

مبانی نظری (اخلاقی، فلسفی و فقهی) امتناع از درمان

منصوره مدنی^۱، انسیه مدنی^۲

مقاله‌ی مروری

چکیده

امتناع بیمار از درمان، از نتایج منطقی اخذ رضایت از بیمار است و از حقوق بیمار به‌شمار می‌رود، ولی تن دادن به خواسته‌ی بیمار، می‌تواند منجر به آسیب دیدن بیمار یا اطرافیان او و نیز خسارت به نظام سلامت شود. عمده‌ترین چالش‌های اخلاقی در زمینه‌ی امتناع بیماران دارای ظرفیت رخ می‌دهد. این مقاله با بررسی کتب فقهی، فلسفی و اخلاق زیستی، به‌ویژه کتاب‌های مرجع، به مباحث نظری مرتبط به این گروه پرداخته است که شامل دیدگاه‌های فلاسفه‌ی اخلاق، متخصصان اخلاق زیستی و مباحث فقهی مرتبط با این مسأله است. این دیدگاه‌ها گاهی بسیار متفاوت یا در تقابل با یکدیگر است. بر اساس مکاتب فلسفی و اخلاقی مختلف، مواجهه‌ی ما با امتناع بیماران از درمان می‌تواند طیف وسیعی را در بر بگیرد که از رها کردن بیمار، در یک‌سو، تا درمان بیمار به هر قیمتی، حتی با اجبار یا با فریب در سوی دیگر متغیر باشد.

براساس مبانی اسلامی، فرد حق آسیب‌رساندن به خود را ندارد، ولی به‌دلیل حق و سلطه‌ای که هر فرد بر بدن خود دارد، این مسأله مجوز درمان اجباری به‌شمار نمی‌آید، بلکه تنها درمانگر را ملزم می‌کند که برای منصرف کردن بیمار از تصمیم خود در حد توان تلاش کند و از سوی دیگر، با بیمار در آسیب‌رساندن به خود مشارکت نکند و به‌ویژه در قطع درمان با بیمار همکاری نکند.

واژگان کلیدی: امتناع از درمان، درمان اجباری، اتونومی، رضایت بیمار، حقوق بیمار

^۱ دانشجوی PhD اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ دانشجوی PhD فلسفه اخلاق، دانشگاه قم

مقدمه

اخذ رضایت از بیمار علاوه بر ملاحظات حقوقی، یک ضرورت اخلاقی است که در قلب آن، احترام به حقوق بیمار نهفته است. در صورت رضایت بیمار به درمان، علاوه بر سودرسانی به بیمار، حق اتونومی او نیز محترم شمرده شده است، اما رضایت ندادن بیمار به انجام یک درمان ضروری، می‌تواند به آسیب و حتی مرگ بیمار منجر شود؛ به‌علاوه می‌تواند منجر به آسیب دیگران و نیز آسیب به سیستم سلامت شود.

از سوی دیگر، درمان اجباری نقض حریم خصوصی بیمار بوده و با حقوق بشر تعارض دارد (۱) و نیز موجب وارد شدن ضربات روحی شدید به بیمار می‌شود، به‌علاوه که در قانون هم این کار نوعی ضرب و جرح تلقی شده و غالباً انجام آن بدون دخالت قانون ممکن نیست. با وجود چنین حساسیتی تصمیم برای تن دادن به خواسته‌ی بیمار یا درمان اجباری او کار ساده‌ای نیست و درمانگران را با چالش‌های اخلاقی و حقوقی بزرگی مواجه می‌کند.

در ایران منشور حقوق بیماران، حق امتناع از درمان را جز درمورد خودکشی و احتمال آسیب به شخص سوم، به رسمیت شناخته است^۱ (۲) و این حق در دستورالعمل‌های اجرایی مراکز درمانی نیز انعکاس یافته است (۴، ۳) ولی این امر از مسائلی است که اغلب با مقاومت درمانگران روبه‌رو می‌شود (۵). اجرایی شدن این منشور نیاز به مهیا شدن زیرساخت‌های علمی و فرهنگی لازم و شناسایی موانع و ضرورت‌های اجرایی شدن آن دارد (۶).

لازم به ذکر است که امتناع می‌تواند به شکل مخالفت

باشروع یک اقدام درمانی یا به شکل تقاضای قطع یک برنامه-ی درمانی باشد و نیز می‌تواند علاوه بر درمان، هر نوع اقدام بالینی دیگر مانند اقدامات تشخیصی یا توانبخشی را نیز شامل شود. نکته‌ی دیگر این‌که منظور از درمان اجباری یا درمان کردن علیرغم میل بیمار حالتی است که بیمار با وجود نارضایتی، در برابر درمان مقاومت چندانی نشان نمی‌دهد، والا در صورت مخالفت جدی بیمار، تحت هیچ شرایطی جز با دخالت مقامات قضایی، حق اجبار فیزیکی به‌منظور درمان را نداریم.

هدف نهایی این مطالعه، روشن‌تر کردن ابعاد اخلاقی، فلسفی و فقهی مرتبط با این موضوع چالش‌برانگیز، به‌منظور کاهش میزان این پدیده و آسیب‌های حاصل از آن و فراهم شدن زمینه‌ای برای ارائه‌ی سیاست‌گذاری‌های موثر و اعمال مناسب حقوق بیماران است. از آن‌جا که جدی‌ترین چالش‌ها در مورد بیماران دارای ظرفیت ایجاد می‌شود، مباحث این مقاله عمدتاً بر مشکلات این گروه از بیماران تمرکز دارد.

اختلاف در دیدگاه‌ها و نظریه‌های اخلاقی، فلسفی و فقهی منجر به اظهار نظرهای متفاوت و حتی متناقضی درباره‌ی امتناع بیماران از درمان شده است. این مقاله به برخی از مهم‌ترین مباحث نظری که تصمیم‌گیری در مورد این موضوع را تحت تاثیر قرار می‌دهد، می‌پردازد که شامل ۱- دیدگاه‌های فلاسفه‌ی اخلاق، ۲- دیدگاه متخصصان اخلاق زیستی درباب حدود اتونومی و ۳- دیدگاه‌های فقهی است.

