

بیهودگی در طب مکمل و جایگزین؛ مقاله‌ای مروری تحلیلی با رویکرد اخلاقی

محمدحسین عسگردون^{۱*}، سپهر عزیزی^۲، آذین ابراهیمی^۳، محمدحسین احمدیان^۴

تاریخ دریافت: 96/9/24

تاریخ پذیرش: 97/11/10

تاریخ انتشار: 98/4/11

مقاله‌ی مروری

چکیده

تعاریفی متعدد از بیهودگی در پزشکی ارائه شده است. بیهودگی در پزشکی در مراقبت از بیمار، به حالتی گفته می‌شود که در آن هر نوع مداخله‌ای، اعم از اقداماتی که به قصد تشخیص، پیشگیری، درمان، توان‌بخشی یا سایر اهداف پزشکی به انجام می‌رسند، فایده‌ای برای آن بیمار نداشته باشد. این مطالعه‌ی مروری تحلیلی، با هدف افزایش درک پزشکان و دیگر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت از مسأله‌ی بیهودگی در طب مکمل و جایگزین، انجام شد. طی جست‌وجوی گسترده، بیش از هزار مقاله یافت شد که با بررسی عنوان و خلاصه‌ی آن‌ها، پژوهش‌های نامرتبط حذف و متن ۲۱۹ مقاله، کامل خوانده شد. در نهایت نیز، ۱۱۸ مقاله، برای مرور، انتخاب و مطالعه شدند. نتیجه‌گیری درباره‌ی پسندیده بودن اخلاقی ارائه‌ی درمانی بیهوده در طب مکمل، بنا بر رویکردهای گوناگون متفاوت است؛ بنا بر رویکرد وظیفه‌گرایی و اصل عدالت از رویکرد اصول‌گرایی، هیچ‌کس مجاز به کار بست درمان‌های بیهوده نیست؛ در حالی که در رویکرد موردی و اصل اتونومی بیمار، چنین نظری پذیرفته شده نیست. بر اساس رویکرد سودگرایی، تنها درمان‌های مبتنی بر شواهد را می‌توان از لحاظ اخلاقی بررسی کرد و آن دسته از درمان‌های مکمل که بیهوده بودنشان نشان داده شده است، باید منع شوند و ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت سلامت، نباید آن‌ها را به بیماران ارائه دهند؛ چراکه نوعی کلاهبرداری و فریب بیمار است. پیشنهاد می‌شود در زمینه‌ی روشن‌سازی مرز میان اثر پلاسبو و نوسبو و بیهودگی مطالعاتی بیشتر انجام گیرد.

واژگان کلیدی: بیهودگی در پزشکی، طب مکمل و جایگزین، فلسفه‌ی اخلاق، مرور تحلیلی

1. دانشجوی MD-MPH، انجمن دانشجویی بیماری‌های نقص ایمنی ایران، مرکز پژوهش‌های علمی دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
 2. پزشک عمومی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.
 3. دانشجوی MD-MPH، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
 4. دانشجوی MD-MPH، مرکز پژوهش‌های علمی دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- * نویسنده‌ی طرف مکاتبه: تهران، خیابان پورسینا، دانشکده‌ی پزشکی، تلفن: ۰۲۰۵۱۱۹۱۱۹۹۸۹

Email: MH_Asgardoon@yahoo.com

مقدمه

«شما هیچ الزامی ندارید که آزمایش‌ها و درمان‌هایی را که بی‌ارزش می‌دانید، انجام دهید»^۱ (۱). دانستن این جمله‌ی کوتاه، همگی آن چیزی است که یک پزشک جوان، برای موفقیت در پاسخ‌گویی به تست‌های مبحث بیهودگی در درس اخلاق «آزمون صدور مجوز پزشکی در ایالات متحده‌ی آمریکا»^۲، به آن نیاز دارد؛ اما این جمله در پیچه‌ای را به سوی سؤالات بسیاری باز می‌کند که در تصمیم‌گیری‌های بالینی مؤثرند: منظور از درمان بی‌ارزش یا بیهوده چیست؟ در چه موقعیت‌هایی ایجاد می‌شود؟ چه کسی در این جایگاه قرار دارد که درمان بیهوده را متوقف کند یا ادامه دهد؟ آیا بیهودگی، مختص مسائل پایان حیات است یا اینکه در رشته‌های مختلف پزشکی، در سنین مختلف، در اقدامات تشخیصی و درمانی بیماری‌های مختلف و در مداخلات طبی مکمل و جایگزین نیز، مصادیق بسیار پیدا می‌کند؟

در این مقاله‌ی مروری می‌کوشیم تا پاسخ‌های داده‌شده به سؤالات بالا را مقایسه و تحلیل کنیم؛ به‌ویژه، نشان خواهیم داد که مسأله‌ی بیهودگی در ملاحظات اخلاقی طب مکمل، تا چه حد، حائز اهمیت است. تاکنون بیهودگی بر اساس تغییرات فیزیولوژیک و منفعت حاصل از آن تعریف شده است؛ اما در طب مکمل، برای بررسی این تغییرات، معیارهایی روشن که همگان روی آن توافق داشته باشند، در دسترس نیست. تاکنون مطالعه‌ای در زمینه‌ی بیهودگی در طب مکمل و جایگزین منتشر نشده است؛ بنابراین، ما بر آن شدیم تا بیهودگی را در طب مکمل، مستقلاً، بررسی کنیم. نویسندگان

امیدوارند این مطالعه در افزایش درک پزشکان و دیگر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت از این مسأله‌ی متداول اخلاقی مؤثر باشد.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر، از اوایل خرداد ۹۶ تا اواخر مرداد ۹۶ صورت گرفته است. انواع مقالات، نامه به سردبیر^۳، نظرات^۴ گزارش‌های^۵ دیگر و کتب مربوط نیز، در نظر گرفته شدند. ابتدا، جست‌وجویی محدود در MEDLINE صورت گرفت تا واژه‌های داخل عنوان و خلاصه‌ی مقاله، بررسی و واژه‌های شاخص توصیفی مقاله، شناسایی شود.

در گام دوم، همگی کلیدواژه‌ها در موتورهای جست‌وجوی PubMed و Google Scholar و موتورهای جست‌وجوی فارسی SID^۶ و IranMedex، بررسی شدند. برای ازدست‌ندادن هرگونه داده، همگی املاهای ممکن از کلیدواژه‌ها در نظر گرفته شد. کلیدواژه‌های Medical Futility، Medically Futile Care، Futility، Ineffective Care، Futile Treatment، Futile Care، Inappropriate Care، Non-Beneficial Care، با واژه‌های CAM، Complementary and Alternative Medicine، *Alternative Therap*، *Complementary Therap* جست‌وجو شد. در موتورهای جست‌وجوی فارسی نیز، واژه‌های «بیهوده»، «بیهودگی»، «بی‌نتیجه»، «پزشکی بیهوده»، «بیهودگی در پزشکی»، «پزشکی بی‌نتیجه»، «درمان بیهوده» و «درمان بی‌نتیجه»، با واژه‌های «طب مکمل و جایگزین»، «طب مکمل» و «طب جایگزین» بررسی شد.

در گام سوم، لیست منابع مطالعات یافت‌شده، مرور شد تا مطالعات مرتبط اضافه شود. همگی مطالعات منتشرشده تا

1. "You are under no obligation to perform tests and treatments you consider worthless.

2. United States Medical Licensing Examination (USMLE)

3. این جمله، از معروف‌ترین کتابی که برای آمادگی آزمون خوانده می

شود، انتخاب شده است.

4. Letter to Editor

5. Commentary

6. Reports

7. Scientific Information Database

از بقراط نقل شده است که می‌گوید: «زمانی می‌رسد که ما باید درمان را متوقف کنیم» (۳). علی‌رغم قدمت مسأله‌ی بیهودگی در پزشکی و طرح آن با عناوین مختلف، بررسی نظام‌مند آن، تنها، در دوره‌ی معاصر انجام گرفته است. می‌توان گفت مباحث معاصر پیرامون بیهودگی، با مقاله‌ی بدل^۶ و دلبانکو^۷ (۱۹۸۳) آغاز شد (۴). در این مقاله، نشان داده شد که سی‌بی‌آر در بیماران مبتلا به سپسیس، نارسایی کلیه، سرطان متاستاتیک، سکته‌ی حاد مغزی و مواردی که احیا بیش از سی دقیقه طول می‌کشد، بی‌اثر است. یکی از مشهورترین نمونه‌هایی که در سال‌های اخیر، در رابطه با تقابل بین خواست پزشک برای قطع درمان بیهوده و خواست جان‌نشین بیمار در تصمیم‌گیری^۸ رخ داد، در بیماری در وضعیت نباتی پایدار^۹ بود (۵).

