

Review of the Relationship between Normative and Applied Ethics: Covid-19 Insights

*Mahmoud Mokhtari*¹

Submitted:

2021/1/20

Accepted:

2021/7/3

KEYWORDS:

Applied-professional ethics, normative-applied relevance, pandemic, disaster ethics, public health ethics

Abstract: Any theory in normative ethics offers an exclusive criterion for moral action. At the same time, the prevailing view is that applying any normative theory can solve practical ethical dilemmas. Thus, it is generally believed that applied-professional ethics is nothing more than normative ethics. But many philosophers and professional ethicists oppose this deductive approach to the application problem, arguing for a derivative (or procedural) approach to applied ethics. According to this view, applied ethics is not merely based on a set of a priori principles in normative ethics but requires the use of human experience in specific situations. The natural and unnatural disasters are occasions that challenge the standards of normative ethics under normal circumstances and remind of the need for special studies titled "disaster ethics". In this regard, and considering the Covid-19 pandemic, this article addresses the issue of whether the ethical challenge of the triage of coronary patients to receive the limited medical resources and services can be solved solely on the basis of normative ethical theories?

DOI: [10.30470/phm.2021.523447.1945](https://doi.org/10.30470/phm.2021.523447.1945)

Homepage: phm.znu.ac.ir

1. Assistant Professor in the Institute for Science and Technology Studies at Shahid Beheshti University, ma_mokhtari@sbu.ac.ir.

Introduction: One of the most important challenges for the health systems of countries affected by COVID-19 is the ethical challenge of decision-making about the COVID-19 patients triage and reallocation of medical equipment. Could this applied-professional ethics challenge be resolved only based on one of the theories of normative ethics? Two general approaches could be adopted to answer this question, namely deductive approach and processual approach.

Based on the former, any particular action in life and in any profession is considered an ethical action if it falls under one of the theories of ethics, otherwise, it is unethical (Winkler, 1993, p. 360). The fact that some of the ethical issues in everyday life or profession have important philosophical aspects is one of the most crucial arguments held by the proponents of this approach for resorting to the theories of philosophy of ethics in applied ethics. Another reason is the necessity of solidarity and integrity as well as balance between different minor ethical principles, which gains significance particularly in resolving the potential conflicts in the requirements of professional ethics (Arras, 2016).

However, in processual approach, applied ethics is strongly dependent on using human experiences in special conditions. Thus, it requires an interaction between theory and practice, reflection and experience, and evidence and principles (Beauchamp, 2003; Winkler, 1993). Therefore, the answer to every ethical dilemma is not determined beforehand or deductively from top down. The processual view could be used in every ethical issue, regardless of being rooted in what theoretical background, as long as it is recognized related to the intended decision-making process. What determines the weight of an ethical idea is attention to mentioned process not reflection on the theoretical principles.

In addition to focusing on the challenge of triage of patients with COVID-19, this study attempts to show that the deductive approach is problematic in this challenge and upholds a processual reciprocal reflective approach between the two levels of general principles and specific ethical judgments (cases).

Methodology: The method of this study is based on a deductive-non-deductive (processual) separable and criticism and rejection of the deductive approach through counter-evidence in a particular field of applied (professional) ethics, i.e. health care ethics. To reject the deductive approach, first, it is assumed that we can predicate the instructions for the triage of patients with COVID-19 on a normative theory using this approach. Next, it is shown that such an assumption falls short. Thus, the first step includes

finding the most suitable theory from the three main views in normative ethics, namely virtue ethics (virtuism), deontological ethics, and consequentialism. Virtue ethics: Virtue ethics is usually less referred to in applied-professional ethics as the general assumption is that everyone should be able to act ethically and be responsible for their decisions; as a result, the instructions of professional ethics should not be dependent on the virtues of particular people (Darwall, 2008, p. 36). Deontological ethics: The key feature of deontological ethics is that it defines the ethicality of a particular action based on a set of unconditional principles and rules (which we are always required to follow) regardless of its consequences or the wish of the actor. For example, if the principle is “manslaughter is wrong”, one must never commit manslaughter regardless of the conditions (Chu et al., 2020). It is obvious that such a theory cannot be adopted as the triage or reallocation instruction for patients with COVID-19. This is because all COVID-19 patients are equal and no one is prioritized over the other. Consequentialism: Consequentialism is more suited for disaster management applied ethics and particularly, formulation of instructions of triage for patients with COVID-19 as basically its focus is on creating desirable conditions rather than doing the right action.

Therefore, the deductive approach should use consequentialism at the very best to tackle the challenges of triage and reallocation for patients with COVID-19. However, it is shown that consequentialism could neither be a good and complete guide for applied ethics in this field nor justify what is considered ethical in this field of applied-professional ethics.

Findings: In ethical dilemmas, consequentialism finds right a decision which maximizes benefits: “Maximum good for the maximum number of people”. Nonetheless, such a stance titled “maximization” faces some serious criticisms. First, COVID-19 patients triage based on maximization of life expectancy, quality of life, etc. Would lead to discrimination. Second, numeral maximization alone cannot be considered the certain solution and can be used for decision-making of reallocation of medical sources to COVID-19 patients only if it provides the required congruence and accuracy for every specific case (Savulescu, Cameron, & Wilkinson, 2020). Finally, the most major criticism of maximization (and consequentialism) is that it is based on categorical deprivation of patients for the triage of patients with COVID-19. This means that in a generic manner, several factors including disease conditions, underlying diseases, which reduce life expectancy, and sometimes even patient age are listed and discarded from the beginning of

the triage. Therefore, such cases are not admitted and this could be very unjust.

Discussion and conclusion: The findings of this study showed that applied-professional ethics cannot be merely based on the theories of normative ethics in the challenge of the COVID-19 pandemic. This view advocates “triage professional ethics” (Hastings Center, 2020), which is based on an interactive approach between ethical principles and human experience. In fact, none of the top-down or bottom-up approaches qualify for this matter and the desirable approach requires a reciprocal reflective process between the general and specific levels for their active balance and regulation. It is not the case that we only have principles and rules or only the details of case judgments for professional ethics to deduce one from the other. Rather, the fundamental point is that the relationship between the two is dynamic and it is the experts of professional ethics (not ethics philosophers) who are to determine which one of the parties (principles or evidence and case judgments) should be changed in accordance with the other based on empirical-professional involvement in the situation in addition to using the principles.

References

- <<https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/theory-bioethics/>>
- Beauchamp, T. L. (2003). The Nature of Applied Ethics. In Frey & Wellman (Eds.), *A Companion to Applied Ethics*. Oxford: Blackwell.
- Chu, Q., et al. (2020). Reallocating Ventilators During the Covid-19 Pandemic: Is It Ethical? *Surgery*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.surg.2020.04.044>
- Darwall, S. L. (2008). Theories of Ethics. In R. G. Frey & C. H. Wellman (Eds.), *A Companion to Applied Ethics* (pp. 17-37): Blackwell Publishing.
- Hastings Center. (2020). Ethical Framework for Health Care Institutions and Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to the Novel Coronavirus Pandemic. Retrieved from <<https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/>>
- Savulescu, J., Cameron, J., & Wilkinson, D. (2020). Equality or Utility? Ethics and Law of Rationing Ventilators. *British Journal of Anaesthesia*, 125(1), 10-15.
- Winkler, E. R. (1993). From Kantianism to Contextualism: The Rise and Fall of the Paradigm Theory in Bioethics. In E. R. Winkler & J. R. Coombs (Eds.), *Applied Ethics: A Reader* (pp. 343-365). Oxford: Blackwell.

بازنگری در رابطه اخلاق هنجاری و کاربردی (در پرتو بحران کرونا)

محمود مختاری^۱

چکیده: نظریه‌های مختلف در اخلاق هنجاری، معیارهای متفاوتی برای فعل اخلاقی ارائه می‌دهند. در عین حال تصور غالب این است که به کار بستن هر یک از نظریه‌های اخلاق هنجاری می‌تواند مسائل اخلاقی عملی را حل کند. بدین ترتیب عموماً معتقدند که اخلاق کاربردی - حرفه‌ای، چیزی بیش از اخلاق هنجاری نیست. اما عده زیادی از فیلسوفان اخلاق و متخصصین اخلاق حرفه‌ای با این رویکرد قیاسی دربارهٔ ربط هنجاری - کاربردی مخالفند و با اعتقاد به رویکردی فرایندی (یا رویه‌ای) به اخلاق کاربردی ادعا می‌کنند که اخلاق کاربردی، صرفاً مبتنی بر یک مجموعه اصول پیشینی در اخلاق هنجاری نیست و نیاز به بهره‌گیری از تجربه‌های انسانی در شرایط خاص دارد. بلافاصله و حوادث طبیعی و بشری، بزنگاهایی هستند که معیارهای اخلاق هنجاری در شرایط عادی را به چالش می‌کشند و ضرورت مطالعات ویژه‌ای (تحت عنوان اخلاق بلافا) را یادآوری می‌کنند. در این راستا و به بهانهٔ فراگیر شدن بیماری کرونا، مقاله حاضر به این مسئله می‌پردازد که آیا چالش اخلاقی اولویت‌بندی و تریاژ بیماران کرونایی برای دریافت منابع و خدمات درمانی را می‌توان صرفاً بر اساس نظریه‌های اخلاق هنجاری حل کرد؟ پاسخ این مقاله به این پرسش منفی است. رویکرد مختار مقاله، مبتنی بر یک فرایند رفت‌وبرگشتی تأملی بین دو سطح قواعد عام و قضاوت‌های خاص (موردی) اخلاقی است. در واقع در هر موقعیت حرفه‌ای، رابطه بین عام و خاص و هر دو سوی این رابطه، قابلیت تغییر دارند و متخصصین اخلاق حرفه‌ای تشخیص می‌دهند که در آن مورد، کدام یک از طرفین رابطه (یا هر دو) را در جهت انسجام با دیگری تغییر دهند.

