أخلاقيات الممارسة الجراحية الإكلينيكية عند لورانس بي ماكولو
المعضلات والحلول الأخلاقية

هدى محمد عبد الرحمن جاب الله*
hma02@fayoum.edu.eg

ملخص

يُمثل هذا البحث غزوًا فلسفيًا لمجال الجراحة بعد أن تم تجاهله إلى حد كبير من قبل الفلاسفة عبر العصور.

تعتبر الأخلاقيات مكونًا أساسيًا في أخلاقيات الممارسة الجراحية، فهي تجعل مهنة الجراحة مهنة عالمية، وتجعل الجراح يكتسب سلطة أخلاقية على المرضى، وتلك السلطة الأخلاقية يفتقر إليها عندما ينبع القرار الجراحي من مجرد تنظيم داخلي أو قناعات ذاتية. كما أن الأخلاق تدعم السلوك الأخلاقي للجراح، وتجعله يصل إلى الاحترافية، وإلى أفضل ممارسة جراحية، وتجعل القرار الجراحي صائبًا أخلاقيًا، وتجعله قادرًا على مواجهة التحديات والصعوبات التي تواجه أثناء الممارسة الجراحية السريرية؛ حيث توفر طبيعة العمل الجراحي السريري أرضية خصبة يمكن أن تنمو عليها المشكلات الأخلاقية، التي تواجه الجراحين في الممارسة الجراحية اليومية. وتحتاج مهنة الجراحة إلى الأخلاق، كما يحتاج الجراحون إلى أن يتلقوا الدعم من لجان الأخلاقيات؛ ومن ثم فإن مهمة أخلاقيات الجراحة هي معالجة التحديات الجراحية، وتضارب المصالح، من خلال تطبيق المبادئ الأخلاقية على الممارسة الجراحية السريرية، والحاجة إلى استجابة أخلاقية لسوء الممارسة الجراحية السريرية التي تتجاهل الموافقة المستنيرة السريرية.

تُوفر هذه الورقة أساسًا فلسفيًا لفهم العديد من القضايا الأخلاقية المركزية في الممارسة الجراحية، ويشمل الجوانب المميزة لأخلاقيات الجراحة، وواجبات الجراحين والتزاماتهم، والتحديات الأخلاقية في الجراحة، والعلاقة الفريدة بين الجراحين والمرضى القائمة على الثقة، وذلك من خلال دراسة هذه الموضوعات عند لورانس بي ماكولو؛ لذا فهي تعبر عن تقاطع الأخلاق مع الجراحة.

*أستاذ الفلسفة الحديثة والمعاصرة المساعد - كلية الآداب / جامعة الفيوم

ومن أهم نتائج البحث:

– إظهار الطبيعة المزدوجة لأخلاقيات الممارسة الجراحية السريرية، فهي نظرية وعملية على حد سواء، فهي نظرية عندما تتحدث عن أهمية الأخلاق والقيم في الممارسة الجراحية، وعملية لأنها تقوم على العلاقات بين الجراح والمريض والسلوك المهني للجراح.

– تحدث لورنس بي ماكولو بلغة الجراحين وعلماء الأخلاق على حد سواء، ورأى أن هناك حاجة إلى مبادئ أخلاقية لتوجيه الجراحين في مجالات الجراحة الفريدة الخاصة بهم بشكل عام، وفي غرفة العمليات الخاصة بالممارسة السريرية.

– إثبات فشل المنهج النفعي والنظرية الأبوية في أخلاقيات الممارسة الجراحية الإكلينيكية.

– التركيز على أهمية الأخلاق والقيم في الممارسة الجراحية السريرية من أجل تحقيق الانضباط الأخلاقي، لذلك هناك ضرورة لاستخدام أدوات التحليل الأخلاقي، والحجج الأخلاقية؛ لتوفير التوجيه العملي للجراحين في الممارسة الجراحية السريرية.

الكلمات المفتاحية : تضارب المصالح –عدم الجدوى الجراحي –الأخطاء الجراحية – المضاعفات الجراحية – صانع القرار البديل – التدريب الجراحي – السياحة العلاجية الجراحية – الأخلاق السريرية.

المقدمة :

يُمثل هذا البحث غزوًا فلسفيًا لميدان الجراحة بعد أن تم تجاهله إلي حد كبير من قبل الفلاسفة عبر العصور، ولقد أظهرت السنوات الخمس والعشرون الماضية نموًا هائلًا في الاهتمام بمسائل الجراحة؛ بسبب النمو غير المسبوق في التقنيات التكنولوجية، وهذا أدى إلى نمو أخلاقيات الجراحة والحاجة إلى الحد من تضارب المصالح.

والواقع أنه تُوفر طبيعة العمل الجراحي الإكلينيكي أرضية خصبة، يمكن أن تنمو فيها المشكلات الأخلاقية التي تواجه الجراحين في الممارسة الجراحية اليومية، ويحتاج الجراحون إلى التفكير الأخلاقي من أجل اتخاذ القرار الجراحي المشترك السليم، الذي يحترم المرضى ويحترم استقلاليتهم وكرامتهم، كما أنه في المواقف المعقدة يجب عليهم أن يتلقوا الدعم من لجان الأخلاقيات، ومن ثم تصبح مهمة أخلاقيات الجراحة مواجهة التحديات الجراحية، وتضارب المصالح، بتطبيق المبادئ الأخلاقية على الممارسة الجراحية الإكلينيكية، وضرورة الاستجابة الأخلاقية لسوء الممارسة الجراحية الإكلينيكية، التي تتجاهل الموافقة المستنيرة الإكلينيكية.

أهمية البحث:

– يُوضح هذا البحث تجاهل معظم الجراحين أهمية الأخلاق في ممارسة الجراحة، واعتمدوا فقط على التنظيم الذاتي لهم أو قناعاتهم الأخلاقية، بالإضافة لتجاهل معظم الفلاسفة المساهمة بتقديم دراسات أخلاقية خاصة بعلم الجراحة، بالرغم من أن أي ممارسة جراحية تحتاج إلى قرار جراحي حكيم وأخلاقي؛ لكي لا تفقد الجراحة كمهنة ثقة المرضى، لذلك هناك ضرورة لوجود الأخلاق وتطبيقها في الممارسة الجراحية الإكلينيكية، لكي تصبح أخلاقية ولكي يصبح الجراح فاعلاً أخلاقيًا وموثوقًا به أخلاقيًا، ولكى تصير الجراحة مهنة أخلاقية وإنسانية وليست ربحية وتخدم مصلحة المريض في المقام الأول.

– يُظهر هذا البحث أوجه التشابه والاختلاف بين الأخلاق الطبية والجراحية، ومدى انتمائهما للأخلاق الإكلينيكية؛ لأن معظم المشاكل في الطب والجراحة ذات طبيعة سريرية، وتفرعهما من الأخلاق الأم، الأخلاق البيولوجية.

– يستكشف هذا البحث أوجه الصراع الأخلاقي، وتعارض المصالح المحتمل والممكن بين الجراحين والمرضي.

هدف البحث:

يهدف هذا البحث إلى إظهار دور خبراء أخلاقيات الجراحة، وعلماء الأخلاق الإكلينيكية، ودور الأخلاق في الممارسة الجراحية الإكلينيكية نظريًا من خلال (ربط الأخلاق والقيم بالقضايا الأخلاقية في الجراحة مثل الموافقة المستنيرة، الافصاح الكامل والتنظيم الذاتي، السرية، الثقة والعدالة والإحسان)، وعمليًا من خلال التصدي للمعضلات الأخلاقية، التي يتعرض لها الجراح في الممارسة الجراحية الإكلينيكية، ومحاولة وضع الحلول الأخلاقية لها، مثل: مشكلة العناد الجراحي وعدم جدوى التدخل الجراحي في نهاية الحياة، الأخطاء الجراحية والمضاعفات الأخلاقية، وصعوبة الوفاء بمتطلبات الموافقة المستنيرة، تضارب المصالح بين الجراح والمريض، التدريب الجراحي على الموتى حديثًا وفي البلدان النامية.

إثبات فشل المنهج النفعي والأبوي في التصدي للمعضلات الأخلاقية التي تواجه الجراحين.

إشكاليات البحث :

١– الواقع أن الإشكاليات في مجال الممارسة الجراحية السريرية كثيرة؛ بسبب تضارب المصالح والصراع القيمي بين الحقوق والواجبات، حقوق المرضى وواجبات الجراح الأخلاقية نحوهم، فمثلاً من حق المريض الموافقة المستنيرة الواعية، لذلك يجب على الجراح الحصول على الموافقة المستنيرة الواقعية من المريض، ولكن هناك فجوة معرفية بين الجراح والمريض يصعب عبورها، تجعل الجراح لا يتواصل تواصلاً كاملاً مع المريض وتجعل الموافقة " افتراضية " وليست فعلية أو واقعية، فليس كل المرضي يستطيعون فهم التشخيص الجراحي وضيق الوقت أيضًا. كما أن هناك تعارضًا بين مبدأ الموافقة المستنيرة ومبدأ عدم إلحاق الضرر، وأيضًا هناك توتر أخلاقي بين النزاهة المهنية للجراح واحترام الموافقة المستنيرة؛ لأن النزاهة المهنية توجب على الجراح العمل في صالح المريض الذي يرفض إعطاء الموافقة المستنيرة، ولكن النزاهة المهنية للجراح

تحتم عليه إجراء العملية الجراحية، وإنقاذ حياة المريض حتى لو وقع تحت طائلة القانون؛ لأن القانون يستوجب إعطاء الموافقة المستنيرة.

٢- هناك صراع أخلاقي بين المبادئ الأخلاقية الأربعة لبيوشامب وتشايلدرس، فمثلاً هناك توتر أخلاقي بين مبدأ **الإحسان** الذي يتطلب من الجراح تعظيم الفوائد وتقليل الضرر الذي يلحق بالمريض، وبين مبدأ **الاستقلالية** الذي قد يكون له عواقب سلبية على المريض، كما أن قول الحقيقة والإفصاح الكامل للمرضى قد يؤدي إلى إلحاق الضرر بالمرضى، كما أن مبدأ **العدالة** يتعارض مع كل من (**التفاوتات العرقية للتدخلات الجراحية** الموجودة في الغرب؛ بسبب التمييز العنصري والتفاوتات بين التدخلات الجراحية الموجودة في الدول النامية بسبب الفقر).

- مبدأ **السرية** يتعارض مع **التدريب الجراحي،** فمثلاً يجب على الجراح أن يحافظ على سرية معلومات المريض، ولكنه قد يضطر في المؤتمرات إلى نشرها من أجل التعليم الجراحي، ويتجاهل العديد من الاعتبارات الأخلاقية.

٣- مشكلة **التدريب الجراحي** في البلدان النامية تتعارض مع مبدأ **العدالة** عند بيوشامب وتشايلدريس، وتساهم في عدم المساواة الصحية، وتتعارض مع مبدأ توزيع الفوائد والأضرار.

٤- هناك حقان أخلاقيان يتصارعان، حق المريض في أن يختار أفضل جراح لديه أكبر خبرة جراحية، وحق الجراح في أن يتعلم ويكتسب الخبرات الجراحية ويصل للاحتراف الجراحي ويتعلم على المرضى!.

٥- من العدالة تقليل حدوث المضاعفات الجراحية للمرضى، وهذا يتطلب إقامة أطول في المستشفى ويستنزف الأموال وُيترجم إلى عبء اقتصادي، كما يؤدي إلى فترات انتظار أطول للمرضى الآخرين في ظل قلة الموارد ونُدرتها، فما الحل؟

٦- هناك تضارب مصالح وتوتر أخلاقي عميق بين (إيثار الجراح أو واجبه الأخلاقي نحو المريض) وبين (مصلحته الذاتية وحقه في الأمن المالي وبين أسرته وبين الشركات المصنعة للأجهزة الجراحية). وعلى هذا فأن ما هو أفضل للمريض قد يتعارض مع ما هو أفضل للمستشفى، وما هو أفضل للمريض قد يتعارض مع ما هو أفضل للجراح، كما أن حق الجراح في الأمن المالي يتعارض مع واجبه الأخلاقي نحو المرضى.

خطة البحث

قمنا بتقسيم البحث إلى مقدمة وأربعة مباحث وخاتمة مزيلة بالمراجع والمصادر، كل مبحث يتضمن ثلاثة مطالب على النحو الآتي:-

المبحث الأول: مدخل إلى أخلاقيات الجراحة عند لورانس بي ماكولو

تمهيد :

المطلب الأول: تاريخ أخلاقيات الجراحة

المطلب الثاني: المفهوم الأخلاقي للجراحة وسماتها

المطلب الثالث: القضايا الأخلاقية التي صاحبت ولادة الجراحة الحديثة (تقسيم الرسوم – الجراحة المتنقلة – التطهير والتعقيم والتخدير)

المبحث الثاني: مدخل إلى أخلاقيات الممارسة الجراحية الإكلينيكية عند لورانس بي ماكولو

تمهيد :

المطلب الأول : علاقة أخلاقيات الجراحة بالأخلاق الطبية والسريرية والبيولوجية

المطلب الثاني : تعريف أخلاقيات الجراحة وهدفها

المطلب الثالث: تعريف أخلاقيات الممارسة الجراحية وهدفها

المبحث الثالث: أسس ومبادئ أخلاقيات الممارسة الجراحية الإكلينيكية عند لورانس ماكولو

تمهيد :

المطلب الأول: أهمية الأخلاق في الممارسة الجراحية

المطلب الثاني: أهمية القيم الأخلاقية في الممارسة الجراحية، قيمة (الاستقلالية والموافقة المستنيرة وعدم الضرر والعدل والإحسان)

المطلب الثالث: الأخلاق المهنية للجراح

المبحث الرابع : المعضلات الأخلاقية التي تواجه الجراحين في الممارسة الجراحية الإكلينيكية اليومية والحلول المقترحة لها عند لورانس بي ماكولو

تمهيد :

المطلب الأول: المعضلات الخاصة بالمضاعفات الجراحية والحلول الأخلاقية لها

(١)- معضلة عدم الجدوى الجراحي (العناد الجراحي)

أ- معضلة نهاية الحياة ورفض التدخل الجراحي

ب- معضلة المرضي المحتضرين والميئوس من شفائهم

(٢)الأخطاء الجراحية

(٣)المضاعفات الجراحية

المطلب الثاني: معضلات خاصة بصعوبة تحقيق متطلبات الموافقة المستنيرة

أ- مشكلة صانع القرار البديل

ب- مشكلة صعوبة قول الحقيقة

ج- مشكلة فقدان الثقة المرتبط بمشكلة السرية

المطلب الثالث: معضلات خاصة بتضارب المصالح

أ- مشكلة النزاهة المهنية للجراح

ب- مشكلة الأمن المالي للجراح

ج- مشكلة العلاقة بين الجراحين والشركات المصنعة للأجهزة الجراحية

د- مشكلة السياحة العلاجية الجراحية

و- مشكلة التدريب الجراحي في البلدان النامية وعلى المرضى المتوفين حديثًا

ى- المنهج الأخلاقي الذي يجب أن يستخدمه الجراح في مواجهة التحديات الأخلاقية أثناء ممارسته الجراحية الإكلينيكية

المبحث الأول : مدخل إلى أخلاقيات الجراحة عند لورانس بي ماكولو [*١]

تمهيد: أركز في هذا المبحث، أولًا: على تاريخ أخلاقيات الجراحة وفقًا لما يراه **لورانس بي ماكولو**، والذي يرجع أصوله إلى تاريخ أخلاقيات الطب القديم، عند الحضارة المصرية القديمة، بلاد ما بين النهرين، الحضارة الإسلامية والحضارة اليونانية القديمة، ولكن يعتقد الكثيرون أن ولادة الأخلاق الطبية الحديثة ظهر على يد كل من جريجوري وبيروسيفال بظهور ابتكار التعقيم والتخدير وبعد اختفاء تقسيم الرسوم والجراحة المتنقلة. ثانيًا: أسلط الضوء على المفهوم الأخلاقي للجراحة عند **ماكولو**، والذي يتضمن أنها أخلاق عمل وليست معرفة، وأنها تختلف عن مهنة الطب بالرغم من إنها فرع متطور منها، وترتبط بالتقدم التكنولوجي، ولكن في الأساس تعد الجراحة مهنة إنسانية وليست ربحية، فهي فن وعلم وليست تجارة، كما أن لها مخاطر وفوائد أيضًا، ويجب أن تصبح الجراحة في مصلحة المريض، ويجب أن يربط الجراح بالمريض علاقات إنسانية، ولا تقوم الجراحة على المعرفة فقط، بل الأساس فيها هو العمل، وذلك على النحو الآتي: –

المطلب الأول: تاريخ أخلاقيات الجراحة عند لورانس بي ماكولو

تمهيد: يرسم هذا المطلب أصل أخلاقيات الجراحة والذي يعود إلى تاريخ أخلاقيات الطب، ولقد برهن **لورانس بي ماكولو** على أن نشأة كل من العلمين واحدة، كما قدم تاريخًا لأخلاقيات الطب يتمثل في الحضارات القديمة، وذلك قبل أن يصوغ مصطلح "الأخلاقيات الطبية" توماس بير سيفال في عام ١٨٠٣، والتي نبعت منها أخلاقيات الجراحة، والواقع أن هناك اتجاهين يُفسران تاريخ أخلاقيات الجراحة، **الاتجاه الأول:** الاتجاه القديم، هو الاتجاه الذي يقر بأنه ترتبط أخلاقيات الجراحة ببداية تأسيس أخلاقيات الطب في الحضارة المصرية القديمة وفي بلاد ما بين النهرين القديمة وفي الحضارة اليونانية، وهذا الاتجاه يرى أن هناك عدم يقين بشأن أخلاقيات الجراحة، فالبعض يشير إلى أنها قديمة قدم الجراحة، **والاتجاه الثاني:** يتغافل دور الأخلاقيات الطبية القديمة، ويعتقد بأن الجراحة بدأت فقط مع جريجوري وبير سيفال والذين ينسب إليهم الفضل في تأسيس أخلاقيات الطب الحديث.

أعتقد أنه لا ينتمي **لورانس بي ماكولو** إلى أي من هذين الاتجاهين لأنه تحدث عن الأخلاق الطبية في الحضارات الشرقية القديمة والحضارة اليونانية، بالإضافة إلى تأثير جون جريجوري وتوماس بير سيفال معًا، وذلك على النحو الآتي :

الاتجاه الأول: أوضح **لورانس بي ماكولو** تاريخ أخلاقيات مهنة الطب في العديد من مؤلفاته، مثل: تاريخ كامبريدج العالمي لأخلاقيات الطب، ٢٠٠٨، والقاموس التاريخي لأخلاقيات الطب، عام ٢٠١٨، الذي أظهر فيه تاريخ الأخلاق الطبية في مصر القديمة والهند والصين واليابان وفي الحضارة اليونانية والحضارة الإسلامية وفي العصور الوسطى، كما قدم لتاريخ أخلاقيات الطب في القرن الثامن عشر عند جون جريجوري وبيرسيفال، كما في كتبه" كتابات جون جريجوري حول أخلاقيات الطب"، ١٩٩٢، و"جون جريجوري واختراع الأخلاقيات الطبية "، ٢٠١٠، وكتاب " أخلاقيات الطب لدى توماس بيرسيفال واختراع الاحتراف" ، ٢٠٢٢.

الطب في الحضارة المصرية القديمة : تم تأسيس أخلاقيات الطب في الحضارة المصرية القديمة حين ظهر فن التحنيط، حيث أجرى قدماء المصريين جراحات العيون وتقليل الكسور والعناية بالجروح، وحتى وضعوا الأطراف الصناعية، ولقد تأثر الطب اليوناني بقدماء المصريين كثيرًا [٢].

الطب في بلاد ما بين النهرين القديمة: تعد **قوانين حمورابي**[*٣] ملك بابل في القرن الثامن عشر قبل الميلاد واحدة من أولى القوانين الطبية في التاريخ مكتوبة على ألواح من الطين[٤].

الطب في الحضارة اليونانية: عاش **ابقراط** (٤٦٠- ٣٧٠ ق. م) في القرن الرابع قبل الميلاد، وينسب إليه الفضل في كتابة واحدة من أقدم الأعمال حول مبادئ عدم الضرر ولباقة الطبيب، وأيضًا قسم ابقراط، وفي زمن ابقراط أصبح الطب مهنة جديرة بالاحترام، وأصبح الأطباء مسئولين عن أفعالهم[٥]. كما طور **أفلاطون** (٤٢٧- ٣٤٧ ق.م) الجرثومة الأولى لعملية الموافقة المستنيرة، والتي حدثت فقط في حالة المواطنين الأحرار، ولم تهتم بالعبيد، لذلك يعطي الطبيب أوامره للعبيد كأنه طاغية[٦]. وفي جمهورية أفلاطون على سبيل المثال، يسأل سقراط رفاقه عما إذا كان مجرد التصرف وفقًا لما هو مُفيد للذات، ويستخدم الطب كمثال قائلًا: وهل الطبيب بالمعنى الدقيق للكلمة صانع أموال أم

شخص يعتني بالمرضى، أيهما حقًا هو الطبيب؟" [٧]. وبالمثل يرى **أرسطو** (٣٨٤-٣٢٢ ق.م) أن الطبيب هو الذي يقوم بالصالح الأخلاقي، فالخير العملي في الطب هو الصالح الأخلاقي"[٨].

الطب في العالم الإسلامي: أوضح **لورانس بي ماكولو** الأخلاقيات الطبية من خلال دورة الحياة في الشرق الأوسط الإسلامي، فقال: " كان هناك ارتباط وثيق بين الإيمان والأخلاق على أساس أنه وحدة غير قابلة للتجزئة، والقيم المعيارية في الإسلام تستبعد التقسيم الواضح بين المجالين الديني والخاص بسبب القرآن الكريم وسنة النبي محمد (صلي الله عليه وسلم) التي تتخذ العقيدة الإسلامية مصدرًا لما هو جيد أخلاقيًا ومعياريًا وهي أصل الممارسة الأخلاقية في مهنة الطب وفي كل المهن الإنسانية ".[٩]، وتوضح **كاسندرا كروس** أنه :" كان لشخصية **ابن سينا** (٩٨٠-١٠٣٧) تأثيرًا في مجال أخلاقيات الطب، وكان كتابه " القانون في الطب " مليء بالمراجع الأخلاقية التي تؤكد على أنه يجب على الطبيب أن يتعلم الأخلاق الحميدة والسلوك الفاضل"[١٠]. واعتبر الأخلاق جزءًا لا يتجزأ من الطب، واعتبرت التقاليد الإسلامية الطبيب (حكيمًا)، فكان طبيبًا وحكيمًا في نفس الوقت، ومن ثم يؤكد الطبيب المسلم على الفضيلة ويهتم بالصحة، ومن المعروف كيف تأثر الطب الغربي في العصور الوسطى بالأمثلة الإسلامية ولاسيما في التعليم والرعاية في المستشفيات كما في دمشق والقاهرة وبغداد، والصحة العامة مثل النظافة العامة، وهناك أطباء مشهورين مثل حنين بن اسحاق، الرازي، الحسن بن الهيثم ، وجميعهم أكدوا على الترابط بين الطب والأخلاق[١١].

الطب في العصور الوسطى الأوربية المظلمة: يظهر **لورانس بي ماكولو** حالة الطب في العصور الوسطى، فيقول : "عانى فن الطب من الإهمال، ولم يكن هناك توجيه للأطباء، وكان أطباء العصور الوسطى الأوربيين مدفوعين بالنفعية أكثر من الإحسان". [١٢]

الطب في القرن الثامن عشر: شهد المجتمع **الغربي** في القرن الثامن عشر انتعاشًا في مهنة الطب. فلقد كان القرن الثامن عشر نقطة حاسمة في تطور الجراحة في الطب الغربي، ولقد تم استبعاد **الحلاقين** من الكلية الملكية للأطباء في لندن منذ تأسيسها عام ١٥١٨، وفي عام ١٧٤٥ تم إنشاء كلية للجراحين؛ حيث تم فصل الجراحين أنفسهم عن الأطباء من جهة والحلاقين من جهة أخرى، كما ظهرت أخلاقيات الطب من خلال

عملين، جون جريجورى وتوماس بيرسيفال، فلقد مهد هذان الطبيبان الطريق لولادة أخلاقيات طبية حديثة، ووضع الأساس للعديد من المبادئ الأخلاقية التي يدعمها الأطباء اليوم، ولذلك نما مجال الجراحة بسرعة في القرن الثامن عشر وأصبح أكثر قبولًا[١٣].

الاتجاه الثاني : كان هذا الاتجاه يمثله طبيبان، هما **جون جريجوري، وتوماس بيرسيفال**، والجراح الايرلندي، السير **ويليام ستوكس**.

أولاً: جون جريجورى(*) (١٧٢٤-١٧٧٣)

أوضح **لورانس بي ماكولو** تأثير جون جريجوري على علم الأخلاق الطبي، في كتابه " جون جريجوري واختراع أخلاقيات المهنة الطبية ومهنة الطب " عام ١٩٩٨، وشرح في الفصل الثالث الأخلاقيات الطبية عنده. [١٤]، كما أوضح **ماكولو** في كتابه " كتابات جون جريجوري حول أخلاقيات وفلسفة الطب" أنه :" كانت ممارسة الطب تنافسية للغاية وتفتقر إلى مدونة مهنية لأخلاقيات مهنة الطب، نتيجة لذلك سادت النفعية والمصلحة الذاتية، بالإضافة إلى الانخفاض في الكفاءة الطبية، وساعد جريجوري في إعادة تعريف الطب كمهنة، من خلال عودة الأطباء إلى تنحية المصلحة الذاتية جانبًا وتحويل تركيزهم على المريض، وشدد على العلاقة بين الطبيب والمريض، وحث الأطباء على التعاطف مع مرضاهم" [١٥]. وبالإضافة إلى ذلك، أكد جريجوري على فضائل مثل قول الحقيقة وسرية المريض، ودعا الأطباء إلى ضرورة اتخاذ قراراتهم الطبية على أساس الأدلة بدلًا من العقيدة[١٦]. ولقد ساعدت رؤى جون جريجوري في ترسيخ مكانة المريض كنقطة محورية في أخلاقيات الجراحة والطب، إلا أن جريجوري لم يحدد صراحة أخلاقيات الجراحة، وكان يلتزم بالمعايير الأخلاقية للطب في الجراحة، واعتقد جون جريجوري أن الجراح الجيد يحتاج إلى لباقة وعقل حازم وعين جيدة وعقل راجح ويد ثابتة، كما شجع على التعاون بين الجراحين والأطباء.[١٧]

ويؤكد **لورانس بي ماكولو** على أن جريجوري قد استدعى التفكير الأخلاقي لتبرير فضائل المهنة، لذلك يقول:" أكد جريجوري على تقبل الفضائل التاريخية للمهنة مثل (الشرف، الصبر، الإنسانية)، ولكنه سعى إلى ترسيخها في الشعور الأخلاقي بالتعاطف مع المريض والرغبة في تخفيف المعاناة، لأن التعاطف يحفز التزام الطبيب بالاستجابة من أجل الشفاء" .[١٨]

ومن ثم يبرهن **لورانس بي ماكولو** على أنه يجب اعتبار جريجوري المطور الحديث لأخلاقيات مهنة الطب، لذلك يقول : " اعتمد جريجوري على مبدأ هيوم للتعاطف الأخلاقي، لذلك فإن مبدأ التعاطف الأخلاقي يشكل صميم الأخلاق الطبية" .[١٩]

ووفقًا **لماكولو** :" كان جريجورى هو من أنشأ العلاقة بين الطبيب والمريض، وأنه لا ينبغي للطبيب أن ينظر إلي مرضاه على أنهم غرباء أخلاقيًا، ويدعي **ماكولو** أن أخلاقيات جريجوري الطبية ليست ذات أهمية تاريخية فحسب، بل وتزود أخلاقيات علم الأحياء بتاريخها الخاص أيضًا ". [٢٠] ولقد اعتمد جون جريجوري على فلسفة فرنسيس بيكون (١٥٦١– ١٦٢٦) القائمة علي التجربة والأخلاق، وقدم أول نصوص حول الأخلاق الطبية الحديثة.[٢١]

ثانيًا – توماس بيرسيفال (١٧٤٠– ١٨٠٤)

يُوضح **لورانس بي ماكولو** تأثير بيرسيفال في كتابه " الأخلاقيات الطبية لتوماس بيرسيفال واختراع الاحتراف الطبي" ، حيث يقول:" نشر بيرسيفال كتابه الأخلاقيات الطبية عام ١٨٠٣، بعد أن انغمس في المنهج العلمي لفرنسيس بيكون(١٥٦١–١٦٢٦)، وأصبح عالمًا أخلاقيًا واعتمد على عمل سلفه في الأخلاق المهنية في الطب جون جريجوري، ووسع نطاقه بشكل كبير، والنتيجة أنه يمكن أن ينسب إلى بيرسيفال اختراع الاحتراف في الطب، وهو يُعبر عن الجسر من الأخلاقيات الطبية إلى مدونة الأخلاقيات الطبية عام ١٨٤٧ ". [٢٢]

وعلى هذا، فمن خلال تأثير جريجوري، دفع توماس بيرسيفال إلى تطوير أخلاقيات مهنة الطب، ولقد كان بيرسيفال مؤيدًا قويًا للمساواة في العلاج لجميع المرضى، ولقد تحدث في كتابة " أخلاقيات الطب "عن واجبات الطبيب، والسلوك المهني والواجبات المتعلقة بالقانون، وحول تركيز مهنة الطب من التمحور حول الطبيب إلى التمحور حول المريض، فقال :" إن مشاعر وانفعالات المرضى في ظروف الجراحة يجب معرفتها والاهتمام بها وكذلك أعراض أمراضهم بكل دقة من أجل التشخيص" [٢٣].

ومع نشر كتاب بيرسيفال" أخلاقيات الطب" عام ١٨٠٣، تمت صياغة " أخلاقيات الطب" الذي يرتكز فيه على الفكر الفلسفي، ويُبرر الدور الأخلاقي للطبيب، فهو يعتمد

على النظرية الفلسفية، ويجعل تلك القواعد مسئولة أمام العقل، ولذلك سعى بيرسيفال إلى تحقيق التوازن بين الفلسفة والطب وأنصب تركيزه على الفضيلة(٢٤).

ومن ثم، يؤكد **لورانس بي ماكولو** على دور بيرسيفال في ظهور أخلاقيات الطب، فيقول :" لخص الطبيب البريطاني بيرسيفال أخلاقيات الطب، كما لخص الواجبات المهنية للأطباء والجراحين تجاه مرضاهم، كما أوضح بيرسيفال المعايير المهنية للجراح، ورأى أن معظم المشاكل ذات طبيعة سريرية(٢٥) ، ومن جهة أخرى، يبرهن **لورانس بي ماكولو** على أهمية بيرسيفال في ظهور ونشأة مصطلح الأخلاقيات الطبية، فيقول : "، يعد توماس بيرسيفال أول من استخدم مصطلح " الأخلاقيات الطبية"، وأول من قدم نصًا بعنوان " الأخلاق الطبية، واستند إلى فلسفة الطب القائمة على الخبرة والتجربة وعلم الأخلاق التي اعتمد عليها فرانسيس بيكون(١٥٦١-١٦٢٦).(٢٦)

وظهر تأثير بيرسيفال الأقوى في وضع أول مدونة لقواعد السلوك المهني بين الطبيب والمريض، كان جريجوري وبيرسيفال من الإصلاحيين الواعين بذواتهم، الذين سعوا إلى تغيير الطب والجراحة وجعلوها في مهنة واحدة تستحق الاسم أخلاقيًا، ويرتكز تاريخ الأخلاقيات الطبية الجراحية على مساهمة هذين الطبيبين الأخلاقيين البارزين، وكان تأثير جريجوري وبيرسيفال موجودًا في مدونة السلوك المهني للكلية الأمريكية للجراحين وفي ميثاق الطبيب(٢٧).

ويشير لورانس بي ماكولو إلى أن توماس بيرسيفال قد أدرك التمييز بين الطب والجراحة بسبب الاختلافات في الحالات، وكان بيرسيفال مثل حريجوري لم يضع أخلاقًا خاصة بالجراحة، ومع ذلك فقد قدم لفكرة الاستشارات الجراحية قبل التدخل الجراحي، قائلاً: "لا ينبغي إجراء عملية جراحية دون استشارة الأطباء والجراحين، ورضا الغالبية منهم".(٢٨) كذلك دعا بيرسيفال إلى ضرورة إجراء تحديد أية مشاورات في العلاجات المبتكرة، واستدعى التزامًا أخلاقيًا بإجراء الاستشارات الأخلاقية لكل من الأطباء والجراحين، وفقًا لطبيعة الحالة، ومثل جريجوري شدد بيرسيفال على الحفاظ على رفاهية المريض كهدف أساس، وشجع التعاون بين الأطباء والجراحين(٢٩).

ويوضح **لورانس بي ماكولو** أهمية دور كل من جون جريجوري وتوماس بيرسيفال في نشأة أخلاقيات الطب والجراحة، على الرغم من أنهم لم يشرفا بشكل صحيح

على أخلاقيات الجراحة، إلا أنهما أول من اعترفا بالجراحة كمهنة مُنفصلة، لذلك يقول :" الأهم من اعتراف جريجورى وبيرسيفال بمهنة الجراحة كمهنة مُستقلة هو أنهما يلزمان الجراحين بنفس المعايير الأخلاقية مثل الأطباء للمضي قُدمًا وسط التطورات الجراحية في القرن التاسع شعر وأوائل القرن العشرين"(٣٠). وكذلك يقول **لورانس بي ماكولو** في موضع آخر:" أعرَبَ علماء الأخلاق مثل جون جريجوري في اسكتلندا وتوماس بيرسيفال في انجلترا على بناء الحكم السريري قدر الإمكان على الأدلة العلمية، واستخدام معارفهم ومهارتهم في المقام الأول لصالح المرضى وليس لتحقيق مكاسب مالية". (٣١)

ومن جهة أخرى، أشار **لورانس بي ماكولو** إلى أنه :" كان كل من جريجوري وبيرسيفال قلقين بشأن العواقب الضارة على المرضى، حيث استخدم الاثنان أدوات التحليل الأخلاقي لتعزيز مهنة الجراحة" .(٣٢). وعلى هذا، كانت التأثيرات المبكرة لجون جريجوري وتوماس بيرسيفال مُفيدة في صياغة أخلاقيات طبية تَتَمحور حول المريض في أواخر القرن التاسع عشر(٣٣).

ثالثًا– السيروليليام ستوكس

يجب اعتبار تأثير جون جويجوري وتوماس بيرسيفال ضروريًا في نمو وتطور أخلاقيات الطب والجراحة، وكان السير **ويليام ستوكس** من اسكتلندا أول من صاغ مصطلح أخلاقيات الجراحة (١٨٩٤)، وذلك حينما ألقى السير ويليام ستوكس، الجراح الأيرلندي المشهور والرئيس السابق للكلية الملكية للجراحين في أيرلندا خطابًا عام ١٨٩٤، ويجب أن ينسب إليه الفضل في استخدام مصطلح أخلاقيات الجراحة لأول مرة عندما ذكر المبادئ الأخلاقية التي يجب أن ترشده في التعامل مع الأورام السرطانية، وركز على مخاطر العملية الجراحية التي تفوق الفوائد المحتملة للمريض، وعلى المضاعفات الجراحية، وعلى العملية الجراحية غير الضرورية(٣٤). وكانت أخلاقيات الجراحة في مهدها فقط في مطلع القرن التاسع عشر، وبدأ الجراحون في القرن العشرين في إدراك الاختلاف في الممارسة العملية بين الأطباء والجراحين بسبب التطورات التي حدثت في القرن التاسع عشر والتي تتطلب حاجة إلى هيئة إدارية مُنفصلة للإشراف على الجراحين من أجل صيانة المعايير الأخلاقية في الجراحة(٣٥).

واذا ما كنا قد بدأنا بتاريخ أخلاقيات الجراحة، والذي يعني بالضرورة إلى الرجوع إلى تاريخ أخلاقيات الطب، فهذا يدفعنا إلى التساؤل عن المفهوم الأخلاقي للجراحة، وهذا هو مضمون المطلب الثاني.

المطلب الثاني: المفهوم الأخلاقي للجراحة

تمهيد : أُركز في هذا المطلب على تعريف الجراحة أخلاقيًا عند **لورانس بي ماكولو**، وكيف أنه تحدث بلغة الجراحين وعلماء الأخلاق على حد سواء، بالإضافة إلى عرض موقف خبراء أخلاقيات الجراحة، وأنها مهنة أخلاقية وليست مهنة ربحية، كما أنها تختلف عن مهنة الطب وترتبط بالتكنولوجيا الجراحية، ويجب أن تصبح في مصلحة المريض وأن تفوق فوائدها المخاطر المحتملة لها.

عرف **لورانس بي ماكولو** الجراحة بأنها:" مهنة شاقة بالفعل للغاية، لأن هناك مسئولية مستمرة عن حياة أو موت الآخرين، وهذا يوجب على الجراح أن يتبنى فضائل أخلاقية تتمثل في إنكار الذات، كما أن الدعامة الأساسية التي تقوم عليها الجراحة هي التجربة العملية، وهذا النوع من العمل يتطلب إطارًا ذهنيًا فريدًا من نوعه".(٣٦)

في البداية، تُعد الجراحة من أكثر الأمور إثارة للجدل الأخلاقي؛ لأن المادة التي يتعامل معها الجراح هي اللحم البشري الحي، لذلك فالسؤال الأخلاقي الآن، هل هذه الجراحة ضرورية ولها أسباب قوية لقيام الجراح بالتدخل الجراحي في جسم المريض بالجروح والشقوق والغرز؟ أم أنها عناد جراحي وليست ضرورية ولها بدائل أخري؟، وفيما يلي نتناول أهم سمات مهنة الجراحة أخلاقيًا،وذلك علي النحو الآتي:-

١- <u>أخلاقيات عمل وليست أخلاقيات معرفة</u> : يرى **لورانس بي ماكولو**، أن الجراحة هي تخصص موجه نحو العمل وليس التخمين، لذلك يقول : "هناك أولوية للعمل على المعرفة، لذلك يحتاج الجراح إلى أخلاقيات العمل لأن الجراح يعمل على الجسم؛ فالجراحة مهنة موجهة نحو العمل وليس المعرفة".(٣٧) يظهر هذا النص إلمام **لورانس بي ماكولو** بالتحليل الأخلاقي كما أن الجراحة تعتمد على عمل الجراح في الأساس ومهارته الجراحية. ومن جهة أخرى، يقول **ماكولو** :" إن الجراحة تنتمي إلى أخلاقيات العمل، أو أنه ينظر إلى "أخلاقيات الجراحة كعمل" ، The Ethics of Surgery as a Business". (٣٨)

ويكمن تعريف الجراحة بأنها عمل الإنسان على الإنسان، ويمكن تصورها على إنها فن عاطفي، فن إنساني للشفاء، حيث تصبح المادة التي يتم التعامل معها هي اللحم الحي، لذلك يجب أن تُهيمن قوة الفعل على المعرفة، وذلك لأن الجراحة تؤلم قبل أن تلتئم، فهي غازية وتخترق جسد المريض، ومن ثم يقول الشاعر الفرنسي **بول فاليري**، في خطابه إلى كلية الجراحين عام ١٩٣٨ ، "كل العلوم في العالم لا يمكنها أن تصنع جراحًا بارعًا "، وكذلك صرح الجراح **امبرواز باري** " إن تصفح الكتب والدردشة والثرثرة حول غرف العمليات الجراحية، لا يعني شيئًا إذا لم تطبق اليدين ما يُمليه العقل، فمهارة الجراح في التطبيق باليدين "(٣٩).

ووفقًا لجراحة الأعصاب الفرنسية **آنا لا بوش** Anne laure Boch تعد الجراحة تخصصًا موجهًا نحو العمل وليس التخمين، لذلك يحتاج الجراح إلى أخلاقيات العمل، نظرًا لأن الجراحة تتعلق بالجسد، لذلك يجب أن يكون هناك عمل أخلاقي جيد" (٤٠). ومن ثم تعتمد ممارسة الجراحة على القدرات الفنية للجراح ومعرفته وقدرته على الحكم والتشخيص الجراحي، لذلك فإن أخلاقيات الجراح تنتمي إلى العمل، وليس إلى المعرفة فقط، وهناك أولوية للعمل على المعرفة(٤١).

٢- أخلاقيات تواصل وعلاقات إنسانية: يرى **ماكولو**:" أنه يحتاج الجراح إلى **أخلاقيات العلاقة**، وهي العلاقة الإنسانية بين الجراح والمريض، والتي بدونها ستذهب النزعة التقنية للجراح هباء " (٤٢). يوضح هذا النص أن الجراح يحتاج إلى التواصل مع مريضه في شكل علاقة مهنية لمعرفة تاريخه المرضي والوراثي من أجل تجنب المضاعفات الجراحية. ومن جهة أخرى، يقول **ماكولو** أنه ": يجب على الجراح أن يتواصل مع مريضه، لأن هناك العديد من المرضى الذين يخشون الألم والعجز والتشوه أو يخافون من الموت، أو أن يكونوا عبئًا على من يحبون، لذلك فيجب على الجراح أن يساعد مريضه في مثل هذه الظروف المضطربة، ولا يجب على الجراح أن يقيم علاقة سيئة مع المرضى، لأنه بالضرورة سيوفر لهم رعاية دون المستوى الأمثل ".(٤٣)

٣- الجراحة مهنة أخلاقية: ترتبط الجراحة بالأخلاق في المقام الأول لكي تصبح مهنة أخلاقية، ولذلك تقول **ديناكارديناس** :" تعتبر الجراحة فنًا أخلاقيًا للشفاء، لذلك تصبح الجراحة " نشاطًا أخلاقيًا مكثفًا " "Surgery is an intensely moral activity" ، أو

" تعد الجراحة مهنة أخلاقية مكثفة" "Surgery is an intensely moral profession" ، ومن ثم تختلف الجراحة عن ممارسة التكنولوجيا التطبيقية، لأنها مهنة أخلاقية في المقام الأول" (٤٤).

٤- ترتبط الجراحة بالتكنولوجيا: ووفقًا لجراحة الأعصاب الفرنسية **آنا لا بوش** laire Anne Boch فإن " الجراحة هي المكان الذي أصبح فيه العلم تقنيًا، وهي المكان الذي أصبحت فيه المعرفة تقنية، لذلك تعد الجراحة من العلوم التقنية ، والعلوم التقنية هي العلوم الذي ترتبط بالتكنولوجيا من أجل تحقيق الغاية المرجوة، وهي سلامة المريض"(٤٥). بمعنى أنه يرتبط التقدم الجراحي بمدى التقدم التكنولوجي، والذي يقلل الألم والمعاناة عن المريض. ووفقًا **للورانس بي ماكولو** :" فإنه مع تسارع معدل التكنولوجيا الجديدة غير المختبرة التي تدخل في أيدي الجراحين، فإنه يجب الاعتماد على النزاهة المهنية للجراح للحصول على أفضل نتيجة جراحية ".(٤٦)

٥- تختلف الجراحة عن الطب: في حجم المسئولية الملقاة على عاتق الجراح، وضرورة أخذ الموافقة المستنيرة من المريض الجراحي وعدم اليقين الجراحي، لذلك تشير **كارديناس:**" تختلف الجراحة عن الطب الذي يقتصر على تحديد العلاج الطبي دون تدخل مباشر من الطبيب، في حين الجراح يتدخل في جسم المريض تدخلاً جراحيًا، ويتم اتخاذ القرار الجراحي في ظروف غير مؤكدة "(٤٧). ولذلك تتميز الجراحة ببعض المميزات الفريدة عن الطب، بسبب التدخل الجراحي، لذلك تضر الجراحة قبل الشفاء وعلاج المريض، وهناك مُبررات قوية لمنع هذا الإجراء أو هذه العملية الجراحية من أن تصبح جناية أو اعتداءً قانونيًا، ولذلك فإن كل إجراء جراحي غير ضروري يمثل عدوانًا على جسد المريض، ويجب أن يصبح هذا العدوان مُبررًا أخلاقيًا، لذلك فهناك ضرورة لمتطلبات عملية الموافقة المستنيرة الجراحية(٤٨).

٥- كل جراحة لها مخاطر أو فوائد: تتميز الجراحة بقابلية الخطأ، ويتم إجراء ٤٠-٦٠% من جميع الأخطاء الجراحية في غرفة العمليات الجراحية، لذلك فإنه عادة ما يتم اتخاذ القرار الجراحي السريري في ظل ظروف عدم اليقين الجراحي، لذلك فإن الجراحة هي جزء لا يتجزأ من المخاطر والحوادث والمضاعفات، وفي نفس الوقت تُسهم الجراحة بشكل

كبير في تحسين الصحة والعافية في جميع أنحاء العالم، ويجب أن تُصبح القرارات المتعلقة بالجراحة مُستنيرة ببيانات عالية الجودة[٤٩].

٦- **الجراحة مهنة تعاقدية** : يوضح **لورانس بي ماكولو** أن الجراحة هي :" تعهد شخص ما وهو الجراح لعلاج شخص آخر وهو المريض، عن طريق الجراحة من أجل انتظار المكافأة، ويستند ذلك العقد الجراحي الضمني على أن المريض سوف يتحسن، وأنه يجب وضع مصالح المريض في المقام الأول، وأن الجراح سوف يبذل أقصى ما في وسعه لتحقيق التحسين السريري الإكلينيكي، وأخيرًا فإن أفضل ما في وسعه سيكون كافيًا لحل المشكلة المطروحة" . [*]

٧- **يجب أن تصبح الجراحة ضرورية وفي مصلحة المريض:** يشير **لورانس بي ماكولو** إلى أن الجراحة يجب أن تصبح ضرورية ومُجدية وأن تبتعد عن العناد الجراحي لكي تصبح في مصلحة المريض، لذلك يقول: "يجب أن تصبح الجراحة في مصلحة المريض وتتناسب مع الرعاية الجراحية ويجب أن تصبح ضرورية، لأن الجراحة تعتمد على لحم بشري، فهي تُؤلم قبل أن تَلتَئم، لذلك تتطلب الجراحة موافقة عدة وكلاء (المريض/ الجراح/ طبيب التخذير)، ومن ثم يجب اتخاذ قرار الجراحة في مصلحة المريض[٥٠].

٨- **الجراحة فن وعلم وليست تجارة :** برهن **لورانس بي ماكولو** على دور الطبيب البريطاني **توماس برسيفال، فقال** :" نادى **بيرسيفال** بأن ممارسة الجراحة فن وليس تجارة، وهي تعبر عن التقاليد والمثل العليا للجراحة، لذلك تهدف الجراحة إلى تعليم الاحتراف الجراحي على المستوى الجامعي والكفاءة الجراحية على المستوى المهني الشخصي" [٥١]. ومن جهة أخرى، يؤكد **ماكولو** على أنه يجب على الجراح أن يبتعد عن "جراحة الأشباح والفواتير الأخلاقية" "Ghost Surgery and Ethical Billing" ".[٥٢]

ويشير الجراح **بيتر أنجيليوس** إلى أنه يقصد بالجراحة " العملية الجراحية "، فيقول :" يقوم الجراح بالجراحة في وقت مُحدد، وما يليها هو تطور في الرعاية الجراحية، وتهدف الجراحة والعملية الجراحية إلى إعادة المريض إلى مستوى مُعين من الأداء والصحة، وإذا ما تحقق هذا الهدف المنشود، فإنه العملية الجراحية تعد ناجحة، وتصبح الجراحة ضرورية، أما إذا ما صاحب الجراحة مُضاعفات جراحية، فإنه ينتج عن الجراحة تغير في جسد المريض، أو إعاقة جسدية ومرضية، ويعتبر فقدان حياة المريض علامة

على الهزيمة وفشل الجراحة"[٥٣]. لذلك تؤكد **ديانا كارديناس:** " أنه في أثناء الجراحة، هناك دائمًا إجراء يقوم به شخص واحد وهو الجراح، تجاه شخص آخر وهو المريض، وبالتالي يطلب من الجراحين إكمال الإجراءات الجراحية التي تختلف اختلافًا كبيرًا عن التخصصات الأخرى الطبية" [٥٤].

٨- **الجراحة ليست مهنة ربحية،** تحدث **لورانس بي ماكولو** عن أخلاقيات الممارسة الجراحية التجميلية ورأى أنها الطريق السريع للثراء بالنسبة للجراح، وفي المقابل قلل من قيمتها الأخلاقية مقارنة بجراحات الإنقاذ مثل استئصال الأورام الخبيثة، والتي أعلى من قيمتها وإن كانت لا تُدر دخلاً كبيرًا على الجراح، لذلك تواجه الجراح كمهنة تحديات وضغوطات كثيرة مثل الضغوط المالية. [٥٥] كما تشير **كارديناس** إلى أنه " يتطور مجال الجراحة بسرعة بسبب الابتكارات الجراحية والروبوتات، مما يجعل الجراح يواجه قضايا أخلاقية جديدة أكثر تحديًا "[٥٦]. في حين توضح **إنجي وول** إنه " يعتبر بعض الجراحين مهنة الجراحة، مهنة ضارة إلا إذا حققت مكاسب شخصية للجراح، لأن تلك المهنة مُرهقة للجراح، وقد تستغرق العملية الجراحية خمس ساعات أو أكثر يقف فيها الجراح في غرفة العمليات دون راحة، وبالتالي فإن الجراح في تلك المهنة لا يعطي الأولوية لعائلته أو رفاهيته، وعليه أن يخوض معركة مع المال والضغوط المالية" [٥٧].

وعلى هذا، يؤكد الجراح وفيلسوف الأخلاق **لورانس بي ماكولو** أن الدعامة الأساسية للجراحة هي التجربة الجراحية، وهي تجربة أخلاقية وليست ربحية، فيقول: " إن الجراحة هي نوع من العمل يتطلب إطارًا ذهنيًا فريدًا من نوعه، فهي مهنة أخلاقية، لذلك يجب أن يتمسك الجراح بالمبادئ الأخلاقية مثل تجنب تضارب المصالح والأمانة مع المرضى، والنزاهة المهنية وتجنب الجراحة الشبحية عديمة الجدوى، ولذلك فإنه على الجراح أن يُمارس أفضل الممارسات الأخلاقية، والتي يترتب عليها أفضل الممارسات الجراحية"[٥٨]. ولكي تنجح مهنة الجراحة، يجب على الجراح أن يتمسك بالأخلاق، لذلك قالت **ديانا كارديناس** إنها مهنة أخلاقية مكثفة وليست مهنة ربحية[٥٩].

هدف الجراحة: يوضح **لورانس بي ماكولو** هدف الجراحة وهو الشفاء، فيقول: "يجب أن تهدف الجراحة إلى استعادة صحة وعافية المريض بالكامل بالاهتمام الفردي بالمريض في جميع مراحل الجراحة (قبل وأثناء وبعد) الجراحة، ويجب على الجراح أن يقلل من الألم

وفقدان الدم والندوب، ويحسن من النتائج الجراحية للمرضى، لهذا السبب يتم إجراء جميع العمليات الجراحية بمساعدة فريق الجراحة والجراح الماهر، وضرورة أن يحصل المرضى على أعلى مستوى من المعرفة الجراحية كما يجب على الجراح إتقان التقنيات الجراحية الجديدة والمتقدمة، وعليه أن يوفر رعاية ممتازة لمرضاه، وأن يوفر التميز الجراحي لتدريب الجيل القادم من الجراحين " (٦٠).

المطلب الثالث: القضايا الأخلاقية الفريدة التي صاحبت ولادة الجراحة الحديثة

تمهيد : أُركز في هذا المطلب على ظهور الجراحة كمهنة بعد تميزها عن الطب، والذي بدأ بظهور قضايا أخلاقية جديدة فريدة من نوعها وتتميز عن الطب، مثل قضية تقسيم الرسوم وقضية الجراحة المتنقلة، كما ظهرت الجراحة الحديثة مع ظهور ابتكارين، وهما التعقيم والتخدير، وذلك على النحو التالي:

يرى **لورانس بي ماكولو:** "أن هدف الكلية الأمريكية للجراحين في عام ١٩١٣ هو القضاء على الممارسات غير الأخلاقية، مثل تقسيم الرسوم والجراحة المتنقلة، ومع استمرار تقدم الجراحة في عصر زراعة الأعضاء، في النصف الأخير من القرن العشرين، ظهر الابتكار الجراحي وتضارب المصالح كقضايا أخلاقية مهمة انتقلت إلى القرن الحادي والعشرين" (٦١).

أولاً: تقسيم الرسوم : يشير **لورانس بي ماكولو** إلى تعريف تقسيم الرسوم فيقول: "يعد تقسيم رسوم العملية الجراحية بين الجراح والطبيب المُحيل من مميزات القرن الماضي، وهذا يعد حافزًا للطبيب المُحيل للتوصية بالجراحة لمزيد من المرضى، لذلك فهي تعد مُمارسة غير أخلاقية، ومع ذلك استمرت حتى خمسينات القرن الماضي" (٦٢). وعلى ذلك، يعد تقسيم الرسوم أحد المشكلات الرئيسة، وساهمت في عدد لا يحصى من العمليات الجراحية غير الضرورية، والتي عرضت حياة المرضى للخطر، كما أن تقسيم الرسوم يتعارض مع مبدأ عدم إلحاق الضرر بالمريض والحفاظ على مصلحة المريض(٦٣). ولقد استمر تقسيم الرسوم في القرن العشرين وسط مخاوف أخلاقية تتعلق بسلامة المرضى، وكان هناك دعوات لشجب الانتشار المُتزايد لتقسيم الرسوم لأنه أضَر بالمرضى من خلال التسبب في جراحة غير ضرورية، كما أن تقسيم الرسوم قد شوه ثقة الجمهور في مهنة الطب بصفة عامة، وفي مهنة الجراحة بصفة خاصة، كما أنه يُقوِّض

من شرعية الجراحة كمهنة أخلاقية، إلى أن تم إلغاء تقسيم الرسوم من أجل المحافظة على رفاهية المريض(٦٤).

ويوضح **لورانس بي ماكولو** الفرق بين الرسوم الجراحية وتقسيم الجراحة، فيقول: "الجدير بالذكر، أن تقسيم الرسوم يختلف عن الرسوم الجراحية، وهي تعني جميع الرسوم المُستحقة للجراح نظير قيامه بالعملية الجراحية للمريض، وهي مقابل الخدمات التي قدمها الجراح في غرفة العمليات، وتلك الرسوم يتم سدادها مقابل الخدمات الجراحية، ويجب أن تكون معقولة وتكافئ الخدمة الجراحية المقدمة "(٦٥).

ثانيًا: الجراحة المتنقلة: Transplant Surgery، تعني أن يجري الجراح العمليات الجراحية في مناطق ريفية دون مُقابلة مع المريض على الإطلاق، علاوة على ذلك، سيغادر الجراح بعد الجراحة مباشرة، تاركًا إدارة أية مضاعفات جراحية لطبيب الرعاية الأولية، وفيها يأتي الجراح بناء على طلب طبيب الرعاية الأولية، ويقوم بإجراء عملية جراحية، ثم يترك الجراح رعاية ما بعد الجراحة للطبيب المختص بالرعاية الأولية أو المُمَارس العام، ولا يتابع الحالة الجراحية؛ مما قد يُعرض المريض لمضاعفات جراحية خطيرة، ومن ثم، فهذا يعد مُمارسة غير أخلاقية (٦٦). وإذا ما تساءلنا، لماذا تصبح تلك الجراحة غير أخلاقية بالرغم من أنه تتم مُمَارسة الجراحة المُتنقلة في المناطق الريفية؛ بحيث لا يستطيع المرضى الوصول إلى أماكن الرعاية الصحية، وقد تنقذ آلاف المرضى غير القادرين إلى الوصول إلى المدينة؟ ومع ذلك اعتبرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي هذه الممارسة غير أخلاقية؛ لأن قرار الجراحة والرعاية بعد العملية الجراحية تم وضعه في أيدي الممارسين العاملين وطبيب الرعاية الأولية، وهم يفتقرون إلى التدريب المناسب، ولكن بناء على دعوة الممارس العام سيأتي الجراح إلى المستشفى لإجراء عملية جراحية للمريض دون رؤية المريض مُسبقًا، بالإضافة إلى ذلك، لا يمكن إقامة علاقة بين الجراح والمريض، مما يَضر بجودة الرعاية قبل وبعد العملية الجراحية، حيث يعتقد معظم الجراحين أن الرعاية المحيطة بالجراحة مهمة جدًا، إن لم تكن أكثر أهمية من العملية نفسها، فتلك العلاقة المهنية ضرورية بين الجراح والمريض من أجل الشفاء (٦٧). نستنتج من هذا النص أن هناك معايير أخلاقية لمهنة الجراح يتم فيها تعزيز أهمية المريض، والعلاقة بين الجراح والمريض، وأن هناك واجبًا أخلاقيًا يقع على الجراح في رؤية مريضه

والتواصل معه حتى تمام الشفاء، وهناك أهمية أخلاقية لتلك العلاقة بين الجراح والمريض، لذلك فإن الجراحة المتنقلة غير مثالية وغير أخلاقية وتخص زمن ولى، ولا ترتبط بالجراحة الحديثة.

