

Original article

Determining the Framework for Obtaining Informed Consent in Patients with Mental Disorders

Mohaddeseh Rahimi¹, Ali Aghighi², Ali Khaji³, Modabber Arasteh⁴, Kourosh Delpasand^{5*} 

1. Razi Clinical Research Development Unit, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.
2. PhD Student in Medical Ethics, Research Center for the History and Ethics of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
4. Associate Professor, Neurosciences Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.
5. Faculty of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

Article Info.

Received: 24- Sep- 2025

Accepted: 02- Nov- 2025

Abstract

Background and Objectives: Obtaining informed consent from patients with mental disorders or individuals with intellectual disabilities is a significant challenge in medical ethics and law, especially in vulnerable groups whose decision-making capacity may be impaired. This qualitative study aimed to develop a framework for obtaining informed consent from individuals with intellectual disabilities or Mental disorder in Iran.

Materials and Methods: The present study is a qualitative study of the contractual content analysis type conducted in 1402 at Guilan University of Medical Sciences. The participants were 10 experts who were selected through purposive sampling. Data were collected by systematically searching electronic databases for relevant content and individual semi-structured interviews until theoretical saturation was reached and analyzed simultaneously. Analysis was used to code and integrate data with literature review. MAXQDA software was used to manage the textual data analysis.

Results: The process of obtaining informed consent in patients with mental disorder requires an assessment of mental capacity, consideration of expediency and least harm, and separation of treatment from research. However, compliance with the informed consent process is more legal than ethical and requires protocol revision and serious monitoring. The parent or guardian is the primary decision-maker, but the participation of family and trusted individuals is also possible within the framework of the patient's best interests. The parent's authority is limited and in the event of a violation, the judiciary can intervene.

Conclusion: Obtaining consent in patients with mental disorder should be based on an assessment of their decision-making capacity, and in the event of a lack of capacity, decision-making should be delegated to a representative, while maintaining patient participation as much as possible. This framework can improve mental health policymaking in Iran and contribute to the global literature on vulnerable patients in developing countries.

Keywords: Decision-making capacity, Informed consent, Mental patients, mentally disabled people.

*** Corresponding Author:** Kourosh Delpasand. Faculty of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.
E-mail: kd388@yahoo.com

How to Cite: Rahimi M, Aghighi A, Khaji A, Arasteh M., Delpasand K. Determining the Framework for Obtaining Informed Consent in Patients with Mental Disorders. *Journal of Student Research Committee Sabzevar University of Medical Sciences*, 2026;30(4): 85-97



تعیین چارچوب اخذ رضایت آگاهانه در بیماران مبتلا به اختلالات روانی

محدثه رحیمی^۱، علی عقیقی^۲، علی خاجی^۳، مدیر آراسته^۴، کوروش دلپسند^{۵*}

۱. واحد توسعه تحقیقات بالینی رازی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.
۲. دانشجوی دوره دکتری اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات تاریخ و اخلاق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. مرکز تحقیقات سالمندی ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
۴. مرکز تحقیقات علوم اعصاب، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.
۵. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۱۱

چکیده

زمینه و هدف: اخذ رضایت آگاهانه از بیماران مبتلا به اختلالات روانی (توان خواهان ذهنی)، چالشی مهم در اخلاق و حقوق پزشکی است، به ویژه در گروه های آسیب پذیر که ظرفیت تصمیم گیری شان ممکن است مختل باشد. این مطالعه کیفی با هدف تدوین چارچوبی برای اخذ رضایت آگاهانه از بیماران مبتلا به اختلالات روانی در ایران انجام شد.

مواد و روش: پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوای قراردادی است که در سال ۱۴۰۲ در دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شده است. مشارکت کنندگان، ۱۰ متخصص بودند که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. داده ها با جستجوی سامانمند پایگاه های الکترونیکی برای محتوای مرتبط و مصاحبه های نیمه ساختاریافته انفرادی تا زمان رسیدن به اشباع نظری گردآوری و به طور همزمان تحلیل شدند. تحلیل برای کدگذاری و تلفیق داده ها با مرور متون استفاده شد. برای مدیریت تحلیل داده های متنی، از نرم افزار MAXQDA استفاده گردید.

یافته ها: فرآیند کسب رضایت آگاهانه در بیماران مبتلا به اختلالات روانی مستلزم ارزیابی ظرفیت ذهنی، رعایت مصلحت و کمترین آسیب و تفکیک درمان از پژوهش است. با این حال، رعایت فرآیند رضایت آگاهانه بیشتر جنبه قانونی دارد تا اخلاقی و نیازمند اصلاح پروتکل ها و نظارت جدی است. ولی یا قیم تصمیم گیر اصلی است، اما مشارکت خانواده و افراد مورد اعتماد نیز در چارچوب مصلحت بیمار ممکن است. اختیارات ولی محدود بوده و در صورت تخلف، دادگستری می تواند مداخله کند.

نتیجه گیری: اخذ رضایت در بیماران مبتلا به اختلالات روانی باید بر مبنای ارزیابی ظرفیت تصمیم گیری آنان صورت گیرد و در صورت فقدان ظرفیت، با حفظ مشارکت بیمار تا حد امکان، تصمیم گیری به نماینده ای واگذار شود. این چارچوب می تواند سیاست گذاری سلامت روان در ایران را بهبود بخشد و به ادبیات جهانی درباره بیماران آسیب پذیر در کشورهای در حال توسعه کمک کند.

کلید واژگان: بیماران روانی، توان خواهان ذهنی، رضایت آگاهانه، ظرفیت تصمیم گیری.

نویسنده مسئول: کوروش دلپسند، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران. پست الکترونیکی: kd388@yahoo.com

استناد به مقاله: رحیمی محدثه، عقیقی علی، خاجی علی، آراسته مدیر، دلپسند کوروش، تعیین چارچوب اخذ رضایت آگاهانه در بیماران مبتلا به اختلالات روانی، مجله کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، زمستان ۱۴۰۴، دوره ۳۰، شماره ۴، صفحات: ۷۸-۹۷.

مقدمه

آگاهانه در نظام سلامت جهانی و تحلیل دیدگاه‌های خبرگان ایرانی (روانپزشکان، متخصصان اخلاق پزشکی و حقوقدانان) بود. این پژوهش به دنبال ارائه پروتکل‌هایی عملی است که ارزیابی فردمحور ظرفیت، مشارکت حداکثری بیمار و رعایت ملاحظات اخلاقی، حقوقی و فقهی را دربرگیرد. یافته‌های این مطالعه می‌تواند به بهبود سیاست‌گذاری سلامت روان در ایران کمک کند و به ادبیات جهانی در زمینه حقوق بیماران آسیب‌پذیر در کشورهای در حال توسعه بیفزاید.