تاریخ دریافت:

۱۳۹۹/۱۱/۱

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۰/۴/۱۲

واژگان کلیدی:

اخلاق کاربردی -
حرفه‌ای،
ربط هنجاری -
کاربردی،
بلافا یا فراگیر،
اخلاق بلافا،
اخلاق سلامت
عمومی.

DOI: 10.30470/phm.2021.523447.1945

Homepage: phm.znu.ac.ir

۱. استادیار دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشگر مطالعات بنیادین علم و فناوری. ma_mokhtari@sbu.ac.ir

مقدمه

بحران ناشی از همه‌گیری بیماری کرونا (Covid-19) در جهان، در صددسال اخیر کم‌سابقه (اگر نگوییم بی‌سابقه) بوده است. یکی از مهم‌ترین مشکلات در حوزه سلامت و درمان کشورهای درگیر، این است که در یک مقطع زمانی مشخص، تعداد بیماران کرونایی نیازمند دریافت درمان و مراقبت‌های خاص، از تعداد تجهیزات موجود بیشتر می‌شود؛ این در حالی است که برخی از این تجهیزات، همچون دستگاه تنفس مصنوعی (ونتیلاتور)، نقشی حیاتی برای بیماران یادشده دارد؛ تا جایی که تخصیص آن به یک بیمار و در نتیجه نجات آن بیمار در گرو جدا کردن آن از بیماری دیگر و در نتیجه مرگ آن بیمار است. این -جاست که تصمیم‌گیری در خصوص نحوه‌تریاژ و بازتخصیص تجهیزات برای بیماران کرونایی، چالشی بسیار مهم در اخلاق زیستی پدید می‌آورد.

بررسی و حل چالش‌ها و دوره‌های اخلاق کاربردی -حرفه‌ای مستلزم چارچوب نظری خاصی است. عموماً تصور بر این است که فلسفه اخلاق و به‌ویژه اخلاق هنجاری، چنین چارچوبی را فراهم می‌کند؛ اما آیا واقعاً این‌گونه است؟ چنانکه می‌دانیم اخلاق هنجاری در واقع حوزه‌ای از اخلاق فلسفی است که به تبیین و توجیه سیستماتیک معیارهای فعل اخلاقی می‌پردازد تا معلوم کند که اصول و قواعد کنش درست و نادرست اخلاقی چیست. در دانشنامه فلسفی استنفورد (Hursthouse & Pettigrove, 2018) می‌خوانیم: سه رویکرد عمده در نظریه‌های اخلاق هنجاری قابل‌شناسایی است؛ وظیفه‌گرایی که وظایف یا قواعد را مبنای عمل اخلاقی تلقی می‌کند؛ پیامدگرایی که برای انتخاب کنش اخلاقی بر پیامدهای آن متمرکز می‌شود و فضیلت‌گرایی که بر فضایل یا ویژگی‌های اخلاقی عامل کنش تأکید دارد. آیا می‌توان با تکیه بر یکی از این نظریه‌ها، در هنگام مواجهه با چالش‌های اخلاق کاربردی و حرفه‌ای، تعیین کرد که کدام گزینه، اخلاقی و مرجح است و پس از کنش نیز انتخاب آن عمل را توجیه کرد؟



در مقاله حاضر، مسأله ربط هنجاری-کاربردی را با تمرکز بر چالش تریاژ بیماران کرونایی مورد بررسی قرار می‌دهیم. پرسش اصلی تحقیق این است که آیا می‌توان صرفاً بر اساس یکی از نظریه‌های اخلاق هنجاری، نحوه درست (از منظر اخلاقی) تریاژ بیماران کرونایی را استنتاج یا توجیه کرد؟ اگر این گونه باشد، یک قیاس داریم که مقدمه کبرای آن، یک نظریه اخلاق هنجاری است که صادق فرض می‌شود و مقدمه صغرای قیاس عبارت است از این ادعای تجربی که فلان کنش خاص حرفه‌ای، مصداق عمل به نظریه هنجاری یادشده است و در صورتی که صغرای قیاس، صادق باشد این نتیجه به دست خواهد آمد که کنش حرفه‌ای یادشده، اخلاقی و درست است. در این مقاله، این دیدگاه قیاسی و مشکلات آن مورد بررسی قرار می‌گیرد. بنابراین تمرکز مقاله اساساً بر دو گانه قیاسی-غیرقیاسی در اخلاق کاربردی (حرفه‌ای) است و نباید آن را معادل با مناقشه مطلق‌گرایی-نسبی‌گرایی در اخلاق در نظر گرفت یا به آن تقلیل داد. می‌توان قواعد اخلاقی را از اخلاق هنجاری اخذ کرد؛ ولی همچنان اخلاق کاربردی (حرفه‌ای) یا عقل عملی را «منحصر» در آن قواعد ندانست و این لزوماً منجر به اتخاذ دیدگاهی نسبی‌گرایانه یا شخصی و من‌عندی در اخلاق نمی‌شود. این رویکرد غیرقیاسی (فرایندی) به اخلاق کاربردی-حرفه‌ای، دیدگاه مختار در مقاله حاضر است، راهبرد مقاله برای دفاع از رویکرد غیرقیاسی، مبتنی بر تشکیل منفصله قیاسی-فرایندی و سپس نقد و طرد رویکرد قیاسی، از طریق توسل به شواهد نقیض در یک حوزه مشخص اخلاق کاربردی (حرفه‌ای)، یعنی اخلاق سلامت و درمان است. طرد رویکرد قیاسی به این معناست که اخلاق هنجاری به تنهایی برای حل چالش‌های اخلاق حرفه‌ای (به‌ویژه در بحران‌های همه‌گیر، همچون کرونا) کافی نیست و عملاً نمی‌توان فقط از طریق دفاع پیشینی و مبتنی بر استدلال‌های صرفاً فلسفی و بریده از تجربه، یک نظریه فلسفی اخلاق هنجاری را اتخاذ کرد و سپس در مواجهه با همه چالش‌های حرفه‌ای، بر اساس آن موضع پیشینی، دست به کنش زد.

برای دستیابی به نتیجه مقاله، ابتدا در بخش بعدی دو رویکرد اصلی در خصوص

رابطه هنجاری-کاربردی در اخلاق (رویکردهای قیاسی و فرایندی) و نیز برخی مدل‌های مطرح‌شده در ذیل هر رویکرد، معرفی خواهند شد. در ادامه و از بخش سوم به بعد، تلاش خواهد شد تا با تمرکز بر چالش اخلاقی تریاژ بیماران کرونایی و از طریق راهکار توسل به شواهد نقیض، عدم کفایت رویکرد قیاسی در حل این مسأله در اخلاق کاربردی-حرفه‌ای نشان داده شود. در بخش چهارم ضمن همدلی فرضی با رویکرد قیاسی، پیامدگرایی به‌عنوان مناسب‌ترین نظریه هنجاری برای به‌کارگیری در دستورالعمل‌های تریاژ بیماران کرونایی شناسایی می‌شود؛ اما در بخش پنجم مشکلات پیامدگرایی در اخلاق بلایا نشان داده می‌شود و اهمیت گذر به اخلاق سلامت عمومی مطرح می‌شود.

