

# فهرست

## جلد چهارم

مقدمه مترجم	۵
<b>بخش ۳: سایر مسائل مربوط به روان پزشکی</b>	<b>۷</b>
فصل ۲۷. اخلاق و رفتار حرفه‌ای	۷
فصل ۲۸. روان پزشکی قانونی و اخلاق در روان پزشکی	۱۹
فصل ۲۹. مسائل پایان عمر و مراقبت تسکینی	۳۷
فصل ۳۰. روان پزشکی اجتماع محور	۷۲
فصل ۳۱. جنبه‌های جهانی و فرهنگی روان پزشکی	۸۷
<b>بخش ۴: سهم علوم اجتماعی و سایر علوم در روان پزشکی</b>	<b>۹۹</b>
فصل ۳۲. روان پزشکی کودک	۹۹
فصل ۳۳. علوم اعصاب	۱۶۸
فصل ۳۴. سهم علوم رفتاری و اجتماعی	۳۱۴
فصل ۳۵. تاریخچه روان پزشکی	۴۶۶
نمایه	۵۳۷

## جلد اول

### بخش ۱: روان پزشکی بالینی

- فصل ۱: ارزیابی و تشخیص در روان پزشکی
- فصل ۲: اختلالات عصبی رشدی و سایر اختلالات کودکی
- فصل ۳: اختلالات عصبی - شناختی
- فصل ۴: اختلالات اعتیادی و مصرف مواد

## جلد دوم

- فصل ۵: طیف اسکیزوفرنی (روان گسیختگی) و سایر اختلالات روان پریشی
- فصل ۶: اختلالات دوقطبی
- فصل ۷: اختلالات افسردگی
- فصل ۸: اختلالات اضطرابی
- فصل ۹: اختلال وسواسی جبری و اختلالات مرتبط
- فصل ۱۰: اختلالات مربوط به ضربه روانی (تروما) و عوامل استرس زا
- فصل ۱۱: اختلالات تجزیه ای (گسستی)
- فصل ۱۲: اختلال علامت جسمانی و اختلالات مرتبط
- فصل ۱۳: اختلالات خوردن و تغذیه
- فصل ۱۴: اختلالات دفعی
- فصل ۱۵: اختلالات خواب - بیداری
- فصل ۱۶: رفتارها و تمایلات جنسی انسان و کژکاری های جنسی
- فصل ۱۷: نارضایتی جنسیتی، هویت جنسی و بیماری های مرتبط
- فصل ۱۸: اختلالات ایذایی، کنترل تکانه و سلوک
- فصل ۱۹: اختلالات شخصیت
- فصل ۲۰: حالات دیگری که ممکن است کانون توجه بالینی باشند

## جلد سوم

### بخش ۲: درمان در طول عمر

- فصل ۲۱: روان داروشناسی
- فصل ۲۲: سایر درمان های جسمی
- فصل ۲۳: روان درمانی
- فصل ۲۴: توان بخشی روان پزشکی و سایر مداخلات
- فصل ۲۵: مشاوره با سایر رشته ها
- فصل ۲۶: سطح مراقبت

حالت «خودکفا» خارج شده و خواننده لازم است قبل از مطالعه کتاب، متن و جداول کتابچه راهنمای DSM-5 را مطالعه کند. باید منتظر ماند و دید که این تغییر چه تأثیری بر استقبال از کتاب خواهد گذاشت. اما این نکته قابل انکار نیست که این ویراست از اهداف نویسندگان اصلی سیناپس که قصد داشتند خلاصه‌ای از درسنامه جامع کاپلان و سادوک ارائه کنند دور شده است و در عین حال برای مرور سریع داوطلبان آزمون‌های جامع مفیدتر است.

تغییر دیگری که در بسیاری مباحث اختلالات بالینی به چشم می‌خورد تغییر ترتیب ارائه مطالب است. در ویراست‌های قبلی همچون همه کتب پزشکی، ابتدا همه‌گیرشناسی و سبب‌شناسی تشریح و سپس نمای بالینی، درمان و پیش‌آگهی ارائه می‌شد. اما در این ویراست همه‌گیرشناسی و سبب‌شناسی به آخر هر مبحث منتقل شده‌اند که در بین کتب پزشکی امری نامعمول است و مشخص نیست هدف مؤلفان از این تغییر چه بوده است. به نظر می‌رسد دغدغه آموزشی مؤلفان در این تغییر نقش داشته است و احتمالاً مباحثی که از نظر ایشان جزء «باید»‌های یادگیری هستند را در ابتدای هر مبحث ذکر کرده‌اند.

در ویراست‌های قبلی تلاش شده بود که جامعیت کتاب حفظ شود و رویکردهای مختلف روان‌پزشکی مورد توجه قرار گیرد، اما در این ویراست مباحثی مانند سهم علوم روان‌شناسی اجتماعی و سهم علوم فرهنگی اجتماعی و نظریات شخصیت در هم ادغام شده‌اند و به اواخر کتاب انتقال یافته‌اند که ممکن است مورد نقد طرفداران رویکردهای روان‌پویشی و سایر رویکردهای غیرغالب روان‌پزشکی قرار گیرد. یکی از نکات قابل

کتاب خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک یکی از کتب مرجعی است که سال‌هاست به عنوان منبع برای دانشجویان پزشکی، دستیاران روان‌پزشکی و دانشجویان روان‌شناسی مطرح است و جامعیت و زبان ساده و قابل فهمی که دارد، آن را به کتابی پرتعداد تبدیل کرده است و در آزمون‌های دستیاری و دانشنامه و ارشد و دکترای روان‌شناسی هم بارها آن را منبع اعلام کرده‌اند. ویراست فعلی کتاب شاهد تغییر عمده‌ای است. و آن تغییر نویسندگان و ویراستاران اصلی کتاب است. پس از سال‌ها بنجامین سادوک و ویرجینیا سادوک جای خود را به رابرت بولاند و ماریا وردوین داده‌اند و با توجه به علایق متفاوت این افراد نسبت به نویسندگان قبلی تغییر ساختاری و مفهومی کتاب قابل انتظار بود. دکتر بولاند و دکتر وردوین بیشتر در زمینه آموزش روان‌پزشکی و استفاده از ابزارهای نوین آموزشی کار کرده‌اند و دکتر وردوین علاوه بر آن در زمینه اعتیاد نیز تحقیقاتی داشته است. ذکر این مقدمه از آن جهت بود که بدانیم ویراستاران اصلی کتاب سلیقه‌ی متفاوت با سادوک‌ها دارند و در نتیجه به نظر می‌رسد تغییراتی که در ویراست فعلی می‌بینیم تا حدی ناشی از این مسئله باشد.

در ویراست حاضر جداول DSM-5 و توضیحات آن حذف شده است و مؤلفان جدالی مختصر برای اکثر اختلالات طراحی کرده‌اند که به اختصار ملاک‌های DSM-5 و ICD-10 را مقایسه کرده‌اند و به نظر می‌رسد شبیه جزوات آموزشی برای مرور سریع ملاک‌ها باشد. این تغییر از یک جهت این حسن را دارد که امکان مقایسه دو نظام طبقه‌بندی و مرور سریع را فراهم می‌آورد، اما همان‌طور که مؤلفان اشاره کرده‌اند کتاب از

توجه این ویراست که احتمالاً بازتاب رویکرد مؤلفان است این است که برای اولین بار مبحث روان‌درمانی پس از دارودرمانی قرار گرفته است و رویکردهای مختلف روان‌درمانی براساس تیتز فرعی و شماره از هم تفکیک نشده‌اند. این تغییر شاید براساس مقتضیاتی مانند لزوم کاستن از حجم کتاب انجام شده باشد. شاید زمان آن فرا رسیده که شیوه سنتی تعیین یک یا دو منبع برای آزمون‌های جامع تغییر کند و مانند همه کشورهای پیشرفته برای چنین آزمون‌هایی، بخش‌هایی از کتب مختلف، از جمله برای روان‌درمانی، روان‌پزشکی جامعه‌نگر یا مباحث مربوط به اختلالات جنسی، معرفی شوند. باید بپذیریم با گسترش مرزهای دانش در حوزه‌های مختلف روان‌پزشکی تعیین یک کتاب منبع که همه نیازهای آموزشی گروه‌های فراگیران را برآورده سازد غیرممکن است.

