اخلاق و تاریخ پزشکی، سال ۱۳۹۶، دوره ۱۰

قلمرو اتونومی بیمار، محدودیت‌ها و راهکارها

ندا یاوری[۱]، علیرضا پارساپور*[۲]

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۱/۷ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۱ تاریخ انتشار: ۹۶/۱۱/۱۸

مقاله‌ی پژوهشی- تحلیلی

چکیده

توجه روزافزون به آزادی‌های فردی در دهه‌های اخیر، موجب مطرح‌شدن اصل اخلاقی احترام به اتونومی بیمار و درک ضرورت مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های بالینی شد؛ اما روی دیگر سکه‌ی توجه روزافزون به اتونومی بیماران در عرصه‌ی تصمیم‌گیری‌های درمانی، وجود چالش جدی در تعیین محدوده‌ی پذیرفتنی برای ارزش‌نهادن به تصمیمات خودمختارانه‌ی بیماران است. این مسأله به‌ویژه زمانی که تصمیم بیمار، با تأمین بهترین منفعت برای او همسو نباشد، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. همچنین تأکید بیش از حد بر احترام به اتونومی بیماران می‌تواند نتایج منفی دیگری مانند کاهش احساس مسئولیت پزشک در قبال تأمین بهترین منفعت برای بیماران و نیز امکان تقابل اتونومی بیمار با منفعت سایر افراد جامعه داشته باشد. به‌طور کلی باید گفت درباره‌ی محدوده‌ی قابل قبول برای ارج‌نهادن به ترجیحات و تصمیمات بیماران، نظرات مختلفی وجود دارد. درحالی‌که گروهی از صاحب‌نظران محدودسازی دامنه‌ی تأثیر اتونومی بیماران را در عرصه‌ی تصمیم‌گیری‌های پزشکی حمایت می‌کنند، گروهی دیگر اعمال اتونومی از سوی بیماران را نه به‌عنوان یک حق بلکه به مثابه یک وظیفه‌ی اخلاقی قلمداد می‌نمایند. این مقاله به تحلیل و نقد دلایل مختلف نظریه‌پردازان هر دو گروه پرداخته و در انتها برای توجه همزمان به حق اتونومی بیماران، در ضمن پیشگیری از پیامدهای ناخواسته‌ی احترام بی‌قید و شرط به خواسته‌ها و ترجیحات آنان، سازوکار مناسبی پیشنهاد می‌نماید.

واژگان کلیدی: اتونومی محدود، اتونومی مطلق، تصمیم‌سازی مشترک، سودرسانی

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

۲. دکترای اخلاق پزشکی، عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

*** نویسنده‌ی مسؤول:** تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، پلاک ۲۳، طبقه ۳، تلفن: ۶۶۴۱۹۶۶۱، Email: aliparsa@tums.ac.ir

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

مقدمه

یکی از شاخصه‌های اصلی تفکر لیبرال، تأکید بر آزادی‌های فردی است. لیبرال‌ها، انسان‌های بالغ و نرمال را واجد حق و ظرفیت لازم برای انجام‌دادن انتخاب‌هایی می‌دانند که به دستیابی به اهداف مورد نظر آن‌ها در زندگی کمک می‌کند. پیدایش جریان روشنفکری و رشد شتابنده‌ی علم از قرن هفدهم میلادی در غرب، به همراه روی‌گرداندن اندیشمندان از کلیساها در تفسیر پدیده‌های طبیعی و اتکا به عقل بشری برای توضیح علمی این پدیده‌ها، علل دیگری بودند که اندیشه‌های اُمانیستی و فردگرایانه را بیش‌ازپیش گسترش دادند (۱).

ترجمان این تغییر نگرش در دنیای پزشکی، توجه ویژه به آزادی‌های فردی و احترام به اتونومی بیمار در ارتباط با پزشک و مشارکت او در تصمیم‌گیری‌های بالینی بود (۲). تا دهه‌ی ۱۹۶۰ ماهیت اخلاق پزشکی از ارزش‌ها، قوانین و نرم‌هایی که در فعالیت‌های بالینی پزشکی در کانون توجه بودند، مجزا نبود. رابطه‌ی پزشکان با بیماران نیز براساس کدهای رفتاری و آداب حرفه‌ای تنظیم می‌شد و رابطه‌ای از جنس روابط خانوادگی بود. با این حال در نیمه‌ی دوم قرن بیستم و مقارن با جنبش‌های ضدجنگ، فمینیستی و حقوق مدنی تلقی سنتی از اتوریتی در جوامع غربی تغییر کرد (۲)؛ اما روی دیگر سکه‌ی توجه روزافزون به اتونومی بیماران در عرصه‌ی تصمیم‌گیری‌های درمانی، وجود چالش جدی در تعیین محدوده‌ی مقبول برای ارزش‌نهادن به تصمیمات خودمختارانه‌ی بیماران است (۱و۳). این مسأله به‌ویژه زمانی که تصمیم بیمار با تأمین بهترین منفعت برای او همسو نباشد، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند.

واقعیت این است که علی‌رغم تصریح و تأکید Beauchamp و Childress ، به‌عنوان طراحان اصلی اصول چهارگانه‌ی اخلاق پزشکی، بر هم‌وزن‌بودن این اصول (۴)، در بسیاری از موارد، در صحنه‌ی عمل توجه بیش از اندازه به اتونومی باعث مغفول‌ماندن سایر اصول اخلاقی می‌شود. این امر واکنش‌های متفاوتی را در بین نظریه‌پردازان حوزه‌ی اخلاق پزشکی به وجود آورده است. درحالی‌که برخی نظریه‌پردازان با ذکر دلایل مختلف بر لزوم تعدیل توجه بی‌قید و شرط به اصل اتونومی و توجه بیشتر به سایر اصول اخلاق پزشکی پافشاری می‌کنند، گروه دیگر، اعمال بدون قید و شرط اتونومی از جانب بیمار را نه‌تنها یک حق، بلکه یک وظیفه‌ی اخلاقی لازم‌الاجرا برمی‌شمارند؛ البته در این بین، طیفی وسیع از نظریه‌پردازان اخلاق پزشکی، گزینش نقطه‌ای در میانه‌ی این طیف گسترده را به‌عنوان بهترین رویکرد معرفی می‌نمایند. این مقاله به بررسی برخی نظرات برجسته در هر یک از گروه‌های مذکور می‌پردازد.

روش کار

به‌منظور بررسی نظرات مختلف پیرامون محدوده‌ی منطقی و پذیرفتنی، برای توجه به اصل احترام به اتونومی بیماران، مطالعه‌ی حاضر به روش مقاله‌ی نظری یا تحلیلی نگاشته شده است؛ ازاین‌رو نویسندگان مقاله، ابتدا براساس مطالعات قبلی و اندوخته‌های ذهنی خود، عللی را که می‌توانند لزوم محدودسازی توجه به اتونومی مطلق بیماران توجیه نمایند، استحصا نمودند. این علل چنان‌که در متن به آن‌ها اشاره می‌شود، عبارت‌اند از:

۱. امکان تقابل اتونومی بیمار با منفعت واقعی او از منظر پزشکی؛

۲. امکان تقابل اتونومی بیمار با هدف اصلی از وضع این اصل؛

۳. امکان تقابل اتونومی بیمار با منفعت سایر افراد جامعه؛

۴. امکان تقابل اتونومی بیمار با مسئولیت‌پذیری پزشکان؛

۵. امکان تمایل‌نداشتن بیمار به استفاده از حق (یا وظیفه) اعمال اتونومی.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

از سوی دیگر نویسندگان در حین مطالعه‌ی کتب و مقالات مختلف، با رویکردی کاملاً متفاوت نسبت به توجه به اتونومی بیماران مواجه شدند؛ رویکردی که رعایت اصل احترام به اتونومی بیمار را نه‌تنها یک اصل اخلاقی لازم‌الاجرا برای پزشکان می‌داند بلکه استفاده از حق اتونومی را وظیفه‌ای اخلاقی برای بیماران برمی‌شمرد؛ بنابراین نویسندگان با هدف معرفی طیف وسیع دیدگاه‌ها درباره‌ی محدوده‌ی احترام به اتونومی بیماران، با کمک عباراتی مانند Mandatory autonomy و Obligatory autonomy در سایت‌های علمی و کتب و مجلات داخلی و خارجی معتبر جست‌وجو کردند.

