



## Relational and Individual Autonomy of the Patient from Consequentialist Point of View

Amin Ghasempour<sup>1\*</sup>, Mohammad Hasan Sadeghi Moghadam<sup>1</sup>

1. Department of Private Law, Faculty of Law and Political Science, University of Tehran, Tehran, Iran.

### ABSTRACT

**Background and Aim:** The need to respect patients' autonomy is one of the principles of medical ethics. The content of this principle can be seen in different forms and expressions both in Deontology and Consequentialism, but its position and moral and legal obligation does not seem to be the same in each of them. Therefore, the authors of this article, as the research aim, examine the position of autonomy in the consequentialist approach and compare it with the same concept in other ethical approaches.

**Methods:** This research is a theory and the research method is descriptive-analytical and the method of collection is library and it is information by referring to documents, books and articles.

**Ethical Considerations:** In order to organize this research, while observing the authenticity of the texts, honesty and fidelity have been observed.

**Results:** Autonomy is traditionally recognized in the Deontological view, but it is not mentioned under this title in the consequentialist approach. On the other hand, what is known as "individualism" in consequentialism is largely related to the principles of Autonomy. Also, a new reading of autonomy, called Relational Autonomy, can be seen in the literature of medical ethics and law, along with traditional (individual) autonomy.

**Conclusion:** What is known as Individuality in consequentialism "from an internal and self-determining point of view" is valuable and has less legal aspect than autonomy. Also, the authors of the article have introduced a new reading of autonomy called relational autonomy next to traditional (individual) autonomy. In the new reading, the patient's decisions in important and decisive matters of treatment, instead of relying on the patient, are made in a relational manner and by obtaining opinions from his relatives and family and even in some cases from consultants and medical practitioners.

**Keywords:** Relational Autonomy; Process; Individuality; Consequentialism; Deontology

**Corresponding Author:** Amin Ghasempour; **Email:** Amin.Ghasempour@ut.ac.ir

**Received:** March 11, 2023; **Accepted:** April 29, 2023; **Published Online:** June 21, 2023

### Please cite this article as:

Ghasempour A, Sadeghi Moghadam MH. Relational and Individual Autonomy of the Patient from Consequentialist Point of View. Medical Law Journal. 2023; 17(58): e13.



# مجله حقوق پزشکی

دوره هفدهم، شماره پنجاه و هشتم، ۱۴۰۲

Journal Homepage: <http://ijmedicallaw.ir>



## بررسی خودمختاری رابطه‌ای و فردی بیمار از دیدگاه نتیجه‌گرایانه

امین قاسم‌پور<sup>۱\*</sup> ID، محمدحسن صادقی مقدم<sup>۱</sup>

۱. گروه حقوق خصوصی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

### چکیده

**زمینه و هدف:** لزوم احترام به خودمختاری بیماران یکی از اصول اخلاق پزشکی است. محتوای این اصل، هم در رویکرد وظیفه‌گرایان و هم در رویکرد نتیجه‌گرایان به اشکال و عبارات مختلف دیده می‌شود، اما جایگاه و قدرت الزام اخلاقی و حقوقی در هر کدام یکسان به نظر نمی‌رسد، بدین ترتیب نگارندگان این مقاله، به عنوان هدف پژوهش، به بررسی جایگاه خودمختاری در رویکرد نتیجه‌گرایی و مقایسه آن با همین مفهوم در سایر رویکردهای اخلاقی می‌پردازند.

**روش:** این تحقیق از نوع نظری بوده و روش تحقیق به صورت توصیفی - تحلیلی و جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای و با مراجعه به اسناد، کتب و مقالات صورت گرفته است.

**ملاحظات اخلاقی:** در تمام مراحل نگارش پژوهش حاضر، ضمن رعایت اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

**یافته‌ها:** خودمختاری به طور سنتی در دیدگاه وظیفه‌گرایانه به رسمیت شناخته می‌شود، اما نامی تحت این عنوان در رویکرد نتیجه‌گرایی دیده نمی‌شود؛ از سوی دیگر، آنچه در نتیجه‌گرایی تحت عنوان «فردیت» شناخت می‌شود، تا حد زیادی با مبانی خودمختاری قرابت دارد. همچنین خوانشی نوین از خودمختاری به نام خودمختاری رابطه‌ای در کنار خودمختاری سنتی (فردی) در ادبیات حوزه حقوق و اخلاق پزشکی به چشم می‌خورد.

**نتیجه‌گیری:** آنچه در نتیجه‌گرایی تحت عنوان فردیت شناخته می‌شود، «از حیث درونی و نفس‌الامری»، ارزشمند است و بار حقوقی کمتری نسبت به خودمختاری دارد. همچنین نگارندگان مقاله، خوانشی نوین از خودمختاری به نام خودمختاری رابطه‌ای را در کنار خودمختاری سنتی (فردی) معرفی کرده‌اند. در قرائت جدید، تصمیمات بیمار در امور مهم و سرنوشت‌ساز درمانی، به جای اتکا به شخص بیمار، به صورت ارتباط‌مند و با اخذ نظر از نزدیکان و خانواده وی و حتی در مواردی از مشاوران و دست‌اندرکاران پزشکی صورت می‌گیرد.

**واژگان کلیدی:** خودمختاری رابطه‌ای؛ فرایند؛ فردیت؛ نتیجه‌گرایی؛ وظیفه‌گرایی

نویسنده مسئول: امین قاسم‌پور؛ پست الکترونیک: [Amin.Ghasempour@ut.ac.ir](mailto:Amin.Ghasempour@ut.ac.ir)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲۰؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۰۹؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۴/۰۱

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Ghasempour A, Sadeghi Moghadam MH. Relational and Individual Autonomy of the Patient from Consequentialist Point of View. *Medical Law Journal*. 2023; 17(58): e13.

## مقدمه

هم با مبانی آن ندارد و اصلاً به طور کلی در تألیفات فلاسفه نواندیش و معاصر، این دو مکتب فکری لزوماً به عنوان دو نقطه مقابل یکدیگر محسوب نمی‌شوند (۳). توضیح آنکه رویکرد اخلاقی وظیفه‌گرایانه معمولاً به «مانوئل کانت (Immanuel Kant)» منسوب می‌شود و به همین دلیل «اخلاق کانتی» نیز خوانده می‌شود و از سوی دیگر، کانت نیز از نخستین کسانی بود که به مفهوم خودمختاری و اهمیت آن اشاره کرده است. به درستی گفته شده است: «از زمانی که کانت، فیلسوف آلمانی، خودمختاری را منشأ کرامت انسانی و اساس اخلاق دانست، این موضوع از مباحث مهم و زنده فلسفه اخلاق شده است» (۱). با وجود این، چنانکه در بخش‌های بعدی این نوشتار خواهیم دید، نتیجه‌گرایان، به ویژه قاعده‌نگران، ممکن است بنا به دلایلی و با توجیهات خاص خود، خودمختاری بیمار را ارج بنهند و رعایت آن را توصیه کنند.

نکته دیگری که ذکر آن در این مقدمه بسیار ضروری است، آنکه علاوه بر مفهوم متداول خودمختاری که همانا در بُعدی «فردی» تعریف می‌گردد (Individual Autonomy)، در دهه‌های اخیر، خوانشی نوین از آن تحت‌عنوان «خودمختاری رابطه‌ای (Relational Autonomy)» (۴) در نوشتار بسیاری از نویسندگان خارجی ارائه شده است. توضیح این قسم از خودمختاری را به قسمت مفاهیم و تعاریف واگذار می‌کنیم. بر این اساس، پس از بیان کلیاتی عمومی و مختصر از نتیجه‌گرایی و همچنین بررسی اصل خودمختاری (به ویژه خودمختاری «رابطه‌ای»)، این اصل را از دیدگاه نتیجه‌گرایی مورد بررسی قرار خواهیم داد. در این میان، به منظور شفافیت بیشتر در بیان، برخی مباحث در قالب مثال‌های واقعی از پرونده‌های پزشکی بیان می‌شود.

## ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

لزوم احترام به خودمختاری افرادی که وارد فرایند درمانی می‌شوند (به طور معمول بیماران)، به عنوان یکی از اصول چهارگانه اخلاق پزشکی، از جمله مباحثی است که در آثار نویسندگان داخلی و خارجی به وفور درباره آن بحث شده است. ریشه این اصل به محترم‌شمردن تک‌تک افراد جامعه و حق آن‌ها بر تصمیم‌گیری‌های آگاهانه در مورد موضوعات شخصی توسط خود این افراد برمی‌گردد. پیرامون این اصل، شاخه‌ها و توضیحات فنی زیادی (به طور کلی و نه لزوماً در حوزه پزشکی) ارائه شده است، «اما می‌توان وجه اشتراک همه روایت‌های متفاوت از خودمختاری را در استقلال و خودفرمانی (Self-Governing) دانست؛ فرد خودمختار کسی است که بر انتخاب‌های زندگی خود کنترل داشته باشد و بتواند به طور مستقل و آزاد از قید و بندها و محدودیت‌های بیرونی تصمیم بگیرد و عمل کند» (۱). مفهوم این اصل در حوزه اخلاق پزشکی نیز از مفهوم عمومی آن چندان دور نمانده است: خودمختاری در حوزه پزشکی عبارت است از اعطای حق پذیرش یا رد درمان به بیمار و حق آگاهی از اینکه چه اعمالی در فرایند درمان، با بدن وی انجام می‌شود. به عبارت دیگر بیمار حق دارد در مورد اصل اینکه اقدامات درمانی نسبت به وی اعمال بشود یا نشود، دست به انتخاب بزند، ولو آنکه امتناع از درمان، به مرگ وی منجر گردد. شایان ذکر است، در «منشور حقوق بیمار در ایران» مصوب ۱۳۸۸ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، خودمختاری بیمار به طور کلی به رسمیت شناخته شده است، اما در موارد خودکشی، امتناع بیمار از دریافت درمان معتبر نیست (بند «۴-۱-۳» منشور). در مورد چنین مقرره‌ای در مباحث آتی با تفصیل بیشتری به بحث خواهیم پرداخت.

خودمختاری در بین نظریه‌های اخلاق هنجاری، یعنی نظریه اخلاق فضیلت‌گرا (Virtue Ethics Theory) (۲)، وظیفه‌گرایی و نتیجه‌گرایی (Consequentialism)، اصولاً به رویکرد «وظیفه‌گرایانه» منتسب می‌گردد و جزء مفاهیم «رسمی» و شناخته‌شده نتیجه‌گرایی تلقی نمی‌شود و البته لزوماً منافاتی

## روش

پژوهش پیش رو به روش توصیفی - تحلیلی و با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای انجام شده است.