در بخش دارودرمانی تغییر مثبتی که دیده می‌شود این است که مؤلفان داروهای روان‌پزشکی را نه براساس ترتیب الفبایی و اثرات فارماکولوژیک، بلکه براساس کاربرد عمده آنها در اختلالات روان‌پزشکی دسته‌بندی کرده‌اند که این تغییر می‌تواند برای یادگیری دستیاران و دانشجویان بسیار مفید واقع شود. در واقع

بسیاری از صاحب‌نظران از سال‌ها پیش معتقد بودند شیوه طبقه‌بندی داروها، مثلاً براساس تأثیر بر یک گیرنده خاص، ارتباط تنگاتنگی با واقعیت طبابت در روان‌پزشکی ندارد.

نکته دیگری که شایان توجه است این است که ویراست قبلی سیناپس که برای اولین بار مطالب DSM-5 را لحاظ کرده بود در بسیاری موارد آشفتگی‌ها و بی‌دقتی‌های عجیبی داشت که نشان از شتاب‌زدگی مؤلفان برای آماده‌سازی کتاب داشت. اما این ویراست به نظر منسجم‌تر می‌رسد و کمتر مطالب متناقض در آن به چشم می‌خورد.

امیدوارم ترجمه کتاب حاضر نقشی هرچند کوچک در به روز نگاه داشتن دانش دانشجویان، دستیاران، روان‌پزشکان و روان‌شناسان کشور ایفا کند و از بزرگان روان‌پزشکی و روان‌شناسی کشور تقاضا دارم همچون گذشته با نقد و تذکرات دلسوزانه خود مترجمان کتاب را در اصلاح نقایص موجود و حرکت به سمت نثری پاکیزه‌تر یاری کنند.

### دکتر فرزین رضاعی

استاد روان‌پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران



## اخلاق و رفتار حرفه‌ای

### اصول اخلاقی اساسی

روان‌پزشکان باید در کار خود چهار اصل اخلاقی را رعایت کنند: احترام به خودمختاری، خیرخواهی، عدم زیان‌بخشی و عدالت. گاهی این اصول در تعارض با هم قرار می‌گیرند و باید برای برقراری توازن بین آنها تصمیماتی اتخاذ شود.

### احترام به خودمختاری

خودمختاری<sup>۴</sup> مستلزم آن است که شخص پس از دریافت اطلاعات کافی و در اختیار داشتن زمان کافی برای درک منافع، خطرات و هزینه‌های کلیه گزینه‌های معقول، به صورت ارادی اقدام کند و تصمیم بگیرد. این اصل به معنای احترام به حق فرد است برای اینکه نخواهد جزئیات را بشنود و حتی برای تصمیم‌گیری در مورد سیر درمان فرد دیگری را انتخاب کند (مانند خانواده یا پزشک).

روان‌پزشکان باید فهمی منطقی از اختلال بیمار و گزینه‌های درمانی را به وی ارائه کنند. بیماران نیازمند درکی مفهومی هستند؛ روان‌پزشک نباید فقط به بیان حقایق مجزا بسنده کند. بیماران نیز برای اندیشیدن و صحبت با دوستان و خانواده در مورد تصمیم خود نیاز به زمان دارند. اگر بیمار از

ره‌نمودهای اخلاقی و آگاهی از اصول اخلاقی به روان‌پزشکان کمک می‌کند تا از تعارضات اخلاقی (تنش بین آنچه فرد می‌خواهد انجام دهد و آنچه از نظر اخلاقی درست است) اجتناب کنند و درباره معضلات اخلاقی (تعارض بین ارزش‌ها یا دیدگاه‌های اخلاقی) درست بیندیشند.

اخلاق<sup>۱</sup> با روابط بین مردم در گروه‌های مختلف سروکار دارد و اغلب مستلزم برقراری توازن در حقوق است. اخلاق حرفه‌ای به شیوه مناسب عمل در نقش‌های حرفه‌ای اطلاق می‌شود. اخلاق حرفه‌ای مشتق تلفیقی از اخلاقیات، هنجارهای اجتماعی و شاخص‌های رابطه مورد توافق مردم است.

### ضوابط حرفه‌ای

اکثر سازمان‌های حرفه‌ای و بسیاری از گروه‌های شغلی دارای ضوابط اخلاقی هستند. این ضوابط بازتاب نظر عمومی در مورد معیارهای کلی رفتار حرفه‌ای مناسب هستند. اصول اخلاق پزشکی انجمن پزشکی آمریکا<sup>۲</sup> و اصول اخلاق پزشکی با توضیحاتی مختص روان‌پزشکی که از سوی انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۳</sup> تدوین شده است، معیارهای مطلوب کار و شرافت حرفه‌ای پزشکان را به طور دقیق توصیف کرده است. این ضوابط شامل توصیه‌هایی در مورد استفاده از روش‌های ماهرانه و علمی، خودتنظیمی رفتارهای نادرست حرفه‌ای و احترام به حقوق و نیازهای بیماران، خانواده‌ها، همکاران و جامعه است.

1- ethics

2- the American Medical Associations's (AMA's) *Principles of Medical Ethics*

3- American Psychiatric Associations's (APA's) *Principles of Medical Ethics*

4- autonomy

اصل خیرخواهی رجوع کنیم؛ مثلاً، وقتی بیمار با آسیب قابل ملاحظه یا خطر آسیب مواجه است، اقدام پدرمآبانه‌ای انتخاب می‌شود که ترکیبی مطلوب از کاهش حداکثری آسیب، کاهش خطر افزوده و حداقل نقض خودمختاری بیمار باشد.

### عدم زیان بخشی<sup>۳</sup>

طبق این اصل روان پزشکی باید در تصمیمات و اعمال خود دقت کند و تضمین کند برای آنچه انجام می‌دهد آموزش کافی دیده است. این اصل در قالب عبارت لاتین *primum non nocere* (در وهله اول آسیب نرسانید) بیان می‌شود. روان‌پزشکان همچنین باید نسبت به درخواست مشاوره و نظر سایر متخصصان سعه‌صدر داشته باشند. روان‌پزشکان نباید با عمل یا خودداری از عمل خود برای بیماران خطر ایجاد کنند.

### عدالت

مفهوم عدالت به مسائل پاداش و تنبیه و توزیع برابر مزایای اجتماعی مربوط می‌شود. مسائل مرتبط در این زمینه عبارتند از: آیا منابع باید به شکلی برابر در بین افرادی که بیشترین نیاز را دارند توزیع شود؟ آیا این منابع باید به جاهایی اختصاص یابند که بیشترین تأثیر را بر رفاه هر یک از خدمت‌گیرندگان دارند و یا اینکه آیا منابع موجود نهایتاً بیشترین تأثیر را بر کل جامعه خواهند داشت؟

### مسائل ویژه

از دیدگاه عملی، چندین مسئله بیش از همه روان‌پزشکان را درگیر می‌سازند که عبارتند از: (۱) نقض مرزبندی‌های جنسی؛ (۲) نقض مرزبندی‌های غیرجنسی؛ (۳) نقض رازداری؛ (۴) بدرفتاری با بیمار (عدم کفایت، جاسوسی دو جانبه) و (۵) فعالیت‌های غیرقانونی (بیمه، آگهی، خرید و فروش غیرقانونی).

### نقض مرزبندی‌های جنسی

برای روان‌پزشک برقراری رابطه جنسی با بیمار غیراخلاقی

نظر ذهنی آماده‌اخذ تصمیم برای خود نیست، روان‌پزشک باید مکانیسم‌های دیگری را برای تصمیم‌گیری مدنظر قرار دهد نظیر قیومیت، سرپرستی یا وکالت مراقبت‌های بهداشتی.