اگرچه تعداد مقالاتی که مؤید اجبار اخلاقی در استفاده از حق اتونومی از سوی بیماران هستند به مراتب کمتر از مقالاتی بود که بر توجه به اتونومی بیماران به‌عنوان یک وظیفه‌ی اخلاقی از سوی پزشکان یا ضرورت محدودسازی توجه به اتونومی بیماران تأکید می‌کردند، این مقاله در نظر دارد با ارائه‌ی شواهدی از رویکردهای موجود، به فهم تنوع برداشت‌ها از اصل اخلاقی احترام به اتونومی بیماران کمک کرده و صاحب‌نظران را به تفسیر مجدد این اصل با توجه به شاخص‌های اخلاقی و فرهنگی و بومی جامعه دعوت نماید. به این منظور، در پایان مقاله رویکرد سومی درباره‌ی مبحث اتونومی بیمار معرفی می‌شود که براساس آن توجه به اتونومی بیمار بنا بر موقعیت‌های مختلف بیمار و بیماری می‌تواند متغیر باشد؛ به عبارت بهتر، در این رویکرد تصمیمات پزشکی به‌صورت مشترک توسط بیمار و پزشک اتخاذ می‌شوند و محدوده‌ی نقش بیمار در این تصمیم‌گیری‌ها متناسب با شرایط جسمی و روانی او و نیز اهمیت تصمیماتی که باید اتخاذ شوند، تعیین می‌گردد.

این مقاله از نوع مقالات تحلیلی بوده و نویسندگان تنها به‌منظور ارائه‌ی شواهدی از نظرات صاحب‌نظران این حوزه، از تعدادی از منابع دست اول استفاده کرده‌اند.

بحث

در پیوند با اصل اخلاقی احترام به اتونومی بیماران و محدوده‌ی قابل قبول برای ارجنهادن به ترجیحات و تصمیمات آن‌ها، نظراتی گوناگون وجود دارد. این تعدد دیدگاه‌ها، طیفی وسیع از نظرات را تشکیل می‌دهد که در یک سوی آن، جانب‌داری از محدودسازی دامنه‌ی تأثیر اتونومی بیماران در عرصه‌ی تصمیم‌گیری‌های پزشکی با دلایل مختلف و در سوی دیگر آن، ضروری‌دانستن اعمال اتونومی از سوی بیماران نه به‌عنوان یک حق، بلکه به مثابه یک وظیفه‌ی اخلاقی قرار می‌گیرد. در این بخش به بررسی نظرات این دو گروه می‌پردازیم:

گروه اول: طرفداران نظریه‌ی اتونومی اجباری

در نگاه برخی طرفداران اتونومی، بیمار نه اینکه می‌تواند، بلکه باید برای خود تصمیم بگیرد؛ البته هیچ یک از مکاتب موجود در اخلاق پزشکی خود را طرفدار اتونومی اجباری معرفی نمی‌کنند، اما در عمل و شاید به‌عنوان استدلالی علیه پترنالیسم، اجبار بیمار در تصمیم‌گیری و تعهد پزشک در تبعیت از این تصمیم را تأیید می‌کنند.

به نظر می‌رسد برای اتونومی اجباری، می‌توان چهار توجیه اصلی مطرح کرد: استدلال از منظر پیشگیری از سلطه‌ی پزشکان بر بیماران، استدلال درمانی، استدلال آگاهی کاذب و استدلال اخلاقی.

۱. استدلال از منظر پیشگیری از سلطه‌ی پزشکان بر بیماران

براساس این استدلال پزشک‌ها نمی‌توانند از تمایل صنفی‌شان برای اعمال اتوریتی دست بردارند؛ بنابراین بیماران باید حق تصمیم‌گیری برای خود را در دست گیرند. این بدبینی می‌تواند تا حدودی حاصل تجارب ناخوشایند بیماران از دوران اعمال پترنالیسم باشد. با همین استدلال به بیماران توصیه می‌شود که پذیرای منفعل توصیه‌های پزشک خود نباشند، بلکه خودشان با تلاشی مجدانه و کامل برای شناخت انتخاب‌های درمانی، به توانمندسازی خود بپردازند و به

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

آگاه‌ترین و مهربان‌ترین حامی برای خود تبدیل شوند. براساس این استدلال اگر به پزشکان این اجازه داده شود که درباره‌ی اینکه به هر بیماری تا چه اندازه باید قدرت تصمیم‌گیری داده شود اظهارنظر کنند، بیماران نخواهند توانست در برابر قدرت اتوریتی پزشکان مقاومت کنند؛ بنابراین تجویز اتونومی اجباری، به‌نوعی ایمن‌نمودن بیمار در برابر اعمال اتوریتی غیرمنطقی از سوی پزشکان است (۵).

۲. استدلال درمانی

بیمارانی که بر روند درمانی خود کنترل دارند سریع‌تر و مطمئن‌تر سلامتی خود را باز می‌یابند. این نظریه طرفداران زیادی بین پزشکان و نیز بیماران پیدا کرده است. یک خانم مبتلا به سرطان می‌نویسد: «مطالعات نشان می‌دهند خانم‌هایی که مشارکت‌جو، صریح و مطالبه‌گر هستند برای مدت طولانی‌تری عمر می‌کنند.» همچنین یک بیمار مبتلا به ایدز معتقد است: «بیماران سرسختی که چشم‌بسته دارو و روش درمانی را نمی‌پذیرند و از نظر پزشکان و پرستاران، بیماران سخت نامیده می‌شوند شانس بهتری برای زنده‌ماندن نسبت به سایرین دارند. این بیماران معمولاً تمایل دارند مزایا و معایب هر روش درمانی را پیش از قبول آن بدانند. آن‌ها از اینکه خود را به‌طور کامل در دست پزشک قرار بدهند تا مثل یک ماشین تعمیر شوند اجتناب می‌کنند. آن‌ها درباره‌ی پیشنهادات پزشک خود سؤال و تحقیق می‌کنند و در نهایت درمان‌هایی را که با اهداف و خواست‌های شخصی آن‌ها همخوانی ندارد رد می‌کنند» (۵). در مطالعه‌ی دیگری که بر بیماران مبتلا به فشار خون بالا انجام گرفت، نشان داده شد هر چقدر بیماران مشارکت آگاهانه و فعالانه‌ی بیشتری در روند درمان داشته باشند، سریع‌تر به بهبود جسمی دست می‌یابند؛ علاوه‌براین، این افراد پاسخ‌های شناختی و رفتاری مثبت‌تری را در زمینه‌ی مدیریت بیماری از خود بروز می‌دهند (۶).

استدلال درمانی به اشکال مختلفی مطرح می‌شود:

الف. اِعمال کنترل از طریق بهبود عملکرد سیستم ایمنی باعث پیشرفت سلامتی در بیمار می‌شود. بنا بر نظر روبرت کاپلان در این زمینه، این ارتباط براساس ماهیت سایکونوروایمنولوژیک بیماری‌ها به این صورت توجیه‌پذیر است که اعمال کنترل باعث کاهش استرس می‌شود و کاهش استرس با بهبود عملکرد ایمنی، بر سرعت بازیابی سلامتی می‌افزاید (۵).

ب. بیماران به دلایل اجتماعی و روان‌شناختی از کنترل درمان خود سود می‌برند؛ به‌عنوان مثال بیماری که در تصمیم‌گیری درمانی برای خود مشارکت جدی دارد، تصمیم اتخاذشده را تحمیلی نمی‌داند و نه‌تنها برای تبعیت از آن انگیزه‌ی بالاتری دارد، بلکه از تمام توان خود برای مبارزه با بیماری بهره می‌برد.

در یک کارآزمایی بالینی که به‌منظور بالابردن سطح مشارکت فعال بیماران در روند تصمیم‌گیری‌ها و ارزیابی نتایج آن انجام گرفت، از گروهی از بیماران خواسته شد پرونده‌ی پزشکی خود را مطالعه کرده و پیش از ویزیت معمول پزشک، به مدت بیست دقیقه درباره‌ی سؤالات و نگرانی‌های خود با او گفت‌وگو نمایند. نتایج این مداخله با گروه کنترلی که بیماری مشابه داشتند، ولی پیش از ویزیت پزشک به مدت بیست دقیقه در یک جلسه‌ی آموزشی استاندارد شرکت کرده بودند مقایسه شد. شش تا هشت هفته پس از اتمام این کارآزمایی، بیماران متعلق به گروه مداخله محدودیت‌های جسمی کمتر و کارآمدی بیشتر را برای ایفای نقش معمولشان در زندگی گزارش کردند. این افراد خواستار داشتن نقش جدی در تصمیم‌گیری‌های آتی درمانی خود بودند (۷).

