

## مسئولیت اخلاقی پزشک در برابر خواست بیمار در استفاده از فناوری های کمک باروری

فاطمه دومانلو<sup>\*</sup>، امیرحسین خداپرست<sup>۱</sup>

### مقاله ی پژوهشی

#### چکیده

پیشرفت چشمگیر فناوری های نوین زیستی در دهه های اخیر ضرورت توجه به مسائل اخلاقی برخاسته از کاربرد این فناوری ها را بیش از پیش آشکار کرده است. اصول چهارگانه ی اخلاق زیستی در پاسخ به همین نیاز تدوین شده اند و در اختیار دست اندرکاران این بخش قرار گرفته اند. با این حال، اطلاق این اصول بر موارد جزئی، چنان که در ابتدا به نظر می رسد، سهل و ساده نیست و نیازمند آگاهی کافی نسبت به این اصول و نحوه ی اطلاق آن ها، توجه به شرایط و وضعیت خاص افراد درگیر و تصمیم گیری بر اساس بینش صحیح اخلاقی است و این همه جز با مطالعه ی موقعیت های خاص اخلاقی و تمرین و ممارست در این امر محقق نمی شود. در این پژوهش می کوشیم با فراهم آوردن چند موقعیت خاص اخلاقی در حوزه ی فناوری های کمک باروری، به عنوان یکی از فناوری های نوین زیستی که امروز به طور گسترده به کار گرفته می شود، و تحلیل فلسفی اصول اخلاق زیستی، نحوه ی صحیح تصمیم گیری اخلاقی پزشک در موارد پیچیده را به بحث بگذاریم.

**واژگان کلیدی:** خودآینی، خیررسانی، ضرررسانی، عدالت، فناوری های کمک باروری

<sup>۱</sup> مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی تولیدمثل، پژوهشکده فناوری های نوین علوم پزشکی جهاددانشگاهی - ابن سینا، تهران

\* نشانی: پژوهشکده فناوری های نوین علوم پزشکی جهاددانشگاهی - ابن سینا، تهران - صندوق پستی: ۱۱۷۷-۱۹۶۱۵، کدپستی: ۱۹۳۶۷۷۳۴۹۳.

تلفن: ۰۲۴۳۲۰۲۰، Email: [f.domanloo@avicenna.ac.ir](mailto:f.domanloo@avicenna.ac.ir)

## مقدمه

فناوری‌های کمک‌باروری امروزه به‌طور گسترده در دنیا مورد استفاده قرار می‌گیرند. مراکز متعددی برای ارائه‌ی این خدمات به زوجین نابارور در سرتاسر دنیا تأسیس شده و مشغول فعالیت هستند. از کاربست این فناوری‌ها مسائل اخلاقی بسیاری برمی‌خیزد که نیازمند تأمل و بررسی است. اخلاق زیستی، هرچند به این حوزه منحصر نمی‌شود، در پاسخ به همین نیازها شکل گرفته است و در بخش‌های مختلف به‌عنوان راهنمای نظری و عملی گروه‌های درگیر در فرایندهای درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

در زمینه‌ی فناوری‌های کمک‌باروری با دو گروه عمده مواجه‌ایم: خدمات‌دهندگان که شامل مراکز درمان، کادر پزشکان، پیراپزشکان، پرستاران و ... است و گیرندگان خدمات. آموزش اخلاقی این گروه‌ها، به‌ویژه خدمات‌دهندگان که همه‌روزه با این مسائل سروکار دارند، می‌تواند بخش بزرگی از مشکلات اخلاقی برآمده در طول فرایندهای درمانی را پیشاپیش از میان بردارد.

با توجه به اصول چهارگانه‌ی اخلاق پزشکی، یعنی احترام به خودآیینی<sup>۱</sup> افراد، خیررسانی<sup>۲</sup>، ضررنرسانی<sup>۳</sup> و عدالت (۱) و نیز اصول اخلاقی دیگری همچون احترام به کرامت<sup>۴</sup> انسانی می‌توان آموزش‌های اخلاقی لازم را در قالب راهنماهای اخلاقی تدوین کرد و در اختیار گروه‌های مرتبط قرار داد. با این حال، موقعیت‌های بسیاری را می‌توان ترسیم کرد که در آن‌ها فاعل اخلاقی ناگزیر است به‌دلیل تعارض اصول عام اخلاقی با یکدیگر، در میان آن‌ها دست به انتخاب بزند. بنابراین، به‌نظر می‌رسد علاوه بر راهنماهای اخلاقی، آموزش‌های وسیع‌تری (۲) در این حوزه ضرورت پیدا می‌کند. یکی از راه‌های مؤثر در این آموزش‌ها می‌تواند تشکیل

کارگاه‌هایی با حضور گروه‌های درمانگر و متخصصان اخلاق باشد که در آن‌ها موارد واقعی به بحث گذاشته می‌شود. در این روند گروه درمانگر به کمک متخصصان اخلاق و گفت‌وگو با یکدیگر و به اشتراک‌گذاری تجربیات خود می‌آموزند که چگونه باید نتایج، منافع و مضاری را که از به‌کارگیری فناوری‌های کمک‌باروری در موارد خاص برای افراد مختلف (اعم از بیمار، کودکی که متولد می‌شود و جامعه) حاصل می‌شود پیش‌بینی کنند و بر این اساس عمل اخلاقی شایسته را تشخیص دهند. در این مقاله می‌کوشیم مسؤولیت پزشک در برابر خواست بیمار را از منظر اخلاقی بررسی کنیم و با مطالعه‌ی چند مورد واقعی نمونه‌ای از آموزش اخلاقی مناسب گروه درمانگر به‌دست دهیم.

## اصول اخلاق زیستی

توجه به مسائل اخلاقی در حوزه‌ی علوم زیستی و مراقبت‌های بهداشتی از دهه‌ی ۱۹۶۰ به آگاهی جمعی راه یافت. در همین دهه شکل‌گیری اخلاق زیستی به‌عنوان رشته‌ای مستقل و به‌دنبال آن تلاش برای تدوین اصول اخلاقی عامی برای حل و فصل چالش‌های اخلاقی مطرح در حوزه‌ی علوم زیستی آغاز شد (۳). در نتیجه‌ی این کوشش‌ها، اصول چهارگانه‌ی خودآیینی، خیررسانی، ضررنرسانی و عدالت که از آن‌ها با عنوان اصول اخلاق زیستی یاد می‌شود، امروزه راهنمای اخلاقی اساسی عالمان و متخصصان علوم زیستی به‌شمار می‌روند (۴) و بحث درباره‌ی تعارض‌های اخلاقی در رابطه‌ی پزشک و بیمار بدون پرداختن به این اصول، کامل به‌نظر نمی‌رسد. بنابراین، در این مقاله ابتدا شرحی از اصول اخلاق زیستی به دست خواهیم داد و سپس به بررسی چند موقعیت اخلاقی خواهیم پرداخت.

