مراجعات ***Review***

الاتجاهات الحديثة في تعليم أخلاقيات الممارسات الصحية*

عبد الله سعيد حطاب

موجز

تهدف هذه المقالة إلى تحليل العوامل التي أدت إلى تزايد الاهتمام بالأبعاد الأخلاقية للممارسات الطبية وتحديد السمات العامة للاتجاهات الحديثة لتعليم أخلاقيات الممارسات الصحية، وذلك اعتماداً على مراجعة الأدبيات الطبية وتحليلها.

Summary

This article aims to analyse the factors leading to increased emphasis on the ethical dimensions of medical practices, and to outline the general features of the modern trends in teaching the ethics of health practices, on the basis of reviewing and analysis of the medical literature.

مقدمة

إن ما يميز مهنة الطب عن المهن الأخرى هو ارتباطها المباشر بالإنسان وصحته وحياته، الأمر الذي يتطلب من أعضاء هذه المهنة درجة عالية من المسؤولية الأخلاقية واستعداداً كبيراً للتضحية من أجل بلوغ الأهداف السامية لهذه المهنة النبيلة التي تتمثل في تعزيز صحة الإنسان ووقايته من المرض ومعالجته وتخفيف آلامه. ولذلك فقد اهتمت المجتمعات البشرية عَبْر العصور المختلفة بوضع قواعد السلوك المنظمة لممارسة هذه المهنة والتي عرفت فيما بعد بالأخلاقيات الطبية.

وفي تاريخ الحضارات القديمة نجد ما يؤكد أن ممارسة الطب كانت تخضع لقواعد صارمة تحدد بدقة ووضوح واجبات الطبيب والتزاماته نحو المريض وفي نفس الوقت تحدد حقوقه. ليس هذا فحسب، بل كانت كذلك تحدد الإجراءات والعقوبات التي تتخذ بحق الطبيب الذي يهمل أو يقصر في واجباته المهنية، كما ورد في شريعة حمورابي في بابل التي ترجع إلى أكثر من 2000 سنة قبل الميلاد. وفي الحضارة الهندية القديمة التي ازدهرت فيها ممارسة الطب التقليدي، في القرن الخامس عشر قبل الميلاد، كان لا يصرح للطبيب بمزاولة المهنة إلا بعد أداء قسم طبي *Oath of hindu physician* يؤكد أنه "يجب على الطبيب عدم الإضرار بالمريض" *[1]*.

وفي العصور الذهبية للحضارة الإغريقية ظهر أبقراط Hippocrates في القرن الرابع قبل الميلاد. ويعود له الفضل في وضع الأسس العلمية لممارسة الطب والتعليم الطبي، وكذلك وضع المبادئ والقواعد الأخلاقية لممارسة الطب التي تضمنها القسم المشهور الذي عرف باسمه "Hippocratic Oath" والذي يُلزم الطبيب بالقواعد الأخلاقية التالية:

*Recent trends in teaching medical ethics. Abdulla Saeed Hattab, Department of Community Medicine and Public Health, Faculty of Medicine and Health Sciences, Aden University, Aden, Yemen.
Received: 20/01/00; accepted: 13/07/00*

- وضع مصلحة المريض فوق كل اعتبار؛
- عدم الإضرار بالمريض؛
- صيانة أسرار المريض؛
- الوفاء لمن علمه المهنة.

وفي عصر ازدهار الحضارة الإسلامية التي كان لها دور متميز في النهوض بالطب والعلوم الطبية وتطويرها وتأسيس مدارس الطب في دمشق وبغداد وقرطبة، حظيت الجوانب الأخلاقية والفلسفية للطب باهتمام كبير. وقد تجلى ذلك الاهتمام في حرص الأطباء والفلاسفة المسلمين على تبني قسم أبقراط وتدريسه لتلاميذهم. ولكنهم لم يقفوا عند هذا الحد، بل قاموا كذلك بإعادة صياغته وإثرائه بمضامين دينية وإيمانية أكسبته أبعاداً إنسانية أكثر عمقاً وشمولاً وجعلته أكثر إلزاما بإضافة البُعد الديني والإيماني إلى الواجب المهني والالتزام الأخلاقي [2، 3].

