدنا للمربع الأول حيث يتطلب أن نحدد من هو الطبيب المتوسط العادي وهل تحديده لطبيعة العمل الطبي يدخل ضمن التدخلات الطبية الكبرى أم لا كان صحيحاً أم جانبه فيه الصواب، خاصةً في ظل النصوص القانونية التي لا تقصر الموافقة

75- أيمن خالد مساعده، نسرين محاسنة: الالتزام القانوني بتبصير المريض بالتدخل العلاجي المقترح، مجلة دراسات علوم الشريعة والقانون، الأردن، المجلد 37، العدد1، 2010، ص

المستنيرة على التدخلات الطبية الكبرى.⁷⁶ ويذهب آخرون إلى أن اتفاق المريض مع الطبيب أو قبوله العلاج في المستشفى يعتبر قبولاً منه لكل إجراء يتخذه الطبيب من وسائل العلاج العادية ما لم يعترض المريض صراحةً، غير أن هذا الرأي يعيدنا مرة أخرى لإشكالية تحديد ما يعد من وسائل العلاج العادية وما لا يعد كذلك⁷⁷

ومع التقدم في المجال الطبي سواء العلاجي أو البحثي ظهرت العديد من المشكلات الأخلاقية فالبحت بصرامته العقلية لا يأخذ بعين الاعتبار الأمر الأخلاقي ومن ناحية أخرى أحياناً ما يتم إعاقة البحث بسبب التعصب الأخلاقي أو الديني أو الأيديولوجي مما استوجب ظهور لجان الأخلاقيات الطبية⁷⁸ لبحث المشكلات الأخلاقية المختلفة الناتجة عن التقدم الطبي ومنها الموافقة المستنيرة للمريض على العمل الطبي المزعم القيام به. ومن الجدير بالذكر أننا لم نصل إلى مرحلة الموافقة المستنيرة دفعةً واحدة، بل مرت العلاقة بين الطبيب والمريض بعدة مراحل، يمكن رصدها على النحو التالي:

أولاً: تطور طبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض وأثر ذلك في الموافقة المستنيرة:

تطورت العلاقة بين الطبيب والمريض على مر العصور حيث أخذت صور مختلفة منها:

76- د هيثم حامد خليل المصاروة: مدى الاعتداد بإرادة المريض في الأعمال الطبية، مجلة

الفكر الشرطي، الإمارات، المجلد 24، العدد 93، ابريل 2015، ص 236، 237

77- منصور مصطفى: حقوق المريض على الطبيب، مجلة الحقوق والشريعة، الكويت، المجلد

5، العدد 2، يونيو 1981، ص 19، 20

78- البشير المؤدب: البيوثيقا بين العلم والأيديولوجيا، المجلة التونسية للدراسات الفلسفية،

الجمعية التونسية للدراسات الفلسفية، تونس، العدد 24، 25، 2000، ص 9

1-السلطة الأبوية للطبيب: ساد هذا الاتجاه العلاقة بين الطبيب والمريض لفترة طويلة من الزمن حيث كان الطبيب في المبادئ الأبقراطية يتصرف بوصفه أبًا أو أخًا أكبر للمريض وبالتالي يتصرف "بما يراه مناسبًا للزمان والمكان، وشخصية المريض الذي يعالجه، ولم يكن يعطي اعتبارًا كبيرًا لرغبات المريض، كإنسان راشد عاقل وبالغ، بل كان الطبيب يتولى ما يراه الأصلح وهو ما يعرف اليوم بالأبوية"⁷⁹ واستمرت هذه النظرة في ظل الفكر الإسلامي حيث كان ينظر للمريض بوصفه أخًا للطبيب انطلاقًا من قوله تعالى (إنما المؤمنون إخوة)⁸⁰، وإن كان المريض امرأة فكان الطبيب ينظر إليها بوصفها في مكانة أمه التي تحتاج لعلاجه، أو بوصفها أختًا له أو ابنة أو زوجة، وإن كان شيخًا ينظر إليه كنظرته لأبيه⁸¹. واستمرت نفس الرؤية للعلاقة بين الطبيب والمريض في الفكر الغربي حتى نهاية النصف الأول من القرن العشرين، حيث كان الأطباء يمارسون سلطة أبوية على المرضى، وطيلة هذه العصور اعتمدت هذه العلاقة الأبوية على المكانة الخاصة للطبيب لدى المرضى. حيث احتل الطبيب "مكانة سامية عند جمهور الناس، وتزداد هذه الهيبة والمكانة في نفس المريض أكثر من غيره، مما يتيح للطبيب فرصة التأثير فيه بصورة فعالة"⁸² غير إن بعض العاملين في مهنة الطب لم يكونوا على قدر هذه المسؤولية فأساءوا استخدام السلطة الأبوية "ومن

79-سمية محمود إبراهيم الجري: فلسفة العلم التطبيقية، مرجع سابق، ص 99

80- سورة الحشر آية 7

81- محمد أبو بكر أبو عزة: الأخلاق المهنية في العمل الطبي، المجلة الليبية للدراسات، دار

الزاوية للكتاب، ليبيا، ابريل 2014، ص 28

82-سمير إسماعيل الطلو: الطب الإسلامي: نحو تطبيق عملي، مجلة الحكمة، السعودية،

العدد 6، يونيو 1995، ص 185

هنا ظهرت محاولات متعددة لوضع قوانين وقواعد تحدد سلوك الأطباء، وتشرع الحقوق الإنسانية للمرضى⁸³.

2- تحول العلاقة من السلطة الأبوية إلى علاقة شراكة وثقة متبادلة: نتيجة التغيرات المختلفة خاصة الاجتماعية والثقافية تغيرت النظرة للعلاقة بين الطبيب والمريض، وظهر تيار ينادي بحق المريض في معرفة كل ما يتعلق بحالته الصحية، ومعرفة الاختيارات والبدائل العلاجية المختلفة، والآثار المتوقعة لكل منها، وأسباب تفضيل طريقة علاجية عن غيرها، وأصبح المجتمع يعترف " بأن المرضى لديهم الحق في أن يقرروا بالتشاور مع الأطباء، التدخلات الطبية التي سيقبلونها أو لن يقبلوها، وأصبح ينظر إلى سلطة اتخاذ القرار على أنها شيء يتم مشاركته من قبل شركاء"⁸⁴، ومثل ازدياد التأكيد على مفاهيم جديدة في العلاقة بين الطبيب والمريض مثل " الحقوق الفردية والاستقلال الذاتي وتقرير المصير. أسلحة لازمة للهجوم وخرق قلعة الأبوية الطبية التي هيمنت على العلاقة بين المريض والطبيب حتى منتصف القرن العشرين على الأقل"⁸⁵، وانتشرت وجهة النظر الجديدة على سبيل المثال في المملكة المتحدة حيث تغير شعار العمل من " الطبيب يعرف أفضل، إلى الشراكة في الرعاية...، وأصبح من المقبول على نطاق واسع أن الأطباء يجب أن يتفاوضوا بدلاً من إملاء ما هو الأفضل"⁸⁶

83- د حسين على: فلسفة الطب، مرجع سابق، ص 72

84- Committee on Bioethics: Informed Consent, Parental Permission, and Assent in Pediatric Practice, PEDIATRICS, Volume 95 Number 2, Pages 314-317, February 1995, in <http://www.cirp.org/library/ethics/AAP>

85- M Stirrat, R Gill: Autonomy in medical ethics after O'Neill, journal of medical ethics, 2005, 31, p 127

86- L Doyal: Good clinical practice and informed consent are inseparable, *Hear*, t2002, VOL 87, P 103

للمرضى والاستحواد على سلطة اتخاذ القرار لأنفسهم. وبالتالي أصبحت سلطة اتخاذ القرار العلاجي مشتركة بين الطبيب والمريض.

3- العلاقة العلاجية هي أساس العلاقة بين الطبيب والمريض: في ظل التطور الطبي وظهور نظم التأمينات الطبية المختلفة لم يعد بإمكان المريض دوماً اختيار طبيبه، بل أصبح مجبراً على الطبيب الذي يفرضه عليه التأمين الطبي أو المؤسسة العلاجية دونما اختيار من جانبه ومن هنا أصبح الأساس في العلاقة بين الطبيب والمريض هو العلاقة العلاجية، وهنا ذهب البعض إلى أن المريض يفصح للطبيب عن علته وشكواه "والطبيب يقوم باتخاذ بالإجراءات العلاجية اللازمة. كما يعتبر مسئولاً مسئولية تامة عن جميع ما يترتب على هذه الإجراءات من نتائج"⁸⁷، وبذلك استبعد هؤلاء إرادة المريض وحصرها مرة أخرى سلطة اتخاذ القرار العلاجي وبالتالي المسئولية عنه في يد الطبيب، واستبعدوا الموافقة المستنيرة تماماً من الخريطة العلاجية. وتزامن ذلك مع تغير أكبر في طبيعة العلاقة بين المريض والطبيب عند بعض الأطباء نتيجة المتغيرات الاقتصادية حيث أصبح الطبيب "إذا كان في عيادة خاصة، فإنه يستقبل "عميلاً" (أو زبوناً) ولا يستقبل "مريضاً"! وبعض الأطباء عندما يكون في مستشفى، ويستقبل مريضاً، فإنه يستقبل "عبئاً" ولا يستقبل "مريضاً"! وهذا التناقض الظاهر بين توقعات المريض، وبين الطريقة أو الأسلوب الذي يعامله به الطبيب، هو لب القضية وقلب المشكلة"⁸⁸. وبذلك انتهت للأبد العلاقة الأبوية بين الطبيب

87 - يوسف الكيلاني: سر المهنة الطبية، مجلة الحقوق والشريعة، الكويت، المجلد 5، العدد

2، يونيو 1981، ص 67، 68

88 عبد الرحمن عبد اللطيف النمر: الأطباء ليسوا ملائكة، مجلة الوعي الإسلامي، وزارة

الاعواق والشئون الإسلامية، الكويت، السنة 49، العدد 561، 2012، ص 85

والمريض، وسادت النزعة المادية في العلاقة بينهما. وأصبحت الحقوق والواجبات متبادلة بين الطبيب والمريض وعلى رأسها الحق في الإفصاح عن المعلومات.

ثانيًا: الحق المتبادل في الإفصاح عن المعلومات:

ساد لفترة طويلة من الزمن الاعتقاد بأن الإفصاح عن المعلومات يكون من جانب واحد هو الطبيب حيث يفصح للمريض عن كل ما يتعلق بحالته الصحية والإجراء العلاجي المقترح والعلاجات البديلة، وسبب ترجيح إجراء عن آخر والأعراض المصاحبة لكل منها والأضرار الجانبية المصاحبة لها بحيث يجرى المريض موازنة بينها ويعطي موافقته على العلاج المقترح أو يرفضه، وقد اختلفت الآراء حول حق المريض في المعرفة والتبصر، حيث ذهب البعض إلى أن قبول المريض للعلاج يتضمن تفويضًا كاملاً للطبيب في اتخاذ الإجراءات العلاجية التي يراها مناسبة دون الرجوع للمريض، وذلك استنادًا إلى أن قبول المريض للعلاج يعني الثقة الكاملة غير المشروطة في الطبيب خاصةً مع جهل المريض بالمسائل الطبية، ومحاولة الطبيب تبصير المريض تعوقه عن القيام بعمله بالفاعلية المطلوبة خاصةً حين يكون العمل الطبي عاجلاً أو من الصعب على غير المتخصصين فهمه، أو يؤدي لانخفاض الروح المعنوية للمريض وسوء حالته النفسية مما يزيد حالته سوءً. وبعد ذلك كله ربما لا تحدث الأعراض الجانبية للمريض حيث لا يشترط أن تحدث لكل المرضى. وذهب اتجاه ثاني إلى العكس حيث يرون أن من واجب الطبيب تبصير المريض بحقيقة مرضه تفصيلاً وبالمخاطر المترتبة عليه والعلاجات البديلة وسبب استبعادها، وإخفاء أي معلومة يعتبر كذب وخطأ يستوجب مسؤولية الطبيب، وذلك استنادًا إلى أن حق الإنسان في سلامة الجسد يتطلب عدم المساس به بدون رضا المريض حتى على سبيل العلاج، وتعاقد المريض مع الطبيب أو المستشفى لا يتضمن تفويضًا لها بالحلول محله وفقدانه لأهليته وإرادته الحرة، وإخفاء الطبيب أي معلومات عن المريض

يقضي على علاقة الثقة الواجب توافرها بين الطبيب والمريض، ولا يجوز الاستناد لجهل المريض بالأمر الطبي لادعاء عدم قدرته على الموازنة بين مزايا وعيوب وسائل العلاج المختلفة. وظهر رأي ثالث يتوسط بين الرأيين السابقين يرى أنصاره أن من واجب الطبيب تبصير المريض بحالته وطبيعة العمل الطبي المزمع إجرائه حتى يتخذ المريض قراره بالموافقة أو الرفض عن بيئة ومعرفة، وذلك مع مراعاة العوامل الأخرى مثل الحالة النفسية للمريض حيث يكون الكذب عليه أحياناً في مصلحته، بشرط عدم استخدام وسائل احتيالية لإقناع المريض بصحة المعلومات التي يعطيها له الطبيب⁸⁹. بل وصل الأمر إلى التزام الطبيب بتبصير المريض بحالته الصحية وخبرته العملية إن كانت ذات أهمية في العلاج "فعلى سبيل المثال، في القضية الأمريكية *Faya v. Almaraz* ألزمت المحكمة الطبيب بدفع تعويضات إلى مريضتين قام بإجراء عمليات جراحية لهما دون إعلامهما بأنه يحمل فيروس نقص المناعة المكتسبة HIV، فعلى الرغم من عدم انتقال الفيروس إلى المريضتين، إلا أن المحكمة قضت بالتعويض عن الارتباك النفسي الذي أصابهما من لحظة علمهما بالوضع الصحي للطبيب لحين ظهور نتائج فحوصاتهما المخبرية*