جوانی دچار حمله اسکیزوفرنی شد و طی آن شور و اشتیاق مذهبی‌اش به شکل هذیان‌های روان‌پریشانه درآمد. پس از آنکه رفتار و افکار انتحاری بروز داد به صورت اجباری بستری شد؛ پس از بستری مصرانه از مصرف دارو امتناع می‌کرد و مدعی بود پزشکانش سعی دارند او را مسموم کنند. روان‌پزشک وی تصمیم گرفت تا زمانی که بتوان تمایلات خودکشی بیمار را کنترل کرد به تصمیم او برای امتناع از مصرف دارو احترام بگذارد. با تشدید رنج‌های روانی بیمار، ظرف یک هفته نظر وی در مورد مصرف دارو تغییر کرد و موافقت کرد دارو را امتحان کند. رابطه درمانی وی با روان‌پزشکش عمیق شد و بیمار در حالی بیمارستان را ترک کرد که مایل بود مصرف داروی ضدروان‌پریشی و روان‌درمانی را ادامه دهد. همه موارد لزوماً چنین پایان خوشی ندارند، اما این مورد بیانگر مزایای مذاکره در مورد درمان حتی در شرایط بستری اجباری، است.

### خیرخواهی

طبق این اصل روان‌پزشک موظف است براساس خیرخواهی<sup>۱</sup> عمل کند؛ این الزام از رابطه اعتمادآمیز و امانت‌دارانه روان‌پزشکان با بیماران و باور حرفه‌ای به اینکه آنها نسبت به جامعه تعهد دارند ناشی شده است. روان‌پزشکان در نتیجه الزام به تولید و سرپرستی، بایستی به مصالح بیماران توجه کنند، حتی اگر خود بیماران به این مسئله توجه نداشته باشند.

این اصل را پدرمآبی یا قیم‌مآبی<sup>۲</sup> می‌نامند، که یعنی روان‌پزشک بنابه قضاوت خود بهترین سیر درمانی را برای بیمار یا پژوهیدنی انتخاب کند. پدرمآبی حداقلی عبارتست از عمل خیرخواهانه در مواقعی که اختلال بیمار مانع از انتخاب مستقلانه از سوی او است. پدرمآبی حداکثری به عمل خیرخواهانه علی‌رغم خودمختاری دست‌نخورده بیمار گفته می‌شود.

گاهی بهتر است خودمختاری بیمار را نادیده بگیریم و به

1- beneficence

2- paternalism

3- non maleficence

رابطه جنسی با عضو خانواده بیمار نیز غیراخلاقی است، هرچند این موضوع در مجموعه اصول حرفه‌ای روان‌پزشکان تصریح نشده است. این امر هنگامی که روان‌پزشک در حال درمان کودک و نوجوان است اهمیت بیشتری دارد. در اکثر برنامه‌های آموزشی روان‌پزشکی کودک و نوجوان بر این نکته تأکید می‌شود که والدین نیز خود بیمار محسوب می‌شوند و ممنوعیت قانونی و اخلاقی علاوه بر کودک شامل والدین (یا جانشین والدین) نیز می‌شود. با این همه برخی روان‌پزشکان از این مفهوم برداشت نادرستی دارند. رابطه جنسی بین پزشک و عضو خانواده بیمار نیز غیراخلاقی است.

یک نمونه فاحش از نقض مرزبندی جنسی در گزارش اقدامات هیئت پزشکی کالیفرنیا (جولای ۲۰۰۶) مطرح شد. طبق این گزارش روان‌پزشکی به مدت ۷ سال با بیماری که دچار اسکیزوفرنی بود رابطه جنسی داشت. پزشک نه تنها با بیمار رابطه جنسی داشت بلکه او را وامی‌داشت روسپی‌هایی را پیدا کند تا با وی و بیمار رابطه جنسی گروهی برقرار کنند. او برای پرداخت دستمزد آنان برایشان داروهای کنترل شده می‌نوشت و تا آنجا پیش رفت که دیدارهایش را با آن مراجع و دیگران تحت عنوان جلسات گروه‌درمانی جا زد و صورت‌حساب آن جلسات را برای شرکت بیمه فرستاد. پروانه طبابت این پزشک باطل شد و در دادگاه کیفری به فریبکاری محکوم گردید.

### نقض مرزبندی غیرجنسی

رابطه پزشک - بیمار رابطه‌ای است که میان پزشک و بیمار، با هدف کسب درمان، برقرار می‌شود. این رابطه در پیرامون و نیز در درون خود مرزبندی‌هایی دارد. هریک از طرفین ممکن است این مرزبندی‌ها را زیر پا بگذارد.

تمامی موارد عبور از مرزبندی نقض مرزبندی محسوب نمی‌شوند. برای مثال بیمار ممکن است در پایان جلسه‌ای یک ساعته به پزشک بگوید: «من پولم را در خانه جا گذاشته‌ام و برای این که خودرویم را از پارکینگ بیرون ببرم به یک دلار پول نیاز دارم. آیا تا جلسه بعد کمی پول به من قرض می‌دهید؟» در این جا بیمار پزشک را دعوت کرده است که از مرز پزشک - بیمار عبور کند و نوعی رابطه قرض‌دهنده - بدهکار ایجاد کند. بسته به جهت‌گیری نظری پزشک، وضعیت بالینی بیمار و سایر عوامل، پزشک ممکن است مرزبندی‌های موجود را زیر پا بگذارد. اینکه آیا این عبور از

است. به علاوه ممنوعیت‌های قانونی علیه چنین رفتاری اهمیت جنبه اخلاقی آن را کاهش داده است. روان‌پزشکانی که این اصل اخلاقی را نقض کرده‌اند تحت پیگرد قوانین کیفری مختلفی قرار می‌گیرند. از اتهام تجاوز می‌توان علیه چنین روان‌پزشکانی استفاده کرد. همچنین برای محکومیت این دسته از روان‌پزشکان اتهام تهاجم جنسی و ایراد ضرب و جرح نیز مطرح شده است.

علاوه بر این بیماری‌رانی که قربانی روابط جنسی با روان‌پزشکان و سایر پزشکان شده‌اند در دادخواهی سهل‌انگاری حرفه‌ای موفق به اخذ غرامت شده‌اند. امروزه بیمه‌گران انجمن پزشکی آمریکا و انجمن روان‌پزشکی آمریکا پزشکان و روان‌پزشکان را در برابر روابط جنسی با بیماران بیمه نمی‌کنند و در این زمینه مسئولیتی تقبل نمی‌کنند.

در مورد اینکه آیا روابط جنسی درمانگر با بیمار سابق نقض اصول اخلاقی محسوب می‌شود یا خیر اختلاف نظر وجود دارد. طرفداران دیدگاه «کسی که زمانی مراجع شما بوده همیشه در مقام مراجع باقی می‌ماند» اصرار دارند که روابط جنسی با مراجع یا بیمار سابق (حتی اگر به ازدواج منجر شود) غیراخلاقی است. آنها معتقدند واکنش انتقالی‌ای که همواره بین بیمار و درمانگر وجود دارد مانع از تصمیم‌گیری منطقی دو طرف در مورد آمیزش جنسی یا هیچانی آنها می‌شود. برخی نیز اصرار دارند که اگر پس از خاتمه درمان واکنش انتقالی هنوز هم وجود دارد، درمان کامل نشده و مراجعان و بیماران سابق انسان‌های خودمختاری هستند که نباید در معرض موعظه‌های پدرمآبانه پزشکان قرار گیرند. از این رو، آنان معتقدند که هیچ ممنوعیتی نباید ارتباط جنسی یا عاطفی مراجعان یا بیماران سابق و روان‌پزشکان را منع کند. برخی روان‌پزشکان بر این عقیده‌اند که پیش از برقراری چنین روابطی باید زمان معقولی از خاتمه درمان گذشته باشد. در مورد طول این دوره زمانی «معقول» اختلاف نظر وجود دارد: برخی مدت ۲ سال را پیشنهاد کرده‌اند. سایر روان‌پزشکان معتقدند اعمال چنین دوره‌هایی از منع روابط جنسی با بیماران سابق محدودیتی غیرضروری است. اما اکثر روان‌پزشکان و همچنین انجمن روان‌پزشکی آمریکا (APA) چنین رابطه‌ای را همیشه غیراخلاقی می‌دانند، و در اصول اخلاقی آنها چنین تصریح شده است: «رابطه جنسی با بیمار فعلی یا سابق غیراخلاقی است.»