وبالرغم من التعديلات التي أدخلت على النص الأصلي للقسَم ليتلاءم مع التحولات التي شهدتها المراحل المختلفة لتطور القيم الثقافية والاجتماعية والأخلاقية للمجتمع البشري، فقد ظل قسَم أبقراط لقرون طويلة المرجع الرئيسي للأخلاقيات الطبية. ولازال الكثير من الجامعات حتى يومنا هذا تحرص على أن يؤدي خريجوها هذا القسَم في احتفالات تقليدية.

وفي العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين، ونتيجة للتطور الكبير الذي حصل في العلوم الطبية ونظم الرعاية الصحية ، برز اتجاه متزايد نحو إيلاء اهتمام أكبر لتعليم أخلاقيات الطب والصحة بما يؤمّن اكتساب الدارسين للمعارف النظرية والمهارات المهنية والمواقف السلوكية الملائمة لحماية الحقوق الصحية للأفراد والمجتمع.

وتهدف هذه الورقة إلى تحليل العوامل التي أدت إلى تزايد الاهتمام بالأبعاد الأخلاقية للممارسات الطبية وتحديد السمات العامة للاتجاهات الحديثة لتعليم أخلاقيات الممارسات الصحية، وذلك اعتماداً على مراجعة الأدبيات الطبية وتحليلها.

الأخلاقيات الطبية والتقدم العلمي التكنولوجي.

يشهد عالمنا اليوم تحولات سريعة وعميقة في كافة مجالات الحياة المادية والروحية – ويقصد بالروحية هنا القيم الاجتماعية والثقافية والأخلاقية التي تتشكل على أساسها المواقف والسلوكيات – نتيجة للتقدم الهائل في العلوم والتكنولوجيا، الذي لم يسبق له مثيل في تاريخ البشرية، وهو ما يعرف اليوم بالثورة العلمية التكنولوجية.

وفي الوقت الذي يتزايد فيه تأثير الثورة العلمية التكنولوجية على المجتمع الإنساني، ويفتح آفاقا واسعة لتطوره، إلا أن ذلك غالباً ما يكون مصحوباً ببعض المشكلات الاجتماعية والأخلاقية التي يجب التنبؤ بها لمنع حدوثها والاستعداد لتفادي آثارها السلبية على الإنسان والمجتمع والبيئة.

ونتيجة للتطور الكبير في العلوم الطبية والبيولوجية واستخدام التكنولوجيا الحديثة في التشخيص والعلاج والوقاية، تحولت الممارسات الصحية إلى عملية بالغة التعقيد. ورافق ذلك ظهور جملة متزايدة من المعضلات الأخلاقية التي لم تكن معروفة من قبل. حيث أصبحت المبادئ والقواعد الأخلاقية التقليدية لا تكفي لإرشاد الطبيب لاتخاذ القرار المناسب في كثير من الحالات مثل إجراء التجارب على البشر ونقل الأعضاء والأنسجة وتعريف لحظة الوفاة والمشاركة في وضع السياسات الصحية وتقييمها.

وفي العام 1947 صدر قانون نورنبرج بعد محاكمة مجموعة من الأطباء النازيين الذين قاموا بإجراء تجارب على مساجين في معسكرات الاعتقال النازية بدون أي اعتبار للقواعد الأساسية لأخلاقيات المهنة.

وقد منع هذا القانون إجراء أي تجربة على أي إنسان دون موافقته الطوعية [4]. وقد مثلت هذه الواقعة نقطة تحول نوعي في المنظور المهني والمجتمعي للأبعاد الأخلاقية للممارسات الصحية وبحوثها. إذ لم تعد هذه المسألة محصورة في الأوساط المهنية الطبية بل أصبحت محوراً رئيسياً لاهتمام العديد من الهيئات والمنظمات الإقليمية والدولية. وقد أدى ذلك إلى صدور سلسلة من الإعلانات الدولية *Declarations* المنظمة لقواعد الأخلاقيات، منها:

- إعلان جنيف 1948؛
- إعلان هلسينكي 1964؛
- إعلان أوسلو 1970؛
- إعلان هلسينكي الثاني، طوكيو 1975؛
- وثيقة الكويت: الدستور الإسلامي للمهن الطبية (المنظمة العالمية للطب الإسلامي 1981)؛
- الدلائل الإرشادية الدولية للبحوث الطبية والحيوية التي تجرى على الإنسان 1982، 1993.

