

جایگاه بیمار در تصمیم‌گیری‌های پزشکی

صحرا پورابهری لنگرودی^۱

سید محمد اسدی نژاد

چکیده

بسیاری از بیماران در روند اقدامات پزشکی مداخله نمی‌کنند؛ دلیل این رفتار ذهنیت اشتباهی است که مردم از تابعیت صرف بیمار از پزشک دارند؛ با علم به حق انتخاب ترجیح می‌دهند از نظر پزشک به عنوان یک عالم مطلق تبعیت نمایند و تعداد بسیار زیادی از بیماران هم از حق تصمیم‌گیری خود بی‌اطلاع هستند. از نگاه این تحقیق در مرحله تشخیص بیماری، تصمیم درخصوص انجام مقدمات اعم از آزمایشات و معاینات مختلف را باید حق بیمار دانست و در مرحله درمان هم حاکمیت اراده بیمار به عنوان یکی از طرفین رابطه قراردادی لازم به نظر می‌رسد. بیمار بر مبنای کرامت انسانی که ذاتی اوست دارای حقوقی غیرقابل سلب می‌باشد که حق تعیین سرنوشت از جمله این حقوق است و از آنجا که به عنوان یک انسان مسلط بر نفس خویش است دخالت پزشک برای درمان نیاز به اذن او دارد و اذن بیمار همان اعلام رضایت یا اخذ نظر او در تصمیم‌گیری‌های پزشکی می‌باشد.

واژگان کلیدی

حقوق بیمار، حق تصمیم‌گیری، کرامت انسانی، خودمختاری، حق تعیین

سرنوشت.

۱- کارشناس ارشد حقوق خصوصی (نویسنده مسؤول)

Email: sahralangroudi@yahoo.com

مقدمه

فرآیند تصمیم‌گیری یک عمل ذهنی است که به عنوان یک مهارت به آن نگریسته می‌شود. مهارت تصمیم‌گیری که به دنبال وجود مسأله‌ای لازم می‌آید؛ نیازمند گذراندن مراحل است که شامل شناخت مشکل و وضعیت موجود؛ یافتن راه‌حل‌های متفاوت برای حل آن؛ ارزیابی آن‌ها و بالاخره انتخاب می‌باشند. پس از ایجاد مسأله، ذهن آدمی با تک‌تک این گذرگاه‌ها روبه‌رو می‌شود. ذهن خلاق قبل از قضاوت کردن به سنجیدن می‌پردازد و مراحل را یکی پس از دیگری می‌پیماید تا به سر منزل مقصود که انتخاب است، می‌رسد.

(۱) مفهوم تصمیم‌گیری توسط بیمار

ابتدایی‌ترین مسأله در بررسی یک مفهوم، تعریف و حوزه قرارگیری آن مفهوم در فرهنگ و تمدن یک جامعه می‌باشد. کلمه تصمیم را دکتر محمد معین اراده کردن و آهنگ انجام کاری کردن، معنی نموده است. همان کلمه‌ای که مرحوم دهخدا پیش از این در لغت‌نامه خود، آن را یک کلمه تازی، معرفی نموده و در فارسی امروز به معنی اراده، عزم و قصد که با مصادر داشتن و گرفتن استعمال می‌شود.

تصمیم گرفتن یعنی مدیریت کردن بر اوضاع و احوالی که وجود دارد یا ممکن است ایجاد گردد. بدین شکل که فرد، جهت اتخاذ یک تصمیم می‌بایست نتایج احتمالی آن را به طور ضمنی بررسی نماید، نتایجی که پس از انجام تصمیم حاصل خواهد شد را پیش‌بینی نموده و به دنبال مقایسه آن‌ها به انتخاب بهترین بپردازد؛ البته با لحاظ این فاکتور که بهترین بودن، امری نسبی است. بنابراین تصمیم یک عمل ذهنی است برای فردی که از میان چند گزینه موجود یکی را

انتخاب می‌کند و تردید را کنار می‌گذارد.

۲) نقش اصل حاکمیت اراده در تصمیم‌گیری

برخی حقوق‌دانان در بحث تحلیل روانی اراده به مراحل می‌پردازند که از لحاظ ذهنی منجر به تصمیم فرد می‌شود: «مرحله درک یا تصور»^۱ نخستین گام تصمیم و سنگ زیرین بنای کار ارادی است... مرحله تدبیر^۲ یا اندیشیدن... سنجش سود و زیان کارها و اندیشیدن درباره‌ی نتایج اقتصادی و اخلاقی آن‌ها... و سرانجام به مرحله تصمیم^۳ می‌رسد... این چگونگی نفس را حکیمان اراده می‌خوانند و آنچه را که باعث کشش ذهن به سوی این انتخاب نهایی شده، حقوق‌دانان جهت می‌نامند...» (کاتوزیان، ۱۳۶۴، ص ۲۲۱). عبارت عربی تصمیم که معادل فارسی آن اراده کردن است؛ مبنای اصلی به نام حاکمیت اراده محسوب می‌شود و در متون فقهی تحت عنوان قاعده فقهی «العقود تابعه للقصود» مطرح گردیده است.

به نظر برخی دیگر برای اراده یا خواستن دو حالت جداگانه درونی، شناخته می‌شود؛ یکی رضا و دیگری قصد که از آن به قصد انشا تعبیر شده است. (بند ۱ ماده ۱۹۰ ق.م) اراده گاهی به معنی قصد و رضا با هم به کار می‌رود و زمانی فقط به قصد انشا اطلاق می‌شود... منظور از اراده که حاکمیت آن به عنوان اصل مورد بررسی قرار دارد، اراده انشایی یعنی قصد انشا است (شهیدی، ۱۳۸۶، ص ۵۵). سؤالی که این‌جا مطرح می‌شود آن است که آیا حاکمیت اراده همان نقشی را در اعمال حقوقی دارد که در اعمال مادی دارد؟ برخی معتقدند که اراده در اعمال حقوقی که اعتباری هستند به خودی خود نمی‌تواند حاکم و مؤثر باشد. بدون حمایت قانون برای اراده انسان، هیچ‌گونه نفوذ و حاکمیتی در اعمال حقوقی نمی‌توان

شناخت. هنگامی که دو نفر با هم قراردادی منعقد می‌کنند (با رعایت شرایط قانونی) قانون این قرارداد را محترم می‌شمارد و از آن حمایت می‌کند و هرگاه متعهد از اجرای تعهد قراردادی خویش سرپیچی کند به درخواست ذی‌نفع او را به انجام تعهد وادار می‌سازد. در صورتی که ارادهٔ انسان در اعمال مادی به تنهایی می‌تواند نافذ باشد (شهیدی، ۱۳۸۶، ص ۵۷). در حقوق پزشکی نیز برای حاکمیت ارادهٔ بیمار در تصمیمات پزشکی نیاز به حمایت قانونی داریم؛ چرا که اراده به تنهایی در این امور نمی‌تواند مؤثر باشد و بدون حمایت قانون، نفوذ و حاکمیت برای آن (اراده یا تصمیم) متصور نیست.

۳) تصمیم در مرحلهٔ تشخیص

دکتر اسامه قائد این تعریف را برای تشخیص ارائه داده است: بررسی و تحقیق در مورد نوع بیماری که بیمار از آن رنج می‌برد. این تحقیق را پزشک عمومی یا متخصص انجام می‌دهد. این تعریف به دو امر اشاره دارد: امر نخست، مرحلهٔ تشخیص مبتنی بر بررسی و تحقیق در مورد وجود بیماری است به طوری که معاینه‌هایی که نزد پزشک می‌باشند، بر وجود بیماری تأکید نمایند (آل‌شیخ مبارک، ۱۳۸۹، ص ۵۳).