۱. رویکردها به مسأله رابطه هنجاری-کاربردی در اخلاق

مسأله رابطه هنجاری-کاربردی عبارت است از چگونگی ارتباط بین اخلاق هنجاری یا نظریه‌های فلسفی در باب بایدها و نبایدهای کنش‌های انسانی و اخلاق کاربردی یا الزامات اخلاقی در حرفه‌های مختلف. در مواجهه و پاسخگویی نسبت به این مسأله که تحت عنوان «مسأله کاربرد» نیز مورد اشاره قرار می‌گیرد (Fossa, 2017, pp. 37-38)، دو رویکرد کلی مطرح است که آن‌ها را بدین گونه می‌توان صورت‌بندی کرد:

۱. رویکرد قیاسی (یا استنتاجی): بر اساس این دیدگاه رایج، اخلاق هنجاری می‌تواند به صورتی سیستماتیک زندگی اخلاقی را در هر شرایط و در هر حرفه‌ای راهبری کند. هر کنش خاص در زندگی و در حین انجام هر حرفه‌ای، اگر در ذیل یکی از نظریه‌های اخلاق قرار بگیرد کنشی اخلاقی تلقی می‌شود و در غیر این صورت غیراخلاقی خواهد بود (Winkler, 1993, p. 360). این نگاه به رابطه اخلاق حرفه‌ای با اخلاق هنجاری، رویکردی قیاسی و راه‌حل کلاسیک برای مسأله کاربرد است (Bayles, 1984) که تحت عناوین دیگری نیز، از جمله مدل مهندسی



(Caplan, 1980)، مدل غالب (Hoffmaster, 1991; MacIntyre, 1984)، مدل استاندارد (Wolf, 1994)، رویکرد یکپارچه (وحدت یافته) (Lawlor, 2007) مطرح شده است.

یکی از مهم‌ترین ادله طرفداران این رویکرد برای توسل به نظریه‌های فلسفه اخلاق در اخلاق کاربردی، این است که برخی از مسائل اخلاقی در زندگی روزمره یا در حین انجام امور حرفه‌ای، اصولاً جنبه‌های مهم فلسفی دارند. مثلاً بحث سقط جنین یا موضوع استفاده از سلول‌های بنیادی انسان به مسائلی متافیزیکی در خصوص جنین و رویان برمی‌گردد و استدلال به نفع یک تصمیم‌گیری اخلاقی یا علیه آن، به ناچار شکل و شمایل فلسفی و نظری خواهد داشت. دلیل دیگری که به نفع بهره‌گیری از نظریه‌های کلان اخلاقی در قالب مدل استنتاجی اقامه شده، عبارت است از ضرورت انسجام و یکپارچگی و نیز تعادل بین انواع قواعد جزئی اخلاقی که در اخلاق حرفه‌ای به آن‌ها استناد می‌شود. این موضوع به‌ویژه در هنگام وزن دهی به ارزش‌ها یا الزامات مختلف اخلاق حرفه‌ای یا رفع تعارض احتمالی بین آن‌ها اهمیت پیدا می‌کند (Arras, 2016).

با پذیرش دیدگاه قیاسی، اخلاق کاربردی و حرفه‌ای در ذیل فلسفه قرار می‌گیرد و به «کاربرد اخلاق هنجاری» در مسائل خاص اخلاقی تقلیل می‌یابد. بر این اساس، هیچ تفاوت قابل توجهی بین مسائل اخلاقی حرفه‌های مختلف (پزشکی، مهندسی، کسب و کار، و کالت و...) وجود نخواهد داشت و نگاهی یکپارچه یا وحدت‌گرا به حوزه اخلاق حرفه‌ای شکل می‌گیرد. این رویکرد فارغ از اینکه کدام نظریه از بین نظریه‌های اخلاق هنجاری انتخاب شود، صرفاً شرحی در خصوص کاربرد نظریه انتخاب شده است و هیچ‌گونه راه‌حل عملی برای مسأله تعارض نظریه‌های مختلف اخلاق هنجاری در انتخاب‌های اخلاقی یا تعیین مصادیق فعل اخلاقی ندارد. ادعای منتقدان این است که اخلاق کاربردی، فراتر از این است و حوزه‌ای مستلزم تعامل بین نظریه و عمل، بین تجربه و تأمل و نیز بین شهودها و اصول است (Beauchamp, 2016).

مدل استنتاجی که رویکردی بسیار انتزاعی و غیرمنعطف است، برای بازنمایی منطق درونی تجربه اخلاقی کفایت نمی‌کند (Bayles, 1984; Hoffmaster, 1991; Winkler, 1993; Collste, 2007, p. 23) و بنابراین به نظر می‌رسد درونی تجربه اخلاقی کفایت نمی‌کند (MacIntyre, 1984; Toulmin, 1981).

۲- رویکرد فرایندی (یا رویه‌ای): بسیاری از فیلسوفان معاصر اخلاق و متخصصان اخلاق حرفه‌ای معتقدند اخلاق کاربردی و حرفه‌ای نمی‌تواند صرفاً با اتکا بر یک مجموعه اصول پیشینی در اخلاق هنجاری قوام یابد و شدیداً وابسته به بهره‌گیری از تجربه‌های انسانی در شرایط خاص است. حتی برخی صاحب‌نظران ادعا می‌کنند اصولاً ارتباط خاصی بین فلسفه اخلاق و اخلاق کاربردی وجود ندارد؛ زیرا قلمرو و روش‌شناسی آن دو متفاوت است (Davis, 2009; Lawlor, 2007). بدین ترتیب، مسائل اخلاقی در حرفه‌های مختلف، شأن مستقلی خواهند داشت و لذا دیدگاهی غیر وحدت‌گرا (تفکیک‌گرا) بر اخلاق حرفه‌ای حاکم می‌شود. فریتز الهاف، فیلسوف آمریکایی اخلاق، ادعا می‌کند (Allhoff, 2011) که هیچ پیوند واقعی بین حوزه‌های مختلفی همچون اخلاق کسب و کار، اخلاق پزشکی، اخلاق زیستی، اخلاق مهندسی و از این قبیل وجود ندارد. این حوزه‌ها کاملاً از یکدیگر مستقل هستند؛ زیرا هر یک از آن‌ها به موضوعات خاصی می‌پردازند؛ به نحو منحصربه‌فردی ساختار یافته‌اند و با مقولات خودشان کار می‌کنند (Fossa, 2017, pp. 35-36).

بر این اساس، این‌گونه نیست که پاسخ هر مسأله یا دوراهی اخلاقی، از قبل یا از بالا و به صورت قیاسی مشخص باشد. بلکه یافتن بهترین کنش در هر موقعیت خاص، اساساً یک فرایند رفت و برگشتی بین قواعد کلی و اطلاعات و تجربیات جزئی است. مدل‌هایی از این رویکرد تحت عنوان اخلاق کاربردی انتقادی نیز ارائه شده است (Porz & Borry, 2020; Molewijk et al., 2004). از آنجاکه توسل به هر نظریه یا موضع هنجاری خاص، به خاطر یک‌جانبه بودن و عدم انعطاف آن، می‌تواند منجر به مشکلاتی در اشتغال اخلاقی صاحبان یک حرفه شود، به جای کاربردی کردن

ملاحظات هنجاری، با مطالعه و تدوین رویه‌هایی سروکار داریم که به کار بستن آن‌ها موجب رفع اختلاف نظرهای اخلاقی و دستیابی به تصمیمی مشترک می‌شود (Hare, 1986; Muresan, 2012; Van de Poel & Royakkers, 2007).

در دیدگاه رویه‌ای، هر ملاحظه اخلاقی را فارغ از اینکه ریشه در چه پس‌زمینه نظری دارد، تا وقتی که به رویه تصمیم‌گیری موردنظر مرتبط شناخته شود، می‌توان در آن وارد کرد. آنچه وزن یک ایده اخلاقی را تعیین می‌کند، توجه به خود رویه یادشده است؛ نه تأمل روی اصول نظری. رویه تصمیم‌گیری در هر وضعیت خاص، به عوامل و پارامترهای متعددی وابسته است و از آن‌ها بهره می‌گیرد؛ از جمله تکنیک‌های تحلیلی برای شناسایی مؤلفه‌های آن موقعیت و نیز ابزار استدلال منطقی برای ارتباط دادن آن مؤلفه‌ها به مجموعه پیامدهای مرتبط و... درنهایت، هدف اصلی در تدوین رویه تصمیم‌گیری در اخلاق حرفه‌ای این است که انواع سناریوهای مختلف بررسی شود تا امکان انتخاب غیر جانب‌دارانه و غیرشخصی از بین آن‌ها فراهم شود. محور این رویکرد، به جای متخصص اخلاق نظری، متخصص اخلاق حرفه‌ای (یعنی مثلاً متخصص اخلاق بالینی در حرفه پزشکی) است (Muresan, 2012; Fossa, 2017, p. 39) که علاوه بر تخصص و مهارت حرفه‌ای، به‌عنوان یک عامل اخلاقی به‌خرد یا نوع خاصی از معرفت و تجربه نیازمند است که به او بصیرتی بدهد تا درستی و خیر را شناسایی کند. نکته حائز اهمیت از نظر طرفداران این رویکرد این است که محتوای این معرفت را نمی‌توان از عملی که ملهم از آن است تفکیک کرد (Noble et al., 1982; Rorty, 2006).