وقد أولت منظمة الصحة العالمية اهتماماً ملحوظاً لهذه المسألة حيث قامت بتنظيم العديد من الندوات وحلقات العمل التي تعالج قضايا أخلاقيات الطب والصحة [5، 6].

الأبعاد الأخلاقية للرعاية الصحية الحديثة

على مدى قرون طويلة كانت الرعاية الطبية تقوم على أساس العلاقة المباشرة بين الطبيب والمريض. إذ يتولى الطبيب خلالها مسئولية التشخيص والعلاج وإسداء النصح للمريض. الأمر الذي يوفر الشروط الضرورية لإقامة علاقة متينة بين الطرفين. إلا إنه نتيجة لتطور العلوم الطبية والبيولوجية ظهرت تخصصات جديدة، وتفرعت هذه التخصصات إلى تخصصات دقيقة كثيرة. وهكذا أصبحت مسألة تشخيص حالة المريض من قِبَل طبيب بمفرده تزداد صعوبة يوماً بعد يوم. فقد يتطلب الأمر الاستعانة بأخصائي الأشعة أو المختبر أو بعض التخصصات السريرية (الإكلينيكية) الأخرى. وهكذا تحولت الرعاية الطبية من نشاط فردي مباشر إلى جهد جماعي مركّب يعتمد على فريق صحي متعدد الاختصاصات ويتم في إطار مؤسسي محدد، الأمر الذي يلقي مسئولية أخلاقية عالية على كل عضو من أعضاء الفريق الصحي في كافة الجوانب المتعلقة بنشاط المؤسسة الصحية المعنية.

كل ذلك أدى إلى تزايد الاهتمام بالأبعاد الأخلاقية للممارسات الصحية بصورة عامة وللسياسات الصحية بصورة خاصة، والتي أصبحت تمثل عنصراً حيوياً في تنظيم الخدمات الصحية والتعليم الطبي وبحوثهما. وفي تحليل العلاقة بين السياسات الصحية والأخلاقيات يرى بيليجرينو [7] " أن السياسات الصحية تُعنَى بوضع الاستراتيجيات الوطنية للتحكم في الموارد الطبية ورفع كفاءة استخداماتها الاجتماعية. ويتم تحديد الأهداف والأولويات انطلاقاً من القِيَم الاجتماعية السائدة. أما الأخلاقيات فتمثل الجسر الذي يربط بين السياسات الصحية والقِيَم الاجتماعية، ومن خلال هذا الجسر يمكن تقييم واختيار الأهداف الملائمة ". وذلك يعني أن الأخلاقيات هي التي تحدد المعايير التي يتم على أساسها اتخاذ القرار. وهناك الكثير من القرارات التي تنطوي على أبعاد أخلاقية، نذكر منها على سبيل المثال :

- من يحق له الحصول على الرعاية الصحية؟؛
- ما هي الموارد التي يجب رصدها؟؛
- ما هي الاعتبارات التي يجب مراعاتها عند تحديد الأولويات؟؛
- ما هي أشكال الرعاية الصحية التي يمكن اعتبارها مقبولة ومناسبة؟؛

- متى وأين تبدأ الرعاية الصحية؟؛
- تكوين الفريق الصحي ومستوى تأهيله؛
- كيف تتم مراقبة نشاط المؤسسات الصحية؟؛
- كيف يتم تقييم نشاط أعضاء الفريق الصحي؟؛
- تنظيم برامج التعليم المستمر للمهنيين الصحيين.