وهذا يدفعنا إلى التساؤل، متى ولدت الجراحة الحديثة؟ نجد أن الجراحة الحديثة ظهرت بظهور التعقيم والتخدير.

أولاً : التخدير، في القرن التاسع عشر، كانت عملية البتر إجراء شائع قبل التخدير، وكان المريض مُستيقظًا أثناء الجراحة، لذلك كانت الجراحة تتم في أسرع وقت ممكن، وكان المهم السرعة وليس الدقة أو المهارة(٦٨). وخلال منتصف القرن التاسع عشر، ازدادت المخاوف بشأن تلك الممارسة الجراحية، وكان غالبية الجراحين مُتحفظين في محاولة لتقليل معدلات الوفيات(٦٩).

وفي القرن التاسع عشر، أتاح ابتكاران مهمان، وهما التخدير والتعقيم والتطهير إمكانية تقدم الجراحة بشكل كبير، فقبل ذلك التاريخ، كان الجراح يتعامل بأسرع ما يمكن مع المرضى الُمقيدين جَسَديًا ، ويعانون من الألم المُرتبط بالجراحة، ولقد غير التخدير بشكل كبير الطريقة التي يتعامل بها الجراحون مع المرضى؛ لأنه سمح للجراحين بالتركيز أكثر على الدقة والتقنية بدلًا من السرعة، ولقد أصبحت السرعة أقل أهمية مقارنة بالتخطيط الدقيق والتفكير والمهارة الدقيقة(٧٠). وعلى هذا جعل التخدير صدمة العملية الجراحية قابلة للتحمل وأكثر أمانًا وفعالية(٧١).

ثانيًا : التعقيم : كان الابتكار الرئيس الثاني هو ظهور التعقيم والتطهير في عام ١٨٥٠، حين أصيب أكثر من ٩٠% من الجروح بالعدوى، وكان معدل الوفيات من جراحة البطن ٧٥%، ولذلك اعتبر العديد من الجراحين في ذلك الوقت أن جراحة البطن غير أخلاقية، وحينئذ تم تطبيق مفهوم غسل اليدين قبل أي إجراء جراحي باستخدام حمض الكاربوليك، وفي عام ١٨٨٠ اعتمد عدد قليل من الجراحين تقنية التعقيم لأن المرضى كانوا أفضل حالًا وكانوا أكثر عرضة للتعافي، وفي النهاية أصبحَ من الشائع لجميع الجراحين غسل أيديهم قبل إجراء العملية، ثم بدأوا لاحقًا في ارتداء القفازات واستخدام أدوات التعقيم، وبالتالي مع انخفاض معدل الوفيات بسبب الجراحة مع هذه التطورات، أصبح مجال الجراحة أكثر احترامًا، وبدأ المرضى في النظر إلى الجراحة كخيار قابل للتطبيق(٧٢).

وعلى هذا، أصبحت الجراحة المُطهرة شائعة بحلول نهاية القرن التاسع عشر، وأصبحت غرفة العمليات المُعقمة أمرًا ضروريًا في المستشفيات، وتزودت المستشفيات بضمادات مُعقمة وقفازات مطاطية، وأصبحت غرفة العمليات الجراحية المكان الأكثر أخلاقية لممارسة الجراحين للعمليات الجراحية، ومع التحول الجذري للجراحة في تسعينات القرن التاسع عشر، أدى ذلك إلى توسيع نطاق الجراحة ليشمل البطن والصدر والرأس(٧٣). ومن ثم فقد أدى هذان التقدمان التكنولوجيان الثوريان التخدير والتعقيم إلى جعل المزيد من الابتكارات في الجراحة مُمكنة، ولقد مكن التخدير من التركيز أكثر ومزيد من الدقة في إجراء العملية الجراحية بدلًا من الألم الذي كان مصاحبًا للعمليات الجراحية(٧٤).

المبحث الثاني: مدخل إلى أخلاقيات الممارسة الجراحية

المطلب الأول: علاقة أخلاقيات الجراحة بالأخلاقيات الطبية والسريرية والبيولوجية

تمهيد: يُركز هذا المطلب بشكل أساسي على معرفة أوجه التشابه والاختلاف بين أخلاقيات الجراحة وكل من أخلاقيات الطب والأخلاق السريرية والأخلاق البيولوجية، وذلك على النحو التالي :

١-**الأخلاق الطبية :** تتميز أخلاقيات الجراحة عن مجالات **أخلاقيات الطب**(*) الأخرى، كما أنها تعتبر حالة خاصة من الأخلاقيات الطبية، ولا تختلف أخلاقيات الجراحة عن أخلاقيات الطب إلا من حيث اللجوء إلى الفضيلة والحقوق والواجبات، لذلك يمكن أن تتميز أخلاقيات الجراحة عن أخلاقيات الطب بسبب خصائص الجراحة وأهدافها الفريدة، ولكن كلاً من أخلاقيات الطب وأخلاقيات الجراحة ينتميان إلى الأخلاق البيولوجية والاكلينيكية(٧٥).

ويعرف **لورانس بي ماكولو** الأخلاقيات الطبية في كتابه القاموس التاريخي لأخلاقيات الطب فيقول:" هي الدراسة المُنضبطة للأخلاق الطبية، ولها هدفان، الأول: التقييم النقدي للأخلاق الطبية والذي يتكون من ثلاثة مكونات، لدى الأطباء والمرضى والمجتمعات وصانعي السياسات، الثاني: معرفة السلوك الخطأ والصحيح في رعاية المرضى، وعلى أساس هذه المعتقدات يقوم الأطباء والمرضى وصانعو السياسات بإصدار أحكام حول الطريقة التي يجب أن يتصرفوا بها على أحكامهم" . (٧٦)

ومن جهة أخرى، أوضح **ماكولو** أصل المفهوم الأخلاقي للطب كمهنة، في مقالته " المفهوم الأخلاقي للطب كاكتشاف أو اختراع "، وبرهن على أن الأخلاقيات الطبية "أخلاقيات مطلقة "، قائلًا :" أن أصل المفهوم الأخلاقي للطب كمهنة هو الالتزامات الأخلاقية للأطباء في رعاية المرضى ، كما أن أخلاقيات الطب صالحة لكل زمان ومكان وهي موثوقة فكريًا وأخلاقيًا للجميع ، وبالتالي فهي عابرة للثقافات وعابرة للحدود والأديان ".(٧٧)

وعلاوة على ذلك، أوضح **ماكولو** ، العلاقة بين الأخلاق الطبية والفلسفة الأخلاقية، وأعتقد أن الأخلاق الطبية أقرب إلى الأخلاق التجريبية من الأخلاق التطبيقية، قائلًا : " غالبًا ما يتم التعامل مع الأخلاق الطبية على أنها **أخلاقيات تطبيقية**، أي تطبيق الفلسفة الأخلاقية على القضايا الأخلاقية في الطب، ولكن حَدَثَ تغيير أخلاقي يُفسر لماذا لا يلجأ الممارسون إلى الفلسفة الأخلاقية، بل يجب الاحتكام إلى الأخلاق التجريبية".(٧٨) أعتقد أن الفلسفة الأخلاقية التي يقصدها **لورانس بي ماكولو** هي الفلسفة الأخلاقية التحليلية وهي التي بينها فجوة قوية بينها وبين التجربة، ولا يسمح لها بمواجهة تحديات أو وضع معايير أخلاقية، ولذلك يرى باري هوف ماستر أنه:" يجب أن تحدث قطيعة حادة مع هذا النوع من الفلسفة الأخلاقية التحليلية التي هيمنت على أخلاقيات البيولوجيا المعاصرة " .(٧٩)

ومما لا شك فيه، أنه تشترك أخلاقيات الجراحة مع الأخلاق الطبية في جذورها التاريخية وكذلك في مبادئها الأخلاقية الأساسية التي أقرها جيمس تشالدريس وتوم بيوشامب وهي (الإحسان/ عدم الضرر، العدالة/ الاستقلالية)، ولكن هل معنى ذلك، أن كلاً من الجراحة والطب متطابقان؟ أم أنه توجد اختلافات بينهما؟ وما طبيعة ذلك الاختلاف؟

يرى معظم الجراحين أنه قد تطورت أخلاقيات الجراحة بشكل واضح عن الأخلاقيات الطبية، ولكن هناك فرق بين الأخلاق الطبية والأخلاق الجراحية يكمن في الطبيعة الفريدة للجراحة والعلاقة بين الجراح والمريض والمشكلات الفريدة التي تتم مواجهتها في الجراحة وتلك المشكلات مُتميزة عن الطب، وعلى هذا، فإن من أهم الاختلافات بين الجراحة والطب هو اختلاف حجم المسئولية المُلقاة على الجراح في مُقابل المسئولية المُلقاة على

الطبيب، وذلك عند حدوث مضاعفات جراحية، فمثلاً عندما يموت مريض طبيب باطني، فإن السؤال الطبيعي الذي يطرحه زملاؤه هو، ماذا حدث؟ ولكن عندما يموت مريض بعد عملية جراحية، فإن زملاء الجراح يسألون الجراح، ماذا فعلت؟(*)ويمكننا أن نلخص أوجه الاختلاف بين مهنة الطب ومهنة الجراحة في (المسئولية الأخلاقية الكبيرة الواقعة على عاتق الجراحين نحو مرضاهم وتجاه أفعاله، المبدأ الأساسي في الطب هو عدم الضرر أو" لا ضرر ولا ضرار"، ولكن في مهنة الجراحة هناك ضرر، ضرورة وجود الموافقة المستنيرة في مهنة الجراحة).

وإذا ما كانت **ديانا كارد يناس ولابوما وكاسندرا كروس** وكلاهم جراحين، قد باعدوا المسافات بين أخلاقيات الطب وأخلاقيات الجراحة ووضعوا اختلافات قوية بينهما، بحيث لا يمكن أن يتلاقوا أبدًا، فإنه يمكنا أن نجد **لورانس بي ماكولو** قد سعي إلى بناء علاقات قوية وعلاقات قرابة وأواصر صلة بينهما، وبرهن على تلك الروابط المشتركة بينهما في العديد من المواقف، فمثلاً نجده يقول:" يوفر تاريخ الأخلاقيات الطبية أفكارًا ذات صلة وقابلة للتطبيق سريريًا، ويكشف كيف قدم الجراحون مساهمات في مستودع مفاهيمنا عن الأخلاق السريرية، ولقد كان الأطباء البريطانيون روادًا في عملية الموافقة المستنيرة منذ القرن السابع عشر عندما صاغوا عقودًا مع المرضى لإجراء العمليات الجراحية، ولقد حول جراحي القرن التاسع عشر في الولايات المتحدة هذه الفكرة البدائية إلى نسخة أكثر تعقيدًا للموافقة إكلينيكيًا، وتعتبر الموافقة المستنيرة في أخلاقيات الطب أساس أخلاقيات الجراحة الإكلينيكية".(٨٠)

وكذلك استخدم **لورانس بي ماكولو** مصطلحًا جديدًا يربط فيه بين الأخلاق الطبية والجراحية، وهو **تاريخ أخلاقيات الطب الجراحي**، فيقول:" يرتكز" تاريخ الأخلاقيات الطبية الجراحية" على مساهمة الطبيبين الأخلاقيين البارزين جون جريجوري وتوماس بيرسيفال الذين اعتقدوا بشدة أن كل من الطبيب والجراح يجب أن يكونوا جزءًا من مهنة واحدة، كما أن كلاً من أفكار جريجوري وبيرسيفال ذات صلة بالتحديات الأخلاقية في الجراحة اليوم"(٨١)

ويشير **لورانس بي ماكولو** إلى المبادئ الأخلاقية المشتركة بين كل من الأخلاق الطبية والأخلاق الجراحية، فيقول: "كلا المهنتين أسست عملها على مبادئ أخلاقية

مُشتركة، ويجب أن يتعاون الجراح مع الطبيب في مناقشة جميع الخيارات المعقولة لإدارة مرض المريض، ويجب على الجراح أن يتعاون مع الطبيب من أجل مصلحة المريض وأن يشرح للطبيب الإدارة الجراحية أسرع بكثير من الرعاية الطبية لتأسيس السيطرة على المرض بنجاح ".(٨٢)

وعلى هذا، لا تختلف الأخلاق الجراحية عن الأخلاق الطبية بل إنها فرع منها، كما أن الاثنين يعتمدان على الأخلاق السريرية، حين يقوم الجراح بالحصول على الموافقة المستنيرة الإكلينيكية من المريض، وحين يصدر الحكم السريري لصالح المريض، وكل هذه التخصصات تنتمي إلى أخلاقيات علم الأحياء **وعلم البيولوجيا**(*).

٣- أخلاقيات علم البيولوجيا :

يوضح **لورانس ب ماكولو** سبب نشأة أخلاقيات البيولوجيا فيقول : " نشأت أخلاقيات البيولوجيا كاستجابة لأمور مُلحة في الوقت الحالي، مثل الأبوة الفظيعة للأطباء وحماية الأشخاص الذين يخضعون للبحث من علماء أخلاقيات البيولوجيا، وكان عملهم جديدًا وغير مسبوق ".(٨٣)، ومن ثم، رفض ماكولو النظرية الأبوية في الطب والجراحة، وتساءل، هل تأسست أخلاقيات علم البيولوجيا على أخطاء تاريخية ومفاهيمية حول الأبوية الطبية ؟ فقال: "يجب رفض مفهوم الأبوة الطبية في الأخلاق البيولوجية، ويجب رفض التدخل في استقلالية المرضى من أجل مصلحتهم السريرية، لأن هذا ليس معيارًا أخلاقيًا مقبولًا في الممارسة السريرية، كما أن مفهوم الأبوة قد أُسئ فهمه، ومن ثم فإن وجود الأبوة في أخلاقيات البيولوجيا يؤدي إلى انهيار أخلاقيات البيولوجيا نفسها، لذلك يجب التخلي عن الأخلاقيات البيولوجيا التي تستند على الأبوة، فهناك علاقة تعاقدية بين الأطباء والمرضى، وعلى هذا فإن الأخلاقيات البيولوجية تقوم على الاستقلالية وحدها ".(٨٤)

ومن جهة أخرى، نظر **ماكولو** إلى أخلاقيات البيولوجيا على أنها نوع من الأخلاقيات التطبيقية وتعتمد على المنهج النفعي، فقال :" تتعامل كتب الفلسفة مع أخلاقيات البيولوجيا على أنها شكل من أشكال الأخلاق التطبيقية، وهي محاولة لتطبيق نظرية أخلاقية مثل النفعية على القضايا الأخلاقية المثيرة للجدل في علم الأحياء، ولقد

أثرت الفلسفة الأخلاقية بشكل عميق على الطريقة التي تم بها تصور الأخلاق الطبية والبيولوجية وممارستها ".[٨٥]

٢ – الأخلاق الإكلينيكية[*]

يشير **لورانس بي ماكولو** في مقالته " الاستفزاز الفلسفي" Philosophical Provocation: شريان الحياة للأخلاق السريرية " قائلا : " أن العمل اليومي لمستشار الأخلاقيات السريرية ومعلم الأخلاقيات السريرية ضروري في أخلاقيات الطب وأخلاقيات الجراحة؛ لأن هدفه هو تحسين رعاية المرضى، وتأمين أخذ الموافقة المستنيرة من المرضى، والتأكد من صدق وثقة الجراح والتواصل الجيد مع المرضى، وتَجنب النزاعات الأخلاقية والارتباك وسوء الفهم بين المرضى والجراحين، ومن جهة أخرى، فإن الأخلاق السريرية تبعدنا عن الجمود الفلسفي، واختصاص الأخلاق السريرية الإكلينيكية هو الترياق لهذا القصور الذاتي الفلسفي، وما ينتج عنه رؤية ضيقة الأفق للأخلاقيات السريرية، وفي الأخلاق السريرية يتم التمييز بين الممارسة السريرية والبحوث السريرية".[٨٦]

ويؤكد **ماكولو** على أن أساسيات عمل الأخلاقيات السريرية هو مصلحة المريض، فيقول : " يستكشف علماء الأخلاق الإكلينيكية المصالح الفضلى للمريض والصحة والمرض والتأكيد على الاستقلالية للمريض ".[٨٧]

يوضح **ماكولو** أن التحول المستمر في الأخلاقيات الإكلينيكية كان بسبب التفكير النقدي، لذلك يقول: "يعتبر أخذ المنعطف النقدي أحد الأدوات الأساسية للعلوم الإنسانية، لذلك فإن استخدام التفكير النقدي في الأخلاقيات السريرية شجع على التفكير في إطالة العمر والقرارات السريرية للوفاة وأخلاقيات البحث السريري، ومدى ملاءمة قسم أبقراط للأخلاق السريرية، وذلك من أجل تعزيز الجودة المستمر للأخلاقيات السريرية " .[٨٨]

كذلك يشرح **ماكولو** أحد الموضوعات الرئيسية للأخلاقيات الإكلينيكية وهو موضوع **الضيق الأخلاقي** Moral Distress، فيقول :" يُعتبر الضيق الأخلاقي أحد الموضوعات الأساسية للأخلاقيات السريرية ، ويعني أن الفرد غير قادر على التصرف واتخاذ القرار بناء على معرفته الأخلاقية وغير قادر على أن يُحدد ما يجب أن يفعله ، لأن هناك عوائق تحول دون التصرف بناء على تلك المعرفة الأخلاقية " . [٨٩]

ومن جهة أخرى ، أوضح **ماكولو** تأثير الأخلاق على الممارسة الإكلينيكية، فقال:" تجعل الأخلاق الممارسة السريرية أخلاقية، وتحول دون صعوبة أخذ القرار الطبي أو الجراحي".(٩٠) كما أن وجود الأخلاق في الممارسة الاكلينيكية عند كل من الطبيب أو الجراح تجعلهم يكتسبون سلطة أخلاقية بفضل الثقة التي يحصلون عليها من مرضاهم ". (٩١)

ولقد أثبت **لورانس بي ماكولو** أنه بين كل من الأخلاق الطبية والأخلاق الجراحية والأخلاق السريرية علاقات قرابة ونسب، وهذا يظهر جليًا في مقولته التالية :" يجب أن يناقش الجراح مع الطبيب عوامل الخطر السريرية من أجل تعزيز مصالح المريض ، والعمل على إيجاد حلول للقضايا الأخلاقية التي تواجه الجراح" . (٩٢)

ولقد اقترح **لابوما** Lapuma الطبيب في مركز أخلاقيات الطب السريري تعريف الأخلاقيات السريرية بأنها " عملية حل المشكلات الأخلاقية المتعلقة برعاية مريض معين، والهدف الأساس من الأخلاقيات السريرية هو تحسين رعاية المرضى مع المساعدة في السرير، لذلك تسعى الأخلاقيات السريرية إلى تحسين العلاقات بين الجراح والمريض ، وحل المشكلات الأخلاقية في رعاية المريض على أفضل وجه من خلال العمل بجانب السرير ، لذلك فإن الشرط الأساسي لاستشاري الأخلاقيات الإكلينيكية هو أن يذهب إلى سرير المريض للحصول على معلومات إكلينيكية وأخلاقية محددة بنفسه، ويتحدث مستشارو الأخلاقيات السريرية شخصيًا مع المرضى ويراجعون سجلاتهم الطبية بأنفسهم ، وتشمل مهارات مستشاري الأخلاقيات السريرية القدرة على حل المشكلات الأخلاقية مع مريض معين واتخاذ القرارات الأخلاقية السريرية ويجب عليهم مساعدة الجراحين في إدارة الحالة"(٩٣). واعتقد أن الجراح يحتاج لتلك الأخلاق السريرية في متابعة المريض بعد العملية الجراحية للتأكد من أن كل الأمور على ما يرام وأن العملية الجراحية في طريقها إلى الشفاء، وأنه لا توجد أخطاء جراحية أو أية مضاعفات جراحية ، كما أن معظم مشاكل المرضى لها طابع سريري قبل وبعد الجراحة ، لذلك يحتاج جراح القرن الحادي والعشرين إلى مهارات سريرية واتخاذ قرارات سريرية جراحية مع قيم أخلاقية راسخة.

وترى George John Agich :" أنه من الملاحظ أن جميع هذه التعريفات للأخلاق السريرية بينها قواسم مشتركة وبين الأخلاقيات الجراحية والأخلاقيات الطبية،

وهي حل المشاكل الأخلاقية المرتبطة برعاية المرضى في السرير، ولكن أخلاقيات الجراحة الإكلينيكية تختلف عن الأخلاق الطبية الإكلينيكية في زمن التواصل مع المرضى، فما يهم الجراح إجراء عملية جراحية لا يشوبها شائبة بينما الطبيب قد يكون بينه وبين المريض علاقات تواصل طويلة قد تمتد لسنوات خلال رحلة المرض"(٩٤). وعلاوة على ذلك يقول George John Agich: " كل من الطبيب والجراح يحتاج إلى الأخلاقيات السريرية ولكن ليس بنفس القدر، ويجب أن تكون الأخلاقيات السريرية جزءًا لا يتجزأ من التعليم الجراحي، ومع ذلك، تتشابه الأخلاق الطبية والجراحية في العلاقة مع المريض، ولكن أخلاقيات الجراحة تطورت بشكل واضح عن أخلاقيات الطب ، كما أن كليهما ينتمي إلى الأخلاقيات التطبيقية ولهما طابع عملي، كما أن ممارسة الأخلاقيات السريرية مرتبط بالالتزامات المعيارية للجراحة (٩٥) ، كما يشير جورج أجش في موضع آخر إلى الهدف الأساسى لعلماء الأخلاق الإكلينيكية هو إيجاد حلول عملية للمشكلات التي تواجه المرضى في السرير، ويجب أن يكون منهجهم مناسبًا لكل حالة سريرية، لذلك يقول :" إن الغرض الأساسي من علماء الأخلاق الإكلينيكين هو ابتكار مناهج قابلة للتنفيذ أو حلول للأسئلة الأخلاقية التى تنشأ في سياق رعاية المرضى؛ لذلك فإن الأخلاق الإكلينيكية هى ممارسة في المقام الأول" .٩٦

ويشرح **لورانس بي ماكولو** هدف الأخلاق السريرية، فيقول: "تهدف الأخلاق السريرية إلى حل المشكلات الأخلاقية في رعاية المريض، فاستشاري الأخلاقيات السريرية هدفه أن يذهب إلى سرير المريض للحصول علي معلومات إكلينيكية مُحددة، على عكس لجان الأخلاقيات التي تعتمد على معلومات مُستعملة من الطبيب أو الممرضة، في حين يتحدث مستشار الأخلاقيات الاكلينيكية شخصيًا مع المرضى ويفحصونهم لكي يستطيعوا أن يحددوا المشكلة الأخلاقية لبناء أُطر عمل خاصة بهم لاتخاذ القرارات الأخلاقية السريرية، وهي تتضمن القرار الجراحي ورفض التدخل الجراحي" (٩٧)، ومن جهة أخرى، تتميز الأخلاق السريرية بأنه يوجد فيها مستشار الأخلاق السريرية، وتحدث الاستشارات السريرية بأشكال مختلفة داخل المستشفيات، وهدفها فضح سوء الممارسة السريرية الجراحية والطبية(٩٨). وأعتقد أنه يجب أن يتعاون الجراح مع مستشاري الأخلاقيات السريرية من أجل الوصول إلى أفضل ممارسة جراحية أخلاقية ممكنة.

المطلب الثاني: أخلاقيات الجراحة الإكلينيكية

تمهيد: بعد أن أوضحنا أوجه التشابه والاختلاف بين كلًا من الأخلاق الجراحية والأخلاق الطبية والسريرية والبيولوجية، فسوف نركز في هذا المطلب على طبيعة الأخلاق الجراحية السريرية وهدفها، وسنقف قليلاً عند تعريف **لورانس بي ماكولو** للأخلاق وأهمية الأخلاقيات في الجراحة وهدفها، وذلك على النحو الآتي :

تُعبر أخلاقيات الجراحة عن الأخلاقيات النظرية وتُعبر أخلاقيات الممارسة الجراحية عن الأخلاقيات العملية التطبيقية، وتحاول الأخلاق النظرية (أخلاقيات الجراحة) فهم الأساس الكامل للمبادئ الأخلاقية في الجراحة، بينما تتعلق الأخلاق العملية (أخلاقيات الممارسة الجراحية) بتطبيق المعايير الأخلاقية على الممارسة الجراحية في سلوك الجراح، لذلك فهي تختص بسلوك الجراح نفسه في الممارسة الجراحية السريرية اليومية.

في البداية، يَستعرض **لورانس بي ماكولو** خطورة التقدم التكنولوجي على أخلاقيات الجراحة اليوم، فيقول: "ازداد تعقيد الأخلاقيات الجراحية بشكل كبير في نصف القرن الماضي لعدد من الأسباب، أهمها التقدم التكنولوجي كما هو الحال في جميع البنيات العملية، ولا تزال أخلاقيات الجراحة الأساسية ثابتة في صميمها ولكن مع تغيير سياقها، ولكن تطبيقاتها مُتغيرة بعد طفرة التصوير بالرنين المغناطيسي والتصوير المقطعي والعمليات الجراحية الروبوتية، وهذا التقدم التكنولوجي الكبير يحتاج إلى أخلاق صارمة للوصول إلى ممارسة جراحية أخلاقية" [٩٩].

أولاً: تعريف أخلاقيات الجراحة الإكلينيكية [*]

يعرف **لورانس بي ماكولو** أخلاقيات الجراحة بأنها:" تطبيق الأخلاق على القضايا الخاصة بالجراحة، وهناك مجموعة واسعة من القضايا الأخلاقية التي يواجها الجراحون اليوم، فهناك الكثير من المشاكل الأخلاقية الواقعية والمعقدة التي يواجها الجراحون مثل الموافقة المستنيرة، والإفصاح الكامل والتنظيم الذاتي والبحث والابتكار الجراحي، وقضايا التدخل الجراحي في نهاية الحياة وتضارب المصالح ".[١٠٠] كما وصفها **ماكولو** أيضًا، فقال: " تعتبر الأخلاقيات الجراحية مُكونًا أساسيًا في الممارسة الجراحية، وهي تطبيق

الأخلاقيات على الحالات الخاصة بالممارسة الجراحية، وتهتم بالعلاقة الفريدة بين الجراح والمريض من أجل تحسينها وتطويرها ".[١٠١]

في حين وصف أخصائي الأورام والجراح الاسترالي **مايلز ليتل**، العلاقة بين الجراح والمريض في خمس علاقات تجعل أخلاقيات الجراحة متميزة وفريدة عن الأخلاقيات الطيبة وهي تتكون من خمس علاقات، هي:

١) **الإنقاذRescue** : وهو يعبر عن قدرة الجراح على إنقاذ المريض، ويجب أن يدرك الجراح حاجة المريض إلى الإنقاذ، وفي الوقت نفسه قد يحتاج الجراح إلى إنقاذ من قبل جراحين أخرين في حالة وجود صعوبات في التشخيص الجراحي.

٢) **القرب Proximity**: وهو يعبر عن ضرورة القرب الحميم بين الجراح ومريضه وخاصة في غرفة العمليات الجراحية، والشعور بالقرب يسبب تبادل القيم، ولا يجب أن تكون تلك العلاقة قصيرة وجافة. يعد القرب أكبر مثال عملي للأخلاق الإكلينيكية.

٣) **المحنةOrdeal** : وهو يعبر عن المحنة التي يتحملها المرضى أي محنة الجراحة وعواقبها، بمعنى أنه على الجراح أن يدرك محنة المريض قبل وأثناء وبعد الجراحة، وقد يستمر التأثير الجسدي والعقلي للجراحة مدى الحياة، فالخضوع لعملية جراحية تعبر عن تجربة غير سارة ومحنة بالفعل.

٤) **العواقب aftermath**: وهو يعبر عن عواقب العملية الجراحية، والتي قد تكون الآثار الجسدية أو عواقب النفسية للجراحة.

٥) **الحضورPresence** : وهو يعبر عن رغبة المريض في تواجد الجراح طوال رحلة الشفاء والتعافي. [١٠٢] ، كذلك يعبر الحضور عن أكبر دليل عملي على أهمية لأخلاق الإكلينيكية.

والجدير بالذكر، أنه قد فهم **مايلز ليتل** هذه العلاقات الخمس بين الجراح والمريض جيدًا، قائلاً: " تلك العلاقات الخمس يجب أن يشعر بها المريض والجراح، وهي ما يطلب من الجراح بالمعنى الأخلاقي، وفى تلك العلاقات يثبت فيها الجراح لمريضه أنه حاضر طوال الوقت، قبل وبعد وأثناء العملية الجراحية"، ذلك من أجل الإشراف الكامل على عملية التعافي، لذلك تختلف تلك العلاقة بين الجراح والمريض عن العلاقة بين الأطباء والمرضى اختلافًا جوهريًا كما أن تلك العلاقة هي جوهر ومحور أخلاقيات

الجراحة الإكلينيكية، ومن جهة أخرى تعد الثقة هي جوهر أخلاقيات الجراحة الإكلينيكية، وتكمن الثقة في صميم العلاقة بين الجراح والمريض، ولذلك كانت أخلاقيات الجراحة قوة دافعة وراء ظهور الجراحة كمهنة جديرة بالثقة اليوم(١٠٣).

ثانيًا : هدف الأخلاقيات الجراحية الإكلينيكية : يوضح **لورانس بي ماكولو** هدف أخلاقيات الجراحة الإكلينيكية ، فيقول :" تهدف تلك الأخلاقيات إلى تقديم الأخلاق والفضائل للجراح لكي تصبح ممارسته الجراحية أخلاقية، كما تقدم أخلاقيات الجراحة الإكلينيكية الفضائل المهنية إلى الجراح، وشروط الكفاءة السريرية من خلال الممارسة والتدريب الجراحي وتدريس الأخلاقيات الجراحية القائم على الخبرة، وتؤكد تلك الأخلاق الجراحية على ضرورة حماية مصالح المريض أولًا، باعتبار أن شغلهم الشاغل هو الحفاظ على مصالح المريض، ومن ثم، تصبح مهمة أخلاقيات الجراحية هي مواجهة التحديات الجراحية المتعددة "(١٠٤) وتوضح **ديانا كارديناس** أن هدف أخلاقيات الجراحة:" الحد من قدرة الجراحة على الضرر الجسدي والنفسي لاعتبارات أخلاقية مثل الفضائل والعواقب والآثار والعدالة والمساواة" (١٠٥).

كما يؤكد **لورانس بي ماكولو** على أن أخلاقيات الجراحة تهدف إلى تقديم إرشادات عملية للجراحين باستخدام الحجج الأخلاقية، فيقول: " عندما يستخدم الجراح التفكير الأخلاقي يستطيع أن يتخذ القرار السليم والسلوك السليم، وهذا يُعطي قراره الجراحي سلطة أخلاقية أعل، يفتقر إليها عندما ينبع هذا القرار الجراحي من مجرد شعور داخلي ، كما ترتبط أخلاقيات الجراحة " بأخلاقيات العمل" "The Ethics of Business"، لأنها توضح السلوك غير المهني للجراح، لذلك فهي ترتبط بأخلاقيات السلوك غير المهني"The Ethics of un professional behavior، ولذا فإن تلك الأخلاق المهنية للجراح تؤكد على ضرورة الاستجابة الأخلاقية لسوء الممارسة الجراحية بالامتثال لمبادئ أخلاقية يجب تطبيقها في غرفة العمليات الجراحية، وأهمها التأكيد على مبدأ "الموافقة الواعية والإفصاح" "Informed consent and disclosure" (١٠٦)

ومن جهة أخرى، يشير **لورانس بي ماكولو** على أن هدف أخلاقيات الجراحة هو حماية حقوق المريض من الجراح غير الكفء ومن الجراحة غير المجدية، والتأكيد على أن هناك حقوق وواجبات على كل من الجراح والمريض، فيقول: " تؤكد أخلاقيات الجراحة

على حقوق المريض في معرفة مخاطر وفوائد تلك الجراحة، وكذلك حق المريض في تقديم موافقة مستنيرة، وألا يتنازل عن هذا الحق في معرفة تفاصيل عمليته الجراحية، ومن جهة أخرى، تؤكد أخلاقيات الجراحة على واجبات الجراح في الامتثال لرغبات مريضة إذا ما كانت هناك بدائل متاحة، وكيف أنه يجب على الجراح البحث والابتكار والابداع وأن يبتعد عن الجراحة التقليدية، وذلك لأن عليه مسئوليات أخلاقية، كما تهدف أخلاقيات الجراحة إلى الدفاع عن حقوق الجراح مثل حقه في التدريب الجراحي والحصول على الخبرة والكفاءة الجراحية"(١٠٧).

ومن أهم الموضوعات التي تركز عليها أخلاقيات الجراحة هي قضية " **عدم الجدوى الجراحية**" وهي تعني أن العملية الجراحية غير مُجدية مع المريض، وليس لها أية فائدة بل أضرار فقط جسدية، ولذلك يقول **لورانس بي ماكولو:** " تسمى قضية عدم الجدوى الجراحي، **بجراحة الأشباح** Ghost surgery" وهي لا تقدم سوى عبء مالي على المريض دون أية فائدة له، والمزيد من الفواتير الأخلاقية على الجراح"(١٠٨). لذلك فإن مشكلة عدم الجدوى تتعارض مع النزاهة المهنية للجراح.

ويبرهن أخصائي الجراحة **جونثان ميكان** على أن هدف أخلاقيات الجراحة هو: " تطوير الممارسة الجراحية الجيدة وتوسيع حدودها بالتأكيد على الفضائل الأخلاقية مثل الاستقلالية والموافقة المستنيرة والسرية، وتركز تلك الأخلاقيات على طبيعة الواجبات والالتزامات التي يدين بها الجراح للمريض وتنفيذ قسم ابقراط،" لا تؤذي أحدًا أبدًا" ، كما تؤكد على أن الأخلاقيات هي الأساس في الممارسة الجراحة، كما تؤكد على دور الجراح باعتباره مسئولًا أخلاقيًا عن مرضاه، لذلك تؤكد أخلاقيات الجراحة على أن هناك واجبات أخلاقية على الجراح تجاه مرضاه مثل احترام استقلاليتهم وموافقتهم المستنيرة"(١٠٩). يشير هذا النص عند ميكان إلى ضرورة وضع مصلحة المريض فوق مصلحة الجراح، لذلك فإن أخلاقيات الجراحة تعبر عن دراسة أخلاقية تبحث فيما يجب أن يكون عليه سلوك الجراح الأخلاقي مع مرضاه. وتهدف أخلاقيات الجراحة وفقًا للجراحة الفرنسية **أنا لا بوش** laure Boch Anne إلى تحسين عمل الجراح بتحسين علاقة الجراح مع مرضاه"(١١٠).

وعلى هذا، تقصد أخلاقيات الجراحة إلى تقديم التميز في تقديم الرعاية الجراحية، وتقديم عملية جراحية لا يشوبها شائبة من الناحية الفنية، ويأتي هذا الشعور بعد التدريب الجراحي ومعرفة المبادئ الجراحية التوجيهية الأخلاقية للجراح، وإدماج هذه المبادئ الأخلاقية في الممارسة الجراحية اليومية"(١١١).

وصفوة القول، يقر **لورانس بي ماكولو** على أن هدف أخلاقيات الجراحة هو استخدام أدوات التحليل والحجج الأخلاقية لتقديم إرشادات عملية للجراحين في ممارستهم الجراحية لكي تصبح أخلاقية ".(١١٢) وإذا ما كانت أخلاقيات الجراحة تطبق الأخلاق على مواقف خاصة بالجراحة من أجل جودة الممارسة الجراحية، لذلك فإن السؤال الذي يطرح نفسه بطبيعة الحال هو، ما هي أخلاقيات الممارسة الجراحية؟

المطلب الثالث: أخلاقيات الممارسة الجراحية (١١٣*)

تمهيد: أركز في هذا المطلب على تعريف أخلاقيات الممارسة الجراحية عند **ماكولو**، و شروط الممارسة الجراحية الأخلاقية، وكيف أن هدفها هو تدعيم السلوك الأخلاقي للجراح والوصول إلى الاحترافية بالوصول إلى القرار الجراحي الصائب القائم على القيم الأخلاقية والأدلة السريرية معًا، والبعيد عن مصلحة الجراح الشخصية وذلك من أجل الوصول إلى أفضل ممارسة جراحية، وذلك على النحو التالي : يوضح لور**انس بي ماكولو** طبيعة أخلاقيات الممارسة الجراحية، فيقول: " أنها تطبيق لتلك الأخلاق والقيم التي يجب أن يمتلكها الجراح على حالات محددة في الممارسة الجراحية، فيصبح سلوك الجراح أخلاقيًا، وتصبح الممارسة الجراحية أخلاقية، وذلك حينما تتضمن المبادئ والقيم الأخلاقية مُطبقة في سلوك الجراح أثناء الممارسة الجراحية، لذلك تصبح الممارسة الجراحية أخلاقية" (١١٤) يمكننا أن نستنتج من هذا النص أنه يجب أن تستند الجراحة إلى الأدلة،(العلم والتكنولوجيا والكفاءة الجراحية) جنبًا إلى جنب مع الأخلاق التي تستند إلى القيم الأخلاقية، وذلك من أجل رفع كفاءة الممارسة الجراحية.

ومن جهة أخرى، يؤكد **لورانس بي ماكولو** على نقطة بالغة الأهمية، وهي أن هدف أخلاقيات الممارسة الجراحية هو **الاحترافية*** (*) وأن يصبح الجراح أكثر كفاءة ومهارة جراحية، فيقول: " تؤكد أخلاقيات الممارسة الجراحية على ضرورة أن يتعلم الجراح من المشكلات الجراحية المتكررة التي تصاحب التعلم بالخطأ والتجربة، فلا ينبغي أن نسمح

بارتكاب نفس الأخطاء الجراحية لمدة ثلاثين عامًا، لذلك يجب على الجراح أن يحافظ على مستوى عالي من الاحتراف وأن يقدم الأفضل للمرضى، ومن ثم فإن محور أخلاقيات الممارسة الجراحية هي أن يكتسب الجراح الاحترافية"(١١٥).

ويشير **لورانس بي ماكولو** إلى الفرق بين الأخلاقيات الجراحية وأخلاقيات الممارسة الجراحية، بأن الأولى تختص بمبادئ أخلاقية يجب أن تتوافر في سلوك الجراح المهني، أما الثانية فتهتم بتطبيق تلك المبادئ الجراحية في الممارسة الجراحية، أي في سلوك الجراح نفسه، فيقول:" يمكن اعتبار أخلاقيات الجراحة بأنها فلسفة أخلاقية تدرس المبادئ الأخلاقية التي يجب أن يتمسك بها الجراح لكي يصبح سلوكه الجراحي مثاليًا، أما أخلاق الممارسة الجراحية فهي تهتم بسلوك الجراح الواقعي، وتعمل على تعزيز القيم الأخلاقية داخل سلوكه الجراحي لكي تصير الممارسة الجراحية أخلاقية"(١١٦).

ويبرهن **لورانس بي ماكولو** على أنه تكمن أخلاقيات الممارسة الجراحية في عمليات اتخاذ القرار الجراحي الحاسم ، لذلك يقول :" تنصب أخلاقيات الممارسة الجراحية على عملية اتخاذ القرار الجراحي والتي نسميها المسارات السريرية وهي في الواقع خوارزميات ثنائية ، بمعنى أنه إما أن تكون العملية الجراحية مكتملة وجيدة أو غير جيدة ، وهناك حالات جراحية كثيرة تتطلب حكمًا جراحيًا ، وفي نفس الوقت يجب أن يكون حكمًا أخلاقيًا، لأن هناك أكثر من طرف له حق شرعي في الحصول على مصالح "(١١٧).

ويوضح **لورانس بي ماكولو** الغرض النهائي من أخلاقيات الممارسة الجراحية بأنه الوصول إلى القرار الجراحي الصائب والأخلاقي القائم على إحساس الجراح بمسئوليته الأخلاقية حيال المريض، فيقول : " ينظر إلي الجراح علي أنه شخصية ذات سلطة، ويعتبر في النهاية مسئول عما تؤول إليه الأمور، وهذا هو الحال عندما لا يتحكم في **عملية اتخاذ القرار الجراحي**(*) لذلك تتطلب أخلاق الممارسة الجراحية أن يصبح الجراح قادرًا علي اتخاذ القرار الجراحي ، وأن يدرك أن اختياره الجراحي هو اختيار ضروري وأخلاقي، لأن قرارة الجراحي قد يعني أمرين، إما أنه يفهم ويقدر مسئوليته الأخلاقية تقديرًا أمثل أو قد يعني أنه متورط أخلاقيًا "(١١٨). كذلك يبرهن **لورانس بي ماكولو** علي أن هدف أخلاقيات الممارسة الجراحية هو عملية صنع القرار الجراحي الصائب أخلاقيًا،

فيقول :" تهدف أخلاقيات الممارسة الجراحية إلى تشكيل عملية صنع القرار القائم على الاستقلالية أو الحكم الذاتي الذي أصبح أساس عملية اتخاذ القرار ، ويسمح احترام الاستقلالية للمرضى باتخاذ قرارات تخدم مصلحتهم الفضلى، كما تؤكد أخلاقيات الممارسة الجراحية علي رفض الأبوة وتأكيد استقلالية المريض، وهناك انتقال من الأبوة إلى الاعتراف باستقلالية المريض أو حق المريض في اتخاذ القرار" .(١١٩)

ويعبر **لورانس بي ماكولو** عن خطورة عملية اتخاذ القرار الجراحي من قبل الجراح لأنه إما أن يعيش المريض أو يموت، لذلك فإن هذا القرار الجراحي يجب أن يصدر بعيدًا عن أي مصالح للجراح ، ويجب أن نري فيه نزاهة الجراح الشخصية لذلك يقول:" يجب أن يأتي اتخاذ القرار الجراحي من قبل الجراح بعد عمليات تفكير أخلاقي بعيد عن مصلحة الجراح الشخصية؛ لأن اتخاذ القرار الجراحي يعبر عن شكل المنطق الثنائي المعقد، إما أن تنجح العملية الجراحية، فيعيش المريض أو تفشل تلك العملية الجراحية، فيموت المريض، أو بصورة أخرى، إما أن تصبح العملية الجراحية جيدة أو غير جيدة"(١٢٠).وأعتقد أن الأمور أعقد بكثير من ذلك ، فهي ليست إما /أو ، وذلك لأنه يجب أن نضع في الاعتبار الظروف الخارجة عن إرادة الجراح ، فقد تنجح العملية الجراحية ويموت المريض أيضًا، بسبب إهمال المريض وعدم تنفيذه أوامر الجراح، وحينئذ لماذا نلقي باللوم الأخلاقي كله علي الجراح؟ .

كما يقرر **لورانس بي ماكولو، أن** هدف أخلاقيات الممارسة الجراحية يتمثل في أفضل ممارسة جراحية، كما تهدف أخلاقيات الممارسة الجراحية إلي تطبيق الالتزامات الأخلاقية للجراح تجاه المرضي، وفضح التدخلات الجراحية الإكراهية غير المبررة أخلاقيًا، ورفض أي تبريرات من قبل الجراح لتلك الجراحة غير الضرورية" (١٢١). ومن ثم، يمكنا تلخيص الفرق بين أخلاقيات الجراحة وأخلاقيات الممارسة الجراحية ، بأن أخلاقيات الجراحة تقدم المبادئ الأخلاقية للجراح، أما أخلاقيات الممارسة الجراحية فهي تؤكد علي الممارسة الأخلاقية لمهنة الجراحة، وعلي إدماج هذه المبادئ الأخلاقية في الممارسة الجراحية. لذلك، تري **ديانا كارديناس** أن " جوهر أخلاقيات الجراحة العملية هو العلاقة بين الجراح والمريض ومسئولية الجراح في النهوض برفاهية المريض وحمايته، وترتبط هذه المشاكل بتطور التكنولوجيا والعلوم، لذلك يحتاج الجراح إلي أخلاقيات العمل لكي

يقدم عملاً أخلاقيًا جيدًا[١٢٢]. وكذلك تعتبر أخلاقيات الجراحة مكونًا أساسيًا في الممارسة الجراحية المعاصرة، حيث يتطلب نجاح حتى أكثر العمليات الجراحية مهارة من الناحية الفنية اتباع نهج أخلاقي، وتؤكد أخلاقيات الممارسة الجراحية أن ما يجعل **الجراح جيدًا** هو التوازن بين الأسئلة الفنية والتفكير الأخلاقي للجراح ، لذلك تؤكد أخلاقيات الممارسة الجراحية على أنه يجب استخدام المنهج الأخلاقي لفهم المشكلات الأخلاقية للمرضى[١٢٣].

وترى الجراحة وفيلسوفة الأخلاق **أنجي وول** An Ji Wall أنه :" يتم الوصول إلي أخلاقيات الممارسة الجراحية العملية بعد التأكيد علي الفضائل النظرية التي يجب أن يمتلكها الجراح مثل (المثابرة/ الالتزام بالمواعيد/ النزاهة/ الصدق / العمل الجماعي/ الانضباط)، ويتم اكتساب هذه الفضائل الأخلاقية للجراح بالتمرين الأخلاقي المتكرر والخبرة المهنية " [١٢٤]. يوضح هذا النص أن كثرة مزاولة الجراح هذه الفضائل والتعود عليها يجعلها تصبح عادة وتصدر عنه في سهولة ويسر، وهذا يتفق مع أخلاقيات الفضيلة عند أرسطو، يجب أن تصبح الفضيلة عادة بالمران والممارسة.

وعلى هذا، فإن جوهر أخلاقيات الممارسة الجراحية هو العلاقة المتميزة بين الجراح والمريض، ومسئولية الجراح في النهوض برفاهية المريض، ولذلك يكمن أخلاقيات الممارسة الجراحية في صميم احتراف الجراح لممارسته الجراحية [١٢٥]

ومن ثم، تركز أخلاقيات الممارسة الجراحية على الثقة التي يجب أن يكتسبها الجراح حين يقوم بواجبه الأخلاقي ويجعل المريض يتماثل للشفاء، ومن ثم فإن تلك الأخلاقيات تركز علي أهمية المريض وواجب الجراح الأخلاقي"[١٢٦]. وصفوة القول : تركز أخلاقيات الممارسة الجراحية على حماية حقوق المريض مثل الحق في عدم القتل والإهمال الجراحي، الحق في عدم التعرض للأذى عن قصد أو إهمال ، الحق في عدم الخداع.

كما تؤكد أخلاقيات الممارسة الجراحية علي أن الجراح الماهر ليس هو المؤهل فقط لأداء فن وعلم الجراحة كما هو مفهوم تقليديًا، ولكن أيضًا يمكن الاعتماد عليه أخلاقيًا، لأنه يواجه الجراحون مواقف تستدعي التشكيك في الخيارات الأخلاقية ويواجهون صعوبات أخلاقية في ممارستهم اليومية، لذلك فعليهم أن يستخدموا التفكير الأخلاقي في تقديم إجابات للأسئلة الطبيعية التي تواجههم وذلك حينما يتساءل الجراح: ما الذي يجب

عليَّ فعله ؟ وهل تم اتخاذ القرار السليم في هذه الحالة " ؟ (١٢٧). يوضح هذا النص أن الجراح المثالى هو الذي يعتمد على الأدلة السريرية والقيم الأخلاقية معًا فى ممارسته الجراحية اليومية .

ويشير **مايلز ليتل** إلي أنه ينصب اهتمام أخلاقيات الممارسة الجراحية على الاعتراف بأهمية صحة كل مريض جراحى بعد العملية الجراحية، كما يؤكد علي ضرورة أن يمتلك الجراح بعض الفضائل مثل زيادة قدرة الحساسية والتعاطف" (١٢٨). يوضح هذا النص أن تركيز أخلاقيات الممارسة الجراحية ينصب بشكل أساسي على أخلاقيات الجراح والسلوك الأخلاقي للجراح، وهذا يدفعنا إلي التساؤل عن أهمية القيم والأخلاق في الممارسة الجراحية، وهذا هو ما سنناقشه في المبحث الثالث.

المبحث الثالث:أسس ومبادئ أخلاقيات الممارسة الجراحية الإكلينيكية

المطلب الأول: أهمية الأخلاق في الممارسة الجراحية الإكلينيكية

تمهيد: في هذا المطلب سوف أركز بشكل أساسي علي أهمية الأخلاق والقيم في الممارسة الجراحية عند **لورانس بي ماكولو** ، وليس في علم الجراحة فقط، فالأخلاق تجعل الجراحة مهنة إنسانية وعالمية ، وتجعل الجراح فاعلاً أخلاقيًا وموثوقًا به من الناحية الأخلاقية، وتجعله يصل إلي الاحتراف الجراحي، لذلك يجب تدريس الأخلاق في المناهج الرسمية للجراحة، كما أن هناك حاجة ماسة إلي ضرورة أن يتمسك الجراح بالقيم الأخلاقية لكي يصبح قراره الجراحي أخلاقيًا، ولا تكفي قيمه الشخصية أو تنظيمه الذاتي فقط ، ولكن من دواعي الأسف الأخلاقي أن هذه الحقيقة قد غابت عن المجتمع الجراحي فترة من الزمن، ومن ثم أقوم بتعريف الأخلاق عند الجراحين، وأهميتها في حل المعضلات الأخلاقية ، فالقرار الجراحي يجب أن يستند إلى أساس أخلاقي ، وذلك علي النحو الآتي:

يكشف الجراح وخبير الأخلاقيات **لورانس بي ماكولو** حقيقة مؤكدة وهي التجني علي الفلسفة الأخلاقية بأنها عديمة الجدوى في مجال الجراحة، فيقول: " لقد أعاق دخول الأخلاق إلي الساحة العملية الصارمة للجراحة، الاعتقاد المُزيف بأن الأخلاق والفلسفة الأخلاقية تفتَقِر إلي الانضباط الفكري والدقة التي يَطلبها الأطباء والجراحين، وهذه النقطة قابلة للجدل الأخلاقي، لأن الأخلاقيات توفر الهيكل الذي يُعمم عليه عملية اتخاذ القرارات

الأخلاقية الصعبة في الممارسة الجراحية، وهي مُعترف بها الآن باعتبارها الانضباط الداعم الأساسي في ممارسة الجراحة"(*)

ويعرض **ماكولو** أهمية الأخلاق في مجال الممارسة الجراحية ، فيقول : " تشكل الأخلاقيات عنصرًا أساسيًا حيويًا بكل معنى الكلمة في عناصر الممارسة الجراحية ، كما أن المنطق العلمي في الجراحة يتطلب الالتزام بنظم إعادة التقييم القائمة على الأدلة ، ويجب خلق أدلة جراحية وأخلاقية موثوقة إلى الحكم السريري والتفكير العلمي واتخاذ القرار وسلوك الجراحين ".(١٢٩)

ويوضح **لورانس بي ماكولو** في موضع آخر أهمية الأخلاق في الممارسة الجراحية ، وأهمية التحليل الأخلاقي والتفكير الأخلاقي والانضباط الأخلاقي لدى الجراح . فنجده يقول :" يتطلب التحليل الأخلاقي من الجراح أن يصبح واضحًا بشأن المفاهيم ذات الصلة والقابلة للتطبيق سريريًا ، وأن يستخدمها بمعني ثابت ، وتتطلب الحجة الأخلاقية من الجراح أن يستخدم أفكارًا مُصاغة بوضوح لصياغة الأسباب التي تدعم معًا استنتاجًا يجب أن يوجه الحكم السريري واتخاذ القرار والسلوك الجراحي المُناسب ، ويدعم التفكير الأخلاقي عند الجراح قيمة الانضباط السريري ، كما أن خضوع الجراح لنظام التفكير الأخلاقي يعطي الأحكام السريرية للجراح سلطة أخلاقية يفتقر إليها عندما تصبح قراراته الجراحية مجرد رأي أو شعور داخلي أو ممارسة تعسفية للسلطة من قبل أولئك الذين لديهم سلطة ويمارسوها بدون أي أساس أخلاقي" . (١٣٠)

وإذا ما كان قد تم تجاهل دور الأخلاق في المجتمع الجراحي والبيئة الجراحية للجراحين علي أساس أنهم تكفيهم أخلاقهم الشخصية التي تقوم علي **التنظيم الذاتي**، ويؤكد الجراح **بيتر أنجليوس** أن هذه الأخلاق الشخصية لا تكفي، ومن ثم يقول: " هل من الممكن للجراحين التصرف واتخاذ القرار الجراحي السليم وفقًا لقناعتهم الأخلاقية وتفهمهم للأخلاق وتنظيمهم الذاتي، ولكن أفضل الجراحين ليس معصومًا من الخطأ، فما الحل؟ " (١٣١). يوضح هذا النص أن الأخلاق الذاتية للجراحين أو قناعاتهم الأخلاقية الذاتية ليست كافية من أجل إصدار قرار جراحي سليم، وأنه يجب أن يكون هناك أخلاق ثابتة تشكل أرضية أخلاقية مشتركة أو إطارًا مشتركًا من القيم المتفق عليها، والتي يجب أن يحتكم إليها الجراح عندما يواجه معضلة جراحية، أو أي تحدي جراحي، وعلي ذلك

أجدني أوافق بشده ما قالته **ديانا كارديناس** حين قالت : " هناك حاجة ماسة إلي مبادئ أخلاقية ثابتة لتوجيه الجراحين في مجالاتهم الفريدة في الجراحة وغرفة العمليات الجراحية" (١٣٢). وكذلك تشير مدونة أخلاقيات الجمعية الأمريكية للجراحة، إلي أن الأخلاق تهدف إلي حماية سرية المريض وزيادة رفاهيته وتقليل الأضرار المحتملة له، وتعني الأخلاق ممارسة الجراح للفضائل، فمثلاً الميل إلي فضيلة الصدق، يساعد الجراح في قول الحقيقة للمرضي والتي يصعب قولها أو سماعها ". (١٣٣) وهذا يدفعنا إلي التساؤل الأخلاقي الآتي، ما **تعريف الأخلاق** من وجهة نظر لورانس بي ماكولو؟.