روش کار

برای تدوین این مقاله عمدتاً از کتاب‌های مختلف و خصوصاً کتب مرجع فلسفی، فقهی و اخلاق پزشکی به شیوه‌ی تحلیل کتابخانه‌ای، استفاده شد. در کتب اخلاق پزشکی، به‌ویژه در مبحث اتونومی و حقوق بیمار، مطالبی که به این موضوع پرداخته بودند، بررسی شد و دیدگاه‌های صاحب‌نظران اخلاق زیستی و فیلسوفان اخلاق پزشکی

^۱ قبول یا رد درمان‌های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد: منشور حقوق بیمار- شورای سیاست‌گذاری سلامت.

استخراج شد. همچنین، واژه‌های اضرار به نفس و وجوب دفع ضرر محتمل از طریق نرم‌افزار جامع فقه و جامع الاحادیث جست‌وجو شد و نتایج جست‌وجو در استخراج دیدگاه‌های فقهی به‌کار گرفته شد. به جهت اختصار، در این مقاله به مشکلات عملی و مسائل مرتبط به اخلاق کاربردی پرداخته نشد و این مهم به مجال دیگری و به مقاله‌ای دیگر واگذار شد.

۱. امتناع از درمان و دیدگاه‌های فلاسفه اخلاق

۱.۱. مکاتب اخلاقی

بسیاری از معضلات اخلاقی، در پس زمینه خود با کشمکش میان تئوری‌های اخلاقی مواجه هستند. تصمیم‌گیری برای این بیماران نیز براساس مکاتب فلسفی مختلف، متفاوت است. مکاتب اخلاقی، در متداول‌ترین طبقه بندی، به مکاتب نتیجه‌گرا و وظیفه‌گرا و فضیلت‌گرا تقسیم می‌شوند که به دیدگاه هریک به اختصار اشاره می‌شود:

- نتیجه‌گرایی: در مکاتب نتیجه‌گرا معیار فعل اخلاقی، نتیجه‌ی عمل است که غالباً منظور، خیر نسبی ایجادشده یا غلبه‌ی نسبی خیر بر شر است (۷). رایج‌ترین شکل نتیجه‌گرایی، سودگرایی است که ملاک اخلاقی بودن فعل را خیر بیش‌تر می‌داند که در پزشکی، غالباً مصداق این خیر، رفاه بیمار است. از منظر نتیجه‌گرایی، یک درمانگر در صورتی که در این کار منفعت بیش‌تری ببیند، می‌تواند به بیماری که از درمان امتناع می‌کند اطلاعات نادرست بدهد، یا او را از اطلاعات مربوط به بیماری مطلع نکند تا به درمان راضی شود یا حتی به اجبار او را درمان کند، هرچند که این کار اتونومی بیمار را نقض کند (۸). البته حاصل تصمیم‌گیری‌هایی که با محاسبه‌ی صرف میزان سود و زیان حاصل می‌شود، در بسیاری از مواقع، با تفکر اخلاقی متعارف سازگار نیست؛ از این رو، ممکن است یک پزشک را دچار عذاب وجدان کند. یا به‌علت ناسازگار بودن با عواطف

پزشک، به مرحله‌ی اجرا درنیاید.

- وظیفه‌گرایی: مکاتب وظیفه‌گرا، معتقدند که صرفنظر از نتایج عمل، خود عمل یا قاعده، می‌تواند ثواب یا الزامی باشد (۷). از نظر یک وظیفه‌گرا، فعلی اخلاقی محسوب می‌شود که فقط و فقط مطابق با وظیفه‌ی فرد باشد، بدون توجه به این‌که چه نتیجه‌ای داشته باشد. مهم‌ترین وظیفه، احترام به حقوق انسان‌هاست که بسیاری از وظایف دیگر را در پی دارد (۹). وظیفه‌گرایان، به اصول متعددی معتقد هستند که در واقع هر اصل نشان‌دهنده‌ی یکی از وظایف آن‌هاست. به‌ویژه آن‌هایی که قائل به مطلق بودن اصول اخلاقی هستند، غالباً در زمان اجرا به‌طور جدی با مسأله‌ی تراحم این اصول مواجه می‌شوند. کانت تلاش می‌کند که این ایراد را تا حدودی اصلاح کند. او اصول اخلاقی را به دو دسته تقسیم می‌کند: یکی اصولی که نمی‌تواند نادیده گرفته شود و دیگری اصولی که می‌تواند نادیده گرفته شود. یکی دیگر از راه‌حل‌های پیشنهاد شده برای این تراحم، مرتب کردن اصول براساس اهمیت آن‌هاست (۱۰). بنابراین، موضع درمانگر در برابر امتناع بیمار از درمان بستگی به این خواهد داشت که اصل سودرسانی را در اولویت بداند یا اصل اتونومی را. برخی این اولویت را دائمی تلقی می‌کنند ولی برخی دیگر، اولویت یک وظیفه بر وظیفه‌ی دیگر در یک موقعیت خاص را به شهود آدمی واگذار می‌کنند.

- فضیلت‌گرایی: در اخلاق فضیلت برخلاف دو رویکرد نتیجه‌گرا و سودگرا که معیارهایی برای خود فعل اخلاقی ارائه می‌دهند، به فاعل اخلاقی، نیت‌ها و خصوصیات منشی او توجه می‌شود. اخلاق فضیلت که خود می‌تواند نوعی غایت‌گرایی به‌شمار آید، ملاک خوبی و بدی را در ویژگی‌های منشی و انگیزه‌های فاعل می‌داند (۷). در این نظریه، درستکاری بیش از درست

