

ملاحظات اخلاقی – کاربردی 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 یکی از حقوق او به‌شمار می‌رود، ولی می‌تواند منجر به آسیب بیمار یا اطرافیان او و نیز خسارت به نظام سلامت شود. در این مقاله مسائل اخلاقی مربوط به مواجهه‌ی عملی با امتناع بیماران مد نظر قرار گرفته است.

امتناع از درمان اشکال بالینی گوناگونی دارد و مواجهه‌ی صحیح با آن مستلزم درک و افتراق این اشکال است. برخی از اشکال امتناع از درمان مانند احتمال آسیب به شخص سوم، بیش‌تر ابعاد قانونی دارد و برخی حالات مانند بیمار فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری، دستورالعمل مشخصی دارد. عمده‌ترین چالش‌های اخلاقی در زمینه‌ی امتناع بیماران دارای ظرفیت رخ می‌دهد که این مقاله عمدتاً به مباحث کاربردی مرتبط به این گروه اختصاص یافته است. بیش‌ترین مشکلات این بیماران ناشی از ارتباط نامناسب با درمانگران و هیجانانگیز بودن زودگذر است. درمانگران باید ضمن آمادگی قبلی با این مواجهه، به‌جز موارد اورژانس حیاتی که درمان بدون رضایت انجام می‌شود، تا حد امکان موانع امتناع را برطرف کرده و در کسب رضایت بیمار تلاش کنند. در صورتی که موفق به این امر نشوند، ضمن مستندکردن امتناع بیمار، سایر اقدامات درمانی را به او ارائه دهند.

واژگان کلیدی: امتناع از درمان، درمان اجباری، ترخیص با رضایت شخصی، رضایت آگاهانه، ارتباط پزشک و بیمار

^۱ دانشجوی دکتری اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی و گروه اخلاق پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ دانشجوی دکتری فلسفه‌ی اخلاق، دانشگاه قم

* نشانی: تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، پلاک ۲۳، طبقه‌ی چهارم، تلفن: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۶۶۱-۰۲۱ Email: mansuremadani@yahoo.com

مقدمه

اخذ رضایت از حقوق قانونی و اخلاقی پذیرفته شده‌ی بیماران است. علاوه بر این، نیاز به همکاری بیمار برای معاینه و درمان، دلیل کاربردی مهمی برای اخذ رضایت بیمار است. یکی از عوامل اعتبار رضایت اخذ شده این است که مبتنی بر ارائه‌ی اطلاعات کافی بوده و بیمار آزادانه آن را انتخاب کند و این به این معنی است که بداند می‌تواند از پذیرش آن امتناع کند. همچنین، از آنجا که اخذ رضایت یک فرایند است، امتناع از درمان نیز در هر مقطعی از سیر درمان می‌تواند صورت گیرد، یعنی بیماران حق دارند که نظرشان را تغییر دهند (۱).

در چنین شرایطی درمانگران دو راه پیش رو دارند: آن‌ها یا باید به خواسته‌ی بیمار تن دهند یا اقدام به درمان اجباری بیمار کنند. ترک یک درمان ضروری، می‌تواند منجر به آسیب و حتی مرگ بیمار یا افراد دیگر و نیز آسیب سیستم سلامت شود. از سوی دیگر، درمان اجباری وارد کردن آسیب روحی به بیمار و نقض حریم خصوصی او بوده و با قوانین حقوق بشر منافات دارد (۲). این مسأله در عمل، درمانگران را با دوراهی اخلاقی بزرگی مواجه می‌کند.

مبانی نظری این بحث، پیش‌تر در مقاله‌ای جداگانه مورد بحث قرار گرفته است (۳)، و این مطالعه بر ابعاد عملی این مشکل تمرکز دارد. هدف این مطالعه، روشن کردن ابعاد عملی این پدیده، به منظور یافتن راهکارهایی جهت تسهیل تصمیم‌گیری در مورد این بیماران است. مشکلاتی که در عمل می‌تواند اجرای قواعد اخلاق نظری را با مشکل روبه‌رو کند.

لازم به ذکر است که امتناع می‌تواند به شکل مخالفت با شروع یک اقدام درمانی یا به شکل تقاضای قطع یک برنامه‌ی 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، در غیر این صورت جز با دخالت مقامات قضایی حق درمان اجباری نداریم.

ملاحظات اخلاقی کلی در امتناع از درمان

درست به همان شکل که در اخذ رضایت، بیمار باید اطلاعات صحیح و کافی داشته باشد، در امتناع او از درمان هم باید مطمئن باشیم که امتناع آگاهانه صورت گرفته است و بیمار تصمیمات خود را بر مبنای اطلاعات صحیحی استوار کرده است. بیماران مجبور نیستند تصمیماتی را که در زمینه‌ی امتناع از درمان می‌گیرند توجیه کنند، ولی تیم بهداشتی باید مطمئن شوند که هر نوع سوء تفاهمی را رفع کرده‌اند. پزشکان نباید بیماران را برای گرفتن یک تصمیم خاص تحت فشار بگذارند، اما باید به بیمار درباره‌ی شرایط بیماری خود، درمان پیشنهادی، عوارض و خطرات جدی آن، احتمال موفقیت‌آمیز بودن درمان، عواقب درمان نشدن یا تأخیر درمان و درمان‌های جایگزین، اطلاعات کافی داده و به او فرصت دهند تا در مورد تصمیمات جدی فکر کند. همچنین، اگر شرایطی وجود دارد که درمان باید در زمان خاصی ارائه شود و انتخاب این درمان در زمان‌های بعد امکان‌پذیر نیست، باید این مسأله برای بیمار روشن شود. برای مثال، یک بدخیمی ممکن است در زمان حاضر قابل جراحی باشد ولی اگر بیمار از درمان امتناع کند و یک‌ماه بعد نظرش تغییر کند، ممکن است بیماری به مرحله‌ای پیشرفت کرده باشد که قابل جراحی نباشد (۱).

