



The Iranian Association of  
Medical Law



The Bioethics and Health  
Law Institute

## A Reflection on the Utilitarian and Duty-Oriented Approach to Patient Rights in Health Crises

Mohsen Safari<sup>1\*</sup>, Sajjad Ghasemi<sup>1</sup>

1. Department of Private and Islamic Law, Faculty of Law and Political Science, University of Tehran, Tehran, Iran.

### ABSTRACT

**Background and Aim:** The necessity of observing the rights of the patient is one of the important issues in the field of medical ethics and civil rights. In the case of health crises, the health system faces important challenges, including a lack of medical and hospital resources, as well as a lack of human resources and there are complex ethical dilemmas regarding the observance of patient rights. On the one hand, based on the utilitarian view of the rights of the patient, collective and public interest takes precedence and if necessary, some of the rights of patients may be denied so that critical conditions can be overcome. On the other hand, on the basis of a deontological view, critical conditions will not justify ignoring the rights of patients and crises caused by external conditions cannot be considered as a basis for depriving patients of their basic rights. The issue that needs to be discussed is which of these two approaches can be ethically and practically a basis for action in health crises and is appropriate in relation to civil rights issues.

**Method:** In this study, by analytical and descriptive methods, the concept, consequences and critique of each of the dual approaches to patient rights in health crises have been studied.

**Ethical Considerations:** In writing this article, the ethical and professional principles of trustworthiness in quoting materials and references and observing honesty and accuracy have been taken into account.

**Results:** Considering the inhuman consequences of the utilitarian approach and the lack of flexibility in the duty-based approach with regard to practical limitations in critical situations, the appropriate solution has been proposed as a moderate theory called the threshold of conscientiousness.

**Conclusion:** The moral duty of the medical system to respect the patient's rights remains during the crisis period and only if the collective benefit reaches a certain threshold that cannot be ignored, the moral obligation to respect the patient's rights can be temporarily violated.

**Keywords:** Patient Rights; Medical Ethics; Utilitarianism; Deontology; Health Crisis; Corona

**Corresponding Author:** Mohsen Safari; **Email:** safarimohsen@ut.ac.ir

**Received:** November 14, 2023; **Accepted:** April 22, 2024; **Published Online:** February 27, 2025

### Please cite this article as:

Safari M, Ghasemi S. A Reflection on the Utilitarian and Duty-Oriented Approach to Patient Rights in Health Crises. *Medical Law Journal*. 2024; 18: e48.



## تأملی در رویکرد فایده‌گرا و وظیفه‌گرا نسبت به حقوق بیمار در بحران‌های سلامت

محسن صفری<sup>۱\*</sup>، سجاد قاسمی<sup>۱</sup>

۱. گروه حقوق خصوصی و اسلامی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** لزوم رعایت حقوق بیمار از مسائل مهم در مباحث اخلاق پزشکی و حقوق شهروندی است. در شرایط وقوع بحران‌های سلامت که نظام درمانی با چالش‌های مهمی، از جمله کمبود منابع درمانی و بیمارستانی و همچنین کمبود منابع انسانی مواجه است، دوراهی‌های اخلاقی پیچیده‌ای در خصوص رعایت حقوق بیمار مطرح می‌شود. از یکسو بر مبنای نگاه فایده‌گرایانه به حقوق بیمار، باید با لحاظ مصالح جمعی و منافع عمومی، در صورت لزوم از رعایت بخشی از حقوق بیماران صرف نظر کرد تا بتوان بر شرایط بحرانی غلبه کرد. از سوی دیگر بر مبنای نگاه وظیفه‌گرایانه، شرایط بحرانی مجوزی برای نادیده گرفتن حقوق بیماران نیست و نمی‌توان بحران‌های ناشی از شرایط بیرونی را مبنایی برای محروم کردن بیماران از حقوق اساسی خود دانست. مسأله‌ای که باید مورد بحث قرار گیرد، این است که کدام یک از این دو رویکرد، به لحاظ اخلاقی و عملی می‌تواند در بحران‌های سلامت مبنای عمل باشد و نظام درمانی را به لحاظ عملی و نظام حقوقی را به لحاظ مبنایی به سمت مسیر درست راهنمایی کند.

**روش:** در این پژوهش با روش تحلیلی - توصیفی، مفهوم، پیامدها و نقد هر کدام از رویکردهای دوگانه در خصوص حقوق بیمار در بحران‌های سلامت مورد بررسی قرار گرفته است.

**ملاحظات اخلاقی:** در نگارش این مقاله، اصول اخلاقی و حرفه‌ای امانتداری در نقل مطالب و ارجاعات و رعایت صداقت و صحت مبنا قرار گرفته است.

**یافته‌ها:** با توجه به تبعات غیر انسانی رویکرد فایده‌گرایی و نیز عدم انعطاف‌پذیری لازم در رویکرد وظیفه‌گرایی با توجه به محدودیت‌های عملی در شرایط بحرانی، راه حل مناسب به عنوان یک نظریه میانه‌رو تحت عنوان آستانه وظیفه‌گرایی پیشنهاد شده است.

**نتیجه‌گیری:** قاعده این است که وظیفه اخلاقی نظام درمانی در خصوص رعایت حقوق بیمار در دوره بحران نیز باقی می‌ماند و صرفاً در صورتی که منفعت جمعی به آستانه خاصی برسد که غیر قابل چشم‌پوشی باشد، می‌توان تعهد اخلاقی ناظر بر رعایت حقوق بیمار را به طور موقت نقض کرد.

**واژگان کلیدی:** حقوق بیمار؛ اخلاق پزشکی؛ فایده‌گرایی؛ وظیفه‌گرایی؛ بحران سلامت؛ کرونا

نویسنده مسئول: محسن صفری؛ پست الکترونیک: [safarimohsen@ut.ac.ir](mailto:safarimohsen@ut.ac.ir)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۸/۲۳؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۰۳؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۱۲/۰۹

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Safari M, Ghasemi S. A Reflection on the Utilitarian and Duty-Oriented Approach to Patient Rights in Health Crises. Medical Law Journal. 2024; 18: e48.

## مقدمه

از جمله مهم‌ترین حقوق شهروندی حق بر حیات و سلامت است. در ماده دو منشور حقوق شهروندی بر دسترسی به درمان مناسب، دارو، تجهیزات، و کالاها و خدمات پزشکی، درمانی و بهداشتی منطبق با معیارهای دانش روز و استانداردهای ملی تأکید شده است. از جمله مهم‌ترین مسائلی که سیاستگذاران و نظام درمان در دوره بحران‌های سلامت با آن مواجه است، مسأله نحوه مدیریت و تخصیص منابع محدود دارویی، بیمارستانی و انسانی به انبوه مراجعان است. این مسأله بر اصل امکان ارائه خدمت به بعضی بیماران و همچنین کیفیت ارائه خدمات و دسترسی به دارو و خدمات درمانی و پزشکی اثر جدی می‌گذارد. به بیان دیگر، در شرایط بحرانی، نظام درمانی نمی‌تواند خدمات لازم، کافی و مطلوب را نسبت به بیماران ارائه دهد و در این وضعیت، حقوق بیماران تحت تأثیر قرار می‌گیرد. آنچنانکه ارائه بسیاری از خدمات درمانی غیر اورژانسی در دوره بحرانی کرونا متوقف شد. همچنین اولویت‌بندی‌های مختلفی در خصوص ارائه خدمات به بیماران طراحی شد که ممکن بود موجب سلب حق بر سلامت و دریافت خدمات درمانی بعضی از بیماران شود (به عنوان مثال در بیمارستان‌های آمریکا موارد متعددی از سهمیه‌بندی تخصیص منابع بیمارستانی گزارش شد (۱)). به همین ترتیب، بسیاری از دولت‌ها به ناچار، حق بر حریم خصوصی بیماران کرونایی را با هدف تسلط بر شرایط بحرانی با استثنائاتی همراه کردند.

این موارد نقض حقوق بیمار در دوره بحران کرونا مسائل اخلاقی مهمی را طرح می‌کند. از جمله این مسائل مهم این است که وضعیت بحرانی بر چه مبنایی به نظام درمانی اجازه می‌دهد تا حقوق بیماران را برای تأمین یک منفعت مهم‌تر و جمعی‌تر - که همان غلبه بر بحران سلامت است - نادیده بگیرد و آیا از منظر فلسفه اخلاق می‌توان چنین نگاهی به حقوق بیمار را قابل توجیه دانست؟ به دیگر سخن، آیا می‌توان در بحران‌های سلامت، حقوق بیماران را فدای اهداف مهم‌تر کرد و یا اینکه چنین مصالحه‌ای از منظر اخلاقی قابل پذیرش

نیست؟ در این زمینه دو رویکرد اصلی در مطالعات اخلاق و فلسفه حقوق مطرح است که تحت عنوان رویکرد فایده‌گرا و رویکرد وظیفه‌گرا شناخته می‌شود. در این پژوهش پس از بحث مقدماتی از مفاهیم پایه حقوق بیمار و وضعیت بحران سلامت، ابتدا به شناخت دو رویکرد بالا پرداخته و سپس اثر هر کدام از این دو رویکرد بر حقوق بیمار در دوره بحران سلامت ارزیابی می‌شود و نهایتاً به تحلیل این دو رویکرد از منظر توجیه اخلاقی و فایده‌مندی اجتماعی پرداخته و در پایان راه حل مناسب برای مواجهه با حقوق بیمار در بحران سلامت ارائه می‌شود.

## ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

## روش

این پژوهش در شاخه نظری قرار داشته و به لحاظ روش تحلیلی - توصیفی و روش جمع‌آوری اطلاعات کتابخانه‌ای و مبتنی بر منابع علمی داخلی و خارجی بوده است.