89- منصور مصطفى: حقوق المريض على الطبيب، مجلة الحقوق والشريعة، الكويت،

المجلد 5، العدد 2، يونيو 1981، ص 19، 23

* يلاحظ بالطبع أن المقصود هنا إلزام الطبيب بالإفصاح عن الحالة الصحية له إذا كانت ذات تأثير على المريض، كأن يكون سيجري له عمل جراحي بينما الطبيب مصاب بمرض ينتقل عن طريق الدم مثل الإيدز أو التهاب الكبد الوبائي أو الأمراض التي تنتقل بالعدوى المباشرة مثل الأنفلونزا وليس الأمراض التي لا تنتقل بالعدوى. انظر د محمد صلاح: حق المريض في الحصول على المعلومات الطبية: دراسة تحليلية مقارنة، المجلة القانونية والقضائية، مركز الدراسات القانونية والقضائية، قطر، السنة العاشرة، العدد 2، 2016، ص

169، 170

وفي المقابل نشأ حق آخر مقابل هو حق الطبيب في إفصاح المريض له عن حالته الصحية حيث يجب أن يفصح المريض للطبيب بشكل كامل ودقيق عن حالته الصحية وأعراضها، وشرح خلفية المرض، وعدم إخفاء أي معلومات عن الطبيب، وإبلاغه بوجود حساسية تجاه بعض الأدوية أو الأطعمة، والاتصال به في حالة تدهور الحالة أو عدم استجابة المرض للعلاج، ويتطلب ذلك من الطبيب "البدء بسؤال المريض عن تاريخه المرضي والأمراض الوراثية وأية أسئلة أخرى يرغب من خلالها الحصول على معلومات من أجل تشخيص المرض أو وصف العلاج المناسب، ومن هنا يمكن القول بأنه على الطبيب محاولة الحصول على المعلومات اللازمة من خلال سؤال المريض، وعلى الأخير أن يتصرف بحسن نية؛ فيتعين أن يتوخى الدقة والصدق في الإدلاء بالمعلومات المطلوبة، وألا يحجب عن الطبيب معلومات كان يعلم بأنها مهمة في العملية العلاجية"⁹⁰. وفي حالة إخفاء المريض معلومات مؤثرة كان يجب عليه إعلام الطبيب بها فإنه يتحمل المسؤولية إذا ساهم ذلك في تضليل الطبيب واختياره علاجاً غير صحيحاً أو كان هناك علاج أفضل منه لو أتتحت له المعلومات المخفية، أما إذا كان "من الطبيعي في مثل هذه الظروف أن يتبين الطبيب المعلومات الحقيقية المتعلقة بالمريض، سواء أكان ذلك من تصرفات المريض ذاته أو من معلومات وصلت إلى الطبيب بطريقة ما، فلا يسري هذا الحكم"⁹¹. وكما يكون للمريض الحق في رفض العلاج المقترح من الطبيب وعدم إعطاء موافقته المستنيرة فإن الطبيب أيضاً يمكنه رفض الوسيلة العلاجية التي يختارها المريض وذلك على سبيل المثال إذا كان الإجراء المطلوب غير قانوني كالموت الرحيم، أو أن يترتب على الإجراء

90- د محمد صلاح: مرجع سابق، ص 173، 174

91- أيمن خالد مساعده، نسرین محاسنة: مرجع سابق، ص 189

استهلاك مسرف لموارد نادرة يحتاجها مرضى آخرين أكثر احتياجًا لها، أو الإجهاض غير الشرعي أو غير القانوني⁹²

ثالثًا: المعلومات التي يجب الإفصاح عنها للمريض حتى تكون الموافقة المستنيرة صحيحة

بازدياد التقدم العلمي، وابتكار طرق علاجية جديدة، زادت المعلومات التي يجب على الطبيب الإفصاح عنها للمريض حتى تتحقق الموافقة المستنيرة، وقد لجأت بعض الدول لوضع حد أدنى من المعلومات التي يجب الإفصاح عنها للمريض*، ولتحديد المعيار الذي يجب اللجوء إليه لتحديد طبيعة المعلومات التي يجب الإفصاح عنها تميل المعايير المتبعة عالميًا كما حددت جيسكا دي بورد *Jessica De Bord* إلى المعيار الموضوعي للطبيب حيث يقاس حجم المعلومات بما يعطيه طبيب بمستوى الطبيب المعالج وفي نفس الظروف بحيث يعد الطبيب مقصرًا لو لم يتم بتعريفها للمريض ويعفى من المسؤولية من ذكر المخاطر النادرة وغير المتوقعة، كما حدث اهتمام بالمعيار الموضوعي للمريض حيث يتم تحديد حجم المعلومات المطلوبة بالنظر للمريض العادي، وكذلك المعيار الذاتي لتحديد ما الذي يحتاجه هذا المريض بالذات لمعرفة وفهم حالته المرضية

92- M Stirrat, R Gill: Autonomy in medical ethics after O'Neill, journal of medical ethics, 2005, 31, page 130

* حددت م 5 من المعاهدة الأوروبية لحقوق الإنسان والطب البيولوجي تضع الحد الأدنى من هذه المعلومات وهي أربع: أهمية العلاج وطبيعته ونتائجه المتوخاة والمخاطر الناتجة عنه. كما أن قانون القبول الطبي لولاية فلوريدا (Florida Medical Consent Law) قد أشار في المادة 3 (2-أ) إلى ضرورة أن يكون لدى المريض، من خلال المعلومات التي يدلي بها الطبيب، معرفة عامة عن طبيعة التدخل العلاجي وبدائله المتاحة ومخاطره. لمزيد من التفاصيل انظر أيمن خالد مساعده، نسرين محاسنة: الالتزام القانوني بتبصير المريض بالتدخل العلاجي المقترح، مجلة دراسات علوم الشريعة والقانون، الأردن، المجلد 37، العدد 1، 2010، ص 188 وما بعدها

من أجل اتخاذ القرار بالموافقة المستنيرة من عدمه⁹³ وذهب ريتشارد واجنر Richard A Wagner إلى تحديد الصفات الواجب توافرها في المريض الذي يمنح الموافقة المستنيرة بأنها القدرة على فهم الخيارات، وفهم عواقب كل اختيار، والمقدرة على تقييم التكلفة والعائد من كل اختيار ونتائجه ومدى تناسبه مع قيمه الخاصة، ووفي حالة عدم توفر القدرة على صنع القرار من المريض فإنه يتم اللجوء لأفراد العائلة أو الأوصياء المعينين قضائياً⁹⁴.

وأهم المعلومات التي يجب توفيرها للمريض هي:

- 1- بيان الحالة الصحية للمريض والتطورات المتوقعة لها وتشخيص المرض بشكل واضح مع الاستعانة بكل الوسائل الممكنة من أشعة وتحاليل وقياسات⁹⁵
- 2- توضيح طبيعة العلاج المقترح للمريض، والعلاجات البديلة، وسبب تفضيل طريقة علاجية على الطرق الأخرى، والهدف من العلاج والنتائج المترتبة

93- أيمن خالد مساعده، نسرین محاسنة: الالتزام القانوني بتبصير المريض بالتدخل العلاجي المقترح، مجلة دراسات علوم الشريعة والقانون، الأردن، المجلد 37، العدد1، 2010، ص 189: 191، انظر كذلك:

Jessica De Bord: Informed Consent, march 2014, University of Washington, in <https://depts.washington.edu/bioethx/topics/consent.html>

94- Richard A Wagner: informed Consent, in https://www.emedicinehealth.com/informed_consent/article_em.htm.

95- مراد ابن صغير: مدى التزام الطبيب بتبصير المريض: دراسة علمية تأصيلية مقارنة، مجلة الحقوق، -الكويت، المجلد 34، العدد 4، ديسمبر 2010، ص 282، 284. انظر كذلك: Richard A Wagner: informed Consent, in https://www.emedicinehealth.com/informed_consent/article_em.htm

عليه والأعراض الجانبية له، مما يساعد المريض على تفهم حالته ويرفع روحه النفسية⁹⁶.

3- إبلاغ المريض بالاحتياطات الواجب اتخاذها لضمان تحقيق أفضل نتيجة علاجية ممكنة من الطريقة العلاجية المتبعة، وبيان المسموح به والممنوع للمريض، مثل عدم التعرض للهواء البارد، وضرورة تجنب أطعمة أو أدوية معينة، أو ضرورة القيام بعلاجات أخرى مكملة مثل العلاج الطبيعي⁹⁷.

4- توضيح خطورة الامتناع عن العلاج المقترح والأضرار المترتبة على ذلك للمريض، حتي يمكن للمريض اتخاذ قراره بالموافقة من عدمه على العلاج، وفي حالة الرفض يكون على بينة من النتائج المترتبة على ذلك⁹⁸

5- إخبار المريض بتخزين معلوماته ضمن النظام الالكتروني للمنشأة الصحية، ويشمل ذلك جميع البيانات التي يدلي بها المريض، وجميع مراحل علاجه، مع الالتزام بسرية المعلومات والبيانات التي يوصي المريض بعدم

96- مراد ابن صغير: مدى التزام الطبيب بتبصير المريض: دراسة علمية تأصيلية مقارنة، مجلة الحقوق، الكويت، المجلد 34، العدد 4، ديسمبر 2010، ص 282، ص 283، د محمد صلاح: حق المريض في الحصول على المعلومات الطبية: دراسة تحليلية مقارنة، المجلة القانونية والقضائية، مركز الدراسات القانونية والقضائية، قطر، السنة العاشرة، العدد 2، 2016، ص 165، 169

97- مراد ابن صغير: مدى التزام الطبيب بتبصير المريض: دراسة علمية تأصيلية مقارنة، مجلة الحقوق، الكويت، المجلد 34، العدد 4، ديسمبر 2010، ص 283

98- مراد ابن صغير: مدى التزام الطبيب بتبصير المريض: دراسة علمية تأصيلية مقارنة، مجلة الحقوق، الكويت، المجلد 34، العدد 4، ديسمبر 2010، ص 284

إدخالها أو بالحفاظ على سريتها، مع تعريف المريض بالأشخاص والجهات الذين يمكنهم الوصول لهذه المعلومات⁹⁹

وفي المقابل لا يلتزم الطبيب بالحصول على موافقة المريض أو إخطاره بالوسائل الفنية التي سيتبعها في العمل الطبي أو الجراحي، فاختيار الوسيلة المناسبة أمر يخص الطبيب الأكثر قدرة على تحديد الوسيلة الفنية الأفضل، كما لا يلتزم الطبيب بتبصير المريض بالمعلومات الفنية الدقيقة، وإن كان يلتزم بتبسيطها للمريض¹⁰⁰

رابعًا: الحالات التي لا يشترط فيها الموافقة المستنيرة من المريض شخصيًا:

القاعدة العامة ان الموافقة المستنيرة تكون من المريض، لكن في بعض الحالات لا يمكن الحصول على الموافقة المستنيرة من المرضى. حيث يشترط دويال L Doyal في المريض حتى يكون لديه الأهلية للحصول على الموافقة المستنيرة منه أن يكون قادرًا على فهم وتذكر المعلومات التي يشرحها له الطبيب والا لا يعود كفوًا للموافقة المستنيرة، وفي بعض الحالات تختلف الشروط الواجب توافرها في الشخص فمثلاً يكون الطفل مختصًا بالموافقة على إجراء فحص الدم لكن لا تتوافر لديه أهلية الموافقة على العلاج الكيماوي¹⁰¹. أما في حالة عدم قدرة المريض على إعطاء الموافقة المستنيرة لأي سبب ففي هذه الحالة يثور التساؤل

99- الشهابي إبراهيم الشهابي: التزام الطبيب حفظ أسرار المرضى "الأصل والاستثناء"، مجلة

الحقوق، الكويت، المجلد 32، العدد 3، سبتمبر 2008، ص 203، 204

100 -منصور مصطفى: حقوق المريض على الطبيب، مجلة الحقوق والشريعة، الكويت،

المجلد 5، العدد 2، يونيو 1981، ص 25

101-L Doyal: Good clinical practice and informed consent are inseparable, *Hear*, 2002, VOL 87, PAGE 103

من الذي يحل محل المريض؟ وما المعايير التي يتم على أساسها اتخاذ الآخرين للقرار؟ وما هي حدود القرارات البديلة التي يمكن للآخرين اتخاذها بالنيابة عن الشخص؟ وهي الاسئلة التي أجابت عنها معظم التشريعات ومنها التشريع المصري، وكذلك التشريع الانجليزي، بأن سلطة اتخاذ القرار في هذه الحالة تنتقل للأسرة أو المحكمة. فالأسرة هي الاكثر اهتمامًا بالمريض وحرصًا على مصلحته مع مراعاة احتياجات المريض ذاته ومصلحته وليس مصلحة أفراد الأسرة الذين يتخذون القرار¹⁰² وذلك في حالة تعارض المصالح كأن تكون نسبة شفاء المريض الصغير أو الكبير في السن نتيجة للعلاج ليست كبيرة، وفي الوقت ذاته ذو تكلفة مرتفعة تضيق على أفراد الأسرة، ففي مثل هذه الحالة قد يختار أفراد الأسرة عدم العلاج رغم أنه قد يكون في صالح المريض، وهنا يمكن أن تحل المحكمة محل الأسرة، كذلك ففي بعض المجتمعات ذات الثقافة المنخفضة يفضل أفراد الأسرة ختان الأطفال دون وجود دواعي طبية ملحة وهو ما يمثل ضررًا للطفل وفي هذه الحالة يجب عدم ترك القرار في يد أفراد الأسرة وإلا ترتب على ذلك الإضرار بالمريض.