ج. تصمیمات اتخاذشده براساس اتونومی، تصمیمات عاقلانه‌تری هستند. تعریف استاندارد ارائه‌شده در اخلاق پزشکی برای اتونومی عبارت است از: تصمیم‌گیری برای خود، آزاد از هر نوع عامل کنترل‌کننده‌ی خارجی یا محدودیت‌های شخصی مانند فهم ناکافی که مانع از انتخاب معنی‌دار می‌شوند. طرفداران نظریه‌ی اتونومی اجباری معتقدند

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

بر این اساس بهترین تصمیم، تصمیمی است که در سایه‌ی کسب اطلاعات لازم و فهم کامل موقعیت توسط خود بیمار که بیشترین شناخت را از خود و خواسته‌هایش دارد اتخاذ شود. براساس نظر کاپلان «بیماران از طریق اعمال کنترل شخصی برای به‌دست‌آوردن بهترین نتیجه برای خود تلاش می‌کنند» (۵).

در مجموع طرفداران استدلال درمانی معتقدند استفاده از حق تصمیم‌گیری، بیماران را برمی‌انگیزد تا درباره‌ی بیماری‌شان بیشتر بدانند؛ در این صورت می‌توانند در زمینه‌ی مراقبت از خود فعالانه‌تر و تیزهوشانه‌تر رفتار کنند و به تبعیت از روش‌های درمانی پایبندتر باشند؛ همچنین می‌توانند پزشکان خود را به دقت نظر و دقت عمل بیشتر وادار کنند. در این صورت بیماران باید بخواهند که خود برای روند درمانی‌شان تصمیم‌گیری کنند. در چنین صورتی می‌توان تاکتیک پترنالیستی را برای اجبار بیماران به تصمیم‌گیری برای منفعت خودشان، حتی بر خلاف میلشان، موجه دانست.

۳. استدلال آگاهی کاذب[1]

براساس این استدلال، بیماران در حقیقت ترجیح می‌دهند تصمیمات درمانی مربوط به خودشان را در دست گیرند، اما از این ترجیح بی‌خبرند؛ چراکه پزشکان که عموماً خودشان را مناسب‌ترین فرد برای تصمیم‌گیری می‌دانند، به شکل سنتی مانع از این شده‌اند که بیماران کنترل امور را در دست گیرند. اگر بیماران نه‌تنها مجاز به تصمیم‌گیری بلکه مجبور به انجام آن گردند، متوجه ترجیح خود برای حفظ اتوریتی و استفاده از آن برای کنترل تصمیم‌گیری‌ها می‌شوند. برخی منتقدان، ریشه‌ی این آگاهی کاذب را در قدرت اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی بالاتر پزشکان می‌دانند؛ برای مثال فیشر در این زمینه می‌نویسد: «بیماران به واسطه‌ی احترام به موقعیت علمی و اجتماعی بالاتر پزشک چنان رفتار می‌کنند که گویا انتظار دارند پزشک مسئولیت آن‌ها را به عهده گیرد؛ البته این تعجب‌آور نیست. تصور اینکه پزشک داناترین است و قطعاً برای تأمین بهترین منفعت بیمار حرکت خواهد کرد، از جامعه کسب شده و به یک باور قلبی تبدیل شده است. اتونومی اجباری باعث درک آگاهانه‌ی بیمار نسبت به ظرفیت خود برای اتخاذ تصمیمات آگاهانه می‌گردد و اراده‌ی لازم برای در اختیار گرفتن کنترل امور را در آن‌ها زنده می‌کند» (۵).

۴. استدلال اخلاقی

این استدلال از دو منظرقابل بحث است:

الف. بیمار موظف است برای بازیابی سلامت خود تلاش کند. اگر به هر دلیلی معتقدیم بیمار بهتر از هر فرد دیگری می‌تواند برای خود تصمیم‌گیری کند و ازاین‌رو سریع‌تر بهبود یابد، در این صورت تصمیم‌گیری، برای آن‌ها یک وظیفه‌ی اخلاقی محسوب می‌شود.

ب. بیماران وظیفه دارند درباره‌ی امور درمانی خود تصمیم‌گیری کنند؛ چراکه این وظیفه‌ی اخلاقی آن‌هاست که شخصاً تصمیماتی را که در زندگی آن‌ها مؤثر است، اتخاذ نمایند. براساس نظریه‌ی چارلز تیلور یکی از مهم‌ترین ایدئال‌های اخلاقی «صحیح یا معتبر بودن» است. براساس این ایدئال اخلاقی، انسانیت افراد به توان استدلال و تصمیم‌گیری آن‌ها وابسته است. «صحیح یا معتبر بودن» در حقیقت پایبندبودن افراد به این اصل اخلاقی در همه‌ی امور از جمله امور درمانی است؛ به عبارت دیگر، نادیده‌گرفتن این اصل مانع از آن می‌شود که فرد یک انسان حقیقی و کامل تلقی گردد (۵).

در مجموع بنا بر دلایل ارائه‌شده می‌توان گفت براساس نظر طرفداران این تئوری، استفاده از حق اتونومی یک وظیفه‌ی اخلاقی است؛ به بیان دیگر، بیماران به‌طور اخلاقی، موظف به مشارکت فعالانه در رابطه با تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سلامت خود هستند و تنها استثنا زمانی است که وظیفه‌ی اخلاقی دیگری بر آن غلبه کند.

گروه دوم: طرفداران لزوم تعدیل توجه به اهمیت اصل

1. False consciousness

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

اتونومی

مروری بر مقالات نوشته‌شده در این زمینه نشان می‌دهد، دلایل ذکرشده توسط نظریه‌پردازان موافق با تعدیل توجه به اهمیت اصل اتونومی را می‌توان در پنج محور زیر خلاصه کرد:

۱. امکان تقابل اتونومی بیمار با منفعت واقعی او از منظر پزشکی

طرفداران این نظریه معتقدند تأکید بیش از اندازه بر اتونومی به‌عنوان اصل غالب در اخلاق پزشکی، با مخدوش‌کردن اصل سودرسانی می‌تواند برای بیمار نتایج منفی به دنبال داشته باشد. این یک سؤال اساسی است که اصولاً بیماران تا چه اندازه باید در تصمیم‌گیری درباره‌ی درمانشان دخالت و کنترل داشته باشند؟ احترام به حق اتونومی برای بیمارانی مناسب است که برای تصمیم‌گیری درباره‌ی مسائل مختلف زندگی‌شان روشن‌بینی کافی داشته‌اند و برای تصور همه‌ی انتخاب‌های ممکن و گزینش از بین آن‌ها توانایی ذهنی داشته باشند. بهترین تصمیم‌گیری، محصول محاسبه‌ی دقیق شرایط و مبتنی بر استفاده‌ی مناسب از اطلاعات ارائه‌شده است. این گروه معتقدند تعداد اندکی از بیماران واجد چنین شرایط ایدئالی هستند. با این حال، برای اینکه با بیمارانی که فاقد این شرایط ایدئال هستند چگونه باید رفتار کرد، دستورالعمل مشخصی وجود ندارد.

احترام به اتونومی بیمار، اگر به این معنا باشد که پزشک انتخاب‌های درمانی را برای بیمار مطرح کند، سپس عقب بایستد و از تصمیمات بیمار در پیوند با مداخلات بهداشتی که می‌تواند زندگی او را تغییر دهد اطاعت کند، روند تصمیم‌گیری درمانی را دچار مشکل می‌کند. بنا بر نظر این گروه از صاحب‌نظران، بیمار در زمان بیماری، که به‌طور طبیعی از ظرفیت او برای تصمیم‌گیری‌های خودمختارانه می‌کاهد، بیش و پیش از حفظ حق اتونومی به قدرت شفابخشی پزشک و مصلحت‌سنجی او نیاز دارد. در این رابطه، اگرچه «پترنالیسم قوی» به معنای تصور متکبرانه از قدرت نسبت به بیمار همواره مذموم شمرده می‌شود، «پترنالیسم ضعیف» به معنای شکل‌دادن به تصمیم‌گیری بیمار از طریق فیلترکردن اطلاعاتی که به او ارائه می‌شود، متضمن تأمین بهترین منافع برای بیمار است و بنابراین از نظر اخلاقی رفتاری پسندیده و ممدوح به شمار می‌رود (۸).

