

ملاحظات اخلاقی در احترام به استقلال بیمار و حق امتناع از درمان؛ گزارش موردی

محمد نادر شریفی^۱، پونه سالاری^{۲*}

تاریخ دریافت: 99/8/14

تاریخ پذیرش: 99/11/17

تاریخ انتشار: 99/12/18

گزارش موردی

چکیده

یکی از موقعیت‌های چالش‌برانگیز در اقدامات درمانی، زمانی است که بیمار، به‌طور جدی و مصرانه، از درمان‌های مدّ نظر پزشکان معالج، امتناع می‌کند. امتناع از درمان، به شرط آگاهانه‌بودن، حق بیمار است؛ اما اینکه چنین حقی تکلیفی اخلاقی را هم متوجه پزشک معالج می‌کند یا خیر، مسأله‌ای است که در این مقاله، به‌صورت موردی، در بیماری با تشخیص لوپوس سیستمیک، درباره‌ی آن بحث می‌شود. در این مقاله سعی شده است بر ملاحظات اخلاقی در اخذ رضایت آگاهانه، با وجود امتناع بیمار از درمان، مروری اجمالی شود. در این گزارش، با توجه به سن بیمار، این‌گونه می‌توان نتیجه گرفت که هرچند بیمار ظرفیت تصمیم‌گیری دارد، از آنجاکه سن او کمتر از سن قانونی است و صلاحیت تصمیم‌گیری ندارد، نمی‌توان امتناع او را از درمان پذیرفت و باید بر اساس مصالح عالی‌یهی او و با کسب نظر قیّم قانونی واجد صلاحیت، در این خصوص، با در نظر گرفتن جوانب علمی تصمیم‌گیری کرد.

واژگان کلیدی: استقلال (اتونومی) بیمار، امتناع از درمان، رضایت آگاهانه، صلاحیت تصمیم‌گیری

۱. دانشجوی دکترای تخصصی اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲. دانشیار، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: تهران، خیابان ۱۶ آذر، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، تلفن: ۰۲۱۶۶۱۹۶۶۱.

مقدمه

یکی از موضوعات مهم در شروع روند درمان بیماران، اخذ رضایت آگاهانه است که گاهی، ممکن است به دلیل مخالفت بیماران و امتناع آنها از درمان، چالش‌هایی در این زمینه ایجاد کند. رضایت آگاهانه‌ی بیمار، یکی از عناصر اصلی معالجات پزشکی است که شکل بنیادین و مهمی به خود گرفته است. روند رضایت به درمان، به دلیل تبعات و پیامدهایش، در قلمرو حقوقی، جایگاهی ویژه دارد و در زمره‌ی یکی از اقدامات مهم درمانگر، بر اساس منشور حقوق بیمار است؛ لذا، مهم‌ترین وظیفه‌ی پزشک، قبل از شروع درمان، اخذ رضایت از بیمار است و رضایت‌نگرفتن از او، تخلفی اخلاقی محسوب می‌شود؛ بنابراین، به منظور اخذ رضایت آگاهانه، پزشک باید اطلاعاتی را که برای تصمیم‌گیری بیمار لازم است، به او ارائه و بیمار را از همه‌ی جوانب امر، آگاه کند تا، آگاهانه، به درمان خویش رضایت دهد. اهمیت رضایت آگاهانه‌ی بیمار بر مبنای اصل «اختیار»، به معنای استقلال یا خودمختاری وی، مشخص می‌شود که با تغییرات ایجادشده در جامعه، این موضوع نیز، متحول شده است؛ به طوری که قدرت درمانی که قبلاً، به طور کامل، در دستان پزشک بود، امروزه، میان پزشک و بیمار تقسیم شده و تصمیم‌گیری درباره‌ی درمان به بیمار واگذار شده است. بدین لحاظ، مخالفت بیمار با درمان و عدم رضایت به درمان، یکی از چالش‌های عمده‌ی اخلاقی در حوزه‌ی پزشکی است. برای حل این چالش، لازم است تا جوانب موضوع، اعم از جوانب بالینی، اخلاقی و حقوقی، به صورت دقیق، ارزیابی و بهترین راه‌حل اخلاقی ممکن که در راستای تحقق خواسته‌های بیمار و مصالح عالی‌ی اوست، در نظر گرفته شود.

روش کار

این مطالعه، گزارشی موردی است که ضمن بررسی مورد و چالش‌های مربوط به او، به نظرات حضار شرکت‌کننده در جلسه‌ی بررسی وضعیت بیمار و مباحث طرح‌شده در آن پرداخته است؛ افزون‌براین، برای بارش افکار در خصوص مطالب علمی مرتبط با این مورد و برای فهم شیوه‌ی صحیح رفتار با بیمار و همچنین، کمک به استدلال و تصمیم‌گیری در این خصوص، مطالعه‌ای از آذرماه تا اسفندماه ۱۳۹۶، با جست‌وجو و مطالعه‌ی مقالات و کتب مختلف فارسی و انگلیسی در دسترس و بهره‌گیری از موتورهای جست‌وجوگر و پایگاه‌های علمی مهم صورت گرفت. از آنجاکه مطالب طرح‌شده، حول محور رضایت آگاهانه و امتناع از درمان و کسب اطلاعات علمی لازم در خصوص بیماری «لوپوس»^۱ و مطالب مربوط به احترام به استقلال (اتونومی) افراد بود، کلیدواژه‌های «رضایت آگاهانه»^۲، «بیماری لوپوس»^۳، «امتناع از درمان»^۴، «رضایت منفی»^۵ و «استقلال بیمار»^۶ انتخاب شدند و بر اساس معیار بررسی مطالب مرتبط با این موضوع، حدود ۶۴ مقاله و مطلب مطالعه شدند. تعدادی از این مقالات و مطالب، به دلایلی مانند تکراری‌بودن، پرداختن به بحث‌های چالشی دیگر، با وجود مرتبط‌بودن و دردسترس‌نبودن متن کامل مقاله، از مطالعه خارج شدند. در کل، مطالب، از حدود ۲۱ منبع، گردآوری شدند. بر این اساس، ابتدا، در خصوص بیماری لوپوس مطالبی جمع‌آوری و نکات مهم این بیماری توضیح داده شد؛ سپس، درباره‌ی رضایت آگاهانه و اهمیت آن و ارتباط با اتونومی و بررسی موارد حقوقی و اخلاقی آن، مباحثی مطرح گردید؛ همچنین، نظرات متخصصان اخلاق

1. SLE (Systemic Lupus Erythematosus) Or (lupus disease)
2. Informed Consent
3. Negatively Informed Consent
4. Autonomy

پزشکی و بالینی، با پیاده‌سازی و تنظیم صحبت‌های ایشان در جلسه‌ای که به همین منظور تشکیل شده بود، برای آگاهی بیشتر خوانندگان ارائه شد.