تعريف الأخلاق: يُعرف **لورانس بي ماكولو** الأخلاق بأنها أخلاق نسبية ومتغيرة واجتماعية، لذلك يقول:" لقد تم فهم الأخلاق لقرون في التقاليد الفكرية العالمية على أنها الدراسة المنضبطة للأخلاق ، ويتم تعريف الأخلاق بأنها مجموعة من السلوكيات العُرفية التي تحكم كيفية تصرفاتنا وسلوك الجراح المناسب حسب ثقافة معينة لكي يصبح أخلاقيًا، وكذلك توقعاتنا الشخصية التي تُعتبر مناسبة لوقت معين" (١٣٤). لذلك أعتقد أن الأخلاق التي يدعو إليها **لورانس بي ماكولو** هي حصيلة لقيمة الشخصية ومعتقداته والتقاليد المتغيرة، وبالرغم من ذلك أعتقد أن المعيار الصحيح لديه في الأخلاق هو معيار المنفعة والتطور، وما يؤكد اعتقادي ذلك هو قول **ماكولو** بعد ذلك في توضيحه أصل الأخلاق والمعيار الذي تصبح به أفعالنا أخلاقية، حيث يقول: " إن الجذر الاشتقاقي لكلمة أخلاقي يعني عُرفي، ومن ثم تصبح أفعالنا أخلاقية وسليمة حينما نتبع فضائلنا وقيمنا الشخصية التي تجلب لنا المنفعة، وتعتمد الأخلاق بشدة علي التقاليد والقبول النقدي وتختلف من مجتمع لآخر، لذلك تحتاج الأخلاق دائمًا إلي إعادة النظر وتحسينها ولو بشكل تدريجي (١٣٥). وكذلك يقول **لورانس بي ماكولو** في موضع آخر :" تعتمد الأخلاق بشكل عميق على التقاليد، ولكن القبول غير النقدي للأفكار التقليدية من الممكن أن يشكل مرشدًا رديئًا إلى السلوك المبرر أخلاقيًا، ولو ظلت التقاليد معيارًا أخلاقيًا مَعفى من التحسين والتطور لظللنا نرجم ونحرق كل من يتحدانا إلى الآن، في الماضي، العديد من الناس الذين انخرطوا بشكل مباشر في أشكال مُتطرفة من القمع العرقي والديني اعتبروا أنفسهم أبطالًا أخلاقيين ، ويجب أن يكون النظر في الثقافة عمومًا وفي الأخلاقيات بصفة خاصة مستمرًا لأن أفكارنا عن العدالة تحتاج إلى تقديم نقدي وتحسين

".[١٣٦]، تكشف هذه النصوص موقف **ماكولو** من الأخلاق، وكيف أنه لا توجد سوى أخلاق نسبية تحتاج دائمًا إلى إعادة النظر فيها وقبولها بشكل نقدي ، وكيف رفض الأخلاق المطلقة القائمة علي الحقائق المطلقة ، فمثلاً يقول :" يقوم التحليل الأخلاقي على أن الأفكار الحالية للأخلاق تخضع دائمًا لإعادة النظر والتحسين ولو بشكل تدريجي، ولا يجب قبولها بشكل غير نقدي، لأنه لا توجد حقيقة مطلقة ، وكل من العلوم والفلسفة والمنطق تتكر الحقيقة المطلقة، معظم الحقائق تفسيرية ، حتى الحقائق المتصورة عن الأديان تتغير مع مرور الوقت".[١٣٧]

أعتقد أننا نحتاج أن نقف هنا قليلاً، لنستوضح الأمر، لأنى أعتقد أن هناك مفارقة كبيرة وتناقضًا كبيرًا في وجهة نظر لورانس بي ماكولو، فكيف يقول (أنه يجب تطبيق معايير أخلاقية صارمة على الممارسة الجراحية ، ويقول في موضعٍ ثانٍ ، يجب أن يكون هناك أخلاق ثابتة تشكل أرضية أخلاقية مشتركة أو إطارًا من القيم المتفق عليها ، ويقول في موضع ثالث ، يجب أن تعتبر أخلاقيات الجراحة دراسة أخلاقية تبحث فيما يجب أن يكون عليه سلوك الجراح ، ويقول في موضع رابع ، ما جدوى مدونة أخلاقيات الجراحة ؟ ألا تحتكم إلى مبادئ أخلاقية ثابتة؟! ويقول في موضع خامس ، نحتاج إلى أخلاقيات جراحة صارمة بعد التقدم التكنولوجي للوصول إلى ممارسة جراحية أخلاقية ، ويقول أيضًا، تعتبر أخلاقيات الطب صالحة لكل زمان ومكان وهى عابرة للثقافات والحدود والأديان) ، ألا توضح هذه النصوص عند ماكولو أنه يطالب بأخلاق مطلقة تتجاوز الزمان والمكان، ولكنه يرجع مرة أخرى فيؤكد على رفض الأخلاق المطلقة القائمة علي الحقائق المطلقة؟!

ومع ذلك يرفض **ماكولو** مقولة "صعوبة التحقق من الأسئلة الأخلاقية وتحسينها ومناقشتها في سياق الممارسة الجراحية اليومية" بالرغم من أن الأخلاق لديه نسبية، لأنه يضع المعيار متمثلاً في العقلانية، فيقول :" أحيانًا يقال أنه لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة في الأخلاق أو في الممارسة الجراحية، ولكن هذا خطأ، لأن هناك آراء عقلانية جيدة وسيئة وحتى غير عقلانية حول ما ينبغي أن تكون هناك علية أخلاقيات الجراح في الممارسة اليومية " .[١٣٨] ، ومن جهة أخرى ، يؤكد **لورانس بي ماكولو** على أن السلطة الأخلاقية للجراح أو الفيلسوف لا تعتمد على تفوق الفيلسوف أو الجراح في حجته

الراسخة، بل على قدرة هذه الحجة في الصمود في وجه هجوم الأفكار المتنافسة والوصول إلى مكانة أخلاقية عالية " . (١٣٩)

وعلاوة على ذلك يفرق **ماكولو** بين الفضيلة والقيمة فيقول : " تعد الفضيلة سمة أو عادة شخصية تساعدنا علي تمييز التزاماتنا بشكل روتيني وتوجهنا نحو الوفاء بها، أما القيم هي المعايير التي يعتنقها الناس منذ فترة طويلة، وتعكس ما يشعرون بأهميته وأنه ضروري، وهذه المعايير تمسكت بها الشعوب منذ زمن بعيد، وهذه القيم هي التي تحرك سلوكنا ، والعديد من القيم يتم تلقينها في مرحلة الطفولة ويتم صقلها في مرحلة البلوغ المبكر"(*) أي أن الفضيلة شخصية ونسبية، أما القيم فهي اجتماعية وموضوعية وثابتة ثباتًا نسبيًا.

وتكمن **أهمية الأخلاق عند ماكولو** حين أكد مؤسسو الكلية الأمريكية للجراحين في شيكاغو، إلينوي، علي أن شرط حصول الجراح على الزمالة، أن يكون الجراح أخلاقيًا لكي يحصل على الزمالة ، وأن يحافظ على المعايير الأخلاقية فى الممارسة الجراحية، وينص معهد الزمالة عن الكلية الأمريكية للجراحين علي : "أن أتعهد بمتابعة ممارسة الجراحة بأمانة ، وأن أتعهد بوضع رفاهية المريض وحقوقه فوق كل شيء آخر من أجل الحفاظ علي سمعة مهنتنا"(١٤٠).

ننتقل الآن إلى نقطة بالغة الأهمية، وهي **أسباب الاهتمام بالأخلاق في الممارسة الجراحية** الآن، أهمها صعوبة أخذ القرار الجراحي السليم والمشاكل الأخلاقية في الممارسة الجراحية والتقدم التكنولوجى الذي زاد الوضع صعوبة على صعوبته ، وهنا تبرز الحاجة إلي أهمية الأخلاق في الممارسة الجراحية.

يوضح **لورانس بي ماكولو** أهمية الأخلاق في الممارسة الجراحية، فيقول :" تهدف الدراسة الأخلاقية إلي تحسين الأخلاق ، وتهدف الأخلاق إلي ماذا يجب أن تكون عليه شخصيتنا وماذا يجب أن يكون عليه سلوكنا ، والهدف من دراسة الأخلاق هو الإجابة على هذه الأسئلة في ثلاث خطوات ، الخطوة الأولى : هدف التقييم الأخلاقي التحقق من الحقائق، الخطوة الثانية، إظهار أن المفاهيم غير الواضحة تعمل على إضعاف الانضباط الفكري للأخلاقيات وتكون استنتاجات غير دقيقة ، الخطوة الثالثة ، اختيار المفاهيم الأخلاقية للكشف عن نقاط قوتها وعيوبها واستدامتها في العالم الحقيقي " .(١٤١)

ويري جراح العظام **Menderes** أنه : " تحدد الأخلاق ما يجب على الجراح فعله وكيف يجب أن يتصرف، لأنه غالبًا ما يواجه الجراحون مشاكل أخلاقية بشكل مُتزايد بسبب نمو المعرفة العملية والتكنولوجيا وتوافر معدات التشخيص الجديدة وفُرص العلاج ، وهذا يجعل الوضع أكثر صعوبة والقرارات الجراحية أكثر تعقيدًا، وغالبا ما يكون الجراحين في شك حول أفضل الممارسات الجراحية الصحيحة التي يجب اتخاذها في مواقف محددة ، وبالرغم من ذلك قد يعتقد البعض أن الأخلاق غير مهمة في مهنة الجراحة؟ " (١٤٢).

يوضح هذا النص أنه تبرز أهمية الأخلاق في الممارسة الجراحية حين يواجه الجراحون صعوبات أخلاقية، ولقد أكد علي نفس المعني كل من **انجي وول وبيتر انجيلوس** حين أشاروا إلي أهمية الأخلاق في الممارسة الجراحية ، علي هذا النحو: " يحتاج الجراح إلي الأخلاق حينما يتعرض لمشكلات معقدة كل يوم والتي يجب أن يكون كل جراح علي دراية بها ، لذلك فإنه عند مواجهة التحديات الأخلاقية لا يمكن للجراحين الاعتماد علي الحدس أو القيم الشخصية فقط" ، بل يجب أن يحتكموا إلي مبادئ أخلاقية ثابتة (١٤٣).

ويري أستاذ الجراحة **البرتو آر فيريريس** ومدير برامج أخلاقيات الجراحة في جامعة واشنطن أنه "يحتاج جراحي القرن الواحد والعشرين إلى مهارات سريرية رائعة ومهارات فنية واتخاذ قرارات جراحية بالإضافة إلى قيم أخلاقية راسخة، حينما يستند قراره الجراحي على مبادئ أخلاقية، وينبغي أن يكون لدي كل جراح بوصلة أخلاقية لتوجيه أفعاله مع وضع رفاهية المرضى ومصالحهم وحقوقهم فوق مصلحته الشخصية ، لذلك لا يجب أن يكون الجراحين بارعين وخبيرين فقط بل موثوقًا بهم أخلاقيًا أيضًا " (١٤٤). يوضح هذا النص أن الأخلاق هي التي تجعل الجراح يفضل مصالح المريض علي مصالحه الشخصية، وهي التي يسترشد بها الجراح في قراره الجراحي لكي يصبح قرارًا أخلاقيًا وسليمًا.

وعلي هذا، تجادل **دينا كرديناس** أن الأخلاق تكمن في صميم الاحتراف الجراحي فتقول: " يساعد التفكير الأخلاقي الجراحين علي تقديم إجابات علي الاسئلة مثل ما الذي ينبغي علي الجراح القيام به ، وذلك عند التعامل مع حالة أخلاقية صعبة" (١٤٥). يوضح

هذا النص أن الجراح يصل إلي الاحتراف الجراحي حينما تكون ممارسته أخلاقية وقائمة على الأدلة معًا.

علي هذا، فإنه تؤكد أهمية الأخلاق علي أنه يجب أن يمتلك الجراح سمات أخلاقية فريدة مُلازمة له، ويجب أن يسترشد بمبادئ أخلاقية صارمة، ومن ثم تعد الجراحة مُمارسة أخلاقية في المقام الأول، ويجب اعتبار كل جراح فاعل أخلاقي"(١٤٦). ومن ثم، يؤكد الخبير الأخلاقي والجراح **Konder** علي أنه يجب وضع مناهج أخلاقية رسمية في الجراحة من أجل تطوير التعليم الجراحي وتطوير تعليم أخلاقيات الجراحة للجراحين من خلال مراحل حياتهم المهنية، وتوفر الكلية الملكية للجراحين تلك المناهج الأخلاقية وهي مناهج عملية للتعامل مع القضايا الأخلاقية التي تواجه الممارسة الجراحية كل يوم"(١٤٧).

والسؤال الأخلاقي الذي يتبادر إلى ذهننا الآن هو، كيف تؤثر الأخلاق علي سلوك الجراح؟، أكد **لورانس بي ماكولو** على أن **الأخلاق تجعل مهنة الجراحة مهنة عالمية، أو أخلاقيات جراحة عالمية**(١٤٨*) ويصبح الجراح فاعلاً أخلاقيًا، وإيثاري ويهتم بالأخلاق وبمتطلباتها، وتجعله يتأثر بقضية أزمة الجراحة في البلدان النامية". (١٤٩)

أعتقد أنه تكمن أهمية الأخلاق في الممارسة الجراحية في جعل الجراحة عالمية، كما أنه يجب أن يستجيب المجتمع الدولي لأزمة الرعاية الجراحية من خلال زيادة المبادرات الجراحية العالمية، والتعاون بين الدول الغنية والدول الفقيرة، لذلك يجب تعزيز أخلاقيات الممارسة الجراحية العالمية بتعزيز تلك الموارد المحدودة وتعزيز التدريب الجراحي المشترك وتعزيز الوصول إلى رعاية جراحية شاملة، وبأسعار معقولة مُمَولة من الحكومة والتأمين الصحي، ويمكننا أن ندرك أنه إذا ما طبقنا الأخلاق علي الجراحة، فستصبح الجراحة عالمية، فما هي الجراحة العالمية؟ ولكن هناك العديد من العوائق التي تحول دون توفير التدخلات الجراحية، مثل: الفقر ونقص الموارد، والحواجز الثقافية، وعدم الاستقرار، والحروب؛ لذلك أعتقد أنه لا وجود لمثل تلك الأخلاق إلا في مجتمع مثالي، أو في المدينة الفاضلة، فلا وجود على أرض الواقع سوى لقيم النفعية والمصلحة في كل مكان، فالمجتمع الجراحي العالمي لا يهتم حقًا بمشكلات الجراحة في العالم الثالث التي تعوق الإنتاجية، ولكن يهتم بمصالحه الشخصية، فالعالم الثالث بالنسبة لهم يُمثل بيئة حقيقية للتدريب الجراحي لكي يتعلم الجراحين المبتدئين عديمي الخبرة المهارات الجراحية

على الفقراء اليوم، ألم تكفِهم عصور الاستعمار ونهب ثرواتهم قديمًا، لذلك أعتقد أنه استعمار من نوع جديد، بمعنى أنه ليس هو الطمع فى خيرات وثروات هذه الشعوب بل هو الطمع واستغلال الشعوب الفقيرة نفسها مثل تشجعيهم على هجرة العقول، أين مبدأ الضرر الذي يدافعون عنه؟! أين حقوق الإنسان وهم يتعلمون الجراحة في العالم الثالث والبلدان النامية؟!

ولقد فضح تلك المخاوف الأخلاقية، مثلًا **تشارلز وايجر** Charles Weijer الخبير الأخلاقي وأستاذ الجراحة حين قال: " قد أُثيرت بعض المخاوف بشأن الاستغلال المحتمل للمرضى الجراحيين في البلدان النامية من الجراحين عديمي الخبرة، والذين يتعلمون المهارات الجراحية في البلدان النامية؛ لذلك يجب المراجعة الأخلاقية لهذه الممارسة الجراحية، ويجب تَوخِّي الحذر لمنع الضرر، وهذا ينتهك المبادئ الأخلاقية الأساسية، بالرغم من أن المتدرب الجراحي يحقق المهارات والكفاءات الجراحية"(١٥٠). والسؤال هنا: هل هذه أخلاقيات العمل التطوعي العالمي؟ أو أخلاقيات الجراحة العالمية؟ الواقع، أنها أخلاق المنفعة والمصلحة والاستغلال، التي تضع مخاطر غير مقبولة أخلاقية علي صحة المرضي الفقراء، والتي لا يمكن تبريرها أخلاقيًا، وهنا تظهر الحاجة إلي أهمية القيم الأخلاقية لكي تضبط الممارسة الجراحية.

المطلب الثاني: أهمية القيم الأخلاقية في الممارسة الجراحية الإكلينيكية

تمهيد: أركز في هذا المطلب علي نهج المبادئ الأربعة عند توم بيوشامب وتشايلدريس، الذي دافع عنه **لورانس بي ماكولو** بحجة أنه تُساعد تطبيقات هذه القيم الأخلاقية والمبادئ الأساسية الأربعة علي حل المشكلات الأخلاقية في الطب والجراحة والتي حدثت بسبب تطور العلوم والتقنيات في مجال الجراحة خلال القرن العشرين، لذلك يقول **ماكولو** :" توجه هذه المبادئ الأربعة (احترام استقلالية المريض، الإحسان، عدم الضرر، العدالة)، الجراح إلى التصرف بطريقة من المتوقع أن تؤدي إلى توازن أكبر من السلع السريرية على الأضرار التي تلحق بالمريض".(١٥١) وهذا أظهر الحاجة إلي مبادئ أخلاقية ثابتة لتوجيه الجراحين في الجراحة وغرفة العمليات الجراحية. وفي السبعينات، قدم الفلاسفة الأمريكيون **توم بيوشامب وجيمس تشايلدريس** نهج المبادئ الأربعة لأخلاقيات مهنة الطب، وذلك من أجل المساعدة في حل المشكلات الأخلاقية في الطب

والممارسة الطبية، ويجب علي الطبيب أن يوازن بين هذه الالتزامات الأخلاقية المتنافسة مع بعضها البعض، ومن خلال خبرته وحكمته يحدد أيهما أكثر إلحاحًا وإلزامًا من الناحية الأخلاقية(١٥٢).

ويشير **دانيال سوكول** إلى :" أنه يجب الوضع في الاعتبار، أن هذه المبادئ ليست مُرتبة بشكل هرمي وليست مُلزمة بشكل ثابت، فهي مُلزمة ما لم تتعارض مع مبدأ آخر، وعندما يحدث هذا يجب على الجراح أن يوازن بين الالتزامات الأخلاقية المتنافسة ضد بعضها البعض، وتحديد أيهما له الأولوية، ويجوز للجراح تجاوز الالتزام الأولي بالحصول على الموافقة المستنيرة، إذا ما كانت الجراحة الطارئة ضرورية لإنقاذ طفل أو حياة مريض مصاب برضوض بالكاد " .(١٥٣) ، وفيما يلي وصف موجز لهذه المبادئ :-

١-المبدأ الأول : احترام استقلالية المريض : (*) Autonomy

يوضح **لورانس بي ماكولو** ما المقصود باستقلالية المريض، فيقول :" يعني الحكم الذاتي احترام استقلالية المريض وعدم اللجوء إلى الإكراه أو الخداع، واحترام رغبات المريض فيما يتعلق برفض أو تلقي العلاج، والاختيار بين خيارات العلاج المتاحة" .(١٥٤) وعلاوة على ذلك ، يري **لورانس بي ماكولو** أن هناك إشكالية في احترام الاستقلالية، لذلك يقول :" إن احترام الجراح لاستقلالية المريض قد يتعارض بشدة مع غريزة الاستحسان، عندما يناضل الجراح من أجل مصلحة المريض ثم يجده يتخذ خيارًا علاجيًا خاطئًا، ويكون الجراح على يقين تام من أنه في نهاية المطاف سوف يتعارض مع مصالح المريض الصحية".(١٥٥) ومما يثير الدهشة والتساؤل الأخلاقي في موقف **لورانس بي ماكولو** مرة أخرى أنه بعد أن أعتقد وأقر أن الأخلاق نسبية وتطورية واجتماعية، قد أعتقد في نفس الوقت أيضًا أن مبادئ بيوشامب الأخلاقية هي مبادئ عالمية وثابتة، فنراه يقول متعجبًا:" يبدو أن مثل هذه المبادئ الأخلاقية الأربعة لبيوشامب يجب أن تكون مطلقة ، لكن الأمور يمكن أن تصبح أكثر تعقيدًا عندما تتقاطع" .(١٥٦)، وهذا يدفعنا إلى التساؤل الأخلاقي التالي، ما طبيعة الأخلاق التي أقرها **ماكولو** بعد أن صرح بأن الأخلاق نسبية وتحتاج إلى تحسين تدريجي، ثم يرجع ويقر بوجود قيم أخلاقية ثابتة وهي المبادئ الأخلاقية الأربعة، ولم يستطيع **ماكولو** تفسير هذا التناقض في موقفه.

وهذه المبادئ الأخلاقية غالبًا ما تكون في حالة توتر مع بعضها البعض ومع ذلك مُعترف بها دوليًا وتُعرف بنهج المبادئ الأربعة، وتُصمم لتكون جزءًا من أرضية أخلاقية مُشتركة تُمكن من اتباع نهج علمي لاتخاذ القرار الأخلاقي، وهذا يعني أن هذه المبادئ الأخلاقية الأربعة تَطمح إلي أن يتم تطبيقها عالميًا، ويتم قبول المبادئ الأربعة كأساس لاتخاذ القرارات الأخلاقية في الطب والجراحة، وهي إطار من الفضائل والقيم الأخلاقية ذات الصلة بالنقاش الأخلاقي.(١٥٧)

والجدير بالذكر أن موقف **ماكولو** يتشابه مع وجهة نظر **ديانا كارديناس**، حيث تري **ديانا كارديناس:**" أن هناك معضلة أخلاقية تواجه الجراح، لأنه يجب علي الجراح احترام **استقلالية المريض** والدفاع عن مصلحته أيضًا، ولكن قد يسعي المريض إلى اختيار العلاج البديل للجراحة وهو الأدوية والعقاقير، وقد تكون آثارها غير مؤكدة، وقد يخشي الجراح أن هذا العلاج البديل يضر بالمرضي، وفي نفس الوقت يجب علي الجراح أن يحافظ علي مبدأ عدم الضرر لمرضاه" (١٥٨). ومع ذلك، تري **دياناكارديناس** أنه إذا كان يجب معاملة المرضي كعوامل مستقلة واحترام قدرتهم علي تقرير مصيرهم بناء علي قيمهم الشخصية ومعتقداتهم الأخلاقية، إلا أن هذا لا يعني الحق في الحصول على أي علاج يرغب فيه المريض أو يطلبه، كما أنه لا يمكن ممارسة الاستقلالية إلا بعد الحصول علي معلومات كافية ومناسبة، كما يجب اتخاذ القرار دون إكراه أو ضغط لا داعي له"(١٥٩). وعلي هذا، فإن مبدأ احترام الحكم الذاتي ينطوي بشكل أساس علي الحصول على الموافقة واحترام السرية وتجنب الخداع وضرورة قول الحقيقة للمريض ومهارات الاتصال الجيد بين الجراح والمريض(١٦٠).وصفوة القول، تعترف الاستقلالية بحق المرضى وقدرتهم على اتخاذ قرارات بشأن علاجهم ورعايتهم الجراحية وحقهم فى تقرير المصير، ويعد احترام الاستقلالية هو أساس الموافقة المستنيرة(١٦١).

٢- المبدأ الثاني: الموافقة المستنيرة Informed Consent (١٦٢*)

تعريفها:- تحدث **لورانس بي ماكولو** عن الموافقة المستنيرة في كتابه" أخلاقيات الجراحة "، ١٩٩٨، في الفصل الثاني، قائلاً: " تُعبر الموافقة المستنيرة عن صنع القرار المستقل للمريض الجراحي، وهي تعبر عن احترام استقلالية المريض الجراحي" .(١٦٣)، وكذلك عرف **ماكولو** الموافقة المستنيرة الجراحية الإكلينيكية في كتابه :" أخلاقيات الممارسة

الجراحية فقال :" تُعد الموافقة المستنيرة هي البداية العملية للعلاقة السريرية للجراح مع المريض، وتحتل الموافقة المستنيرة أهمية أساسية في أية دراسة لأخلاقيات الجراحة؛ لأنها مظهر رئيس من مظاهر المبدأ الأخلاقي الأساسي لاحترام استقلالية المريض".(١٦٤) ولقد دافع **لورانس بي ماكولو** عن تحسين الموافقة المستنيرة في البحوث السريرية.(١٦٥)، كما اعتقد **لورانس بي ماكولو** في أن الموافقة المستنيرة تؤسس علاقات أكثر إنصافًا بين الجراح والمريض ، لذلك يقول :" تهدف الموافقة المستنيرة إلى حماية الاستقلال الذاتي الفردي للمريض والحرية الفردية ".(١٦٦)

شروطها :-يوضح **لورانس بي ماكولو** شروط الموافقة المستنيرة الإكلينيكية، فيقول :" يجب على الجراح ألا يشجع المرضي علي قبول مخاطر غير مرغوب فيها لتعزيز أهدافه الشخصية ، كما أن الجراح مسئول عن شرح طبيعة المرض وتقديم توصية العلاج المناسب والذي يعتبر الأكثر فاعلية وملاءمة لحالة المريض ، ويجب عليه أن يصف الفوائد والأضرار، والنتائج المتوقعة والعلاجات البديلة، والمخاطر المتوقعة وخطورة العواقب السريرية على المريض ، وبالتالي إقناع المريض بما يجب القيام به من خلال خبرة الجراح"(١٦٧).

وعلاوة على ذلك، يلخص الجراح **ريتشارد ويجنر** الشروط المسبقة للموافقة المستنيرة: فيقول: وهي تعني المبادئ الأربعة للموافقة المستنيرة وهي :

١- أن يكون لدي المريض القدرة علي اتخاذ القرار.

٢- أن يشرح الجراح فوائد ومخاطر الجراحة المتوقعة.

٣- أن يفهم المريض تلك المعلومات جيدًا.

٤- أن يقدم المريض الموافقة الطوعية دون إكراه أو قسر.(١٦٨)

وتشير أخصائي الجراحة **بانا ناتدا** إلي أن هناك شروطًا مُسبقة للموافقة المستنيرة يمكن أن تتحدد في ثلاثة مكونات رئيسية وهي الإفصاح والكفاءة والفهم والطواعية، وتتضمن الموافقة المستنيرة **قول الحقيقة والإفصاح** الكامل للمريض بالمضاعفات الجراحية للعملية والسرية. لذلك تقول: " يقصد **بالإفصاح** بأنه يجب علي الجراح أن يُخبر المريض عن التشخيص والمخاطر والفوائد المرتبطة بخيارات العلاج الممكنة، وأنه يحق للمرضى الحصول علي معلومات كافية، وكشف الحقائق للمريض؛ حتي يتمكن المريض

من اتخاذ قرار مُستنير لتمكينه من طرح أسئلة معقولة حول خيارات وبدائل التدخل الجراحي؛ لضمان سلامة وجدية عملية الموافقة المستنيرة "[١٦٩]. ولقد عبر **لورانس بي ماكولو** عن معيار **الافصاح والكشف**، فقال:" يقصد به تقديم المعلومات السريرية الصادقة والدقيقة والكافية التي يقدمها الجراح لمريضه قبل العملية الجراحية، ويَبني عليها المريض قراره الجراحي، وهي تبرهن على احترام الاستقلالية، وهي تعبر عن نزاهة الجراح المهنية، وهذا المعيار يؤكد أنه يجب إعلام المريض بعد الجراحة بأي أحداث غير متوقعة أثناء الجراحة والمضاعفات والأخطاء الجراحية ، وقد يجد بعض الجراحين صعوبة في التخلص من خدوش الأبوية ، فلا يخبروا مرضاهم عن التعافي الطويل جراحيًا بعد استئصال الأورام الخبيثة جراحيًا ". [١٧٠] ولقد قدم **لورانس بي ماكولو** معنى **الكفاءة** فقال :" تعني الكفاءة أن المريض البالغ الُكفء هو القادر على أن يقرر متى يتعلق الأمر بتحديد العلاج المقبول، ويمكن فقط للمريض البالغ ذي الكفاءة أن يقرر أي من العلاجات المتاحة يمكن قبولها أو رفضها، كما أن المريض الذي يوافق على علاج مُقدم له على أساس معلومات غير كاملة أو غير دقيقة، فإنه لا يمكن اعتباره قد أعطي موافقة مستنيرة".[١٧١]، كذلك توضح **بانا ناتدا** المقصود **بالكفاءة** فتقول :" تعني الكفاءة أن المريض قادر علي فهم المعلومات ذات الصلة بمرضه وقادر علي تقدير احتياجاته وقيمة واستخدام المعلومات بعقلانية واتخاذ خيارات العلاج، وأن يكون مؤهلًا لاتخاذ القرار، وتحمل المسئولية، وهو مصطلح قانوني في الأساس" [١٧٢]. ويشرح **ماكولو** المقصود **بالطوعية**، فيقول :" تعني الطوعية أن المريض قادر علي الاختيار بحرية دون إكراه وألا يتصرف تحت ضغط أو إكراه، وأن يأخذ الطبيب على محمل الجد تفضيلات المريض " [١٧٣].

أهميتها :- يستكشف **لورانس بي ماكولو** أهمية الموافقة المستنيرة في الممارسة الجراحية الإكلينيكية، فيقول:" تكمن قيمة الموافقة المستنيرة في القضاء علي التحديات الأخلاقية التي تواجه الجراح في الممارسة السريرية، ويقوم تقييم الموافقة المستنيرة على عناصر أخلاقية أساسية، مثل نزاهة الجراح ، استقلالية المريض ، كفاية الإفصاح ، وهذه الاعتبارات الأخلاقية توجه الجراح في الممارسة الجراحية السريرية وتجعله يكتسب ثقة المرضى" . [*]

وتؤكد **ديانا كاردينس** علي أن الموافقة المستنيرة تلعب دورًا مهمًا للغاية في العلاقة بين المريض والجراح، وبالنسبة للمرضي الذين ينتظرون الخضوع لعملية جراحية، فإن الحصول علي موافقة مستنيرة إكلينيكية هو الخطوة الأخيرة للجراح في عملية جمع المعلومات، ويعد إعطاء قرار الموافقة المستنيرة قرارًا مُهمًا يجب علي المريض اتخاذه بحرية وبشكل مستقل(١٧٤).

الأساس القانوني للموافقة المستنيرة: يستكشف **لورانس بي ماكولو** تاريخ وجود معيار قانوني للموافقة المستنيرة، ويحاول أن يقدم الحجج الأخلاقية علي أن أساس الموافقة المستنيرة ليس قانونيًا، ولكنه أخلاقي في الأساس، فيقول: "من منظور تاريخي، فإن الرأي السائد بأن القانون العام اخترع الموافقة المستنيرة في أوائل القرن العشرين وفرضها على الجراحين، أصبح موضع شك ، والعكس هو الصحيح ، فربما قام القانون العام نفسه ببساطة بتدوين أفضل الممارسات الجراحية الأخلاقية، التي تم بالفعل إدخالها إلى مستوى كبير من التطور الأخلاقي والسريري، من خلال الجراحين الممارسين ".(١٧٥) ، وهذه حجة أخلاقية أخرى يقدمها **لورانس بي ماكولو**، حيث يقول: "في القرن التاسع عشر طور طبيب أمراض النساء في بروكلين ، ألكسندر سكين (١٩٠٠م) ما يعتبره قانون القرن العشرين من أجل إيجاد ممارسات موافقة مستنيرة لجراحة أمراض النساء، فطور قانونًا مضمونه :" أنه يحق للشخص البالغ العاقل ما يجب فعله بجسده، والجراح الذي يجري عملية جراحية بدون موافقة مريضه يرتكب في حق مريضه اعتداءً قانونيًا، ويجب أن يكون مسئولاً عن الأضرار"(١٧٦)، والجدير بالملاحظة هنا، أنه بالرغم من إنكار **ماكولو** الأساس القانوني للموافقة المستنيرة، إلا أنه يفضل أن ترتكن الموافقة المستنيرة إلى القانون؛ لكي يوفر لها الحماية والأمان الضروريان، لذلك تصبح الموافقة المستنيرة القانونية وليست فقط الموافقة المستنيرة الأخلاقية، فنراه يقول:" تعد الموافقة المستنيرة القانونية هي العملية القانونية المستخدمة لتعزيز استقلالية المريض، وقد يكون من المفيد جدًا النظر إليها على أنها متميزة من النواحي السريرية ".(١٧٧) يري **لورانس ماكولو** في موضع آخر:" أنه تفترض الأخلاق القانونية تعويض المريض الجراحي وإلحاق عقوبة بالجراح ".(١٧٨) ومن جهة أخرى، يستكشف **ماكولو** الشرط القانوني للموافقة المستنيرة، فيقول:" يشمل الشرط القانوني للموافقة المستنيرة الكشف عن معلومات كافية لتمكين

المرضي من اتخاذ قرارات غير مُعلنة، بشأن ما إذا كان ينبغي أن يقول نعم أم لا للتدخل الجراحي ".[١٧٩]

وتوضح **انجي وول:**" أنه تعد الموافقة المستنيرة معيارًا أخلاقيًا وإقرارًا قانونيًا أيضًا، وهناك فرق أخلاقي بين استمارة الموافقة المستنيرة وعملية الموافقة المستنيرة ذاتها، عملية الموافقة المستنيرة تتطلب مُناقشة بين الجراح والمريض من حيث خيارات العلاج، ولا يجب علي الجراح أن يخفي معلومات أساسية عن الجراحة، وهذا يُقوض الثقة بين الجراح ومريضه[١٨٠]. ومن ثم، هناك واجب أخلاقي في الحصول علي الموافقة المستنيرة بشكل كاف، لأن قيام الجراح بالعملية الجراحية للمريض دون موافقته يعد اعتداءً قانونيًا حتي لو كان ذلك مُفيدًا للمريض، ويتم بحسن نيه، وهناك حالات يتم فيها تغريم الجراحين قضائيًا[١٨١].

وإذا ما كانت الموافقة المُستنيرة هي المظهر السريري للمبدأ الأخلاقي لاحترام الاستقلالية (استقلالية) المريض، فإن هناك عناصر أساسية للموافقة المستنيرة، وهي تمثل الشروط المسبقة لصنع القرار الجراحي وهي القدرة علي اتخاذ القرار، والكشف عن الحقائق للمريض، والموافقة سواء كانت من المريض نفسه أو تفويض الآخرين (نيابة عن المريض)، وهو **صانع القرار البديل** الذي يجب أن يُعبر عن رغبة المريض أولًا [١٨٢].

ولكن هل هناك معيار للمعلومات التي ينبغي أن يقدمها الجراح لمريضه؟ ، الواقع أنه ينبغي أن يكون هناك معيار لتلك المعلومات يسمي " **بمعيار الشخص المعقول**" لتحديد مقدار المعلومات التي ينبغي تقديمها، يتطلب هذا المعيار من الجراح تقديم المعلومات التي يرغب أي شخص عاقل أي (المريض) في معرفتها، وفي حالات نادرة قد يرفض المريض جميع المعلومات المتعلقة بالجراحة أو المضاعفات الجراحية، ويُفوض الجراح في اتخاذ القرار، ولكن يجب علي الجراح تقديم معلومات أساسية علي الأقل " [١٨٣].

ويشرح **لورانس بى ماكولو** معيار" الشخص المعقول" ، فيقول :" هو مقدار المعلومات التي يحتاج أي مريض معرفتها، وهو يترجم إلى مُمَارسة سريرية، تتمثل في قيام الجراح بتحديد المعلومات البارزة سريريًا حول حالة المريض؛ ومن ثم تقديم هذه

المعلومات للمريض، لذلك فإن معيار الشخص المعقول هو معيار أخلاقي قَبِلت به المحاكم الاتحادية، وهو يعنى الكشف عن المعلومات البارزة سريريًا للمرضي " .[١٨٤]

المبدأ الثالث: مبدأ عدم الضرر Non-Maleficence*[*] يوضح **لورانس بي ماكولو** مبدأ عدم الضرر، فيقول: "يبدو مبدأ الضرر بديهيًا وأساسيًا في الجراحة، ويقصد به أننا لن نتعمد إيذاء مريض عن قصد، وهذا المبدأ نابع من مبدأ أبقراط، لا ضرر ولا ضرار".[١٨٥] وعلي هذا تكمن أصول مبدأ عدم الضرر في قسم **أبقراط** والذي يعنى " عدم الضرر أولاً"، ثم يلتقط هذا المبدأ **بوشامب وتشايلدرس** بعدم الضرر أو الإساءة، ويعني تجنب أي شيء ضار بشكل غير ضروري أو غير مُبرر، وأن يكون مستوي الضرر مُتناسب مع المنفعة التي قد يحققها، أو إذا ما كانت هناك بدائل أخرى تحقق نفس النتيجة دون التسبب في مثل هذا الضرر للمريض"[١٨٦].

ومن جهة أخرى، يرتبط مبدأ عدم الضرر بأخلاق الرعاية الواجبة على الجراح التي تتعارض مع عدم إلحاق الضرر، ويتعارض مع الإهمال الجراحي والأخطاء الجراحية، كما يعترف كل من القانون والأخلاق بمعيار العناية الواجبة الذي يحدد ما إذا كان الوكيل المسئول يعد سببًا عن الخطر أو مسئولاً قانونيًا أو أخلاقيًا أيضًا، ومن ناحية أخرى، يمثل الإهمال نقصًا في العناية الواجبة، وخروجًا عن المعيار المهني الذي يحدد العناية الواجبة في أي موقف معين، هناك واجب يقوم به الجراح تجاه مريضه، والإخلال بهذا الواجب يوقع الضرر بالمريض"[١٨٧]. ويتضمن مبدأ عدم الضرر الكشف عن المضاعفات الجراحية والأخطاء الجراحية والالتهاب الجراحي ومناقشتها[١٨٨]. ويعتبر مبدأ عدم الضرر حجر الأساس في الأخلاقيات الجراحية [١٨٩].

٤- المبدأ الرابع : مبدأ العدل Justice

يشير **لورانس بي ماكولو** إلي مفهوم العدل وتطبيقه علي الرعاية الجراحية، فيقول:" يشير مبدأ العدالة في هذا السياق إلى دورنا في ضمان توافر رعاية جراحية مُنصفة وعادلة، يشير مبدأ العدل إلي ضرورة توزيع الموارد الصحية بإنصاف وبشكل عادل".[١٩٠] ويوضح **دانيال سوكول** مبدأ العدل بأنه :" توزيع موارد الرعاية الصحية النادرة بشكل عادل، وهذا يعتبر كإطار عمل للنظر بشكل مهني في أخلاقيات المضاعفات الجراحية "[١٩١]. تعرف **ديانا كارديناس** مبدأ العدالة بأنه ضرورة تحقيق المساواة في الحصول على

الرعاية الجراحية للجميع (فقراء وأغنياء)، كما يجب توزيع الموارد المحدودة والجراحون ومقدمي الرعاية بالتساوي لتحقيق فائدة حقيقية للمريض، وأنه يجب توزيع الموارد بشكل عادل دون أي تمييز، فيما يتعلق بالموارد المحدودة ، يحق لكل مريض الحصول علي أفضل رعاية جراحية مُناسبة مُتاحة، وللمريض الحق في أن تكون صحته ذات قيمة أعلي من المصلحة الاقتصادية للجراح" (١٩٢).

ترى **أنجي وول:** "أن مبدأ العدالة يخدم قضية أخلاقيات الممارسة الجراحية بصفة عامة، وأخلاقيات الممارسة الجراحية العالمية على وجه الخصوص. ويعني مبدأ العدالة، التوزيع العادل للفوائد والأعباء، وأنه يجب توزيع الفوائد والأعباء بالتساوي، وهذا يعني المعاملة العادلة وتخصيص الموارد النادرة واحترام حقوق الإنسان"(١٩٣).أعتقد أن مبدأ العدالة يتعارض مع قضية تدريب الجراحين في الدول النامية للحصول علي الخبرات الجراحية، لأنه ليس في هذه القضية توزيع عادل للفوائد والأعباء، لذلك يتعارض مبدأ العدالة مع نظرية المصلحة الشخصية والنظرية النفعية والأنانية، التي توافق علي استغلال الشعوب الفقيرة في مسألة التدريب الجراحي.

تتضمن هذه المبادئ الأخلاقية الأربعة قواعد أكثر تحديدًا، تنطبق على الرعاية الجراحية، وتوفر إطارًا للنظر بشكل منهجي في أخلاقيات الممارسة الجراحية(١٩٤). وهناك مبادئ أخلاقية أخرى غير تلك المبادئ الأربعة، مثل مبدأ الكرامة للمريض، ومبدأ الإحسان ومبدأ الشفقة، سنناقش علي سبيل المثال مبدأ الإحسان والشفقة.

مبدأ الإحسان (أفعل ما تسطيع من الخير)Beneficence

اقترح بعض الفلاسفة أن مبادئ **بيوشامب وتشيلدرس** ليست أربعة بل هي ثلاثة مبادئ أخلاقية، وأن مبدأ الإحسان وعدم الضرر هما وجهان لعملة واحدة، فالإحسان يشير إلي إعمال الصدقة والإيثار، وهذا لا يعني فقط ضمان عدم معاملة المريض بشكل سيء، ولكن ضمان معاملة المريض بشكل جيد، وسيتطلب الإحسان من الأطباء أن يكونوا عطوفين ومتعاطفين في المعاملة السريرية، وغالبًا ما يتعارض مبدأ الإحسان مع مبدأ الاستقلالية، فماذا يجب أن يفعل الطبيب أو الجراح إذا لم يوافق المريض علي قرار جراحي في مصلحته؟ " (١٩٥).

ويوضح **لورانس بي ماكولو** المقصود بالإحسان ، فيقول :" يعني الإحسان الميل نحو الخير، والخير يتطلب من الفرد أن يقوم بأعمال جيدة ، وهذا المبدأ الأخلاقي، يشير إلى ضرورة التزام الجراح بمصلحة المريض، وهذا يتطلب احترام استقلالية المريض" (١٩٦). وعلى هذا لم يرَ لورانس بي ماكولو أي تناقض أخلاقي بين مبدأ الإحسان ومبدأ احترام الاستقلالية، لأن مصلحة المريض في احترام استقلاليته أولاً، وينبع هذا المبدأ الأخلاقي من مبدأ أبقراط بإفادة المرضي من خلال العمل في مصلحتهم الفضلى، لأن مفهوم ما يشكل المنفعة والضرر يختلف من شخص لآخر، وهذا المبدأ يتطلب احترام استقلالية المريض وعدم إلحاق الضرر بالمريض(١٩٧). ومن ثم، فإن مبدأ الإحسان هو واجب الجراح في تعظيم الفوائد وتقليل الضرر الذي يلحق بالمرض، أو هو واجب الأطباء في تحقيق أقصي قدر من الفوائد وتقليل الضرر علي المرضي، ويجب على الجراحين تحقيق التوازن بين مخاطر وفوائد الخيارات الجراحية، وذلك في سياق قيم المريض وأهدافه(١٩٨).

والجدير بالملاحظة هنا، أن مبدأ الإحسان قد يتعارض أحيانًا مع احترام الاستقلالية، لأن احترام استقلالية المريض قد يؤدي إلى ضرر المريض، في حين يدافع الإحسان عن عدم إلحاق الضرر بالمريض، وفعل الخير له. وتري **ديانا كاردنيس** أن مبدأ الإحسان يفرض التزامًا بالعمل لصالح المريض، ويجب على الجراحين اتباع المعايير المهنية، وأن يلتزموا بتعظيم الفوائد المحتملة لمرضاهم مع تقليل الضرر المحتمل لهم في نفس الوقت، وعدم خداع المرضى(١٩٩).

وعلي هذا، يتضمن الإحسان مبدأ التصرف لمصلحة المريض، وهو يدعم مجموعة من الواجبات الأخلاقية مثل حماية حقوق الآخرين والدفاع عنها، ومنع حدوث ضرر للآخرين، والإحسان لا يعني المعاملة بالمثل، بل يهدف إلى تعزيز مصلحة المريض فقط(٢٠٠). وبالتالي يتضمن الإحسان نية فعل الخير للمريض، بمعني أنه يجب أن يتصرف أخصائي الجراحة في مصلحة المريض، ويحتاج الجراح إلى الكفاءة الجراحية والمهنية المستمرة من أجل السيطرة علي الألم(٢٠١). ومن ثم، يتطلب الإحسان، الكفاءة الجراحية، الحكم الجراحي السليم، التطوير المهني المستمر، البحث والابتكار في الجراحة، السلوك الجراحي المسئول، احترام استقلالية المريض وعدم إلحاق الضرر به"(٢٠٢).

ومن جهة أخرى، يرتبط الإحسان بالتعاطف(*) والشفقة ويختلف عن الحب الذي يعني الاستحسان(*) وليس الإحسان. ومن ثم، أعتقد أنه يجب أن يتمسك الجراح بمبدأ التعاطف والشفقة في ممارسته الجراحية بأن يضع نفسه مكان المريض، فالشفقة هي الشعور بمصائب تمس غيرنا، الشفقة هي تعاطف وتفاعل ومعايشة معاناة الآخرين، وذلك بغض النظر عن صلة القرابة، على حد تعبير د. **محمود سيد أحمد** (٢٠٣). ومن جهة أخرى، إذا ما تمسك الجراح بمبدأ الشفقة فإنه يصبح إيثاريًا وليس أنانيًا، فمبدأ التعاطف الأخلاقي يجعلنا نتخلى عن المنفعة الأنانية للذات، ويجعل الذات تتفاعل مع الآخرين وتتعايش مع موافقهم، يجعل من السلوك مُترفعًا عن النظرة الأنانية المحصورة في الذات، ويجعله يحب لغيرة ما يحب لنفسه.(٢٠٤)

المطلب الثالث: الأخلاق المهنية للجراح المثالي

تمهيد : يُعبر هذا المطلب عن سمات الجراح الأخلاقي الجيد، والفضائل الأخلاقية التي يجب أن يتمسك بها الجراح؛ لكى تصير ممارسته الجراحية أخلاقية، وكذلك الواجب الأخلاقي علي الجراح تجاه مرضاه ، وهي تمثل الأخلاق المهنية للجراح الجيد. وتتكون الأخلاق المهنية للجراح من أمرين، أولاً: الفضائل الأخلاقية النظرية التي يجب أن يمتلكها الجراح، ثانيًا: المهارات الجراحية التي يجب أن يكتسبها الجراح بالتدريب الجراحي والتثقيف الأخلاقي لكي تصبح مُمَارسته الجراحية مَدعومة بالقيم والأدلة، ويصير قراره وحكمه الجراحي أخلاقيًا وبعيدًا عن المصلحة، ويصل إلى الاحتراف الجراحي في مُمارسته الجراحية.

أولاً : الفضائل الأخلاقية للجراح – يوضح **لورانس بي ماكولو** أهم صفات الجراح، وهى أن يصبح إيثاريًا وليس أنانيًا، لذلك يقول:" أنه من أهم المبادئ الأخلاقية في الجراحة أن يتجنب الجراح تضارب المصالح والجراحة الشبحية، وأن يتحلى بالنزاهة المهنية التي تختفي فيها ملامح الأنانية ".(٢٠٥) كذلك تقول جراحة الأعصاب **إنجي وول** " إن الجراح الجيد هو الذي يرفض أن يكون ثريًا أو غنيًا على حساب مرضاه، وهو الذي لا يُجبر مرضاه على سداد رسوم العملية الجراحية وهم مضطرين إلى التنازل عن مسكنهم ومدخراتهم تحت ضغط المرض والجراحة الضرورية، وهو الذي يختار الفضيلة على

حساب المال، ولكن قد تصبح هناك أزمة أخلاقية للجراح حينما يختار المال علي حساب الفضيلة "[٢٠٦].

كذلك يشير **لورانس بي ماكولو** إلى أهم صفات الجراح وهي تحمل المسئولية الأخلاقية، فيقول: "يعبر الاختيار الأخلاقي الذي يتخذه الجراح عن فهمه الأمثل لمسئولياته الأخلاقية في موقف معين لأنه يُنظر إلي الجراح كشخصية ذات سلطة أخلاقية، ويعتبر في النهاية مسئولاً عما تؤول إليه الأمور".[٢٠٧]، وكذلك يُعبر **ماكولو** عن مسئولية الجراح في موضع آخر، حين يقول:" تتمثل مسئولية الجراح في التصرف كمسئول ائتماني للمريض في كل ممارسة سريرية، وهذا يعني أن الجراح يجب عليه أن يضع مصلحة المريض فوق مصلحته الخاصة ، وأن يقدم الرعاية الحيوية للمريض حتى عندما لا يكون الدفع مضمونًا ".[٢٠٨]

يوضح هذا النص أنه يجب على الجراح أن يضع مصلحة المريض في اعتباره الأساسي ويأخذها على محمل الجد، ولذلك يقول **لورانس بي ماكولو** :" تعد مصلحة الجراحين حتى لو كانت مشروعة مصلحة ثانوية بالنسبة لمصلحة المريض ورفاهيته، فالحقيقة أن كل ما يرتبط بالمصلحة الذاتية للجراحين، على الرغم من شرعيته، لابد وأن يُعتبر في مرحلة ثانوية بالنسبة لرفاهية المريض، وهذا إذا ما أراد الجراح أن يُؤسس لعلاقة جراحية سليمة مع المريض".[٢٠٩]

وكذلك يرى جراح الأوعية الدموية **كارلوس**Carlos A أنه من أهم سمات الجراح أن يضع مصلحة المريض فوق مصلحته، لذلك يري: "أنه يجب علي الجراح أن يضع مصلحة المريض في مركز الصدارة ويطور من قدرات اتصاله بالمريض بإقامة علاقات أخلاقية ومهنية مع المريض لكي يستطيع أن يستمع لشكوي المريض" . [٢١٠]

ويرى **لورانس بي ماكولو** أن هناك أربع فضائل مهنية ضرورية للجراح، وهي(النزاهة المهنية، الرحمة، نبذ الذات، والتعاطف)، ويمكن اختصارهم في فضيلة **النزاهة المهنية** [٢١١*] لذلك يقول: "تعتبر النزاهة الفضيلة المهنية الأساسية وهي تشير إلى الكمال الأخلاقي، مع عدم حجب أية معلومات ذات أهمية أخلاقية، لذلك يجب على الجراح أن يخدم المرضى بنزاهة طيلة حياته المهنية، على الرغم من المصاعب المترتبة على القيام بذلك".[٢١٢]

وكذلك عبر **لورانس بي ماكولو** عن النزاهة المهنية للجراح حين يعترف الجراح بأخطائه الجراحية أثناء العملية الجراحية، وحين يستطيع إدارة تضارب المصالح، فيقول: "من مظاهر النزاهة المهنية للجراح أن يكشف عن الخطأ الجراحي في عمليته الجراحية، وكذلك تتمثل النزاهة المهنية للجراح في قدرته على "إدارة تضارب المصالح" "Management of Conflict of Interest"، وأن يستطيع تحمل المسئولية الأخلاقية في علاقته بالصناعة والشركات المصنعة".(٢١٣) وعلى هذا يجب على الجراح أن يحافظ علي حقوق المرضى، وأن يُقدم الأفضل لهم ، وأن يكون دومًا جديرًا بثقتهم الأخلاقية، فمثل هذه الثقة التي يحصل عليها الجراح من المريض هي أكبر مؤشر على نزاهته المهنية.

ويعبر **لورانس بي ماكولو** عن **فضيلة التعاطف الجراحي**(٢١٤*) وأهميتها بالنسبة للجراح في الممارسة الجراحية الإكلينيكية، فيقول : " تتمثل فضيلة التعاطف عند الجراح في أن يصبح يقظًا ومُستعدًا للاستجابة لآلام وبؤس وقلق المرضى وأسرهم في مواجهة مرض خطير".(٢١٥) وعلى هذا ، فإن من أهم الفضائل التي يجب أن يمتلكها الجراح فضيلة التعاطف مع المرضى.

كذلك يوضح **لورانس بي ماكولو** فضيلة التضحية بالنفس **والإحسان الجراحي**(٢١٦*) عند الجراح ، فيقول :" يجب على الجراح أن يضحى بنفسه من أجل المرضى، فهذا قدره ومهنته مهنة إنسانية، فمثلاً يجب عليه ألا يتردد في القيام بعملية جراحية لمريض لديه مرض نقص المناعة البشرية (الإيدز)، بالرغم من أنه يمكن أن يتم نقل المرض إلى الجراح من خلال القفاز المُمَزق وعندما سيصاب الجراح بخدش من المشرط الجراحي ". (٢١٧)

ومن جهة أخرى، يجب أن يمتلك الجراحون مهارات التواصل مع المرضي، ويجب أن يكونوا قادرين علي التواصل مع مرضاهم بشكل فعال؛ ولذلك يجب تعزيز قيمة التعاطف بين الجراحين والمرضي المصابين الذين يعانون من الألم، كما يجب علي الجراح أن يتحمل المسئولية الأخلاقية، ويدرك أن أخطاءه الجراحية سوف يكون لها عواقب وخيمة، كما يجب علي الجراحين أن يمتلكوا قيمة الصبر لأنهم قد يقضوا وقتًا طويلًا في الانحناء علي المرضي أثناء العملية الجراحية.(٢١٨) وعلي هذا النحو، فإن هناك العديد من القيم

الأخلاقية التي يجب أن يمتلكها الجراح لذلك " يحتاج الجراحين إلى أن يكونوا فاضلين؛ لذلك فعليهم أن يمتلكوا بعض القيم الأخلاقية الأساسية مثل (المثابرة والالتزام بالمواعيد والإنصاف والصدق والعمل الجماعي والانضباط)".[٢١٩]

ويوضح **لورانس بن ماكولو** الشروط المثالية التي يجب توافرها في الجراح لكي يصبح مثاليًا فيقول: "يجب علي الجراح في مهنة الجراحة أن يمتلك قيمه الدقة Precision والانضباط Discipline لكي يصبح جراحًا مثاليًا وشخصًا أفضل، وهو أن يطبق المبادئ الأخلاقية في حياته المهنية، وتنعكس علي سلوكه في مهنة الجراحة".[٢٢٠]. ومن جهة أخر، يجب على الجراح أن يمتلك فضائل مثل النزاهة، والرحمة ، ومحو الذات والتضحية بالنفس، وهناك فضائل أساسية لممارسة الجراحية، مثل الجدارة بالثقة والاتزان والتعاطف والرحمة والشجاعة والتعاطف، وتلخص الجدارة بالثقة كل الفضائل السابقة ". [٢٢١]

كذلك يجب على الجراح أن يمتلك فضيلة التواضع ويبعد عن الغطرسة، وكذلك تقر مدونة الأخلاقيات الجراحة بذلك:" يجب أن يقر الجراح بخطئه الجراحي وهذا يعبر عن تواضعه، وإذا لم يعترف يصبح خطأه أخلاقيًا أيضًا، والخطأ الأخلاقي هو الأكثر فظاعة لأنه ينطوي عادة علي الفشل في الاعتراف بالأخطاء الفنية أو التعرف علي حدود الكفاءة الجراحية، ويعني التواضع تقييمًا ذاتيًا دقيقًا". [٢٢٢]

ثانيًا : المهارات الجراحية السريرية التى يجب أن يمتلكها الجراح بالتثقيف الجراحي والأخلاقي معًا: مثل الكفاءة الجراحية، الاحتراف الجراحي، القرار الجراحي المشترك الصائب القائم علي الأخلاق والأدلة معًا، ومهارات التواصل الكافي مع المرضى، واستيفاء متطلبات الموافقة المستنيرة، وأن يبتعد عن العلاج الجراحي التقليدي.

يؤكد **لورانس بي ماكولو** علي ضرورة التثقيف الأخلاقي للجراح، فيقول: "يجب تعليم أخلاقيات المناهج الجراحية المبتكرة التي تؤكد علي ضرورة التثقيف الأخلاقي للجراح ".[٢٢٣] كذلك يؤكد **Jason D Keune** على ضرورة التثقيف الأخلاقي للجراح؛ لكي يستطيع أن يمتلك المهارات الجراحية، وأن يكون قادرًا على مواجهة التحديات الأخلاقية، فيقول: "حين نحاول أن نعرف ما هو الجراح الجيد، يصبح هو الذي لديه قدرة على التعقل ويمتلك التدقيق في مجال الأخلاقيات، لكي يستطيع أن يقدم الرعاية الجراحية

بطريقة مسئولة أخلاقيًا، كما يتيح التثقيف الأخلاقي للجراح فهم المشاكل الأخلاقية في الجراحة عند نشأتها" .[٢٢٤]

ووفقا **للورانس بي ماكولو** يجب على الجراح أن يمتلك الخبرة والكفاءة الجراحية، والحكم والقرار الجراحي الصائب، ومن ثم، يقول: "يجب على الجراح أن يعمل وفقًا للتميز الفكري، وهو يعنى صنع قرار أخلاقي يعبر عن الحكم الجراحي المناسب". [٢٢٥]، وكذلك يشير **بيلجرانو Pellegrini** إلى القرار الجراحي الأخلاقي، فيقول: "الجراح الجيد هو الذي يحافظ علي المهارات السريرية الجيدة، والحكم الجراحي المناسب وهو الذي يمتلك مهارات تقنية وفنية جيدة، بما في ذلك الخبرة في أداء العمليات الجراحية، وهو الذي يمتلك ممارسة إنسانية وقيم أخلاقية راسخة، وهو الذي يصدر قرارات جراحية وفقًا لمعتقداته الأخلاقية"[٢٢٦]. وكذلك يرى بعض الجراحين أن تأجيل القرار الجراحي يجعله غير أخلاقي لأنه يضر بالمرضى. لذلك "يجب على الجراح أن يكون صادقًا ومتواضعًا، ويحافظ على قدر معقول من الشك، وأن يكون قادرًا على التعامل مع المواقف الصعبة، وأن يتقن التقنيات الجديدة قبل تطبيقها في الممارسة، وأن يسعى لإفادة المرضى، وأن يفتح عقلة ويعمل بالتفكير النقدي من أجل العمل علي تلبية توقعات المريض، ويجب علي الجراح أن يدرك أن قراره الجراحي أهم من الجراحة والشقوق نفسها، وأن يتخذ القرار الجراحي بسرعة، لأن تأخير اتخاذ القرارات يؤدي إلى إطالة فترة الكرب والمعاناة للمريض بشكل غير عادل" .[٢٢٧]

كذلك من أهم المهارات الجراحية التي يجب أن يكتسبها الجراح هي الاحتراف الجراحي ، ويرى البعض أنه يجب على الجراح أن "يحافظ علي قيمة الثقة بالرغم من تضارب المصالح، وأن يولي اهتمامًا وثيقًا بالاحتراف الجراحي، ويتطلب الاحتراف الجراحي في العصر الرقمي التزامًا شخصيًا بالمعايير المهنية، ومراعاة مصلحة المريض في المقام الأول، وحماية سرية وخصوصية بياناته، والحصول على موافقة المريض قبل نشر أية معلومات عنهم".[٢٢٨]، ومن جهة أخرى، يؤكد **لورانس بي ماكولو**، على أنه يجب أن يبتعد الجراح عن العلاج الجراحي التقليدي، فيقول: "هناك التزامات أخلاقية على الجراحين" بالأداء الجراحي الجديد في علاج الأمراض" Surgical Innovation Treat" Diseasesلكي يصل إلى الاحتراف الجراحي.[٢٢٩]، وبعبارة أخرى ، يؤكد **لورانس بي**

ماكولو علي نفس المعنى حين يقول :" يجب على الجراحين استخدام الابتكار الجراحي لعلاج الأمراض النادرة" .(٢٣٠)

ويوضح **لورانس بي ماكولو** أنه يجب أن يمتلك الجراح المهارة الجراحية أي الأدلة مع تطبيق القيم الأخلاقية في سلوكه معًا لكي تصبح ممارسته الجراحية أخلاقية، كما أن هذا يكسب الجراح سُلطة أخلاقية علي المرضي، لذلك يقول :" يكتسب الجراح سلطة أخلاقية حينما تكون مُمارسته الجراحية مدعومة بالأدلة والمبادئ الأخلاقية التوجيهية السريرية، وهذا يجعل أخلاقيات الجراح لها سلطة شرعية، وفي غياب الشرعية تصبح سلطة الجراح على المرضى إشكالية، وتصبح سلطة وحشية ومُفترسة وغير مُبَررة أخلاقيًا".(٢٣١) توضح هذه النصوص أن الممارسة الجراحية القائمة على القيم الأخلاقية هي إطار عمل شقيق للممارسة الجراحية القائمة علي الأدلة.

