

## در مواقع اورژانس، کدامیک تعیین کننده است؟

### اتونومی بیمار یا تصمیم پزشک: بررسی یک نمونه‌ی بالینی

سیدسعید سیدمرتاض<sup>۱</sup>، پروین دلاور<sup>۲</sup>، نفیسه ظفرقندی<sup>۳</sup>، محمدرضا یکتایی<sup>۴</sup>، غلامرضا معارفی<sup>۵</sup>، علی دواتی<sup>۶</sup>، شیوا رفعتی<sup>۷</sup>، سیامک افشین مجد<sup>۸</sup>، احیاء گرشاسبی<sup>۹\*</sup>

تاریخ انتشار: 97/7/21

تاریخ پذیرش: 97/5/1

تاریخ دریافت: 96/11/8

#### مقاله‌ی تحلیل مورد

#### چکیده

مردی ۶۲ ساله با شکایت استفراغ خونی مکرر، ۴۸ ساعت قبل به اورژانس مراجعه کرده است. بیمار بستری و اقدامات لازم انجام شده و در مدت ۲۴ ساعت شش واحد خون دریافت کرده است. بیمار تحت آندوسکوپی قرار گرفته اما تلاش آندوسکوپی برای توقف خونریزی موفق نبوده است. جراح مشاور، بیمار را ویزیت و لاپاراتومی اورژانس را ضروری دانسته است. بیمار هوشیار است و از انجام عمل جراحی امتناع می‌ورزد. وضعیت همودینامیک بیمار پایدار نیست و خونریزی گوارشی ادامه دارد. برای کادر پزشکی و مسئولان بیمارستان این سؤال مطرح است که وظیفه‌ی آنان چیست؟ آیا باید با احترام به انتخاب بیمار، شاهد پیشرفت بیماری و تشدید وخامت حال بیمار باشند؟ آیا می‌توانند با استناد به ممانعت بیمار از انجام اقدامات درمانی، او را از بیمارستان ترخیص نمایند؟ یا اینکه می‌توانند با استفاده از ظرفیت‌ها و حمایت‌های قانونی، اقدامات تشخیصی درمانی صحیح را علی‌رغم مخالفت بیمار انجام دهند؟ در این شرایط چگونه می‌توان اصل اتونومی و اصول سودرسانی و عدم اضرار را به‌طور همزمان رعایت کرد؟ در این مقاله با بررسی این موضوع که از معضله‌های حوزه‌ی اخلاق پزشکی است، درباره‌ی ملاحظات اخلاقی، قانونی و جنبه‌های مرتبط با آن‌ها بحث و بررسی شده است.

**واژگان کلیدی:** اتونومی، اورژانس، رضایت آگاهانه، ظرفیت تصمیم‌گیری.

1. دانشیار جراحی عمومی، عضو گروه اخلاق پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
2. استادیار بیهوشی، عضو گروه اخلاق پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
3. دانشیار زنان، عضو گروه اخلاق پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
4. استادیار عرفان اسلامی، عضو گروه اخلاق پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
5. استادیار کلام اسلامی، عضو گروه اخلاق پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
6. دانشیار پزشکی اجتماعی، عضو گروه اخلاق پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
7. استادیار اطفال، عضو گروه اخلاق پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
8. دانشیار نورولوژی، عضو گروه اخلاق پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
9. دانشیار زنان، عضو گروه اخلاق پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

\* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: تهران، خیابان فلسطین، خیابان ایتالیا، بیمارستان شهیدمصطفی خمینی، معاونت آموزشی، تلفن: 02188969437

Email: [garshasbi@shahed.ac.ir](mailto:garshasbi@shahed.ac.ir)

## مقدمه

خونریزی، مداخله‌ی ناموفق آندوسکوپیک، تعداد واحد خون دریافت‌شده، ادامه‌ی خونریزی و وضعیت همودینامیک، لاپاراتومی اورژانس را برای توقف خونریزی لازم دانسته است. بیمار هوشیاری کامل دارد و علی‌رغم توضیحات پزشک جراح درباره‌ی ضرورت جراحی، با پیشنهاد او مخالف است و به عمل جراحی رضایت نمی‌دهد. به دلیل ادامه‌ی خونریزی گوارشی، شوک هموراژیک قریب‌الوقوع است. ضمن اینکه تأخیر در جراحی، باعث افزایش چشمگیر مورتالیتی خواهد شد.