وأهم الحالات التي يتم فيها الحصول على الموافقة من غير المريض هي:

1- لا يشترط الحصول على موافقة المريض أو من ينوب عنه في حالة الاستعجال والضرورة: وفي هذا الإطار يتم التمييز بين حالتين هما حالة العلاج أو التجارب الطبية العاجلة التي لا يجوز الانتظار فيها للحصول على موافقة المريض أو من ينوب عنه وضرورة القيام بهذا الإجراء مثل ضرورة إجراء جراحة فورية لمصاب في حادث وعدم وعيه وعدم القدرة على الوصول لذويه، وحالة عدم الاستعجال والضرورة، ففي الحالة الأولى لا يشترط الانتظار للحصول على

102-N G Messer: Professional-patient relationships and informed consent, Medical Journal,2004,volume 80,issue 943, page 281

موافقة المريض أو من ينوب عنه حيث تكون أضرار ذلك أكبر من أضرار انتظار الحصول على الموافقة¹⁰³. وفي هذه الحالة ترى جيسكيا دي بورد *Jessica De Bord* أن "موافقة المريض تكون مفترضة أو ضمنية بدلاً من انتظار الحصول عليها في حالات الطوارئ حين يكون المريض فاقداً للوعي أو غير كفاء لإعطاء الموافقة المستنيرة ولا يتوافر صانع قرار بديل، وسوف تمنع التدخلات الطارئة الوفاة أو العجز بشكل عام"¹⁰⁴. كذلك يصعب الحصول على موافقة المريض في حال كونه ناقص أو عديم الأهلية كما لو كان مجنوناً أو معتوهاً، والعمل الطبي هو الوسيلة الوحيدة لإنقاذ حياته أو سلامة بدنه وبشكل عاجل لا يحتمل التأخير " ففي حالة الضرورة هذه يكون من حق الطبيب أن يقوم بالعمل الطبي أو الجراحي، مع ما فيه من قدر من الخطورة، دون رضاء المريض أو ذويه، بل إن قيامه بهذا العمل يعتبر واجباً عليه"¹⁰⁵.

2- حالة النص الصريح في القانون على عدم ضرورة الحصول على

موافقة المريض أو ذويه: وفي هذه الحالة لا تكون هناك أهمية للحصول على موافقة المريض أو ذويه، لأن القانون ذاته لم ينص على ضرورة الحصول على الموافقة بل ونص على عدم أهميتها، ومثال ذلك حالات الوقاية من الأمراض

103- فاطيمة الزهرة بومدين: مضمون التجارب العلمية والطبية والضوابط الأخلاقية والقانونية لإجرائها على الانسان، مجلة الندوة للدراسات القانونية، الجزائر، العدد 6، ديسمبر 2015، ص 97. عبد الله محمد الجبوري: فقه الطبيب وأدبه في المنظور الإسلامي، مجلة الحكمة، السعودية، العدد 25، سبتمبر 2002، ص 43

104- *Jessica De Bord: Informed Consent*, march 2014, University of Washington, in

<https://depts.washington.edu/bioethx/topics/consent.html>

105- منصور مصطفى: حقوق المريض على الطبيب، مجلة الحقوق والشريعة، الكويت، المجلد 5، العدد 2، يونيو 1981، ص 18.

المعدية أو " بعض الحالات المحددة حصرياً في فرنسا، وهي: الإصابة بمرض الزهري، الأمراض العقلية، مدمنو الخمر الخطرون، مدمنو المخدرات، على أن يلاحظ أن ما يعمل به من هذه الاستثناءات عملياً مقصور في الوقت الحاضر على مدمني المخدرات"¹⁰⁶.

3- إشكالية الأطفال والموافقة المستنيرة: تغيرت قواعد الموافقة المستنيرة في العقود الأخيرة لتزيد من حق الأطفال في تقرير مصيرهم فقضت المحاكم في قضية *Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority* بأن الأطفال الأقل من 16 عاماً يمكن أن يمنحوا الموافقة المستنيرة حتى لو تعارضت مع رغبات أولياء أمورهم بشرط تمتعهم بالذكاء والقدرة على الفهم الكافي لعناصر الموافقة المستنيرة. وفي المقابل في قضية *case Re W, an orphaned girl* أخذ القضاء موقفاً مختلفاً حيث رفضت *Re w* وهي فتاة يتيمة تعيش في ملجأ تناول الطعام فتم تغذيتها بالقوة حتى أصبح عمرها 16 عام فتقدمت بطلب للمحكمة للسماح لها بالحق في رفض العلاج وقضت المحكمة أن من يقل عمرهم عن 18 عام ليس لهم الحق المطلق في اتخاذ قرارات خاصة بشأن العلاج الطبي خاصة حين يكون القرار هو رفض العلاج¹⁰⁷. وسبب ظهور هذه الإشكالية أن الأطفال لا تتوافر لديهم القدرة على اتخاذ القرار بالموافقة المستنيرة من عدمه وفي هذه الحالة يكون إذن الوالدين مطلوباً للقيام بالعمل الطبي، بينما بالنسبة للمراهقين والقصر الناضجين فإنه ينبغي دائماً

106- مراد ابن صغير: مدى التزام الطبيب بتبصير المريض: دراسة علمية تأصيلية مقارنة،

مجلة الحقوق، الكويت، المجلد 34، العدد 4، ديسمبر 2010، ص 292

107 - J P H Shield: Children's Consent to Treatment, *British Medical Journal*, 7 May 1994, Vol 308, Pages 1182, in <http://www.cirp.org/library/ethics/shield>.

السعي للحصول على موافقتهم بالإضافة إلى إذن الوالدين¹⁰⁸، وفي بعض الحالات يجب استبعاد أولياء الأمور إن كان هناك تعارض واضح في المصلحة مثلما في حالة الاعتداء على الأطفال المشتبه بهم، أو حالة الاختلاف بين الأبوين فيما يجب القيام به، وفي هذه الحالة تحل المحكمة أو من تعينه محل الأبوين. وفي كل الأحوال يجب شرح الإجراء الطبي الذي سيتم القيام به للطفل حتى لو لم يكن مؤهلاً للموافقة المستنيرة كما يرى شيلد J P H Shield ذلك أن الطفل هو الذي سيعيش مع نتائج العمل الطبي وبالتالي يجب أن يكون مهياً له¹⁰⁹. نموذجاً لذلك حالة ختان الأولاد والتي لا تعد إجراء تشخيصي كما لا تعد علاجاً لمرضاً ما، هنا لا تكون رغبات الوالدين العامل الحاسم ولا يكون الأطباء ملزمين بالقيام بإجراءات غير ملائمة على المرضى ويكون عليهم رفض إجراء عملية الختان غير العلاجية غير الضرورية، ويكون قرار ما إذا كان الختان في مصلحة الطفل أم لا قرار الطبيب ويتحمل مسؤوليته وحده، فإن أجرأه دون

108 – Jessica De Bord: Informed Consent, march 2014, University of Washington, in <https://depts.washington.edu/bioethx/topics/consent.html>. Also

Committee on Bioethics: Informed Consent, Parental Permission, and Assent in Pediatric Practice, PEDIATRICS, Volume 95 Number 2, Pages 314–317, February 1995, in <http://www.cirp.org/library/ethics/AAP>

109– J P H Shield: Children's Consent to Treatment, British Medical Journal, 7 May 1994, Vol 308, Pages 1183, in <http://www.cirp.org/library/ethics/shield>.

ضرورة علاجية كان تصرفه غير أخلاقي وغير قانوني، وإن كان ضرورياً من الناحية العلاجية كان عليه استخدام التخدير المسكن للطفل¹¹⁰.

4- **التشدد في الموافقة المستنيرة في حالة تغيير الجنس:** من ضمن العمليات الطبية الناتجة عن التقدم الطبي في القرن العشرين إمكانية تغيير الجنس من ذكر إلى أنثى والعكس. وهي جراحات يتداخل فيها الطبي والنفسي والشرعي والقانوني والاجتماعي والاعلامي مما يتطلب شروط مختلفة في الموافقة المستنيرة التي تصدر عن المريض محل الجراحة بعد التيقن من صحتها من الناحية القانونية والشرعية، لذلك ترى كريستين ويت " على التدخلات المتغيرة للهوية اختلافاً هاماً عن الموافقة المستنيرة على التدخلات العادية"¹¹¹.

5- **الموافقة المستنيرة من الأشخاص الذين تتغير قدراتهم وآرائهم من يوم لآخر:** الكثير من الأشخاص تختلف آرائهم من يوم لآخر نتيجة تغير المعارف المتاحة لهم وازدياد خبراتهم وبالتالي اختلاف قراراتهم، ومن هنا ذهب كانط إلى أن "ما يظهر أمامنا في كل لحظة هو وجود مختلف تماماً عما يظهر أمامنا في لحظة أخرى. وهكذا، فمما وقع الآن، ومما وقع في الماضي، لا يوجد ما يمكن أن نستدله عما سيحدث في لحظات المستقبل، أو حتى في اللحظة التالية مباشرة، وبالتالي فإن خبرتنا تتحدد في الزمن..بمعنى أن خبرتنا تقع خلال فترات من الزمن"¹¹². وبالتالي يثور التساؤل عن المريض الذي تختلف قدراته على اتخاذ القرار من يوم لآخر، بل ويختلف رأيه من يوم لآخر وفي هذه الحالة ترى

110- The Bioethics of the Circumcision of Male Children in [http:// www.cirp.org/library/ethics/](http://www.cirp.org/library/ethics/)

111- Karsten Witt: Identity change and informed consent, journal of medicl ethics, 2017, 43, page 384

112- آلن و. وود: كانط فيلسوف النقد، ترجمة بدوي عبد الفتاح، المركز القومي للترجمة، مصر، ط1، 2014، ص 79، 91

جيسكا دي بورد *Jessica De Bord* ضرورة فعل ما نستطيع للحصول على موافقة المريضة الواضحة على فترات مختلفة ثابتة مما يجعل قراره معبراً عن رأيه الغالب لديه¹¹³

خامساً: حق المريض في رفض العلاج، والعلاج الإجباري بدون موافقة المريض أو برغم رفضه:

القاعدة العامة هي حق المريض في رفض العلاج، وضرورة احترام ذلك من الناحية القانونية والأخلاقية حيث "يمتد احترام استقلالية المرضى الأكفاء حتى إلى رفض أو إيقاف العلاج الخاص بهم"¹¹⁴ فقد يرفض المريض العلاج إستناداً لأسباب عديدة كالخوف من العلاج أو استناداً لمعتقدات أو مبادئ يؤمن بها في هذه الحالة يذهب الرأي الغالب إلى أن للمريض الحق في رفض العلاج " وذلك احتراماً لخصوصية الإنسان وإرادته وحرية ومعتقداته، وبالتالي يتعذر التسليم بإمكانية القيام بأي تدخل طبي دون موافقة، فيوضع قراره برفض العلاج موضع التنفيذ ويحظر على أي كان المساس بجسده"¹¹⁵ ويجب احترام حق المريض في اتخاذ القرار بعدم العلاج حتى لو كان قراره خاطئاً، "بل ولو كان قراره سيئودي إلى إعاقة خطيرة أو حتى الموت، غير أنه في هذه الحالة يجب إثبات رفض المريض العلاج الموصى به، مع تقديم الرعاية الكاملة الممكنة للمريض"¹¹⁶.

113 -Jessica De Bord: Informed Consent, march 2014, University of Washington, in

<https://depts.washington.edu/bioethx/topics/consent.html>

114 -Committee on Bioethics: Informed Consent, Parental Permission, and Assent in Pediatric Practice, PEDIATRICS, Volume 95 Number 2, Pages 314-317, February 1995, in <http://www.cirp.org/library/ethics/AAP>

115- الدكتور. هيثم حامد خليل المصاروة: مدى الاعتداد بإرادة المريض في الأعمال الطبية،

مجلة الفكر الشرطي، الإمارات، المجلد 24، العدد 93، أبريل 2015، ص 240، 241

116- Richard A Wagner: informed Consent, in https://www.emedicinehealth.com/informed_consent/article_em.htm.