الاتجاهات الحديثة في تعليم أخلاقيات الممارسات الصحية

خلال العقود الثلاثة الأخيرة شهد العالم تصاعداً ملحوظاً في الاهتمام بالقضايا الأخلاقية ذات الصلة بالعلوم الطبية والبيولوجية والممارسات الصحية ليس فقط من قِبَل الأوساط المهنية بل على مستوى المجتمع بأسره، ويعود ذلك إلى جملة من العوامل الاجتماعية والثقافية، أهمها :

- الثورة "البيولوجية التكنولوجية" التي أدت إلى ظهور جملة من المعضلات الأخلاقية التي لم تكن معروفة من قبل.
- تنامي الاتجاهات المنادية بإعطاء المريض دوراً أكبر في عملية اتخاذ القرارات في كل ما يتعلق بالتدخلات التشخيصية والعلاجية.
- تنامي الاتجاهات المنادية بضرورة احترام التباين في المواقف الأخلاقية.
- التحولات الكبيرة في مفاهيم الصحة والمرض وتعدد أشكال تقديم الرعاية الصحية.
- الإدراك المتزايد لأهمية الأبعاد الأخلاقية للسياسات الصحية.
- التحولات الجارية في المنظور الاجتماعي والأيديولوجي للممارسات الصحية.
- تزايد القضايا ذات العلاقة بالمسائل الأخلاقية التي تصل إلى المحاكم.
- ظهور شبكة واسعة ومعقّدة من المؤسسات التي تتولى تقديم الرعاية الصحية وتعتمد على الفريق الصحي، وتعدد الجهات التي تقوم بالمراقبة والتحكم والتقييم لعمل الفريق الطبي وتأثير ذلك على التعامل مع بعض المبادئ الأساسية لأخلاقيات الممارسة الطبية، مثل الولاء للمريض وصيانة أسراره.

كل هذه التحولات أدت إلى تزايد التنوع في الأدوار التي يحتمل أن يقوم بها الأطباء الممارسون والاختصاصيون ومدراء المؤسسات الصحية وصانعو السياسات والمرضى والمجتمع بصفة عامة والمسؤولون عن التعليم الطبي والبحث العلمي *[8، 9]*. وهذا بدوره أدى إلى أن تصبح عملية تحديد نطاق "الجوانب الأخلاقية" في التعليم الطبي بالغة التعقيد. ففي حين يرى البعض أنها يجب أن تظل محصورة في علاقة الطبيب بالمريض، يرى البعض الآخر أنها يجب أن تتسع لتشمل وظائف نظم الرعاية الصحية والأدوار التي يمكن أن تناط بالمجتمع في عملية اتخاذ القرارات في كافة الأمور المتعلقة بقضايا الصحة.

ولاشك أن اقتصار تعليم أخلاقيات الطب والصحة على مسألة "علاقة الطبيب بالمريض" لا ينسجم مع المنظور الأشمل لرسالة الطب والتي تتجسد في تعزيز الصحة "health promotion"، وحمايتها "health protection"، واسترجاعها "health restoration"، وبتحليلنا لطرفي المعادلة في هذه العلاقة نلاحظ أن الطرف الأول يتحدد بالطبيب أما الطرف الثاني فهو المريض. ويتمثل دور الطبيب في هذه الحالة في علاج المريض أو بمعنى آخر "استرجاع الصحة". وإذا حاولنا تطبيق المنظور الأشمل لرسالة الطب على دور الطبيب في هذا المثال، نجد أن ذلك يمثل فقط الحلقة النهائية في سلسلة مركّبة من الإجراءات والتدابير الصحية، بدءاً بالتدابير اللازمة لتعزيز الصحة ومروراً بالتدابير الصحية والاجتماعية والتشريعية اللازمة لحماية الصحة والوقاية من المرض. وهذا المثال يوضح لنا الوظائف المركّبة للرعاية الصحية التي لم يَعُدْ بمقدور أي

طبيب القيام بها بمفرده بل أصبحت مسئولية الفريق الصحي. وهكذا فلا بد من توسيع نطاق اهتمامات تعليم أخلاقيات الطب والصحة ليشمل كافة الجوانب ذات الصلة بالرعاية الصحية والفريق الصحي.