اما با تمام این تفصیلات، بدیهی است که تصمیم بیمار به درمان نشدن، بسیار خطیر است و ممکن است علاوه بر این‌که موجب آسیب به خودش می‌شود، در مواردی مانند بیماری‌های واگیردار، برای سایر افراد نیز عواقب خطرناکی را به دنبال داشته باشد. همچنین، این کار می‌تواند هزینه‌ی اضافه‌ای را بر نظام سلامت تحمیل کند، زیرا مشخص شده

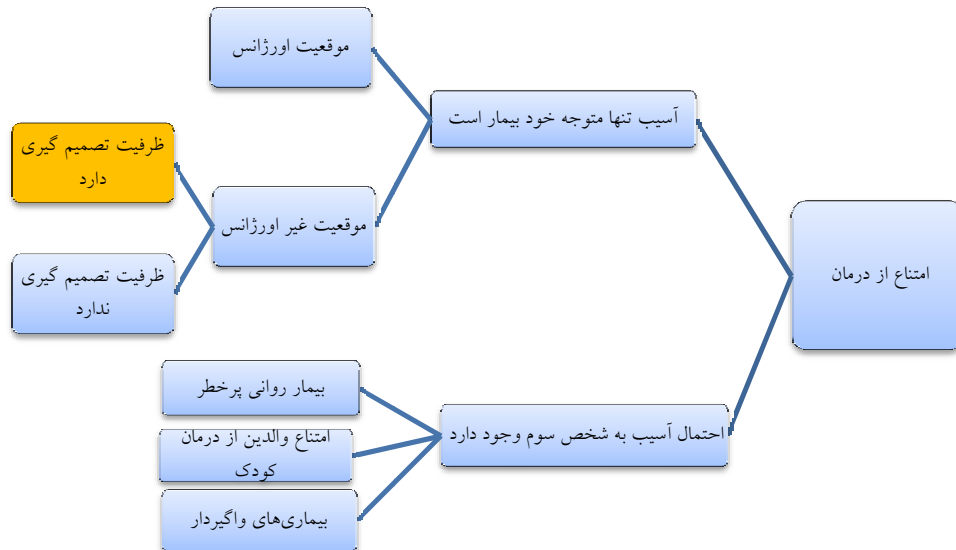
دقیق ماهیت امتناع است. در رابطه با برخی از حالت‌های امتناع از درمان، مانند درمان اجباری کسی که خودکشی کرده، چالش‌های اخلاقی کم‌تری مطرح شده و درمان اجباری کسی که خودکشی کرده، غالباً معمول و مورد توافق بوده است. این امر از یک سو به اورژانس بودن موقعیت مربوط می‌شود و از سوی دیگر به این مسأله که خود عمل خودکشی، قویاً ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار را زیر سوال می‌برد. این مسأله ممکن است تا حدودی هم مرتبط با این امر باشد که در برخی مکاتب فلسفی و اخلاقی، عمل خودکشی غیرمجاز شمرده می‌شود (۳). برخی از اشکال بالینی نیز مانند درمان اجباری بیماران روانی خطرناک، مسائل حساسی است که با نظم عمومی ارتباط یافته و باید از نظر حقوقی مورد ملاحظه قرار گیرد و مواجهه با آن براساس ضوابط قانونی انجام شود. همین‌طور در زمانی که پای شخص سومی مثل جنین در کار است، ملاحظات حقوقی امتناع بیمار غلبه دارد. در شکل شماره ۱ یک شمایی کلی از اشکال بالینی امتناع از درمان نشان داده شده است که در باب هر یک به اختصار توضیح داده می‌شود.

است که ترخیص با رضایت شخصی از طریق ایجاد بستری مجدد، منجر به تحمیل هزینه‌های بیش‌تر به نظام سلامت می‌شود. مطالعات مختلف نشان داده است که درصدی از بیمارانی که با رضایت شخصی از بیمارستان ترخیص می‌شوند، طی چند هفته‌ی آینده با همان بیماری، و حتی در شرایط حادث‌تری از آن بیماری، مجدداً بستری می‌شوند (۴-۶) و این آمار در برخی از بیماری‌ها حتی به ۴۰ درصد می‌رسد (۴).

امتناع از درمان، ابعاد گوناگون و اشکال بالینی مختلفی دارد. مواجهه‌ی صحیح با این مسأله نیازمند دقت نظر و توجه به تفاوت‌ها و وضعیت خاص هر موقعیت است و تصمیم‌گیری باید متناسب با هر یک از انواع آن اتخاذ شود. هرچند که با وجود تمام این دقت‌ها، ممکن است درمانگران در یک موقعیت عملی، با موضوعات خاصی روبه‌رو شوند که جدید، منحصر به فرد و غیر قابل پیش‌بینی بوده و نیاز به تصمیم‌گیری اخلاقی خاص آن موقعیت داشته باشد.