## یافته‌ها

با توجه به تبعات غیر انسانی رویکرد فایده‌گرایی و نیز عدم انعطاف‌پذیری لازم در رویکرد وظیفه‌گرایی با توجه به محدودیت‌های عملی در شرایط بحرانی، راه حل مناسب به عنوان یک نظریه میانه‌رو تحت عنوان آستانه وظیفه‌گرایی پیشنهاد شده است.

## بحث

۱. بحران سلامت و تأثیر آن بر حقوق بیمار: بحران سلامت (Health Crisis) یا وضعیت اضطراری سلامت عمومی (Public Health Emergency) ناظر به شرایط خاصی است که در آن سیستم درمانی با موقعیتی متفاوت از موقعیت عادی و روزمره مواجه می‌شود. بحران سلامت در شرایطی ایجاد

مهم‌ترین مشخصه چنین وضعیتی، ناکافی‌بودن منابع و پاسخ‌های متعارف موجود در سیستم درمانی است. طبیعی است که در چنین شرایط خاصی، سیستم درمانی باید به پاسخ‌های ویژه‌ای برای مقابله با وضعیت اضطراری روی آورد و این پاسخ‌های خاص می‌تواند جنبه‌های مختلفی از حقوق بیماران را تحت تأثیر قرار داده و منجر به نقض حقوق بیماران شود.

## ۲. رویکردهای اخلاقی دوگانه به حقوق بیمار در بحران‌های

**سلامت:** از آنجا که هدف خدمات درمانی تأمین خیر و نفع عمومی که عبارت از گسترش سلامت، جلوگیری از بیماری و کاهش دردهای انسانی است؛ ابعاد اخلاقی تأمین این خیر عمومی همواره از موضوعات مهم در نگاه اندیشمندان در ارتباط با نظام درمانی بوده و مبنای اصلی کدهای اخلاق حرفه‌ای پزشکی نیز تأکید بر تعهد اخلاقی درمانگر نسبت به درمان‌شونده بوده است (۴). بر همین اساس مسأله درست و غلط از منظر اخلاق، همواره در رویکردهای مختلف به حقوق بیماران مورد توجه بوده است، از جمله اصلی‌ترین رویکردها به حقوق بیماران که همواره درمانگران و به طور کلی نظام درمان را در مقابل پرسش‌های دشوار قرار داده است، دو رویکرد فایده‌گرایی و وظیفه‌گرایی اخلاقی است. از یکسو رویکرد فایده‌گرایی با تأکید بر نفع عمومی در مقابل نفع فردی و نیز توجه‌دادن به عواقب و نتایج اعمال خدمات درمانی بر مصرف و تخصیص بهینه منابع مادی و انسانی نظام درمانی، بر تأمین منافع بیشتر تأکید می‌کند و از سوی دیگر رویکرد وظیفه‌گرایی، هر بیمار را شخص دارای ارزش ذاتی و حقوق مشخصی می‌داند که تحت هیچ شرایطی نباید از دریافت خدمات درمانی و پاسداشت حقوق خود محروم شود. هر کدام از این دو رویکرد بر مبانی فلسفی، اقتصادی و سیاستگذارانه ویژه خود بنا شده‌اند و آثار ویژه خود را نیز به همراه دارند. اهمیت این دو رویکرد و اثر آن بر حقوق بیماران، به خصوص در دوره‌های بحران سلامت که کمبود منابع و لزوم تصمیم‌گیری‌های اضطراری و به طور کلی مسأله انتخاب بیمار و روش درمان و تحلیل پیامدها از اهمیت بسیار بیشتری

می‌شود که پیامدهای مربوط به امر سلامت عمومی در اثر یک وضعیت خاص، این توانایی را دارد که ظرفیت‌های متعارف جامعه برای پاسخگویی به چالش ایجاد شده را مختل کند، به این معنا که مقیاس، زمان‌بندی و غیر قابل پیش‌بینی‌بودن وضعیت ایجادشده سیستم خدمات درمانی را دچار بحران می‌کند (۲).

بحران سلامت و نظام درمان اثرات گسترده‌ای بر حقوق بیماران خواهد گذاشت. در منشور حقوق بیمار ایران (منشور حقوق بیمار در ایران، شماره: ۳۸۷۹۵۶، ۱۳۸۸/۰۸/۱۰)، پنج حق مبنایی برای بیمار مورد شناسایی قرار گرفته است که عبارت‌اند از: ۱- دریافت مطلوب خدمات؛ ۲- ارائه اطلاعات کافی و مطلوب به بیمار؛ ۳- انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات؛ ۴- احترام به حریم خصوصی و رازداری؛ ۵- دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات. اولین اثر بحران سلامت بر حقوق بیمار امکان نادیده‌گرفته‌شدن ارزش‌های انسانی مبتنی بر حقوق بشر مثل حق بر سلامت، کرامت و حرمت تمامیت جسمانی است که معلول محدودیت منابع ارائه خدمات درمانی است. اثر دوم ناظر بر نقش رضایت بیمار یا اولیای او در انتخاب روش درمان است که با حق بیمار در دریافت اطلاعات مربوط به وضعیت سلامت و اثرات روش‌های درمانی نیز مرتبط است. در شرایط بحرانی گاه نظام درمان ناچار به استفاده از روش‌های درمانی جدید است که اثرات آن مشخص نیست و فرصتی برای تبیین مسأله برای بیماران و اخذ رضایت آنان نیز وجود ندارد، زیرا نظام سلامت مجبور به ارائه پاسخ‌های اضطراری برای کنترل وضعیت است. مسأله دیگر حریم خصوصی بیمار است. به عنوان مثال در بحران کرونا بسیاری از اطلاعات بیماران از قبیل ابتلا به بیماری، وضعیت واکسن، بستری و سوابق پزشکی از سوی دولت‌ها گردآوری و مورد پردازش قرار گرفت و موجب نگرانی‌های بسیاری از منظر نقض حقوق شهروندی و سوءاستفاده از این اطلاعات شد (۳).

وضعیت بحران سلامت، شرایطی اضطراری را ایجاد می‌کند که نیازمند اقدامات ویژه‌ای از سوی مقامات دولتی بوده و

تحت تأثیر ایجاد می‌کند (۹). در این رویکرد فایده می‌تواند به معنای شادی، ثروت، سود مادی، لذت، کارآمدی بالاتر و یا خیر عمومی باشد، اگرچه جرمی بنتام (Jeremy Bentham)، با در نظر گرفتن انسان به عنوان موجود زنده لذت‌جو، تفاوتی بین صورت‌های مختلف نفع و سود قائل نیست و در نگاه او نفع یک وعده غذایی لذیذ با نفع نجات جان یک انسان برابر است، اما جان استوارت میل (John Stuart Mill) در نظریه خود با تأکید بر رتبه‌بندی لذت‌ها و منافع، بعضی منفعت‌ها را به واسطه توانایی‌ها و ظرفیت‌های خاص انسان در مرتبه بالاتری قرار می‌دهد (۱۰). بر همین اساس، نظریه اخلاقی فایده‌گرا لزوماً به معنای نادیده‌گرفتن فضیلت نیست، بلکه فضیلت را از عوامل ایجاد حس سودمندی در انسان در نظر می‌گیرد. به بیان دیگر، تفاوت رویکرد میل و بنتام بازتاب‌دهنده این مسأله است که مفهوم نفع و لذت در اصل لذت‌گرایی صرفاً به خوشی‌های مادی و فردی اشاره دارد، اما در فایده‌گرایی، نفع و لذت می‌تواند مبنایی جمعی و عمومی داشته باشد.

در فایده‌گرایی اخلاقی، نفع و سود همه افراد مساوی در نظر گرفته می‌شود و توجیه اخلاقی یک انتخاب مبتنی بر افزایش منافع جمعی است که به آن اصل بی‌طرفی (Impartiality) گفته می‌شود. بنابراین فایده‌گرایی به معنای اولویت‌دادن به فایده شخصی و نادیده‌گرفتن حقوق انسانی یا اصول اخلاقی نیست، بلکه بدین معناست که در شرایط انتخاب بین تصمیم‌های گوناگون یا وضع قوانین یا تعیین سیاست‌ها، آن امری اخلاقی است که بیشترین نفع را برای افرادی که از آن تصمیمات اثر می‌پذیرند ایجاد کند، هرچند بر مبنای اصول مطلق اخلاقی، صحیح به نظر نرسد. از این منظر می‌توان فایده‌گرایی را نوعی نگاه عملگرا که معطوف به پیامدهای رفتاری است و همچنین نوعی فلسفه مصلحت‌گرایانه دانست (۵). به این معنا که اگر نفی حقوق فردی یک یا چند شخص موجب ایجاد نفع برای عده بیشتری شود، نفی آن حقوق امری اخلاقی محسوب می‌شود. به بیان دیگر، اخلاقی‌بودن یک عمل لزوماً بر اساس ذات آن عمل و حقوق طبیعی یا مشابه آنچه فقیهان می‌گویند، حسن و قبح ذاتی تعیین نمی‌شود، بلکه

برخوردار است، بسیار بیشتر و آثار آن گسترده‌تر است که در ادامه مورد بحث قرار خواهد گرفت.