- قاعده‌گرایی: براساس قاعده‌گرایی یا اصل‌گرایی که عمدتاً در زمینه‌ی نظریات وظیفه‌گرا مطرح می‌شود، مسائل اخلاقی، با چند اصل محدود و معین سنجیده می‌شود و بر اساس آن تصمیم مناسبی اتخاذ می‌شود. جدی‌ترین مشکلی که در رابطه با نظریات مبتنی بر اصول پیش می‌آید، این است که این اصول، در زمان اجرا با یکدیگر تزاخم پیدا می‌کنند و این به معنای مطلق نبودن آن‌هاست یا به این معناست که انجام یک فعل غیراخلاقی در برخی شرایط مجاز است. معروف‌ترین نظریه‌ای که در جهت رفع کاستی‌های عملی مطلق‌گرایی اصول ارائه شده است، نظریه‌ی راس است. براساس نظریه‌ی راس، ما ضمن پذیرش اصول اخلاقی و الزامی دانستن آن، در مقام عمل، به گونه‌ای با آن برخورد می‌کنیم که گویی این‌ها مطلق نیستند، بلکه وظایف اولیه و در نگاه نخست هستند. در زمان مواجهه با یک تزاخم، بسته به شرایط خاص آن موقعیت، این اصول با یکدیگر سنجیده می‌شوند و براساس درک خطاناپذیر شهود فرد تصمیم‌گیرنده، یکی از این اصول انتخاب می‌شود و وظیفه‌ی عملی فرد تعیین می‌شود (۱۰). پس از راس، نظریه‌پردازان اخلاق زیستی، در صدد برآمدن تا لیستی از وظایف اولیه ارائه دهند تا مبنایی برای تصمیم‌گیری اخلاقی در بهداشت و درمان قرار گیرد و پزشکان را در حل مشکلات اخلاقی‌شان یاری دهد. یکی از نظریه‌های مبتنی بر اصول، نظریه‌ی چهار اصلی Beauchamp و Childress است که از متعارف‌ترین فرضیه‌ها در اخلاق پزشکی است (۱۳). بر مبنای نظام چهار اصلی مذکور، در امتناع از درمان، اصل سودرسانی و اتونومی در تزاخم با یکدیگر قرار می‌گیرد و فرد درمانگر، تنها می‌تواند یکی از این اصول را اجرا کند. مطابق راه حل راس، فرد تصمیم‌گیرنده باید با کمک ادراک شهودی

عمل‌کردن اهمیت دارد و خوب و بد یا صواب و خطا بودن افعال بر اساس خوب یا بد بودن فاعل رقم می‌خورد (۱۱). اخیراً در حوزه‌ی بهداشت، تردیدهایی در باب کارآیی روش‌های سنتی مبتنی بر اصول، ایجاد شده و بسیاری از صاحب‌نظران حوزه‌ی بهداشت بر این باورند که راه حل‌های سنتی بسیار انتزاعی و کلی هستند و پاسخگوی زمینه‌های عاطفی و روانی موجود در بهداشت و مراقبت نیستند. به عقیده‌ی آن‌ها راه حل جایگزین مناسب در حل مشکلات اخلاقی در حوزه‌ی بهداشت و درمان، رویکرد اخلاق فضیلت است (۸).

با این وجود، این نظریه در باب ارزیابی و توجیه رفتار اخلاقی، دارای ابهام است و به تنهایی نمی‌تواند به ما بگوید که چه باید بکنیم (۷)، بلکه باید در این موارد به سایر نظریه‌ها رجوع کند. شاید بتوان وظیفه‌گرایی و سودگرایی را، نه نظریه‌های رقیب، بلکه نظریه‌های مکملی برای فضیلت‌گرایی به‌شمار آورد (۷). در این صورت، به نظر می‌رسد که برای ارزیابی رفتارهای اخلاقی، ادای تکلیف و ملاک‌های مبتنی بر وظیفه‌گرایی، مناسب‌تر از لحاظ کردن پیامدهای یک فعل، که ملاک اصلی نتیجه‌گرایی است، باشد. براساس مراحل رشد اخلاقی کولبرگ نیز وظیفه‌گرایی مرحله‌ای متکامل‌تر از نتیجه‌گرایی به‌شمار می‌رود. بر این مبنای ملاک قضاوت در مورد رفتارهای یک فضیلت‌گرا، تا حدودی منطبق بر دیدگاه‌های وظیفه‌گرایانه خواهد بود (۱۲). البته در نظر گرفتن نتیجه‌ی کار نیز خود می‌تواند در قالب یک وظیفه دیده شود.

۱.۲. عمل‌گرایی و قاعده‌گرایی

نظریه‌های اخلاقی بر مبنای به‌کارگیری یا عدم به‌کارگیری اصول عام اخلاقی به دو گروه عمل‌گرا و قاعده‌گرا تقسیم می‌شوند. این تقسیم‌بندی بیش از سایر تقسیم‌بندی‌ها، در اخلاق پزشکی و در بین فیلسوفان اخلاق پزشکی بحث‌آفرین بوده است:

خود که به نظر راس خطاناپذیر است، دریابد که در یک موقعیت خاص، کدام اصل را باید بر دیگری ترجیح دهد. هرچند این رویکرد اصول‌گرایان را به نظریات خاص‌گرا نزدیک می‌کند ولی آن‌ها حتی محدود کردن گزینش در این چارچوب را نیز نمی‌پذیرند.

عمل‌گرایی: عمل‌گرایی غالباً منجر به رویکردی در حل مسائل اخلاقی می‌شود که تحت عنوان جزئی‌گرایی یا خاص‌گرایی شناخته می‌شود. عمل‌گرایان یا جزئی‌گرایان معتقدند که برای هر موقعیتی باید به‌طور جداگانه و بدون توسل به هیچ قاعده‌ای و تنها با تجزیه و تحلیل شرایط موجود تصمیم گرفت. در حالی که قاعده‌گرایان، قائل به وجود معیارها و اصولی کلی برای تعیین صواب و خطا هستند که این اصول از استقرار موارد جزئی گرفته نشده‌اند. جزئی‌گرایان، نقش اصول اخلاقی را در استدلال‌های اخلاقی نمی‌پذیرند و معتقدند که برای هر تصمیم اخلاقی خاص، باید براساس سزاواری‌های خاص خودش حکم کنیم و نمی‌توانیم از قواعد بهره ببریم. قواعد اخلاقی مانعی بر سر تصمیم‌گیری ما هستند یا لااقل بی‌فایده‌اند (۱۰). آن‌ها دلایلی ارائه می‌کنند که نشان می‌دهد ما نه تنها در استدلال اخلاقی، بلکه در زندگی واقعی خود هم به شیوه‌ی قیاسی استدلال نمی‌کنیم (۱۴). دیدگاه خاص‌گرایان، مشکلات فلسفی بسیاری مانند نسبی‌گرایی را به‌دنبال دارد و در میان فیلسوفان اخلاق، اقبال‌چندانی به این نظریه وجود ندارد، با این وجود، متخصصان اخلاق زیستی ملاحظه کردند که در حل مسائل پزشکی، تصمیماتی که براساس این نظریه اتخاذ می‌شود، بسیار بیش‌تر از سایر تئوری‌های مبتنی بر اصول، با طرز تفکر اخلاقی متعارف سازگار است. این مسأله، به‌تدریج تردیدهایی را در درستی به‌کارگیری قوانین عام اخلاقی در حل مشکلات

اخلاقی پزشکان ایجاد کرده است (۱۵).