اشکال بالینی امتناع از درمان

عنوان «امتناع از درمان» طیف متنوعی از تابلوهای بالینی را دربرمی‌گیرد. مواجهه‌ی اخلاقی با این مشکل، مستلزم شناخت



شکل شماره ۱ - شمایی کلی از اشکال بالینی امتناع از درمان

۱. احتمال آسیب به فرد سوم

امتناع از درمان همواره با احتمال آسیب به بیمار همراه است ولی در مواردی ممکن است به آسیب سایرین نیز منجر شود. آسیب به شخص سوم، تمایزی اساسی در این مسأله به‌شمار می‌رود و ابعاد اخلاقی و به‌ویژه حقوقی مسأله را به‌کلی دگرگون می‌کند. بدیهی است که در مواردی که امتناع بیمار منجر به آسیب فرد سومی می‌شود، تا حد امکان باید از آسیب فرد دیگر جلوگیری به‌عمل آورد. منظور از شخص سوم، فردی است که دخالتی در تصمیم‌گیری ندارد و به‌دلیل تصمیم‌گیری بیمار آسیب می‌بیند، بدیهی است زمانی که بیمار ظرفیت تصمیم‌گیری ندارد، تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین به جای او تصمیم می‌گیرد و شخص سومی که آسیب می‌بیند، می‌تواند شخص بیمار باشد. یکی از این موارد، امتناع والدین از درمان کودک است. غالباً عقیده بر این است که پدر و مادر آزادند که در مورد خودشان هر تصمیمی بگیرند، حتی اگر مغایر با حیثشان باشد، ولی حق ندارند با دلایل غیرمنطقی یا به‌دلیل عقاید خاص خود، کودک را از درمان محروم کنند، که این امر غالباً ابعاد حقوقی هم پیدا می‌کند (۷). هم‌چنین، این نوع امتناع می‌تواند از مصادیق کودک آزاری تلقی شود که نیاز به گزارش‌دهی و حمایت‌های مددکاری اجتماعی و سایر نهادهای مربوطه خواهد داشت (۸، ۹). در منابع اسلامی نیز رعایت مصلحت کودک، شرط حضانت دانسته شده است (۱۰) و در صورتی که والدینی واجد این صلاحیت نباشند، حق سرپرستی آنان سلب می‌شود (۱۱). با وجود این امر، از آنجا که درمان کودک بدون رضایت والدین، مشکلات عملی و تبعات ناگوار زیادی به‌دنبال دارد و به‌ویژه موجب بی‌اعتمادی مردم به نظام سلامت می‌شود، تلاش برای کسب رضایت والدین، اهمیت بسیار بالایی دارد و حتی با وجود جواز حقوقی و شرعی، به‌سادگی نمی‌توان توصیه به این کار کرد.

یکی دیگر از موارد خاصی که امتناع والدین، به آسیب کودک منجر می‌شود، رضایت ندادن مادر به زایمان سزارین است که اگر راهی برای جلب رضایت مادر پیدا نکنیم، احتمالاً منجر به مرگ جنین خواهد شد (۱۲).

مورد دیگر بیماران روانی پرخطر یا بیماری‌های واگیردار هستند که ممکن است درمان نشدن آنها منجر به آسیب سایر افراد شود. درمان بیماران روانی چالش‌های اخلاقی بسیاری را به همراه دارد. در صورتی که این بیماران یا تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین آنها به درمان رضایت ندهند، در شرایط خاصی درمان آنان به اجبار صورت می‌گیرد. این درمان اجباری الزاماً با دخالت قانون انجام می‌شود و موضوعی اخلاقی نیست، زیرا در چنین مواردی، بیمار تهدیدی خطرناک برای افراد جامعه محسوب می‌شود و آزاد گذاشتن بیمار امنیت جامعه را به خطر می‌اندازد، از این رو، در این‌گونه موارد، قانون برای بیمار تصمیم‌گیری می‌کند. ولی ملاک جواز این مداخله از موضوعات مورد بحث در اخلاق پزشکی است. در برخی از کشورها ملاک درمان اجباری، نیاز آنها به درمان است، بدین معنی که بیماران روانی خطرناک، چون نیاز به درمان دارند، باید اجباراً درمان شوند. در حالی‌که برخی دیگر با اولویت دادن به اتونومی بیمار، تنها خطرناک بودن آنها را ملاک قرار می‌دهند. به عقیده‌ی آنها ما فقط اجازه داریم که مانع اعمال بیماران خطرناک شویم و آنها را با حداکثر امکانات حبس کنیم و درمان اجباری، در این موارد اخلاقی نیست (۱۳، ۱۴).

بنابراین، قانون برحسب این‌که کدام‌یک از این ملاک‌ها را بپذیرد، ممکن است بیماران را به اجبار درمان کند یا این‌که اگر تصمیم‌گیرنده‌ی جایگزین آنها موافق درمان آنها نبود، تنها آنان را حبس کند.