وقد حظيت مسألة تعليم أخلاقيات الطب باهتمام المشاركين في المؤتمر العالمي الأول حول الطب الإسلامي المعقود في الكويت في يناير 1981 الذين اعتمدوا دستوراً لأخلاقيات الطب الإسلامي حدد المنظور الإسلامي لمهنة الطب وصفات الطبيب وأخلاقياته والتزاماته الأخلاقية والمهنية نحو زملاء المهنة ونحو المرضى والمجتمع ككل. وقد شمل الدستور كذلك قسم الطبيب الذي يتضمن ملخصاً مكثفاً للقِيَم التربوية والأخلاقية والمهنية التي يجب أن يسترشد بها الطبيب في سلوكه المهني *[10]*.

وفي دراسة تقييمية لتعليم الأخلاقيات في كليات الطب بالولايات المتحدة الأمريكية وجد مايلز وفريقه *[11]* أن الأهداف الرئيسية لتعليم أخلاقيات الطب تسعى إلى أن يكون الطبيب قادراً على:

- معرفة الأسس النظرية والفلسفية للأخلاقيات
- إدراك وتقييم الجوانب الإنسانية والأخلاقية لمهنة الطب
- تحديد وتقييم التزاماته الأخلاقية الشخصية والمهنية وتوكيدها
- التقييم والتعليل الأخلاقي للجوانب المختلفة للممارسات الصحية

وفي نفس الدراسة لاحظ مايلز أن تدريس أخلاقيات الطب قد برز خلال العشرين سنة الماضية كمتطلب معياري ***standard*** في برامج التعليم الطبي الأساسي والدراسات العليا. ففي حين كان تدريس أخلاقيات الطب اختيارياً في السبعينيات، أصبح من المتطلبات الأساسية في الثمانينيات، أما اليوم فإنه من النادر جداً أن يخلو أي برنامج للتعليم الطبي من مقرر تعليمي إلزامي في "الأخلاقيات".

ولاشك أن تنامي الاهتمام بتعليم الأخلاقيات ينبع من الحاجة إلى أطباء على قدر كبير من القِيَم الأخلاقية والمشاعر الإنسانية تمكّنهم أن يواجهوا بكفاءة عالية المعضلات الأخلاقية التي يعرضها التقدم في تقنيات الرعاية الصحية. هذا من ناحية، ومن الناحية الأخرى شح الموارد المتاحة *[12]*.

وفي دراسة لمايزار وفريقه *[13]* لوحظ أن تعليم الأخلاقيات يعاني من المبالغة في الاعتماد على استراتيجيات موجهة نحو المسائل النظرية للتفكير الأخلاقي ***ethical thinking*** هذا من جانب، ومن الجانب الآخر الضعف النسبي في الاهتمام بالطلبة وتدريبهم على السلوكيات والممارسات الأخلاقية في إطار التعامل المباشر مع المرضى. ولذلك فإن الطرق التقليدية لا تؤهل الطالب لاكتساب المهارات اللازمة للتفكير والسلوك الأخلاقي. ولابد من انتهاج طرائق جديدة تتيح للدارسين تقييم المعايير السلوكية والأخلاقية للممارسات المهنية كما تتم فعلاً أثناء تقديم الرعاية الصحية للمريض. كما ينبغي اعتبار "التعليل الأخلاقي" ***ethical reasoning*** واتخاذ القرار ***decision-making*** من المهارات الأساسية اللازمة للرعاية الصحية الملائمة للمريض ولا تقل بأي حال من الأحوال عن المهارات التشخيصية والعلاجية.

وبالرغم من الأهمية الحيوية للاستنتاجات التي توصل إليها مايزار، إلا أنها تكاد تقتصر على علاقة الطبيب بالمريض. ونرى أنه من الضرورة بمكان، الاهتمام بالجوانب الأخلاقية للبرامج الصحية المجتمعية وبرامج تعزيز الصحة وحمايتها والأبعاد الأخلاقية للسياسات الصحية في تحديد الأولويات وعدالة توزيع الموارد الصحية وتمكين المجتمع من المشاركة الفعالة في صنع القرارات المتصلة بهذه القضايا التي ينبغي لها أن تصبح جزءا لا يتجزأ من برنامج تعليم أخلاقيات الممارسات الصحية.