از منظر عمل‌گرایان، تصمیم‌گیری باید با توجه به سیاق و شرایط خاص مسأله اتخاذ شود و دستورالعمل‌ها بسته به موقعیت بیمار، پیش‌آگهی و سایر مسائل زمینه‌ای، تغییر داده می‌شود. به‌عنوان مثال، ممکن است تن دادن به خواسته‌ی زنی که از درمان امتناع می‌کند اخلاقی باشد، اما اگر این زن مادر چند فرزند باشد، وظیفه‌ی پزشک ایجاب کند که حق فرزندان را در نظر گرفته و برخلاف خواست مادر، اقدام به اجازه اجباری او کند (۱۶، ۱۵). یا در مورد والدینی که اجازه نمی‌دهند کودکشان جراحی شود، نمی‌توان یک اصل کلی ارائه کرد که هم درباره‌ی کودکی با والدین تحصیل کرده و موجه صدق کند و هم در مورد کودکی با والدین معتاد و بی‌مسئولیت.

شکلی از عمل‌گرایی، اخلاق وضعیتی یا توجیه‌گری اخلاقی^۱ است که در واقع شکل تعدیل شده‌ای از خاص‌گرایی است و تا حدودی استفاده از اصول را می‌پذیرد. هرچند افرادی مانند فلچر، اساساً آن را متمایز از جزئی‌گرایی می‌دانند و معتقدند که اخلاق وضعیتی، شکل تعدیل یافته و حد وسطی از اخلاق نسبی‌گرایانه و اخلاق قاعده‌گرایانه است (۱۷). جانسون، از طرفداران جدی اخلاق وضعیتی، تأکید دارد که اخلاق وضعیتی، نام دیگر اخلاق موقعیت یا زمینه‌گرایی نیست و این‌که اخلاق وضعیتی نه در فرم کلاسیک و نه در شکل مدرن خود، منکر اصول اخلاقی نیست، بلکه فقط در این‌جا اصول، در ارتباط با یک مورد خاص و در یک دامنه‌ی وسیع مورد توجه قرار می‌گیرد (۱۳). یعنی باید از دستورالعمل‌های مکانیکی و سرسختانه اجتناب شود و دستورالعمل‌ها بسته به موقعیت بیمار، پیش‌آگهی و سایر مسائل زمینه‌ای، تغییر داده شود و استثنائاتی لحاظ شود. البته تصمیم اتخاذ شده باید توجیه و تبیین شود، به‌طوری که بتوان آن را برای موارد مشابه به کار گرفت (۱۶).

¹ Moral casuistry

۲. حدود اتونومی و ارتباط پزشک - بیمار

در رابطه با ارتباط پزشک و بیمار دو دیدگاه کلی متصور است، یکی ارتباط مبتنی بر پدرسالاری^۱ است که تا اوایل قرن بیستم دیدگاه غالب بوده است. براین اساس، مسؤولیت پزشک قهری بوده و پزشکی حرفه‌ای است که درصدد درمان بیماران و طولانی کردن عمر آنها است. تاکید این دیدگاه عمدتاً بر وظیفه‌گرایی پزشک است و پزشک براساس الزامات درونی خود، و با توجه به برداشت و فهم خود، بر اساس آنچه به مصلحت بیمار می‌داند، مانند یک پدر اقدام به درمان می‌کند. براساس این دیدگاه، اتونومی بیمار اهمیت چندانی ندارد، اتانازی^۲ جایز نیست و زمانی که بیمار از درمان امتناع می‌کند، پزشک حق دارد براساس احساس وظیفه‌ی خود و علیرغم میل بیمار یا بستگان او، به اجبار و بدون اجازه او را درمان کند، یا اگر به صلاح بیمار بداند، از دادن اطلاعات به او خودداری کند.

دیدگاه دیگر که امروزه طرفداران بسیاری دارد، اولویت دادن به حق اتونومی بیمار است. امروزه، اتونومی بیمار از اصول پذیرفته شده‌ی اخلاق پزشکی است و یکی از اساسی‌ترین ارکان ارتباط بیمار با پزشک قلمداد می‌شود. در قانون اساسی بسیاری از کشورها و در بسیاری از معاهده‌های بین‌المللی نیز اصل خودمختاری به صراحت ذکر شده و به‌عنوان حق مشروع هر فرد، بر آن تاکید شده است.

در رابطه با حدود اتونومی، دربین صاحب‌نظران، اتفاق نظر وجود ندارد. جان استوارت میل معتقد است که افراد جامعه در خصوص این که چگونه زندگی کنند، تا آن‌جا که به دیگران زیان نرسانند، استقلال کامل دارند و هیچ‌کس نمی‌تواند آن‌ها را از فعالیت‌هایی که به ضرر خود آن‌هاست منع کند (۱۸). بنابراین، نمی‌توان فعلی را به‌دلیل این‌که به خود فرد آسیب می‌رساند، ممنوع شمرد.

اخلاق زیستی مدرن که بسیار متأثر از عقاید میل است، عمدتاً قائل به قراردادی بودن رابطه‌ی پزشک و بیمار است که براساس آن نقش پزشک مبادله و ارائه‌ی خدمات فنی و اطلاعات به متقاضیان است. در دیدگاه اخلاق زیستی مدرن، پزشکی، تجارت یا معامله‌ای است که خدمات تکنولوژیک و اطلاعات را با تقاضا و نیازهای افراد مستقل مبادله می‌کند (۱۹). براساس این دیدگاه، بیمار، یک مشتری محسوب می‌شود و اگر از پذیرش درمان امتناع کرد، پزشک در قبال او وظیفه‌ی دیگری ندارد.