۱-۲. رویکرد فایده‌گرایی به حقوق بیمار: در این بخش ابتدا مفهوم فایده‌گرایی و سپس اثر آن بر حقوق بیمار در شرایط بحران سلامت مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

۱-۱-۲. مفهوم فایده‌گرایی: فایده‌گرایی یکی از رویکردهای بحث‌برانگیز در خصوص فلسفه اخلاق است که مدافعان و مخالفان بسیاری داشته و دارد. معیار فایده‌گرایانه (Utilitarianism) در اتخاذ تصمیمات و سیاست‌ها به معنای هدف‌گذاری و توجیه اخلاقی برای رفتارهایی است که بیشترین نفع ممکن را نسبت به بیشترین افراد ممکن ایجاد می‌کند (۵). در دایره‌المعارف فلسفه استنفورد در خصوص تمایز فایده‌گرایی از مفاهیم مشابه گفته شده است که فایده‌گرایی در ذیل فلسفه‌های اخلاق پیامدگرا (Consequentialism) قرار می‌گیرد، چراکه معیار اخلاقی بودن رفتار را بر اساس نتیجه و پیامد مورد ارزیابی قرار می‌دهد. با این حال تفاوت فایده‌گرایی با خودگرایی (Egoism) در این است که پیامد اخلاقی فایده‌گرایی حداکثرسازی نفع جمعی است، در حالی که در خودگرایی نفع شخصی مبنای عمل است (۶).

فایده‌گرایی، به عنوان یک نظریه اخلاقی، معیاری برای تصمیم‌گیری و انتخاب در عرصه‌های گوناگون اجتماعی و سیاسی ارائه می‌دهد که نوعی توجیه اخلاقی به همراه دارد. به بیان دیگر، نظریه اخلاقی فایده‌گرا صرفاً به دنبال ارائه یک تحلیل نظری از خوب و بد نیست، بلکه به دنبال ارائه یک معیار و راهنما برای عمل انسان (Action Guiding) است (۷). در رویکرد فایده‌گرایانه، مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر رفتار انسان دو عنصر لذت و رنج در نظر گرفته می‌شود و بر همین مبنا تنها اصلی که صلاحیت تأیید یا رد رفتارهای انسانی از منظر درست و غلط‌بودن را دارد «اصل سودمندی (The Greatest Happiness Principle)» است (۸). منظور از اصل سودمندی، ارزیابی میزان سود و فایده‌ای است که هر رفتار در مقایسه با سایر رفتارهای ممکن در خصوص افراد

شرایط اضطراری (از جمله همه‌گیری)، تخصیص دستگاه تنفس مصنوعی باید به گونه‌ای باشد که زنده‌ماندن افراد بیشتری تضمین شود (۱۳). نمونه دیگر در دوره بیماری کرونا در کشور ایتالیا (و البته کشورهای دیگر) بود که به علت محدودیت تخت‌های بخش ICU، پزشکان از پذیرش بیمارانی که شانس بالایی برای زنده‌ماندن نداشتند، خودداری کرده و بیماران جوان در اولویت بستری قرار گرفتند. جامعه پزشکی نیویورک، در خصوص اولویت درمان بیماران جوان علاوه بر شانس بالاتر بهبودی، بر سال‌های بیشتر باقی‌مانده از عمر آنان به نسبت افراد سالخورده نیز اشاره کرده است (۱۲). بدیهی است که می‌توان در نگاه کلان‌تر، حفظ جان فردی که در سنین فعالیت اقتصادی است را فایده‌مندتر نسبت به حفظ فردی که از سنین فعالیت اقتصادی خارج شده است، دانست. همین بحث در خصوص بیماران معلول نیز وجود دارد که گاه در دوره کرونا با توجیهاتی از دریافت خدمات منع شده‌اند (۱۴).

جنبه دیگر اثر فایده‌گرایی بر حقوق بیماران در مسأله رضایت بیمار و محوریت او در فرایند درمان مطرح می‌شود. در دوره بحران‌های سلامت، بسیاری از سیستم‌های درمانی بر مبنای رویکرد فایده‌گرا در تأمین منافع جمعی، از رویکرد بیمارمحور و تأکید بر اراده او و اطرافیانش به سمت محوریت‌دادن به سلامت عمومی تغییر روش داده‌اند (۱۵)، در نتیجه آزادی اراده شخص در فرایند درمانی و نقش رضایت کم‌رنگ می‌شود. همین مسأله در خصوص اشخاص ناتوان و محجورین نیز به کل پررنگ‌تری وجود دارد و ساختار حمایتی تعریف‌شده برای حفظ حقوق محجورین چه از جهت ولایت قهری و چه نظارت مراجع قانونی به شدت تضعیف می‌شود.

به همین ترتیب دولت‌ها با هدف مدیریت بحران سلامت، به ناچار بخش مهمی از حق بر حریم خصوصی بیماران را نادیده گرفته و به طور گسترده اطلاعات بیماران مبتلا شده به همه‌گیری را جمع‌آوری و مورد پردازش قرار می‌دهند (۱۶).

به عنوان جمع‌بندی باید گفت رویکرد فایده‌گرا با تأکید بر تأمین منافع جمعی از طریق محوریت‌بخشیدن به سلامت

پیامد آن رفتار نسبت به اجتماع تعیین‌کننده اخلاقی بودن آن خواهد بود و اگر منفعت عمومی اقتضا کند، انجام رفتارهایی که در حالت عادی غیر اخلاقی محسوب می‌شوند، مجاز و اخلاقی خواهد بود.

۲-۱-۲. اثر رویکرد فایده‌گرا بر حقوق بیمار: برای درک بهتر اثر رویکرد فایده‌گرا در بحث حقوق بیماران، باید توجه داشت که اعمال رویکرد فایده‌گرا در حوزه سلامت و حقوق بیمار، در قالب نوعی نظریه رفاه‌گرا (Welfarism) خود را نشان می‌دهد. نظریه رفاه‌گرا خود مبتنی بر سه اصل است: اصل اول حداکثرسازی نفع (Utility Maximization) است که توصیفی از رفتار مطلوب است که موجب ایجاد بیشترین نفع و سود می‌شود (۷)؛ اصل دوم پیامدگرایی (Consequentialism) است که بیان می‌دارد قضاوت در خصوص رفتارها یا تصمیمات باید با لحاظ کردن نتایج آن باشد؛ اصل سوم رفاه‌گرایی است که به این معناست که مطلوب بودن تخصیص منابع صرفاً باید بر مبنای رفاه و سودی که ایجاد می‌کند، ارزیابی شود. اعمال نظریه رفاه‌گرا بر مبنای این سه اصل به این معنا خواهد بود که سیاست‌های نظام درمان در دوره بحران سلامت صرفاً بر مبنای سود و نفع کلی که ایجاد می‌کند مورد ارزیابی اخلاقی و اقتصادی قرار خواهد گرفت (۱۱).

در چنین رویکردی چند مسأله اهمیت خود را از دست خواهد داد. اولین مسأله، بحث دریافت برابر خدمات است. در چنین رویکردی مهم نیست همه اشخاص خدمات سلامت را دریافت کنند، بلکه مهم این است آن دسته افرادی خدمات را دریافت کنند که بیشترین سود و منفعت از تخصیص منابع حاصل شود، در نتیجه حق بر سلامت و دریافت خدمات درمانی مقید به نفع و سود جمعی می‌شود و مسأله اولویت‌ها در انتخاب بیمار مطرح می‌شود (۱۲). به عنوان مثال در متن «دستورالعمل تخصیص دستگاه تنفس مصنوعی» که توسط کارگروه زندگی و قانون سازمان بهداشت ایالت نیویورک در سال ۲۰۱۵ منتشر شده است (New York's 2015 Guidelines On Ventilator Allocation During A Public Health Emergency)، گفته شده است که در



عمومی، بر تخصیص بهینه منابع نظام درمانی در بحران‌های سلامت تأکید می‌کند. در این نگاه، اخلاقی‌بودن نحوه رفتار نظام درمانی در قبال بیماران و التزام یا عدم التزام نسبت به رعایت حقوق بیماران باید در قالب تصویر بزرگ‌تری مورد تحلیل قرار گیرد که همان نفع بیشتر برای افراد بیشتر است. در چنین رویکردی، نظام درمانی به ناچار بسیاری از حقوق فردی عده کمتری بیماران را با هدف ارائه خدمت یا خدمت با احتمال اثربخشی بالاتر به عده بیشتری از بیماران نادیده می‌گیرد و با توجه به اینکه پیامد چنین رویکردی افزایش منافع جمعی است، امری اخلاقی در نظر گرفته می‌شود.

۲-۲. **رویکرد وظیفه‌گرا به حقوق بیمار:** در این بخش ابتدا شرح مختصری از مفهوم وظیفه‌گرایی اخلاقی ارائه شده و سپس اثر آن بر حقوق بیمار مورد بحث قرار خواهد گرفت.

۲-۱. **مفهوم وظیفه‌گرایی اخلاقی:** وظیفه‌گرایی اخلاقی، نظریه‌ای در فلسفه اخلاق است که بر تکالیف و تعهدات افراد تأکید می‌کند؛ آنچنانکه اصطلاح انگلیسی وظیفه‌گرایی (Deontology) ریشه در کلمه «Deon» دارد که در زبان یونانی به معنای تکلیف است. وظیفه‌گرایی اخلاقی که نماینده آن ایمانوئل کانت (Immanuel Kant) است به دنبال تأکید بر خود ماهیت رفتارها برای تبیین اخلاقی‌بودن آن است و در واقع به دنبال شناسایی معیارهایی عینی و علمی برای رفتار اخلاقی به جای تکیه بر تحلیل‌های اجتماعی و اقتصادی سنجش نفع و سود رفتارها بر پایه پیامدهای آن می‌باشد (۱۷). اخلاق وظیفه‌گرا نوعی نظریه اخلاقی غیر پیامدگرا (Non-Consequentialist) است؛ به این معنا که سنجش اخلاقی‌بودن یک عمل، نه بر اساس آثار و پیامدهای آن، بلکه بر اساس مطابقت یا عدم مطابقت آن با قانون یا اصل اخلاقی باید سنجیده شود. هر فرد باید تکلیف اخلاقی خود را انجام دهد، نه به خاطر ایجاد یا کسب یک نتیجه مثبت یا نفع جمعی، بلکه به واسطه انجام وظیفه و تعهدی که اخلاقاً بر عهده دارد. از این رو این رویکرد را رویکرد تکلیف‌محور (Duty-Based Approach) نیز می‌نامند (۱۸).