تعریف بیهودگی

واژه‌ی بیهودگی، از ریشه‌ی لاتین «Futilis» و به معنای «بی‌ارزش» گرفته شده است (۶). این تعبیر، در اساطیر یونانی، درباره‌ی فرمان خدایان به دختران دانائوس برای پرکردن کوزه‌ای سوراخ با ریختن بی‌وقفه‌ی آب در آن، به کار برده شده است؛ کاری که به‌وضوح، بیهوده است و به قصد تنبیه آن‌ها صورت گرفته است (۷).

تعاریفی متعدد از بیهودگی ارائه شده است؛ برخی شکست درمان در افزایش طول عمر را معادل درمان بیهوده می‌دانند؛ بنابراین، تازمانی که درمان قادر به زنده‌نگه‌داشتن بیمار باشد، بیهوده نخواهد بود (۸و۷). طبق تعریفی دیگر، درمانی که خواسته‌های بیمار را برآورده نکند، بیهوده خواهد بود. بر اساس این تعریف است که در مورد مشهور خانم ونگلی^{۱۰}، به علت برآورده‌شدن خواست قبلاً اظهارشده‌ی وی، مبنی بر

زمان نگارش مقاله، جست‌وجو شدند و هیچ مطالعه‌ای از لحاظ زمانی حذف نشد. تنها، مطالعات نوشته‌شده به زبان انگلیسی و فارسی بررسی شدند. با استفاده از کلیدواژه‌های گفته‌شده، بیش از هزار مقاله یافت شد که با بررسی عنوان و خلاصه‌ی آن‌ها در برنامه‌ی مندلی^۱، مقاله‌های نامرتبط حذف و متن کامل مقاله، در مواردی که مرتبط بودند، اضافه شد. در نهایت نیز، متن کامل ۲۱۹ مقاله خوانده و ۱۱۸ مقاله، برای مرور، انتخاب و مطالعه شدند.

یافته‌ها

تاریخچه‌ی بیهودگی^۲

مدل سنتی رابطه‌ی پزشک و بیمار، رویکرد پدرسالارانه^۳ است که مشابه با رابطه‌ی پدر و فرزندی بنا شده است. در این رویکرد، از آنجاکه پزشک منافع بیمار را بیشتر از او می‌داند، به تشخیص خود، روند درمان را مشخص و «دستور» انجام آن را صادر می‌کند (۲). اما رویکرد پدرسالارانه، از دهه‌ی ۱۹۷۰، از سوی صاحب‌نظران اخلاق و پرونده‌های قضایی که به اصل استقلال بیمار استناد می‌کردند، به چالش کشیده شد. اصل استقلال فرد، چنان بر اخلاق پزشکی امروز سیطره یافته که سایر اصول اخلاقی حاکم بر رابطه‌ی پزشک و بیمار را به حاشیه رانده است (۲).

در دهه‌های اخیر، رابطه‌ی میان ارزش‌های اخلاقی مختلف در تصمیمات طبی، دستخوش تغییراتی گسترده شده است که تا بسیار تحت تأثیر ویژگی‌های اخلاق پزشکی جدید و تا حدودی، متأثر از فناوری‌هایی جدید، چون: حفظ حیات با تهویه‌ی مکانیکی^۴ یا احیای قلبی‌ریوی^۵ بوده است. یکی از همین تغییرات، پررنگ‌شدن بحث درمان بیهوده است (۲).

6. Bedell
7. Delbanco
8. Surrogate
9. Persistent Vegetative State
10. Wanglie

1. Mendeley
2. Futility
3. Paternalism
4. Mechanical Ventilation
5. Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)

که مراقبت^۵، هیچ‌گاه، بیهوده نیست (۱۶). ژاکس^۶ و همکاران، به ارائه‌ی مثال‌هایی از بیهودگی در انتهای حیات می‌پردازند. دست‌نیافتن به اهدافی همچون: نجات زندگی، طولانی‌کردن حیات و بهبود کیفیت زندگی و نامتناسب‌بودن نسبت سود به زیان، از جمله‌ی این مثال‌ها هستند (۱۷). جکر^۷، درمانی را بیهوده می‌داند که یا شانس پذیرفتنی برای بقا فراهم نمی‌آورد، یا بی‌اثر است، یا کیفیت زندگی بیمار را بهبود نمی‌بخشد، یا اهداف او را برآورده نمی‌کند (۱۸). ملتزر^۸ و هاکابای^۹، درمانی را بیهوده می‌دانند که احتمال موفقیت آن بسیار کم باشد. مراقبت بیهوده، حیات را حفظ می‌کند؛ اما وابستگی فرد به مراقبت‌های ویژه‌ی طبی را کاهش نمی‌دهد و منجر به زندگی باکیفیت نمی‌شود (۱۹). یک‌فلاح نیز، مراقبتی را بیهوده می‌داند که بی‌اثر است و در عین حال، به ایجاد هزینه و ناراحتی برای بیمار و کادر درمان می‌انجامد (۲۰). تقسیم‌بندی بیهودگی پزشکی در جدول شماره‌ی یک نشان داده شده است.

جدول شماره‌ی ۱- تقسیم‌بندی بیهودگی در پزشکی

مستقل از ارزش‌ها ^{۱۱}	بر اساس ارزش‌ها ^{۱۰}
فیزیولوژیک	هنجاری
ناتوان از ایجاد تغییر مثبت در متغیرهای فیزیولوژیک بیمار است.	چه تغییرات فیزیولوژیک رخ بدهد چه رخ ندهد، منفعتی برای بیمار ندارد (۲۱).
بر اساس تفکیک اعضای مختلف بدن است (۸).	بر اساس رویکرد انسان‌گرایانه است و به‌عنوان کلی با ارزش، به انسان نگاه می‌کند (۲۱).
هدف اصلی، بهبود عملکرد اعضای بدن است (۸).	هدف می‌تواند رسیدن به خواسته‌ی بیمار باشد. کیفی است.
کمی است.	کیفی است.

حفظ حیات، ادامه‌ی درمان، بیهوده در نظر گرفته نشد (۸ و ۷، ۵). دیگر تعاریف معروف بیهودگی، شامل ناتوانی در ایجاد تأثیر فیزیولوژیک و ناتوانی در سودرسانی درمانی به بیمارند (۸ و ۷).

اشنایدرمن^۱، با تمایز بین اثر و سود، دو تعریف از بیهودگی ارائه می‌دهد: ۱. «اگر پزشک به این نتیجه برسد که در صد مورد قبلی، یک درمان طبی بی‌اثر بوده است، آن درمان بیهوده است»؛ ۲. «اگر درمان، تنها، بیمار را در وضعیت فاقد هوشیاری حفظ می‌کند یا نمی‌تواند وابستگی به مراقبت‌های ویژه‌ی پزشکی را کاهش دهد، آن درمان بیهوده است»؛ به‌بیان دیگر، بیهودگی هم با توجه به موفقیت درمان در رسیدن به اهداف انتظار داشته‌شده از آن و هم با توجه به تأثیر درمان بر کیفیت زندگی بیمار تعریف‌شدنی است (۹-۱۱). کوین^۲ با در نظر گرفتن مفهوم احتمال، درمانی را بیهوده می‌داند که با احتمالی معقول، نتواند بیمار را درمان کند یا کیفیت زندگی او را به سطحی رضایت‌بخش بازگرداند (۱۲).

کلارک^۳، همه‌ی اقداماتی را که ممکن است تأثیر فیزیولوژیک داشته باشند، ولی بیمار از آن‌ها سود نبرد، بیهوده می‌داند. با توجه به دوگانگی اثر-سود، درمان بیهوده، لزوماً بی‌اثر نخواهد بود؛ اما با توجه به وضعیت بیمار، اقدامی بی‌ارزش است (۱۳). هلند^۴ نیز، تأکید می‌کند که بیهودگی را باید با توجه به وضعیت حاکم بر هر بیمار خاص و با در نظر داشتن خواست او و خانواده‌اش تعریف کرد (۱۴). آرامش با تأکید بر تعریف بیهودگی به‌صورت انفرادی و بر اساس وضعیت خاص هر بیمار، مداخله‌ای را بیهوده می‌داند که برای بیمار سودی نداشته باشد (۱۵). برخی از صاحب‌نظران نیز، با تفکیک درمان و مراقبت، مدعی شده‌اند

5. Care
6. Jox
7. Jecker
8. Meltzer
9. Huckabay
10. Value-laden
11. Value-neutral

1. Schneiderman
2. Quinn
3. Clark
4. Heland

زیست‌پزشکی ارائه داد؛ زیست‌پزشکی به معنای کاربرد علوم طبیعی در طب بالینی است و طب مکمل، عبارت است از: سلب این کاربرد با طرح قوانینی در خصوص بدن انسان که مغایر با یافته‌های علوم طبیعی است.