نقدی که بر این دیدگاه وارد شده است، این است که این دیدگاه با واقعیت بالینی حرفه‌ی پزشکی بیگانه بوده و جایگاه پزشک را به جایگاه یک فروشنده‌ی کالا تقلیل داده است، در حالی که نقش خیرخواهانه‌ی پزشک سنتی به‌عنوان تأمین‌کننده‌ی خیر و خدمت، بسیار مطلوب‌تر از چنین نگرشی است (۲۰). از این رو، بسیاری از متخصصان اخلاق زیستی مدرن، براین باورند که شیوه‌ی تبدیل اخلاق پزشکی سنتی به اخلاق زیستی مدرن، رضایت‌بخش نبوده و با روح این حرفه سنخیت ندارد. به‌نظر آن‌ها توسعه‌ی اخلاق زیستی مدرن، باید بر نحوه‌ی تقابل بین این دو دیدگاه و تعامل دوجانبه‌ی مناسبی تمرکز کند (۱۹) که این تعامل می‌تواند یک ارتباط دوستانه (۲۰) یا از سنخ ارتباط مشاوره‌کننده با یک مشاور امین (۲۱) باشد. بدیهی است که در صورت ایجاد یک رابطه‌ی انسانی و مبتنی بر اعتماد، میزان وقوع این پدیده به‌شدت کاهش خواهد یافت.

در نقطه‌ی مقابل این دیدگاه، مکاتب اخلاقی دیگری هستند که حق انسان بر خویشتن را به‌طور مطلق نمی‌پذیرند. کانت انسان را در مقابل بدن خود مکلف می‌داند و خودکشی یا هر آسیب کم یا زیاد به بدن را غیراخلاقی و نامشروع می‌شمرد (۲۲). البته نامشروع دانستن خودکشی یا آسیب‌رساندن به بدن، ممکن است حق اتونومی انسان را سلب نکند، ولی موجب تفاوت در معیارهای مواجهه‌ی اخلاقی با این افراد می‌شود؛ مثلاً در باب امتناع از درمان، اگر

¹ Paternalism

² Euthanasia

این قاعده و فروع و شقوق مختلف آن است. تسلط بر نفس نیز بنا بر قاعده‌ی اولویت از اصل تسلط بر اموال استنتاج می‌شود و بدین معناست که فرد بر بدن خود اقتدار و سلطنت دارد (۲۵). یکی از نتایج حق تسلیط، این است که فرد حق هر دخل و تصرفی را دارد و دیگران حق اعتراض به او را ندارند که این امر به قاعده اعتراض معروف است (۲۶). نتیجه‌ی عملی آن این است که حتی یک رفتار مفید و خیرخواهانه مانند درمان هم، نباید بدون رضایت فرد انجام شود.

اگرچه کسی حق ندارد متعرض سلطه‌ی دیگری بر بدن خودش شود، ولی این بدان معنا نیست که انسان حق دارد به بدن خود آسیب برساند. براساس تعالیم اسلام، مالک حقیقی اشیاء، خداوند است و مالکیت انسان (چه مالکیت بر اموال و چه مالکیت بر نفس) مطلق و انحصاری نبوده، غیر اصلی، نیابتی و محدود به حدود اوامر و نواهی الهی است، مثلاً در مورد مال، صاحب مال نمی‌تواند از مال خود در راه‌های حرام استفاده کند (۲۷). بنابراین، تسلط انسان از نوع امانت‌داری و ولایت است و از باب قاهریت و مالکیت نیست (۲۸).

۳.۲. قاعده‌ی لاضرر

یکی از قواعدی که سلطه‌ی فرد بر جسم خود را محدود می‌کند، قاعده‌ی لاضرر است که کارآیی گسترده‌ای در مباحث فقهی دارد و براساس آن شارع اعلام کرده است که احکام ضرری حکم او نیستند. از این رو، این حکم می‌تواند احکام دیگر را، اگر مستلزم ضرر باشند، نفی کند. حتی ادعا شده است که این قاعده به‌طور اولیه می‌تواند حکمی را که براساس سایر دلایل قابل اثبات نیست، اثبات کند (۲۹). بدین معنا که دایره‌ی قاعده‌ی لاضرر، محدود به رفع احکام و افعال خاص وجودی نیست و نسبت به مواردی که خلأ قانونی موجب ورود زیان و خسارت می‌شود، می‌توان این قاعده را به‌کار گرفت. هم‌چنان که در قوانین مدنی ایران نیز در موارد

به چنین حقی برای بیمار قائل نباشیم، پس همراهی و کمک رساندن به بیمار را در جهت رد درمان مجاز نخواهیم دانست. دیدگاه‌های مذهبی نیز آزادی انسان را تنها با اجازه و خواست خداوند مشروع می‌دانند، بدین معنا که حق انسان بر خویشتن را مشروط به اجازه‌ی خدا می‌دانند (۲۳). بر اساس اصول اسلامی، انسان غیر از جسم، هویتی به‌نام روح دارد و مالکیت او بر جسم خود، مالکیتی تعریف شده و در راستای تکامل روح است. پس مالک حقیقی خداست و انسان مالک مطلق خویش نیست (۲۴). در این مقاله به دیدگاه‌های فقه شیعه به تفصیل پرداخته خواهد شد.

۳. مباحث فقهی مرتبط با امتناع بیمار از درمان

حد و مرز اتونومی بیمار از مواضع اختلافی بین اخلاق پزشکی اسلامی و غربی است. یکی از مواردی که تا حد زیادی از این مسأله متأثر می‌شود، مسأله‌ی امتناع از درمان بیماران دارای ظرفیت است. در این‌جا به اختصار به برخی از مبانی فقهی تاثیرگذار در این موضوع اشاره می‌شود.