مطابق این دیدگاه که با نام زمینه‌گرایی در اخلاق کاربردی نیز شناخته می‌شود، برای تجربه اخلاقی نه قاعده‌ای صوری وجود دارد و نه هیچ طرح استنباطی که به‌صورت منطقی آن را بازنمایی کند. درواقع، داشتن تجربه اخلاقی در شرایط واقعی مستلزم انجام داوری اخلاقی است. داوری اخلاقی، چیزی است که هرکسی همواره در زندگی خود، در معرض آن است و اصولاً از طریق تجربه آموخته می‌شود. این مفهوم

تقریباً منطبق بر فرونیسیس ارسطویی و حاکی از تفاوتی است که بین انجام مکانیکی امور و کنش آزاد از روی تأمل وجود دارد (Fossa, 2017, pp. 43-44). نظریه اخلاقی جان دیویی (Dewey, 1976) یک رویکرد زمینه‌گرا (Anderson, 2018) است که بر اساس آن، اخلاق امری پسینی و تجربی است و چنین نیست که احکام ارزشی، در یک مرجع معین پیشین خارج از رفتار ما باشد. دیویی بر اهمیت موقعیت‌های واقعی در اخلاق، تأکید می‌کند و معتقد است که هرگاه ایده یا نظریه‌ای برای از نو ساختن محیط و رفع اشکالات، بهتر پاسخگو باشد، جایگزین ایده پیشین می‌شود و هیچ ایده مطلق و مصون از خطایی وجود ندارد (قاسمی و آیت‌اللهی، ۱۳۸۶). ادعای طرفداران رویکرد زمینه‌گرایی این است که هیچ نظریه اخلاقی کامل و معتبر جهان‌شمولی وجود ندارد که کفایت لازم را برای ارزیابی اخلاقی کنش انسان‌ها در همه وضعیتهای واقعی زندگی داشته باشد. اخلاق اساساً مفهوم و ابزاری اجتماعی برای دستیابی به اهدافی معین است که در شرایطی غیرقطعی و وابسته به زمینه و نیز تاریخ‌مند از زندگی واقعی معنا می‌یابد. بدین ترتیب عمل اخلاقی نیز عملی است که در نتیجه فرایند یافتن معقول‌ترین راه‌حل برای یک مشکل، در چارچوب ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی و اجتماعی، کنش‌ها و الزامات حرفه‌ای، قواعد قانونی و... شکل می‌گیرد (Winkler, 1993, p. 360).

چنانکه مشهود است مناقشه بین دو رویکرد قیاسی و فرایندی بسیار دامنه‌دار است؛ اما راهبرد مقاله حاضر برای دفاع از دیدگاه مختار (رویکرد فرایندی) و طرد رویکرد قیاسی، بیشتر مبتنی بر نفی ادعای حداکثری رویکرد قیاسی است که منطقی‌تر از طریق توسل به شواهد نقیض، امکان‌پذیر است؛ بنابراین، اگر در یک حوزه مشخص اخلاق کاربردی-حرفه‌ای (مثلاً اخلاق زیستی) نقاط ضعف اساسی یا عدم کفایت رویکرد قیاسی در حل یک چالش اخلاقی خاص نشان داده شود، می‌توان به نفی آن و در نتیجه طرد دیدگاه وحدت‌گرا پرداخت و از آنجا دیدگاه غیر وحدت‌گرا و در نتیجه رویکرد فرایندی را تقویت کرد. این راهکاری است که در ادامه مقاله، با تمرکز بر «چالش



اخلاقی تریاز بیماران کرونایی» دنبال می‌شود.

۲. رویکرد قیاسی به ربط هنجاری- کاربردی: گذر به چالش تریاز بیماران کرونایی

رویکرد قیاسی به ربط هنجاری- کاربردی، اساساً دیدگاهی پیشینی نسبت به اخلاق کاربردی و حرفه‌ای است. به عبارتی بر اساس این رویکرد، ما پیش از اینکه در عمل، با چالش اخلاقی خاصی روبرو شویم به یک نظریه هنجاری معتقدیم که مقدمه کبرای قیاس قرار می‌گیرد و صادق فرض می‌شود. این ادعا که فلان کنش خاص مصداق عمل به آن نظریه است، ادعایی تجربی است که مقدمه صغرای قیاس خواهد بود و اگر صادق باشد، این نتیجه به دست خواهد آمد که کنش یادشده، اخلاقی و درست است؛ بنابراین مطابق دیدگاه قیاسی، هر کنشی تنها در صورتی مطلقاً فعل غیر اخلاقی است که مصداق هیچ‌یک از نظریه‌های هنجاری نباشد. از طرف دیگر اگر یک کنش مشخص، فعل اخلاقی باشد، منطقاً ممکن است که مصداق یک نظریه هنجاری، یا بیش از یک نظریه هنجاری باشد.

بنابراین ممکن است افراد مختلف از منظرهای متفاوتی دست به انتخاب عمل یکسانی بزنند. به عنوان مثال، فرض کنید در شرایط عادی و غیر بحرانی حرفه‌ای، کادر درمان یک مرکز با بیمار بدحالی مواجه هستند که دارای مشکل حاد تنفسی است و زندگی او وابسته به دستگاه ونتیلاتور و البته مراقبت‌های خاص درمانی است. گرچه کمک کادر درمان به این بیمار بسیار بدیهی به نظر می‌رسد و در اینجا دوراهی اخلاقی چالش برانگیزی وجود ندارد در عین حال می‌توان تصور کرد که هر یک از اعضای اخلاق‌مدار کادر درمان، کمک به بیمار را از جنبه متفاوتی اخلاقی تلقی می‌کند. یک وظیفه‌گرا به این واقعیت توجه دارد که من با کمک به این بیمار، رفتاری مطابق با قواعد اخلاقی، مثل این قاعده خواهم داشت که «با دیگران آن‌گونه رفتار کن که گویی با تو آن‌گونه رفتار می‌شود»؛ اما یک پیامدگرا بر این امر متمرکز است که در نتیجه کمک من، این بیمار همچنان زنده خواهد ماند و حال بهتری خواهد داشت و من با این

کار، به گونه‌ای باعث بهبود وضع سلامت و تندرستی یا افزایش شادی می‌شوم. از طرف دیگر یک فضیلت گرا به این واقعیت نظر دارد که کمک کردن من به این بیمار، اساساً خیرخواهانه و انسان‌دوستانه است و من از روی مهربانی و سخاوت دست به این کار می‌زنم.

در همان مثال بالا، حالا فرض کنید که کادر درمانی اخلاق‌مدار، ونتیلاتور را به بیمار یادشده متصل کرده‌اند و تعدادی از آن‌ها مشغول اقدامات درمانی و مراقبتی هستند که بیمار دیگری با علائم و وضعیت مشابه به این مرکز آورده می‌شود. قاعدتاً تعدادی از اعضای کادر درمان که فراغت دارند به کمک این بیمار می‌آیند، ونتیلاتور دیگری را به او متصل می‌کنند و...؛ اما اگر زنجیرهٔ مراجعهٔ بیماران نیازمند به تنفس مصنوعی و اقدامات درمانی خاص تا آنجا ادامه پیدا کند که دیگر ونتیلاتور، منابع درمانی یا حتی نیروی انسانی کافی و زمان، انرژی، توان و دقتی که آن‌ها می‌توانند به بیماران جدید تخصیص دهند، وجود نداشته باشد، چه باید کرد؟ این همان وضعیتی است که کادر درمان در چالش تریاژ بیماران کرونایی با آن مواجه‌اند. با این تفاوت که در بحران کرونا کمبود منابع درمانی، منحصر در یک مرکز درمانی نیست و ابعاد وسیع‌تری دارد.

نکتهٔ کلیدی این است که آن کنشی که در شرایط عادی، اخلاقی تلقی می‌شود لزوماً در مواجهه با بلایای فراگیر و بیماری‌های همه‌گیر همچون کرونا، اخلاقی نیست. ضمناً نمی‌توان انتظار داشت که توافق اعضای کادر درمان، بیماران و... در خصوص «باید و نبایدهای اخلاق» مواجهه با بلایای فراگیر مبتنی بر یک توافق در اخلاق هنجاری (مثلاً توافق بر اخلاق وظیفه‌گرا، پیامد‌گرا یا...) شکل بگیرد؛ یعنی این گونه نیست که افراد (اعم از اعضای کادر درمان، بیماران و...) فلان تصمیم یا کنش خاص حرفه‌ای را بر اساس یک نظریه اخلاقی مورد توافق توجیه کنند؛ زیرا مثلاً هر یک از اعضای کادر درمان علی‌الاصول می‌تواند به یک نظریه اخلاقی متفاوت از دیگران معتقد باشد که آن را بر اساس استدلال‌ات نظری و فلسفی خاصی پذیرفته است؛ بنابراین اگر کنش اخلاقی



حرفه‌ای هر شخص، صرفاً مبتنی بر نظریه منتخب او در اخلاق هنجاری باشد، اعضای کادر درمان نمی‌توانند دست به کنش یکسانی بزنند.

