

ملاحظات اخلاقی در طب مکمل و جایگزین

حمیدرضا ادهمی^{۱*}، دلارام صدرایی شاملو^۱

مقدمه

با توجه به افزایش رویکرد و استفاده‌ی مردم از روش‌های طب مکمل و جایگزین (complementary and alternative medicine) به خصوص در کشورهای اروپایی، ایالات متحده و استرالیا، امروزه متخصصان این روش‌ها توجه زیادی نسبت به موارد اخلاقی پیرامون استفاده از طب مکمل و جایگزین نشان می‌دهند (۱-۳). کثرت استفاده از این روش‌های درمانی در این کشورها فرصتی مناسب برای از نوآزمودن بنیان‌های اخلاقی طب رایج، با توجهی نو به تعهدات پزشکان هنگام برقراری رابطه‌ی دلسوزانه با بیمار، ایجاد کرده است. ظهور و ورود طب مکمل و جایگزین به عرصه‌ی درمان، پزشکان را به چالشی متعهدانه با الگوهای درمانی بیمار-که خارج از مرزهای درمانی طب رایج قرار دارد- و تصمیم‌گیری در این قلمرو ناآشنا، که اغلب با عدم حضور شواهد کافی همراه است، می‌کشد (۴). آن‌ها، به‌عنوان جزئی از تعهدات اخلاقی جهت جلب رضایت بیمار، موظف به پاسخ‌گویی به سؤالات بیماران درباره‌ی استفاده از درمان‌های طب مکمل و جایگزین هستند (۵).

تعریف طب مکمل و جایگزین

تعریف عبارت طب مکمل و جایگزین چندان آسان نیست، چرا که در برگیرنده‌ی بسیاری از روش‌های درمانی خارج از حیطه‌ی درمان‌های طب رایج است. سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization)، طب مکمل و جایگزین را این‌گونه تعریف می‌کند: «عبارت‌های مکمل و جایگزین (که گاهی غیررسمی و موازی نیز گفته می‌شوند) در هر کشور به طیف گسترده‌ای از روش‌های درمانی اشاره

می‌کنند که در نظام درمانی آن کشور گنجانده نبوده یا جزء طب سنتی آن‌جا نیستند» (۶).

مرکز ملی طب مکمل و جایگزین انستیتوی ملی سلامت آمریکا (National Center for Complementary and Alternative Medicine of National Institute of Health (NIH)) روش‌های درمانی مکمل و جایگزین را با دو تعریف جداگانه می‌شناسد: «طب مکمل به همراه طب رایج استفاده می‌شود، مانند استفاده از آروماتراپی برای کاهش ناراحتی‌های بعد از جراحی؛ و طب جایگزین به‌جای طب رایج استفاده می‌شود، مانند استفاده از رژیم غذایی خاص برای درمان سرطان به‌جای جراحی، پرتو درمانی یا شیمی درمانی» (۷). هم‌چنین بخش طب مکمل و جایگزین مرکز همکاری‌های کارکین (Cochrane Collaboration Center) نیز در این مورد تعریفی ارائه داده است: «طب مکمل و جایگزین عبارت است از تشخیص، درمان بیماری و یا پیشگیری از ابتلا به آن، که به‌واسطه‌ی کل‌نگر بودن، ارضا کننده‌ی نیازهای پاسخ‌داده نشده‌ی بیمار در پزشکی رایج و تکمیل‌کننده درمان‌های طب رایج است» (۸).

نمونه‌هایی از روش‌های طب مکمل و جایگزین در نمایه‌ی ۱ معرفی شده‌اند.

نمایه‌ی ۱- نمونه‌هایی از روش‌های درمانی طب مکمل

و جایگزین (۱)

طب سوزنی (Acupuncture): تحریک نقاط خاصی از بدن با استفاده از سوزن، جریان برق (Electro Acupuncture)، گرما (Moxibustion)، لیزر (Laser Acupuncture) و یا فشار (Acupressure).

