

از حرمت پزشک تا حریم بیمار؛ سرمایه‌ای گران‌سنگ به نام «اعتماد»

سیده‌محسن سادات اخوی^۱، حمیدرضا صالحی^{۲*}

تاریخ دریافت: 98/7/15

تاریخ پذیرش: 98/10/4

تاریخ انتشار: 98/12/14

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

اعتماد طرفین یک رابطه‌ی اجتماعی به یکدیگر، شاه‌کلید تنظیم آن رابطه از منظر اخلاق و حقوق است. اعتماد بیمار به پزشک در یک بازه‌ی زمانی طولانی و فرایند چندجانبه به دست می‌آید. در اولین نصوص قانونی، از پزشک، جلب احترام و اعتماد جامعه نسبت به خود و همکاری‌اش مطالبه و در مرحله‌ی بعد، تعهدات حقوقی پزشک ذیل آن تبیین شده است. اگرچه در اصلاحات بعدی، این تعهدات با تغییراتی باقی ماند، هیچ‌گاه ذیل ارزشی به نام «احترام و اعتماد» تکرار نشد. در واقع، به‌جای تکلیف پزشک به رعایت مناسک و تهدید به اعمال ضمانت‌اجراهای نقض آن، مقنن ابتدا اهمیت این مفاهیم را بیان کرده، سپس با ذکر جزئیاتی تمثیلی، ضمانت‌اجرای نقض آن را بیان کرده بود که از آن به مجازات انتظامی تعبیر می‌شد. قوانین مربوطه نه تنها به تعهدات فنی پزشک در درمان تصریح دارند و پزشک را به رعایت شئون حرفه‌ای فرامی‌خوانند، بلکه رعایت نکردن این تعهدات را تخلف حرفه‌ای محسوب کرده و حسب‌مورد موجب مسئولیت کیفری، مدنی یا انتظامی می‌دانند. به نظر می‌رسد «احترام» و «اعتماد» جامعه به پزشکان، سرمایه‌ی گران‌قدر اجتماعی آن‌ها از یک سو و تضمین‌کننده‌ی اثربخشی درمان، به‌واسطه‌ی مشارکت آگاهانه‌ی بیمار از سوی دیگر است. این مهم، در گرو اهتمام پزشک به رعایت حریم بیمار از یک سو و انجام تعهدات فنی و حرفه‌ای خود از سوی دیگر است. این نوشتار، به این ارتباط ناگسستگی و لزوم تحلیل تعهدات حقوقی، ذیل ارزش‌های برتر اخلاقی تأکید دارد.

واژگان کلیدی: اعتماد، تعهدات حرفه‌ای، تعهدات فنی، حرمت پزشک، حریم بیمار

1. استادیار، گروه حقوق، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

2. استادیار، گروه حقوق، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: تهران، مینی‌سیتی، بلوار نخل، دانشگاه پیام‌نور، تلفن: ۰۹۱۲۸۴۴۳۲۶۶.

مقدمه

احترام اجتماعی»، سرمایه‌ی معنوی اشخاص در یک رابطه‌ی انسانی است. این حرمت و شأن، هنگامی که در یک حرفه‌ی اجتماعی و برای صاحب‌منصبان آن مطرح می‌شود از حالت «توصیه‌ی اخلاقی» خارج و رنگ‌وبوی «کارکرد» به خود می‌گیرد. به عبارت دیگر، اگر صاحب حرفه و منصب، حرمت نداشته باشد و دریافت‌کنندگان خدمات، به آنان اعتماد نکنند، به کارکرد آن حرفه و نتیجه‌بخشی عملکرد صاحبان آن حرفه، لطمه وارد می‌شود (۱).

پزشکی، یکی از حرفه‌ی مهم و مورد نیاز اجتماعی است (۲) و راز توفیق آن، حفظ احترام و حرمت شاغلان به آن حرفه از یک سو و اعتماد دریافت‌کنندگان خدمات پزشکی از سوی دیگر است (۳). اولین رخداد تقنینی ایران در عرصه‌ی نظام پزشکی، برخلاف تحولات پسین آن، نشانگر اهتمام قانون‌گذار به این «سرمایه‌ی اجتماعی» است. به نظر می‌رسد قانون‌گذار ایرانی، به‌درستی، کارکرد مناسب این حرفه را در گرو جلب احترام و اعتماد از سوی شاغلان به آن دیده است. قانون راجع به نظام پزشکی مصوب ۱۳۳۹/۳/۳ در اولین ماده‌ی خود، نظام پزشکی را «مرجع‌ی... برای حفظ شئون و پیشرفت امور پزشکی و تنظیم روابط حرفه‌ای بین پزشکان و حفظ حقوق مردم... در برابر صاحبان فنون پزشکی و بالعکس...» معرفی می‌کرد. متعاقب این قانون، ماده‌ی ۲ آیین‌نامه‌ی انتظامی پزشکی مصوب ۱۳۴۸/۳/۳ به‌جای خط‌و‌نشان‌کشیدن برای پزشک و دست‌وردادن به رعایت موازین قانونی و شرعی، در بیانی به غایت لطیف و اخلاقی، به تقریر تعهدی حقوقی برای پزشک پرداخته و چنین مقرر داشته است: «پزشک باید پاک‌دامن و پرهیزگار باشد و وظایف مربوط به حرفه‌ی خود را با وجدان بیدار، طبق موازین قانونی و اخلاقی اجرا نماید و رفتار او موجب اعتماد و احترام جامعه نسبت به خود او و همکارانش گردد و روش و گفتار و کردار

و شخصیت و زندگی او مایه‌ی افتخار و سربلندی جامعه‌ی پزشکی باشد».

این متن هیچ‌گاه در قانون‌گذاری‌های بعدی تکرار نشد (قوانین نظام پزشکی و آیین‌نامه‌های انتظامی پزشکی مصوب ۱۳۶۹، ۱۳۷۴ و نهایتاً ۱۳۸۳) و این ارزش اخلاقی و حقوقی، جای خود را به انتظار از پزشک به رعایت مجموعه‌ای از قواعد و نظامات عمدتاً شکلی! داد که ما از آن‌ها به‌عنوان «مناسک» تعبیر می‌کنیم. در تبصره‌ی ۱ ماده‌ی ۲۸ قانون نظام پزشکی مصوب ۱۳۸۳ چنین مقرر شده است: «عدم رعایت موازین شرعی و قانونی و مقررات صنفی و حرفه‌ای و شغلی و سهل‌انگاری در انجام وظایف قانونی به‌وسیله‌ی شاغلین حرفه پزشکی و وابسته به پزشکی تخلف محسوب [می‌شود]...». این «غفلت» سبب شده است که هیچ‌گاه اجرای تعهدات اصلی پزشک، ذیل این «ارزش برتر» تحلیل نشود و با وجود تکرار برخی مفاهیم قانون اول، ارتباط تعهدات حقوقی پزشک با جایگاه ارزشی به نام «احترام و اعتماد» تبیین نشود.