در تشخیص یک بیماری که به مراتب مهم‌تر از درمان است، به طور معمول، پزشکان به دو شکل برخورد می‌نمایند که می‌توان آن‌ها را به صورت‌های زیر از هم تفکیک نمود:

۱) پزشکی که پس از شنیدن علائم بیماری با انجام یک معاینهٔ معمول (مانند گرفتن فشار و نبض) شروع به نوشتن نسخه نماید؛ یعنی تشخیص، بسیار سریع صورت پذیرفته است.

۲) پزشکی که پس از شنیدن علائم بیماری با پرس‌وجوی لازم در خصوص

سوابق بیمار؛ برای تشخیص درست آن و اطمینان از نظریه تشخیصی خود؛ انجام مراحل هم‌چون، آزمایش، عکس و نوار را به بیمار پیشنهاد می‌نماید. سؤالی که مطرح می‌شود این است: آیا در صورت اول بیمار در تشخیص پزشک نقشی داشته یا نه؟ و در صورت دوم چه نقشی بیمار در تشخیص بیماری می‌تواند ایفا نماید؟ و آیا پذیرش یا عدم پذیرش انجام آزمایشات لازم را می‌توان نقش بیمار در تصمیمات پزشکی در مرحله تشخیص قلمداد نمود؟

حق بیماران و نقش آن‌ها در تصمیم‌گیری‌های پزشکی در همه بیانیه‌های قانونی و اخلاقی در سرتاسر جهان محترم شمرده شده است. در بیانیه انجمن جهانی پزشکی^۴ در این مورد 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 یا درمانی را دارد. بیمار حق دارد اطلاعات مورد نیاز را برای تصمیم‌گیری‌اش در اختیار داشته باشد. بیمار باید به طور واضح بداند که هدف از هر آزمایش یا درمان چیست، چه نتایج را در پی خواهند داشت، و نتایج خودداری از دادن رضایت چیست (جان رنلد، ۲۰۰۹، ۴۸).

به نظر می‌رسد که، فرآیند تشخیص مانند انجام درمان بر عهده پزشک نهاده شده است اما تصمیم در خصوص انجام مقدمات جهت تشخیص را می‌توان حق بیمار دانست، هم اوست که می‌تواند در صورتی که صلاحیت لازم را دارا باشد تصمیم بگیرد که آیا می‌خواهد این فرآیند تشخیصی را بپذیرد یا خیر؟ آیا می‌خواهد تحت نظر پزشکان آزمایشات لازم جهت تشخیص بیماری را بپذیرد یا خیر؟

۴) تصمیم در قرارداد درمان

منظور از قرارداد درمان، قراردادی است شفاهی یا نوشتاری که براساس آن، پزشک یا مرکز درمانی یا بیمار توافق می‌کنند که در مدت معین یا در مدت لازم؛ و در ازای دریافت مبلغ معین به تشخیص بیماری یا درمان وی مبادرت ورزند (محقق داماد، ۱۳۸۹، ص ۱۲۵). برای قرارداد درمان سه ویژگی ذکر شده است: ۱) قرارداد درمان از جمله عقود لازم است. زیرا موضوع این قرارداد حفظ جان و زندگی و رهایی او از بیماری و حمایت از زندگی و سلامت انسان از چنان اهمیتی برخوردار است که هیچ یک از بیمار و پزشک (یا مؤسسه درمانی) نمی‌توانند تا پیش از رسیدن به نتیجه مطلوب و آن‌جا که ادامه قرارداد موجب زیان آن‌ها است، از ادامه درمان سرباز زده، قرارداد را یک سویه فسخ کنند؛ ۲) قرارداد درمان از جمله عقود معاوضی است، یعنی از عقدهایی که هر یک از دو طرف در مقابل مال یا تعهدی که نسبت به دیگری می‌کند، از وی مال یا تعهد دیگری را دریافت می‌کند؛ ۳) بهتر است آنها را از جمله قراردادهای تشریفاتی بدانیم تا قانون‌گذار ملزم باشد برای جلوگیری از اختلافات و تضییع حقوق طرفین و آسانی درخواست خسارت یا الزام به انجام تعهدات مورد توافق در قرارداد، تشریفاتی را در نظر بگیرد.

قرارداد درمان همان‌گونه که از اسمش برمی‌آید یک رابطه دو طرفه میان بیمار و پزشک است. انعقاد این نوع از قراردادها براساس ماده ۱۰ قانون مدنی صورت می‌پذیرد^۵ و از آنجا که شرط عقد لازم، عدم فسخ یک‌جانبه آن است ضروری می‌نماید با رضایت آگاهانه بیمار براساس اطلاعاتی که از پزشک یا کادر پزشکی دریافت نموده، منعقد گردد.^۶ چرا که به دنبال این عقد، بیمار می‌بایست تمامیت جسمی خود را در اختیار پزشک قرار دهد، از این‌رو ضروری است او نیز

در انعقاد این قرارداد طرف تصمیم‌گیرنده باشد.

ب) مبانی لزوم تصمیم‌گیری بیمار

برای فرآیند تصمیم‌گیری مبانی متعدد فردی، اجتماعی، اخلاقی و فلسفی و حقوقی مطرح است. از لحاظ فردی، مبنای تصمیم‌گیری را ارزش‌ها و ترجیحات شخصی دربرمی‌گیرد. از میان گزینه‌ها، آن که با هدف، نظر، علاقه و روش زندگی فرد نزدیک‌تر است برگزیده می‌شود.

از دید اجتماعی مبنای تصمیم‌گیری، میزان سود و زیانی است که در نتیجهٔ اخذ تصمیم بر پیکرهٔ جمعی وارد می‌آید. سنجش سود و زیان جمعی یک امر نسبی است چرا که برای اتخاذ تصمیم جلب‌نظر همهٔ طیف‌های اجتماعی نه امکان‌پذیر است نه لازم، در تصمیم‌گیری‌هایی که مبنای جمعی دارد؛ درصد کمی از تصمیمات با اطمینان قاطع اتخاذ می‌شوند چرا که به دست‌آوردن اطلاعات در زمینهٔ همهٔ گزینه‌ها در غالب موارد کامل نیستند. بنابراین، تصمیم‌گیری، بدون خطر کردن ممکن نمی‌شود.

تئوری‌های اخلاقی وجود دارند که پایه‌گذار اصول اخلاقی ما می‌باشند. مهم‌ترین تئوری اخلاقی که زیربنای اصول اخلاقی امروزی است؛ تئوری کرامت انسانی^۷ است که از جانب همه ادیان و مکاتب فلسفی؛ سلسله‌های ایران باستان^۸، آرای حکیمانه دوران و در دوران رنسانس مدرن نیز در اعلامیهٔ جهانی حقوق بشر و قوانین اساسی غالب کشورها مطرح شده است.