^۱ - داروساز- هومیوپات، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم دارویی

* نشانی: تهران، خیابان دکتر شریعتی، قلهک، خیابان یخچال، کوچه یاسمن، پلاک ۸۱، Email:hradhami@gmail.com

تعدادل بین اصول اصلی اخلاق حیاتی (bioethics) شامل احترام به افراد (autonomy)، مضر نبودن درمان (nonmaleficence)، مفید بودن درمان (beneficence) و رعایت عدالت (justice) در هر فرد مورد درمان است (۱۰). این جاست که تصمیم‌گیری به صورت مشترک انجام می‌گیرد یعنی نظر بیمار نیز در تصمیم‌گیری برای انتخاب روش درمانی نقش بازی می‌کند و مانند سابق، تنها پزشک تصمیم‌گیرنده نیست (۴). پس در حالی که پیگیری‌های طب رایج به منظور کنترل وضعیت بیمار انجام می‌گیرد، باید بین ارزش نهادن به تمایلات پزشک برای جلوگیری از خطراتی که متوجه بیمار است و احترام‌گزاردن به خواسته‌های بیمار مبنی بر اصرار به انتخاب روش درمانی مناسبی از طب مکمل و جایگزین، سنجیده عمل شود (۱۱، ۴، ۱). در دیدگاهی دیگر هفت عامل برای رسیدن به نتایج اخلاقی مناسب بر شمرده شده که در نمایه ۲ آمده است.

نمایه ۲ - عوامل تحلیلی درمان‌های طب رایج و طب

مکمل و جایگزین از نظر ایمنی و اثربخشی آن‌ها (۹، ۴)

| | |
|---|---|
| - | جدی و حاد بودن بیماری |
| - | قابل علاج بودن بیماری با روش‌های درمانی طب رایج |
| - | میزان تهاجمی بودن، مسمومیت‌ها و عوارض جانبی درمان‌های طب رایج |
| - | کیفیت شواهد توجیه‌کننده ایمنی و اثربخشی درمان‌های طب مکمل و جایگزین |
| - | میزان آگاهی از خطرات و فواید درمان‌های طب رایج و طب مکمل و جایگزین |
| - | آگاهی و قبول داوطلبانه‌ی خطرات توسط بیمار |
| - | اصرار بیمار بر استفاده از درمان‌های طب مکمل و جایگزین |

در حقیقت، عوامل ذکر شده در این جدول چارچوب خطر - فایده‌ای (risk-benefit) را تشکیل می‌دهند که پزشک

کایروپراکتیک (Chiropractic): سیستم درمانی بر اساس این باور که سلسله‌ی اعصاب مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده سلامتی است و هر نوع بیماری بر اثر تغییرات در وضعیت ستون فقرات بوده که با برخی تکنیک‌ها قابل درمان است. مکتب گیاهی (Herbalism): استفاده از ترکیبات و مواد به دست آمده از گیاهان در پزشکی.

هومیوپاتی (Homeopathy): سیستمی از درمان که حدود ۲۰۰ سال پیش توسط ساموئل هانمن شکل گرفت، اساس آن مشابه‌درمانی است و با رقت‌های بسیار بالایی از مواد طبیعی سر و کار دارد.

هیپنوتیزم درمانی (Hypnotherapy): شکلی از پردازش اطلاعات شناختی که جهت تعلیق آگاهی پیرامون با هدف ایجاد تغییرات در درک، حافظه، خلق و خو و روان استفاده می‌گردد.

رفلکسولوژی (Reflexology): استفاده از فشار دست برای مناطق خاصی از دست یا پا که تصور می‌رود با اعضای داخلی بدن در ارتباط باشند.

تمدد اعصاب (Relaxation): درک یک بازتاب آرامش‌بخش (آزاد شدن فشارهای جسمی و ذهنی).

شفای معنوی (Spiritual healing): رساندن انرژی شفابخش از یک منبع بیرونی توسط فرد درمان‌گر به منظور تقویت سلامت و تندرستی.

تای چی (Tai chi): سیستمی از حرکات و حالت‌های بدن به منظور تقویت سلامت ذهن و جسم.

یوگا (Yoga): تمرینات کششی برای فعال‌شدن مراکز انرژی بدن، کنترل تنفس و مراقبه.