## اتونومی

اصل اتونومی یکی از اصول چهارگانه‌ی اخلاق پزشکی است که بیوچامپ و چیلدرس در سال ۱۹۸۳ آن را در کنار سه اصل سودمندی، عدم اضرار و عدالت به‌عنوان راهنمایی برای تصمیم‌گیری‌های عملی در اخلاق پزشکی پیشنهاد کردند (۱). در پیوند با اصل اتونومی و مصادیق آن در منابع مختلف، مباحث فراوان و متعددی وجود دارد؛ به‌عنوان مثال جست‌وجوی عبارت *Autonomy and medical ethics* در سایت عمومی گوگل حدود یک میلیون مطلب را نشان می‌دهد و جست‌وجوی همین عبارت در سایت علمی تخصصی Science Direct بیش از سیزده هزار موضوع را در دسترس قرار می‌دهد.

در واژه‌نامه‌های انگلیسی به فارسی، اتونومی به خودمختاری معنی شده است. در کتب فرهنگ لغات پزشکی، تعابیر مختلفی برای اتونومی ذکر شده است که علی‌رغم اختلاف در تعابیر، به لحاظ مفهوم، بین آن‌ها تشابه وجود دارد:

• اتونومی حقی است برای بیمار آگاه که براساس آن می‌تواند درمان پیشنهادی را قبول یا رد نماید (۲).

بسیاری از پزشکان موضوع تقابل اصل اتونومی (خودمختاری و استقلال فردی) با اصول سودرسانی و عدم اضرار را تجربه کرده‌اند. به این معنی که برخی اوقات، بیماران دارای ظرفیت تصمیم‌گیری، علی‌رغم ارائه‌ی اطلاعات کافی از سوی پزشک، با انجام‌دادن کارهای توصیه‌شده از سوی تیم معالج مخالفت می‌کنند و این مسأله به‌ویژه در مواقع اورژانس از اهمیتی فوق‌العاده برخوردار می‌شود. در این مواقع، این سؤال مهم مطرح می‌شود که وظیفه‌ی کادر پزشکی چیست؟ آیا باید با احترام به اصل اتونومی، اقدامات تشخیصی درمانی متوقف شود؟ در این صورت چگونه می‌توان صدمه‌ای را که متوجه بیمار می‌شود توجیه کرد (اصل عدم اضرار)؟ رعایت اصل سودرسانی در این شرایط چگونه ممکن است؟ آیا می‌توان با استناد به ممانعت بیمار از اقداماتی که به نفع اوست، او را پس از اخذ رضایت از بیمارستان ترخیص نمود؟

## معرفی بیمار

مردی ۶۲ ساله با شکایت استفراغ خونی مکرر، ۴۸ ساعت قبل به اورژانس مراجعه کرده است. بیمار سابقه‌ی زخم اثنی‌عشر (اولسرپیتیک) و مصرف داروهای مختلف در این ارتباط را ذکر می‌کند. در معاینه‌ی بدو ورود  $PR=115$ ،  $BP=90/50$ ،  $RR=25$  داشته است. ملتحمه آمیک و مخاطها دهیدراته بوده است. بیمار بستری و اقدامات لازم انجام شده و در ۲۴ ساعت گذشته شش واحد خون دریافت کرده است. در آندوسکوپی زخم بزرگ دیواره‌ی خلفی دئودنوم به همراه رگ خونریزی‌دهنده مشاهده شده و دو نوبت تلاش آندوسکوپیک برای توقف خونریزی موفق نبوده است. بیمار لوله‌ی نازوگاستریک دارد و ترشحات آن همچنان خونی است. برای بیمار مشاوره‌ی جراحی انجام شده و جراح با توجه به علت

چه نتیجه‌ای داشته باشد. با همین نگاه است که در جمع‌بندی طرفداران این دیدگاه آورده‌اند: وقتی یک تصمیم یا انتخاب، مبتنی بر اتونومی فرد خواهد بود که بدون توجه به درست یا نادرست بودن تصمیم از دیدگاه دیگران و پیامدهای خوب یا بد آن، مطابق با خواسته‌ی فرد باشد (۸).