۱) مبانی اخلاقی و فلسفی

اصول اخلاقی اصول وسیعی هستند که بیان‌گر ایده‌های کلی می‌باشند و

برای یک موضوع خاص طراحی نشده‌اند در حالی که اصول کاربردی، اصولی هستند که برای یک موقعیت واحد و در شرایط خاص مطرح می‌شوند. سوگندنامه‌های پزشکی که دست‌مایه اخلاق پزشکی است در کشورهای مختلف، متفاوتند. و حتی در یک کشور، ایالت‌ها با هم فرق می‌کنند؛ ولی خصوصیات مشترک فراوان دارند. با این وجود، بیش‌تر جوامع روی بسیاری از اصول اخلاقی بنیادی اتفاق نظر دارند، اصولی مانند: احترام و رفتار برابر، رعایت آزادی، کرامت و حقوق بیماران^۹، رضایت آگاهانه (که یکی از موضوعات اصلی اخلاق پزشکی امروز است) رازداری، موضوعات مرتبط با آغاز حیات مانند پیش‌گیری از بارداری، کمک باروری، غربال‌گری ژنتیکی، سقط درمانی. تصمیم‌گیری در مورد نوزادان به شدت پرمخاطره و موضوعات مرتبط با پایان حیات مانند اوتانازی یا همکاری در خودکشی. دو مبنا در مباحث مطروحه در خصوص تصمیم‌گیری از جانب بیمار نیاز به بحث بیش‌تر دارند. تئوری کرامت انسانی و اصل اخلاقی حق تعیین سرنوشت یا خودمختاری از جمله مبانی هستند که می‌بایست جهت بررسی نقش بیماران در تصمیم‌گیری‌های پزشکی مطرح گردند.

۱-۱) کرامت انسانی

کرامت انسانی در هیچ یک از اسناد ملی و بین‌المللی به روشنی تعریف نشده اما تقریباً در کلیه اسناد حقوقی و قانونی ملی هم‌چون قانون اساسی کشورها و اسناد حقوق بشر بین‌المللی پذیرفته و بیان شده است. امانوئل کانت فیلسوف مشهور آلمانی؛ یک قانون اخلاقی (که به امر مطلق^{۱۰} معروف است) برای تشخیص درستی و نادرستی اعمال ارائه نموده است. این قانون اخلاقی سه صورت دارد.^{۱۱} به اعتقاد کانت، آن چیزهایی که قابل ارزش‌گذاری نیستند، دارای کرامت‌اند، زیرا ارزش هر چیزی، در نسبت با چیز دیگری تعیین می‌گردد. اما چیزهایی هستند

که ارزششان قابل سنجش و مقایسه یا تبادل نیست. آن‌ها ذاتاً غایت‌اند. کانت معتقد بود انسان باید همواره به عنوان غایت در نظر گرفته شود، هیچ‌گاه تنها به عنوان وسیله به حساب نیاید. انسانیت مجموعه‌ای از خصوصیات است که او را از دیگر موجودات متمایز می‌سازد. آزادی اراده، استقلال و خودمختاری از ویژگی‌های انسانی است. بنابراین اگر آزادی اراده در تصمیم‌گیری‌ها از انسان سلب شود و او را بدون رضایت به اعمالی واداریم و به حقوقش احترام نگذاریم، در واقع او را به صورت یک وسیله صرف نگریسته‌ایم و کرامت ذاتی‌اش را زیر سؤال برده‌ایم. کرامت انسانی، دو ویژگی اصلی و بنیادین دارد: ذاتی‌بودن و غیرقابل سلب‌بودن. چرا که این دو ویژگی، انسان را واجد حقوقی می‌کند که صرف انسان بودن موجب می‌شود از این حقوق بهره‌مند گردند. انسان بماهو انسان، با هر نژاد و رنگ و دین و ملیت و موقعیت که داراست، از این ویژگی یعنی کرامت انسانی برخوردار است.

اعلامیه جهانی حقوق بشر در دیباچه خود آورده است: از آن‌جا که شناسایی حیثیت ذاتی کلیه اعضای خانواده بشری و حقوق یکسان و انتقال‌ناپذیر آنان براساس آزادی و عدالت و صلح را در جهان تشکیل می‌دهد... با این عبارت کرامت ذاتی و حقوق برابر و غیرقابل سلب را برای تک‌تک افراد بشر شناخته است. در مقدمه میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی نیز تصریح شده است که حقوق مندرج در این دو میثاق منشعب از کرامت ذاتی انسان است. ماده ده میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی رفتار توأم با احترام به کرامت ذاتی کسانی که از آزادی خود محروم شده‌اند، از قبیل متهمان و زندانیان را لازم شمرده است (صالحی و عباسی، ۱۳۹۰، ص ۶۶). در قانون اساسی ایران نیز کرامت انسانی مطرح شده است و اصل دوم قانون

اساسی در بیان مبانی نظام، اصل کرامت را به عنوان، ششمین مبنا بیان می‌دارد.^{۱۲} البته مقدمه قانون اساسی هم، در بحث وسائل ارتباط جمعی، مدعی است اصول قانون اساسی؛ آزادی و کرامت ابناء بشر را سر لوحه اهداف خود دانسته است.

۱-۲) اصل خودمختاری یا حق تعیین سرنوشت

اشخاص به طور ذاتی و به طور منحصر به فرد قابلیت تصمیم‌گیری راجع به آنچه که بیش از همه به نفع آنهاست را دارا می‌باشند (مانسن ۱۳۷۴، ۹۸). بنا به نظر کانت، انسان‌ها به خودی خود هدف هستند نه وسیله‌ای برای رسیدن به اهداف دیگر. یعنی انسان‌ها دارای ارزش ذاتی هستند و همه باید به این ارزش احترام گذارند. شناخت اصل خودمختاری یعنی شناخت این ارزش ذاتی. از نظر ارسطو چهار شرط برای محقق شدن فعل اخلاقی یا فضیلت لازم است: اعتدال، آگاهی کامل، اختیار یا آزادی و یقین فرد عامل به صحت عمل (صانعی، ۱۳۷۷، ص ۳۲) نظر ارسطو در قرن هجده میلادی مورد توجه فیلسوفانی هم‌چون کانت قرار گرفت. در این نوع از نظریات فلسفی که مبنای آنها استقلال انسان است انسان قادر است آزادانه و آگاهانه انتخاب کند و همین انتخاب است که به انسان ارزش می‌دهد و آنچه که ارزشمند شد، سزاوار احترام می‌شود و عدم توجه به انتخاب آزادانه و آگاهانه افراد، مستلزم نادیده گرفتن شأن و کرامت ذاتی و استقلال و خودمختاری آنان است. احترام به اصل خودمختاری یک رفتار اخلاقی است که فرد با اراده و اختیار خود مانع دخالت دیگران در رسیدن او به اهدافش می‌شوند. پذیرفتن این اصل برای شناخت اولویت‌های فردی بیمار و ارزش نهادن به استقلال او در تصمیم‌گیری مؤثر است.

۲) مبانی حقوقی و فقهی

در بررسی مبانی لزوم تصمیم‌گیری توسط بیماران در اقدامات پزشکی از دو قاعده تسلط و اذن که پایه‌های فقهی و حقوقی دارند بهره‌مند می‌شویم.