به بیان دیگر در وظیفه‌گرایی، درستی و اخلاقی‌بودن یک عمل بر مبنای خود ماهیت و فرآیند عمل ارزیابی می‌شود، نه نتیجه حاصله از آن عمل، بدین‌ترتیب در اخلاق وظیفه‌گرا، آنچه صحیح است، بر آنچه که خوب یا سودمند یا خیر در نظر گرفته می‌شود، اولویت خواهد داشت و تعهدات اخلاقی می‌تواند ماهیت عام و جهان‌شمول داشته باشد، نه اینکه بنا بر اوضاع و احوال احکام اخلاقی متفاوتی وجود داشته باشد (۱۹). در رویکرد اخلاقی وظیفه‌گرا، وظایف یا تکالیف اخلاقی در دو دسته قرار می‌گیرد: دسته اول، تکالیف و وظایفی هستند که از روابط شخصی و اجتماعی، به طور ارادی یا غیر ارادی، حاصل می‌شوند، مثل وظایف اخلاقی اعضای خانواده نسبت به یکدیگر و یا وظیفه اخلاقی طرف قرارداد در وفای به عهد و یا وظیفه یک پزشک در ارائه خدمات درمانی مناسب به بیمار؛ دسته دوم، تکالیفی هستند که از جنس ممنوعیت‌های عام بوده و به روابط خاصی مرتبط نیست، مثل تکلیف به عدم دروغ‌گویی یا قتل (۲۰).

بدین‌ترتیب باید گفت وظیفه‌گرایی اخلاقی، نوعی فلسفه اخلاق است که به جای تکیه بر نتایج و پیامدهای رفتارها برای ارزیابی اخلاقی‌بودن آن، به ماهیت خود رفتارها تکیه می‌کند. در این رویکرد، قانون و اصول اخلاقی، تعهدات و تکالیفی را به شکل ایجابی یا سلبی برای افراد به طور عام، تعیین می‌کند و معیار اخلاقی‌بودن رفتارها یا سیاست‌ها مطابقت با این تکالیف مبتنی بر اصول عام است و افراد باید تکالیفی که در دو قالب فوق برای آنان تعریف می‌شود را صرف نظر از نتایج و پیامدها و صرفاً به عنوان اعمالی که بر حسب ذات خود اخلاقی محسوب می‌شوند، انجام دهند.

۲-۲-۲. **اثر اخلاق وظیفه‌گرا بر حقوق بیمار:** در رویکرد وظیفه‌گرا، هر نوع نقض حقوق بیمار با هدف تأمین یک خیر عمومی یا منفعت جمعی، مغایر با وظیفه اخلاقی پزشک در قبال بیمار در نظر گرفته می‌شود. در چنین رویکردی، توزیع عادلانه یا سودمندانه منابع محدود نظام درمانی در دوره بحران فرع بر تعهد درمانگر و نظام درمان در وفاداری نسبت به حقوق

و منافع اشخاص تقاضاکننده خدمات درمانی بوده و نمی‌تواند جهتی برای نقض یا نادیده‌گرفتن حقوق بیمار باشد (۲۱).

رویکرد وظیفه‌گرا به حقوق بیمار، به عنوان قاعده به شرایط غیر بحرانی اختصاص دارد با این حال، این رویکرد در دوره‌های بحران سلامت نیز می‌تواند مبنای عمل قرار گیرد و شاید بتوان گفت در شرایط بحرانی است که رعایت حقوق بیماران از اهمیت بالاتری برخوردار است. با شیوع گسترده همه‌گیری کرونا در ایالات متحده، وزارت بهداشت و خدمات انسانی این کشور نسبت به مسأله رعایت حقوق بیماران و دریافت برابر خدمات درمانی اظهار نگرانی کرده و متنی با عنوان همه‌گیری کرونا و حقوق شهروندی منتشر کرد و در آن تأکید کرد که در شرایط اضطراری، ارائه سریع و کارآمد خدمات درمانی باید بر مبنای اصول بنیادین انصاف، برابری و شفقت و همدلی باشد که آشکارکننده قوانین حقوق مدنی است باشد (۲۲)، اگرچه نویسندگان مبنای عمل قرارگرفتن چنین دستورالعملی در آمریکا در دوره کرونا را زیر سؤال برده‌اند (۱۰)، اما انتشار چنین متنی نشانگر این امر است که حتی در شرایط بحرانی نیز امکان استناد به اخلاق وظیفه‌گرا وجود دارد.

مبنای قراردادن رویکرد وظیفه‌گرا نسبت به حقوق بیمار در دوره بحران سلامت، به معنای اولویت‌دادن به حقوق فردی بیماران نسبت به منافع جمعی است. به بیان اخلاقی، پزشک در مواجهه با بیمار، باید آن رفتاری را که بالذات و بر مبنای اخلاق حرفه‌ای پزشکی و اصول اخلاقی عام صحیح است، انجام دهد و عواقب و پیامدهای چنین رفتاری از منظر تحلیل اقتصادی تخصیص منابع محدود و اثر آن بر نظام سلامت عمومی مجوزی اخلاقی برای صرف نظرکردن از حقوق بیماران نیست. به بیان دیگر، تحمیل هزینه ارتقای سود و منافع جمعی به تعداد خاصی از بیماران، به دلیل شرایط خاص، اخلاقی محسوب نمی‌شود. به عنوان مثال در بحث تخصیص دستگاه‌های تنفس مصنوعی که با محدودیت مواجه است، در رویکرد فایده‌گرا گفته می‌شد که باید این دستگاه‌ها به بیمارانی اختصاص پیدا کند که شانس زنده‌ماندن بالاتری دارند. در واقع حق مطالبه خدمات درمانی برابر بیماران

سالخورده یا بیمارانی که از منظر تحلیل پزشکی به دلیل ضعف یا بیماری زمینه‌ای شانس بالایی برای غلبه بر کرونا ندارند، نفی می‌شود. پرسشی مهمی که باید در رویکرد وظیفه‌گرا به آن پاسخ داده شود، این است که در شرایط بحران سلامت که منابع درمانی و بیمارستانی محدود است، تخصیص این منابع محدود و انتخاب بیماران برای ارائه خدمات درمانی به شکلی باید صورت پذیرد؟ در رویکرد فایده‌گرا گفته شد که افزایش منافع جمعی و حفظ جان تعداد بیشتری از افراد باید مبنای تخصیص منابع باشد. در این زمینه راه‌حلهایی ارائه شده که از نوع رویکردهای غیر بالینی (Non-Clinical Approaches) محسوب می‌شوند، چراکه برخلاف رویکرد فایده‌گرا به بررسی مؤلفه‌های سلامت اشخاص برای تخصیص منابع توجه ندارد (۱۳).

اولین راهکار، تخصیص منابع بر اساس زمان مراجعه (First-Come First-Serve) است؛ به این معنا که هر فردی که زودتر به مراکز درمانی مراجعه کند، در اولویت دریافت خدمات قرار خواهد گرفت (۱۲). در این راهکار، فردی که برای دریافت تست، بستری در ICU و... در شرایط بحرانی به مراکز درمانی مراجعه می‌کند، بدون توجه به سن و وضعیت جسمانی و... در صورتی که معیارهای علمی و حرفه‌ای دریافت خدمت را داشته باشد، خدمت درمانی متناسب را دریافت خواهد کرد و پس از اتمام ظرفیت، افرادی بعدی در لیست انتظار قرار می‌گیرند. توجیه اخلاقی این راهکار این است که مراکز درمانی بر اساس وظیفه اخلاقی خود در قبال بیماران، هر فردی که برای دریافت خدمت مراجعه می‌کند را مورد پذیرش قرار می‌دهند و به وظیفه حرفه‌ای و اخلاقی خود بدون ملاحظات نفع‌گرایانه عمل می‌کنند و عدم ارائه خدمات به افرادی که با تأخیر می‌رسند نیز با مشکل اخلاقی خاصی مواجه نیست، چراکه منابع در دسترس محدود است. در این راهکار، نظام درمانی به وظیفه اخلاقی خود در مقابل هر مراجع، بدون توجه به عواقب تصمیم خود، تا آنجا که منابع درمانی اجازه می‌دهد عمل می‌کند. پرسش مهم این است که آیا صرف زمان مراجعه می‌تواند توجیهی اخلاقی برای عدم ارائه خدمت به بیمارانی



۳. **ارزیابی رویکردها:** در این بخش، رویکردهای دوگانه فایده‌گرا و وظیفه‌گرا نسبت به حقوق بیمار در دوره بحران‌های سلامت مورد ارزیابی و تحلیل قرار می‌گیرد. با توجه به اینکه مبانی هر کدام از رویکردها در بخش قبلی مورد بحث قرار گرفت، در این بخش، تمرکز بر نقد هر کدام از این رویکردها و نهایتاً ارائه نظریه متناسب خواهد بود.

