

چالش‌های اخلاقی در اسکیزوفرنی

لاله سلیمانی‌زاده*^۱، سکینه میری^۱، فرزانه سلیمانی‌زاده^۲، نیلوفرظفرنیا^۱، مریم عسکری‌زاده ماهانی^۱، مصطفی جوادی^۳

مقاله‌ی مروری

چکیده

اسکیزوفرنی به‌عنوان یکی از شدیدترین بیماری‌های روانی، اختلالاتی در عملکرد شغلی و اجتماعی به همراه دارد که فشار زیادی بر بیمار، خانواده و ارائه‌دهندگان خدمات وارد می‌کند. در درمان این بیماری، طیف وسیعی از مشکلات و چالش‌های اخلاقی پیش روی متخصصان وجود دارد. هدف از این مقاله شرح اجزای رضایت آگاهانه و کسب توانایی تصمیم‌گیری جهت درمان و همچنین روش‌هایی برای ارتقاء توانایی این بیماران در ارائه‌ی رضایت آگاهانه است. مراقبت از بیماران روانی با چالش‌های اخلاقی زیادی همراه است و در این بیماران، توجه به اصول اخلاقی مانند احترام به استقلال، سودمند بودن، صداقت و عدالت ضروری است. کسب رضایت آگاهانه از بیماران اسکیزوفرن چالش‌های اخلاقی فراوانی به‌دنبال دارد؛ در عین حال می‌تواند به‌عنوان یک محافظ قانونی، ارتباط بین بیمار و متخصص را بهبود بخشد. همچنین، در شفاف‌سازی انتخاب‌ها، ارزش‌ها، اولویت‌ها و تصمیم‌گیری مستقل و آزادانه‌ی بیماران در درمان بیماری کمک کند و این رضایت در مواردی مانند تست‌های تشخیصی، بستری شدن یا قطع یک دارو در ارتباط بین روان‌پزشک و بیمار کاربرد دارد که باید در جهت سودرسانی به بیمار باشد.

روان‌پزشکان در ارائه‌ی مراقبت‌ها به دلیل ماهیت بیماری‌های روانی با چالش‌های اخلاقی فراوانی روبه‌رو می‌شوند. درک این موارد از نظر اخلاقی در حیطه‌ی عملکرد بالینی، به روان‌پزشکان کمک می‌کند تا در فعالیت‌های روزمره‌ی بالینی به روش محترمانه و مبتنی بر اعتماد خدمات خود را به بیماران روانی ارائه کنند که در نهایت به ارائه‌ی بهتر مراقبت بالینی منجر می‌شود.

واژگان کلیدی: اسکیزوفرنی، اخلاق، رضایت آگاهانه، تصمیم‌گیری

^۱ مربی، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

^۲ کارشناس وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

^۳ دانشجوی دکترای پرستاری و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی یزد

* نشانی: تهران خیابان مطهری، خیابان میرعماد، کوچه ۷، پلاک ۱۴، طبقه دوم، تلفن: ۸۸۷۵۴۳۲۲-۰۹۱۳۳۴۳۹۲۵۳

مقدمه

اسکیزوفرنی یک اختلال شدید روانی است که باعث اختلال در عملکرد فردی، اجتماعی و شغلی گردیده و فشار زیادی بر بیمار، خانواده و ارائه‌دهندگان مراقبت وارد می‌کند. در درمان این اختلال، متخصصان با انواعی از مشکلات اخلاقی مواجه می‌شوند (۱). مفاهیم احترام به استقلال، سودمندی و صداقت در مراقبت از این بیماران همیشه باید مورد توجه باشد؛ هم‌چنین رضایت آگاهانه در درمان این بیماران به‌عنوان یک عملکرد اصلی اخلاق بالینی در نظر گرفته می‌شود و بیانگر حقوق افراد در زمینه‌های بالینی و تحقیقی است (۲). کسب رضایت آگاهانه نه تنها به‌عنوان یک محافظ قانونی است بلکه ارتباط بین بیمار و متخصصان را تقویت می‌کند و به‌عنوان یک فرصت، برای کسب اطلاعات از بیمار لازم بوده و در انتخاب‌ها و اولویت‌های این بیماران کمک کننده است. این مقاله اصول کسب رضایت آگاهانه، توانایی تصمیم‌گیری در درمان و مراقبت از بیماران اسکیزوفرنی را مورد بررسی قرار می‌دهد (۱). هم‌چنین بر موانع بالقوه‌ی کسب رضایت آگاهانه تمرکز داشته و راه‌های جدیدی برای بهبود توانایی بیماران اسکیزوفرن در کسب رضایت آگاهانه معنی‌دار ارائه می‌دهد (۳).

روش کار

به‌منظور یافتن مطالعات و منابع مرتبط با مشکلات اخلاقی در بیماری‌های روانی و خصوصاً اسکیزوفرنی، موتور جست‌وجوگر Google و برخی پایگاه‌های اطلاعاتی موجود در سایت‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان شامل Ovid, Science direct و Pubmed مورد جست‌وجو قرار گرفتند. واژگان کلیدی شامل اسکیزوفرنی، اصول اخلاقی، مشکلات قانونی، رضایت آگاهانه و تصمیم‌گیری بود. شرایط ورود مقالات به مطالعه شامل کاربرد اصول اخلاقی و چالش‌های مرتبط در روان‌پزشکی بود که از میان آن‌ها ۳۷ مقاله به‌عنوان منبع انتخاب شد.

نتایج

روان‌پزشکان اغلب در مراقبت از بیماران روانی با مشکلات اخلاقی روبه‌رو هستند و باید به انگیزه‌هایی توجه کنند که انتخاب‌ها و رفتارها را تشکیل داده و انگیزش‌ها، درک و شناخت، نظام ارزشی، توسعه‌ی روانی و تاریخچه‌ی فردی (شخص حقیقی یا حقوقی) را تحت تأثیر قرار می‌دهد. حس اهمیت، بصیرت، نظام ارزشی و توسعه روانی باید به‌عنوان شاخص‌های اولیه مورد ارزیابی قرار گیرند (۴). روان‌پزشکان هم‌چنین به این نتیجه رسیده‌اند که بررسی و مشاهده‌ی دقیق از ملزومات متضمن امور بالینی است. همه‌ی این ویژگی‌ها، به تقویت انعکاس اخلاقی و تصمیم‌گیری مناسب در مراقبت از بیماران کمک می‌کند (۵). مهارت‌های ضروری که ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی - درمانی در مورد بیماران روانی از جمله اسکیزوفرنی باید از آن استفاده کنند شامل این موارد است: توانایی تشخیص مشکلات و ملاحظات اخلاقی، داشتن صداقت، شناسایی صلاحیت‌ها، شناسایی موقعیت‌های خاص همراه با تضاد اخلاقی، جست‌وجوی راهنمایی و انجام تدابیر حفاظتی اخلاقی.