به نظر می‌رسد پزشک به موجب قانون نظام پزشکی و آیین‌نامه‌های انتظامی رسیدگی به تخلفات حرفه‌ای پزشکی، دو تعهد اصلی دارد که هر دو این تعهدات باید در راستای انتظار حقوق و اخلاق از پزشک به جلب احترام و اعتماد تحلیل و تفسیر شود؛ لیکن، این دو تعهد برای پزشک، مسبوق به بستری است که منوط به رعایت حریم بیمار و تجاوزنکردن به آن است. اخلاق و حقوق و فقه، رعایت این حریم و ورود به آن را منوط به موافقت بیمار و إذن او می‌دانند. پابندی پزشکان به تعهدات فنی و حرفه‌ای خود از یک سو و مراعات حریم بیمار از سوی دیگر، راهکار جلب احترام و اعتماد آحاد جامعه به صاحبان حرفه پزشکی است و «قواعد علوم پزشکی» با تبیین «استانداردهای تعهد فنی»، «قواعد اخلاقی» با تبیین «استانداردهای تعهدات حرفه‌ای» و «قواعد حقوقی» با نظم‌بخشیدن به این تعهدات و «تعیین

اصلاحات بعدی به تعهد پزشک به «انجام وظایف قانونی و حرفه‌ای» تغییر یافت و این ضرورت اجتماعی که همه‌چیز در قلمرو پزشکی باید در خدمت آن باشد به دست فراموشی سپرده شد!

به‌موجب آخرین آیین‌نامه‌ی انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای پزشکی مصوب ۱۳۸۳: «شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلف‌اند بدون توجه به ملیت، نژاد، مذهب و موقعیت اجتماعی‌سیاسی و اقتصادی بیماران، حداکثر تلاش ممکن را در حدود وظایف قانونی و حرفه‌ای خود به کار ببرند». همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، تعهد پزشک به «تلاش حداکثر برای درمان بیماران»، جای خود را به تکلیف «حداکثر تلاش در حدود وظایف قانونی و حرفه‌ای» داده است! انحراف از «تعهد به درمان» به «رعایت مناسک»، در ماده‌ی ۳ این آیین‌نامه تغلیظ شد و به «رعایت نظامات دولتی، صنفی و حرفه‌ای» گسترش یافت.

به نظر می‌رسد باید ابتدا بر اصلی‌ترین تعهد پزشک که «تعهد فنی» اوست تأکید داشت و متعاقباً به «تعهد حرفه‌ای» پرداخت. طبیعتاً تبیین ضوابط این دو تعهد، گام بعدی خواهد بود. به نظر ما برای تشخیص تعهد اصلی پزشک به درمان، هیچ معیاری به غیر از «ضابطه‌ی علمی و عملی» وجود ندارد و نباید پای «شرع» و «نظامات دولتی» را در این زمینه به میان کشید. بدیهی است که پزشک علاوه بر «تعهد اصلی» و به هنگام انجام‌دادن آن، «تعهدات حرفه‌ای» نیز دارد که باید موازین شرعی و قوانین و نظامات را در اجرای آن رعایت کند؛ اما باید تأکید اصلی بر اجرای «تعهد فنی» یعنی درمان باشد. به عبارت دیگر، نباید همه‌ی تکالیف پزشک را به شرع و قانون محول کرد. برای تشخیص حدود این تعهد اصلی یعنی درمان، دو معیار و برای نظارت بر اجرای آن، دو نهاد وجود دارد. این دو معیار عبارت‌اند از:

معیار علمی

ضمانت‌اجراهای مادی آن»، به ایجاد این «اعتماد» کمک می‌کنند تا مآلاً در سایه‌ی این اعتماد، «رابطه‌ی خوب پزشک و بیمار» (۴-۶) و «اثربخشی درمان» (۷) که بیمار در روند آن، «مشارکت آگاهانه» دارد شکل گیرد (۸-۱۰). در ادامه و طی دو بخش، «تعهدات فنی و حرفه‌ای پزشک» و «لزوم رعایت حریم بیمار» بررسی شده است.

اعتماد بیمار به انجام تعهدات حرفه‌ای و فنی پزشک

از فحوای قانون مربوط به نظام پزشکی و آیین‌نامه‌ی انتظامی پزشکی و تغییرات بعدی آن، به‌وضوح می‌توان دو تعهد اصلی را برای پزشک تقریر کرد: الف. تعهد فنی پزشک به درمان بیمار؛ ب. تعهد حرفه‌ای پزشک به رعایت شئون پزشکی (۱۱). در ادامه این دو تعهد و معیارهای آن تبیین شده است.

الف. تعهد فنی پزشک به درمان بیمار

جلب احترام و اعتماد آحاد جامعه به پزشک، در وهله‌ی اول در گرو اعتقاد آنان به التزام پزشکان به انجام این تعهد است. هر چقدر آحاد جامعه به اعتقاد و التزام پزشکان به انجام وظیفه‌ی خود در درمان یقین داشته و به تربیت آنان و نظارت بر اقدامشان توسط نهادهای ذی‌ربط اجتماعی باور داشته باشند، طبیعتاً اعتماد آنان به جامعه‌ی پزشکی بیشتر و احترام پزشکان افزون خواهد شد (۱۲).