به‌طور کلی می‌توان گفت در مدل اخلاقی بیمارمحور در برخی شرایط حق اتونومی بیمار در تعارض با وظیفه‌ی حرفه‌ای پزشک برای سودرسانی قرار می‌گیرد. در بسیاری از موارد واگذاری حق تصمیم‌گیری به بیمار معادل با رهاکردن اوست. پزشک ممکن است تصور کند بدون داشتن اتوریتی کافی، او نباید در قبال نتیجه‌ی تصمیم احساس مسئولیت نماید؛ به عبارت دیگر، پزشک با این توجیه که در نهایت بیمار هرگونه بخواهد تصمیم می‌گیرد بر احساس تعهد و مسئولیت خود سرپوش می‌گذارد. به نظر می‌رسد زمانی که پزشکان بخش عمده‌ی مسئولیت تصمیم‌گیری را بر عهده دارند، در قبال سودرسانی به بیمار، بیشتر احساس مسئولیت می‌کنند.

پروفسور ادموند پلگرینو ضمن نقد پترنالیسم و اتونومی نتیجه می‌گیرد اصل سودرسانی به‌عنوان اصلی جهانی و پرقدمت باید دوباره ارزش اولیه‌ی خود را بازیابد. او معتقد است خطر تلاش برای غلبه بر پترنالیسم ممکن است این باشد که پزشکان مهم‌ترین ارزش در پزشکی، یعنی تلاش برای تأمین بهترین منفعت برای بیمار را رها کنند. در حقیقت پلگرینو سودرسانی را مکملی برای اتونومی می‌بیند و نه رقیبی برای آن. او معتقد است با تغییر مدل اخلاقی از قانون‌مداری به فضیلت‌مداری، رابطه‌ی پزشک و بیمار نیز از تأکید بیش از حد بر اتونومی خارج شده و یک مدل ارتباطی بر مبنای اعتماد شکل می‌گیرد. پروفسور پلگرینو بر این باور است که اخلاق حرفه‌ای چیزی بیش از مجموعه‌ای از قوانین و دستورالعمل‌هاست؛ اخلاق حرفه‌ای تنظیم ارتباط با هدف

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

تأمین منفعت بیمار است (۲).

پال بیرمن نیز اظهار می‌کند این احساس که شما به‌راحتی می‌توانید پزشک خود را با پزشک دیگری جایگزین کنید بسیار ناخوشایند است. بناکردن رابطه‌ی پزشک و بیمار براساس تأکید بیش از حد بر اتونومی کافی نیست. تلاش برای سودرسانی عاملی است که می‌تواند رابطه‌ی پزشک و بیمار را نزدیک‌تر و مستحکم‌تر کند (۲).

۲. امکان تقابل اتونومی بیمار با هدف اصلی از وضع این اصل

احترام به اتونومی بیماران، در اصل به‌منظور توجه به نیازها و ترجیحات و محترم‌شمردن حق آن‌ها برای تصمیم‌گیری درباره‌ی بدن خود وضع شد. با وجود این، احترام بدون قید و شرط به اتونومی بیماران می‌تواند خود عاملی برای ناکامی آن‌ها در اتخاذ تصمیمات درمانی متناسب با اهداف و ارزش‌های واقعی‌شان باشد. این ناکامی از یک سو به ناتوانی بیماران از درک اطلاعات ارائه‌شده به آن‌ها و از سوی دیگر به وقوع فراوان خطاهای ذهنی و شناختی در زمان تصمیم‌گیری مربوط است.

خانم Levy در مقاله‌ای به تشریح انواع خطاهایی که افراد واجد ظرفیت تصمیم‌گیری هنگام قضاوت و تصمیم‌گیری مرتکب می‌شوند، می‌پردازد. او ادعا می‌کند به دلیل وقوع فراوان این‌گونه خطاها، واگذارکردن تصمیم‌گیری‌های پزشکی به‌طور مطلق به بیماران، در زمان فرایند اخذ رضایت آگاهانه، با توجیه احترام به اتونومی آن‌ها، منطقی به نظر نمی‌رسد. فلسفه‌ی احترام به اتونومی بیمار و اخذ رضایت آگاهانه از او، فراهم‌کردن شرایطی است که بیمار بتواند براساس ارزش‌های شخصی خود و بر مبنای اهدافی که برای زندگی خود ترسیم کرده تصمیم‌گیری کند. واگذاری تصمیم‌گیری‌های مهم پزشکی به بیمار از یک سو و خطاپذیری چشمگیر انسان‌ها در مقام استدلال و تصمیم‌گیری از سوی دیگر، روند فعلی اخذ رضایت از بیمار را که بر مبنای توجه به اتونومی نامحدود او طراحی شده است با چالش جدی مواجه می‌سازد. فرایند اخذ رضایت آگاهانه باید به‌گونه‌ای بازسازی شود تا با ایجاد محدودیت‌های بیشتر در زمینه‌ی تصمیم‌گیری‌های پزشکی بیماران، به آن‌ها کمک کند با برطرف‌کردن خطاهای شناختی که در مقام استدلال و تصمیم‌گیری مرتکب می‌شوند، به قضاوت صحیح‌تر و تصمیم‌گیری‌های بهتری که با ارزش‌های واقعی آن‌ها هماهنگ است بپردازند. به عبارت بهتر، محدودکردن اتونومی بیمار در تصمیم‌گیری‌های پزشکی می‌تواند منجر به اتخاذ تصمیمات بهتری از سوی بیمار شود؛ تصمیماتی که با ارزش‌های شخصی او و اهدافی که برای زندگی خود ترسیم کرده، سازگاری بیشتری داشته باشد و در نتیجه هدف اصلی از وضع اصل احترام به اتونومی بیمار را فراهم کند (۱).

نویسنده‌ی مقاله‌ی پیش‌گفته معتقد است، به‌عنوان مثال، در شرایطی که بیمار از پذیرش پیشنهاد درمانی پزشک که براساس قضاوت حرفه‌ای او حیاتی و ضروری عنوان شده، امتناع می‌ورزد و برای این امتناع دلیل منطقی و موجهی را مطرح نمی‌کند، به احتمال زیاد در ارزیابی سود و زیان اقدام پیشنهادی دچار خطا شده و امتناع او آگاهانه نیست. خطاپذیری انسان‌ها در مقام استدلال و تصمیم‌گیری در شرایط عادی نیز امری شایع است؛ اما شرایط پراسترس تصمیم‌گیری‌های طبی برای خود یا عزیزان، احتمال وقوع این گونه خطاها را بیشتر می‌کند. بنابراین بیمار به تصمیم‌گیری درباره‌ی انجام‌دادن یا ندادن کاری مبادرت می‌ورزد که نتیجه‌ی آن با خواسته‌های حقیقی او یا اهدافی که برای زندگی خود ترسیم کرده، مغایرت دارد. در حقیقت ازآنجاکه استفاده‌ی بیمار از حق اتونومی خود، نتیجه‌ای مغایر با اهداف و خواسته‌های مطلوب و حقیقی بیمار دربردارد، در عمل باعث می‌شود هدف اصلی از ارزش‌نهادن به اتونومی که توانایی و اختیار بیمار برای نیل به خواسته‌ها و ارزش‌های حقیقی است، محدود گردد؛ لذا نویسنده پیشنهاد می‌کند در چنین شرایطی

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

پزشک متعهد و دلسوز به جای رهاکردن بیمار در امر تصمیم‌گیری، با توجیه احترام به حق اتونومی او، لازم است با ایجاد محدودیت‌هایی در استفاده از این حق، او را در دستیابی به اهداف و ارزش‌های مطلوب خود یاری دهد. نمونه‌ای از این اِعمال محدودیت‌ها عبارت‌اند از: به‌تعویق‌انداختن اجباری زمان تصمیم‌گیری تا زمان حصول شرایط جسمی و روحی مساعدتر برای بیمار، یا به‌کارگیری حداکثر تلاش منطقی برای نشان‌دادن اشکالات یا خطاهایی در پروسه‌ی استدلال و تصمیم‌گیری است که منجر به اتخاذ تصمیمی از سوی بیمار شده که به اعتقاد پزشک بهترین منفعت او را تأمین نمی‌کند.

۳. امکان تقابل اتونومی بیمار با منفعت سایر افراد جامعه

نظریه‌پردازان این گروه معتقدند اتونومی بیماران باید حد و مرزی داشته باشد و این محدودیت به وسیله‌ی اصل مسئولیت اخلاقی در برابر دیگران به وجود می‌آید. هر تصمیم فردی می‌تواند برای دیگران نتایج مثبت یا منفی به دنبال داشته باشد؛ پزشک و بیمار باید با درنظرگرفتن این موضوع، از طریق یک گفت‌وگوی روشنگرانه (تأثیر استفاده از روش‌های درمانی جایگزین بر افراد خاص دیگر یا بر کل جامعه) آن را شناخته و با توجه به آن به تصمیم‌گیری دست بزنند. این اصل به سایر اصول اخلاقی برای اتخاذ بهترین تصمیم کمک می‌کند (۹).