## خودآیینی

اصل خودآیینی در میان اصول چهارگانه‌ی اخلاق زیستی به احتمال مهم‌ترین و اساسی‌ترین اصل است، چرا که به‌نظر کانت که در کارهای خود اهمیتی بی‌اندازه به این مفهوم

<sup>1</sup> Autonomy

<sup>2</sup> Beneficence

<sup>3</sup> Nonmaleficence

<sup>4</sup> Dignity

به عبارت دیگر، فرد باید بتواند آزادانه، مستقل و فارغ از هرگونه اجبار یا دخالتی از جانب دیگری تصمیم بگیرد. در حوزه اخلاق زیستی اخذ رضایت آگاهانه از بیمار و حفظ اسرار او را از لوازم احترام به خودآیینی افراد برشمرده‌اند.

### خیررسانی و ضرررسانی

اصول خیررسانی و ضرررسانی ناظر به وظیفه‌ی انسان‌ها برای افزایش خیر و کاهش درد و رنج در جهانند و نه فقط انسان بلکه همه‌ی موجودات طبیعی را - تا جایی که مقدور باشد - در بر می‌گیرند. این مفاهیم چنان روشن‌اند که در این‌جا نیازی به توضیح مفهومی بیش‌تر در مورد آن‌ها نیست. آنچه در این‌جا درباره‌ی این دو اصل اهمیت دارد حدود اطلاع آن‌ها در حوزه اخلاق زیستی است. کمک کردن یا خیر رساندن به دیگران ناگزیر خطر آسیب رساندن به آن‌ها را همراه دارد؛ به همین جهت، این دو اصل را باید با هم در نظر گرفت. با این حال، در شرایطی که تکلیفی برای خیر رساندن وجود ندارد (در حالی که تکلیف آسیب رساندن به دیگران هم چنان برجاست) این دو اصل را باید جدا از یکدیگر لحاظ کرد (۹). وظیفه‌ی اخلاقی ما، در نظر بعضی، به ضرر رساندن به دیگران محدود می‌شود در حالی که در نظر برخی دیگر، ما نه تنها حق نداریم به دیگران آسیب برسانیم بلکه موظفیم در جهت افزایش رفاه و بهزیستی هم‌نوعان خود فعالیت کنیم.

اما اصل خیررسانی، حتی اگر درباره‌ی تمامی انسان‌ها قابل تعمیم نباشد، در مورد پزشک و درمانگر مسلماً از وظایف اخلاقی به حساب می‌آید. خیررسانی و ضرررسانی از زمان بقراط جزء وظایف اساسی پزشک تلقی شده‌اند. Frankena می‌گوید: «اگرچه نیکوکاری از لوازم اخلاق به حساب نمی‌آید بلکه امری استجابی و اخلاقاً خوب است، با این حال، هنوز بخش مهمی از اخلاق به حساب می‌آید؛ یعنی اگرچه الزامی نیست ولی مطلوب است» (۱۰). او خیررسانی را شامل چهار مرتبه می‌داند: «۱- نباید شر یا آسیب رساند. ۲- باید از شر یا آسیب جلوگیری کرد. ۳- باید شر را از میان برکند. ۴- باید

بخشید، مستقیماً با کرامت ذاتی انسان‌ها سر و کار دارد و نقض آن به معنای نقض کرامت انسانی فرد است. خودآیینی و کرامت انسانی از آن رو در ارتباطند که به عقیده‌ی کانت، «آنچه به هرکس کرامت می‌دهد، نه مقام اجتماعی یا استعداد‌های ویژه یا موفقیت، بلکه نیروی فطری عقل است و نیز توان هر فرد از زن و مرد برای این‌که ببیند و تصمیم بگیرد که نه تنها به زندگی خود شکل دهد بلکه با وضع قوانینی که ساختار قانونی زندگی همه کس را تشکیل می‌دهد، به حفظ و ترویج احترام متقابل میان مردم یاری برساند» (۵). خودآیینی، چنان‌که از واژه‌های برسازنده‌ی آن برمی‌آید، یعنی برای خود آیین نهادن، قانون خود را داشتن یا برای خود قانون وضع کردن. مهم‌ترین مؤلفه در خودآیینی آن است که انتخاب‌ها، ارزش‌ها، امیال و علایق فرد مستقل از دخالت دیگران و برخاسته از خود او باشند. اما همین تعریف به ظاهر ساده، به سخن Feinberg، هنگام اطلاق به افراد، متضمن چهار معناست: ۱- ظرفیت فرمان راندن بر خود، ۲- وضعیت بالفعل خودفرمان‌روایی، ۳- آرمان شخصی و ۴- مجموعه حقوقی که گویای حاکمیت فرد بر خویش‌اند (۶). از سوی دیگر، باید میان خودآیینی به مثابه‌ی ظرفیت اشخاص و خودآیینی به مثابه‌ی وصف اعمال و تصمیم‌های شخص تمیز نهاد؛ چرا که گاه ممکن است فردی که ظرفیت خودآیینی را دارد، مثلاً در شرایطی که او را به انجام کاری وادار کرده‌اند، خودآیین عمل نکند (۷). این‌که فرد ظرفیت خودآیینی را دارد یا نه مسأله‌ای است که هنگام پرداختن به مصادیق مطرح می‌شود، اما آنچه در این‌جا اهمیت دارد زمینه‌سازی برای اعمال خودآیینی از سوی افراد است. در واقع، اصل اخلاقی‌ای که از آن صحبت می‌شود نه خودآیینی، بلکه احترام به خودآیینی افراد است که سایرین را موظف می‌سازد شرایط ایجابی و سلبی لازم برای اعمال این خودآیینی را فراهم آورند. بر این اساس، تصمیم فرد باید مبتنی بر اطلاعات کافی و صحیح و نیز اختیاری، یعنی عاری از اعمال فشار، باشد (۸).

که ناظر به توزیع منصفانه‌ی امکانات درمانی میان افراد نیازمند است، از اصول بنیادین اخلاق زیستی محسوب می‌شود. اصل عدالت مقتضی آن است که در برخورد با افراد تبعیضی صورت نگیرد و با همه‌ی افراد یکسان و به‌نحو برابر رفتار شود. اما هرچند برابری در قلب عدالت جای دارد، عدالت، چنان‌که ارسطو گفته است، صرفاً به‌معنای برابری نیست. رفتار برابر می‌تواند عادلانه نباشد (۱۶، ۱۵). ارسطو استدلال می‌کند که با افراد برابر باید به‌نحو برابر رفتار کرد و با افراد نابرابر، البته به نسبت نابرابری‌هایی که به لحاظ اخلاقی مهم‌اند، به‌نحو نابرابر. با این حال، از همان زمان ارسطو درباره‌ی این‌که معیار رفتار برابر یا نابرابر چیست بحث شده است و این بحث هم‌چنان ادامه دارد (۹).