فولر^۶، در تحلیلی معروف، طب مکمل و آلترناتیو را طبی می‌داند که بر مبنای جهان‌بینی آلترناتیو بنا شده است؛ جهان‌بینی‌ای که معمولاً، با نظامی اعتقادی معنوی ارتباط نزدیک دارد (۱۴ و ۱۵). طب مکمل، به جای طرح تبیین‌های فیزیکی، زیستی یا روان‌شناختی، از تبیین‌های متافیزیکی در توضیح علت بیماری استفاده می‌کند. عقاید متافیزیکی طب مکمل، فراطبیعی^۷ هستند. طب مکمل از تفکر جادویی^۸ استفاده می‌کند و در آن، قدرت شفابخشی ذهن و اثر آن روی بدن، غالباً، نامحدود و معجزه‌وار تلقی می‌شود (۱۵).

از نظر کنت^۹، طب مکمل شامل شیوه‌هایی است که ادعای شفابخشی و درمان دارند؛ اما ریشه، تأیید نشده، اثبات‌نشده، یا مضرتر از منافع‌شان هستند (۲۳ و ۲۴). طب مکمل، درمان‌هایی را پیشنهاد می‌دهد که اجماع علمی بر مؤثر نبودن آن‌هاست (۲۵)؛ به طوری که به نظر سامسون^{۱۰}، همین تعریف کافی است تا توصیه‌ی درمان‌های مکمل به بیماران را غیراخلاقی قلمداد کنیم (۲۶ و ۲۷).

رویکرد وظیفه‌گرایی

مکتب اخلاقی وظیفه‌گرا^{۱۱}، ارزش اخلاقی یک عمل را تنها با معیار وظیفه تعیین می‌کند (۲۸، ۲۹ و ۳۰). قواعد اخلاقی کانت، مطلق و استثناپذیر تلقی می‌شود. اخلاق وظیفه‌گرا، قرابتی زیاد با نظریه‌ی فرمان الهی^{۱۲} در اخلاق

مستقل از ارزش‌ها ^{۱۱}	بر اساس ارزش‌ها ^{۱۲}
مشاهده‌نکردن نتیجه در صد مورد اخیر است (۸).	مشاهده‌نکردن تغییر در کیفیت زندگی بیمار است (۸).
مشاهده‌نکردن نتیجه در حداقل سه درصد از موارد اخیر است (۲۱).	شاید این رویکرد، هزینه- اثربخشی مطلوب نداشته نباشد (۲۱).
شاید بهتر باشد به جای بیهوده، بی‌نتیجه یا بی‌فایده نامیده شود (۲۱).	در این رویکرد، ارزش‌ها و اعتقادات بیمار وارد می‌شود (۸).

تعریف طب مکمل

تعاریف مختلفی از طب مکمل وجود دارد؛ آیزنبرگ^۱ در تعریفی مشهور طب مکمل را آن دسته از مداخلات درمانی در نظر می‌گیرد که به‌طور گسترده، در دانشکده‌های پزشکی آموزش داده نمی‌شوند (۱۲). این تعریف بر مبنای برساخت اجتماعی است که هرچند از لحاظ پراگماتیستی مفید است، از لحاظ فلسفی رضایت‌بخش نیست و قدرت تحلیلی اندکی دارد. مؤسسه‌ی ملی سلامت آمریکا^۲ نیز، در تعریفی مشابه، طب مکمل را به‌عنوان گروهی وسیع از نظام‌ها، روش‌ها و محصولات طبی و مراقبت سلامت تعریف می‌کند که در حال حاضر، بخشی از طب رایج در نظر گرفته نمی‌شوند (۲۲).

متفکرانی مانند کسیرر^۳، فونتاناوسا^۴ و لندبرگ^۵، با رویکردی مبتنی بر شواهد، به تعریف طب مکمل پرداخته‌اند؛ به این معنا که طب مکمل، مشتمل بر آن دسته از مداخلات درمانی است که به قدر کفایت آزموده نشده‌اند تا به طب رایج بپیوندند (۲۳).

می‌توان تعریفی سلبی از طب مکمل بر مبنای

6. Fuller
7. Supernatural
8. Magical Thinking
9. Kent
10. Sampson
11. Deontological Ethics
12. Divine Command Theory

1. Eisenberg
2. National Institute of Health (NIH)
3. Kassirer
4. Fontanarosa
5. Lundberg

یهودی مسیحی^۱ دارد (۳۱ و ۳۰).

طبق رویکرد وظیفه‌گرایی، پزشک باید فارغ از عواطف و صرفاً، از روی وظیفه، به درمان بیماران پردازد؛ بنابراین، به نظر می‌رسد او اجازه ندارد درخواست برای دریافت درمان بیهوده را اجابت کند، ولو این مواجهه‌ی پزشک، باعث آزرده‌گی عواطف خود، همکاران یا بیمار شود. در طب مکمل نیز، در صورتی که بیهوده‌بودن اقدام پیشنهاد شده برای درمانگر مشخص باشد، بر اساس رویکرد وظیفه‌گرایی، حق تجویز یا توصیه‌ی آن را ندارد.

رویکرد فضیلت‌گرایی^۲

فضیلت‌گرایی از قدیمی‌ترین مکاتب در اخلاق هنجاری است که بر اساس آن، فضیلت فرد، تعیین‌کننده‌ی خوب یا بد بودن عمل اوست (۳۲-۳۶). با رویکرد فضیلت‌گرایی، می‌توان فرد عامل درمان مکمل را مخاطب قرار داد. طبق نظر ارسطو، این امکان، کاملاً، وجود دارد که فرد خیرخواه^۳ دارای فضیلت، فعلی را انجام دهد که مفید و سودمند^۴ نباشد؛ بنابراین، در مواقعی که درمان، از نظر اثرگذاری، تأیید شده است، فرد عامل، اگر به فضیلت‌ها آراسته باشد، عمل وی نیز درست و پذیرفتنی محسوب می‌شود. از سویی دیگر، در ارائه‌ی درمان‌هایی که تأیید نشده‌اند، فرد بافضیلت به دور از عوامل انحرافی، دست به کار خطا نمی‌زند و اگر درمانی تأیید نشده انجام دهد، به واسطه‌ی فضیلت‌های خوب، پذیرفته است. به‌طور کلی، در این رویکرد، فعل نادرست از فرد بافضیلت دیده نمی‌شود؛ ولی امکان دارد این فعل درست، طبق تعاریف بیهودگی در پزشکی، بی‌فایده باشد یا برای بیمار دلخواه نباشد (۸).

رویکرد سودگرایی^۵

سودگرایی به دو دسته‌ی معطوف به عمل و معطوف به

قاعده تقسیم می‌شود:

سودگرایی معطوف به عمل^۶: بنام^۷، عمل اخلاقی صحیح را عملی می‌داند که در هر موقعیت خاص، بیشترین سود را برای حداکثر افراد در بر داشته باشد. طبق سودگرایی معطوف به عمل، درمان بیماران با طب مکمل، در موقعیت‌هایی اخلاقاً صحیح است که با بررسی نسبت سود به زیان، فرد بیمار به بیشترین سود ممکن دست یابد (۳۰).

سودگرایی معطوف به قاعده^۸: آستین^۹ به پیامدهایی می‌اندیشد که از عمل همه‌ی افراد، طبق قواعد اخلاقی، به بار خواهد آمد. این قواعد باید در همه‌ی موقعیت‌ها، بدون استثنا، به کار روند. طبق سودگرایی معطوف به قاعده، طب مکمل در صورتی اخلاقی است که در مجموع، به بیماران سود برساند.

مسئله این است که با توجه به فقدان مطالعات کارآزمایی بالینی برای تعیین نسبت سود به زیان در بسیاری درمان‌های طب مکمل، با رویکرد سودگرا نمی‌توانیم به تحلیل آن‌ها پردازیم (۳۱ و ۳۲). در حوزه‌هایی از طب مکمل که مطالعه‌ی کافی صورت گرفته باشد، می‌توان با بررسی میزان سود به خطر، با استفاده از نظریه‌ی سودگرایانه، آن را تحلیل کرد؛ برای نمونه، کاسیلت^{۱۰} و همکاران، در مطالعه‌ای به مقایسه‌ی گروه بیماران دریافت‌کننده‌ی درمان رایج سرطان و گروه دریافت‌کننده‌ی داروهای تأیید نشده پرداختند (۳۱). این مطالعه نشان داد که میزان زنده‌ماندن^{۱۱} بیماران دریافت‌کننده‌ی درمان‌های تأیید نشده، اختلافی معنادار با گروه دریافت‌کننده‌ی درمان رایج نداشته و همچنین، افزایشی در میزان کیفیت زندگی‌شان در دوره‌ی بیماری دیده نشده است. بنا بر نظریه‌ی سودگرا، استفاده از این درمان‌ها، اخلاقاً، صحیح نیست؛ چراکه درمان‌های استاندارد رایج برای آن‌ها وجود دارد.