۲-۱) حق مالکیت بر خود یا سلطنت بر نفس

در ادبیات حقوقی ما حق مالکیت را اختیار قانونی شخص معین بر اشیاء یا اموال یا اشخاص دیگر تعریف نموده‌اند (جعفری لنگرودی، ۱۳۶۸، ص ۲۲۶). در این جا این سؤال مطرح می‌شود که آیا حق مالکیت بر اشخاص دیگر، شامل خود شخص هم می‌گردد یا خیر؟ در نظام حقوقی کامن‌لا براساس نظریه معروف هر انسانی دارای حق مالکیت بر نفس خویش است؛^{۱۳} هر انسانی حق انحصاری مالکیت بر بدن خویش دارد همان گونه که حق مالکیت انحصاری بر اموال خویش دارد.^{۱۴} این مبنا بهتر می‌تواند دادن حق تصمیم به بیمار را در خصوص اقدامات پزشکی توجیه کند و بر پایه این نظریه در حقوق غرب، تصرف بر جسم شخص تجاوز به حریم خصوصی تلقی می‌شود و ممنوع است. اما در فقه مسأله سلطه و مالکیت انسان بر نفس خویش به گونه دیگری مطرح شده است. در حدیث «الناس مسلطون علی اموالهم» که از حضرت محمد منقول است اختلاف نظر وجود دارد. بعضی از فقهاء انفسهم را به اموالهم ملحق می‌دانند. فقهای معاصر با اضافه کردن قاعده اولویت، تسلط بر نفس را استنتاج کرده‌اند. در کتاب متمسک العروه‌الوثقی نیز آمده است که: انجام عبادات صبی مشروط به اذن والدین یا پدر نیست، چرا که چنین شرطی با اصل تسلط بر نفس که بنابر قاعده اولویت از اصل تسلط بر اموال استفاده می‌گردد، مخالف است^{۱۵} (محقق داماد، ۱۳۸۳، ص ۲۳۴). فقیه دیگری مدعی است: هرگاه مردم بر اموالشان مسلط باشند؛ بر جان‌هایشان به طریق اولی تسلط خواهند داشت، یعنی هیچ کس حق ندارد آزادی فردی آنان را سلب نماید و

بدون رضایتشان در اموراتشان دخالت نمایند و چون بر نفسشان تسلط دارند می‌توانند کسی را به عنوان ولی خود برگزینند.^{۱۶} (حائری، ۱۴۲۴، ص ۱۸۱).

چنانچه تسلط انسان بر هر آنچه که اکتساب نموده مسلم باشد، بی‌تردید تسلط او بر هر آنچه که ذاتی او محسوب می‌شود پذیرفتنی‌تر خواهد بود. بنابراین می‌توانیم بیمار را مسلط بر نفس خویش تصور کنیم که در رابطه با پزشک، نیابت می‌دهد که از موضع او و با قرار گرفتن در موقعیت او اقدام کند و به فرض نیابت که در خصوص ماهیت حقوقی رابطه پزشک و بیمار مطرح شده استناد کنیم. براساس نظریه نیابت، انسان مسلط بر امور، اموال و به طریق اولی بدن و روح خویش است و هیچ‌کس امکان تصرف در روح و جسم او را ندارد، مگر این‌که به نیابت از او، از موضع او و با قرار گرفتن در موقعیت او اقدام کند (سادات‌اخوانی، ۱۳۹۰، ص ۲۳).

۲-۲) اذن در تصرف

با انعقاد قرارداد درمان، بیمار به پزشک اذن در تصرف می‌دهد. اذن، اعلام رضایت از طرف کسی است که صلاحیت این اعلام را داشته باشد و از آن‌جا که برای یک عمل حقوقی وجود اراده لازم است چنانچه عمل غیرارادی باشد از نظر حقوقی غیرنافذ خواهد بود. در اذن، قصد انشاء وجود ندارد یعنی اذن‌دهنده هیچ چیز را از نظر حقوقی به وجود اعتباری موجود نمی‌کند. بلکه فقط رفع مانع قانونی می‌کند. تنها خاصیت این اذن نسبت به او، رفع ضمان و مسؤولیت مدنی از آن شخص است (جعفری‌لنگرودی، ۱۳۶۸، ص ۲۴). اگر اذن بیمار در مسؤولیت پزشک اثر دارد و کار او را مباح می‌سازد، رضای بیمار در چه شرایطی نافذ است و تا چه اندازه باید به بیمار درباره وضع او و خطرهای ناشی از درمان پیشنهادی پزشک آگاهی داد؟ آیا رضای بیمار به عمل جراحی خطرناکی که از چگونگی آن هیچ

اطلاعی ندارد و نمی‌تواند خطر آن را با خطر ناشی از ادامه بیماری مقایسه کند و تصمیم بگیرد ارزش حقوقی دارد یا نه؟ اثر اذن بیمار در مباح کردن دخالت پزشک منوط به دادن حداقلی از آگاهی‌های ضروری در حدود عرف و فهم بیمار است که باید هم نفوذ و اراده بیمار را تأمین کند و هم به سلامت او ضرر نزند. معیار کفایت این آگاهی‌ها عرف پزشکی است؟ یا آنچه حقوق دان برای نفوذ اراده کافی می‌داند؟ اگر عرف پزشکی معیار باشد شتاب و بی‌احتیاطی پزشکان در این‌گونه امور همیشه توجیه‌پذیر است و عادت‌ی ناپسند می‌تواند به صورت قاعده حقوقی در یکی از مهم‌ترین روابط انسانی و اجتماعی حکومت کند. پس باید معیاری نوعی از عرف پزشکان برگزید و آنچه را لازمه ایجاد علم اجمالی بیمار به سرنوشت خویش است، حداقل آگاهی لازم برای نفوذ اذن او شمرد (کاتوزیان، ۱۳۷۴، ص ۳۱۷). در فقه آورده‌اند که میان اذن به طبیب و سایر اذن‌ها فرق وجود دارد. طبیب هر چند مأذون اما ضامن هم هست، در واقع طبیب مأذون امین محسوب نمی‌شود. باید میان اذن و امانت فرق بگذاریم، بدین‌گونه که امین ضامن نیست ولی هر مأذونی امین نمی‌باشد؛ مثلاً وکیل و مستودع، مأذون و امین هستند. مواردی هم وجود دارد که مأذون هستند، ولی امین نیستند و ضامن می‌باشند؛ مانند طبیب؛ زیرا هر گاه اذن در تصرف برای رعایت مصلحت متصرف و یا هم مصلحت متصرف و هم مصلحت مالک باشد، امانت حاصل نمی‌شود و گرچه اذن وجود دارد، ضامن هم به وجود می‌آید (مراغه‌ای، ۱۴۲۹، ص ۲۳۹). بنابراین می‌توان گفت: هر امینی مأذون است. اما بعضی مأذون‌ها، یدشان امانی است مانند وکیل؛ بعضی مأذون‌ها، یدشان ضمانی است مانند پزشک.