ملاحظات اخلاقی

بدون در نظر گرفتن قابلیت اطمینان به نتایج درمان، پزشکان دریافته‌اند که گاهی باورها و تعهداتشان نسبت به روش‌های درمانی مبتنی بر شواهد که در طب رایج کاربرد دارد، با برخی از روش‌های درمانی طب مکمل و جایگزین مورد توجه بیماران، ناسازگار است (۹). یک دیدگاه مفید برای کمک به گفت‌وگو در زمینه‌ی این ناسازگاری‌ها برقراری

مکمل و جایگزین جویا شوند.

- نسبت به علل استفاده‌ی بیماران از روش‌های درمانی طب مکمل و جایگزین مطلع شده، اهدافشان را جهت استفاده از روش درمانی مورد نظر بیان کنند.
- با توجه به نوع بیماری، تمایلات شخصی بیمار و خطرات و فواید روش‌های درمانی طب مکمل و جایگزین، بسنجند که چه اطلاعاتی می‌تواند در زمینه‌ی درمان‌های مکمل و جایگزین برای بیمار ارزشمند باشد.
- جهت کسب آگاهی و معلومات بیش‌تر درباره‌ی ایمنی و اثربخشی درمان‌های موجود مکمل و جایگزین و پاسخگویی به سؤالات بیماران در این زمینه کوشا باشند.
- نسبت به آشنایی با درمانگران طب مکمل و جایگزین (اعم از پزشک و غیرپزشک) اقدام نموده و در صورت نیاز، بیماران را به آن‌ها ارجاع دهند.
- جهت برقراری رابطه و حفظ آن با بیمارانشان، هم‌زمان نسبت به کنترل آن‌ها با روش‌های طب رایج اقدام نموده و هر نوع بحث و گفت‌وگو در زمینه‌ی طب مکمل و جایگزین را کاملاً پذیرا باشند (۹).

نتیجه

با وجود ویژگی‌های مشترک، بین تاریخ و فلسفه‌ی طب رایج و طب مکمل و جایگزین جدایی بسیاری افتاده است. این مشکل به دلیل فقدان زبان مشترک بین این دو روش درمانی است که خود این مساله نیز باعث برجسته‌تر شدن عدم تجانس آن‌ها می‌گردد. این مطلب در زمینه‌ی موضوعات اخلاقی مطرح در طب مکمل و جایگزین نیز صادق است. با توجه به استفاده‌ی گسترده و روزافزون از این روش‌های درمانی در سراسر دنیا و گنجانده شدن آن‌ها در نظام سلامت کشورها، این موضوع نیازمند تحقیقات موشکافانه‌تر است (۱۸-۱۴، ۷).

به کمک آن می‌تواند نسبت به پیشنهاد استفاده از روش درمانی طب مکمل و جایگزین، مدارا کردن نسبت به کاربرد این روش و یا رد استفاده از آن تصمیم بگیرد (۴، ۹).

اگر تحقیقات مبتنی بر شواهد، ایمنی و اثربخشی روش درمانی مورد نظر، طب مکمل و جایگزین را هم‌زمان تأیید کنند، پزشک موظف است درمان مورد نظر را توصیه نموده و نسبت به کنترل بیمار به کمک روش‌های رایج اقدام نماید. اگر شواهدی تنها ایمنی روش درمانی طب مکمل و جایگزین را مورد تأیید قرار دهند و در مورد اثربخشی آن غیرقاطع باشند یا بالعکس باید با مدارا با بیمار، درمان با آن روش را شروع نموده، از جهت کارایی روش، بیمار را تحت کنترل قرار داد. به کمک این چارچوب پزشک می‌تواند براساس شواهد مناسب از نظر اخلاقی و منطقی از لحاظ قانونی، برای انتخاب روش درمانی مناسب برای بیمار تصمیمی خردمندانه اتخاذ نماید (۴).