مواد و روش‌ها

این پژوهش به صورت کیفی طراحی شد و با هدف تدوین چارچوبی برای اخذ رضایت آگاهانه از بیماران مبتلا به اختلالات روانی انجام گرفت. مطالعه در دو مرحله اصلی اجرا شد: ابتدا، جستجوی سامانمند کلیدواژه‌های مرتبط با موضوع پژوهش به صورت سامانمند در پایگاه‌های معتبر الکترونیکی Scopus، PubMed، Google Scholar، MagIran و SID جستجو شد. در پایگاه‌های بین‌المللی، از کلیدواژه‌های انگلیسی شامل Informed consent، Decision-making capacity، Mentally و Mental patient، disabled people استفاده گردید. همچنین، در پایگاه‌های ایرانی MagIran و SID، با کلیدواژه‌های فارسی رضایت آگاهانه، ظرفیت تصمیم‌گیری، بیماران روانی و توان خواهان ذهنی جستجو انجام گرفت. این جستجو در بازه زمانی ۲۰ سال اخیر (از سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۲۵) انجام شد و محتوای مرتبط استخراج شد تا سؤالات نیمه‌باز برای مصاحبه‌های کیفی تدوین شود.

در منابع معتبر الکترونیکی برای استخراج محتوای کاربردی و سپس جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته تا رسیدن به اشباع نظری. این طرح بر تحلیل عمیق داده‌های کیفی برای تدوین چارچوب پیشنهادی متمرکز بود. شرکت‌کنندگان

اخذ رضایت آگاهانه از بیماران مبتلا به اختلالات روانی یکی از چالش‌های اساسی در اخلاق و حقوق پزشکی است، به‌ویژه در گروه‌های آسیب‌پذیری که ظرفیت تصمیم‌گیری آن‌ها ممکن است مختل باشد (۱، ۲). اصول اخلاق پزشکی، از جمله اعلامیه حقوق اشخاص توان‌خواه سازمان ملل متحد (۱۹۷۵) و کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت (CRPD^۱)، بر ضرورت رضایت آزادانه و آگاهانه تأکید دارند که شامل افشای کامل اطلاعات درباره اهداف، روش‌ها و عوارض درمان است. با این حال، در بیماران مبتلا به اختلالات روانی، نقصان‌های شناختی یا روانی می‌توانند فرآیند رضایت را پیچیده کنند و در صورت عدم شایستگی، تصمیم‌گیری جایگزین توسط سرپرست قانونی ضروری می‌شود (۳). این فرآیند نه تنها یک امضای فرم، بلکه یک ارتباط مداوم است که باید حقوق بیمار، از جمله کرامت انسانی و خوداتکابی را حفظ کند (۴). در ایران، علی‌رغم وجود چارچوب‌های حقوقی مانند قانون مدنی (مواد ۱۱۹۴ و ۱۲۰۷) که ولایت و قیمومیت را برای محجوران، از جمله بیماران مبتلا به اختلالات روانی تعریف می‌کند، فقدان قوانین جامع سلامت روان و پروتکل‌های استاندارد برای اخذ رضایت آگاهانه چالش‌هایی جدی ایجاد کرده است. مطالعات محلی نشان‌دهنده کمبود آگاهی روانپزشکان از قوانین بستری اجباری و اجرای ناکافی پروتکل‌های رضایت است (۵، ۶). این خلأ، همراه با تفاوت‌های فرهنگی و فقهی مانند معیارهای بلوغ در فقه اسلامی، نیاز به چارچوب‌های بومی‌سازی شده را برجسته می‌سازد. در سطح جهانی، مدل‌های تصمیم‌گیری پشتیبانی شده (SDM^۲) به عنوان جایگزینی برای تصمیم‌گیری اجباری پیشنهاد شده‌اند، اما کاربرد آن‌ها در زمینه‌های محلی مانند ایران کمتر بررسی شده است (۷).

این مطالعه با هدف تدوین پیش‌نویس چارچوبی برای اخذ رضایت آگاهانه از بیماران مبتلا به اختلالات روانی در ایران انجام شد. اهداف ویژه شامل بررسی وضعیت موجود رضایت

2. Supported Decision-Making

1. Convention on the Rights of Persons with Disabilities

جامعه مورد مطالعه شامل صاحب نظران رشته های اخلاق پزشکی، روان پزشکی و حقوق بود. معیار ورود، داشتن تخصص حرفه ای مرتبط و رضایت به مشارکت در پژوهش و معیار خروج، عدم تمایل به شرکت در مطالعه تعیین شد. نمونه ای هدفمند با برنامه ریزی اولیه برای ۱۰ نفر انتخاب شد. حجم نمونه بر اساس اصل اشباع نظری مشخص شد. پس از انجام ۶ مصاحبه، هر یک به مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه، اشباع نظری حاصل شد، زیرا مصاحبه شوندگان اطلاعات جدیدی ارائه ندادند و پژوهشگر پرسش مرتبط دیگری نداشت.

جمع آوری داده ها

جمع آوری داده ها در دو مرحله انجام شد. در مرحله اول، کلیدواژه های مرتبط با موضوع پژوهش در پایگاه های معتبر

تحلیل داده ها

داده های کیفی با روش تحلیل محتوای قراردادی تحلیل شد. این فرآیند شامل رونویسی مصاحبه ها و کدگذاری القایی با استفاده از نرم افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۰ بود. گروه پژوهشی با تلفیق نتایج مرور متون و داده های مصاحبه ها، پیش نویس چارچوب اخذ رضایت آگاهانه از بیماران مبتلا به اختلالات روانی را تدوین کرد. این پیش نویس در نشست با حضور خبرگان بررسی و دستورالعمل نهایی پیشنهادی تنظیم شد.