در اولین آیین‌نامه‌ی انتظامی پزشکی، به‌صراحت به تعهد پزشک به درمان تصریح شده است. طبق ماده‌ی ۱ آیین‌نامه‌ی انتظامی پزشکی مصوب ۱۳۴۸ کمیسیون‌های مشترک دادگستری و بهداری مجلسین: «پزشکان و دندان‌پزشکان... موظف‌اند بدون توجه به ملیت، نژاد، مذهب و موقعیت اجتماعی بیماران، حداکثر تلاش ممکن را برای درمان آنان به‌خصوص در موارد سوانح و حوادث به کار ببرند». این تعهد را باید اصلی‌ترین تعهد حقوقی پزشک تلقی کرد که همه چیز در خدمت آن و برای تحصیل آن است. متأسفانه این متن در

منظور و به‌عنوان تکلیف، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موظف به تربیت دانشجویان پزشکی منطبق با آخرین شیوه و جداول آموزش پزشکی است و سازمان نظام پزشکی موظف است «همکاری لازم را در اجرای برنامه‌های بازآموزی و نوآموزی مستمر پزشکان، دندان‌پزشکان، داروسازان و... جهت رشد و ارتقای پزشکی منطبق با پیشرفت‌های علمی روز، به درخواست مراجع ذی‌ربط» انجام دهد (بند ۴ ماده‌ی ۳ قانون نظام پزشکی مصوب ۱۳۸۳)^۳. برای تبدیل شدن

باشد؛ زیرا اگر بدون داشتن مدرک، به امر خطیر طبابت بپردازد، مانند پزشک جاهل، مسئولیت مطلق خواهد داشت و با اجتماع شرایط مقرر در قانون، مسئولیت جزایی هم برای او ایجاد خواهد شد. رسول گرامی اسلام (ص) در حدیث شماره‌ی 2539 در نهج‌الفصاحه در این خصوص فرموده‌اند: «مَنْ تَطَبَّبَ وَ لَمْ يَعْلَمْ فِيهِ طِبُّ قَبْلُ ذَلِكَ، فَهُوَ ضَامِنٌ».

3. چون صاحبان حرف پزشکی و وابسته، با جان انسان‌ها سروکار دارند، کوچک‌ترین خطایی، عواقب سوئی به همراه خواهد داشت؛ لذا آنان، باید در جریان آخرین تحقیقات و تبعات پزشکی قرار بگیرند و به دانسته‌ها و آموخته‌های اولیه‌ی خود اکتفا نکنند. بر همین اساس، قانونی تحت عنوان لزوم بازآموزی و نوآموزی جامعه‌ی پزشکی کشور و ارتقای سطح دانش پزشکی آن‌ها در مورخ 1369/8/6 به تصویب مقنن رسیده و به موجب ماده‌ی 1 قانون مزبور، وزارت بهداشت موظف شده است هر پنج سال یک بار نسبت به بازآموزی و نوآموزی جامعه‌ی پزشکی اقدام نماید. مضافاً بر اینکه در ماده‌ی 1 ضوابط کلی اجرای برنامه‌های بازآموزی جامعه‌ی پزشکی مصوب 1370/2/4 هدف از اجرای این قانون را «افزایش آگاهی نسبت به تازه‌های علمی و تخصصی در هر رشته و ارتقای سطح مهارت‌های حرفه‌ای و...» دانسته است. در مورخ 1375/2/12، قانون آموزش مداوم جامعه‌ی پزشکی به تصویب رسیده و در آن، مقرر شده که کلیه‌ی صاحبان حرف پزشکی با هر تخصصی، برای ارتقا و ارزشیابی، موظف به شرکت در دوره‌های خاص آموزش مداوم هستند و شرایط ارتقا و ارزشیابی آنان، منوط به ارائه‌ی گواهی شرکت در این دوره‌هاست. در تبصره‌ی 1 ماده‌ی 3 آیین‌نامه‌ی اجرایی قانون آموزش مداوم جامعه‌ی پزشکی کشور مقرر شده است: «کلیه‌ی شاغلان حرف وابسته‌ی پزشکی در بخش خصوصی که نیاز به مجوز یا پروانه‌ی کار ندارند، طبق قانون موظف به شرکت در دوره‌های بازآموزی...» هستند. این تبصره، با درایت لازم، مانع از برخی اقدامات سودجویان شده است. راقمان این سطور موفقیت دوره‌های اخیرالذکر را در رسیدن به اهداف پیش‌بینی‌شده چندان بالا نمی‌داند. صرف‌نظر از دلایلی که می‌توان برای این نقیصه عنوان کرد، به

گر ز معماری ندارد اطلاعی پس چرا

فکر آبادی برای هر دل ویران کند

بر صاحب هر شغل و حرفه‌ای لازم است که مهارت‌های موردنیاز حرفه‌ی خود را به دست آورد و رعایت این اصل برای صاحبان حرف پزشکی و وابسته که با جان انسان‌ها سروکار دارند از اهمیتی خاص برخوردار است (۱۳). هنگامی می‌توان از اجرای تعهد به درمان سخن گفت که اقدام پزشک مطابق با آخرین دستاوردهای علم پزشکی و به تعبیری «استانداردهای علمی» باشد. در متون دینی و ادبی ما به ضرورت این «تجهیز» اشاره شده^۱ و نه تنها بر این مسأله به عنوان تکلیف پزشک، بلکه به‌عنوان وظیفه‌ی حاکمیت برای مقابله با دخالت اشخاص غیرعالم تأکید شده است^۲. به همین

1. در پندنامه‌ی اهوازی آمده است: «پزشک باید پیوسته به مطالعه‌ی کتب طبی مشغول باشد و هیچ‌وقت از مطالعه ملول نگردد». امروزه تغییرات روزافزون علم طب باعث می‌شود که صاحبان حرف پزشکی به‌طور مرتب، ملزم باشند تا دانش خود را به‌روز کنند و یک نفر نمی‌تواند با آموخته‌های سابق خود، به کار خویش ادامه دهد. به همین سبب، آموزش مداوم پزشکی به رویکردی اجباری در اکثر ممالک جهان تبدیل شده است؛ زیرا یکی از آفات هر علمی، با درنظرداشتن تغییراتی که در هر یک از علوم ایجاد می‌شود، فراموشی آن است. رسول الله (ص) در نهج‌الفصاحه، حدیث شماره‌ی 104 در این زمینه چنین فرموده‌اند: «أفت شجاعت، سرکشی است. آفت شرافت، تفاخر است. آفت بخشش، منت‌گذاری است. آفت زیبایی خودپسندی است. آفت سخن‌گفتن، دروغ‌گویی است. آفت دانش، فراموشی است. آفت بردباری، سفاهت است و آفت دین، هوس است».