طرح مورد

بیمار، دخترخانمی شانزده‌ساله و مبتلا به بیماری لوپوس بود که با درگیری عروق و تجمع لخته بودن خون در عروق عمقی (DVT)^۱ در زمینه‌ی بیماری، به یکی از بیمارستان‌های آموزشی‌درمانی تهران مراجعه کرده بود. بیمار به دلیل درد شدید و جلوگیری از تشدید بیماری، تحت نظر یکی از پزشکان فوق تخصص روماتولوژی، بستری و مقرر شده بود داروهای «کورتیکواستروئید»^۲ دریافت کند. خواهر بیمار نیز، به این بیماری مبتلا بود و به دلیل درمان با کورتیکواستروئید، دچار عارضه‌ی AVN^۳ شده و به این دلیل، دچار رنج و درد بیش‌ازحد شده بود. بیمار، به دلیل آگاهی از وضعیت خواهرش، به شدت، از دریافت کورتیکواستروئید ترس و دلهره داشت و به دلیل نگرانی از بروز عوارضی همچون مشکلات خواهرش، با دریافت آن مخالفت می‌کرد؛ اما مادر بیمار با درمان موافق بود و باور داشت آنچه پزشکان صلاح می‌دانند، می‌توانند بدون اطلاع دخترش انجام دهند.

علاوه‌بر علائم عمومی که از شایع‌ترین آن‌ها می‌توان به خستگی اشاره کرد، درگیری پوستی و مخاطی، شامل زخم‌های دهانی دردناک یا بی‌درد و راش پوستی، گاهی، به‌صورت پروانه‌ای، از علائم شایان توجه این بیماری‌اند. شایع‌ترین علائم بالینی، علائم مفصلی و اسکلتی است که حدود ۸۳ درصد از کل علائم را شامل می‌شود و می‌تواند ناشی از ذات بیماری و همچنین، مصرف داروهای کورتیکواستروئیدی باشد (۲و۳). استئونکروز^۶ سر استخوان ران نیز، یکی از عوارض جدی است که هم، خود بیماری و هم، عوارض دارویی، در ایجاد آن دخیل‌اند (۳). نکته‌ی شایسته‌ی توجه آن است که هیچ دو مورد بیماری لوپوسی، دقیقاً، مشابه هم نیستند. اغلب بیماران، ابتدا، لوپوس خفیف دارند؛ سپس، در دوره‌ای که به آن «شعله‌ورشدن»^۷ گفته می‌شود، علائم و نشانه‌ها، برای مدتی، بدتر و سپس، بهتر می‌شوند یا برای مدتی، به‌صورت کامل، ناپدید می‌شوند (۲).

این بیمار چیست؟

مرور بالینی بیماری

لوپوس، نوعی بیماری خودایمنی چندسازگانی^۴ با علت ناشناخته است که اغلب، در زنان جوان در سنین باروری رخ می‌دهد. در کودکان و افراد مسن‌تر، نسبت زن به مرد، دو به یک است. بیماری لوپوس، اکثر ارگان‌های بدن را درگیر می‌کند و دوره‌هایی نوسانی، به‌صورت شعله‌ورشدن و

حال، در این موقعیت، وظیفه‌ی اخلاقی پزشک درباره‌ی این بیمار چیست؟

1. Deep vein thrombosis
2. Corticosteroid
3. Avascular Necrosis
4. Autoimmune Multi Systemic

5. Uitera Violet
6. Osteonecrosis
7. Calenture

بروز عارضه‌ی «سندرم کوشینگ»^۳، از پانزده تا هشتاد درصد متغیر است. اگر بیمار دچار سندروم کوشینگ شود، احتمال بروز AVN بسیار افزایش می‌یابد و اگر این سندروم، اتفاق نیفتد، احتمال بروز AVN کمتر خواهد بود. در این مورد خاص که در پژوهش حاضر بررسی شد، به نظر روماتولوژیست درمانگر، مشکل ما در لوپوس ایشان، مشکل درد وی نبود؛ ما برای درد می‌توانستیم مخدر بدهیم، «ما، در واقع، در لوپوس، به دلیل واسکولیت، کورتن می‌دهیم و از آنجاکه این واسکولیت حتی می‌تواند، پیشرفت و مغز را نیز، درگیر کند مجبوریم کورتن بدهیم و از آنجاکه، لوپوس یک بیماری با درگیری چندارگانی است، این بیمار دو بار بستری شده بود. او، بیماری لاغر اندام بود که ESR^۴ بسیار بالایی داشت. بیمار، ابتدا، درمان کورتنی خفیف دریافت کرد و مرخص شد (با 0.5 Kg/mg کورتن)؛ ولی پس از یک هفته، دوباره با درد شدید و DVT پیشرفته، مراجعه کرد و بررسی‌ها نشان داد که بیمار، دارای شرایط کورتن‌درمانی با دوز بالایی باشد».

ملاحظات اخلاقی در رضایت آگاهانه

امروزه، رضایت آگاهانه، به‌عنوان نقطه‌ی عطفی در شکل‌دهی رابطه‌ی پزشک و بیمار، در کانون توجه قرار گرفته است. رضایت آگاهانه، از جمله‌ی اساسی‌ترین مفاهیم مطرح در اخلاق پزشکی و حقوق بیمار در جهان است. در فرایند گرفتن رضایت، باید از اصول اخلاقی پیروی کرد (۵). کمیسیون مدیریت مشکلات اخلاقی در تحقیقات پزشکی و زیست‌پزشکی آمریکا، در این باره می‌گوید: «رضایت آگاهانه در اقدامات تشخیصی، ریشه در صلاحیت قانونی فرد دارد که بزرگسالان حق دارند بر اساس ارزش‌های شخصی خود و در راستای پیشبرد اهداف شخصی‌شان، اقدامات مراقبت‌های سلامتی را بپذیرند یا رد کنند» (۶).

تأثیر تخریبی لوپوس بر جدار عروق و تأثیر التهاب شدید بر بافت استخوان، معمولاً، منجر به ایجاد ترک‌های ریز در استخوان و در نهایت، فروپاشی آن می‌شود. مفصل ران، بیشتر، تحت تأثیر این عارضه قرار می‌گیرد. درمان بیماری لوپوس، بسته به نوع علائم و نشانه‌های بروز کرده، متفاوت است. داروهایی که عموماً، برای درمان این بیماری استفاده می‌شوند، شامل داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی^۱، داروهای ضد مالاریا، کورتیکواستروئیدها و داروهای سرکوب‌کننده‌ی ایمنی^۲ است (۱). در این بیمار، تجویز کورتیکواستروئید ضرورت دارد و می‌تواند در تخفیف علائم و جلوگیری از بروز خطرات تخریبی در عروق قلبی‌ریوی و حتی بینائی، نقش داشته باشد. به‌جز کورتیکواستروئیدها، استفاده از داروهای سرکوبگر ایمنی یا مصرف مقادیر زیاد داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی هم، امکان‌پذیر است؛ اما اثربخشی و عوارض ناشی از آن‌ها موجب شده تا این گروه‌های دارویی، به‌عنوان داروهای خط اول درمان، مطرح نباشند.