در مقابل این دیدگاه، برخی مؤلفان غربی این نظریه را به چالش کشیده و معتقدند اصل اتونومی در حوزه‌ی پزشکی، صرفاً از ارزش ابزاری برخوردار است (۶)؛ البته به نظر می‌رسد طرفداران هر دو نظریه، در تعریف بنیادین از مفهوم اتونومی اشتراک نظر داشته باشند و اختلافات فقط در تعیین مصادیق رعایت اتونومی، به‌ویژه در اخلاق پزشکی باشد. تعاریف و برداشت‌هایی که بیشتر مؤلفان غربی از مفهوم اصل اتونومی ارائه داده‌اند، با تألیفات اغلب متفکران و محققان داخلی در حوزه‌ی اخلاق پزشکی، متفاوت است. به نظر می‌رسد دلیل این تفاوت در برداشت را باید در اختلاف مبانی عقیدتی جست‌وجو کرد: عقیده‌ای که قائل به خودمختاری انسان است، در مقابل عقیده‌ای که اختیار انسان را در ذیل اراده‌ی خالق انسان و در چارچوب قوانین الهی تعریف می‌کند. از این منظر است که برخی مؤلفان و محققان حوزه‌ی اخلاق پزشکی در داخل کشور از اصل اتونومی، به‌عنوان اصل «احترام به اختیار و استقلال فرد» تعبیر کرده‌اند (۸و۱).

از دیدگاه اسلام، انسان آزاد و مختار است. آزادی موهبتی الهی است که از جانب خداوند به انسان اعطا شده است. امیر حکمت و کلام، حضرت علی(ع)، خطاب به فرزند بزرگوارشان امام حسن مجتبی(ع) می‌فرماید: «بنده‌ی دیگری مباش که خداوند تو را آزاد آفرید» (۹). مهم‌ترین قواعد فقهی که مؤید و مبین آزادی انسان است، «قاعده‌ی سلطنت» و «اصل عدم ولایت» است؛ اما این آزادی مرزها و چارچوب‌هایی دارد. مهم‌ترین قاعده‌ای که مرزهای این آزادی را مشخص می‌کند، قاعده‌ی «لاضرر» است. مستند قاعده‌ی

• اتونومی مفهومی است که بیمار را قادر می‌سازد به‌طور مستقل تصمیم‌گیری نماید (۳).

• اتونومی عبارت است از عملکرد مستقل بدون تأثیر عوامل خارجی (۴).

برخی مؤلفان غربی در تعریف مفهوم اتونومی در اخلاق پزشکی آورده‌اند: اتونومی عبارت است از یک حاکمیت بر خود که فارغ از عوامل کنترلی توسط دیگران و نیز فارغ از محدودیت‌های فردی، که از انتخاب‌های منطقی جلوگیری می‌نمایند، اعمال می‌گردد. عمل افراد دارای اتونومی (خودمختار)، از روی قصد، آگاهی و بدون تأثیرپذیری از عوامل کنترلی انجام می‌شود (۵)؛ اگر انتخاب‌ها، تصمیم‌ها، اعتقادات و تمایلات فرد، تحت تأثیر دیگران یا عوامل خارجی باشد، این فرد خودمختار محسوب نمی‌شود. اتونومی یا خودمختاری، در اخلاق پزشکی غرب یک ارزش محوری به‌شمار می‌رود و برخی از متفکران این حوزه، برای اتونومی بیمار تا زمانی که خطری دیگران را تهدید نکند، محدودیتی قائل نیستند (۶).

در سال‌های اخیر در ارتباط با اهمیت اتونومی بیمار بازنگری‌هایی صورت گرفته است. اگر یک مفهوم محوری در جنبش اخلاق زیستی وجود داشته باشد، آن مفهوم عبارت است از اتونومی. برخی معتقدند تمرکز روی اتونومی، به‌طور مشخص یک پدیده‌ی آمریکایی یا غربی است که از فرهنگ متفاوت آمریکایی نشأت می‌گیرد؛ فرهنگی که نسبت به مکتب اصالت فرد تعصب دارد (۷). عده‌ای از متفکران غربی بر این باورند ارزش اتونومی، بالاتر و فراتر از ارزش ابزاری است؛ ارزشی که از آن به‌عنوان ارزش ذاتی اتونومی یاد می‌کنند. ارزش ذاتی یک پدیده، صرفاً به دلیل خود آن پدیده است؛ درحالی‌که ارزش ابزاری، از استفاده‌ای که از آن پدیده می‌شود، نشأت می‌گیرد (۷و۶). بر مبنای این دیدگاه، اتونومی به‌طور مطلق ارزشمند است، صرف‌نظر از اینکه استفاده از آن،

- موافقت رسمی بیمار با انجام روش جراحی یا طبی، پس از آنکه نسبت به روش پیشنهادی کاملاً توجیه شده و از عوارض و اثرات جانبی احتمالی آن آگاهی کامل یافته باشد (۱۳).