از جمله معیارهایی که برای توزیع عادلانه‌ی کالاها و خدمات درمانی پیشنهاد شده «نیاز افراد» است، هرچند تشخیص نیاز و تعیین اولویت برای تخصیص منابع، کاری بسیار دشوار و پیچیده است. Beauchamp و Childress چند عامل را در این تصمیم‌گیری دخیل می‌دانند: «سود احتمالی بیمار»، «فوریت نیاز»، «تغییر در کیفیت زندگی» و «دوام سود». از سوی دیگر، به‌نظر می‌رسد ملاحظات غیر درمانی مثل توانایی تأمین هزینه‌ها، جایگاه اجتماعی، موانع درمان، سهم بیمار در بیماری و استفاده‌ی پیشین از منابع، به هیچ وجه نباید در نحوه‌ی توزیع منابع دخالت داده شوند (۱۲).

#### کاربرد اصول اخلاق زیستی در موارد جزئی

همه‌ی انتظار ما از اصول اخلاقی این است که در موقعیت‌های خاص اخلاقی عمل درست و شایسته را به ما بنمایانند. چنین انتظاری اگر محقق‌شدنی بود احتمالاً دیگر نه اختلاف نظری درباره‌ی فعل درست اخلاقی وجود داشت و نه تصمیم‌گیری اخلاقی این همه دشوار می‌نمود. در هر موقعیت اخلاقی ملاحظات بسیاری به میان می‌آیند که در دستگاه‌های اخلاقی مختلف جایگاه‌های متفاوتی می‌یابند و بر نوع داوری فرد تاثیر می‌گذارند. تعارض میان اصول نیز در

نیکی کرد یا خیر رساند» و اضافه می‌کند: «در واقع، می‌توان گفت به یک معنا اولی بر دومی اولویت دارد و دومی بر سومی و سومی بر چهارمی، البته به‌شرط یکسان بودن شرایط» (۱۰). Beauchamp و Childress مرتبه‌ی اول را تحت اصل ضرررسانی و سه مرتبه‌ی بعدی را تحت اصل خیررسانی طبقه‌بندی می‌کنند (۱۱).

اعمال اصول خیررسانی و ضرررسانی بیش از هر چیز بر منافع بیمار تکیه دارد. خیررسانی یعنی انجام دادن عمل خیر یا هر عملی که به نفع بیمار است و ضرررسانی یعنی اجتناب از آسیب‌رساندن به بیمار یا هر عملی که بر خلاف منافع اوست (۱۲). بحث از منافع بیمار همواره خطر قیّم‌مآبی و نقض خودآیینی را در پی دارد. Maclean می‌گوید میان وظیفه‌ی خیررسانی پزشک و خودآیینی بیمار از آن رو تعارض پیش می‌آید که پزشک تأمین سلامتی و بهبود بیمار را نخستین وظیفه‌ی خود می‌داند و بر این بُعد از زندگی او تمرکز می‌کند و وظیفه‌ی احترام به بیمار به‌عنوان یک شخص را از یاد می‌برد. به‌عبارت دیگر، پزشک اغلب موفق نمی‌شود میان فرد در مقام یک موجود زیستی و فرد در مقام یک شخص تمایز نهد. سلامتی تنها یک جنبه از سعادت است و بیش‌تر ارزش ابزاری دارد تا ارزش ذاتی. حس خود بودن<sup>۱</sup> هم بخشی از سعادت است، بنابراین، فرد را ناتوان تصور کردن، محدود ساختن و نقض خودآیینی او به حس سعادت‌مندی او آسیب می‌رساند. پس احترام به خودآیینی بر خیررسانی اولویت دارد و خیر رساندن به فرد باید بر اساس تعریف خود او از خیر و سعادت صورت گیرد، چنان‌که کانت نوشت: «من، نه طبق تصور خودم از سعادت، بلکه طبق تصور کسی که می‌خواهم به او خیر برسانم (جز کودکان و مهجورین) می‌توانم به دیگران خوبی کنم» (۱۴، ۱۳).

#### عدالت

خواست‌ها و نیازهای انسانی نامحدودند و منابع پاسخ‌گویی به این نیازها محدود. به همین جهت، اصل عدالت

<sup>۱</sup> Sense of self

دیدگاه‌های اخلاقی متفاوت به‌نحو متفاوتی حل می‌شوند و به همین دلیل است که برای یک موقعیت خاص نسخه‌ی واحد و ثابتی نمی‌توان پیچید؛ درست همان‌طور که پزشکان مختلف بیمار واحد را به یکسان درمان نمی‌کنند. اما مهم این است که فرد با نظر به این ملاحظات و با استمداد از اصول عام اخلاقی و بر اساس دیدگاه اخلاقی مورد قبول خود به ارزیابی موقعیت پیش رو بپردازد و بتواند بر درستی تصمیم خود استدلال کند. نخستین گام در این راه تشخیص درست و طرح ملاحظاتی است که از وزن اخلاقی برخوردارند و در توزین فعل شایسته‌ی اخلاقی به‌کار می‌آیند. شاید بهترین شیوه برای بحث در این‌باره مطالعه و بررسی موارد و موقعیت‌های واقعی باشد.

#### پرونده‌ی آقا و خانم الف

آقا و خانم الف (۲۳ و ۲۴ ساله) برای مشکل ناباروری‌شان به پزشک مراجعه می‌کنند. چهار سال از ازدواج‌شان می‌گذرد ولی هنوز بچه‌دار نشده‌اند. پس از معاینه و انجام آزمایش‌های لازم مشخص شد آقای الف دچار مشکل آزوسپرمی<sup>۱</sup> است. تعداد اسپرم‌های او کم‌تر از  $2 \times 10^6$  و تحرک آن‌ها ۵ درصد بود. پزشک تشخیص داد که این مشکل با استفاده از روش ICSI<sup>۲</sup> قابل رفع است. ولی مشکل دیگری وجود داشت. خانم و آقای الف دخترخاله و پسرخاله یکدیگرند، به همین دلیل پزشک معالج‌شان پیشنهاد کرد پیش از شروع درمان، نظر متخصص ژنتیک را هم جویا شوند. خانم الف توضیح داد که خواهری داشته که پس از ۷ سالگی به تدریج کم‌بینا و سپس نابینا شده، پس از آن کم‌کم فلج شده و نهایتاً در ۲۰ سالگی مرده است. فرزند دایی و عمه‌ی خانم الف (مادر خانم الف دخترعموی پدر او و بنابراین، عمه‌ی خانم الف هم دخترعموی دایی اوست) هم به‌علت همین بیماری در ۲۰ سالگی از دنیا رفته است. متخصص ژنتیک خطر ابتلای فرزند

خانم و آقای الف به بیماری ذکر شده را ۴ درصد تشخیص داد و به آن‌ها توصیه کرد از بچه‌دار شدن خودداری کنند، چرا که بیماری مورد بحث ناشناخته بود و امکان تشخیص ژنتیکی آن از طریق روش‌هایی مثل PGD<sup>۳</sup> وجود نداشت.