دردسرساز است و تقریباً هرگونه رابطه تجاری با بیمار فعلی غیراخلاقی است. طبیعتاً شرایط و مکان نقش مهمی در این ممنوعیت دارد. در مناطق روستایی یا جوامع کوچک، ممکن است پزشک مجبور باشد تنها داروساز (یا لوله کش یا رویه دوز میل) شهر را درمان کند؛ سپس با بیمار/ داروساز معامله کند و سعی کند مرزهای موجود را در کنترل داشته باشد. روان‌پزشکان اخلاق‌گرا از انجام معامله با بیمار یا اعضای خانواده وی و یا درخواست از بیمار که یکی از اعضای خانواده‌شان را استخدام کند اجتناب می‌کنند. آنها همچنین از سرمایه‌گذاری در کسب و کار بیمار یا شراکت با بیمار در یک کار تجاری پرهیز می‌کنند.

**مسائل ایدئولوژیک.** مسائل ایدئولوژیک ممکن است قضاوت فرد را خدشه‌دار کرده و منجر به اشتباهات اخلاقی شوند. هرگونه تصمیم بالینی باید بر مبنای مصلحت بیمار اتخاذ شود؛ ایدئولوژی روان‌پزشک نباید نقشی در تصمیم‌گیری داشته باشد. روان‌پزشکی که به بیمار مشاوره می‌دهد باید انواع روش‌های درمانی موجود را برای درمان بیماری مزبور به بیمار توضیح دهد و اجازه دهد بیمار در مورد سیر درمان خودش تصمیم بگیرد. البته روان‌پزشک باید درمانی را توصیه کند که تصور می‌کند بیشتر به نفع بیمار است، اما نهایتاً بیمار باید در انتخاب روش درمانی آزاد باشد.

**مسائل اجتماعی.** هنگام بحث در مورد رفتار روان‌پزشک اخلاق‌گرا در موقعیت‌های اجتماعی باید شرایط و مکان موجود مدنظر قرار گیرد. اصل فراگیر در این زمینه آن است که باید مرزبندی‌های رابطه روان‌پزشک - بیمار محترم شمرده شود. به علاوه اگر گزینه‌هایی وجود دارد باید با توجه به منافع بیمار از آنها استفاده کرد. وقتی بین روان‌پزشک و بیمار رابطه دوستانه شکل می‌گیرد غالباً مشکلاتی در موقعیت‌های درمانی بروز می‌کند. در چنین مواردی عنینت‌گرایی مخدوش شده و بی‌طرفی درمانی نقض می‌شود و عواملی خارج از هوشیاری هر دو طرف نقش مخربی ایفا می‌کنند. در طول درمان باید از این‌گونه دوستی‌ها اجتناب کرد. براساس همین دلایل روان‌پزشک نباید دوستان خود را درمان کند. واضح است که در شرایط اضطراری شخص باید آن‌چه را که لازم است انجام داد.

مرزبندی به معنای نقض مرزبندی است یا خیر جای بحث دارد. نقض مرزبندی نوعی عبور از مرزبندی است که جنبه بهره‌کشی داشته باشد. این عمل نیازهای پزشک را به بهای قربانی کردن بیمار برآورده می‌کند. مسئولیت حفظ مرزبندی و تضمین این که عبور از مرزبندی در حد جزئی و بدون بهره‌کشی باشد با پزشک است.

ناظر روان‌درمانی به یک دستیار روان‌پزشکی تذکر داد که هرگز تحت هیچ شرایطی از بیمار هدیه قبول نکند. در جریان درمان دختر جوانی که مبتلا به اسکیزوفرنی بود، بیمار به مناسبت عید کریسمس هدیه‌ای به دستیار روان‌پزشکی داد (یک شال‌گردن نخی)، اما دستیار از پذیرفتن آن خودداری کرد و تا حد امکان با ملایمت توضیح داد که «قوانین بیمارستان» اجازه پذیرش هدیه را به او نمی‌دهد. روز بعد بیمار اقدام به خودکشی کرد. او امتناع دستیار را از پذیرش هدیه‌اش نوعی طرد عمیق تلقی کرده بود و قدرت تحمل آن را نداشت. این مورد نشان می‌دهد که باید دینامیسم یا پویایی هدیه دادن و معنای انتقالی رد یا پذیرش هدیه از نظر بیمار را درک کنیم.

داستانی (احتمالاً ساختگی) نقل می‌شود در مورد این‌که در جریان روان‌کاوی، یکی از بیماران فروید جعبه‌ای سیگار کمیاب هاوانا به او تعارف نمود. فروید که سیگاری قهار بود هدیه را قبول کرد و بعد از بیمار خواست که انگیزه‌هایش را از دادن هدیه تحلیل و بررسی کند. دلایل فروید برای پذیرش سیگار آشکارتر از انگیزه ناخودآگاه بیمار برای دادن هدیه بود که در مورد آن اطلاعاتی در دسترس نیست.

صدمه به بیمار جزء مؤلفه‌های نقض مرزبندی محسوب نمی‌شود. برای مثال استفاده از اطلاعات ارائه شده توسط بیمار (مثل اخبار بازار بورس) نقض غیراخلاقی مرزبندی است هرچند هیچ صدمه آشکاری برای بیمار دربر ندارد. به منظور تسهیل بحث می‌توان نقض مرزبندی غیرجنسی را به چندین طبقه تقسیم نمود (این طبقات با یکدیگر همپوشانی داشته و نافی همدیگر نیستند).

**کسب‌وکار.** تقریباً هرگونه رابطه تجاری با بیمار سابق



## رازداری

رازداری<sup>۱</sup> به مسئولیت درمانگر برای عدم افشای اطلاعاتی که در سیر درمان کسب کرده و عدم انتقال آن به اشخاص ثالث اطلاق می‌شود. حق ویژه<sup>۲</sup> عبارت است از حق بیمار برای جلوگیری از افشای اطلاعات درمان در محاکم دادرسی. روان‌پزشکان باید رازداری را رعایت کنند چون رازداری جزء لاینفک مراقبت روان‌پزشکی محسوب می‌شود و پیش شرط تمایل بیماران برای صحبت آزادانه نزد درمانگر است. نقض رازداری از طریق غیبت کردن سبب شرمساری افراد شده و نقض اصل عدم زیان‌بخشی<sup>۳</sup> است. زیر پا گذاشتن رازداری همچنین نقض قولی است که روان‌پزشک صریحاً یا تلویحاً در مورد حفظ اسرار بیمار داده است.

در مواردی که بیمار تهدید قابل توجهی برای صدمه زدن به دیگران به عمل می‌آورد، باید رازداری را برای محافظت از دیگران کنار گذاشت. وضعیت هنگامی پیچیده‌تر می‌شود که خطر متوجه یک شخص بخصوص نباشد (و تعدادی از مردم را دربر گیرد)، مثلاً زمانی که پزشکی دچار اختلال شود یا وضعیت روانی فرد اثرات ناگواری بر عملکرد او در یک شغل حساس مانند کار پلیس، آتش‌نشانی یا کار با ماشین‌آلات خطرناک بگذارد. درخواست شرکت‌های بیمه برای ارائه اطلاعات مفصل نیز ممکن است سبب مخدوش شدن رازداری شود. روان‌پزشک باید به بیمار بگوید که قرار است اطلاعات او را چه موقع و تحت چه شرایطی افشا کند. اما برای گزارش کودک‌آزاری یا در خطر بودن دیگران نیازی نیست به بیمار اطلاع داده شود.

موقعیت‌های مختلفی وجود دارد که در آنها اخلاقاً می‌توان از اطلاعات مربوط به بیمار استفاده کرد. قاعده کلی در این موارد این است که فقط اطلاعات واقعاً ضروری افشا شوند. در جریان آموزش، پژوهش و نظارت، اسامی بیماران یا اطلاعاتی که منجر به کشف هویت آنها می‌شود نباید افشا شود، مگر در مواقع ضروری. در سرکشی به بخش‌ها و جلسات مربوط به مورد بیماری، که در آن مطالب مربوط به بیمار ارائه می‌شود، حضار باید به خاطر داشته باشند که آنچه را شنیده‌اند نباید جای دیگری بر زبان آورند.