مورد دیگر بیماری‌های قابل انتقال است که در این رابطه می‌توان از درمان اجباری زندانیان مبتلا به برخی بیماری‌های عفونی نام برد. تست اجباری ایدز در زندانیان (۱۵) یا در

باشد، تصمیم‌گیری برای این بیماران به صلاحیت و ظرفیت آن‌ها بستگی دارد. اگرچه از نظر تئوری مراحل تعیین ظرفیت در تمام بیماران یکسان است، ولی عملاً در امتناع درمان سخت‌گیری بسیار بیش‌تری برای تعیین ظرفیت انجام می‌شود و اغلب مشاوره‌ی روان‌پزشکی ضروری شمرده می‌شود. غالباً عقیده بر این است که وقتی بیمار تصمیم‌عقلانه‌ای می‌گیرد، درجات پایین درک و استدلال برای اثبات صلاحیت او کافی است، در حالی که در تصمیمات مهم‌تر ظرفیت بالاتری برای تصمیم‌گیری لازم است، بنابراین، رضایت برای درمان پرخطر و کم‌فایده و امتناع از درمان کم‌خطر و پرفایده نیاز به ظرفیت بالاتری دارد (۲۱، ۲۰).

امتناع از درمان در بیماران دارای ظرفیت

جدی‌ترین چالش‌های اخلاقی در زمینه‌ی امتناع از درمان، در مورد بیماران دارای ظرفیت است و مکاتب اخلاقی اختلاف دیدگاه‌های مختلف و گاه متناقضی در این باب دارند. اگرچه در عمل مشاهده می‌شود که با رعایت برخی نکات عملی و رفتاری کوچک می‌توان تا حد زیادی از شکل‌گیری این مشکل پیشگیری کرد، ولی به‌هرحال در مواردی با آن روبه‌رو خواهیم بود. این بیماران به تبع حق رضایت آگاهانه، حق دارند که از هر درمان طبی‌ای، چه در شروع درمان و چه در طی درمان امتناع کنند؛ حتی اگر این امتناع منجر به آسیب فیزیکی دائمی یا مرگ شود. در منشور حقوق بیماران در ایران نیز این حق به صراحت به رسمیت شناخته شده است^۱ (۲۲) ولی این امر از مسائلی است که اغلب با مقاومت درمانگران روبه‌رو می‌شود (۲۳). البته در ایران هیچ مطالعه‌ای در این زمینه صورت نگرفته است و نمی‌توان دقیقاً تعیین کرد که با بیمارانی که از درمان امتناع می‌کنند، چه برخوردی صورت می‌گیرد و در چند درصد از مواقع، امتناع بیمار، نوعی عدم

بیمار مشکوک به ایدز که درمان‌گری را در معرض آلودگی قرار داده است و مادر بارداری که مشکوک به ایدز است، از مواردی است که بحث‌های اخلاقی زیادی در خود دارد (۱۶). البته در مورد مادران باردار گفته می‌شود که نباید مادر را به اجبار درمان کرد، زیرا در اغلب موارد منافع مادر و جنین به هم وابسته‌اند و جنین از این درمان سودی نخواهد برد، بنابراین، ترجیح بر این است که مادر و جنین یک بیمار در نظر گرفته شوند و در نهایت به تصمیمی که مادر می‌گیرد، اولویت داده شود (۱۷). البته این مسأله ممکن است در تمام موارد صادق نباشد، بلکه در وضعیتی صدق می‌کند که درمان اجباری اگرچه در جهت منافع جنین است، ولی به جهت وارد شدن آسیب روحی به مادر، به جنین هم آسیب بزند.

۲. زمانی که عواقب امتناع تنها متوجه خود بیمار است.

در این بیماران مهم‌ترین مسأله فوریت یا عدم فوریت موقعیت است.

الف: زمان کافی برای احراز ظرفیت تصمیم‌گیری وجود ندارد. تردیدی نیست که اگر تأخیر درمان یا هر اقدام بالینی دیگری منجر به مرگ یا یک ضایعه‌ی خطرناک غیرقابل جبران شود، پزشک وظیفه‌ی اخلاقی و نیز وظیفه‌ی قانونی دارد که بدون فوت وقت و در صورت لزوم بدون اخذ رضایت به درمان بیمار اقدام کند. به‌عنوان مثال، در مورد ضرورت درمان فوری بیماری که اقدام به خودکشی کرده است، تقریباً اتفاق نظر وجود دارد (۱۹، ۱۸) که این امر علاوه بر ممنوع بودن خودکشی در بسیاری از مکاتب اخلاقی، به فوریت موقعیت نیز مربوط می‌شود، زیرا در صورتی می‌توان به خواسته‌ی بیمارانی که درمان را رد می‌کنند، تن داد که از صلاحیت آن‌ها برای تصمیم‌گیری اطمینان حاصل شده باشد، در حالی که در وضعیت اورژانس زمان کافی برای انجام این کار وجود ندارد و این کار باید به زمان پایدار شدن وضعیت بیمار محول شود.

ب: زمان کافی برای احراز ظرفیت تصمیم‌گیری وجود دارد.

اگر زمان کافی برای احراز صلاحیت بیمار وجود داشته

^۱ قبول یا رد درمان های 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.