به نظر می‌رسد در اینجا مستنتج بودن از اخلاق هنجاری و نیز موجه بودن بر اساس آن، برای «اخلاقی» تلقی کردن فلان نحوه خاص تریاژ بیماران کرونایی کفایت نمی‌کند. در واقع، «مسئولیت اخلاقی» کادر درمان، فراتر از توجیه تریاژشان بر اساس یک نظریه هنجاری است و مستلزم پاسخگویی آن‌ها نسبت به تصمیمات و حتی تبعات ناخواسته، غیرمستقیم و پیش‌بینی نشده آن‌ها در مقابل بیماران و... است. البته ممکن است در شرایط بحران، مدیریت تریاژ بیماران کرونایی در هر مرکز درمانی کاملاً به عهده داور اخلاقی کمیته تریاژ یا پزشک «متخصص» مسؤول واگذار شود. در این صورت انتخاب‌های اخلاقی بیش از آنکه از نظریات اخلاقی هنجاری استنتاج شود، برآمده از جزئیات شرایط بیماری، میزان گستردگی و شیوع آن، وضعیت بیماران، ویژگی‌های فرهنگی-اجتماعی بیماران و... است؛ اما عملاً کادر درمان برای تریاژ بیماران کرونایی، از دستورالعمل‌ها و رویه‌های مدوئی پیروی می‌کنند که لزوماً مستخرج از نظریه هنجاری خاصی نیستند یا اینکه بخش‌های مختلف آن مبتنی بر نظریه‌های هنجاری متفاوتی هستند.

حال این پرسش مطرح می‌شود که اگر عامل اخلاقی را به جای افراد کادر درمان، مجموعه آن‌ها در نظر بگیریم و رویکرد قیاسی را در «دستورالعمل‌های تریاژ بیماران کرونایی» اعمال کنیم، آیا مسأله یادشده حل خواهد شد؟ برای پاسخگویی به این مسأله باید به بررسی این موضوع پردازیم که کدام نظریه اخلاق هنجاری برای تدوین یا توجیه چنین دستورالعمل‌هایی مناسب است.

۳. رویکرد قیاسی به چالش تریاژ بیماران کرونایی: گذر به اخلاق بلایا

پیش‌فرض رویکرد استنتاجی این است که معیارهای اخلاق هنجاری را می‌توان در همه شرایط به کار بست. فاجعه‌های عمومی یا بلایا (خواه طبیعی و خواه بشری) بزنگاه‌هایی

هستند که ضعف این دیدگاه و نیز ضرورت توجه به توسعه مستقل حوزه‌ای از اخلاق کاربردی را نشان می‌دهند که در سال‌های اخیر آن را اخلاق زیستی بلایا (یا اخلاق زیستی فاجعه) (O'Mathúna, Gordijn, & Clarke, 2014, pp. 5-6) (یا اخلاق برای بلایا) نامیده‌اند. در عین حال در این بخش، ضمن همدلی فرضی با رویکرد قیاسی، در پی پاسخ به این پرسش هستیم که اگر دستورالعمل‌های تریاژ بیماران کرونایی مبتنی بر یک نظریهٔ هنجاری باشند، مناسب‌ترین نظریه از بین سه دیدگاه شاخص در اخلاق هنجاری (وظیفه‌گرایی، پیامدگرایی، فضیلت‌گرایی)، کدام است و سپس در بخش‌های بعدی مقاله، نقص چنین نگاهی را نشان خواهیم داد.

فضیلت‌گرایی: به نظر می‌رسد دورترین نظریه هنجاری از هدف به‌کارگیری در دستورالعمل‌های تریاژ بیماران کرونایی، اخلاق فضیلت‌گرا باشد. ایدهٔ اصلی فضیلت‌گرایی این است که در چالش‌ها و دوراهی‌های اخلاقی باید به فضایل یا اشخاص فضیلت‌مند به‌عنوان یک مدل و الگو نگاه کرد؛ بنابراین در اخلاق کاربردی - حرفه‌ای اصولاً کمتر به اخلاق فضیلت‌گرا ارجاع داده می‌شود؛ زیرا از آنجا که فرض بر این است که تمام افراد قادر به انجام عمل اخلاقی و نیز پاسخگویی نسبت به انتخاب‌های خود باشند، ارائهٔ دستورالعمل برای هدایت افراد به سمت فعل اخلاقی نمی‌تواند وابسته به فضایل خاصی باشد (Darwall, 2008, p. 36). البته که در شرایط بحران و در چالشی همچون تریاژ بیماران کرونایی، این ویژگی در فضیلت‌گرایی بسیار سودمند است که در این چارچوب، «به‌طور فردی» می‌توان به ارزیابی موقعیت پرداخت و متناسب با آن راه‌حل‌های خلاقانه ارائه داد؛ بنابراین کنش یک پزشک برخوردار از فضایل دلسوزی و اعتمادپذیری، در مواجهه با بیماران کرونایی، گرچه می‌تواند به‌عنوان یک الگوی اخلاقی پیشنهاد شود نمی‌تواند مبنای یک قاعده اخلاقی قرار گیرد (Gardiner, 2003). ضمن اینکه در چالش‌های بلایای همه‌گیر، علاوه بر ویژگی‌های شخصیتی و فضایل کادر درمان، اصولاً نیاز به رویکردی جمعی و تیمی در تریاژ داریم (Mallia, 2015).



وظیفه‌گرایی: عموماً عقیده بر آن است که در حین فعالیت عادی کلینیکی که تمرکز بر شخص بیمار است، رویکرد وظیفه‌گرا، نسبت به رویکرد فایده‌گرا مرجح است؛ اما در بحران‌ها و بلایای ملی که تمرکز بر عموم مردم است، برعکس است. ویژگی کلیدی وظیفه‌گرایی این است که اخلاقی بودن یک کنش خاص را صرف‌نظر از پیامدهای آن یا خواسته‌های فاعل آن، صرفاً بر اساس یک مجموعه اصول و قواعد نامشروط (که همواره موظف به پیروی از آن‌ها هستیم) تعیین می‌کند. مثلاً اگر قاعده این است که «قتل نفس، نادرست است» در این صورت صرف‌نظر از اینکه شرایط چگونه است، هرگز نباید مرتکب قتل شویم (Chu et al., 2020). بدیهی است چنین نظریه‌ای را نمی‌توان مبنای دستورالعمل‌های تریاژ یا بازتخصیص برای بیماران کرونایی قرار داد. بر اساس وظیفه‌گرایی کانت، همه بیماران کرونایی برابر هستند و هیچ‌یک بر دیگری اولییتی ندارند. بازتخصیص و نتیلاتور نیز برخلاف این قاعده اخلاقی است که هرگز با افراد به‌عنوان ابزاری برای دستیابی به اهداف رفتار نکن، حتی اگر منجر به خیر بزرگ‌تری شود. وظیفه‌گرایان در اخلاق زیستی معاصر نیز، با تمیز دو نوع وظیفه‌ایجابی و سلبی، معتقدند که در هنگام تعارض، وظایف سلبی مقدم هستند؛ بنابراین بازتخصیص و نتیلاتور به بیماران کرونایی، غیراخلاقی است؛ زیرا گرچه کادر درمان علی‌الاصول موظف‌اند برای همه بیماران کرونایی نیازمند به نتیلاتور، این دستگاه را فراهم کنند (وظیفه‌ایجابی) نباید به خاطر این وظیفه، و نتیلاتور را از یک بیمار جدا کنند تا به دیگری بدهند؛ زیرا در این صورت از وظیفه‌سلبی خود تخطی کرده‌اند (Chu et al., 2020).