رازداری پس از مرگ فرد هم جاری و ساری است و

مسائل مالی. برای روان‌پزشکانی که در بخش خصوصی کار می‌کنند بحث در مورد مسائل مالی با بیماران بخشی از درمان است. مسائل مالی شامل تعیین حق‌الزحمه، دریافت حق‌الزحمه و سایر مسائل مرتبط است. حتی در این موارد نیز ملاحظات اخلاقی بایستی مدنظر باشد. در کتاب اصول اخلاق پزشکی درباره مسائل نظیر دریافت حق‌الزحمه برای جلساتی که بیمار غیبت می‌کند و سایر مشکلات مربوط به قرارداد توصیه‌هایی به پزشکان ارائه شده است. شکایات اخلاقی علیه پزشکان اغلب از مسائل مالی نشأت می‌گیرد. پزشک باید از قدرت این مسائل در رابطه درمانی آگاه باشد. از آنجا که رابطه روان‌درمانی بسیار شبیه روابط اجتماعی است (مطب شبیه اتاق نشیمن است و پزشک لباسی معمولی به تن دارد) برخی بیماران ممکن است چنین تصور کنند که نوعی دوستی ایجاد شده است که آنها را از پرداخت حق‌الزحمه معاف می‌کند (هرچند ممکن است این موضوع را به زبان نیاورند) و وقتی صورت حساب ارائه می‌شود، احساسات بیمار، حتی احساسات ناخودآگاه آشفته‌کننده است. ذکر خدمات روان‌پزشک در متن قرارداد اهمیت زیادی دارد. روان‌پزشکان در ابتدای کارشان اغلب از بحث صریح در مورد حق‌الزحمه (به دلیل احساس خجالت از بحث در مورد پول یا احساس این که محافظت از بیمار را به عهده دارند) اکراه دارند.

وقتی بیمار به‌طور موقت یا دائمی پول ندارد، نحوه برخورد روان‌پزشک اخلاقاً با این موقعیت‌ها نیز اهمیت است. راه‌های زیادی برای برخورد با این موضوع وجود دارد که برخی از آنها مشکل‌سازتر از بقیه است. روان‌پزشک قطعاً می‌تواند دستمزد خود را کاهش دهد، اما در این زمینه رعایت احتیاط ضروری است، زیرا اگر دستمزد روان‌پزشک به حدی کاهش یابد که حق‌الزحمه درمان جبران نشود ممکن است رنجشی براساس انتقال متقابل در روان‌پزشک ایجاد شود. در مورد تعداد بیمارانی که حق‌الزحمه برای آنان کاهش یافته است نیز همین موضوع صدق می‌کند. به تعویق انداختن دریافت دستمزد نیز ممکن است مشکل‌ساز باشد. آیا قرار است حق‌الزحمه‌های پرداخت‌نشده بالاخره پرداخت شوند؟ در نهایت، روان‌پزشک ممکن است مجبور شود تعداد جلسات را تغییر دهد. هر روان‌پزشکی که در بخش خصوصی به درمان بیماران می‌پردازد قطعاً با این مشکلات مواجه می‌شود.

1- confidentiality

2- privilege

3- nonmaleficence

دسترسی به اطلاعات مربوطه همکاری کند. وقتی مزایای درخواستی پرداخت نمی‌شود، آگاهی و پیروی دقیق از شیوه‌های شکایت، پاسخ به تماس‌های تلفنی مؤسسات بازرسی و ارائه توجیهات محکم و مستند در مورد لزوم تداوم درمان حایز اهمیت است.

به دلیل پیدایش روش مراقبت حساب‌شده و نیاز به ارسال دوره‌ای گزارش‌های پیشرفت و مستندات علائم و نشانه‌ها به بازرسی‌های شخص ثالث برای پرداخت هزینه درمان، برخی روان‌پزشکان ممکن است علائم را بیشتر یا کمتر از حد واقعی جلوه دهند. گزارش موردی زیر و بحث آن بیانگر مشکلات اخلاقی‌ای است که روان‌پزشکان در برخورد با مراقبت حساب‌شده پیدا می‌کنند.

خانم (پ) به درخواست خودش در بیمارستان بستری شد، چون می‌ترسید خودش را بکشد. او دچار دوره افسردگی اساسی بود، اما در طول هفته‌های نخست بستری در بخش دکتر (الف) بهبود چشمگیری یافت. هرچند دکتر الف معتقد بود خانم (پ) دیگر افکار خودکشی ندارد، تصور می‌کرد ادامه بستری به نفع بیمار است. از آنجا که پزشک می‌دانست خانم (پ) قادر به تقبل هزینه بستری نیست و شرکت بیمه فقط در صورتی هزینه درمان را می‌پردازد که بیمار افسرده انتحاری باشد، تصمیم گرفت بهبود خانم (پ) را ثبت نکند. او در پرونده قید کرد: «بیمار همچنان در معرض خطر خودکشی است.» آیا دکتر الف به فریبکاری دست زده است؟ بله، او عمداً با آنچه نوشته و با حذف برخی مطالب در پرونده سبب گمراه کردن بازرسان مربوطه شده است. هرچند آنچه وی نوشته از برخی جهات درست است، اما بیان وی در بافتار درمان گمراه‌کننده است. خانم (پ) به آن صورت که قبلاً بود افسرده انتحاری محسوب نمی‌شود.

اینکه دکتر (الف) از پرونده مطالبی حذف کرده نیز فریبکاری است. اینکه از قلم انداختن موضوعی فریبکاری است یا خیر، تا حدودی به نقش و انتظارات افراد دخیل بستگی دارد. اینکه به همکاری نگوئیم که از کراواتش خوشمان نمی‌آید فریبکاری نیست، بلکه نشانه ادب است. فقط در صورتی فریبکاری است که نقش یا

پزشک اخلاقاً موظف است اطلاعات را محرمانه نگه دارد مگر اینکه بستگان فرد متوفی به افشای اطلاعات او رضایت دهند. احضاریه دادگاه جواز قطعی برای افشای کل پرونده محسوب نمی‌شود. روان‌پزشک می‌تواند از قاضی درخواست بررسی خصوصی و محرمانه کند تا مشخص شود کدام اطلاعات بایستی افشا شوند.

### اخلاق در مراقبت حساب‌شده

روان‌پزشکان مسئولیت‌هایی در مورد بیماران که در شرایط مراقبت حساب‌شده درمان می‌کنند برعهده دارند از جمله مسئولیت افشای کلیه گزینه‌های درمانی، اعمال حق استیناف، تداوم درمان اضطراری و همکاری معقول با بازرسان بهره‌بردار.

**مسئولیت افشا.** روان‌پزشکان مسئولیت مداومی در زمینه اخذ رضایت آگاهانه از بیماران برای درمان‌ها یا اعمال تشخیصی دارند. همه گزینه‌های درمانی بایستی به‌طور کامل توضیح داده شوند، حتی آنهایی که در قالب طرح مراقبت حساب‌شده قرار ندارند. در اکثر ایالات قوانینی تصویب شده که دستور سکوت<sup>۱</sup> را که ارائه اطلاعات را به بیماران تحت پوشش مراقبت حساب‌شده محدود می‌کند، غیرقانونی اعلام کرده‌اند.

**مسئولیت استیناف.** طبق نظر شورای مسائل اخلاقی و قضایی AMA، پزشکان از نظر اخلاقی موظفند صرف‌نظر از رهنمودهای تخصیص یا رهنمودهای محدودکننده مراقبت، هر نوع مراقبتی را که فکر می‌کنند به نفع بیمار است دنبال کنند.

**مسئولیت درمان.** پزشکان در موارد عدم درمان بیماران در قالب استانداردهای تعریف شده مراقبت، مسئول شناخته می‌شوند. پزشک معالج موظف است مشخص کند چه چیزی از لحاظ طبی ضروری است. روان‌پزشکان باید دقت کنند بیماران انتحاری یا خشن را صرفاً به دلیل عدم پوشش توسط شرکت مراقبت حساب‌شده زودتر از موعد ترخیص نکنند.