به دلیل دخالت عوامل ژنتیکی و شرایط فامیلی در بروز AVN، احتمال بروز این عارضه در نتیجه‌ی استفاده از کورتیکواستروئیدها در فردی که خواهرش به این عارضه مبتلا شده، زیاد است؛ افزون‌براینکه بیماری لوپوس، خود می‌تواند به‌عنوان فاکتور مستعدکننده‌ی بروز آن، در نظر گرفته شود؛ اما درصدش مشخص نیست (۴). از طرفی، عارضه‌ی AVN، عارضه‌ای پیش‌رونده است و از طرف دیگر، استفاده از کورتیکواستروئیدها برای کنترل التهاب و واسکولیت ناشی از آن در این بیماری، اجتناب‌ناپذیر است. در صورت درگیری یک ارگان و عدم تجویز کورتیکواستروئید، پیشرفت بیماری و درگیری همه‌ی ارگان‌های دیگر که می‌توانند خطرات حیاتی داشته باشند، بسیار محتمل است. درصد بروز AVN، بسته به

3. Cushing syndrome

4. Erythrocyte Sedimentation Rate

1. NSAIDs (Non-Steroidal Anti Inflammatory Drugs)

2. Immunosuppressant

بیانیه‌ی «انجمن جهانی پزشکی»^۱ در این باره آمده است: «بیمار حق دارد تا سرنوشت خود را تعیین کند و برای خود تصمیمات آزادانه بگیرد. یک فرد بالغ از نظر ذهنی، حق دادن یا ندادن رضایت برای مداخلات تشخیصی و درمانی را دارد. بیمار حق دارد اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری را در اختیار داشته باشد. بیمار باید، به‌طور واضح، بداند که هدف از هر آزمایش یا درمان چیست، چه نتایجی را در پی خواهند داشت و نتایج خودداری از دادن رضایت چیست» (۱۴). از آنجاکه ممکن است بعضی خوانندگان محترم، در خصوص انواع رضایت، اطلاعی کامل نداشته باشند، به‌طور مختصر، به شرح انواع آن می‌پردازیم:

انواع رضایت

الف. رضایت مفروض: در رضایت مفروض^۲، بیمار در جریان اقدامی که قرار است برایش انجام شود، قرار می‌گیرد و مخالفتی نمی‌کند (سکوت، علامت رضایت است): مثلاً، در پیوند اعضا، فرض بر این است که فرد به انجام پیوند رضایت دارد؛ مگر آنکه در زمان حیات، خلاف آن را اعلام کرده باشد (۱۵)؛ البته، این موضوع عمومیت ندارد و ممکن است در برخی از کشورها، چنین چیزی باشد.

ب. رضایت ضمنی یا تلویحی: در رضایت تلویحی^۳، بیمار اقدامی دال بر همراهی با اقدام مورد نظر از خود نشان می‌دهد؛ بیمار رضایتش را با عمل و رفتار یا گفتار بروز می‌دهد یا بر حسب عرف و عادت، بر آن صحنه می‌گذارد؛ مثل تماس با اورژانس و انتقال به بیمارستان.

ج. رضایت صریح: در رضایت صریح^۴، بیمار به پزشک اختیار می‌دهد تا نسبت به معالجه‌ی بیماری‌اش اقدام کند که می‌تواند شفاهی یا کتبی باشد.

مهم‌ترین وظیفه‌ی پزشک، قبل از شروع به درمان، اخذ رضایت از بیمار است؛ بنابراین، پزشک باید اطلاعاتی را که برای بیمار لازم است، به او ارائه و بیمار را از همه‌ی جوانب امر آگاه کند تا او، آگاهانه، به درمان خویش رضایت دهد (۷) رضایت آگاهانه‌ی صحیح، باعث درک بیماران از اطلاعات داده‌شده می‌شود (۸). اخذ رضایت آگاهانه از بیمار، بر اساس رعایت اصول اخلاق پزشکی است (۹). در حیطه‌ی فعالیت‌های پزشکی، فرهنگ لغت آکسفورد، رضایت آگاهانه را «جازه‌دادن برای انجام عملی با علم به پیامدهای احتمالی آن» تعریف می‌کند (۱۰). پیش از شروع هر اقدام پزشکی، پزشک باید بیمارش را از جزئیات، اهمیت، خطرات و پیامدهای اقدام مورد نظر، مطلع و رضایت او را برای انجام آن اقدام جلب کند تا بیمار، بر این امر، به‌صورت آگاهانه و با اراده‌ی آزاد، رضایت دهد (۱۱).

شرایط رضایت

کسب رضایت آگاهانه از بیمار، شرایطی دارد که به شرح زیر است:

۱. رضایت باید آزادانه، با میل و اراده و طیب خاطر و داوطلبانه باشد؛ ۲. آگاهانه باشد؛ یعنی، بیمار با دریافت اطلاعات خاص راجع به اقدامات پزشکی، رضایت خود را برای درمان اعلام کند؛ ۳. رضایت‌دهنده باید عاقل، بالغ و واجد اهلیت قانونی باشد؛ ۴. دادن رضایت، پیش از شروع هر اقدام پزشکی باشد.

با توجه به موارد مذکور و اهمیت اخذ رضایت در امور پزشکی، در منشور حقوق بیمار، مصوب ۱۳۸۸، بر این نکته تأکید شده است که انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه و مبتنی بر دریافت اطلاعات کامل و جامع (مذکور در بند دو منشور) باشد (۱۲ و ۱۳). حق بیماران و نقش آن‌ها در تصمیم‌گیری‌های پزشکی، در همه‌ی بیانیه‌های قانونی و اخلاقی، در سرتاسر جهان، محترم شمرده شده است. در

1. WMA: World Medical Association
2. Presumed Consent
3. Implied Consent
4. Explicit

صلاحیت تصمیم‌گیری ندارند و تصمیم‌گیری نهایی با والدین است؛ هرچند که باید موافقت طفل، جلب و مخالفت‌های شدید و پایدار وی جدی گرفته شود. درباره‌ی نوجوانان، ظرفیت، کاملاً وابسته به توانایی‌های فردی آن‌ها در درک، تحلیل، تفکر، انتخاب و ارزیابی سود و زیان است؛ ممکن است نوجوانی ظرفیت تصمیم‌گیری داشته باشد؛ اما به دلیل عدم صلاحیت قانونی، در بیماری شدید، معمولاً، برای تصمیم‌گیری نیاز به هم‌فکری و کمک سایرین، از جمله والدین، دارد (۱۶).

استثنائات کسب رضایت آگاهانه

در مواردی می‌توان از کسب رضایت آگاهانه‌ی بیمار صرف‌نظر کرد. این موارد عبارت‌اند از:

مصونیت درمانی: مصونیت درمانی^۲ عبارت است از عدم ارائه‌ی اطلاعات به بیمار، به این دلیل که گفتن اطلاعات باعث رسیدن آسیب یا رنج جدی به او می‌شود.

انصراف: انصراف^۳ به این معنی است که بسیاری از بیماران می‌خواهند پزشک، نقش تصمیم‌گیرنده را داشته باشد.