ملاحظات اخلاقی

مجوز اخلاقی از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان و کمیته اخلاق پزشکی دانشگاه با کد IR.GUMS.REC.1402.092 اخذ شد. پیش از انجام

الکترونیکی به صورت سامانمند جستجو شد و محتوای مرتبط استخراج گردید تا سؤالات نیمه باز برای مصاحبه های کیفی تدوین شود. در مرحله دوم، مصاحبه های نیمه ساختاریافته در زمان و مکان توافق شده با شرکت کنندگان انجام گرفت. مصاحبه ها با رضایت شرکت کنندگان ضبط صوتی شد و بر پنج سؤال کلیدی متمرکز بود: (۱) نکات لازم برای اخذ رضایت از بیماران مبتلا به اختلالات روانی؛ (۲) وضعیت رعایت فرآیند رضایت و موافقت در ایران؛ (۳) نزدیک ترین افراد به بیماران مبتلا به اختلالات روانی برای مشارکت در درمان؛ (۴) حدود اختیارات ولی یا سرپرست قانونی؛ و (۵) تفاوت های پژوهش و درمان در این بیماران. مصاحبه ها تا رسیدن به اشباع نظری یعنی نقطه ای که مصاحبه شوندگان اطلاعات جدیدی ارائه ندادند و پژوهشگر پرسش مرتبط دیگری نداشت، ادامه یافت. مصاحبه ها، رضایت نامه آگاهانه از شرکت کنندگان دریافت شد و محرمانگی اطلاعات شخصی آن ها تضمین گردید. داده ها به صورت ناشناس ثبت و تحلیل شد و اصول اخلاقی در فرآیند ثبت و گزارش نتایج به طور کامل رعایت شد. در صورت بروز هرگونه تعارض اخلاقی، پایبندی به پروتکل های مصوب کمیته اخلاق برای رفع مسئله اعمال گردید.

یافته ها

در فاز تحلیل داده های کیفی مصاحبه ها، تم های اصلی و طبقه های فرعی مرتبط با رضایت آگاهانه در بیماران مبتلا به اختلالات روانی ذهنی استخراج و دسته بندی شد. این تم ها بر اساس الگوهای تکرار شونده در پاسخ های مصاحبه شوندگان، بر جنبه های اخلاقی، قانونی و عملی تمرکز دارند. جدول ۱، تم های اصلی و طبقه های مرتبط را به تفصیل نشان می دهد.

جدول ۱. تم ها و طبقات مرتبط با رضایت بیماران مبتلا به اختلالات روانی

تم اصلی	طبقه ها
نکات کلیدی در اخذ رضایت از بیماران مبتلا به اختلالات روانی	ارزیابی ظرفیت و توانایی درک بیمار توجه به مصلحت و کمترین آسیب به بیمار تمایز بین فرآیند درمانی و پژوهشی رضایت آگاهانه و حمایت از افراد آسیب پذیر

وضعیت رعایت پروسه رضایت در ایران	عدم رعایت کامل و صحیح پروسه تمرکز بر جنبه‌های قانونی بیش از اخلاقی نیاز به بهبود پروتکل‌ها و نظارت
نزدیک‌ترین افراد برای مشارکت در درمان	ولی یا قیم قانونی به‌عنوان تصمیم‌گیرنده اصلی خانواده و افراد وابسته با شرط عدم تعارض منافع نقش افراد ثالث مانند دوستان یا همسایگان
محدودیت‌های اختیارات ولی یا سرپرست قانونی	عدم اجازه برای هر تصمیمی و تمرکز بر مصلحت بیمار نظارت قانونی و امکان مداخله دادگستری سلب صلاحیت در صورت تضاد با منافع بیمار
تفاوت بین پژوهش و درمان در بیماران مبتلابه اختلالات روانی	اولویت درمان بر پژوهش و تمرکز بر منفعت فردی محدودیت پژوهش به موارد مختص گروه آسیب‌پذیر نیاز به رضایت آگاهانه و ارجحیت گروه‌های غیرآسیب‌پذیر

۱. نکات کلیدی در اخذ رضایت از بیماران مبتلابه اختلالات روانی

این بخش به اصول و نکات اساسی که باید در فرآیند اخذ رضایت از بیماران مبتلابه اختلالات روانی رعایت شود، می‌پردازد. تمرکز اصلی بر ارزیابی فردی، تمایز بین درمان و پژوهش و حفظ حقوق افراد آسیب‌پذیر است تا فرآیند رضایت آگاهانه و اخلاقی باشد.

۱-۱. ارزیابی ظرفیت و توانایی درک بیمار

ارزیابی دقیق ظرفیت ذهنی بیمار برای درک موضوع، اولین گام است. این ارزیابی باید فرد به فرد انجام شود، زیرا بیماران مبتلابه اختلالات روانی گروهی متنوع هستند و ممکن است در برخی موارد ساده ظرفیت تصمیم‌گیری داشته باشند، اما در موارد پیچیده‌تر نه. این ارزیابی می‌تواند از طریق مصاحبه، آزمون‌های روانشناختی یا ظرفیت سنجی تخصصی صورت گیرد.

"مهم‌ترین اصل در اخذ رضایت این است که ما ارزیابی درستی داشته باشیم که آیا بیماران کم‌توان می‌توانند در این فرآیند درمانی یا پژوهشی مشارکت داشته باشند؛ یعنی ظرفیت درک این موضوع را دارند یا خیر. ممکن است یک بیمار کم‌توان بتواند یک فرآیند درمانی ساده را قبول کند اما برای عمل جراحی ظرفیت درک موضوع را نداشته باشد." (فرد شماره ۱)

"ظرفیت فرد کم‌توان یا روانی برای اخذ رضایت از طریق مصاحبه و شرح حال یا از طریق آزمون‌های مربوط به صلاحیت شامل آزمون‌های روانشناختی بررسی شود." (فرد شماره ۴)
"فرد توان‌خواه برای دادن رضایت باید ظرفیت سنجی شود." (فرد شماره ۶)
"مفهوم کم‌توان ذهنی اساساً باید فرد به فرد مورد توجه قرار بگیرد نه به صورت گروهی." (فرد شماره ۲)

۱-۲. توجه به مصلحت و کمترین آسیب به بیمار

در اخذ رضایت، باید مصلحت بیمار اولویت داشته باشد و کمترین آسیب ممکن وارد شود. این شامل در نظر گرفتن صلاح بیمار، حتی اگر ظرفیت تصمیم‌گیری نداشته باشد و اطمینان از اینکه اقدام به سود بیمار است.