ومع ذلك فإنه يمكن علاج المريض علاجًا إجباريًا أي بدون موافقته بل وبرغم معارضته مثل المرضى المصابين بالأمراض المعدية أو الوبائية المؤثرة في صحة بقية أفراد المجتمع أو الأمراض النفسية، أو الإدمان على المخدرات، حيث تتعارض في هذه الحالة مصلحتين هما مصلحة المريض من ناحية ومصلحة المجتمع من ناحية أخرى فيتم ترجيح المصلحة العامة. ورغم أن العلاج في هذه الحالة يكون إجباريًا فإن التساؤل يثور هل يلتزم الطبيب في مثل هذه الحالات بتبصير المريض؟

من الصعب التسليم بوجود حكم واحد على الحالات المختلفة أو وضع قاعدة عامة تطبق في كل الحالات، لهذا يرى البعض أن "ثمة حالات يتوجب فيها على الطبيب تبصير المريض بحالته وما يتوجب اتخاذه من إجراءات بشأن العلاج - حتى وإن كان جبرياً- كما في الحالات التي يكون فيها المريض بكامل وعيه، ليس بقصد احترام إنسانية وكرامة ذلك المريض فحسب، بل ولأن ذلك قد يفضي إلى تجاوب المريض مع الطبيب وعدم رفضه ومقاومته للعلاج وحسن السير في مراحل العلاج وانتظامه"¹¹⁷. وفي المقابل فإن هناك حالات أخرى يعنى فيها الطبيب من الالتزام بالحصول على الموافقة المستنيرة من المريض مثل حالة فقد المريض الوعي أو العقل، وحتى في هذه الحالات يلتزم الطبيب بإبلاغ أهل المريض بحالته الصحية وما سيتم اتخاذه معه حتى يكونوا على علم بالإجراءات الطبية المتبعة وأسبابها ويكون علمهم بها وسيلة من وسائل مساعدة المريض للشفاء، وكذلك لمساعدة المريض إن احتاج لمساعدة أهله في استكمال العلاج بعد انتهاء العلاج الإجباري¹¹⁸.

117- الدكتور. هيثم حامد خليل المصاروة: مدى الاعتداد بإرادة المريض في الأعمال الطبية،

مجلة الفكر الشرطي، الإمارات، المجلد 24، العدد 93، ابريل 2015، ص 246

118- السابق ص 250

المبحث الثالث

الموافقة المستنيرة في الأبحاث الطبية على البشر

مع التقدم العلمي والتكنولوجي بشكل عام وفي المجال الطبي بشكل خاص زاد الاهتمام بالأبحاث الطبية خاصة حين تتناول العنصر البشري كمثل له، وظهرت العديد من الواجبات تجاه المبحوثين في البحث الطبي مثل "احترام شخصية الأفراد المشاركين في البحث، واحترام الحياة الخاصة للمبحوثين وعدم الكشف عما لا يريدون الكشف عنه أو خصوصيتهم، كذلك الاهتمام بتقليص العيوب في البحث والظروف المحيطة به، والصدق والإيجابية في التعامل مع أعضاء المجموعة البحثية، وتحمل المسؤولية كعالم، مع احترام القوانين المهنية والمبادئ الأخلاقية للمهنة"¹¹⁹ وتداخلت في القواعد الأخلاقية المتعلقة بالأبحاث على البشر تلك الخاصة بالقواعد الأخلاقية بشكل عام بجانب الأخلاق الطبية والأخلاق البحثية وكلها فروع في الأخلاق. وظهرت مجموعة من القواعد الأخلاقية والمتطلبات البحثية التي يجب على الباحث الالتزام بها ومنها " أن يكون البحث ضروريًا لخدمة المجتمع، وألا تكون هناك إمكانية للحصول على المعلومات المتوقعة عن غير طريق إجراء البحث، وتوقع تفوق المتوقع من فوائد منظورة للأشخاص الذين تجرى عليهم التجربة على أية أخطار يحتمل أن تصيبهم، مع اعتبار أن لا تكون هذه الأخطار جسيمة. وختامًا أن يتولى الدراسة باحثون مؤهلون، وأن يكون بروتوكول الدراسة صحيحًا من الناحية العلمية"¹²⁰.

أولاً: تعريف البحث العلمي الطبي والتجارب الطبية وأهميتها:

119- د جحنيط حمزة: المبادئ الأساسية والأخلاقية للبحث العلمي، الملتقى المشترك حول

الأمانة العلمية، مركز جيل البحث العلمي، الجزائر، 2017/7/11

120- د حسين علي: فلسفة الطب، مرجع سابق، ص 82

تعددت تعريفات البحث العلمي الطبي والتجارب الطبية حيث يعرف بأنه " الاختبارات والتجارب والتحويرات والتطويرات والتطبيقات العلمية الطبية على المادة البيولوجية الحية للإنسان (أي البحوث الطبية على الانسان) بغية الوصول إلى نتائج علمية محددة متوقعة بعد دراسة نظرية، أو إلى اكتشافات علمية غير متوقعة جديدة، شريطة أن تجرى هذه البحوث في مخابر بحوث طبية علمية معتمدة ومراقبة وتخضع للقوانين المنظمة للبحث الطبي العلمي"¹²¹ وهو تعريف يعيبه أنه يركز على العملية البحثية في حد ذاتها دون أن يتطرق لأطراف العلاقة البحثية بدءاً من الباحث مروراً بالمبحوث وانتهاءً بالجهة الراعية للبحث. كما يعرف البعض التجارب الطبية بأنها تجارب يتم إجرائها على الإنسان " تجرى التجارب السريرية Clinical Trials على الانسان بهدف اختبار فاعلية ومأمونية معالجة ما، سواء كانت تلك المعالجة بالأدوية أم غيرها، ونتيجة هذه التجارب قد تكون ذات فائدة مباشرة للفرد المشارك في التجربة أو ذات فائدة غير مباشرة تُسخر فيها مصلحة الفرد لصالح المجتمع"¹²² ويعاب على هذا التعريف أنه كذلك لم يهتم بأطراف العلاقة البحثية كما لم يوضح كيفية إجراء التجربة الطبية على عكس سابقه. ويعرف آخرين التجارب الطبية بأنها " الأعمال العلمية أو الفنية الطبية التي تعمل دون ضرورة تمليها من حالة المريض ذاته لإشباع شهوة علمية أو

121- مختار عيواج: حرية البحث الطبي العلمي في ظل إشتراطات الحق بالسلامة الجسدية:

دراسة حالة البحوث الطبية العلمية الخاصة بالاستنساخ البشري، مجلة جيل حقوق الانسان،

مركز جيل البحث العلمي، الجزائر، العدد 10، يوليو 2016، ص 67

122- عبد الله محمد جواد: الجوانب الأخلاقية لإجراء التجارب الطبية على الانسان، المجلة

الثقافية، الأردن، العدد 50، أغسطس 2000، ص 212

حتى لخدمة علم الطب أو لخدمة الإنسانية المعذبة¹²³ وهو تعريف تنطبق عليه نفس الانتقادات السابقة، إضافة إلى حصره الدافع لإجراء التجارب الطبية في مجرد الشهوة العلمية والسخرية من أهميتها لخدمة البشرية. وتركز بعض التعريفات على القيم التي تتوافر عليها التجارب الطبية وأهمها قيمة إثراء المعرفة العلمية واحترام حرية العالم في القيام بأبحاثه المفيدة في التقدم الطبي، مع احترام الإنسان وحمانيته وعدم المساس بشخصه وكرامته في الوقت ذاته¹²⁴

تعددت الاتجاهات بشأن التجارب الطبية على البشر وتوعدت ما بين مؤيد ومعارض، فمن رفضوا التجارب الطبية على البشر استندوا إلى أنها من الأعمال الضارة بجسم الإنسان بينما الحفاظ على الحياة والحق في سلامة الجسد من الحقوق الشخصية الثابتة التي لا يجوز الإضرار بها، كما لا يجوز للإنسان التنازل عن هذه الحقوق فلا يجوز أن يكون الجسم محلاً للتصرفات الضارة به. وفي المقابل يعدد لنا مؤيدي التجارب الطبية على البشر أسباب أهميتها وأنها مباحة ما دام الهدف منها الوصول لغاية علمية وأجريت طبقاً للأصول والقواعد الطبية والقانونية¹²⁵.

وقد أجاز الإسلام التجارب الطبية بشرط ألا تؤدي للإضرار بالإنسان لقوله تعالى ((مَنْ قَتَلَ نَفْسًا بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِي الْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ النَّاسَ جَمِيعًا))¹²⁶

123- منذر عبد الحسين الفضل: التجربة الطبية على الجسم البشري ومدى الحماية التي يكفلها القانون المدني والقوانين العقابية والطبية، مجلة الكوفة للعلوم القانونية والسياسية،

العراق، المجلد 2، العدد 7، أكتوبر 2010، ص 16

124- عبد اللطيف بريش: أخلاقيات البحث والتجريب الطبي على الإنسان، الأكاديمية،

المغرب، العدد 23، 2006، ص 175، 176

125- منذر عبد الحسين الفضل: مرجع سابق ص 23، 24

126- المائدة 32

وبالتالي لا يجوز على سبيل المثال إجهاض الجنين لإجراء تجارب طبية عليه، وهو ما ذهب إليه المشرع المصري حيث لا يجيز إجهاض الأجنة من أجل استخدامها في التجارب الطبية أو كقطع غيار بشرية، وبذلك أجاز المشرع استخدام الأجنة في التجارب والأبحاث الطبية في حالة حدوث الإجهاض لسبب لا علاقة له بالرغبة في إجراء التجارب الطبية كأن يكون الإجهاض قد تم لإنقاذ حياة الأم وذلك بشرط موافقة الأب والأم على ذلك. كما لا يجوز إجراء الأبحاث الطبية التي تؤدي إلى التلاعب في النسب، وأجاز ابن سينا التجارب على البشر ففي شرحه لكيفية التوصل للدواء وفعاليتها في علاج المرض يضع ابن سينا عدة شروط منها " أن تكون التجربة على بدن الإنسان، فإنه إن جرب على غير بدن الإنسان، جاز أن يتخلف من وجهين: أحدهما: أنه قد يجوز أن يكون الدواء بالقياس إلى بدن الإنسان حارًا، وبالقياس إلى بدن الأسد والفرس باردًا، إذا كان الدواء أسخن من الإنسان، وأبرد من الأسد والفرس. والثاني أنه قد يجوز أن يكون له بالقياس إلى أحد البدنين خاصية ليست بالقياس إلى البدن الثاني، مثل البيش، فإن له بالقياس إلى بدن الإنسان خاصية السمية، وليست له بالقياس إلى بدن الزرير"¹²⁷. وبالتالي فالتجربة على جسم الإنسان أفضل من التجربة على الحيوانات ثم إعطاء الإنسان الدواء الذي أفاد في شفاء الحيوان.

وتوجد أنواع متعددة من التجارب الطبية وأهمها التجارب العلمية غير العلاجية ويكون الهدف منها معرفة تأثير عقار ما على الإنسان السليم دون ضرورة تمليها حالة الشخص بغرض البحث العلمي أو لمجرد إشباع شهوة أو فضول علمي، والتجارب العلاجية ويستهدف منها الأطباء الوصول لعلاج جديد للأمراض وفق القواعد الفنية والعلمية، وأخيرًا التجارب الطبية الوقائية ويقصد بها الأبحاث

127- بن سينا: القانون في الطب، ج1، دار الكتب العلمية، بيروت، ط1، 1999، ص 319

والتجارب التي يقوم بها الأطباء على أشخاص من أجل معرفة درجة نجاح علاج أو طريقة علاجية معينة في الوقاية من الإصابة بمرض معين في المستقبل¹²⁸

أهمية التجارب البشرية: تتميز التجارب الطبية بكثير من الفوائد والمزايا منها تحقيق التقدم العلمي والشفاء للناس " ويمكننا القول أن جميع الأعمال الطبية الناجحة لم يتوصل إليها العلماء إلا عبر التجارب الطبية سواء أكان ذلك في نطاق زراعة الأعضاء البشرية أم في اكتشاف الأمراض وتحديد العلاج أم في الأعمال الطبية الأخرى"¹²⁹. حيث يعتمد التقدم في العلاج واكتشاف الأمراض ومحاربة الأوبئة على البحث العلمي الطبي والتجارب التي تجرى على الإنسان والحيوان وذلك برغم اعتراض منظمات حقوق الحيوان على استخدامها في التجارب الطبية لمخاوف متعددة وتزيد هذه المخاوف عند إجراء التجارب على البشر لذلك " ظهرت مواقف تزداد تصلبا تجاهها وخاصة بعد الحرب العالمية الثانية حين تم فضح مساوئ مثل هذه التجارب في محاكمات نورمبرج 1947"¹³⁰. ولم تؤد هذه المخاوف إلى إيقاف التجارب على البشر بل أدت لمزيد من الضمانات والشروط، وفي هذا الإطار أصدر مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية قواعد إرشادية تضمنت العديد من الضمانات لإجراء هذه الأبحاث منها أن يكون الهدف منها جلب مصلحة محضة،