موارد اورژانسی و ضروری: برای انجام هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رعایت موازین فنی، علمی و نظامات دولتی انجام شود، در موارد فوری، اخذ رضایت، ضروری نخواهد بود.^۴ بر اساس آموزه‌های اسلامی، حفظ جان خود و دیگران واجب است؛ پس اگر جان خود یا دیگری در خطر است و هیچ راهی نیست مگر اینکه رضایت را ندیده بگیریم، باید این کار را انجام دهیم و از دیدگاه اخلاقی نیز، قاعده‌ی سودرسانی، در این مقطع، اصل احترام به استقلال بیمار (اتونومی) را تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهد؛ البته، این مورد، بیشتر، در کشورهایی مثل ما موضوعیت دارد و اتفاقاً، در بسیاری از کشورهای غربی، برعکس است و اتونومی را

گفتنی است در کنار انواع رضایت که ذکر شد، موافقتی^۱ هم داریم که بیشتر درباره‌ی کودکان و کسانی که ظرفیت تصمیم‌گیری ندارند، کاربرد دارد؛ همچنین، این رضایت درباره‌ی موافقت افرادی است که دیگری به جای آن‌ها رضایت می‌دهد (مثل کودکان) و خود آن فرد هم موافقت می‌کند.

ظرفیت و صلاحیت (اهلیت) در رضایت آگاهانه

پزشکان موظف‌اند در زمان اخذ رضایت آگاهانه، ظرفیت بیمار را ارزیابی کنند. ظرفیت تصمیم‌گیری عبارت است از: ظرفیت فرد برای انجام دادن عملی که نیازمند تصمیم‌گیری در زمان مشخص و تحت شرایط معین است. این ظرفیت، یکی از شروط کسب رضایت آگاهانه است؛ به این معنی که بیمار، ضمن درک اطلاعات مربوط به بیماری، درک سود و زیان و تصمیم‌گیری درمانی، توانایی لازم را برای اعلام رضایت آگاهانه برای اقدامی درمانی دارد. موضوع صلاحیت تصمیم‌گیری، عبارتی حقوقی است و دستگاه قضایی، آن را تأیید می‌کند. تعیین صلاحیت تصمیم‌گیری، به عواملی متعدد، مثل سن فرد و رشید و عاقل بودن، بستگی دارد. صاحب‌نظران معتقدند قدرت حافظه، نحوه‌ی قضاوت، مهارت‌های زبانی (قدرت بیان)، محاسبه و توانایی ارتباط، عواملی هستند که سطح صلاحیت را نشان می‌دهند. این توانایی‌ها، به دلایل گوناگون، ممکن است تغییر کند. چنانچه فردی صلاحیت اعلام رضایت درباره‌ی معالجات پزشکی را نداشته باشد، فقط، ولی یا قیم و دادگاه یا مقامی، مجاز به اعلام رضایت است که به موجب قانون دارای اختیار است و می‌تواند رضایت دهد. والدین، اغلب، می‌توانند رضایت خود را درباره‌ی معالجات پزشکی فرزندانشان اعلام کنند (۵).

در نوزادان و خردسالان، معمولاً، والدین تصمیم‌گیرنده‌اند. کودکان دبستانی، اگرچه در تصمیم‌گیری مشارکت دارند،

2. Therapeutic Privilege

3. Waiver

4. بند ج ماده‌ی 158 قانون مجازات اسلامی جمهوری اسلامی ایران

1. Assent

مقدم بر سودرسانی می‌دانند.

استثنائات حکومتی: علاوه بر موارد اورژانسی و فوری، برخی حالات دیگر وجود دارد که قانون‌گذار، بنابر مصالحی، از جمله حفظ نظام، جامعه و سلامت افراد، پزشکان را مکلف می‌کند تا اقداماتی را برای افراد جامعه و احتمالاً، بیماران، بدون نیاز به اخذ رضایت، انجام دهند و حتی در صورت مخالفت افراد نیز، پزشکان باید اقدام درمانی خود را انجام دهند؛ به عنوان مثال، به موجب ماده‌ی ۵ قانون شیوه‌ی جلوگیری از بیماری‌های آمیزشی و واگیردار مصوب ۱۳۲۰ شمسی و اصلاحات سال ۱۳۴۷ شمسی، در مواردی که حالت بیمار و کیفیت واگیری بیماری موجب نگرانی باشد، بهداری می‌تواند بیمار را ملزم کند که تا برطرف شدن خطر واگیری در یکی از بیمارستان‌ها تحت درمان قرار گیرد. همچنین می‌توان واکسیناسیون‌های اجباری، معاینه و معالجه‌ی زندانیان و معالجه و درمان نظامیان را نام برد. احترام به اصل آزادی اراده‌ی فرد، برای پزشکان و همه‌ی کادر درمانی، واجب است. هر حکم را تنها زمانی می‌توان ترک کرد که در مقابل حکمی قرار گیرد که مصلحتی الزامی و قوی‌تر دارد. ملاک قوی‌تر بودن، باید از ادله‌ی قانونی عقلی یا شرعی ثابت شود. در این صورت، پزشک می‌تواند، در حد لازم، به نقض آزادی اراده‌ی فرد اقدام کند؛ در اینجا اراده‌ی قانون‌گذار جانشین رضایت و برائت بیمار می‌گردد و در نتیجه، پزشک مسؤولیتی در مورد خسارت وارده نخواهد داشت (۱۷).

جایگاه رضایت آگاهانه در احترام به استقلال بیمار

الزامات قانونی و اخلاقی برای کسب رضایت آگاهانه برای درمان، در نظریه‌ی فلسفی اتونومی (خودمختاری) بیمار شکل گرفت. براساس نظریه‌ی اخلاقی احترام به استقلال بیمار (اتونومی)، انجام درمان بستگی به اخذ رضایت از او توسط درمانگر را دارد و تفاوت میان رویکرد اخلاقی برای کسب موافقت که به‌صراحت، بر تئوری اتونومی تأکید می‌کند

و رویکردهایی که مبتنی بر برآورده‌ساختن وظیفه در درمان‌های بالینی‌اند، در کانون توجه قرار گرفته‌اند. از آنجا که بیمار اتونومی دارد، حق او آن‌قدر جدی است که نمی‌توان او را به انجام دادن کاری مجبور کرد و لازم است تا خود فرد، درباره‌ی نحوه‌ی درمان و بیماری‌اش نظر بدهد و رضایت او برای انجام هر عمل درمانی ضرورت دارد (۱۸).

ایده‌ی اتونومی، زیربنای تئوری فلسفی رضایت آگاهانه است و به‌عنوان خودگردانی یا خودمدیریتی^۱ نیز، تعریف می‌شود و توانایی افراد برای بازتاب انتخاب و ابراز آزادانه‌ی اشتیاق و اولویت‌های فردی را نشان می‌دهد. درک مفهوم اتونومی، به‌عنوان مبنای اخلاقی روند اخذ رضایت بیمار، موجب اتخاذ رویکردی منعطف‌تر به نیازهای فردی بیمار و بسترهای بالینی مختلف می‌شود (۱۹).