2. رسول گرامی اسلام (ص) در نهج‌الفصاحه، حدیث شماره‌ی 2538 فرموده‌اند: «کسی که بدون آگاهی کاری را صورت دهد، تباهی آن بیش از اصلاح آن است.» «مَنْ عَمِلَ عَلَى غَيْرِ عِلْمٍ كَانَ مَا يَفْسِدُ أَكْثَرُ مِنْ مَا يَصْلِحُ». علاوه بر صاحبان مشاغل پزشکی، حکومت نیز در این مورد مسئولیت سنگینی دارد. چنان‌که امیرالمؤمنین (ع) در این زمینه فرموده‌اند: «بر رهبر حکومت واجب است که علمای فاسق و طیبیان جاهل را به زندان بیندازد.» نکته‌ی قابل تأمل این است که رسیدگی به حذاقت پزشکان (به معنی اعم)، منوط به شکایت مردم نشده است؛ البته صاحبان حرف پزشکی باید قبل از شروع کار، دارای حداقلی از اطلاعات اولیه و اساسی باشند؛ مثلاً یک پزشک قبل از شروع به کار باید حداقل دارای مدرک پزشکی

حقوق از پزشک، ضرورتاً کسب نتیجه‌ای به نام سلامت بیمار نیست (۱۷): بلکه پزشک موظف به حداکثر تلاش برای دستیابی به چنین منظوری است (۱۸).

بیمار و آحاد جامعه باید به این التزام پزشک و پابندی او به حداکثر تلاش و اغماض‌نکردن در این خصوص، باور داشته باشند و تصمیم‌ها و تضمین‌های کافی برای نقض آن را ملاحظه کنند. به همین جهت ماده‌ی ۳ آیین‌نامه‌ی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی مصوب ۱۳۸۳، یکی از موارد تخلف انتظامی پزشک را رعایت‌نکردن این تعهد می‌داند و برای آن مجازات انتظامی مقرر نموده است (۱۹). بدیهی است مسئولیت کیفری و مسئولیت مدنی پزشک به‌واسطه‌ی قصور در انجام این تعهد با اهداف و ارکان خود، موضوع بحث مستقل دیگری است (۲۰-۲۲).

نوشته‌های حقوقی که کارکرد «دکترین» را دارند و باید در این خصوص پیش‌تاز باشند، عملاً از تحلیل این «تعهد اصلی» «ظرفه» رفته‌اند! و همه‌ی تحلیل‌ها را در خدمت تبیین قوانین، آیین‌نامه‌ها و نظامات دولتی و شرعی به کار گرفته‌اند. «اولین و سنگین‌ترین تقصیر پزشکی»، «سهل‌انگاری» در انجام این تعهد است و ضابطه‌ای برای تشخیص آن، جز مراجعه به موازین علمی و فنی وجود ندارد.

ب. تعهد حرفه‌ای پزشک به رعایت شئون پزشکی

قانون‌گذار در تأمین انتظار خود از پزشک به جلب احترام و اعتماد جامعه، تنها به تعهد او به حداکثر تلاش برای درمان بیماران اکتفا نکرده، بلکه او را به رعایت «شئون حرفه‌ای» و لوازم آن موظف کرده است. نباید از ارتباط رعایت شئون حرفه‌ای توسط صاحبان یک حرفه از یک سو و احترام و اعتماد آحاد جامعه به آن حرفه و شاغلان آن از سوی دیگر غفلت کرد. هرچه صاحبان حرف پزشکی خود را به شئون پزشکی (که به تفصیل در کدهای اخلاق پزشکی مورد اشاره قرار گرفته است) ملتزم بدانند، احترام و اعتماد جامعه نسبت به آنان افزون خواهد شد و نتایج مطالعات فراوانی مؤید آن

روش‌های درمانی به استاندارد علمی، به‌طور طبیعی باید این روش از بستر یک «پژوهش با رعایت استانداردهای پژوهشی و اخلاقی» حاکم بر آن برآمده باشد. بدیهی است رعایت‌نکردن استانداردهای علمی به معنی قصور در انجام تعهد به درمان خواهد بود که علاوه بر تخلف انتظامی، می‌تواند به مسئولیت مدنی و کیفری نیز منتهی شود.

بر همین مبنا، در بیشتر قوانین اخلاق پزشکی دنیا به این مهم پرداخته شده است؛ مثلاً در قانون اخلاق پزشکی کبک در قسمت تکالیف عمومی پزشکان، مواد ۱۴ و ۱۵ به این مهم اختصاص یافته‌اند. ماده‌ی ۱۶ قانون نظام پزشکی فرانسه نیز در این خصوص مقرر داشته است: «پزشکان موظف‌اند معلومات خود را حفظ و تکمیل کنند». در حقوق انگلیس نیز موارد بی‌شماری وجود دارد که بر مبنای همین امر به مسئولیت مدنی بیمارستان یا صاحبان حرف پزشکی و وابسته رأی داده شده است (۱۴).

معیار عملی

هنگامی می‌توان از اجرای تعهد پزشک به درمان سخن گفت که با توجه به امکانات، تجهیزات، اطلاعات علمی^۱ و سایر اوضاع و احوال حاکم، پزشک حداکثر تلاش ممکن را با توجه به آنچه که «عرف پزشکی» در عمل انتظار دارد به کار گرفته باشد (۱۵). این تعهد از دیدگاه حقوقی، «تعهد به وسیله» خوانده می‌شود (۱۶) تا نمایشگر آن باشد که انتظار

نظر می‌رسد، مثل بسیاری از مشکلات موجود در سطح کشور، خلأ تقنینی چندانی در این خصوص مشهود نیست تا کمافی‌السابق و حسب عادت آن را بز بلاگردان و علت‌العلل این امر بدانیم و انگشت اتهام را به سمت دیگری نشانه رویم که این در منطق بی‌منطقان، سهل‌ترین گزینه است. به‌راستی که یکی از نشانه‌های پیشرفت فکری علمی جامعه، قطع رابطه با تحلیل‌های ساده و عوامانه به نفع تحلیل‌های منطقی، عقلانی و منصفانه است.

۱. «و با دانشمندان فراوان گفت‌وگو کن و با حکیمان سخن در میان نه» (نهج‌البلاغه، نامه‌ی ۵۳).

«هر آوندی بدانچه در آن نهند تنگ شود، جز آوند دانش که هرچه در آن نهند فراخ‌تر گردد» (نهج‌البلاغه، حکمت ۲۰۷).

پرسید چرا قوانین بعدی، به تأکید بر «مفاهیم ارزشی» تمایلی ندارد؟ چرا باید «احترام» و «اعتماد» در نصوص قانونی رنگ ببازد و به جای تأکید بر ارزش‌هایی مانند «پاکدامنی» و «عفت» و تحلیل انتظارات از پزشک ذیل مفاهیمی مانند احترام و اعتماد به‌عنوان سرمایه‌ی اجتماعی، رعایت برخی امور به‌عنوان شئون حرفه‌ای، فارغ از مغز و محتوای آن و صرفاً به‌عنوان «مناسکی ظاهری» که قانون آن را لازم‌الرعایه می‌داند تصویر، تقریر و تبیین شوند؟!