ووفقًا للجراح الإنجليزي، **مايلز ليتل**، فإن الجراح الجيد هو الذي يحقق التوازن بين مبادئ ممارسة **الجراحة القائمة علي القيم وبين الجراحة القائمة على الأدلة*** (*) وهو الذي يتخذ قرارته الجراحية الأخلاقية قائمة على نهج المبادئ الأربعة، وهو الذي يتخذ القرار الصحيح في الوقت المناسب، وهو الذي يستطيع إقامة علاقة جراحية مع المرضى تقوم على الإنقاذ والقرب والمحنة والعواقب والحضور، لذلك لا يعتبر الجراح مؤهلاً فقط لأداء فن وعلم الجراحة إلا إذا كان يمكن الاعتماد عليه أخلاقيًا، ويملك مهارات سريرية جيدة، وحكم جراحي مناسب، ومهارات فنية جيدة، وممارسة جراحية إنسانية قائمة على القيم والأخلاق الراسخة(٢٣٢).

وترى **ديانا كارديناس** أن الجراح المثالي هو الذي يكون قراره الجراحي أخلاقيًا، وتستند على الملاءمة والمقبولية "appropriateness, acceptability"، كما يجب أن يدرك الجراحين أن " **مقاسًا واحدًا لا يناسب الجميع***(*) "(٢٣٣). تعبر مقولة مقاس واحد لا يناسب الجميع عن العنصرية، وعدم احترام مبدأ العدالة، وعدم الضرر، وهو معيار غير مقبول أخلاقيًا.

وعلاوة علي ذلك، يرى **الدكتور مورالي** أنه " يجب على الجراح أن يتأكد من تحسين التقنيات الجراحية وتقديم العلاج المتخصص فقط والذي تم تدريبه فيه بشكل صحيح، وعليه أن يدرك أن القيام بخلاف ذلك هو وضع مصلحة الجراح فوق مصلحة

مريضه ولا يجوز أخلاقيًا أو مهنيًا "[٢٣٤]. يوضح هذا النص أنه من الواجب الأخلاقي على الجراح ألا يدخر أي جهد لتحسين معارفه ومهاراته، وتحديث معارفه من أجل تقديم أفضل رعاية جراحية للمريض ممُكنة، وأن يثقف نفسه أخلاقيًا ومهنيًا ويكتسب مهارات جراحية بالتدريب الجراحي على كل ابتكار جراحي في مجال عمله، وفي نفس الوقت فإن رأي مورلي لا يحترم دور الجراح فى زمن الأوبئة والكوارث، لأن عليه أن يكون في الصفوف الأمامية، ولا يلتزم بتخصص معين بل بمبدأ الإنقاذ والمساعدة.

المبحث الرابع: المعضلات الأخلاقية التي تواجه الجراحين في الممارسة الجراحية الإكلينيكية والحلول الأخلاقية الممكنة لها

تمهيد: يُسلط هذا المبحث الضوء علي القضايا الأخلاقية الواقعية والفريدة التي يُعاني منها الجراح في مهنة الجراحة، ويهتم هذا المبحث بوضع أسباب المعضلات الأخلاقية التي يواجها الجراحين، وإعادة وضع الحلول الأخلاقية لها قدر الإمكان، وهذا يُوفر أساسًا لفهم العديد من القضايا الأخلاقية المركزية في الممارسة الجراحية، لذلك يُركز هذا المبحث على مناقشة وتحليل أهم المعضلات الأخلاقية التي تواجه الجراحين، مثل: معضلة (عدم الجدوى الجراحي / الأخطاء الجراحية /المضاعفات الجراحية / صعوبة تحقيق متطلبات الموافقة المستنيرة/ التدريب الجراحي ومعضلة تضارب المصالح)، والمنهج الأخلاقي الذي يساعد الجراح في حل تلك المعضلات.

في البداية، سنحاول وضع تعريف للمعضلة الأخلاقية وأسبابها، وذلك على النحو التالي: تشرح **ديانا كارديناس** معنى المعضلة الأخلاقية التي تواجه الجراح فتقول :" يُمكن فهم المعضلات الأخلاقية على أنها تلك المواقف التي يُوجد فيها تَضَاربٌ أو توتر بين احترام مبدأين أو أكثر؛ مما يجعل من الصعب تحديد ما يجب القيام به، بمعنى أنه تأتي المُعضلة الأخلاقية من التضارب في القيم المتجسدة الراسخة، مثل قول الحقيقة وإنقاذ الأرواح والتي لا يمكن التوفيق بينها، وقد يكون الحل فى إيجاد التوازن الأخلاقى الصحيح والذي يعد جوهر الحياة الأخلاقية ".[٢٣٥] ومن جهة أخري، توضح **كارديناس** سبب المعضلة الأخلاقية الجراحية، فتقول:" قد تحدث المعضلة الأخلاقية عندما يضطر الجراحين إلي الاختيار بين مسارين بديلين علي الأقل، وبنفس القدر من الصعوبة نظرًا لأن أي من البدائل ليس له نتائج إيجابية لذلك يتعين علي الجراحين الاختيار بين الخيار

الأقل سوءًا.[٢٣٦] ومن جهة ثالثة، تري **كارديناس** أن سبب تلك المعضلات الأخلاقية هو :" التوافر الهائل للتكنولوجيا الجراحية والحاجة إلى الحد من تضارب المصالح، كل هذا يوجد معضلات أخلاقية ويعزز من تطور أخلاقيات الجراحة".[٢٣٧] توضح هذه النصوص أن سبب المعضلات الأخلاقية التي يواجها الجراح تكمن في صعوبة أخذ القرار الجراحي وصعوبة الاختيار بين البدائل والقيم المتعارضة، بالإضافة إلي التقدم التكنولوجي وتضارب المصالح.

وعلى ذلك، يعد الجراحون في مأزق أخلاقي حقيقي؛ لأنهم يواجهون مواقف صعبة ومُعضلات أخلاقية في تحديد العلاج المُناسب، كما أنهم لا يستطيعون احترام المرضي وتلبية توقعاتهم. [٢٣٨] وتؤكد **كارديناس** علي نفس المعني حيث تقول: " يواجه الجراحون مواقف تستدعي التشكيك في الخيارات الأخلاقية، ويواجهون صعوبات أخلاقية في ممارستهم اليومية، وكلما أصبحت العمليات الجراحية أكثر تعقيدًا، كلما ازدادت المخاطر وأصبحت تنطوي علي تحديات أخلاقية ، ويجب أن يساعد التفكير الأخلاقي الجراحين في تقديم إجابات للأسئلة مثل: ما الذي يجب فعله ؟ وهل تم اتخاذ القرار السليم[٢٣٩]. يوضح هذا النص أن الحلول الأخلاقية للمعضلات الأخلاقية التي تواجه الجراح تكمن في ممارسة التفكير الأخلاقي .

تحدث **لورانس بي ماكولو** عن القضايا الأخلاقية التي تواجه الجراحين في الممارسة الجراحية مثل" المضاعفات الجراحية، صعوبة أخذ القرار الجراحي، صعوبة أخذ الموافقة المستنيرة وصانع القرار البديل،السرية، زرع الأعضاء، رفض التدخل الجراحي للمرضي المحتضرين، تضارب المصالح والنزاهة المهنية للجراح"[٢٤٠].

وفي الواقع، يُعد الجراحون أكثر عرضة للقضايا القانونية والأخلاقية مُقارنة بالأطباء، وذلك بسبب تقدم التقنيات الحديثة في الجراحة وصعوبة أخذ الموافقة المستنيرة [٢٤١] ، لذلك يجب أن يدرك الجراحون أن طبيعة العمل الجراحي توفر أرضية خصبة، يمكن أن تنمو فيها المشكلات الأخلاقية؛ وبالتالي يجب أن يستعد الجراح لها. هذا يعني أنه عندما يواجه الجراح معضلة أخلاقية، فذلك لأنه لا يعرف أي مبدأ معين أو أي قيمة أخلاقية يجب التمسك بها في تلك الحالة ومع ذلك **يتعايش** الجراحون مع تلك التحديات الأخلاقية الكثيرة [٢٤٢*]. فحينما يواجه الجراحون صعوبات أخلاقية في ممارستهم اليومية، فإنه يجب

عليهم أن يتلقوا الدعم من لجان الأخلاقيات[٢٤٣]. وقد يكون سبب التحدي الجراحي هو مشكلة عدم اليقين وعدم التأكد من نتائج العملية الجراحية عالية الخطورة"[٢٤٤].

المطلب الأول: معضلات أخلاقية خاصة بالمضاعفات الجراحية

تمهيد : أحاول في هذا المطلب أن أسلط الضوء علي المعضلات الأخلاقية الخاصة بالمضاعفات الجراحية، التي قد تأتي من الجراحة عديمة الجدوى أو العناد الجراحي، أو من الأخطاء الجراحية أو المضاعفات الجراحية بسبب عدم الوفاء بمتطلبات الموافقة المستنيرة.

١-مشكلة العناد الجراحي: Therapeutic Obstinancy* [*]

إن الأسئلة التي يثيرها عدم الجدوى الجراحي هي أكثر أهمية اليوم في مجال الجراحة "[٢٤٥]. وأعتقد أنه يكمن معني العناد الجراحي في أن العملية الجراحية التي يقوم بها الجراح للمريض غير ضرورية ولا يحتاجها ولها بدائل بالعلاج.

يؤكد **لورانس بي ماكولو** أن قضية عدم الجدوى الجراحي ترتبط بقضايا نهاية الحياة End-of-life issues ، وبالسؤال الأخلاقي التالي، هل يجوز "التدخل الجراحي "Surgical intervention"، للمريض المُسن الميئوس من شفائه؟ .[٢٤٦] ، وكذلك ينتقد **لورانس بي ماكولو** التدخل الجراحي غير المناسب للمريض الذي يقترب من نهاية الحياة ، فيقول : " هناك فئة من التدخلات الجراحية غير المناسبة في وحدات العناية المركزة للمريض وهو بالقرب من نهاية الحياة، يجب أن يقاوم الجراحين مثل هذه التدخلات الجراحية غير المجدية ، ولا يقدموها للمرضي بالقرب من نهاية الحياة ، أو في حالة الموت الدماغي في العناية المركزة ، حتي عندما يطلبها المرضي أو عائلاتهم ، لأن هذا نوع من العبث الجراحي غير المجدي" .[٢٤٧]

تطبيق واقعي علي مشكلة العناد الجراحي: مشكلة عدم الجدوى Futility

مشكلة التدخل الجراحي في المرضي المحتضرين أو الميئوس من شفائهم :

تحدث **لورانس بي ماكولو** عن قضية التدخل الجراحي في المرضي المحتضرين" أخلاقيات الجراحة "، في الفصل العاشر في إشكالية العمر المُتقدم Advanced Age، أو الخَرفٌ Dementia . وأثبت عدم الجدوى الجراحي مع المرضي المُحتضرين في غرفة العناية المركزة، في العديد من مؤلفاته ، فمثلاً يقول:" يمكن أن يصبح المرضي

الذين يعانون من أمراض مُتقدمة مثل سرطان المرحلة الرابعة المتقدمة والذين يحتاجون إلى تدخل جراحي سريع ، من أكثر الحالات صعوبة بالنسبة للجراح ، وقد يمثل المريض معضلة أخلاقية إكلينيكية صعبة للجراحين ، فقد يكون المريض مُصابًا بسرطان القولون وانتقل إلى الكبد والرئتين ، وحالته ميئوس منها ، لذلك لا توجد خوارزمية مثالية يجب اتباعها في علاقة الجراح بالمريض المتأخر".(٢٤٨)، كذلك يقرر **لورانس بي ماكولو** :" أن التدخل الجراحي في المرضى المحتضرين لا يحترم كرامتهم لأنه يؤدي إلي نوعية حياة غير مقبولة أو حالة وظيفية غير كافية، أو استمرار الحياة البيولوجية دون استقلالية واعية أو عدم الحفاظ علي كرامة المرضي وهو في مرحلة عمرية متقدمة" (٢٤٩) ، أتفق مع لورانس بي ماكولو بشدة ، فالتدخل الجراحي للمريض وهو على سرير الموت ينتهك كرامة المريض وهو نوع من العبث الجراحي.

ومن جهة أخرى، دافع **لورانس بي ماكولو** عن ضرورة عدم التخلي عن العلاج الجراحي للمريض كبير السن، فقد يكون كبيرًا في السن ولكن بحالة جيدة، فيقول :" حينما يواجه الجراح قضايا نهاية الحياة، يجد صعوبة أخلاقية لا مثيل لها، لأنه تستكشف دراسات الحالات أنه يمكن للجراح فعل المزيد لهؤلاء المرضى أو لا ينبغي لهم فعل أي شيء آخر ، ولكن يجب فعل المزيد لهم ، وتلك هي الإجابة الأكثر الأخلاقية ،لأنه يجب على الجراحين الحفاظ على مصلحة المرضي ، وعلى الرغم من أن الموت قضية أخلاقية معقدة ومزعجة ولكن لا يوجد جراح مُعتادٌ علي إنهاء الحياة بالنسبة لمريض حتى لو كبير في السن " .(٢٥٠)

والواقع ،أن **لورانس بي ماكولو** قد فرق بين التدخل الجراحي في المرضي المُحتضرين والمرضى كبار السن أو المسنين، في كتابه "قرارات الرعاية طويلة المدى ، الأبعاد الأخلاقية والمفاهيمية " ، فقال:" يُعرف المسنين بالأشخاص ذوي القدرة المتناقصة ، وقد تحدث تغيرات عقلية وجسدية في حياة المسن تَجعله يفقد الاكتفاء الذاتي في مرحلة الشيخوخة، ويجب التفكير الأخلاقي في الرعاية الجراحية طويلة المدى من المهنيين الصحيين، ويجب إعادة التفكير في بعض المفاهيم الأساسية بسبب تضارب القيم مع المصالح، لذلك فإن عملية اتخاذ القرار تحتاج الكثير من الجهد الأخلاقي لأن تلك الرعاية

الجراحية تَستَهلك نسبة مُتزايدة من ميزانية الرعاية الصحية، كما أن الرعاية طويلة الأجل هي شريان الحياة لجميع المسنين في دور رعاية المسنين".(٢٥١)

والواقع أن وجهة نظر **ماكولو** حول التدخل الجراحي في المرضي الميؤوس من شفائهم يعد مُعضلة وتحديًا أخلاقيًا كبيرًا يواجه الجراح تتفق مع رؤية ديانا كاردنياس، مورلي، بيتر أنجيلوس، مايكل جوردن، تابي، مارتاسبرنزا، علي النحو الآتي :-

توضح **كارديناس** سبب عدم الجدوى الجراحي في المرضي الميئوس من علاجهم:" يكمن مشكلة عدم الجدوى الجراحي في التكنولوجيا والابتكارات الجراحية وتقنيات الرعاية الجراحية المُطورة التي أعطت القدرة علي إطالة العمر في أشد الظروف قسوة "(٢٥٢). ومن ثم، تصبح الجراحة غير ضرورية للمريض، جراحة غير أخلاقية، وذلك حينما لا توجد أسباب أخلاقية ضرورية لإجراء مثل تلك الجراحة، وتصبح الجراحة وهمية شبحية لأسباب زائفة من أجل مصلحة الجراح(٢٥٣).

كذلك يؤكد **الدكتور مورلي** أنه " يجب علي الجراح أن يصر علي التوقف عن العلاج ويرفض التدخل الجراحي، وقد تصر الأسرة علي استكمال العلاج ، ويجب علي الجراح أن يَستوضح الأمر للأسرة ، بأن أي تدخل جراحي لا يحمل أي فائدة للمريض"(٢٥٤). كما يؤكد **بيتر أنجيليوس** أن معضلة عدم الجدوى الجراحي ترتبط بمشكلة الرعاية الجراحية الحرجة في نهاية العمر، فيقول:" هناك معضلة أخلاقية يجد الجراحون أنفسهم فيها، فكيف أنهم مسئولون علي المحافظة علي الحياة، وفي نفس الوقت يرفضون التدخل الجراحي في حالة المرضي الميئوس من شفائهم، ومن جهة أخري، فهم يطالبون بنوعية حياة معقولة للمرضى، أي أن نوعية الحياة أفضل من إطالة الحياة، ومشكلة هل الجراحة مُجدية مع كبار السن ذوي الأمراض السرطانية الخطيرة ؟ تعني مشكلة عدم الجدوى الجراحي من الجراحة عندما يكون الموت وشيكًا بالمريض الميئوس من علاجه"(٢٥٥). ويقرر **بيتر أنجيليوس** أن مشكلة عدم الجدوى الجراحي تقودنا إلي مشكلة التخلي عن العلاج الجراحي بالنسبة للمرضي الميئوس من شفائهم، وقد يؤدي هذا إلي العديد من الوفيات في وحدة العناية المركزة الحرجة بعد اتخاذ قرار سريري بالتوقف عن التدخلات الداعمة للحياة، يقول:" يجب علي الجراح أن يُقرر عدم جدوي التدخل الجراحي

مع المريض الميئوس من شفائه وأن يدرك أن مثل هذا التدخل الجراحي سَيفشل ، وأنه مجرد عبث جراحي وغير مُجدٍ"[٢٥٦].

كذلك يري الجراح **مايكل جوردن** أن هناك تحديات أخلاقية تواجه الجراحين في جراحات نهاية العمر عند المرضي الميئوس من شفائهم، فيقول:" يقضي العديد من كبار السن الفترة الأخيرة من حياتهم يعانون من الآلام المختلفة، وقد يميلون إلي قرارات تتحدي المبادئ الأخلاقية ، وقد تسبب نزاعًا بين أفراد الأسرة والجراح، ويتمثل التحدي الأخلاقي للجراح في أن مسألة التدخل الجراحي لكبار السن الضعفاء قد يؤدي إلي نتائج سريرية سيئة والي جراحة غير ضرورية وغير مُجدية، وفي نفس الوقت قد يؤدي عدم التدخل الجراحي وعدم إنقاذ حياة المريض إلي نتائج سيئة ، فعلي أي أساس يحتكم الجراح، رغبات المريض وخياراته أم واجبه الأخلاقي؟ " [٢٥٧].

وكذلك ذكرت **مارتا سبرانزا** أنه " تتعارض قيم وخيارات المرضي مع النزاهة المهنية للجراح، ولاسيما في القرارات التي تقترب من نهاية الحياة "[٢٥٨]. وكذلك رأى أستاذ الجراحة **Tibbi** أن :" الجراحين يواجهون مشكلات أخلاقية بشكل مُتزايد عند إجراء العمليات الجراحية للمرضي الأكبر سنًا والذين يعانون من أمراض مُتعددة، ويصبح الجراحون في شك حول أفضل الممارسات الجراحية، وهل قرارهم الجراحي صَائب أخلاقيًا؟ "[٢٥٩].

ويجب أن نضع في اعتبارنا الأخلاقي أن هناك اختلافًا أخلاقيًا بين سحب أو حجب التدخل الجراحي من الجراح وبين رفض المريض نفسه التدخل الجراحي؛ لأنه يختار عدم الألم وعدم التدخل الجراحي، لأنه لا يريد أن يعيش بقية حياته يخضع لعمليات جراحية تلو الأخرى، ويجب علي المرضي كبار السن الميئوس من شفائهم، أن يتخذوا قرار بشأن الطريقة التي يريدوا أن يَعيشوا بها وقد يكون هذا نوع من القتل الرحيم ،لأن مُعاناة المريض لا تطاق ولا تحتمل[٢٦٠].

لذلك أعتقد أن هناك العديد من القضايا الأخلاقية التي تحيط بالتدخل الجراحي في نهاية العمر، أهمها حق المريض في رفض التدخل الجراحي وهل يتم احترام هذا الحق الذي يترجم إلي احترام استقلاليته، وعلي ذلك فإن حق المريض يواجه معضلة أخلاقية، والاستقلالية في حد ذاتها وخاصة المتعلقة بنهاية العمر تثير مخاوف أخلاقية، ومن جهة

أخري، فإنه يجب علي الجراح أن يمتنع عن التدخل الجراحي الذي لا طائل من ورائه إذا ما كان المريض يحتضر فقط ، من أجل الحفاظ علي كرامة المريض واحترام موافقته المستنيرة واستقلاليته، وليس من أجل الصالح العام للمجتمع أو لتوفير التكلفة فقط، لأن التدخل الجراحي غير المُجدي يتعارض مع تخصيص الموارد المحدودة، ويؤدي إلي التوزيع غير المتكافئ ويتعارض مع تحقيق العدالة الصحية.

وتشير Rainmaker إلي أن " الأمر يَتطلب مزيدًا من التفكير الأخلاقي لأن الهدف هو تحسين نوعية حياة المرضى المسنين في نهاية العمر ، وتُطالب الأخلاق الكانطية باحترام كرامة المريض كإنسان علي الرغم من أنه قد يكون هناك مشكلة مع اختيار المريض للموت ورفض التدخل الجراحي المُنقذ لحياته، أما بالنسبة للمرضي الذين يُطالبون بعدم التدخل الجراحي، فيجب عليهم أن ينظروا في عواقب قرارهم علي الآخرين، ويجب أن يُراعي المريض الذي يرفض التدخل الجراحي تأثير قراره علي أهله وأقاربه[٢٦١]. وعلي ذلك فما هي الحلول المقترحة لتلك المشكلة؟

الحلول الأخلاقية المقترحة لمشكلة عدم الجدوي الجراحي : قدم **لورانس بي ماكولو** العديد من الحلول الأخلاقية للتغلب علي تلك المشكلة ورأى أنها تتمثل في الحفاظ على النزاهة المهنية للجراح وتجنب تضارب المصالح، لذلك يقول:" يجب علي الجراح أن يتمسك بالمبادئ الأخلاقية، وأن يتجنب تضارب المصالح وأن يصبح لديه أمانة مع المرضي ونزاهة مهنية وأن يتجنب الجراحة الشبحية عديمة الجدوى، ولذلك فإن علي الجراح أن يُمارس أفضل الممارسات الأخلاقية والتي يترتب عليها أفضل الممارسات الجراحية، كما يجب على الجراح أن يحقق التوازن بين الفوائد والأضرار ، وكيف سيؤثر ذلك على حياة المرضى واستقلاليتهم " .[٢٦٢]

ومن جهة أخرى، يرى **لورانس بي ماكولو** :"أنه في حالة المرضي كبار السن ، غالبًا ما يقع جزء من عملية صنع القرار أو كلها على عاتق الجراح حينما لا يتوافر بديل وكيل ، من أجل إنقاذ حياة المريض ، كما في حالات الطوارئ ، وفي نفس الوقت مُمكن أن تتسبب تلك التدخلات الجراحية للمريض الضرر بدلاً من المساعدة ، لذلك يجب اتخاذ القرار الجراحي على أساس اعتبارات المخاطرة مقابل مصلحة المريض".[٢٦٣] ومن ثم

يقرر **ماكولو** أنه :" يجب الموازنة باستمرار بين أهداف ورغبات المريض والجراحين، مع الأخذ في الاعتبار دائمًا القسم الأخلاقي بعدم الضرر أو عدم التسبب في الضرر" .(٢٦٤)

كما قدمت **ديانا كارديناس** حلولًا أخلاقية لمشكلة عدم الجدوى الجراحي، فتقول:" يجب أخذ مصلحة المريض على محمل الجد ومُراعاة مبدأ عدم الضرر وعدم إلحاق الأذى بالمريض، والإحسان إلى المريض ، مع تجنب أية جراحة غير مُناسبة أو غير مُجدية أو غير ضَرورية و تقييم مخاطر وفوائد العملية الجراحية من خلال خبرة الجراح والأدلة السريرية القاطعة بأن العملية الجراحية ضرورية وستفيد المريض " (*)

كذلك ترفض **انجي وول** التدخل الجراحي للمرضي المحتضرين الأكبر سنًا الذين يعانون من أمراض ميئوس، فتقول:" تصبح الجراحة غير مُجدية عندما تنتهك كرامة المرضى المُسنين لذلك يجب التوقف عن إجراء العمليات الجراحية في المرضي الأكبر سنًا والمُحتضرين". (٢٦٥)

أعتقد أن رفض التدخل الجراحي المُنقذ للحياة في المرضي المُسنين وكبار السن بحجة أنهم ميئوس من شفائهم ، أو توفير التكلفة والنفقات، يعد نوع من القتل العمد من الجراح ، يعرض الجراح للوم الأخلاقي لأن قراره الجراحي بالتخلي عن العلاج يعد قرار غير أخلاقي، ويتعارض مع مبدأ عدم الضرر ومبدأ الإحسان ومع مبدأ العدالة، وقد يعرض المريض للموت، فمن حق كل مريض أن يحصل علي الرعاية الجراحية، ومن جهة أخرى، من الذي يقرر أن هؤلاء المرضي ميئوس من شفائهم؟ وهل يكفي مُبرر عدم التدخل الجراحي لأنهم أكبر سنًا؟ لذلك اعتقد أنه يجب علي الجراح أن يقوم بواجبه تجاه المرضي سواء كانوا أطفالاً أم كبارًا في السن، أما مسألة ميئوس من شفائهم ، فهذا ليس من شأنه ، ونوع من الغرور الجراحي الذي لا نقبل به، وفي اعتقادي أنه يُعتبر التدخل الجراحي عديم الجدوى في حالة المرضي المحتضرين فقط .

٢-الأخطاء الجراحية: Surgical Errors

أولاً : أسباب الخطأ الجراحي : يرجع **لورانس بي ماكولو** الأخطاء الجراحية إلي سوء الممارسة الجراحية Malpractice Surgical ، فيقول :" تكمن المشكلة في أنها أزمة مسئولية على أية حال Liability Crisis Any way".(٢٦٦)

ومن جهة أخرى ، ترجع الأخطاء الجراحية إلي الاهمال الطبي عن قصد أو غير قصد ، وهناك حالات وفيات كثيرة ناتجة عن الخطأ الجراحي، كما أن الأخطاء الجراحية يمكن أن تؤخر الشفاء وقد تُسبب الموت البطيء والمعاناة والألم للمريض، ويوضح جراح المخ والأعصاب **توماس رزيق** أسباب الأخطاء الجراحية، فيقول:" هناك خطأ جراحي راجع إلي خطأ في الحكم والتشخيص وهذا ناتج عن عدم كفاية المعرفة أو تفسيرها بشكل صحيح، وهذا يؤدي إلى وفاة المرضي، وهناك خطأ جراحي يُصنف بأنه خطأ فني نتيجة الصناعة مثل المعدات الجراحية المُعيبة، وقد يحدث الخطأ الجراحي نتيجة لخطأ تقني مثل بتر الساق الخطأ، وقد يحدث الخطأ الجراحي بسبب قلة الموارد أو ندرة الموارد، وقد يصبح الخطأ الجراحي خطئًا معياريًا وهو يتعلق بالسلوك الشخصي للجراح مثل عدم التدريب الجراحي، وقد يكون سبب الخطأ الجراحي هو التشخيص السيء أو التخدير" [٢٦٧]. وقد يكون سبب الخطأ الجراحي هو الإهمال الطبي، وهذا يعد خرقًا للممارسة الجراحية الأخلاقية .

ولا تكمن المشكلة في الخطأ الجراحي نفسه، بل المشكلة تكمن في تكراره ، ويوضح **توماس رزيق** سبب تكرار الخطأ الجراحي، بعدم توثيقة في السجلات الرسمية، لذلك يقول: "هناك أحجام عن توثيق الخطأ الجراحي في السجلات الرسمية بسبب المسئولية القانونية، وهذا أحد الأسباب الرئيسية لتكرار الخطأ الجراحي نفسه، وما يقلل من الأخطاء الجراحية هو حالات الإبلاغ الذاتي"[٢٦٨]. توضح هذه النصوص أن أحد أسباب الأخطاء الجراحية هو عدم توثيقها، بسبب عدم امتلاك الجراح الشجاعة الكافية للاعتراف بخطائه وهذا يؤدى إلي تكرارها.

توضح أ. **كلارا** جراح الأوعية الدموية أسباب الأخطاء الجراحية فتقول :" قد تحدث الأخطاء الجراحية بسبب السيناريوهات الجراحية المعقدة، مثل نُدرة موارد المستشفى وعدم كفاءة الأجهزة الجراحية وقد يتم اتخاذ القرار الجراحي بسرعة لسوء حالة المريض الصحية ، ومن جهة أخرى، قد تحدث الأخطاء الجراحية لأن الجراحين غير مُلمين بأوضاع المرضي الصحية فقد يكون المريض الجراحي مريض قلب أو ضغط دم مرتفع أو لديه حساسية من البنسلين أو لدية سرعة ترسيب أو مريض سكر يمنع من التئام الجراحة، كل هذا قد يؤدي إلى حدوث أخطاء أثناء الجراحة، وكل هذه العوامل تسهم في عملية الصراع

الأخلاقي لدي الجراح لأنه يرتكب أخطاء جراحية"[٢٦٩]. وينظر معظم الجراحين إلي الأخطاء الجراحية علي أنها واردة الحدوث ومُبررة أخلاقيًا، فمثلاً، يري **Tibbi** أن : " أفضل الجراحين غير معصوم من الخطأ الجراحي" .[٢٧٠]

أعتقد أنه لا يمكن الدفاع عن وجهة نظر الجراحين من أن الخطأ الجراحي مُبرر أخلاقيًا، وأن أفضل الجراحين غير معصوم من الخطأ الجراحي لأن كل تلك الأخطاء الجراحية سببها الاهمال من الجراح ، ومن الممكن تفاديها إذا احتكم الجراح إلي ضميره المهني وقدس مصلحة المريض، ووضع نفسه مكان المريض وشعر بمعاناته ، واستخدم التفكير الأخلاقي، والجدير بالذكر، أن الأخطاء الجراحية تحدث أثناء العملية الجراحية فقط في حين أن المضاعفات الجراحية تحدث بعد العملية الجراحية.

ثانيًا :الحلول الأخلاقية المقترحة للتقليل من الأخطاء الجراحية: يتمثل **الحل الأول** في التعلم من الخطأ ومعرفة أسباب تلك الأخطاء الجراحية لتفاديها، والتعويض القضائي للمريض ، يؤكد **لورانس بي ماكولو** على أنه لا ينبغي أن نسمح بارتكاب نفس الأخطاء الجراحية لمدة ثلاثين عامًا، وأنه يمكن للجراح تعلم المشاكل الزاحفة التي تصاحب التعلم بالخطأ والتجربة، وأن ندرس بتفكير عقلاني أسباب الأخطاء الجراحية لنتجنبها في المستقبل".[٢٧١]

ومن جهة أخرى، دافع **لورانس بي ماكولو** عن حقوق المرضى الذين يقعون ضحية هذا الجراح المختل Impaired Surgeon، وأن من حقهم مقاضاة هذا الجراح قضائيًا ورفع دعاوي قضائية عليه.[٢٧٢]، وكذلك يري **توماس رزيق** أن ارتكاب الجراح للأخطاء الجراحية تجعل الجراح مُعرضٌ للوم الأخلاقي، لذلك فهناك حاجة إلي تعويض المريض عما لحقه من ضَرر بالتقاضي، كما رأي افلاطون (العدالة التعويضية)" .[٢٧٣].

ويتمثل **الحل الثاني** في الإبلاغ الذاتي عن الخطأ الجراحي من أجل تَجنب تكراره ولكن هذا يقتضي من الجراح أن يتحلى بالشجاعة والمسئولية الأخلاقية، وهذا عبر عنه **توماس رزيق:** "يجب علي الجراح أن يناقش الأخطاء الجراحية في مؤتمرات علمية دولية بمنتهي الشفافية، ويجب تسجيلها رسميًا لمعرفة أسبابها وتجنب حدوثها، ويجب علي الجراح أن يحافظ علي صحة مرضاه بأن يتحلى ببعض الفضائل مثل الثبات والعدالة في معالجة مسائل الخطأ الجراحي"[٢٧٤]، ولكن من دواعي الأسف الأخلاقي أن الذي يضغط

علي الجراح في عدم إظهار خطئه الجراحي هو خوفه من التقاضي، الذي يمنعه من مناقشة أخطائه الجراحية، لذلك يقول **توماس رزيق:**" إن التهديد بالتقاضي يجعل مناقشة الأخطاء الجراحية شبه مستحيلة" .[٢٧٥]

الحل الثالث : الوصول إلى الاحتراف الجراحي: أعتقد أنه يمكن تقليل الأخطاء الجراحية بأن يمتلك الجراح الاحتراف الجراحي ، أي المهارة الجراحية والكفاءة الجراحية، وأن يتأكد من جودة فريقه الجراحي وظروف العملية الجراحية والأدوات الجراحية أنها غير مَعيبة ، ومن جودة غرفة العمليات الجراحية، والإضاءة الملائمة وسلامة الأجهزة الجراحية والتواصل الكافي مع المرضى، لذلك فإنه يجب علي الجراح تقليل الأخطاء الجراحية من أجل إنقاذ المزيد من الأرواح .

ومن جهة أخري ، يمكن تقليل الأخطاء الجراحية بالوصول إلى التميز في تقديم الرعاية الجراحية وذلك بأداء عملية جراحية لا تشوبها شائبة من الناحية الفنية، وذلك من خلال تدريب الجراحين والتركيز المكثف على الجوانب التقنية للجراحة"[٢٧٦]. وعلاوة علي ذلك، يمكن تقليل الأخطاء الجراحية بتقديم رعاية جراحية جيدة وتوفير رعاية آمنة وفعالة وحسنة ومركزة على المريض، ويضع هذا المفهوم المريض في قلب المعادلة ، وهذا يتطلب تطوير مجموعة إضافية من المهارات من قبل الجراحين بما في ذلك قدرات الاتصال المناسبة ومعرفة المبادئ الأخلاقية وإدماج هذه المبادئ في ممارسة الجراحة. "[٢٧٧]. توضح هذه النصوص إنه يمكن تقليل الأخطاء الجراحية حينما تصبح الجراحة مُمارسة أخلاقية ويصبح الجراح فاعلاً أخلاقيًا، ويضع نفسه مكان المريض ويطبق مبدأ عدم الضرر والإحسان.

الحل الرابع : تدريس الأخلاقيات في برامج الجراحة من أجل رفع المعايير الأخلاقية للجراحة ومن أجل إيجاد منهج عملي للمشاكل الأخلاقية في الطواري الجراحية ومن أجل القضاء علي الأخطاء الجراحية [٢٧٨].

الحل الخامس : الاهتمام بالتشخيص الجراحي، ترى أ. **كلارا** جراح الأوعية الدموية :" أنه يمكن تقليل الأخطاء الجراحية بتزويد الجراحين بمنطق أخلاقي واضح في التعامل الجراحي مع المرضى في حالة التشخيص والعلاج، بمعني أنه قد ينشأ الخطأ الجراحي

من التشخيص الجراحي الخاطئ ، لذلك يجب الاهتمام بالتشخيص الجراحي وأن يستخدم الجراح الابتكارات الجراحية في التشخيص [٢٧٩].

مشكلة المضاعفات الجراحية Surgical Complications

يشير **لورانس بي ماكولو** إلى **المضاعفات الجراحية** [٢٨٠*] باعتبارها أهم التحديات الأخلاقية التي تواجه الجراح ، فيقول :" يتحمل الجراح بعد الجراحة قدر كبير من المسئولية الأخلاقية عن تعريض المريض للمخاطر الجراحية لأسباب كثيرة مثل التشخيص الخاطئ، ولكن الأكيد أنه لا يوجد تدخل جراحي بدون وجود مضاعفات جراحية ، ولا يجب أن يتجاهل الجراح حدوث مثل تلك المضاعفات الجراحية ، ويجب أن يقول لمريضه الحقيقة ويخبره عن احتمال وجود مثل تلك المضاعفات التي تتحقق بعد كل عملية جراحية " .[٢٨١]

والسؤال الذي يتبادر إلى أذهاننا الآن، ما أسباب حدوث تلك المضاعفات الجراحية؟ وما الحلول الأخلاقية الممكنة لها؟

ثانيًا: أسبابها: يرى **دانيال سوكول** أنه قد يكون سبب المضاعفات الجراحية خداع وتجاهل الجراح وتقليله من خطورة المضاعفات الجراحية، لذلك يقول: " قد يقلل الجراح أو يتجاهل المضاعفات الجراحية أو يقلل من خطورتها ويخدع مرضاه، ولا يقول لهم الصدق بشأن هذه المضاعفات الجراحية، ولاسيما إذا ما كانت المضاعفات أكثر خطورة، وخاصة إذا ما كان المريض مُغنيًا مشهورًا والجراحة ستجرى له في الحبل الصوتي، ومن المحتمل أن يضر ذلك صوته" [٢٨٢].كما يشير**دانيل سوكول** إلي أنه:" قد يكون سبب المضاعفات الجراحية ، عدم خبرة الجراح، فالجراح الأكثر خبرة جراحية لا توجد لديه احتمالية حدوث مضاعفات جراحية ، وقد يكون الجراح كبير في السن ووصل إلى سن التقاعد وضعف بصره، لذلك قد تصبح الجراحة دون المستوي المطلوب ، ومن جهة أخري قد يزداد حدوث المضاعفات الجراحية بسبب الخطأ البشري، وقلة النوم وضعف التركيز والتوتر، ومن جهة ثالثة، قد يكون سبب حدوث المعضلات الجراحية هو عدم تأكد الجراح من أن المعدات الجراحية التي لديه تعمل بكفاءة لذلك تكون دون المستوي الأمثل، لذلك تُهدد المعدات المُعيبة رعاية وسلامة المرضي في غرفة العمليات مع الجراحين، وقد تحدث المضاعفات الجراحية عندما لا يستفيد الجراح من التقنيات الجديدة التي تقلل من حدوث

المضاعفات الجراحية، وقد يؤدي ضعف التواصل بين المريض والجراح إلي عدم معرفة المريض مخاطر التدخل الجراحي .أو ضعف التواصل حتي بين الجراح وطبيب التخدير أو الممرضين في غرفة العمليات، ويمكن أن يؤدي الاتصال دون المستوي المطلوب مثل التعليمات غير الواضحة من الجراح بشأن المريض الي سوء فهم وفشل العملية الجراحية وتقليل الكفاءة بين الفريق الجراحي، وقد تحدث المضاعفات الجراحية بسبب عدم تلقي الجراحين التدريب الكافي لرفع معاييرهم الجراحية، وقد تحدث المضاعفات الجراحية لأسباب لا دخل للجراح فيها، وذلك بسبب عدم مقدرة المريض على البقاء فترة أطول في المستشفى بعد العملية الجراحية، وعدم مقدرة الجراح علي متابعة تطورات العملية الجراحية بسبب العبء الاقتصادي والمادي الواقع علي المريض، ومن جهة أخري، قلة الموارد الصحية لأن هذا يستنزف الأموال ويؤدي إلى فترات انتظار أطول للمرضي الآخرين"[٢٨٣]

ويري **مايلز ليتل** أنه :" قد تحدث المضاعفات الجراحية بسبب عدم اليقين والنتائج غير المؤكدة ، فقد لا تساعد طبيعة أمراض معينة الجراح من التنبؤ باضطرابات ومضاعفات خطيرة ، وقد يكون سبب المضاعفات الجراحية هو التشخيص الخاطئ ، لذلك فإن التشخيص الصحيح هو دائمًا القاعدة لتقليل المضاعفات الجراحية".[٢٨٤]

وصفوة القول، أن وجود المضاعفات الجراحية بعد العملية الجراحية، تعكس فشل الجراح مع المريض وهذا يولد الشعور بالذنب وثقل الضمير لدى الجراح، ويجعله يتحمل مسئولية أخلاقية كبيرة عن مرضاه، فهذا بخلاف المسئولية الأخلاقية التي يتحملها الطبيب الذي عادة ما يصف النتيجة غير الناجحة على أنها فشل المريض في الاستجابة للعلاج، أو فشل الدواء في علاج المريض، ومن ثم يعد الجراحون مسئولين عن العملية الجراحية وما بعد العملية الجراحية، وعلي المدي الطويل متابعة وإدارة مضاعفات ما بعد الجراحة[٢٨٥].

الحلول الأخلاقية المقترحة لمشكلة المضاعفات الجراحية:

أولاً : الحل القانوني ، ضرورة مُعاقبة الجراح على النتائج الجراحية السيئة ومقاضاته جنائيًا، وفي ذلك تقول **انجي وول:** " يجب مُعاقبة الجراحين علي النتائج الأسوأ، ويعتبر الجراح مسئولًا في حالة حدوث خطأ جراحي، وقد يكون سبب هذا الخطأ هو الإهمال الطبي، وذلك من أجل تقليل المضاعفات الجراحية ومن أجل إنقاذ الأرواح"[٢٨٦]. وكذلك

يقول **دانيال سوكول:**" يجب أن يحصل المريض علي تعويض مالي من الجراح بسبب خطئه الجراحي".(٢٨٧)

ثانيًا: الحل الأخلاقي، هناك التزامات أخلاقية علي الجراحين بتقليل تكرار المضاعفات الجراحية لذلك يجب على الجراحين: " تجديد مهارتهم ومعارفهم من خلال حضور الندوات وورش العمل والمؤتمرات والاطلاع على آخر التطورات، ويجب علي الجراحين أن يصفوا تجاربهم الجراحية في مقالات في المؤتمرات لكي يستفيد الجراحون المبتدئون من أي دروس جراحية، ومن جهة أخري لضمان نجاح العملية الجراحية فإنه يجب علي الجراح التأكد من حصول فريقه علي قسط كافٍ من النوم، والتأكد من أن جميع المعدات الجراحية تعمل، كذلك يجب علي الجراح أن يمتلك الكفاءة الجراحية والقدرة علي مُمارسة الحكم السليم والتطوير المهني المستمر بالإضافة إلى مهارات الاتصال الجيد مع المرضى"(٢٨٨). توضح هذه النصوص العديدة أنه يجب أن يكتسب الجراح الاحترافية الأزمنة التي تجعله يَمتلك الخبرة الكافية ، كما يجب عليه أن يتلقى التدريب الجراحي الكافي لكي يكتسب الكفاءة الجراحية وحينئذ لا يعرضون المرضي لأي مخاطر جراحية، ولا يجب علينا أن ننسي أنه من الواجب الأخلاقي علي الجراح الذي تقدم به السن ووصل إلي سن التقاعد أن يتقاعد حرصًا علي سلامة المرضي.

والجدير بالذكر، أن من أهم أسباب الاهتمام الأخلاقي بالمضاعفات الجراحية هو أنها تَعد سببًا رئيسيًا للوفاة والإعاقة في جميع أنحاء العالم، لذلك فإن العملية الجراحية الآمنة تُنقذ الأرواح ، ويجب منع الضرر الناجم عن التخدير ، وحماية المريض من الألم ، ويجب أن يستعد الفريق الجراحي لفقدان الدم المرتفع بشكل فعال، ويجب علي الجراح تقليل مخاطر عدوي الجراحة بتطهير الجلد للوقاية من تلوث الجرح في غرفة العمليات، وأن يضمن تعقيم الأدوات الجراحية للتحقق من السلامة الجراحية.(٢٨٩)

ثالثًا : استخدام التدقيق الجراحي، يعتقد الدكتور **رافي كانت** أستاذ الجراحة، أنه يمكن تقليل المضاعفات الجراحية باستخدام **التدقيق الجراحي(*)**، وفي ذلك يقول: " يهدف التدقيق الجراحي إلي تحسين الجودة وتحسين رعاية المرضي والنتائج الجراحية، وتقليل المضاعفات الجراحية بتحسين الممارسة الجراحية، وتحسين نوعية الحياة للمرضي وتقليل الأعراض والآثار الجانبية للجراحة، لذلك يجب أن يُغطي التدقيق الجراحي معظم المرضي

الذين خضعوا للعمليات الجراحية" [٢٩٠]. يوضح هذا النص أن التدقيق السريري هو الطريق إلي التدقيق الجراحي، وكلاهما هدفه تقليل المضاعفات الجراحية ومن ثم مصلحة المريض الجراحي.

رابعًا : استخدام التشاور الأخلاقي، يوضح **لورانس بي ماكولو** أهمية التشاور الأخلاقي مع الجراحين وضرورة أخذ رأي جراح آخر في المعضلات الأخلاقية التي تواجه الجراحين ، فيقول :" هناك حاجة إلي التشاور الأخلاقي بين التخصصات الجراحية وغير الجراحية ، لتقليل من المضاعفات الجراحية، فالمعضلات الأخلاقية كثيرًا ما تحث علي الاستشارات الأخلاقية؛ لأنه يتحمل الجراحون درجة عالية من المسئولية عن مرضاهم" [٢٩١]. وأعتقد أيضًا أنه يجب بالإضافة إلى الاستشارات الأخلاقية ، أن تكون هناك استشارات جراحية قبل التدخل الجراحي ، وكما يقول **توماس بيرسيفال** :" ينبغي استشارة الجراحين قبل أي عملية جراحية ورضا الغالبية منهم ، ويجب أن نُشجع علي الاستشارات الجراحية".[٢٩٢]

خامسًا: تدريس أخلاقيات الجراحة، يجب تدريس الأخلاق في المناهج الجراحية لكي يتعلم الجراح ويكتسب مهارات التحليل الأخلاقي، لأن الأخلاق تُعلم الجراح أن يَتَصرفٌ وفقًا لمصلحة المريض، وأن يكون الجراح جديرًا بثقة المريض[٢٩٣]. ويؤكد أستاذ الجراحةِ **Liao Appiah** علي ضرورة تعليم أخلاقيات الجراحة، فيقول: " يجب تدريس أخلاقيات الجراحة في التدريب الجراحي ويجب دمجها في الممارسة العملية، ويجب إنشاء منهج أخلاقي رسمي تلعب فيه أخلاقيات الجراحة دورًا حيويًا في الرعاية العالمية للمرضي من أجل مواجهة المضاعفات الجراحية" [٢٩٤].

المطلب الثاني: مشكلة صعوبة الحصول علي الموافقة المستنيرة

تتكون مشكلة الموافقة المستنيرة من ثلاث معضلات وهي صانع القرار البديل، صعوبة قول الحقيقة والإفصاح الكامل للمريض، فقدان الثقة وعدم احترام السرية، وذلك علي النحو التالي:-

من أهم التحديات الأخلاقية التي تواجه الجراح في الممارسة الجراحية هي صعوبة أخذ الموافقة المستنيرة الإكلينيكية وذلك حينما تَتَعارض الموافقة المستنيرة مع مبدأ عدم إلحاق الضرر بالمريض، ولقد عبر عن تلك المشكلة **لورانس بي ماكولو** حين قال:" تهدف

الموافقة المستنيرة الإكلينيكية إلى حماية الاستقلال الذاتي للمرضى، وهي تحمل أهمية أخلاقية سريرية كبيرة للجراح، ومن الضروري الاستيفاء بشروطها والوفاء بمتطلباتها، ولكن هناك حالات أكثر تعقيدًا يَصعب أخذ الموافقة المستنيرة فيها، مثل حالة المرضى النفسيين، حيث تزداد المشكلة تَعقيدًا، لأنه غالبًا ما تكون قدرة المريض ذاتها موضع تساؤل".[٢٩٥]، وكذلك يقول **لورانس بي ماكولو** في موضع آخر:" هناك حالات تصبح فيها الموافقة المستنيرة مُستحيلة ، فمثلاً عندما نجد سيدة تبلغ من العمر ٨٨ عامًا، ومصابة بمرض الزهايمر وترفض اعطاء موافقتها على استئصال مرض خبيث وهي محتجزة في غرفة العمليات وترفض إجراء الجراحة، فهل يتم تخديرها وجرها إلى غرفة العمليات؛ لأن هذا الإجراء الجراحي سَيحافظ على حياتها لأنه من واجب الجراح أن يُحافظ على حياتها ولا يضرها، أم يتم احترام استقلاليتها المتمثلة في أخذ موافقتها المستنيرة " .[٢٩٦]

وعلى هذا، يرى **لورانس بي ماكولو** أنه يجب أن يتساءل الجراح عن قُدرة المريض عن إعطاء الموافقة المستنيرة واتخاذ القرار الجراحي، لذلك يقول :" قد يُوقع المريض على استمارة الموافقة المستنيرة، ولكن يحدث تغيير مفاجئ في موقفه بسبب القلق الذي يشعر به ، وينبغي على الجراح إعادة تقييم ظروفه الحالية وقدرته على اتخاذ القرار لكي يحترم المريض ، والتفسير الأكثر ترجيحًا لرفض المريض الجراحة ، هو أنه في فترة تفاقم من الخرف ، وقد يكون الوصول إلى غرفة العمليات الجراحية دون تخدير هو أمر كافٍ ومُرهق للمريض الُمسن الذي أنهكه المرض ، لذلك يجب تأجيل الجراحة مؤقتًا واحترام استقلالية المريض ، ويجب على الجراح أن يسأل نفسه هل يوافق على إجراء الجراحة بعد تخليصه من نوبات القلق الحاد المرتبط بفترة ما قبل الجراحة، لأنه هذا القلق يؤثر على قدرة المريض على التفكير ، وفي نفس الوقت لا يجب خداع المريض لأن هذا غير أخلاقي بشكل واضح وفيه إكراه للمريض ".[٢٩٧]

واذا ما كان **لورانس بي ماكولو** قد برهن على أن هناك تحديات كثيرة أمام تحقيق متطلبات الموافقة المستنيرة الإكلينيكية، فأننا نجد كذلك كل من دجلاس وود، روبرت ساد، وسان زيمو، قد أكدوا على نفس المعنى، فمثلاً يعتقد دوجلاس وود أنه تَعد الموافقة المستنيرة تحديًا أخلاقيًا خاص بالجراح وهو يحاول أن يَصنع القرار الجراحي القائم علي

الأدلة ، لذلك يقول:" تَتَعارض الموافقة المستنيرة مع تدخل الجراح الوقائي الأولي لصالح المريض، بمعني أن عدم موافقة المريض تعني أن الجراح لم يتخذ قراره علي أدلة كافية" [٢٩٨]. ومن جهة أخرى ، فهناك مواقف يصعب الحصول فيها علي الموافقة المستنيرة من المريض مثل الغيبوبة واضطراب ما بعد الصدمة، لذلك يقول **روبرت ساد:** " قد تكون القدرة علي أخذ الموافقة المستنيرة من المريض غائبة أو تتضاءل بعدة طرق مختلفة ، فقد يُصاب المريض بالعجز بسبب المرض مثل السكتة الدماغية، الخرف، إصابات الدماغ، الرضيع ، الأطفال ، الإعاقات العقلية الشديدة، وفقدان الوعي المؤقت، والقاصرين"[٢٩٩]. وكذلك يبرهن **روبرت ساد** على أنه توجد حالات كثيرة يصعب أخذ الموافقة المستنيرة الجراحية من المريض، فيقول:" قد يقوم الجراح باستئصال القولون لمريض ثم يُفاجئ بسرطان كلوي كبير فيضطر إلى استئصاله دون موافقة المريض، وقد يحتاج الجراح إلى استئصال الرحم في حالات الطوارئ للسيطرة علي النزيف بعد الولادة، ولكن مهما كان قرار الجراح المُتخذ، فإنه يجب عليه أن يكون مُستعدًا لتبرير قراره أمام المحاكم، وهذا يجعل من الصعب أخذ الموافقة المستنيرة من المريض، وهذا يُعرض الجراح للمسائلة القانونية ، بالرغم من أنه يُؤدى واجبه ويحافظ علي مصلحة المريض وحياته" .[٣٠٠] ويري البعض أن الموافقة المستنيرة تحمل معوقات خطيرة مثل ضيق الوقت أو صعوبة لغة الجراح والتي لا يفهمها المريض، لذلك يقول**Sana Zoeini:**" قد تكون هناك صعوبة في أخذ الموافقة المستنيرة بسبب ضيق الوقت، أو استخدام الجراح لمصطلحات طبية لا يفهمها المريض بسبب مستواه التعليمي"[٣٠١].

أ- <u>مشكلة صانع القرار البديل</u> :يوضح **لورانس بي ماكولو** كيف أن مشكلة صعوبة الموافقة المستنيرة الإكلينيكية ترتبط بمشكلة صانع القرار البديل، فمن هو صانع القرار البديل؟، يقول **ماكولو**:"هناك صعوبات أخلاقية يواجها الجراحون في الممارسة الجراحية، ومن أهم تلك الصعوبات الأخلاقية صعوبة أخذ الموافقة المستنيرة من المريض المضطرب القلق الذي يخاف أن يصدر أو يتخذ قرارات ذات عواقب خطيرة، وهنا يصبح المريض غير قادر علي أن يشارك الجراحون في القرار الجراحي المشترك، وهنا يظهر دور صانع القرار البديل"[٣٠٢].

ولقد عبرت **انجي وول** عن **مشكلة "صانع القرار البديل"**(*) فقالت:" يجب أن يكون هناك فاعل ووكيل للمريض له الحق في التصرف نيابة عنه أثناء الجراحة، وهو صاحب القرار الجراحي البديل، فقد يكون المريض غير قادر علي فهم طبيعة الإجراءات الجراحية أو غير قادر علي اتخاذ القرار الجراحي، أو يفتقر إلي القدرة علي اتخاذ القرار الجراحي لأنه لا يمتلك الكفاءة ، أي سلطة اتخاذ القرار أو غير مُؤهل لاتخاذ القرار، وحينئذ يتم اتخاذ القرار من قبل صانعي القرار البديل، وهذا الشخص يجب أن يكون لديه توكيل رسمي عام دائم لاتخاذ القرارات نيابة عن المريض، ويتم تحديد هذا في وثائق مكتوبة ، وتكمن مشكلة صانع القرار البديل حين يتخذ قرار للمريض لا يتفق مع رغباته وميوله"(*)

ب- مشكلة قول الحقيقة والإفصاح الكامل للمريض: هناك صعوبات أخلاقية أخري تواجه الجراحين في الحصول علي الموافقة المستنيرة الإكلينيكية، وهي مشكلة الإفصاح الكامل للمرضي أو مشكلة قول الحقيقة كاملة للمرضي لأن الإفراط في التفاصيل للمرضي يؤدي إلي نتائج عكسية قد تُربك المريض، ولقد عبر عنها **Adedeji** فقال:" من أهم المبادئ الأخلاقية التي يجب أن يتمتع بها الجراح الجيد هو قول الحقيقة للمرضي ، وتتعلق المشكلة بدرجة الإفصاح اللازمة للوفاء بشروط الموافقة المستنيرة، وما هو مقدار المعلومات الكافية للمرضي؟ وعلاوة علي ذلك فإن المعلومات الزائدة قد تُخيف المريض وتجعله يرفض العملية الجراحية، وهذا يهدد حياته ويلحق به الضرر، وكذلك في المقابل، قد يؤدي عدم شرح المضاعفات الجراحية المحتملة ولاسيما إذا ما كانت المضاعفات الجراحية أكثر خطورة إلي إلحاق الضرر بالمرضي أيضًا" (*)

وهذا هو ما عبر عنه **كيمار جين** حين قال: " يمكن أن تُقلل المعلومات الزائدة من استقلالية المريض بدلًا من تعزيزها عن طريق ارباك المريض، فالمعلومات الزائدة قد تُخيف المريض من المضاعفات الجراحية ومن اجراء العمليات الجراحية نفسها، ويرفض المريض إجراء العملية الجراحية وقد تُصبح المضاعفات الجراحية نَادرة الحدوث، ولذلك يجب وضع معيار أخلاقي يُحدد مقدار المعلومات التي يجب تقديمها للمريض من قبل الجراح عن العملية الجراحية المتوقعة"(٣٠٣).