ج) قلمرو اصل تصمیم‌گیری بیمار

در مواردی که پزشک به تنهایی باید تصمیم‌گیری نماید که هرچند تصمیم‌گیری توسط بیمار لازم است اما امکان‌پذیر نمی‌باشد، چرا که بیمار قادر به اعلام‌نظر خود نیست و مواردی که اساساً نیازی به تصمیم‌گیری توسط شخص بیمار وجود ندارد چرا که اراده قانون‌گذار جای‌گزین این اتخاذ تصمیم توسط بیمار شده است. در این موارد استثناء، پزشک از تعهد اخذ نظر بیمار معاف می‌شود. در برخی از این موارد، عرف عام و خاص، تصمیم بیمار به درمان را مفروض می‌داند. مانند مواردی که بیمار بی‌هوش شده و قادر به اعلان نظر نیست و چنانچه قادر به اعلام‌نظر خود در حالت عادی می‌بود به طور قطع، هم‌چون افراد متعارف، براساس گزینه ادامه حیات، هرگونه درمان را می‌پذیرفت. آیا این موارد را که در اصطلاح پزشکی، موارد اورژانسی می‌گویند می‌توان خارج از قلمرو اصل تصمیم‌گیری توسط شخص بیمار دانست؟ یا در موارد دیگری که قانون‌گذار بنابر مصالحی از جمله حفظ نظام جامعه و تندرستی افراد آن، پزشکان را مکلف می‌نماید تا اقداماتی را نسبت به افراد جامعه و احتمالاً بیماران به جا آورند، بدون این‌که نیازی به اخذ رضایت از فرد داشته باشند مانند درمان اجباری معتادان به الکل یا مواد مخدر. آیا در این گونه موارد نیاز به کسب‌نظر یا تصمیم بیمار نداریم؟ و این موارد را می‌توان به عنوان استثناء از قلمرو اصل تصمیم‌گیری توسط بیماران خارج نماییم؟

در منطق قدیم هر گزاره‌ای را به دو بخش موضوع و محمول تقسیم می‌کردند. موضوع چیزی است که در مورد آن بحث می‌کنند و محمول همان مفاهیمی است که در مورد موضوع مطرح می‌شود که گاهی ایجابی است و گاهی سلبی.^{۱۷} بر موضوع تصمیم‌گیری‌های پزشکی، مفاهیمی را می‌خواهیم حمل کنیم

و برای این مفاهیم محدوده‌ای را مشخص نماییم تحت عنوان قلمرو. مواردی را که داخل در قلمرو اصل تصمیم‌گیری بیمار قرار می‌گیرند تحت عنوان ایجابی؛ و مواردی را که خارج از قلمرو قرار خواهند گرفت؛ تحت عنوان سلبی بررسی می‌نماییم.

(۱) موارد ایجابی اصل تصمیم‌گیری بیمار

شرایط لازم جهت اتخاذ تصمیم توسط بیمار، ارتباط تنگاتنگ با رابطه پزشک و بیمار دارد. در دوره پدرسالاری، پزشک پس از معاینه بیمار تصمیم به درمان و حتی اعمال یک نوع از انواع درمان‌های مؤثر می‌گرفت و نقش بیمار، انجام آن درمان بود. امروزه از پزشکان انتظار می‌رود، تمامی اطلاعات موردنیاز برای تصمیم‌گیری را در اختیار بیماران قرار دهند که شامل تشریح تشخیص‌های پیچیده پزشکی، پیش‌آگهی و رژیم‌های درمانی به زبان ساده، اطمینان از این که بیماران کاملاً گزینه‌های درمانی را فهمیده‌اند، شامل مزایا و مضرات هر یک، پاسخ به هر سؤال که آن‌ها داشته باشند و آگاهی از هر تصمیمی که بیمار به آن رسیده است و در صورت امکان دلیل اتخاذ آن تصمیم می‌باشد (جان رنلد، ۲۰۰۹، ص ۴۹). با فرض دریافت اطلاعات لازم، چنانچه بیمار تصمیمی اتخاذ نماید که با جنبه‌های علمی و درمانی منافات دارد یا بیمار واجد صلاحیت که حق رد کردن درمان را دارد، حتی اگر این امتناع منجر به ناتوانی یا مرگ او شود و در مواردی که بیمار به علت ملاحظات عقیدتی و فرهنگی از گرفتاری به بیماری خاص، ترس از درد، تجربه تلخ گذشته از تشخیص و درمان غلط یا مسائل اقتصادی ناگزیر از اتخاذ تصمیماتی این چنین شود که از نظر پزشک غیرمنطقی و غیرقابل قبول باشد آیا این قبیل مسائل می‌توانند توجیهی برای عدم پذیرش و عمل نمودن به تصمیم بیمار توسط کادر

پزشکی شود؟ آیا صرف این که بیمار را به تنهایی تصمیم‌گیرنده نهایی بدانیم کفایت می‌کند؟ یا این که باید معلوم شود تصمیم‌گیرنده در چه موقعیت یا شرایطی قرار دارد؟ به چه اطلاعاتی نیاز دارد؟ ارزش‌های موردنظر او چیست و چگونه می‌توان او را در تعیین ارزش‌ها یاری نمود؟

با پیشرفت اخلاق پزشکی، امروزه در دنیا حقوقی را برای بیماران تعیین نموده‌اند و از جمله آن‌ها تمایل شخصی بیمار به خاتمه درمان و رضایت او به ادامه درمان است که براساس ارزش‌های شخصی بیمار، توسط پزشکان می‌بایست در نظر گرفته شود.

۲) موارد سلبی یا استثنائات اصل تصمیم‌گیری بیمار

موارد سلبی در قلمرو اصل تصمیم‌گیری بیمار به دو شکل مطرح می‌شود: در شکل اول بیمار داوطلبانه این اختیار را از خود سلب می‌نماید و آن را به پزشک یا شخص ثالث - بستگان یا سازمان بیمه - می‌دهد. به دلیل پیچیدگی موضوع و اعتمادی که بیمار به قضاوت پزشک دارد، از او می‌خواهد هر تصمیمی را که صلاح می‌داند گرفته و هر اقدامی را که لازم می‌داند انجام دهد. در شکل دوم، پزشک در صلاحدید خود، امتیاز تصمیم‌گیری را از بیمار سلب می‌نماید و این شکل از استثنائات در قلمرو اصل تصمیم‌گیری به حالات متفاوت بروز می‌کند.

حالت اول به گونه‌ای است که آشکارسازی اطلاعات برای بیمار منجر به آسیب رساندن به او می‌گردد. در این حالت پزشکان معتقدند، گفتن حقیقت آسیب بیش‌تری نسبت به نگفتن آن به بیمار وارد می‌نماید. نظر پزشک، بیهوده و بی‌فایده بودن درمان است. این مسأله به ویژه در مواقعی که منابع محدودند و

فراهم کردن درمان‌های بیهوده یا بی‌فایده برای عده‌ای به معنی بدون درمان رها کردن دیگران است جدی می‌شود.

حالت دوم فوریت‌های پزشکی که بیمار در موقعیتی قرار گرفته قادر به تصمیم‌گیری نیست اطرفیانش و در صورت عدم امکان، خود پزشک، جهت اقدامات لازم، تصمیم خواهد گرفت.

حالت سوم: موارد اجباری است

۲-۱) بیهوده و بی‌فایده بودن درمان

در مواردی که بیمار در مراحل انتهایی بیماری است فراهم نمودن اطلاعات برای بیمار و گرفتن رضایت آگاهانه از او کاربرد ندارد و در بسیاری از جوامع، خصوصاً جوامع در حال توسعه که متأثر از فرهنگ‌ها و مذاهب گوناگون هستند، معتقدند دادن این اطلاعات نه تنها به بیمار کمک نمی‌کند، بلکه او را مأیوس نموده و روزهای باقی‌مانده زندگی‌اش را غیرقابل تحمل می‌نماید و اعضای خانواده از پزشک درخواست می‌نمایند، که در مورد نزدیک شدن زمان مرگ به بیمار چیزی نگوید. اغلب بیماران و خانواده‌های آنان معتقدند حق استفاده از هر سرویس درمانی را که فکر می‌کنند برای آن‌ها مفید است، دارند. این مطلب زمانی مشکل‌ساز می‌شود که منابع محدودند و فراهم نمودن درمان‌های بیهوده یا بی‌فایده برای عده‌ای به معنی بدون درمان رها کردن دیگران است. با طرح این مسائل می‌خواهیم به پاسخ این سؤال برسیم که آیا در بیمارانی که درمان بیهوده به نظر می‌رسد، آشکارسازی مراحل بیماری و درمان‌های موردنیاز و دادن اطلاعات به بیمار جهت تصمیم‌گیری بیماران لازم می‌نماید یا می‌بایست این مورد را از قلمرو اصل تصمیم‌گیری خارج نماییم؟

با دخالت اخلاق پزشکی در این خصوص می‌توان یک نظر واحد اتخاذ نمود.