اولین مهارت، توانایی تشخیص مشکلات و چالش‌های اخلاقی است که یکی از مهم‌ترین توانایی‌های لازم در مراقبت از بیماران روانی است که نیازمند حساسیت و توجه خاص است. هم‌چنین مراقبان و ارائه‌کنندگان خدمات باید به درک کاربردی از مفاهیمی مانند سودمندی، صداقت، احترام گذاشتن به افراد، عدالت، آسیب نرساندن، حفظ استقلال و حفظ حریم خصوصی نائل شوند تا آن‌ها را در موقعیت‌های بالینی به‌کارگیرند. روان‌پزشکی که مراقبت از افراد مبتلا به اختلالات روانی را فراهم می‌کند باید از دامنه‌ی مشکلات گوناگون، نقش رازداری در حفاظت و کاهش خطر و انگ‌زدن آگاهی داشته باشد (۶).

دومین مهارت، داشتن صداقت در بررسی نظام ارزشی هر شخص، توانایی‌ها و تمایلات مربوط به مراقبت از بیمار است.

روان‌پزشکی اشاره دارد که به سطح بالایی از صداقت، درک انتظارات از صلاحیت‌های بالینی و استانداردهای مراقبت بالینی نیازمند است (۱۲).

چهارمین مهارت، شامل توانایی شناسایی موقعیت‌های خاص همراه با تضاد اخلاقی است که احتمالاً مشکلات اخلاقی زیادی را به همراه دارد و فعلاً باید از بروز این مشکلات پیشگیری شود (۱۳).

پنجمین مهارت، جست‌وجوی راهنمایی مناسب در کمک به حل تضاد است که به جمع‌آوری اطلاعاتی در مورد بیمار، یافتن راهنمای عملکرد مربوطه، مشاوره‌ی دقیق توسط کارشناسان خبره در امور اخلاقی و قانونی و مرور متونی که بر تصمیم‌گیری اخلاقی در عملکرد بالینی متمرکز می‌شوند اشاره دارد که البته به پیچیدگی موقعیت نیز بستگی دارد. (۱۴). از دیگر منابع ارزشمند می‌توان «کمیته‌ی مشاورین اخلاقی در امر مراقبت از بیمار» را نام برد. بعد از حل اولین مشکل ضروری است که نظارت و کنترل پیش رونده در مورد بیمار با در نظر گرفتن مشکل اخلاقی و جوانب بالینی انجام شود. برای دستیابی به مشاورین اخلاقی باید در جست‌وجوی راهنمایی باشیم که این امر استفاده از مشاوره با یک کارشناس حرفه‌ای آشنا با قوانین را ضرورت می‌بخشد (۹).

ششمین مهارت ضروری، توانایی کاربرد تدابیر حفاظتی اخلاقی مناسب در فرایند مراقبت از بیمار است که شامل شناخت سایر مشکلات اخلاقی در یک موقعیت است که باید در فرایند درمانی به‌طور آشکار توضیح داده شود و از طرف یک همکار قابل اعتماد در حیطه‌ی دیگر نیز مورد تأیید باشد. در موقعیت‌های پرخطر باید تدابیر حفاظتی شدید در نظر گرفته شود. استفاده از تدابیر حفاظتی اخلاقی مناسب در فرایند مراقبت از بیمار نه تنها سبب آگاهی از مشکلات اخلاقی می‌گردد، بلکه باعث تداوم فرایند درمانی می‌شود. نظارت از طرف متخصصان این رشته باید به‌صورت مستمر و منظم انجام گیرد (۱۰). از طرف دیگر، افراد باید به‌عنوان یک حامی قوی و فعال در موقعیت‌های پرخطر وظایف خاصی را

به‌عنوان مثال، در مراقبت از یک خانم اسکیزوفرنی که به درمان با داروهای آنتی‌سایکوتیک جواب داده است و تمایل به بارداری دارد، یک روان‌پزشک ممکن است با تمایلات افراد اسکیزوفرن در رابطه با والد شدن، به‌دنیا آوردن کودکان سالم و داشتن حقوق شهروندی روبه‌رو شود. در این رابطه باید حس نگرانی و تشویش را در بیمار تعدیل کرده و حقایق را برای بیمار بازگو کند که این جزء از مهارت‌های ضروری اخلاقی است. روان‌پزشک باید انگیزه‌های شخصی را در هر بیمار تشخیص داده و به حل مؤثر مشکلات در ارتباط درمانی بپردازد (۷). روان‌پزشکان ممکن است در مورد رعایت حقوق بیماران روانی حسی از ناآرامی یا شک و تردید را تجربه کنند که با آگاهی از کاربرد اصول اخلاقی در عملکرد حرفه‌ای می‌توان این حس را کاهش داد (۸).

سومین مهارت شامل توانایی شناسایی صلاحیت‌هاست که لازمه‌ی آن شناسایی محدودیت‌ها در حیطه‌ی صلاحیت‌های بالینی است. اهمیت این موضوع به دلیل ارتباط این مهارت با اصول اخلاق زیستی سودمندی و آسیب نرساندن است. رعایت این اصول، پایه و اساسی برای کسب اطمینان جامعه است که یکی از مهم‌ترین فعالیت‌های متخصصان در جهت سلامت و متضمن سودمندی بیمار است (۹). کارشناسان بالینی باید همه‌ی این موارد را در جهت سلامت بیماران و داشتن بهترین خواسته‌ها برای بیماران در نظر داشته باشند (۱۰). در اصل هر شخصی نمی‌تواند خارج از توانایی و مهارت خود مراقبت‌های لازم را فراهم آورد، مگر این‌که در موقعیت‌های غیر عادی قرار گیرد. مثلاً در مناطق دورافتاده که از تسهیلات مراقبتی کم‌تری برخوردارند باید تلاش شود که متخصصان بالینی توانایی و مهارت‌های خود را در این زمینه بالا ببرند (۱۱). حتی در مناطقی که از نظر تسهیلات بهداشتی و درمانی غنی هستند مهم است که از محدودیت‌ها و صلاحیت‌های بالینی هر شخص آگاهی داشته باشند، به‌طوری که بیماران مراقبت‌های استاندارد و مناسبی دریافت کنند؛ که این مورد اخیر به کاربرد اخلاق زیستی در حیطه‌ی عملکرد

نیاز داشته باشد. در شرایط مطلوب، بیمار فرصت کافی جهت پرسیدن سؤالات را داشته و اطلاعات را به‌دقت با روان‌پزشک مرور می‌کند. همچنین چشم‌اندازی از قبول و عدم پذیرش درمان‌ها را باید در ابتدای فرایند تصمیم‌گیری به اطلاع بیمار برساند (۶).

دومین جزء رضایت آگاهانه، توانایی تصمیم‌گیری است یعنی بیمار بتواند اطلاعات را ارزشیابی و محتوای آن را در زمینه‌ی زندگی خود درک نماید. توانایی تصمیم‌گیری خود شامل چهار جزء تشکیل‌دهنده است.

اولین جزء، توانایی افراد در بیان اولویت‌هاست (توانایی ابراز احساسات یا برقراری ارتباط).

دومین جزء، توانایی افراد در درک اطلاعات مربوطه مانند ماهیت بیماری، پیش‌آگهی با درمان و بدون آن، خطرات، منافع و سایر مداخلات پیشنهادی هستند (یعنی بیمار به توانایی عقلانی یا درک واقعی از اطلاعات برسد).