برخی معتقدند داشتن ضمانت اجرا، مهم‌ترین تفاوت و مرز بین اخلاق و حقوق محسوب می‌شود. بر همین اساس اینان معتقدند در گذر از اخلاق به حقوق، ترسیم مؤلفه‌هایی که قابل سنجش، ارزیابی و نظارت باشند حائز اهمیت است و مقنن با ذکر تعهداتی مانند عفت، پاک‌دامنی، حسن نیت و موارد مشابه در متن نصوص قانونی، امکان نظارت بر اجرای این تعهدات و به موازات آن، ضمانت حسن اجرایی شدن آن‌ها را بر خود و دیگر نهادهای نظارتی دشوار یا حتی غیرممکن می‌نماید. به همین خاطر، در متن قانون ضمن پذیرش، احترام و کاربست اصول اخلاقی در مبانی سیاست‌گذاری و قانون نویسی، تلاش می‌شود تا حتی‌المقدور از ذکر مصادیقی که تاب تفسیر دارند اجتناب شود. در همین خصوص این گروه سؤالاتی بدین شرح مطرح می‌کنند: حد مجاز احترام، عفت، پاک‌دامنی و امثالهم تا کجاست؟ چه میزانی از احترام مشروع و چه میزانی از آن نامشروع است؟ مقام مفسر کیست؟ قائلان این نظر معتقدند تاب تفسیر داشتن نص قانون و امکان حمل مصادیق متعدد بر یک گزاره‌ی خاص، جز مواردی معدود مانند اصول قانون اساسی که بعضاً عامدانه مبهم نگاشته می‌شود (مثل اصطلاح رجال در اصل ۱۱۵ قانون اساسی)، از ایرادات قانون‌نویسی محسوب می‌شود. لکن این دیدگاه پذیرفتنی نیست؛ زیرا این ایراد، نشان‌دهنده‌ی دغدغه‌ای است که با توجه به ضمانت‌اجراهای مادی حقوق سعی دارد حتی المقدور از استفاده از مفاهیم کلی که حد و مرز معینی ندارند

است که رعایت موازین حرفه‌ای به‌نحو چشمگیری از اقامه‌ی دعاوی احتمالی علیه پزشکان خواهد کاست (۲۳ و ۲۴).

در قوانین مربوط به سازمان نظام پزشکی و آیین‌نامه‌های انتظامی پزشکی، علاوه بر اشاره‌ی صریح به شئون پزشکی و ضرورت رعایت آن توسط پزشکان (ماده‌ی ۶ آیین‌نامه‌ی انتظامی پزشکی) جزئیاتی بیان شده است که از «نگاه ایجابی» می‌توان آن را «تعهدات حرفه‌ای پزشک» و از «نگاه سلبی»، نقض آن را «تخلف حرفه‌ای» محسوب و در هر صورت، رعایت‌نکردن آن را مستوجب مجازات انتظامی تلقی کرد (۲۵). در واقع، سازمان نظام پزشکی با بخشی از سازمان اداری خود به نام «دادسرا و دادگاه انتظامی پزشکی»، موظف به نظارت بر اجرای این تعهد و تضمین‌دادن به آحاد جامعه به رعایت این تعهد توسط پزشکان است. به نظر می‌رسد رعایت شئون پزشکی و نظارت بر اجرای آن برای جلب اعتماد بیماران در وهله‌ی اول به منظور حراست و صیانت از سرمایه‌ی معنوی پزشکان است. اگر احترام و اعتماد به پزشکان، سرمایه‌ی معنوی گران‌سنگ جامعه‌ی پزشکی محسوب شود آنگاه عیان خواهد شد که نظارت سازمان نظام پزشکی در واقع حراست از این سرمایه‌ی معنوی و پیشگیری از اضرار معنوی به پزشکان است.

اولین قانون نظام پزشکی مصوب ۱۳۳۹، نظام پزشکی را «سازمانی برای حفظ شئون و پیشرفت امور پزشکی و تنظیم روابط حرفه‌ای پزشکان و حفظ حقوق مردم در برابر صاحبان فنون پزشکی و بالعکس» معرفی می‌کرد و اولین آیین‌نامه‌ی انتظامی پزشکی مصوب ۱۳۴۸ از پزشک می‌خواست که «پاک‌دامن و پرهیزگار باشد» (ماده‌ی ۲)، عفت را رعایت بنماید (ماده‌ی ۳)، اسرار بیماران را محفوظ بدارد (ماده‌ی ۴) و به امور مخالف شئون پزشکی اشتغال نرزد (ماده‌ی ۵). مایه‌ی شگفتی است که به‌رغم تکرار سایر بندها در قوانین و آیین‌نامه‌های بعدی مربوط به نظام پزشکی، مواد ۲ و ۳ آیین‌نامه‌ی فوق‌نا دیده‌انگاشته شده است. می‌توان از خود

پزشکی» قرار دهیم؛ لذا تبعاً باید هرگونه تفسیری از تعهدات، در راستای تأمین آن تحلیل شود. حکومت این اصل، خصوصاً می‌تواند در آموزش‌های اخلاق و حقوق پزشکی به پزشکان تذکر داده شود تا پزشک و دانشجوی پزشکی، التزام به این تعهدات حقوقی را در راستای صیانت از این سرمایه‌ی معنوی ببیند.

اعتماد و اعتقاد بیمار به حفظ حریم تن و جان خود

فعالیت در امور پزشکی و حرف وابسته‌ی به آن، مستلزم تصرف مستقیم یا غیرمستقیم در جان و تن انسانی به نام بیمار است که از آن به تجویز (تسبیب) و جراحی (مباشرت) تعبیر می‌شود (۲۶). بدیهی است این تصرفات اگر بدون موافقت بیمار باشد تجاوز به حریم او محسوب می‌شود (۲۷)؛ اقدامی غیراخلاقی که مستلزم ضمانت‌اجراهای حقوقی است. «اصل اتونومی اخلاقی» (۲۸)، «اصل استقلال حقوقی» (۲۹) و «اصل عدم ولایت فقهی» (۳۰)، با دامنه‌ای متغیر و متفاوت، متکفل صیانت از این حریم انسان (در فرض ما بیمار) هستند.