آقا و خانم الف پس از شنیدن همه‌ی این توضیحات تصمیم گرفتند خطر را بپذیرند و درمان را شروع کنند. ولی آیا مسأله به همین جا ختم می‌شود و پزشک موظف است خواست آقا و خانم الف را تحقق بخشد یا به‌عنوان فاعلی آزاد و مختار مسؤولیت اخلاقی او تازه آغاز می‌شود؟ هستند کسانی که وظیفه‌ی اخلاقی پزشک را صرفاً اطلاع‌رسانی به بیمار و آگاه کردن او از شرایط و خطرات احتمالی و تصمیم‌گیری نهایی را بر عهده‌ی بیمار می‌دانند، ولی به دو دلیل می‌توان با این نظر آنان مخالفت کرد: ۱- پزشک برای این‌که تصمیم‌گیری را صرفاً و نهایتاً بر عهده‌ی بیمار بگذارد باید از خودآیین بودن تصمیم او مطمئن شود. ممکن است فرد به‌دلیل سلامت و بلوغ عقلی شرایط اولیه‌ی خودآیینی را داشته باشد ولی به‌خاطر شرایطی که در آن قرار دارد (مثلاً الزامات اجتماعی، مذهبی و فرهنگی یا شرایط خاص روانی یا جسمانی) بتواند در خودآیین بودن تصمیمات او تردید کرد. بنابراین، پزشک ابتدا باید از خودآیینی بیمار مطمئن شود. ۲- از آن‌جا که پزشک فاعلی آزاد، مختار و خودآیین است و افعال او مورد داوری اخلاقی قرار می‌گیرند، در برابر افعال خود مسؤول است و نمی‌تواند با تسلیم شدن در برابر خواست بیمار، مسؤولیت را بر عهده‌ی او بگذارد، چرا که به هر حال در فعل انجام‌شده و پیامدهای حاصل از آن شریک و سهیم و در انجام فعل مختار بوده است (۱۷).

عوامل بسیاری در تصمیم‌گیری پزشک دخیلند. تصمیم دشواری پیش روست. به‌نظر می‌رسد اصول چهارگانه‌ی اخلاق زیستی هر یک حرفی برای گفتن دارند و بنابراین پزشک ناگزیر باید اهمیت و اعتبار اصول را در این مورد

<sup>۱</sup> Azoospermia

<sup>۲</sup> Intracytoplasmic sperm injection

<sup>۳</sup> Preimplantation genetic diagnosis

هیچ اقدامی برای درمان نباید صورت گیرد. در سوی دیگر، معیار «بدتر از مرگ»<sup>۳</sup> مطرح شده است. طبق این معیار، کمک به باروری تنها در صورتی غیرقابل قبول است که کیفیت زندگی کودک چنان پایین باشد که بهتر می‌بود اصلاً به دنیا نمی‌آمد. این معیار غالباً وقتی به کار می‌رود که گفته می‌شود بدون دخالت پزشکی کودک اصلاً وجود نمی‌داشت. و اگر بپذیریم به وجود آوردن یک فرد خیر رساندن به اوست، بنابراین، زندگی کودک ارزش زیستن را دارد و نتیجه‌ی درمان ناباروری مثبت است. ولی به نظر می‌رسد این استدلال بر فرض غلطی استوار شده است؛ وضعیتی که در آن فرد وجود دارد با وضعیتی مقایسه شده است که در آن دیگری باید تصمیم بگیرد که آیا فردی را به وجود بیاورد یا نه. فرد زنده باید زندگی کند و برای این‌که به زندگی خود پایان دهد باید در شرایط بسیار بدی - حتی بدتر از مرگ - باشد، ولی وقتی می‌خواهیم درباره‌ی به وجود آوردن فردی تصمیم بگیریم زندگی او نباید صرفاً به زیستش بیارزد، بلکه چیزی بیش از این باید در انتظار او باشد (۱۷).

این هر دو معیار (رفاه حداکثری و بدتر از مرگ) مخالف داوری‌های شهودی ما به نظر می‌رسند. موضع میانی یعنی معیار «رفاه معقول»<sup>۴</sup> بین حق والدین بر باروری و حق کودک بر زندگی شایسته<sup>۵</sup> تعادل برقرار می‌کند. مطابق این معیار، اگر خطر عقب‌افتادگی یا معلولیت کودک یا ابتلای او به بیماری‌ای جدی، بالا و پیش‌بینی‌پذیر باشد، زوجین باید از باروری صرف‌نظر کنند. اما با این تفسیر، محوریت بحث به تعریف «بیماری جدی» و «ریسک بالا» منتقل می‌شود. معیار «رفاه معقول» را می‌توان به نحو محصل‌تری چنین بیان کرد که «کودک باید از شانس معقولی برای داشتن زندگی نسبتاً شادی برخوردار باشد». با این‌که تعاریف متفاوتی از رفاه معقول یا شایسته ارائه شده، هسته‌ی مشترک بیش‌تر این تعاریف چنین است که فرد هنگامی زندگی شایسته‌ای دارد که توانایی و

خاص بسنجد و دست به انتخاب بزند. اصل احترام به خودآیینی اقتضا می‌کند که به تصمیم بیمار احترام بگذارد و طبق خواست او رفتار کند. اصل خیررسانی کاستن از درد و رنج بیمار و درمانش را ایجاب می‌کند. اصل ضرررسانی می‌گوید پزشک حق ندارد با کمک به تولد کودکی بیمار، زندگی مشقت‌باری را برای او رقم بزند و بدین ترتیب آسیب‌های جسمی و روحی و مادی بر والدین و حتی جامعه‌ی او وارد کند. مقتضای اصل عدالت نیز آن است که بیمار را به ناحق از خدمات درمانی محروم نسازد.

اگرچه بعضی از اندیشمندان استدلال می‌کنند که اصل احترام به خودآیینی را باید بر دیگر اصول برتری نهاد (۹) ولی هنگامی که پیامدهای این خودآیینی متوجه شخص دیگری غیر از خود فرد باشد، پذیرفتن این سخن چندان آسان نیست. در خدمات<sup>۱</sup> ART آن شخص دیگر کودکی است که در نتیجه‌ی درمان متولد می‌شود. در میان طرفین درگیر در ماجرا، این کودک از همه آسیب‌پذیرتر است زیرا نمی‌تواند در تصمیماتی که او و زندگی‌اش را عمیقاً متأثر می‌سازد نقشی داشته باشد. بر همین اساس، منافع و رفاه این کودک بالقوه بیش از هر چیز باید مورد توجه قرار گیرد. احتمالاً کسی اهمیت این موضوع را انکار نمی‌کند ولی تعاریفی که از این مفهوم (رفاه کودک) ارائه شده چنان مختلف و این مفهوم چنان مبهم است که هر کس می‌تواند در هر شرایطی به آن استناد کند. از همین رو، لازم است معنای این مفهوم به دقت روشن شود. به علاوه، از آن‌جا که با توسل به مفهوم رفاه کودک غالباً حق فردی بر باروری - که جزیی از خودآیینی اوست - از او سلب می‌شود، استدلالی که بر این اساس ترتیب داده می‌شود باید محکم و دقیق باشد (۱۷).