بر اساس نظر بوچامپ^۲ و چیلدرس^۳، همواره، باید با توجه به استقلال بیمار، برای گرفتن رضایت آگاهانه در درمان اقدام کرد (۲۰). معمولاً، فرض می‌شود که ارتباط منطقی میان اصل احترام به استقلال و نیاز به رضایت آگاهانه وجود دارد؛ ولی برخلاف این تصور، ارتباطی ضعیف بین این دو است و در صورت توجه به مفهوم احترام به این خودمختاری، می‌توان در شرایط خاص، به تصمیم بیمار مبنی بر رضایت آگاهانه‌ی منفی به درمان یا ادامه‌ی آن (امتناع از درمان)، احترام گذاشت و آن را پذیرا بود. مشکلات ایجادشده توسط بیماران مخالف^۴ با درمان‌های مربوطه، برای متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، از جمله درمانگران بالینی، موضوعی جدید نیست. اگرچه، درباره‌ی بسیاری از عواملی که موجب عدم موافقت بیماران می‌شوند، مطالعه شده است، مهم‌ترین نگرانی‌های اخلاقی، معمولاً، نادیده‌گرفته‌شدن^۵ عدم تمایلات بیماران به درمان

1. Self-Governance or Self-Rule
2. Beauchamp
3. Childress
4. Noncompliance
5. Overlooked

خصوص اقدامات پزشکی توجیه کند. بر پایه‌ی این نظریه، در حقوق غرب، تصرف بر جسم شخص، تجاوز به حریم خصوصی، تلقی می‌شود و ممنوع است؛ اما در فقه، مسأله‌ی سلطه و مالکیت انسان بر نفس خویش، به‌گونه‌ای دیگر مطرح شده است؛ در قاعده‌ی فقهی «الناس مسلطون علی اموالهم» بعضی از فقها «انفسهم» را به «اموالهم» ملحق می‌دانند. فقهای معاصر، با اضافه کردن قاعده‌ی «اولویت»، تسلط بر نفس را استنتاج کرده‌اند؛ یعنی هیچ‌کس حق ندارد آزادی فردی آنان را سلب کند. حال، اگر بیمار در صورت دریافت اطلاعات لازم، تصمیمی از روی ترس یا اعتقادات خاص و تجارب تلخ گذشته بگیرد که با جنبه‌های علمی و درمانی، منافات دارد و از نظر پزشک معالج، غیرمنطقی و نپذیرفتنی است و این امتناع، منجر به ناتوانی یا مرگ او شود، تصمیم پزشک، از نظر اخلاقی، به چه گونه است؟ با پیشرفت اخلاق پزشکی، امروزه، در دنیا، حقوقی را برای بیماران تعیین کرده‌اند که از جمله‌ی آن‌ها، تمایل شخصی بیمار به خاتمه‌ی درمان و رضایت او به ادامه‌دادن درمان است که بر اساس ارزش‌های شخصی بیمار، توسط پزشکان باید در نظر گرفته شود. نمی‌توان خواست بیماری را که در بلوغ و صحت عقل و هوشیاری است، برخلاف اصل حاکمیت اراده و استقلال، نادیده گرفت و اراده‌ی بیمار بالغ و عاقل و هوشیار که به شکل صریح بیان می‌شود، باید رعایت شود.

در پیوند با نمونه‌ی این پژوهش، در بحث‌های اخلاقی، مطالبی بیان شد که با موارد قانونی، غالباً، توأم بود. همکاران اخلاق پزشکی، در این زمینه، موضوعاتی بیان کردند که در ادامه، به آن اشاره می‌شود:

عمق چالش بحث رضایت آگاهانه در همین جاست؛ واقعاً، برای فردی که در خانواده‌اش با یک بیماری آشنا شده و عوارض آن را به چشم دیده، قبول درمان، با احتمال بروز عوارض مشابه، بسیار سخت است. مسلماً، یکی از افراد خانواده که دچار AVN می‌شود، ژنتیک و شرایط فامیلی را

است. این واقعیت موجب شد تا بسیاری از متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، فرضیات زیر را مطرح کنند: ۱. همه‌ی موارد عدم موافقت بیماران، مشکلاتی هستند که به راه‌حل نیاز دارند؛ ۲. یکی از راه‌حل‌های مشکل عدم موافقت بیمار، می‌تواند موافقت با او باشد؛ ۳. همه‌ی موافقت‌ها نیز، بدون مشکل نیستند؛ ۴. منشأ مشکل عدم موافقت بیمار، می‌تواند خود او باشد (۲۱).

طرح مباحث بالینی و اخلاقی مرتبط با مورد پژوهش

از آنجا که در خصوص این مورد، نیاز به بررسی نظرات متخصصان مختلف رشته‌های بالینی و اخلاق پزشکی بود، پس از مطرح کردن مورد مذکور، از شرکت‌کنندگان در جلسه خواسته شد نظرات خود را در این خصوص اعلام کنند تا بارش فکری مناسب، در این باره، به وجود آید و بتوان نتیجه‌ای مطلوب از این جلسه به دست آورد؛ لذا، با اعلام به افراد و اخذ رضایت ضمنی از حضار، سخنان ایشان ضبط شد. نظرات متخصصان، به صورت جمع‌بندی شده، در قسمت بحث، ارائه گردیده است.

بحث

اشخاص، به‌طور ذاتی و منحصر به فرد، قابلیت تصمیم‌گیری راجع به آنچه را که بیش از همه به نفع آن‌هاست، دارند. به نظر کانت^۱، انسان‌ها، به‌خودی خود، هدف هستند، نه وسیله‌ای برای رسیدن به اهداف دیگر؛ یعنی انسان‌ها دارای ارزش ذاتی‌اند و همه باید به این ارزش ذاتی که همان اتونومی است، احترام گذارند (۱۴).

پذیرفتن این اصل، برای شناخت اولویت‌های فردی بیمار و ارزش نهادن به استقلال او در تصمیم‌گیری مؤثر است. هر انسانی، حق انحصاری مالکیت بر بدن خویش را دارد؛ همان‌گونه که حق مالکیت انحصاری بر اموالش را داراست. این مبنا بهتر می‌تواند دادن حق تصمیم به بیمار را در

2. Immanuel Kant

شاخه‌ای از عوارض احتمالی، پرسش‌نامه‌ای تنظیم شده که در آن یک ضریب به نام ضریب تمایل (بیمار) در نظر گرفته شده که در هر شاخه‌ای از عوارض که شیوع آن مشخص است ضرب می‌شود. نمرات نهائی این شاخه‌ها به دست آمده و میزان تمایل بیمار به انجام درمان و میزان پذیرش عارضه و شیوع عوارض به دست می‌آید. این مدلی که ذکر شد «مدل مارکوف»^۴ نام دارد و این مدلی است ساختاری، که می‌توان در مراکز درمانی انجام داد و ذهنی آموزش دیده می‌خواهد و غالباً، درمانگر، می‌تواند آن را اجرایی کند. مدل مارکوف این امکان را به ما می‌دهد که پزشک، به عنوان انتخاب‌کننده‌ی شیوه‌ی درمان، تمایلات بیمار را لحاظ کند؛ اما سؤالی که پیش می‌آید، این است که انتخاب‌کننده‌ی درمان، پزشک است یا بیمار. ما پزشک را می‌توانیم طوری تربیت کنیم و آموزش دهیم که روش درمان را انتخاب کند و در این مورد یا موارد مشابه، دعوا سر این موضوع است که انتخاب‌کننده‌ی درمان چه کسی است. اگر این شخص پزشک باشد، شیوه‌هایی داریم که تمایلات بیمار را در این انتخاب در نظر بگیریم؛ اما سؤال این است که این انتخاب را به پزشک آموزش دیده بسپاریم یا اینکه آن را به ذهن آموزش‌نیده‌ی بیمار محول کنیم. در این باره، حقیقتی انکارناپذیر وجود دارد: «آگاهی‌ای که به بیمار می‌دهیم، واقعاً، آن شرایط ایده‌آل آگاهی‌دادن به او نیست». در کشورهای دیگر، جلسه‌ای با حضور خانواده، تشکیل و دقت نظری زیاد در این زمینه می‌شود و زمان بسیاری برای این اقدامات صرف می‌گردد که برای من، به عنوان مثلاً یک فوق تخصص گوارش که باید چندین بیمار را معاینه کنم؛ سپس،