سومین جزء، توانایی استدلال است که اشاره به توانایی کارکردن با اطلاعات به‌طور منطقی، قانونی و عینی، بدون ادغام صریح و آشکار عواطف و ارزش‌های شخصی دارد. مثلاً یک فرد منطقی به‌طور مرتب داروهایی که نسبت به سایر داروها، عوارض جانبی کم‌تر و اثرات درمانی مفیدتری دارند، انتخاب می‌کند.

چهارمین جزء، توانایی تشخیص در گرفتن اطلاعات و درک آن است و استفاده از این نکته در تصمیم‌گیری و توجه به پیامدهای آن در زمینه‌ی تاریخچه‌ی شخصی، نظام ارزشی، عواطف و موقعیت‌های زندگی بیمار (توانایی ارزیابی صحیح) اهمیت می‌یابد. این جزء در توانایی تصمیم‌گیری باید به‌طور دقیق مورد توجه قرار گیرد (۱۰).

در ارزشیابی توانایی تصمیم‌گیری بیمار، کسب رضایت آگاهانه، گوش دادن، مشاهده‌ی بیمار و انجام یک معاینه‌ی روانی به بررسی و شناخت از توانایی تصمیم‌گیری بیمار کمک می‌کند (۸). تکنیک‌های اضافی در ارزشیابی توانایی تصمیم‌گیری شامل درخواست از بیماران برای دوباره بیان

تقبل کنند؛ به‌عنوان مثال، زمانی که بیمار در جست‌وجوی درمان در مرکز درمانی است، کارکنان آن مرکز باید به‌عنوان حامیان بیمار اطلاعات شخصی بیمار را حفظ کنند و در اختیار دیگران قرار ندهند (۱۵). نوع دیگری از تدابیر حفاظتی استفاده از کارشناسان مراقبت بهداشتی است که به مراقبت از بیماران کمک می‌کنند و در بعضی از موارد نیز بیمار را باید به یک متخصص دیگر ارجاع دهند (۵). در همه‌ی این موارد روان‌پزشکان باید تدابیر حفاظتی - اخلاقی را در مراقبت از بیمار به دقت منعکس و مستند کنند و نیز بررسی توانایی آن‌ها در حمایت از سلامت بیماران مهم است.

کسب رضایت آگاهانه یک عملکرد اخلاقی بالینی است که به تصمیم‌گیری مستقل بیماران احترام می‌گذارد. بر اساس آن بیماران باید به‌طور واقعی درک شوند و آزادانه در مورد مراقبت بهداشتی شخصی خویش تصمیم بگیرند (۲). کسب رضایت همیشه در ارتباط بین روان‌پزشک و بیمار، در مواردی هم‌چون یک تصمیم خاص مانند انجام تست تشخیصی، بستری شدن، شروع یک داروی جدید یا قطع یک دارو است (۱۰).

رضایت آگاهانه خود شامل سه جزء اساسی است:

اولین جزء، سهیم شدن در اطلاعات است به روشی که بیمار بتواند آزادانه بعضی از اصول مراقبت بالینی را قبول یا رد کند (۴). به‌طور ایده‌آل روان‌پزشکان باید اطلاعات ضروری را در مورد ماهیت بیماری، ارائه‌ی دلیل برای نظارت یا مداخله، احتمال خطرات و منافع در مداخلات پیشنهادی بالینی مانند تست تشخیصی و بالینی، و نتایج مورد انتظار را در اختیار بیمار قرار دهند؛ به‌طوری‌که پذیرش و عدم پذیرش مداخله‌ی بالینی، درمان‌های اختیاری و غیر اجباری را در آینده مد نظر قرار دهد. دادن اطلاعات به‌صورت دقیق بستگی به این دارد که فرد چه میزانی از اطلاعات و با چه سطحی را می‌خواهد دریافت کند. مثلاً ممکن است بیمار اطلاعاتی در مورد مصرف داروی جدید، علایم بیماری‌زایی مهم، عوارض جانبی، و پیگیری مواردی مانند کنترل فشارخون و میزان سرم

است (۱). مشکلات روانی شامل انتظارات و ادراک افراد است (به عنوان مثال، فردی که در ارتش خدمت می کند توصیه های متخصصان را مانند صدور دستورات از طرف فرمانده احساس می کند). به طور مشابه ارزش های فرهنگی و مذهبی خانواده و جامعه فرد را تحت تأثیر قرار می دهد. فشارهای خارجی حس خودکفایی و تصمیم داوطلبانه را کاهش می دهد، مانند بستری شدن یا فقر. فرآیند کسب رضایت آگاهانه یک گفتمان پیش رونده است که به بیمار اجازه ی داشتن فرصت زمانی لازم در آشکارسازی مشکلات پیچیده، اصلاح مفاهیم غلط و مشاوره با سایر منابع مانند اعضای خانواده، دوستان و پزشک را فراهم می کند؛ هم چنین فرصتی برای روشن سازی ارزش های شخصی فراهم می کند که در نهایت می توان از پیامدهای آنها در تصمیمات بهداشتی استفاده کرد (۱۷).

استراتژی هایی برای پر بارتر کردن رضایت آگاهانه

۱- سهیم شدن در اطلاعات:

الف - توجه به سبک ارتباطات بین فردی و کلیدی؛ ب- اجتناب از واژه های نامفهوم و فراهم کردن اطلاعات به میزان درست جهت تقویت درک؛ ج- استفاده از مترجم در صورت نیاز؛ د- ارائه ی موضوعات به صورت شفاهی، کتبی یا استفاده از وسایل سمعی - بصری؛ ه- آگاهی از زمان بندی و سهیم شدن در اطلاعات تا حدی که بیماران اطلاعات اضافی و نامفهوم را کسب نمایند؛ و- تشویق بیمار جهت ارائه ی پیشنهادات مورد علاقه؛ ز- ایجاد فرصت برای سؤالات و گفت و گو و تبادل نظر (۱۸).

۲- توانایی تصمیم گیری:

الف- بررسی بیمار از جهت نقص در توانایی تصمیم گیری؛ ب- فراهم کردن حمایت عاطفی و اطمینان بخشی مجدد؛ ج- برای بیماری که نقص در توانایی تصمیم گیری دارد در شروع درمان باید در جست و جوی رضایت بود و زمانی که علایم و عملکرد بیمار بهبود می یابد، تصمیم گیری بیمار بهتر می شود؛ د- چنانچه بیمار نتواند در همه حال رضایت آگاهانه داشته باشد، از یک عضو خانواده یا

کردن اطلاعات به زبان خود بیمار است. باید بیماران را تشویق کنیم که در مورد چندین سناریو فکر کنند و به صراحت کاربرد انتخاب های گوناگون را توصیف کنند. هم چنین بیماران باید درباره ی تصمیمات اولیه ی زندگی فکر کرده و نتایج آنها را در ارتباط با تصمیم فعلی پیدا کنند. برای تعیین این که بیمار ماهیت تصمیم را درک می کند، باید از وی بخواهیم که نتایج مورد انتظار در مورد قبول نکردن، کم کردن یا پذیرفتن یک مداخله ی پیشنهادی را مد نظر داشته باشد. بروز دادن امیدواری، ترس و احساسات در ارتباط با تصمیم گیری، به ویژه در موقعیت های پرخطر، عملکردی مؤثر و مهم است. بیماران باید تشویق شوند که خودشان درباره مداخلات مربوط به خود تصمیم گیری کنند (۱۶).