128- فاطيمة الزهرة بومدين: مضمون التجارب العلمية والطبية والضوابط الأخلاقية والقانونية لإجرائها على الانسان، مجلة الندوة للدراسات القانونية، الجزائر، العدد 6، ديسمبر 2015، ص 92، 93

129- منذر عبد الحسين الفضل: التجربة الطبية على الجسم البشري ومدى الحماية التي يكفلها القانون المدني والقوانين العقابية والطبية، مجلة الكوفة للعلوم القانونية والسياسية، العراق، المجلد 2، العدد 7، أكتوبر 2010، ص 13، 14

130 - ناهدة البقصي: الهندسة الوراثية والأخلاق، مرجع سابق، ص 48

تعود على البشرية بالنفع، أو بدرء مفسدة محضة تعود على البشرية بالضرر. وأن تكون المصلحة مؤكدة ولا تخالف الشرع، وأن تكون وسيلة التجارب مشروعة فالغاية لا تبرر الوسيلة والهدف النبيل لا يبهر الوسيلة غير المشروعة، وأن يحاط البحث بالضوابط التي تجعله سليماً من الناحية العلمية بحيث يغلب على الظن تحقيقه للنتائج المرجوة منه، مع توافر الشروط المطلوبة في فريق البحث¹³¹،

ثانياً: مراحل العلاقة بين الباحث والشخص موضوع التجربة:

تمر العلاقة بين الباحث والمشارك في البحث بعدة مراحل قسمها العلماء إلى ثلاث مراحل: المرحلة الأولى التي يقوم فيها الباحث بدعوة الشخص للمشاركة في التجربة العلمية وفيها يجب ان يرفض الباحث القيام بتجارب غير أخلاقية، أو يرغم المبحوث على التجربة أو يغيره، وأن يستبعد التجارب غير الممكن توقع نجاحها، مع اشتراك فريق من الباحثين في صياغة التجربة لضمان أفضل بروتوكول لها، وبعد موافقة الشخص على المشاركة في التجربة العلمية يتم الانتقال للمرحلة الثانية حيث يلتزم الباحث بالمحافظة على حياة المبحوث وعدم تعريضه لأضرار، وأن تتم التجربة بشكل علني قدر الإمكان مع مراعاة السرية الواجبة في البحوث العلمية، ومع انتهاء التجربة تنتقل العلاقة بين الباحث والمبحوث إلى المرحلة الثالثة حيث يجب أن يلتزم الباحث بمتابعة المشاركين في التجربة لمعرفة أي مخاطر يتعرضون لها ومساعدتهم على التغلب عليها¹³².

ثالثاً: خطوات الموافقة المستنيرة في التجارب الطبية:

131- القواعد الإرشادية الدولية لأداب المهنة في مجال بحوث الطب الإحيائي المتضمنة

لحالات دراسة بشرية، إعداد مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية بالتعاون مع منظمة

الصحة العالمية، مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية، جنيف، 2002، ص 29، 30

132- أحمد صبحي، محمود فهمي زيدان: في فلسفة الطب، مرجع سابق، ص 130: 132

لا يمكن القول بوجود نموذج ثابت يجب أن يتم اتباعه من قبل كل العلماء فيما يتعلق بخطوات الحصول على الموافقة المستنيرة من جانب المشاركين فى الأبحاث الطبية، ومع ذلك يمكن القول بأن هناك خطوات أو مراحل أساسية يتم المرور بها للوصول للحصول على الموافقة المستنيرة وهي:

1- الاجتماع الأول والذي يشارك فيه متخصصين من كافة الفروع العلمية المتعلقة بالبحث مع المرشحين المحتملين للمشاركة فى البحث مثل أحد ممثلي فريق البحث وأخصائي الاورام إن كان البحث متعلق بها، وطبيب من الرعاية الأولية والتمريض، وكذلك إخصائي اجتماعي ونفسي، وعلى الجانب الاخر ممثل المشارك فى البحث القانوني والطبي. ويتم فى هذا الاجتماع تقديم كافة المعلومات الممكنة مع السماح بطرح الأسئلة من جانب المشارك فى البحث وممثليه والإجابة عليها.

2- الجلسات التالية: وفيها يتم منح وقت كاف للمشارك فى البحث للتفكير فى كل ما يتعلق بالبحث وموافقته على المشاركة فيه والتحدث مع من يمكنهم مساعدته فى اتخاذ القرار والتأكد من فهمه للمعلومات المقدمة له بطرق مختلفة مثل استبيانات الرأي واستمارات الأسئلة والمقابلات

3- الجلسات أثناء التجربة الطبية: حيث يؤدي استمرار التجارب الطبية إلى التوصل لاكتشافات جديدة متعلقة بالتجربة بما قد يؤثر على المشارك فى البحث أو يغير رأيه فى استمرار التجربة وفى هذه الحالة يجب عقد جلسات جديدة مع المشاركين فى البحث وإطلاعهم على كل المستجدات ليقرروا المشاركة من عدمه، ويمكن أن يطلب الباحثين من المشاركين فى البحث استمارة موافقة مستنيرة جديدة¹³³.

133 -How is informed consent for a clinical trial or research study different from consent for standard treatment? In <https://www.cancer.org/treatment/finding-and-paying-for->

اهم العناصر الواجب توافرها في استمارة الموافقة المستنيرة كما يوضحها لنا لوكيتش نجهوان Lokesh P. Nijhawan وآخرين هي شرح الغرض من البحث ومدته المتوقعة، وصف الإجراءات المتبعة والمخاطر المتوقعة واحتمالاتها والتعويضات المقررة عنها، بيان الفائدة التي تعود على المبحوثين والأخرين من البحث، والكشف عن سرية السجلات ومن يمكنه الاطلاع عليها، معلومات عن التعويضات المقررة للمشاركين في البحث، ومن يمكنهم الاتصال بهم للحصول على المساعدة واجابات عن أي تساؤلات تراودهم، والتأكيد على طوعية المشاركة وإمكانية التوقف والانسحاب في أي وقت دون أدنى مسؤولية على المشارك في البحث¹³⁴

رابعًا: شروط الأبحاث الطبية والتجارب على البشر:

استهداف التجارب الطبية على البشر فائدة بشرية لا يعني إجرائها دونما شروط أو ضمانات كافية سواء للمبجوثين أو الباحثين، ومن هنا كان وضع مجموع من الضوابط والقواعد التي يجب على الباحثين الالتزام بها لتفادي المخاطر التي قد تنتج عن الأبحاث الطبية على البشر والحد منها لأقصى درجة. لهذا فمن الضروري أن يستوفى البحث العديد من المتطلبات منها أن يكون البحث ضروريًا للوصول لهدف عام يخص مصلحة المجتمع، وألا تكون هناك وسيلة للحصول على المعلومات غير عن طريق إجراء البحث على البشر، وأن تفوق الفوائد المتوقعة أية أخطار يمكن أن تصيب الأشخاص الذين تجرى عليهم التجربة، وأخيرًا أن يتولى الدراسة باحثون مؤهلون، وإتباع بروتوكول صحيح

treatment/understanding-financial-and-legal-matters/informed-consent/clinical-trial-consent.html

134 -Lokesh P. Nijhawan, Manthan D. Janodia, B. S. Muddukrishna, K. M. Bhat, K. L. Bairy, N. Udupa, and Prashant B. Musmade: Informed consent: Issues and challenges, Journal of Advanced Pharmaceutical Technology & Research, v4 (issue 3), jul-sep 2013, p 1356

للدراصة من الناحية العلمية¹³⁵. ويبدأ التجريب على البشر بعد انتهاء التجارب المعملية والتجارب على الحيوانات حيث يمر الدواء بمرحلة التجارب المبدئية قبل السريرية وفيها يتم إجراء الدراسات الكيماوية والسمومية والصيدلانية فى المختبرات، فإن ثبت صلاحية الدواء يتم الانتقال لمرحلة الدراسات على الحيوانات من أنواع مختلفة وبأعداد كافية¹³⁶، فإن أثبت الدواء فاعلية يتم الانتقال إلى التجارب على البشر والتي تمر بأربع مراحل هي: مرحلة دراسة تحمل الإنسان للدواء حيث يتم معرفة الآثار الجانبية للدواء خاصة المضرة بالإنسان، فإذا كانت النتائج المبدئية مرضية يتم الانتقال للمرحلة الثانية حيث يتم تحديد فوائد الدواء ودرجة الفاعلية ونسب الاستعمال والتخفيف من الآثار الجانبية الضارة، فإذا كانت النتائج الإيجابية للدواء أقل من المتوقع يتم وقف التجارب، أما إن كانت أفضل من العلاجات الموجودة فيتم الانتقال للمرحلة الثالثة والأهم والأكثر تكلفة والأطول مدة حيث تتم التجارب على عدد كبير من المرضى يتم تقسيمهم لثلاث مجموعات يخضع الفريق الأول للدواء محل التجريب، ويخضع الفريق الثانى لدواء مموه أى لا فاعلية له، ولا يخضع الفريق الثالث لأى دواء، ويتم قياس الاختلافات بين المجموعات الثلاث لمعرفة التأثير الدواء للعلاج المقترح، فإن كانت النتائج إيجابية يتم التصريح بإنتاج الدواء بشكل تجاري وتوضح الدراسات أنه من بين ألف مركب دوائى مقترح لا يصل لمرحلة التجريب السريري أكثر من خمسين ولا يدخل المرحلة الثانية أكثر من عشرة أدوية، وتصل للمرحلة الثالثة دواء واحد، وبعد فترة زمنية يتم إجراء المرحلة الرابعة حيث يتم حصر نتائج الدواء وأى آثار جانبية

135- د حسين على: فلسفة الطب، مرجع سابق، ص 82

136 - عبد اللطيف بريش: أخلاقيات البحث والتجريب الطبي على الإنسان، مرجع سابق، ص

تظهر بعد فترة زمنية طويلة من استخدام الدواء¹³⁷. ويضع لنا تقرير بلمونت المبادئ الأخلاقية الأساسية لاستخدام أي إنسان للبحوث وهي:

1- الاستقلالية واحترام الأشخاص: ويقوم على حماية استقلال جميع الأفراد المشاركين في البحث ومعاملتهم باحترام، والسماح بالموافقة المستنيرة. كما يجب على الباحثين أن يكونوا صادقين ولا يقومون بأي خداع للمبحوثين.

2- الفوائد: فيجب أن يعتمد البحث فلسفة "لا ضرر" للمبحوثين، مع تعظيم الفوائد لمشروع البحث والتقليل من المخاطر على المواضيع البحثية.

3- العدالة: فيجب أن تدار إجراءات البحث بشكل معقول وغير استغلالي للمبحوثين ومدروسة بشكل عادل- بالتوزيع العادل للتكاليف والمنافع للمشاركين المحتملين في البحث - وعلى قدم المساواة¹³⁸

وتفسر ليزابيث آدم Lizbeth A. Adams ما جاء بالتقرير بأن المقصود بالاستقلالية هو حق الفرد في تحديد الأنشطة التي يشارك فيها من عدمه، حيث يتضمن الاستقلال الذاتي قدرة الفرد الكاملة على فهم ما يطلب منه القيام به وإصدار قراره المسبب بالاختيار بحرية كاملة دونما قسر، وإتاحة الفرصة الكاملة لهم لطرح كافة الأسئلة التي يريدون إجابات عليها، وبالتالي استبعاد الأشخاص ضعيفي الإدراك كالأطفال والمعاقين عقليا والمسنين والسجناء أو اتباع شروط مشددة إن كان البحث لا يمكن القيام به إلا عليهم، أما الفوائد فالمقصود منه التزام

137- عبد اللطيف بربيش: أخلاقيات البحث والتجريب الطبي على الإنسان، مرجع سابق، ص 182:185. عبد الله محمد جواد: الجوانب الأخلاقية لإجراء التجارب الطبية على الانسان، المجلة الثقافية، الأردن، العدد 50، أغسطس 2000، ص 214، 215. منذر عبد الحسين الفضل: التجربة الطبية على الجسم البشري ومدى الحماية التي يكفلها القانون المدني والقوانين العقابية والطبية، مجلة الكوفة للعلوم القانونية والسياسية، العراق، المجلد 2، العدد 7، أكتوبر 2010، ص 17، 18، 20

138- Belmont Report: https://en.wikipedia.org/wiki/Belmont_Report

الباحث بتحقيق أكبر قدر من الفوائد من البحث مع أقل قدر من الأضرار بالمبجوثين، بما ينطوي على مراجعة صارمة لبروتوكول البحث، كما تتطلب العدالة انتقاء عادل للمشاركين واجتتاب العناصر الضعيفة والتنوع في الأصول العرقية للمبجوثين، ويفضل أن يكون المشاركون في البحث ومن يتحملون أعباءه ممن سوف يستفيدون منه وهو ما تنهزب منه بعض الشركات الراقية للأبحاث باللجوء لإجراء التجارب السريرية في الدول النامية ذات الشروط الضعيفة للأبحاث على البشر تصميم الدراسات البحثية الأخلاقية¹³⁹.