ولاشك أن عملية تعليم "الأخلاقيات" تواجه تحديات كثيرة، وهذا يُلقي مسؤولية أكبر على هيئة التدريس لا تتوقف عند "تدريس المادة المقررة "بل تتعدى ذلك لتشمل العمل على تهيئة "البيئة التعليمية المناسبة" التي تساعد الطلبة على تعزيز استعداداتهم ومواقفهم الأخلاقية. كما ينبغي إعطاء اهتمام أكبر

للأبعاد الأخلاقية للممارسات الصحية اليومية الأكثر شيوعاً وليس فقط للمعضلات الأخلاقية الناجمة عن التقنيات الطبية الحديثة واستخداماتها في الممارسات الصحية وبحوثها. ويجب تشجيع عملية التدريس المعتمدة على " تعدد الاختصاصات " التي يتم فيها تكامل العلوم الصحية والاجتماعية، كما ينبغي توسيع نطاق هذه العملية ليشمل كافة مراحل إعداد المهنيين الصحيين *[14، 15]*.

وفي تحديد دور الأخلاقيات في التكوين المهني يرى هافيرتي وفرانكز *[16]* "أن أكثر العوامل المحددة للهوية المهنية للطبيب ولتكوينه الأخلاقي لا تندرج في إطار المنهج الرسمي للأخلاقيات بل تتم في إطار مختلف تماماً يمكن أن نسميه المنهج الغير المرئي، ويقصد بذلك البيئة المهنية التي يتم في إطارها إعداد الطبيب". ومن هذا المنظور يمكننا القول إن عملية التعليم الطبي في مجملها والبيئة المهنية التي تتم فيها هذه العملية تشكل الإطار الأشمل للتربية الأخلاقية والتطور الأخلاقي، وأن المقرر الدراسي الرسمي للأخلاقيات لا يشكل إلا جزئية محدودة في هذا الإطار. وهذا الرأي يتفق مع الاستنتاجات التي توصلت إليها الجمعية الأمريكية لكليات الطب في المؤتمر الأول للتطوير المهني والأخلاقي لطلبة التعليم الطبي الأساسي وبرامج الدراسات العليا في أكتوبر 1995 *[17]*.

وإذا أخذنا بعين الاعتبار أن الأخلاقيات تكوّن جزءاً لا يتجزأ من الممارسة المهنية فإن تعليم الأخلاقيات يجب أن يسير بصورة موازية للتعليم الطبي. ويجب أن تتم هذه العملية بشكل منهجي منظم بدءاً بتعليم القِيَم الأخلاقية التي تحكم الممارسات الصحية، ثم يأتي بعد ذلك العمل على تطوير الإدراك بالقضايا والمعضلات الأخلاقية الأكثر شيوعاً وتطوير القدرات والمهارات اللازمة للتعامل مع هذه القضايا ويتضمن ذلك التعليل الأخلاقي ethical reasoning وتحديد الأبعاد الأخلاقية للوظائف والأدوار التي تقوم بها المؤسسات الصحية المختلفة وأعضاء الفريق الصحي *[18]*.

وفي إطار الجهود الرامية لتحديث التعليم الطبي ليصبح اكثر استجابة للاحتياجات الصحية للمجتمع ولمواكبة التحولات المتسارعة في العلوم الطبية ونظم الرعاية الصحية، قامت الجمعية الأمريكية لكليات الطب مؤخرا بإعداد مشروع جديد لأهداف التعليم الطبي ليكون مرشداً لكليات الطب عند تحديث برامجها التعليمية. وقد حدد المشروع أهداف التكوين الأخلاقي للطبيب، في أن يكون الطبيب عند تخرجه قادراً على:

(1) معرفة النظريات والمبادئ التي تحكم عملية اتخاذ القرار في الممارسات الصحية؛

(2) التعامل مع المرضى بدرجة عالية من الرحمة وصيانة كرامتهم واحترام خصوصياتهم؛

(3) الأمانة والاستقامة في كافة علاقاته وصِلاته مع أقارب المرضى ومع زملائه من الأطباء وأعضاء المهن الصحية الأخرى؛

(4) إدراك أهمية الأدوار التي يقوم بها الأعضاء الآخرون في الفريق الصحي؛

(5) الالتزام في كل الأوقات والأحوال بأن تكون مصلحة المريض قبل مصلحته الشخصية؛

(6) إدراك الأخطار التي تهدد الالتزام بالقِيَم والمعايير الأخلاقية للسلوك المهني والتصدي لها؛

(7) إدراك حدود معارفه ومهاراته المهنية والالتزام بالعمل على تطويرها باستمرار *[19]*.