آخرین جزء رضایت آگاهانه توانایی داوطلب شدن^۱ است (۹). داوطلب شدن اشاره به توانایی افراد در عمل کردن مطابق با آنچه که درست و خوب است، دارد که برحسب بهترین موقعیت، نظام ارزشی^۲ و تاریخچه ی بیمار متغیر است و هم چنین شامل توانایی انتخاب آزادانه و بدون اعمال فشار و زور است (۱۶).

بررسی و مشورت، قصد و نیت هدفمند، روشن گری، صمیمیت و صداقت، داشتن پیوند با تصمیمات قبلی زندگی به طور ضمنی در این ساختار مورد تأکید قرار گرفته است (۲). در توانایی تصمیم گیری و کسب رضایت آگاهانه باید به طور نظام مند ۴ بعد را مورد بررسی قرارداد که شامل: ۱- عوامل تکاملی، ۲- ملاحظات مربوط به بیماری، ۳- مشکلات روانی، ارزش های فرهنگی و مذهبی و ۴- فشارهای خارجی است. عوامل تکاملی شامل عدم بلوغ یا ناتوانایی های تکاملی است که با ارزش های شخصی و داشتن توانایی برای تصمیم مستقلانه تداخل دارد. ملاحظات مربوط به بیماری شامل بررسی علایمی مانند اختلالات شناختی منفی^۳ و ناامیدی در ارتباط با افسردگی، تمایل به اعتیاد و اختلالات سایکوتیک

¹ voluntarism

² value system

³ negative cognitive distortions

می‌کند (مقیاس متغیر)^۱ و شدت معیار رضایت را تعیین می‌کند. به‌عنوان مثال، وقتی که یک بیمار بسیار بدحال دارویی را مصرف نکند که می‌تواند منافع زیاد و خطرات کم‌تری را داشته باشد آنگاه معیار یا مقیاس استاندارد برای عدم پذیرش آگاهانه بیش‌تر می‌شود (۱). از طرف دیگر معیار استاندارد برای کسب رضایت آگاهانه در یک پروسیجر رایج و مورد قبول (مانند چک کردن کلسترول خون یا ایمنی بر علیه آنفولانزا) اغلب به‌طور ضمنی است تا آشکارا و نیاز به یک استاندارد با دقت کم‌تر دارد. در مورد معیار استانداردهای دوگانه انتقاد شده است زیرا بیمارانی هستند که مراقبت پیشنهادی را نمی‌پذیرند و این در حالی است که معیار استانداردشان بالاتر از بیمارانی است که درمان‌های پیشنهادی را می‌پذیرند. انعطاف‌پذیری در معیار استاندارد از نظر اخلاقی به نتایج تصمیم‌گیری بستگی دارد. چنان‌چه مداخله‌ی پیشنهادی از طرف بیمار رد شود و دارای خطرات کم‌تر باشد، نیازی به بررسی دقیق نیست. از سوی دیگر، انتخاب بین پذیرش یا عدم پذیرش نتایج مداخلات مشکل است و تصور نمی‌شود که بهترین شانس را برای سود رسانی به بیمار داشته باشد. در واقع، معیار استاندارد تصمیم‌گیری باید بالاتر از این باشد (۲، ۳).

۴- سازگاری با عدم توانایی در تصمیم‌گیری

در مراقبت از اشخاص با ناتوانی در تصمیم‌گیری به صورت گذرا یا پایدار، مهم است که تدابیر حفاظتی را در جهت سلامت، منافع و حقوق بیماران در نظر داشته باشیم. از دیدگاه اصول اخلاق زیستی احترام به اشخاص و استقلال آنان مهم است. هم‌چنین باید خواسته‌های بیماران را محترم شمرد؛ مگر این‌که اولویت‌های بیان شده توسط بیماران به آسیب جدی منجر شود. تلاش در فراهم کردن اطلاعات صحیح و قابل درک برای حمایت و کسب رضایت جهت درمان باید در نظر گرفته شود. دو تدبیر حفاظتی رسمی و خاص که به حفاظت از حقوق و سلامت افراد فاقد صلاحیت

قیم قانونی وی به‌عنوان یک «تصمیم‌گیرنده‌ی دیگر» استفاده شود.

۳- داوطلبانه بودن:

الف- ایجاد یک ارتباط اعتماد آمیز ب- جست‌وجوی درک ارزش‌ها و انتخاب‌های بیمار در زمان گذشته و حال؛ ج- مشخص کردن علایم و پدیده‌ی بیماری (اختلالات شناختی منفی)؛ ج- اجتناب از فشار بر بیمار جهت تصمیم‌گیری سریع، کاهش فشارها در محیط تا حد امکان (۲).

توانایی تصمیم‌گیری یک ایده‌ی بسیار پیچیده است. بیماران اسکیزوفرنی ممکن است در مقاطع خاصی از زندگی‌شان در مقایسه با افرادی که اختلالات افسردگی و اضطراب دارند توانایی تصمیم‌گیری داشته باشند. ولی وجود یک علامت شدید بیماری مانند هذیان، از دست دادن حافظه، تمایل به خودکشی، کاهش عملکرد شناختی، دمانس و افسردگی مازور، موجب می‌شود که قدرت تصمیم‌گیری از بین برود (۱۹). ذکر این نکته الزامی است که بیماران اسکیزوفرنی مزمن با وجود نواقص شناختی توانایی تصمیم‌گیری در مورد مصرف داروهای نورولپتیک دارند. توانایی تصمیم‌گیری با داشتن صلاحیت در توانایی تصمیم‌گیری متفاوت است. زیرا داشتن صلاحیت قانونی در تصمیم‌گیری اخلاقی با توانایی تصمیم‌گیری بالینی مترادف نیست. توانایی کسب رضایت آگاهانه یک پدیده‌ی همه‌پا هیچ نیست. شخصی که اختلال دوقطبی دارد ممکن است بتواند تصمیم بگیرد ولی توانایی رضایت از تصمیم را در فاز حاد مانیا ندارد. در نتیجه، توانایی در فراهم کردن رضایت آگاهانه باید مفهوم‌گذاری شود. توانایی تصمیم‌گیری به صورت یک طیف از یک بیمار به بیمار دیگر متفاوت است و ممکن است حتی برای یک بیمار در موقعیت‌های مختلف و در مراحل مختلف بیماری متفاوت باشد. معیار استاندارد برای رضایت آگاهانه‌ی کامل وجود ندارد. سختی و پیچیدگی تصمیمات مربوط به سلامت، استاندارد افتراقی را پایه‌گذاری

¹ sliding scale

توانایی رضایت آگاهانه را دارند و با حمایت و راهنمایی می‌توانند مسئولیت تصمیم‌گیری را بپذیرند. در بیماران سالمند توانایی تصمیم‌گیری بایستی به‌طرز صحیحی بررسی و سعی شود تا آن‌جا که امکان دارد به انتخاب این بیماران احترام گذاشته شود. مشکلات کسب رضایت در افراد با بیماری روانی، متفاوت از افراد با بیماری جسمی است. حفظ اطلاعات، درک و استدلال منطقی، در اشخاصی که اختلال سایکوتیک و دمانس دارند، از چالش‌های شناختی درکسب رضایت هستند (۱۰، ۷). در مطالعاتی که بر روی رهنمودهای از پیش تعریف‌شده و تصمیم‌گیری جانشین، در بیماران جسمی و دمانس انجام شده بود مشخص گردید که از رهنمودهای از پیش تعریف‌شده و اولویت‌های بیماران به ندرت استفاده شده است. اطلاعات اولیه نشان می‌دهد اشخاصی که به‌عنوان جانشین انتخاب می‌شوند کم‌تر می‌توانند اولویت‌های بیماران را در نظر بگیرند. به‌علاوه، تصمیم‌گیرنده‌ی جانشین ممکن است نتواند به‌درستی خواسته‌های بیماران را مورد بررسی قرار دهد. نتایج نشان می‌دهد مداخلات آموزشی موانعی را که بر سر راه رضایت آگاهانه وجود دارد از بین می‌برند (۲۱).