6. Act Utilitarianism
7. Bentham
8. Rule Utilitarianism
9. Austin
10. Cassileth
11. Survival

1. Judeo-Christian Ethics
2. Virtue Ethics
3. Benevolent
4. Beneficent
5. Utilitarianism

پارادایمی بر این اساس، تکیه می‌کند (۳۷ و ۳۸). روش پیشنهادی یونسن^۷ برای به‌کارگیری رویکرد موردی، شامل گردآوری چهار جزء است: ۱. اندیکاسیون‌های طبی که حقایق مرتبط با یک مورد را ارائه می‌کند؛ ۲. تمایلات بیمار که نظرات او را بازتاب می‌دهد؛ ۳. کیفیت زندگی که نمایانگر ارزیابی بیمار از خوب یا بد بودن پیامدهای پیش‌بینی شده است؛ ۴. خصوصیات زمینه‌ای^۸ که بیانگر ارزش‌هاست و تأثیر تصمیمی طبی برای سایر افراد مرتبط با بیمار را شامل می‌شود (۳۸ و ۳۹)؛ بیشتر تضادها و مناقشات در همین خصوصیات زمینه‌ای جا می‌گیرند.

به‌کارگیری رویکرد موردی ایجاب می‌کند که پزشک درباره‌ی ارزش‌ها، اهداف و تجربه‌ی بیمار که پیش‌زمینه‌ی وی برای درخواستی مراقبتی‌اند، با او گفت‌وگو کند و بیمار را از فواید و عوارض یک مداخله آگاه سازد. به نظر مولر^۹ و همکارانش، در صورت وجود اختلاف بین بیمار و پزشک، در مواردی که به‌کارگیری مداخله‌ای اثربخش است، اما ارزش آن اثر مورد توافق نیست، وظیفه‌ی پزشک آن است که ارزش‌ها و اهداف بیمار از این درخواست را درک کند و در صورت پافشاری بیمار بر این تصمیم و سازگاری مداخله با این ارزش‌ها و اهداف، آن را برای او فراهم آورد (۳۹).

بنابراین، چنانچه برای فرد بیمار، درمان با طب مکمل مطرح باشد و بیمار یا جانشین وی نیز، خواستار آن باشد، ارائه‌ی درمان، صرف‌نظر از بهبوده‌بودن، اخلاقاً، پسندیده است.

اصول‌گرایی^{۱۰}

اصول‌گرایی، به‌عنوان رویکرد غالب در اخلاق زیستی، تصمیم‌گیری‌های اخلاقی را نه بر محور یک نظریه‌ی اخلاق

مطالعه‌ی ماریان^۱ و همکاران، نشان داد که برخی درمان‌های طب مکمل، در مقایسه با درمان رایج، عوارض جانبی کمتری دارند (۳۲). مطالعه‌ی واپف^۲ و همکاران نیز، آمار عوارض جانبی شدید در بیمارانی را که تحت برخی درمان‌های طب مکمل قرار گرفته بودند، کمتر از بیماران تحت درمان رایج گزارش کرد (۳۳). بنابر نظریه‌ی سودگرا، استفاده از این گونه درمان‌های طب مکمل، از لحاظ اخلاقی، صحیح به نظر می‌رسد؛ هرچند نباید از یاد برد که اثر فیزیولوژیک، ملاک بهبوده‌نبودن نیست.

مطالعه‌ی بنسون^۳ و همکاران، در سال ۲۰۰۶ که از بزرگترین مطالعات کارآزمایی بالینی تصادفی‌شده در حیطه‌ی دعای شفاعت^۴ بود، نشان داد که بیمارانی که از دریافت دعای شفاعت، پس از جراحی پیوند بافت شریان کرونر مطلع بودند، نسبت به افرادی که از دریافت این دعا آگاه نبودند، به عوارض بیشتری مبتلا می‌شدند (۳۴)؛ این در حالی است که بیشتر مطالعات قبلی، اظهار می‌داشتند که دعای شفاعت، کاملاً بی‌خطر یا با حداقل خطر برای دریافت‌کنندگان است. خطر دعای شفاعت به این دلیل کم توصیف می‌گردید که در مطالعات قبلی، عوارض جدی از این دعا گزارش نمی‌شد و فرم رضایت آگاهانه، بر همین اساس، از بیماران اخذ می‌شد (۳۵). باوجوداین، مطالعه‌ی بنسون نشان داد که دعای شفاعت بی‌زیان نیست و باید با بررسی نسبت سود به زیان این دعا، رضایت بیمار گرفته شود (۳۶).

رویکرد موردی^۵

در مقابل مطلق‌گرایی اخلاقی^۶، رویکرد موردی بر تجربه و پیش‌کسب‌شده طی مواجهه با موارد مختلف و ساخت

1. Marian
2. Wapf
3. Benson
4. Intercessory Prayer
5. Case-based Approach
6. Moral Absolutism

7. Jonsen
8. Contextual features
9. Mueller
10. Principlism

پرننگ‌تر می‌شود؛ چراکه اطلاعی درست از منافع و خطرات احتمالی درمان مکمل در دست نیست. به نظر می‌رسد در این مواقع، تجویز درمان اثبات‌نشده و صبرکردن برای اینکه چه خواهد شد، اخلاقی نیست. به نظر ارنست^{۱۰}، آگاه‌کردن بیمار از فقدان اطلاعات، رویکردی اخلاقی‌تر است (۴۲).

استقلال فرد، به معنای فریب‌ندادن بیماران و ارتباط کافی با آن‌هاست. پزشک، از نظر اخلاقی، مجاز نیست تا درمان‌های اثبات‌نشده را برای کسب منافع مادی به بیماران تجویز کند. ممکن است این نکته واضح به نظر برسد؛ اما چالشی بزرگ برای طب مکمل است؛ جایی که درمانگران، عموماً، آموزش‌ندیده‌اند و تجویزهای تنظیم‌نشده به بیماران پیشنهاد می‌دهند (۴۲).

از سوی دیگر، اسلام، در تمایزی آشکار با مکاتب اخلاقی سکولار، آزادی و خودمختاری انسان را تنها با اجازه و خواست خداوند مشروع می‌داند؛ بدین معناکه انسان را مالک مطلق جسم خود نمی‌داند. مالکیت انسان بر جسمش، تنها در راستای تکامل انسانی است. بیمار حق هر نوع درخواستی را ندارد؛ بنابراین، در عین اینکه حفظ حیات بسیار ارزشمند است، در صورتی که خواسته‌ی او، مستلزم انجام اقدام بیهوده و اتلاف منابع باشد، ملزم به رد آن خواهیم بود؛ زیرا اسراف، تبذیر و هرگونه اتلاف مال یا هرچیز ارزشمند دیگری، مثل بدن یا وقت، در اسلام نکوهش شده است (۲۱).

اصل سودرسانی^{۱۱}

سودرسانی به اقداماتی اطلاق می‌شود که به‌زیستی^{۱۲}، تندرستی^{۱۳} و آسایش دیگران را افزایش می‌دهد. در زمینه‌ی پزشکی، این مفهوم به فعالیت‌هایی گفته می‌شود که انجام آن، به نفع بیماران باشد (۲۱). از نظر پلگرینو^{۱۴}، شفا^{۱۵} و درمان^۱

هنجاری خاص، همچون فضیلت‌گرایی یا سودگرایی، بلکه بر اصولی بنیادی بنا می‌کند (۴۰). در این پژوهش، تقریر بوکامپ^۱ و چایلدرس^۲ از اصول‌گرایی، به‌عنوان چارچوب بحث در نظر گرفته شده است که شامل چهار اصل استقلال فرد، زیان‌نرسانی، سودرسانی و عدالت است.

اصل استقلال فرد^۳

بوکامپ^۴ و چایلدرس^۵ اصل استقلال فرد را بر حسب مفاهیم آزادی^۶ و تعیین سرنوشت^۷ توضیح می‌دهند (۴۱). مفهوم احترام به فرد مستقل^۸، به معنای تشخیص و فهم داوری‌های ارزشی افراد است؛ حتی زمانی که این داوری‌ها نادرست تشخیص داده شوند (۲). مفهوم کلیدی دیگر که از اصل استقلال فرد استنتاج می‌شود، مفهوم رضایت آگاهانه^۹ است؛ رضایت آگاهانه حافظ استقلال فرد است. مفهوم رضایت آگاهانه را می‌توان به دو عنصر رضایت و آگاهی تعبیر کرد.

استقلال فرد شامل احترام به تصمیمات همه‌ی بیماران درباره‌ی مسائل درمانی است. ممکن است به نظر پزشک، استفاده از طب مکمل سودی برای بیمار نداشته باشد یا حتی مضر باشد؛ به‌ویژه که از خطرات بیشتر مداخلات طب مکمل اطلاعی در دست نیست. چالش زمانی برجسته‌تر می‌شود که والدین، درمانی اثبات‌نشده برای کودک خود طلب می‌کنند (۴۲).