- موافقت شفاهی یا کتبی بیمار با روش درمانی، پس از آنکه جزئیات ریسک‌های احتمالی به او گفته شده باشد (۱۴).  
- موافقت داوطلبانه، قانونی و مستند بیمار، برای انجام یک روش تشخیصی، درمانی یا تحقیقاتی مشخص (۱۵).

و شاید کامل‌ترین تعریف از رضایت آگاهانه در حوزه‌ی اخلاق پزشکی، تعریف زیر باشد:

موافقت آزادانه و ابطال‌پذیر فرد واجد صلاحیت، مبنی بر مشارکت در تصمیم‌گیری درمانی یا تحقیقاتی، به دنبال آگاهی از ماهیت، هدف و پیامدهای آن با اعتقاد بر تأثیر این مشارکت در انتخاب مؤثرترین و مفیدترین روش درمانی (۱۶).

اساس و مبنای رضایت آگاهانه، اصل اتونومی است (۱۷)؛ به عبارت دیگر تجلی و نماد تحقق اصل احترام به اختیار و استقلال بیمار، اخذ رضایت آگاهانه است. رضایت آگاهانه سه رکن اساسی دارد: اول، ارائه‌ی اطلاعات به بیمار با زبان قابل فهم؛ دوم، ظرفیت بیمار برای درک اطلاعات و سوم، تصمیم بیمار برای قبول پیشنهاد تیم معالج. بدیهی است هر یک از این سه رکن ناقص باشد، رضایت آگاهانه به شکل کامل محقق نخواهد شد.

چنانچه علی‌رغم تحقق سه رکن مذکور، تصمیم بیمار بر رد پیشنهاد تیم معالج قرار گیرد، در چنین مواردی از واژه‌ی «امتناع آگاهانه» استفاده می‌شود. امتناع بیمار از درمان، از نتایج منطقی اخذ رضایت از بیمار است و از حقوق بیمار به شمار می‌رود (۱۸).

یک محور از محورهای پنج‌گانه‌ی منشور حقوق بیمار در ایران، به حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه یا همان رضایت

سلطنت، حدیث نبوی «الناس مسلطون علی اموالهم» است. در این حدیث کلمه‌ی اموال، عام بوده و انفس را هم شامل می‌شود؛ یعنی مردم بر مال‌ها و جان‌هایشان سلطه دارند و خود، صاحب اختیار آن هستند (۱).

اصل دیگر فقهی که بیانگر مختاربودن و تسلط انسان بر سرنوشت خویش است، اصل «عدم ولایت» است. براساس این اصل در فقه، هیچ انسانی حق ولایت و سیطره بر انسان دیگر را ندارد؛ مگر اینکه ولایتش با دلیلی اثبات گردد (۱۰).

قاعده‌ی «لاضرر» از قواعد مشهور فقهی است. ضرر یعنی نداشتن و از دست دادن هر یک از مواهب زندگی مانند جان، مال، حیثیت و هر چیز دیگری که از آن بهره‌مند می‌شویم و ضرر به معنی زیان‌رساندن است. لفظ ضرر اطلاق دارد؛ بنابراین ضررهای مالی و جانی و معنوی را شامل می‌شود. همچنین لفظ ضرر، ضرر و زیان به خود را هم در برمی‌گیرد (۱۱). قاعده‌ی لاضرر نه تنها نعمت سلامتی را شامل می‌شود، بلکه تمامی نعم الهی در محدوده‌ی این قاعده‌ی فقهی قرار می‌گیرند.

براساس مبانی دینی، انسان مختار است و این اختیار در مقام انتخاب محدودیتی ندارد؛ اما در مقام عمل به شرع مقدس، قاعده‌ی لاضرر، برای آزادی فرد چارچوب‌ها و مرزهایی را مشخص می‌کند. به عبارت دیگر از دیدگاه اسلام، آزادی انسان تا جایی مجاز است که باعث ضرر رساندن به خود او و نیز زیان‌رساندن به دیگران نشود.

### رضایت آگاهانه

در معنای کلی رضایت آگاهانه آمده است: موافقت با یک موضوع، هنگامی که فرد رضایت‌دهنده به تمامی اطلاعات مرتبط با آن موضوع تسلط داشته باشد (۱۲). در حوزه‌ی اخلاق پزشکی، مفهوم رضایت آگاهانه با تعابیر مختلف اما مشابهی تعریف شده است؛ از جمله:

ظرفیت لازم را برای اتخاذ تصمیم دارند؛ مگر اینکه دلیلی بر عدم وجود این ظرفیت وجود داشته باشد (۲۲).