"در رضایت‌نامه از بیماران ناتوان ذهنی محور اول صلاح و مصلحت بیمار و در نظر گرفتن کمترین میزان آسیب به این بیماران است." (فرد شماره ۳)

"اقداماتی که به نفع افراد است باید استفاده شود و در دسترس بودن افراد نباید ملاک استفاده افراد در درمان و پژوهش باشد." (فرد شماره ۵)

"بنابراین اولین و مهم‌ترین اصل توانایی درک موضوع است. در صورت توانایی باید از فرد رضایت گرفته شود و از نظر حقوقی باید از ولی فرد نیز رضایت گرفته شود تا مشکلی پیش نیاید." (فرد شماره ۱)

۳-۱. تمایز بین فرآیند درمانی و پژوهشی

باید بین درمان (که بر منفعت فردی تمرکز دارد) و پژوهش (که بر منفعت گروهی تأکید دارد) تمایز قائل شد. در پژوهش، افراد کم‌توان در گروه آسیب‌پذیر قرار می‌گیرند و رضایت باید با احتیاط بیشتری اخذ شود.

"اول اینکه یک پروتکل وجود دارد و در این مورد چند کلیدواژه وجود دارد: اول بحث تفکیک بین موضوع پژوهشی و درمانی است که هرکدام با توجه به شرایط الزاماتی را دارند، خصوصاً در بحث درمانی تأکید بر منفعت شخصی فرد آسیب‌پذیر است و در بحث پژوهشی منفعت گروه آسیب‌پذیر مورد تأکید است." (فرد شماره ۲)

"رضایت درمانی و رضایت در کار پژوهشی تفاوت‌های دارد. در فرآیند درمانی رضایت یک امر لازم است که مربوط به سلامتی فرد است اما فرآیند پژوهشی لزوماً به سلامتی فرد مرتبط نیست." (فرد شماره ۱)

۴-۱. رضایت آگاهانه و حمایت از افراد آسیب‌پذیر

رضایت باید آگاهانه باشد و از ذی‌نفعان با احتیاط نسبت به تعارض منافع کسب شود. گروه‌های کم‌توان نیاز به حمایت ویژه دارند تا از سوءاستفاده جلوگیری گردد.

"در این موارد باید رضایت قانونی از قیم قانونی گرفته شود و درک و همراهی بیمار برای درمان بسیار حائز اهمیت است." (فرد شماره ۵)

"جهت مطالعه روی این گروه باید اطلاعات جامعی از افراد شرکت‌کننده در دست داشت و به این منظور از افرادی که ذینفع هستند کسب اطلاعات می‌کنیم (با لحاظ تعارض و منافع)." (فرد شماره ۲)

۲. وضعیت رعایت پروسه رضایت در ایران

این ویژگی به بررسی وضعیت فعلی رعایت پروسه رضایت در ایران می‌پردازد. بیشتر پاسخ‌ها نشان‌دهنده عدم رعایت کامل، تمرکز بیش‌ازحد بر جنبه‌های قانونی و نیاز به بهبود است.

۱-۲. عدم رعایت کامل و صحیح پروسه

در ایران پروسه رضایت اغلب به‌طور کامل رعایت نمی‌شود، به‌ویژه در پژوهش‌ها و بیشتر بر اساس مشاهدات شهودی است تا پروتکل‌های استاندارد.

"در ایران در حال حاضر پروسه اخذ رضایت از بیمار روانی در تمام موارد به‌طور کامل و صحیح رعایت نمی‌شود ولی اکثر مواقع از ولی یا قیم بیمار رضایت اخذ می‌شود." (فرد شماره ۴)

"در ایران در حال حاضر پروسه اخذ رضایت از بیمار روانی رعایت نمی‌شود." (فرد شماره ۶)

"اطلاع ندارم که آیا رضایت آگاهانه در پژوهش اجرا می‌شود یا خیر اما در بحث درمان از آنجا که در بیمارستان‌ها در حوزه‌های دیگر به‌طور صحیح اجرا نمی‌شود و صرفاً به امضا منتهی می‌شود این‌گونه به نظر می‌رسد که این فرایند برای افراد کم‌توان ذهنی اجرا نشود." (فرد شماره ۵)

"با توجه به تجربه شخصی اینجانب در موارد بیماران مرکز توان‌بخشی و مرکز ترک اعتیاد به نظر می‌رسد که این اتفاق رخ نمی‌دهد و در پروژه‌های پژوهشی بسیار به این موضوع کم‌توجه می‌شود." (فرد شماره ۲)

۲-۲. تمرکز بر جنبه‌های قانونی بیش از اخلاقی

محیط‌های درمانی بیشتر مسائل حقوقی را در نظر می‌گیرند و مسائل اخلاقی و شرعی کمتر موردتوجه قرار می‌گیرند.

"به‌طور خلاصه محیط‌های درمانی برای همه افراد مسائل حقوقی را در نظر گرفته و به‌ندرت مسائل شرعی و اخلاقی را در نظر می‌گیرند از این‌رو از منظر اخلاقی مناسب نیستند." (فرد شماره ۱)

"اینکه آیا این پروسه رعایت می‌شود یا خیر اطلاع ندارم اما برای درمان این بیماران از لحاظ قانونی از قیم رضایت گرفته می‌شود پس می‌توان گفت به‌نوعی رعایت می‌شود." (فرد شماره ۳)

۳-۲. نیاز به بهبود پروتکل‌ها و نظارت

نیاز به پروتکل‌های بهتر و نظارت بیشتر برای رعایت اخلاقی و شرعی وجود دارد.

"نگاه به این مسئله با توجه به پروتکل‌ها نیست." (فرد شماره ۲)

"گاهی افراد ثالث (دوست و همسایه) تأثیر بسیاری در بازیابی سلامت و روحیه بخشی به فرد بیمار دارند." (فرد شماره ۲)

"کسی که بیشترین ارتباط را با بیمار دارد به شرطی که سوگیری و تعارض منافع نداشته باشد و نفع خود را ترجیح ندهد." (فرد شماره ۳)

"در کنار آن‌ها دوستان همسن نیز نقش پررنگی را ایفا می‌کنند." (فرد شماره ۲)

۴. محدودیت‌های اختیارات ولی یا سرپرست قانونی

این قسمت به محدودیت‌های اختیارات ولی یا قیم می‌پردازد، با تأکید بر اینکه آن‌ها مالک نیستند و باید مصلحت بیمار را رعایت کنند.

۴-۱. عدم اجازه برای هر تصمیمی و تمرکز بر مصلحت بیمار

ولی اجازه هر تصمیمی ندارد و باید بهترین منفعت بیمار را در نظر بگیرد.