## یافته‌ها

خودمختاری «رابطه‌ای» تاکنون از دیدگاه نتیجه‌گرایانه بررسی نشده است و در نگاه نخست باید پذیرفت که این نوع خودمختاری، با آنچه تحت عنوان «فردیت» در نتیجه‌گرایی شناخته می‌شود، معارض به نظر می‌رسد. با این حال، در هماهنگ‌سازی خودمختاری رابطه‌ای با مبانی نتیجه‌گرایی می‌توان گفت تصمیم‌گیری مشارکتی و ارتباطمند در مورد بیمار، در نهایت فواید و نتایج بیشتر و بهتری برای (حسب مورد) بیمار یا خانواده و اجتماع پیرامونی وی به ارمغان می‌آورد.

خودمختاری (فردی) جزء مفاهیم «رسمی» و شناخته‌شده نتیجه‌گرایی تلقی نمی‌شود و البته لزوماً منافاتی هم با مبانی آن ندارد. نتیجه‌گرایی (به ویژه نتیجه‌گرایی «قاعدہ‌نگر» که به وظیفه‌گرایی قرابت می‌یابد) نیز ممکن است «خودمختاری» بیمار را به دلایل «شناختی» مورد تأیید قرار دهد، به علاوه نتیجه‌گرایان (از جمله میل) با مطرح‌ساختن مفهومی به نام «فردیت» تا حدود زیادی به آنچه اخلاقیون از خودمختاری اراده کرده‌اند، قرابت می‌یابند، اما نمی‌توان بین «خودمختاری» و «فردیت» قائل به این‌همانی و انطباق کامل شد.

## بحث

۱. نتیجه‌گرایی: در بیان مکتب فکری نتیجه‌گرایی، سخن فراوان رفته است، به علاوه رسالت اصلی این نوشتار نیز مرور تعاریف این اصطلاحات نمی‌باشد. بر این اساس در ادامه، تنها در حد ضرورت، به نتیجه‌گرایی و ارکان اصلی آن اشاره می‌گردد.

برخی نویسندگان معتقدند که صورت لاتین عبارت «نتیجه‌گرایی (Consequentialism)» را نخستین بار آنسکوب

(G. E. M. Anscombe) در مقاله‌ای تحت عنوان «فلسفه

اخلاق جدید» در سال ۱۹۵۸ به کار برده است (۵).

نتیجه‌گرایی با این ایده آغاز می‌شود که ارزش‌هایی وجود دارند که مقدم بر اخلاق هستند. حتی اگر هیچ «درستی» و «نادرستی» اخلاقی وجود نداشته باشد، همواره بعضی چیزها خوب و بعضی چیزها بد هستند. بنابراین اصولاً گفته می‌شود در رویکردهای نتیجه‌گرایانه، کیفیت اخلاقی یا ارزش اخلاقی اعمال و امور، بر اساس ارزش «غیر اخلاقی (Non-Ethical)» آن‌ها (یعنی ارزش آن‌ها در خارج از حوزه علم اخلاق) تعیین می‌گردد، علت انتخاب چنین مبنایی نیز اجتناب از «دور» است، زیرا از ابتدای ارزش اخلاقی چیزی بر ارزش اخلاقی دیگر، منطقیاً دور لازم می‌آید.

نتیجه‌گرایی، در معنای ساده، معتقد است عملی از نظر اخلاقی درست است که به بهترین و «خوب (Good)»‌ترین نتایج منجر گردد و آن‌ها را به حداکثر برساند. بنابراین در این رویکرد، نتایج اعمال و میزان بیشینه‌سازی نتایج «خوب»، مبنای هر حکم اخلاقی درباره آن‌ها است.

این مکتب فکری، از بُعد فنی، دو رکن اصلی دارد: «احتمال وقوع» نتایج و «ارزش (Value)» نتایج، بدین ترتیب که فاعل (Agent) در هر مورد باید ارزش نتایج هر عمل، ضرب در میزان احتمال وقوع آن‌ها را بسنجد و سپس عملی را که طبق این فرمول، در مقایسه با سایر اعمال، امتیاز بیشتری به دست آورده است، انجام دهد.

ذکر این نکته نیز ضروری است که یکی از مهم‌ترین شاخه‌های نتیجه‌گرایی، «فایده‌گرایی (Utilitarianism)» (سودگرایی) یا «نتیجه‌گرایی فایده‌نگر» نام دارد. شدت شهرت این شاخه (در مقایسه با شاخه‌های دیگر نتیجه‌گرایی) به حدی است که در کلام بسیاری از نویسندگان داخلی و خارجی، «سودگرایی» و «نتیجه‌گرایی» در یک معنا به کار رفته‌اند و بین این دو مفهوم، درهم‌تنیدگی عمیقی دیده می‌شود، اما به هر حال باید در نظر داشت که فایده‌گرایی یکی از شعب نتیجه‌گرایی (و نه خود آن) است، هرچند «تو گفتم دو مغز و یکی پوست‌اند» (۶-۵).

خانواده وی اتخاذ شوند، عضویت فرد در یک خانواده بدین معنی است که شخص از نظر اخلاقی، خود را به گونه‌ای ملزم به تصمیم‌گیری کند که صلاح و منفعت همه افراد در نظر گرفته شود، نه اینکه صرفاً منفعت فردی خود را لحاظ کند. به عنوان مثال، برخی از گزینه‌های درمانی ممکن است پرهزینه‌تر از سایر گزینه‌ها باشد که این امر می‌تواند فشار مالی قابل توجهی را بر خانواده بیمار تحمیل کند. همچنین برخی از درمان‌ها ممکن است زحمت زیادی را برای اعضای خانواده که کار مراقبت و حمایت مستمر از بیمار را انجام می‌دهند، به دنبال داشته باشد. بنابراین بیمار نباید تنها فرد تعیین‌کننده باشد، بلکه تمام اعضای یک خانواده باید در تصمیم‌نهایی بیمار به نحوی دخیل باشند.

این دسته از نویسندگان، در یکی از مهم‌ترین تقسیم‌بندی‌ها به دو گروه قائلین به خودمختاری رابطه‌ای («رویدادی» (Event Model) و خودمختاری رابطه‌ای «فرایندی» (Process Model) تقسیم می‌شوند. در ادامه به بررسی این دو دسته خواهیم پرداخت، اما پیش از بررسی آن‌ها توجه به سه نکته پیرامون خودمختاری رابطه‌ای (فارغ از شاخه‌های آن) ضروری است: اولاً این مفهوم برخاسته از رویکردی نوین در اخلاق پزشکی است و چندان بسیط نیست که بتوان تنها در چند سطر در این مقاله به بیان کامل آن پرداخت، بلکه بررسی شایسته آن، نیازمند نوشتاری تفصیلی و جداگانه است و در این مقاله در حد ضرورت به توضیح آن خواهیم پرداخت؛ ثانیاً این نظریه در ماهیت و از حیث انواع و ارکان هنوز دسته‌بندی و ساختار لازم را نیافته است و بین خود قائلین به آن نیز چنددستگی و اختلاف‌نظر وجود دارد (۷)، البته نظریه مزبور آنچنان نیز نابالغ نیست که شایسته بررسی نباشد، به ویژه اینکه قدر متیقنی از نظرات مختلف در این جرگه قابل برداشت است. گفتنی است یکی از نویسندگان خارجی در ابتکاری ستودنی، با انجام پژوهشی در این رابطه، ضمن نشان دادن شدت اختلاف نظر پیرامون «خودمختاری رابطه‌ای» در میان نویسندگان کشورهای مختلف، به این نتیجه رسیده است که اگرچه قدر متیقنی از نظرات نویسندگان قابل برداشت است، اما «به هر حال برای دستیابی به اجماع در مورد

۲. خودمختاری: خودمختاری در بیان ما به دو نوع خودمختاری فردی و خودمختاری رابطه‌ای تقسیم می‌گردد که در ادامه به بررسی آن‌ها خواهیم پرداخت.

۱-۲. خودمختاری فردی: خودمختاری فردی با توجه به آنچه در مقدمه پیرامون آن ذکر شد، نیازمند تعریف تفصیلی و تکرار نا به جای آنچه سایر نویسندگان آورده‌اند، نیست. در واقع درج این بند در اینجا به انگیزه برجسته‌سازی نقطه مقابل آن، یعنی خودمختاری رابطه‌ای است. اجمالاً متذکر می‌گردم، خودمختاری (در معنای فردی) به معنای اختیار بیمار در پذیرش یا رد درمان و نیز حق وی مبنی بر اطلاع از روند درمان و اعمالی است که در طول درمان نسبت به جسم (و احیاناً روان) وی صورت می‌پذیرد. بدیهی است اختیار وی در فراز نخست نیز چهره‌ای از «حقوق» وی است.

در اینجا ذکر دو نکته پیرامون «خودمختاری در سطح فردی» ضروری است: اولاً با فرض اهلیت‌داشتن بیمار و هوشیاری وی (فقدان حالت کما یا فقدان موارد اورژانس)، این اختیار، مختص خود وی به صورت قائم به شخص است و به هیچ شخص دیگری، اعم از اعضای خانواده، دوستان، بیگانگان و... تعلق ندارد و حداکثر بتوان در مواردی کم‌اهمیت، نمایندگی «قراردادی» را در مورد آن پذیرفت؛ ثانیاً توجه شود که در نوشته‌ها و تألیفات مرتبط (خصوصاً تألیفات فارسی)، اصولاً هر کجا واژه «خودمختاری» به صورت مطلق و بدون قید به کار می‌رود، به طور پیش‌فرض به «خودمختاری فردی» معطوف و منصرف است (۱).