پیامدگرایی: به نظر می‌رسد از بین سه نظریه اصلی اخلاق هنجاری، پیامدگرایی بیش از بقیه مناسب اخلاق کاربردی بلایا و به‌ویژه تدوین دستورالعمل‌های تریاژ برای بیماران کرونایی باشد؛ زیرا اساساً تمرکز پیامدگرایی بیشتر بر ایجاد حالات و وضعیت‌های مطلوب است تا بر انجام عمل درست. ایده اصلی پیامدگرایی این است که هر کنشی را تا آنجا که منافع ناشی از آن بیشینه باشد، از نظر اخلاقی درست می‌داند؛

حتی اگر آن عمل از منظر اخلاقیات خوب تلقی نشود (Chu et al., 2020). ویژگی مهم پیامدگرایی، بی‌طرفی نسبت به عامل اخلاقی است. به این معنا که هرگونه کنش، سیاست‌گذاری، یا عمل خاصی که منجر به وضعیت‌ها یا حالات امور مطلوب شود، صرف‌نظر از ربط عامل آن با این وضعیت‌ها، موجه است (Darwall, 2008, p. 29). از منظر پیامدگرایی، بازتخصیص و نتیلاتور موجه است. گرچه کمتر از پنجاه سال پیش، جدا کردن و نتیلاتور از یک بیمار، عمل کشتن تلقی می‌شد و از نظر قانونی و اخلاقی ممنوع بود؛ امروزه این کار، رایج‌ترین علت مرگ بیماران در آی.سی.یو است و در هنگام درخواست بیمار یا وجود بیمار جایگزین، یک وظیفه اخلاقی و قانونی تلقی می‌شود (Truog, Mitchell, & Daley, 2020). البته ادعای پیامدگرایان در خصوص تریاژ و بازتخصیص این است که ابتدایی‌ترین شکل پیامدگرایی (یعنی فایده‌گرایی) نیز به این معنا نیست که باید افراد را بر اساس فایده آن‌ها اولویت‌بندی کرد. در این دیدگاه نیز همچنان با افراد به‌طور برابر و عادلانه رفتار می‌شود فقط مسأله این است که تعداد بیشتری از افراد را باید نجات داد (Mallia, 2015).

بدین ترتیب چنانکه دیده می‌شود رویکرد قیاسی به ربط‌هنجاری-کاربردی، برای اینکه بتواند چالش‌های اخلاق بلایا، از جمله تریاژ و بازتخصیص برای بیماران کرونایی را حل کند، در بهترین حالت باید از پیامدگرایی بهره‌بردار؛ اما چنانکه در بخش بعدی خواهیم دید پیامدگرایی، عملاً نه می‌تواند راهنمای خوب و کاملی برای اخلاق کاربردی در این حوزه باشد و نه می‌تواند آنچه را در این حوزه اخلاق کاربردی-حرفه‌ای اخلاقی تلقی می‌شود، توجیه کند.

۴. مشکلات پیامدگرایی در اخلاق بلایا: گذر به اخلاق سلامت عمومی

در بخش قبلی مقاله، نشان داده شد که رویکرد قیاسی به ربط‌هنجاری-کاربردی، در بهترین حالت خود باید از پیامدگرایی استفاده کند و پیامدگرایی در دوراهی‌های اخلاقی، آن انتخابی را درست می‌داند که فایده یا خیر ایجادشده را بیشینه کند:



«بیشترین خیر برای بیشترین تعداد». این راهبرد پیامدگرایی را با عنوان «بیشینه‌سازی» مورد نقد و بررسی قرار می‌دهیم.

فرض کنید برای مدیریت درمان یک جامعه هدف، بودجه‌ای در اختیار شما قرار گرفته است و تصمیم‌گیری درباره اینکه آن را به چه گروه‌هایی از جامعه و چه درمان‌هایی تخصیص دهید، به عهده شخص شما گذاشته شده است. قاعدتاً اولین گام منصفانه این است که ارزش یکسانی برای «زندگی» همه افراد در نظر بگیرید؛ اما در عین حال، به نظر می‌رسد آن درمانی که زندگی بیماران مرتبط با آن را به میزان «سال‌ها»ی زیادی افزایش می‌دهد، ارزشمندتر از درمانی باشد که فقط یک سال به طول عمر بیماران اضافه می‌کند؛ بنابراین ظاهراً باید برای «هرسال افزایش زندگی ناشی از یک درمان»، صرف نظر از اینکه زندگی چه کسی است، ارزش برابر در نظر بگیرید. در این صورت می‌توان گفت راه درست برای هزینه کردن بودجه‌ای که در اختیار شماست، عبارت است از اینکه با آن تا آنجا که ممکن است «طول عمر بیشتر»ی خریداری کنید. این نحوه نگاه به مسأله تخصیص منابع درمانی، همان دیدگاه بیشینه‌سازی است (Dunn & Hope, 2018, p. 87).

فرض کنید همین معیار را برای تریاژ بیماران کرونایی به کار بندیم. اگر مهران ۸۰ ساله باشد و ۸ سال امید به زندگی داشته باشد؛ ولی بهرام ۴۰ ساله باشد و ۴۸ سال امید به زندگی داشته باشد، در این وضعیت به نظر می‌رسد باید اولویت را به بهرام داد. از این جهت که این انتخاب منجر به حفظ ۴۰ سال عمر بیشتر می‌شود. در حالی که انتخاب مهران فقط می‌تواند ۵ سال عمر بیشتر را نگه دارد؛ اما اگر بهرام فقط ۱ سال امید به زندگی داشته باشد مسأله کاملاً متفاوت خواهد بود. در این صورت اولویت با مهران است گرچه سن او بسیار بالاتر از بهرام است.

صرف نظر از این نقد که تریاژ بیماران کرونایی بر اساس امید به زندگی یا کیفیت زندگی و... نیز همچنان منجر به تبعیضی غیرمستقیم خواهد شد، نقد جدی‌تری که به بیشینه‌سازی عددی وارد است این است که حتی اگر در مقایسه بین دو بیمار با دو

احتمال نجات ۹۰ درصد و ۵ درصد، بتوان چنین معیاری را به کار برد، بین دو بیمار با دو احتمال نجات ۴۰ درصد و ۳۰ درصد نمی توان با همان اطمینان دست به انتخاب زد. درواقع، بیشینه سازی فی نفسه نمی تواند راهکار قطعی تلقی شود و در صورتی می تواند برای تصمیم گیری درباره تخصیص منابع درمانی به بیماران کرونایی مورد استناد قرار بگیرد که فراخور هر مورد خاص، تناسب و دقت لازم را داشته باشد (Savulescu, Cameron, & Wilkinson, 2020).

برای روشن شدن عدم کفایت بیشینه سازی در پیامدگرایی، سه نوع مداخله درمانی را با هزینه یکسان ولی دامنه شمول و تبعات متفاوت ذیل در نظر بگیرید:

۱. مداخله ای که مجموع طول عمر ۱۰ بیمار را ۳۵ سال بیشتر می کند.
۲. مداخله ای که مجموع طول عمر ۱۵ بیمار را ۳۰ سال بیشتر می کند.
۳. مداخله ای که مجموع طول عمر ۲ بیمار را ۱۶ سال بیشتر می کند.

اگر بوجه در اختیار شما فقط به اندازه یکی از این درمان ها باشد و شما بخواهید بر اساس مدل بیشینه سازی دست به انتخاب بزنید، باید منابع را به درمان اول تخصیص دهید؛ زیرا در این صورت بوجه را صرف خریداری طول عمر بیشتری می کنید؛ اما نکته ای که منتقدان چنین دیدگاهی مطرح می کنند این است که این رویکرد، با مسأله توزیع مواجه است؛ یعنی نسبت به تعداد بیماران مشمول هر یک از درمان های یادشده و نیز افزایش عمر متوسط هر یک از بیماران تحت آن نوع درمان بی توجه است؛ بنابراین اگر نحوه توزیع سال های افزوده در بین بیماران نیز برای شما مهم باشد، انتخاب شما گزینه اول نخواهد بود. مثلاً اگر هدف شما کمک به تعداد بیشتری از افراد باشد، راه درست این خواهد بود که بوجه را برای درمان دوم خرج کنید؛ زیرا ویژگی آن این است که موجب افزایش عمر ۱۵ نفر می شود؛ درحالی که این عدد برای مجموع درمان های اول و سوم ۱۲ نفر است. همچنین اگر درصدد کمک و بهره رسانی بیشتری به هر یک از بیماران باشید، بهتر است دست به انتخاب درمان سوم بزنید؛ چراکه از این طریق به طور متوسط به طول عمر هر فرد به اندازه ۸ سال اضافه می شود. درحالی که این



مقدار در مداخله اول ۳/۵ سال و در دومی ۲ سال است.

اما در نهایت مهم‌ترین نقد وارد بر بیشینه‌سازی (و دیدگاه پیامدگرایی) این است که برای تریاژ بیماران کرونایی، مبتنی بر محروم‌سازی مقوله‌ای بیماران است؛ یعنی نوعاً مواردی از جمله شرایط بیماری یا بیماری‌های زمینه‌ای که امید به زندگی را کم می‌کنند و حتی گاهی سن بیماران لیست می‌شوند و از همان ابتدای تریاژ، کنار گذاشته شده پذیرش نمی‌شوند. محرومیت بر اساس بیماری، می‌تواند بسیار ناعادلانه باشد؛ زیرا ممکن است برخی بیماری‌ها در لیست قرار بگیرند و بیماری‌های دیگری با پیش‌آگهی مشابه در لیست قرار نگیرند. محروم‌سازی مقوله‌ای همچنین باعث نقض هنجارهای سلامت عمومی می‌شود (Auriemma et al., 2020). یک اصل بنیادی سلامت عمومی عبارت است از به‌کارگیری ابزاری که کمترین محدودیت را برای دستیابی به هدف سلامت عمومی ایجاد می‌کنند (Childress et al., 2002).