"مسلماً ولی قانونی اجازه هر تصمیمی را برای فرد بیمار ندارد و باید بهترین منفعت را برای فرد در نظر بگیرد و تصمیم باید مشروعیت داشته باشد." (فرد شماره ۱)

"ولی و سرپرست قانونی این بیماران در چارچوب قانونی باید اقدام نمایند و اجازه هر اقدامی را ندارند." (فرد شماره ۴)

"قیم قانونی این بیماران اجازه هر اقدامی را ندارند." (فرد شماره ۶)

۴-۲. نظارت قانونی و امکان مداخله دادگستری

در صورت تضاد با منافع بیمار، دادگستری می‌تواند مداخله کند.

"در قانون برخی اختیارات به ولی یا سرپرست داده شده اما نه هر نوع اختیار و تصمیمی. معمولاً اگر این افراد تحت کنترل یا نظارت بیرونی (بیمارستان یا مراکز توان بخشی) باشد، اداره سرپرستی دادگستری هم می‌تواند مداخله کند." (فرد شماره ۲)

"اگر مصلحت بیمار رعایت نشد از طریق مراجع قانونی باید اقدام کرد و اطلاع داده شود مانند کودک‌آزاری، سالمند آزاری و...". (فرد شماره ۳)

۴-۳. سلب صلاحیت در صورت تضاد با منافع بیمار

"برای مثال در رضایت از یک نوجوان ۱۵ ساله بین حقوق و اخلاق و فقه فاصله ایجاد می‌شود و قاعدتاً ما در این موارد حقوق را اصل قرار می‌دهیم." (فرد شماره ۱)

۳. نزدیک‌ترین افراد برای مشارکت در درمان

این بخش به شناسایی افراد مناسب برای مشارکت در تصمیم‌گیری درمانی می‌پردازد با تمرکز بر ولی قانونی، خانواده و افراد ثالث بدون تعارض منافع.

۳-۱. ولی یا قیم قانونی به عنوان تصمیم‌گیرنده اصلی

از منظر حقوقی، ولی یا قیم قانونی (مانند پدر یا پدربزرگ) نزدیک‌ترین فرد است.

"اگر از منظر حقوقی باشد ولی فرد می‌تواند تصمیم‌گیرنده باشد." (فرد شماره ۱)

"نزدیک‌ترین فرد برای اخذ رضایت در درمان بیماران مذکور پدر یا پدربزرگ پدری یا قیم بیمار و در صورت لزوم مرجع قضایی است." (فرد شماره ۴)

"برای اخذ رضایت در درمان از پدر رضایت گرفته می‌شود." (فرد شماره ۶)

۳-۲. خانواده و افراد وابسته با شرط عدم تعارض منافع

خانواده اگر درک کافی داشته باشند و بدون قضاوت بهترین گزینه هستند، اما باید وابستگی بیمار در نظر گرفته شود.

"در این موارد علاوه بر رضایت ولی رضایت و همراهی فرد بیمار و حتی بقیه اعضا خانواده را در نظر می‌گیریم به خصوص فردی که بیمار وابستگی بیشتری به او دارد." (فرد شماره ۱)

"به‌طور کلی در فرآیند درمان اگر خانواده دارای درک و شعور کافی باشد و فارغ از گذشته، فرد را مورد قضاوت قرار ندهد و منافع فرد بیمار را در نظر بگیرند، بهترین گزینه جهت مشارکت در درمان هستند." (فرد شماره ۲)

"نزدیک‌ترین فرد به بیمار از نظر قانونی باید مشخص شود." (فرد شماره ۵)

۳-۳. نقش افراد ثالث مانند دوستان یا همسایگان

در برخی موارد دوستان یا افراد ثالث نقش مثبت‌تری دارند، به‌ویژه اگر خانواده باعث تشدید علائم شود.

اگر اقدام به ضرر بیمار باشد، می‌توان صلاحیت قیم را سلب کرد.

"ولی یا قیم مالک فرد نیستند بلکه مدیر فرد هستند و باید اقداماتی به نفع بیمار انجام شود و اگر اقدامی به ضرر بیمار انجام شود قانون می‌تواند بررسی کند و یا حتی از فرد قیم سلب صلاحیت کند." (فرد شماره ۵)

"درواقع حاکمیت و به نمایندگی از آن‌ها دادستان قیم اصلی فرد محسوب می‌شود." (فرد شماره ۲)

۵. تفاوت بین پژوهش و درمان در بیماران مبتلابه اختلالات روانی

این بخش به تفاوت‌های کلیدی بین پژوهش و درمان می‌پردازد، با تأکید بر اولویت درمان و محدودیت پژوهش برای گروه‌های آسیب‌پذیر.

۱-۵. اولویت درمان بر پژوهش و تمرکز بر منفعت فردی
در درمان رضایت برای سلامتی ضروری است، اما پژوهش اختیاری و باید منفعت درمانی داشته باشد.

"رضایت درمانی و رضایت در کار پژوهشی تفاوت‌های دارد. در فرآیند درمانی رضایت یک امر لازم است که مربوط به سلامتی فرد است اما فرآیند پژوهشی لزوماً به سلامتی فرد مرتبط نیست." (فرد شماره ۱)

"به‌طورقطع اقدامات لازم درمانی باید اجرا شود اما پژوهش وقتی قابل اجرا است که سودی به این افراد برسد." (فرد شماره ۵)

"در مورد تفاوت بین موضوعات پژوهشی و درمانی طبق پروتکل در بحث درمانی، رضایت خود فرد ارجح است و اگر در بحث پژوهشی منفعت درمانی داشته باشد، می‌تواند مشارکت داشته باشد." (فرد شماره ۲)

۲-۵. محدودیت پژوهش به موارد مختص گروه آسیب‌پذیر

پژوهش نباید از افراد آسیب‌پذیر استفاده کند مگر اینکه مختص آن‌ها باشد و حتی‌الامکان از گروه‌های دیگر استفاده شود.

"گروه‌های کم‌توان و ناتوان ذهنی در گروه آسیب‌پذیر قرار می‌گیرند رضایت باید سود درمانی برای فرد داشته باشد نه

صرفاً پژوهشی باشد و درمان باید ارجحیت داشته باشد." (فرد شماره ۱)

"در پژوهش جز گروه‌های آسیب‌پذیر قرار می‌گیرند و حتی‌الامکان نباید مورد استفاده قرار گیرند مگر اینکه پژوهش مختص این افراد باشد." (فرد شماره ۳)

"موارد پژوهش روی بیماران روانی فقط با رعایت مصلحت آنان امکان‌پذیر است." (فرد شماره ۶)

۳-۵. نیاز به رضایت آگاهانه و ارجحیت گروه‌های غیرآسیب‌پذیر

در پژوهش، رضایت آگاهانه ضروری است و باید حقوق افراد رعایت شود.