به نظر می‌رسد حفظ «کرامت یک انسان» (۳۱ و ۳۲) در رابطه‌ای که به تجویز تصرف انسانی دیگر در یکی از مهم‌ترین امور او یعنی «تمامیت جسمی» می‌انجامد، بدون موافقت او (که مستلزم حاکمیت اراده‌ی اوست) محال است (۳۳). این اصول فقهی و حقوقی و اخلاقی، با درک درست از جایگاه حریم انسان و لزوم احترام به آن، بر ضرورت گرفتن «رضایت» و به تعبیر کامل‌تر فقهی و حقوقی، «إذن بیمار» تأکید دارند.

هرچند می‌توان در دامنه‌ی حکومت اراده‌ی بیمار و التزام پزشک به آن، خصوصاً در جایی که مضر به حال بیمار یا مغایر با تعهدات حرفه‌ای و علمی و فنی پزشک است تردید کرد (۳۴)، نمی‌توان بر ضرورت تحصیل این إذن قبل از هرگونه اقدامی از سوی پزشک تردیدی جدی روا داشت (۳۵). هر اندازه اعتقاد و التزام به «تعالی حرمت و حریم انسان» اوج بگیرد، باورمندی به «رعایت اتونومی بیمار و

در قانون‌نویسی احتراز کند؛ اما به نظر می‌رسد تفاوت بنیادی ضمانت‌اجرای قواعد اخلاقی از قواعد حقوقی، به معنی جواز تفکیک قاطع این دو حوزه از هم نیست؛ به عبارت دیگر، قواعد اخلاقی، یکی از منابع حقوق و آبخور قواعد آن است.

تأکید زیاد بعضی از حقوق‌دانان بر اینکه «همه‌ی حقوق را نباید در قوانین دید و حقوق باید مسیر اجرای اخلاق را تمهید و تضمین کند» بر همین اساس است؛ از همین رو، در نقطه‌ی مقابل، این گرایش نیز وجود دارد که نباید همه‌ی حقوق را به قوانین محدود کرد؛ لذا مشهود است که در قوانین متعدد از استفاده از مفاهیمی که امکان استناد به عرف، نظم عمومی و اخلاق حسنه را تمهید می‌کنند دریغ نشده است؛ به‌عنوان مثال، هم کنوانسیون‌های بین‌المللی (نظیر کنوانسیون بیع بین‌المللی) و هم مقررات داخلی، علاوه بر تبیین جزئیات تعهداتی که بر عهده‌ی طرفین یک رابطه‌ی اجتماعی است، هیچ‌گاه از بیان اصول کلی حاکم بر این تعهدات غفلت نکرده‌اند؛ مثلاً ماده‌ی ۳۸ کنوانسیون بیع بین‌المللی مصوب ۱۹۸۰، به بیان اصول کلی حسن نیت، معقول‌بودن و نظایر آن پرداخته است تا در تفسیر تعهدات جزئی مندرج در آن، اولاً از تشتت پرهیز شود، ثانیاً ذیل این اصول انجام گیرد. قانون مدنی نیز در ماده‌ای فاخر به تعهد زوجین به تشبید (برافراشتن و استوارکردن) مبانی خانواده اشاره می‌کند تا متذکر شود اجرای تعهدات زوجین و هرگونه تفسیری از آن‌ها باید با رعایت این اصل به عمل آید. در حقوق پزشکی نیز عبارت «شئون پزشکی» به همین اندازه دامنه‌دار است و حد و مرزی معین ندارد؛ اما اصولاً مسئولیت انتظامی پزشک، مبتنی بر همین مفهوم است.

از سوی دیگر، منظور راقمان این سطور نیز این نیست که مفاهیم «اعتماد» و «احترام»، به‌خودی‌خود، مستند احکام قرار گیرد؛ بلکه تلاشی است تا آن را به‌عنوان یک اصل کلی حاکم بر یک حرفه بپذیریم و آن را «سرمایه‌ی معنوی جامعه‌ی

محدودیت برای آن را ندارد! بی تردید می توان گفت نه تنها در اخلاق پزشکی، واضعان و قائلان «نظریه ای اتونومی» (۴۱ و ۴۲) و تبیین کنندگان آن به عنوان یکی از اصول چهارگانه ای اخلاق پزشکی به این مطلب معتقد نیستند (۴۳ و ۴۴)، بلکه در حقوق پزشکی نیز هیچ شخصی به نام محدود و مطلق بودن قلمرو حاکمیت اراده ای انسان اذعان نکرده است (۴۵-۴۷). دامنه ای قلمرو حاکمیت اراده ای بیمار و جمع آن با تعهدات حرفه ای پزشک و به یک معنا، چگونگی جمع اراده ای بیمار با اراده ای پزشک در قرارداد پزشکی، موضوع مقال و مجال دیگری خواهد بود که به طور جداگانه بدان پرداخته خواهد شد.

نتیجه گیری

اعتماد بیمار به پزشک سرمایه ای گران سنگ است که در یک بازه ای زمانی طولانی و فرایند چندجانبه به دست می آید. دل بستن به نتیجه بخشی اقدامات درمانی، در گرو مشارکت همه جانبه و آگاهانه ای بیمار بر روند درمان است و این مشارکت توسط یک انسان مختار و عاقل، جز با احساس اعتماد به پزشک، تشخیص و درمان عالمانه و دلسوزانه ای او به دست نمی آید. این اعتماد، نتیجه ای احترام پزشک به خود و همکاران و رعایت شئون حرفه ای است و اولین قانون گذاری ها در نظام حقوقی ایران، معطوف به اهمیت جلب این احترام و اعتماد توسط پزشک بوده است و به جای تکلیف پزشک به رعایت مناسک و تهدید به اعمال ضمانت اجراهای نقض آن، مقنن ابتدا اهمیت این مفاهیم را گوشزد کرده و مطالبه ای آن را در کانون توجه قرار داده است؛ سپس با ذکر جزئیاتی تمثیلی برای رعایت شئون حرفه ای (که نقض آن احترام و اعتماد را سلب می کند) ضمانت اجرای نقض آن را بیان کرده است که از آن به مجازات انتظامی تعبیر می شود.

از سوی دیگر، اعتماد بیمار به پزشک در گرو یقین به رعایت حریم اوست. حریم انسان در همه ای امور و حقوق، به ویژه در امور و حقوق مربوط به تمامیت جسمی، مورد اهتمام ویژه ای اخلاق و فقه و حقوق و تابع اراده ای او قرار

استقلال» (یا عدم ولایت بر) او جایگاه ممتاز و والایی می یابد و تلاش برای راه یافتن به إذن شخصی یا شرعی بیمار، تعمیق و غنا بخشیده می شود (۳۶). شایان ذکر است در مواردی که أخذ إذن شخصی بیمار ممکن نیست و البته اهمال در درمان به جهت ضرورت و فوریت امکان پذیر نیست، در این صورت، «إذن شرعی»، جایگزین «إذن شخصی» می شود و شارع مستقیماً به پزشک إذن در اقدام می دهد و او را در مقام احسان می نشاند!