۳-۱. **ارزیابی رویکرد فایده‌گرا نسبت به حقوق بیمار در بحران‌های سلامت:** اگرچه رویکرد فایده‌گرا نسبت به حقوق بیمار با تکیه بر مؤلفه‌های بالینی و بی‌توجهی به عناصری مثل زبان، جنسیت، نژاد و کیفیت زندگی و با تأکید بر تخصیص بهینه منابع محدود در دوران بحران به بیمارانی که شانس بیشتری برای بهبودی دارند، می‌تواند در خدمت به هدف اصلی سیستم درمانی که همان حفظ حیات انسان و درمان بیماری است موفق باشد، اما انتقاداتی در خصوص این رویکرد وجود دارد که باید مورد توجه قرار گیرد:

۳-۱-۱. **تعارض منافع و سوگیری در تصمیم:** در رویکرد فایده‌گرا در بحث تخصیص منابع محدود درمانی به بیماران باید معیار حداکثرسازی درمان و افراد تحت درمان مبنا قرار گیرد و بر همین اساس بعضی افراد از دریافت خدمات درمانی محروم خواهند شد. چنین رویکردی، نیازمند تصمیمات سخت توسط کادر درمان است. اولین نکته این است که هر بیمار تحت نظر یک پزشک معالج خاص (Attending Physician) قرار دارد و این احتمال وجود دارد که هر پزشک معالج به دنبال این باشد که بیمار تحت نظر خود را دارای شرایط لازم برای دریافت امکانات درمانی معرفی کند. به همین دلیل در دستورالعمل ایالت نیویورک برای اختصاص منابع محدود درمانی در موقعیت‌های اضطراری تأکید شده است که برای بهینه‌سازی تخصیص منابع ضروری است که تصمیم‌نهایی توسط شخص یا گروهی که مسئول اولویت‌بندی بیماران (تریاج) است، اتخاذ شود (۱۳). در قانون مدیریت بحران مصوب ۱۳۹۸ به وزارت بهداشت مأموریت داده شده است تا در موقعیت‌های اضطراری و بحرانی سازوکار لازم برای درمان بیماران با توجه به موقعیت اضطراری را پیش‌بینی کند که

باشد که دیرتر به مراکز درمانی مراجعه کرده‌اند؟ به خصوص اینکه ممکن است بیمارانی که دیرتر مراجعه کرده‌اند نیازهای ضروری‌تر و فوری‌تری از جهت درمانی داشته باشند. این نکته ماهیت غیر پیامدگرای رویکرد وظیفه‌گرایی را به خوبی آشکار می‌کند.

دومین راهکار، تخصیص منابع به صورت تصادفی یا قرعه‌کشی (Randomization) است، مزیت این شیوه، ایجاد فرصت برابر دسترسی به خدمات درمانی در شرایط اضطراری است. علت پیشنهاد این شیوه، عوامل اثرگذار بر امکان مراجعه سریع‌تر بعضی بیماران به مراکز درمانی به واسطه عوامل اجتماعی - اقتصادی مثل دسترسی به شرایط بهتر حمل و نقل است.

جنبه دیگری از اثر رویکرد وظیفه‌گرا بر حقوق بیمار در بحث مراقبت و درمان در خصوص فردی که درحال سپری کردن لحظات پایانی حیات خود بوده و شانس بسیار کمی در خصوص امکان حفظ حیات او وجود دارد، آشکار می‌شود. طبق رویکرد وظیفه‌گرا، پزشکی که وظیفه رسیدگی به یک بیمار را بر عهده دارد، اخلاقاً موظف است بنا به درخواست بیمار تا آخرین لحظه همه تلاش خود را برای حفظ حیات آن بیمار اختصاص دهد، هرچند پزشک از نظر علمی، این اقدامات را بی‌ثمر بداند، چراکه این حق بیمار است که تا آخرین لحظه خدمات مناسب درمانی را دریافت کند و تکلیف اخلاقی پزشک نیز متوجه شخص بیماری است که درمان او به پزشک محول شده است، نه سایر افراد یا سلامت عمومی (۲۱).

به عنوان جمع‌بندی باید گفت رویکرد وظیفه‌گرا نسبت به حقوق بیمار به این معناست که در شرایط بحرانی نیز پزشکان باید بدون توجه به مصلحت‌جویی‌های فایده‌گرایانه و تلاش برای نفع و سلامت عمومی، در چهارچوب وظیفه اخلاقی خود که مبتنی بر وظیفه حرفه‌ای پزشک در قبال بیمار است، با رعایت حقوق بیمار مورد بحث، به ارائه خدمات درمانی اقدام کنند و شرایط خاص نمی‌تواند مجوزی برای نادیده‌گرفتن حقوق بیماران باشد، بلکه حتی می‌توان گفت اتفاقاً در شرایط بحرانی است که سیاستگذاری‌های سلامت و نظام درمان باید مبتنی بر حفظ حقوق بیماران و فراهم‌کردن شرایط دسترسی برابر به خدمات درمانی باشد.

می‌تواند متضمن اقدامات ویژه‌ای مشابه آنچه ذکر شد باشد، به هر حال، صرف نظر از اینکه در موقعیت بحرانی این اقدامات احتیاطی خود نیازمند نیروی انسانی و زمان بیشتری هستند و با شرایط اضطراری متناسب نیستند، هیچ‌گاه نمی‌توان ریسک تصمیمات غیر فنی با توجه به منافع یا ارتباطات را تا حد معقولی کنترل کرد، به خصوص اینکه نتیجه این تصمیمات منع یک بیمار از دریافت خدمات درمانی و گاه مرگ او خواهد بود.

**۳-۱-۲. دشواری در مرحله اجرا:** حتی اگر امکان سوگیری و تعارض منافع کنترل شود، اعمال رویکرد فایده‌گرایانه با دشواری‌های عملی رو به روست. به عنوان مثال در هنگام بحران‌های سلامت و ظهور یک بیماری جدید کادر درمان آمادگی یا دانش کافی برای اعمال اولویت‌بندی بیماران (تریاز) را نخواهد داشت و وضعیتی قابل پیش‌بینی در خصوص معیار انتخاب بیماران وجود نخواهد داشت. همین مسأله در خصوص حد مجاز نقض حریم خصوصی بیماران یا آزادی آنان در انتخاب درمان قابل طرح است (۱۱).

**۳-۱-۳. ایجاد الگوی غیر انسانی و مغایر با حقوق شهروندی در بلندمدت:** توجیه و تجویز منع بعضی از بیماران از خدمات درمانی - ولو در شرایط اضطراری - می‌تواند موجب عادی‌سازی برخی رویکردهای مغایر با اخلاق در بلندمدت شود (۲۳). در این ارتباط جالب توجه است که در بعضی پژوهش‌ها، همبستگی جدی بین قضاوت‌های فایده‌گرا با ویژگی‌های اخلاقی ضد اجتماعی و مبتنی بر اختلال روانی مشاهده شده است (۲۴). نکته قابل توجه دیگر این است که مبنا قراردادن نگاه‌های مبتنی بر تحلیل‌های سودمندی اقتصادی برای تصمیم‌گیری در حوزه سلامت که با حیات انسان مرتبط است، از نظر اخلاقی و اجتماعی آثار مخربی بر جای خواهد گذاشت و به تدریج با غلبه نگاه مدیریتی مالی و اقتصادی در حوزه‌ای که با جان انسان سروکار دارد و کم‌رنگ شدن ملاحظات انسانی و اخلاقی، جایگاه حقوق فردی و اجتماعی مرتبط با سلامت و درمان به شدت تضعیف شده و به طور کلی اخلاق حرفه‌ای ناظر بر درمان و تعامل نظام درمانی

با بیماران از رویکرد انسانی و اخلاقی به سمت رویکرد سودجویی و نفع محوری حرکت خواهد کرد. چنین تحولی می‌تواند چهارچوب‌های کلی نظام درمان و وضعیت حقوق بیمار را در بلندمدت دچار چالش‌های جدی کند و به تعبیر دیگر، با حاکمیت نگاه فایده‌محور اقتصادی، پارادایم و گفتمان حاکم بر حقوق بیمار را کاملاً دگرگون کند. آنچنانکه گفته شده است، رویکردهای انسان‌گرایانه یک ساختار اخلاقی جهان شمول را شکل داده‌اند که باید بر معیارهای عملکرد نظام درمان و سلامت اثرگذار باشد، به این معنا که در روابط و تعاملات مرتبط با درمان، ارزش‌های انسان‌دوستانه باید مبنای عمل باشد نه نگاه سودمحور یا مبتنی بر تحلیل‌های اقتصادی (۲۵). نگاه اقتصادمحور، تبعیض‌آمیز و غیر انسانی به بیمار و حقوق او باعث شده تا بعضی نویسندگان از تهدید غلبه نگاه غیر انسان‌گرا به رابطه پزشک و بیمار سخن بگویند (۲۶). بدیهی است که چنین تحولی چه از منظر اخلاقی و انسانی و چه از منظر حق بر سلامت و سایر حقوق فردی و شهروندی قابل پذیرش نخواهد بود.

**۳-۱-۴. فشار مضاعف بر کادر درمان:** در شرایط بحرانی که کادر درمان از نظر جسمی، روحی، استرس و احساسات تحت فشار شدید و کار طاقت‌فرسا قرار دارد، تحمیل انتخاب‌ها و دوره‌های دشوار در خصوص انتخاب بیمار که دارای جنبه اخلاقی و حرفه‌ای برای کادر درمان است، غیر صحیح به نظر می‌رسد و امکان تصمیم‌گیری مبتنی بر محاسبه دقیق منافع را کاهش می‌دهد (۲۷).

**۳-۱-۵. کاهش کارآمدی و سرعت در اتخاذ تصمیمات:** این رویکرد خود به عاملی برای کاهش سرعت سیستم درمانی تبدیل می‌شود، چراکه در شرایط بحرانی امکان بررسی بیماران با هدف تخصیص منابع درمانی به شکل کارآمد وجود ندارد و اعمال رویکرد فایده‌گرا غیر ممکن یا زمان‌بر خواهد بود (۴).