۵- ارتباط درمانی

در روش ارتباط درمانی روان‌پزشکان با مهارت تخصصی می‌توانند اختلالات روانی را تشخیص داده و درمان کنند که در این ارتباط وظایف منفی و مثبت وجود دارند. وظایف مثبت شامل نشان دادن احترام به بیمار، صداقت، ایجاد توانایی در برآورده کردن نیازها و منافع بیماران و وظایف منفی شامل آسیب نرساندن و عدم سوء استفاده از آسیب‌پذیری بیماران هستند (۲). روان‌پزشکان موظف هستند که سلامتی بیماران روانی که قصد خودکشی دارند یا در معرض خطر هستند را به‌دلیل عدم توانایی آنان در مراقبت از خودشان حفظ کنند (۵). باید تا حد امکان در جهت پیشگیری از آسیب رساندن به سایرین مداخله کنند که این مداخلات شامل بستری نمودن اجباری است. گاهی اوقات باید در جست‌وجوی تدابیر

تصمیم‌گیری کمک می‌کند شامل رهنمودهای از پیش تعریف‌شده^۱ و تصمیم‌گیری جانشین^۲ است. زمانی که روان‌پزشک تشخیص می‌دهد که بعضی از اشخاص با اختلال دوقطبی، اختلال اسکیزوفکتیو و آلزایمر فاقد توانایی تصمیم‌گیری هستند، از رهنمودهای از پیش تعریف‌شده، به‌عنوان ابزار ارزشمندی برای آشکارسازی اولویت‌های بیماران روانی در ارتباط با تصمیمات آنان در آینده استفاده می‌کند. رهنمودهای از پیش تعریف‌شده اسناد کتبی هستند که در موارد عدم توانایی تصمیم‌گیری بیمار، لزوم درمان را به خانواده یا قیم وی یادآوری می‌نمایند (۲۰). رهنمودهای از پیش تعریف‌شده نمی‌تواند جایگزین مناسبی برای خواسته‌های بیان شده بیماری که توانایی تصمیم‌گیری دارد، باشد. از آن‌جایی که اولویت‌ها و موقعیت‌ها تغییر می‌کنند، بیماران می‌توانند درک کنند که همیشه باید قدرت سازگاری را حفظ کنند. تصمیم‌گیری جانشین دومین استراتژی برای تکمیل رضایت آگاهانه در عملکرد بالینی است و زمانی به‌کار می‌رود که توانایی تصمیم‌گیری به علت عوامل تکاملی یا بیماری مختل شده است. در این روش عملاً والدین تصمیم‌گیرنده برای کودکانشان هستند. در بعضی از موارد تصمیم‌گیرنده‌های جانشین می‌توانند برای سالمندانی که دچار دمانس هستند تصمیم‌گیری نمایند. یک جانشین می‌تواند همسر، خواهر، برادر، فرد بزرگسال یا شخصی که از طرف دادگاه تعیین شده است (قیم)؛ باشد. تصمیم‌گیرنده‌ی جانشین مسؤول به کار بستن بهترین منافع سلامتی برای بیمار است؛ در حالی که می‌تواند در جست‌وجوی تصمیماتی باشد که نسبت به ارزش‌های شخصی و خواسته‌های قبلی بیمار قابل اعتماد است. زمانی که کودکان به بلوغ می‌رسند احترام گذاشتن به استقلال آن‌ها از اهمیت خاصی برخوردار است. در نتیجه، والدین باید به کودکان اجازه دهند تا رضایت یا عدم رضایت خود را نسبت به امور مراقبتی ابراز نمایند. بعضی از نوجوانان

¹ advanced directive

² surrogate decision making

انجام تلاش‌های خاص در جهت مشخص کردن نقش‌های شخصی و حرفه‌ای ضروری است تا عملکرد بالینی دقیق و سالمی داشته باشیم. در مرحله‌ی تکاملی، بیمار نقش مهمی در ارتباط درمانی دارد؛ به‌عنوان مثال، بغل کردن کودک یا قبول کردن عکس کودک به‌عنوان هدیه برای روان‌پزشک می‌تواند از رفتارهای مناسب در مرزهای ارتباط درمانی باشد. یکی از اصول اساسی در آشکار ساختن ظرفیت اخلاقی فعالیت‌ها این است که آن‌ها باید رنج و درد بیمار را برطرف کنند، سلامت روانی را به آن‌ها باز گردانند، و بهترین منافع را برای بیمار در نظر بگیرند. تکرار رابطه‌ی اعتماد‌آمیز، داشتن صلاحیت، توانایی برقراری ارتباط، دلسوزی و ترحم و توجه به ارتباطات بین شخصی، از عوامل اصلی ارتباط درمانی در ایجاد نتایج بهتر برای بیمارهای روانی به‌ویژه اسکیزوفرنی هستند (۲۷).

۷- ارتباط درمانی در بیماران مشکل^۱

در بخش‌های پزشکی و روان‌پزشکی برای برقراری ارتباط درمانی با بیماران با مشکلی مواجه هستیم. بدین صورت که این بیماران به‌صورت‌های مختلف مانند تحریک‌پذیر، تهدید کننده، پرتوقع، مخالف، متملق و اغواگر در بخش‌ها دیده می‌شوند (۲۸). هم‌چنین بعضی از این بیماران ممکن است نسبت به درمان مقاوم و محکوم به شکست باشند و به هزینه کردن بیش از حد پزشک در زمان، منابع، انرژی و عواطف نیاز دارند (۲۹). نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که بیماران با علایم فیزیکی غیرقابل توجه، اختلالات روانی، سو مصرف مواد، مشکلات روان‌شناختی - اجتماعی، و مقاوم به درمان جزو بیماران مشکل‌ساز در ارتباط درمانی محسوب می‌شوند (۳). از دیدگاه اخلاقی، بیماران مشکل، در یک حالت چالشی با توانایی‌های روان‌پزشکان در انجام فعالیت‌ها در جهت سودمندی بیمار قرار می‌گیرند. بیماران مشکل دارای اختلالات روانی از جمله *disthymia*، افسردگی، *panic disorder*، *somatoform disorder*، اختلالات اضطرابی، سوء مصرف مواد و الکل، هم‌چنین نقص در عملکرد، نیازمند استفاده

حفاظتی باشیم که این مراحل باید علی‌رغم مخالفت بیمار در نظر گرفته شوند. چنین فعالیت‌هایی باید فوراً به‌عنوان یک استفاده‌ی اخلاقی از قدرت به‌دلیل پیچیدگی مشکلات ایمنی و بهداشتی مورد توجه قرار گیرد. در چنین موقعیت‌هایی، آزادی بیمار محدود می‌شود؛ از این رو به فرآیند قانونی برای بررسی بیمار جهت بستری شدن بیش‌تر یا ادامه سایر اعمال فشارها به جهت درمان نیاز است (۲۲).