۲-۲. خودمختاری رابطه‌ای: خودمختاری در دیدگاه برخی از نویسندگان معاصر، به ویژه روان‌پزشکان و روان‌شناسان فعال در حوزه اخلاق و حقوق، در بُعد اجتماعی و با در نظر گرفتن موقعیت افراد در میان اطرافیان و گروه‌هایی که در آن قرار دارد (به طور ویژه خانواده)، تعریف و بیان می‌شود. این نویسندگان معتقدند به دلیل اینکه تصمیمات پزشکی در مورد یک بیمار، اغلب تأثیری چشم‌گیر بر منافع اعضای خانواده آن بیمار بر جای می‌گذارد، این تصمیمات باید با در نظر گرفتن منافع پزشکی و غیر پزشکی بیمار و نیز منافع سایر اعضای

چگونگی ایجاد فرایند تصمیم‌گیری ساختاریافته و استاندارد [به عنوان خودمختاری رابطه‌ای]، تحلیل بیشتری لازم است» (۷)، به علاوه چنانکه در مقدمه ذکر شد، نگارندگان این مقاله به تألیفات قابل توجهی پیرامون این نظریه، در میان نویسندگان فارسی دست نیافتند و عمده مباحث در منابع خارجی ملاحظه شده است، البته شایان ذکر است، بسیاری از نویسندگان داخلی به ویژه مددکاران اجتماعی و روان‌کاوان، «به صورت موردی» و بدون آنکه مفهومی به نام «خودمختاری رابطه‌ای» در ادبیات آن‌ها نهادینه و نظریه‌پردازی شده باشد، در مقالات خود «تا حدی» به نتایجی دست یافته‌اند که قائلین به خودمختاری رابطه‌ای، خواهان آن هستند، مانند آنکه شخصی بدون آگاهی از مفهوم «حق حبس» در معاملات معوض و با بررسی تجربی و مستمر داد و ستد اشخاص حکم کند که «به نظر می‌رسد عادلانه است که در صورت عدم پرداخت ثمن، فروشنده نیز بتواند از تحویل مبیع خودداری کند.» خلاصه آنکه در میان نویسندگان فارسی، به آثار و فواید دخالت خانواده در روند درمانی انواع خاصی از بیماران، بدون آنکه چنین سازوکاری در قالب «خودمختاری رابطه‌ای» یا نظریه‌ای مستقل و اصیل تبلور یافته باشد، آن هم به صورت موردی اشاره شده است (۱۴-۸). همچنین به منظور مشاهده یکی از معدود مواردی که در نوشتارهای فارسی (به عنوان تألیف و نه ترجمه)، این عبارت به طور مخصوص (و البته بسیار گزرا و سطحی) در بحث خودمختاری آورده شده است (۴)؛ ثالثاً اگرچه خودمختاری رابطه‌ای و احکام آن در مورد بیماران بالغ و ذی‌صلاح نیز تجویز و توصیه شده است و منحصر به قشر خاصی از بیماران نیست، اما یکی از عواملی که زمینه‌ساز مطرح‌شدن مفهوم خودمختاری رابطه‌ای شده، چالش‌های مربوط به بیمارانی است که دچار اختلالات خاص روانی هستند، بیمارانی که از نظر قانونی، ظاهراً واجد اهلیت هستند، اما اقدامات آن‌ها کاملاً برخلاف مصالح عالی‌ه ایشان است. نقطه‌عطف دیدگاه مذکور، استناد به «اختلالات خودآسیب‌رسان (از نوع خودسازگار (-Self-Harming Ego-Syntonic Disorder))» است، در اختلالات خودآسیب‌رسان

خودسازگار، فرد همواره تمایل به آسیب‌رساندن به خود را دارد، اما این رفتار با هنجارها و روان وی «سازگار» است و وی را آزار نمی‌دهد. به عبارت دیگر در اختلالات خودسازگار، ماهیت آسیب و رفتارهای بارز آن مانند خودجرحی، انکار نفس (Self-Abnegation/ Self-Renunciation) و... با هویت شخصی و «خویشتن» فرد سازگار است (در مقابل، اختلالات «خودسازگار» جایی رخ می‌دهند که رفتارهای اختلالی، به شکلی غیر مرتبط و در تعارض با حسی که فرد نسبت به خویش دارد، مشاهده می‌شوند). برخی از اندیشمندان حقوقی با رویکرد روان‌شناختی خاص خود معتقدند افراد بسیاری هستند که از جهت معیارهای سه‌گانه قانونی (صغر، جنون و سفه)، واجد «اهلیت» شناخته می‌شوند: به سن قانونی رسیده‌اند؛ رفتار غالب و روزمره ایشان بسان عاقلان است و نیک می‌دانند که ڈر و گهر را نباید به ثمن بخش فروخت و خلاصه آنکه اگر پزشک قانونی از حیث جنون یا سفاهت، ایشان را با معیارها و سنجه‌های سنتی بیازماید، از این آزمون‌ها سربلند بیرون می‌آیند. با وجود این، ممکن است بعضی از همین افراد دچار اختلالات خاصی (که ذکر شد) باشند، به طوری که تصمیم‌گیری‌های آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. این نویسندگان متعاقباً نتیجه می‌گیرند که خودمختاری در مورد این افراد با توجه به اختلالاتی که دچارند، باید به صورت ارتباط‌مند و با مشارکت نزدیکان و خانواده آن‌ها و به طور کلی با لحاظ‌کردن نظر اعضای دخیل در محیط زندگی ایشان تعریف و اعمال شود. در واقع نویسندگان فوق معتقدند معیارهای سنتی برای سنجش اهلیت افراد، کافی نیست و به عبارتی، جامع همه ناهلان نمی‌گردد.

این رویکرد، در بُعد ماهوی و ثبوتی، لاجرم به دو گونه قابل تحلیل است: از یک دیدگاه می‌توان گفت که قائلین به رویکرد مزبور، مفهوم وسیع‌تری از «اهلیت» را مد نظر دارند و افرادی را که به این‌گونه اختلالات مبتلا هستند، نیز فاقد اهلیت می‌دانند. در این صورت آثار و احکام افراد فاقد اهلیت بر آن‌ها بار می‌گردد. به عنوان مثال ممکن است تصمیمات انشایی آن‌ها «به واسطه فقدان قصد» باطل یا صرفاً در موارد خاصی،

«فرایندی» تقسیم می‌شوند. در ادامه به بررسی این دو دسته خواهیم پرداخت.

در دیدگاه گروه نخست، بیمار پس از مشورت با اعضای خانواده و در نظر گرفتن مصالح آن‌ها، در یک رویداد واحد (به طور معمول: امضانمودن یا امضانمودن بر گره رضایت‌نامه) خودمختاری خود را اعمال می‌کند و از آن پس، دیگر صحبتی از خودمختاری و اخذ رضایت نخواهد بود. لازم به ذکر است یکی از خصیصه‌های فرعی در این نوع، آن است که تصمیم‌گیرنده نهایی همچنان خود بیمار است، مگر اینکه وی در تصمیم‌گیری خود باید منافع خانواده را نیز لحاظ کند یا به نظر گرفتن منافع ایشان تشویق شود. برخی نویسندگان با تکیه بر نظریات مختلف در این حوزه معتقدند: «صمیمیت و تعهد متقابل به عنوان دو رکن اساسی نهاد خانواده احساس مسئولیت اخلاقی را بین اعضای خانواده ایجاد می‌کند و این امر اهمیت در نظر گرفتن منافع خانوادگی در تصمیم‌گیری‌های پزشکی را دوچندان می‌کند» (۱۶).

اما گروه دوم معتقدند شکل صحیح اعمال خودمختاری رابطه‌ای باید به صورت یک «فرایند» باشد، در مدل فرایندی تصمیم‌گیری، اولاً پزشک، بیمار را در آنات و مراحل مختلف درمان، در جریان کار قرار می‌دهد و تنها به اخذ یک رضایت اکتفا نمی‌شود (تصمیم‌گیری «حقیقتاً مشارکتی Genuinely Collaborative Decision-making»؛ ثانیاً «اعضای خانواده نه به عنوان گروهی مجزا که منافعشان باید با منافع بیمار در تقابل قرار بگیرد، بلکه کسانی هستند که نقشی جدایی‌ناپذیر در فرایند تصمیم‌گیری دارند. با درگیر شدن اعضای خانواده در فرایند تصمیم‌گیری، به بیمار کمک می‌شود که به شناختی روایت‌گونه (Narrative) از نفس خود برسد و دوباره با ارزش‌های خویش ارتباط برقرار کند، به طوری که این ارزش‌ها در انتخاب‌های وی نمود معنایی پیدا کنند» (۱۷).

گروه دوم در واقع در پی انتقاد از گروه نخست برآمده و از آن رهگذر، اصالت یافته‌اند. یکی از نویسندگان با ظرافت فکری خاص خود بر مدل رویدادی خودمختاری رابطه‌ای (گروه نخست) خرده گرفته و بیان داشته است: «فائلین فعلی

غیر نافذ باشد؛ تحلیل دوم آنکه از دیدگاه ایشان، برخی افراد «واجد اهلیت» را می‌توان یافت که تصمیمات درستی در زندگی حقوقی و اجتماعی خود نمی‌گیرند و نتیجه اقدامات آن‌ها به ضررشان تمام می‌شود، اما به هر حال اهلیت قانونی را دارند، لذا در مورد آن‌ها باید راهکار حمایتی جداگانه‌ای در نظر گرفته شود.

از میان دو تعبیر فوق، نظر نخست منطقی‌تر به نظر می‌رسد، چراکه قطعاً هدف مقنن از تشریح و ابداع مفاهیم اهلیت و عدم اهلیت، همانا حمایت از کسانی است که به دلیل ضعف قوای دماغی، در معرض خطر هستند و تصمیماتشان به طور بالقوه برای ایشان مسأله‌ساز (Problematic) تلقی می‌گردد. در این بیان و از این حیث، وجه ممیزه‌ای به نفع عناصر سنتی عدم اهلیت (صغر، جنون و سفه) در برابر اختلالات خودآسیب‌رسان متصور نیست و بین این اختلالات و (مثلاً) صغر، این‌همانی وجود دارد. کم‌اینکه در ادبیات این‌گونه نویسندگان، در صحبت از اختلالات اینچنینی، به عدم «اهلیت خودمختاری (Autonomy Competencies)» اشاره شده است، چنانکه گفته شده است: «اهلیت خودمختاری بیش از آنکه به طور انفرادی و در نتیجه «درون‌نگری‌های تک‌گویانه (Monological Introspection)» به دست آید، به صورت اجتماعی و در فرایند جامعه‌پذیری (Socialization) کسب می‌شود» (۱۵).

شاید یکی از عللی که اختلالات خودآسیب‌رسان در عداد عوامل زائل‌کننده اهلیت در نظر گرفته نشده است، آن باشد که این اختلالات به دلیل درون‌فردی (Interpersonal) بودن، به طور ناخودآگاه فاقد اثرات منفی ملموس در زندگی حقوقی فرد محسوب می‌شوند و اکنون با مطرح شدن درخواست بیماران خودآزار از تیم پزشکی مبنی بر عدم درمان، جنبه‌های اخلاقی و حقوقی تصمیمات پزشکان در مورد آن‌ها در قانون توجهات قرار گرفته است.

در هر حال و گذشته از زمینه‌های بروز مفهوم خودمختاری رابطه‌ای، قائلین به این رویکرد، چنانکه ذکر شد، در یکی از مهم‌ترین تقسیم‌بندی‌ها، خود به دو گروه قائلین به خودمختاری رابطه‌ای «رویدادی» و خودمختاری رابطه‌ای

می‌کند، اما با توجه به ضرورت انجام معاینه دقیق‌تر از طریق جراحی، به انجام جراحی صرفاً به انگیزه مزبور (معاینه) رضایت می‌دهد. پزشکان حین عمل جراحی، ضمن معاینه، تومور را نیز برمی‌دارند و چندی پس از این عمل جراحی، بیمار دچار قانقاریا و متعاقباً مشکلاتی در بازوی چپ خود می‌شود و این امر در نهایت به قطع انگشتان دست وی می‌انجامد.