ويمكننا ملاحظة أن هذه الأهداف يغلب عليها طابع الشمولية من جهة والعمومية من الجهة الأخرى. وتتجسد شمولية هذه الأهداف في تغطيتها لكافة الجوانب التي تدخل في نطاق اهتمامات أخلاقيات الطب والصحة. أما العمومية فيمكن ملاحظتها في أسلوب صياغة الأهداف الذي حرص على أن يضعها في إطارها العام دون الدخول في التفاصيل الدقيقة التي يمكن أن تختلف من مجتمع لآخر ومن وقت إلى وقت آخر، الأمر الذي يوفر فرصاً أكبر للاستفادة منها على نطاق أوسع وفي مجتمعات مختلفة.

ومن القضايا المثيرة للجدل، المسائل الأخلاقية ذات الصلة بعمل الفريق الصحي والعلاقة المتبادلة بين أعضاء الفريق ودور كل منهم في الرعاية الصحية وواجباته المهنية والتزاماته الأخلاقية. ولاشك أن التحدي الحقيقي لا يكمن في تعدد الفئات المشاركة في تقديم الرعاية الصحية، بل في قدرتنا على غرس القيم والقناعات الأخلاقية السامية لدى كل عضو من أعضاء الفريق الصحي وأن تتجسد هذه القناعات في سلوكياتهم وممارساتهم المهنية اليومية. وهذا يتطلب أن يكون كل عضو في الفريق على إدراك تام بأهمية الأدوار التي يقوم بها الأعضاء الآخرون في تحقيق أهداف الرعاية الصحية للأفراد والمجتمع. ونعتقد انه يمكن حل المعضلة الأخلاقية والتنظيمية الناجمة عن تعدد الفئات المهنية المشاركة في تقديم الرعاية الصحية من خلال التدابير التالية :

- تعليم أخلاقيات الممارسات الصحية ليس للأطباء فقط، بل لجميع أعضاء الفريق الصحي؛
- التحديد الدقيق للأدوار والمهام والواجبات لكل فئة وكل عضو في الفريق الصحي؛
- وضع آلية فعَّالة للتنسيق والتكامل؛
- تشجيع روح العمل الجماعي والتعاون والتضامن بين أعضاء الفريق الصحي لتحقيق الأهداف والغايات المشتركة؛
- الإشراف والتوجيه والتقييم المستمر لعمل الفريق الصحي للتحقق من مستوى الأداء وفقا للمعايير المحددة سلفاً.

الاستخلاصات

في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين ونتيجة للتطور الكبير الذي حصل في العلوم الطبية ونظم الرعاية الصحية ، برز اتجاه متزايد إلى إيلاء اهتمام أكبر لتدريس الأبعاد الأخلاقية للرعاية الصحية بما يؤمّن اكتساب الدارسين للمعارف النظرية والمهارات المهنية والمواقف السلوكية الملائمة لحماية الحقوق الصحية للأفراد والمجتمع.