ومن جهة أخرى، عَبرت **أنجي وول** عن صعوبة قول الحقيقة ، فقالت:" أن هناك مواقف صعبة ومشاعر مؤثرة قد لا يستطيع الجراح إبلاغ المريض بحقيقة مرضه المميت،

وفي كثير من الأحيان، يواجه الجراحون صعوبة في إبلاغ المريض بالحقيقة التي تطلبها عملية الموافقة المستنيرة، كأن يُخبر المريض بأنهم سيقومون بإخراج كبده ووضع كبد جديد له، لذلك يكون غالبًا من الصعب تحقيق شروط الموافقة المستنيرة مثل شرط الإفصاح" (٣٠٤).

جـ) مشكلة فقدان الثقة (مشكلة عدم احترام السرية) Confidentiality،تحدث **لورانس بي ماكولو** عن السرية في كتابة " أخلاقيات الجراحة "، فقال :" تعتبر قضية السرية من أهم القضايا الأخلاقية في الممارسة الجراحية الإكلينيكية ، وهي تُعبر عن علاقة الجراح بالمريض . (٣٠٥)

كذلك يقول **لورانس بي ماكولو** في موضع آخر :" ماذا على الجراح أن يفعل اذا ما أخبره المريض الذي أصيب بطلق ناري في الشريان الفخذي الذي قمت أنت بإصلاحه في غرفة العمليات بالأمس ، بأنه قتل شابًا بسبب صفقة مخدرات؟! ، اعتقد أن الاحتراف الجراحي يتطلب السرية التامة وربما كان الشخص المُدان قد أخطأ في حقه ويستحق في النهاية ما حصل له ، وفي النهاية لا يجوز للجراح الكشف عن المعلومات الشخصية أو أسرار المريض ، ومن جهة أخرى لا يجوز للجراح أن يُسجل عمليته الجراحية فيديو ويعطي بيانات شخصية للمريض ، لأنه يجب أن تكون البيانات مجهولة الهوية".(٣٠٦) يوضح هذا النص أن لورانس ماكولو حافظ على مبدأ السرية ولم يسمح بانتهاكه أو اختراقه تحت أي مُبرر.

عبر **بيتر أنجيلوس** عن مشكلة فقدان الثقة في الجراح لأنه فشل في الحفاظ علي سرية معلومات المريض، حيث قال:" من أهم المشكلات التي تواجه الجراحين مشكلة فقدان الثقة في الجراح بسبب عدم المحافظة علي مبدأ السرية، وهذا يُدمر العلاقة بين المريض والجراح ولا يوجد مُبرر أخلاقي لكسر تلك الثقة "(٣٠٧).

ولقد عبر **لورانس بي ماكولو** عن إشكالية فقدان الثقة أو السرية بصورة أكثر تفصيلًا، وذلك حينما أوضح أن هناك إشكالية حقيقية بين واجب الجراح الأخلاقي في الحفاظ علي سرية معلومات المريض وبين واجب الجراح في أن يعلم الجراحين المبتدئين ويدربهم تدريب جراحي ، فيقول مثلاً:" يجب علي الجراح أن يُحافظ علي السرية، وفي نفس الوقت يجب علي الجراح في المؤتمرات الجراحية أن يقوم ببث جراحي مُباشر ويُقدم

الجراح المُتمرس للجراحين المتدربين طريقة أداء العملية الجراحية المبتكرة في المؤتمرات الجراحية ، وهذا من شأنه أن يُوفر فُرص تدريب ممتازة؛ لأنها تسمح للجراحين المبتدئين بمشاهدة العملية الجراحية، واكتساب خبرات جراحية من جراحين مشهورين عالميًا، والهدف من ذلك تقديم المعرفة الجراحية من أجل الصالح العام ، ومع هذا، فإن هذه الممارسة تتجاهل العديد من الاعتبارات الأخلاقية مثل فقدان الثقة" (٣٠٨). كذلك نرى **الدكتور مورلي** يسمح بانتهاك السرية ، ويقدم مبررات أخلاقية على ذلك، فيقول:" يكشف المريض للجراح معلومات خاصة به، وقد يتم انتهاك وكسر السرية، إذا كان هناك خطر علي المريض نفسه أو علي الآخرين أو من أجل المصلحة العامة"(٣٠٩).

ومن جهة أخرى ، أوضح **لورانس بي ماكولو** أن مفهوم الاستقلالية يُمثل مشكلة في سياق الحالات الجراحية المزمنة ، لذلك يقول: "عادة ما يَنهار الالتزام بمفهوم الاستقلالية بسبب الرعاية الجراحية المُزمنة ، ولا يستطيع المريض أن يتخذ قرار بسبب حالته المزمنة ، وهنا يفتقر المريض إلي الاستقلالية التنفيذية وقد يكون لدى المرضي حواجز تعليمية وثقافية". (٣١٠)

الحلول المقترحة لمواجهة مشكلات صعوبة تحقيق متطلبات الموافقة المستنيرة

يُقدم **لورانس بي ماكولو** الحلول الأخلاقية الممكنة لمشكلة الموافقة المستنيرة ، بأن يؤكد علي قيمة الموافقة المستنيرة كقاعدة عامة ولكن لها استثناءات ، فيقول :" يجب أخذ الموافقة المستنيرة علي محمل الجد لأنها تدعم قيمة الاستقلالية الفردية كما توفر ضمانًا للمرضي في أن لا ينخدعوا أو لا يكرهون ، لذلك يجب تطوير علاقات مع المرضي تغرس الثقة وتُسهل التواصل، وتُركز على استقلالية المريض والقرار المشترك".(٣١١)

وعلى هذا يؤكد **لورانس بي ماكولو** على أنه تُعتبر الموافقة المستنيرة مُناسبة لجميع القرارات ذات المخاطر الكبيرة عندما يحتوي القرار الجراحي على المخاطر وعدم اليقين ، وبالنسبة للقرارات ذات المخاطر الأقل يجب أن تكون الموافقة موجودة ولكن بنسبة أقل، أي بسيطة، وهناك جهود مُستمرة لتزويد المرضي بسلطة اتخاذ القرار بشأن خياراتهم بناء على الموافقة المستنيرة ".(٣١٢)

ومن ثم ، يقول **لورانس بي ماكولو** :" تُعد الموافقة المستنيرة ترياقًا لبعض المشاعر الأبوية لأنها تمنح المريض الحق في اتخاذ قرار بشأن حياته، ومن جهة أخرى، يجب

اتخاذ قرارات أخلاقية لدرء هذا النوع من المشاكل التي تنجم عن تفعيل الموافقة المستنيرة، وجعل لها الأولوية على مصلحة المريض نفسه".[٣١٣] ويتخذ الجراح **ريتشارد ويجنر** موقفًا مُماثلاً لموقف **لورانس بي ماكولو** في وضع استثناءات لقاعدة الموافقة المستنيرة ، لذلك يقول:" تُعد الموافقة هي الإذن الطوعي للجراح للقيام بإجراء جراحي بناء علي المعرفة والفهم الكافيين، وتُعد الموافقة الممنوحة تحت ضغط أو إكراه غير مُبرر ليست موافقة حقيقية وفي نفس الوقت، فهناك استثناءات لقاعدة الموافقة المستنيرة مثل حالة طارئة تَتَطلب تَدخل جراحي علي الفور لمنع حدوث ضرر جسيم لا رجعة فيه، وعدم كفاءة المريض حينما لا يكون قادرًا علي إعطاء الإذن وضيق الوقت ولا يصبح في صالح المريض؛ لأنه تحت التخدير أو مُصاب في حادثة وتستدعي حالته دخول غرفة العمليات فورًا.[٣١٤]

وعلي ذلك ، يقول **لورانس بي ماكولو** :" في واقع الأمر، تُعد الموافقة المستنيرة الإكلينيكية تحديًا أخلاقيًا حقيقيًا خاص بالجراح في الممارسة الجراحية، وذلك حينما تَتَعارض الموافقة المستنيرة وقرار المريض مع قرار الجراح الذي يكون في صالح المريض، لذلك يجب علي الجراح أن يُقدم للمريض أدلة كافية علي صواب قراره الجراحي".[٣١٥]، ومن جهة أخرى، إذا ما أصر المريض علي موقفه، فإنه بذلك يعرض حياته للخطر، وإن من واجب الجراح المحافظة علي حياة مريضه وأن يساعده في الحصول علي القرار الصحيح.[٣١٦] ولذلك تعد الموافقة المستنيرة الإكلينيكية جزءًا من ممارسة الجراح اليومية الإكلينيكية.[٣١٧]، والواقع أن زيادة التقاضي القانوني في الجراحة، قد أبرز مسألة الموافقة المستنيرة وكيفية الحصول عليها[٣١٨].

وفي النهاية ، دافع **لورانس بي ماكولو** عن حماية عملية الموافقة المستنيرة من التحيز غير المسموح به، ورأى أن من واجب الجراح ومن واقع مسئوليته المهنية وضميره الفردي الحفاظ علي عملية الموافقة المستنيرة دومًا مع مراعاة الاستثناءات والحالات الطارئة" .[٣١٩]

وبالنسبة **لمشكلة الإفصاح الكامل**، أعتقد أنه ينشأ الجدل الأخلاقي حول مقدار ما يجب ذكره ، لذلك يجب الحفاظ على معيار الوسطية، فلا إفراط ولا تفريط في حجم

المعلومات التي يجب أن يتلقاها المريض؛ لأنها من الممكن أن تأتي بنتيجة عكسية، وهذا هو المعيار المقبول والمعقول من المعلومات التي يجب أن يقدمها الجراح لمريضه.

ويشير **لورانس بي ماكولو** إلى :" أنه يجب ذكر الحقائق والمخاطر الكبيرة التي من شأنها أن تؤثر علي القرار الجراحي فقط ، ويجب علي الجراح الإجابة بصدق بشأن المضاعفات الجراحية والمخاطر الجسيمة والمتكررة الحدوث" (٣٢٠). ومن جهة أخري، قد لا يكون احترام الموافقة المستنيرة للمريض نهج عملي أو حل واضح يعود بالنفع علي المريض دومًا لذلك يجب التماس المشورة الأخلاقية والقانونية في حالات الطوارئ(٣٢١).

وأعتقد **لورانس بي ماكولو** أن عدم الإفصاح قد يكون مُبررًا أخلاقيًا في بعض الظروف ، لذلك يقول:" يتخذ الجراحين بعض القرارات الطبية دون الإفصاح لمرضاهم ، لذلك فإن عدم الإفصاح مُبرر أخلاقيًا أحيانًا، ومن الناحية الأخلاقية يُسمح به ، ولكن ليس كله مُبرر أخلاقيًا ، هذا يحقق فائدة صافية للمريض ، فالإفصاح غير ضروري في بعض الأحيان، كما أن استقلالية المريض لا تأتي دائمًا في المقام الأول " .(٣٢٢)

وكذلك قدم **لورانس بي ماكولو** مُبررات أخلاقية على خرق السرية في بعض الظروف المعقدة، فيقول :" يُعد خرق السرية مُبررًا قانونيًا من أجل المصلحة العامة ، وإذا ما طلب الجراح للشهادة في قضية في رأى عام في المحكمة وسيظهر بشهادته برئ ، لذلك فهذا يعد تَحديًا أخلاقيًا".(٣٢٣) ويجب أن يُدرك الجراح أن قراره الجراحي يتم بناءه علي موافقة المريض وهو يمثل الأدلة الكافية، وإذا لم يستطيع المريض لظروف صحية إعطاء الجراح تلك الموافقة، فهناك صانع القرار البديل.

وبالنسبة **لمشكلة السرية**، فأعتقد أنه يجب علي الجراح أن يُحافظ علي مبدأ السرية بألا يُعلن عن هوية مريضه وهو يعرض لعمليته الجراحية في المؤتمرات الجراحية، من أجل تعليم الجراحين المبتدئين وزيادة كفاءتهم الجراحية، وبذلك يكون قد حقق المعادلة الصعبة، حافظ علي ثقة مرضاه بأن صان مبدأ السرية وفي نفس الوقت حافظ علي الصالح العام.

وعلي هذا يقرر **روبرت ساد**" أنه يجب علي الجراحين أن يتجنبوا أن يتخذوا قرارات أبوية للمرضى، ويجب عليهم أن يتخذوا قرارات مُشتركة في عملية تُعرف باسم صنع القرار الجراحي المُشترك، وبالنسبة للمرضي الذين يفتقرون إلي القدرة علي اتخاذ القرار

لديهم صانع القرار البديل بموجب القانون، وتلك القرارات التي يتخذها صانع القرار البديل تحمل نفس وزن المريض، مثل القرارات التي يتخذها المرضي أنفسهم" [٣٢٤].ومن جهة أخري ، يجب أن يكون هناك تواصل وحوار مفتوح وكامل بين الجراح والمرضي للحصول على الموافقة المستنيرة ولمنع سوء الفهم[٣٢٥].

ومن أهم الحلول الأخلاقية العملية لمشكلة الموافقة المستنيرة الإكلينيكية تفعيل دور لجان الأخلاقيات في المستشفيات للتأكد من الحصول على الموافقة المستنيرة قبل إجراء الجراحة ، ولذا يقر **لورانس بي ماكولو** بأهمية التشاور الأخلاقي من خلال لجان الأخلاقيات التي تُساعد الجراح في اتخاذ قراره الجراحي".[٣٢٦]، كذلك يؤكد **بيتر أنجيلوس** على نفس المعني حين يقول: " تتسم لجان الأخلاقيات في المستشفيات بُحسن اتخاذ القرارات السريرية وتقديم مُساعدات واقعية للمرضي في الممارسة الجراحية" [٣٢٧]. وبالنسبة **لمشكلة صعوبة قول الحقيقة،** فلقد نصحنا **أبقراط** بحماية مرضانا من الأذى، وفيما يتعلق بقول الحقيقة الصعبة، كان أبقراط صامتًا بشكل ملحوظ، ولقد نصح أبقراط بضرورة التعامل مع المرضي بهدوء وحكمة قائلاً: "لا يجب أن يكون قول الحقيقة وحشيًا وقاسيًا، وأحيانا قد نشارك في الخداع من أجل إنقاذ الأرواح".[٣٢٨]

أعتقد أن كل من قول الحقيقة والإفصاح والموافقة المستنيرة ليست مبادئ مطلقة ليس فيها استثناءات، بل أحيانًا قد يكون انتهاك السرية أو الموافقة المستنيرة مُبررًا أخلاقيًا في ظروف خاصة من أجل مصلحة المريض، وقد يُصبح قرار المريض ضد مصلحته، ولذلك فإن الحرص على مُتطلبات الموافقة المستنيرة قد يكون ضد مصلحته ، وأعتقد أن صعوبة اتخاذ القرار الجراحي الذي يُبني على أساس الموافقة المستنيرة ، يرجع إلى أن كل جراح قد يفكر بطريقة مختلفة ومنهج أخلاقي مختلف، وقد تختلف الأولوية أو القيمة التي يقدرها الجراح عن جراح آخر، فقد يعطي جراح الأولوية للموافقة المستنيرة أو لقول الحقيقة ويقلل من قيمة مبدأ الضرر، لذلك تتولد صعوبة القرار الجراحي نتيجة لهذه الاعتبارات الأخلاقية التي تختلف من جراح إلي آخر، لذلك يجب الاهتمام بمصلحة المريض أولاً، وأن يستند القرار الجراحي على الملاءمة والمقبولية وأن يكون قائم على الأدلة والقيم الأخلاقية ، وأن يصبح القرار الجراحي مُشتركًا وليس أبويًا، كما أنه يجب الاستعانة باللجان الأخلاقية وخبراء أخلاقيات مهنة الجراحة في المواقف الصعبة.

٥-مشكلة التعليم الجراحي*[٣٢٩*] Surgical Teaching

تُعتبر مشكلة التعليم الجراحي أحد التحديات المركزية التي تواجه الجراحين ، وترتبط مشكلة التعليم الجراحي بمشكلة التدريب الجراحي في البلدان النامية ومشكلة التدريب الجراحي علي المرضي المتوفين حديثًا، ومن جهة أخرى ، فأن أن الغرض النهائي من التعليم الجراحي وتدريب الجراحين ليس اكتساب الخبرة والكفاءة الجراحية فقط ولكن أيضًا الحفاظ علي سلامة المرضي ولكنه قد يتعارض مع سلامة المرضي، وهذا يترك لنا سؤالاً أخلاقًيا للغاية، أين تكمن مشكلة التعليم الجراح؟ .

يري لورانس بي ماكولو: " أنه يجب أن يهدف التدريب الجراحي إلي أن يكتسب الجراح المهارات الجراحية اليدوية مع الفضائل الأخلاقية معًا وأن يكتسب تقنيات جراحية جديدة ، وفي نفس الوقت فإن هذا التدريب الجراحي على المرضي قد يضر بالمرضي ، لذلك يجب أن يهدف التدريب الجراحي إلى حماية المرضي في المقام الأول من الجراحين غير الأكفاء وغير المتخصصين من أجل سلامة المرضي "[٣٣٠].

إذن هناك حقان أخلاقيان يتصارعان، الحق الأول وهو حق المريض في عدم تعريضه للخطر وفي اختيار أفضل رعاية جراحية وأفضل جراح لديه خبرة وكفاءة جراحية طويلة، والحق الثاني وهو حق للجراح في أن يتعلم ويكتسب المهارات والخبرات الجراحية من خلال التدريب الجراحي علي المرضي وذلك لزيادة خبرته والعمل علي الحد من حدوث المضاعفات الجراحية .

وعلي هذا فإن حق الجراح المبتدئ في اكتساب المهارات يتعارض مع حق المريض في الحفاظ علي مصلحته وألا يقوم بعمليته الجراحية جراح مبتدئ، وفي ذلك يقول **Adedeji** : " هل يحق لنا أن لا نُخبر المريض بأن الذي سيقوم بعمليته الجراحية جراح مبتدئ؟، هل هناك مُبرر أخلاقي لعدم ابلاغ المرضي بأن الجراح الذي سيقوم بالعملية هو جراح مبتدئ وذلك في وقت الحصول منهم علي الموافقة؟، وهل يُعد هذا شكلًا من أشكال الخداع، خداع المريض وعدم قول الحقيقة له؟ "[٣٣١].

أولاً: **مشكلة التدريب الجراحي في البلدان النامية :** هناك مشكلة أخلاقية خطيرة في التدريب الجراحي، وهي مشكلة التدريب الجراحي في البلدان النامية، فهناك الكثير من المخاوف الأخلاقية بشأن استغلال المرضي في الدول النامية من أجل التدريب الجراحي

، ولقد عبر **لورانس بي ماكولو** عن هذه المشكلة علي النحو التالي: " يحتاج تدريب الجراحين في البلدان النامية إلي الكثير من المراجعة الأخلاقية لهذه الممارسة الجراحية بسبب وقوع الضرر الواضح علي هؤلاء المرضي الفقراء وبسبب الجراحين غير المؤهلين عديمي الخبرة الذين يتعلمون المهارات الجراحية في الدول النامية" .[٣٣٢] ، وكذلك يقول **رامسى** :"إن تدريب الجراحين في البلدان النامية يَنتهك المبادئ الأخلاقية الأساسية ويصيب المرضي بالأذى، لأن هناك ثقة بأن إجراء الجراحة لهم لا يكون بأمان" [٣٣٣]. لذلك أعتقد أن هناك تحديات أخلاقية تُحيط بالتدريب الجراحي في البلدان النامية؛ لأنه يُؤثر علي حقوق المرضي وسلامتهم ويُلحق بهم الضرر وهذا يتعارض مع مبدأ العدالة أيضًا والإحسان، ومما لا شك فيه، أن الجراحين الأجانب يتبعون المنهج النفعي البراغماتي، الذي لا يُحقق لهم سوي الحفاظ علي مصلحتهم ومنفعتهم فقط ، والذي يحقق لهم أكبر قدر من المنفعة لأكبر عدد من الناس ويستثنون الأقليات وفئات مُعينة وهم شعوب العالم الثالث. وتأكيدًا علي ذلك يقول **رامسي:** " يعتبر الجراحون الغربيون هذه فرصة مُمتازة لتعلم الجراحة في شعوب العالم الثالث الفقيرة وقد يحدثوا ضررًا أكبر من الفوائد التي يكتسبوها، فهؤلاء المتدربون الجراحون يتعلمون الجراحة علي المرضي في البلدان النامية بدم بارد ، وهذا له تَأثير علي المرضي وحقوقهم، ولكنه في نفس الوقت، يَرفع الكفاءة الجراحية لديهم ويكسبهم المهارات الجراحية "[٣٣٤].

والسؤال الذي يتبادر إلي أذهاننا الآن، هل هذه الممارسة الجراحية أخلاقية؟ أو هل يحق لهؤلاء الجراحين المُتدربين استخدام واستغلال المرضي الفقراء لمجرد اكتساب الكفاءة الجراحية والتعلم عليهم كفئران تجارب، ولكن من يَهتم ويكترث بحقوق الضعفاء؟ هل هذه الممارسة الجراحية مُبررة أخلاقيًا؟ يوضح **رامسي** نتائج هذه الممارسة الجراحية غير الأخلاقية، حيث يقول: "تُعزز هذه الممارسة غير الأخلاقية، وجهة النظر غير المرغوب فيها وهي أن بعض المرضي أكثر قيمة من غيرهم، كما أنه يُوزع بشكل غير عادل مخاطر تدريب الجراحين المبتدئين علي البلدان النامية ، وهذا يُسهم في أخلاقيات عدم المساواة الصحية العالمية ومبدأ توزيع الفوائد والأضرار"[٣٣٥].

والجدير بالذكر، أن معضلة التدريب الجراحي في البلدان النامية ترتبط **بمعضلة الرعاية الجراحية المدارة،** بمعني ما هو موقف إدارة المستشفيات من هذه التجاوزات

الأخلاقية التي تحدث في حق المرضي الفقراء، الواقع أنه موقف مُشين أخلاقيًا ، وهذا الموقف عبر عنه **رامسي** حين قال : " تَصمت ادارة المستشفى التي يحدث بها أخطاء جَسيمة من قبل هؤلاء الجراحين المبتدئين لأنهم يَجلبون موارد إلي تلك المستشفى تشمل الإمدادات الجراحية والأموال لخدمة النظام الصحي المتدني !.[٣٣٦] يوضح هذا النص أنه يَنتهك هؤلاء الجراحون عديمي الخبرة الجراحية في البلدان النامية المبادئ الأخلاقية الأساسية للجراحة وأهمها مبدأ عدم الضرر بدم بارد وباللامبالاة وعدم اكتراث، ولا عجب فمن آمن العقوبة أساء الآدب.

ثانيًا: مشكلة التدريب الجراحي علي المرضي المتوفين حديثًا

يشير **لورانس بي ماكولو** إلى هذه المشكلة بأنها تعني :" إفراغ المريض المتوفي حديثًا،raining on Newly Deceased Patients I، من أجل أن يتدرب عليه الجراحين تدريبًا عمليًا، وهذا ليس بإجراء جديد بل له تاريخ طويل في الجراحة، ولكن الآن أصبحت تحتل مُناقشات كبيرة "(*).

يوضح الطبيب **جيمس دبليو جونز** هذه الإشكالية فيقول : " تدريب الجراحين علي المرضي المتوفين حديثًا Training of Newly Deceased Patient، يعني وضع المريض الذي يحتضر لعمل محاولة للإنعاش في وحدة العناية المركزة وعمل قسطره تحت الترقوة علي الجثة الجديدة وفتح الجثة وهذا أفضل من أن يتدربوا علي المرضي الأحياء"[٣٣٧]. والواقع أنه تعود مُمَارسة هذه المهارات والإجراءات الجراحية السريرية علي المرضي المتوفين إلي زمن بعيد، وكان هناك العديد من المناقشات الأخلاقية حول هذه المسألة من حيث الأخلاق واحترام الجثث البشرية وعدم الحصول علي الموافقة المستنيرة من الأقارب[٣٣٨].

والسؤال الذي يتبادر إلي أذهاننا الآن، هل تدريب الجراحين علي الجثث البشرية يعد أمرًا أخلاقيًا؟ ، حتي لو كانت هناك منفعة وهي أن يكتسب الجراح الخبرة الجراحية ، وهذا أمر حيوي للصحة العامة ؟ نجد البعض يقول: " لم يكن هناك مشكلة أو أي تحدي أخلاقي ضد استخدام الجثث البشرية لأغراض تعليمية، [٣٣٩]. فمثلاً يُبرر **Crlowski** التدريب علي الجثث البشرية ، ويري أنه أمر مُقبول أخلاقيًا، فقد تكون من الممارسات الشائعة في البحث الجراحي.[٣٤٠]

وأعتقد أنه يجب أن نَضع أقارب المرضي في الاعتبار ونفكر في مشاعرهم ونأخذها علي محمل الجد، كما أن هذا من شأنه أن يُقوض الثقة في مهنة الجراحة ككل لأن هذه الممارسة الجراحية لا تحترم حرمة الموتى، وهذا يثير الكثير من الجدل الأخلاقي والمخاوف الأخلاقية والقانونية، لأنه يتجاهل الموافقة العائلية لأقارب الموتى، كما أن هذه الممارسة الجراحية غير أخلاقية وغير ضرورية ولها بدائل ، ولذلك فما الجدوى منها ؟.

الحلول المقترحة لمشكلة التعليم الجراحي: يحدث التعليم الجراحي ثلاث معضلات أخلاقية:-

المعضلة الأولي وهي أن حق الجراح المبتدئ في التعليم الجراحي يتعارض مع حق المريض في عدم تعريضه للخطر والحفاظ علي سلامته. **المعضلة الثانية** وهي التدريب الجراحي في البلدان النامية يكسب الجراح كفاءة جراحية ومهارات جراحية، ولكن هذا يتعارض مع عدم المساواة الصحية ومع حقوق المرضي في عدم الضرر ومع مبدأ العدالة والاحسان عدم الضرر، **المعضلة الثالثة**، وهي تخص التدريب الجراحي علي المتوفين حديثًا، وفيها يكتسب الجراح التدريب الجراحي، ولكن هذا يتعارض مع حرمة الموتى وينتهك مشاعر أسرهم ومع كل القيم الأخلاقية، وأعتقد أن حقوق الإنسان يجب أن يُفسح فيها مكان لحقوق الموتى، ولكن إذا ما كانت حقوق الأحياء لا تُحترم ، فهل يتم الاكتراث بحقوق الموتى؟ وإذا ما كانت هذه هي التحديات الثلاث في مشكلة التعليم الجراحي، فما الحلول المقترحة لمعالجة هذه المشكلة؟ ، **الاجابة** تَتَمثل في استخدام **أجهزة المحاكاة الجراحية الافتراضية*** [٣٤١]أو المحاكاة الروبوتية، واستخدام الحيوانات للتعليم الجراحي بدلاً من التعليم علي الجثث وفي شعوب العالم الثالث ، ولذا لم يعد التعليم علي الجثث الآن فرصة تعليمية وحيدة من أجل اكتساب المهارات الإكلينيكية الواسعة. وهذا يعني أنه يمكن أن نستفيد من عملية المحاكاة الجراحية الافتراضية بالتدريب الجراحي علي مرضي افتراضيين ونقوم بعمل شقوق وجروح مُؤلمة قبل أن نقوم بالتدريب علي مرضي حقيقيين.

والجدير بالذكر أن المحاكاة الجراحية قديمًا كانت محاكاة بشرية مثل الجثث البشرية والحيوانات الحية، والمحاكاة الجراحية حديثًا في القرن الواحد والعشرين كانت محاكاة روبوتية ثلاثية الأبعاد، تعتمد علي أنظمة الواقع الافتراضي ، وإذا ما أصر الجراح

المبتدئ في الغرب علي التعليم الجراحي علي مرضي حقيقين ، فليتعلم علي مرضي في الغرب أيضًا.

المطلب الثالث: مُعضلة تَضارب المصالح[٣٤٢*] Conflicts of interest

تمهيد : ترتبط مشكلة تَضارب المصالح عند **لورانس بي ماكولو** بمشكلة النزاهة المهنية للجراح ومشكلة الأمن المالي للجراح ومشكلة العلاقة بين الجراحين والشركات المُصنعة للأجهزة الجراحية وتأثيرها علي المريض، وذلك علي النحو التالي :-

تُعتبر العلاقة بين الجراح والمريض ائتمانية، حيث يَقع علي عاتق الجراح واجب أخلاقي وقانوني في التصرف بما يَخدم المصلحة الفضلى للمريض ، وهذا يشمل تَجنب تَضارب المصالح الذي يتعارض مع الواجب المهني للجراح ويَضر بمصلحة المرضى، وقد ينشأ تَضارب المصالح بين إيثار الجراح ومصالحة الشخصية أو الذاتية، وهذا التضارب الخطير في المصالح يدفع الجمهور إلي التساؤل عما إذا كان لا يزال بإمكانهم الوثوق بالجراح؟ ويمكن أن يُثير تَضارب المصالح أسئلة أخلاقية جدية مثل ما هي أسبابه وأنواعه وآثاره الأخلاقية؟

أولاً : أسباب تضارب المصالح ، يُشير **لورانس بي ماكولو** إلي أسباب تضارب المصالح ، حين يقول :" قد تتعارض المصالح المالية مع التزاماتنا المهنية الأخلاقية نحو المريض ، ويعتبر تضارب المصالح من أهم التحديات الأخلاقية التي تواجه الجراح" [٣٤٣]، كذلك يقول **لورانس بي ماكولو** في موضع آخر:" يَنشأ تضارب المصالح عندما تَتَعارض مصلحة الجراح الشخصية مع ما يخدم مصالح المريض الفضلي ، كما أن من أهم أسباب تَضارب المصالح هو التغيرات في تمويل الرعاية الجراحية ، وهذا يُؤدي إلي تضارب مَصالح الجراحين اقتصاديًا ، ويُعرف بتضارب المصالح الاقتصادي".[٣٤٤]

ومن جهة أخري، يوضح **لورانس بي ماكولو** إلي أسباب تضارب المصالح، فيقول :" قد يَنشأ تضارب المصالح من التغيرات في تمويل الرعاية الجراحية ، وهذا يُؤثر علي اتخاذ القرار الجراحي ، لذلك يجب علي الجراحين إجراء تقييم أخلاقي لتضارب المصالح ، من أجل حماية النزاهة المهنية للجراح ، ومن أجل حماية المرضي من العواقب غير المقبولة".[٣٤٥] ، يوضح هذا النص أن المشكلة الرئيسية التي تَجلب تَضارب المصالح هي

هي نقص التمويل ، ومن يُعطي الجراحين أجورهم والضغوطات المالية على الجراح والمريض معًا.

ثانيًا: أنواع تضارب المصالح :النوع الأول :التضارب المالي ، يُشير **لورانس بي ماكولو** إلى أن أهم أنواع تضارب المصالح ، هو التضارب المالي المُباشر والحقيقي، التضارب بين مصالح الجراح وبين مصالح المريض، فيقول :" يُعتبر التضارب المالي من أهم أنواع تضارب المصالح ، وهذا التضارب المالي مُتأصل بين الحافز المالي بعد إجراء العمليات الجراحية وبين مصالح المريض، التي يمكن أن يخدمهم ويساعدهم العلاج غير الجراحي ".(٣٤٦)

النوع الثاني : تضارب المصالح مع الصناعة ، يقول **لورانس بي ماكولو** :" قد يَظهر تضارب المصالح في علاقة الجراح مع إدارات المراكز الطبية ، ومع الشركات المُصنعة للأجهزة الجراحية ومع شركات الأدوية ، وتلك العلاقة المُريبة قد يتحمل عبئها المريض، لأنها تعرض حياته لخطر وشيك".(٣٤٧) كذاك ، يوضح **روبرت ساد** هذا النوع من تضارب المصالح، ويقول :" قد يظهر تضارب المصالح في علاقة الجراح مع إدارات المراكز الطبية بسبب تدخل مدير المستشفى في قرار الجراح بنقل المريض إلي مستشفى مُنافس له، لذا فقد يواجه الجراح قرارًا صَعبًا حول كيفية حل التعارض بين القيام بما هو أفضل للمريض والقيام بما هو أفضل للمستشفى التي ينتمي إليها ".(*)

ثالثًا : آثاره الأخلاقية : يَخلق تضارب المصالح في الجراحة مخاوفًا أخلاقية عميقة ، كما يُثير العديد من الشكوك الأخلاقية حول جدارة الجراح بالثقة، وحول سلامة الجراحة، وينتج العديد من التساؤلات الأخلاقية حول مصداقية وجدوي الجراحة، لذلك نجد **لورانس بي ماكولو** يقول :" يشوه تَضارب المصالح الحكم السريري وعملية اتخاذ القرار الجراحي ، ويعد هذا اعتبارًا أخلاقيًا مهمًا في الجراحة، كما أن تاريخ الجراحة ملئ بالحكايات التحذيرية من عواقب تضارب المصالح على المرضي وعلى النزاهة المهنية للجراح، ونزاهة مؤسسات الرعاية الصحية ، وذلك عندما يكون تضارب المصالح سيئًا أو أن يتم إدارته بشكل غير مسئول ".(٣٤٨)

أعتقد أن تضارب المصالح يُؤثر بشكل كبير علي النزاهة المهنية للجراح ، وجدوي التدخل الجراحي، وكلها ترتبط بحماية المرضي ، ومن جهة أخري ، من الخطأ أن

نتجاهل المصلحة الذاتية للجراح ، لأن كل من المصلحة الذاتية والواجب المهني لهما وزن أخلاقي واحد، ولكن من دواعي الأسف الأخلاقي أن الجراحين يَميلون كثيرًا في اتجاه مصالحهم الذاتية علي حساب واجبهم الأخلاقي، ولا يستطيعون إقامة توازن أخلاقي بين مصلحتهم المادية وبين واجبهم نحو المريض ، وهذا يجعل المرضي لا يثقون بالجراحين، ومع ذلك فهناك جراحون قليلون يوصون بعدم الجراحة لأنها غير ضرورية؛ ولأن هذا هو الخيار الأفضل. وعلى هذا، فإن تضارب المصالح يرتبط بمشكلة النزاهة المهنية للجراح ومشكلة الأمن المالي للجراح ومشكلة الشركات المصنعة للأدوية والأجهزة، وكل هذا يضر المريض في المقام الأول، وسنوضح هذه العبارة بشيء من التفصيل:-

ا- **مشكلة النزاهة المهنية للجراح**[٣٤٩*] : حينما يُؤثر الجراح مصلحته الشخصية علي واجبه المهني والأخلاقي فإنه يتحول إلي مجرد تاجر يهمه المكسب والمال فقط، أو جزار يُقطع في لحم المرضي، ويؤثر فقط مصلحته الشخصية علي مصلحة مريضه. لذلك يقول **لورانس بي ماكولو**:" هناك تضارب مصالح بين الالتزامات الأخلاقية للجراح تجاه المريض وبين المصالح الذاتية للجراح ، وفي نفس الوقت، فإن تكاليف الحياة متزايدة باستمرار والضغوط المالية علي الجراحين متزايدة ، فكيف يجب أن نتجاوب أخلاقيًا ونحن لدينا ديون كثيرة ، ومع ذلك فإن مهنتنا إنسانية " .[٣٥٠] ، نجد **بيتر أنجليوس** يجاوب على **لورانس بي ماكولو** ، حين يقول:" علي الجراح أن يختار بين المال والفضيلة، ولكن الواقع أن العديد من الجراحين قد أصبحوا أغنياء، وهذا ما يتوقعه الجراح من مهنته لذلك نراهم يُجبرون مرضاهم علي سداد رسوم العملية الجراحية الفلكية مُقابل خدماتهم الجراحية، ويتنازلون عن شرف المهنة "[٣٥١]

أعتقد أن النزاهة المهنية للجراح تُحتم علي الجراح المبتدئ والذي ينقصه سنوات من الخبرة الجراحية، أن يُصارح المريض بأن الذي سيقوم بالعملية الجراحية له هو أستاذه الذي يمتلك سنوات من الخبرة الجراحية، والتي تَطلبها حالته، وهذا من أجل الحفاظ علي المعايير المهنية للجراحة، وقد تتطلب النزاهة المهنية للجراح عرض المريض علي جراح آخر من أجل الاستشارة الجراحية.

ب- **مشكلة الأمن المالي للجراح** [٣٥٢*]: تعني تَعارض الأمن المالي للجراح مع واجبه الأخلاقي نحو المريض ونحو أسرته أيضًا، بمعنى أن الواجب الأخلاقي المفروض علي

الجراح بأن يجعل مصلحة المريض لها الأولوية على مصالحه الشخصية يتعارض مع واجبه نحو ذاته ونحو أسرته، ولقد ذكر **لورانس بي ماكولو** هذه المشكلة في كتابه "أخلاقيات الجراحة" ، فقال:" قد تتعارض المصلحة الذاتية المشروعة والضرورية للجراح مع التزامه بإعطاء الأولوية لمصلحة المريض الفضلى، وقد يتعرض الجراح لمشاكل مالية، والمشكلة تكمن في طريقة تعامل الجراح مع مشاكله المالية، كما أن الحقيقة التي لا مفر منها وهي أننا جميعًا نستبدل خدماتنا ذات المهارات العالية في مقابل المال ، وبالنسبة لأغلبنا فإن الجراحة مهنة مُربحة للغاية" .(٣٥٣)

د- مشكلة العلاقة بين الجراحين والشركات المصنعة للأجهزة الجراحية والأدوية من جهة ، ومصلحة المريض من جهة أخرى، عبر **لورانس بي ماكولو** عن تضارب المصالح بين الجراح والمريض في كتابه " أخلاقيات الجراحة "، فيقول: "هناك تضارب مصالح بين العلاقات المالية للجراحين مع المرضى، ويجب الوقاية من التحيز غير المُبرر للعمليات الجراحية من أجل المال، كما أن هناك تضارب مصالح بين الجهات الدافعة وبين مصلحة المريض".(٣٥٤)

ومن جهة أخرى ، يُشير **لورانس بي ماكولو** إلي تضارب المصالح ، فيقول:" يُؤدى قبول الجراح الأموال والهدايا من مُصنعي الأدوية ومن الشركات المصنعة للأجهزة الجراحية إلى احتمال حدوث تضارب في مصالح يتحمل آثاره المريض وحده ، ولا نستطيع أن نعتبر الجراح برئ ، فهذا أمر مشكوك فيه أخلاقيًا".(٣٥٥)

يري الطبيب **كولر** أن هناك تضارب مصالح بين الجراحين وصُناع الأجهزة الجراحية، لذلك يقول:" يتقاضى الجراح مئات الآلاف من الدولارات من قبل الشركات التي تُصنع الأجهزة الجراحية المستخدمة في الجراحة، وقد يستخدم أجهزة جراحية أو أدوية لم تتم الموافقة عليها في مقابل أنه حصل من تلك الشركة المصنعة علي إتاوات أو هدايا، وهذا قد يَضر المريض ويلحق به الضرر ويسبب له مضاعفات جراحية أو مزيد من العمليات الجراحية عديمة الجدوى، وهو هنا ينتهك ثقة المريض من خلال إخفاء علاقته المالية مع الشركات المصنعة، وهذا قد يلحق الضرر بالمرضي ويؤدي إلى إصابتهم بإصابات خطيرة ودائمة ويؤدي إلى عدم استعادتهم لصحتهم"(٣٥٦).

ويري **جين جونسون** أن هناك علاقة سببية بين مدفوعات الشركة المصنعة ونوع الخيارات الجراحية من الجراح وهذا يؤدي إلى ضرر المريض، لذلك يقول: " فحتي الهدايا الصغيرة إلي الجراح من تلك الشركات المصنعة تعني تحيز غير واع، ونظرًا لأن الجراحة تنطوي بطبيعتها علي عدم اليقين، فهناك مجال كبير إلي التحيز وصنع قرار جراحي غير أخلاقي" (٣٥٧). ويعبر **كولر** عن تلك العلاقة بين الجراحين والشركات المصنعة ، فيقول: " قد تصبح المنتجات الطبية التي يقدمها الجراح للمريض بجودة هزيلة أو لا يحتاج إليها المريض من الأساس ، وذلك بسبب مصلحة الجراح المالية ، ولا تلبي احتياجات المريض، وقد يأتي الجراح بتشخيص خاطئ لخدمة مصلحته المالية، مثل أن يدخل الجراح مريضة في مستشفى هو شريك فيها!"(٣٥٨).

الواقع أن مجال الجراحة هو مجال خصب لتضارب المصالح، فهناك تضارب مصالح بين مصلحة الجراح الشخصية وواجبة الأخلاقي نحو مريضة، كما أن هناك تضارب مصالح بين واجب الجراح الأخلاقي وبين واجبه نحو أسرته وعائله، كما أن هناك تضارب مصالح بين مصلحة المريض ومصلحة المستشفى التي ينتمي إليها الجراح.

مشكلة السياحة العلاجية : (*٣٥٩) Medical Tourism

يعرف **لورانس بي ماكولو** السياحة العلاجية ، فيقول : " من أهم تطبيقات تضارب المصالح، السياحية العلاجية ، وهي اقتصاديات دولية في العمل ، وفيها يسعى المريض إلى الحصول على رعاية طبية رخيصة أو أرخص بتمويل من مركز الأخلاقيات الطبية والسياسة الصحية " . (٣٦٠)

ويعرض **لورانس بي ماكولو** مشكلة السياحة العلاجية بعرض دراسة حالة ، فيقول :" كان هناك مريض سابق ، سافر إلى الهند لعدة أسابيع من أجل اجراء جراحة دقيقة في القلب ، وعانى من حمه منخفضة الدرجة لا تظهر في الفحص البدني ، لكن الفحوصات المخبرية أظهرت دليلا قويًا على وجود عدوى لا يمكن عزلها في الدم".(٣٦١)

ناقش **لورانس بي ماكولو** أسباب تلك المعضلة، ورأي أن أول سبب لها هو العولمة ، وثاني سبب هو ارتفاع أسعار الرعاية العلاجية في الولايات المتحدة بشكل لا يصدق ، وثالث سبب هو المنافسة في الأسعار وتعادل الجودة ، وذلك على النحو التالي :"تعد

العولمة من أهم أسباب رواج السياحة العلاجية ، وهذا راجع إلى أن العولمة حقيقة حديثة لا مفر منها حيث يمتد الاقتصاد إلى جميع أنحاء العالم ويقل تكلفة السفر ويتشارك جميع أبناء الأرض في مشاكل مشتركة مثل الاحتباس الحراري".[٣٦٢]

ومن جهة أخرى ، يوضح **لورانس بي ماكولو** تبدل الأحوال ، وكيف تغيرت أحوال الرعاية الجراحية من النقيض للنقيض ، فيقول :" كانت الرعاية الجراحية غير مسبوقة في من الناحية التكنولوجية في الولايات المتحدة، وكان الأثرياء من جميع أنحاء جميع العالم يتدفقون إلى الولايات المتحدة عند المرض، ولكن قبل عقود، بدأت المراكز الطبية في الحصول على حصة أكبر من سوق الرعاية الصحية الدولية وخاصة الشرق الأوسط وهذا جعل الرعاية الجراحية لدينا غير متميزة، بالإضافة إلي أن المريض الجراحي قد يتحمل فترات انتظار طويلة بسبب التأخير في الإجراءات".[٣٦٣]

ويوضح **لورانس بي ماكولو** أنه بسبب ارتفاع تكاليف الرعاية الجراحية تحول معظم الأمريكيين إلى السياحة العلاجية ، ويظهر هذا جليًا في العبارات الآتية :" بشكل لا يصدق أصبح الأمريكيون هم أكبر مجموعة من السياح الطبيين ، حيث يختار نصف مليون شخص مغادرة ما يفترض أنه أفضل مكان في العالم للرعاية الجراحية ، ولكن نجد معظمهم يسافر بسبب غلاء الرعاية الجراحية الأمريكية وتقدم دول الشرق الأقصى وخاصة ماليزيا وسنغافورة ، اللذان يقدمان تخفيض ٥٠%وشاملة أجرة الفندق والطيران" .[٣٦٤] ، يوضح هذا النص أن المشكلة في تفاقم السياحة العلاجية في الولايات المتحدة بلاد السياحة العلاجية هو المنافسة في الأسعار وتماثل الجودة.

ويتساءل **لورانس بي ماكولو** عن جدوى السياحة العلاجية، وهل مسموح بها أخلاقيًا؟ وذلك لأن المريض الذي قام بمثل تلك السياحة العلاجية يذهب إلي الجراح الأمريكي في نهاية المطاف وهو مُحمل بالعدوى، فهل من حق الجراح بعد ذلك أن يتخلى عن المريض؟ عبر **ماكولو** عن ذلك حين قال:" فشلت السياحة العلاجية في تحقيق هدفها ، وهي غير مقبولة أخلاقيًا، لأنها تلحق الضرر بالمريض وتؤدى إلى تضارب مصالح يلحق الضرر بعلاقة الجراح مع المريض ، فعندما يأتي هذا المريض للجراح بعد السياحة العلاجية ولديه عدوى . فهل يقول له الجراح: هذه ليست مشكلتي ؟ ".[٣٦٥]

ويستكشف **لورانس بي ماكولو** موقف الجراح الذي يرفض إنقاذ المريض الذي سعي إلى رعاية جراحية رخيصة ، ويتساءل مندهشا ،هل يجب على الجراح أن يتحمل مسئولية هذا المريض؟ ، ولذلك يقول :" إن رفض الجراح إنقاذ مريض بحاجة ماسة إلى رعاية جراحية لأن المريض سعى إلى رعاية جراحية ميسورة التكلفة في مكان ما آخر هو أمر مشكوك فيه أخلاقيًا ، لأن هناك مسئولية مهنية للجراح تجله المريض ، وسيصبح الجراح مُدان أخلاقيًا إذا تخلى عن تقديم المساعدة وتخلى عن ضميره المهني ، علاوة علي ذلك فإن رفض علاج هذا المريض ينتهك الفضيلة المهنية المتمثلة في محو الذات ، لذلك لن يكون من المُناسب أخلاقيًا أن يرفض الجراح تقديم أفضل علاج بسبب مصلحة ذاتية تافهة، ولا يعتبر فعل الجراح بالتخلي عن المريض مُبرر أخلاقيًا، لذلك فإن رعاية المرضى من خلال محو الذات يجعل الجراح أفضل" .[٣٦٦]

الحلول الأخلاقية المقترحة لمشكلة تضارب المصالح

أولاً: الحلول الأخلاقية لمشكلة تضارب المصالح عند ماكولو، قدم **لورانس بي ماكولو** الحلول الأخلاقية لمشكلة تضارب المصالح في العديد من مؤلفاته ومقالاته، أهمها مراعاة مصلحة المريض في المقام الأول، وإدارة تضارب المصالح وتوظيفه لصالح المريض ، وأن يكشف الجراح للمريض علاقته بالمنشأة التي يرسله إليها، وأن يقوم الجراح بإقامة توازن أخلاقي بين مصلحته المادية وواجبه نحو المريض، فمثلاً نجده يقول :" تظهر مهمة أخلاقيات الجراحة من خلال التصدي لمعضلة تضارب المصالح، وهي تمثل أهم التحديات الأخلاقية التي برزت مؤخرًا، لذلك يجب على الجراحين إجراء تقييم أخلاقي لتضارب المصالح، لأن تضارب المصالح غير مُستقر في جوهره ، وإذا لم يتم فهمه أو ادارته بشكل صارم ، فحتى الانتهاكات البسيطة يمكن أن تَتَعاظم ، لذلك يجب على الجراح الكشف دائمًا عن تضارب المصالح مثل إحالة المريض إلى مستشفى يملك فيها الجراح مصلحة مالية".[٣٦٧]، ويذكر **لورانس بي ماكولو** في موضع آخر:" أنه يجب على الجراح أن يوازن بين السعي وراء المال وبين مصلحة المريض ، وأن يجعل مصلحة المريض لها الأولوية القصوى ، وفي نفس الوقت لا يجب أن يعيش الجراحين حياة البؤس والفقر ".[٣٦٨]، يقول **لورانس بي ماكولو**:" يجب على الجراحين إدارة تضارب المصالح وتضارب الالتزامات بطريقة معقولة ومسؤولة، ويجب عليهم التعامل بأمانة مع جهات

الدفع الخاصة والعامة من أجل حماية نزاهة الممارسات السريرية من تدخل مديري مؤسسات الرعاية الصحية ودافعيها" .[٣٦٩] وعلاوة على ذلك ، يبرهن **لورانس بي ماكولو** على :" أنه يمكن للجراح أن يحقق التوازن الأخلاقي بين مصالحه المشروعة ومصالح المرضى، كما يجب أن يبتعد عن تضارب المصالح بينه وبين الصناعة؛ لأنه يؤدي إلي إدانات شخصية، وكما هو متوقع من مهنة مُكرسة لمساعدة الناس الذين يعانون من شكل من أشكال الحرمان ، فإن مواجهة المصالح المُصطنعة هي جزء منظم من حياة الجراح" .[٣٧٠]، كذلك دعا **لورانس بي ماكولو** إلى ضرورة أن يتجنب الجراح استخدام دورة كجراح من أجل الترويج لمنتجات طبية من أجل تحقيق مكاسب مالية وتجارية، لأن هذا يعد خارج دوره الجراحي، وقدم فصلاً كاملاً بعنوان" أخلاقيات التسويق المؤسسي the Ethics of Institutional Marketing : The Role of Surgeons، رفض فيه أن يقوم الجراحون بتسويق المنتجات الصناعية وعرضها على المرضى، ورأى أن هذا يتنافى مع دور الجراح كقدوة ويُعرض نزاهته المهنية للخطر ويُهدد الثقة التي بناها مع المريض.[٣٧١]

وفي النهاية، يقول **لورانس بي ماكولو** :" يجب على الجراح أن يَحمي مصلحة مريضه كهدف أساسي، فلا يجب عليه قبول الهدايا من الشركات المصنعة ، ويجب عليه الإبلاغ عن النتائج السريرية بأمانة ، وأن لا يضع نظام الرسوم مقابل الخدمة لكي يَحظى بالجدارة بالثقة، ولكن أين ذلك ؟ الواقع أن ذلك لا يتحقق إلا في عالم مثالي تزدهر فيه الفضيلة وحدها لضمان الصدق والإنصاف" .[٣٧٢]

ثانيًا: عند خبراء أخلاقيات الجراحة : كذلك اعتقد **جين جونسون** خبير أخلاقيات الجراحة أنه يجب على الجراح أن يَستخدم المنهج الأخلاقي في إدارة تضارب المصالح وأن يَحسم القضية لصالح المريض؛ لكي يكون جديرًا بثقة المريض ومن أجل أن يحافظ على نزاهته المهنية ، وبالطبع فإن الموضوع ليس بهذه السهولة، ويجب أن يفصح الجراح بالكامل للمريض عن صلته بالمستشفى المُشار إليها، وعدم حدوث ذلك يؤدي إلي تآكل ثقة المريض وتقليل نزاهة الجراح .[٣٧٣]

أعتقد **روجر كولر** خبير أخلاقيات الجراحة أن تضارب المصالح يُهدد العلاقة الائتمانية بين الجراح والمريض ، كما يُهدد الثقة وواجب الجراح الأخلاقي بالحفاظ على مصلحة المرضى[*]وبالنسبة لمشكلة النزاهة المهنية للجراح يري **كولر** :" يجب علي الجراح أن

يحافظ علي نزاهته المهنية ويضع مصالح المريض في المقام الأول، ويصل الجراح إلي تلك النزاهة المهنية حينما يؤدي واجبه الأخلاقي والمهني ويؤثر مصلحة المريض علي مصلحته الشخصية، ويختار طريق الفضيلة الصعب " (٣٧٤).

أعتقد أن وجه نظر **كولر** غير واقعية ومثالية تمامًا، لأنه من حق الجراح أن يصل الي مرحلة الأمن المالي وأن يكون قادرًا علي سداد ديونه وقروضه وأن يكون له دخل معين يؤمن له المستقبل، وإلا فعلينا أن نخشي عواقب هجرة العقول ؟، لذلك أجدي أميل الي وجهة نظر **انجي وول**، حين تقول: " لا يجب علي الجراح أن يشعر بمشكلة الأمن المالي، ولا يجب أن تتعارض القيم الأخلاقية مع حقه في حياة مُجزية وحياة مُحترمة ومُرفهة"(٣٧٥).

وأكد علي ذلك أيضًا الجراح **ويليام روبرت** حين قال: " إن الأطباء والجراحين يجب أن يكافئوا ماليًا بشكل كافٍ حين يتمكنوا من تحمل المسئولية للقيام بما هو أفضل لمرضاهم دون مكاسب مالية شخصية غير لائقة لتطوير الأمن المالي لهم، يحتاج الجراحين إلي الادخار، ادخار جزء من دخلهم للاستثمار، لذلك فإن الجراح غير الآمن ماليًا والذي لا يحصل علي أجر مُجزٍ، هو المُعرض لتضارب المصالح، لذلك يجب أن يحصل الجراح علي دخل يمكنه من دفع فواتيره الشهرية وهو في أمان"(٣٧٦).

وكذلك يري **اندرو بيليتير**، وهو مستشار إدارة الثروات: "أنه لا يجب أن يكون هناك جراح مُتراكم عليه الديون الشخصية ولا يجب أن نتركهم يواجهون تحديات مالية، ويجب أن نَضع في اعتبارنا أنه تُساهم الظروف المالية المتدهورة في الضغط الكلي علي الجراح، وهذا يُعرضهم لخطر الإجهاد المالي، وهذا يزيد من ضغوطات الحياة لأنه سيصبح من أصحاب الدخل المحدود، وهذا قد يوقعهم في تضارب المصالح الذي يؤثر علي نزاهتهم المهنية بالتأكيد، ويجب أن يمتلك الجراح العافية المالية لكي يستطيعوا أن يتغلبوا علي تلك التحديات المالية الفريدة" (٣٧٧).

وبالنسبة لتضارب المصالح بين واجب الجراح الأخلاقي نحو مرضاه وبين واجبه نحو أسرته، فإنه يجب علي الجراح أن يقيم توازن أخلاقي بين واجبه نحو أسرته وواجبه نحو مرضاه، ويجب ألا يطغى واجبه نحو مرضاه علي واجبه نحو أسرته ونحو نفسه، من الحصول علي تدريب جراحي واكتساب مهارات جراحية باستمرار، وأن يتعلم الابتكارات

الجراحية الجديدة. ولقد عبرت عن ذلك **انجي وول** حين قالت:" إن الوقت يمر بسرعة، ويجب علي الجراحين أن يذكروا أنفسهم في كثير من الأحيان بواجبهم نحو أسرهم، ولكن كيف ؟ ويقف الجراحون لساعات طويلة علي طاولة العمليات الجراحية والوقت يَمر، ويَمر معه العمر، لذلك يجب علي الجراح أن يمتلك البصيرة والحكمة ليقرر متي يحين وقت التقاعد، ومتي يحين وقت الراحة لأسرته ولنفسه"(٣٧٨).