استقلال فرد، همچنین، مستلزم مشورت‌دادن به بیمار و اخذ رضایت از اوست. در حوزه‌ی طب مکمل، این دغدغه

1. Beauchamp
2. Childress
3. Autonomy
4. Beauchamp
5. Childress
6. Liberty
7. Self-determination
8. Respect for the Autonomous Person
9. Informed consent

10. Ernest
11. Duty of beneficence
12. Wellbeing
13. Health
14. Pellegrino
15. Healing

اجتناب کند.^۷ اصل زیان‌رساندن، با خود مسئولیت‌هایی متعدد به همراه می‌آورد؛ اولاً، درمانگر باید بکوشد تا آسیب‌های حاصل از مداخلات را شناسایی کند؛ ثانیاً، آن‌ها را به‌نحوی مؤثر به اطلاع جامعه‌ی حرفه‌ای و بیمار برساند؛ ثالثاً، از بیمار در مقابل آسیب‌های شناخته‌شده محافظت کند (۴۳ و ۴۴).

در نمونه‌هایی از طب مکمل، مانند هومئوپاتی که بی‌اثر بودن آن از نظر طبی روشن شده است (۴۵)، با توجه به اصل زیان‌رساندن، می‌توان گفت انجام مداخله‌ای که آسیب‌رسان نباشد، ممنوع نیست و در مواردی که مداخله‌ی طب مکمل، آسیبی مستقیم به بیمار نمی‌رساند، توصیه به انجام آن غیراخلاقی نخواهد بود؛ البته مارتز^۸ اشاره می‌کند که اشکال این توجیه، در نظر نگرفتن آسیب‌های غیرمستقیم این مداخلات است (۴۲-۴۵).

در مقابل اما، بخشی از طب مکمل که مؤثر شناخته می‌شود، گاه، عوارضی متعدد نیز، به همراه دارد؛ مثلاً مواردی متعدد از نارسایی کبدی به دنبال مصرف داروهای گیاهی گزارش شده است (۴۶-۴۹). متأسفانه، پژوهش‌هایی زیاد بر روی طب مکمل صورت نمی‌گیرد؛ از این‌رو، آسیب ناشی از آن مغفول می‌ماند و این آسیب‌ها پس از ظاهر شدن عوارض بر بیماران در کانون توجه قرار می‌گیرد (۴۶). در مواردی نیز که آسیب‌های مستقیم ناشی از طب مکمل شناسایی شده است، ارائه‌کنندگان این خدمات از اشاره به خطرات احتمالی در حین ارائه‌ی آن به بیمار امتناع می‌ورزند (۵۰). با وجود چنین آسیب‌هایی، استفاده از طب مکمل، غیراخلاقی خواهد بود.

ممکن است آسیب‌های مستقیم و غیرمستقیم طب مکمل، به خود بیمار محدود نماند؛ یکی از آسیب‌های متوجه جامعه در به‌کارگیری طب مکمل، اتلاف منابع دولتی خواهد بود. در مواردی که طب مکمل بی‌اثر است، این آسیب اقتصادی

باید تنها هدف پزشکی باشد و بیشترین سودرسانی برای بیماران در نظر گرفته شود. لازم است از اقدامات بیهوده که آثار جسمانی^۲ یا روانی^۳ سودمندی برای بیماران ندارند، پرهیز شود (۲۱)؛ همچنین، پیگیری وضعیت بیمار و اینکه تا چه حد به درمان پاسخ داده است، ضرورت دارد و از اصل سودرسانی، نتیجه می‌شود.

کمیته‌ی استفاده از طب مکمل و جایگزین توسط مردم آمریکا^۱، که زیرمجموعه‌ای از مؤسسه‌ی پزشکی آمریکا است، راهنمایی تدوین کرده است که طبق آن، هر درمان طب مکمل، باید به‌طور خاص، ارزیابی شود تا معلوم گردد در کدام یک از این گروه‌ها قرار می‌گیرد: ۱. شواهد هم از ایمنی و هم از کارایی آن حمایت می‌کنند؛ ۲. شواهد از کارایی آن حمایت می‌کنند، اما شواهدی از خطر جدی هم موجود است؛ ۳. شواهد از ایمنی آن حمایت می‌کنند، اما شواهد درباره‌ی کارایی آن کافی نیست؛ ۴. شواهد حاکی از خطر جدی یا ناکارآمدی آن اند (۴۳).

طرفداران طب مکمل، مدعی‌اند که در این طب، به علت درمان همه‌ی بیماران و وجود متغیرهای فراوان، گاه نمی‌توان بیماران را سازگار کرد و در نتیجه، کارآزمایی‌های بالینی، عملی نیست. گادامر^۵، در کتاب رازوارگی سلامت، می‌گوید علم پزشکی چیزی به جز پژوهش پوزیتیویستی نیست؛ درحالی‌که در نظر طرفداران طب مکمل، پزشکی نوعی پراکتیس است که بیشتر به قلمرویی هرمنوتیکی می‌ماند و از این‌رو، مراقبت از سلامت، تجلی اصیل وجود انسانی است.

اصول زیان‌رسانی^۶

نخستین وظیفه‌ی پزشک این است که از آسیب‌رساندن

1. Treating
 2. Physical
 3. Mental
- Committee on the Use of Complementary and Alternative Medicine by the American Public. 4
5. Gadamer
 6. Non-maleficence

7. Primum non nocere

8. Mertz

در بحث بیهودگی در پزشکی، پرسشی مطرح می‌شود که چه کسی حق دارد درمان بیهوده را تعریف کند یا اینکه بیمار می‌تواند درخواست درمان بیهوده بدهد یا خیر؟ بر اساس اصل عدالت، بهتر است این تعریف بر اساس توافق عمومی، اتخاذ شود تا احتمال تصمیم ناعادلانه کمتر شود؛ توجه به خواسته‌ی تنها یک فرد بیمار، می‌تواند به بی‌عدالتی و هدررفت منابع بینجامد (۴۳ و ۱۵).

راهکاری که برای بهره‌وری از امکانات به کار برده می‌شود، استفاده از پروتکل‌های راهنماست. درباره‌ی درمان‌های مکمل، به علت نبود بررسی‌های لازم و راهنماهای بالینی مطمئن، نمی‌توان به پروتکلی بدین منظور دست یافت (۶۳ و ۶۱).

یکی دیگر از دشواری‌های پیش روی طب مکمل، نبود بیمه برای اکثر این درمان‌هاست. در موارد موجود نیز، این بیمه‌ها پوشش کامل و مناسب را ندارند. پزشک در این موارد نیز، وظیفه دارد مانع هزینه‌ی بی‌فایده و اضافه از جیب بیمار خود شود (۳، ۲۱، ۴۳ و ۶۰).

بحث

با افزایش اقبال مردم به طب مکمل، مسأله‌ی توجیه اخلاقی استفاده، فراهم‌آوری و گسترش آن، بیش‌ازپیش، فوریت پیدا می‌کند. فعالان طب مکمل نیز، همچون طب رایج، ملزم به رعایت اصول اخلاقی‌اند و طبق نظر استون^۴، در اینجا باید کدهایی دقیق‌تر به کار برد؛ زیرا بیمار در درمان، نقشی پررنگ‌تر دارد (۶۴). توجیه اخلاقی در خصوص فراهم‌آوری و گسترش طب مکمل، این سؤال را مطرح می‌کند که آیا ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت، از نظر اخلاقی، موظف یا مجاز به پیشنهادکردن خدمات مکمل یا ارائه‌ی آنها است یا خیر. پرسش دشوار مربوط به زمانی است که منافع و خطرات مداخله‌ای، به‌خوبی، شناخته نشده‌اند (۱۲). این پرسش در طب مکمل بسیار شایع است؛ اما در طب رایج نیز، گاهی دیده

انکارناشدنی خواهد بود و در مثال‌هایی که عوارض ایجاد شود، آسیب مالی دوچندان است (۵۱ و ۴۵).

اصل عدالت^۱

عدالت، اصلی است که بیشتر از اصول دیگر به سیاست‌های کلان نظام بهداشتی مربوط می‌شود. این اصل به این معناست که همه‌ی افراد باید از همه‌ی امکانات، به‌طور مساوی، بهره‌مند شوند (۴۳ و ۵۲). منظور از عدالت، مساوات محض نیست و تعریف بهتر آن، استفاده از امکانات بر اساس نیاز است. توان پرداخت مالی نباید در برخورداری از خدمات دولتی سلامت اثرگذار باشد (۵۲-۵۵). این اصل با فردگرایی، پیروی از منافع شخصی و اهداف کوتاه‌مدت تهدید می‌شود (۵۶-۵۹).

با توجه به اصل عدالت، جایگاه درمان‌های مکمل که اکثراً، نمی‌توان درباره‌ی اثرگذاری آنها نظر داد، در هاله‌ای از ابهام قرار دارد (۴۲، ۴۳ و ۶۰). درمان‌های جایگزین، دارای توزیعی ناهمگون و پراکنده‌اند و دسترسی افراد به آنها برابر نخواهد بود. بحث سهمیه‌بندی منابع محدود، درباره‌ی این درمان‌ها نیز، صادق است (۴۲).