در پی این اتفاق ناگوار، بیمار علیه هیأت امنای بیمارستان نیویورک طرح دعوا نمود. صرف نظر از اینکه از حیث آیین دادرسی، این دعوا می‌بایست به طرفیت خود پزشکان (و نه بیمارستان) اقامه می‌شد و تنها به همین دلیل رد شد، اما قاضی پرونده در مورد اصل حق اشلوندورف بر بدن خویش چنین رأی داد: «هر انسان بالغ و عاقلی حق دارد در این خصوص که در روند امور پزشکی و درمانی، چه اعمالی با بدن وی می‌توان انجام داد، تصمیم‌گیری کند و جراحی که بدون رضایت بیمار عملی را نسبت به بدن بیمار انجام می‌دهد، مرتکب ایراد جرح عمدی شده است و از این حیث مسئولیت خواهد داشت...» (۱۵).

چالش فوق در بسیاری موارد دیگر نیز مطرح شده است و منحصر به این پرونده نیست. به عنوان مثال، گاهی اوقات در طول یک عمل جراحی، ممکن است پزشک اتفاقاً با مواردی غیر مرتبط با موضوع جراحی مانند یک آنوریسم رگ خونی، رو به رو شود. در چنین شرایطی، از یک دیدگاه می‌توان گفت که بهترین کار آن است که پزشک به این موارد نیز بپردازد (به عنوان مثال آنوریسم را درمان کند)، زیرا این کار، بیمار را عملاً از انجام یک عمل جراحی جداگانه بی‌نیاز می‌کند و خلاصه کلام، به «سود» وی تلقی می‌شود. با این حال در سمت مخالف و از دیدگاهی دیگر ممکن است استدلال شود که اگر جراح قبلاً این احتمال را با بیمار در میان نگذاشته باشد (و مورد از موارد فوریت‌های پزشکی نیز نباشد)، به نظر می‌رسد اقدامات اضافی و افزون بر قرارداد جراحی، نقض «خودمختاری» بیمار محسوب می‌شود.

در وهله اول به نظر می‌رسد استدلال نخست در بند فوق، به دلیل تمرکز بر نتایج و فواید بیشتر، منطبق با رویکرد

خودمختاری رابطه‌ای (رویدادی)، همچنان در تنگنای مفهوم فردگرایی مستتر در دکترین رضایت آگاهانه گرفتار هستند...، چراکه در دیدگاه آن‌ها، [این] بیمار [است که] به طور کلی در موقعیتی آسیب‌پذیر قرار دارد و نیازمند حمایت و محافظت است. تمامی این خط‌مشی‌ها دربرگیرنده فرضیه‌ای به نفع اختیار بیمار در تصمیم‌گیری هستند، هرچند اذعان می‌شود که منافع خانوادگی باید تا حدی در فرایند تصمیم‌گیری در نظر گرفته شود» (۱۷). این نویسنده در بیان چرایی اشتباه و انحراف گروه نخست، استدلالی می‌آورد که جالب توجه است؛ به گفته او، «مشکل [آن‌ها] این است که اخلاق پزشکی در سایه دکترین «قانون‌مآبانه» رضایت آگاهانه و با آن ادبیات، بسط یافته [و مورد تنظیم‌گری واقع شده] است، دکترینی که به نوبه خود مبتنی بر نمایه‌ای «فردی» به جای «خانوادگی» است، در نتیجه [با چنین دیدگاهی،] خانواده معمولاً به شکل مجموعه‌ای متشکل از منافع رقابتی تصور می‌شود که منجر به بحث و جدل اخلاق‌گرایان در مورد مزایای نسبی منافع رقابتی می‌گردد...» (۱۷).

در بیان و تعریف مفهوم خودمختاری رابطه‌ای، به همین میزان اکتفا می‌کنیم. در ادامه، به بررسی دو نوع خودمختاری (فردی و رابطه‌ای) به شرح فوق از دیدگاه نتیجه‌گرایانه خواهیم پرداخت.

**۳. نتیجه‌گرایی و خودمختاری؛ بازخوانی چند پرونده:** به فراخور انواع معرفی‌شده از خودمختاری (فردی و رابطه‌ای)، موقع نتیجه‌گرایی را در ارتباط با هر کدام مورد بررسی قرار می‌دهیم.

### ۱-۳. نتیجه‌گرایی و خودمختاری فردی (Individual Autonomy)

در سال ۱۹۰۸ زنی به نام «ماری اشلوندورف (Mary Schloendorff)» به دلیل ناراحتی معده به پزشک مراجعه می‌کند. پس از بستری‌شدن وی در بیمارستان، پزشکان در تشخیص اولیه، مشکل را ناشی یک تومور فیبروئید (Fibroid Tumor) تشخیص می‌دهند و پیشنهاد انجام جراحی برای برداشتن تومور را با بیمار در میان می‌گذارند. بیمار با انجام جراحی برای برداشتن تومور به صراحت مخالفت



در پاسخ به این پرسش ممکن است به سادگی گفته شود که امور پزشکی در عداد امور تخصصی است و پرواضح است که بیماران در بسیاری موارد مصلحت خود را نمی‌دانند، لذا در این‌گونه موارد نباید به تصمیم بیمار اعتنا کرد.

اما نگاهی عمیق‌تر به بحث، توجه به دو نکته را ضروری می‌سازد: اولاً باید دانست حق بر خودمختاری، حقی است که در خارج از مفهوم «تخصصی بودن امر پزشکی»، به بیمار تعلق دارد و در این خصوص، نوبت به استناد به تخصصی بودن امر طبابت نمی‌رسد: این حق هر فرد است که (با هر اعتقاد و استدلالی که دارد) در مورد اصل انجام درمان خود تصمیم بگیرد، این حق، مقدم بر تخصصی بودن امر تشخیص و درمان است و برخاسته از آن نیست؛ ثانیاً «به فرض اینکه مجاز باشیم از مرز خودمختاری عبور کنیم» و تنها به توصیه و تشخیص پزشک (صرف نظر از درخواست خود بیمار) توجه کنیم، پاسخ این پرسش، حسب اینکه چه تعریف و معیاری در مورد نتیجه «خوب» در نظر بگیریم و درواقع چه چیزی را «نتیجه یا فایده خوب» بدانیم، متفاوت خواهد بود: آیا مدت‌ها غنودن فردی کههنسال بر تخت بیمارستان برای سپری کردن دوران دردناک نقاهت و رسیدن احتمالی به «تندرستی و سلامتی» آن هم مسبوق به پرداخت هزینه‌های گزاف و مشاهده منظره هراس‌انگیز اتاق عمل و کادر درمان که با چهره‌ای مستور، بعضاً در چشم بیمار با پرسشگران شب اول قبر مشتبّه می‌شوند، همان نتیجه خوب یا فایده منظور است؟! یا به عکس، «نتیجه یا فایده خوب» عبارت است از حفظ آرامش پیشین و لذت‌بردن از اندک عمر باقی‌مانده در کنار کسالتی که بیمار، سال‌ها با آن کنار آمده است؟ در این داوری، مسلماً عوامل بسیاری از جمله نوع و شدت بیماری، میزان احتمال موفقیت درمان و عوارض آن و به ویژه «سن بیمار» و... مدخلیت دارد. اینجا است که نتیجه‌گرایان حوزه اخلاق و حقوق پزشکی به ارائه معیارهایی برای تشخیص اینکه «آیا وضعیت یک فرد، ارزش زنده‌ماندن دارد یا خیر» می‌پردازند، چنانکه در ابتدای این بند گفته شد، این بحث، فرع بر نقض خودمختاری بیمار است و هرچند مباحث چالش‌برانگیز و جذابی ذیل آن مطرح می‌شود، اما از آنجا که تخصصاً از بحث

نتیجه‌گرایی، و استدلال دوم، به دلیل اشاره به «قرارداد» منعقد بین پزشک و بیمار، و متعاقباً تأکید بر لزوم پایبندی به اصل «خودمختاری» صرف نظر از نتایج این پایبندی، گویای یک عنصر وظیفه‌گرایانه در حقوق پزشکی باشد، همچنانکه «قراردادگرایی (Contractualism)» یکی از چهره‌های بارز وظیفه‌گرایی محسوب می‌شود.

اما تعمیق در فرایند فکری نتیجه‌گرایی نشان می‌دهد این مکتب فکری (به ویژه رویکرد «قاعده‌نگر» آنکه به وظیفه‌گرایی قرابت می‌یابد) نیز ممکن است «خودمختاری» بیمار را به دلایل «شناختی (Cognitive)» تأیید کند. استدلالی که در اثبات این احتمال، از دیدگاه نتیجه‌گرایی رفاه‌نگر (Welfare Consequentialism) یا لذت‌نگر می‌توان مطرح کرد، آن است که بگوییم به طور کلی، مردم شرایط خود را بهتر از دیگران می‌دانند و اصولاً بیمار در جایگاهی بهتر از پزشک قرار دارد تا بداند بهترین کار برای وی، از حیث ایجاد «رفاه» یا «رهایی از درد»، چیست؛ (توجه شود که «رهایی از درد» در تفکر لذت‌گرایان، روی دیگر سکه «ایجاد لذت» است و خلاصه آنکه این مفهوم نیز در بستر نتیجه‌گرایی لذت‌نگر مطرح می‌شود). پس پزشک و به طور کلی افراد موظف‌اند که خودمختاری بیمار و سایرین را محترم شمارند.

با این حال، مواردی وجود دارد که بیمار در مورد منافع خود اشتباه می‌کند. به عنوان مثال، یک بیمار ممکن است به دلیل ترس از سوزن، از دریافت خون امتناع کند یا به دلیل اعتقاد به قدرت ادعیه و نیایش، مصرف آنتی‌بیوتیک را نپذیرد. از نظر حقوق فعلی، تا هنگامی که بیمار قانوناً واجد اهلیت محسوب می‌شود، پزشکان موظف به احترام به تصمیمات خودمختارانه وی هستند، حتی اگر تصمیم او به رد درمان، به آسیب جدی و حتی مرگ بینجامد.

حال با توجه به دو بند بالا، این پرسش مطرح می‌شود که آیا بر اساس دیدگاه نتیجه‌گرایانه به شرحی که پیش‌تر گفته شد، باید معتقد باشیم که در این‌گونه موارد، تصمیم بیمار نباید قابل اعتنا باشد تا بدین ترتیب نتایج و فواید بیشتری عاید گردد؟

این مقاله خارج است، لذا بررسی آن را به نوشتاری دیگر واگذار می‌کنیم.