۶- مرزهای درمانی

روان‌پزشکان به الگوهایی از تعاملات در ارتباط درمانی اشاره می‌کنند که برای سلامت بیماران در مرزهای درمانی به‌کار می‌رود. در عملکرد روزمره مشکلات اخلاقی زمانی رخ می‌دهد که مرزهای ارتباطی به‌شدت نقض شده باشد (۲۴)، مثال‌هایی از قطع و نقض مرزهای ارتباطی می‌تواند شامل این موارد باشد: روان‌پزشک مکرراً در ویزیت بیمار تاخیر کند یا روان‌پزشک فقط به نیازهای خود توجه کند و به طرز نسنجیده اطلاعات شخصی خود را برای بیمار افشا کند؛ گرفتن هدایا از بیمار و ایجاد رابطه‌ی دوستانه با بیمار یا دریافت پیغام‌های شخصی از بیماران در حرفه‌ی روان‌پزشکی (۲۶، ۲۵). مرزهای درمانی توسط روش‌های درمانی که در زمینه‌ی مراقبتی استفاده می‌شوند، تحت تأثیر قرار می‌گیرد مثلاً یک روان‌پزشک که دارو درمانی برای بیمار با اختلال دوقطبی را تجویز می‌کند به‌دلیل این‌که از روش‌های مختلف درمانی استفاده می‌کند نسبت به روان‌کاوی که سالیان متمادی با بیمار کار می‌کند از جانب بیمار مقبول‌تر است. در این مورد تشکر محبت‌آمیز از نظر اخلاقی واکنشی مناسب است. هرچند وارد کردن تعاملات در برنامه درمانی از نظر بالینی و اخلاقی ضروری است اما در بعضی مواقع بین روان‌پزشک و بیمار از نظر ارتباط همپوشانی وجود دارد؛ مثلاً بیمار به‌عنوان یک عضو خانواده، دوست، همکار یا همسایه‌ی روان‌پزشک است. در این موقعیت‌ها باید جانب احتیاط در پیش گرفته شود. در جوامع کوچک به علت ارتباطات نزدیک چندانگانه، خطر بیش‌تری در این زمینه وجود دارد. در چنین موقعیت‌هایی،

¹ difficult patients

ارائه‌دهندگان خدمات دربارہی روش‌های درمانی در بیماران مشکل از صدمه زدن به پرسنل پیشگیری می‌کند. هم‌چنین باید بیمار توسط خانواده، دوستان و جامعه حمایت شود. هر کدام از این روش‌ها می‌تواند حس ایزوله شدن که متخصصان در درمان با این بیماران احساس می‌کنند را برطرف کند. هم‌چنین توانایی خود مراقبتی در به‌کارگیری و فراهم کردن نیازهای بیماران با چندین مشکل از نظر درمانی و اخلاقی مهم و دارای کارایی است. پیگیری و کنترل بیماران مشکل به‌عنوان یک مهارت اخلاقی ضروری است و می‌تواند رفتار بیمار بی‌قرار را در تعامل با کارشناس حرفه‌ای تغییر دهد (۳۲).

۱- رازداری

زمانی که فردی اطلاعات مربوط به خود را برای دیگری افشا می‌کند یک موافقت تلویحی وجود دارد که این اطلاعات نباید به شخص سومی بدون اجازه بازگو شود. رازداری با مفاهیم قانونی حریم خصوصی و حق انحصاری ارتباط تنگاتنگ دارد. داشتن حریم خصوصی حق قانونی بیماران است تا از تعدی یا ورود ناخواسته^۱ به حیطه‌های جسمی و حیطه‌های روانی و عاطفی اجتناب شود. حق انحصاری^۲ مربوط به اطلاعات قابل قبول به‌عنوان یک مدرک مستدل در دادگاه در طی اقامه دعوی می‌تواند مورد استناد واقع شود که هدف نهایی آن حفظ رازداری بیمار است. حریم خصوصی و حق انحصاری حقوق فردی بیمار است، در حالی که رازداری وظیفه‌ی متخصص نسبت به بیمار در زمینه ارتباط درمانی است (۱۸). توسعه‌ی خودمراقبتی در برآورده کردن نیازهای بیمارانی که مشکلات متعدد دارند از نظر درمانی - اخلاقی مهم است و دستیابی به کنترل بیماران مشکل یک مهارت بالینی ضروری است که می‌تواند تعامل با بیمار مضطرب و آشفته را به تجربه‌ی حرفه‌ای رضایت‌بخش تبدیل کند. در اصول اخلاقی احترام به اشخاص، سودرسانی و استقلال به‌عنوان عملکرد اساسی در نظر گرفته می‌شود. روان‌پزشک

بیش‌تر از مراقبت بهداشتی هستند. در مطالعات اخیر پزشکان خانواده، مشخص شد که گاهی اوقات بیماران مشکل، افرادی متقاضی و بهانه‌گیر، متاخصم و بی‌ادب هستند که به‌دنبال سود ثانویه‌اند. این افراد کمک را رد یا تمارض می‌کنند. در روبه‌رو شدن با بیماران مشکل نباید ارتباط درمانی را قطع کنیم. استفاده از تاکتیک‌های خاص به روان‌پزشکان کمک می‌کند که بیماران مشکل را با دلسوزی و توانمندی بیش‌تر کنترل کنند (۳۰). در این رابطه مهم‌ترین مرحله کسب آگاهی از تمایلات، ترس‌ها و واکنش در مقابل تغییر است؛ سپس باید به بررسی چگونگی تعامل با این نوع از بیماران پرداخت. کنترل بیماران با شکایات جسمانی متعدد، رفتار ضد اجتماعی، تغییر شکل فیزیکی، پارانوئید، حملات صرعی کاذب و الگوهای از معلولیت ممکن است برای یک پزشک مشکل و برای پزشک دیگر آسان باشد (۱۴). داشتن بینش نسبت به آنچه سبب بروز مشکل می‌شود، می‌تواند سبب از بین بردن موارد مشکل‌ساز در ایجاد تعامل با این بیماران شود. بیماران مشکل در تعریف تمایل به نجات، تنبیه، طرد شدن یا تسلیم شدن دارند. خودآگاهی و درک متخصص در پاسخ به ارتباط درمانی در مقایسه با تمرکز بر خواسته‌های بیمار مهم است (۱۷). هرچند باید رفتار بیماران مشکل را به‌عنوان نشانه‌ی بالینی و یک شکل مؤثر ارتباطی در ارتباطات درمانی درک کرد؛ انگیزه‌های بیماران مشکل در هر موقعیت را نیز باید تشخیص داد (۱). ارزشیابی چند عامل که در نشان دادن مشکل بیماران دخالت دارد با به‌کارگیری روش زیستی - روانی - اجتماعی، می‌تواند به بهبود شرایط بیماران کمک کند و باعث می‌شود رفتارهای مشکل‌ساز کاهش یابد. در فرایند ارتباط درمانی متخصص و بیمار در موارد نیاز به کمک، به توافق می‌رسند، حتی اگر سایر مشکلات در تعامل، چالش‌برانگیز باشند (۳۱). استفاده از مشاوران و سایر متخصصان می‌تواند در سروکار داشتن با این بیماران مفید باشد. مطالعات بالینی نشان می‌دهد که تعامل بین بیمار مشکل و متخصص یک نزاع است تا این‌که تلاش درمانی باشد. ایجاد توافق همگانی بین