بیمار مورد بحث، در عین داشتن ظرفیت تصمیم‌گیری، از قبول درمان پیشنهادی امتناع می‌ورزد؛ لذا وجه دیگری که در تصمیم نهایی تیم پزشکی باید در کانون توجه قرار گیرد، حق امتناع آگاهانه‌ی بیمار است. امتناع بیمار از درمان، از نتایج منطقی اخذ رضایت از بیمار است و یکی از حقوق او به شمار می‌رود؛ ولی می‌تواند منجر به آسیب بیمار یا اطرافیان او و نیز خسارت به نظام سلامت شود (۲۳). در صورت امتناع بیمار از درمان، نظر او باید محترم شمرده شده و پذیرفته شود؛ حتی اگر این امتناع، آسیب فیزیکی دائمی یا مرگ بیمار را به دنبال آورد (۲۲ و ۲۳).

در مواقعی که بیمار با انجام درمان مخالفت می‌کند، این سؤال مطرح می‌شود که وظیفه‌ی تیم درمانی چیست؟ آیا می‌توان مخالفت بیمار با درمان را دلیلی برای قطع اقدامات حمایتی دانست؟ آیا می‌توان به دلیل سرپیچی بیمار از انجام درمان، او یا همراهانش را به ترک بیمارستان با رضایت شخصی ترغیب یا مجبور کرد؟

بدیهی است امتناع بیمار از قبول درمان، به لحاظ اخلاقی، توجیهی برای هیچ‌یک از اقدامات پیش‌گفته، به‌ویژه در موارد اورژانس نخواهد بود. برای شرایط بالینی مختلف، به مدل‌های مختلف ارتباطی نیاز است. از اطلاعات اعضای خانواده و مشاوره روان‌پزشکی هم می‌توان کمک گرفت. اما در مواقع اورژانسی، نداشتن زمان کافی، بررسی دقیق دلایل امتناع بیمار از درمان را ناممکن می‌کند. باین‌حال، برای کشف مبنا و اساس امتناع بیمار باید تلاش‌های واقعی انجام شود و پزشک نباید فقط حق بیمار را رد درمان را بپذیرد.

پزشک اورژانس باید تمام اطلاعات مربوط به گزینه‌های مختلف درمان و پیش‌آگهی بیماری را به منظور کمک به بیمار برای درک بهتر موقعیت به او ارائه دهد. اطلاعات باید دقیق و

آگاهانه‌ی بیمار اختصاص دارد. برای اجرای این محور چند بند و دو شرط پیش‌بینی شده است. از جمله بندهای آن، حق انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت، حق قبول یا رد درمان‌های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی آن و حق شرکت‌کردن یا نکردن در پژوهش‌های زیستی است. انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه و آگاهانه‌ی بیمار و دادن زمان لازم و کافی به او برای تصمیم‌گیری از شروط تحقق این محور است.

### بحث و بررسی

شرایطی که در معرفی این بیمار مطرح شده، از نمونه‌های پیچیده‌ی اخلاق پزشکی است و حل آن نیازمند تصمیم صحیح و چندوجهی تیم درمانی است. اولین وجهی که لازم است در کانون توجه قرار گیرد، تعارض بین اصل «احترام به اختیار و آزادی بیمار» با اصول «سودرسانی و عدم ضرررسانی» است. پزشک یا تیم درمانی از یک طرف باید تصمیم بیمار را در قبول یا رد درمان پیشنهادی محترم شمارند و از طرف دیگر موظف‌اند با انجام اقدامات مفید و مؤثر مانع از آسیب‌رسیدن به بیمار شوند.

ابزار مهمی که برای حل این تعارض می‌تواند به کار گرفته شود، استفاده‌ی کامل از ظرفیت تصمیم‌گیری بیمار است. ظرفیت تصمیم‌گیری عبارت است از: توانایی بیمار در استفاده از اطلاعات مرتبط با بیماری و درمان‌های پیشنهادی، برای انتخاب روشی متناسب با ارزش‌ها و اولویت‌های شخصی خود (۱۹).