اما در ادامه نکته نخست (مقدم‌بودن خودمختاری بر تخصصی‌بودن حرفه پزشکی) و مزید بر آن می‌افزاییم: لذت‌گرایان (به عنوان شاخه‌ای از نتیجه‌گرایان) از جنبه‌های دیگر نیز بر بی‌اعتنایی نسبت به خودمختاری افراد تاخته‌اند، مگر اینکه در گفتمان ایشان به جای «خودمختاری»، از واژگان دیگری همچون «فردیت (Individuality)» استفاده شده است. در این بررسی، ذکر دیدگاه «میل» (John Stuart Mill) (۱۸۷۳-۱۸۰۶ م) پیرامون «فردیت»، بی‌مناسبت نیست:

میل یکی از مشهورترین نتیجه‌گرایان لذت‌نگر بود که معتقد بود: «لذت و رهایی از درد، تنها چیزهای مطلوب به عنوان هدف است.» با این حال، وی اهمیت زیادی برای فردیت و اصالت قائل بود، اگرچه میل در زمینه حقوق و اخلاق پزشکی قلم‌زنی ننموده است، به نظر می‌رسد اولویت‌دادن به خودمختاری افراد به منظور ارتقای رفاه ایشان، در رویکرد نتیجه‌گرایانه وی کاملاً مشهود است. وی در فصل مربوط به آزادی با عنوان، «فردیت، به عنوان یکی از عناصر خوشبختی» می‌نویسد: «کسی که اجازه می‌دهد تا دیگران برنامه زندگی وی را تعیین کنند، به چیزی بیش از توانایی یک میمون در تقلیدکردن نیاز ندارد؛ برعکس، کسی که خود، برنامه زندگی خویشتن را انتخاب می‌کند، با این کار، از تمام توانایی‌های خود استفاده کرده است؛ در این صورت، او باید از مشاهده برای دیدن، از استدلال و قضاوت برای پیش‌بینی، از فعالیت در راستای جمع‌آوری عناصر لازم مانند قوه تمییز برای تصمیم‌گیری استفاده کند و زمانی که تصمیم دلخواه خود را گرفت، با قاطعیت و خویشتن‌داری، آن را عملی سازد. [آری،] ممکن است وی بدون هیچ‌یک از این موارد (بدون به کارگیری قوای ذهنی خود) به راهی نیک سوق داده شود و از گزندها مصون ماند، اما در این صورت [باید دید که] ارزش نسبی او به عنوان یک انسان چقدر خواهد بود؟ این واقعاً مهم است که ببینیم چه نوع انسان‌هایی هستند که چه کارهایی را انجام می‌دهند؛ نه اینکه فقط ببینیم انسان‌ها چه کارهایی انجام

می‌دهند؟ در میان اموری که انسان در راه کمال و بهینه‌سازی آن‌ها به درستی زندگی خویش را به کار می‌گیرد، بی‌گمان خود انسان در درجه نخست از اهمیت قرار دارد» (۱۸). «فردیت با توسعه، ملازمه حتمی دارد... و تنها پرورش فردیت است که انسان‌های توسعه‌یافته را به وجود می‌آورد یا می‌تواند ایجاد کند» (۱۸).

میل به صراحت معتقد است که فردیت یکی از موهبت‌های زندگی است. از نظر وی، فردیت ذاتاً ارزشمند است، زیرا اگرچه ممکن است فردی «در یک مسیر خوب هدایت شود»، یعنی به سعادت برسد، اما این احتمال وجود دارد که همچنان کمبودی بزرگ داشته باشد و آن اینکه زندگی، متعلق به خودش نباشد. اگر شخصی دارای عقل سلیم و تجربه قابل قبولی باشد، روش خود او برای بیان موجودیت وی بهترین روش است؛ نه به این دلیل که آن موجودیت، به خودی خود ارزشمند باشد، بلکه به دلیل اینکه آن روش، مختص خود او است و به تعبیر روانشناسان، وی در وضعیت «خودفرمان (Self-Governing)» است.

ناگفته پیداست که این دسته از نتیجه‌گرایان تا چه میزان برای فردیت یا همان خودمختاری اهمیت قائل‌اند، اما نباید از نظر دور داشت که مقایسه مبنای استدلال نتیجه‌گرایان، دست کم گفتار میل، با مبانی مطرح در وظیفه‌گرایی، تفاوت مهمی را به ما نشان می‌دهد: پیامدگرایان در وهله نخست، به خاطر ارزش ذاتی و درونی خودمختاری، فاعل را به اهتمام و توجه به خودمختاری (فردیت) ترغیب می‌کنند و کمتر به ضمانت اجرای این اصل و تکلیف دیگران مبنی بر احترام‌گذاشتن به خودمختاری فرد، توجه ابتدایی دارند. در واقع نتیجه‌گرایی چنانکه به درستی گفته شده است، تکالیف را متوجه خود «فاعل (Agent)» می‌داند و از وی می‌خواهد که به منظور ارتقای رفاه یا سود یا بهزیستی خود (حسب شاخه نتیجه‌گرایی) در زندگی خویشتن، خودمختار باشد و به فردیت خود اهمیت دهد و شاید اساساً ابداع و استفاده از واژه «فاعل» در این بحث نیز متأثر از همین رویکرد باشد. بدیهی است چنین رویکردی به معنای بی‌توجهی پیامدگرایان به تکلیف دیگران در رعایت

### ۲-۳. نتیجه‌گرایی و خودمختاری رابطه‌ای ( Relational

(Autonomy): فراهم‌شدن فناوری‌های تجزیه و تحلیل سریع و نسبتاً ارزان داده‌های ژنتیک، علمای حقوق و اخلاق پزشکی را با چالش‌های مهمی در خصوص چگونگی کاربرد یافته‌های بازتولیدشده مواجه ساخته است، چالش‌هایی نظیر اطلاعات جدید درباره عمر طبیعی یک وضعیت، تشخیص‌های بهبودیافته (Improved Diagnostics)، حصول نتایج قطعی در مورد آزمایش‌هایی که تاکنون نتیجه مسلمی برای آن‌ها شناخته نشده بود، بازطبقه‌بندی واریانتی (Variant) که ممکن است اساس تصمیم‌گیری‌های مهم قرار گیرد و... همگی مثال‌هایی برای این بحث هستند. به ویژه، این پرسش مطرح می‌شود که متخصصان بهداشت و درمان، همچون متخصصان ژنتیک بالینی، با حصول یافته‌های جدید به شرح فوق، آیا باید دوباره با بیماران سابق تماس برقرار کنند و مراتب را به ایشان یا خانواده آن‌ها اطلاع دهند؟ اطلاعی که ممکن است متضمن خبری تلخ برای آن‌ها باشد.

در میان نویسندگان داخلی و خارجی تاکنون هیچ اتفاق نظری در خصوص چنین مسئولیتی در قبال بیماران سابق و تداخل احتمالی آن با خودمختاری بیمار دیده نشده است. توجه شود که در اخلاق ادبیات ژنتیک بالینی، «حق ندانستن (Right Not to Know)» و محرمانه‌ماندن اطلاعات، یکی از اقتضائات خودمختاری «فردگرایانه» شناخته شده است (۲۰-۱۹)؛ خوانش فردگرایانه از خودمختاری در اینجا دوراهی غامضی را پیش رو می‌نهد: از یکسو چنین خوانشی، حقوق و تکالیف را نیز فردگرایانه تقریر می‌کند و سپس در این راستا ممکن است پزشکان حسب تکالیف فردگرایانه شغلی خود، در میان‌گذاشتن برخی اطلاعات با خانواده بیمار را نیز در زمره تکالیف شغلی خود (و نه از باب رویکرد رابطه‌ای) محسوب کنند و از سوی دیگر در همین فرض ممکن است بیمار حسب خودمختاری (فردگرایانه) درخواست محرمانه‌ماندن اطلاعات را داشته باشد، حتی صرف نظر از اینکه بیماران بخواهند با آن‌ها تماس دوباره برقرار شود یا نخواهند، لزوم احترام به حق آن‌ها مبنی بر «ندانستن»، با توجه به آنچه در بالا ذکر شد، باز هم ممکن

خودمختاری افراد نیست، بلکه در این تفکر، نکوهش نقض خودمختاری افراد و احیاناً تعیین ضمانت‌های اجرایی برای آن، در مرتبه دوم و بالعرض صورت می‌پذیرد، اما در وظیفه‌گرایی، خودمختاری در همان بدو ایجاد، آغشته به مفاهیمی همچون «حق و تکلیف» است و از آن نظر در کانون توجه قرار می‌گیرد و آنگاه که پا به جهان حقوق می‌نهد، به ضمانت‌های اجرایی حقوقی نیز مجهز می‌شود. در واقع در این دیدگاه، از بیرون و در ارتباط با فاعلان دیگر، نسبت به خودمختاری، ارزشگذاری می‌شود.

لازم به ذکر است، آنچه در حقوق ایران، در خصوص «خودمختاری» بیمار قابل استناد است، بند «۴-۱-۳» منشور حقوق بیمار مصوب ۱۳۸۸ است که مقرر می‌دارد: «محدوده انتخاب و تصمیم‌گیری [بیمار] درباره موارد ذیل می‌باشد: قبول یا رد درمان‌های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن، مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان، شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد.»

این حکم در آن بخش که منافع دیگران را مورد توجه قرار داده است، قابل پذیرش به نظر می‌رسد، اما در بخشی که رد درمان در فرض خودکشی را معتبر ندانسته است، جای تأمل دارد، زیرا رد درمان، صرف نظر از علت مراجعه به پزشک، خود نوعاً متضمن خسارت بدنی و اقدام علیه خویشتن و خلاصه اینکه به ضرر بیمار تلقی می‌شود (به خصوص در فرضی که عدم انجام اقدامات درمانی، خطر مرگ در پی داشته باشد) و از این حیث، تفاوتی با خودکشی ندارد و هر دو، اقدامی عامدانه در راستای سلب حیات هستند، پس چگونه است که «رد درمان» در غیر از موارد خودکشی، حتی اگر به مرگ بیمار بینجامد، پذیرفته شده است، اما همین موضوع در فرضی که ضرورت ارجاع بیمار به پزشک، «خودکشی» بوده، مردود است؟! بدین ترتیب به نظر می‌رسد ترتیب مقررشده در بند «۴-۱-۳» منشور حقوق شهروندی از این نظر قابل نقد به نظر می‌رسد.

و در اختیار کادر درمان قرار داد. همه این موارد در حالی بود که پیش‌تر، روان‌پزشکان، وی را مبتلا به اختلال خودآسیب‌رسان، به نام شخصیت مرزی (BPD)، آن هم از نوع غیر قابل درمان تشخیص داده بودند. پس از بستری‌شدن خانم ولتورتن در بیمارستان، پزشکان با توجه به وصیت‌نامه ابرازی از سوی وی و اینکه او طبق قانون حاکم در آن کشور، واجد اهلیت شناخته می‌شد، از انجام مداخلات پزشکی و اقدامات درمانی در مورد او خودداری کردند و وی فردای آن روز فوت کرد (۲۱).