مابین دو نظریه که امروزه در جامعه پزشکی مطرح است که عده‌ای معتقدند پزشک در هر حال حق اجتناب از درمان را ندارد حتی اگر باور داشته باشد نتایج مفیدی را به همراه ندارد. عده‌ای دیگر انجام مداخلات پزشکی را همراه با در نظر گرفتن ارزش‌های بیماران و کیفیت زندگیشان و اولیای قانونی آن‌ها عملی می‌دانند. البته هنوز در محافل اخلاق پزشکی این بحث‌ها لاینحل باقی مانده و تصمیم‌گیرنده نهایی بنابر شرایط موارد گوناگون، میان پزشک و بیمار متغیر است.^{۱۸}

۲-۲) موارد ضروری (موارد اجباری)

پاره‌ای از متون حقوق پزشکی، در بحث اهمیت تصمیم‌گیری از جانب بیماران و طرح قلمرو آن، مواردی را تحت عنوان موارد اجباری مطرح نموده‌اند که طی آن برای حفظ سلامت و حقوق افراد جامعه، پزشکان را مکلف به انجام اموری می‌نماید که نیاز به اخذ تصمیم بیمار و در نهایت رضایت بیمار در جهت اقدام پزشکی ندارد.

در حقوق جزا، اجبار را به عنوان یکی از علل رافع مسؤولیت شناخته‌اند و فرد مجبور علی‌رغم میل باطنی دست به اقدامی می‌زند که در تصمیم آن به موارد اقدامات پزشکی، این سؤال را پیش می‌آورد که آیا بیمار، مجبور به دریافت مداخله پزشکی می‌شود یا پزشک است که مجبور می‌گردد اقداماتی را بدون اخذ تصمیم از جانب بیمار انجام دهد؟ «اجبار، اراده آزاد را از بین می‌برد و مسأله جاننشینی اراده در غالب موارد پیش می‌آید، در صورتی که در حالت ضرورت، اراده به نحوی آن چنان شدید دست‌خوش تهاجم قرار نمی‌گیرد و برای فاعل جرم مقداری آزادی عمل متصور است» (نوربها، ۱۳۶۹، ص ۲۴۳). از آنجا که در اقدامات پزشکی، پزشک مکلف به اخذ نظر بیمار است؛ اگر بحث اجبار را مطرح کنیم باید

حالتی را تصور نماییم که اراده پزشک از وصف آزادی برخوردار نیست و این دور از ذهن می‌نماید، بنابراین به نظر می‌رسد بحث ضرورت، وجه تسمیه بهتری خواهد داشت چرا که «ضرورت»^{۱۹} عذری است که به موجب آن ارتکاب پاره‌ای از امور ممنوعه مجاز است» (جعفری لنگرودی، ۱۳۶۸، ص ۴۱۶). در این گونه از اقدامات پزشکی، بدون اخذ رضایت بیمار، پزشک مسؤول شناخته خواهد شد. با این مقدمه، مواردی را که در متون حقوق پزشکی، تحت عنوان موارد اجباری، قلمرو اصل تصمیم‌گیری را استثناء می‌زند، موارد ضروری می‌نامند مانند واکسیناسیون کودکان در برابر بیماری‌هایی هم‌چون فلج اطفال، سرخک، دیفتی هم‌چنین واکسن ضد کزاز، آزمایش کنترل اعتیاد و بررسی بیماری‌های سیفلیس و بررسی زوجین از نظر تالاسمی قبل از ازدواج.

۲-۳) فوریت‌های پزشکی

ماده یک آیین‌نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی؛ فوریت‌های پزشکی را این طور تعریف نموده است: «فوریت‌های پزشکی به مواردی از اعمال پزشکی اطلاق می‌شود که بایستی بیماران را سریعاً مورد رسیدگی و درمان قرارداد و چنانچه اقدام فوری به عمل نیاید، باعث خطرات جانی، نقص عضو یا عوارض صعب‌العلاج و یا غیرقابل جبران خواهد شد». در ماده دو این آیین‌نامه مصادیق فوریت‌های پزشکی را بیان نموده^{۲۸} و در بند ۱۲ از همین ماده آورده شده و سایر مواردی که در شمول تعریف ماده یک قرار می‌گیرد. بنابراین، حالت فوریت را قانون به نظر پزشک واگذار نموده، که هرکجا که بیماری نیاز به مراقبت فوری داشته و اقدام پزشکی جهت جلوگیری از تلف یا تحمل ضرر بیش‌تر بیماران است. «حالت اورژانس در دو فرض پیش می‌آید: اول: پزشک تصادفاً با بیمار فاقد هوشیاری مواجه می‌شود. مثلاً در صحنه

تصادف شخصاً حضور دارد یا در بیمارستان یا مطب، بیماری فاقد هوشیاری را معاینه می‌کند که حال او مداخله فوری را اقتضا می‌کند... دوم: پزشک قبلاً رضایت بیمار را برای انجام عمل پزشکی معینی تحصیل کرده است. لیکن در حین انجام عمل جراحی وضعیتی به وجود آمده است که از قبل پیش‌بینی نشده است. مثلاً پزشک کشف می‌کند که علت واقعی بیماری چیزی غیر از آن است که قبلاً تشخیص داده است و معالجه دیگری یا وسیع‌تر می‌طلبد و ضروری می‌بیند که عمل توافق شده را تغییر دهد و الا جان یا سلامتی بیمار در معرض خطر فوری است» (شجاع‌پوریان، ۱۳۸۹، ص ۲۵۱). در فرض اول که بیمار در وضعیتی است که ظرفیت تصمیم‌گیری را از دست داده است، وظیفه پزشک چیست؟ و این مورد تا چه میزان بر اصل تصمیم‌گیری توسط بیماران تأثیرگذار است؟ آیا صرف از دست رفتن ظرفیت تصمیم‌گیری توسط بیمار، مجوزی است در دست پزشکان که هر اقدامی را لازم می‌دانند انجام دهند؟ ظاهراً این مسأله به عنوان یک اصل قانونی و پزشکی پذیرفته شده است که پزشکان می‌توانند اعمال جراحی را بدون رضایت بیمار در شرایط اورژانس و وقتی که بیمار قادر به بیان خواست خود نیست، انجام دهند (لینن و گیورس و پینت، ۱۹۹۲، ص ۶۶). در این موارد به‌خصوص، بیمار خود تصمیم به پایان دادن به حیات خود گرفته یا در یک اقدام اعتراض‌آمیز، تصمیم به اعتصاب غذا گرفته است. آیا نجات جان او بدون رضایت امکان‌پذیر است؟ اگر فرد پس از مداخله پزشک و حصول بهبودی معترض باشد، آیا باز پزشک از مسؤولیت معاف خواهد شد؟ آیا صرف اینکه اقدام پزشکی فوریت دارد، برای دخالت پزشک کفایت می‌کند و نیازی به توجه به اراده بیمار نیست؟ بیماری که در بلوغ و صحت عقل و هوشیاری دست به چنین اقدامی زده، نمی‌توان برخلاف اصل حاکمیت اراده، خواست بیمار را نادیده گرفت. موارد فوریت پزشکی