این نکات در خصوص مشکلات ربط قیاسی پیامدگرایی به اخلاق کاربردی بلایا و به‌ویژه در چالش تخصیص منابع و تجهیزات درمانی، حاکی از آن است که پیامدگرایی نه مبنا یا راهنمای کاملی برای تخصیص منابع درمانی و چالش تریاژ است و نه توجیه‌کننده آنچه در این حوزه، اخلاقی تلقی می‌شود. اخلاق بلایا بیش از آنکه به اخلاق هنجاری مرتبط باشد، با اخلاق سلامت عمومی (که خودش یک حوزه جدید در اخلاق زیستی است) در ارتباط است و از موضوعات آن، سخن می‌گوید (O'Mathúna, Gordijn, & Clarke, 2014, pp. 4-5).

تجربه بحران کرونا، مؤید اهمیت حوزه اخلاق سلامت عمومی است که در کنار اخلاق کلینیکی و اخلاق زیست پزشکی، در ذیل اخلاق زیستی قرار می‌گیرد. حوزه «سلامت عمومی» دارای ماهیت و ویژگی‌های خاص و متفاوتی است: متمرکز بر خیر جمعی است؛ بیشتر متعهد به پیشگیری از بیماری‌هاست؛ وابسته به کنش دولت است و دارای جهت‌گیری پیامدگراست (Faden & Shebaya, 2016). بنابراین اخلاق سلامت عمومی را نمی‌توان به اخلاق پیامدگرا تقلیل داد یا صرفاً بر اساس آن توجیه

کرد. مثلاً ویژگی تعهد به پیشگیری به علاوه مداخله دولت، حاکی از این است که اصولاً برخی هزینه کردهای کلان در این حوزه مربوط به آینده (یا حتی نسل‌های بعدی) و نیز غیرقطعی و آماری است و لذا بر اساس پیامدگرایی (و فایده‌گرایی) اصولاً غیرموجه است. به علاوه اینکه مداخلات دولت، از پشتوانه قانون و نیز نیروی قهریه برخوردار است و ممکن است اخلاق سلامت عمومی با امنیت عمومی گره بخورد و در مواردی در تعارض با آزادی‌های اجتماعی و در نتیجه در تعارض با پیامدگرایی قرار بگیرد. این مورد در بحران کرونا و محدودیت‌های مربوط به حوزه سلامت عمومی به وضوح مشهود است.

اگر از منظر اخلاق سلامت عمومی به تریاژ بیماران کرونایی نگاه کنیم، دستورالعمل‌ها باید به گونه‌ای تدوین شود که هیچ فرصتی برای عموم از دست نرود. استفاده از یک تخت مراقبت‌های ویژه برای بیماری که استفاده او از نظر پزشکی معقول نیست، به معنای مسدود کردن دسترسی آن تخت برای بیمار دیگری است که استفاده او از نظر پزشکی معقول است؛ بنابراین از دست رفتن چنین فرصتی، به معنای آسیب رساندن به بیماران دیگر است. دستیابی به این هدف از طریق «اخلاق حرفه‌ای تریاژ» است (Hastings Center, 2020)؛ بنابراین از منظر حوزه سلامت عمومی، حق تقدم بیمارانی که علائم حیاتی و شانس زنده ماندن آن‌ها بیشتر است، بر اساس اصل حفظ کارکرد جامعه (Zucker et al., 2015, pp. 8-10) توضیح داده می‌شود و نه صرفاً با تکیه بر معیارها و محاسبات پیامدگرایی از تعداد سال‌های زندگی و... این اصل، در خصوص نحوه توزیع واکسن و... نیز اهمیت زیادی خواهد داشت.

نتیجه‌گیری

چنانکه در این مقاله نشان داده شد، کنش اخلاقی در تریاژ بیماران کرونایی را نمی‌توان بر اساس اخلاق هنجاری (نگاه بالا به پایین) مبتنی و/یا توجیه کرد. نظریه‌های اخلاق هنجاری درباره کنش درست و نادرست یا فعل اخلاقی و غیراخلاقی، اصولاً متزعز از



«تجربه‌های اخلاقی» و «شهودهای اخلاقی» ما هستند؛ یعنی ابتدا ما انسان‌ها نوعاً یک سری اعمال را اخلاقی می‌دانیم سپس نظریه‌هایی برای مفهوم‌سازی، تحلیل و تعمیم فعل اخلاقی بنا می‌کنیم؛ بنابراین مقید کردن اخلاق کاربردی به نظریه‌های اخلاقی، مثل این است که بخواهیم مهندسی را محدود کنیم به مدل‌های علمی (مثلاً فیزیک) که خودمان از طریق ساده‌سازی واقعیت به دست آورده‌ایم. این همان نکته‌ای است که بیچام، یکی از بنیان‌گذاران رویکرد اصول‌نگری در اخلاق پزشکی، به دقت بیان کرده است. بیچام معتقد است (Beauchamp, 2008, p. 5) تلاش فلاسفه اصولاً این است که اخلاقیات را تبیین و توجیه کنند؛ مفاهیم اخلاقی را روشن کنند؛ چگونگی شکل‌گیری داورها و استدلال‌ات اخلاقی را بررسی کنند؛ اصول مبنایی اخلاق را صورت‌بندی کنند و... البته اتخاذ چنین موضعی در این مقاله، بدان معنا نیست که ادعا کنیم خوب و بد اخلاقی، تابعی از آن چیزی است که انسان‌ها اخلاقی می‌دانند و به تبع تغییر اخلاقیات عمومی تغییر می‌کنند. دیدگاه نگارنده رویکردی تعاملی بین قواعد اخلاقی و تجربیات انسانی است. در واقع هیچ‌یک از دو رویکرد بالا به پایین یا پایین به بالا را نمی‌پذیرد. بلکه قائل به یک فرایند رفت‌وبرگشتی تأملی بین دو سطح عام و خاص، برای موازنه و تنظیم فعال آن دو است. چنین نیست که فقط اصول و قواعد، یا صرفاً جزئیات قضاوت‌های موردی اخلاق حرفه‌ای در دست باشند و بخواهیم از یکی، دیگری را استنباط کنیم. بلکه نکته اساسی این است که رابطه بین این دو و طرفین آن، دینامیسیتیه دارند و این متخصصان اخلاق حرفه‌ای (و نه فیلسوفان اخلاق) هستند که (ضمن بهره‌گیری از اصول) از طریق درگیری تجربی-حرفه‌ای با موقعیت، تشخیص می‌دهند که در هر چالش خاص حرفه‌ای، کدام‌یک از طرفین (اصول/یا /شهود و قضاوت‌های موردی) را باید در جهت انسجام با دیگری تغییر داد. این دیدگاه به هیچ‌وجه مستلزم اخلاق شخصی یا کنش اخلاقی حرفه‌ای من‌عندی و دلخواهی نیست؛ بلکه متخصصان یا شاغلان در هر حرفه نهایتاً یک مجموعه اصول راهنما، معیارها و نظامنامه یا قواعد اخلاقی برای مراجعه دارند. گرچه این‌ها می‌توانند در طی

زمان و بر اساس فرایندهای حرفه‌ای، با شهود و قضاوت‌های اخلاقی موردی مجموعه (به‌عنوان یک تنظیم‌کننده جمعی و نه به شخصی) تغییر یابند.

اخلاق کاربردی-حرفه‌ای در حوزه بلایای فراگیر و سلامت عمومی بیش از آنکه مرتبط به اخلاق هنجاری باشد مرتبط با سیاست‌گذاری و تصمیمات کلان است. به عبارتی آنچه در چالش اخلاقی تریاژ بیماران کرونایی، درست یا نادرست تلقی می‌شود، در واقع، اصولاً بیش از آنکه قابل انتساب به کنش حرفه‌ای پزشک و کادر یک مرکز درمانی باشد، مربوط به سیاست‌گذاران کلان (از جمله در حوزه سلامت و درمان) است. چنانکه گویی در گذر از اخلاق هنجاری به اخلاق سلامت عمومی، «عامل اخلاقی» اساساً تغییر می‌کند.