شایان ذکر است در زمان وقوع حادثه، قانونی موسوم به قانون ظرفیت ذهنی (Mental Capacity Act) مصوب ۲۰۰۵ در آن کشور حاکم بود؛ طبق این قانون، ظرفیت ذهنی افراد بر اساس یک آزمون عملکرد ذهنی (Functional Test) مبتنی بر چهار توانایی احراز می‌شود: ۱- درک مطالب؛ ۲- حفظ آن‌ها؛ ۳- استفاده و سنجش؛ ۴- انتقال اطلاعات مربوط به یک تصمیم خاص. به عقیده منتقدین، این معیارها از لحاظ نظری، «فارغ از ارزش (Value-Neutral)» است و طوری طراحی شده‌اند که ارزیابان را از قضاوت در مورد عاقلانه‌بودن یا مناسب‌بودن تصمیم‌های افراد باز می‌دارد (۱۵). گفتنی است در «منشور حقوق بیمار در ایران» (بند ۵-۱-۳ منشور) مصوب ۱۳۸۸ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، از «وصیت‌نامه پزشکی (Advance Directive)» با نام «راهنمای اقدامات پزشکی» یاد شده و در این منشور، خودمختاری بیمار به طور کلی به رسمیت شناخته شده است، اما در موارد خودکشی، امتناع بیمار از دریافت درمان معتبر نیست (بند «۴-۱-۳»).

بحث خودمختاری رابطه‌ای در مورد تولید کودکان ناجی (Saviour Siblings) نیز مطرح شده است؛ کودکان ناجی کودکانی هستند که به منظور اهدای عضو یا اهدای سلول‌های بنیادی خون بند ناف و از طریق تکنیک‌های کمک‌باروری (ART) متولد می‌شوند و از لحاظ ژنتیکی با خواهر یا برادر خود که از یک بیماری ژنتیکی شدید (مانند آنمی فانکونی،  $\beta$ -تالاسمی، سرطان خون و...) رنج می‌برد، سازگار هستند. برای ایجاد یک کودک ناجی باید از روشی به نام تشخیص پیش از

است متخصصان بهداشت و درمان را در یک موقعیت چالش‌آمیز قرار دهد، بدین ترتیب هم‌اینک در ژنتیک بالینی، اجماعی در خصوص این مطلب وجود ندارد که اگر اطلاعات ژنتیکی جدیدی درباره بیماران و اعضای خانواده‌شان کشف شود، آیا باید با بیماران سابق تماس دوباره برقرار کرد یا خیر؟ و همچنین اگر در تحقیقات ژنتیک و بر اساس ژنوم فرد ابتدائاً مشخص شد که وی مستعد فلان نوع بیماری است یا به احتمال فراوان، اعضای خانواده وی نیز همانند او دچار اختلالی خاص و نیازمند اقدامات درمانی یا پیشگیرانه هستند، آیا تصمیم خود فرد مبنی بر محرمانه‌ماندن تحقیقات (که در بستر رضایت آگاهانه و خودمختاری فردی تفسیر می‌شود) همچنان لازم‌الرعایه است؟ اگر وضعیت به شکلی باشد که اقدام پیشگیرانه عاجل، نتیجه‌بخش، ولی تأخیر در اطلاع‌رسانی به خانواده منجر به صدمات برگشت‌ناپذیر به سلامتی آن‌ها شود، چه باید کرد؟

علاوه بر مثال مذکور، چنانکه در بخش تعاریف اشاره شد، یکی از عواملی که زمینه‌ساز مطرح‌شدن مفهوم خودمختاری رابطه‌ای شده است، چالش‌های مربوط به بیمارانی است که دچار «اختلالات خودآسیب‌رسان (از نوع خودسازگار)» هستند، بیمارانی که از نظر قانونی، ظاهراً واجد اهلیت، اما اقدامات آن‌ها کاملاً برخلاف مصالح عالی‌ه ایشان است. اگر چنین بیمارانی علیه خود، دست به اقدامات آسیب‌رسان بزنند و در عین حالی که قانوناً «مجنون» محسوب نمی‌شوند، از دریافت درمان امتناع کنند، چنانکه بارها اتفاق افتاده است، آیا تصمیم ایشان معتبر است؟

به عنوان مثال، در سال ۲۰۰۷ در انگلستان زنی (به نام ولتورتن (Wooltorton)) مقداری اتیلن گلیکول را به قصد خودکشی مصرف کرد و بلافاصله با اورژانس تماس گرفت. وی در یک سال گذشته، نه مرتبه دیگر نیز اقدام به خودکشی کرده و هر بار درمان را پذیرفته بود، اما این بار نامبرده تصمیم به رد درمان گرفت و در این راستا قبل از اقدام به خودکشی، «وصیت‌نامه‌ای پزشکی (Advance Directive)» مبنی بر عدم تمایل به پذیرش درمان و اقدامات نجات‌بخش تنظیم کرد

دوباره با بیماران سابق تأکید دارد)، همچنانکه به درستی گفته شده است: «فهم‌های کنونی از به اشتراک‌گذاری اطلاعات در ژنتیک پزشکی مبتنی بر یک مفهوم‌پردازی نادقیق از بیماران به منزله اموری منفک از دیگران و رها از قیود اجتماعی یا خانوادگی هستند» (۲۲).

در پاسخ به این پرسش‌ها، اولاً نباید فراموش کنیم (چنانکه در بخش تعاریف بیان شد) خودمختاری رابطه‌ای از یک دیدگاه، خود به دو شکل خودمختاری رابطه‌ای «رویدادی» و «فرایندی» منقسم می‌شود و حال باید موقعیت هر کدام از این دو را از دیدگاه نتیجه‌گرایانه بررسی کنیم؛ ثانیاً باید به رویکردی که نتیجه‌گرایی به طور کلی نسبت به خودمختاری (فارغ از شاخه‌های آن) دارد، نیز به درستی دقت نمود، در غیر این صورت ممکن است در مسیر استدلال، به نتیجه‌ای ناصواب برسیم.

گفته شد که در گفتمان بعضی از نتیجه‌گرایان، اولاً خودمختاری با عبارت «فردیت» شناخته می‌شود؛ ثانیاً ارزشمندی این مفهوم (در هر واژه‌ای که تجسم یابد) از جنبه نفس‌آمری آن و بدون توجه به فاعلان دیگر مایه می‌گیرد؛ در چنین نگرشی قاعداً «درون‌فردی» بودن و جوششی بودن تصمیمات یک فرد، جزء لاینفک فردیت وی تلقی می‌گردد و به سختی می‌توان فردی را که تصمیمات دیگران نیز در جنبه‌هایی از زندگی وی می‌تواند مؤثر واقع شود، خودمختار و واجد «فردیت» نامید.

با وجود این، در میان آرای نتیجه‌گرایان، نظرات دیگری را نیز می‌توان یافت. نتیجه‌گرایان جامعه‌نگر، نه از باب رابطه موجود بین عنصر «رابطه‌ای خودمختاری» و «جامعه»، بلکه از نظر لزوم بیشینه‌سازی منافع جامعه و به حداکثر رساندن سودی که در کل، عاید اجتماع می‌شود، خودمختاری رابطه‌ای را منوطاً یا صریحاً تأیید کرده‌اند. به نظر می‌رسد «ندلسکی» (Jennifer Nedelsky) در این جرگه قرار دارد: وی در کتاب خود به نام «رابطه‌ها در حقوق: نظریه‌ای رابطه‌ای نسبت به خود، خودمختاری و حقوق» (Law's Relations: A Relational Theory of Self, Autonomy and Law) به طور مفصل به بحث خودمختاری رابطه‌ای پرداخته و به طور کلی از آن حمایت کرده است. ندلسکی هیچ‌گاه خود را به صراحت،

لانه‌گزینی (PGD) و سپس برای انتقال آن به رحم از روش IVF استفاده نمود. در طی روش PGD، پس از تولید جنین‌ها در آزمایشگاه، از آن‌ها بیوپسی یا نمونه‌گیری انجام می‌شود؛ در مرحله بعد، سلول‌های جدا شده از جنین، از لحاظ ژنتیکی و ژن‌های HLA مورد بررسی قرار می‌گیرد و در صورتی که جنین تشکیل شده، جهش ژنتیکی فرد بیمار خانواده را نداشته و از نظر HLA با خواهر یا برادر بیمار خود سازگار باشد، جنین حاصل از این روش را می‌توان با انتقال به رحم، به عنوان یک کودک نجات‌دهنده مورد استفاده قرار داد (نقل از وبسایت [www.momgene.ir](http://www.momgene.ir)). چنانکه مشهود است کودکی که بر این نمط، دیده به جهان می‌گشاید، هیچ دخالتی در تصمیم‌گیری سرنوشت‌سازی که سرانجام، نه تنها وجود وی، بلکه نقش او را در خانواده تعیین می‌کند، ندارد. نواندیشان حوزه اخلاق پزشکی با اشاره به این موقعیت آسیب‌پذیر و وحدت ملاک آن با وضعیت یک «بیمار»، نتیجه می‌گیرند که دخالت دیگران در فرایند تصمیم‌گیری، به منظور حفظ منافع کودک ناجی ضروری است.

به طور کلی، چنانکه پیش‌تر در تعریف خودمختاری رابطه‌ای ذکر شد، برخی حقوقدانان با استناد به کلیه مصادیق یاد شده و امثال آن‌ها، بر خصیصه «فردی بودن» خودمختاری تاختند و از معنایی نوین به نام «خودمختاری رابطه‌ای» رونمایی کردند. اکنون نیازمند تکرار آنچه در بخش تعاریف بیان شد، نیستیم، اما آنچه در اینجا شایسته بررسی است، آنکه آیا چنین خوانشی از خودمختاری می‌تواند در مرام‌نامه نتیجه‌گرایان جایگاهی داشته باشد؟

تلقی‌های فردگرایانه از خودمختاری و محرمانگی، افزون بر اینکه پاسخی به این پرسش‌ها نداده‌اند (به عنوان مثال، این پرسش که آیا در خصوص یافته‌های جدید ژنتیکی در آینده، برقراری تماس دوباره را باید یک اقدام بالینی شایسته محسوب و حمایت کرد یا خیر؟ و اگر بلی، چگونه؟) به راه حل‌های عملی برای این پرسش‌ها نیز نائل نیامده‌اند (البته در این خصوص تنها سند موجود، اعلامیه‌ای است که ابتدا در سال ۱۹۹۹ توسط «کالج ژنتیک پزشکی آمریکا» (ACMG) منتشر شده است. این سند بر مشکلات خاص برقراری تماس

خودمختاری همان خودمختاری فردگرایانه محسوب می‌شود. همچنین وی عنوان جداگانه‌ای را به بررسی این پرسش اختصاص داده است که «آیا خودمختاری رابطه‌ای، یک فرایند درونی است یا یک معیار بیرونی یا هیچ کدام یا هر دو؟» (۲۴). او در این داوری پاسخ قاطع و شفافی ارائه نمی‌دهد و به نسبی بودن بیرونی یا درونی بودن هر تصمیم یا انتخاب اشاره می‌کند. از نظر نامبرده، در هر انتخاب و تصمیم، از یکسو می‌توان شاهد استقلال و خودمختاری بود، اما از سوی دیگر برخی انتخاب‌ها متضمن التزام به قواعد اخلاقی، اداری یا مذهبی خاصی هستند که ممکن است تحدیدی بر خودمختاری تلقی شود. به عنوان مثال، آزادی در انتخاب شغل، از یکسو خودمختاری و از سوی دیگر گردن‌نهادن به انضباط شغلی و قواعد آن شغل است. پس آزادی در انتخاب شغل، از جنبه بیرونی، جنبه خودمختارانه دارد، اما از حیث درونی فاقد آن است (۲۴).