"اگر امکان آن باشد که بتوان از گروه‌های دیگر استفاده کرد حتی‌الامکان نباید از این افراد آسیب‌پذیر استفاده کرد مگر اینکه پژوهش صرفاً مختص این افراد باشد در آن زمان رضایت آگاهانه و رعایت حقوق افراد و موارد آسیب‌زا باید مورد توجه قرار گیرد." (فرد شماره ۵)

"باید در درمان و موارد پژوهش روی بیماران روانی بیشتر دقت کرد و موازین قانونی و دولتی به‌درستی رعایت و در رازداری و حفظ اطلاعات این بیماران بیشتر دقت شود." (فرد شماره ۴)

بحث

مطالعه حاضر نیازها و چالش‌های چندوجهی در فرآیند اخذ رضایت آگاهانه از بیماران مبتلابه اختلالات روانی را در ۵ بخش اصلی بررسی کرد: نکات کلیدی در اخذ رضایت از بیماران مبتلابه اختلالات روانی ذهنی، وضعیت رعایت پروسه رضایت در ایران، نزدیک‌ترین افراد برای مشارکت در درمان، محدودیت‌های اختیارات ولی یا سرپرست قانونی و تفاوت بین پژوهش و درمان در بیماران مبتلابه اختلالات روانی ذهنی. یافته‌های پژوهش حاضر باهدف تدوین چارچوبی مناسب برای اخذ رضایت در بیماران مبتلابه اختلالات روانی به دست آمد. در این مسیر، نتایج مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با متخصصان مرتبط و مرور مطالعات پیشین، مسیر تحلیل یافته‌ها را هموار ساخت.

اقدامات باید به سود بیمار باشد که این امر می‌تواند احساس امنیت و اعتماد را در بیماران تقویت کند.

نتایج مطالعه حاضر اهمیت حمایت اخلاقی و حقوقی در مداخلات درمانی و پژوهشی برای کاهش خطر سوءاستفاده از افراد مبتلابه اختلالات روانی ذهنی را برجسته می‌کند. درواقع، تمایز بین فرآیند درمانی و پژوهشی که در مطالعه برجسته شد، می‌تواند به عنوان عامل محافظتی عمل کند و اطمینان حاصل کند که پژوهش‌ها تنها در موارد ضروری و با منفعت مستقیم انجام شوند. نتایج مطالعه جست^۸ و همکاران (۲۰۱۸) درباره تصمیم‌گیری پشتیبانی شده (SDM) نشان می‌دهد که این شیوه می‌تواند جایگزین مناسبی برای تصمیم‌گیری اجباری باشد (۱۹). این یافته با اظهارات برخی مصاحبه‌شوندگان هماهنگ است که بر لزوم حمایت و مشارکت حداکثری بیماران در تصمیم‌گیری تأکید داشتند. مطابق با یافته‌های مهربان و همکاران (۲۰۲۳)، رضایت کودکان باید هم از ولی قانونی و هم خود کودک اخذ شود، درحالی‌که در بیماران مبتلابه اختلالات روانی نیز مصاحبه‌شوندگان تأکید داشتند حتی در صورت داشتن ولی قانونی، مشارکت و رضایت خود بیمار در صورت امکان، اهمیت بالایی دارد. بهبود آموزش متخصصان در این زمینه می‌تواند فرآیند رضایت را آگاهانه‌تر کرده و حقوق افراد آسیب‌پذیر را حفظ کند.

همچنین مطالعه حاضر همانند مطالعه شمسی گوشکی و همکاران (۲۰۲۵) و داودی و همکاران (۲۰۱۷) بر وضعیت رعایت پروسه رضایت در ایران تأکید داشت که اغلب به طور کامل و صحیح اجرا نمی‌شود و بیشتر بر جنبه‌های قانونی تمرکز دارد تا اخلاقی (۲۰، ۲۱). بسیاری از شرکت‌کنندگان مشکلات عدم رعایت پروتکل‌ها را شناسایی کردند که این یافته‌ها با مطالعات قبلی در مورد چالش‌های اخلاقی در رضایت آگاهانه در ایران هم‌خوانی دارد. بررسی مطالعه والی پور و همکاران (۲۰۰۷) و شریفی و همکاران (۲۰۲۱) در ایران نشان داد که آگاهی روانپزشکان از قوانین بستری اجباری و رضایت از بیماران مبتلابه اختلالات روانی ناکافی است (۵).

مطالعه حاضر همانند مطالعه دینگ^۳ و همکاران (۲۰۲۴) و مطالعه دان^۴ و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که ارزیابی ظرفیت و توانایی درک بیمار یکی از مهم‌ترین نکات کلیدی در اخذ رضایت از بیماران مبتلابه اختلالات روانی ذهنی است (۸، ۹). این یافته‌ها با تحقیقات پیشین هم‌راستا هستند که بر اهمیت ارزیابی فردی ظرفیت تصمیم‌گیری در افراد با ناتوانی ذهنی تأکید می‌کنند، به‌ویژه از طریق مصاحبه‌ها و آزمون‌های روانشناختی (۱۰، ۱۱). مطالعات پیشین نشان دادند که ظرفیت ذهنی و شایستگی تصمیم‌گیری محور اصلی رضایت آگاهانه در بیماران روانپزشکی محسوب می‌شود (۱۲، ۱۳). اسکولتن^۵ و همکاران (۲۰۲۱) تصریح کردند که اگر شایستگی تصمیم‌گیری مخدوش باشد، باید از یک تصمیم‌گیرنده جایگزین استفاده شود و مدل‌هایی که تنها بر اساس وضعیت یا نتیجه بیمار تصمیم می‌گیرند، تبعیض‌آمیز تلقی می‌شوند (۱۴). این موضوع با دیدگاه اکثر مصاحبه‌شوندگان در تحقیق حاضر همسو بود که ارزیابی فردمحور ظرفیت ذهنی را بر گروه‌بندی کلی ترجیح می‌دهند. مارکوگاریسیا^۶ و همکاران (۲۰۲۴) و بایت آمر^۷ (۲۰۱۳) هر دو بر ضرورت ارزیابی دقیق ظرفیت تصمیم‌گیری پیش از اخذ رضایت تأکید کرده‌اند (۱۵، ۱۶). پاسخ‌های مصاحبه‌شوندگان نیز نشان داد که ارزیابی اولیه توانایی درک بیمار از فرآیند درمان یا پژوهش، کلید اصلی رضایت معتبر است. در مطالعه جاکوب و همکاران (۲۰۰۹) نیز تأکید شد که بدون ارزیابی کافی از ظرفیت ذهنی، رضایت اخذشده فاقد اعتبار خواهد بود. یافته‌های پژوهش حاضر نیز این مهم را تأیید می‌کند که رضایت از بیماران مبتلابه اختلالات روانی باید پس از احراز ظرفیت ذهنی آنان باشد. عدم ارزیابی دقیق می‌تواند منجر به نقض حقوق بیمار شود و فرآیند رضایت را غیرآگاهانه کند (۱۷، ۱۸). علاوه بر این تمرکز بر مصلحت بیمار و کمترین آسیب، نقش حیاتی در حمایت از افراد آسیب‌پذیر دارد. شرکت‌کنندگان تأکید کردند که حتی در صورت عدم ظرفیت،