براساس کدهای اخلاق پزشکی مصوبه‌ی AMA برای بیمار مسئولیت‌هایی تعریف شده و تصریح شده که همه‌ی این مسئولیت‌ها به‌طور مستقیم از داشتن حق اتونومی بیمار نشأت می‌گیرند. برخی از این مسئولیت‌ها، به‌منظور محدودکردن اتونومی بیمار برای حفظ منافع دیگران، بر عهده‌ی او نهاده شده است. نمونه‌هایی از این مسئولیت‌ها عبارت‌اند از:

– حقیقت‌گویی، شفافیت، ارائه‌ی شرح حال کامل پزشکی، تبعیت از دستورات پزشک و تعهد به حفظ سلامتی: این مسئولیت‌ها مبین تأثیر عملکرد بیمار بر جامعه، به‌ویژه از نظر استفاده از منابع مراقبت‌های بهداشتی است؛ زیرا عدم کمپلیانس یا عدم تعهد به حفظ سلامتی، می‌تواند سبب هدررفت تلاش و وقت پزشکان و کاربرد غیربهینه‌ی منابع سلامتی شود.

– تعهد به پرداخت هزینه‌های درمانی: پرداخت حق‌الزحمه‌ی تیم درمانگر، از طریق سیستم بازتوزیع هزینه‌ها باعث تأمین منفعت سایر بیماران می‌شود.

– گزارش رفتارهای غیراخلاقی و غیرقانونی: این کار با هدف محافظت از خود بیمار و سایر بیماران از رفتارهای غیراخلاقی آتی صورت می‌گیرد.

– خودداری از رفتارهای خطرساز برای دیگران: محدودیت در سبک زندگی یا انتخاب‌هایی در سیستم مراقبت‌های بهداشتی که به‌طور غیرمنطقی به دیگران آسیب می‌رساند (۹).

این دسته از منتقدان معتقدند تأکید بیش از حد بر اصل اتونومی در اخلاق پزشکی، مانند تأکید زیاد بر آزادی‌های فردی، ارزش جامعه و تعهداتی را که برپایه‌ی ارزش‌های مشترک و روابط اجتماعی شکل می‌گیرند زیر سؤال می‌برد؛ به عبارت دیگر، بنا بر باور این گروه، اصول اخلاق پزشکی به اندازه‌ی کافی ایده‌ی خیر جمعی و منفعت عمومی و ارتباط آن را با مسئولیت فردی یا استفاده‌ی اخلاقی از حق انتخاب‌های فردی را تبیین نمی‌کند (۱۰).

اصل اتونومی از نگاه غایت‌گرایانه‌ی کانت به انسان منشأ می‌گیرد. براساس این نگاه انسان غایت است نه وسیله. هر انسانی، متفاوت از اشیاء فاقد منطق و تعقل، اهداف مشخصی دارد و می‌تواند برای رسیدن به آن اهداف اقدام کند. انتخاب‌ها و رفتار ما نباید این آزادی را محدود کند. تعبیر این نظریه در دنیای پزشکی این است که به افراد درباره‌ی انتخاب‌های درمانی‌شان اطلاعات لازم را بدهید و آن‌ها را آزاد بگذارید تا براساس اهداف و ارزش‌های خود تصمیم بگیرند.

با وجود این، چنین تفسیری از نظریه‌ی کانت به‌طور کامل آن بافت اجتماعی را که تصمیم‌سازی در بستر آن شکل

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

می‌گیرد فراموش کرده است. این بستر اجتماعی از یک سو به جامعه‌ای که فرد در آن بالغ می‌شود و نهادهای اجتماعی مثل خانواده و مدرسه و... که به رشد و شکوفاشدن توانایی تصمیم‌سازی برای خود[1] کمک می‌کنند برمی‌گردد. از سوی دیگر به جامعه‌ی قانونگذاران و قضاتی که حمایت قانونی را برای حق تصمیم‌سازی برای خود فراهم کرده‌اند مربوط می‌شود. در نهایت تصمیم‌سازی برای خود در سیستم ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی، به جامعه‌ای که منابع آن برای حمایت مادی و معنوی تصمیم‌های فردی به کار می‌رود بستگی دارد.

با توجه به اهمیت تأثیر تصمیمات فردی بر اجتماع باید گفت بی‌توجهی به تأثیر انتخاب‌های فردی بر دیگران نوعی مسئولیت‌ناپذیری و در نتیجه غیراخلاقی است. کانت، نادرست‌بودن تفسیر فوق از نظریه‌ی این دانشمند را به خوبی نشان می‌دهد. اصول اخلاقی کانت که همگی بر مبنای منطق و استدلال بنا شده‌اند عبارت‌اند از:

– با دیگران آن‌گونه رفتار کن که می‌پسندی با تو رفتار شود؛

– نگاهت به دیگران از جنس احترام به آن‌ها، به‌عنوان غایت و نه وسیله باشد؛

– عملکرد تو باید متناسب با عضوی مسئول ازجمع غایت‌ها باشد.

توجه به اصول اخلاقی سه‌گانه‌ی کانت نشان می‌دهد اتونومی به‌عنوان یک اصل کانتی ظرفیت اداره‌ی خود براساس دلیل است و نه صرفاً اقدام براساس خواسته‌های شخصی بدون توجه به محدودیت‌هایی که باید برای فرد به‌عنوان عضوی از یک جمع بزرگ‌تر در نظر گرفته شود. این در حالی است که قرائت نظریه‌پردازانی چون جان استوارت میل و دیوید هیوم از اتونومی معادل با خودخواهی و متضمن ویژگی‌هایی مشترک با سایر موجودات است؛ ویژگی‌هایی چون ظرفیت اقدام بنا بر نیازها و خواسته‌ها و امیال براساس عقلانیت ابزاری[2].

کانت معتقد است اراده‌ی انسان زمانی آزاد است که فرد به درک درستی از موقعیت خودش و شرایطی که او را قادر می‌سازند ضمن حفظ ارتباط با دیگران، فرصت لازم را برای استفاده از توانایی‌هایش پیدا کند، دست یابد. کانت از این موضوع آگاه است که انسان‌ها می‌توانند اسیر نیروهای درونی خود، که در شرایط بهتر تأیید نمی‌شوند، باشند و براساس این تمایلات درونی رفتار غیرانسانی از خود بروز دهند. در مقابل در اعمال اتونومی اراده‌ی فرد باید به‌گونه‌ای تربیت شود که هر گونه اقدام او براساس تفکر در ماهیت عمل و نیز تعهد مسئولانه در قبال دیگران شکل گیرد؛ بنابراین نتیجه‌ی تفسیر درست از اتونومی اقداماتی است که برای عضو مسئولی از یک جامعه‌ی اخلاقی بودن پی‌ریزی شده باشد. به‌عنوان مثال افراد باید همیشه راستگو باشند، مگر اینکه دلیل مخالف محکمی فرد را برانگیزد تا به دلیل احساس مسئولیت در برابر دیگران از راستگویی اجتناب کند؛ مانند زمانی که با راستگویی جان یک فرد به خطر می‌افتد؛ بنابراین تفسیر خودخواهانه از اتونومی، یعنی سودبردن بدون احساس مسئولیت در قبال دیگران، باید جای خود را به اقدامات مستدل و تعهد اخلاقی در برابر دیگران بدهد (۱۱).

به‌طور خلاصه باید گفت اگرچه تأکید بر اتونومی و حقوق بیماران در واکنش به دیدگاه پترنالیستی موجود در سال‌های گذشته امری ضروری بود، امروزه به رویکردی جدید با توجه خاص‌تر به مفاهیمی مانند وظیفه‌شناسی، تعهد اجتماعی، یکپارچگی جامعه و اهمیت روابط صمیمانه ازجمله رابطه‌ی پزشک و بیمار نیاز است. در چنین دیدگاهی روابط متقابل افراد، ارزشی معادل با اتونومی هر فرد و نیازهای جامعه ارزش مساوی با حقوق فردی و وفاداری نسبت به دیگران و وظیفه‌شناسی مشخصه‌ی اصلی روابط سازنده است (۱۰).