ظرفیت تصمیم‌گیری را اصل بنیادین رعایت اتونومی یا دروازه‌ی استفاده از اتونومی دانسته‌اند (۱۹ و ۲۰). ظرفیت تصمیم‌گیری از چهار جزء تشکیل شده است: قدرت فهم، قدرت درک به معنای توانایی استفاده از اطلاعات، قدرت استدلال و قدرت انتخاب (۲۱). فرض بر این است که بیماران

عواقب آن، درمان‌های موجود و عوارض احتمالی آن به بیمار، زمان کافی و لازم را اختصاص دهد و پس از آن فرصت کافی به بیمار داده شود تا با آرامش درباره‌ی اطلاعات دریافت‌شده، تصمیم‌گیری نماید.

ج. افزون براین، اگر انجام درمان مناسب فقط در زمان مشخصی امکان‌پذیر است و با گذشت زمان، فرصت درمان مطلوب از دست می‌رود، ضروری است که این وضعیت به‌طور کامل و واضح برای بیمار تشریح شود.

د. مهم‌تر از همه، ضروری است که بین امتناع آگاهانه‌ی بیمار و تمایل‌نداشتن او برای قبول درمان پیشنهادی، تفاوت قائل شد. در صورتی‌که نپذیرفتن درمان توصیه‌شده از سوی بیمار، در حد نارضایتی او باشد، پزشک معالج خصوصاً در مواقع اورژانس می‌تواند درمان لازم را انجام دهد؛ بدون اینکه با مقاومت مهمی از سوی بیمار مواجه شود. ضمن اینکه در قوانین مربوطه نیز به این موضوع اشاره شده است که در مواقع اورژانس پزشک معالج می‌تواند بدون اخذ رضایت از بیمار نسبت به درمان مناسب اقدام نماید. البته واضح است که بین اعلام‌نشدن رضایت با ابراز صریح مخالفت تفاوت وجود دارد؛ لذا در صورتی‌که بیمار با ظرفیت تصمیم‌گیری، از قبول درمان اکیداً امتناع ورزد، انجام درمان اجباری برای بیمار دارای ظرفیت تصمیم‌گیری، حتی در موارد اورژانس جز با دستور مقامات قضایی، ممکن نخواهد بود (۲۳).

#### نتیجه‌گیری

احترام به اختیار و آزادی بیمار، اصل اول اخلاق پزشکی است و رعایت این اصل در شمار وظایف تیم پزشکی است. بر مبنای همین اصل، بیمار اختیار دارد تا نسبت به روش‌های تشخیصی‌درمانی توصیه‌شده از سوی تیم پزشکی اعلام رضایت نماید یا از قبول این روش‌ها امتناع نماید. از سوی دیگر بر مبنای قاعده‌ی لاضرر، بیمار مجاز نیست از پزشک

صحیح باشد. اگر بیمار درمان را رد کند، پزشک باید روش مراقبتی داشته باشد و با روشن‌کردن زمینه‌های امتناع درمان، بیمار را از عواقب احتمالی امتناعش مطلع سازد. پزشک نباید ارزش‌های بیمار را قضاوت کند؛ به‌ویژه وقتی بیمار آن‌ها را به‌روشنی بیان می‌کند.

بیمار باید تشویق شود که درمان را قبول کند و پزشک می‌تواند تلاش کند که بیمار را متقاعد کند؛ اما این تلاش نباید به تحمیل درمان در برابر خواسته‌ی واقعی بیمار منجر شود. گفت‌وگو بین بیمار و پزشک باید شامل حقایق پزشکی و تجربه‌ی پزشک باشد. پزشک باید ضمن روشن‌کردن خواست بیمار و دادن مشاوره‌ی پزشکی به او، توانایی درک و احترام به خواسته‌های بیمار را داشته باشد. همچنین بیمار باید در رد توصیه‌های پزشک آزاد باشد. متأسفانه، این اقدامات نیازمند زمانی چشمگیر است. در حال حاضر، هیچ مجموعه‌ی پذیرفتنی از معیارها و قواعدی که یک راه‌حل «صحیح» را برای مسائلی که تیم اورژانس با آن‌ها مواجه هستند تضمین کند، وجود ندارد.

حل اختلاف بین ارائه‌دهندگان خدمات درمانی که می‌خواهند بهترین مراقبت‌های پزشکی را ارائه دهند و بیمارانی که اهداف و مقاصد خود را بهتر می‌دانند، به اعتماد و ارتباط و مصالحه نیاز دارد. راهکار اصلی کاهش این تضاد، ارتقای رابطه‌ی بیمار و پزشک و ایجاد اعتماد بین آنان است. برای مقابله با این اختلاف ممکن است به مذاکره و مصالحه برای رسیدن به طرحی درمانی که به نفع بیمار است، نیاز باشد. بنابراین در مواجهه با امتناع بیمار، توجه به چند نکته ضروری است:

الف. باید تا حد ممکن تلاش شود تا هرگونه سوءتفاهم احتمالی بین تیم درمانی و بیمار برطرف گردد.