را در صورتی می‌توان از استثنائات اصل تصمیم‌گیری توسط بیمار فرض نمود که یک انسان متعارف، به چنین درمانی رضایت می‌دهد. «استثناء شرایط اورژانس در کسب رضایت، محدودیت‌های مهمی دارد. اگر پزشکان دلیلی در دست دارند که بیمار در صورت ظرفیت داشتن از درمان موردنظر امتناع می‌کند، باید از ارائه درمان اورژانس بدون کسب رضایت‌نامه خودداری کنند» (لاریجانی، ۱۳۸۳، ص ۱۷). در یک دعوی حقوقی، بیماری از پزشک در خصوص تزریق خون به او که در حالت کما از شوک وارده بود، دادگاه پزشک را مسؤول ضرب و جرح بیمار دانست، چرا که بیمار کارت امضا شده‌ای به همراه داشت که بیان می‌کرد او به فرقه خاصی از مسیحیان وابستگی دارد و نمی‌خواهد تحت هیچ شرایطی به او خون تزریق شود، اگرچه تزریق خون جان بیمار را نجات داد اما اطلاعات داده‌شده کاملاً روشن و دقیق بوده و پزشک ملزم به رعایت آن می‌بود و این موضوع با احترام به اراده فرد ارتباط دارد.^{۲۹} درواقع، صرف این‌که عمل طبی ضروری و فوریت دارد برای ایجاد حالت اورژانس کفایت نمی‌کند و پزشک نمی‌تواند بدون اعتنا به اراده بیمار مبادرت به عمل پزشکی نماید. اراده بیمار بالغ و عاقل و هوشیار که به شکل صریح بیان می‌شود باید رعایت شود. این بیمار می‌تواند معالجه پیشنهادی را رد کند ولو این‌که قیمت این رد، مواجهه با خطر بحرانی شدن بیماری یا حتی فوت او گردد (شجاع‌پوریان، ۱۳۸۹، ص ۲۵۳). در خصوص فرض دوم به نظر می‌رسد، مسأله مفروض بودن رضایت در جراحی‌های مهم و پرخطر مصداق ندارد، یعنی در حین عمل، پزشک درمی‌یابد که بیمار مشکل دیگری هم دارد یا این‌که مشکل دیگری دارد؛ آیا به دلیل فوریت و در خطر بودن جان بیمار می‌تواند به تشخیص جدیدش بدون کسب نظر بیمار عمل نماید؟ آن‌چه که مسلم است برای هر اقدامی، پزشک نیاز به اخذ رضایت از بیمار دارد. لذا به ناچار عمل جراحی را متوقف نموده و به

دنبال تصمیم بیمار اقدامات پزشکی لازم را انجام خواهد داد.

نتیجه‌گیری

چنانچه تسلط انسان بر هر آنچه که اکتساب نموده مسلم باشد بی‌تردید تسلط او بر هر آنچه که ذاتی او محسوب می‌شود پذیرفتنی‌تر خواهد بود. بنابراین، می‌توانیم بیمار را مسلط بر نفس خویش تصور کنیم که در ارتباط با پزشک اذن می‌دهد و حاکمیت اراده خود را در اتخاذ تصمیمات پزشکی با دادن اذن تصرف به پزشک اعمال می‌کند. برای آن که بتوانیم اراده بیمار را در اقدامات پزشکی حاکم بدانیم نیازمند آنیم که برای آن حمایت قانونی ایجاد کنیم، چرا که بدون حمایت قانون برای تصمیم و اراده افراد نفوذی متصور نیست و تفکیک تصمیم‌گیری توسط بیمار در مرحله تشخیص با تصمیم او به درمان از ملزومات یک ارتباط پزشکی است، چرا که در غالب متون حقوق پزشکی تنها به اخذ نظر بیمار در انجام درمان پرداخته شده، در حالی که در فرآیند تشخیص، مراحل نهفته است که انجام آن مراحل بدون اتخاذ تصمیم بیمار امری غیرحقوقی است و نادیده گرفتن موقعیت بیمار در یک ارتباط پزشکی قلمداد می‌گردد.

در خصوص استثنائات اصل تصمیم‌گیری بیمار، به نظر می‌رسد مواردی که تحت عنوان موارد اجباری مطرح می‌شوند را می‌بایست تحت عنوان موارد ضروری به کار برد، چرا که اجبار حالتی را متصور می‌شود که اراده پزشک از وصف آزادی محروم است. در حالی که آنچه موجب می‌شود یک پزشک بدون نیاز به اخذ نظر بیمار وظیفه حرفه‌ای خود را انجام دهد، ضرورت جامعه است که انجام امر غیرقانونی را قانونی جلوه می‌دهد.

پی نوشت‌ها

¹ Conception² Délibération³ World Medical Association⁴ (WMA) World Medical Association

⁵ ماده ۱۰ قانون مدنی: «قراردادهای خصوصی نسبت به کسانی که آن را منعقد نموده‌اند، در صورتی که مخالف صریح قانون نباشد نافذ است».

⁶ بر مبنای اصول حقوقی؛ قراردادهایی که از جمله عقود معین نیستند و مخالف اصول کلی حقوقی هم نباشند را می‌توانیم جزء عقود نامعین قلمداد نماییم. عقود نامعین این گونه تعریف شده‌اند: «عقودی که در قانون عنوان و صورت خاصی نداشته و شرایط و آثار آن بر طبق قواعد عمومی قراردادها و اصل حاکمیت اراده تعیین می‌شود.» (محقق داماد، ۱۳۸۹، ص ۱۳۶).

⁷ Human dignity⁸ منشور کوروش کبیر.

⁹ بیانیه انجمن جهانی پزشکی در مورد حقوق بیماران می‌گوید: «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 یا درمانی را دارد، بیمار حق دارد اطلاعات موردنیاز را برای تصمیم‌گیری‌اش در اختیار داشته باشد. بیمار باید به طور واضح بداند که هدف از هر آزمایش یا درمان چیست، چه نتایجی را در پی خواهند داشت و نتایج خودداری از دادن رضایت چیست.»

¹⁰ دلیل این نامگذاری آن است که به عقیده‌ی کانت، از طرفی، قانون اخلاقی شکل امری داشته و همراه با «باید» است و از طرف دیگر، امر اخلاقی به طور مطلق و نه مشروط فرمان می‌دهد.

¹¹ «صورت اول: اصل تعمیم‌پذیری یا قانون عام طبیعت نام دارد. که می‌گوید تنها بر پایه‌ی آن قاعده‌ای رفتار کن که در عین حال بتوانی اراده کنی که آن قاعده، قانونی عام باشد. لذا کلیه‌ی قواعد رفتاری باید قابل تعمیم به همه باشند تا بتوانند صلاحیت اخلاقی داشته باشند.» (اترک، ۱۳۹۰، ۴۹)

¹² بند ۶ اصل ۲ قانون اساسی ایران: کرامت و ارزش والای انسان و آزادی توأم با مسؤولیت او در برابر خدا.