¹ intrusion

² privilege

موارد مشکوک سوءاستفاده از کودکان، به‌منظور حفاظت از رازداری، حالت پیش آمده را گزارش نمی‌کنند، زیرا به ارتباط درمانی آسیب می‌رساند (۳۶).

بحث و نتیجه‌گیری

بیماری‌های روانی بدون در نظر گرفتن سن، جنس، رتبه و ملیت، میلیون‌ها نفر از افراد را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد. درد و رنج ناشی از بیماری‌های روانی به‌واسطه‌ی انگ زدن و از دست دادن حقوق و امتیاز اجتماعی افزایش می‌یابد. روان‌پزشکان در عملکرد خود، متعهد می‌شوند که دلسوزی، صداقت، سودمندی، ارزش دادن به واقعیت، عدالت، مسؤولیت اجتماعی و احترام به اشخاص را در نظر بگیرند. روان‌پزشکان در کار با بیماران روانی خصوصاً مبتلایان به اسکیزوفرنی با تضادهای اخلاقی متعددی روبه‌رو می‌شوند. در این بیماران احترام به اصل خودمختاری در تضاد با اصول سودرسانی و آسیب نرساندن است. اصل خودمختاری به پیامدهای بیماری بستگی ندارد، ولی ۲ اصل دیگر به نتایج بیماری بستگی دارد. روان‌پزشکان در جست‌وجوی تعادل بین اصول فوق هستند؛ به‌طوری‌که در بعضی موارد احترام به استقلال بیمار در اولویت قرار می‌گیرد و در بعضی مواقع باید به منافع بیماران توجه بیشتری شود. مشارکت در تصمیم‌گیری روشی است که روان‌پزشکان در بیماران اسکیزوفرنی استفاده می‌کنند؛ در این روش اطلاعات را در اختیار بیمار گذاشته و وی را در تصمیمات درمانی شرکت می‌دهند که فراتر از رضایت آگاهانه است و هدف آن کاهش قدرت نامتقارن بین پزشکان و بیماران به‌وسیله‌ی افزایش ارائه اطلاعات به بیمار و کنترل تصمیمات درمانی است.

علی‌رغم این حقیقت که بیماران اسکیزوفرنی مستعد از دست دادن توانایی تصمیم‌گیری هستند، رهنمودهای از پیش تعریف‌شده کمک‌کننده هستند. افشای کل واقعیت باعث ترس و شوک به بیمار و خانواده‌اش می‌شود و انگ ناشی از آن سبب تشدید علائم اسکیزوفرنی می‌گردد. در این مورد روان‌پزشکان باید از مقیاس متغیر اخلاقی استفاده کنند که این

علاوه بر احترام گذاشتن به بیمار، باید از انگ زدن اجتناب کند. در این فرایند درمانی کمک به بیمار باید در جهت سودرسانی باشد و بدون رضایت آشکار بیمار، اطلاعات بیمار نباید افشا شود (۳۳).

رازداری یک اصل اخلاقی کامل در عملکرد روانی معاصر است. اصول اخلاقی تضاد برانگیز و تعهدات در موقعیت‌های مشخص مقدم هستند. حل این تضادها چالشی برای روان‌پزشکان است. موارد استثناء در رازداری شامل: ۱- خطر برای خود، ۲- خطر برای دیگران و ۳- سوءاستفاده از کودکان، سالمندان یا سایر اشخاص وابسته و افرادی که توانایی تصمیم‌گیری آن‌ها مختل شده است (۴)؛ ۴- مطلع ساختن شرکای جنسی نسبت به بیماری ایدز فرد مقابل که برطبق صلاحیت قانونی متفاوت است و در بعضی کشورها یک وظیفه‌ی قانونی در نظر گرفته می‌شود (۳۴). ضرورتاً روان‌پزشک نباید اطلاعات محرمانه را در بیمارانی که قصد خودکشی دارند افشا کند. در عملکرد بالینی، بستری شدن غیراجباری، سازگاری با داروها، ارائه‌ی درمان سخت و جدی و چنانچه ضروری باشد بستری شدن اجباری و تعهدات قانونی، استراتژی‌هایی در دسترس هستند که برای ایمنی بیماران در نظر گرفته می‌شوند و در هر حال باید از راز بیمار حفاظت شود. اگر مداخلات درمانی در چنین وضعیت‌های بحرانی مفید نباشد، پزشک می‌تواند بدون کسب رضایت از بیمار، به منظور پیشگیری از آسیب رسانیدن بیمار به خود یا دیگران شخص سومی مانند افراد خانواده بیمار را در جریان قرار دهد. مطالعات تجربی در مورد رازداری، اهمیت تدابیر حفاظتی را برای بیماران مورد تأیید قرار داده است که در ارتباط با بیماری‌های روانی باید این امر شدیداً حفظ شود (۳۵). نتایج مطالعات نشان داد که اکثر بیماران نسبت به افشای اطلاعات، واکنش منفی نشان می‌دهند و ترجیح می‌دهند که در مورد ابعاد قانونی و اخلاقی رازداری به‌خصوص درباره‌ی محدودیت‌های این مفهوم و منابع آن‌ها مطلع شوند. گزارش شده است که بعضی از متخصصان در

به دلیل ماهیت خاص بیماری‌های روانی و مراقبت از آن‌ها روان‌پزشکان با چالش‌های مختلفی در عملکرد مواجه هستند. برحسب این چالش‌ها، صاحبان حرف روان‌پزشکی باید عملکردهای اخلاقی محکمی که در درجه‌ی اول به حفظ و صیانت از رضایت آگاهانه، ارتباط درمانی و رازداری کمک می‌کنند، را قبول کنند. درک این موارد از نظر اخلاقی در محدوده‌ی عملکرد بالینی مهم است و به روان‌پزشکان کمک می‌کند تا در فعالیت‌های حرفه‌ای خود با بیماران در نهایت احترام و اطمینان رفتار کنند که رعایت این اصول اخلاقی به ارتقاء مراقبت بالینی در بیماران مختلف روانی خصوصاً اسکیزوفرنی منجر می‌گردد.