ب. همچنین تیم درمانی باید برای توضیح کامل بیماری،

به نظر می‌رسد در برخورد با تمامی بیمارانی که امتناع آگاهانه دارند، به‌ویژه در مواقع اورژانسی، مناسب‌ترین اقدام آن است که پزشک و تیم درمانی اولاً با صبوری و متانت، اقدامات حمایتی مورد رضایت بیمار را ادامه دهند تا از این طریق هم اعتماد بیشتر وی را جلب نمایند و هم تا حد ممکن وخامت حال او را به تأخیر بیندازند؛ ثانیاً امتناع بیمار را در پرونده‌ی بالینی ثبت و مستند نمایند تا در صورت لزوم بتوان به مراجع ذی‌صلاح ارائه داد. تا زمانی که بیمار ظرفیت تصمیم‌گیری دارد و با عمل جراحی مخالفت می‌کند، پزشک معالج و تیم درمانی مجاز نیستند در انجام عمل جراحی، به زور و اجبار متوسل شوند؛ ولی ضروری است اقدامات حمایتی و درمان‌های مورد توافق بیمار را ادامه دهند و نیز لازم است از هرگونه اقدامی که برای سلامتی او مضر است اجتناب نمایند.

اقدامی را درخواست نماید که به سلامتی او آسیب می‌رساند. همچنین بر مبنای همان قاعده، پزشک نیز مجاز نیست تحت عنوان احترام به اختیار و آزادی بیمار، به درخواست‌های مضر برای سلامتی بیمار پاسخ مثبت دهد. در پیوند با نمونه‌ی بالینی مطرح‌شده، بیمار می‌تواند از قبول درمان پیشنهادی پزشک که عمل جراحی اورژانس است، امتناع ورزد؛ اما باید مسئولیت تصمیم خود را بر عهده گیرد و تبعات آن را بپذیرد. همچنین به دلیل اینکه امتناع او از درمان، خطر جانی به همراه خواهد داشت، باید آگاه باشد که از دیدگاه دینی، با اجرای این تصمیم مرتکب عمل خلاف شرع خواهد شد.

- 1- Larijani B. The Physician and Ethical Considerations. Tehran: Baraye Farda; 2004, P. 76. [in Persian]
- 2- R wave. Farlex Partner Medical Dictionary. <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/R+wave> (accessed on: 2018).
- 3- Anonymous. Dorland's Medical Dictionary for Healthcare Consumers. Philadelphia: Saunders; 2007.
- 4- Anonymous. Mosby's Medical Dictionary. 9th ed. St. Louis: Mosby Elsevier; 2013.
- 5- Varelius J. The value of autonomy in medical ethics. J Med Health Care Philos. 2006; 9(3): 377-388.
- 6- Baumgarten E. The Concept of Patient Autonomy, Part 1. <http://www-personal.umich.edu/~elias/Courses/442/autonomy.pdf>(accessed on: 2018).
- 7- Larijani B, Motevaseli E. New methods of medical ethics education. IJDL. 2005; 4:39-46. [in Persian]
- 8- Safai S, Abbasi M. Survey on the Status of Bioethics' Four Principles in Jurisprudence and Islamic Law. Bioethics Journal. 2012; 1(2): 11-40. [in Persian]
- 9- Sharif al-Razi Mohammad ibn Hussein. [Nahj al-Balaghah], 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Ghadr velayt; 2007, p. 517. [in Persian]
- 10- Anonymous. Saunders comprehensive veterinary dictionary, 3ed. <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/pericecal> (accessed on:2018).
- 11- Anonymous. Collins dictionary of medicine. <http://medicaldictionary.thefreedictionary.com/galstones> (accessed on:2018).
- 12- Anonymous. Mosby's Dental Dictionary, 2nd ed. <http://medicaldictionary.thefreedictionary.com/optimistic>(accessed on: 2018).
- 13- Anonymous. McGraw-Hill concise dictionary of modern medicine. S.v. "Celexa." <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Celexa> (accessed on:2018).
- 14- Ghaderi A, Malek F. Principles of informed consent in medicine. Tehran: koomesh. 2014; 15 (2):133-137. [in Persian]
- 15- Miller BF. Miller-Keane encyclopedia and dictionary of medicine, nursing, and allied health, 7th ed. Philadelphia: Saunders; 2003.
- 16- Madani M, Madani E. Theoretical foundations of treatment refusal: ethical, philosophical and jurisprudential aspects. Medical Ethics and History of Medicine. 2013; 6(5):12-23. [in Persian]
- 17- Karlawish J. Assessment of decision-making capacity in adults. <https://www.uptodate.com/contents/assessment-of-decision-making-capacity-in-adults> (accessed on: 2017).
- 18- Larijani B. The physician and ethical considerations, Volume I. Tehran: Baraye Farda; 2014, p246. [in Persian]
- 19- Charland LC. Decision-Making Capacity. The stanford sncyclopedia of philosophy. <https://plato.stanford.edu/archives/fall2015/entries/decision-capacity/>(accessed on: 2017).
- 20- Charland LC. Decision-Making Capacity. The stanford encyclopedia of philosophy. <https://plato.stanford.edu/archives/fall2015/entries/decision-capacity/>(accessed on: 2017).
- 21- Anonymous. The practice guide: medical professionalism and college policies. 2015, P. 4-10. <http://www.cpso.on.ca/Policies-Publications/Policy/Consent-to-Medical-Treatment> (accessed on: 2017).
- 22- Madani M, Madani E. Ethical and practical considerations on refusal of medical treatment. Medical Ethics and History of Medicine. 2014; 7(4):13-23. [in Persian]
- 23- Cooper S. Taking no for an answer-refusal of life-sustaining treatment. Virtual mentor. 2010; 12(6):444-449.