مسأله‌ی تخصیص منابع^۲ و سهمیه‌بندی^۳ در مدیریت سرمایه، به منظور حفظ عدالت و بهره‌وری بیشتر از امکانات مطرح می‌شود. این رویکرد، با نگرشی مشابه با سودگرایی، میزان هزینه و سود ناشی از اختصاص درمان به گروهی خاص را می‌سنجد و اولویت‌ها را مشخص می‌کند. در اینجا لازم است به تفاوت سهمیه‌بندی و بیهودگی اشاره کنیم؛ در واقع، بیهودگی مرتبط با یک درمان در وضعیت خاص است؛ ولی سهمیه‌بندی در حوزه‌ی مدیریت کلان قرار دارد و نه تنها به اثرگذاری درمان، بلکه به هزینه و تبعات آن در جامعه نیز، نگاه می‌کند (۳، ۴۲، ۴۳، ۶۱ و ۶۲).

1. Justice
2. Resource Allocation
3. Rationing

4. Stone

رضایت آگاهانه ندارد. رضایت آگاهانه‌ی بیمار، طبق آنچه از اصل استقلال گفته شد، جزئی ضروری از عملکرد اخلاقی در طب است؛ اما فقدان داده‌های باکیفیت در خصوص مزایا و خطرات مداخلات طب مکمل، ارائه‌ی اطلاعات به بیمار را با مشکل مواجه و عنصر آگاهی در رضایت آگاهانه را مخدوش می‌کند؛ پنجم اینکه وردل^۱ و انگبرتسون^۲ احتجاج کرده‌اند که طب مکمل، بیش از زیست‌پزشکی، رویکرد قیم‌مآب و پدرسالارانه به بیمار دارد (۶۵)؛ چراکه بیمار اغلب باید به توانایی شفابخشی فراطبیعی و مرموز و ناشناخته‌ی درمانگر اعتماد کند. درمانگر، حائز توانایی‌های معنوی خاص شناخته می‌شود. قائل‌شدن به نیروی معنوی خاص برای درمانگر، نیرویی که فراتر از قوانین فیزیولوژی دانسته می‌شود، ریشه‌ی قیم‌مآبی در طب مکمل است. این قیم‌مآبی موجب می‌شود، عملاً، راهی برای تشخیص کلاهبرداری و وعده‌های دروغین در این طب وجود نداشته باشد (۶۵)؛ چراکه نیروهای معنوی درمانگر، فراتر از ظرفیت ارزیابی مردم، پزشکان، دانشمندان و نهادهای قانونی است.

توجیه طب مکمل، با استفاده از اصل سودرسانی نیز، با دشواری‌هایی زیاد روبه‌رو است. شواهد روایی^۳ برای اثبات اثربخشی کافی نیستند (۶۶). صرف گفتن «جواب می‌دهد»، برای اثبات اینکه درمان مورد نظر، واقعاً، جواب‌گو و دارای فایده‌ی درمانی است، کافی نیست. چگونه می‌توان نشان داد که این جواب‌دادن ادعا شده، نتیجه‌ی مغالطه‌ای منطقی یا شناختی یا محصول تورش نیست؟ یا اینکه چیزی بیش از اثر روان‌شناختی و دارونماست؟ چگونه می‌توان اثربخشی محدود به درمان علامتی و تسکین درد را با اثربخشی‌های دیگر تمایز داد؟ (۶۶).

آیا مبالغه در خصوص اثربخشی اقدامی درمانی، زمانی که

می‌شود؛ همچنین، در حیطه‌ی اجتماعی، این پرسش مطرح است که آیا از نظر اخلاقی، توسعه‌ی طب مکمل در اجتماع موجه است یا نه (۴۳).

مارتیز، در بررسی توجیه اخلاقی طب مکمل، ابزارهای تحلیلی متعددی را معرفی می‌کند (۴۳). یکی از این ابزارها، تفکیک طب مکمل (به‌عنوان نظامی اعتقادی)، از طب مکمل (به‌عنوان یک شیوه‌ی عمل یا پراکتیس) است. او نشان می‌دهد که مفاهیم محوری در توجیه طب مکمل، به‌عنوان یک شیوه‌ی عمل، سودرسانی و زیان‌رسانی هستند؛ درحالی‌که آزادی اندیشه و دین در مفاهیم کلیدی طب مکمل، به‌عنوان نظامی اعتقادی‌اند.

اصل استقلال فرد بیان می‌کند که بیمار، حق انتخاب درمانی را که ترجیح می‌دهد، دارد و این حق انتخاب از جمله میان انتخاب زیست‌پزشکی و طب مکمل است (۴۳). دفاع مبتنی بر استقلال فرد از طب مکمل، با محدودیت‌هایی مواجه است: نخست اینکه صرفاً، در سطح فردی قرار می‌گیرد و سطح اجتماعی را در بر نمی‌گیرد؛ دوم اینکه همه‌ی ترجیحات از نظر اخلاقی و قانونی، پذیرفتنی نیستند. مشخص است که باید محدودیت‌هایی روی انتخاب‌های آزاد افراد وجود داشته باشد؛ سوم اینکه همه‌ی ترجیحات و انتخاب‌ها معقول نیستند. بسیاری از انواع طب مکمل، عقاید معنوی قوی دارند و افراد ممکن است علی‌رغم شواهد بسیار علیه اثربخشی درمان، آن را انتخاب کند (۱۸)؛ چهارم اینکه رعایت استقلال بیمار لوازمی مهم دارد، مانند کسب رضایت آگاهانه‌ی او و این پرسش محوری مطرح می‌شود که آیا کسب رضایت آگاهانه، در طب مکمل، انجام می‌گیرد یا اصولاً، امکان‌پذیر است یا خیر. در پژوهشی درباره‌ی کاربرد رضایت آگاهانه در طب مکمل، مشخص شد تنها ۵۷ درصد مراکز ارائه‌ی طب مکمل در آمریکا، سیاستی در قبال رضایت آگاهانه دارند و فقط، شانزده درصد، پیوسته از بیماران، رضایت آگاهانه می‌گیرند. طبق این بررسی، طب مکمل هیچ سیاست ثابتی در قبال اخذ

1. Wardell
2. Engebretson
3. Anecdotal

تصور می‌شود، غیراخلاقی نخواهد بود؛ هرچند باید آسیب‌های غیرمستقیم ناشی از ترک مراقبت‌های طبی رایج را مدنظر داشت؛ لیکن در خصوص بخشی از طب مکمل که دارای اثر، تصور می‌شود، نیاز به دقت نظری بیشتر است. در مواردی که پژوهش‌های کافی برای شناسایی عوارض این مداخلات صورت نگرفته یا پژوهش‌ها عوارض آن‌ها را مشخص ساخته‌اند، توصیه به دریافت این مداخلات، غیراخلاقی در نظر گرفته می‌شود و در سایر موارد که طی پژوهش‌ها، به نسبت آثار طبی، آسیب‌هایی اندک در ارتباط با مداخلات طب مکمل شناسایی شده است، به‌کارگیری طب مکمل، تابع شرایط حاکم بر سایر مداخلات طبی رایج خواهد بود.

مشکل ایمن‌بودن به انتقاد^۴، هم در سطح نظام اعتقادی و هم در سطح اثربخشی، در طب مکمل به چشم می‌خورد. نه‌تنها تئوری‌های طب مکمل، در برابر انتقادات علمی و آزمایشگاهی ایمن هستند، بلکه ادعاهای اثربخشی طب مکمل نیز، در مقابل بررسی‌های آماری ایمنی دارند (۶۷). ایمن‌بودن در برابر انتقاد، یک ویژگی معرفت‌شناختی^۵ طب مکمل است که به‌بحث انتقادی در خصوص آن را ناممکن می‌کند و نشانگر جزم‌گرایی^۶ این طب است. طب مکمل اصول نظری و دعاوی اثربخشی خاصی را مدعی می‌شود و مشخص نمی‌کند که در صورت مواجهه با چه نوع شواهد نقیضی، از این نظریات و دعاوی دست خواهد کشید. این طب، خطاناپذیر در نظر گرفته می‌شود؛ چنان‌که کاپچوک^۷ می‌نویسد بازنگری در این طب امکان ندارد (۱۹).

باید توجه داشت که آزادی اندیشه، به معنای حق اشخاص برای اعتقادداشتن، فارغ از عقاید دیگران است؛ اما

منجر به بهبود تجربه‌ی بیمار از آن درمان شود، اخلاقی است؟ پاسخ افراد به این سؤال می‌تواند میزان حمایتشان را از طب مکمل نشان دهد. بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند درمان‌های طب مکمل در حقیقت پلاسبو هستند. سؤالی که اینجا مطرح می‌شود این است که آیا تجویز پلاسبو به بیماران، اخلاقی است. انجمن پزشکی آمریکا^۱ چنین تجویزی را به‌شدت، نهی می‌کند و معتقد است که پزشکان، فقط، با رضایت و موافقت بیمار می‌توانند در تشخیص و درمان از دارونما استفاده کنند. بیلار^۲ نیز می‌نویسد که بیرون از دایره‌ی کارآزمایی‌های بالینی، استفاده از دارونما توجیه اخلاقی ندارد.