وبخصوص تضارب المصالح الناشئ عن علاقة الجراح بالصناعة ، فقد تؤدي التفاعلات بين الجراحين والصناعة إلي تضارب حقيقي أو مُتصور في المصالح ، ويجب علي الجراحين الحفاظ علي الاستقلال المهني بعيدًا عن تأثير الصناعة ولصالح المريض، فمثلاً يقول **جين جونسون** : " يجب أن يكون اهتمام الجراح الأساسي بالمريض، وتصبح العلاقات مع الصناعة مُتناسبة فقط إذا كانت متوافقة مع مصالح المريض وليس من أجل مصلحة الجراح الخاصة أو مصلحة الشركة المصنعة، ويجب علي الجراحين حل أي تضارب في المصالح بينهم وبين مرضاهم مرتبط بالتفاعلات مع الصناعة لصالح مرضاهم، يجب ألا تتأثر المناهج الجراحية والتدريب السريري للجراحين المبتدئين بالتفاعلات بين الجراح والصناعة ". (٣٧٩)

وكذلك يرى **جونسون** أنه يجب أن يفصح الجراح للمريض عن ملكيته أو أنه شريك في هذه المستشفى الذي يرسله للقيام بعملية جراحية فيها، كما أن عليه أن يقدم لمريضه أماكن أخري ومرافق بديلة للسماح للمريض بفرصة اتخاذ القرار المستنير بشأن ما إذا كان يَجب المضي قُدمًا في العلاج في المنشأة المُشار إليها أم لا؟ وإذا لم يخبر الجراح مريضه بأن تلك المستشفى هو شريك فيها، فإن ذلك يؤدي إلى تآكل ثقة المريض وتقليل نزاهة الجراح" (٣٨٠). ومن جهة أخرى يقدم **جونسون** الحل الأخلاقي فيقول: "يجب على الجراح أن يحافظ على استقلاله المهني بعيدًا عن الصناعة، وأن يسعى لصالح المريض، وأن يكون الهدف النهائي للتفاعلات المهنية بين الجراح والصناعة هو النهوض بصحة البشر، وليس المصلحة الخاصة للجراحين والصناعة، ويجب تقييم الأداء الجراحي الذي ينتج عنه مُمارسة جراحية من مجلس أخلاقيات مُعترف به"(٣٨١). وكذلك يطالب **جونسون** بأنه يجب على الجراح اتخاذ القرار الجراحي المشترك، والكشف عن تضارب المصالح؛ لذلك لا يجب على الجراح قبول هدايا أو عمولات من الشركات المصنعة من

المستحضرات الصيدلانية"[٣٨٢]. لذلك يرى **كولر** أن العلاقة بين الجراحين والصناعة يجب أن تسترشد بمدونة الأخلاق المهنية، فيقول:" يجب علي الجراحين حل أي تضارب في المصالح بينهم وبين مرضاهم، ويجب أن يرتبط الجراح بالصناعة لصالح مرضاهم، وليس لتحقيق مكاسب شخصية، لذلك فإن الجراح المثالي هو الذي لا يظهر لديه أي مخاوف أخلاقية بشأن تضارب في المصالح، ويجب عليه الحصول علي مزيد من التوجيه والمشورة، ويجب عليه تجنب تلك المزالق الأخلاقية مع تضارب المصالح وشُبْهة الشركات المصنعة" [٣٨٣]. صفوة القول، يشير جراح الأعصاب **هاورد هندري** إلى أن الحل الأخلاقي لمشكلة تضارب المصالح يكمن في ايجاد توازن أخلاقي بين واجب الجراح المهنى ومصلحته الذاتية، بين واجبات الجراح وحقوقه"[٣٨٤]. كذلك ترى **ديانا كارديناس** أن الحل يكمن في استخدام التفكير الأخلاقي، وذلك لأنه يتطور مجال الجراحة بسرعة، مما يجعل الجراح يواجه قضايا أخلاقية جديدة وأكثر تحديًا من أي وقت مضي"[٣٨٥]. ويقدم **روجر كولر** الحل بالنسبة لمشكلة العلاقة بين الجراحين والشركات المصنعة للأجهزة الجراحية والأدوية، فيقول :" يجب أن يكشف الجراح عن العلاقات المالية مع صانعي الأجهزة الجراحية؛ لأن هذا قد يُعرضه لتضارب المصالح ويلحق الضرر بالمريض وباستقلاليته، وهذا يتعارض مع مصلحة المرضى وأخذها على محمل الجد".[٣٨٦]

ثالثًا: الحلول الأخلاقية لمشكلة السياحة العلاجية عند **لورانس بي ماكولو** : قدم **لورانس بي ماكولو** العديد من الحلول الأخلاقية للتغلب على مشكلة السياحة العلاجية، مثل الاستعانة بوسائل الإعلام للتنبيه بخطورة السياحة العلاجية وأضرارها، وخفض تكاليف الرعاية الجراحية من أجل أن تصمد في وجه المنافسة العالمية، وتفعيل التأمين الصحي الشامل، وفي ذلك يقول: "يجب أن تُنبه وسائل الإعلام لمشكلة الرعاية الجراحية الدولية الرخيصة وأضرارها البالغة كما يجب توفير الرعاية الجراحية بأسعار معقولة، ويجب تقليل تكاليف الرعاية الجراحية المُبالغ فيها وبدء العمل في خطة التأمين الصحي الإجباري الشامل".[٣٨٧]

أعتقد بالنسبة لمعضلة السياحة العلاجية أنها عملية جراحية محكوم عليها بالفشل؛ لأن المريض بعد العملية يحتاج إلى فترة متابعة ما بعد العملية الجراحية، والتواصل مع الجراح، ولكن في السياحة العلاجية قد يُصاب المريض بمضاعفات جراحية بعد العملية

الجراحية، ولن يتمكن من التواصل مع الجراح، وهذا قد يعرض حياته للخطر. لذلك أعتقد أن تلك السياحة العلاجية تفشل في الوفاء بمتطلبات الأخلاق، وتتجاهل حقوق المرضى في متابعة ما بعد العملية الجراحية، وحقهم في التواصل الكامل مع الجراح، ومن ثم أعتقد أنها تشبه الجراحة المتنقلة ولكن الفرق أن الجراح في الجراحة المتنقلة كان هو الذي يسافر إلى القرى الفقيرة لإجراء العمليات الجراحية، أما في السياحة العلاجية فإن المريض الغني هو الذي يسافر إلى الجراح الفقير من أجل توفير نفقات العملية الجراحية، كما أن لتلك السياحة العلاجية أضرار إضافية على النظام الصحي لشعوب العالم الثالث، التي تعاني من المشكلات الصحية. كما أعتقد أن التوتر الأخلاقي المركزي في الجراحة هو ما بين إيثار الجراح ومصالحه الشخصية، أو بين المصلحة الذاتية والواجب الأخلاقي للجراح، وهذا التوتر لن يختفي، وأن الحل يكمن في مشكلة التمويل، من يحاسب الجراح، وألا يتعامل الجراح مع المريض بل من خلال وسيط مثل الشركات والتأمين الصحي.

المنهج الأخلاقي في الممارسة الجراحية الإكلينيكية

يجب تطوير نظرية أخلاقية متكاملة من أجل معالجة القضايا الأخلاقية التي تواجه الجراح في مُمَارسته الجراحية اليومية الإكلينيكية، نظرية أخلاقية تربط بين أخلاقيات الفضيلة عند أرسطو وأخلاق الواجب عند كانط، وأرفض النظرية النفعية في الممارسة الجراحية، وأتمسك بالنظرية الرولزية، وذلك على النحو التالي :

١- **أخلاقيات الفضيلة:** ترتبط الأخلاق المهنية للجراح بأخلاقيات الفضيلة عند أرسطو، لأنه يجب أن يتم اكتساب الفضائل الأخلاقية للجراح بالتمرين الأخلاقي والتعود عليها، فمثلاً يجب على الجراح أن يتعود على فضيلة الصدق والنزاهة حتى تصدر عنه في سهولة ويسر، وتصير عادة أخلاقية في الممارسة الجراحية، كما أنه يحتاج الجراح أن يمتلك الفضائل ويصير فاعلاً أخلاقيًا، وأن يكون جديرًا بثقة المرضى، وإذا ما كانت أخلاق أرسطو قد أكدت على الوسط الذهبي ، كذلك فإن الجراح يجب عليه أن يلتزم بالوسط الذهبي، ويحافظ على الجراحة القائمة على الأدلة والقيم معًا؛ لكي تصبح مُمارسته الجراحية أخلاقية. ولقد أعاد الفيلسوف وعالم الأخلاق الاسكتلندي **ماكنتاير** إحياء أخلاقيات أرسطو، حيث يرى ألسدير ماكنتاير أن :" أخلاق الفضيلة هي الأكثر انفتاحًا على حل المعضلات الأخلاقية والأكثر قبولًا، فهي تعني تحمل الفرد مسئولية

خياراته الأخلاقية".[٣٨٨]، وكذلك يرى **ستانلى هويراوس** أن :" الأرسطية هي أفضل نظرية أخلاقية حتى الآن ، فلقد كانت الأخلاق عند أرسطو هي التصرف بأفضل صورة ممكنة أمام الوضع الذى نواجه" .[٣٨٩]

٢- **أخلاق الواجب عند كانط** : أعتقد أن صيغة الأمر المطلق عند كانط يجب أن يسترشد بها الجراح؛ لأنها تعبر عن واجب الجراح نحو مرضاه، وتلخص الأخلاق المهنية للجراح، وتدله على أنه يجب عليه أن يحافظ على مصلحة مرضاه، وألا يستغلهم ويستخدمهم كوسائل لتحقيق غاياته المادية، وأن يحترم رغبات المريض ويحترم استقلاليته وحقه في تقرير المصير، وحقه في الموافقة المستنيرة واحترام كرامتهم وأخذها على محمل الجد، وعدم إكراه المرضى وعدم إجبارهم علي التدخل الجراحي، وعلى هذا فأنه وفقًا لكانط، يجب رفض إكراه المريض بدافع الإحسان وفعل الخير له ومن أجل مصلحته؛ لأنه يجب المحافظة أولاً على استقلالية المريض، كما أنه وفقا لكانط تختفى المصلحة الشخصية للجراح وتظهر الإيثارية، ومن ثم فإن الإيثار الكانطي يتعارض مع نظرية المصلحة الشخصية، ولذلك يجب على الجراح أن يأخذ قيمة الإيثار على محمل الجد؛ لكي يحاول التغلب علي تضارب المصالح، ولكي يحافظ على نزاهته المهنية، لذلك يجب أن يتمسك الجراح بالقاعدة الذهبية في الأخلاق، كما أن متطلبات كانط للاستقلالية تتفق مع أن المريض يجب أن يتخذ قرارًا مستنيرًا، وصيغة الاستقلال تتضمن عدم استخدام المرضي لمجرد منفعة، وأن يتم التعامل معهم كأشخاص عقلانيين، ولكن قد يصبح القرار الجراحي كما يقول د زكريا إبراهيم " امتثالاً لأخلاق الواجب صعبًا، وربما مستحيلاً في بعض الأحيان" [٣٩٠]، ولكن يجب أن يرجع الجراح للأخلاق الكانطية التي تعبر عن واجب الجراح الأخلاقي في أن يجعل مريضه يتماثل للشفاء.

٣- **النظرية النفعية:** هل تصلح النفعية كمنهج لاتخاذ القرار الجراحي؟ أعارض بشدة تطبيق الأخلاق النفعية بمفردها علي الممارسة الجراحية، لأن الجراح إذا ما اتبعها فإنه يحقق أكبر قدر من الصحة لأكبر عدد من الناس، باستثناء الأقليات والسود والمهاجرين، فالمبادئ النفعية تستثني هؤلاء من التعافي والشفاء، لأنه كما يقول **جون برووم** :" أن القرار الجراحي من الجراح وفقًا للمبادئ النفعية يعد قرارًا غير أخلاقي وغير مقبول أخلاقيًا ".[٣٩١]، وعلى ذلك فإن الجراح النفعي يتجاهل مصالح المرضي الفقراء، وبالرغم

من ذلك فقد دافع الكثير من الفلاسفة عن استخدام المنهج النفعي في ممارسة الطب والجراحة؛ لأنها تعظم النتائج الصحية للمرضي مثل **ساشا لوسون** :" النفعية تهتم بنتائج المرضي وتعلمنا كيف نحسن النتائج الصحية وتعظم المنفعة والفائدة للمريض ".[٣٩٢] ، ولكن السياسة النفعية هي التي تبرر عدم احترام الموافقة المستنيرة أو عدم احترام الاستقلالية من أجل مصلحة المريض، وأعتقد أن الجراح حينما يقوم بذلك الفعل فإن فعله غير أخلاقي لأنه يخدع مريضه وأوافق على الحقيقة المعقولة، وفي المقابل نجد فلاسفة رفضوا النفعية مثل **ماندل** حين قال : " لا تحترم النفعية استقلالية المريض أو المبادئ الأساسية للموافقة أو السرية، وفي الأخلاق النفعية تُبرر النتائج الوسائل غير المشروعة أو غير الأخلاقية، مثل: خداع المريض أو إكراهه، أما في أخلاق الفضيلة وأخلاق الواجب فهي تهتم بالواجبات وترفض مبدأ الغاية تبرر الوسيلة، ومن ثم فإن المريض يفقد ثقته في الجراح النفعي، بينما يكون الجراح الكانطى جديرًا بثقة المرضى".[٣٩٣]، لذلك تكمن الصعوبة الأكبر في النفعية في أنها لا تأخذ بعين الاعتبار اعتبارات العدالة، لذلك فإنها لا تصلح أن تكون المبدأ الأوحد للقرار الجراحي.[٣٩٤]، ولقد انتقد د **زكريا إبراهيم** العواقبية قائلاً: " إنها تهمل مصالح الأفراد وتضحى بهم على مذهب التوجه الأخلاقي العام، وترى أن هذا مقبول أخلاقيًا".[٣٩٥]، ولذلك أتفق مع الدكتور **توفيق الطويل** حين قال :" أنه من الخطأ الأخلاقي أن نسقط بواعث الفعل عند إصدار أي جكم أخلاقي، وكذلك من الخطأ الأخلاقي أن نسقط نتائج الفعل عند إصدار أي حكم أخلاقي، لذلك يجب أن نراعى كل من النية والنتائج معًا".[٣٩٦]

٤- **النظرية الراولزية** : كذلك رفض **جون رولز**(١٩٢١-٢٠٠٢) أن يؤسس مذهبه على النفعية، ورأى أن هذا غير مقبول أخلاقيًا، ولقد كان رولز كانطيًا حين نقد المذهب النفعي؛ لأنه تجاهل مبادئ العدالة ، لذلك اقترح الوضع الافتراضي وحجاب الجهل.[397]، وعندما كتب رولز " نظرية العدالة " لتقديم بديل أفضل للنفعية لأن النفعية تفشل في حماية الحقوق والحريات الأساسية للأشخاص في محاولة لتعظيم الرفاهية الاجتماعية [398].

وإذا ما قارنا بين أخلاق الفضيلة وأخلاق الواجب وأخلاق النفعية، فسنجد أن كلًا من أخلاق الفضيلة وأخلاق الواجب هدفها مصلحة المريض، وتتمحور حول المريض، وهما

أفضل دليل لاتخاذ القرار الجراحي من منظور المريض لأنها تُتيح أقصى قدر من الحرية في القرارات الجراحية، في حين أن الأخلاق النفعية هدفها الصالح العام، كما أنها لا تمنح العلاقات الشخصية التي يحتاجها الجراح مع مريضه أي وزن أخلاقي عند النظر في نتيجة الفعل، كما أنها تُبرر التضحية بمصالح مجموعة من المرضى من أجل الصالح العام، وإذا ما طبقنا ذلك علي الممارسة الجراحية فسنجد أن النفعية تبرر على سبيل المثال، إجراء الأبحاث الجراحية على مجموعة من المرضي من أجل الصالح للأغلبية. وعلى هذا، فإنه لكل من هذه الأخلاق مزاياها وعيوبها؛ لذلك أعتقد أنه يجب تحقيق التوازن الأخلاقي بين هذه النظريات الثلاثة معًا لتحقيق أفضل ممارسة جراحية، ويجدر الإشارة هنا إلى أنه ينبغي رفض النظرية الأنانية ونظرية المصلحة الشخصية في الممارسة الجراحية، ومن جهة أخرى أعتقد أن نهج تشايلدريس وبيوشامب للمبادئ الأربعة قريب من أخلاق الواجب عند كانط .

الخاتمة ونتائج البحث

يُوفر هذا البحث أساسًا فلسفيًا لفهم العديد من القضايا الأخلاقية المركزية في الممارسة الجراحية، ويشمل الجوانب المُميزة لأخلاقيات الجراحة، وواجبات والتزام الجراحين والتحديات الأخلاقية في الجراحة، والعلاقة الفريدة بين الجراحين والمرضى التي تقوم على الثقة، لذلك فهو يعبر عن تقاطع الأخلاق مع الجراحة.

ولقد توصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

– تحدث لورانس بي ماكولو بلغة الجراحين وعلماء الأخلاق على حد سواء، وأثبت أن أصل أخلاقيات الجراحة يعود إلى الأخلاقيات الطبية، وأن تاريخ أخلاقيات الجراحة ومبادئها يرجع إلى نفس المبادئ الأخلاقية التي تقوم عليها أخلاقيات الطب وتأثرت بشكل كبير بها، كما أنه استدعى الجوانب الفريدة للجراحة الحاجة إلى نظام متميز لأخلاقيات الجراحة، كما أنه كان للعديد من الشخصيات تأثير، لكن الدور المهم الذي لعبه جون جريجوري وتوماس بيرسيفال ضروريًا في نمو وتطور أخلاقيات الطب والجراحة، ويجب الاعتراف به، وأن أول من استخدم مصطلح أخلاقيات الجراحة هو الجراح الأيرلندي

ويليام ستوكس عام ١٨٤٩، وكان مايلز ليتل، الجراح الأسترالي في الأورام، هو الذي حدد الفئات الخمس لأخلاقيات الجراحة.

– جمع لورانس بي ماكولو بين الأخلاقيات الطبية والأخلاقيات الجراحية في مصطلح" الأخلاقيات الطبية الجراحية "، ودعا إلى ضرورة تعاون الجراح مع الطبيب؛ من أجل إدارة مرض المريض وأن يتماثل للشفاء.

– تعد الجراحة نشاطًا أخلاقيًا مكثفًا أو مهنة أخلاقية مكثفة، على حد تعبير ديانا كارديناس(٢٠٢٠)، لذلك فهنالك ضرورة للاستشارات الأخلاقية من أجل الحفاظ على رفاهية المريض كهدف أساسي.

– تعد أخلاق الممارسة الجراحية الإكلينيكية نظرية وعملية معًا، فهي نظرية حين تتحدث عن أهمية الأخلاق والقيم في الممارسة الجراحية، وعملية لأنها تقوم على العلاقات بين الجراح والمريض، وتطبق تلك القيم والمبادئ الأخلاقية في سلوك الجراح أثناء الممارسة الجراحية الإكلينيكية، لذلك فإن أخلاقيات الممارسة الجراحية توفر الفضائل والتزامات الجراح في العلاقة بين الجراح والمريض والسلوك المهني للجراح.

– تعد الأخلاق هي الأساس في الممارسة الجراحية الإكلينيكية على حد تعبير جونثان ميكان، وهناك حاجة إلى مبادئ أخلاقية لتوجيه الجراحين في مجالاتهم الفريدة في الجراحة بصفة عامة وفي غرفة العمليات في الممارسة السريرية بصفة خاصة، ويجب استخدام المنهج الأخلاقي لفهم المشكلات الأخلاقية، كما أن هناك ضرورة لتدريس الأخلاق في المناهج الرسمية للجراحة، وهناك ضرورة للتثقيف الأخلاقي للجراح، لأن التفكير الأخلاقي عند الجراح يدعم قيمة الانضباط السريري، فهناك ضرورة لاستخدام أدوات التحليل الأخلاقي والحجج الأخلاقية لتقديم إرشادات عملية للجراحين في الممارسة الإكلينيكية، كما يجب إدماج المبادئ الأخلاقية في الممارسة الجراحية لكي تصبح ممارسة جراحية أخلاقية.

– أثبت هذا البحث أن الجراح الماهر ليس هو المؤهل لأداء فن وعلم الجراحة، ولكن هو الذي يمكن الاعتماد عليه أخلاقيًا، أو الموثوق به أخلاقيًا والجدير بالثقة.

– برهن هذا البحث على أن الممارسة الجراحية الأخلاقية هي التي تركز على الفضائل الأخلاقية وعلى تنفيذ قسم أبقراط عدم الضرر، (لا تؤذِ أحدًا أبدًا)، وأنه يجب الحد من قدرة الجراحة على الضرر النفسي والجسدي لاعتبارات أخلاقية.

– تهدف الممارسة الجراحية إلى الوصول إلى الاحترافية والقرار الجراحي الصائب القائم على القيم والأدلة معًا، وإعطاء الأولوية لمصالح المريض الفضلى.

– تهدف أخلاقيات الممارسة الجراحية إلى الوصول إلى أفضل مُمارسة جراحية ورفض الأبوة، والتأكيد على استقلالية المريض.

– يجب أن تتم الممارسة الجراحية في إطار من القيم والأدلة معًا، يجب أن يتجنب الجراح أن يتخذ قرارات أبوية، أو أن يستخدم المنهج الأبوي أو النفعي، وأن يقيم توازن أخلاقي بين مصلحته الذاتية وبين واجبه الأخلاقي نحو المريض. كما يجب على الجراح إدماج المبادئ الأخلاقية في الممارسة الجراحية لكي تصبح مُمارسة جراحية أخلاقية، ويجب أن يسترشد الجراح بمبادئ أخلاقية صارمة.

أثبت البحث أن مبادئ أخلاقيات البيولوجيا (الاستقلالية / الإحسان / العدالة / عدم الضرر) بينها صراع أخلاقي بين اثنين أو أكثر من تلك المبادئ ، وهذا التوتر بين المبادئ الأخلاقية يجعل من الصعب تحديد ما يجب على الجراح القيام به ، وذلك حين يختار الجراح بين مسارين بنفس القدر من الصعوبة ، لذلك فإن احترام هذه المبادئ ليس مطلقًا بل فيها تجاوزات؛ بمعنى أن كل المرضى ليس لديهم القدرة على احترام الاستقلالية في الممارسة الجراحية، وأن مبدأ احترام السرية يمكن اختراقه وانتهاكه من قبل الجراح ، وكذلك قول الحقيقة في الأمراض المميتة، واحترام الموافقة المستنيرة إذا ما كان المريض تحت ضغط أو خوف، وكذلك مبدأ الإفصاح الكامل ، وأعتقد أن الحل يكمن في مبدأ الوسط العدل، لا إفراط ولا تفريط في حجم المعلومات التي تُعطى للمريض ، وكذلك إذا ما وضع الجراح نفسه مكان المريض.

– تعتبر الموافقة المستنيرة أساس أخلاقيات الجراحة الإكلينيكية ، مع أنه في الجراحة الطارئة يتم تجاوز هذه الموافقة المستنيرة، كما أن هناك تحديات كثيرة أمام تحقيق متطلبات الموافقة المستنيرة الإكلينيكية.

– يعد الجراحون أكثر عرضة للبيئة القانونية والأخلاقية التي أصبحت أكثر حساسية بعد ظهور أحدث التقنيات التكنولوجية والإجراءات المعقدة ، وتعد المعضلات الأخلاقية شائعة في الجراحة ، وتأتى المعضلة الأخلاقية من التضارب في القيم المتجسدة الراسخة مثل قول الحقيقة وإنقاذ الأرواح، ويكمن الحل في إيجاد التوازن الأخلاقي الصحيح الذى يعد جوهر الحياة الأخلاقية، ولقد تطرقنا إلى بعضها ولم نستطع تغطية كل المعضلات الأخلاقية التي تواجه الجراحين، مثل: الفقر والتمييز العنصري وظهور الأوبئة ولاسيما كورونا، وذلك لأن هذا سيكون مهمة مكثفة للغاية بالرغم من كتابته بالفعل.

– الواقع أن الإشكاليات الأخلاقية التي تواجه الجراحين كثيرة والخيارات صعبة والقيم مُتنافسة، وهذا يختبر أولويات وقيم الجراحين الأخلاقية ، ويجب أن تكون الأولوية لمصلحة المرضى وليس الجراح على أية حال، ويجب أن يرجع الجراحين إلى اللجان الأخلاقية وخبراء أخلاقيات مهنة الجراحة في المعضلات الأخلاقية التي تقابلهم، ويجب أن يصبح القرار الجراحي مشتركًا.

– بالنسبة لمعضلة تعارض المصالح، أعتقد أنه يجب إيجاد توازن أخلاقي بين مصلحة الجراح الذاتية وبين واجبه الأخلاقي، كما أنه يجب على أصحاب المصلحة إيجاد توازن أخلاقي بين القيم والمعايير المتنافسة التي تقع بين طرفي نقيض من أجل التوصل إلى الخيارات المقبولة أخلاقيا ، كما اعتقد أنه يجب أن يعلي الجراح من قيمة واجباته الأخلاقية نحو المرضي على حقوقه الشخصية ، وأن يصبح أكثر إيثارية.

– أظهر البحث ارتباط أخلاقيات الممارسة الجراحية الإكلينيكية بكل من (أخلاقيات العمل /أخلاقيات السلوك المهني وأخلاقيات التواصل/ أخلاقيات الفضيلة / أخلاقيات الواجب / أخلاقيات المسئولية / أخلاقيات العناية الواجبة / أخلاقيات المضاعفات الجراحية / أخلاقيات النزاهة المهنية للجراح / أخلاقيات السياحة العلاجية / أخلاقيات التدريب الجراحي).

توصيات البحث:

يجب أن يكون هناك عمل تعاوني بين الجراحين وعلماء الأخلاق بعدما تغيرت الأمور بسبب التوافر الهائل للتكنولوجيا الجراحية، وهذا استوجب تطوير أخلاقيات الجراحة لفحص المعضلات التي تواجه الجراحين في الممارسة الجراحية الإكلينيكية، وجعل الجراح

ماهرًا في حل المعضلات والتحديات الأخلاقية التي تواجه الجراحين، من خلال تقديم إرشادات لإيجاد حلول أخلاقية وعقلانية وتعزيز سلامة المرضى.

– هناك حاجة إلى تقديم إطار عالمي للمبادئ الأخلاقية لمواصلة تطوير أخلاقيات الجراحة، ويجب وضع تكاليف الرعاية الجراحية في الحسبان؛ لذلك لا يجب أن يتعامل الجراح مع المريض مباشرة بل من خلال التأمين الصحي فقط، لذلك يجب الاهتمام بالتأمين الصحي وتفعيل دوره، كما يجب وضع الضغوط المادية التي يتعرض لها كل من الجراح والمريض في الحسبان.

– لا تزال أخلاقيات الجراحة العالمية متناثرة وتحتاج إلى العديد من الدراسات الأخلاقية، فهناك غياب نسبي لأخلاقيات الجراحة العالمية ، وهناك حاجة إلى الأخلاقيات التي تركز على التعاون الدولي والتنمية المستدامة على حد تعبير **تيسا روبنسون**.

– يجب صيانة المعايير الأخلاقية في الجراحة إكلينيكيًا، بتدعيم الحكم السريري القائم على الأدلة العلمية واستخدام الموافقة المستنيرة الإكلينيكية لصالح المرضى ، ووجود عقاب للأخطاء الجراحية التى كان من الممكن تفاديها .

الهوامش

(*) لورانس بي ماكولو:
لورانس بي ماكولو، هو فيلسوف وجراح أمريكي معاصر، وهو أستاذ في مركز الأخلاقيات الطبية والسياسات الصحية للأخلاقيات الطبية في كلية بايلور للطب، هيوستن، تكساس، الولايات المتحدة، وهو أستاذ طب الأسرة والمجتمع في بايلور، درس أخلاقيات الطب والجراحة والتوليد والطب النفسي، وأخلاقيات التجريب على البشر أو أخلاقيات الأبحاث على البشر، وتاريخ أخلاقيات الطب والجراحة، وأوضح أهمية الاستشارات الأخلاقية، لعب دورًا في تعليم الأطباء الممارسة المسئولة للطب والجراحة، وهو مدير الجمعية الفلسفية لأخلاقيات البيولوجيا والعلوم الإنسانية. نشر ٣٧٠ بحثًا في الأخلاقيات الطبية وأخلاقيات علم الأحياء، وهو مؤلف أو محرر ١٢ كتابًا ونشر ٥٠ فصلاً في كتب علمية، وأكثر من ١٠٠ فصل في كتب مدرسية طبية، ويقوم بتدريس الأخلاقيات السريرية في المستشفيات، ويُعلم دورات في العلوم الإنسانية الطبية في قسم الفلسفة في جامعة رايس بصفته أستاذًا في الفلسفة في قسم الفلسفة، يدير برنامج الاستشارات الأخلاقية في مستشفى سانت لوك الأسقفية، ويعمل في لجان الأخلاقيات في المركز الطبي في مستشفى تكساس للأطفال.

Laurence B. McCullough Ph.D., Baylor College of Medicine.

كما أنه أستاذ في أخلاقيات الطب، كلية الطب وايل بجامعة كورنيل في نيويورك، قام بتدريس دورات التحديات الأخلاقية في منظمات الرعاية الصحية لأكثر من ٢٥ عامًا، في عام ٢٠١٦ أصبح ماكولو أستاذًا فخريًا متميزًا في مركز بايلور للأخلاقيات الطبية والسياسة الصحية، وكان حائزًا على كرسي في الأخلاقيات الطبية، وحصل على دكتوراه في الفلسفة من جامعة تكساس

Laurence B. McCullough PhD , Physician Leadership

ومن أهم مؤلفاته التي تخص علم أخلاقيات الجراحة فقط:

(١)- جون جريجورى واختراع أخلاقيات المهنة الطبية ومهنة الطب : وهو يعبر عن تاريخ أخلاقيات مهنة الطبية، ويدرس علم الأخلاق الطبي في القرن الثامن عشر، وهو يعبر عن تقييم للأخلاقيات الطبية عند جريجوري.

(٢)- أخلاقيات مهنة الطب، هدفه التقييم النقدي للأخلاق الطبية الحالية وتحديد كيفية تحسينها، لدى الأطباء والمرضى والمجتمعات وصانعي السياسات، والسلوك الصحيح والخاطئ في رعاية المرضى.

(٣) القاموس التاريخي لأخلاقيات الطب، وهو يحتوي على أخلاقيات مهنة الطب وأخلاقيات مهنة الأحياء، وموضوعات في الأخلاقيات السريرية.

٤) تاريخ كامبريدج لأخلاقيات الطب مع روبرت بيكر.

(٥) قرارات الرعاية طويلة الأمد : الأخلاقية والمفاهيمية، في هذا الكتاب عبر عن التغيرات الجسدية أو العقلية أو الاجتماعية في حياة المسن، وأنها قد تؤدي إلى فقدان الاكتفاء الذاتي، ويجب التفكير الأخلاقي في الرعاية طويلة الأجل من المهنيين الصحيين، وهي تركز على اتخاذ القرار الجراحي للمسنين.

(٦)أخلاقيات الممارسة الجراحية، الحالات والمعضلات والقرارات، ٢٠٠٨، وهو عبارة عن تطبيق الأخلاق على قضايا خاصة بالجراحة وهو يعبر عن مجموعة واسعة من القضايا التي يواجها الجراحون اليوم.

(٧) أخلاقيات الجراحة،٢٠١١ مع جونز جيمس وبرودي، وهو دليل عملي شامل سريريا للقضايا الأخلاقية في الممارسة الجراحية والبحوث والتعليم والأبحاث الجراحية.

([2]) Jukes p . Namm, Cassandra C. krause (2019): The History of Surgical Ethics, Surgical Ethics, Principles and Practice, Springer Verlag , pp,18-19.

(*) قوانين حمورابي (Code Of Hammurabi (1700B.C.E
هي مجموعة قوانين بابلية يبلغ عددها (٢٨٢) مادة قانونية سجلها الملك حمورابي سادس ملوك بابل، حكم من سنة (١٧٩٢- ١٧٥٠ ق.م)، وذلك على مسلة كبيرة أسطوانية الشكل وهذه المسلة طولها متران ونصف، وقامت على مبدأ العين بالعين والسن بالسن، وهي معروضة الآن في متحف اللوفر في باريس، ويمكن تعلم المثل العليا من هذه القوانين، وهي عبارة عن عقوبات لتلبية متطلبات العدالة، تهدف إلى إيجاد

مجتمع عادل، وفي مادة ١٩٦، إذا ما دمر الطيب عين مريض، فإنه تُدمر له عينه، وإذا ما كسر الطيب عظم مريض، فإنه تُكسر له عظمة، وفي مادة ٢١٨، إذا ما تسبب الطبيب في تدمير عين رجل أو وفاته فإنه يجب أن تُقطع يده علي الفور.

Robert F. Harper : Code of Hammurabi, Trans, Chicago, University of Chicago Press, 1904.

وتُمثل مجموعة ابقراط مجموعة من حوالي ٦٠ عملاً طبيًا قديمًا، ولكن لم يثبت أن ابقراط قد كتبها بنفسه، وأهمها الصفات الأخلاقية للطبيب المثالي، وتشير " الوصايا" إلى سلوك الطبيب مع المريض، ويتضمن قسم ابقراط تفاصيل تتعلق بأخلاقيات الطبيب وسلوكه الأخلاقي وأهمها مبدأ عدم الضرر. .

Alberto R Ferreres (2019): Foundations and principles of Surgical Ethics, Surgical Ethics, pp, 50-51.

ولذلك رأى ابقراط أن الطبيب الجيد ليس هو المؤهل فقط ولكنه المسئول أيضًا، والذي يتبع القواعد الأخلاقية، وكان ابقراط معاصر للفلاسفة اليونانيين المشهورين، سقراط وأفلاطون، وعرف ابقراط في الغرب بأنه " أبو الطب".

Have , Henk Ten (20013) :Global Bioethics: Transnational Experience and Islamic Bioethics, Duquesne University.

([4]) Have , Henk Ten (20013) :Global Bioethics: Transnational Experience and Islamic Bioethics, 605-606.

([5]) Jukes p . Namm, Cassandra C. krause (2019): The History of Surgical Ethics, Surgical Ethics, Principles and Practice, pp,21-22.

([6]) Alberto R Ferreres (2019): Foundations and principles of Surgical Ethics, Surgical Ethics, pp, 51-52

([٧]) أفلاطون: الجمهورية، المجلد الأول، المحاورات الكاملة، نقلها إلي العربية، شوقي داود تمراز، الأهلية للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.

([8]) ARISTOTLE : NICOMACHEAN ETHICS, Translated By W. D. Ross, Batches Books, Kitchener, 1999.

([9])Laurence B McCullough, Robert B. Baker (2008) : The Cambridge World History of Medical Ethics , Cambridge University Press, CH 25,PP, 168-169.

([10]) Jukes p . Namm, Cassandra C. krause (2019): The History of Surgical Ethics, Surgical Ethics, Principles and Practice, pp23-24.

([11]) Henk Ten Have (2013) :Global Bioethics: Transnational Experience and Islamic Bioethics, Zygon 48 (3) : 601-602.

([12])Laurence B. McCullough (2018): Historical Dictionary of Medical Ethics, Rowman , Littlefield Publishers.

([13]) Jukes p . Namm, Cassandra C. krause (2019): The History of Surgical Ethics, Surgical Ethics, Principles and Practice, pp23-24

[(*)]٣ جون جريجوري (١٧٢٤- ١٧٧٣):

ولد في عائلة من الأكاديميين، ونشأ ليصبح طبيبًا أول لجلالة الملكة في إسكتلندا، كان من بين عامي ١٧٤٦ – ١٧٦٤، أستاذ للفلسفة والطب في, King's College ودرس الطب في أدنبرة، وكان المسئول عن تحويل الطب من تجارة إلى مهنة إنسانية حين يهتم الطبيب بتعزيز مصالح المريض ويعزز بشكل ثانوي مصالحة الخاصة.

Alberto R Ferreres (2019): Foundations and principles of Surgical Ethics, Surgical Ethics, pp, 45-46.

كان جون جريجوري طبيبًا وأخلاقيًا من اسكتلندا في القرن الثامن عشر، كما دعي جريجوري إلى ضرورة تعليم المرضى بشكل كاف لفهم توصيات الأطباء؛ وبالتالي تحفيزهم على الامتثال، وهذا ساعد على ترسيخ مكانة المريض كنقطة محورية لأخلاقيات الطب والجراحة.

Georgina D. Campelia, Denise M. Dudzinski (2019): History and Development of Medical Ethics in the West, Surgical Ethics: Principles and Practice, P4

([14])Laurence B McCullough (1998) : John Gregory and The Invention of Professional Medical Ethics and Profession of Medicine , Springer Verilog ,pp, 180-182.

([15]) Laurence B McCullough (2014): John Gregory's Writings on Medical Ethics an Philosophy of Medicine, Springer.

([16]) Jukes p Namm, peter Angelos (2014) : History and Evolution of Surgical Ethics: John Gregory to the twenty first century, world Journal of surgery ,vol38, 38 (7) : 1568-1569.

([17])Jukes p Namm, Marks Angler et al (2014): History and Evolution of surgical Ethics, John Gregory to the twenty first century, world Journal of surgery, 38(7):1568- 1573

([18])Laurence B. McCullough (1999): Hume's Influence on John Gregory and the History of Medical Ethics, the Journal of Medicine and philosophy, Vol24(4), 393

([19]) McCullough l.B (2006): John Gregory's Medical Ethics and the reform of medical practice in eighteenth- century, Edinburgh JR Call Phis Edinburgh, 36: pp,86-92.

([20])McCullough L B (1998): John Gregory and the Invention of professional Medical Ethics and the profession of medicine, Kluwer Academic publishers, Journal of the History of Philosophy , Vol37, N 3,p,535, and see: Klemme , Haier (1999): John Gregory and Invention of Professional Medical Ethics and Profession of Medicine , Journal of The History of Philosophy , Vol37, N 3 , P, 535.

([21]) Laurence B. McCullough, James w Jones (2009): Unraveling Ethical Challenges in Surgery, the Lancet 374,P, 1658

([22])Laurence B McCullough (2022): Thomas Percival's Medical Ethics and the Invention of Medical Professionalism, Philosophy and Medicine, Springer Nature Switzerland AG.

([23])Jukes p . Namm, Cassandra C. krause (2019): The History of Surgical Ethics, Surgical Ethics, Principles and Practice, pp23-24) , op.cit.

[(24)] Georgina D. Campelia, Denise M. Dudzinski (2019): History and Development of Medical Ethics in the West, op.cit, P,14.

([25]) Laurence B. McCullough, Robert B. Baker, eds (2009): The Cambridge World History of Medical Ethics, New York, Cambridge university press.

([26])Laurence McCullough, James W Jones (2009): Unraveling Ethical Challenges in Surgery, Oxford University Press, New York

([27]) Alberto R Ferreres (2019): Foundations and principles of Surgical Ethics, Surgical Ethics, pp, 50-51.

(28) Laurence McCullough, James W Jones (2009): Unraveling Ethical Challenges in Surgery,
(29) Jukes p Namm, Marks Angler et al (2014): History and Evolution of surgical Ethics, op.cit, 38(7):1568- 1573
(30) Laurence B. McCullough, Robert B. Baker, eds (2009): The Cambridge World History of Medical Ethics.
(31)Laurence B McCullough (1998) : John Gregory Writings on Medical Ethics and Philosophy of Medicine , Gregory J: Lectures on The Duties and Qualifications of a Physician .
(32) Laurence B. McCullough, James Jones (2009): Unraveling Ethical Challenges in Surgery, op.cit
(33) Jukes p. Peter Anglos, (2014): History and Evolution of surgical Ethics, 1568-1573.
(34) Alberto R Ferreres (2019): Foundations and principles of Surgical Ethics, op.cit, pp, 50-51.
(35) Jukes p . Namm, Cassandra C. krause (2019): The History of Surgical Ethics, Surgical Ethics, Principles and Practice, pp23-24, op.cit.
(36) Laurence B McCullough (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions, Introduction, A Primer on Surgical Ethics, Oxford University Press, New York, p, 3.
(37) Lawrence McCullough and Robert B. Baker (2009): The Cambridge World History of Medical Ethics, op.cit
(38)Laurence B McCullough (2008): The Ethics of Surgical Practice , Cases, Dilemmas and Resolutions, p,195.
(39) Cardenas, Diana (2020) :Surgical Ethics, a framework for surgeons, patients and society, Bioethics in Surgery ,vol4.
(40) AnJi wall, PhD, peter Angelos, PHD (2013): Ethics in Surgery, Current problem in Surgery , 50 (3) ,130-131.
(41) Cardenas , Diana(2020): Surgical Ethics, op.cit.
(42) Ibid.
(43)Laurence B McCullough (2008): The Ethics of Surgical Practice , Cases, Dilemmas and Resolutions,p,7.
(44) Diana Cardenas(2020): Surgical Ethics, op.cit
(45) Ibid.
(46)Laurence B McCullough (2008): The Ethics of Surgical Practice , Cases, Dilemmas and Resolutions, P,8.
(47) Ibid.
(48) Alberto R Ferreres (2019): Foundations and principles of Surgical Ethics, op.cit, pp, 50-51) , pp, 45-52, 2019.
(49)Boseley , Sarah (2009) : Darzi, Ara : an innovative surgeon who led reforms of uk's, NHS, Vol374, issue 9695, pp,140-167 .
(*)Laurence B McCullough(2008): The Ethics of Surgical Practice ,Cases , Dilemmas and Resolutions, p,9.

أعتقد أن المضاعفات الجراحية جزء لا يتجزأ من طبيعة الجراحة، وهي تختلف عن الإهمال الجراحي أو الأخطاء الجراحية، وقد لا يلقى فيها اللوم الأخلاقي على الجراح بمفرده، وقد يكون المريض هو المسئول الأول والأخير فيها؛ بسبب عدم امتثاله لأوامر الجراح، مثل الراحة التامة أو الحفاظ على نظافة الجرح حتى يتماثل للشفاء، نظرًا لأن المريض الجراحي قد يغادر المستشفى قبل أن يلتئم جرحه بسبب تكاليف المستشفى المرتفعة، ولا يكمل باقي العلاج من المضادات الحيوية الضرورية بعد العملية الجراحية، وهذا قد يلوث العملية الجراحية ويؤدي إلى مضاعفات جراحية خطيرة.

([50]) Laurence B McCullough(2008): The Ethics of Surgical Practice ,Cases , Dilemmas and Resolutions, and see: Cardenas, Diana (2020): Surgical Ethics, a framework for Surgery, op.cit.

([51]) Lawrence B. McCullough and Robert B. Baker (2009): the Cambridge world History of medical Ethics , op.cit.

([52])Laurence B McCullough(2008): The Ethics of Surgical Practice ,Cases , Dilemmas and Resolutions, p,229.

([53]) Peter Angelos, Anj wall (2013): Ethics in Surgery, Current problem in surgery, op,cit, P, 132.

([54]) Cardenas, Diana (2020): surgical Ethics, op.cit.

([55])Laurence B McCullough(2008): The Ethics of Surgical Practice ,Cases , Dilemmas and Resolutions,p,204.

([56]) Diana Cardenas (2020): Surgical Ethics, op.cit

([57]) Anji wall ,peter Angelos (2013): Ethics in Surgery, Current Problems in Surgery, P, 134.

([58]) Lawrence B McCullough, James w. Jones, Bruce w Richman(2008): the Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions, Oxford, Oxford University press, p,3.

([59]) Diana Cardenas (2020): Surgical Ethics, op.cit.

([60]) Lawrence B McCullough, James w. Jones, Bruce w Richman (2008): the Ethics of surgical Practice, cases, Dilemmas and Resolutions.

([61]) Laurence B. McCullough (1998): Surgical Ethics, op.cit. and see: Jukes p. Namm, Mark Siegler (2014): History and Evolution of Surgical Ethics: John Gregory to the twenty first- century,38(7): pp, 1568-1573.

([62]) Lawrence B. McCullough and Robert B. Baker (2009): the Cambridge world History of medical Ethics, op.cit.

([63]) Jukes p . Namm, Cassandra C. krause (2019): The History of Surgical Ethics, Surgical Ethics, Principles and Practice, pp23-24, op.cit.

([64]) Jukes p .Namm, Mark Siegler (2014): History and Evolution of Surgical Ethics, op.cit, p, 1572.

([65]) Laurence B McCullough (2018): Historical Dictionary of Medical Ethics,op.cit.

([66]) Jukes p . Namm, Cassandra C. krause (2019): The History of Surgical Ethics, Surgical Ethics, Principles and Practice, pp23-24, op.cit.

([67]) Ibid.

([68]) Jukes p . Namm, Cassandra C. Krause (2019): The History of Surgical Ethics, Surgical Ethics, Principles and Practice, pp23-24, op.cit

([69]) Jukes p .Namm, Mark Siegler (2014) :History and Evolution of Surgical Ethics, op.cit, p, 1572

([70]) Jukes p . Namm, Cassandra C. Krause (2019): The History of Surgical Ethics, , pp23-24, op.ci

([71]) Jukes p .Namm, Mark Siegler (2014) :History and Evolution of Surgical Ethics, op.cit, p, 1572

([72]) I bid.

([73]) Jukes p .Namm, Mark Siegler (2014): History and Evolution of Surgical Ethics, op.cit, p, 1572.

([74]) I bid, 1573.

(*)أخلاقيات الطب:

على الرغم من استخدام مصطلح أخلاقيات الطب في الأدبيات العلمية لأول مرة في القرن التاسع عشر، إلا أن النظر في الأسئلة الأخلاقية المتعلقة بالصحة والمرض ليس جديدًا، وكان تركيز أخلاقيات مهنة الطب ينصب على شخص الطبيب أو على السلوك وفقًا للقواعد المهنية أو على الواجبات المهنية، وأوضح ظهور الطب كمهنة إلى أن الفضائل الفردية غير كافية، وأنه يجب تحديد القواعد والمعايير المهنية وتقديم أمثلة لها على أنها مدونات لقواعد السلوك، ولقد ظهرت العديد من القضايا الأخلاقية التي تتعلق بالموت والحياة وتخصيص الموارد النادرة؛ لذلك تم توسيع نطاق أخلاقيات الطب فشملت أخلاقيات الرعاية الصحية وأخلاقيات البيولوجيا.

Henk Ten Have (2013): Global Bioethics: Transnational Experiences and Islamic Bioethics, Zagon.48

وترتكز أخلاقيات الطب على الفضائل والالتزامات الأخلاقية للأطباء، ولم تتغير تلك الفضائل على مدى القرنين السادس عشر وحتى التاسع عشر مثل (الأخلاق/ والإحسان/ والرحمة / والنزاهة / والاحترام/ والسرية)، ويعرف الفيلسوف والمؤرخ **ميشال فوكو** " أخلاقيات الطب" بأنها " تطبيق التفكير الأخلاقي في سياق الممارسة السريرية والبحوث الطبية، ويتضمن هذا استخدام النظريات الأخلاقية، على سبيل المثال، نظرية المنفعة وتطبيق المبادئ الأخلاقية مثل الجدارة بالثقة ومبدأ عدم إلحاق الضرر بالمريض.

Georgina D. Campelia , Denise M .Dud Zinski (2019): History and Development of Medical Ethics in The West, op.cit, pp, 12-13.

تتعامل الأخلاق الطبية مع المبادئ التي توجه السلوك والقرارات التي تهم المرضى في المجال السريري. Cardenas, Diana (2020): Surgical Ethics, op.cit.

(75) Moreno, Jana Han, Angelique, M .Reitsma (2007): Ethical Guidelines for Innovative Surgery, Ist Edition.

([76])Laurence B McCullough (2018) : Historical Dictionary of Medical Ethics , 1st Edition, Rowman ,Littlefield Publishers.

([77]) Laurence B McCullough (2019) : The Ethical Concept of Medicine as Profession discovery or Invention?, Journal of Medical Ethics, 45(12): pp, 786-787.

([78]) Laurence B .McCullough and Robert Baker (2007): The Relationship between Moral Philosophy and Medical Ethics reconsidered, Journal of Kennedy Institute of Ethics, 17(3): pp, 271-272.

([79])Hoff master , Barry (2009) :How Experience Confronts Ethics , Bioethics.

(*)Jukes P. Namm, Cassandra Krause (2019): The History of Surgical Ethics, pp, 24-25.

يمكننا أن نستنتج أنه يمكن أن تتميز الجراحة عن الطب بمسائل شرسة، ومسئولية أخلاقية كبيرة واقعة على عاتق الجراحين نحو مرضاهم، فالعلاج في الطب أدوية، أما في الجراحة فهو تدخل جراحي بعملية جراحية، قد يصبح لها عواقب خطيرة على صحة المريض. وعلى هذا، تختلف الجراحة عن التخصصات الطبية الأخرى، التي تقتصر على تحديد العلاج الطبي، ويمكن أن تستمر دون تدخل مُباشر من الطبيب، لذلك فإن أخلاقيات الطب تنتمي إلى أخلاقيات المعرفة، بينما تنتمى أخلاقيات الجراحة إلى أخلاقيات العمل.

Ferreres, Alberto R (2019): Foundations and principles of Surgical Ethics, pp,48-49.

وتوضح **ديانا كارديناس** طبيعة الاختلافات بين الأخلاقيات الجراحية وأخلاقيات الطب، فتقول: " تتمتع ممارسة الجراحة بالعديد من المميزات عن مجال الطب وبالتالي فهي تختلف عنها، وذلك لأن المبدأ الأساسي في الطب هو عدم الضرر أو" لا ضرر ولا ضرار" ، ولكن في مهنة الجراحة هناك ضرر لأنه باستخدام المشرط يضر الجراحون قبل العلاج، ومع ذلك فإن معظم المرضى على استعداد لقبول مخاطر الجراحة عندما يواجهون بدائل قليلة، كما أن الإطار الزمني القصير الذي يتعامل فيه الجراح مع مريضه يختلف عن الإطار الزمني الطويل نسبيًا، الذي يتعامل فيه الطبيب مع مريضه خلال رحلة الشفاء، كما أنه لا يوجد في الطب قرار أو تدخل جراحي.

Cardenas, Diana (2020): Surgical Ethics, op.cit.

يوضح أخصائي الجراحة **لابوما** الفرق بين الأخلاق الجراحية وأخلاقيات الطب، فيقول :" تختلف الممارسة الجراحية عن ممارسة الطب، حيث تتطلب مُمارسة الجراحة النظر في عدد من الجوانب المحددة لأخلاقيات الطب السريري بسبب طبيعة الرعاية الجراحية التي تقوم على أحساس الجراح بالمسئولية الأخلاقية تجاه أفعالهم، كما تتطلب تلك الرعاية الجراحية وضع المرضى ثقة كبيرة في الجراح، كما تختلف الأخلاقيات الجراحية عن أخلاقيات الطب في ضرورة وجود الموافقة المستنيرة من المرضى، والتي تُبنى عليها تلك الثقة الكبيرة بين الجراح ومريضه، كما يجب أن يستخدم الجراحون وسائل مبتكرة واستخدام الابتكار الجراحي لحل مشاكل المريض في غرفة العمليات الجراحية، ولذلك يختلف الجراح عن الطبيب في حجم المسئولية المهنية ومقدار الثقة التي يحصل عليها من المرضى، ولكن يشترك الطبيب والجراح في أن هدفهما واحد وهو رعاية المريض بأفضل طريقة ممكنة والوصول به إلى مرحلة الشفاء، وعلى هذا فإن نطاق أخلاقيات الجراحة يختلف عن أخلاقيات الطب، وفي نفس الوقت فهو فرع متميز عنها.

John la puma, David lschieder Mayer (1991) :The Clinical Ethicist at the bedside, theoretical medicine, 12(2):pp,14-199

([80])Laurence B McCullough : Unraveling Ethical Challenges in Surgery, op.cit.

([81])Ibid.

([82])Laurence B McCullough , Jones J.W .Brody (1998): Surgical Ethics, Surgery and Other Medical Specialties, Oxford, Oxford University Press, pp, 290-291.

[*]أخلاقيات علم الأحياء

هي فرع من فروع الأخلاق التطبيقية، تدرس القضايا القانونية والفلسفية والاجتماعية الناشئة عن الطب وعلوم الحياة الأخرى، وتهتم بشكل أساس بحياة الإنسان ورفاهيته، لذلك فإن أخلاقيات البيولوجيا هي مجال جديد يصف تقاطع القيم الإنسانية مع الطب والأحياء.

Ferreres, Alberto R (2019): Foundations and principles of Surgical Ethics, p,49.

ولقد أصبحت أخلاقيات البيولوجيا أخلاقيات تطبيقية، وذلك عندما تم استيعابها في الفلسفة الأخلاقية من أجل استنتاج ما ينبغي القيام به، وهذا أصبح المنطق المحدد للأخلاقيات البيولوجيا؛ وذلك من أجل إمكانية وضع قرارات عقلية أخلاقية وتقيمها باستخدام العقلانية والتقييم النقدي.

Barry Hoff Master (2018): From Applied Ethics to Empirical Ethics to Contextual Ethics, Bioethics, John Wiley, 32(2): 120-121.

([83])Laurence B McCullough (2002) : Power , Integrity , and Trust in The Managed Practice of Medicine , Lessons from the History of Medical Ethics , Social Philosophy and Policy ,19,(2), pp, 196-197.

([84])Laurence B McCullough(2011) : Was Bioethics Founded on Historical and Conceptual Mistakes about Medical Paternalism ?, Bioethics , 25, (2),p, 67.

([85])Laurence B McCullough, Robert Baker (2007) : Medical Ethics , appropriation of Moral Philosophy : The Case of The Sympathetic and Unsympathetic Physician , Journal of Kennedy Institute of Ethics , 17(1): pp, 18-19.

(*)الأخلاق الإكلينيكية أو السريرية

ترتكز الأخلاق السريرية علي الاعتقاد بأن كلاً من الطب والجراحة مشروع أخلاقي بطبيعته، يطلب المرضى من الأطباء والجراحين مساعدتهم في التحسن والشفاء، ويدعي الأطباء والجراحين التزامهم الأخلاقي والكفاءة المهنية لمساعدة المرضى. ومن جهة أخرى، تهتم الأخلاق السريرية بالكفاءة السريرية واحترام المرضى وجعل الأولوية للمريض. وتعرف الأخلاق السريرية بأنها الالتزامات الأخلاقية التي تحكم مهنة ممارسة الطب والجراحة. والهدف من الأخلاق السريرية هو تحسين جودة رعاية المرضى. تعتبر الأخلاق أساسية في الطب السريري، وأقدم رمز طبي هو قسم ابقراط الذي يحتوي على عناصر تؤكد الالتزام برفاهية المرضى. كما تعتبر الأخلاق السريرية ضرورية في الممارسة الطبية والجراحية ويجب أن تكون جزءًا لا يتجزأ من التعليم الطبي والجراحي في كلية الطب.

Panna L. Nandi (2000): Ethical Aspects of Clinical Practice, 135(1):24-25.

عرف **فليتشر** الأخلاقيات الإكلينيكية أو السريرية بأنها: " نشاط متعدد التخصصات من أجل تحليل وحل المشاكل الأخلاقية التي تنشأ من رعاية مرضى مُعينين، كما أن الدافع الرئيس للأخلاقيات السريرية هو العمل على تحقيق النتائج التي تخدم مصالح ورفاهية المرضى وأسرهم على أفضل وجه، وهناك تعريف آخر للأخلاق السريرية بأنها تخصص عملي يوفر منهجًا منظمًا لصنع القرار، يمكن أن يساعد الأطباء والجراحين معًا على تحديد وحل القضايا الأخلاقية في الطب السريري.

Jonathan D.Moreno, Connie Zuckerman, (2005): Ethics in Clinical Practice, 2 nd Edition, Jones and Bartlett learning, London.

([86])Laurence

B McCullough (2017) : Philosophical Provocation : The Lifeblood of Clinical Ethics , Journal of Medicine and Philosophy , 42(1) : pp, 4-5.

([87])Laurence B McCullough (2014) : Deliberative Clincal Ethics : Getting Back to Basics In Work of Clinical Ethics and Clinical Ethicists, Journal of Medicine and Philosophy , 39 (1): pp, 5-6.and see, McCullough (2006): Getting Back of Fundamental of Clinical Ethics , Journal of Medicine and Philosophy ,31(1).

([88])Laurence B . McCullough (2005) : The Critical Turn in Clinical Ethics and its Continuous enhancement , Journal of Medicine and Philosophy , 30(1).

([89])Laurence B McCullough , Tessy A . Thomas (2015) : A Philosophical Taxonomy of Ethically Significant Moral Distress , Journal of Medicine and Philosophy , 40, (1) : pp, 115-116.

([90])Laurence B McCullough (1995) : Ethics in Clinical Practice , Medical Ethics ,7(6), pp, 377-378.

([91])Laurence B McCullough (1999) : Moral Authority, Power , and Trust in Clinical Ethics , Journal of Medicine and Philosophy , 24(1).