4. Markov Model: مدلی ریاضی است که در آن، انتقال از حالتی به حالتی دیگر صورت می‌گیرد که البته، تعداد این حالات شمردنی است. زنجیره‌ی مارکوف، فرایندی تصادفی بدون حافظه است؛ بدین معنی که توزیع احتمال شرطی حالت بعد، تنها، به حالت فعلی بستگی دارد و به وقایع قبل از آن وابسته نیست. مدل مارکوف، در مدل‌سازی دنیای واقعی، کاربردهایی زیاد دارد.

دارد و احتمال بروز AVN در این بیمار نیز هست و کورتن خودش، AVN می‌دهد. خود لوپوس هم، به عنوان، یک فاکتور AVN است و هیچ ضمانتی وجود ندارد که این بیمار AVN نگیرد و درصد دقیق ابتلا مشخص نیست؛ لذا، این نکته قابل توجه است که در مبحث درمان‌های اساسی برای بیماران، وقتی می‌خواهیم بیماری را درمان کنیم، بحث بین مؤثر بودن درمان و عوارض، همواره، وجود دارد. برای تجسم آن، درختی را تصور کنید که کورتن بگیرد یا کورتن نگیرد؛ اگر کورتن بگیرد، یک شاخه‌ی درخت، AVN؛ شاخه‌ای، دیابت؛ شاخه‌ای، عارضه‌ی کوشینگ و شاخه‌ای، «بیماری آدیسون»^۱ می‌گیرد. عوارض دارویی دیگری نیز، در شاخه‌های درخت ایجاد می‌شود و باید شیوع آن را به تعداد شاخه‌های درخت در نظر بگیریم و ادامه دهیم. در نهایت هم، درختی خواهیم داشت که میزان شیوعش مشخص است و درصد درگیری احتمالی نیز، معلوم خواهد بود. حال، در بحث درمان، حالتی وجود دارد به نام «تمایل بیمار»^۲ که در این موضوع مورد توجه قرار می‌گیرد؛ مثلاً، من، به عنوان پزشک، چنین عقیده دارم که اگر بیمار زیر درمان کورتن دچار دیابت شود، اهمیت زیادی نخواهد داشت؛ ولی آیا نظر بیماران نیز، چنین است؟ در بررسی‌ای که با پرسش‌نامه از بیماران شد، مشاهده گردید که به‌طور مثال، اگر نمره‌ی نسبی صفر تا صد برای عارضه‌ای در نظر گرفته شود، بیماری ممکن است نمره‌ی نود و بیماری دیگر، نمره‌ی سی بدهد و ارزش‌ها و تمایلات بیماران و نمره‌ای که به آن می‌دهند، متفاوت باشد؛ ولی بعضی انتخاب‌ها، مثل عارضه‌ی شدید منجر به «کولستومی دائم»^۳، در مقابل جراحی کردن روده‌ی بزرگ، در بین افراد و با توجه به شرایط سنی آن‌ها و وزنشان، نمراتی متفاوت را دریافت می‌کنند. پس مثلاً برای این حالت برای هر

1. Addison Diseases
2. Trend Patient
3. Permanent Colostomy

یک سطح در بعد روان‌پزشکی است که با شیوه‌های روان‌کاوانه و ایجاد آرامش روانی در بیمار، او را راضی به پذیرش درمان می‌کنند؛ حالت دیگر، از بعد اجتماعی است؛ زیرا بهداشت و درمان، نهادی اجتماعی محسوب می‌شود و نحوه‌ی مدیریت درمان، در نگاهی کلی، جزئی از روابط اجتماعی است و در این اجتماع، موضوع فردیت^۲ را داریم که جوامع مختلف بر اساس این موضوع طبقه‌بندی می‌شوند؛ مثلاً، آنگلوساکسون‌ها^۳ ضریب فردیت‌گرایی‌شان بالا است یا در ژاپنی‌ها این ضریب پایین‌تر است و روحیه‌ی جمع‌گراتری دارند؛ بنابراین، در نهادهای اجتماعی، مثل بیمارستان که بنگاه فروش سلامتی است، می‌بینیم که عملکرد و ارزش‌های اخلاقی حاکم در این دو نگرش اجتماعی، متفاوت است. اینکه هر دو، به یک اندازه، اتونومی را تعریف کنند، فکری اشتباه است و باید تفاوت قائل شویم و وقتی بخواهیم روابط بین افراد را بررسی کنیم، باید به این موضوع توجه داشته باشیم. نسل متفاوت قبلی و فعلی، به‌صورتی هستند که در آن‌ها ضریب فردیت تفاوت کرده است؛ در زمان قدیم، افراد خیلی اجتماعی‌تر بودند و خانواده و اجتماع، با همدیگر، هماهنگ عمل می‌کردند؛ ولی امروزه، این‌طور نیست؛ پس در سطح اجتماعی، متغیرهای ما متفاوت خواهد بود.

بیمار پژوهش حاضر، از نسل جوان بود و با نسل قبل که درمان پزشک را با دید پترنالیستی^۴ (پدرمآبانه) و خیرخواهانه می‌پذیرفتند، فرق داشت. او بدبینانه‌تر و با توجه به مطالعه‌ی ریزه‌ریز همه‌ی عوارض، از طریق شبکه‌های اطلاع‌رسانی اینترنتی، به موضوع درمان خود می‌نگریست و بروز عارضه‌ی AVN را با توجه به دردهای جسمانی آن، برای خود تحمل‌ناپذیر می‌دانست؛ لذا، به انجام‌گرفتن کاری که به مصلحت او بود، رضایت نمی‌داد.