1. Self - determination

2. Instrumental reasoning

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

۴. امکان تقابل اتونومی بیمار با مسئولیت‌پذیری پزشکان

گروهی از نظریه‌پردازان اخلاق پزشکی بر این باورند که نتیجه‌ی ارزش‌گذاری غیرمنطقی برای اتونومی بیماران این است که به اشتباه و بر خلاف منفعت بیماران، زمینه را برای گریز پزشکان از مسئولیت اولیه‌شان که تعقیب منفعت بیمار است فراهم نماییم. بیمار حق دارد اهداف خودش را تعیین کند و پزشک وظیفه دارد که او را آگاه نماید که آیا اهداف مدنظر بیمار به لحاظ پزشکی دست‌یافتنی هستند یا نه و در صورت امکان دستیابی، ابزار و روش‌های مناسب را نشان دهد. اگر هدف بیمار دست‌یافتنی نیست، پزشک باید به بیمار کمک کند تا هدف ممکنی برگزیند و هزینه و اثربخشی همه‌ی راه‌های ممکن را با هم بررسی کنند. پزشک باید در تمام این مراحل نقش هدایت‌کننده را داشته باشد؛ بنابراین صِرف ارائه‌ی لیستی از روش‌های ممکن‌الوصول و واگذاری تصمیم به بیمار، با توجیه احترام به اتونومی بیمار، نقض غرض است؛ البته باید توجه داشت انتخاب آزادانه‌ی عدم انتخاب نیز گزینه‌ای‌ست که یک بیمار با ظرفیت تصمیم‌گیری حق دارد آن را برگزیند و باید به آن احترام گذاشته شود.

نکته‌ی شایان توجه دیگر این است که تأکید بر مسئولیت پزشک در هدایت پروسه‌ی درمانی، به معنی تصمیم‌گیری او به جای بیمار با تعیین اهداف برای او و روش‌های دستیابی به آن نیست. علاوه‌براین، چنین دیدگاهی اطلاع‌رسانی نامناسب و ناقص به بیمار و مخفی‌کردن حقیقت از او را تأیید نمی‌کند؛ اما باید توجه داشت که قائل‌شدن اعتبار بیش از حد و غیرمنطقی برای اتونومی بیمار، می‌تواند توجیهی برای سلب مسئولیت پزشک و رهاکردن بیمار به حال خود شود (۱۲).

ازجمله نمودهای مسئولیت‌گریزی پزشکان به واسطه‌ی معتبردانستن اتونومی بی‌قید و شرط برای بیماران، تفویض انجام فرایند اخذ رضایت از سوی آن‌ها به نهادهای شبه‌حقوقی، به‌منظور پیشگیری از دعاوی احتمالی بعدی است. زمانی که پزشک اختیار بیمار در تصمیم‌سازی‌های پزشکی را بی‌حدوحصر می‌بیند، خود را در مقابل تصمیمات آگاهانه‌ی او پاسخ‌گو نمی‌داند و ترجیح می‌دهد مسئولیت عوارض نامطلوب احتمالی را به‌طور کامل به عهده‌ی بیمار بیندازد؛ بنابراین دغدغه‌ی اصلی پزشک به جای کمک به بیمار برای تصمیم‌گیری مناسب‌تر، مستندکردن ارائه‌ی اطلاعات به بیماران و اطمینان‌یافتن از وجود پشتوانه‌ی قانونی در اجرای تصمیمات اتخاذشده به وسیله‌ی آنان خواهد بود. به عبارت دیگر، پزشک در اینجا برای اثبات احترام به اتونومی حداکثری بیماران، از قدرت گروه‌هایی مانند پزشکی قانونی به‌عنوان پشتوانه‌ی حقوقی بهره می‌گیرد. بنابراین گفت‌وگو با بیمار بر سر اهداف، تشخیص و روش‌های درمانی ضروری است؛ اما مجبورکردن بیمار به اینکه از بین لیستی از انتخاب‌ها، درباره‌ی روش مورد نظر خود تصمیم‌گیری کند و معرفی پزشک به‌عنوان یک مجری ماهر و مجرب برای تأمین خواست بیمار مشکل‌ساز است.

براساس نظر برخی نظریه‌پردازان این گروه، پترنالیسم، در معنای تلاش برای برانگیختن دیگران به انجام‌دادن کارهایی که به سودشان و ممانعت از انجام‌دادن آنچه به ضررشان است، به لحاظ اخلاقی کاملاً پذیرفتنی است. در این تعریف، اقدامات پزشک با انگیزه یا توجیه سودرسانی به دیگران و تأمین رفاه بیشتر برای آنان انجام می‌گیرد و از ابزار دیگری به جز متقاعدسازی استدلالی استفاده می‌شود. با چنین تعریفی، برخی نظریه‌پردازان ایجاد محدودیت برای انتخاب‌های بیمار را موجه می‌دانند (۱۳).

به اعتقاد نظریه‌پردازانی که توجه بی‌قید و شرط به اتونومی بیماران را سبب مسئولیت‌گریزی پزشکان از وظایف اخلاقی خود می‌دانند، اگرچه فلسفه‌ی اصلی اخلاق پزشکی احساس مسئولیت برای مراقبت از بیماران است، امروزه در عمل، اتونومی در مباحث اخلاق پزشکی به‌عنوان مهم‌ترین اصل در کانون توجه قرار می‌گیرد. این رتبه‌بندی در مراقبت از بیماران در بسیاری از موارد مشکل‌ساز است. باید توجه داشت

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

ظرفیت تصمیم‌گیری یک بیمار در شرایط مختلف روحی و جسمی برای او متفاوت است؛ از این گذشته، این صلاحیت بسته به نوع تصمیمی که باید اتخاذ شود می‌تواند متفاوت باشد. با توجه به اینکه ارزیابی صلاحیت بیمار در شرایط متعدد مذکور برای پزشک امر بسیار دشوار و گاه ناممکن است پزشک باید به‌گونه‌ای رفتار کند که مسئولیت خود برای سودرسانی به بیمار را، در پای احترام به اتونومی او قربانی نکند. به نظر می‌رسد کارکرد صحیح اتونومی بیمار در سایه‌ی احساس مسئولیت پزشک درباره‌ی تأمین بهترین منفعت برای بیمار، دست‌یافتنی است. آنچه مسلم است اینکه برای بیماران نیز بهبودیافتن و بازیابی سلامت جسمی مهم‌ترین هدف است و نگرانی برای محترم شمرده‌شدن استقلال شخصیتی برای آنان در درجه‌ی بعدی اهمیت قرار دارد. در اینجا مسئولیت پزشک برای سودرسانی به بیمار پررنگ‌تر می‌شود. به‌طور خلاصه براساس نظرات این گروه از نظریه‌پردازان، اخلاق پزشکی باید به جای تأکید بیش از حد بر ارزش اتونومی، به سمت تشویق پزشکان برای انجام وظایف اخلاقی خود و تشویق بیماران برای اعتماد به پزشکان به‌عنوان افرادی که برای تأمین بهترین منفعت آن‌ها احساس مسئولیت می‌کنند، حرکت کند (۱۴).

۵. امکان عدم تمایل بیمار به استفاده از حق (یا وظیفه) اعمال اتونومی

در کلینیک حق بیمار برای تصمیم‌گیری درباره‌ی درمان، بالانس قدرت در رابطه‌ی پزشک و بیمار را به نفع بیمار تغییر داده و بیمار را به شکلی جدی‌تر در ترسیم نقشه‌ی درمان درگیر می‌کند. تصمیم‌گیری مشترک، امروزه به یک نُرم در دنیای پزشکی و ضرورتی برای احترام به حقوق فردی تبدیل شده است. با وجود این، مطالعات متعدد نشان می‌دهند در برخی شرایط خاص، بیماران علاقه‌مند به عدم استفاده از حق اتونومی خود و واگذاری مسئولیت تصمیم‌گیری به پزشکان هستند؛ برای مثال می‌توان به مراقبت‌های پایان حیات اشاره کرد. براساس مطالعاتی که در اروپا و شمال آمریکا انجام گرفته، بسیاری از بیماران یا خانواده‌های آنان تمایل ندارند مسئولیت تصمیم‌گیری درباره‌ی این مراقبت‌ها بر عهده‌ی آنان گذاشته شود. مطالعه‌ای در دانشگاه مینسوتا نشان می‌دهد خانواده‌ها از اینکه با تصمیم‌گیری برای بیمارانشان، زمینه را برای وقوع مرگ آن‌ها ایجاد کنند اجتناب می‌کنند. در چنین شرایطی اخلاقی‌بودن تقاضای استفاده از حق اتونومی به دلیل ازبین‌بردن آرامش و ایجاد استرس در خانواده‌ها، محل تردید است. به‌طور خلاصه در زمان قریب‌الوقوع‌بودن مرگ سایر اصول اخلاقی مانند سودرسانی و ضررنرساندن و عدالت، نسبت به اتونومی نقشی برجسته‌تر پیدا می‌کنند (۲).