6. Marcó-García

7. Bait Amer

8. Jeste

3. Ding

4. Dunn

5. Scholten

۶. این مسئله با نظرات برخی مصاحبه‌شوندگان همخوانی دارد که بیان کردند در ایران رعایت پروتکل‌های استاندارد رضایت در بیماران ناتوان ذهنی به‌طور کامل انجام نمی‌شود. تمرکز بیش از حد بر مسائل حقوقی می‌تواند فشار اخلاقی را افزایش دهد و منجر به نقض حقوق بیماران شود، به‌ویژه در پژوهش‌ها که نظارت کمتری وجود دارد. برعکس، نیاز به بهبود پروتکل‌ها و نظارت می‌تواند به‌عنوان عوامل محافظتی عمل کند. این یافته‌ها بر اهمیت توجه به جنبه‌های اخلاقی و شرعی در کنار قانونی تأکید می‌کنند. درنهایت، مطالعه هوتوف^۹ و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که اصول رضایت معتبر، جهانی هستند و رعایت آن‌ها حتی در بیماران مبتلا به اختلالات روانی الزامی است. مصاحبه‌شوندگان نیز با تأکید بر اهمیت رعایت موازین اخلاقی، حقوقی و فقهی در فرآیند رضایت‌گیری این نکته را تأیید کردند. بهبود روابط بین متخصصان و بیماران می‌تواند به کاهش نقض‌ها کمک کند و وضعیت رضایت را در ایران ارتقا دهد.

با توجه به یافته‌های این مطالعه و چالش‌های شناسایی شده، پروتکل‌های پیشنهادی زیر برای اخذ رضایت آگاهانه از بیماران مبتلا به اختلالات روانی ذهنی ارائه می‌شود. این پروتکل‌ها بر پایه اصول اخلاقی، حقوقی و عملی بنا شده و هدف آن‌ها ایجاد یک چارچوب مداوم و حمایتی برای فرآیند رضایت است:

توان‌خواهان ذهنی یا ناتوان ذهنی به فردی اطلاق می‌شود که به دلیل بیماری یا هرگونه نقصان ذهنی، توان تجزیه و تحلیل شرایط واقعی و تصمیم‌گیری بر این اساس را ندارد. این افراد را باید از کسانی که به علت مشکلات جسمانی قدرت بیان تصمیماتشان را ندارند افتراق داد.

رضایت آگاهانه عبارت است از موافقت آزادانه و ابطال‌پذیر فرد واجد صلاحیت مبنی بر مشارکت در تصمیم‌گیری درمانی به دنبال آگاهی از ماهیت، هدف و پیامدهای آن با اعتقاد بر تأثیر این مشارکت در انتخاب مؤثرترین و مفیدترین روش درمانی است.

اخذ رضایت از بیماران در واقع تنها یک رویداد یا یک امضا در فرم نیست، بلکه یک فرآیند ارتباطی مداوم است که در طول درمانی بیماران ادامه می‌یابد.

ناتوانی یا کم‌توانی بیماران توان‌خواه ذهنی، پزشکان را در دادن اطلاعات بیماری به وی دچار اختلال می‌کند.

در اخلاق پزشکی گفته می‌شود رضایت بیمار باید آگاهانه و آزادانه باشد. نتیجه ناتوانی در انتقال اطلاعات این است که "آگاهانه بودن" یا "آزادانه بودن" رضایت به درمان، در مقایسه با افراد عادی در حد قابل ملاحظه‌ای پایین‌تر خواهد بود.

فرد "توان‌خواه" یعنی هر شخصی که نمی‌تواند به‌تنهایی همه یا بخشی از نیازهای فرد عادی یا زندگی اجتماعی را به علت نقص، اعم از مادرزادی یا غیر مادرزادی، توانایی‌های جسمی یا روانی خود را تأمین کند.

اشخاص توان‌خواه از حق ذاتی احترام به کرامت انسانی خود برخوردارند. اشخاص توان‌خواه بدون توجه به منشأ، ماهیت و شدت نقص‌ها و ناتوانی‌های خود از حقوق بنیادی مشابه سایر افراد هم سن خود برخوردارند که پیش و بیش از همه، متضمن حق برخورداری از زندگی شایسته و تا حد امکان عادی و کامل باشد.

اشخاص توان‌خواه حق دارند از تدابیری برخوردار باشند که آن‌ها را قادر سازد تا حد امکان به خود متکی باشند.

اشخاص توان‌خواه حق دارند از درمان پزشکی، روانشناسی و کارکردی برخوردار باشند که آن‌ها را قادر می‌سازد توانایی‌ها و مهارت‌های خود را به حداکثر برسانند و سرعت فرآیندهای ادغام یا پیوستن دوباره آن‌ها به اجتماع را بیشتر کند.

اشخاص توان‌خواه حق دارند نیازهای ویژه آن‌ها در تمامی مراحل برنامه‌ریزی درمان مورد توجه قرار گیرد.

اشخاص توان‌خواه حق دارند در فرایندهای درمانی، از همراهی ولی یا سرپرست قانونی خود بهره ببرند.

هیچ شخص توان‌خواهی نباید در محل اقامتش با رفتاری متفاوت، جز آنچه شرایط او ایجاب می‌کند یا به بهبودش کمک می‌کند، مواجه شود. اگر اقامت فرد توان‌خواه در یک مکان



سلامت بیماران مبتلا به اختلالات روانی به کار گرفته شود و هنگامی که این امر تنها راه ممکن برای جلوگیری از آسیب فوری یا قریب الوقوع به بیمار یا سایر افراد باشد. این امر نباید طولانی تر از دوره ای باشد که دقیقاً برای هدف مورد نظر لازم است. همه موارد نگهداری جسمی یا جدا کردن اجباری، دلایل آن ها و ماهیت و میزان آن ها باید در پرونده پزشکی بیمار ثبت شود.