بروم اتاق آندوسکوپی کولونوسکوپی، چند بیمار را بررسی کنم و عصر هم، سریع، به کلینیک تخصصی بروم، واقعاً، وقتی برای اجرای صحیح اخذ رضایت آگاهانه باقی نمی‌ماند. از طرفی، وقتی بیماری به درمان رضایت نمی‌دهد، طوری با او صحبت می‌کنم که وضعیت بیماری‌اش را خیلی حساس و بحرانی احساس کند و از روی ناچاری و احساس خطر و عجز، رضایت دهد. این روش از نظر اخلاق پزشکی، روشی نامناسب در ارتباط با اخذ رضایت آگاهانه است و حالت اجبار در آن به چشم می‌خورد و با اصل آزادی در رضایت، تعارض دارد؛ بنابراین، لازم است راهکاری برای تصمیم‌گیری بیمار پیدا کنیم. چالش اصلی برای تصمیم‌سازی اخلاقی، برخی مدل‌های فلسفه‌محور است؛ مثلاً، در دیدگاه وظیفه‌گرایی یا نتیجه‌گرایی، بر اساس نوع نگاه فلسفی مربوطه که براساس اهمیت به وظیفه و یا نتیجه موضوع است نسبت به طرح مسائل اقدام می‌نمایند. برخی مدل‌ها، عمل‌محورند که توسط متخصصان بالینی اجرا می‌شوند. شایع‌ترین این مدل‌ها، «مدل جانسون»^۱ است. در این مدل، مراحل درمانی، شاخه‌شاخه و نهایتاً، اولویت‌بندی می‌شود و درمانگر بالینی، شرایط را خودش بررسی می‌کند و ویژگی‌های فردی بیمار را نیز، ارزیابی می‌کند. در آنجا، نگرانی‌های اخلاقی مهم است و این ترس‌ها و نگرانی‌ها ارزش دارند و لازم است در این شرایط، به اتونومی و اصول اخلاق پزشکی احترام بگذاریم. نباید، به‌زور، بیمار را وادار به پذیرش درمان کرد. ما باید ارتباطی بین اتونومی و سودرسانی برقرار کنیم و غالباً، موضوع سودرسانی به بیمار، اتونومی را تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهد.

ما در دو سطح می‌توانیم به موضوع اخذ رضایت بپردازیم:

1. مدل (Vernon Johnson)، که روش مداخله در جذب افراد مقاوم به درمان، به‌خصوص در وابستگی به مواد و الکلیسم و استفاده از اطرافیان فرد معتمد، یعنی خانواده، دوستان، همکاران و غیره را ارائه کرد.

2. Individualize
3. Anglo-Saxons
4. Paternalistic

آگاهانه و مصرانه باشد، پزشک می‌تواند امتناع از درمان را مستند کند و به ترخیص با میل شخصی، رضایت دهد؛ ولی در شرایطی که سن بیمار شانزده سال است، حتی اگر ظرفیت داشته باشد، صلاحیت اعلام عدم رضایت را ندارد و تصمیم‌گیری با ولی یا قیم اوست و در صورت رضایت آن‌ها، علی‌رغم عدم تمایل بیمار، درمان ادامه خواهد یافت.

نتیجه‌گیری

در رفتار با این‌گونه بیماران، ابتدا، باید به دنبال راه‌حل مناسب، با حفظ احترام به اتونومی بیمار و در راستای سودرسانی و عدم ضرررسانی، بود؛ باید علت مخالفت بیمار را بررسی و با رفع نگرانی‌های او، موافقتش را جلب کرد. اتونومی فرد ایجاب می‌کند که پزشک، قبل از هر اقدامی، با او مشورت کند و پس از ارائه‌ی اطلاعات کافی به بیمار، اجازه دهد که او بر اساس ارزیابی خود، تصمیم بگیرد؛ از بین درمان‌ها یکی را برگزیند یا حتی از درمان امتناع کند. این نکته که حفظ جان واجب است، یکی از نکاتی است که در همه‌ی جوامع بر آن تأکید فراوان شده است. از طرف دیگر، پی‌جویی درمان و سلامت و پذیرش درمان هم، به استناد آموزه‌های دینی، بر خود بیمار، واجب است و در امتناع بیمار از درمان، باید از آگاهانه‌بودن امتناع و عواقب آن اطمینان حاصل شود؛ همچنین، ظرفیت و صلاحیت تصمیم‌گیری بیمار نیز، بسیار مهم است. از آنجاکه بیمار یادشده، شانزده سال دارد و کمتر از سن قانونی است و نیز، از آنجاکه از درمان امتناع می‌کند، باید تحت بررسی قرار گیرد؛ هم از نظر جنبه‌های رضایت آگاهانه و اقدام مناسب و معقول و هم، از نظر ارائه‌ی آگاهی متناسب با سطح درکش به او. هرچند بیمار ظرفیت تصمیم‌گیری دارد، باید ضرورتاً، حد بالاتری از صلاحیت تصمیم‌گیری در نظر گرفته شود؛ به عبارتی، نمی‌توان امتناع از درمان را از فردی که هنوز به سن قانونی نرسیده، پذیرفت. چنین بیماری حتی اگر ظرفیت داشته باشد، صلاحیت اعلام نارضایتی را ندارد و باید

در فرهنگ سکولار، جواب راحت است؛ اگر بیمار، کاملاً، ظرفیت دارد که به نظر می‌رسد این بیمار شانزده‌ساله داشته باشد و آگاهانه و آزادانه می‌گوید نه، این اقدام نباید صورت گیرد؛ اما در رابطه با فرهنگ خودمان، ما باید با ارتباط بهینه‌ای که بین پزشک و بیمار برقرار می‌کنیم، همه‌ی تلاشمان را برای اخذ رضایت بیمار به کار گیریم؛ ولی باز هم، مجاز به فریب و دروغ نیستیم. ما می‌توانیم با بیمار، در خصوص این عارضه، گفت‌وگو کنیم و خودمان را جای او بگذاریم و کفش او را به پا کنیم؛ مثلاً، به او بگوییم اگر این عارضه شد، در نهایت، با مفصل مصنوعی درمان می‌شود و نباید باعجله با بیمار صحبت کرد؛ اما اگر، در آخر، بیمار اجازه ندهد و نخواهد، کار سخت می‌شود؛ چراکه نمی‌توانیم درمان را انجام دهیم. این موضوع، دقیقاً، عمق چالش رضایت آگاهانه است و مفهوم حقیقی احترام به اتونومی، اینجا، متبلور می‌شود؛ دقیقاً، جایی که فرد خلاف مصلحت خودش را مطالبه می‌کند. حالا بحث راجع به راضی‌کردنش تا آخرین حد وجود دارد؛ اما باز این سؤال اساسی اخلاقی پیش می‌آید که اگر راضی نشد چه. این مسأله خیلی مهم است؛ چون احترام به اتونومی، مستلزم احترام به ارزش‌ها، نگرش به نیازها و دردهای بیمار، هنگام اخذ تصمیم‌گیری است و حق پاسخ مثبت و منفی و حتی امتناع از مداخله‌ی خاص را برای بیمار محفوظ می‌داند. حال، روی درخواست مداخله‌ی خاص، بحث پزشک و بیمار پررنگ‌تر می‌شود و وقتی پزشک متوجه می‌شود که بیمار ظرفیت کامل را دارد و از طرفی، اگر مثلاً، هجده سال داشته باشد و دارای ظرفیت و صلاحیت نیز باشد، احترام به اتونومی او جایگاهی ویژه می‌یابد؛ اما برای سن شانزده سال، این موضوع فرق دارد؛ چون این بیمار می‌تواند ظرفیت را داشته باشد؛ ولی برای اقدام به درمان نیاز به داشتن صلاحیت است و در اینجا، نظر ولی اهمیت می‌یابد. در این بیمار، اگر سن را هجده سال در نظر بگیریم، چون ظرفیت و صلاحیت دارد، ابتدا، جلسه‌ای متشکل از پزشکان برای توجیه او، برگزار کنیم و اگر امتناعش، کاملاً،

اخذ رضایت از این بیمار، با توجه به اینکه بالغ است، از نظر اخلاقی ضرورت دارد و جلب نظر وی مهم است که خوشبختانه، ایشان با توضیحات پزشک معالج و سایر همکاران، درمان را پذیرفتند و از ولی‌شان، به‌عنوان قیم قانونی، رضایت قانونی آگاهانه، گرفته شد. کورتن‌درمانی با مقادیر متعادل‌شده نیز، انجام شد و عارضه‌ای خاص به وجود نیامد. با این کار، وضعیت بیمار، بهتر و او، با حال عمومی خوب و بدون عارضه، مرخص شد.