از مطالعات دیگری که به‌منظور ارزیابی ترجیحات بیماران در اعمال حق اتونومی خود در دو زمینه‌ی مشخص دریافت اطلاعات و مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها انجام گرفته، می‌توان دریافت اکثر بیماران تمایل دارند تصمیم‌گیری‌های درمانی توسط پزشک آن‌ها انجام بگیرد؛ درحالی‌که خواستار دریافت همه‌ی اطلاعات مرتبط با بیماری خود هستند. نتایج این مطالعات نشان می‌دهد هر چقدر شدت بیماری و اهمیت روش درمانی که برای انجام آن تصمیم‌گیری می‌شود بیشتر باشد، تمایل بیماران به واگذارکردن تصمیم‌گیری به پزشکان بیشتر می‌شود. همچنین بیماران مسن‌تر در هر دو زمینه‌ی دریافت اطلاعات و مشارکت در تصمیم‌گیری، نسبت به بیماران جوان‌تر نقشی انفعالی‌تر دارند (۱۵و۱۶).

در مطالعه‌ای دیگر، علاوه بر سنجش میزان تمایل بیماران برای دریافت اطلاعات و مشارکت در تصمیم‌گیری، تصور پزشکان از میزان تمایل بیماران برای شرکت در این دو مقوله با مقدار واقعی آن مقایسه شده است. نتایج این مطالعه ضمن تأیید نتیجه‌ی مطالعات فوق، مبنی بر تمایل بیشتر بیماران برای دریافت اطلاعات و بی‌تمایلی آن‌ها به مداخله‌ی مستقیم در تصمیم‌گیری‌ها، نمایانگر وجود اختلاف بین میزان تمایل بیماران برای استفاده از حق اتونومی خود در دو مقوله‌ی

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

یادشده با تصور پزشکان در این باره بود. به‌طوری‌که اکثر پزشکان شرکت‌کننده در این مطالعه تخمین پایین‌تری از میزان تمایل بیماران برای دریافت اطلاعات داشتند؛ درحالی‌که تخمین آن‌ها از میزان تمایل بیماران برای مشارکت در تصمیم‌گیری، بالاتر از مقدار واقعی بود (۱۷).

نتیجه‌گیری

در طول قرن بیستم تصمیم‌گیری‌های پزشکی، از شکل پترنالیستی به‌صورت احترام به اتونومی بیمار تغییر پیدا کرد. در این بازه‌ی زمانی اعتماد بی‌قید و شرط بیمار به پزشک، جای خود را به لزوم احترام به حق بیمار برای تصمیم‌گیری درباره‌ی خود و اعتقاد به نقش محوری پزشک در تأمین بهترین مصلحت برای بیمار، جای خود را به مسئول‌انگاری بیمار در قبال تأمین سلامت خود داد.

همزمان با این حرکت پرشتاب در جهت نفی پترنالیسم و توجه به اتونومی بیماران، سؤالی که مطرح می‌شود این است که دامنه‌ی تأثیر اصل اخلاقی احترام به اتونومی بیمار تا کجا منطقی به نظر می‌رسد؟ آیا احترام به این اصل حتی اگر به قیمت به‌خطرافتادن سلامتی بیمار تمام شود باز هم لازم است؟ به‌طور خلاصه می‌توان گفت در احترام مطلق به حق اتونومی بیمار، اگر یک فرد بالغ و واجد ظرفیت تصمیم‌گیری، پس از دریافت اطلاعات لازم به انجام مداخله‌ای رضایت نمی‌دهد، انجام‌دادن آن مخادله مجاز نیست؛ حتی اگر آن مداخله بر سلامتی بیمار تأثیری مهم داشته باشد و متخصصان امر به شدت بر لزوم انجام‌دادن آن تأکید کنند و علاوه بر خود بیمار، سایر افراد هم از انجام‌دادن آن مداخله سود ببرند؛ البته همه‌ی این‌ها در صورتی است که مداخله‌نکردن خطری را متوجه شخص سومی نکند، انجام‌دادن آن مجاز نیست.

در مقابل، گروهی از نظریه‌پردازان بر این باورند که چنین تفسیری از اتونومی بیمار می‌تواند به دلیل مغایرت با اصل سودرسانی نتایج نامطلوبی به بار آورد. این گروه بر ضرورت محدودکردن دامنه‌ی اعمال اتونومی بیماران تا جایی که طبق قضاوت حرفه‌ای پزشک با تأمین بهترین منفعت برای آن‌ها مغایرت نداشته باشد، تأکید می‌کنند.

نکته‌ی درخور توجه اینکه در کنار دو رویکرد شرح‌داده‌شده که در مسأله‌ی محدوده‌ی منطقی توجه به اتونومی بیماران، قائل به نگاه حداکثری و حداقلی به نقش بیمار هستند، می‌توان رویکرد سومی را نیز در نظر گرفت که در آن قلمرو اتونومی بیمار، با توجه به شرایط پیرامونی او مانند وضعیت جسمی و قابلیت‌های ذهنی‌اش و نیز اهمیت موضوع تصمیم‌گیری تعیین می‌شود. در این رویکرد طیف گسترده‌ای از اَشکال تصمیم‌گیری بسته به موقعیت‌های مختلف تعریف می‌شود. در ادامه به معرفی یک مدل پنج مرحله‌ای برای تصمیم‌گیری‌های طبی می‌پردازیم که در آن چنان‌که توضیح داده شد میزان مشارکت پزشک و بیمار در تصمیم‌گیری، تابعی از شرایط جسمی بیمار و اهمیت تصمیمی است که باید اتخاذ کند:

الف. تصمیم‌گیری با محوریت نقش بیمار (نزدیک به اتونومی مطلق)

پزشک تمام انتخاب‌های مناسب را برای بیمار توضیح می‌دهد و دانش خود را در اختیار او قرار می‌دهد؛ ولی توصیه‌ای برای بیمار ندارد؛ بنابراین بیمار تصمیم‌گیری می‌کند (۱۸). به‌عنوان نمونه زمانی‌که به لحاظ پزشکی، چند گزینه برای بیمار مطرح باشد که نتیجه‌ی آن‌ها از نظر پزشک معالج تفاوتی چشمگیر یا تفاوتی پیش‌بینی‌شدنی با هم نداشته باشند، مثل انتخاب یکی از دو روش شیمی‌درمانی و رادیوتراپی برای بیمار ترمینال مبتلا به کانسر، می‌توان تصمیم‌گیری را به بیمار واگذار کرد. این روش، نمونه‌ای از تصمیم‌گیری با محوریت نقش بیمار یا نزدیک به اتونومی مطلق است.

ب. تصمیم‌گیری با کمک توصیه‌ی پزشک

پزشک تمام انتخاب‌های ممکن را برای بیمار توضیح می‌دهد و یکی از آن‌ها را به بیمار توصیه می‌کند. این توصیه باید با درنظرگرفتن دیدگاه و ارزش‌های بیمار، و نه خود

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

پزشک ارائه شود. این پروسه زمان‌گیر است و به مهارت‌های ارتباطی نیاز دارد (۱۸)؛ به‌عنوان مثال می‌توان به تصمیمات معمول پزشکی مانند توصیه‌ی رژیم غذایی مناسب و انجام‌دادن آزمایشات لازم برای فردی که زمینه‌ی ابتلا به دیابت را دارد، اشاره کرد. در نمونه‌هایی مانند این، که انجام‌دادن چنین توصیه‌هایی به سود بیمار است، اما انجام‌ندادن آن‌ها نیز به بیمار آسیب جدی وارد نمی‌کند، می‌توان تصمیم‌گیری با توصیه‌ی پزشک را روش تصمیم‌گیری بهتر دانست.

ج. تصمیم‌گیری براساس تساوی نقش پزشک و بیمار

پزشک و بیمار برای رسیدن به یک توافق دوطرفه تلاش می‌کنند. این پروسه نیازمند یک رابطه‌ی طولانی‌مدت بین پزشک و بیمار و درک متقابل ارزش‌ها و دیدگاه‌های آن‌هاست. فهم و احترام متقابل در اینجا اصل است (۱۸)؛ برای مثال در مواردی که تصمیمی، هم به لحاظ طبی اهمیت دارد (منفعتی جدی را برای بیمار جلب یا ضرر مهمی را از او دفع می‌کند) و هم انتخاب یک گزینه، بار ارزشی چشمگیری برای بیمار به همراه دارد، لازم است پزشک و بیمار در رابطه با روش انتخابی، مذاکره و توافق کنند. در چنین موقعیتی، این روش که تصمیم‌گیری براساس تساوی نقش پزشک و بیمار است به‌عنوان روش برتر مطرح می‌شود؛ به‌عنوان نمونه، تصمیم‌گیری در خصوص انجام پیوند مغز استخوان برای کودکی که مبتلا به تالاسمی است، با توجه به پیچیدگی‌ها و لزوم همراهی و همکاری خانواده در روند درمان و قبول الزامات آن مستلزم چنین شکلی از تصمیم‌گیری است.