**مسئولیت همکاری با بازرسان بهره‌بردار.** روان‌پزشک پس از کسب اجازه از بیمار باید با بازرسان بهره‌بردار برای

پوشش‌دهی است. ظاهراً دکتر (الف) تعهد خود را به جمعیت تحت پوشش سیاست بیمه‌ای نادیده می‌گیرد. او با وادار کردن شرکت بیمه به پرداخت هزینه درمانی‌ای که در تعهد آن نیست، باری بر دوش این جمعیت می‌گذارد. شاید شرکت بیمه در مواردی نظیر مورد خانم (پ) بایستی هزینه درمان بستری را بپردازد. شاید سیاست‌های این شرکت غیرمنصفانه و نامعقول باشند. اما فریبکاری دکتر (الف) شرکت بیمه را به چالش نمی‌کشد و آن را وادار به تغییر سیاست‌هایش نمی‌کند؛ ضمناً فریبکاری وی بیماران و خانواده‌های آنها را به اعتراض علیه سیاست‌های شرکت ترغیب نمی‌کند. استفاده از فریبکاری صرفاً روشی حساب نشده برای دور زدن سیاستی است که باید مورد چالش و گفتگو قرار گیرد.

دکتر الف تعهد خود نسبت به بیماران آتی را نیز نادیده می‌گیرد. او با ارائه مطالب کذب در پرونده ارزش تحقیقات بر روی پرونده‌های پزشکی را تضعیف می‌کند. فریبکاری او به میزان اندکی بیماران آتی را از منافع تحقیقات متکی به پرونده‌های پزشکی محروم می‌کند.

همچنین، باید جایگزین‌های فریبکاری را نیز در نظر گرفت. یک راه اصلاح پرونده است. راه دیگر توصیف دقیق پاسخ درمانی خانم (پ) و تریخیص و انتقال وی به مراقبت سرپایی است. اما راه سوم نیز وجود دارد. دکتر (الف) می‌تواند سیر بیماری را به درستی ثبت کند و در ضمن ادامه بستری را توصیه نماید. او می‌تواند از شرکت بیمه درخواست کند بستری بیمار را پوشش دهد. اگر شرکت بیمه تصمیم بگیرد ادامه مراقبت از بیمار را تأیید نکند، در آن صورت دکتر الف می‌تواند درخواست تجدیدنظر کند. این راه زمان‌برتر است و تضمینی وجود ندارد که به نتیجه برسد، اما فاقد مشکلاتی است که فریبکاری ایجاد می‌کند.

### پزشکان آسیب‌دیده

آسیب‌دیدگی پزشک ممکن است بر اثر اختلالات طبی یا روان‌پزشکی یا مصرف داروهای روان‌گردان و اعتیادآور (نظیر الکل و داروهای قاجاق) ایجاد شود. بسیاری از بیماری‌ها ممکن است در شناخت و مهارت‌های حرکتی لازم مراقبت طبی شایسته تداخل ایجاد کنند. هرچند مسئولیت‌های قانونی گزارش آسیب‌دیدگی پزشک بسته به ایالت متغیر است، مسئولیت اخلاقی این امر همچنان عالمگیر است.

رابطه ما دو نفر این انتظار را ایجاد کند که نظر صریح خود را بیان کنیم. موضوع دکتر (الف) متفاوت است. نقش حرفه‌ای او ثبت سیر بیماری است و از او انتظار می‌رود هر بهبود مهمی را ثبت کند. بنابراین عدم ثبت درست پیشرفت خانم (پ) نوعی فریبکاری است.

پرسش دوم و دشوارتر این است که آیا فریبکاری در این موقعیت قابل توجیه است؟ پاسخ به این پرسش به دلایل له و علیه فریبکاری و راه‌های جایگزین بستگی دارد. دلایل این فریبکاری واضح است. هدف دکتر الف و وظیفه اصلی او کمک به بیمار است. او معتقد است ادامه بستری به نفع خانم (پ) است و او قدرت پرداخت هزینه آن را ندارد. دکتر الف ممکن است همچنین معتقد باشد که امتناع شرکت بیمه از پرداخت هزینه درمان بستری بیماران افسرده غیرانتحاری غیرمنصفانه است و این فریبکاری او روش غیرمنصفانه شرکت بیمه را جبران می‌کند.

دلایل مهمی علیه این فریبکاری وجود دارد. دلیل اول مربوط به صداقت و اعتماد اجتماعی است. بهتر آن است که مردم بتوانند به گفته‌ها و نوشته‌های دیگران اعتماد کنند. بدون درجاتی از صداقت و اعتماد، بسیاری از تبادلات و کنش‌های اجتماعی غیرممکن خواهد شد. فریبکاری حتی به منظور خیرخواهی، می‌تواند سبب آسیب به اعتماد اجتماعی شود. این خطر وجود دارد که فریبکاری به اعتماد مردم به حرفه روان‌پزشکی آسیب زده و حتی اعتماد بیماران به روان‌پزشک را مخدوش کند. آسیب به اعتماد نیز به نوبه خود سبب تضعیف درمان می‌شود.

دلیل دوم مربوط به درمان طبی آینده است. اگر خانم (پ) در آینده در پی درمان طبی برآید، پزشک‌انی که درمان او را به عهده می‌گیرند، یادداشت‌های گمراه‌کننده مزبور را می‌خوانند. اگر آنها معتقد باشند که این یادداشت‌ها روایت درستی از درمان قبلی هستند، ممکن است برای مشکل فعلی بیمار درمان نادرستی پیشنهاد کنند. حتی اگر آنها در مورد صحت یادداشت‌های مندرج در پرونده تردید داشته باشند، به هر حال از تاریخچه و گزارش‌های صحیح محروم شده‌اند. در هر حالت فریبکاری مانعی برای درمان خواهد بود. دلیل سوم مربوط به تعهدات و سیاست‌های

### منشور حرفه‌ای پزشک

در سال ۲۰۰۱ هیئت طب داخلی آمریکا جنبشی را برای تبیین مفهوم «کار حرفه‌ای» آغاز نمود. مجموعه‌ای از اصول تحت عنوان منشور حرفه‌ای پزشک تدوین شد که در آنها عمل براساس عالی‌ترین و بالاترین سطح اخلاقی برای پزشکان توصیف شده است. در جدول ۱-۲۷ اصول تعهدات رفتار حرفه‌ای در منشور حرفه‌ای پزشک ذکر شده است که انتظار می‌رود تمامی پزشکان و از جمله روان‌پزشکان از آنها پیروی کنند.

خلاصه‌ای از مسائل اخلاقی مطرح شده در این بخش به شکل پرسش و پاسخ در جدول ۲-۲۷ آمده است.

### روان پزشکی نظامی

روان‌پزشکان شاغل در نیروهای نظامی با معضلات اخلاقی متحصربردی مواجه می‌شوند، چون در ضوابط سلوک نظامی رازداری وجود ندارد. روان‌پزشکان هنگام درمان بیماران نظامی باید در مورد این ضوابط و محدودیت‌ها به آنان هشدار بدهند. استدلال آنان مربوط به مفاهیم ضرورت نظامی است؛ با این حال بسیاری از متخصصان مشکلات این قاعده را گوشزد کرده‌اند، از جمله اینکه ممکن است بسیاری از سربازان برای اجتناب از برملا شدن رازشان قید درمان را بزنند. با افزایش نگرانی‌ها در مورد میزان خودکشی در میان نظامیان، تلاش برای تغییر دادن این قانون رو به افزایش است. به همین دلیل بسیاری از روان‌پزشکان نظامی با توجه به قضاوت شخصی خودشان در مورد گزارش دادن یا ندادن به مقامات بالاتر تصمیم می‌گیرند.

ناتوانی پزشک باید به مقامات مسئول گزارش شود و پزشک گزارش‌دهنده باید روال کار بیمارستان، ایالت و رویه قانونی را رعایت کند. پزشکی که همکار آسیب‌دیده‌ای را درمان می‌کند نباید موظف به کنترل پیشرفت او و ارزیابی آمادگی‌اش برای بازگشت به کار باشد. این کنترل باید از سوی پزشکی مستقل یا گروهی از پزشکانی که تضاد منافع ندارند صورت بگیرد.

اکثر ایالت‌های آمریکا سازمانی دارند که به سوءرفتار حرفه‌ای می‌پردازند و شامل هیئتی است که بر چنین مواردی نظارت می‌کنند. تعاریف سوءرفتار حرفه‌ای در هر ایالت متفاوت است، اما اغلب به این معناست که فرد در عین آسیب‌دیده بودن کار درمانی‌اش را ادامه دهد. شکایت از سوءرفتار حرفه‌ای اغلب از سوی عموم مردم و همچنین شرکت‌های بیمه، سازمان‌های اعمال قانون و پزشکان مطرح می‌شود. بسیاری از ایالت‌ها نیز یک کمیته سلامت پزشکان دارند که مستقل از هیئت انضباطی فعالیت می‌کند و وظیفه‌اش تضمین این است که پزشکان آسیب‌دیده درمان و نظارت مناسب دریافت کنند.