از سوی دیگر، چنان‌که کادین^۳ اشاره کرده است، بیشتر روان‌درمانی‌ها، نتایجی را درمانی لحاظ می‌کنند که در بدنه‌ی پزشکی، به‌عنوان اثر پلاسبو شناخته می‌شوند؛ برای مثال، می‌توان به پویایی میان‌فردی اشاره کرد که بر پایه‌ی دغدغه‌ی مشترک، اعتماد و دلسوزی است. آموزش درمانگران در نحوه‌ی به‌حداکثررساندن اثر پلاسبو، ضرورتی برای ارتقای هنر و علم مراقبت است (۶۷).

بنابراین، از این منظر، اگر مداخله‌ای منجر به اثر پلاسبو روی بیمار شود، هرچند برای بیمار اثر فیزیولوژیک نداشته باشد، منفعت دارد. به طریق مشابه، اگر مداخله‌ای منجر به اثر نوسبو شود، هرچند آن ماده از نظر فارماکولوژیک غیرفعال است، بیمار آن را به‌عنوان یک ضرر تجربه می‌کند.

اصل زیان‌رسانی علاوه بر مشکل یادشده، یعنی مشخص‌نبودن نحوه‌ی ارزیابی عوارض جانبی، با مشکلی دیگر نیز روبه‌رو است و آن ضرر غیرمستقیمی است که شرکت‌نکردن در درمان مؤثر برای بیمار ایجاد می‌کند. با درنظرداشتن اصل زیان‌رسانی، توصیه به دریافت خدمات طب مکمل در مواردی که این خدمت از نظر طبی بی‌اثر

4. Critic-immunization
5. Epistemological
6. Dogmatism
7. Kaptchuk

1. American Medical Association
2. Bailar
3. Kradin

نتیجه‌گیری

نتیجه‌گیری درباره‌ی پسندیده‌بودن اخلاقی ارائه‌ی درمانی بیهوده در طب مکمل، بنا بر رویکردهای گوناگون، متفاوت است. بنا بر رویکرد وظیفه‌گرایی و اصل عدالت از رویکرد اصول‌گرایی، مجاز به کار بست درمان‌های بیهوده نیستیم. در مقابل، رویکرد موردی و اصل اتونومی بیمار از رویکرد اصول‌گرایی، مجوز استفاده از درمان‌های بیهوده را صادر می‌کنند. طبق رویکرد فضیلت‌گرایانه نیز، باید گفت امکان دارد فعل درست درمانگر، طبق تعاریف بیهودگی در پزشکی، بی‌فایده باشد یا برای بیمار دلخواه نباشد. بر اساس رویکرد سودگرایی و همچنین اصل‌های سودرسانی و زیان‌رسانی از رویکرد اصول‌گرایی، طب مکمل را می‌توان به دو بخش تقسیم کرد: مداخلاتی که مستندات در تأییدشان وجود دارد و باید استفاده شوند یا بیشتر بررسی شوند و آن‌هایی که مستندات در تأییدشان وجود ندارد یا رد شده‌اند که نمی‌توان این گروه را با استدلال بیهودگی استفاده نکرد یا منع کرد. راهکار پیشنهادی ما برای این دسته از درمان‌ها، مطالعه و بررسی ایمنی و کارایی آن و انتشار نتایج برای متخصصان و همگان است؛ بنابراین، تنها باید از روش‌هایی استفاده کرد که مبتنی بر شواهدند و آن دسته از درمان‌های مکمل که بیهوده‌بودنشان نشان داده شده است، باید منع شوند. پزشکان و شاغلان غیرپزشک حوزه‌ی سلامت نیز، نباید آن‌ها را به بیماران ارائه دهند؛ چراکه به‌نوعی، کلاهبرداری و فریب بیمار است.

تعارض منافع

نویسندگان، هیچ‌گونه تعارض منافی را بیان نکرده‌اند.

بیانگر درست‌بودن این عقاید نیست.

لازم است که تمایز میان قانونی‌بودن و موجه‌بودن^۱ در کانون توجه قرار گیرد. قانونی‌شدن و مشروعیت سیاسی‌یافتن طب مکمل، به معنای توجیه اخلاقی و معرفت‌شناختی آن نیست، بلکه صرفاً، برآیند عمل نیروهای اجتماعی را نشان می‌دهد.

در بحث پیرامون اصل عدالت، درمان‌هایی از طب مکمل که تأیید شده‌اند و سودرسانی آن‌ها اثبات شده است، مانند درمان‌های رایج، باید در اختیار فرد نیازمند به آن‌ها قرار گیرند. برخورداری باید برای افراد بر طبق نیاز آن‌ها باشد، نه توان پرداختشان. به این منظور، باید بیمه‌ها، درمان‌های مکمل استاندارد و تأییدشده را تحت پوشش خود قرار دهند. در سیاست‌گذاری‌های نظام سلامت، بحث اولویت‌ها در اختصاص منابع، حکم می‌کند که منابع استاندارد و لازم در اولویت قرار گیرند؛ لذا پوشش بیمه و پرداخت هزینه‌های درمان‌های مکمل، نباید باعث شود هزینه و امکانات از سایر درمان‌ها به سوی درمان‌های مکمل سوق داده شوند. مفاهیم پیرامون بحث بیهودگی درمان، نسبی هستند.

1. Legitimation/ Justification

Website: <http://ijme.tums.ac.ir>

منابع

- 1- Master the Boards USMLE Step 2 Ck. In: Kaplan Medical USMLE. New York: Kaplan Publishing; 2017.
- 2- Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: Its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med.* 1990; 112(12): 949-54.
- 3- Schneiderman LJ, Faber-Langendoen K, Jecker NS. Beyond futility to an ethic of care. *Am J Med.* 1994; 96(2): 110-4.
- 4- Schneiderman LJ, Jecker N. Futility in practice. *Arch Intern Med.* 1993; 153(4): 437-41.
- 5- Shiner K. Medical futility: A futile concept?. *Wash Lee Law Rev.* 1996; 53(2): 803-48.
- 6- Aghabarary M, Dehghan Nayeri N. Medical futility and its challenges: A review study. *J Med Ethics Hist Med.* 2016; 9: 11.
- 7- Halliday R. Medical futility and the social context. *J Med Ethics.* 1997; 23(3): 148-53.
- 8- Schneiderman LJ. Defining bedical futility and improving medical care. *J Bioeth Inq.* 2011; 8(2): 123-31.
- 9- Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: Response to critiques. *Ann Intern Med.* 1996; 125(8): 669-74.
- 10- Quinn JB. Taking back their health care. *Newsweek.* 1994; 123(26): 36.
- 11- Clark PA. Medical futility in pediatrics: Is it time for a public policy?. *J Public Health Policy.* 2002; 23(1): 66-89.
- 12- Heland M. Fruitful or futile: Intensive care nurses' experiences and perceptions of medical futility. *Aust Crit Care.* 2006; 19(1): 25-31.
- 13- Aramesh k. Medical futility. *Medical Ethics and History of Medicine.* 2008; 1(4): 47-52. [in Persian]
- 14- Kasman DL. When is medical treatment futile? A guide for students, residents, and physicians. *J Gen Intern Med.* 2004; 19(10): 1053-6.
- 15- Jox RJ, Schaider A, Marckmann G, Borasio GD. Medical futility at the end of life: the perspectives of intensive care and palliative care clinicians. *J Med Ethics.* 2012 Sep; 38(9): 540-5. PubMed PMID: 22562948.
- 16- Jecker NS, Pearlman RA. Medical futility. Who decides?. *Arch Intern Med.* 1992; 152(6): 1140-4.
- 17- Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care.* 2004; 13(3): 202-8.
- 18- Yekefallah L, Ashktorab T, Manoochehri H, Hamid AM. Nurses' experiences of futile care at intensive care units: A phenomenological study. *Glob J Health Sci.* 2015; 7(4): 235-42.
- 19- Saeedi Tehrani S, Madani M. Bioethical principles and medical futility. *Medical Ethics and History of Medicine.* 2015; 7(6): 1-14. [in Persian]
- 20- *Medicine CotUoCaA: Complementary and Alternative Medicine in the United States.* Washington: National Academies Press; 2012.
- 21- Kent H. Ignore growing patient interest in alternative medicine at your peril, MDs warned. *CMAJ.* 1997; 157(10): 1427-8.
- 22- Coulter ID, Willis EM. The rise and rise of complementary and alternative medicine: A sociological perspective. *Med J Aust.* 2004; 180(11): 587-9.
- 23- Goldrosen MH, Straus SE. Complementary and alternative medicine: Assessing the evidence for immunological benefits. *Nat Rev Immunol.* 2004; 4(11): 912-21.
- 24- Hines T. *Pseudoscience and the Paranormal.* New York: Prometheus Books; 2003.
- 25- Sampson W. Antiscience trends in the rise of the "alternative medicine" movement. *Ann N Y Acad Sci.* 1996; 775: 188-97.
- 26- Marcum JA. *An Introductory Philosophy of Medicine: Humanizing Modern Medicine.* Berlin: Springer; 2008.
- 27- Kant I. *Grounding for the Metaphysics of Morals.* New Haven: Yale University Press; 2002.
- 28- Brewin T. Primum non nocere?. *Lancet.* 1994; 344(8935): 1487-8.
- 29- Cassileth BR, Lusk EJ, Strouse TB, Bodenheimer BJ. Contemporary unorthodox treatments in cancer medicine. A study of patients, treatments, and practitioners. *Annals of internal medicine.* 1984; 101(1): 105-12.
- 30- Marian F, Joost K, Saini KD, Von AK, Thurneyssen A, Busato A. Patient satisfaction and side effects in primary care: An observational study comparing homeopathy and conventional medicine. *BMC complementary and alternative*