در ادبیات ART سه معیار برای ارزیابی رفاه کودک طرح شده است؛ سخت‌ترین آن‌ها معیار «رفاه حداکثری»<sup>۲</sup> است که می‌گوید اگر زندگی کودک کاملاً مطلوب و شایسته نباشد

<sup>3</sup> Worse than death

<sup>4</sup> Reasonable welfare

<sup>5</sup> Decent

<sup>1</sup> Assisted Reproductive Technology (ART)

<sup>2</sup> Maximal welfare

مجال محقق کردن جنبه‌ها و طرح‌هایی که در مجموع زندگی انسانی را ارزشمند می‌سازند، داشته باشد (۱۷).

اما چه شرایطی در انتظار کودک خانم و آقای الف است؟ در شرایط عادی برای هر کودک بین ۳ تا ۵ درصد خطر معلولیت یا ابتلا به بیماری‌ای جدی وجود دارد. این خطر در درمان‌های کمک‌باروری یا به دلیل تکنیک‌هایی که به کار گرفته می‌شود یا ویژگی‌های خاص والدین افزایش می‌یابد (۱۷). در مورد کودک الف (کودک خانم و آقای الف) خطر ۴ درصدی ابتلا به بیماری ژنتیکی ناشناخته‌ای که پیش‌تر توضیح دادیم بر این خطرات افزوده می‌شود. برای ارزیابی رفاه کودک الف باید چندین عامل را بررسی کنیم. از ترکیب دو عامل احتمال و شدت خطر چهار حالت پدید می‌آید. تصمیم‌گیری در حالتی که احتمال و شدت خطر، هر دو، کم یا زیاد باشند چندان مشکل نیست. اما وقتی بیماری بسیار جدی ولی احتمال ابتلا به آن اندک یا شدت بیماری کم ولی احتمال ابتلا به آن زیاد باشد چه باید کرد؟ در مورد کودک الف درصد احتمال اگرچه چندان زیاد نیست ولی محتمل، یعنی بیماری ژنتیکی ناشناخته، چنان جدی است که تصمیم‌گیری را واقعاً مشکل می‌سازد. هفت سال نخست زندگی کودک الف احتمالاً با اضطراب و نگرانی فوق‌العاده‌ی والدینش سپری خواهد شد، چرا که بیماری ژنتیکی مذکور تا هفت‌سالگی اثری از خود نشان نمی‌دهد. پس از آن هم اگر بیماری بروز کند سیزده سال درد و رنج، نابینایی و بعد فلج در انتظار کودک الف خواهد بود؛ وضعیت خانم و آقای الف هم که نیازی به توضیح ندارد. وقتی بر این همه، احتمال ابتلا به آزوسپرمی<sup>۱</sup> و نیز خطرات طبیعی بارداری و درمان‌های کمک‌باروری را بیفزاییم، تصمیم‌گیری حتی حساس‌تر به نظر می‌رسد.

گرچه خیررسانی از وظایف اصلی پزشک محسوب می‌شود، ولی چنان‌که در گزارش Belmont آمده است: «کسی نمی‌تواند با انجام عملی تحت لوای این‌که این عمل

<sup>۱</sup> Azoospermia

برای دیگران فایده به‌بار می‌آورد به فردی صدمه بزند» (۱۸). با توجه به این شرایط، پزشک به خانم و آقای الف پیشنهاد می‌کند از اسپرم یا تخمک اهدایی استفاده کنند ولی خانم و آقای الف که ۹۶ درصد را شانس بالایی برای داشتن کودکی سالم می‌دانند، فرزند ژنتیکی خودشان را می‌خواهند. از زمان آغاز درمان ناباروری به روش‌های جدید معقولیت آرزوی داشتن فرزندی با ارتباط ژنتیکی نکته‌ای مهم و قابل توجه بوده است. در میان دلایلی که برای توجیه این آرزو طرح شده‌اند اگرچه بعضی غیرمنطقی‌اند، مثل آرزوی تجربه‌ی بارداری و زایمان - چون این آرزو با استفاده از تخمک اهدایی نیز محقق می‌شود - دلایل موجهی نیز یافت می‌شوند: مثلاً آرزوی نوع خاصی از جاودانگی، آرزوی شرکت در خلقت یک انسان یا آرزوی تجسم بخشیدن به عشق میان زوجین (۱۷). پس خانم و آقای الف نه تنها میل دارند بچه‌دار شوند بلکه فرزند ژنتیکی خودشان را می‌خواهند. اما آیا این خواست، با توجه به مخاطرات پیش‌گفته، تکلیفی اخلاقی را بر پزشک الزام می‌کند؟ بر اساس این توضیحات، ملاحظاتی را که پزشک برای تصمیم‌گیری در این مورد باید مورد توجه قرار دهد می‌توان به این ترتیب خلاصه کرد: ۱- رفاه کودک الف و کیفیت زندگی او و ۲- حق خانم و آقای الف بر باروری و داشتن فرزندی با ارتباط ژنتیکی.

#### پرونده‌ی خانم ب

خانم ب با سرطان پیشرفته‌ی سینه به پزشک متخصص ناباروری مراجعه کرده است. پزشک معالج او گفته است که شیمی‌درمانی را حتی یک روز هم نباید به تأخیر بیندازد، ولی خانم ب که امیدی به زنده ماندن ندارد، با جلب رضایت همسرش می‌خواهد پیش از آن‌که روند شیمی‌درمانی را آغاز کند با استفاده از روش انجماد جنین، کودکی از خود به یادگار بگذارد. متخصص ناباروری به او توصیه می‌کند که به‌جای انجماد جنین که نیازمند تحریک تخمدان و در نتیجه زمانی نسبتاً طولانی (حدود دو ماه) است، از روش انجماد کورتکس

بزرگ را از دست بدهد، تحدید خودآیینی او موجه است. قوانین و اعمال بسیاری هستند که با توسل به اصول قیم‌مآبانه توجیه می‌شوند، مثل ممنوعیت فروش بعضی داروها بدون تجویز پزشک، لزوم بستن کمر بند ایمنی هنگام رانندگی، دخالت برای جلوگیری از خودکشی، منع انجام درمانی جدید و نامطمئن بر روی شخصی که خود داوطلب این کار است و ... (۱۹). به همین ترتیب اگر بیماری روندی درمانی را درخواست کند که به نظر پزشک مضر، ناکارآمد و بی‌فایده باشد، نباید به خواست او عمل کرد (۱۹).