امتناع را ناآگاهانه تلقی کرد. در این صورت تیم درمانی باید تلاش کند که تصورات بیمار را تصحیح کند، اما اگر نتوانست، در صورت امکان با اجبار درمان کند (۳۰).

مهم‌ترین دلایل امتناع بیماران دارای ظرفیت

الف: عوامل هیجانی

مطالعات گسترده‌ای به منظور یافتن دلایل بیماران برای نپذیرفتن درمان صورت گرفته است. عمده‌ی دلایلی که در این امر دخیل دانسته شده، سوء تفاهم، خشم و ترس است. ممکن است فردی که بیماری مزمنی دارد، از طولانی شدن بیماری‌اش خشمگین یا افسرده باشد. ممکن است بیمار معتاد باشد و نگران دسترسی به مواد مخدر باشد (۱۹). بسیاری از موارد علت امتناع بیماران واکنش‌های روانی لحظه‌ای است و بیماران طی ۲۴ ساعت بعد به درمان رضایت می‌دهند (۳۱). در کودکان یا بیماران مضطرب دلایل شناختی مانند ترس از خفگی به علت خوردن قرص یا جلب توجه می‌تواند علت امتناع باشد (۳۲).

ب: دلایل فرهنگی و اعتقادی

یکی از ناشایع‌ترین و درعین حال جدی‌ترین مسائلی که منجر به امتناع بیماران می‌شود، اعتقادات خاص فرهنگی یا مذهبی بیمار است. احترام به عقاید فرهنگی و مذهبی بیماران یکی از اصول اخلاقی پذیرفته شده در نظام‌های سلامت در کشورهای مختلف است. در صورتی که برای درمانگران مشخص شود که علت امتناع بیماران اعتقادات فرهنگی و مذهبی آنهاست، تصمیم آنها محترم شمرده می‌شود، حتی اگر این اعتقادات به نظر غیرمنطقی برسند (۳۳). یا مثلاً بیماران در حال مرگ یا افرادی که بیماری لاعلاج دارند، ممکن است درمان را بیهوده بدانند و حتی از درمان‌های حیاتی امتناع کنند. این امتناع به قصد خودکشی نیست و اگر بیمار واجد ظرفیت باشد، حق امتناع دارد، حتی اگر این کار موجب تسریع در مرگش شود (۳۴).

همکاری تلقی شده و منجر به قطع رابطه‌ی تیم درمانی با او می‌شود. تنها موضوعی که اطلاعاتی درباره‌ی آن وجود دارد و پژوهش‌هایی در مورد آن صورت گرفته است (۲۵، ۲۴، ۶)، مسأله‌ی ترخیص با رضایت شخصی است که در بیمارستان‌های ایران ضوابط مشخصی برای آن وضع شده است (۲۷، ۲۶). البته این امر الزاماً معادل امتناع از درمان نیست، ولی در برخی از موارد می‌تواند نوعی ابراز امتناع بیمار تلقی شود.

در رابطه با این مسأله دیدگاهی وجود دارد که معتقد است، امتناع بیمار از یک درمان پرفایده و کم خطر به تنهایی می‌تواند دلیلی بر نداشتن ظرفیت باشد. به نظر آنها توانایی استدلال برای انجام یک کار، یکی از ارکان ظرفیت تصمیم‌گیری است و لذا بیمارانی که از پذیرش درمان امتناع می‌کنند و برای این رفتارشان، دلیلی منطقی ارائه نمی‌دهند، ظرفیت کافی برای تصمیم‌گیری به‌ویژه در تصمیمات خطیر را ندارند (۲۸). به‌ویژه اگر شواهدی مانند تب و سایر علائم درگیری CNS داشته باشند. در مقابل، برخی دیگر بر این عقیده‌اند که امتناع بیمار از درمان نمی‌تواند تنها دلیل برای فقدان ظرفیت بیمار باشد، بلکه فقط می‌تواند دلیلی برای لزوم ارزیابی‌های بیشتر باشد، زیرا این نقطه نظر، قدرت نامحدودی به پزشکان می‌دهد که به‌سادگی نارضایتی بیماران را نادیده گرفته و به درمان او اقدام کنند. بنابراین، فقط باید درصدد راضی کردن بیمار به درمان و همچنین، اقدام از طرق قانونی بود (۲۹). در امتناع بیمار هم مانند رضایت آگاهانه باید مطمئن باشیم که بیمار تصمیمات خود را بر مبنای اطلاعات صحیحی از جمله نوع بیماری، درمان پیشنهادی، عوارض و خطرات جدی آن، احتمال موفقیت‌آمیز بودن درمان، عواقب درمان نشدن یا تأخیر درمان و درمان‌های جایگزین استوار کرده است (۱). به‌نظر Beauchamp و Childress اگر امتناع بیمار مبتنی بر باورهای است که نادرستی آنها برای تیم درمانی با شواهد قطعی به اثبات رسیده است، می‌توان این

تعیین فاکتورهای مستعدکننده و یافتن بیمارانی که مستعد امتناع از درمان و ترخیص با رضایت شخصی هستند راهکار دیگری است که برای رفع این پدیده پیشنهاد شده است. چنانچه پزشکان بتوانند بیماران پرخطر از نظر ترخیص با رضایت شخصی را از قبل تشخیص دهند، خواهند توانست از ابتدا روش مناسبی را در برخورد با این بیماران پیش بگیرند (۵). به عنوان مثال، مشاهده شده است که ترخیص با رضایت شخصی در بیماری افسردگی بیش تر از بیماری های اضطرابی است. با دانستن این امر ممکن است بتوان از طریق اولویت دادن به درمان افسردگی و ارائه ی توصیه های لازم به پرسنل و همراهان بیمار، از وقوع این نوع ترخیص پیشگیری کرد (۲۵). دانستن این امر که چه بیمارانی مستعد ترک خودسرانه ی بیمارستان هستند، به بررسی ها و پژوهش های بیش تری نیاز دارد.