**۳-۱-۶. نقض فرصت برابر دسترسی به خدمات درمانی و احترام به حق بنیادین بر سلامت:** رویکرد فایده‌گرا، بر اولویت‌دادن به خروجی بهتر نسبت به فرصت برابر دریافت خدمات درمانی تأکید می‌کند. بر این مبنا، نقض حقوق بیماران

که بسیاری از دستورالعمل‌های اولویت‌بندی بالینی بیماران متضمن تبعیض‌های ذاتی است، مثلاً در پیش‌نویس اولویت‌بندی بیماران اونتریو کانادا (۲۹)، خارج کردن معلولین ذهنی یا جسمی از اولویت دریافت خدمات مورد انتقاد قرار گرفته است (۳۰). بر همین اساس مدیر دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت آمریکا اعلام کرد که به انجام تحقیقات برای مسئولیت مدنی و کیفی احتمالی مراکز درمانی که سیستم اولویت‌بندی بیماران کرونایی (Triage Protocols) را اجرایی کرده‌اند، برای نقض احتمالی قوانین مرتبط با حقوق بیمار اقدام خواهد کرد (۳۱). در این خصوص توجه به بعضی گزارش‌های رسانه‌ای نیز که از رهاکردن بسیاری بیماران به حال خود تا فرارسیدن مرگ خبر دادند نیز چالش‌های اخلاقی و غیر انسانی چنین رویکردی را بهتر آشکار خواهد ساخت (۳۲).

**۲-۳. ارزیابی رویکرد وظیفه‌گرا به حقوق بیمار در بحران‌های سلامت: رویکرد وظیفه‌گرا، اگرچه بر تکلیف اخلاقی درمانگر نسبت به تک‌تک درمان‌شوندگان و ارائه فرصت برابر دریافت خدمات درمانی تأکید می‌کند، اما ضعف‌هایی دارد که باید مورد توجه قرار گیرد:**

**۱-۲-۳. بی‌توجهی به شرایط بحرانی: رویکرد وظیفه‌گرا بر این مبنا استوار است که الزام اخلاقی رعایت حقوق بیمار به واسطه پیامدها و نیز تحت تأثیر موقعیت اضطراری دچار تغییر نمی‌شود. این در حالی است که سیستم درمانی در دوره‌های بحران با وضعیت‌های پیچیده‌ای مواجه است و منافع عموم جامعه باید بر منافع فردی غلبه پیدا کند. بر همین اساس بعضی نویسندگان، رویکرد وظیفه‌گرا را متناسب با شرایط بحرانی نمی‌دانند (۲۱).**

**۲-۲-۳. نگاه فردگرایانه به حاکمیت اراده بیمار: در شرایط بحران سلامت، نظام درمانی به ناچار محدودیت‌های بیشتری بر حاکمیت اراده بیماران اعمال می‌کند، در حالی که اخلاق وظیفه‌گرا با مطلق‌انگاشتن حاکمیت اراده بیمار، نسبت به زمینه اجتماعی و اقتصادی‌ای که در آن اراده بیمار ابراز می‌شود، بی‌توجه است. نمونه آن در دوره کرونا، درخواست‌های**

با توجه به فایده عمومی قابل توجیه بوده و می‌تواند زمینه سوءاستفاده را فراهم کند. به عنوان مثال در بحث حق بر حریم خصوصی چالش‌های فراوانی در دوره کرونا ایجاد شد. در چین پردازش داده‌های سلامت و مکانی شهروندان از طریق اپلیکیشن‌های مربوطه به طور گسترده انجام شده و برخلاف بسیاری کشورها استفاده از این اپلیکیشن‌ها برای شهروندان الزامی بوده است. یکی از ابتکارات خاص چین در زمینه پردازش داده‌ها استفاده از کد پاسخ سریع سلامت بوده است که اطلاعات مربوط به محل اقامت، تزریق واکسن، علائم بیماری و رفت و آمد را مورد پردازش قرار داده تا میزان خطر و ریسک مبتلابودن یک فرد قابل ارزیابی باشد (۲۸). اپلیکیشن «ریسک من» که آن را دستیار تشخیص و مراقبت کووید-۱۹ به کمک هوش مصنوعی دانسته‌اند، در اسفند ۱۳۹۹ در دانشگاه شهید بهشتی رونمایی شد. در توضیحات مرتبط با این برنامه آمده است که بیش از ۳ میلیون داده مربوط به ۱۰۰ هزار بیمار از ۷۵ بیمارستان استان تهران جمع‌آوری شده است تا در صورت ابتلای فرد به کرونا، بر اساس پردازش این داده‌ها، میزان ریسک و نوع علائم فرد مبتلاشده را پیش‌بینی کند. این داده‌ها شامل مواردی مثل سن، قد، بیماری‌های زمینه‌ای و سوابق دارویی می‌شود. پردازش گسترده داده‌های سلامت شهروندان توسط دولت یا شرکت‌های فناوری مثل گوگل همه در پرتو نگاه فایده‌گرا و اثر مثبت چنین اقداماتی بر حفظ سلامت عمومی و مقابله فعال با بحران سلامت توجیه شد.

اگرچه می‌توان سلب برخی حقوق فرعی‌تر مثل انتخاب شیوه درمان یا حریم خصوصی را به نفع عموم، با در نظر گرفتن یکسری قیود و شرایط خاص مثل تناسب، حداقلی‌بودن و پیش‌بینی راهکارهای برای جلوگیری از سوءاستفاده قابل توجیه دانست، اما اولویت‌دادن جان یک انسان به انسان دیگر بر مبنای توجیهات فایده‌گرایانه محل تردید جدی است (۲۶)، به خصوص اینکه تخصیص بهینه منابع محدود درمانی به افراد شایسته‌تر می‌تواند مقدمه‌ای برای ارزشگذاری جان انسان‌ها بر مبنای عوامل اجتماعی و اقتصادی گوناگون مثل کیفیت زندگی یا قدرت فعالیت اقتصادی شود که از نظر اخلاقی و نیز از منظر حقوق فردی، پذیرش آن دشوار است. گفته شده است

Go)» به پزشکان اجازه تجویز روش‌های درمانی و دارویی جدید را خواهند داد، هرچند ضررهایی احتمالی نیز به همراه داشته باشد، در غیر این صورت مقابله با شرایط بحرانی متوقف شده و سیستم درمانی در معرض فروپاشی قرار می‌گیرد (۳۴).

**۴. نظریه میانه‌رو: آستانه وظیفه‌گرایی (Threshold Deontology):** در مباحث پیشین، مشخص شد که هیچ یک از دو رویکرد فایده‌گرا و وظیفه‌گرا به تنهایی نمی‌تواند رویکرد مناسبی نسبت به حقوق بیماران در دوران بحران سلامت باشد. از یکسو رویکرد فایده‌گرا، با مجازشمردن بسیاری از رفتارها و محاسبه‌ها، ارزش جان انسان‌ها و حقوق آنان را نادیده می‌گیرد و از طرف دیگر رویکرد وظیفه‌گرا نیز بدون توجه به واقعیت‌های موجود در شرایط بحران، مانع از عملکرد صحیح و واقع‌بینانه نظام درمانی می‌شود. راهکار مناسبی که بتواند در ضمن اهمیت‌دادن به حقوق بیماران در دوره بحران، شرایطی را برای نظام درمانی فراهم کند که قادر به پاسخگویی مناسب و نتیجه‌بخش باشد، می‌تواند در قالب نظریه آستانه وظیفه‌گرایی مورد توجه قرار گیرد.

**۴-۱. مفهوم آستانه وظیفه‌گرایی:** آستانه وظیفه‌گرایی به این معناست که حقوق افراد بر منفعت عمومی اولویت دارد، اما تا یک نقطه و آستانه مشخص. به این معنا که قاعده اصلی و اولیه این است که حقوق بیماران - به خصوص حقوق بنیادین مثل حق دریافت خدمت سلامت که با حق حیات مرتبط است - باید محترم شمرده شود و نمی‌توان با نگاه ابزاری یا سودمحور، سلامت و حیات یک فرد را قربانی هدف بزرگ‌تر کرد، مگر اینکه اهمیت آن هدف بزرگ‌تر در حدی باشد که نتوان از آن چشم‌پوشی کرد. به عنوان مثال گفته شده است کشتن یک انسان برای حفظ جان دو انسان پذیرفته نیست، اما کشتن یک انسان برای حفظ جان تعداد بسیار بالایی از افراد می‌تواند توجیه شود (۱۲).

نظریه آستانه وظیفه‌گرایی در واقع نوعی تجدید نظر در رویکرد وظیفه‌گراست؛ از همین رو آن را وظیفه‌گرایی میانه‌رو (Moderate Deontology) در مقابل وظیفه‌گرایی مطلق نامیده‌اند (۳۵). با این حال، بعضی نویسندگان مفهوم آستانه

مکرر انجام تست‌های تشخیصی بیماری کرونا بود. بر همین اساس در دوره بحران‌های سلامت، نظام درمانی به ناچار از رویکرد حاکمیت اراده بیمار به سمت اولویت‌دادن به سلامت عمومی حرکت می‌کند (۳۳).

**۳-۲-۳. نادیده‌گرفتن ماهیت و هدف ساختارهای درمانی و پزشکی:** اگرچه رویکرد وظیفه‌گرا بر وظایف حرفه‌ای پزشک در قبال بیمار و التزام‌های اخلاقی ناشی از رابطه بیمار و پزشک تأکید می‌کند، اما هدف اصلی پزشکی که درمان بیماری است را مورد بی‌توجهی قرار می‌دهد. به رغم مباحث اخلاقی و فلسفی گوناگون، در شرایط بحرانی، روح و وجدان جمعی جامعه پزشکی و نیز رویه عملی سیستم‌های درمانی همواره به رویکردهای پیامدگرا گرایش نشان داده‌اند که در نقطه مقابل اخلاق وظیفه‌گرا قرار می‌گیرد (۱۵). بر همین اساس گفته شده است که اخلاقی‌بودن اولویت‌دادن به افراد جوان نسبت به افراد سالخورده در دریافت خدمات درمانی در شرایط بحرانی مورد اجماع جامعه پزشکی و متفکران اخلاقی پزشکی است (۱۲).