امتناع از درمان از دو منظر ممکن است مورد توجه قرار گیرد. یکی از منظر وظیفه‌ی پزشک و دیگری از منظر تکلیف بیمار، از آن جهت که می‌تواند وظیفه‌ی پزشک را تحت تاثیر قرار دهد. در این رابطه، در مجموع می‌توان به قواعد سلطنت، اعتراض، لاضرر و مباحث اضرار به نفس و وجوب دفع ضرر محتمل استناد کرد:

۳.۱. قاعده تسلط یا سلطنت

قاعده‌ی تسلط از مشهورترین و اساسی‌ترین قواعد فقهی است که دلایل عقلی و نقلی بسیاری برای آن ذکر شده است و به‌علت کاربرد وسیع اقتصادی و اجتماعی‌اش، از اساسی‌ترین قواعد‌های فقه اسلام بوده و در مباحث فقهی دیگر به‌عنوان یک اصل مسلم به آن تمسک و استناد شده است. این قاعده تثبیت‌کننده‌ی ارکان مالکیت است و در نظام‌های قانون‌گذاری جدید اغلب قوانین اقتصادی مبتنی بر

وجود دلالت قوی موجود در حدیث، در سند آن تشکیک شده است (۳۶). دلیل مهم دیگری که علمای اصول برای حرمت اضرار به نفس ارائه داده‌اند، وجوب دفع ضرر محتمل است اگر دفع ضرر از نفس واجب باشد، پس وارد کردن ضرر بر نفس حرام است؛ زیرا اگر جایز باشد، وجوب دفع آن ضرر بی‌دلیل خواهد بود. وجوب دفع ضرر محتمل حکمی عقلی است و به وسیله‌ی عقل واجب می‌شود (۳۷، ۳۰)، ولی عقلی بودن این وجوب مورد توافق همه نیست (۳۸). به‌ویژه این‌که ضرر جزیی باشد. خلاصه این‌که «حرمت مطلق ضرر زدن بر نفس» از منظر ادله‌ی عقلی و نقلی، نمی‌تواند با قطعیت زیادی پذیرفته شود.

اما با وجود تمام این ابهامات، بررسی نظرات فقها نشان می‌دهد که آنان هر نوع عملی را که اضرار به نفس و حتی احتمال اضرار در آن وجود دارد، از محرّمات دانسته‌اند (۳۹)، به‌طوری‌که می‌توان گفت از نظر آن‌ها حرمت ضرر زدن به نفس از مسلمات است و حتی می‌توان در این مورد مدعی وجود اجماع در بین علما شد، ولی حتی با در نظر گرفتن این امر، می‌توان گفت که در مورد حرمت ضررهای اندک یا ضرری که به غرض عاقلانه‌ای تحمل می‌شود، وجوب عقلی وجود ندارد و اجماع مذکور نیز کاشف از رای معصوم نیست (۳۶).

نتیجه این‌که هرگاه امتناع بیمار از درمان مرگ‌آور باشد (چه دفعی و چه تدریجی)، براساس قوانین اسلام، این امتناع را نمی‌توان از حقوق بیمار به‌شمار آورد و این تفاوت بسیار بزرگی بین دیدگاه اسلام و سکولار به‌شمار می‌رود. البته واضح است که این حرمت، مجوزی برای درمان اجباری بیمار نیست، زیرا از یک‌سو نمی‌توان به‌سادگی امتناع بیمار را از مصادیق اضرار به نفس دانست؛ به‌عنوان مثال، ممکن است یک بیمار در حال مرگ، درمان را بیهوده یا کم‌فایده بداند و از آن امتناع کند، در منابع فقهی نیز دلایلی برای جواز این کار

متعددی حاکمیت این قاعده پذیرفته شده است (۲۷). یکی از مصادیق قاعده‌ی لاضرر، اضرار به نفس است. دلایل نقلی فراوانی در باب وجوب حفظ نفس در قرآن و روایات آمده است، از مهم‌ترین مستندات این قاعده، دو آیه‌ی معروف قرآن است که بسیاری از فقها در فتاوی خود برای استنباط حکم وجوب دفع ضرر و حرمت اضرار به نفس به آن استناد کرده‌اند (۳۱، ۳۰): آیات «ولا تلقوا بایدیکم الی التهلکة: خود را به تهلکه و خطر نیفکنید» و «ولا تقتلوا انفسکم: خودتان را نکشید»^۱. این وجوب، حتی در موردی هم که حفظ نفس مستلزم انجام فعل حرام مانند خوردن مردار یا حتی غصب مال دیگری باشد نفی نمی‌شود (۳۲، ۳۰) و با استناد به آن می‌توان در موارد تهدید حیات انسان یا حتی حیوان، انجام برخی از افعال حرام را جایز و بلکه واجب شمرد و برای حفظ نفس فعل حرامی را انجام داد.

تردید نیست که براساس آیات مذکور هر عملی که منجر به مرگ شود حرام است و نیز به قوت می‌توان با استناد به آن قتل را به قتل دفعی و تدریجی تعمیم داده و اعمالی که به‌تدریج منجر به مرگ می‌شود یا احتمال مرگ انسان را بالا می‌برد، مشمول آن دانست (۳۳). ولی بسیاری از علما تعمیم آیه به ضرر کم‌تر از قتل را معتبر نمی‌دانند. بنابراین، برای حرمت کاری که ضرر آن برای بدن به حد قتل نمی‌رسد، باید به‌دلیل دیگری تمسک جست. در این زمینه دلایل عقلی و نقلی فراوانی در کتب فقهی ذکر شده است ولی صاحب‌نظران یا در دلالت حدیث یا در سند آن تردید کرده‌اند. از جمله حدیثی از امام باقر (ع) که در کتب معتبر متعددی نقل شده است و در بخشی از آن دلیل حرمت برخی از خوراکی‌ها را مضر بودن آن‌ها برای انسان برشمرده است (۳۵، ۳۴) که با

^۱ سوره‌ی بقره ۲ آیه‌ی ۱۹۵

^۲ سوره‌ی نساء ۴ آیه‌ی ۲۹

وجود دارد (۴۱، ۴۰).

نتیجه‌گیری

امتناع از درمان که ممکن است به صورت عدم پذیرش درمان یا تقاضای قطع درمان باشد، یکی از نتایج منطقی اخذ رضایت بوده و از حقوق بیماران به‌شمار می‌آید، ولی اجرا یا عدم اجرای آن، به‌خصوص در بیمارانی که با وجود داشتن ظرفیت از درمان امتناع می‌کنند، با چالش‌های زیادی روبه‌روست. در مواجهه با این مشکل، دیدگاه‌های متفاوتی وجود دارد که هر یک مبتنی بر مبانی فکری خاص خود است.