### پزشکان تحت آموزش

واگذاری اختیار مراقبت از بیماران به کسی که واجد صلاحیت و تجربه کافی نیست (مانند دانشجویان پزشکی و دستیاران) بدون نظارت پزشک مسئول کاری غیراخلاقی است. دستیاران پزشکان تحت آموزش هستند و در نتیجه می‌توانند مراقبت خوبی از بیماران به عمل آورند. در یک محیط آموزشی سالم و اخلاقی، دستیاران و دانشجویان پزشکی ممکن است درگیر و مسئول مراقبت روزانه بسیاری از بیماران بدحال شوند، اما در عین حال تحت نظارت، سرپرستی، حمایت و هدایت پزشکان مجرب و آموزش دیده باشند. بیمار حق دارد از سطح آموزش مراقبان خود آگاه شود و سطح آموزش دستیاران و دانشجویان پزشکی باید به اطلاع آنان برسد. دستیاران و دانشجویان پزشکی باید محدودیت‌های خود را شناخته و آن را بپذیرند و در صورت لزوم از همکاران مجرب خود نظر و راهنمایی بخواهند.



## اصول بنیادی

- اولویت رفاه بیمار، نوع دوستی در اعتمادمحوری رابطه پزشک - بیمار نقش دارد. عوامل بازار، فشارهای اجتماعی و مقتضیات اجرایی نباید این اصل را مخدوش کند.
- خودمختاری بیمار، پزشک باید با بیماران روراست باشد و به آنها اختیار دهد تا تصمیمات آگاهانه‌ای در مورد درمان خود اتخاذ کنند.
- عدالت اجتماعی، پزشکان باید فعالانه تلاش کنند که تبعیض‌های مبتنی بر نژاد، قومیت، وضعیت اقتصادی اجتماعی، جنسیت، مذهب یا هر طبقه اجتماعی دیگر از مراقبت‌های بهداشتی حذف شود.

## مجموعه‌ای از تعهدات

- صلاحیت حرفه‌ای، پزشک باید به یادگیری در تمام طول عمر خود متعهد باشد. مسئولان حرفه پزشکی باید از صلاحیت تمامی اعضای جامعه پزشکی اطمینان حاصل کنند.
- صداقت با بیماران، پزشکان باید اطمینان حاصل کنند که بیماران قبل از رضایت به یک شیوه درمانی، کاملاً و با صداقت مطلع و آگاه شده‌اند. پزشک باید به بیمار اختیار دهد که در مورد سیر درمان تصمیم بگیرد. پزشک همچنین باید اذعان نماید که گاهی اشتباهات پزشکی سبب آسیب به بیمار می‌شود. اگر بیمار بر اثر خطای طبی آسیب دید، باید موضوع سریعاً به اطلاع وی برسد، زیرا عدم انجام این کار به شدت اعتماد اجتماعی و اعتماد بیمار را مخدوش می‌کند.
- رازداری، امروزه با توجه به استفاده گسترده از سیستم‌های اطلاعات الکترونیکی برای گردآوری اطلاعات مربوط به بیماران، پای بندی به رازداری ضروری تر از گذشته است.
- حفظ رابطه مناسب با بیماران، پزشکان هرگز نباید برای مقاصد جنسی، نفع مادی یا سایر اهداف شخصی از بیماران بهره‌کشی کنند.
- بهبود کیفیت مراقبت، این تعهد شامل موارد زیر است: حفظ صلاحیت و کفایت بالینی، همکاری با سایر متخصصان برای کاهش خطاهای طبی، افزایش ایمنی بیمار، تقلیل استفاده مفرط از منابع مراقبت‌های بهداشتی و بهینه‌سازی فرجام مراقبت.
- بهبود دسترسی به مراقبت، پزشکان باید به صورت فردی و گروهی برای کاهش موانع مراقبت‌های بهداشتی منصفانه تلاش کنند.
- توزیع عادلانه منابع محدود، پزشک باید متعهد باشد برای تدوین رهنمودهای مراقبت مقرون به صرفه با پزشکان دیگر، بیمارستان‌ها و پرداخت‌کنندگان همکاری کند. مسئولیت حرفه‌ای پزشک برای تخصیص مناسب منابع مستلزم اجتناب کامل از انجام آزمون‌ها و اقدامات زائد است.
- دانش علمی، پزشکان موظفند معیارهای علمی را رعایت کنند، به انجام تحقیقات کمک کنند، دانش جدیدی خلق کنند و از کاربرد مناسب آن اطمینان حاصل نمایند.
- حفظ اعتماد از طریق مدیریت تعارض منافع، پزشکان موظفند تعارض منافع را شناسایی و آن را برای عموم جامعه افشا کنند و به آن پردازند. روابط بین صاحبان صنایع و نظریه پردازان بایستی افشا شود.
- مسئولیت‌های حرفه‌ای، از پزشکان انتظار می‌رود در فرآیند خودتنظیمی، از جمله جبران مافات و تنبیه اعضای که معیارهای حرفه‌ای را رعایت نکرده‌اند، مشارکت کنند.



موضوع	پرسش	پاسخ
رها کردن	چگونه روان پزشک می‌تواند از اتهام رها کردن بیمار در هنگام بازنشستگی اجتناب کند؟	روان پزشک در حال بازنشستگی اگر موضوع بازنشستگی را به میزان کافی به اطلاع بیماران برساند و برای تدام بخشیدن به مراقبت و درمان بیماران از هیچ کوشش معقولی فروگذار نکند، بیماران خود را رها نکرده است.
	آیا از نظر اخلاقی درست است برای بیماری که حالش وخیم است و نیاز به بستری شدن دارد فقط مراقبت سرپایی انجام شود؟	این حالت می‌تواند رها کردن تلقی شود مگر اینکه مؤسسه یا طبیب سرپایی ترتیباتی اتخاذ کند که بیمار از سوی منابع دیگر بستری شود.



موضوع	پرسش	پاسخ
ارث	بیمار در حال موت روان‌پزشک معالج را وارث خود می‌سازد. آیا این اتفاق از لحاظ اخلاقی درست است؟	خیر. قبول ارث کار درستی نیست و نوعی بهره‌کشی از رابطه درمانی محسوب می‌شود. اما قبول بخشی از ارثیه بیمار متوفی که بدون اطلاع روان‌پزشک آن را به نام وی کرده است از نظر اخلاقی اشکالی ندارد.
صلاحیت	آیا از نظر اخلاقی روان‌پزشک می‌تواند معاینه مهیلبی انجام دهد؟ معاینه پزشکی بیمارستانی چطور؟	روان‌پزشک اگر صلاحیت انجام روش‌های طبی غیر روان‌پزشکی را داشته باشد و روش‌های مزبور با تغییر انتقال، مانع درمان روان‌پزشکی مؤثر نشود، می‌تواند آنها را انجام دهد. در معاینه لگنی احتمال تحریف و دگرگونی انتقال زیاد است و بهتر است بالینگر دیگری آن را انجام دهد.
رازداری	آیا پس از مرگ بیمار رازداری باید حفظ شود؟	بله. عدم صلاحیت یک موضوع اخلاقی است.
	آیا از نظر اخلاقی درست است که اطلاعات بیمار را در اختیار شرکت بیمه بگذاریم؟	بله. از نظر اخلاقی اسرار بیمار پس از مرگ وی هم باقی می‌ماند. مواردی که در آنها می‌خواهیم دیگران را از خطری قریب‌الوقوع آگاه کنیم یا اجبار قانونی مناسبی وجود دارد استثنا محسوب می‌شود.
	آیا بخشی از نوار ویدیویی جلسه درمان را می‌توان در کارگاه متخصصان نمایش داد؟	بله. به شرطی که اطلاعات ارائه شده محدود به مطالبی باشد که برای رسیدگی به ادعای بیمه مورد نیاز است.
	آیا در ایالتی که گزارش کودک‌آزاری اجباری است، پزشک باید موارد صرفاً مشکوک به کودک‌آزاری را نیز گزارش کند؟	بله. در صورتی که رضایت آگاهانه و بدون اجبار اخذ شده باشد، خودمختاری حفظ شود. مخاطبان مطلع باشند که آنچه می‌بینند تنها بخش‌هایی از یک جلسه است نه یک جلسه کامل و بیمار هدف ضبط ویدیویی را بدانند.
تعارض منافع	اگر روان‌پزشک هم وظیفه روان‌درمانی و هم وظیفه اداری در پرداختن به دانشجویان یا کارآموزان داشته باشد، آیا این امر موجب تعارض اخلاقی می‌شود؟	بله. باید نقش روان‌پزشک را نسبت به کارآموزان یا دانشجویان تعریف کنید. نظر اداری را باید از روان‌پزشکی اخذ کرد که با کارآموز یا دانشجو رابطه درمانی ندارد.
تشخیص بدون معاینه	برای مقاصد بیمه‌ای روان‌پزشک صرفاً براساس مرور سوابق و پرونده‌های موجود تعیین می‌کند که خودکشی در نتیجه بیماری بوده است یا خیر. آیا این کار اخلاقی است؟	بله
	روان‌پزشک ناظر به منظور تدارک خدماتی از سوی فرد یا مؤسسه تحت نظارت بدون آنکه بیمار را معاینه کند. در برگه بیمه تشخیصی را تأیید می‌کند. آیا این کار، اخلاقی است؟	بله. اگر روان‌پزشک مطمئن باشد که مراقبت مناسب انجام می‌شود و در برگه بیمه نقش ناظر و طرف تحت نظارت به روشنی مشخص شده باشد.