وتتميَّز الاتجاهات الحديثة في تعليم أخلاقيات الممارسات الصحية بالسمات التالية :

(1) تعتبر التربية الأخلاقية للطبيب عملية مركبة وشاملة تتم في الإطار العام لعملية التعليم الطبي بمراحلها المختلفة، ولا يشكل المقرر الدراسي للأخلاقيات إلا عنصراً واحداً في هذه العملية؛

(2) يجب أن تكون "الأخلاقيات" مقرراً أساسياً إلزامياً في كليات الطب والعلوم الصحية، وإلى جانب ذلك يجب تنظيم وحدات تعليمية إضافية في الأخلاقيات يتم إدماجها مع الوحدات الدراسية السريرية (الإكلينيكية) والمجتمعية في المراحل المختلفة لتأهيل الأطباء والمهنيين الصحيين؛

(3) عند تصميم البرامج التعليمية للأخلاقيات لابد أن يؤخذ بعين الاعتبار أن تتضمن المكونات التالية:

- نظريات الأخلاقيات theory of ethics؛
- الأبعاد الأخلاقية لعملية اتخاذ القرار decision-making في الممارسات الصحية؛
- التعليل الأخلاقي ethical reasoning للسلوكيات المهنية.

(4) الاعتماد بصورة أكبر على استراتيجيات تعليمية تشجع على التعلم النشط مثل دراسات الحالات case studies ومناقشة المجموعات group discussions والتعليم المبني على حل المشكلات problem-based learning؛

(5) الاعتماد على هيئة تدريس متعددة الاختصاصات في العلوم الصحية والاجتماعية؛

(6) الحرص على تهيئة البيئة التعليمية الملائمة من خلال:

- تعزيز الاحترام المتبادل بين هيئة التدريس والطلبة؛
- تشجيع عملية التعلم النشط؛
- تجسيد الترابط بين القواعد الأخلاقية والسلوك المهني؛
- تشجيع الزملاء من خارج هيئة التدريس للمشاركة في الجوانب المختلفة للعملية التعليمية.

References

المراجع

1. Roemer MI. Medical ethics and education for social responsibility. *World health forum*, 1982, 3(4):357–75.
2. عكاوي، رحاب خضر. الموجز في تاريخ الطب عند العرب. بيروت، دار المناهل للطباعة والنشر 1995
3. صبحي أحمد محمود وزيدان محمود فهمي. في فلسفة الطب. بيروت، دار النهضة العربية للطباعة والنشر 1993
4. منظمة الصحة العالمية. الجوانب الصحية لحقوق الإنسان في ضوء تقدم علوم الأحياء والطب، الإسكندرية 1980
5. منظمة الصحة العالمية. أخلاقيات الطب والصحة (الورقة التقنية 1995 (EM/RC/42/7
6. *The teaching of medical ethics. Fourth consultation with leading medical practitioners, Geneva 12–14 October 1994.* Geneva, World Health Organization, 1995.
7. Bankowski Z. Ethics and health. *World heath*, 1989, April: 2–6.
8. Bryant JH. The ethos of medical education. *Medical education*, 1994, 28(suppl. 1), 38–42.
9. Cruess RL, Cruess SR. Teaching medicine as a profession in the service of healing. *Academic medicine*, 1997, 72(11):941–52.
10. المنظمة العالمية للطب الإسلامي. الدستور الإسلامي للمهنة الطبية. الكويت،1981
11. Miles E et al. Medical ethics education: coming of age. *Academic medicine*, 1989, 64:705–14.
12. Swenson SL, Rothstein JA. Navigating the ward: teaching medical students to use their moral compasses. *Academic medicine*, 1994, 71(6):591–4.
13. Myser C, Kerridge IH, Mitchel KR. Teaching clinical ethics as a professional skill. *Medical education*, 1995, 21(2):97–103.
14. Glick SM. The teaching of medical ethics to medical students. *Medical education*, 1994, 20(4):239–43.
15. Homenko DF et al. Student identification of ethical issues in a primary care setting. *Medical education*, 1997, 31(1):41–4.
16. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching and the structure of medical education. *Academic medicine*, 1994, 69(11):861–71.
17. Hundert M, Hafferty F, Christakis D. Characteristics of the informal curriculum and trainees' ethical choice. *Academic medicine*, 1996, 71(6):624–42.
18. Sidorov JJ. Education in medical ethics. *Gastroenterologia Japonica*, 1993, 28(suppl. 6):3–6.
19. Medical School Objectives Writing Group (AAMC). Learning objectives for medical student education — guidelines for medical schools. Report 1 of the medical school objectives project. *Academic medicine*, 1999, 74(1):19–22.