([92])Laurence B McCullough (1998): Surgical Ethics , Surgery and Other Medical Specialties, p, 296.

(٤) Jukes P. Namm, Cassandra C.Krause (2019): The History of Surgical Ethics, p, 24

(94) George John Agich (2009): The Issue of Expertise in Clinical Ethics, University of Singapora.

(95) George John Agich (2004): What Kind of Doing is Clinical Ethics ?, Theoretical Medicine and Bioethics 26 (1) :18-19.

([96])George John Agich (2010): Clinical Ethics as Practice , International Journal of Bioethics

(97) Laurence B. McCullough (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions, op.cit, and see: John la puma, David l Schneider Mayer (1991): the Clinical Ethicist at the bedside, theoretical Medicine,12(2):141-149.

(98) Albert R Jonson , Mark Siegler , Winslade (2006): Clinical Ethics, a practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine, New York.

(99) Laurence McCullough, Bracew Richman James Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Dilemma and Resolutions, op.cit, p,3.

(*)أخلاقيات الجراحة

يعرف الدكتور **مورالي يو أم** أخلاقيات الجراحة بأنها " تخصص أساس في ممارسة الجراحة، وتُعبر عن المسئولية الأخلاقية أو أنها دراسة أخلاقية تبحث فيما يجب أن يكون عليه سلوك الجراح من عدالة وإنصاف.

Mural, U.M.S, M.B.A (2015): Surgical Ethics, Health, Medicine.

وترى **ديانا كارديناس** استاذ الجراحة في جامعة تكساس، أن :" أخلاقيات الجراحة هي شكل مُحدد من أخلاقيات مهنة الطب، أو هي فرع من أخلاقيات مهنة الطب يتعامل مع قضايا أخلاقية مُحددة ومعضلات خاصة بالجراحين، لذلك تُعرف أخلاقيات الجراحة بأنها تطبيق الأخلاقيات على مواقف خاصة بالممارسة الجراحية، وتعتبر أخلاقيات الجراحة حالة خاصة من الأخلاقيات العامة للطب، لذلك يعد جوهر أخلاقيات الجراحة هو العلاقة بين الجراح والمريض ومسئولية الجراح في النهوض برفاهية المريض وحمايته.

Cardenas, Diana (2020): Surgical Ethics, op.cit

وتوضح **كاسندرا كراوس** أستاذ الجراحة في فلوريدا، أنه :" نشأت أخلاقيات الجراحة من نفس المبادئ الأخلاقية التي قامت عليها أخلاقيات الطب، ولكن استدعت الجوانب الفريدة للجراحة الحاجة إلى نظام مُتميز لأخلاقيات الجراحة، وتهدف أخلاقيات الجراحة إلى تحسين رعاية المرضي وألا يغيب على الجراحين تلك العلاقة الأخلاقية بين المريض والجراح.

Jukes p Namm, Cassandra C. Krause (2019): The History of Surgical Ethics, op .cit, pp,22-23.

ولقد برهن **بيتر انجيلوس**، جراح الغدد الصماء وأخصائي أخلاقيات الجراحة المشهور تلك العلاقة الفريدة بين الجراح والمريض، قائلاً :" تتطلب تلك العلاقة الفريدة بين المريض والجراح أعلى مستوى من الثقة عن العلاقات الأخرى بين المرضى والأطباء.

An Ji Wall, Peter Angelos, Douglas(2013): Ethics In Surgery , Current Problems in Surgery.

([100])Laurence b McCullough, James w. Jones (2008): Ethics of Surgical practice, Cases, Dilemmas and resolution, op.cit.
([101])Ibid, p, 3.
([102])Little, M (2001): Invited Commentary: is there a distinctively surgical Ethics, surgery ,129(6): 668
[(103)] Ibid, P, 669.
(104) Laurence b McCullough, James w. Jones (2008): Ethics of Surgical practice, Cases, Dilemmas and resolution, op.cit.
(105) Laurence B McCullough, James w. Jones (2009): Unraveling Ethical challenge in surgery, the lancet, 174. 1658-1659.
(106) Laurence B McCullough, Brace w Richman , James w. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Dilemmas and Resolutions, p, 23.
(107) Ibid, p,106.and see: Laurence B McCullough, James W. Jones (2009): Unraveling Ethical Challenge in Surgery, op.cit.
يمكننا أن نجد **ما يلز ليتل** يري أن أخلاقيات الجراحة قد صيغت على أنها أخلاقيات طبية عامة تطبق على السياقات الجراحية.
Little, Miles (2002): the fivefold root of an Ethics of surgery, Bioethics, 16(3):183.
(108) Little , M (2001): Ethics in Surgical Practice, Journal Surgery,88(6),:769-770.
(109) L Makin's, Jonathan (2009): Surgical Research plum metrics, Vol374 ,Issue 965, pp,1039-1045.
(110) Cardenas, Diana (2020): surgical Ethics, op.cit.
(111) The American Journal of Surgery, Vol208, Issue 6, 2014, pp,88l- 882.
([112])Laurence B McCullough , James W Jones : Unraveling Ethical Challenges in Surgery , op.cit.

[(*)]أخلاقيات الممارسة الجراحية

يوضح أستاذ الجراحة **بيل جرانو** تعريف أخلاقيات الممارسة الجراحية بأنها تهدف إلى جعل الممارسة الجراحية أخلاقية، فيقول: "تصبح الممارسة الجراحية أخلاقية حينما تحافظ على حقوق المرضى وعلى كرامتهم وتحترم خصوصياتهم وسريتهم، وتضع رفاهيتهم فوق حقوق الجراح، وحينما تنجح في علاج كل مريض كما يرغبٌ.
Carlos A. Pellegrino, Alberta Ferries (2014): Surgical Ethics, Symposium Ethical Dilemmas in Surgical Practice, World Journal of Surgery, pp, 1565-1566
وكذلك يشير **بيتر أنجليوس** الخبير في أخلاقيات الجراحة إلى كيفية جعل الممارسة الجراحية أخلاقية، وذلك بالتركيز على حقوق المرضى، فيقول:" يجب التركيز على الحقوق الأساسية للمرضى الذين يحتاجون إلى الجراحة مثل الحق في الحصول على معلومات كافية حول فوائد ومخاطر العلاج الجراحي المقترح، الحق في العلاج من قبل جراح مُتخصص، الحق في أن تكون صحة المريض فوق المصلحة الاقتصادية للجراح، الحق في تقرير قبول العلاج الجراحي، الحق في عدم القتل والإهمال الجراحي، الحق في عدم التعرض للأذى عن قصد أو إهمال، الحق في عدم الخداع .
AnJi Wall, Peter Angelos, Douglas(2013): Ethics In Surgery , Current Problems in Surgery

(114) Laurence B McCullough, Brace Richman , James W. Jones (2008): the Ethics of surgical practice, Dilemmas and Resolutions, p, 260-262.

(*)الاحترافية :*Professionalism

يمكن تعزيز أخلاقيات الممارسة الجراحية بالاحتراف، فالاحتراف هو السمات والسلوكيات والالتزام والقيم التي تميز مهنة الجراحة، والخريجين يحتاجون إلى التدريب على مفاهيم الاحتراف والأخلاق، فالاحتراف يتضمن الفضائل الرئيسية وثقة الجمهور في الجراحين وتمسك الجراح بالقيم الأخلاقية؛ لذلك فإن هدف أخلاقيات الممارسة الجراحية الوصول إلى الاحتراف لأن عدم الاحتراف يكون كارثيا للمرضى، والأخلاق جزء لا يتجزأ من الاحتراف.

Manahan, Rajiv: Professionalism and Ethics: A Proposed Curriculum For Undergraduates, International Journal of Applied and Basic Medical Research

يعني الاحتراف "" المعايير الموضوعية للكفاءة الجراحية والقواعد الأخلاقية.

Bledstein B Ji(1993): the Culture of professionalism, The Middle class and The Development of Higher Education in America, Cambridge University Press.

ويعرف قاموس أخلاقيات الطب الاحتراف بأنه : " احتراف مهني وليس احتراف وظيفي ونشأ بسبب زيادة التخصص، أي أنه هو الذي يميز المهنة عن الوظيفة".

Dunstan G Red Duncan (1981): Dictionary of Medical Ethics , New York, pp,28-31

ويرى **النيكس** " أن شرط الاحتراف هو الحفاظ على مدونة أخلاقيات المهنة، وأن يصبح سلوك المهني أخلاقيًا.

Lynnks (1963): introduction to the professionalism, p, 9264. 927.

وقد يرى بعض الجراحين أن الاحتراف في الممارسة الجراحية يعني الحفاظ على أعلى مستوى من الثقة، ثقة الجمهور في مهنة الجراحة وفي الجراح، وتتطلب الثقة في المهنة أن يظهر الجراحون الكفاءة، ويجب التركيز على سلامة المرضى، ويجب ألا يعمل الجراحون خارج نطاق اختصاصهم.

Anji Wall, peter Angelos (2013): Ethics in surgery, op.cit.

(115) Ibid, p,263

(116) Ibid, p,263.

([117])Laurence B McCullough, Brace Richman , James W. Jones (2008): the Ethics of surgical practice, Dilemmas and Resolutions,p,4.

(*)عملية اتخاذ القرار الجراحي

يجب أن يكون القرار الجراحي قائم علي الدليل ، ويجب أن يأخذ في الاعتبار قيم المريض ومعتقداته ، وتعني قيم المريض ما يريده المريض ، بمعني أن يجب أن يصبح المريض شريكًا في عملية اتخاذ القرار الجراحي ، ويجب مراعاة تفضيلات المريض وقيمه أثناء عملية اتخاذ القرار الجراحي .

Ammer , Ahmed : Values Based Medicine and Evidence Based Medicine, op.cit.

وتعرف **ديانا كارديناس** عملية اتخاذ القرار بأنها قرار مشترك بين الجراح والمريض ، وهو قرار قائم علي الأدلة والقيم المشتركة ويجب أن يستند علي الملاءمة والمعقولية .

Cardenas, Diana (2020): surgical Ethics, op.cit.

(118) Laurence B McCullough, Brace Richman , James W. Jones (2008): the Ethics of Surgical Ethics, p,4.

([119])Laurence B McCullough (1998): Surgical Ethics, Care of The Dying Patient, ch10.

(120) Ibid, p,4.

(121) Ibid, p,290.

(122) Cardenas, Diana (2020): surgical Ethics, op.cit.

(123) Ibid.
(124) An Ji Wall, Peter Angelos, Douglas(2013): Ethics In Surgery , Current Problems in Surgery.
(125) Juke p. Namm, Mark Siegler et al (2014): History and Evolution of Surgical Ethics: John Gregory To the twenty first Centuries, 38(7):1569.
(126) Jukes p Namm, Cassandra C. Krause (2019): The History of surgical Ethics, pp,20-21.
(127) Ibid, p,23.
(128)Lite, Miles (2004):The Fivefold Root of an Ethics of Surgery, Bioethics, 16(3):183-201
(*)Laurence B. McCullough, Bruce W .Richman, James W. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions, Oxford University Press, Oxford, pp, 253-254.
يوضح هذا النص حقيقة هامة وهي عدم وجود دراسات أخلاقية خاصة بعلم الجراحة وعدم ثقة الجراحين في الفلسفة الأخلاقية، ولقد دافع ماكولو ضد هذه الاعتقاد، ورأي أنه غير حقيقي أو غير واقعي، واتفق مع ماكولو لأن الممارسة الجراحية تحتاج بالطبع إلي قرار جراحي سليم وحكيم، وإذا لم يصبح هذا القرار الجراحي أخلاقيًا، فستفقد الجراحة كمهنة ثقة المرضي، لذلك يجب تطبيق الأخلاق في الممارسة الجراحية لكي تصبح ممارسة أخلاقية.

(129)Ibid,12.
(130)Laurence B McCullough : Unraveling Ethical Challenges in Surgery , op.cit.
(131) Anji Wall, peter J. Angeles (2013): Ethics in Surgery, Current Problems in Surgery, op.cit, p, 102.
(132) Cardenas, Diana(2020): Surgical Ethics, A framework for Surgeons, Patients, and Society, op.cit.
(133)Larry R. Churchill(2017): The American Association for Thoracic Surgery ,2016, Ethics forum : Working virtues in surgical practice,p,1214.
(134) Laurence B. McCullough, Bruce W .Richman, James W. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions, P, 253.
(135) Laurence B. McCullough, Robert Baker (2008) : The Cambridge World History of Medical Ethics, Cambridge University Press, p,3.
(136)Laurence B. McCullough, Bruce W .Richman, James W. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions, P,٥.
(137)Ibid, p, 6.
(138)Laurence McCullough . James Wilson Jones and Bruch A Bruch A Brody(1998): Surgical Ethics, Oxford University Press, Oxford.
(139)Laurence B. McCullough, Bruce W .Richman, James W. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions,p,6.
(*)Laurence B. McCullough, Robert Baker (2008) : The Cambridge World History of Medical Ethics, p,346..
ويعرف الطبيب **مورالي يو أم** الأخلاق فيقول : " كلمة أخلاق مشتقة من الكلمة اليونانية شخصية، فالأخلاق هي فرع من الفلسفة يحدد ما هو خير وجيد للفرد والمجتمع ، وتهتم بطبيعة الواجبات التي يجب

أن يدين بها الفرد لنفسه ولبعضهم البعض ، وتتمثل الأخلاق في قسم أبقراط ، لا تؤذي أحدًا أبدًا.
Dr. Murall . U.M. S. M. B. A (2015): Surgical Ethics , Health , Medicine
ولذلك فإن الأخلاق عند **مورالي** هي أخلاق الواجب والمسئولية الأخلاقية وعدم الضرر، وما يجب أن يكون عليه شخصية وسلوك الجراح
تعرف **ديانا كارديناس** الأخلاق فتقول : " تعد الأخلاق فرع من فروع الفلسفة، وتهدف إلي اجراء تحليل فكري للبعد الإنساني الأخلاقي بكل تعقيداته، وتهتم الأخلاق بالمبادئ التي تسمح لنا باتخاذ قرارات بشأن الصواب والخطأ من الناحية الأخلاقية. تدافع كارديناس هنا عن أخلاق معيارية تضع معايير الصواب والخطأ

Cardenas, Diana (2020): Surgical Ethics, op.cit.
وتوضح **تابي** الأخلاق فتقول : " تتضمن الأخلاق الدفاع عن مفاهيم السلوك الصحيح، فالأخلاق هي نظام راسخ من المبادئ الأخلاقية التي تحكم قواعد السلوك، وهي التي تحدد ما يجب علي الجراح فعله، وكيف ينبغي أن يتصرف في الممارسة اليومية، فالأخلاق ضرورية لأنه يعمل الجراحون يوميًا في مسرح الاختيار الأخلاقي
Carrie, Tibbi (2017): Importance of Ethics in Surgical Practice, 18: 72-75.
Tibbi .يدافع عن أخلاق مطلقة وثابتة ومثالية

([140]) Ibid.
([141])Laurence B. McCullough, Bruce W .Richman, James W. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions, p,5.
([142]) Vedat Menderes and et al (2017): Importance of Ethics in Surgical Practice, 18(1): pp,72-73.
([143]) Anji Wall, Peter J. Angeles (2013): Ethics in Surgery, Current Problems in Surgery, op.cit, p, 102.
تلك المبادئ الأخلاقية الثابتة هي مبادئ بيوشامب وتشيلدرس ، نهج المبادئ الأربعة.
([144]) Ferreres, Alberto R(2019): Surgical Ethics, Principles and Practice, op.cit.
([145]) Cardenas, Diana (2020): Surgical Ethics A framework for Surgeons, Patients, and Society, op.cit.
([146]) Ferreres , Alberto (2019): Foundations and principles of surgical Ethics, pp,5١
([147]) Konder, Ira J (2003): Ethics Curricula in Surgery: needs and approaches, World Journal Surgery, 27(8): 952-956.

(*)أخلاقيات الجراحة العالمية:
يعرف **كيفن ام رمسي** أخلاقيات الجراحة العالمية، فيقول: تؤثر أخلاقيات الجراحة العالمية على سلوك الجراح، ويصبح أكثر إنسانية ، فلا يستغل حاجة البلدان الفقيرة، ويقدم علي تقديم الرعاية الجراحية للمناطق المحرومة، ويدرك أن هناك عدم مساواة صحية عالمية، لذلك يجب علي مرضى الجراحة أن يحصلوا علي الحد الأدنى من العلاج الجراحي الجيد، لأن هناك ظلم وتوزيع غير عادل يجلب معه تحديات كبيرة لمهنة الجراحة Ramsey, Kevin (2008): International Surgical Electives, Reflections in Ethics, 143(1):10-11
ويؤكد **تيسا روبنسون** على أن أخلاقيات الجراحة العالمية هي التي تواجه عبء المرض الجراحي في البلدان منخفضة الدخل والبلدان متوسطة الدخل، لذلك تقول " يجب أن ينمو مجال الجراحة عالميًا لتلبية احتياجات البلدان النامية، وهناك اعتبارات أخلاقية للتعاون الجراحي العالمي من أجل الوصول إلى أخلاقيات جراحة عالمية، ولكن لا تزال أخلاقيات الجراحة العالمية قليلة وفي مهدها ولا يزال هناك حاجة إلي التعاون الجراحي العالمي المشترك وإلى توفير رعاية جراحية محسنة وعادلة عالميًا.

Tessa Robinson, Alreen Al Hinai (2020): Ethical Considerations in global Surgery: a scoping Review,Vol5, issue4 ,Journal of Global Health

وتشير تيسا روبنسون : " أنه لا يُعرف الكثير عن أخلاقيات الجراحة العالمية أو أخلاقيات المساعي الجراحية العالمية، أو المبادئ الأخلاقية في الجراحة العالمية لتوجيه ممارسة الجراحة العالمية، أو ما مفهوم الجراح العالمي الذي يمتلك منظورًا عالميًا في الأزمات الإنسانية، ويركز علي القضايا الأخلاقية المتعلقة بممارسة الجراحة العالمية.

Tessa Robinson, Alreen Al Hinai (2020): Ethical Considerations in global Surgery: a scoping Review,Vol5, issue4.

توضح **انجي وول** أستاذ الجراحة العامة بالولايات المتحدة الأمريكية ، الهدف النبيل لأخلاقيات الجراحة العالمية ، فتقول: " توفر الجراحة العالمية الرعاية الجراحية في ظروف محددة الموارد وهي تركز علي المهمات الجراحية العالمية التي يسافر فيها مقدمو الخدمات الجراحية من الأماكن الغنية بالموارد إلى الأماكن ذات الموارد الضعيفة أو المحدودة لتقديم الرعاية الجراحية، لذلك تعرف الجراحة العالمية بأنها الجراحة التي تركز علي تلبية الاحتياجات الفردية الجراحية في البلدان منخفضة الدخل والمتوسطة الدخل أيضًا، لذلك فهي تؤكد علي ضرورة تقديم البعثات الجراحية العالمية إلي الشعوب الفقيرة والتي أهلكها المرض والفقر.

Anji E Wall (2019): Ethics in Global surgery, Surgical Ethics: Principles and Practice ,pp, 153-154

وكذلك تناقش انجي وول في موضع آخر عبء الجراحة العالمية، وتركز علي أهمية تلبية الاحتياجات الجراحية في البلدان منخفضة الدخل، وتصف العوائق التي تحول دون الرعاية الجراحية في العالم النامي، وتضع استراتيجيات للتغلب علي هذه العوائق والتحديات، وتشجع التدخل الجراحي العالمي والبعثات الجراحية من أجل مزيد من الفوائد وتقليل الأضرار، فتقول :" يجب الوصول إلى التدخلات الجراحية الآمنة في تلك البلدان النامية، في الوقت المناسب وإلا فالموت غير الضروري، أو حياة غير مُنتجة؛ لذلك فإن الجراحة العالمية تهتم بعبء التدخل الجراحي في البلدان النامية.

Anji E Wall (2014): Ethics in Global Surgery, World Journal of Surgery, Vol38, Issue 7, pp,1574-1580

([149])Laurence B. McCullough, Bruce W .Richman, James W. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions, p,5.

([150]) Charles Weijer, Kevin M Ramsey (2004): Ethics of Surgical Training in Developing Countries, World Journal of Surgery, 31(11),pp,2067-2069.

([151])Laurence B. McCullough, Bruce W .Richman, James W. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions, P,٨.

([152]) Binay Kumar, Vinita Kumari (2017): legal and Ethical Aspect of Surgical practice:, 3(1) ,p,16.

([153]) Simisade Adedeji , Daniel k Sokol (2009): Ethics of Surgical Complication, World Journal of Surgery, Vol33,Issue 4, p 732.

(*)**استقلالية المريض**: يعني احترام قدرة المريض علي تقرير مصيره، واحترام قدرته علي اتخاذ قرارات وخيارات أصيلة، ولا يمكن ممارسة الاستقلالية إلا بعد الحصول علي معلومات كافية.

Cardenas, Diana (2020): Surgical Ethics: A framework for Surgeons, Patients and society, op.cit.

ولقد أثرت فلسفتان بقوة في التفسيرات المعاصرة لاحترام الحكم الذاتي والاستقلالية وهي فلسفة ايمانويل كانط وجون ستيورات مل، فلقد أكدت فلسفة كانط أن احترام الاستقلالية ينبع من الاعتراف بأن جميع الأشخاص لهم قيمة غير مشروطة، ولكل منهم له القدرة على تحديد مصيره الأخلاقي، وأهتم جون ستيورات ميل نفسه بفردية الفاعل الأخلاقي المستقل طالما أن كل شخص له الحق في أن يتصرف وفقًا

لقناعته الخاصة، وهو في ذلك لا يؤذي الآخرين بشكل غير مُبرر، ويستلزم موقف كانط التزامًا أخلاقيًا بالمعاملة المحترمة للأشخاص كغاية في حد ذاته.

Ar Ferreres (2019) :Foundations and Principles of Surgical Ethics ,p,48.

يقصد باحترام الحكم الذاتي، احترام قيمة الاستقلالية، وهي تشير إلي قدرة الناس علي اتخاذ خيارات بناء علي معتقداتهم وقيمهم، ويتطلب احترام الاستقلالية من الأطباء احترام رغبات المريض وتوفير المعلومات الكافية لدعم المرضي في اتخاذ قراراتهم.

Simisade Adedeji , Daniel k Sokol (2009): Ethics of Surgical Complication 4, p 732

ولقد دافع **توم بيوشامب وجيمس تشايلدرس** عن قيمة الاستقلالية واحترام مبدأ الحكم الذاتي قائلاً: " نحن مسئولون عما نقوم به، وأي إجراء نتخذه هو نتاج اختيارنا، ويجب إدراك أن قيمة الحرية الإنسانية تكمن في قلب الإنسانية وهذه هي نقطة انطلاق في أخلاقيات الطب والجراحة، ففكرة أن البشر أحرار ومُسيطرون علي أنفسهم ليست مثيرة للاهتمام بشكل خاص، ولكن في بيئة الرعاية الجراحية، غالبًا ما يكون المرضي مُعرضين للخطر، ومن السهل عدم احترام قرار المريض من أجل مصلحته، ولكن يجب رفض هذا النوع من التفكير، ويجب التشجيع علي التفكير في الاستقلالية، كما أنها تخلق واجبات سلبية وإيجابية، ويؤثر الواجب السلبي علي ما يجب ألا نفعله ويشجع الواجب الإيجابي علي اتخاذ المرضي للقرارات بأنفسهم لأنهم يتمتعون بالحرية حتي في مثل هذه الظروف Cardenas, Diana: surgical Ethics , A framework for surgeons, patient and society, op.cit

ومع ذلك يعتقد بيوشامب وتشيلدرس أنه لا يمكن انتهاك الاستقلالية إلا في أكثر الظروف قسوة، وعندما يكون هناك خطر من حدوث ضرر جسيم يمكن الوقاية منه، وحينما تكون فوائد التدخل الجراحي تفوق المخاطر.

Binay Kumar, Vinita Kumari (2017) :legal and Ethics Aspect of Surgical practice, op.cit, p18

([154])Laurence B. McCullough, Bruce W .Richman, James W. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions, P,8.

([155])Ibid, p, 9.

([156])Laurence McCullough . James Wilson Jones and Bruch A Bruch A Brody(1998): Surgical Ethics,p,181

([157])Cardenas, Diana: surgical Ethics , A framework for surgeons, patient and society, op.cit

([158]) Cardenas, Diana(2020): Surgical Ethics, op, cit.

([159]) Ibid.

([160]) Binay Kumar, Vinita Kumar (2017): legal and Ethical Aspect of Surgical Practice, p,18.

([161]) Mural, U.M.S.M.B.A (2015): Surgical Ethics, op.cit.

(*)الموافقة المسبقة المستنيرة: تكون قبل أجراء العملية الجراحية، وفيها يطلب قبل الإشارة إلي أنك تفهم طبيعة العملية الجراحية التي سيتم إجراؤها لك، وقد يبدو هذا إجراءً شكليًا، ولكن في الواقع يجب أن تؤخذ هذه العملية علي محمل الجد، ويجب أن تسأل الجراح ما العلاجات البديلة المتوفرة ؟ ما هي المخاطر؟ وما مدة البقاء في المستشفى؟ هل من المحتمل أن تكون هناك آثار جانبية للعملية الجراحية، ولكن العملية الجراحية غير مضمونة بسبب عدم اليقين؛ لأن كل عملية تختلف باختلاف الحالة الفردية ومدى استجابة كل مريض، وقيام الجراح بالموافقة المسبقة يعكس التزام الجراح بالمعايير العالمية للسلوك الأخلاقي.

Informed Consent: American College of Surgeons.

أصبحت الموافقة المستنيرة عنصرًا حاسمًا في الممارسة الجراحية وهي متطلب قانوني، وهي عنصر أساسي في ثقة المرضى بالجراحيين لذلك تمتلك أهمية أخلاقية متزايدة.

Melissa Hanson et al (2017): Informed Consent for Surgery: Risk Discussion and Documentation, Canadian Journal of Surgery.

تعرف عملية فهم مخاطر وفوائد العلاج بالموافقة المستنيرة، تستند الموافقة المستنيرة إلى المنطلق الأخلاقي والقانوني لاستقلالية المريض، وتعني أن من حق المريض اتخاذ قرارات بشأن صحته والعلاج الجراحي.

Definition of Bioethics Merriam , Webster.Com, 2019.

كما تعد الموافقة المستنيرة أساس الممارسة الجراحية، ويتطلب الموافقة المستنيرة من الجراح الكشف عن معلومات أساسية وجوهرية عن العملية الجراحية وإيضاح فوائدها وأخطارها.

Steve Clark, Justin Oakley (2010): informed Consent and surgeon's performance, Journal of medicine and philosophy, Vol29, Issue 1.

يري **روبرت ساد** الجراح العالمي وفيلسوف الأخلاق أن الموافقة المستنيرة هي تطبيق لمبدأ الاستقلالية : " تعد الموافقة المستنيرة أحد المبادئ الأساسية لأخلاقيات مهنة الطب والجراحة، وهي تعبر عن احترام حق المرضي في اتخاذ قرارات بشأن ما سيحدث لأجسادهم والتصرف بناء علي تلك القرارات، وهذا يعرف بمبدأ احترام استقلالية المريض، وتجسيد هذا المبدأ في ممارسة الجراحة يُعرف باسم الموافقة المستنيرة الجراحية.

Robert M Sade , Mino N Kawarau (2017): Surgical Ethics, Today and Tomorrow, Vol13, N06

([163])Laurence B. McCullough, James Wilson Jones and Baruch A Brody (1998) : Surgical Ethics , Oxford University Press, Ch 2.

([164])Laurence B. McCullough, Bruce W .Richman, James W. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions, P,11.

([165]). Laurence B. McCullough (2003): Improving Informed Consent: The Medium is not The Message Ethics, Human Research,25(5).

([166])Laurence B McCullough (1998): Surgical Ethics, Informed Consent , Autonomous Decision Making of Surgical Patient, ch,2.

([167])Laurence B McCullough (1998) : Principles and Practice of Surgical Ethics, pp, 3-4.

([168])Wagner, Richard and others (2020): Informed Consent form and Important ,Bioethics

([169]) Panna L.Nandi (2000): Ethical Aspects of Clinical Practice, 135, (1): pp, 22-23.

([170])McCullough L B, Jones J W, Brody B A (1998) : Informed Consent ,Autonomous Decision Making of The Surgical Patient , Oxford University Press, pp, 18-19.

([171])Laurence B. McCullough, Bruce W .Richman, James W. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions, P,١٢.

([172]) Panna L.Nandi (2000): Ethical Aspects of Clinical Practice, 135, (1): pp,22-23

([173]) Laurence B. McCullough, Bruce W .Richman, James W. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions, P,12.

(*)McCullough L B, Richman Bw (2005): Truth Telling about Terminal Diseases , Surgery 137:pp, 380-381.

يوضح **بيتر أنجيليوس** أهمية الموافقة المستنيرة، بأنها تحدٌ من الممارسات غير الأخلاقية ولاسيما في الأبحاث العلمية، لذلك يقول: "تعد الموافقة استجابة للتجارب النازية علي البشر، وتعد الموافقة المستنيرة جزء من ممارسة الجراح اليومية.

Anji, Peter, Angelos Douglas(2013): Ethics in Surgery, Current Problem in Surgery, op.cit ,p,102

وتؤكد **أنجي وول** أن تنفيذ الموافقة المسبقة يعبر عن احترام الحكم الذاتي للمريض، لذلك تقول: "عندما يتم احترام استقلالية المريض، ويتم تنفيذها ووضعها موضع التنفيذ، فسيصبح ذلك من خلال عملية الموافقة المستنيرة، وذلك يتم بمناقشة بين الجراح ومريضه حول خيارات العلاج وشرح المخاطر والفوائد للمريض، ومن ثم يجب علي الجراح مناقشة الفوائد المتوقعة للجراح وكذلك المخاطر المحتملة، وكذلك مناقشة ما بعد الجراحة ومضاعفات العملية الجراحية.

Anji wall, peter Angelas, Doulas Brown (2013) : Ethics in Surgery ,Current Problem in Surgery, vol130, issue50, pp, 99-134,.

([174]) Cardenas, Diana (2020): Surgical Ethics :A Framework for Surgeons, patients and society, op.cit.

([175])Laurence B McCullough and James W Jones (2009): Unraveling Ethical Challenges in Surgery ,op.cit.

([176])Laurence B. McCullough, Bruce W .Richman, James W. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions, p,15.

([177])Laurence B McCullough ,Simon Whitney (2004) : A Typology of shared Decision Making , Informed Consent and Simple Consent, Annals of Internal Medicine, 140(1) : p,59.

([178])McCullough L B, Jones J W, Brody B A (1998) : Informed Consent ,Autonomous Decision Making of The Surgical Patient , Oxford University Press, pp, 18-19.

([179])Laurence B. McCullough, Bruce W .Richman, James W. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions, p13

([180]) Anji wall, peter Angelas, Douglas Brown (2013): : Ethics in Surgery, op.cit.

([181]) Binay Kumar, Vinita Kumar(2017): Legal and Ethical Aspect of Surgical ,op.cit.

([182]) Robert M Sade , Minoo N Kavarana (2017): Surgical Ethics, Today and Tomorrow, Vol13, No 6,2017.

([183]) Simisade AdedeJi, Daniel K Sokol (2009): Ethics of Surgical Complications, Vol33, p736.

([184])Laurence B. McCullough, Bruce W .Richman, James W. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions, p,15

(*)**مبدأ عدم الضرر***: يعرف بيتر أنجليوس مبدأ عدم الضرر ، فيقول:" مبدأ عدم إلحاق الأذى هو المبدأ الأخلاقي الحيوي المتجذر في مقولة أبقراط " عدم إلحاق الضرر"، وهي تعني التعبير الراسخ ،"لا ضرر ولا ضرار.

Anji wall, peter Angelos, Douglas Brown (2013):Ethics in Surgery, Current Problem in Surgery, Vol130, Issue 50, pp,99-134.

توضح **ديانا كارديناس** مبدأ عدم الضرر :" يفرض مبدأ عدم الضرر بالآخرين التزامًا بعدم إلحاق الأذى بالآخرين، لأنه يجب أن تقلل الجراحة من الضرر المحتمل، ويجب علي الجراحين تقييم طبيعة ونطاق المخاطر والفوائد، إذا ما كانت مخاطر وأعباء عملية جراحية مُعينة تفوق الفوائد المحتملة، فإن الجراح مُلتزم بعدم إجراء مثل تلك العملية الجراحية.

Cardenas, Diana (2020): Surgical Ethics, A framework For Surgeon, Patient and Society, op.cit

ويشير **دانيال سوكول** إلى أن مبدأ عدم الضرر هو حجر الأساس في الطب والجراحة ولهذا يفرض مبدأ عدم الضرر التزامًا أخلاقيًا بعدم التسبب في ضرر المرضي، ولكن الجراحة تتحدي هذا المبدأ لأنها تنطوي علي مخاطر الضرر، ولذلك يجب أن يتجنب الجراح أن يتسبب في ضرر صافي للمريض، سواء كان ضررًا نفسيا أو جسديًا.

Simisade Adedeji Daniel K. Sokol (2009): Ethics of Surgical Complications, p,737.

([185])Laurence B. McCullough, Bruce W .Richman, James W. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions,p,8

([186]) Thomas Beauchamp, James Childress (2019): Principles of Biomedical Ethics , op.cit. and see Binary Kumar (2017): legal and Ethical Aspect of Surgical.

([187]) Ar Ferreres (2019): Foundation and principles of surgical Ethics, op.cit.

([188]) Ibid.

([189]) Cerrahi, Tibbi (2017): Importance of Ethics in Surgical Practice, 18,72.

([190])Laurence B. McCullough, Bruce W .Richman, James W. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions,p,8, and see: Binay Kumar, Vinita Kumari (2017) : Legal and Ethical Aspect of Surgical Practice, op.cit.

([191]) Simisade Adedeji, Daniel K Sokol (2009): Ethics of Surgical Complication, , Vol33, p732.

([192]) Cardenas, Diana(2020): Surgical Ethics, op.cit.

([193]) Anjiwall, peter Angelos, Douglas Brown (2013):Ethics in Surgery Current Problems in Surgery, p,134.

([194]) Ar Ferreres (2019): Foundation and principles of surgical Ethics , Ethics.

([195]) Thomas Beauchamp, James Childress(2019): Principles of Biomedical Ethics , op.cit.

([196])Laurence B. McCullough, Bruce W .Richman, James W. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions,p,8 , and see: Binay Kumar, Vinita Kumari (2017) : Legal and Ethical Aspect of surgical practice, op.cit.

([197]) Simisade Adedeji, Panel k Sokol (2009): Ethics of Surgical Complications, op.cit

([198]) AnJi wall, peter Angelos, Douglas Blown (2013): Ethics in surgery, Current problems in Surgery, pp,99-100.

([199]) Cardenas , Diana (2020): Surgical Ethics: Framework for Surgeons, Patients and Society, op.cit.

([200]) Ar Ferreres (2019): Foundations and Principles of Surgical Ethics, pp, 45-52,
([201]) Cerrahi, Tibbi (2017): Importance of Ethics in Surgical Practice, 18,72
([202]) Binay Kumar, Vinita Kumari (2017) : Legal and Ethical Aspect of Surgical practice, op.cit.

(*)**التعاطف** هو شعور الشخص بما يشعر به الآخرون في الميول والعواطف والاتحاد في الأفكار ومعايشة أفراح والآلام الآخرين كالحزن والسرور.
جميل صليبا المعجم الفلسفي، دار الكتاب اللبناني، بيروت، لبنان، ص ص ٢٩٦- ٢٩٧.
يعد التعاطف خاصية إنسانية يشارك بها الإنسان غيره، كما قد يعد التعاطف مشاركة الآخرين في مشاعرهم، لذلك يجب أن أرغب في مساعدتهم. حيث ينتج التعاطف الخيرية ،لأنه يجعلنا متلاحمين متعاطفين متجاوزين عن مصلحتنا الذاتية.
فؤاد كامل وآخرون: الموسوعة الفلسفية المختصرة، ص مراجعة زكي نجيب محمود، دار العلم ٥٣٢ بيروت، لبنان، ص ٣٤٤.
***الاستحسان**: يميز هيوم (١٧١١- ١٧٧٦) بين الاستحسان والحب، من خلال أن الاستحسان له نظرة مستقلة ومحايدة عن المصلحة الشخصية حيث يكون الاستحسان متعاليًا على ذاته.
ابراهيم مدكور: المعجم الفلسفي، الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية ، القاهرة (د. ط) ، ١٩٨٣، ص ٥.
فالاستحسان الأخلاقي نظرة أخلاقية تعرف الخير بأنه موضوع استحسان اجتماعي وأخلاقي، فهو بمثابة الترفع عن الذات ومصلحة الذات وهو يعني التجرد من الميول والأهواء.
مراد وهبه (٢٠٠٧): المعجم الفلسفي، دار قباء الحديثة للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، د. ت، ص ٥٠.
(٢٠٣) محمود سيد احمد : الأخلاق عند ديفيد هيوم. ص ص ٧٥-٧٦.
(٢٠٤) مراد وهبه : المعجم الفلسفي، دار قباء الحديثة للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، د.ت ٢٠٠٧، ص٥٠.
([205])Laurence B. McCullough, Bruce W .Richman, James W. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions, p, 3.
[(206)] Ibid,p,24.
([207])Laurence B McCullough (1998) : Surgical Ethics , op.cit.
([208])Laurence B. McCullough, Bruce W .Richman, James W. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions, p,6.
([209])Ibid, p,7.
([210])Cardenas, Diana(2020): Surgical Ethics, op.cit

(*)**النزاهة المهنية للجراح**:-
يصف الدكتور مورالي النزاهة المهنية للجراح، فيقول: "يعد الجراح الشخص الذي يتصف بدور الوكيل الائتماني للمريض، أي أن الجراح هو الشخص الذي له الملكية والسلطة علي المرضى، ومن ثم يجب علي الجراح أن يشرح لمريضه جميع خطوات العملية الجراحية وأن يعرض له النتائج المحتملة والمخاطر والفوائد وذلك من أجل الحصول علي الموافقة المستنيرة وهكذا يكتسب ثقة المريض واحترامه.
Mural , U.S.M.B.A (2015): Surgical Ethics, Health, Medicine, op.cit.
([212])Laurence B McCullough (1998) : Surgical Ethics , op.cit.
([213])Laurence B. McCullough, Bruce W .Richman, James W. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions, p,167.

(*)قيمة التعاطف الجراحي:
يعرف جراح المخ ساد التعاطف الجراحي بأنه قدرة الجراح علي التعاطف مع المريض، والقدرة على الشعور بألم المريض وخوفه وإحباطه، لذلك يعمل التعاطف علي تعزيز الجدارة بالثقة، ويساعد التعاطف الجراح علي التعرف علي المعاناة وتحديد موقعها بدقة، ويجب أن ينظر إلي جميع التدخلات الجراحية علي أنها إشارات تعاطف بقدر ما تهدف إلي تخفيف المعاناة، ويعني التعاطف التضامن مع المرضي لمعرفة أوجاعهم وأمراضهم.

Sade Rm , ed (2015) : The Ethics of Surgery ,Conflicts and Controversies, New York, Oxford University Press,pp,2-3.

([215])Laurence B. McCullough, Bruce W .Richman, James W. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions, p, 7.

(*)قيمة الإحسان الجراحي

ويقدم الطبيب **أندرو أبوت** معنى الإحسان الجراحي ، بأنه يحتاج الجراح إلي أن يمتلك العديد من القيم الأخلاقية لكي يصبح قدوة، وأن يحافظ علي صحة مرضاه ، كما يحتاج إلي الخبرة والكفاءة المهنية لمعرفة ما يجب القيام به، وأن يدرك الصعوبات الممكنة والمحتملة قبل أن تصبح مشكلات كبيرة لدي المريض وأن يمتلك البصيرة، ويصبح واقعيًا وأن يكون قادرًا على أن ينقد نفسه نقدًا ذاتيًا، ويفهم حدوده وأن يقدم المساعدة دون تردد.

Abbott, Andrew: professional Ethics, American Journal of sociology, Vol88,N5.

وصف الدكتور **أحمد عبدالحليم عطية** الإحسان فقال: " يعني الإحسان تعزيز الخير للأشخاص الآخرين والعمل لإفادة الآخرين، ويتضمن الإحسان ألا يتسبب في المعاناة أو الألم للآخرين وعدم إلحاق الضرر بهم، وتتطلب أخلاقيات المهنة الإحسان وعدم الحاق الضرر وعدم التسبب في الشر، لذلك يعد الإحسان واجبًا أخلاقيًا من واجبات المهنة، الإحسان في الطب غرضه الشفاء والسلامة الجسدية، والحفاظ على الصحة أو منع المرض أو الإصابة.

أحمد عبدالحليم عطية (٢٠١٥): الأخلاق التطبيقية ، دفاتر فلسفية، القاهرة، ص ص ٧٠- ٧٨

أعتقد، أنه يجب علي الجراح أن يقدس قيمة الإحسان الجراحي، فيساعد الآخرين دون تردد، وأن يصبح واقعيًا ويدرك حجم الصعوبات والتحديات لدى المريض، وأن يكون فاضلاً وقدوة؛ لأن العمل كجراح ليس مجرد وظيفة، بل هي مهنة، ومهنة إنسانية، لأنه يجب أن يمتلك الجراح القدرة علي الإحسان والتي تعني حب مساعدة الآخرين ورفض إلحاق الضرر بهم.

([217])Laurence B. McCullough, Bruce W .Richman, James W. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions, p, 7.

([218])Cardenas, Diana (2020): Surgical Ethics, op.cit.

([219]) What is Values- based practice in Surgical Care?, Catherine's College, Oxford.

([220])Laurence B McCullough, Brace Richman (2008): the Ethics of Surgical Practice, Dilemmas and Reductions, p, 285-286

([221])Schenck D . Churchill LR. Healers (2012) : Extraordinary Clinicians at Work .New York :Oxford University Press,PP,7-8.

([222])The American Association for Thoracic Surgery ,Code of Ethics ,2016.

([223])Laurence B McCullough, Brace Richman (2008): the Ethics of Surgical Practice, Dilemmas and Reductions, p, ١١١.

([224])Jason D Keune, et al (2014): The Importance of an Ethics, Curriculum in Surgical Education, World Journal of Surgery,38(7),1581-1582.

([225]) Ibid.

(226) Anji Wall , Peter J. Angelos, Douglas Brown (2013): Ethics in Surgery, Current Problems in Surgery, p,100.

([227])Vila, Jose Vicente (2019): Challenges, Evidence, Ethics and Surgeons, pp,549-550.

([228])Cardenas, Diana (2020): Surgical Ethics, op.cit

([229])Laurence B. McCullough, Bruce W .Richman, James W. Jones (2008): The Ethics of Surgical Practice, Cases, Dilemmas and Resolutions, p.108.

([230])Ibid, p, 116.

([231])Laurence B McCullough (2016) : Physicians Professionally Responsible Power : A Core Concept of Clinical Ethics , Journal of Medicine and Philosophy,41(1),pp, 4-5.

(*)ممارسة الجراحة القائمة علي القيم *:تعني الجراحة التي يتم تنفيذ فيها مبادئ أخلاقيات الجراحة بكل(صرامة ودقة ، لذلك تحترم حقوق المرضي وتقدر كرامتهم وتفضيلاتهم ، وتصبح الأولوية لمصلحة المريض الفضلى، ويصبح المريض الجراحي في قلب الرعاية الجراحية ، لذلك فهي الأساس لممارسة جراحية أخلاقية. ويمتلك فيها الجراح المهارات اللازمة للمشاركة في حوار حول القيم مع مرضاهم في صنع القرار المشترك بناء علي الخيارات المتاحة علي الأدلة.

What Is Values Based Practice In Surgical Care?, Catherine's College , Oxford.

الجراحة القائمة علي الأدلة هي: الجراحة القائمة علي المعرفة والتفكير العقلاني، ويجب أن يتكامل كل من الجراحة القائمة علي القيم والجراحة القائمة علي الأدلة لتكوين ممارسة جراحية أخلاقية.

وكذلك ويوضح كارلوس بيلجرانو معني الجراحة القائمة على القيم والأدلة فيقول هي أن يمتلك الجراح الجمع بين خبرات جراحية وقيم أخلاقية، لذلك فإن الجراح الاحترافي هو الشخص الذي يمتلك المهارات السريرية الجيدة، والحكم الجراحي المناسب وهو الذي يمتلك مهارات فنية جيدة ولديه خبرة في أداء العمليات الجراحية، ويملك ممارسة إنسانية وقيم أخلاقية راسخة، وقادر على اتخاذ القرار الجراحي الصائب.

Carlos A. Pellegrino, Alberto Ferries (2014): Surgical Ethics Symposium, Ethical Dilemmas in Surgical Practice, vol38, p, 1565.

ويقول **أشوك هاندا** أستاذ جراحة الأوعية الدموية في أكسفورد ، الشروط المثالية للجراح الجيد، والتي أهمها، فيقول: "يحتاج الجراح المثالي إلي الممارسة القائمة علي القيم، والممارسة القائمة علي الأدلة في الرعاية الجراحية، والتي تعني القرار الجراحي المشترك، واستيفاء متطلبات الموافقة المستنيرة.

What is Values- based practice in Surgical Care?.

يرى أشوك هاندا أنه: "تهدف الممارسة الجراحية القائمة علي القيم إلي تحسين قدرة أخصائي الجراحة علي الانخراط مع مرضاه في حوار هادف حول القيم، كما أن الممارسة الجراحية القائمة علي القيم والأدلة مُعترف بها في الممارسة الجراحية المعاصرة كأساس لصنع القرار الجراحي المشترك، لذلك يحتاج الجراح إلي التدريب الجراحي من أجل تنفيذ الممارسة القائمة علي القيم والأدلة معًا.

What is Values- based practice in Surgical Care?.

(232) Carlos A. Pellegrino, Alberta Ferreres (2014): Surgical Ethics Symposium, Ethical Dilemmas in Surgical practice, World Journal of Surgery, Vol38, pp, 1565-1566.

(*)"one size does fit all"* مقاس واحد لا يناسب الجميع "، اعتقد بعض الجراحين أنه من أجل تحسين نتائج المرضي يجب أن يدرك الجراح أن مقاسًا واحدًا لا يناسب الجميع، فهناك اختلافات في العرق والجنس والعمر والمهارات والتعليم، وهذا يؤثر سلبًا علي الرعاية الجراحية بصفة خاصة والرعاية الصحية بصفة عامة.

Lorenzo Cobia et al (2021): One Size Does Not Fit All, Translating knowledge to Bridge the Gaps to Diversity and Inclusion of Surgical Teams,1 ,273(2):e34-e35.

واعتقد أن المرضي الأفارقه الذين يعيشون في أمريكا لديهم مخاطر أعلي ومعدل وفيات أعلي، وهناك فوارق في الرعاية الجراحية لأنه يُؤخذ دخلهم وجنسيتهم وعرقهم في الاعتبار، أي أن عبارة " مقاس واحد لا يناسب الجميع " تعني أن هناك تفاوتات في الرعاية الجراحية ضرورية وطبيعية؛ لذلك اعتقد أن هذه العبارة مجحفة، وتعبر عن التميز العنصري في الرعاية الجراحية وعدم المساواة الصحيحة، وتجعل الفوارق في الرعاية الصحية حتمية وضرورية.

(233) What is Values- based practice in Surgical Care?, Catherine's College, Oxford.

(234) Mural, U.S.M.B.A (2015): Surgical Ethics, op.cit.

([235]) Cardenas, Diana (2020) : Surgical Ethics ,op.cit

([236]) ibid.

([237]) Ibid

([238]) Kirsti tor Juul et al (2005): Action Ethics Dilemma in Surgery: an Interview Ethics Study of practicing surgeons

([239]) Cardenas, Diana (2020): Surgical Ethics, op.cit.

([240]) Laurence B McCullough, James W .Jones (1998) Surgical Ethics, is edition, op.cit,p,2.

([241]) Binay kumar, Vinita Kumar (2016): Legal and Ethical Aspect of surgical Practice in particular reference to Indian scenario international Journal of medical Research.

(*)**مشكلة العناد الجراحي** : تعرف ديانا كارديناس العناد الجراحي فتقول: " يُعرف العناد الجراحي بأنه الأفعال التي تبدو غير ضرورية أو أي جراحة غير مجدية "، أو غير متناسبة، أو ليس لها تأثير سوي مجرد صيانة مُصنعة للحياة، وبالتالي تصبح العملية الجراحية والشقوق والغرز والجروح غير ضرورية واختراق عدواني من أجل جراحة وهمية هدفها مصلحة الجراح وتلحق الأذى بمصلحة المريض وتتعارض مع مبدأ أبقراط عدم الضرر، وهذا يعني تدخل جراحي غير مُجدٍ.

([242])Cardenas, Diana: (2020): Surgical Ethics, a framework for Surgery, op.cit

وقد يعرف العناد الجراحي بأنه نوع من " العبث الجراحي" ، أو العلاج الجراحي غير المُجدي، وكان العبث الجراحي مثيرًا للجدل الأخلاقي حتي وقتنا الراهن، وغالبًا ما تُثير الجراحة في نهاية العمر أسئلة أخلاقية صعبة حول" عدم الجدوى الجراحي.

Scott B Grant et al (2014): Futility and the Care of Surgical Patients : Ethical Dilemmas, World Surg

توضح **كارديناس** سبب العناد الجراحي فتقول :" قد يكون سبب هذه الخلافات هو عدم وجود تعريف مشترك للتدخلات غير المجدية في مجال الجراحة، ومع ذلك يعتبر التدخل الجراحي مع احتمالية ضئيلة للنجاح غير مُجدي ومن ثم تؤدي الجراحة غير الضرورية إلي نوعية حياه غير مقبولة أو حالة وظيفية غير كافية أو غير مقبولة، ولكن هناك جدل مستمر حول جودة الحياة المقبولة، وعلي ذلك، فإن مشكلة عدم الجدوى الجراحي تتعارض مع تحسين النتائج الجراحية وتتفق مع النتائج العقيمة التي تعني استمرار الحياة البيولوجية دون استقلالية واعية.

Cardenas, Diana(2020): Surgical Ethics, a framework for Surgery

([243]) Ferreres R. Alberto (2016): How Do Surgeons faces Ethics conflicts? A Qualitative Analysis, Ethics, Vol223 , Issue4, s47-s48.

([244]) Cerrahi , Tibbi (2017):Importance of Ethics in Surgical practice, p,73.

(*)يوضح هذا النص، أن الجراح قد يواجه معضلة أخلاقية لأنه لا يعرف أي مبدأ مُعين أو قيمة أخلاقية يجب التمسك بها في هذه الحالة، لأنه قد تتعارض المبادئ الأخلاقية كثيرًا مع بعضها البعض، مثل قيمة الإحسان وفعل الخير للمريض قد تتعارض مع احترام الاستقلالية.

([245]) Cardenas, Diana: (2020): Surgical Ethics, a framework for Surgery, op.cit

([246])Laurence McCullough (2008): the Ethics of Surgical Practice, Dilemmas and Resolution, p, 595

([247])Laurence McCullough, Allan S. Brett(2018): Getting Past Words : Futility and the Professional Ethics of Life – Sustaining Treatment, Perspectives in Biology and Medicine 60(30): pp, 319-320.

([248])Laurence B McCullough (1998): Surgical Ethics, Care of The Dying Patient,ch10.

([249])Laurence B. McCullough (1998) : Surgical Ethics , ch 10.

([250])Laurence McCullough (2008): the Ethics of Surgical Practice, Dilemmas and Resolution,p,18.

([251])Laurence B McCullough(1995):Long –Term Care Decisions :Ethical and Conceptual Dimensions, The Johns Hopkins University Press

([252])Cardenas, Diana(2020): Surgical Ethics, a framework for Surgery.

([253]) Miller G, Franklin (2010): Sham Surgery: An Ethical Analysis, the American Journal of Bioethics, pp,41-48.

([254]) Mural, U.M.S.M.A (2015): Surgical Ethics, Health, Medicine.

([255]) Anji Wall, Peter Angelo's (2013): Ethics in Surgery, op.cit, pp,130-131.

(256) Ibid, p,133.

([257]) Gordon, Michael(2002): Ethical challenges in End-of-life therapies in the Elderly Review, National library of Medicine.

([258]) Spranzi, Marta (2016): When Patients Values Challenge Professional, Integrity which way out?, National Library of Medicine.

([259]) Carrahi, Tibbi (2017): Importance of Ethics in Surgical practice, Faculty of Medicine, P, 73.

([260])Skelton, Lauren(2017) : Ethical Theories and perspectives on End – of- life Decisions, Dialogue , Nexus ,Vol.4 , Article 13.

([261]) Raijmakers, J.H. Natasja (2013): End of life Care and Decision Making, Public Health, Opinions and experiences of the general Public, bereaved relatives, and Professionals, chapter 5.

([262])Laurence B.M .McCullough, James W jones (2008): the Ethics of Surgical practice, Cases, Dilemmas and Resolution, Oxford

([263])Laurence B McCullough (1998): Surgical Ethics, Care of The Dying Patient , ch10.

([264])Ibid.

(*)Cardenas , Diana (2020): Surgical Ethics, A framework for Surgery, op.cit

تقول **كارديناس**: " يجب تجنب أي جراحة غير مناسبة أو غير مجدية أو غير ضرورية لأنه يجب اتخاذ قرار العملية الجراحية في مصلحة المريض، لذلك يجب أن يؤخذ في الاعتبار مصلحة المريض وسلامته لأنه يجب اتخاذ قرار العملية الجراحية في مصلحة المريض، لذلك يجب أن يؤخذ في الاعتبار مصلحة

المريض وسلامته. واتخاذ قرار العملية الجراحية في مصلحة المريض.

([265])Anji Wall, Peter Angelos (2013): Ethics in Surgery, Current Problems in Surgery, op.cit.

توضح **أنجي وول** أنه يجب توفير الرعاية الجراحية التي تحافظ علي كرامة المرضي وتجنب الجراحة غير المجدية ، ولا يجب التدخل الجراحي في المرضي الميئوس من شفائهم، ويجب رفض قرار الانعاش القلبي مع المرضي الذين يعانون من الخرف ويجب اتخاذ قرار بمنع التدخل الجراحي.

([266])Laurence B.M .McCullough, James W jones (2008): the Ethics of Surgical practice, Cases, Dilemmas and Resolution, p,258.

([267]) Krizek J. Thomas (2000): Surgical Error, Ethics Issue of Ad-Verse Events, 11, pp,1359-1360.

([268]) Ibis,1362-1363.

([269]) Emanuel Qurtiz , A, Clara(2004): Practical Approach To Ethics Problems in Surgical Emergencies, Acta Chirurgica Belgica 104(2):pp,125-126.

([270])Cerrahi, tibbi (2017): Importance of Ethics in Surgical Practice, p,74.

([271])Laurence B McCullough (2008) : The Ethics of Surgical Practice ,Cases, Dilemmas and Resolutions, p, 5.

([272])Ibid, p, 167.

([273]) Krizek, J. , Thomas (2000): Surgical Error, Ethical Issue of Ad-verse Events 11, pp, 1359-1366.

([274]) Ibid, p,1361.

[275]) Ibid,p,1362(

([276]) Pellegrini CA, Ferrers A (2014): Surgical Ethics Symposium, Ethical Dilemmas in Surgical practice, World Journal of Surgery , 38, p,1565.

([277]) Ibid.

([278]) Cerrahi, Tibbi (2017): Importance of Ethics in Surgical Practice, 18: p,75.

([279]) A. Clara, Emanuel Qurtiz (2004): A practical Approach to Ethics problems in Surgical Emergencies. p,127,

(*)المضاعفات الجراحية :(٢٨٠)

يعرف أستاذ الجراحة **دانيال سوكول** المضاعفات الجراحية بأنها : تحديات ما بعد الجراحة، مثل النزيف بعد الجراحة أو حتي الموت، وهذه المضاعفات الجراحية هي جزء لا مفر منه في الممارسة الجراحية ، ومن المتفق عليه أن المضاعفات تعرف بأنها أي نتيجة غير مرغوب فيها بعد الجراحة، أو أي نتيجة غير مقصودة وتلي العمليات الجراحية ، والتي لم تكن لتحدث لو كانت الجراحة قد تمت بشكل معقول ،لذلك تعد مشكلة المضاعفات من أهم المشاكل الأخلاقية التي يواجهها الجراحون باستمرار ويجب أن يكونوا علي دراية بها.