¹³ از نظریه اصالت فرد جان لاک؛ فیلسوف و پزشک قرون ۱۷ و ۱۸ میلادی انگلیس گرفته شده است.

¹⁴ حقوق ناشی از فطرت و اراده انسان‌ها و حکامی است که اکثریت افراد جامعه سیاسی آن‌ها را به این سمت، انتخاب کرده‌اند؛ نظریه مزبور را دانشمندان معتقد به مکتب اصالت فرد به ویژه جان لاک انگلیسی و ژان ژاک روسو و مونتسکیو طراح و تبلیغ کردند. در این نظریه انسان، فرد و شخص، محور و مصدر منشأ حقوقند. انسان ذاتاً موجودی آزاد است، آزاد خلق می‌شود و وارد زندگی طبیعی می‌گردد. اما چون اعمال این آزادی در عالم طبیعت به نحو اطلاق ممکن نیست. برای تشکیل جامعه و ادامه

زندگی جمعی، باید قسمتی از آزادی فرد محدود شود. البته این امر ماهیت قراردادی دارد و آن را می‌توان قراردادی اجتماعی نامید.

طبق این فرضیه، آزادی فرد، اصل و قدرت دولت استثناست و دولت فقط برای تأمین این آزادی و خوشبخت کردن افراد ایجاد شده است. حقوق نیز موظف است در هر موقع و موضعی از فرد حمایت کند، دستگاه‌های اداری نیز که برای اجرای چنین حقوقی تشکیل می‌شوند، باید در پی حفظ جان، مال، آبرو و آزادی فرد باشند. www.lawgostar.com

^{۱۵} (اعتبار اذن الابوین او خصوص الاب خلاف قاعده السلطنه علی النفس المستفاد من دلیل قاعده السلطنه علی المال بالفحوی).

^{۱۶} «فاذا كان الناس مسليطين على اموالهم... فهم مسلطون على انفسهم بطريق أولى، أى لا يحق - ل احد أن يحدد حريه الافراد او يتصرف فى مقدراتهم بغير اذنتهم و لهم أن ينتخبوا الفرد الاصلح و يولوه على انفسهم»

^{۱۷} www.wikipedia.ir

^{۱۸} اقتباس از کتاب اخلاق بالینی، صفحه ۶۱.

^{۱۹} Necessité.

فهرست منابع

آرامش، کیارش. (۱۳۹۰). کرامت انسانی در اخلاق زیست پزشکی، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران، سال سوم، دوره‌ی چهارم، شماره ۳، ۴۷-۶۱.

اترک، حسین. (۱۳۹۰). شبیه‌سازی انسان و اصل نمایات کانت، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم و پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران سال سوم، دوره چهارم، شماره ۶، ۳۹-۴۹.

جان رنلد، ویلیامز. (۱۳۸۹). اخلاق پزشکی، مترجمان، نازآفرین قاسم‌زاده، نریمان سپهروند، انتشارات گپ، چاپ اول.

جانسون، آلبرت؛ سیگلر، مارک؛ وینزلا، ویلیام. (۱۳۸۹). اخلاق بالینی، (مترجمین: حمیده آربین‌نیا، سید عباس سادات حسینی)، انتشارات حقوقی، مؤسسه فرهنگی، حقوق سینا، چاپ اول.

جعفری لنگرودی، محمدجعفر. (۱۳۶۸). ترمینولوژی حقوقی، کتابخانه گنج دانش چاپ چهارم.

حائری، مهدی. (۱۴۲۴). ولایه الامر عصر الغیبه، یک جلد، مجمع اندیشه اسلامی، قم، چاپ دوم.

خوئی، سیدابوالقاسم. (۱۴۲۳). مصباح الفقاهه فی المعاملات، جلد دوم، قم، مؤسسه احیا آثار آقای خوئی.

زالی، محمدرضا. (۱۳۸۷). مبانی نوین ارتباط پزشک و بیمار، انتشارات حقوقی، مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا، چاپ دوم.

- سادات‌اخوی، سیدمحسن. (۱۳۹۰). تحلیل مبانی حقوق قرارداد پزشکی و بیمار، فصلنامه حقوق پزشکی، سال پنجم، شماره نوزدهم، ۱۱-۴۶.
- شجاع‌پوریان، سیاوش. (۱۳۸۹). مسؤلیت قراردادی پزشک در برابر بیمار، چاپ اول، انتشارات فردوسی.
- صالحی حمیدرضا؛ عباسی، محمود. (۱۳۹۰). کرامت انسانی فصل‌الخطاب اندیشه‌های دینی و تفکرات اخلاقی، فصلنامه اخلاق پزشکی، سال پنجم، شماره شانزدهم، ۳۹-۷۸.
- صانعی دره بیدی، منوچهر. (۱۳۷۷). فلسفه‌ی اخلاق و مبانی رفتار، انتشارات سروش، چاپ اول.
- کاتوزیان، ناصر. (۱۳۶۴). قواعد عمومی قراردادها، جلد اول، انتشارات بهنشر، چاپ اول.
- کاتوزیان، ناصر. (۱۳۷۴). حقوق مدنی؛ الزام‌های خارج از قرارداد، ضمان قهری، انتشارات دانشگاه تهران، چاپ اول.
- گودرزی، فرامرز. (۱۳۷۷). پزشکی قانونی، جلد اول، انتشارات انشتین، چاپ اول.
- لاریجانی، باقر. (۱۳۸۳). پزشک و ملاحظات اخلاقی، ۲ جلدی، انتشارات برای فردا.
- لینن، گیورس، پینیت. (۱۳۸۱). حقوق بیماران، مطالعه تطبیقی، مترجمان، باقر لاریجانی، محمود عباسی، انتشارات حقوقی، چاپ دوم.
- مانسن، رونالد. (۱۳۷۴). مداخله‌ی و تأمین در اخلاق پزشکی، ترجمه، فرامرز چمنی، مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی.
- محقق داماد، سیدمصطفی. (۱۳۸۳). قواعد فقه بخش مدنی، مالکیت و مسؤلیت، مرکز نشر علوم اسلامی.
- مراغه‌ای، میرعبدالفتاح. (۱۴۲۹). العناوین، مؤسسه النشر الاسلامی، المجلد الاول، الطبعة الثالثة، قم.
- مکارم شیرازی، ناصر. (۱۴۲۷ هـ.ق). القواعد الفقهیه، جلد دوم، قم، انتشارات دارالعلم.
- موسوی خمینی، روح‌الله. (۱۴۱۵ هـ.ق). کتاب البیع، انتشارات مؤسسه نشر اسلامی، قم، جلد یک.
- موسوی همدانی، سید محمدباقر. (۱۳۸۲). ترجمه تفسیر المیزان، جلد اول، قم، انتشارات مؤسسه مطبوعات دارالعلم.
- نوربها، رضا. (۱۳۶۹). زمینه‌ی حقوق جزای عمومی، کانون وکلای دادگستری مرکز، چاپ اول.

یادداشت شناسه مؤلفان

صحرا پورابهری لنگرودی: کارشناس ارشد حقوق خصوصی (نویسنده مسؤول)

نشانی الکترونیکی: sahralangroudi@yahoo.com

سید محمد اسدی نژاد: دکتری حقوق خصوصی، استادیار دانشگاه

نشانی الکترونیکی: Mohammad_asadinejad@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۸/۸

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۲/۱۱/۱۵

جایگاه بیمار در تصمیم گیری های پزشکی

Archive of SID