كما توجد شروط يجب توافرها في الباحث والمبجوث والجهة الراقية للبحث وذلك على النحو التالي:

1- **الشروط الواجب توافرها في الباحث في البحوث الطبية:** من أهم الضمانات المطلوبة لحماية للمبجوثين ضرورة توافر مجموعة من الشروط في الباحثين القائمين بالأبحاث الطبية على البشر، حيث يجب على الباحث أن يدرك المسائل الأخلاقية والإجرائية الخاصة بالبحوث خاصة الجانب الأخلاقي والمهني والإجرائي الخاصة بالبحث الذي يجريه والابتعاد عن التعارض الذي قد يحدث بين مصالح الباحث الأكاديمية والبحثية وبين مصلحة المبجوثين قدر الإمكان " ويجب على الباحث أن يكون واعياً لأي سلوك علمي سئ، فعندما يسمح الباحث، وهو على دراية وعلم بذلك، وبالتحيز الشخصي والتلاعب لتغيير الدراسة أو الانحراف عن الخطة المقررة، أو الانحياز في تحليل النتائج، فإنه لن يعرض الشخص المشترك بالدراسة للمخاطر فقط، بل يعرض أيضاً الأشخاص الآخرين للضرر عن طريق نتائج غير الدقيقة"¹⁴⁰.

139-Lizbeth A. Adams, Timothy Callahan, Research Ethics, in <https://depts.washington.edu/bioethx/topics/resrch.html>

140- عبد الله محمد جواد: الجوانب الأخلاقية لإجراء التجارب الطبية على الإنسان، المجلة الثقافية، الأردن، العدد 50، أغسطس 2000، ص 213: 214

وتشير دانييلا برومويتش Danielle Bromwich إلى ضرورة تجنب الباحث أي عمل يقلل من طوعية قرار المشارك المحتمل في البحث "وتجنب كافة أعمال الإكراه والخداع وأي أشكال من التلاعب، وهو ما يتطلب من الباحثين الكشف المناسب عن جميع الحقائق التي يعرفونها عن البحث، ولديهم سبب للاعتقاد بأنها ستكون ذات صلة بقرار تسجيل المشارك"¹⁴¹. والتزام الباحث بالكشف عن الأضرار والأعراض الجانبية المتوقعة الناتجة عن التجربة البحثية هو التزام بما هو معلوم، فالباحث ملزم بالكشف عما يعرفه ويتوقع إمكانية حدوثه، وليس الكشف عما لا يعلمه، والمعيار هنا معيار موضوعي وشخصي في الوقت ذاته في رأينا، حيث يتم القياس بما يجب أن يعلمه الباحث من نفس مستوى الباحث المشارك في البحث، كما يتم القياس على شخص الباحث ذاته، لمعرفة ما إذا كان في إمكانه توقع هذه الأضرار والأعراض من عدمه. وهو ما يثير تساؤل هام حول مدى أخلاقية قيام الباحث بخداع المبحوثين عند إجراء البحث بما يتعارض مع عملية الموافقة المستنيرة ويؤدي لضعف علاقة الثقة المفترض وجودها بين الباحث والمبحوثين كما يقلل مصداقية الأبحاث الطبية أمام المجتمع، وتجزئ ليزابيث ادامز خداع المبحوثين إذا كان الخداع ضرورياً لإجراء البحث كما في حالة الدواء الغفل، غير أنه لا يجوز استخدام الخداع إذا أدى لانتهاك الباحث شروط الموافقة المستنيرة كما إذا وافق شخص على تقديم عينة من الدم لمؤشرات مرض السكري واستخدمه الباحث لأغراض أخرى لا علاقة لها ببحوث مرض السكري¹⁴². ونرى من جانبنا أن الخداع يكون مرفوضاً في حالة ما إذا كان جوهرياً أو يعرض المبحوثين لمخاطر جسيمة، أما إذا كان

141 -Danielle Bromwich, Annette Rid: Can informed consent to research be adapted to risk?, journal of medical ethics, 2015, vol 41, page 523

142-Lizbeth A. Adams, Timothy Callahan, Research Ethics, in <https://depts.washington.edu/bioethx/topics/resrch.html>

الخداع لا يؤثر على المبحوث بشكل جوهري وكان ضروريًا لإجراء البحث فإنه يصبح أمرًا ضروريًا لا يستطيع الباحث التخلي عنه.

كما يجب على الباحث أن يكون اهتمامه الأول هو سلامة المشاركين في البحث وحمايتهم من أي أضرار جانبية متوقعة وتقليل المخاطر التي يمكن أن يتعرضوا لها، كما يجب "حماية خصوصية الشخصية وسريته. وأن يكون لدى الباحثين آليات لمنع الإفصاح عن البيانات التي يمكن ربطها بالهوية الشخصية للموضوع أو الوصول غير المصرح به إليها"¹⁴³ مما يؤدي إلى الإضرار بالمشاركين في البحث أو الإفصاح عن أسرار لا يريدون الإفصاح عنها.

ونبه هنا إلى خطأ يحدث كثيرًا في الأبحاث التي يتم إجرائها في الجامعات المصرية حيث لا يتم الاحتفاظ بشكل دقيق وتفصيلي للبيانات المتعلقة بالبحث مثل المستندات الخاصة بالمرضى الذين تم إجراء التجارب عليهم أو التخلص من هذه المستندات في إطار العمل الروتيني في الجهاز الإداري مما يعرض الباحثين لمشكلات خطيرة قد تؤدي إلى عدم الاعتراف بأبحاثهم أو توجيه اتهامات لهم مثل فبركة الأبحاث وهو ما يؤدي إلى تشويه سمعة الباحثين ويتطلب إجراءات كثيرة لإثبات عدم وجود خطأ من جانبهم وهي إجراءات بعيدًا عن كونها تتطلب فترة طويلة من الزمن تستمر فيها سمعة الباحث مشوهة فإنه إجراءات من الصعب الوصول فيها إلى نتيجة نظرًا لاختفاء أو تدمير المستندات الدالة على اتباع الباحث للإجراءات السليمة وهو ما أثار أزمة كبرى بإحدى الجامعات التي تمثل قمة من القمم الطبية في مصر ولم ينته الأمر إلا بلجنة مشكلة من المجلس الأعلى للجامعات بتاريخ 22 فبراير 2016 قدمت تقريرها بنتيجة الباحثين من الفبركة وكان من أهم توصياتها ضرورة الاحتفاظ بكل ما يتعلق بالأبحاث الطبية.

143 -Lizbeth A. Adams, Timothy Callahan, Research Ethics, in <https://depts.washington.edu/bioethx/topics/resrch.html>

2- الشروط الواجب توافرها في المشارك في البحوث الطبية: يجب أن تتوافر في المشارك في البحوث الطبية العديد من الشروط التي سبق ذكر بعضها في تناولنا لشروط الموافقة المستنيرة في العمل الطبي العلاجي، حيث يجب ألا يجرى أي بحث على شخص ما دون موافقته الواعية، أو "موافقة شخص مؤهل قانوناً أن يقوم مقام الشخص المشارك (كما في حالة الأطفال والمعاقين ذهنياً أو في المجتمعات المتخلفة جداً) إلا إذا ارتأت هيئة المراجعة أو لجنة السلوك المهني التنازل أو التخلي عنها (كما في الحالات الطارئة)"¹⁴⁴. ويطرح البعض ضرورة أن يكون الشخص مؤهلاً طبياً فالأهلية القانونية لا تعني أهلية الشخص لإعطاء موافقته في الموضوعات البحثية الطبية، وبالتالي فإذا كان الشخص ذو أهلية قانونية لكنه يفتقد للأهلية الطبية يتم تعيين وصي طبي عليه لرعاية مصالحه، ويضرب جي سي جامهم J C Garnham مثلاً لذلك بأن "معظم سكان بريطانيا مؤهلين قانونياً من وجهة نظر الأبحاث السريرية غير العلاجية، بينما يجب اعتباره مغير مؤهلين طبياً؛ وبالتالي يجب تعيين طبيب شخصي كحكم يجب أن يعطي موافقته على أي دراسة قبل أن يعطي هؤلاء الأشخاص موافقتهم الطوعية عليها، وأن يكون هذا الطبيب على علاقة مهنية بموضوع الدراسة. وبالتالي ينشأ نظام من ثلاثة أجزاء: موافقة قانونية، موافقة طبية، موافقة طوعية، ويجب أن تكون الموافقات أ، ب، ج إلزامية قبل إدراج المتطوع في الدراسة"¹⁴⁵. وفي الوقت الذي يشترط فيه البعض أن تكون مشاركة المتطوع بدون مقابل وذلك حتى لا يمثل المقابل المادي إغراءً للشخص للمشاركة في البحث، بل ويعتبرون هذا الشرط هو الشرط الأكثر أهمية، وأن تكون مشاركتهم

144- عبد الله محمد جواد: مرجع سابق، ص 214

145-J C Garnham: Some observations on informed consent in non-therapeutic research, Journal of Medical Ethics, 1975 , vol11, page 143, 144

في التجارب العلمية بدافع الإيثار والغيرية ولا يستفيدون أي شئ من مشاركتهم في التجربة، فإن هناك رأي آخر يرى أن العدالة تقتضي أن يحصل المشاركين في البحث على مكافأة بناء على المقاييس التي يتم بها مكافأة المتطوعون الأصحاء¹⁴⁶.

وهناك فئات يرى الكثيرين أنه لا يجوز التجريب عليها أو يجوز التجريب عليها ولكن بشروط مشددة مثل الحوامل والمرضعات وكبار السن حيث يعد كبر السن في حد ذاته سبباً لزيادة احتمالية الإصابة بالأمراض المختلفة بسبب التجارب الطبية، لكن في الوقت ذاته يمكن الاستعانة بهم في التجارب الطبية بشرط أن تكون الاستعانة بهم لا غنى عنها كما في حالة دراسة الأمراض التي لا يُصاب بها إلا المتقدمين في العمر كمرض الخرف أو الزهايمر، كما توجد عراقيل تواجه التجريب لدى المسنين ومنها "أن صحتهم العقلية تكون غير ثابتة مما لا يساعدهم على اتخاذ قرار مقبول أو إعطاء موافقة حرة وواعية، وتكون صحتهم من الهشاشة بما يفرض على الطبيب اتخاذ إجراءات خاصة حتى لا يمس بحياتهم أو صحتهم، وضعف مقدرتهم لفهم التجريب والإدلاء بتقييم صحيح لنتائج"¹⁴⁷. نفس الأمر يجب مراعاته في الأبحاث التي يكون محل الدراسة فيها أطفالاً حيث يجب مشاركة الأطفال في التجارب المتعلقة بهم أو التي لا يمكن إجرائها إلا على أطفال أو الخاص بالأمراض التي لا تصيب إلا الأطفال، كما يجب الحصول على موافقة ولي الأمر أو الممثل القانوني للطفل بجانب موافقة الطفل، وكذلك احترام رفض الطفل المشاركة أو الاستمرار في البحث في أي وقت حتى لو تعارض ذلك مع رغبة الوالدين أو الممثل القانوني للطفل، إلا لو

146- د أحمد عبد الحليم عطية: الأخلاقيات الحيوية الطبية، دفا تر فلسفية، العدد 9، 2015،

ص 118

147- عبد اللطيف بريش: مرجع سابق، ص 182:180

كان الطفل محتاجًا لعلاج غير موجود خارج نطاق البحث وكانت هناك احتمالية كبيرة أن تفيده التجربة في العلاج، وفي كل الأحوال يجب أن يتم مراقبة البحث عن طريق أحد الوالدين أو الممثل القانوني للطفل ليستطيع سحب الطفل في أي وقت يرى استمرار التجربة يتعارض مع مصلحة الطفل، وعلى فريق البحث تقديم الرعاية والدعم النفسي والطبي بشكل دائم للأطفال المشاركين في التجربة قبل وأثناء وبعد انتهاء التجربة أو انتهاء مشاركتهم فيها¹⁴⁸. أما الذين لا يستطيعون التعبير عن إرادتهم سواء بسبب الغيبوبة الدائمة أو بسبب بعض الاضطرابات العقلية فيجب أن يكون البحث متعلق بالحالة المرضية لهم والحصول على موافقة أحد أفراد أسرته المسؤول عنه أو الممثل القانوني لهم، ويراعى دومًا أنه يجب تخفيف الشروط الواجب توافرها في الشخص الخاضع للتجربة الطبية في حالة الأبحاث ذات المخاطر المنخفضة وتضرب لنا دانييلا برومويش Danielle Bromwich مثلًا بسحب عينة من الدم ونرى أن نفس العلة تنطبق على الحصول على أنسجة متجددة بشكل دوري مثل الشعر والأظافر، وتؤكد أن "معايير الحصول على الموافقة المستنيرة ينبغي أن تتكيف مع صورة المخاطر والمنافع في البحث...وعلى العكس فإن هناك حاجة إلى عملية موافقة أكثر صرامة مع زيادة مخاطر البحث"¹⁴⁹.