Daniel K. Sokol, Simi Sade Adedeji (2009) : Ethics of Surgical complications, World Journal of Surgery, Vol33, pp, 733-737

ويرى **بيتر أنجليوس:"** أن جميع التدخلات الجراحية لها مخاطر جراحية، ولكن عندما تتحول هذه المخاطر إلي مضاعفات جراحية يجب أن يشعر الجراحون بمسئوليتهم الأخلاقية عن العملية الجراحية ومضاعفات ما بعد العملية الجراحية.

AnJi Wall, PhD, Peter Angelos PhD (2013): Ethics in Surgery, Current problems in surgery, pp,99, 134, vole 130,Issue 50.

([281])Laurence B McCullough (2008) : The Ethics of Surgical Practice ,Cases, Dilemmas and Resolutions, p, 5.
([282]) Ibid, p,734.
([283]) Ibid.
([284]) Little M. (2001) : Invited Commentary and Evolution of Surgical Ethics , 38(7) : 1568
([285]) Peter Angelos , Anj Wall (2013): Ethics in Surgery, Current Problems in Surgery, op.cit.
([286]) Ibid.
([287]) Daniel K. Sokol, Simi Sade Adedeji (2009): Ethics of Surgical complications, World Journal of Surgery, Vol33, pp, 733-737.
([288]) Daniel ,K . Sokol, Simi Sade Adedeji (2009): Ethics of Surgical Complications, op.cit.
([289])WHO Guidelines for Save Surgery , Saves Lives , 2009.

(*)التدقيق الجراحي : Surgical Audit

هو تحليل منهجي ونقدي لجودة الرعاية الجراحية التي تتم استخدامها لتحسين المهارة الجراحية، هذا التدقيق الجراحي لا يتم إلا بالمراجعة الجراحية، التي تعني التأكد من استيفاء المعايير الجراحية المثالية ويتم استخدام الأدلة في الممارسة العملية

Kant, Raw (2016): Surgical Audit and Clinical Research.

كما يعرف الدكتور **موارل** التدقيق الجراحي بأنه عملية تحسين رعاية المرضي مقابل معايير واضحة من أجل تقليل الأعراض وتحسين نوعية الحياة ، والهدف تحسين النتائج الجراحية من أجل قياس مستوى الأداء الجراحي وحصر أعداد الوفيات من أجل التحسين المستمر بالمراجعة الدورية وتقييم الأدلة .

Dr . U. Mural . M .S . M .B . A (2015): Surgical Audit, Research.

يعرف الجراح **هيودادلي** وخبير أخلاقيات الجراحة كلمة التدقيق فيقول:" أن كلمة التدقيق لها معنيان، أولاً الدراسة المنتظمة وتحليل الحقائق المتعلقة بالمرضي الخاضعين لرعاية الجراح، ثانيًا، محاسبة عامة علي الممارسات الخاطئة.

Dudley, Hugh (1974): Necessity for surgical Audit, British medical Journal (5902)275.

يعرف **آركول سورج إنجل** جراح الأورام التدقيق الجراحي بأنه الاستقصاء ومراقبة نتائج العملية الجراحية وتثقيف طاقم الجراحة، عن طريق جمع معلومات المريض وإدخالها في الكمبيوتر، لذلك يقول : يجب بذل جهود كبيرة لضمان دقة المعلومات التي يتم إدخالها، وهذا يمثل التدقيق السريري الذي يمثل سجلًا دقيقًا للغاية لعمل قسم الجراحة، وليس هناك شك في أن استخدام الكمبيوتر يساعد علي تنظيم المعلومات التي تم جمعها عن المريض، ولكن استخدام الكمبيوتر يحتاج إلي وقت أكبر لإدخال البيانات والتحقيق منها، ويجب استخدام التدقيق السريري في المستشفى التي بها أجهزة كمبيوتر قوية لاستخدامها، وهذا له فائدة فورية للمريض، بحيث يستطيع الجراح بسهولة الحصول علي كميات كبيرة من المعلومات حول المريض، وهي تعد جزءًا من التدقيق الجراحي

Coll, Ann R (1989): Surgical audit: review proceedings of an audit symposium, National Library of Medicine.

([290]) Kant, Ravi(2016): Surgical Audit and Clinical Research.
([291]) Laurence B.M .McCullough, James W jones (2008): the Ethics of Surgical practice, Cases, Dilemmas and Resolution, Consultation or Corruption, p,240.
([292])Little M. (2002) :the fivefold root of an Ethics of Surgery .Bioethics, 16 (3) : 186.

([293]) Cerrahi, Tibbi (2017): Importance of Ethics in Surgical Practice , 18,p,75.
([294]) Appiah's, liao (2019): Contemporary Philosophical Issues in Ethics, Surgical Ethics .
([295])Laurence B McCullough (1998): Surgical Ethics , Informed Consent : A Study Decision Making in Psychiatry, ch2.
([296])Laurence B McCullough (2005) : The Shifting Sands of Senility : Canceled Consent , Surgical Ethics Challenges , p, 237.
([297])Laurence B McCullough, Richman B W (2005) : Informed Consent , It's not , Just Signing A form , 15 (4),p, 451.
([298]) Douglas L. Weed (2004): Precaution, Prevention and Public Health Ethics, Journal of Medicine and philosophy, Vol29, Issue3, pp, S313-332.
([299]) Robert M Sade, Mino N Karana (2017): Surgical Ethics, Today and Tomorrow, Vol13,No6.
([300])Robert M Sade , Minoo Nkavarana (2017): Surgical Ethics, today and tomorrow, Vol13, No6,2017.
([301]) Sanaz Moeini, Mohsen Shahriari (2020): Ethical Challenge of Obtaining Informed Consent from Surgical Patients, Nursing Ethics, 27 (2): 527-536.2020.
([302]) Laurence B McCullough and JW Jones (2009): Unraveling Ethical Challenges in Surgery ,op.cit, pp,1058-1059.

(*)صانع القرار البديل : يعرف روبرت ساد صانع القرار البديل، فيقول: " هو شخص مُخول بموجب(5 القانون لاتخاذ القرارات أو صانع قرار بالوكالة أو شخص مُخول سابقًا من قبل المريض لاتخاذ القرار.
Robert M Sade, Mino N Kavarana (2017): surgical Ethics, Today and Tomorrow, op.cit, No6,vol13

(*)AnJi Wall, Peter Angelos (2013): Ethics in Surgery, op.cit, p,105-106.

ويعرف **بيتر أنجيلوس** صانع القرار البديل بأنه : " شخص يتخذ القرارات نيابة عن المريض العاجز من خلال توكيل رسمي محدود، والقوانين تعطي الأولوية للأقارب من الدرجة الأولي بصفتهم صانعي قرار بديل، وعلي سبيل المثال، الزوج، الآباء، الأطفال البالغين، وإذا لم يكن هناك بديل يمكن تحديده، فقد يتم تسميته صانع القرار البديل من قبل المحكمة، ويجب أن يعبر صاحب القرار البديل عن تفضيلات المريض وعن مصالحة الفضلي، وقد يكون فريق الجراحة، يجب أن يصب قرار صانع القرار البديل في مصلحة المريض، وأن يعمل علي تحقيق اكبر فائدة للمريض
AnJi wall, peter Angelos (2013): Ethics in surgery, op.cit, p, 105-106.

(*) Simi Sade Adedji (2009): Ethics of Surgical Complications, op.cit.

. يوضح هذا النص، أنه يجب أن يكون هناك معيار معقول ومقدار مقبول من المعلومات التي يجب أن تُقدم للمرضي، فلا يجب أن يستخف الجراح بالمعلومات التي تقدم للمرضي عن عمليتهم الجراحية، ولا يجب أن يُبالغ الجراح ويفرط في المعلومات التي يقدمها للمرضي عن عمليتهم الجراحية ، أي لا إفراط ولا تفريط حسب ارسطو.

([303]) Vinita Kumar, Binay Kumar (2017): legal and Ethical Aspect of Surgical Practice, op.cit, 3(1) ,p,15.

وعلي هذا ، نستنتج من هذا النص أنه يجب رفض الإفصاح الكامل للمرضي وأن هناك درجة معقولة للإفصاح ولاسيما إذا ما كانت العملية الجراحية معقدة وعالية الخطورة لأنها قد تؤدي إلى نتائج عكسية، ومن ثم فإن الموافقة المستنيرة ينتج عنها تحدي قول الحقيقة للمريض الذي قد يلحق الضرر بالمريض، وقد يصبح قول الحقيقة صعب بسبب صعوبة الحقيقة نفسها أو حقيقة مرض المريض! ، فقد يكون مرضه مميتًا. .

Vinita Kumar , Binay Kumar (2017) : legal and Ethical Aspect of Surgical Practice, op.cit.

([304]) Anji Wall, Peter Angelos (2013): Ethics in Surgery, Current Problem in Surgery, pp,105-106.

يوضح هذا النص، أنه يصعب تحقيق متطلبات الموافقة المستنيرة في الممارسة العملية الجراحية بسبب التعقيدات الجراحية والمواقف المتغيرة، وحينئذ لا يتمكن الجراح من الوفاء بمتطلبات الأخلاق أو القانون ولا يستطيع شرح أو إبلاغ المريض بمخاطر الجراحة بسبب ظروف المريض الصحية.

([305])Laurence B. McCullough, James Wilson Jones and Baruch A Brody (1998): Surgical Ethics, Oxford University press, ch 3.

([306])Laurence B McCullough , James W. Jones (2013): Limits of Confidentiality To Disclose or Not to Disclose, Journal of Vascular Surgery, 58(2), pp, 521-522.

([307]) Anji Wall, Peter Angelos (2013): Ethics in Surgery, op.cit.

([308]) Laurence McCullough and others (2008): The Ethics of Surgical Practice, Dilemma and Resolution, Oxford.

([309]) Mural , U.M.S. M .B .A (2015): Surgical Ethics, Health, Medicine and see, Cerrahi, Tibbi (2017): Importance of Ethics, op.cit.

([310]) Laurence B. McCullough (2009): Response to Commentaries on Patient Autonomy for The Management of Chronic Conditions : A Two – Component Re Conceptualization, American Journal of Bioethics, 9(2).

([311])Laurence B McCullough (1998): Surgical Ethics , Informed Consent : A Study Decision Making in Psychiatry, ch2.

([312])Laurence B McCullough , Simon Whitney (2004): A Typology of Shared Decision Making , Informed Consent and Simple Consent,140 (1),p, 55.

([313])Laurence B McCullough ,Jones J W, Brody BA(1998): Informed Consent Autonomous Decision Making of The Surgical Patient ,pp, 30-31.

([314]) Wagner, Richard and others (2020) : Informed Consent form and Important.

([315])Laurence B McCullough ,Jones J W, Brody BA(1998): Informed Consent Autonomous Decision Making of The Surgical Patient ,pp, 30-31

([316]) Panel L. Nandi (2000): Ethical Aspects of Clinical Practice, 135(1): p,22.

([317]) Douglas L. Weed (2004): Precaution, Private –on and public Health Ethics, Journal of Medicine and philosophy, Vol29, Issue 3, p, 313.

([318]) Informed Consent for Elective Surgery what is practice?

([319])Laurence B McCullough (2015) : Professionally Responsible Clinical Ethical Judgments of Futility , American Journal of Bioethics , 15(8), p, 54.

([320]) Ibid.

([321]) Eortiz, Roman (2004): A Practical Approach To Ethical Problems in Surgical Emergencies, Acta Chirurgic Belgica, 104 (2) : pp,125-128.

([322])Laurence B McCullough (2007): Responses To Open Peer Commentaries on Physicians Silent Decisions : Because Patient Autonomy Doesn't Always Come First, American Journal of Bioethics

([323])Laurence B McCullough (1998): Surgical Ethics ,Confidentiality in Surgical Practice , ch3.

([324]) Robert M Sade, Mino N Kavwrana (2017) : Surgical Ethics, Today and Tomorrow , Vol13,No6.

([325]) Panel . Nandi (2000): Ethical Aspects of Clinical Practice, 135 (1): 22-25.

([326])Laurence B McCullough : The Ethics of Surgical Ethics , Practice , Cases and Dilemmas , Consultation or Corruption, p, 240.

([327]) Anji Wall, Peter Angelos (2013): Ethics in Surgery , op.cit.

([328]) Krizekj. Thomas (2000): surgical Error , Ethical issues of Ad- verse events, (11): pp,13564-1365

(*)**التعليم الجراحي** : يوضح **فرنسيس موور** ما هو التعليم الجراحي فيقول : " يتم التعليم الجراحي بأن يجري الجراح العملية الجراحية علي المريض بشكل شخصي وعلي مسئوليته الخاصة من أجل أن يتعلم فن الجراحة وأن يكتسب المهارة اليدوية ولكن دون تعرض المريض للخطر وذلك في وجود جراح كبير يُشرف عليه ، ويجب أن يحضر الجراحون الشباب مع الجراحين كبار السن في غرفة العمليات؛ لكي يتعلم الجراح المبتدئ، ويكتسب الخبرة الجراحية التي تمنعه من حدوث مضاعفات جراحية في المستقبل

Moore, D Francis (2000): Ethical Problems to Surgery, Special to Surgery , Surgical Teaching , Surgical Innovation and Surgeon Managed Care 135, (1): pp,14-15.

وتوضح **انجي وول** الهدف من التعليم الجراحي فتقول: " يهدف التعليم الجراحي إلي محاولة تحسين قدرة الجراحين لكن يجب الأخذ في الاعتبار حماية سلامة المرضي في غرفة العمليات الجراحية، ويجب إجراء محاكاة بحيث لا يكون المرضي في خطر، وهذا أمر ذو قيمة أخلاقية.

Anji Wall, Peter Angelos (2013): Ethics in Surgery, op.cit(.[329])

يري **روبرت ساد** : " أن التدريب الجراحي يؤدي إلي تحسين تدريجي في المهارة الجراحية وبالتالي إلي تحسين تدريجي في النتائج الجراحية، لأنه يجب أن يعرف الجراح دائمًا ما يفعله

Robert M. Sade, Michael J. Mack (2006): Surgical Innovation: too Risky to Remain unregulated?, Ethics in cardiothoracic Surgery, Vol82, Issue 6, pp,1957-1958.

يري استشاري الجراحة **بيتر انجيليوس** : " يساعد التدريب الجراحي في مواجهة الأسئلة الأخلاقية ومعالجتها بطريقة منهجية لأنه من المحتمل أن يكون الجراحون علي دراية بالملاحة في الألغاز الأخلاقية ولكنهم يفعلون ذلك دون تدريب جراحي

Peter Angeles, Darren s Bryan (2019): How to Solve Ethical Conflicts in Every day Surgical Practice, A toolbox, Surgical Ethics, pp,306-307

وتعتقد **كريستيان جي فيركلير** أنه يجب أن يشمل التدريب الجراحي غرس بعض الفضائل الأخلاقية كحماية المرضي والتأكد من إعطاء الأولوية لمصالح المرضي الفضلي

Jvercler , Christian (2015): Surgical Ethics, Surgical Virtue and more, World Journal Surgery, 5(1): 49-50.

([330]) Laurence B McCullough, James W Jones (2009): Unraveling Ethical challenges in Surgery, p,1059, op.cit.

([331]) Adedeji, Simi Sade (2009): Ethics of Surgical Complications, World Journal of Surgery , Vol 33, pp, 732-737.

([332])Laurence B McCullough, James W Jones (2009): Unraveling Ethical challenges in Surgery, p,1059, op.cit.

([333]) Kevin M .Ramsey, Charles Weijer (2007): Ethics of Surgical training in Developing Countries, Word Journal of Surgery, Vol31, p,2067.

([334]) Ibid.

([335]) Ibid.
([336]) Ibid.
(*) Laurence B McCullough (2009):The Ethics of Surgical Ethics , Practice , Dilemmas, I raining on Newly Deceased Patients, 315.
حاولت أن أفهم وجهة نظر لورانس بي ماكولو وموقفه من التدريب على الجثث ولكنه كان غامض ، فأحيانًا يري أنه لا بأس وأحيانًا أخرى ، يري أنها تحتاج إلى مراجعة أخلاقية .
([337]) James W. Jones, Laurence B .McCullough (2004): Training on Newly Deceased Patients, Ethics, Volume135,Issue 1, pp,108-109.
([338]) Mahboobeh Saber, Seyed Ali (2018): Using Newly Deceased Patients in Teaching Clinical Skills: its Ethical and Educational Challenges, 6(2): 78-85.
([339]) James p. Orlowski, George A. Kanoti (1988): The Ethics of Using Newly Dead Patients for Teaching and practicing in tuba ion techniques, 319, pp,(440-441).
([340]) Ibid.

(٣) المحاكاة الجراحية الافتراضية*: يعرف الطبيب **جوسيف** ، الجراحة الروبوتية بأنها أحدث التطورات في الجراحة وهي محاكاة ثلاثية الأبعاد، لذلك فهناك فوائد للمحاكاة الجراحية في التدريب الجراحي مثل اكتساب الجراح المهارات الجراحية وتمكن الجراحين المبتدئين من الاستفادة من واقع افتراضي وتقوم بتقوية مهارات الجراح وتقلل من تكاليف المستشفى وتحسن من نتائج المرضي، أنها تضمن خبرات جراحية وتعزز من عملية اكتساب المهارات الجراحية السريرية.

(*)تضارب المصالح :

يعرف **سيلنجر** جراح المخ والأعصاب تضارب المصالح بأنه "تعارض بين المصالح الأساسية والمصالح الثانوية ، وهذا التعارض غير ملائم ، ويؤثر علي رفاهية المريض ومصلحته، وتعني المصلحة الأساسية ، مصلحة المريض وتعني المصلحة الثانوية، مصلحة الجراح المالية".
Selangor, S. D. hillocks (2015): Conflicts of Interest, intertwine or Thopaedic Surgery.

يُعرف **هاورد برودي** تضارب المصالح أيضًا بأنه " التوتر الأخلاقي العميق بين إيثار الجراح أو واجبة الأخلاقي ومصلحته الذاتية، بمعني أن مصلحة الجراح تقع في مقابل الواجب الأخلاقي للجراح وهذا يسمي بتضارب المصالح في الجراحة، أي أن هناك تضارب مصالح أو توتر بين المصلحة الشخصية للجراح وواجب الجراح الأخلاقي أو المهني التوتر الأخلاقي بين الإيثار والمصلحة الذاتية مُتأصل في شكل قديم في تاريخ مهنة الطب والجراحة لذلك فإن التوتر بين المصلحة الذاتية والإيثار لن يختفي أبدًا، وهذه حقيقة من حقائق الحياة، وهي تعني التضارب بين المصلحة والواجب، فهناك مصلحة للجراح في زيادة دخلة ، وهذا يؤدي الي المزيد من العمليات غير الضرورية التي تؤثر علي سلامة المرضي، وهذا يتعارض مع الواجب المهني للجراح والإيثار والجراحة القائمة علي الأدلة ".
Brody, Howard, PHD, MD(2007):Is the Surgery Necessary Now? ,The Surgeon's Conflict of Interest Commentary, ANA Journal of Ethics.

يعرف **جين جونسون** رئيس قسم الفلسفة في جامعة ماكوراي في سيدني ، استراليا ، والذي درس أخلاقيات الجراحة تضارب المصالح :" بأن هناك تضارب مصالح بين مصلحة الجراح ومصلحة عائلته الشخصية من جهة ، ومصلحة المريض من جهة أخرى، والشركات المصنعة والمستشفى من جهة ثالثة ، فمصلحة الجراح دائمًا تتوقع مستوي دخل أعلي ، لذلك فإنه دائمًا ما يرغب في القيام بالعملية الجراحية وقد يهمل عائلته بشكل عام، ومصلحة المريض قد تعني عدم إجراء تلك العملية الجراحية غير الضرورية ، يمكن أن تكون تضارب مصالح حقيقي أو محتمل أو متصور ، وقد يكون تضارب المصالح مباشر أو

غير مباشر ، ويخص المعاملات المالية أو غير المالية، كما أن المكاسب المالية ليست ضرورية لإثبات تضارب المصالح "

Jonson , J (2021): Conflict of Interest , Practice Standard

([343])Laurence B McCullough (2007): Beyond Discloure : Managing Conflicts of Interest To Strengthen Trust in Our Profession, Vol133, Issue2, p,301.

([344])Laurence B McCullough , James W Jones(2009):Unraveling Ethical Challenges in Surgery ,op.cit.

([345])Laurence B McCullough (2007): Beyond Discloure : Managing Conflicts of Interest To Strengthen Trust in Our Profession, Vol133, Issue2, p,301

([346])Ibid.

([347])Laurence B McCullough (1998): Surgical Ethics , Managing Conflicts of Interest ,pp,350-351.

[(*)]Robert M. Sade, Michael J. Mack (2006): Surgical Innovation: too Risky .op.cit

يوضح هذا النص أن هناك تضارب مصالح بين مصلحة المستشفى ومصلحة المريض أيضًا، وتتعاظم المسئولية الأخلاقية حينئذ علي الجراح الذي قد يختار قرارًا جراحيًا ليس في صالح المستشفى الذي ينتمي له حينما يقرر تحويل المريض إلي مستشفى آخر متخصص من أجل مصلحة المريض في المقام الأول

([348])Laurence B McCullough (1998): Surgical Ethics , Managing Conflicts of Interest ,pp,350-351.

[(*)]النزاهة المهنية للجراح:

يعرف **تايلور** استاذ الجراحة في المدرسة الطبية بلندن، النزاهة المهنية للجراح، قائلاً: "هم جراحون يقولون الحقيقة ويحترمون المرضي ويهتمون باحتياجاتهم ، ولذلك يتمتعون بالنزاهة المهنية التي تولد الثقة في مهنة الجراحة، تعد النزاهة المهنية أمرًا أساسيًا، وهي تولد الثقة في نفوس المرضي"

Irving Taylor (2011): Marinating Surgical professionalism, 93(6): 423

وتوضح **أنجي وول** النزاهة المهنية للجراح بمثال عملي ، فتقول: " إذا ما كانت حالة المريض تتطلب إجراء عملية جراحية جديدة ونادرة، وكان الجراح مبتدئ ولديه خبرة قليلة، فيجب عليه أن يعرض حالة مريضة علي جراح آخر ذو خبرة جراحية أكبر من أجل مصلحة مريضه، لأن الجراح الحريص علي نزاهته المهنية يتجنب أي إيحاء بأن مصالح مريضة ليست في المقام الأول ولها الأولوية، ولذلك يجب أن يفصح الجراح لمريضه بهذا الأمر، وقد يفقد هذا المريض، ولكن هذا له قيمة أخلاقية كبيرة لأنه قد يفقد مريضه ويكسب المحافظة علي نزاهته المهنية

Anji Wall, Peter Aneglos (2013): Ethics in Surgery, pp,128-129.

([350])Laurence B McCullough (1998): Surgical Ethics , Show me The Money : The Ethics of Physician Income , p, 195.

([351]) Anji Wall, Peter Aneglos (2013): Ethics in Surgery ,pp,128-129.

[(*)]مشكلة الأمن المالي للجراح :

تعرف أنجي وول مشكلة الأمن المالي للجراح فتقول : هناك تضارب مصالح بين واجب الجراح الأخلاقي ومصلحة عائلتهم وأسرهم، من أهم المشاكل الأخلاقية التي يواجها الجراحون اليوم، هي أن مهنة الجراحة تتعارض مع إعطاء الأولوية لعائلة الجراح ولرفاهيته الشخصية وهذا يجعل مهنة الجراحة مهنة مُعطلة للحياة، بالإضافة إلي أن مشكلة الأمن المالي للجراح تتعارض مع القيم الأخلاقية والإيثارية التي يجب أن يمتلكها الجراح هناك واجب أخلاقي للجراح بأن يحقق مصلحة المريض في المقام الأول وهذا يتعارض مع حياة أسرية مُجزية، لذلك يتحمل الجراح عبء عمل لا يطاق، ويتعرضون لدرجة من الإرهاق لدرجة أن المريض يبدو لهم مثل العدو.

Anji Wall, Peter Aneglos (2013): Ethics in Surgery ,pp,128-129

([353])Laurence B McCullough (1998): Surgical Ethics , Show me The Money : The Ethics of Physician Income , p, 195

([354])Laurence B McCullough (1998) : Surgical Ethics, ch 17,p,363.

([355])Ibid,p,358.

([356]) Collier, Roger (2016) :Managing Surgical Conflicts of Interest, 18(15) : 1069, Canadian Medical Association.

([357]) Jonson, J (2021): Conflicts of Interest, op.cit.

([358]) Collier, Roger (2016): Managing Surgical Conflicts of Interest, p,1068.

(*) السياحة العلاجية

يقصد بالسياحة العلاجية ، الأشخاص الذين يسافرون من البلدان المتقدمة إلى البلدان النامية للحصول علي عمليات جراحية منخفضة السعر. وهناك مخاطر لتلك السياحة الجراحية وذلك لأن السفر بعد فترة وجيزة قد يزيد من مخاطر المضاعفات الجراحية، وقد يؤدي السفر في الرحلات الطويلة وقلة الحركة بعد حدوث العمليات الجراحية إلى حدوث جلطات في الأوردة ولن يتمكن المريض من متابعة ما بعد العملية الجراحية.

Robert M Sade, Mino N kavarana (2017): Surgical Ethics, op.cit

عبر عنها **روبرت ساد** قائلاً: " هي السفر إلى بلدان أخرى لإجراء جراحة منخفضة التكلفة وعالية الجودة، قد تفيد المرضي الأغنياء وتهدد بتقويض الرعاية في المستشفيات في هذا البلد، مما يثير التساؤل عما إذا كان ينبغي للجراحين والجمعيات الجراحية دعم السياحة العلاجية من خلال التقييم وتصنيف برامج في العالم الثالث.

Horowitz, Michael D, Rosensweig, Jeffrey A(2007): Medical Tourism ,Globalization of The Healthcare Marketplace, 9(4):33.

([360])Laurence B McCullough , Jones J W (2006): Behind The Malpractice Crisis , any way ?, J Vass Surgery 43: p, 635.

([361])Laurence B McCullough , Jones JW(2001): Postoperative Futility : A Clinical Algorithm for Setting Limits, 88,p,1153.

([362])Laurence B McCullough (1998): Surgical Ethics, What to Do When patient's International Medical Care South

([363])Laurence B McCullough , Jones J W (2006): Behind The Malpractice Crisis , anyway ?, 43: p, 635.

([364])Ibid.

([365])Laurence B McCullough (1998): Surgical Ethics, What to Do When patient's International Medical Care South.

([366])Laurence B McCullough ,Jones JW(2003): The surgeon's Obligation To The Noncompliant Patient, 38,p,626.

([367])Laurence B McCullough , James W Jones(2009):Unraveling Ethical Challenges in Surgery ,op.cit

([368])Laurence B McCullough, James W Jones (2005): Show me The Money : The Ethics of Physician Income,42(2):pp, 377-378.

([369])Laurence B McCullough , James W Jones(2009):Unraveling Ethical Challenges in Surgery ,op.cit

([370])Laurence B McCullough , James W Jones (1998): Surgical Ethics,p,18.

([371])Laurence B McCullough , James W Jones (1998): Surgical Ethics, the Ethics of Institutional Marketing : The Role of Surgeons, p,٢٠١.

([372])Laurence B McCullough (2007): Beyond Disclosure : Managing Conflicts of Interest to Strengthen Trust in our Profession, vol133,Issue 2,P,302.

([373])Jonson, Jen (2021): Conflict of Interest, Practice Standard, College of Surgeons of British Columbia ,pp,2-3.

(*)Collier, Roger (2016): Managing Surgical Conflicts of Interest, 18(15), 1069.

يقول **روجر كولر** أن العلاقة بين الجراح والمريض يجب أن تبني على الثقة ولا يجب أن يوجد فيها مكان لتضارب المصالح ، لأنها علاقة ائتمانية ، لأنه يقع علي عاتق الجراح واجب قانوني وأخلاقي للتصرف بما يخدم المصلحة الفضلي للمريض، وهذا يشمل تجنب المواقف التي قد يحدث فيها تضارب في المصالح.

Collier, Roger (2016): Managing Surgical Conflicts of Interest, 18(15), 1069.

([374]) Ibid.

([375]) Anji Wall, Peter Angelos (2013): Ethics in Surgery, op.cit.

([376]) William. Robert (2020): the Importance of acquiring financial Security for Physicians, Vol133, Issue 12, p, 1405.

([377]) Andrew Pelletier(2021): Achieving financial wellness, American Society of Plastic Surgeons .

([378]) Anji Wall, Peter Angelos (2013): Ethics in Surgery, op.cit, p,87.

([379]) Jonson, Jen (2021): Conflict of Interest, Practice Standard, pp,2-3.

([380]) Jonson, Jen (2021): Conflict of Interest, Practice Standard, op.cit.

([381]) Ibid.

([382]) Ibid.

([383]) Collier, Roger (2016): Managing Surgical Conflicts of Interest, 18(15) : 1070.

([384]) Brody, Howard MD, PhD (2007): Is The Surgery Necessary Now? ,The Surgeons Conflict of Interest , Commentary 1,AMA Journal of Ethics

([385]) Cardenas, Diana (2020) Surgical Ethics, op.cit.

([386])Collier, Roger (2016): Managing Surgical Conflicts of Interest, 18(15) : 1069.

([387])Laurence B McCullough , Jones JW(1998) : What To Do When Patient's International Medical Care Goes South, Surgical Ethics.

([388])Macintyre, Alasdair (2007):After Virtue , A Study in Moral Theory , Notrdam University .

([389])Haurewas , Stanley (2007): The Virtue of Alasdair (2007):The Virtue of Alasdair Macintyre .

)زكريا إبراهيم : دراسات في الفلسفة المعاصرة ، دار مصر للطباعة والنشر ، القاهرة ، ١٩٦٨، ص ٣٨390).

([391])Broome, John (1999): Ethics out of Economics , Cambridge , United King Dom , Cambridge University press,p,9.

([392])Lawson Forst Sasha (2017): Does Evidence Based Medicine Imply Utilitarianism?.

([393])Jharna Mendel , Dunlop Karol (2016): Utilitarian and Deontological Ethics in Medicine , 6(1) pp, 6-7.

([394])Calculating Consequences (2014): The Utilitarian Approach to Ethics, Mark Kula Center for Applied Ethics , Santa Clara University .

(395)زكريا إبراهيم : دراسات في الفلسفة المعاصرة ، ص ٢٠.

)توفيق الطويل: فلسفة الأخلاق، نشأتها وتطورها، ط٤، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة، ص 396(٢٣٥.

)جاكلين روس : الفكر الأخلاقي المعاصر ، ترجمة عادل العوا ، عويدات للنشر والطباعة والتوزيع ، (397بيروت، ص ٩٩

([398])Hun Chung Erkenntnis (2020): Rawls's Self – Defeat A Formal Analysis , 1181.

قائمة المصادر والمراجع

أولاً : مؤلفات لورانس بي ماكولو

(1)-Laurence B. McCullough, Tom L. Beauchamp (1983): Medical Ethics: The Moral Responsibilities of Physicians, Prentice Hall PTR.

(2)- Laurence B McCullough (1998) : John Gregory and The Invention of Professional Medical Ethics and Profession of Medicine , Springer Verilog ,pp, 180-182

(3)- Laurence B McCullough (1998) : John Gregory Writings on Medical Ethics and Philosophy of Medicine , Gregory J: Lectures on The Duties and Qualifications of a Physician

(4)- Laurence B McCullough, Jones J.W .Brody (1998): Surgical Ethics, Surgery and Other Medical Specialties, Oxford University Press, Oxford, on

(5) -McCullough L B, Jones J W, Brody B A (1998) : Informed Consent ,Autonomous Decision Making of The Surgical Patient , Oxford University Press, pp, 18-19

(6)- Laurence B McCullough (1995): Long –Term Care Decisions: Ethical and Conceptual Dimensions, the Johns Hopkins University Press

(7)- Laurence B McCullough, Robert B. Baker (2008) : The Cambridge World History of Medical Ethics , Cambridge University Press, CH 25,PP, 168-169

(8)- Laurence B McCullough (2009):The Ethics of Surgical Ethics , Practice , Dilemmas, I raining on Newly Deceased Patients, Oxford University Press, New York, p, 3.

(9)- Laurence McCullough, James W Jones (2009): Unraveling Ethical Challenges in Surgery, Oxford University Press, New York

(10)- Laurence B. McCullough (2018): Historical Dictionary of Medical Ethics, Row man, Littlefield Publishers.

ثانيًا : مقالات لورانس بي ماكولو

(1)- Laurence B McCullough (1995) : Ethics in Clinical Practice , Medical Ethics ,7(6), pp, 377-378

(2)- McCullough L B (1998): John Gregory and the Invention of professional Medical Ethics and the profession of medicine, Kluwer Academic publishers, Journal of the History of Philosophy , Vol37, N 3,p,535,

(3)-Laurence B McCullough (1998): Principles and Practice of Surgical Ethics, pp, 3-4.

(4) -Laurence B McCullough, Jones J W, Brody BA (1998): Informed Consent Autonomous Decision Making of the Surgical Patient, pp, 30-31
(5)- Laurence B McCullough (1999) : Moral Authority, Power , and Trust in Clinical Ethics , Journal of Medicine and Philosophy , 24(1).
(6)- Laurence B. McCullough (1999): Hume's Influence on John Gregory and the History of Medical Ethics, the Journal of Medicine and philosophy, Vol24 (4), 393
(7)-Laurence B McCullough , Jones JW(2001): Postoperative Futility : A Clinical Algorithm for Setting Limits, 88,p,1153.
(8)- Laurence B McCullough (2002) : Power , Integrity , and Trust in The Managed Practice of Medicine , Lessons from the History of Medical Ethics , Social Philosophy and Policy ,19,(2), pp, 196-197
(9)-Laurence B. McCullough (2003): Improving Informed Consent: The Medium is not The Message Ethics, Human Research,25(5).
(10)-Laurence B McCullough, Jones JW (2003): The surgeon's Obligation To The Noncompliant Patient, 38, p,626
(11)- Laurence B McCullough ,Simon Whitney (2004) : A Typology of shared Decision Making , Informed Consent and Simple Consent, Annals of Internal Medicine, 140(1) : p,59
(12)-Laurence B McCullough, Simon Whitney (2004): A Typology of Shared Decision Making, Informed Consent and Simple Consent,140 (1),p, 55.
(13)-James W. Jones, Laurence B .McCullough (2004): Training on Newly Deceased Patients, Ethics, Volume135, Issue 1, pp,108-109.
(14)- Laurence B . McCullough (2005) : The Critical Turn in Clinical Ethics and its Continuous enhancement , Journal of Medicine and Philosophy , 30(1).
(15)-McCullough L B, Richman Bw (2005): Truth Telling about Terminal Diseases, S Laurence B McCullough (2005) : The Shifting Sands of Senility : Canceled Consent , Surgical Ethics Challenges , p, 237.
(16)-Laurence B McCullough, Richman B W (2005) : Informed Consent , It's not , Just Signing A form , 15 (4),p, 451.surgery 137:pp, 380-381.
(17)-Laurence B McCullough, James W Jones (2005): Show me The Money: The Ethics of Physician Income,42(2):pp, 377-378.
(18)- McCullough (2006): Getting Back of Fundamental of Clinical Ethics , Journal of Medicine and Philosophy ,31(1).
(19)-McCullough l.B (2006): John Gregory's Medical Ethics and the reform of medical practice in eighteenth- century, Edinburgh JR Call Phis Edinburgh, 36: pp,86-92.

(20)-Laurence B McCullough, Jones J W (2006): Behind The Malpractice Crisis , anyway ?, J Vass Surgery 43: p, 635
(21)-Laurence B .McCullough and Robert Baker (2007): The Relationship between Moral Philosophy and Medical Ethics reconsidered, Journal of Kennedy Institute of Ethics, 17(3): pp, 271-272
(22)- Laurence B McCullough, Robert Baker (2007) : Medical Ethics , appropriation of Moral Philosophy : The Case of The Sympathetic and Unsympathetic Physician , Journal of Kennedy Institute of Ethics , 17(1): pp, 18-19.
(23)-Laurence B McCullough (2007): Responses To Open Peer Commentaries on Physicians Silent Decisions : Because Patient Autonomy Doesn't Always Come First, American Journal of Bioethics
(24)-Laurence B McCullough (2007): Beyond Disclosure: Managing Conflicts of Interest To Strengthen Trust in Our Profession, Vol133, Issue2, p,301.
(25)-Laurence B McCullough (2007): Beyond Disclosure: Managing Conflicts of Interest To Strengthen Trust in Our Profession, Vol133, Issue2, p,301
(26)-Laurence B McCullough (2007): Beyond Disclosure: Managing Conflicts of Interest to Strengthen Trust in our Profession, vol133, Issue 2, P,302.
(27)-Laurence B. McCullough (2009): Response to Commentaries on Patient Autonomy for The Management of Chronic Conditions : A Two – Component Re Conceptualization, American Journal of Bioethics, 9(2).
(28)- Laurence B McCullough (2011) : Was Bioethics Founded on Historical and Conceptual Mistakes about Medical Paternalism ?, Bioethics , 25, (2),p, 67.
(29)-Laurence B McCullough, James W. Jones (2013): Limits of Confidentiality To Disclose or Not to Disclose, Journal of Vascular Surgery, 58(2), pp, 521-522.
(30)- Laurence B McCullough (2014) : Deliberative Clincal Ethics : Getting Back to Basics In Work of Clinical Ethics and Clinical Ethicists, Journal of Medicine and Philosophy , 39 (1): pp, 5-6
(31)-Laurence B McCullough, Tessy A . Thomas (2015) : A Philosophical Taxonomy of Ethically Significant Moral Distress , Journal of Medicine and Philosophy , 40, (1) : pp, 115-116
(32)-Laurence B McCullough (2015) : Professionally Responsible Clinical Ethical Judgments of Futility , American Journal of Bioethics , 15(8), p, 54.

(33)-Laurence B McCullough (2016) : Physicians Professionally Responsible Power : A Core Concept of Clinical Ethics , Journal of Medicine and Philosophy,41(1),pp, 4-5.
(34)-Laurence B McCullough (2017) : Philosophical Provocation : The Lifeblood of Clinical Ethics , Journal of Medicine and Philosophy , 42(1) : pp, 4-5.
(35)-Laurence McCullough, Allan S. Brett(2018): Getting Past Words : Futility and the Professional Ethics of Life – Sustaining Treatment, Perspectives in Biology and Medicine 60(30): pp, 319-320.
(36)- Laurence B McCullough (2019) : The Ethical Concept of Medicine as Profession discovery or Invention?, Journal of Medical Ethics, 45(12): pp, 786-787.
(37)-Laurence B McCullough (2022): Thomas Percival's Medical Ethics and the Invention of Medical Professionalism, Philosophy and Medicine, Springer Nature Switzerland AG.

ثالثًا : مراجع باللغة الإنجليزية

1-Albert R Jonson , Mark Siegler , Winslade (2006): Clinical Ethics, a practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine, New York
2-ARISTOTLE : NICOMACHEAN ETHICS, Translated By W. D. Ross, Batches Books, Kitchener, 1999.
3- Bledstein B Ji(1993): the Culture of professionalism, The Middle class and The Development of Higher Education in America, Cambridge University Press
4- Broome, John (1999): Ethics out of Economics , Cambridge , United King Dom , Cambridge University press,p,9
5- Calculating Consequences (2014): The Utilitarian Approach to Ethics, Mark Kula Center for Applied Ethics , Santa Clara University
6- Have , Henk Ten (20013) :Global Bioethics: Transnational Experience and Islamic Bioethics, Duquesne University.
7- Jonathan D.Moreno, Connie Zuckerman, (2005): Ethics in Clinical Practice, 2 nd Edition, Jones and Bartlett learning, London
8- Moreno, Jana Han, Angelique, M .Reitsma (2007): Ethical Guidelines for Innovative Surgery, Ist Edition
9- Macintyre, Alasdair (2007):After Virtue , A Study in Moral Theory , Notrdam University
10- Raijmakers, J.H. Natasja (2013): End of life Care and Decision Making, Public Health, Opinions and experiences of the general Public, bereaved relatives, and Professionals, chapter 5.

11-Robert F. Harper : Code of Hammurabi, Trans, Chicago, University of Chicago Press, 1904
12- Sade Rm , ed (2015) : The Ethics of Surgery ,Conflicts and Controversies, New York, Oxford University Press,pp,2-3.
13- Schenck D . Churchill LR. Healers (2012) : Extraordinary Clinicians at Work .New York :Oxford University Press,PP,7-8.
14- Thomas L Beauchamp, James F Childress (2019): Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press, Oxford.
15- Haurewas , Stanley (2007): The Virtue of Alasdair (2007):The Virtue of Alasdair Macintyre

رابعًا : المراجع باللغة العربية

أحمد عبدالحليم عطية (٢٠١٥): الأخلاق التطبيقية ، دفاتر فلسفية، القاهرة، ص ص ٧٠- ٧٨
توفيق الطويل: فلسفة الأخلاق، نشأتها وتطورها، ط٤، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة، ص ٢٣٥
جاكلين روس : الفكر الأخلاقي المعاصر ، ترجمة عادل العوا ، عويدات للنشر والطباعة والتوزيع ، بيروت، ص ٩٩
زكريا إبراهيم : دراسات في الفلسفة المعاصرة ، دار مصر للطباعة والنشر ، القاهرة ، ١٩٦٨، ص ٣٨
محمود سيد أحمد : الأخلاق عند ديفيد هيوم ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ،١٩٩٢القاهرة ، ص ص ٧٥-٧٦

خامسًا : المقالات باللغة الإنجليزية

1-Abbott, Andrew: professional Ethics, American Journal of sociology, Vol88,N5
2- Adedeji, Simi Sade (2009): Ethics of Surgical Complications, World Journal of Surgery , Vol 33, pp, 732-737.
3- Appiah's, liao (2019): Contemporary Philosophical Issues in Ethics, Surgical Ethics .
4- A Clara, Emanuel Qurtiz (2004): A practical Approach to Ethics problems in Surgical Emergencies. p,127
5- Alberto R Ferreres (2019): Foundations and principles of Surgical Ethics, Surgical Ethics, pp, 50-51.
6- AnJi wall, PhD, peter Angelos, PHD (2013): Ethics in Surgery, Current problem in Surgery , 50 (3) ,130-131
7- Anji E Wall (2014): Ethics in Global Surgery, World Journal of Surgery, Vol38, Issue 7, pp,1574-1580
8- Anji E Wall (2019): Ethics in Global surgery, Surgical Ethics: Principles and Practic ,springer Verlag, 155-156
9- Barry Hoff Master (2018): From Applied Ethics to Empirical Ethics to Contextual Ethics, Bioethics, John Wiley, 32(2): 120-121.

10- Binay Kumar, Vinita Kumari (2017): legal and Ethical Aspect of Surgical practic in particular reference to Indian scenario international Journal of medical Research, 3(1) ,p,16.
11- Boseley , Sarah (2009) : Darzi, Ara : an innovative surgeon who led reforms of uk's, NHS,Vol374,issue 9695, pp,140-167.
12- Brody, Howard MD, PhD (2007): Is The Surgery Necessary Now? ,The Surgeons Conflict of Interest , Commentary 1,AMA Journal of Ethics
13- Cardenas, Diana (2020) :Surgical Ethics, a framework for surgeons, patients and society, Bioethics in Surgery ,vol4
14- Carlos A. Pellegrino, Alberta Ferries (2014): Surgical Ethics, Symposium Ethical Dilemmas in Surgical Practice, World Journal of Surgery, Vol38و pp, 1565
15- Cerrie, Tibbi (2017): Importance of Ethics in Surgical Practice, ,Faculty of Medicine, p,73,18: 72-75.
16- Charles Weijer, Kevin M Ramsey (2004): Ethics of Surgical Training in Developing Countries, World Journal of Surgery, 31(11),pp,2067-2069
17- Coll, Ann R (1989): Surgical audit: review proceedings of an audit symposium, National Library of Medicine.
18- Collier, Roger (2016) :Managing Surgical Conflicts of Interest, 18(15) : 1069, Canadian Medical Association.
19- Daniel K. Sokol, Simi Sade Adedeji (2009) : Ethics of Surgical complications, World Journal of Surgery, Vol33, pp, 733-737
20- Douglas L. Weed (2004): Precaution, Prevention and Public Health Ethics, Journal of Medicine and philosophy, Vol29, Issue3, pp, S313-332.
21- Dudley, Hugh (1974): Necessity for surgical Audit, British medical Journal (5902)275.
22- Ethos Dr. Murall . U.M. S. M. B. A (2015): Surgical Ethics , Health , Medicine
23- Emanuel Qurtiz , A, Clara(2004): Practical Approach To Ethics Problems in Surgical Emergencies, Acta Chirurgica Belgica 104(2):pp,125-126.
24- Eortiz, Roman (2004): A Practical Approach To Ethical Problems in Surgical Emergencies, Acta Chirurgic Belgica, 104 (2) : pp,125-128.
25- Ferreres R. Alberto (2016): How Do Surgeons faces Ethics conflicts? A Qualitative Analysis, Ethics, Vol223 , Issue4, s47-s48.
26- Gordon, Michael(2002): Ethical challenges in End-of-life therapies in the Elderly Review, National library of Medicine.
27- George John Agich (2004): What Kind of Doing is Clinical Ethics ?, Theoretical Medicine and Bioethics 26 (1) :18-19.

28- George John Agich (2009): The Issue of Expertise in Clinical Ethics, University of Singapora
29- Georgina D. Campelia, Denise M. Dudzinski (2019): History and Development of Medical Ethics in the West, Surgical Ethics: Principles and Practice, Springer Verlag, pp, 12-14.
30- Henk Ten Have (2013) :Global Bioethics: Transnational Experience and Islamic Bioethics, Zygon 48 (3) : 601-602.
31- Hoff master , Barry (2009) :How Experience Confronts Ethics , Bioethics.23(4), pp,216-217.
32- Hun Chung Erkenntnis (2020): Rawls's Self – Defeat A Formal Analysis , 1181
33- Horowitz, Michael D, Rosensweig, Jeffrey A(2007): Medical Tourism ,Globalization of The Healthcare Marketplace, 9(4):33
34- Irving Taylor (2011): Marinating Surgical professionalism, 93(6): 423
35- Jason D Keune, et al (2014): The Importance of an Ethics, Curriculum in Surgical Education, World Journal of Surgery,38(7),1581-1582.
36- James p. Orlowski, George A. Kanoti (1988): The Ethics of Using Newly Dead Patients for Teaching and practicing in tuba ion techniques, 319, pp,(440-441).
37- Jharna Mendel , Dunlop Karol (2016): Utilitarian and Deontological Ethics in Medicine , 6(1) pp, 6-7.
38- Jonson, J (2021): Conflicts of Interest, Practice Standard, College of Physicians and Surgeons of British Columbia,CPSBC,pp,2-3.
39- John la puma, David l Schneider Mayer (1991): the Clinical Ethicist at the bedside, theoretical Medicine,12(2):141-149.
40- John la puma, David lschiede(1994): Ethics Consulation : a Practical Guide , 6(3), 163-164.
41- Jukes p . Namm, Cassandra C. krause (2019): The History of Surgical Ethics, Ethics, In Alberto R. Ferreres, Principles and Practice, Springer Verlag , pp,18-19.
42- Jukes p Namm, peter Angelos (2014) : History and Evolution of Surgical Ethics: John Gregory to the twenty first century, world Journal of surgery ,vol38, 38 (7) : 1568-1569.
43- Jvercler , Christian (2015): Surgical Ethics, Surgical Virtue and more, World Journal Surgery, 5(1): 49-50.
44-Kant, Raw (2016): Surgical Audit and Clinical Research.
45-Kevin M .Ramsey, Charles Weijer (2007): Ethics of Surgical training in Developing Countries, Word Journal of Surgery, Vol31, p,2067.

46- Klemme , Haier (1999): John Gregory and Invention of Professional Medical Ethics and Profession of Medicine , Journal of The History of Philosophy , Vol37, N 3 , P, 535.
47- Konder, Ira J (2003): Ethics Curricula in Surgery: needs and approaches, World Journal Surgery, 27(8): 952-956.
48- Krizekj. Thomas (2000): surgical Error , Ethical issues of Ad- verse events, (11): pp,13564-1365
49- Kirsti tor Juul et al (2005): Action Ethics Dilemmas in Surgery: an Interview Ethics Study of practicing surgeons,BMC Med Ethics
50- Larry R. Churchill(2017): The American Association for Thoracic Surgery ,2016, Ethics forum : Working virtues in surgical practice,p,1214
51- Lawson Forst Sasha (2017): Does Evidence Based Medicine Imply Utilitarianism?.
52- Little M. (2001) : Invited Commentary and Evolution of Surgical Ethics , 53- Little, M (2001): Ethics in Surgical Practice, Journal Surgery,88(6),:769- 54- Little, M (2001): Invited Commentary: is there a distinctively surgical - Ethics, surgery, 129(6): 668 770.38(7) : 1568
55- Little, Miles (2002): the fivefold root of an Ethics of surgery, Bioethics, 16(3):183.
56- Lorenzo Cobia et al (2021): One Size Does Not Fit All, Translating knowledge to Bridge the Gaps to Diversity and Inclusion of Surgical Teams,1 ,273(2):e34-e35
57- L Makin's, Jonathan (2009): Surgical Research plum metrics, Vol374 ,Issue 965, pp,1039-1045.
58- Mahboobeh Saber, Seyed Ali (2018): Using Newly Deceased Patients in Teaching Clinical Skills: its Ethical and Educational Challenges, 6(2): 78-85.
59- Manahan, Rajiv: Professionalism and Ethics: A Proposed Curriculum For Undergraduates, International Journal of Applied and Basic Medical Research
60- Mayer (1991) :The Clinical Ethicist at the bedside, theoretical medicine, 12(2):pp,14-199
61- Melissa Hanson et al (2017): Informed Consent for Surgery: Risk Discussion and Documentation, Canadian Journal of Surgery
62-Miller G, Franklin (2010): Sham Surgery: An Ethical Analysis, the American Journal of Bioethics, pp,41-48.
63- Moore, D Francis (2000): Ethical Problems to Surgery, Special to Surgery , Surgical Teaching , Surgical Innovation and Surgeon Managed Care 135, (1): pp,14-15.
64- Mural , U.S.M.B.A (2015): Surgical Ethics, Health, Medicine

65-. Mural . M .S . M .B . A (2015): Surgical Audit, Research.
66- Panel . Nandi (2000): Ethical Aspects of Clinical Practice, 135 (1): 22-25.
67- Peter Angelos , Anj Wall (2013): Ethics in Surgery, Current Problems in Surgery
68- Peter Angeles, Darren s Bryan (2019): How to Solve Ethical Conflicts in Every day Surgical Practice, A toolbox, Surgical Ethics, pp,306-307
69- Pelletier , Andrew (2021): Achieving financial wellness, American Society of Plastic Surgeons .
70- Pellegrini CA, Ferrers A (2014): Surgical Ethics Symposium, Ethical Dilemmas in Surgical practice, World Journal of Surgery , 38, p,1565.
71-Ramsey, Kevin (2008): International Surgical Electives, Reflections in Ethics, 143(1):10-11
72-Robert M. Sade, Michael J. Mack (2006): Surgical Innovation: too Risky to Remain unregulated?, Ethics in cardiothoracic Surgery, Vol82, Issue 6, pp,1957-1958
73-Robert M Sade, Mino N Kavwrana (2017) : Surgical Ethics, Today and Tomorrow , Vol13,No6
74- Sanaz Moeini, Mohsen Shahriari (2020): Ethical Challenge of Obtaining Informed Consent from Surgical Patients, Nursing Ethics, 27 (2): 527-536.2020
75-Selangor, S. D. hillocks (2015): Conflicts of Interest, intertwine or Thopaedic Surgery
76- SimiSade Adedji , Daniel K Sokol et al(2009): Ethics of Surgical Complications, World Journal of Surgery , London, Vol33,p, 732
77-Scott B Grant et al (2014): Futility and the Care of Surgical Patients : Ethical Dilemmas, World Surg
78- Skelton, Lauren(2017) : Ethical Theories and perspectives on End – of- life Decisions, Dialogue , Nexus ,Vol.4 , Article 13.
79- Spranzi, Marta (2016): When Patients Values Challenge Professional, Integrity which way out?, National Library of Medicine.
80- Steve Clark, Justin Oakley (2010): informed Consent and surgeon's performance, Journal of medicine and philosophy, Vol29, Issue 1.
81- Tessa Robinson, Alreen Al Hinai (2020): Ethical Considerations in global Surgery: a scoping Review,Vol5, issue4 ,Journal of Global Health
82- Vedat Menderes and et al (2017): Importance of Ethics in Surgical Practice, 18(1): pp,72-73
83- Vila, Jose Vicente (2019): Challenges, Evidence, Ethics and Surgeons, 97(10),pp,549-550

84- Wagner, Richard and others (2020) : Informed Consent form and Important, Bioethics
85- William. Robert (2020): the Importance of acquiring financial Security for Physicians, Vol133, Issue 12, p, 1405.

سادسًا : القواميس باللغة الإنجليزية

Dunstan G Red Duncan (1981): Dictionary of Medical Ethics , New York, pp,28-31
Merriam , Webster(2019): . Definition of Bioethics
WHO Guidelines for Save Surgery , Saves Lives , 2009
What Is Values Based Practice In Surgical Care? ,NUFFIELD Department of Surgical Sciences, Catherine's College , Oxford
The American Association for Thoracic Surgery , Code of Ethics ,2016
Laurence B . McCullough Ph.D., Baylor College of Medicine.
Laurence B. McCullough PhD , Physician Leadership
Informed Consent: American College of Surgeons.

سابعًا : القواميس باللغة العربية

إبراهيم مدكور: المعجم الفلسفي، الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية ، القاهرة (د. ط) ، ١٩٨٣، ص ٥
جميل صليبا المعجم الفلسفي، دار الكتاب اللبناني، بيروت، لبنان، ص ص ٢٩٦- ٢٩٧
مراد وهبه (٢٠٠٧): المعجم الفلسفي، دار قباء الحديثة للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، د. ت، ص ٥٠
فؤاد كامل وآخرون: الموسوعة الفلسفية المختصرة، ص مراجعة زكي نجيب محمود، دار العلم بيروت، لبنان، ص ٣٤٤

Laurence B. McCullough of the Ethics of Clinical Surgical Ethics Dilemmas and Moral solution

Abstract

This research represents a philosophical foray into the field of surgery after it has been largely ignored by philosophers through the ages.

Ethics is an essential component of the ethics of surgical practice. It makes the profession of surgery global, and makes the surgeon acquire moral authority over patients and that moral authority is lacking when the surgical decision stems from mere internal organization or self-convictions. Ethics supports the ethical behavior of the surgeon and makes him reach professionalism And to the best surgical practice and make the surgical decision ethically sound, and make it capable of facing the challenges and difficulties encountered during clinical surgical practice, as the nature of clinical surgical work provides a fertile ground on which ethical problems facing surgeons in daily surgical practice can grow. The profession of surgery needs ethics just as surgeons need to be supported by ethics committees, hence the task of surgical ethics is to address surgical challenges and conflicts of interest by applying ethical principles to clinical surgical practice, and the need for an ethical response to clinical surgical malpractice that ignores informed consent Clinical.

This paper provides a philosophical basis for understanding many of the ethical issues central to surgical practice and includes distinctive aspects of surgical ethics, surgeons' duties and obligations, ethical challenges in surgery, and the unique relationship between surgeons and patients based on trust, by examining these issues in Lawrence B. McCullough. It expresses the intersection of ethics with surgery.

Among the most important search results:

Demonstrate the dual nature of ethics in clinical surgical practice, it is both theoretical and practical, it is theoretical when it talks about the importance of ethics and values in surgical practice, and practical because it is based on the relationships between surgeon and patient and the professional behavior of the surgeon.

Lawrence B. McCullough spoke the language of surgeons and ethicists alike, and felt that ethical principles were needed to guide surgeons in

their unique areas of surgery in general and in the operating room of clinical practice.

- Proving the failure of the utilitarian approach and the paternalistic theory in the ethics of clinical surgical practice.

Emphasis on the importance of ethics and values in clinical surgical practice in order to achieve ethical discipline, so there is a necessity to use the tools of ethical analysis and ethical arguments to provide practical guidance to surgeons in clinical surgical practice.

Keywords: conflict of interest - surgical infeasibility - surgical errors - surgical complications - alternative decision maker - surgical training - surgical medical tourism - clinical ethics.