**۳-۲-۴. کاهش کارآمدی نظام درمانی در مواجهه با بحران:** در شرایطی مثل ظهور یک بیماری همه‌گیر که منشأ، علائم و روش درمان آن هنوز مشخص نشده است، نمی‌توان انتظار داشت که نظام درمان با همان استانداردهای حقوق بیمار که در شرایط عادی وجود دارد به مقابله با بیماری اقدام کند، اگرچه در شرایط عادی اصل عدم اضرار در پزشکی (Non-Maleficence) مقتضی این است که آن دسته روش‌های درمانی که هنوز به طور کامل مورد مطالعه قرار نگرفته و ممکن است ضررهایی برای درمان‌شونده به همراه داشته باشد، از سوی پزشک تجویز نشود، اما نظام‌های درمانی دنیا چاره‌ای جز تجویز این روش‌های درمانی در دوره کرونا نداشتند (۲۱). رویکرد وظیفه‌گرا با تأکید بر حقوق بیمار، مانع از تجویز چنین روش‌های درمانی می‌شود، اما واقعیت این است که شرایط اضطراری، اقتضات خاص خود را دارد و آنچنانکه گفته شده، نظام‌های درمانی با استراتژی «همزمان با حرکت رو به جلو، یادگیری هم انجام خواهد شد (Learn As We

حاصل از وظیفه‌گرایی به رغم تجویز نقض آن به واسطه رسیدن به آستانه مورد نظر است و دارای این فایده است که از نظر روانی، حقوق یا اشخاصی که قربانی هدف بزرگ‌تر شده‌اند، صرفاً وسیله یا امری قابل مصرف برای مصلحت بزرگ‌تر در نظر گرفته نمی‌شوند. به بیان دیگر، علاوه بر اینکه در شرایط تعدی نسبت به یک تکلیف اخلاقی باید احساس ندامت وجود داشته باشد، در شرایط نقض یک تعهد اخلاقی که در واقع فرد به واسطه یک مجوز اخلاقی ثانویه ناچار به نقض یک تعهد اخلاقی شده است نیز باید ندامت غم‌انگیز وجود داشته باشد که یادآور هزینه‌ای است که برای تأمین هدف بزرگ‌تر صرف شده و موجب احتیاط و محافظه‌کاری کادر درمان یا نظام درمانی در مصلحت‌اندیشی نسبت به حقوق بیماران در دوره‌های بحران خواهد شد (۳۷).

به دیگر سخن، مجوزهای پیامدگرای حاصل از وظیفه‌گرایی میان‌رو برای نقض حقوق بیماران در دوره بحران سلامت، برخلاف مجوزهای فایده‌گرا، مبتنی بر نوعی نگاه افراطی مصلحت‌اندیش نیست که به توجیه وسیله بر اساس هدف پرداخته و به راحتی اجازه نادیده‌گرفتن حقوق بیماران را دهد، بلکه با تأکید بر چالش اخلاقی موجود و نیز اصرار بر رعایت تکالیف اخلاقی وظیفه‌گرا، صرفاً برای شرایط استثنایی که آستانه بسیار خاصی از منفعت جمعی یا مصلح عمومی در خطر است، اجازه نادیده‌گرفتن بعضی از صورت‌های حقوق بیماران را می‌دهد و با تأکید بر احساس اخلاقی ندامت غم‌انگیز، سیاستگذاران و تصمیم‌گیران را متوجه هزینه‌های سنگین تصمیمات اخلاقی خود در دوره بحران می‌کند و در عین حال نیز با اجتناب از رویکرد وظیفه‌گرای مطلق، واقعیت‌های موجود و ضرورت‌ها و مصالح عملی را مورد توجه قرار می‌دهد.

**۴-۲. معیار تشخیص آستانه لازم برای امکان خروج از وظیفه اخلاقی:** پرسشی که در خصوص نظریه آستانه وظیفه‌گرایی وجود دارد، این است که معیار تشخیص آستانه لازم برای نقض یک تعهد اخلاقی چیست؟ باید گفت هدف از این نظریه اجتناب از دو وضعیت است. وضعیت اول محاسبه

وظیفه‌گرایی را از شمول نظریه اخلاقی وظیفه‌گرایی خارج کرده و آن را نوعی دیدگاه تکثرگرا (Pluralist) می‌داند (۳۶). با توجه به اینکه نظریه آستانه وظیفه‌گرایی، همچون نظریه مطلق وظیفه‌گرایی، بر اولویت تکالیف مطلق اخلاقی تأکید کرده و صرفاً به طور استثنایی حرکت بر مبنای رویکرد پیامدگرا را تجویز می‌کند، بهتر است که آن را در ذیل نظریه وظیفه‌گرا قرار داد (۳۵).

در نظریه آستانه وظیفه‌گرایی بین مفهوم نقض (Infringement) و مفهوم تعدی (Violation) نسبت به محدودیت‌های اخلاقی حاصل از وظیفه، تمایز وجود دارد. نقض یک محدودیت اخلاقی در صورتی که بدون مجوز و توجیه باشد، یک تعدی یا تجاوز محسوب می‌شود. بر این مبنای، هر نقضی، تعدی محسوب نمی‌شود. در نظریه وظیفه‌گرایی مطلق، هر نقضی نسبت به محدودیت‌های اخلاقی وظیفه‌محور، نوعی تعدی نسبت به آن محدودیت محسوب می‌شود، در حالی که وظیفه‌گرایی میان‌رو در هنگامی که آستانه مشخصی از پیامد بسیار منفی وجود داشته باشد، نقض یک وظیفه اخلاقی را رفتاری تعدی‌آمیز و غیر اخلاقی محسوب نمی‌کند. در اینجا تفاوت بین فایده‌گرایی و وظیفه‌گرایی میان‌رو نیز آشکار می‌شود. هنگامی که آستانه مورد نظر محقق می‌شود، همچنان محدودیت‌ها و تکالیف اخلاقی ناشی از وظیفه‌گرایی وجود دارد و صرفاً به واسطه مصلحت بزرگ‌تری، اجازه نقض این وظایف داده می‌شود، در حالی که در فایده‌گرایی اساساً نادیده‌گرفتن آن وظیفه مورد بحث و انجام گزینه سودمند جایگزین، خود، امر اخلاقی در نظر گرفته می‌شود (۳۷).

باقی‌ماندن تعهدات اخلاقی وظیفه‌محور به‌رغم تجویز نقض آن - برخلاف رویکرد فایده‌گرا که اساساً تعهد اخلاقی جدیدی تعریف می‌شود - جدای از اهمیت از منظر مباحث فلسفه اخلاق، یک فایده عملی نیز دارد که بعضی نویسندگان آن را «ندامت غم‌انگیز (Tragic-Remorse)» نامیده‌اند (۳۸). ندامت غم‌انگیز در شرایطی وجود دارد که فرد عملی نادرست را به واسطه یک هدف خوب انجام می‌دهد، اما همچنان نسبت به رفتاری که انجام داده است، نوعی ناراحتی احساس می‌کند. چنین احساسی، اثر هنجاری باقی‌بودن محدودیت اخلاقی

بلندمدت، فشار مضاعف بر کادر درمان، کاهش کارآمدی و سرعت در اتخاذ تصمیمات و نقض فرصت برابر دسترسی به خدمات درمانی و احترام به حق بنیادین بر سلامت نمی‌تواند مبنای مناسبی برای مواجهه با حقوق بیمار در دوره بحران باشد. رویکرد وظیفه‌گرا نیز به علت بی‌توجهی به شرایط بحرانی، نگاه فردگرایانه به حاکمیت اراده بیمار، نادیده‌گرفتن ماهیت و هدف ساختارهای درمانی و پزشکی و کاهش کارآمدی نظام درمانی در مواجهه با بحران نمی‌تواند مبنای قابل قبولی در خصوص نحوه عملکرد نظام درمانی در بحث حقوق بیمار باشد.