در نظام‌های سکولار، بیماران حق دارند که از درمان امتناع کنند، حتی اگر این کار به مرگ یا خسارات جبران‌ناپذیری منتهی شود. در مقابل، برخی از دیدگاه‌های فلسفی مانند دیدگاه کانت و نیز دیدگاه‌های مذهبی، انسان را در آسیب به خود محق نمی‌دانند و او را در مقابل بدن خود مکلف می‌دانند. از جمله دیدگاه شیعی، ضمن محترم شمردن حق اتونومی بیمار او را در آسیب‌رساندن به خود محق نمی‌دانند. بنابراین، گرچه به درمانگر اجازه نمی‌دهند که برخلاف نظر بیمار به درمان اجباری او اقدام کند، ولی او را موظف می‌دانند که اولاً برای قانع کردن بیمار از هر تلاشی فروگذار نکند و ثانیاً از همکاری با بیمار، به‌ویژه در مورد قطع درمان خودداری کند.

هم‌چنین، در بسیاری از موارد بیمار دلایل واقعی خود را اظهار نمی‌کند و بنابراین، امکان قضاوت درباره‌ی آن وجود نخواهد داشت. بر فرض که بتوانیم ثابت کنیم که امتناع یک بیمار از درمان، از مصادیق اضرار به نفس است و بیمار حق آسیب‌رساندن به خود را ندارد، ولی حتی در این صورت هم ممنوع بودن اضرار به نفس، مجوزی برای سلب حق سلطنت افراد و اعتراض به آن‌ها و به منزله‌ی جواز درمان اجباری نیست. اما این حکم می‌تواند از جهاتی بر وظایف عملی پزشک تاثیرگذار باشد. اگر پزشک بیمار را محق بداند، می‌تواند با او همکاری کند، اما در صورتی که عمل بیمار را خطا یا حرام بداند، اولاً از باب نهی از منکر باید برای تغییر عقیده‌ی بیمار تلاش کند و ثانیاً از جهت حرمت معاونت در معصیت (۴۲)، از هر رفتاری که بیمار را به کارش تشویق و یاری می‌کند، پرهیز کند؛ بنابراین، پزشک به هیچ‌وجه حق ندارد به درخواست بیماری، اقدام به قطع درمانی کند که از نظر او برای بیمار ضروری است، اگرچه این بدین معنا نیست که مجاز است علیرغم میل بیمار اقدام به درمان او کند.

۱۱- خزاعی ز. اخلاق فضیلت مدار. مجله نامه مفید ۱۳۸۰؛

دوره ۸ (شماره ۲۸): ۶۴-۴۱.

۱۲- خزاعی ز، مدنی ا. تصمیم‌گیری اخلاقی، جستارهایی در

اخلاق کاربردی، چاپ اول. قم: انتشارات دانشگاه قم؛ ۱۳۸۹،

ص ۷۳.

13- Graber GC. Basic theories in medical ethics. In: Monagle JF, Thomasma DC, eds. Health Care Ethics: Critical Issues for the 21st Century. Jones & Bartlett Learning; 2005, chapter 48, p. 523.

۱۴- دورکین ج. اخلاق غیر اصولی. ترجمه مهاجر م. ارغنون

۱۳۷۹؛ شماره ۱۶: ۳۶۶-۳۴۵.

15- Hanson SS. Moral Acquaintances and Moral Decisions: Resolving Moral Conflicts in Medical Ethics. Springer; 2009, p. 102-109.

16- Lo B. Resolving Ethical Dilemmas, A Guide For Clinicians, 3rd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

17- Felcher JF, Situation Ethics: The New Morality. Westminster John Knox Press; 1966, p. 17.

18- Mill JS. On Liberty, 2nd edition. Boston: Ticknor and Fields; 1863, p. 150- 160.

19- Ten Have H. A helping and caring profession: medicine as a normative practice. In: Viafora C, Clinical Bioethics: A Search for the Foundations. Springer; 2005, Vol 26, p. 75-77.

20- Schwartz L, Preece PE, Hendry RA. Medical Ethics: A Case-Based Approach. WB Saunders; 2003, p. 71.

۲۱- آرامش ک. بیهودگی در پزشکی. مجله ایرانی اخلاق و

تاریخ پزشکی ۱۳۸۷؛ دوره ۱ (شماره ۴): ۵۲-۴۷.

۲۲- کانت ا. درسهای فلسفه اخلاق. ترجمه صانعی م. تهران:

انتشارات نقش و نگار؛ ص ۲۱۵-۲۰۲.

۲۳- مقامی ا. اتانازی و "حق بر خویش"، چالشی در ماهیت

حقوق بشر. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۷؛ دوره

۱ (شماره ۲): ۲۷-۱۵.

۲۴- حسینی ا، صمدزاده س، آقازاده ج. اصول و موازین

اخلاق پزشکی و میزان سازگاری آن با مبانی اخلاق اسلامی.

مجله پزشکی ارومیه ۱۳۸۶؛ دوره ۱۸ (شماره ۴): ۶۵۶-۶۵۲.

منابع

1- Beauchamp TL. The right to privacy and the right to die. Soc Philos Polic 2000; 17(2): 276-292.

۲- بی نام. منشور حقوق بیمار، شورای سیاستگذاری سلامت.

<http://siasat.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=291&pageid=34985> (accessed in 2012)

۳- بی نام. دستورالعمل ترخیص با رضایت شخصی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

<http://kashani.mui.ac.ir/index.php/--sakhtar-1097/---sakhtar-1108/----sakhtar-1132/981-----html> (accessed in 2012)

۴- بی نام. روند ترخیص بیماران با رضایت شخصی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز.

<http://rajaeehosp.sums.ac.ir/icarusplus/export/sites/rajaeehosp/bimarspecial/tarkhisbarezayateshakhsi.pdf> (accessed in 2012)

۵- پارساپور ع، محمد ک، ملک افضلی ح، علاء الدینی ف،

لاریجانی ب. بررسی نگرش بیماران، پزشکان و پرستاران بیمارستانهای نمونه آموزشی-درمانی، خصوصی درجه یک و

درمانی- دولتی در خصوص ضرورت رعایت مفاد منشور حقوق بیمار در سال ۱۳۸۵. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ

پزشکی ۱۳۸۸؛ دوره ۲ (شماره ۴): ۹۰-۷۹.

۶- پارساپور ع، باقری ع، لاریجانی ب. منشور حقوق بیمار

در ایران. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۸؛ دوره

۳ (ویژه نامه حقوق بیمار): ۴۷-۳۹.

۷- فرانکنا و. فلسفه اخلاق، چاپ اول. ترجمه صادقی ه.