نکته ی دیگر این که آمادگی برای مواجهه با امتناع بیماران، در کنترل این رویداد سهم به سزایی دارد. امتناع از درمان، به ویژه در مواردی که می تواند منجر به مرگ یا عارضه ی خطرناک غیرقابل جبران شود، باید از قبل پیش بینی شده باشد تا در صورت وقوع، راهکارهای لازم از قبل معین بوده و آمادگی لازم برای مواجهه مناسب وجود داشته باشد، مثلاً پیشنهاد شده است که تیمی از متخصصان اخلاق، متخصصان روانپزشکی و مددکاری اجتماعی، آماده باشند تا در صورتی که امتناع بیمار مرگبار باشد، بلافاصله از آن ها دعوت به همکاری شود (۳۶).

مهم ترین مسأله در این بیماران، تداوم درمان های مورد توافق است. در صورتی که هیچ یک از راهکارهای ممکن، موثر واقع نشد، درمان های جایگزین باید به منظور حفظ راحتی بیمار و نجات او از دردهای شدید یا سایر عوارض بیماری هم چنان ادامه یابد. امتناع از یک درمان خاص، به معنای امتناع از همه ی درمان ها یا همه ی ابعاد مراقبت نیست. حتی هنگامی که بیمار توصیه های کادر درمانی را نمی پذیرد، خدمات مورد

ج: دلایل شخصی و خصوصی

علاوه بر این ها درصد بالایی از دلایل امتناع بیمار دلایل شخصی او است. دلایلی از قبیل وضع اقتصادی، نداشتن بیمه و تمایل به تغییر پزشک معالج، که ممکن است بیمار حاضر به ابراز آن نباشد (۲۴، ۶).

راهکارهای پیشنهاد شده در مواجهه با امتناع بیماران

برای مواجهه ی صحیح با این مسأله، صاحب نظران راهکارهای مختلفی را در آثار خود ذکر کرده اند که اشاره به آن ها می تواند برای ما راهگشا باشد.

غالباً عقیده بر این است که ارتباط مناسب بیمار با درمانگر، مؤثرترین عامل هم در پیشگیری و هم در حل این مشکل است. در زمان امتناع بیمار از درمان، اولین چیزی که بررسی می شود، ظرفیت بیمار است ولی اغلب موارد مشکل این بیماران فقدان یک ارتباط مناسب با درمانگران است نه فقدان ظرفیت. حتی در بیماران بدون ظرفیت هم وجود یک رابطه ی مناسب کمک بیشتری به حل مشکل می کند. اثبات عدم صلاحیت بیمار گاهی به معنی درمان اجباری است که صدمات روحی شدیدی به بیمار وارد می کند، به طوری که گاهی عواقب درمان اجباری از خود بیماری بیش تر است (۳۵). بنابراین، در ابتدا باید تلاش کرد که با جلب اعتماد بیمار و ایجاد یک رابطه ی مناسب، رضایت او را اخذ کرد و تنها زمانی اقدام به تعیین ظرفیت کرد که تمام راه های دیگر ناموفق بوده است.

برای افزایش اعتماد بیمار، تکنیک هایی پیشنهاد شده است مثلاً رفع نیازهای کوچک بیمار به ایجاد همدلی و اعتماد در بیمار کمک می کند یا مذاکره موجب رفع ابهامات و نگرانی های بیمار شده و برخی موانع امتناع را برطرف می کند. رفتار پزشک می تواند بر اعتماد بیمار تأثیرگذار باشد. پزشکی که بین تخت ها ایستاده و عجله دارد که سراغ بیمار بعدی برود، به شدت بیمار را بی اعتماد می کند و در مقابل، توجه تمام عیار به گفته های بیمار اعتماد بیمار را افزایش می دهد (۲۶).

- توافق باید بدون وقفه در اختیار او قرار گیرد (۱).
 مستند کردن تصمیمات و توافقات، عملی بسیار ضروری
 در مواجهه با چنین شرایطی است، زیرا احتمال این که مسأله
 ابعاد حقوقی پیدا کند، بسیار زیاد است (۳۶).

نتیجه‌گیری

- امتناع از درمان، یکی از نتایج منطقی اخذ رضایت بوده و
 از حقوق بیماران به‌شمار می‌آید، ولی از آنجا که می‌تواند
 منجر به ایجاد آسیب در بیمار، اطرفیان بیمار یا نظام سلامت
 شود، مشکلات عملی بسیاری را ایجاد می‌کند.