در حوزه سلامت عمومی، انتظار ما از سیاست‌گذاران برای تخصیص درست منابع درمانی به بیماران، عملاً به این سادگی قابل تحقق نیست. حتی اگر فرض کنیم که هیچ اختلاف‌نظری در خصوص ارزش‌ها و نحوه وزن دهی به آن‌ها وجود نداشته باشد، باز هم نمی‌توان مطمئن بود که سیاست اتخاذ شده، در مرحله اجرا نیز آن ارزش‌ها را پوشش خواهد داد. این امر در واقع نیازمند شواهد پزشکی کافی و نیز درک بالای فنی و تخصصی از این شواهد است؛ بنابراین مسأله اصلی صرفاً این پرسش اخلاقی نیست که «کدام تصمیم در تخصیص منابع درمانی درست است؟» بلکه دامنه آن وسیع‌تر و شامل این پرسش است که «رویه درست برای تصمیم‌گیری‌ها در خصوص تخصیص منابع چیست؟»

ملاحظات اخلاقی:

حامی مالی: این پژوهش (با عنوان مصوب: "طراحی حساس به ارزش، در دوراهی مسئولیت و منفعت") با استفاده از اعتبارات پژوهشی دانشگاه شهید بهشتی (Shahid Beheshti University G.C) انجام شده است.

تعارض منافع: طبق اظهار نویسنده، این مقاله تعارض منافع ندارد.

برگرفته از پایان نامه/رساله: این مقاله برگرفته از پایان نامه/رساله نبوده است.

منابع

- اترک، حسین. (۱۳۸۷). وظایف اخلاقی در دیدگاه دیوید راس. آینه معرفت، ۶(۴)، ۱۲۴-۱۵۰.
- _____ (۱۳۹۱). تقریری جدید از وظیفه گرایی نتیجه گرا. تأملات فلسفی، ۳(۹)، ۷-۲۷.
- بیک حرفه، شیرزاد. (۱۳۹۳). گونه‌های گوناگون فایده گرایی. تأملات فلسفی، ۴(۱۲)، ۳۵-۶۹.
- قاسمی، ا.، آیت‌اللهی، ح. (۱۳۸۶). بررسی انتقادی مبانی فلسفی دیدگاه‌های اخلاقی جان دیویی و هیلاری پاتنام. فصلنامه اخلاق در علوم و فناوری، ۲(۱ و ۲)، ۴۱-۳۱.
- Allhoff, F. (2011). What Are Applied Ethics? *Science and engineering ethics*, 17(1), 1-19.
- Anderson, E. (2018). Dewey's Moral Philosophy. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Retrieved from <<https://plato.stanford.edu/archives/win2019/entries/dewey-moral/>>
- Arras, J. (2016). Theory and Bioethics. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Retrieved from <<https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/theory-bioethics/>>
- Auriemma, C. L., et al. (2020). Eliminating Categorical Exclusion Criteria in Crisis Standards of Care Frameworks. *The American Journal of Bioethics*. doi:10.1080/15265161.2020.1764141
- Bayles, M. D. (1984). Moral Theory and Application. *Social Theory and Practice*, 10(1), 97-120.
- Beauchamp, T. L. (2003). The Nature of Applied Ethics. In Frey & Wellman (Eds.), *A Companion to Applied Ethics*. Oxford: Blackwell.
- Beauchamp, T. L. (2008). The Nature of Applied Ethics. In R. G. Frey & C. H. Wellman (Eds.), *A Companion to Applied Ethics* (pp. 1-16): Blackwell Publishing.
- Brännmark, J. (2019). The Independence of Medical Ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22(1), 5-15.

- Caplan, A. L. (1980). Ethical Engineers Need Not Apply: The State of Applied Ethics Today. *Science, Technology, & Human Values*, 5(4), 24-32.
- Childress, J. F., et al. (2002). Public Health Ethics: Mapping the Terrain. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30(2), 170-178.
- Chu, Q., et al. (2020). Reallocating Ventilators During the Covid-19 Pandemic: Is It Ethical? *Surgery*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.surg.2020.04.044>
- Collste, G. (2007). *Perspectives on Applied Ethics*: Linköping University Electronic Press.
- Darwall, S. L. (2008). Theories of Ethics. In R. G. Frey & C. H. Wellman (Eds.), *A Companion to Applied Ethics* (pp. 17-37): Blackwell Publishing.
- Davis, M. (2009). The Usefulness of Moral Theory in Practical Ethics: A Question of Comparative Cost (a Response to Harris). *Teaching Ethics*, 10(1), 69-78.
- Dewey, J. (1976). *The Middle Works, 1899-1924* (Vol. 13): SIU press.
- Dunn, M., & Hope, T. (2018). *Medical Ethics: A Very Short Introduction*: Oxford University Press.
- Faden, R., & Shebaya, S. (2016). Public Health Ethics. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Retrieved from <<https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/public-health-ethics/>>
- Fossa, F. (2017). What Is Moral Application? Towards a Philosophical Theory of Applied Ethics. In *Applied Ethics. The Past, Present and Future of Applied Ethics* (pp. 34-49). Hokkaido University, JAPAN: Center for Applied Ethics and Philosophy.
- Gardiner, P. (2003). A Virtue Ethics Approach to Moral Dilemmas in Medicine. *Journal of Medical Ethics*, 29(5), 297-302.
- Hare, R. M. (1986). Why Do Applied Ethics? In J. P. DeMarco & R. M. Fox (Eds.), *New Directions in Ethics. The*

- Challenge of Applied Ethics*, (pp. 225-237). New York-London: Routledge and Kegan Paul.
- Hastings Center. (2020). Ethical Framework for Health Care Institutions and Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to the Novel Coronavirus Pandemic. Retrieved from <https://www.thehastingscenter.org/ethicalframeworkcovid19/>
 - Hoffmaster, B. (1991). The Theory and Practice of Applied Ethics. *Dialogue: Canadian Philosophical Review/Revue canadienne de philosophie*, 30(3), 213-234.
 - Hursthouse, R., & Pettigrove, G. (2018). Virtue Ethics. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Retrieved from <https://plato.stanford.edu/archives/win2018/entries/ethics-virtue/>
 - Lawlor, R. (2007). Moral Theories in Teaching Applied Ethics. *Journal of Medical Ethics*, 33(6), 370-372.
 - MacIntyre, A. (1984). Does Applied Ethics Rest on a Mistake? *The Monist*, 67(4), 498-513.
 - Mallia, P. (2015). Towards an Ethical Theory in Disaster Situations. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 18(1), 3-11.
 - Molewijk, B., et al. (2004). Scientific Contribution. Empirical Data and Moral Theory. A Plea for Integrated Empirical Ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 7(1), 55-69.
 - Muresan, V. (2012). A Pluralist Ethical Decision-Making Procedure. *Journal of applied ethics and philosophy*, 4, 11-21.
 - Noble, C. N., et al. (1982). Ethics and Experts. *Hastings Center Report*, 12(3), 7-15.
 - O'Mathúna, D. P., Gordijn, B., & Clarke, M. (2014). Disaster Bioethics: An Introduction. In *Disaster Bioethics: Normative Issues When Nothing Is Normal* (pp. 3-12): Springer.

- Porz, R., & Borry, P. (2020). Combining Empirical Data and Normativity: Possible or Not? In *Dealing with Bioethical Issues in a Globalized World* (pp. 119-129): Springer.
- Rorty, R. (2006). Is Philosophy Relevant to Applied Ethics? Invited Address to the Society of Business Ethics Annual Meeting, August 2005. *Business Ethics Quarterly*, 369-380.
- Rosenbaum, S. J. (2011). Ethical Considerations for Decision Making Regarding Allocation of Mechanical Ventilators During a Severe Influenza Pandemic or Other Public Health Emergency.
- Ross, D. (2002). *The Right and the Good*: Oxford University Press.
- Savulescu, J., Cameron, J., & Wilkinson, D. (2020). Equality or Utility? Ethics and Law of Rationing Ventilators. *British Journal of Anaesthesia*, 125(1), 10-15.
- Toulmin, S. (1981). The Tyranny of Principles. *Hastings Center Report*, 31-39.
- Truog, R. D., Mitchell, C., & Daley, G. Q. (2020). The Toughest Triage—Allocating Ventilators in a Pandemic. *New England Journal of Medicine*, 382(21), 1973-1975.
- Van de Poel, I., & Royakkers, L. (2007). The Ethical Cycle. *Journal of Business Ethics*, 71(1), 1-13.
- Winkler, E. R. (1993). From Kantianism to Contextualism: The Rise and Fall of the Paradigm Theory in Bioethics. In E. R. Winkler & J. R. Coombs (Eds.), *Applied Ethics: A Reader* (pp. 343-365). Oxford: Blackwell.
- Wolf, U. (1994). Applied Ethics, Applying Ethics and the Methods of Ethics. In H. Pauer-Studer (Ed.), *Norms, Values, and Society* (pp. 187-196): Springer.
- Zucker, H., et al. (2015). Ventilator Allocation Guidelines. *Albany: New York State Department of Health Task Force on Life and the Law*.