ولی یا قیم او تصمیم‌گیری کند و در صورت رضایت آن‌ها، علی‌رغم عدم تمایل بیمار، درمان آغاز شود. از دیدگاه حقوقی نیز، بر اساس قانون حمایت از کودکان و نوجوانان، مصوب سال ۱۳۸۱، بیمار شانزده‌ساله، کودک محسوب می‌شود و با توجه به بند ت ماده‌ی ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی، در صورت عدم رضایت بیمار، برای حفاظت از او، باید از ولی یا قیم رضایت گرفته شود؛ همچنین، مادر بیمار، جایگاه حقوقی برای دادن رضایت ندارد؛ زیرا ولی وی به حساب نمی‌آید. ضمناً، با توجه به ماده‌ی سه آیین‌نامه‌ی انتظامی درباره‌ی رعایت موازین علمی و فنی، باید اقدامی را انجام داد که از نظر علمی، دارای بهترین شرایط و بالاترین سودرسانی باشد؛ لذا، به نظر می‌رسد تصمیمات پزشک معالج در درمان ایشان با دوزهای متعادل‌شده‌ی کورتن، منطقی و متناسب با اصول علمی است و می‌تواند از نظر اخلاقی و حقوقی و قانونی، توجیه داشته باشد.

منابع

- 1- Kasper DL, Fauci AS. Harrison's Principles of Internal Medicine. New York: McGraw Hill Education, 2015.
- 2- Iran Lupus Association. <http://iranlupus.ir> (accessed on: 2021). [in Persian]
- 3- Akbariyan M. Lupus Erythematosus Systemic. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2016. [in Persian]
- 4- Moka MY, Farewellb V T, Isenberg D A. Risk factors for avascular necrosis of bone in patients with systemic lupus erythematosus: Is there a role for antiphospholipid antibodies?. Ann Rheum Dis. 2000; 59(6):462-7.
- 5- Malek f, Ghadery A. [Osoule Kolli Rezayate Agahane dar Pezeshki]. Koomesh. 2014; 15(2): 44-56. [in Persian]
- 6- Sudolsky M. Patient Autonomy & Informed Consent. Austin: University of Texas; 2017.
- 7- Daryabari S. [Mabanie masouliyat herfeie pezeshk]. Islamic Law Research Journal. 2002, 6: 135-44. [in Persian]
- 8- Young R. Informed consent and patient autonomy. In: A Companion to Bioethics, New Yourk: Wiley; 2010.
- 9- Sheikh Taheri A, Farzandi Pour M. [Keyfiyat Akhze Rezayate Agahane dar Bimarane Bastari Tahte Amale Jarahi]. Ghanooni. 2007; 51: 151-8. [in Persian]
- 10- Lea D, Bradbery J. Oxford Advanced Learner's Dictionary. 9th ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.
- 11- Ghaderi A, Malek F. Principles of informed consent in medicine. Koomesh. 2014; 15(2): 133-7. [in Persian]
- 12- Parsapoor M B, Ghasemzadeh S R. Legal and jurisprudential study of patient's informed consent and physician's duty of notification: A comparison between Iranian, English and French law. Meical Ethics and History of Medicine. 2011; 5(1): 39-50. [in Persian]
- 13- Parsapoor A, Bagheri A, Larijani B. Review of revolution of patient's right charter. Meical Ethics and History of Medicine. 2010; 3(1 and 2): 39-47. [in Persian]
- 14- Poorabhari-Langeroodi S, Asadinejad M. Place the patient in medical decisions. Medical Law Journal. 2013; 7(27): 11-36. [in Persian]
- 15- Bazmi S, Kiani M, Rezvani S. Examining the ethical and legal aspects of organ transplantation. Medical Ethics. 2012; 3(10): 87-101. [In Persian]
- 16- Larijani B. [Pezeshk va Molahezate Akhlaghi]. V 2. Tehran: Baraye Farda; 2013. p. 85-6. [in Persian]
- 17- Najafi Tavana A, Milaky A. Approach of Iran's Criminal Policy to Medical Offences. Medical Law Journal. 2011; 5(17): 13-42. [in Persian]
- 18- Namazi HR. How to tell bad news to a patient?. Code: 172693. 2013. <https://www.mashreghnews.ir/news/172693/%DA%86%DA%AF%D9%88%D9%86%D9%87-%D8%AE%D8%A8%D8%B1-%D8%A8%D8%AF-%D8%B1%D8%A7-%D8%A8%D9%87-%D8%A8%DB%8C%D9%85%D8%A7%D8%B1-%D8%A8%DA%AF%D9%88%DB%8C%DB%8C%D9%85> (accessed on: 2021). [in Persian]
- 19- Clare MD. Respecting patient autonomy and obtaining their informed consent: ethical theory-missing in action. Physiotherapy. 2005, 91(4): 197-203.
- 20- Kihlbom U. Autonomy and negatively informed consent. Journal of Medical Ethics. 2008; 34(3):146-9.
- 21- Coy JA. Autonomy-based informed consent: ethical implications for patient noncompliance. Phys Ther. 1989; 69(10):826-33.

Case Report

Ethical Considerations in Respecting Patient's Autonomy and Right to Refuse Treatment: A case Report

Mohamad Nader Sharifi¹, Pooneh Salari^{*2}

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

² Associate Professor, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* Corresponding Author: poonehsalari@gmail.com

Abstract

One of the most challenging aspects of treatment is when patient seriously refuses the desired by treating physician. On the other hand, refusing treatment is a condition of the patient's right to be aware, but does such a right also imposes a moral obligation on the treating physician or not? This study discusses the diagnosis of Systemic Lupus Erythematosus disease. This article attempts to provide an overview of the ethical considerations for obtaining informed consent for a patient who refuses treatment. In this report, according to the patient's age, it can be concluded that although the patient has the capacity to make decisions, but because her age is below the legal age and does not have the authority to decide, her refusal to receive treatment cannot be accepted and it is necessary to make a decision based on the supreme interests of the patient with the opinion of a qualified legal guardian in this regard, taking into account the scientific aspects.

Keywords: Patient autonomy, Informed consent, Refusal of treatment, Decision-making competence