- medicine. 2008; 8: 52.
- 31- Wapf V, Busato A. Patients' motives for choosing a physician: Comparison between conventional and complementary medicine in Swiss primary care. *BMC complementary and alternative medicine*. 2007; 7: 41.
- 32- Benson H, Dusek JA, Sherwood JB, Lam P, Bethea CF, Carpenter W. Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer (STEP) in cardiac bypass patients: A multicenter randomized trial of uncertainty and certainty of receiving intercessory prayer. *Am Heart J*. 2006; 151(4): 934-42.
- 33- Dusek JA, Sherwood JB, Friedman R, Myers P, Bethea CF, Levitsky S. Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer (STEP): Study design and research methods. *Am Heart J*. 2002; 143(4): 577-84.
- 34- Hobbins P. A step towards more ethical prayer studies. *Am Heart J*. 2006; 152(4): e33.
- 35- Dimmitt JH, Artnak KE. Cases of conscience: casuistic analysis of ethical dilemmas in expanded role settings. *Nurs Ethics*. 1994; 1(4): 200-7.
- 36- Artnak KE. A comparison of principle-based and case-based approaches to ethical analysis. *HEC Forum*. 1995; 7(6): 339-52.
- 37- Mueller PS, Hook CC, Fleming KC. Ethical issues in geriatrics: A guide for clinicians. *Mayo Clin Proc*. 2004; 79(4): 554-62.
- 38- Ainslie D. Principlism. In: *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Thomson Gale; 2004.
- 39- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press; 1979.
- 40- Ernst E. The ethics of complementary medicine. *J Med Ethics*. 1996; 22(4): 197-8.
- 41- Mertz M. Complementary and alternative medicine: the challenges of ethical justification. A philosophical analysis and evaluation of ethical reasons for the offer, use and promotion of complementary and alternative medicine. *Med health Care Philos*. 2007; 10(3): 329-45.
- 42- Vohra S, Cohen MH. Ethics of complementary and alternative medicine use in children. *Pediatr Clin North Am*. 2007; 54(6): 875-84.
- 43- Smith K. Against homeopathy: A utilitarian perspective. *Bioethics*. 2012; 26(8): 398-409.
- 44- Zucker MB, Zucker HD. *Medical futility and the evaluation of life-sustaining interventions*. New York: Cambridge University Press; 1997.
- 45- Bunchorntavakul C, Reddy KR. Review article: Herbal and dietary supplement hepatotoxicity. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013; 37(1): 3-17.
- 46- Zhao P, Wang C, Liu W, Wang F. Acute liver failure associated with traditional Chinese medicine: Report of 30 cases from seven tertiary hospitals in China. *Crit Care Med*. 2014; 42(4): e296-9.
- 47- Teo DC, Ng PS, Tan SH, Lim AT, Toh DS, Chan SY. Drug-induced liver injury associated with Complementary and Alternative Medicine: A review of adverse event reports in an Asian community from 2009 to 2014. *BMC Complement Altern Med*. 2016; 16: 192.
- 48- Ernst E. Advice offered by practitioners of complementary/alternative medicine: An important ethical issue. *Eval Health Prof*. 2009; 32(4): 335-42.
- 49- Medicine IO. *Complementary and Alternative Medicine in the United States*. Washington: The National Academies Press; 2005.
- 50- Lynoe N. Ethical and professional aspects of the practice of alternative medicine. *Scand J Soc Med*. 1992; 20(4): 217-25.
- 51- Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Riech MR. *Getting Health Reform Right*. New York: Oxford University Press; 2002.
- 52- Wellesley H, Jenkins IA. Withholding and withdrawing life-sustaining treatment in children. *Paediatr Anaesth*. 2009; 19(10): 972-8.
- 53- Mahrozade S, Lolavar A. Ethical considerations in alternative medicine. *Iranian Journal of Ciabets and Metabolism*. 2006; 7: 85-90.
- 54- Benatar SR. Global health and justice: Re-examining our values. *Bioethics*. 2013; 27(6): 297-304.
- 55- Motahari M. [Koliyate Olome Eslami]. Tehran: Bonyade Motahari; 2010. [in Persian]
- 56- Aramesh K. Justice as a principle of Islamic bioethics. *AJOB*. 2008; 8(10): 26-7.
- 57- Shelton W. A broader look at medical futility. *Theor Med Bioeth*. 1998; 19(4): 383-400.

- 58- Madani M. Ethical considerations of futile care. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2013; 6(2): 31-42. [in Persian]
- 59- Magnus D. Organizational needs versus ethics committee practice. *AJOB*. 2009; 9(4): 1-2.
- 60- Jecker NS, Schneiderman LJ. Futility and rationing. *AJOB*. 1992; 92(2): 189-96.
- 61- Baumann A, Audibert G, Guibet Lafaye C, Puybasset L, Mertes PM, Claudot F. Elective non-therapeutic intensive care and the four principles of medical ethics. *J Med ethics*. 2013; 39(3): 139-42.
- 62- Wardell DW, Engebretson J. Ethical principles applied to complementary healing. *J Holist Nurs*. 2001; 19(4): 318-34.
- 63- Ernst EaJS. Ethical Problems Arising in Evidence Based Complementary and Alternative Medicine. *J Med Ethics*. 2004 (30):156-9.
- 64- Hassed CS, Kotsirilos V, Pirota M, Sali A. The "therapeutic footprint" of medical, complementary and alternative therapies and a doctor's duty of care. *Med J Aust*. 2007; 186(4): 214.
- 65- Drane JF. *Alternative Therapies: Ethical and Legal Issues*. New York: Simon & Schuster Macmillan; 1995.
- 66- Kradin R. *The placebo response and the power of unconscious healing*. Abingdon: Routledge; 2008.
- 67- Thorne S, Best A, Balon J, Kelner M, Rickhi B. Ethical dimensions in the borderland between conventional and complementary/alternative medicine. *J Altern Complement Med*. 2002; 8(6): 907-15.

Futility in Complementary and Alternative Medicine: A Critical Review from an Ethical Perspective

Mohammad Hossein Asgardoon^{*1}, Sepehr Azizi², Azin Ebrahimi^{3,4}, Mohammad Hossein Ahmadian⁴

¹*Iranian Student Society for Immunodeficiencies, Students' Scientific Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

²*Student Research Committee, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

³*School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

⁴*Students' Scientific Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

Abstract

Several definitions for medical futility has been proposed in the literature. Medical futility is defined as the condition in which an intervention, either for diagnosis, prevention, treatment, rehabilitation or other medical goals, has no benefit for the individual patient. This critical review aimed to increase the understanding of physicians and other healthcare providers on the issue of futility in complementary and alternative medicine (CAM). Our comprehensive search resulted in more than 1000 studies; unrelated studies were excluded by title and abstract screening, then 219 full-texts were read and finally, 118 studies were included. The conclusion concerning whether or not it is morally acceptable to provide a futile treatment in CAM, becomes a controversial issue based on different approaches. Using futile treatments is not acceptable according to the duty-based approach, and the principle of justice. In contrast, the case-based approach and the principle of autonomy of the patient, hold that such treatments could be morally acceptable. Based on utilitarianism, only evidence-based treatments can be morally discussed, and those CAM therapies that have been shown to be futile, should be prohibited; thus health care providers must not offer them to patients since it would be a kind of deceit. We suggest that more comprehensive studies should be performed to clarify the boundary between placebo, nocebo, and futility.

Keywords: Medical futility, Complementary and alternative medicine, Moral philosophy, Analytical review

¹ * *Corresponding Author:* Email: MH_Asgardoon@yahoo.com