هم‌چنین بنابر وظیفه‌ی اخلاقی و حرفه‌ای مبنی بر مطلع ساختن بیمار از تصمیم‌گیری و انتخاب روش درمانی و جلب رضایت قابل قبول از بیمار، پزشک موظف به ارائه‌ی اطلاعات کافی در زمینه‌ی درمان‌های طب مکمل و جایگزین است (۹). با توجه به افزایش محبوبیت و کاربرد این نوع روش‌های درمانی در جوامع، واضح نبودن ارجحیت بین درمان‌های طب رایج و طب مکمل و جایگزین و روند رو به رشد تحقیقات در زمینه‌ی اثربخشی این روش‌های درمانی، این مساله نیاز به صرف وقت و مطالعه به جهت افزایش اطلاعات برای پاسخ‌گویی به سؤالات بیماران دارد (۱۳، ۱۲).

جمع‌بندی

در کشورهایی که طب مکمل و جایگزین رواج بیش‌تری یافته است، به پزشکان توصیه می‌شود که:

- صادقانه به پرسش‌های مستقیم بیماران درباره‌ی درمان‌های طب مکمل و جایگزین پاسخ گفته و به استخراج اطلاعات درباره‌ی استفاده از آن‌ها اقدام نمایند.
- آگاهی بیماران را نسبت به درمان‌های طب

References:

1. Cohen MH. Complementary and Alternative Medicine: Legal Boundaries and Regulatory Perspectives. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1998.
2. Cohen MH. Beyond Complementary Medicine: Legal and Ethical Perspectives on Health Care and Human Evolution. Ann Arbor: University of Michigan Press; 2000.
3. Ernst EE, Cohen MH. Informed consent in complementary and alternative medicine. Arch Intern Med 2001; 161: 2288-92.
4. Adams KE, Cohen MH, Eisenberg D, Jonsen AR. Ethical considerations of complementary and alternative medical therapies in conventional medical settings. Ann Intern Med 2002; 137: 660-64.
5. Kerridge IH, McPhee JR. Ethical and legal issues at the interface of complementary and conventional medicine. Med J Aust 2004; 181: 164-6.
6. Anonymous. WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005. World Health Organization, (2008). URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1.pdf
7. Anonymous, Expanding Horizons of Healthcare: Five Year Strategic Plan, 2001-2005. National Center for Complementary and Alternative Medicine, (2008). URL: <http://nccam.nih.gov/about/plans/fiveyear/fiveyear.pdf>
8. Ernst E, Resch KL, Mills S, et al. Complementary medicine—a definition. Br J Gen Pract 1995;45: 506.
9. Cohen MH. Legal and ethical issues in complementary medicine: a United States perspective. Med J Aust 2004; 181(3): 168-9.
10. Kemper K, Cohen MH. Ethics in complementary medicine: new light on old principles. Contemp Pediatr 2004; 21: 61-72.
11. Cohen MH, Eisenberg DM. Potential physician malpractice liability associated with complementary/integrative medical therapies. Ann Intern Med 2002; 136: 596-603.
12. Anonymous. Towards a safer choice. The practice of Chinese medicine in Australia. Melbourne: Department of Human Services, Victoria, 1996, (2008). URL: <http://www.health.vic.gov.au/archive/archive2006/chinese/report/contents.html>
13. Weir M. Obligation to advise of options for treatment medical doctors and complementary and alternative medicine practitioners. J Law Med 2003; 10: 296-307.
14. Bensoussan A. Complementary medicine: searching for the evidence. Aust Fam Physician 2000; 29: 1129-33.
15. Anonymous. Complementary and Alternative Medicine Current Policies and Policy Issues in New Zealand and Selected Countries, (2008). URL: <http://www.newhealth.govt.nz/maccah/CAMSubmissionBooklet.pdf>
16. Anonymous. (2008). Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review. World Health Organization. URL: <http://www.who.int/medicines/library/trm/who-edm-trm-2001-2/legalstatus.pdf>
17. Anonymous. (2008). WHO Medicine Strategy 2004-2007 Countries at the Core. World Health Organization. URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_2004.2.pdf
18. Anonymous. Expanding Horizons of Healthcare- Five years strategic plan 2005-2009. National Center for Complementary and Alternative Medicine, (2008).. URL: <http://nccam.nih.gov/about/plans/2005/strategicplan.pdf>

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.