باید پذیرفت که اعتماد واقعی بیمار به پزشک و جامعه ای پزشکی، هنگامی حاصل می شود که بیمار، به عنوان یک انسان معتقد به حریم خود، یقین داشته باشد که ذیل نظام اخلاقی و حقوقی حاکم بر جامعه، اولاً، پزشک اقدامی خارج از اراده و إذن او انجام نمی دهد، ثانیاً، إذن او به اجمال و در فضایی آکنده از ابهام و ناآگاهی از مقدمات، لوازم و تبعات درمان، تحصیل نمی شود (۳۷). اصول اخلاقی و فقهی و حقوقی و تأکیدهای فراوان بر رعایت اتونومی و استقلال بیمار و منع از اقدامات تشخیصی و درمانی بدون إذن او و أخذ رضایت آگاهانه که از سال ۱۹۷۲ میلادی به بعد مطرح شده اند (۳۸)، جملگی تمهیداتی هستند که برای رعایت آن «حریم» و تأمین این «اعتماد» به عنوان «سرمایه ای اجتماعی» اندیشیده شده اند.

ایجاد اعتماد برای بیمار با تأکید بر حفظ حریم او صورت می گیرد و حفظ حریم بیمار با سپردن همه چیز، حداقل از حیث تجویز اقدام، به اراده ای او تحقق می یابد. از این معنا به «حاکمیت اراده ای بیمار» در «حقوق پزشکی» و «اصل خودمختاری» در «اخلاق پزشکی» تعبیر می شود (۳۹ و ۴۰). در نهایت سؤالی که به ذهن متبادر می شود این است که آیا می توان از این تعابیر چنین برداشت کرد که حکومت مطلق، با اراده ای بیمار است و هیچ عاملی حق لگام زدن به آن یا ایجاد

1. تبصره ای 2 ماده ای 495 و ماده ای 497 قانون مجازات اسلامی مصوب 1392.

قوانین مربوط به سازمان نظام پزشکی و آیین‌نامه‌های انتظامی پزشکی علاوه بر اینکه پزشک را به رعایت شئون حرفه‌ای فرا می‌خوانند، به تعهدات فنی پزشک در درمان، یعنی تلاش حداکثری برای آن تصریح داشتند. رعایت نکردن این تعهدات، تخلف حرفه‌ای محسوب می‌شود و برای آن علاوه بر مسئولیت‌های کیفری و مدنی، مجازات‌های انتظامی از اخطار شفاهی تا لغو دائم مجوز مطب مقرر شده است. سازمان نظام پزشکی، وظیفه‌ی تبیین این تعهدات برای پزشک و نظارت بر اجرای آن را بر عهده دارد. هرچه اعتماد آحاد جامعه به رعایت این تعهدات و تضمین اجرای آن بیشتر باشد، اعتماد آنان به پزشک و حرفه‌ی پزشکی ارتقا می‌یابد و احترام به شاغلان این حرفه افزایش پیدا می‌کند.

گرفته است. حکومت اراده‌ی انسان بر حریم جسم و جان و لزوم اخذ إذن بیمار پیش از هر اقدام تشخیصی و درمانی از سوی پزشک را باید در راستای حفظ حریم بیمار و باورمندی او به التزام پزشک به آن تعبیر کرد. بیمار باید یقین داشته باشد که هیچ اقدامی بدون إذن و موافقت او انجام نمی‌گیرد (رعایت اصل اتونومی، اصل استقلال حقوقی و اصل عدم ولایت فقهی) و إذن او به لطایف‌الحیل و در فضایی ابهام‌آلود تحصیل نمی‌شود.

هنگامی که بیمار به حفظ حریم خود در سایه‌ی وجود قواعد اخلاقی و حقوقی و التزام جامعه‌ی پزشکی به آن اعتماد کرد، نوبت به اعتماد به انجام تعهدات پزشک در انجام اقدامات درمانی می‌رسد. تضمینی که قواعد اخلاقی و حقوقی برای تعیین تعهدات فنی و حرفه‌ای پزشک و ضمانت‌اجرای نقض آن می‌دهند، می‌تواند در بیماران ایجاد اعتماد کند و مآلاً احترام آنان را به جامعه‌ی پزشکی برانگیزد.

منابع

- 1- Leino-Kilpi H. Patient's Autonomy, Privacy and Informed Consent. New Yourk: IOS press; 2000.
- 2- McKeown T. The role of medicine: Dream, mirage, or nemesis?. Princeton: Princeton University Press; 2014.
- 3- International Committee of Medical Journal Editors. Protection of patients' rights to privacy. BMJ: British Medical Journal. 1995; 311(7015): 1272.
- 4- Dunn M. At the moral margins of the doctor-patient relationship. J Med Ethics. 2019; 45(3):149-150.
- 5- Náfrádi L, Kostova Z, Nakamoto K, Schulz PJ. The doctor-patient relationship and patient resilience in chronic pain: A qualitative approach to patients' perspectives. Chronic illness. 2018; 14(4): 256-70.
- 6- Ward P. Trust and communication in a doctor-patient relationship: A literature review. ARCHIVOS DE MEDICINA. 2018; 3(3): 36-50.
- 7- Hesse C, Rauscher EA. The relationships between doctor-patient affectionate communication and patient perceptions and outcomes. Health communication. 2019; 34(8): 881-91.
- 8- Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction. Fam Pract. 1998; 15(5): 480-92.
- 9- Goold SD, Lipkin JM. The doctor-patient relationship: Challenges, opportunities, and strategies. Journal of General Internal Medicine. 1999; 14(1): S26.
- 10- Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. Social Science and Medicine. 1991;32(11): 1301-10.
- 11- Sadat Akhavi SM. The legal nature of relation between Physician and Patient and its Cause. Medical Law Journal. 2011; 5(18) :11-40. [in Persian]
- 12- Parrott R, Burgoon JK, Burgoon M, LePoire BA. Privacy between physicians and patients: More than a matter of confidentiality. Social Science and Medicine. 1989;29(12): 1381-5.
- 13- Michael A, Jones E. Medical Negligence. London: Sweet & Maxwell; 1996. p.117-21.
- 14- Bolam V. Friern Hospital Management Committee McNair.J. 1957, 2 All E, R, 118, 123_ Dawn v. Fraqubar,1988, 1 Queensland Reports 23_ Roe v. Minister of Health.(1954). 2 Queen's Bench.66_ McLean v. Weir (1977) 5 Western Weekly Reports, 609.
- 15- Salehi HR, Fallah MR, Abbasi M. Comparative study of the nature of Obligation of the owners of medical and dependent careers. Medical Law Journal. 2010; 4(14): 131-52. [in Persian]
- 16- Salehi HR, Abbasi M. Analyze of the nature of medical obligations and their examples with comparative study. Medical Law Journal. 2011; 5(16): 39-58. [in Persian]
- 17- Sadat Akhavi SM. Vocational commitment of Physician: Source, subject of Commitment and appurtenance of the subject of commitment. Medical Law Journal. 2013; 7(24): 11-46. [in Persian]
- 18- Salehi HR. Civil Liability in Treatment Procedure. Tehran: Legal Publication; 2012. [in Persian]
- 19- Salehi HR, Sadeqi-Moqaddam M H, Abbasi M, Taqizadeh E. Nurses' disciplinary liability and its sanctions. Medical Law Journal. 2018; 12(45): 7-27. [in Persian]
- 20- Abbasi M. Legal Development in Medical Liability. Tehran: Legal Publication; 2011. [in Persian]
- 21- Abbasi M. Medical Liability Tehran: Legal Publication; 2009. [in Persian]
- 22- Salehi HR. Civil liability in treatment procedure. Tehran: Mizan Publication; 2014. [in Persian]
- 23- Kee JW, Khoo HS, Lim I, Koh MY. Communication skills in patient-doctor interactions: Learning from patient complaints. Health Professions Education. 2018; 4(2): 97-106.
- 24- McCabe R, Healey PG. Miscommunication in doctor-patient communication. Topics in cognitive science. 2018; 10(2): 409-24.
- 25- Sadat Akhavi SM. Basis and goal of physicians' disciplinary liability and the moral end of medical law. Medical Law Journal. 2015; 9(32): 11-52. [in Persian]
- 26- Sadat Akhavi SM. Analyzing the legal bases of the contracts between physicians and patients.