- امتناع از درمان به‌شدت با ظرفیت تصمیم‌گیری بیماران
 ارتباط پیدا می‌کند و حتی برخی، امتناع غیرمنطقی از درمان را
 به تنهایی برای عدم صلاحیت بیمار برای تصمیم‌گیری کافی
 می‌دانند. با وجود این برقراری یک ارتباط صحیح با بیمار،
 کمک بسیار بیش‌تری به حل مسأله می‌کند؛ اما اگر با وجود
 برقراری یک ارتباط صحیح، موفق به همراه کردن بیمار
 نشدیم، پیشنهاد می‌شود:

- اگر احتمال آسیب به دیگران وجود دارد، با نظر جمع
 و نظارت نماینده‌ی قانون اقدام به درمان اجباری کنیم.
- اگر بیمار در شرایط اورژانس حیاتی به‌سر می‌برد،
 به‌طوری که تأخیر، منجر به مرگ او می‌شود، بدون
 درنگ، در حد توان اقدام به درمان او کنیم.
- اگر بیمار در وضعیت تهدیدکننده‌ی حیات نیست، بسته
 به نوع بیماری، به او فرصت دهیم تا واکنش‌های
 هیجانی اولیه را سپری کند.

- در این فاصله اولاً اقدام به تعیین ظرفیت کرده و ثانیاً
 امکان مشاوره با بستگان، متخصصان، بیماران مشابه و
 ... را برای بیمار فراهم کنیم.
 - اگر بیمار ظرفیت تصمیم‌گیری دارد و همچنان امتناع
 می‌کند، بدون همکاری در قطع درمان، سایر درمان‌ها و
 حمایت‌هایی را که بیمار به آن رضایت دارد، همچنان
 ادامه دهیم.
 - در مورد درمان‌هایی که بیمار از آن‌ها امتناع می‌کند،
 ضمن داشتن یک تعامل مناسب با همراهان، تصمیمات
 اتخاذ شده، مستند شود.
- و با وجود تمام این توصیه‌ها، در عمل مشاهده می‌شود که
 در امتناع از درمان، بسیاری از پزشکان، براساس دریافت‌های
 شهودی و احساسی خود عمل کرده و در بسیاری از موارد،
 حاضر به قطع درمان نشده و به اشکال مختلف در مقابل
 خواسته‌ی او مقاومت می‌کنند (۲۳). تلاش برای حذف عوامل
 عاطفی و زمینه‌های فرهنگی تصمیم‌گیری، نه به‌سادگی
 امکان‌پذیر است و نه نتایج مطلوبی در بر دارد، بلکه نیاز به
 هدایت صحیح از طریق آموزش و اعمال سیاست‌گذاری‌های
 مناسب دارد.

- 14- Nasr Esfahani M, Attari Moghadam J, Rasoulilian M, et al. Involuntary treatment and hospitalization: review of mental health acts. *Iran J Psych Clin Psychol* 2008; 14(1): 4-16. [in Persian]
- 15- Prisoners DN. Healthcare issues of prisoners. In: Stephen GP. *Encyclopedia of Bioethics*. USA: Macmillan Reference; 2004, p. 2110.
- 16- Bayer R. AIDS. In: Stephen GP. *Encyclopedia of Bioethics*. USA: Macmillan Reference; 2004, p.123-33.
- 17- Williams MS, Davies JM, Ross BK. Medicolegal Issues in obstetric anesthesia. In: Chestnut DH. *Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice*. Mosby: Elsevier; 2009, p. 731-8.
- 18- Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical Ethics: A Practical Approach To Ethical Decisions in Clinical Medicine*. New York: McGrawHill; 2006, p. 61.
- 19- Mayer D. Refusal of care and discharging, difficult patient from the emergency department. *Ann Emerg Med* 1990; 19(12): 1436-46.
- 20- Schouten R, Edersheim JG. Informed consent, competency, treatment refusal, and civil commitment. In: Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, Biederman J, Rauch SL. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*, 1st ed. USA: Mosbey; 2008, p. 1146-9.
- 21- Roth LH, Meisel A, Lidz CW. Tests of competency to consent to treatment. *Am J Psychiatry* 1977; 134(3): 279-84.
- 22- Anonymous. [Manshoor hoghooghe bimar]. <http://siasat.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=291&pageid=34985> (accessed in 2012). [in Persian]
- 23- Parsapoor A, Mohammad K, Malekafzali H, Alaeddini F, Larijani B. The necessity of observing patients' right: surveying patients', physicians' and nurses' attitudes around it. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2009; 2(4): 79-90. [in Persian]
- 24- Rangraze Jedi F, Rangraze Jedi M, Rezai Mofared MR. Patients' reasons for discharge against medical advice in university hospitals of Kashan University of Medical Sciences in 2008. *Hakim* 2010; 13(1): 33-9. [in Persian]
- 25- Tavallaee SA, Asari Sh, Habibi M, et al. Discharge against medical advice from psychiatric ward. *J Mil Med* 2006; 8(1): 24-30. [in Persian]
- 26- Anonymous. [Khat Mashye tarkhis ba