موسسه فرهنگی طه؛ ۱۳۷۶.

8- Sim J. Ethical Decision-Making in Therapy Practice. Butterworth-Heinemann; 1997, p. 20-31.

9- Erde EL. A method of ethical decision making. In: Monagle JF, Thomasma DC, eds. Health Care Ethics: Critical Issues for the 21st Century. Jones & Bartlett Learning; 2005, chapter 49, p. 531.

۱۰- ناوتن د. بصیرت اخلاقی، چاپ اول. ترجمه فتحعلی م.

قم: موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی؛ ۱۳۸۰.

- ۲۵- حکیم طباطبایی س م. مستمسک العروة الوثقی، چاپ اول. قم: مؤسسه دار التفسیر؛ ۱۴۱۶ ه ق، ص ۱۷.
- ۲۶- شیخ طوسی م. الخلاف، چاپ اول. قم: دفتر انتشارات اسلامی؛ ۱۴۰۷ ه ق، جلد ۳، ص ۲۱۲. و طوسی م. النهایة فی مجرد الفقه و الفتاوی. لبنان: دار الکتب العربی، چاپ دوم، ۱۴۰۰ ه ق، ص ۶۰۹.
- ۲۷- محقق داماد یزدی س م. قواعد فقه، چاپ دوازدهم. تهران: مرکز نشر علوم اسلامی؛ ۱۴۰۶ ه ق، جلد ۲.
- ۲۸- غروی م ح. تنبیه الأمة و تنزیه الملة، چاپ اول. حوزه علمیه قم: انتشارات دفتر تبلیغات اسلامی؛ ۱۴۲۴ ه ق، ص ۶۹، ۴۴.
- ۲۹- باقری ا، باقی زاده م ج. حدیث لاضرر و اختلاف در اثبات حکم بر پایه آن. مجله دانشکده علوم انسانی دانشگاه سمنان ۱۳۸۶؛ شماره ۱۹: ۶۴-۴۳.
- ۳۰- شیخ طوسی م. المبسوط فی فقه الإمامیه، چاپ سوم. تهران: المكتبة المرتضویة لإحياء الآثار الجعفریة؛ ۱۳۸۷ ه ق، ص ۲۸۵.
- ۳۱- نجفی صاحب الجواهر م. جواهر الکلام فی شرح شرائع الإسلام، چاپ هفتم. بیروت: دار إحياء التراث العربی؛ ۱۴۰۴ ه ق، جلد ۵، ص ۱۰۲.
- ۳۲- نجفی صاحب الجواهر م. جواهر الکلام فی شرح شرائع الإسلام، چاپ هفتم. بیروت: دار إحياء التراث العربی؛ ۱۴۰۴ ه ق، جلد ۳۶، ص ۴۴۱-۴۳۱.
- ۳۳- رضایی نسب م. مواد مخدر و مبانی فقهی آن. مجله اصلاح و تربیت ۱۳۸۸؛ شماره ۸۸: ۲۲-۱۵.
- ۳۴- ابن بابویه م ب. الأمالی (للسدوق)، چاپ ششم. ترجمه کمره‌ای م. تهران: انتشارات علمیه اسلامی؛ ۱۳۷۶، ص ۶۷۷.
- ۳۵- کلینی م. الکافی، چاپ چهارم. تهران: دار الکتب الإسلامیة؛ ۱۴۰۷ ه ق، جلد ۶، ص ۲۴۳.
- ۳۶- مومن م. سخنی در تنظیم خانواده. مجله فقه اهل بیت ۱۳۷۶؛ شماره ۹: ۸۳-۶۱.
- ۳۷- ابن ادریس. سرائر. قم: موءسسسه نشر اسلامی؛ جلد ۳، ص ۱۲۵.
- ۳۸- کمپانی اصفهانی م ح. القواعد الفقهیة و الاجتهاد و التقليد (نهایة الدراية)، چاپ اول. قم: سید الشهداء ع؛ ۱۳۷۴ ه ق، ص ۴۶۴.
- ۳۹- علامه حلی ح. قواعد الأحکام فی معرفة الحلال و الحرام، چاپ اول. قم: دفتر انتشارات اسلامی؛ ۱۴۱۳ ه ق، جلد ۳، ص ۳۲۹.
- ۴۰- لنکرانی م. جامع المسائل، چاپ یازدهم. قم: انتشارات امیر قلم؛ جلد ۱، ص ۵۷۴.
- ۴۱- خامنه‌ای ع. پزشکی در آینه اجتهاد، چاپ اول. طرح و تحقیق محمدزاده خ ع. قم: انتشارات انصاریان؛ ۱۳۷۵، ص ۱۷۷.
- ۴۲- مرعشی شوشتری س م ح. معاونت در جرم، در دیدگاه‌های نو در حقوق، چاپ دوم. تهران: نشر میزان؛ ۱۴۲۷ ه ق، ص ۱۰۵-۶۷.

Theoretical foundations of treatment refusal: ethical, philosophical and jurisprudential aspects

Mansureh Madani*¹, Ensieh Madani²

¹ PhD Candidate in Medical Ethics, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

² PhD Candidate in Philosophy of Ethics, Qom University, Qom, Iran.

Abstract

Patient's refusal of treatment is the rational consequence of informed consent and is considered among the patient's rights but can lead to patient harm or harm to others, or damage to the health care system. Major ethical challenges in the field of treatment refusal arise from capacitated patients. This paper mainly examines theoretical issues related to this group by reviewing books on jurisprudence, philosophy and bioethics, especially textbooks that include moral philosophers' perspectives, the views of experts in bioethics and jurisprudential considerations related to this issue. These views sometimes are very different or in conflict with each other. Based on different schools of philosophy or ethics, our encounters with patients who refuse treatment can range from abandoning patients on the one hand to treating them at any cost, even by coercion or deception on the other hand.

According to Islamic perspectives, people have no right to harm themselves, but because of the authority that each person has on his or her body, this does not mean that compulsory treatment is permitted; it means that caregivers must try to persuade patients to accept treatment, and must not cooperate with them to harm themselves and to discontinue treatment specifically.

Keywords: treatment refusal, involuntary treatment, autonomy, patient satisfaction, patients' rights

*Email: mansuremadani@yahoo.com