همچنین ندلسکی برخلاف میل، خودمختاری را لزوماً بالاترین ارزش نمی‌داند و جالب آنکه بر چنین اعتقادی، اصرار و تصریح نیز کرده است و بیان می‌دارد: «نباید خودمختاری را همیشه بالاترین ارزش تلقی کرد» (۲۴). به همین دلیل، چنانکه در بندهای پیشین از منتقدین وی نقل کردیم، در دیدگاه ندلسکی، علاوه بر خودمختاری، ارزش‌های اصلی دیگری نیز وجود دارند و او اولویتی میان آن‌ها قائل نمی‌شود. خلاصه آنکه ندلسکی از حیث میزان اهمیتی که برای خودمختاری قائل می‌شود، با بسیاری از نویسندگان نتیجه‌گرا تفاوت نظری دارد. چنانکه مشهود است، نویسندگانی همچون ندلسکی، در دیدگاه نتیجه‌گرایانه نیز سهمی برای خودمختاری رابطه‌ای (با تمامی اما و اگرهای آن) قائل هستند. در واقع در بحث ما، این نویسنده به عنوان نماینده دیدگاهی از نویسندگان دگراندیش در حوزه خودمختاری رابطه‌ای به شمار می‌آید.

با عنایت به نظرات نویسندگان فوق، در این خصوص دو استدلال در عرض یکدیگر به ذهن می‌رسد: نخست آنکه قائل باشیم خودمختاری رابطه‌ای و دخالت در تصمیم‌گیری‌های مربوط به بیمار، «حق» مرتبطین و نزدیکان

نتیجه‌گرا (یا سودگرا) معرفی نکرده است، اما شارحان و ناقدان کتاب وی با استناد به ارکان مکتب فکری وی و نحوه استدلال ندلسکی، وی را به درستی نتیجه‌گرا دانسته‌اند. گفته شده است: «ارزیابی یک کنش یا فعالیت انسانی بر حسب تأثیر علی، از جمله تأثیر آن بر روابط، یکی از گونه‌های رویکرد فلسفی هنجاری موسوم به «نتیجه‌گرایی» است... مشهورترین نظریه نتیجه‌گرایانه، سودگرایی است. طبق سودگرایی، ارزش غایی، سعادت یا بهزیستی آدمی است و همه افعال آدمی باید بر حسب اینکه آیا بهزیستی او را ارتقا می‌دهند، ارزیابی شوند، اما در نزد ندلسکی، پیامدهایی که اهمیت دارند، ارزش‌هایی هستند که در روابط بین‌فردی (Interpersonal) محقق می‌شوند. ندلسکی هرگز از رویکردش با عنوان پیامدگرایی یاد نمی‌کند، اما با واژگانی متفاوت به پذیرفتن این بُعد نزدیک می‌شود؛ آنجا که حق‌ها را «بزارگونه» و «نهادی مختص اجرای ارزش‌ها» توصیف می‌کند... آنچه رویکرد ندلسکی را در میان پیامدگرایان متمایز می‌کند، تأکید وی بر جنبه رابطه‌ای برخی مفاهیم است. پیامدهایی که برای او اهمیت دارند، ارزش‌های اصلی در روابط بین‌فردی‌اند. همچنین پیامدهای مرجح ندلسکی کثرت‌گرایانه (Pluralist) هستند. ارزش‌های اصلی متعددی وجود دارند و او اولویتی میان آن‌ها قائل نمی‌گردد» (۲۳).

اگرچه ندلسکی در کتاب خود به کرات از «فرایندهای پویا» و روابط متقابل (Dynamic Processes and Interactive Relations) سخن به میان آورده، اما هیچ‌گاه این اصطلاح را در برابر «خودمختاری رویدادی» به کار نبرده است. با وجود این، از نحوه نگارش کتاب و فحوای کلام به خوبی پیدا است که «فرایندی» بودن خودمختاری در دیدگاه وی، یک پیش‌فرض و امر اثبات شده است، به طوری که نیاز به گفتگوی بیشتری در این زمینه احساس نکرده است، چنانکه گفته است: «رویکرد مالکانه از نوع مالکیت خصوصی، نسبت به خودمختاری، چنانکه در تفکر سنتی لیبرال مشهود است، در رویکرد من، با «فرایندهای پویا و روابط متقابل» جایگزین شده است» (۲۴). در این سخن، منظور از مالکیت خصوصی نسبت به

می‌کند که در موقعیت اجتماعی قرار گرفته است؛ شخصی که تصمیماتش از طریق جامعه شکل گرفته است و آن تصمیمات [ برای جامعه پیامدهایی دارد و منافع صرفاً منافع شخصی نیست. چنین قرائتی از خودمختاری، تصمیم‌گیری را تحت رهنمودهای اخلاق مراقبت و مسئولیت اخلاقی ترویج می‌کند. به موجب این قرائت، شخص به مثابه یک فرد محترم شمرده می‌شود، اما از حیث حقوقی و فعالیت بالینی، تشویق می‌شود که موقعیت اجتماعی را نیز مد نظر خود قرار دهد. «به نحوی که هم خود و هم محیط اجتماعی و طبیعی خود را شکوفا کند» اینکه این مفهوم‌پردازی دوباره از خودمختاری بتواند در عمل به کار گرفته شود، بستگی به این دارد که تصور ما («ما» به عنوان یک مقام فعال، مشارکت‌کننده، بیمار، سیاستگذار یا اعضای جامعه) از آنچه باشد و انتظار انجام چه کاری را داشته باشیم» (۲۶).

استدلال اخیر با مبانی متداول و شناخته‌شده حقوق بیمار سنخیت بیشتری دارد و در نهایت مقبول‌تر به نظر می‌رسد، اما نباید فراموش کنیم که (به طور کلی) سازگاری یک استدلال با مبانی فعلی و شناخته‌شده نباید ملاک منحصر در داوری و ارزشگذاری قرار گیرد، آنچه زیننده نظام حقوقی هر کشور است، ترقی و تضارب آرا به منظور هم‌گامی با واقعیات هر عصر است و این زیندگی و هم‌گامی، صرفاً صوری و تئوری نیست و فایده عملی آن در زندگی بهتر و تعالی سطح زندگی آحاد جامعه نمود خواهد داشت، بدین ترتیب هیچ منعی وجود ندارد که در صورت ضرورت، با قرائتی نو و اجتهادآمیز از مبانی سنتی حقوق و اخلاق پزشکی، حصار کهن از نظام حقوقی را شکست و با تفسیر مبانی سنتی و فقهی به گونه‌ای سازگار با اقتضائات عصر فعلی، در ارتقا و اعتلای نظام پزشکی و اخلاق زیستی کشور اقدام نمود.

### نتیجه‌گیری

لزوم احترام به خودمختاری بیماران و اشخاصی که وارد فرایند تحقیقات پزشکی و بالینی می‌شوند، در هر یک از مکاتب فکری به نحوی پذیرفته شده است و منافاتی با مبانی مکتب فکری خاصی ندارد.

بیمار است، لذا در این رویکرد، فردیت و خودمختاری بیمار دستخوش تخصیص و تعرض نمی‌گردد، بلکه خودمختاری وی تخصصاً از بحث خارج است؛ تصمیم‌گیری پیرامون امور درمانی و بالینی از ابتدا به طور انحصاری در اختیار بیمار نبوده است تا دخالت دیگران در آن تصمیم‌گیری، نقض اختیار مزبور شمرده شود، بلکه نزدیکان بیمار حقی را اصالتاً دارند و اکنون در حال اعمال آن هستند.

این رویکرد، تعارضات بین مبانی نتیجه‌گرایی و خودمختاری رابطه‌ای را تا حد زیادی مرتفع می‌کند و البته تا حدودی به خودمختاری رابطه‌ای فرایندی (چنانکه کوچفسکی (Mark G. Kuczewski) و گیلبار (Roy and Ora Gilbar) آن را روایت می‌کنند) (۲۵)، قرابت می‌یابد، اما به دلیل قائل شدن حقی مستقل برای مرتبین بیمار، به دشواری می‌توان آن را پذیرفت؛ انسان‌ها در روابط خانوادگی و دوستانه، دل‌بستگی‌های گونه‌گونی به یکدیگر دارند و در این هم‌زیستی، هر یک از خویشان نزدیک تا حدی بار مشکلات دیگری را به دوش خواهد کشید و خلاصه آنکه «چو عضوی به درد آورد روزگار، دگر عضوها را نماند قرار»، اما این واقعیت، هر اندازه شفاف و مبرهن، موجد «حق» رأی (به طور تحمیل‌شونده) به نفع نزدیکان بیمار برای تصمیم‌گیری در مورد وی تلقی نمی‌شود و چنین استنتاجی دور از ذهن به نظر می‌رسد، هرچند اصل خودمختاری رابطه‌ای «فرایندی» از نظر ما لزوماً مردود نیست. به عبارت دیگر خودمختاری رابطه‌ای «فرایندی» برای مرتبین، لزوماً حق رأی مستقل و تحمیل‌شونده قائل نیست.

استدلال دوم استفاده از مبانی خود نتیجه‌گرایی است: تصمیم‌گیری مشارکتی و ارتباطمند در مورد بیمار، در نهایت فواید و نتایج بیشتر و بهتری برای (حسب مورد) بیمار یا خانواده و اجتماع پیرامونی وی به ارمغان می‌آورد. در واقع در این استدلال، با سوق دادن نتیجه مطلوب به سمتی جدید (گروه و خانواده و...) و بازتعریف «منتفعین»، خودمختاری رابطه‌ای در سیطره نتیجه‌گرایی تبیین و پذیرفته می‌شود. در این خصوص استدلال شده است: «خودمختاری رابطه‌ای ارزش هنجاری و تحلیلی والاتری را نسبت به خودمختاری فردی عرضه می‌کند. بدین طریق که فهم وسیع‌تری را از شخصی ارائه

احترام‌گذاشتن به خودمختاری فرد، توجه ابتدایی دارند. در واقع نتیجه‌گرایی، تکالیف را متوجه خود «فاعل» می‌داند و از وی می‌خواهد به فردیت خود اهمیت دهد؛ در این تفکر، نکوهش نقض خودمختاری افراد و احیاناً تعیین ضمانت‌های اجرایی برای آن، در مرتبه دوم و بالعرض صورت می‌پذیرد، اما در وظیفه‌گرایی، خودمختاری ابتدائاً در بستر «حق و تکلیف» ایجاد می‌گردد. در واقع در این دیدگاه، از بیرون و در ارتباط با فاعلان دیگر، نسبت به خودمختاری، ارزشگذاری می‌شود.