د. تصمیم‌گیری پزشک در صورت عدم مخالفت آگاهانه‌ی بیمار

پزشک در صورت عدم مخالفت آگاهانه‌ی بیمار و براساس ارزش‌های او ضمن ارائه‌ی کامل اطلاعات درباره‌ی بهترین روش درمانی به بیمار تصمیم می‌گیرد. همچنین ممکن است بیمار اظهارنظر نکند و در این صورت پزشک اجازه دارد براساس تصمیم خود رفتار کند؛ البته هرگاه بیمار، در هر مرحله‌ی درمان مخالفت خود را با تصمیم پزشک اعلام کند، پزشک باید به خواسته‌ی او توجه کند (۱۸). مثال مناسب برای این وضعیت می‌تواند مواقعی باشد که بیمار در وضعیت اورژانس است یا به شکل آگاهانه، عدم تمایل خود را برای مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها ابراز کرده است. در اینجا در صورت عدم مخالفت آگاهانه‌ی بیمار، تصمیم گیری با پزشک خواهد بود.

ه. تصمیم‌گیری با محوریت نقش پزشک

پزشک می‌تواند درباره‌ی تصمیماتی که بار ارزشی ندارند (مثل اینکه چه سایزی از اندوتراکئال تیوب را استفاده کند) به‌طور مستقل عمل کند. در این مواقع، پزشک باید دقت کند در برخی تصمیم‌گیری‌ها که به ظاهر بار ارزشی ندارند، ممکن است بیمار ترجیحاتی داشته باشد؛ بنابراین باید در صورت امکان او را در تصمیم‌گیری شرکت داد؛ برای مثال می‌توان به موقعیت کودکی اشاره کرد که دوست دارد IV Line به دست راست او باشد، چون عادت دارد با دست چپ دست مادرش را بگیرد (۱۸).

در نهایت زمانی که انتخاب یکی از گزینه‌های موجود به لحاظ طبی برای بیمار ارزش حیاتی دارد و این انتخاب در تقابل با ارزش‌های بیمار نباشد، روش تصمیم‌گیری با محوریت نقش پزشک صحیح‌تر به نظر می‌رسد؛ به‌عنوان مثال، در شرایط اورژانس حیاتی که درمان‌نکردن بیمار به قیمت جان او تمام می‌شود یا نجات بیماری که خودکشی کرده است با وجود مخالفت بیمار، باز هم باید همه‌ی اقدامات لازم طبق صلاحدید پزشک انجام گیرد.

از آنچه گفته شد می‌توان نتیجه گرفت که با توجه به ترجیحات متفاوت بیماران و نیز متفاوت‌بودن نوع تصمیماتی که باید اتخاذ شوند، لازم است پزشکان در تصمیم‌گیری‌های خود از روش‌های مختلفی استفاده کنند؛ به بیان دیگر، معتبردانستن طیفی از روش‌های تصمیم‌گیری که در آن میزان

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

نقش پزشک و بیمار براساس موقعیت و نوع تصمیمی که باید اتخاذ شود تعیین می‌شود، در مقابل انتخاب پترنالیسم یا حاکمیت اتونومی مطلق بیماران در زمان تصمیم‌گیری، به لحاظ علمی و عملی پذیرفتنی‌تر و مقبول‌تر به نظر می‌رسد.

پزشک باید ضمن درنظرگرفتن شرایط طبی بیمار، از طریق تقویت مهارت‌های ارتباطی ازجمله مهارت مربوط به گوش‌دادن فعال به شرح حال او دریابد که بهترین منفعت برای هر بیمار در کدام نقطه از طیف تصمیم‌گیری مشترک (SDM) حاصل می‌شود. هدف نهایی این است که نه پزشک بیش از مقدار لازم، کنترل را در دست بگیرد و نه بیمار خارج از توان و ظرفیت خود مجبور به تصمیم‌گیری باشد (۱۸). تصمیم‌گیری مشترک از یک‌سو اتونومی بیمار را به رسمیت می‌شمارد و از سوی دیگر از رهاشدن بیمار در اتخاذ روش درمانی مناسب جلوگیری می‌کند. به کمک این روش، اتونومی بیمار از یک‌سو و سودرسانی حرفه‌ای به بیمار از سوی دیگر تأمین می‌شود (۱۹).

کلام آخر اینکه باید مراقب بود منافع واقعی و مهم بیمار به واسطه‌ی اِشراف‌نداشتن وی بر شرایط و بی‌مسئولیتی پزشک در پیش اتونومی او قربانی نشود.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

منابع

1- Levy N. Forced to be free? Increasing patient autonomy by constraining it. J Med Ethics. 2014; 40: 293-300

2- Garrett J, Lantos J. Patient autonomy and the twenty-first century physician. The Hasting center report. 2011; 41(5): 3.

3- Christman J. Autonomy in Moral and Political Philosophy. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. (Winter 2017 Edition). https://plato.stanford.edu /archives/ win2017/ entries/autonomy-moral (accessed on: 2017).

4- Beauchamp B, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. Oxford: Oxford University Press; 2013.

5- Schneider EC. The Practice of Autonomy: Patients, doctors, and medical decisions. Oxford: Oxford University Press; 1998

6- Schulman BA. Active patient orientation and outcomes in hypertensive treatment: Application of a socio-organizational perspective. Med Care. 1979; 17(3): 267-280.

7- Greenfield S, Kaplan S, Ware JE . Expanding patient involvement in care: Effects on patient outcomes. Annual Internal Medicine. 1985; 102(4): 520-528.

8- Pellegrino DE. For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care. Oxford: Oxford University Press; 1988.

9- Gauthier CC. The virtue of moral responsibility and the obligations of patients. J Med Philos. 2005; 30(2): 153-166.

10- Sandman L, Munthe C. Shared decision-making and patient autonomy. Theor Med Bioeth. 2009; 30(4): 289-310.

11- Gillett G. The Art of Medicine: Autonomy and Selfish. Perspective. 2008; 7(2): 350-372.

12- Loewy EH. In Defense of Paternalism. Theor Med Bioeth. 2005; 26(6): 445-468.

13- Scoccia D. In defense of Hard Paternalism. Law and Philosophy. 2008; 27: 351-381.

14- Tauber A. Autonomy Gone Mad. Philosophy in the Contemporary World. 2003; 10(1):75-80.

15- Ende J, Kazis L, Ash A, Moskowitz MA. Measuring patients' desire for autonomy, Decision making and information-seeking preferences among medical patients. J Gen Intern Med. 1989; 4(1): 23–30.

16- Vertinsky IB, Thompson WA, Uyeno D. Measuring consumer desire for participation in clinical decision-making. Health Serv Res. 1974; 9: 121–134.

17- Strull WM, Lo B, Charles G. Do patients want to participate in medical decision making?. JAMA. 1984; 252(21): 2990-2994.

18- Gessert CE. The problem with autonomy. Minn Med. 2008; 91(4): 40-42.

19- Kon AA. The shared decision-making continuum. JAMA; 2010; 304(8): 903-904.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

The Domain of Autonomy, Limitations and Solutions

Neda Yavari*[1], Alireza Parsapoor[2]

[1]*PhD Candidate, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
[2]*Assistant Professor, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

Abstract
Increasing attention to individual liberties in last decades, has led to considering respect to patients autonomy and involvement in making medical decisions as a critical ethical principle. In spite of a general emphasis on the Importance of the mentioned principle, there is a wide controversy about the logical limitations of respect to patients' wishes and preferences in medical decision making. While a significant number of theoreticians believe in necessity of considering rigid limitations for respect to patients' autonomy, others emphasize on respect to patients' absolute and unconditional right of self-determination. This article explains and analyzes each group's main arguments and finally suggests a functional and logical approach to the principle. This method helps avoidance of disadvantages of unconditional respect to patients' preferences while considering autonomy as an important ethical maxim.
Keywords: Limited autonomy, Absolut autonomy, Beneficence, Shared decision making

* ***Corresponding Author****:* Email: aliparsa@tums.ac.ir

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]