روش برای هر بیمار و در هر موقعیت متفاوت است و به عوامل پیشگویی‌کننده بستگی دارد. این عوامل شامل بینش بیمار، توانایی برقراری ارتباط بیمار با اعضای خانواده و توانایی ارتباط بیمار با روان‌پزشک است. در استفاده از این روش روان‌پزشک نباید نگران قضاوت‌های غیر متعارفی باشد که از نظر اخلاقی مشکل ایجاد می‌کند (۱). عملکرد روان‌پزشکی در ۲ جنبه‌ی مهم از سایر تخصص‌های پزشکی متفاوت است. اولین جنبه، سروکار داشتن با بیمارانی است که به دلیل بیماری روانی، قضاوتشان دچار اختلال شده یا کسانی که نمی‌توانند از خود مراقبت کنند. چنین بیمارانی ممکن است خطری برای خود یا دیگران داشته باشند، ولی هرگونه کمک پزشکی را رد می‌کنند. در چنین موقعیتی مداخلات درمانی در مقابل خواسته‌های بیماران ضروری است که می‌تواند باعث بروز مشکلات اخلاقی شود و تا امروز بدون رسیدن به توافق مورد بحث است. دومین جنبه این است که برخلاف سایر تخصص‌های پزشکی، بیماران اطلاعاتی در مورد زندگی شخصی - عاطفی - اجتماعی در اختیار روان‌پزشکان قرار می‌دهند که ممکن است یک نوع ارتباط خاص به صورت مثبت یا منفی بین بیمار و روان‌پزشک ایجاد شود. که به خصوص در ارتباط درمانی طولانی مدت اتفاق می‌افتد. این امر خود باعث بروز مشکلات اخلاقی می‌شود و تا حدی به چگونگی روبه‌رو شدن روان‌پزشک با این مشکلات بستگی دارد (۵).

- Psychiatry 1993; 54 Suppl: 5-6.
- 15- Marshall TB, Solomon P. Releasing information to families of persons with severe mental illness: a survey of NAMI members. *Psychiatr Serv* 2000; 51(8): 1006-11.
 - 16- Phelan JC, Bromet EJ, Link BG. Psychiatric illness and family stigma. *Schizophr Bull* 1998; 24(1): 115-26.
 - 17- Havens L. The best kept secret: how to form an effective alliance. *Harv Rev Psychiatry* 2004; 12(1): 56-62.
 - 18- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed. New York: Oxford University Press; 2001.
 - 19- Carpenter WT Jr, Gold JM, Lahti AC, et al. Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(6): 533-8.
 - 20- Perkins DV, Hudson BL, Gray DM, Stewart M. Decisions and justifications by community mental health providers about hypothetical ethical dilemmas. *Psychiatr Serv* 1998; 49(10): 1317-22.
 - 21- Pickett-Schenk SA, Lippincott RC, Bennett C, Steigman PJ. Improving knowledge about mental illness through family-led education: the journey of hope. *Psychiatr Serv* 2008; 59(1): 49-56.
 - 22- Jonsen AR, Seigler M, Winslade WJ. *Clinical Ethics*, 4th edition. New York: McGraw-Hill; 1998.
 - 23- Frick DE. Nonsexual boundary violations in psychiatric treatment. In: Oldham JM, Riba MB, eds. *Review of Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
 - 24- Epstein RS, Simon RI, Kay GG. Assessing boundary violations in psychotherapy survey results with the Exploitation Index. *Bull Menninger Clin* 1992; 56(2): 150-66.
 - 25- Epstein RS, Simon RI. The Exploitation Index: an early warning indicator of boundary violations in psychotherapy. *Bull Menninger Clin* 1990; 54(4): 450-65.
 - 26- Anonymous. American Psychiatric Association, the *Principles of Medical Ethics with Annotations Especially Applicable to Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2001.
 - 27- Mechanic D, Meyer S. Concepts of trust among patients with serious illness. *Soc Sci Psychiatry* 1993; 54 Suppl: 5-6.
- منابع
- 1- Dunn LB. Ethical issues in schizophrenia: considerations for treatment and research. *Psychopharmacol Bull* 2007; 40 (4): 145-55.
 - 2- Roberts LW. Informed consent and the capacity for voluntarism. *Am J Psychiatry* 2002; 159(5): 705-12.
 - 3- Roberts LW, Roberts B. Psychiatric research ethics: an overview of evolving guidelines and current ethical dilemmas in the study of mental illness. *Biol Psychiatry* 1999; 46(8): 1025-38.
 - 4- Hermann J, Langer B, Winkler V, et al. Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114(4): 263-73.
 - 5- Wig NN. Ethical issues in psychiatry. *Indian J Med Ethics* 2004; 1(3): 83-4.
 - 6- Schmid D, Appelbaum PS, Roth LH, Lidz C. Confidentiality in psychiatry: a study of the patient's view. *Hosp Community Psychiatry* 1983; 34: 353-5.
 - 7- Roberts LW, Warner TD, Brody JL. Perspectives of patients with schizophrenia and psychiatrists regarding ethically important aspects of research participation. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (1): 67-74.
 - 8- Felthous AR. The clinician's duty to protect third parties. *Psychiatr Clin North Am* 1999; 22(1): 49-60.
 - 9- Andrade C. Unmodified ECT: ethical issues. *Issues Med Ethics* 2003; 11(1): 9-10.
 - 10- Roberts LW. Psychiatry informed consent and care. In: Smelser NJ, Baltes PB, eds. *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. Amsterdam: Elsevier; 2001.
 - 11- Pope KS, Vetter VA. Ethical dilemmas encountered by members of the American Psychological Association: a national survey. *Am Psychol* 1992; 47(3): 397-411.
 - 12- Weiden PJ. Understanding and addressing adherence issues in schizophrenia: from theory to practice. *J Clin Psychiatry* 2007; 68 Suppl 14: 14-9.
 - 13- Melamed Y, Kimchi R, Barak Y. Guardianship for the severely mentally ill. *Med Law* 2000; 19(2): 321-6.
 - 14- Domenici PV. Mental health care policy in the 1990s: discrimination in health care coverage of the seriously mentally ill. *J Clin*

- 196(2): 87-94.
- 33- McGorry PD, Yung AR, Bechdolf A, Amminger P. Back to the future: predicting and reshaping the course of psychotic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65(1): 25-7.
- 34- LO G. National health information privacy: regulations under the Health Insurance Portability and Accountability Act. *JAMA* 2001; 285(23): 3015-21.
- 35- Vanderpool D. HIPAA privacy rule: An update for psychiatrists. *Psychiatr Pract Manag Care* 2002; 8(5): 6-12.
- 36- Brosig CL, Kalichman SC. Clinicians' reporting of suspected child abuse: a review of the empirical literature. *Clin Psychol Rev* 1992; 12(2): 155-68.
- Med 2000; 51(5): 657-68.
- 28- McCarty T, Roberts LW. The difficult patient. In: Rubin RH, Voss C, Derksen DJ, et al, eds. *Medicine: A Primary Care Approach*. Philadelphia: Saunders; 1996.
- 29- Groves JE. Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med* 1978; 298(16): 883-7.
- 30- Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V, Budner NS. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol* 1994; 47(6): 647-57.
- 31- Kane JM. Treatment strategies to prevent relapse and encourage remission. *J Clin Psychiatry* 2007; 68 Suppl 14: 27-30.
- 32- Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, et al. Correlates of subjective quality of life in people with schizophrenia: findings from the EuroSC study. *J Nerv Ment Dis* 2008;