## Which Is The Most Determinative In Emergency Cases? Patient Autonomy or Physician's Decision: A Clinical Case-Study

Seyed Saied Seyed Mortaz<sup>1</sup>, Parvin Delavar<sup>2</sup>, Nafiseh Zafarghandi<sup>3</sup>, Mohammad Reza Yektaei<sup>4</sup>,  
Qolamreza Moarefi<sup>5</sup>, Ali Davati<sup>6</sup>, Shiva Rafati<sup>7</sup>, Siamak Afshin Majd<sup>8</sup>, Ahia Garshasbi<sup>\*9</sup>

<sup>1</sup>Associate Professor of Surgery, Medical Ethics Department, School of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran.

<sup>2</sup>Assistant Professor of Anesthesiology, Medical Ethics Department, School of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran.

<sup>3</sup>Associate Professor of Obstetrics and Gynecology, Medical Ethics Department, School of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran.

<sup>4</sup>Assistant Professor of Islamic Mysticism, Medical Ethics Department, School of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran.

<sup>5</sup>Assistant Professor of Islamic Theology, Medical Ethics Department, School of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran.

<sup>6</sup>Associate Professor of Social Medicine, Medical Ethics Department, School of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran.

<sup>7</sup>Assistant Professor of Pediatrics, Medical Ethics Department, School of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran.

<sup>8</sup>Associate Professor of Neurology, Medical Ethics Department, School of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran.

<sup>9</sup>Associate Professor of Obstetrics and Gynecology, Medical Ethics Department, School of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran.

### Abstract

A 62-year-old man referred to the emergency department 48 hours ago with chief complaint of repeated bloody vomiting. The patient is admitted and the necessary measures are taken. Within 24 hours, he received 6 units of blood. The patient has undergone endoscopy, but endoscopic endorsement has failed to stop the bleeding. The surgeon consulted and visited the patient. He considered urgent emergency laparotomy. The patient is alert and refuses surgery. The hemodynamic status of the patient is not stable and gastrointestinal bleeding continues. These questions are posed to medical staff and hospital managers: "What is our duty"? "Should we respect the choice of the patient and witness the progress of the disease and deterioration of the patient's condition"? "Can he be discharged from the hospital on the basis of the patient's refusal to take medical treatment"? "Can we take appropriate diagnostic and therapeutic measures with the use of legal capacity and support despite patient's opposition? "How can one regard autonomy, beneficence, and nonmaleficence at the same time, in this situation "? In this study, which is one of the problems of medical ethics, the ethical, legal, and health aspects of the presented patient are discussed.

**Keywords:** Autonomy, Emergency, Informed consent, Decision-Making capacity.

\* Corresponding Author: Email: [garshasbi@shahed.ac.ir](mailto:garshasbi@shahed.ac.ir)