موضوع	پرسش	پاسخ
بهره‌کشی (همچنین به ارث مراجعه کنید)	منظور از بهره‌کشی در رابطه درمانی چیست؟	بهره‌کشی هنگامی روی می‌دهد که روان‌پزشک از رابطه درمانی به نفع خودش استفاده کند. این امر شامل به فرزندگی قبول کردن یا استخدام کردن بیمار و نیز رابطه جنسی یا مالی با بیمار است.
تقسیم دستمزد	تقسیم دستمزد چیست؟	تقسیم دستمزد هنگامی روی می‌دهد که پزشک در قبال ارجاع بیمار به پزشک دیگر مبالغی را دریافت کند. این امر همچنین مواردی را شامل می‌شود که حقوقدان در قبال دریافت درصدی از حق‌الزحمه بیمارانی را به روان‌پزشک قانونی ارجاع دهد. تقسیم دستمزد ممکن است در یک محیط دفتری روی دهد که در آن روان‌پزشک برای نظارت یا هزینه‌ها درصدی از حق‌الزحمه همکارانش را به خود اختصاص دهد. هزینه چنین موارد یا خدماتی باید جداگانه منظور شود، در غیر این صورت واضح است که مالک مطب با ارجاع بیماران به یکی از همکاران در آن مطب منافعی به دست می‌آورد. تقسیم دستمزد غیرقانونی است.
رضایت آگاهانه	آیا در صورتی که بیمار با ارائه اطلاعاتش به افراد خاصی موافق باشد، آیا اخلاقی است که از ارائه اطلاعات به آن افراد خودداری کنیم؟	خیر، این بستگی به تصمیم بیمار دارد نه تصمیم درمانگر
کار دوم شبانه داشتن	آیا هنگام ارائه یا نگارش مطالبی در مورد بیماری رضایت آگاهانه مورد نیاز است؟	خیر، در صورتی که بیمار از فرآیند نظارت - آموزش آگاه باشد و رازداری حفظ شود.
گزارش دهی	آیا رزیدنت‌های روان‌پزشکی می‌توانند از لحاظ اخلاقی شغل دومی داشته باشند؟	بله - در صورتی که وظایف آنها فراتر از توانایی‌شان نباشد، تحت نظارت مناسب قرار داشته باشند و کار دوم آنها مانع آموزش رزیدنتی ایشان نشود.
تحقیق	آیا روان‌پزشک بایستی رفتار غیراخلاقی همکار یا همکارانش را افشا یا گزارش کند؟ آیا همسر فرد می‌تواند شکایت اخلاقی مطرح کند؟	روان‌پزشکان موظفند رفتار غیراخلاقی همکارانشان را گزارش کنند. همسر فرد در صورتی که از رفتار غیراخلاقی وی مطلع باشد می‌تواند شکایت اخلاقی مطرح کند.
بازنشستگی نظارت	در مورد افرادی که نمی‌توانند رضایت آگاهانه بدهند چگونه می‌توان به پژوهشی اخلاقی پرداخت؟ رجوع کنید به رها کردن هنگامی که روان‌پزشکی بر کار سایر متخصصان بهداشت روانی نظارت می‌کند چه مقتضیات اخلاقی‌ای وجود دارد؟	رضایت باید از قییم قانونی و یا از طریق وصیت نامه اخذ شود. اشخاص فاقد صلاحیت حق دارند در هر زمانی خود را از طرح پژوهشی کنار بکشند.
ضبط ویدیویی و ضبط صدا	آیا می‌توان از نوارهای ویدیویی مصاحبه بیمار برای مقاصد آموزشی در سطح ملی (مثلاً کارگاه‌ها، آمادگی برای امتحان بُرد و غیره) استفاده کرد؟	روان‌پزشک باید وقت کافی کند تا مطمئن شود مراقبت مناسب ارائه می‌شود و افراد تحت نظارت خدماتی را فراتر از آموزش‌هایشان ارائه نمی‌کنند، دریافت دستمزد برای نظارت اخلاقی محسوب می‌شود.

- Blass DM, Rye RM, Robbins BM, Miner MM, Handel S, Carroll JL Jr, Rabins PV. Ethical issues in mobile psychiatric treatment with homebound elderly patients: The psychogeriatric assessment and treatment in city housing experience. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54(5):843–848.
- Cervantes AN, Hanson A. Dual agency and ethics conflicts in correctional practice: Sources and solutions. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2013;41(1):72–78.
- DuVal G. Ethics in psychiatric research: Study design issues. *Can J Psychiatry.* 2004;49(1):55–59.
- Fleischman AR, Wood EB. Ethical issues in research involving victims of terror. *J Urban Health.* 2002;79:315–321.
- Green SA. The ethical commitments of academic faculty in psychiatric education. *Acad Psychiatry.* 2006;30(1):48–54.
- Kaldjian LC, Weir RF, Duffy TP. A clinician's approach to clinical ethical reasoning. *J Gen Intern Med.* 2005;20:306–311.
- Kipnis K. Gender, sex, and professional ethics in child and adolescent psychiatry. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2004;13(3):695–708.
- Kontos N, Freudreich O, Querques J. Beyond capacity: Identifying ethical dilemmas underlying capacity evaluation requests. *Psychosomatics.* 2013;54(2):103–110.
- Marrero I, Bell M, Dunn LB, Roberts LW. Assessing professionalism and ethics knowledge and skills: Preferences of psychiatry residents. *Acad Psychiatry.* 2013; 37(6):392–397.
- Merlino JP. Psychoanalysis and ethics—relevant then, essential now. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry.* 2006;34(2):231–247.
- Parker M. Judging capacity: Paternalism and the risk-related standard. *J Law Med.* 2004;11(4):482–491.
- Roberts LW. Fictical philanthropy in academic psychiatry. *Am J Psychiatry.* 2006; 163(5):772–778.
- Schneider PL, Bramstedt KA. When psychiatry and bioethics disagree about patient decision making capacity (DMC). *J Med Ethics.* 2006;32:90–93.
- Simon L. Psychotherapy as civics: The patient and therapists as citizens. *Ethical Hum Psychol Psychiatry.* 2005;7(1):57–64.
- Strebler A, Valentin C. Considering ethics, aesthetics and the dignity of the individual. *Cult Med Psychiatry.* 2014;38(1):35–59.
- Wada K, Doering M, Rudnick A. Ethics education for psychiatry residents. A mixed-design retrospective evaluation of an introductory course and a quarterly seminar. *Camb Q Healthc Ethics.* 2013;22(04):425–435.
- Weiss LW. Ethics in psychiatry. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry.* 10th ed. Vol. 2. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.