اما مخالفان قیم‌مآبی چیز دیگری می‌گویند. نادیده گرفتن تصمیم غیرعقلانی فرد، حتی اگر از عواقب جدی و منفی آن پیشگیری کند، به لحاظ اخلاقی درست نیست، چون فاعلیت او را زیر سؤال می‌برد. افزون بر این، هرچند مهم‌ترین وظیفه‌ی پزشک حفظ سلامتی بیمار است، ولی ارزش سلامتی صرفاً ابزاری<sup>۱</sup> است، در حالی که خودآیینی ذاتاً ارزشمند است و برای انتساب مسؤلیت و شخصیت اخلاقی به فرد اهمیت بنیادین دارد. پس هنگام تعارض با رفاه، خودآیینی باید اولویت یابد. اگر در دفاع از قیم‌مآبی چنین استدلال شود که تصمیم غیرعقلانی، خودآیین و بنابراین، احترام به آن نیز ضروری نیست باید بگوییم چون خود بیمار است که باید با عواقب فیزیکی انتخاب خود زندگی کند، احترام به تصمیم او واجب است. به علاوه، وظیفه‌ی اخلاقی ما نه احترام به خودآیینی به‌عنوان مفهومی انتزاعی، بلکه احترام به افراد خودآیین است. بنابراین، وظیفه داریم به تصمیم‌های ناخودآیین<sup>۲</sup> افراد خودآیین نیز احترام بگذاریم (۱۴).

با این همه، احترام به خودآیینی بیمار به معنای رها کردن او به حال خود نیست. پزشک هنگامی که عواقب بدی را پیش‌بینی می‌کند موظف به دخالت است ولی این مداخله باید به پرسش از دلایل بیمار برای تصمیمی که گرفته، ارائه‌ی مشاوره به او و تلاش برای ترغیب او به تغییر تصمیمش

تخمدان استفاده کند که به‌سرعت انجام می‌شود و شیمی‌درمانی او را به تأخیر نمی‌اندازد، اما خانم ب با آگاهی از این‌که شانس موفقیت در روش انجماد جنین بسیار بیش‌تر از روش انجماد کورتکس تخمدان است، اصرار دارد از روش انجماد جنین استفاده کند.

خانم ب با اتخاذ این تصمیم پزشک را در تنگنایی اخلاقی قرار می‌دهد. آیا پزشک باید به خودآیینی خانم ب احترام بگذارد و خواست او را برآورد حتی اگر مجبور شود درمان ضروری و حیاتی او را به تأخیر اندازد یا تحت هیچ شرایطی اجازه ندارد به کسی آسیب برساند؟ اولین و مهم‌ترین وظیفه‌ی یک پزشک حفظ و احیای سلامتی بیمار است. ناسازگاری خواست بیمار و تشخیص پزشک نیز غالباً از همین جا برمی‌خیزد. خانم ب خود را مالک بدن خود و محق بر آن می‌داند که نوع درمانش را خود انتخاب کند؛ می‌خواهد زنده بماند و بر این باور است که تنها در وجود کودکی که از او به جا می‌ماند، می‌تواند زندگی کند چون سرطان دیر یا زود جان او را می‌گیرد. ولی آیا این همه به پزشک اجازه می‌دهد که با قبول خواست او جانش را به خطر بیندازد؟ حتی اگر بپذیریم که خانم ب به این معنا بر بدن خود مالکیت دارد که اخلاقاً مجاز است به خود آسیب برساند، آیا این مالکیت قابل انتقال به دیگری (در این‌جا پزشک) هم هست؟ گذشته از این‌ها، پزشک باید رفاه کودک بالقوه‌ی خانم ب را نیز در نظر داشته باشد. اگر خانم ب زنده نماند تکلیف این کودک بی‌مادر چه می‌شود؟

به‌نظر می‌رسد پیچیدگی این موقعیت اخلاقی را بیش از هر چیز، تعارض دو اصل احترام به خودآیینی و ضرررسانی سبب شده است. طرفداران قیم‌مآبی (قیم‌مآبی در خدمات درمانی یعنی معالجه‌ی بیمار برخلاف خواست او، با این توجیه که درمانگر به لحاظ حرفه‌ای مکلف است خدماتی را که به بیمار سود می‌رساند به او ارائه دهد و نیز درمانگر خیر بیمار را بهتر از خود او تشخیص می‌دهد (۷)) می‌گویند اگر محتمل باشد که فردی آسیبی جدی به خود برساند یا منفعتی

<sup>1</sup> Instrumental value

<sup>2</sup> Non-autonomous

محدود شود (۱۴).

در این میان نظر دیگری هم وجود دارد: نه سر باز زدن پزشک از انجام درمان مصداق قیام‌آبی و نقض خودآیینی بیمار و نه انجام درمان مصداق ضرررسانی به بیمار است. اگر پزشک خواست خانم ب برای انجماد جنین را نپذیرد اساساً فعلی انجام نداده است و بنابراین نه به‌جای بیمار تصمیم گرفته و نه خودآیینی او را نقض کرده است. خودآیینی خانم ب وقتی نقض می‌شود که پزشک به تصمیم خود و بدون رضایت خانم ب درمان دوم، یعنی انجماد تخمدان، را برای او انجام دهد یا او را به این کار وادار کند. به‌علاوه، پزشک با انجام روش انجماد جنین به‌طور مستقیم هیچ آسیبی به خانم ب وارد نمی‌کند. چه تضمینی وجود دارد که خانم ب حتی اگر پزشک خواست او را نپذیرد به شیمی‌درمانی تن دهد؟

افزون بر همه‌ی این ملاحظات که به‌طور قطع بر تصمیمی که پزشک باید بگیرد مؤثرند، مسأله‌ی رفاه کودک را نیز نباید از نظر دور داشت. چون در مورد خانم و آقای الف در این باره به تفصیل بحث کردیم، دوباره به آن نمی‌پردازیم. در این مورد ملاحظات اخلاقی مربوط عبارتند از: ۱- احترام به خودآیینی خانم ب یا حفظ جان او و ۲- رفاه کودک خانم ب.

### پرونده‌ی خانم ج

خانم ج (۴۰ ساله) چندمین بار است که به پزشک متخصص ناباروری مراجعه می‌کند. پیش از این، یک‌بار با استفاده از روش ICSI برای بارداری اقدام کرده است ولی به‌دلیل<sup>۱</sup> FSH بالا نتیجه نگرفته است. با این حال، از پزشک می‌خواهد که دوباره برای او ICSI انجام دهد. آزمایش مجدد FSH خانم ج را برابر ۶۳mIU/ml نشان می‌دهد. پزشک برای خانم ج توضیح می‌دهد که با توجه به جواب آزمایش، تحریک تخمک‌گذاری بی‌فایده است و نیز احتمال مشکلاتی چون سندرم تحریک بیش از حد تخمدان<sup>۲</sup> را در پی خواهد

داشت. بار اول نیز روش ICSI به‌دلیل استفاده از تخمک نابالغ ثمری نداشته است. بنابراین، خانم ج یا باید از تخمک‌اهدایی استفاده کند یا از بارداری چشم‌پوشد. اما خانم ج با استفاده از روش اهدا مخالف است و هم‌چنان بر انجام درمان اصرار دارد. آیا پزشک با این‌که به بهبودگی درمان معتقد است، باید خواست خانم ج را برآورد؟ درخواست خانم ج از یک‌سو و مسؤولیت در برابر جامعه از سوی دیگر، پزشک را در تنگنایی اخلاقی قرار می‌دهد که برون‌رفت از آن نیازمند بررسی دقیق شرایط و مراجعه به اصول عام اخلاقی است.