خودمختاری «رابطه‌ای» تاکنون از دیدگاه نتیجه‌گرایانه بررسی نشده است و در نگاه نخست باید پذیرفت که این نوع خودمختاری، با آنچه تحت عنوان «فردیت» در نتیجه‌گرایی شناخته می‌شود، معارض به نظر می‌رسد. با این حال، در هماهنگ‌سازی خودمختاری رابطه‌ای با مبانی نتیجه‌گرایی می‌توان گفت تصمیم‌گیری مشارکتی و ارتباط‌مند در مورد بیمار، در نهایت فواید و نتایج بیشتر و بهتری برای (حسب مورد) بیمار یا خانواده و اجتماع پیرامونی وی به ارمغان می‌آورد. در واقع در این استدلال، با سوق دادن نتیجه مطلوب به سمتی جدید (گروه و خانواده و...) و بازتعریف «منتفعین»، خودمختاری رابطه‌ای در سیطره نتیجه‌گرایی تبیین و پذیرفته می‌شود. در واقع خودمختاری رابطه‌ای ارزش‌هنجاری و تحلیلی والاتری را نسبت به خودمختاری فردی عرضه می‌کند، بدین‌طریق که فهم وسیع‌تری را از هر شخص ارائه می‌کند. تصمیمات اشخاص از طریق جامعه شکل گرفته است و آن تصمیمات برای جامعه پیامدهایی دارد، لذا با دخالت دادن دیگران مهم و مرتبطین بیمار در تصمیمات، می‌توان منافع گروهی را به حداکثر رساند.

لازم به توضیح است مقاله حاضر مستخرج از رساله دوره دکتری آقای امین قاسم‌پور با موضوع «نتیجه‌گرایی و حقوق پزشکی»، مصوب در گروه حقوق خصوصی دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران به راهنمایی دکتر محمدحسن صادقی مقدم و مشاوره آقایان دکتر محمود کاظمی و حسن بادینی می‌باشد.

خودمختاری به طور رسمی در وظیفه‌گرایی و قراردادگرایی مطرح و پذیرفته شده است، بدین‌معنا که پزشک و متخصصان امر بهداشت و درمان وظیفه دارند که طبق قرارداد و بنا بر تعهدات شناخته‌شده‌ای که نسبت به بیمار دارند، خودمختاری وی را محترم بشمارند و به عنوان مثال به تصمیم وی مبنی بر رد درمان تمکین نمایند.

از آنجا که تصمیمات پزشکی در مورد یک بیمار، اغلب تأثیری چشم‌گیر بر منافع اعضای خانواده آن بیمار بر جای می‌گذارد و همچنین با توجه به اینکه خودمختاری و ارزش‌های درونی یک فرد اصولاً در اجتماع و در ارتباط با اطرافیان، به طور خاص خانواده، شکل می‌گیرد، در دهه‌های اخیر در کنار تفسیر فردگرایانه از خودمختاری که به طور سنتی تاکنون مطرح بوده، به تازگی خوانشی نوین از خودمختاری به نام «خودمختاری رابطه‌ای» مطرح شده است. این نظریه در وضعیت فعلی نظریه‌ای نوظهور و نیازمند پرورش بیشتر است و شقوق مختلفی برای آن مطرح شده است؛ تقسیم خودمختاری رابطه‌ای به خودمختاری رابطه‌ای «رویدادی» و «فرایندی» یکی از مهم‌ترین تقسیم‌بندی‌ها به شمار می‌رود.

خودمختاری (فردی) جزء مفاهیم «رسمی» و شناخته‌شده نتیجه‌گرایی تلقی نمی‌شود و البته لزوماً منافاتی هم با مبانی آن ندارد. نتیجه‌گرایی (به ویژه نتیجه‌گرایی «قاعده‌نگر» که به وظیفه‌گرایی قرابت می‌یابد) نیز ممکن است «خودمختاری» بیمار را به دلایل «شناختی» مورد تأیید قرار دهد، به علاوه نتیجه‌گرایان (از جمله میل) با مطرح‌ساختن مفهومی به نام «فردیت» تا حدود زیادی به آنچه اخلاقیون از خودمختاری اراده کرده‌اند، قرابت می‌یابند، اما نمی‌توان بین «خودمختاری» و «فردیت» قائل به این‌همانی و انطباق کامل شد. در دیدگاه نتیجه‌گرایان، ارزشمندی خودمختاری یا فردیت (یا هر واژه دیگری در این معنا) از جنبه نفس‌الامری آن و بدون توجه به فاعلان دیگر مایه می‌گیرد. در واقع پیامدگرایان، در وهله نخست، به خاطر ارزش ذاتی و درونی خودمختاری، فاعل را به اهتمام و توجه به خودمختاری (فردیت) ترغیب می‌کنند و کمتر به ضمانت اجرای این اصل و تکلیف دیگران مبنی بر



### مشارکت نویسندگان

امین قاسم‌پور: گردآوری مطالب و تدوین پژوهش و عهده‌دار مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش.  
محمدحسن صادقی‌مقدم: نظارت بر روند پژوهش و راهنمایی آن.  
نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

### تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

### تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

### تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

## References

- Ghafurian M, Safai S, Abbasi M. Analyzing the role of patient autonomy in informed consent. *Bioethics Journal*. 2018; 8(29): 43-51. [Persian]
- Dabiri A. Ethics in Term of Virtue. *Moral Knowledge Magazine*. 2010. 2(5): 5-22. [Persian]
- Atrak H. A New Version of Consequential Deontology. *Philosophical Reflections*. 2013; 3(9): 7-28. [Persian]
- Geranpayeh B. Social movements in the age of the Internet. Reviewing the book "Networks of Anger and Hope". *Book Review Magazine*. 2014. 1(3-4): 191-200. [Persian]
- Movahedi MJ. Examining the Relation between Deontologism and Consequentialism. *Philosophical Investigation (Journal of Faculty of Letters and Humanities) (Tabriz)*. 2019; 53(216): 155-179. [Persian]
- Arshadi MH, Kavandi S, Jahed M. An investigation into the Smart's Act-utilitarianism. *Wisdom and Philosophy*. 2015; 11(43): 43-70. [Persian]
- Gómez-Vírveda C, de Maeseneer Y, Gastmans C. Relational autonomy: What does it mean and how is it used in end-of-life care? A systematic review of argument-based ethics literature. *BMC Med Ethics*. 2019; 20: Article 76.
- Eskandari H, Rezaei Malagegh R, Vahedi H, Esmaeili A. The Study of Self-Metaphors in the Families of Schizophrenia Patients Compared to the Healthy Families. *Clinical Psychology & Personality (Daneshvar Raftar)*. 2010; 17(40): 53-58. [Persian]
- Aminzadeh Z, Farrokhi B, Akhavan Zanjani H, Aliari F, Bayati Z, Navaei F, et al. Brucellosis in Brucella Patient's Household Members and Colleagues Residing in Tehran and Lorestan Provinces, Iran. *Researcher Bulletin of Medical Sciences*. 2009; 14(2): 73-76. [Persian]
- Ezatti N. The effect of family support presence on the recovery of female patients with heart disease. *Women and Study of Family*. 2018; 11(41): 121-136. [Persian]
- Shariatifar F, Moieni M, Kheirabadi GH. Investigating the effect of a support program based on the psychosocial needs of the family on the care burden of family caregivers of patients with ischemic heart disease hospitalized in the cardiac departments of Shahid Chamran Hospital, Isfahan University of Medical Sciences. *Studies in Psychology and Educational Sciences (Takestan University)*. 2017; 3(1): 1-8. [Persian]
- Dashtbozorgi B, Ghadirian F, Khajeddin N, Karami K. Effect of Family Psychoeducation on the Level of Adaptation and Improvement of Patients with Mood Disorders. *Iranian Psychiatry and Clinical Psychology*. 2009; 15(2): 193-200. [Persian]
- Malakouti SK, Chimeh N, Panaghi L, Ahmadabadi Z, Nojomi M. The Effectiveness of two Case Management Methods on Mental Health, Knowledge and Burden of Schizophrenics, Family Member. *Family Research*. 2009; 5(17): 29-42. [Persian]
- Torabi Z, Eghlima M, Khankeh HR, Soltani P, Yazdani A. Examine between Family Burden and Family Function (Family with Chronic Neurosis Children). *Social Welfare Magazine*. 2014; 13(51): 133-149. [Persian]
- Kong C. The Problem of Mental Capacity in Self-Harming Egocentric Disorder. Edited by de Campos TC, Herring J, Phillips AM. *Philosophical Foundations of Medical Law*. Oxford, U.K.: Oxford University Press; 2019. p.290-306.
- Nelson HL, Nelson JL. *The Patient in the Family: An Ethics of Medicine and Families*. 1st ed. London: Routledge; 1995.
- Kuczewski MG. Reconceiving the Family: The Process of Consent in Medical Decisionmaking. *The Hastings Center Report*. 1996; 26(2): 30-37.
- Bromwich D. *On Liberty by John Stuart Mill (Rethinking the Western Tradition)*. Edited by Kateb G. New Haven: Yale University Press; 2003.
- Andorno R. The right not to know: An autonomy-based approach. *J Med Ethics*. 2004; 30(5): 435-439.
- Chadwick R, Levitt M, Shickle D. *The Right to Know and the Right Not to Know: Genetic Privacy and Responsibility*. Cambridge: Cambridge University Press; 2014.
- Szawarski P. Classic Cases Revisited: The Suicide of Kerrie Woollorton. *Journal of the Intensive Care Society*. 2013; 14(3): 211-214.
- Dheensa S, Fenwick A, Lucassen A. 'Is this knowledge mine and nobody else's? I don't feel that.' Patient views about consent, confidentiality and information-sharing in genetic medicine. *J Med Ethics*. 2016; 42(3): 174-179.
- Friedman M. *Relational Autonomy and Individuality*. *The University of Toronto Law Journal*. 2013; 63(2): 327-341.
- Nedelsky J. *Law's Relations: A Relational Theory of Self, Autonomy and Law*. New York: Oxford Academic; 2012.

25. Gilbar R, Gilbar O. The Medical Decision-Making Process and the Family: The Case of Breast Cancer Patients and Their Husbands. *Bioethics*. 2009; 23(3): 183-192.
26. Dove ES, Kelly SE, Lucivero F, Machirori M, Dheensa S, Prainsack B. Beyond individualism: Is there a place for relational autonomy in clinical practice and research? *Clinical Ethics*. 2017; 12(3): 150-165.