- Medical Law Journal. 2011; 5(19): 11-46. [in Persian]
- 27- Woogara J. Human rights and patients' privacy in UK hospitals. *Nursing Ethics*. 2001; 8(3): 234-46.
- 28- Maclean A. *Autonomy, informed consent and medical law: A relational challenge*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
- 29- McLean SA. *Autonomy, consent and the law*. New York: Routledge; 2009.
- 30- Soroush-Mahallati M. [Asle Adame Velayat]. *Politic Science Review*. 2008; 2(25): 76-93. [in Persian]
- 31- Salehi HR. Human dignity from the viewpoint of Iranian law. *Journal of Bioethical Inquiry*. 2013; 10(2): 135-6 [in Persian]
- 32- Abbasi M, Salehi HR. Human dignity; the final word on the religious ideas and moral thinking. *Iranian Journal of Medical Ethics*. 2012; 1(1): 16-36. [in Persian]
- 33- Del Carmen MG, Joffe S. Informed consent for medical treatment and research: A review. *The oncologist*. 2005;10(8): 636-41.
- 34- O'Neill O. Some limits of informed consent. *Journal of medical ethics*. 2003; 29(1): 4-7.
- 35- Gilboa M, Pelled OY. The costs of having (too) many choices: Reshaping the doctrine of informed consent. *Brooklyn Law Review*. 2019; 84(2): 2-9.
- 36- Maldonado P, Robb J, Sanchez S, Dodoo C, Mallett V. Satisfaction and comprehension after informed consent in Spanish-speaking patients undergoing gynecologic surgery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019; 220(3): 37-44.
- 37- Bergler JH, Pennington AC, Metcalfe M, Freis ED. Informed consent: How much does the patient understand?. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*. 1980; 27(4): 435-40.
- 38- Beauchamp TL. Informed consent: Its history, meaning, and present challenges. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2011; 20(4): 515-23.
- 39- Herring J. *Medical law and ethics*. Oxford: Oxford University Press; 2014.
- 40- Morgan D. *Issues in Medical Law and Ethics*. New York: Routledge-Cavendish; 2012.
- 41- Botha J. Patient autonomy/Informed consent. In *The Specialist Forum*. New Media Publishing. 2019; 19(1): 10-12.
- 42- Ramos-Estebanez C, Gokhale S, Daly B. Physician's or patient's autonomy?. <https://n.neurology.org/content/physicians-or-patients-autonomy> (accessed on: 2019).
- 43- Braine D. *Medical Ethics and Human Life*. New York: Wipf and Stock Publishers; 2019.
- 44- Rendtorff JD, Kemp P. Four Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw: Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability. In *Biolaw and Policy in the Twenty-First Century*. Berlin: Springer; 2019. p. 33-40.
- 45- Dunn M, Fulford KW, Herring J, Handa A. Between the reasonable and the particular: Deflating autonomy in the legal regulation of informed consent to medical treatment. *Health Care Analysis*. 2019; 27(2): 110-27.
- 46- Nys H. *Medical law in Belgium*. New York: Kluwer Law International BV; 2019.
- 47- Foster C. The rebirth of medical paternalism: An NHS Trust v Y. *Journal of Medical Ethics*. 2019;45(1): 3-7.

Physician's Respect; Patient's Boundary and the Invaluable Virtue Named "Trust"

Seyed Mohsen Sadat Akhavi¹, Hamid Reza Salehi^{*2}

¹Assistant professor, Department of law, Shahed University, Tehran, Iran.

²Assistant professor, Department of law, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Abstract

The mutual trust in a social relationship is essential to adjusting that relationship under ethics and law. The functionality of legal and ethical rules can be trusted to create a good, orderly and just relationship when the parties can trust each other under the protection of such rules. The first legal documents in Iran required the practitioner to obtain the respect and trust of the society in himself and his colleagues, and then made clear his obligation under it. In subsequent reforms, such obligation stood as they were, but the values of "trust" and "respect" were not mentioned. It seems that "trust" and "respect" of physicians in a society is the good will of these professionals which supports the efficiency of the treatment on one hand, and the conscious cooperation of the patient on the other. This matter is dependent on the physician's effort in respecting the patient's boundary and staying true to the physicians own technical and professional obligations. This article emphasizes the necessity this inseparable relationship, and the analysis of legal obligation in the light of such higher ethical values.

Keywords: Trust, Professional obligations, Technical obligations, Physician's respect, Patient's boundary.

* Corresponding Author: salehi_hamid1202@yahoo.com