در میان حرفه‌های مدرن، تخصص<sup>۳</sup> را چنین تعریف کرده‌اند: «فعالیتی که نیازمند آموزشی گسترده بر پایه‌ی دانشی است که مدام توسعه می‌یابد، با این قید که چنین دانشی باید برای رفاه عمومی جامعه به‌کار گرفته شود». بنابراین، متخصص حق ندارد مهارت‌ها و دانش خود را تنها در جهت اهداف شخصی خود به‌کار گیرد (۲۰). رشته‌ی پزشکی نیز بی‌تردید از جمله تخصص‌ها به‌شمار می‌رود، اما از سویی نوعی تجارت نیز محسوب می‌شود. این‌که فعالیت‌های تخصصی پزشک تا چه میزان باید تحت تأثیر مسائل تجاری قرار گیرد محل بحث است. پزشک باید درآمدی داشته باشد تا هزینه‌های خود را بپردازد و از طریق آن امرار معاش کند. بر این اساس، منفعت در حرفه‌ی پزشکی به همان میزان که در تجارت، از اهمیت اقتصادی برخوردار است. اما بعضی این تشابه را پیش‌تر برده‌اند و معتقدند پرداخت دستمزد جزء اساسی رابطه‌ی تخصصی میان پزشک و بیمار است، چرا که این رابطه در واقع قراردادی تجاری میان خدمات‌دهنده (پزشک) و خدمات‌گیرنده (بیمار) است. گرچه این خدمات تخصصی است و بنابراین، نسبت به یک معامله‌ی تجاری معمولی محدودیت‌ها و مسؤولیت‌های بیشتری را برای خدمات‌دهنده در بر دارد، چنین برداشتی از فعالیت پزشکی بسیاری از تمایزهای پزشکی و تجارت را عملاً مبهم می‌سازد.

<sup>۱</sup> (هورمون محرک فولیکول) follicle-stimulating hormone

<sup>۲</sup> Ovarian hyperstimulation syndrome

<sup>۳</sup> Profession

پزشکان احتمالاً بیش از هر گروه دیگری در فعالیت تخصصی خود با مسائل اخلاقی دست به گریبانند. شاید کوچک‌ترین تصمیم آن‌ها نیز خالی از ملاحظات اخلاقی و بی‌نیاز از تأمل پیرامون این ملاحظات نباشد. با این حال، چه بسا پزشکانی که توجهی به مسائل اخلاقی نمی‌کنند و اهمیت عطف نظر به ملاحظات اخلاقی را در تصمیم‌گیری‌های خود در نمی‌یابند یا گمان می‌کنند تصمیم‌گیری و داوری اخلاقی از حوزه تخصص آنان خارج و بر عهده‌ی کسان دیگری از جمله فقها و کارشناسان اخلاق است و از همین رو در پی پاسخی آماده و سراسر برای این مسائل می‌گردند. نویسندگان این مقاله کوشیده‌اند با ارائه‌ی نمونه‌هایی از نحوه‌ی مواجهه با موقعیت‌های اخلاقی این باور نادرست را تصحیح کنند. پزشک، انسان، عاقل و مختار و بنابراین در برابر تصمیم‌هایی که می‌گیرد شخصاً مسؤول است و عمل کردن طبق خواست و تصمیم دیگری مطلقاً از تکلیف اخلاقی او نمی‌کاهد. در نتیجه، او موظف است با ملاحظه‌ی شرایط و موقعیتی که در آن قرار دارد، باورهای اخلاقی خود را موجه کند و با توجه به آن‌ها تصمیم بگیرد. در همین راستا اصول اولیه‌ی اخلاق زیستی به‌عنوان راهنمایی برای فعالان این حوزه تدوین شده است. توجه و پایبندی به این اصول می‌تواند در بسیاری از موقعیت‌های بغرنج اخلاقی روشنگر و راهگشای پزشکان و درمانگران باشد. هرچند از آن‌جا که گاه، چنان‌که نشان دادیم، تعارض‌هایی در کاربست این اصول رخ می‌دهد لازم است پزشک، در مقام فاعل اخلاقی، بر اساس باورهای اخلاقی خود و با سنجش اعتبار این اصول در مقایسه با یکدیگر، به‌صورتی موجه، سازگار و کلی‌نگرانه در رفع این تعارض‌ها بکوشد.

#### تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کمک‌ها و راهنمایی‌های ارزشمند و موثر آقایان دکتر علیرضا میلانی‌فر، دکتر سعید مروتی، دکتر آرش آقازاده، دکتر آرش مهذب و دکتر بهزاد قربانی در فراهم آوردن نمونه‌های پزشکی واقعی و

به‌علاوه، این استدلال تأکید می‌کند که ممکن است پزشک بخواهد خدمات خود را به رایگان یا با نرخ‌ی پایین در اختیار بیماران فقیر قرار دهد اما جایگاه تخصصی او چنین الزامی را برای او در پی ندارد. هم‌چنین، پزشک ملزم نیست هنگام تصمیم‌گیری تخصصی منافع اقتصادی خود را نادیده یا حتی دست‌کم بگیرد، البته با این فرض که درمان تشخیص داده شده به لحاظ پزشکی مناسب باشد. در مقابل، این دیدگاه سستی‌تر قرار دارد که فعالیت پزشکی را اولاً وظیفه‌ای معنوی-تعهدی به برآوردن نیازهای بیماران بدون توجه به منافع شخصی - در نظر می‌گیرد. مطابق این تفسیر، شاید سود در مشاغلی که برای خدمات دستمزد دریافت می‌کنند ضرورتی اقتصادی باشد، ولی قراردادی نانوشته پزشکان را متعهد می‌سازد که صرف نظر از توانایی افراد در پرداخت دستمزد به کسانی که نیازمند مراقبت‌های پزشکی هستند خدمت کنند. افزون بر این، دریافت دستمزد برای خدمات جنبه‌ی حیاتی یا حتی مهم فعالیت تخصصی به حساب نمی‌آید. در این دیدگاه، قرارداد میان پزشک و بیمار علی‌الاصول اخلاقی است نه تجاری و بخشی از تعهد بزرگ‌تری محسوب می‌شود که پزشک در برابر مزایای بسیاری که از سوی دولت دریافت کرده، نسبت به جامعه بر عهده دارد (۲۱). گذشته از این‌ها، مسأله‌ی دیگری که باید در نظر داشت محدودیت منابع است. امکانات و خدمات ART پاسخ‌گوی همه‌ی نیازهای این حوزه نیست. بنابراین، پزشکان همواره ناگزیرند در میان متقاضیان دریافت این خدمات دست به انتخاب بزنند.