راه حل پیشنهادی برای تعیین معیار و چهارچوب مناسب برای مواجهه با حقوق بیمار در دوره بحران سلامت در قالب دیدگاه آستانه وظیفه‌گرایی قابل طرح است. این دیدگاه، اگرچه نوعی مصالحه منطقی و واقع‌بینانه بین دو رویکرد فایده‌گرا و وظیفه‌گرا ایجاد می‌کند، اما به لحاظ مبنایی نوعی رویکرد وظیفه‌گرایانه معتدل محسوب می‌شود و به این معناست که قاعده این است که وظیفه اخلاقی نظام درمانی در خصوص رعایت حقوق بیمار در دوره بحران نیز باقی می‌ماند و صرفاً در صورتی که منفعت جمعی به آستانه خاصی برسد که غیر قابل چشم‌پوشی باشد، می‌توان تعهد اخلاقی ناظر بر رعایت حقوق بیمار را به طور موقت نقض کرد. بر مبنای نظریه آستانه وظیفه‌گرایی: اولاً تعهد اخلاقی مبنی بر رعایت حقوق بیمار، حتی در شرایط بحران و تحقق آستانه و معیار خاصی که می‌تواند مجوز نقض آن تعهد باشد، باقی می‌ماند و نمی‌توان گفت که رعایت حقوق بیمار صرفاً ابزاری برای رسیدن به یکسری منافع است و در صورت وجود منافع بزرگ‌تر و مهم‌تر به راحتی قابل نقض است. اهمیت این رویکرد در این است که اجازه عادی‌سازی نقض حقوق شهروندی و به طور خاص حقوق بیماران در دوره‌های بحران و به طور کلی در دوره غیر بحران نمی‌دهد و ماهیت استثنایی و خلاف قاعده‌بودن نقض حقوق بیمار را مورد تأکید قرار می‌دهد و اجازه شکل‌گیری رویه‌ای در نزد قانونگذاران و سیاستگذاران برای نگاه ابزاری به حقوق فردی، مدنی و شهروندی و مصالحه این حقوق با منافع

نفع‌گرایانه از دو امر حقوق بیمار و پیامدهای سودمند نقض این حقوق در شرایط بحران سلامت است که در عمده موارد منجر به توجیه نقض حقوق بیمار می‌شود؛ وضعیت دوم نیز تأکید مطلق بر رعایت حقوق بیماران و تعهدات اخلاقی وظیفه‌گراست که می‌تواند منجر به یک فاجعه انسانی شود، چراکه می‌تواند به فروپاشی نظام درمان و سلامت در وضعیت بحرانی منجر شود. به این معنا که با تأکید بر اصول اخلاقی وظیفه‌گرا، نظام درمانی قادر به پاسخگویی هوشمندانه به بحران سلامت نبوده و نظام سلامت با خطر سقوط و اضمحلال مواجه شود. حد وسط این وضعیت باید با ملاحظات متعددی در چهارچوب اخلاق حرفه‌ای پزشکی و بر اساس اوضاع و احوال تعیین شود و نمی‌توان یک معیار کلی ارائه داد (۷). از جمله این ملاحظات مسأله سیاستگذاری‌های کلان مدیریت بحران سلامت است که باید با در نظر گرفتن عوامل انسانی، اخلاقی، اجتماعی، اقتصادی و گاه امنیتی همراه باشد.

بر این اساس باید گفت که قاعده اصلی در خصوص حقوق بیمار در بحران سلامت، وظیفه‌گرایی اخلاقی است. به این معنا که پزشک معالج و به طور کلی نظام درمانی باید حقوق بیمار را مشابه شرایط عادی مورد احترام قرار دهد و نمی‌تواند به استناد ایجاد منفعت جمعی بیشتر حقوق عده خاصی از بیماران را نادیده گرفت. با این حال اگر شرایط به حدی اضطراری شود که آستانه خاصی که برای مواجهه‌بودن نقض یک حق تعریف می‌شود، محقق شود، ضمن لزوم رویکرد محتاطانه و باقی‌ماندن تعهدات اخلاقی در قبال بیمار، می‌توان با رعایت مراتب، از برخی حقوق بیماران با توجه به تأمین منفعت و مصلحت عمومی به طور موقت صرف نظر کرد.

### نتیجه‌گیری

هر دو رویکرد فایده‌گرا و وظیفه‌گرا، در صورتی که به طور مطلق مبنای عمل باشد با کاستی‌هایی همراه است. رویکرد فایده‌گرا به حقوق بیمار در دوره بحران سلامت به علت ایجاد تعارض منافع و سوگیری در تصمیم، دشواری در مرحله اجرا، ایجاد الگوی غیر انسانی و مغایر با حقوق شهروندی در



اجتماعی را نمی‌دهد و در عین حال ضرورت‌های عملی مواجه نظام درمان با بحران سلامت که مستلزم سرعت بیشتر و تخصیص بهینه منابع است را نیز مورد توجه قرار می‌دهد.

### مشارکت نویسندگان

محسن صفری: پیشنهاد موضوع و نظارت و راهنمایی در نگارش و مطالعه و ارزیابی نقاط قوت و ضعف و ارائه راهکار برای رفع نقایص مقاله.

سجاد قاسمی: جمع‌آوری اطلاعات و گردآوری منابع. نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

### تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

### تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

### تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

## References

1. Available at: <https://www.reuters.com/world/us/some-us-hospitals-forced-ration-care-amid-staffing-shortages-covid-19-surge-2021-09-17/>.
2. Christopher N, Lurie N, Wasserman J, Zakowski S. Conceptualizing and Defining Public Health Emergency Preparedness. *American Journal of Public Health*. 2007; 97(1): 9-11.
3. Kostka G, Habich-Sobiegalla S. In times of crisis: Public perceptions toward Covid-19 contact tracing apps in China, Germany and the United States. *New Media & Society*. 2022; 26(4): 2256-2294.
4. Michalsen A, Sadovnikof N. Compelling Ethical Challenges in Critical Care and Emergency Medicine. Cham: Springer; 2020.
5. Häyry M. Just Better Utilitarianism. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2021; 30(2): 343-367.
6. Driver J. The History of Utilitarianism. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Stanford: Metaphysics Research Lab, Stanford University Press; 2022.
7. Gren J. Applying Utilitarianism. The Problem of Practical Action-guidance. Göteborg: Göteborg University; 2004. p.2.
8. Ebenstein L. The Greatest Happiness Principle, an Examination of Utilitarianism. New York: Routledge; 2018.
9. Audi R. *The Cambridge Dictionary of Philosophy*. New York: Cambridge University Press; 1999. p.942.
10. Arlı Çil D. The critique of Mill's utilitarianism concerning virtue. *Humanitas*. 2021; 9(17): 45-58.
11. Mack P. Utilitarian Ethics in Healthcare. *International Journal of the Computer, the Internet and Management*. 2004; 12(3): 63-72.
12. Ohlin J. Pandemics, Quarantines, Utility and Dignity. *Cornell Legal Studies Research Paper*. 2021; 20(1): 541-597.
13. New York's 2015 guidelines on ventilator allocation during a public health emergency. 2015.
14. National Public Radio. Available at: <https://www.npr.org/2020/12/21/946292119/oregon-hospitals-didnt-have-shortages-so-why-were-disabled-people-denied-care>.
15. Pinsley G. Which Consequences Matter Most? An Analysis of Utilitarianism as a Guide for the Treatment of Disabled Persons in a Pandemic. New Jersey: The State University of New Jersey; 2022.
16. Yang Y, Baik S, Ahn S, Jang E. Tracing Digital Contact Tracing: Surveillance Technology and Privacy Rights during Covid-19 in China, South Korea and the United States. California: The University of Southern California Press; 2020.
17. Thomasma D. Theories of Medical Ethics: The Philosophical Structure. Edited by Pellegrino ED. *Military Medical Ethics*. Virginia: Department of the Army; 2004. Vol.1 p.29.
18. Scott P. Key Concepts and Issues in Nursing Ethics. Cham: Springer; 2017. p.16.
19. Roby B. Virtue Ethics, Deontology and Consequentialism. Washington: University of Mary Washington Student Research Submissions; 2018. p.3.
20. Craig E. *Encyclopedia of Philosophy*. New York: Routledge; 2005.
21. Vearrier L, Henderson C. Utilitarian Principlism as a Framework for Crisis Healthcare Ethics. Cham: Springer; 2021.
22. Civil Rights, HIPAA and the Coronavirus Disease (Covid-19). 2019.
23. Tseng P, Wang Y. Deontological or Utilitarian? An Eternal Ethical Dilemma in Outbreak, *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021; 18(16): 1-13.
24. Kvesić A, Galić K, Vukojević M. Humanism influencing the organization of the health care system and the ethics of medical relations in the society of Bosnia-Herzegovina. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*. 2019; 14(1): 1-6.
25. Thibault G. Humanism in Medicine: What Does It Mean and Why Is It More Important Than Ever?. *Academic Medicine*. 2019; 94(8): 1074-1077.
26. Waring D. Medical Benefit and the Human Lottery: An Egalitarian Approach to Patient Selection. Berlin: Springer; 2004. p.2.
27. Kahane G, Everett J, Earp B, Farias M, Savulescu J. Utilitarian judgments in sacrificial moral dilemmas does not reflect impartial concern for the greater good. *Cognition*. 2015; 134: 193-209.
28. Simko L, Jack Chang J, Jiang M, Calo R, Roesner F, Kohno T. Covid-19 Contact Tracing and Privacy: A Longitudinal Study of Public Opinion. *Digital Threats*. 2022; 3(3): 1-36.
29. The draft Ontario Covid-19 Triage Protocol. 2020.
30. Zhu J, Brenna C, Liam G, Atkins C, Das S. An ethical analysis of clinical triage protocols and decision-making frameworks: What do the principles

of justice, freedom and a disability rights approach demand of us?. BMC Medical Ethics. 2022; 23(1): 1-9.

31. Shaw C, Vanadia S. Utilitarianism on the front lines: Covid-19, public ethics and the "hidden assumption" problem. Ethics and Bioethics (in Central Europe). 2022; 12(1-2): 60-78.

32. New York Times. Available at: <https://www.nytimes.com/2020/08/08/world/europe/coronavirus-nursing-homes-elderly.html>.

33. Veerrier L, Henderson C. Utilitarian Principlism as a Framework for Crisis Healthcare Ethics. Cham: Springer; 2021.

34. Rubin E, Harrington D, Hogan J, Gatsonis C, Baden L, Hamel M. The Urgency of Care during the Covid-19 Pandemic-Learning as We Go. The New England Journal of Medicine. 2020; 382(25): 2461-2462.

35. Cook T. Deontologists Can Be Moderate. Cham: Springer Science Media B.V; 2017.

36. Smilansky S. Can Deontologists Be Moderate? Utilitas. 2003; 15(1): 227-243.

37. Johnson C. How Deontologists Can Be Moderate (and Why They Should Be). Cham: Springer; 2019. p.2.

38. Wijze S. Tragic-Remorse-The Anguish of Dirty Hands. Ethic Theory Moral Prac. 2005; 7(2): 453-471.