3- **التزامات الجهات الراعية للأبحاث:** يجب على الجهات الراعية للأبحاث الطبية تقديم كافة المساعدات الممكنة والمطلوبة من أجل الوصول إلى النتائج الحقيقية للأبحاث، ويتطلب ذلك من الجهات الراعية عدم التدخل أو محاولة التأثير في البحث الطبي أوالنتائج التي تنتج عنها حتى لو تعارضت مع التزامات الجهة الراعية، كما عليها التزام بالتأكد من اتباع الباحثين لكافة الإجراءات

148-<http://www.islamset.com/arabic/alwseka/nazeh/word/>

149- Danielle Bromwich, Annette Rid: Can informed consent to research be adapted to risk?, journal of medical ethics, 2015, vol 41, page 521

المطلوبة واتباع البروتوكول البحثي وعدم مخالفته، وهو ما خالفه بعض الرعاية ففي الفترة بين عامي 1994-1997 أجريت تجربة سريرية لدراسة فاعلية مضادات للاكتئاب على المراهقين بينت أن مستحضر الباروكستين يزيد نسبة تعرض متاويله للتفكير في الانتحار، ونشرت الدراسة في 2001 ثم تم سحبها من شركة الأدوية وحجبت البيانات وقللت من النتائج السلبية مما أدى إلى انتحار بعض المراهقين وغرمت وزارة العدل الأمريكية شركة غلاسكو سميث كلاين المنتجة للدواء 3 مليارات دولار بسبب حجب البيانات، وإعداد مقال مضل عن الدراسة، وتشجيعها بشكل غير مشروع المراهقين على تناول الدواء، كما أدينت نفس الشركة في إجراء تجارب على الأطفال دون موافقة الوالدين، وإجراء تجارب على جنود من الجيش النيبالي¹⁵⁰

خامسًا: نماذج للتجارب الطبية غير الأخلاقية:

حفل تاريخ العلم بمئات بل آلاف من التجارب الطبية غير الأخلاقية بما دفع البعض للقول بأنه "منذ أبقراط وإلى بداية القرن العشرين لم يلتزم الباحثون بأية حدود أو ضوابط سوى ما يوحي به ضميرهم وإيمانهم وأعرافهم.... وبشكل عام كان هدف الأطباء الباحثين أساسًا هو تطوير العلم بما كانوا يتوفرون عليه من إمكانيات للقيام بتجارب متعددة. وقد تتسبب هذه التجارب في آثار كارثية على المرضى إلا أن ذلك يظل مجهولاً من طرف الجمهور"¹⁵¹. غير أن هذه التجارب غير الأخلاقية لم تتوقف في القرن العشرين بل استمرت، ومن أهم الأخطاء التي ترتكب عند إجراء التجارب على البشر عدم أخذ الموافقة الواعية، وإجراء التجارب

150-List of medical ethics cases: https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_medical_ethics_cases

151-عبد اللطيف بريش: أخلاقيات البحث والتجريب الطبي على الانسان، الأكاديمية، المغرب، العدد 23، 2006، ص 176، 177

على الأطفال والحوامل والمسنين دونما مبرر بحثي، وإجراء التجارب على الإنسان دون إجرائها على الحيوانات، كذلك عدم إجراء التجارب في مؤسسات علمية معترف بها، أو عدم الحصول على موافقة الجهات البحثية المعنية، وعدم اتخاذ الاحتياطات المطلوبة للحفاظ على المبحوث، وإجراء فحوصات غير مطلوبة، كذلك استمرار التجربة رغم حدوث مضاعفات خطيرة على المريض، وإجباره على الاستمرار في التجربة بدون إرادته وإفشاء أسراره، وختامًا الإعلان عن نتائج غير حقيقية أو تزيف النتائج بما يتماشى مع توجهات الباحث المختلفة وعدم إعلان ما يتعارض معها¹⁵². وفي فترة حكم النازي في ألمانيا تم إجراء العديد من التجارب بشكل يخالف المعايير الأخلاقية حيث أُحيل 23 متهمةً إلى محاكمات نورمبرج العسكرية بتهمة إجراء تجارب طبية على الأسرى دون الالتزام بالشروط القانونية ومنها دراسات على أثر التجميد بالبرودة وأثر السموم والكيماويات على الجروح والأعصاب والتعقيم، ودافع هؤلاء الأطباء عن أنفسهم بأنهم كانوا ينفذون التعليمات غير أن المحكمة رفضت هذا العذر ولم تعتبر ما قاموا به تجارب طبية بل جرائم ضد الإنسانية، ولم يتوقف الأمر على النازي بل ثبت إجراء الأمريكان تجارب غير قانونية على الأسرى في الحرب الكورية وحرب فيتنام¹⁵³. وقد شهد القرن العشرين الكثير من التجارب الطبية غير الأخلاقية الأخرى منها اكتشاف القيام ببعض التجارب السريرية 1997 على الحوامل المصابات بمرض نقص المناعة الشهيرة بالإيدز لقياس انتقال المرض للأجنة، حيث تم استخدام أدوية غفل

152- عبد الله محمد جواد: الجوانب الأخلاقية لإجراء التجارب الطبية على الانسان، المجلة الثقافية، الأردن، العدد 50، أغسطس 2000، ص 215، 216

153- منذر عبد الحسين الفضل: التجربة الطبية على الجسم البشري ومدى الحماية التي يكفلها القانون المدني والقوانين العقابية والطبية، مجلة الكوفة للعلوم القانونية والسياسية، العراق، المجلد 2، العدد 7، أكتوبر 2010، ص 14، 15

للحوامل فى تايلاند وبعض دول إفريقيا بينما تم استخدام دواء حقيقي مع الحوامل فى الدول المتقدمة وهنا أصبحنا أمام نسقين من المرجعيات نسق الدول الغنية حيث توفر استثمارات هائلة للقيام بالتجارب، ونسق الدول الفقيرة حيث يوفر الأشخاص الذين تجرى عليهم التجارب¹⁵⁴. ويوضح كينيث بويد Kenneth Boyd أن غالبية المشاركين فى التجارب السريرية الرسمية كما يوضح سيلفرمان لم يفهموا تماماً الآثار المترتبة عليها، كما أن الأعلى درجة فى السلم الاجتماعى الذين كان من المرجح أن يفهموا المطلوب فيها لم يوافقوا على المشاركة بينما وافق المحرومين اجتماعياً الأقل قدرة على فهم المطلوب فى التجارب السريرية¹⁵⁵ وفى الولايات المتحدة أجريت تجارب على مرض الزهري فى جواتيمالا 1948 وتم إصابة الجنود والبعايا والسجناء والمرضى العقلين بالمرض وبأمراض أخرى دون علمهم ومعالجة الأمراض بالمضادات الحيوية مما أدى إلى وفاة 82 شخص على الأقل ولم تعتذر الولايات المتحدة إلا فى عام 2010، وبين عامى 1960 و 1980 اشترك أطباء نفسيين فى انتهاكات حقوق الإنسان فى الولايات المتحدة والاتحاد السوفييتي والصين، كما تم إعطاء مواد مشعة للحوامل والأطفال فى الولايات المتحدة 1970 دون علمهم أو موافقتهم المستنيرة بالطبع¹⁵⁶، بل يؤيد

154- عبد اللطيف بريش: أخلاقيات البحث والتجريب الطبي على الانسان، الأكاديمية،

المغرب، العدد 23، 2006، ص 188، 189

155 -Kenneth Boyd: The impossibility of informed consent?, Journal of Medical Ethics, 2015, vol 41, page 445

156 -List of medical ethics cases: in https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_medical_ethics_cases

البعض إجراء التجارب الطبية على المحكوم عليهم بالإعدام مقابل تخفيض العقوبة للسجن المؤبد وهو المطبق في ولاية أوهايو¹⁵⁷

النتائج والتوصيات

1- ما زالت العلاقة الأبوية هي السائدة في العلاقة بين الطبيب والمريض في مصر، حيث يتعامل المريض مع الطبيب باعتباره من يعرف مصلحته وعليه إتباع كل تعليماته وتنفيذ توصياته وقراراته دونما مناقشة عادة.

2- ينخفض الوعي بالموافقة المستنيرة بين العاملين في المجال الطبي والبحثي، وإن كان الوعي بأهميتها قد ازداد في السنوات الأخيرة خاصة في المجال البحثي، وذلك تحت ضغوط من لجان أخلاقيات البحث العلمي بالجامعات والمراكز البحثية في ضرورة الحصول على الموافقة المستنيرة من المبحوثين.

3- رغم التنبيه على ضرورة الموافقة المستنيرة على الباحثين إلا أن الأمر تحول لدى نسبة كبيرة منهم إلى ضرورة الحصول على توقيع المبحوثين على استمارة الموافقة المستنيرة، وليس القيام بتوعية المبحوثين وتوصيلهم إلى مرحلة الموافقة المستنيرة أو الرفض المستنير. ونادراً ما يشارك في التوضيح للمبحوثين أكثر من عضو من الفريق البحثي.

4- تلاحظ وجود حالات للأبحاث الطبية خارج النطاق القانوني حيث يتم إجراء أبحاث بالوكالة لحساب شركات الأدوية الكبرى على المرضى سواء بعلمهم أو بدون علمهم، وذلك بدون اتباع الطرق الرسمية أو إبلاغ الجهات الرسمية، وأحياناً دون إبلاغ المبحوث ذاته، وتجميع النتائج لتسليمها للشركات الكبرى أو مندوبيها والحصول على المقابل المجزي لإجراء هذه الحالات خارج نطاق القانون

157-منذر عبد الحسين الفضل: التجربة الطبية على الجسم البشري ومدى الحماية التي يكفلها القانون المدني والقوانين العقابية والطبية، مجلة الكوفة للعلوم القانونية والسياسية، العراق، المجلد 2، العدد 7، أكتوبر 2010، ص 24، 25

وذلك لعدم إمكانية إجرائها بشكل قانوني مثل إجراء التجارب على البشر قبل انتهاء مرحلة التجارب على الحيوانات في الخارج.

5- يزداد إهمال الموافقة المستنيرة في المجال الطبي حيث نلاحظ انخفاض الاهتمام بها بشكل كبير، ذلك أن الأطباء عادةً لا يهتمون بتوعية المريض بالدرجة الكافية بما يصل به للموافقة المستنيرة، وعادةً يتم إبلاغ المريض بمعلومات قليلة عن حالته المرضية والطريقة العلاجية المتبعة، ونادرًا ما يتم إعلام المريض بالطرق العلاجية الأخرى الممكنة لحالته وسبب تفضيل الطريقة المتبعة، ويندر إبلاغ المريض بالتطورات التي يمكن أن تحصل لحالته بعد مغادرته للمستشفى أو المركز العلاجي.

6- يعتبر كثير من الأطباء إعلام المريض بكل تفاصيل حالته وأهمية وعيه ومعرفته بل ومشاركته في العلاج نوع من المعاملات الورقية التي لا تليق بهم، فيلقون عبء القيام بها على معاونين في العمل الطبي خاصة من التمريض وهو ما يخرج عن اختصاص عملهم، وربما يتعلل البعض بأن سبب ذلك زيادة الحالات التي يتعامل معها الطبيب، إلا أن ذلك ليس مبررًا لإهمال الطبيب عنصر هام من عناصر العلاج.

7- نقترح ضرورة تشكيل لجنة طبية في المستشفيات الجامعية والكبرى، وطبيب في المستشفيات المركزية تكون مهمته مراجعة توقيع المريض على استمارة الموافقة المستنيرة ومعرفة ما إذا كان على وعي حقيقي بما فيها أم وقع عليها كجزء من الإجراءات الروتينية للقيام بالعمل الطبي أو لخروجه.

8- نرى ضرورة توقيع عقوبات حقيقية وصارمة ضد كل من يخالف الموافقة المستنيرة من العاملين بالمجال الطبي والبحثي وذلك لخطورتها وأهميتها في العمل البحثي والعلاجي.

9- يرجع جزء كبير من عدم الوعي بأهمية الموافقة المستنيرة وغيرها من الموضوعات الطبية من الناحية الأخلاقية إما إلى عدم تدريس الأخلاق المهنية والطبية لطلبة القطاع الطبي بشكل عام، أو تدريسها لهم من خلال غير المختصين في الأخلاق التطبيقية مما يجعلهم أقل وعياً بخطورة المشكلات الطبية من المنظور الأخلاقي، لهذا نوصى بإدراج هذا المقرر في كليات القطاع الطبي وأن يتولى تدريسه المختصين في الأخلاق التطبيقية بأقسام الفلسفة في الجامعات المصرية.

10- زيادة الاهتمام بالأخلاق التطبيقية في أقسام الفلسفة بالجامعات المصرية لضرورتها في الوقت الحالي، باعتبارها تخصصاً أساسياً في الفلسفة في العقود الأخيرة وتنوع موضوعاتها والمشكلات التي تبحث عن حلول لها.