بر این اساس، تصمیم پزشک در مورد درمان خانم ج وابسته به این است که ۱- پزشک مسؤولیت خود را در برابر جامعه چگونه تعریف می‌کند و آیا دخالت منافع شخصی در تصمیم‌گیری‌های تخصصی را به لحاظ اخلاقی توجیه‌پذیر می‌داند یا نه. ۲- تخصیص منابع و خدمات درمانی به خانم ج با این فرض که او کلیه‌ی هزینه‌های درمان را تأمین می‌کند به لحاظ اخلاقی موجه است یا نه.

#### نتیجه‌گیری

بحث درباره‌ی آن‌ها صمیمانه سپاسگزاری کنند. بی‌تردید، مسؤولیت هر گونه خطا و نقصان در سراسر متن بر عهده‌ی نویسندگان است.

#### منابع

- 1- Beauchamp TL, DeGrazia D. Principles and principlism. In: Khushf G, ed. Handbook of Bioethics: Taking Stock of the Field from a Philosophical Perspective. New York: Kluwer Academic Publishers; 2004, p. 55-74
- 2- Gillan L. Teaching ethics in the health professions. In: Kuhse H, Singer P, eds. A Companion to Bioethics. Oxford: Willey-Blackwell; 2009, p. 584-593
- 3- Kuhse H, Singer P. Ethical theory and bioethics. In: Kuhse H, Singer P, eds. A Companion to Bioethics. Oxford: Willey-Blackwell; 2009, p. 3,7.
- ۴- راسخ م، خداپرست ا. گزارش پایانی طرح پژوهشی "اخلاق زیستی و دین". تهران: پژوهشگاه فناوری‌های نوین علوم زیستی جهاد دانشگاهی-ابن سینا؛ ۱۳۹۰، ص ۲۰
- ۵- سالیوان ر. اخلاق در فلسفه کانت. ترجمه‌ی فولادوند ع، چاپ اول. تهران: طرح نو؛ ۱۳۸۰، ص ۴۴-۴۵.
- 6- Feinberg J. Harm to Self: the Moral Limits of the Criminal Law. New York: Oxford University Press; 1986, p. 28.
- 7- Miller BL. Autonomy. In: Post EG. ed. Encyclopedia of Bioethics, 3<sup>rd</sup> edition. New York: Macmillan; 2004, vol 1, p. 246, 249.
- ۸- آرامش ک. بررسی دلالت‌های عملی اصول اخلاق پزشکی در اهدای گامت و جنین. در: جمعی از نویسندگان. اهدای گامت و جنین در درمان ناباروری، چاپ دوم. تهران: سمت و ابن‌سینا؛ ۱۳۸۵، ص ۳۲۳
- 9- Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. BMJ 1984; 309(6948): 184-8.
- ۱۰- فرانکنا و. فلسفه اخلاق. چاپ دوم. ترجمه‌ی صادقی ه، قم: کتاب طه؛ ۱۳۸۳، ص ۱۱۱، ۱۱۰.
- 11- Schoene-Seifert B. Harm. In: Post Eg, ed. Encyclopedia of Bioethics, 3<sup>rd</sup> edition. New York: Macmillan; 2004, vol 4, p. 1035.
- 12- Anonymous. Medical Ethics Orientation Manual. Principles of Biomedical Ethics. <http://www.utcomchatt.org/docs/biomedethics.pdf> (accessed in: 2013)
- 13- Kant I. The Doctrine of Virtue: Part Two of the Metaphysics of Morals. New York: Harper &

- 18- Anonymous. Belmont Report, [http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/05/briefing/2005-4178b\\_09\\_02\\_Belmont%20Report.pdf](http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/05/briefing/2005-4178b_09_02_Belmont%20Report.pdf) (accessed in: 2013)
- 19- Beauchamp TL. Paternalism. In: Post Estephen G, ed. Encyclopedia of Bioethics, 3<sup>rd</sup> edition. New York: Macmillan; 2004, vol 4, p. 1983,1987.
- 20- Bloom SW. Professional-patient relationship, social aspects. In: Post EG, ed. Encyclopedia of Bioethics. 3<sup>rd</sup> edition. New York: Macmillan; 2004, vol 4, p. 2148.
- 21- Relman AS. Profit and commercialism. In: Post EG, ed. Encyclopedia of Bioethics, 3<sup>rd</sup> edition. New York: Macmillan; 2004, vol 4, p. 2169
- Row; 1964, p. 122.
- 14- Maclean A. Autonomy, Informed Consent and Medical Law. New York: Cambridge University Press; 2009, p. 50-51, 5, 6.
- 15- Aristotle. Nichomachean ethics, Book 5. In: McKeon R, ed. The Basic Works of Aristotle. New York: Random House; 1941.
- 16- Aristotle. Politics, Book 3, chapter 9. In: McKeon R, ed. The Basic Works of Aristotle. New York: Random House; 1941.
- 17- Gerris J. Philosophical and ethical considerations regarding assisted reproductive technologies. In: Gerris J, Olivennes F, De Sutter P, eds. Assisted Reproductive Technologies. London: The Parthenon Publishing Group; 2004, p. 351.

## Moral responsibility of the physician in response to the patient's request for assisted reproductive technology

Fatemeh Doomanlo<sup>\*</sup>, Amirhossein Khodaparast

*Reproductive Biotechnology Research Center, Avicenna Research Institute, Tehran, Iran.*

### Abstract

Professionals who provide assisted reproductive technology (ART) services may be approached by patients who have no chance of success of treatment, or can even be harmed during the requested futile treatment. In such cases, what is the moral duty of those who provide treatment services, in particular the physicians? Does the mere request on the part of the patient free the doctor from his/her professional moral responsibilities? On the one hand, principles of individual autonomy and beneficence require the doctor to provide the patient with necessary treatments regardless of the results and consequences. On the other hand, the principle of non-maleficence requires the physician not to impose any harm on the patient. In addition, due to the limitation of resources, doctors are obliged to allocate them to those patients who have a better chance of recovery and use them in cases in which the probability of resource waste is low. However, does this sit well with the principle of justice, especially where the patient is willing to pay all the costs of his/her treatment? Whose interest does the doctor have to prioritize, the patient's, that of the child resulting from ART, or the society's? Given the above points, moral training of the team providing treatment services seems necessary so that they acquire the essential skills to make the right decisions in difficult situations such as those mentioned above.

**Keywords:** autonomy, beneficence, non-maleficence, justice, training

---

<sup>\*</sup> Email: [f.domanloo@avicenna.ac.ir](mailto:f.domanloo@avicenna.ac.ir)