منابع

- 1- British Medical Association. *Medical Ethics Today: The BMA's Handbook of Ethics and Law*. UK: Wiley; 2004, p. 70-98.
- 2- Beauchamp TL. The Right to Privacy and the Right to Die. *Soc Philos Policy* 2000; 17(2): 276-92.
- 3- Madani M, Madani E. Theoretical foundations of treatment refusal: ethical, philosophical and jurisprudential aspects. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2013; 6(5): 12-23. [in Persian]
- 4- Anis HA, Sun HS, Guh DP, Palepu A, Schechter MT, O'Shaughnessy MV. Leaving hospital against medical advice among HIV-positive patients. *CMAJ* 2002; 167(6): 633-7.
- 5- Hwang SW, Li J, Gupta R, Chien V, Martin RE. What happens to patients who leave hospital against medical advice? *CMAJ* 2003; 168(4): 417-20.
- 6- Kabirzadeh A, Reza zadeh A, Mohseni saravi B. [Faravani va elale tarkhis ba rezayate shakhsi dar koodakane bimarestane Boo Ali sari dar sale 1387]. *Majale Daneshgah Khorasene shomali* 1389; 2(4): 57-62. [in Persian]
- 7- Drane JF. Alternative therapies. In: Stephen GP. *Encyclopedia of Bioethics*. USA: Macmillan Reference; 2004, p.160.
- 8- Lantos JD. Child Abuse. In: Stephen GP. *Encyclopedia of Bioethics*. USA: Macmillan Reference; 2004, p.44-46.
- 9- Kahani E. [Koodak azari jesmani amdi]. *Forensic Med* 1375; 3(10): 74-5. [in Persian]
- 10- Najafi Saheb Javaher MH. [Javaher Al-Kalam fi Sharhe Sharye Al-Islam], 7th ed. Lebanon: Daar Ehya Al-Teras Al-Arabia; 1404, vol 31, p. 283. [in Arabic]
- 11- Makareme Shirazi N. [Esteftaate Jadid], 2nd ed. Qom: Entesharate Madreseye Imam Ali; 1427, vol 3, p. 265. [in Persian]
- 12- Ribak R, Harlev A, Ohel I, Sergienko R, Wiznitzer A, Sheiner E. Refusal of emergency caesarean delivery in cases of nonreassuring fetal heart rate is an independent risk factor for perinatal mortality. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011; 158(1): 33-6.
- 13- Singer, PA. *The Cambridge Textbook of Bioethics*. New York: Cambridge University Press; 2008, p. 434.

- 31- Appelbaum PS, Gutheil TG. "Rotting With Their Rights On": Constitutional Theory and Clinical Reality in Drug Refusal by Psychiatric Patients. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1979; 7(3): 306-15.
- 32- Anderson CM, Ruggiero KJ, Adams CD. The use of functional assessment to facilitate treatment adherence: a case of a child with HIV and pill refusal. *Cogn Behav Prac* 2000; 7(3): 282-7.
- 33- Larijani B. [Pezeshk va Molahezate Akhlaghi]. Tehran: Baraye Farda; 1383, vol 1, p. 30-31. [in Persian]
- 34- Brendel RW, Epstein LA, Cassem NH. Care at the end of life. In: Stern TL, Rosenbaum JF, Fava M, Biederman J, Rauch SL. *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*, 1st ed. USA: Mosby; 2008, p. 821-6.
- 35- Dresser RS, Boisauvin EV Jr. Psychiatric patients who refuse nourishment dresser. *Gen Hosp Psychiatry* 1986; 8(2): 101-6.
- 36- Bramstedt KA, Nash PJ. When death is the outcome of informed refusal: dilemma of rejecting ventricular assist device therapy. *J Heart Lung Transplant* 2005; 24(2): 229-30.
- rezayate shakhsi].
<http://shariati.tums.ac.ir/sites/default/files/khate%20mashiye%20tarkhis%20ba%20rezayet.pdf> (accessed in 2014). [in Persian]
- 27- Anonymous. [Ravande tarkhis ba rezayate shakhsi].
<http://rajaeehosp.sums.ac.ir/icarusplus/export/sites/rajaeehosp/bimarspecial/tarkhisbarezayateshakhsi.pdf> (accessed in 2014). [in Persian]
- 28- Simon JR. Refusal of care: the physician-patient relationship and decision making capacity. *Ann Emerg Med* 2007; 50(4): 456-61.
- 29- Lo B. *Resolving Ethical Dilemmas, A Guide for Clinicians*, 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005, p.79.
- 30- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*, 6th ed. UK: Oxford University Press; 2009, p. 131.

Ethical and practical considerations on refusal of medical treatment

Mansoureh Madani^{*1}, Ensieh Madani²

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

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

Abstract

Refusal of medical treatment is among the most important rights of patients and a natural consequence of informed consent, although it can result in harm to patients or others and even the health care system. Treatment refusal may have various clinical manifestations whose recognition and proper understanding is essential to their management. In some cases the legal aspect is primarily dominant, such as when there is the possibility of harm to a third party. In other cases, for instance in absence of patient capacity, there are clear guidelines for decision-making. Major ethical challenges in the field of treatment refusal frequently pertain to capable patients, and this paper is mainly about the practical issues related to this group. The problems that these patients face are mostly due to improper physician-patient relationship or fleeting emotions. Caregivers should be prepared to deal with these issues and try their best to overcome obstacles and achieve patient satisfaction, with the exception of critical emergencies where treatment is carried out without consent. If all measures fail, patients' refusal must be documented and other therapeutic interventions should be offered.

Keywords: treatment refusal, discharge against medical advice, compulsory treatment, informed consent, physician-patient relationship

*Email: mansuremadani@yahoo.com