قائمة المراجع

1. د إبراهيم مذكور وآخرين: المعجم الفلسفي، الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية، مصر، 1983
2. أحمد بن حنبل: مسند أحمد بشرح بلوغ الأمان، دار إحياء التراث الإسلامي، 56/17
3. د أحمد السعيد شرف الدين: زراعة الأعضاء والقانون، مجلة الحقوق والشريعة، الكويت، المجلد 1، العدد2، يونيو 1977
4. د أحمد السعيد شرف الدين: الحدود الإنسانية والشرعية والقانونية للإنعاش الصناعي، مجلة الحقوق والشريعة، الكويت، المجلد 5، العدد2، يونيو 1981
5. د أحمد عبد الحليم عطية: الأخلاقيات الحيوية الطبية، دفاثر فلسفية، كرسي اليونسكو للفلسفة فرع جامعة الزقازيق بالاشتراك مع جمعية الفنون والآداب، مصر، العدد 9، 2015

6. أحمد محمود صبحي، محمود فهمي زيدان: في فلسفة الطب، دار النهضة العربية، بيروت، 1993
7. د أسعد السحمراني: الحرية والمسؤولية، دار النفائس، لبنان، 2011
8. آلن و. وود: كانط فيلسوف النقد، ترجمة بدوي عبد الفتاح، المركز القومي للترجمة، مصر، ط1، 2014
9. امانويل كانت: تأسيس ميتافيزيقا الأخلاق، ترجمة عبد الغفار مكاي، الدار القومية للطباعة والنشر والفنون، 1965
10. أندريه لالاند: موسوعة لالاند الفلسفية، م 1، تعريب خليل أحمد خليل، منشورات عويدات، بيروت، ط2
11. أيمن خالد مساعده، نسرین محاسنة: الالتزام القانوني بتبصير المريض بالتدخل العلاجي المقترح، مجلة دراسات علوم الشريعة والقانون، الأردن، المجلد 37، العدد1، 2010
12. البشير المؤدب: البيوأثيقا بين العلم والأيدولوجيا، المجلة التونسية للدراسات الفلسفية، الجمعية التونسية للدراسات الفلسفية، تونس، العدد 24، 25، 2000
13. بن سينا: القانون في الطب، ج1، دار الكتب العلمية، بيروت، ط1، 1999
14. د جحنيط حمزة: المبادئ الأساسية والأخلاقية للبحث العلمي، الملتقي المشترك حول الأمانة العلمية، مركز جيل البحث العلمي، الجزائر، 2017/7/11
15. د جمال محمد أحمد سليمان: إيمانويل كانط أنطولوجيا الوجود، المكتبة الفلسفية، إشراف د أحمد عبد الحليم عطية، دار التنوير للطباعة والنشر والتوزيع، مصر، 2009

16. د حسين على: العلم والتعاليم الأخلاقية رؤية معاصرة، الفلسفة التطبيقية، تحرير د مصطفى النشار، الدار المصرية السعودية، القاهرة، 2000
17. د حسين على: العلم والقيم الأخلاقية – رؤية معاصرة، أم القرى للطباعة والنشر والتوزيع، 2008
18. د حسين على: فلسفة الطب، الدار المصرية السعودية للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2009
19. دليلة جبار: طبيعة الحرية عند كانط من خلال فلسفته النقدية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم الفلسفة، 2004
20. د زكريا إبراهيم: مشكلة الحرية، مكتبة مصر، القاهرة، ط3، 1972
21. د. سامية لحوود، د. زكية مقري، د. نعيمة يحيوي، أ. ريمة باشة: دور الأخلاقيات الطبية في حماية حقوق المريض من خلال الالتزام بالضوابط الشرعية، المجلة العالمية للتسويق الإسلامي، بريطانيا، المجلد 4، العدد3، سبتمبر 2015
22. دكتور سفيان حمودة: أخلاقيات مزاوله المهنة الطبية من وجهة نظر المقاصد الشرعية الإسلامية، المؤتمر العلمي العالمي، جمعية العلوم الطبية الإسلامية ونقابة الأطباء الأردنيين والاتحاد العالمي للجمعيات الطبية الإسلامية، عمان، 17 تموز من عام 2004 م.
23. سمير إسماعيل الحلو: الطب الإسلامي: نحو تطبيق عملي، مجلة الحكمة، السعودية، العدد 6، يونيو 1995
24. سمية محمود إبراهيم الجربي: فلسفة العلم التطبيقية (الأخلاق الحيوية والطبية نموذجًا)، مجلة الجامعي، النقابة العامة لأعضاء هيئة التدريس الجامعي، ليبيا، العدد 25، ربيع 2017

25. الشهابي إبراهيم الشهابي: التزام الطبيب حفظ أسرار المرضى "الأصل والاستثناء"، مجلة الحقوق، الكويت، المجلد 32، العدد 3، سبتمبر 2008
26. عبد الرحمن عبد اللطيف النمر: الأطباء ليسوا ملائكة، مجلة الوعي الإسلامي، وزارة الأوقاف والشئون الإسلامية، الكويت، السنة 49، العدد 561، 2012
27. عبد الكريم عبد الصمد السوداني، نعمة عبد الصمد الأسدي: مستوى الأخلاقيات الطبية لدى أعضاء هيئة التدريس والطلبة في كليات الطب العراقية، مجلة العلوم الإنسانية، العراق، العدد 15، 2013
28. عبد اللطيف بربيش: تأملات في المظاهر التقنية والخلقية الناجمة عن تطور العلوم الطبية، الأكاديمية، المغرب، العدد 8، ديسمبر 1999
29. عبد اللطيف بربيش: أخلاقيات البحث والتجريب الطبي على الانسان، الأكاديمية، المغرب، العدد 23، 2006
30. عبد الله محمد الجبوري: فقه الطبيب وأدبه في المنظور الإسلامي، مجلة الحكمة، السعودية، العدد 25، سبتمبر 2002
31. عبد الله محمد جواد: الجوانب الأخلاقية لإجراء التجارب الطبية على الانسان، المجلة الثقافية، الأردن، العدد 50، أغسطس 2000
32. عماري خيرة: الإنسان في فلسفة كانط، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم الفلسفة، 2006
33. فاطيمة الزهرة بومدين: مضمون التجارب العلمية والطبية والضوابط الأخلاقية والقانونية لإجرائها على الانسان، مجلة الندوة للدراسات القانونية، الجزائر، العدد 6، ديسمبر 2015
34. م. ع. مرحبا، م. د. حسن، ع. ي. زيعور: بدايات الفلسفة الأخلاقية، مؤسسة عز الدين للطباعة والنشر، بيروت، ط1، 1995

35. محمد أبو بكر أبو عزة: الأخلاق المهنية في العمل الطبي، المجلة الليبية للدراسات، دار الزاوية للكتاب، ليبيا، ابريل 2014
36. محمد بن اسماعيل البخاري: صحيح البخاري بشرح فتح الباري، شركة الطباعة الفنية، 249/21
37. د محمد صلاح: حق المريض في الحصول على المعلومات الطبية: دراسة تحليلية مقارنة، المجلة القانونية والقضائية، مركز الدراسات القانونية والقضائية، قطر، السنة العاشرة، العدد 2، 2016
38. محمد عبد اللطيف: مشكلات المسؤولية الطبية أمام القضاء الإداري، مجلة البحوث القانونية والاقتصادية، كلية الحقوق جامعة المنصورة، مصر، العدد 36، أكتوبر 2004
39. مختار عيواج: حرية البحث الطبي العلمي في ظل إشتراطات الحق بالسلامة الجسدية: دراسة حالة البحوث الطبية العلمية الخاصة بالاستتساخ البشري، مجلة جيل حقوق الانسان، مركز جيل البحث العلمي، الجزائر، العدد 10، يوليو 2016
40. مراد ابن صغير: مدى التزام الطبيب بتبصير المريض: دراسة علمية تأصيلية مقارنة، مجلة الحقوق، الكويت، المجلد 34، العدد 4، ديسمبر 2010
41. مسلم بن الحجاج: صحيح مسلم بشرح النووي، دار الفكر، 191/14
42. د مصطفى حسيبة: المعجم الفلسفي، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2009
43. منذر عبد الحسين الفضل: التجربة الطبية على الجسم البشري ومدى الحماية التي يكفلها القانون المدني والقوانين العقابية والطبية، مجلة الكوفة للعلوم القانونية والسياسية، العراق، المجلد 2، العدد 7، أكتوبر 2010

44. منصور مصطفى: حقوق المريض على الطبيب، مجلة الحقوق والشريعة، الكويت، المجلد 5، العدد 2، يونيو 1981
45. ناهدة البقصي: الهندسة الوراثية والأخلاق، عالم المعرفة، الكويت، العدد 174، يونيو 1993
46. الدكتور. هيثم حامد خليل المصاروة: مدى الاعتداد بإرادة المريض في الأعمال الطبية، مجلة الفكر الشرطي، الإمارات، المجلد 24، العدد 93، أبريل 2015
47. يوسف الكيلاني: سر المهنة الطبية، مجلة الحقوق والشريعة، الكويت، المجلد 5، العدد 2، يونيو 1981
- القواعد الإرشادية الدولية لآداب المهنة فى مجال بحوث الطب الإحيائي المتضمنة لحالات دراسة بشرية، إعداد مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية، جنيف، 2002، ص 29، 30

مراجع باللغة الانجليزية

- 1-Danielle Bromwich, Annette Rid: Can informed consent to research be adapted to risk?, journal of medical ethics, , vol 41 , 2015
- 2-Grant R Gillett: Informed consent and moral integrity, Journal of medical ethics, vol 15, 1989
- 3-J C Garnham: Some observationsns on iofrmed consent in non-theraeutic research, Journal of Medical Ethics, vol.1, 1975.
- 4-Kenneth Boyd: The impossibility of informed consent?, Journal of Medical Ethics, vol 41, 2015
- 5-L Doyal: Good clinical practice and informed consent are inseparable, Hear, vol.87, 2002

- 6- Karsten Witt: Identity change and informed consent, journal of medical ethics, vol. 43, 2017
- 7- Lokesh P. Nijhawan, Manthan D. Janodia, B. S. Muddukrishna, K. M. Bhat, K. L. Bairy, N. Udupa, and Prashant B. Musmade: Informed consent: Issues and challenges, Journal of Advanced Pharmaceutical Technology & Research, v4 (issue 3), jul-sep 2013
- 8- M Stirrat, R Gill: Autonomy in medical ethics after O'Neill, journal of medical ethics, 31, 2005
- 9- N G Messer: Professional-patient relationships and informed consent, Medical Journal, 80, 2004
- 10- Nir Eyal: Using informed consent to save trust, Journal of Medical Ethics 2014

مقالات وأبحاث من شبكة الانترنت باللغة الانجليزية

1. William Ruddick: MEDICAL ETHICS, Encyclopedia of Ethics. Lawrence and Charlotte Becker, eds. 2nd edition. Garland 1998, in <http://www.nyu.edu/gsas/dept/philo/faculty/ruddick/papers/medethics.html>

2. د: حسن عباس حسن: نظرة في مفهوم الأخلاق الطبية، شبكة أهل البيت،

<http://www.ahlolbayt.net/modules.php?name=News&file=print&sid=141>

3. The Bioethics of the Circumcision of Male Children in <http://www.cirp.org/library/ethics/>
4. Jessica De Bord: Informed Consent, march 2014, University of Washington, in <https://depts.washington.edu/bioethx/topics/consent.html>
5. The Bioethics of the Circumcision of Male Children, in <http://www.cirp.org/library/ethics/>
6. What is informed consent and what does it mean? In <https://www.cancer.org/treatment/finding-and-paying-for->

- treatment/understanding-financial-and-legal-matters/informed-consent/what-is-informed-consent.html
7. What is informed consent and what does it mean? In <https://www.cancer.org/treatment/finding-and-paying-for-treatment/understanding-financial-and-legal-matters/informed-consent/what-is-informed-consent.html>
8. Richard A Wagner: informed Consent, in https://www.emedicinehealth.com/informed_consent/article_em.htm.
9. The Bioethics of the Circumcision of Male Children in <http://www.cirp.org/library/ethics/>
10. Committee on Bioethics: Informed Consent, Parental Permission, and Assent in Pediatric Practice, PEDIATRICS, Volume 95 Number 2, Pages 314-317, February 1995, in <http://www.cirp.org/library/ethics/AAP>
- 11- M Stirrat, R Gill: Autonomy in medical ethics after O'Neill, journal of medical ethics, 2005, 31, page 127
- 12- Jessica De Bord: Informed Consent, march 2014, University of Washington, in <https://depts.washington.edu/bioethx/topics/consent.html>
- 13- J P H Shield: Children's Consent to Treatment, British Medical Journal, 7 May 1994, Vol 308, Pages 1182, in <http://www.cirp.org/library/ethics/shield>.
- 14- J P H Shield: Children's Consent to Treatment, British Medical Journal, 7 May 1994, Vol 308, Pages 1183, in <http://www.cirp.org/library/ethics/shield>.
- 15- The Bioethics of the Circumcision of Male Children in <http://www.cirp.org/library/ethics/>
- 16- How is informed consent for a clinical trial or research study different from consent for standard treatment? In <https://www.cancer.org/treatment/finding-and-paying-for-treatment/understanding-financial-and-legal-matters/informed-consent/clinical-trial-consent.html>
- 17- Belmont Report:

https://en.wikipedia.org/wiki/Belmont_Report

18- Lizbeth A. Adams, Timothy Callahan, Research Ethics, in

<https://depts.washington.edu/bioethx/topics/resrch.html>

19- List of medical ethics cases: in

https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_medical_ethics_cases

20- Kenneth Boyd: The impossibility of informed consent?,
Journal of

[http://www.islamset.com/arabic/alwseka/nazeh/word.](http://www.islamset.com/arabic/alwseka/nazeh/word)