یک عمل درمانی یا جراحی تنها در صورتی در مورد یک فرد دچار اختلالات روانی قابل اعمال است که به موجب قانون مجاز باشد و در صورتی که بهترین تامین کننده نیازهای بیمار باشد و رضایت آگاهانه از سرپرست قانونی وی اخذ شود.

هر بیمار در یک مرکز سلامت اختلالات روان باید در اولین فرصت ممکن پس از پذیرش، در شکل و زبان قابل فهم از همه حقوق خود آگاه شود. اطلاعات باید شامل توضیحی در مورد آن حقوق و چگونگی استیفای آن ها باشد. اگر بیمار قادر به درک این اطلاعات نباشد و مادام که قادر نباشد، حقوق بیمار باید به نمایندگی شخصی، در صورت وجود و لزوم و به فرد یا افرادی که به خوبی قادرند منافع بیمار را نمایندگی کنند و مایل به انجام آن هستند ابلاغ شود.

از آنجایی که توانایی درک کامل روند درمان برای توان خواهان ذهنی با محدودیت هایی مواجه است، بررسی چهارچوب های روند اخذ رضایت از این افراد یا از سرپرست آن ها از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

تشکر و قدردانی

از همکاری ارزشمند دانشگاه علوم پزشکی گیلان، به ویژه اساتید و مسئولین محترم که با حمایت و راهنمایی های خود به انجام این پژوهش کمک کردند، قدردانی می شود.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچ گونه تضاد منافی ندارند.

تضاد منافع

این پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گیلان (کد IR.GUMS.REC.1402.092) تأیید شده است.

تخصصی اجتناب ناپذیر باشد، محیط آنجا باید شرایط زندگی عادی متناسب با افراد هم سن او را فراهم کند.

اشخاص توان خواه باید در برابر هرگونه استثمار، مقررات و رفتارهای تبعیض آمیز، اعمال سوءاستفاده گرایانه و توهین آمیز محافظت شوند.

اگر شخصی صلاحیت تصمیم گیری در مورد درمان را نداشته باشد، تصمیم باید توسط یک تصمیم گیرنده جایگزین از طرف او گرفته شود.

در خصوص توان خواهان روانی بر حسب ظرفیت آن ها باید در فرایند تصمیم گیری شرکت داده شوند و در مواردی که فرد اهلیت لازم برای دادن رضایت را ندارد از وی موافقت اخذ گردد.

هنگامی که بیمار به صورت اجباری بستری می شود، یک مقام مستقل باید متقاعد شود که طرح پیشنهادی درمان بیشترین نفع را برای نیازهای سلامت بیمار دارد. همه اطلاعات مرتبط، از جمله این که بیمار فاقد صلاحیت برای دادن یا خودداری از رضایت آگاهانه به طرح پیشنهادی درمان است، باید ثبت شود. درمان بدون رضایت آگاهانه تنها در صورتی مجاز است که برای حفظ ایمنی بیمار یا دیگران لازم باشد و بیمار به طور غیرمنطقی از دادن رضایت خودداری کند. این شرایط برای بیماری که ولی یا قیم قانونی باصلاحیت قانونی برای اعلام رضایت به درمان دارد، اعمال نمی شود.

اگر یک متخصص سلامت روان واجد صلاحیت به موجب قانون، احراز کند که به منظور جلوگیری از آسیب فوری یا قریب الوقوع به بیمار یا سایر افراد درمان فوراً ضروری است. مدت زمان چنین درمانی نباید فراتر از دوره ای باشد که دقیقاً برای این منظور لازم است.

زمانی که هرگونه درمانی بدون رضایت آگاهانه بیمار مجاز باشد، باید تلاش شود تا بیمار از ماهیت درمان و هرگونه جایگزین های ممکن آگاه شود و تا حدی که در تنظیم برنامه درمان عملی باشد مشارکت کند.

تمام درمان باید بلافاصله در پرونده پزشکی بیمار با اشاره به داوطلبانه یا اجباری بودن ثبت شود.

محدودیت های جسمی یا جدا شدن اجباری از سایرین نباید جز در انطباق یا فرایندهای رسماً تأیید شده در مرکز



مشارکت کنندگان از اهداف مطالعه آگاه شده و فرم رضایت نامه کتبی را تکمیل کردند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه باقی می ماند و مصاحبه ها بدون نام انجام می شود.

References

- [1]. McDonald KE, Schwartz AE, Dinerstein R, Olick R, Sabatello M. Responsible inclusion: A systematic review of consent to social-behavioral research with adults with intellectual disability in the US. *Disability and Health Journal*. 2024;17(4):101669.
- [2]. Dunn M, Strnadová I, Scully JL, Hansen J, Loblinzk J, Sarfaraz S, et al. Equitable and accessible informed healthcare consent process for people with intellectual disability: a systematic literature review. *BMJ Qual Saf*. 2024;33(5):328-39.
- [3]. Haeusermann T, Chiong W. Ethical considerations in rapid and novel treatments in psychiatry. *Neuropsychopharmacology*. 2024;49(1):291-3.
- [4]. Laureano CD, Laranjeira C, Querido A, Dixe MA, Rego F. Ethical Issues in Clinical Decision-Making about Involuntary Psychiatric Treatment: A Scoping Review. *Healthcare (Basel)*. 2024;12.(۴)
- [5]. Valipour M, Zarghami M, Masoudzadeh A, Khalilian AR, Targari AH, Mosavi ST. Study of Psychiatrists' knowledge, attitude, and practice toward compulsory admission of psychiatric patients and its related laws in Iran in 2006. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2007;17(61):148-60.
- [6]. Sharifi T, Shamsi Gooshki E, Mosadeghrad AM, Jaafari-pooyan E. Practicing patients' rights in Iran: a review of evidence. *J Med Ethics Hist Med*. 2021;14:28.21.
- [7]. Keyvan M, Mojtahedzadeh S, Shahsavari E. A Comparative Study on the Approach to Legal Capacity in the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Iranian Law. *Journal of Comparative Law*. 2024;8(4):221-41.
- [8]. Ding J, Keagan-Bull R, Tuffrey-Wijne I. It is up to healthcare professionals to talk to us in a way that we can understand: informed consent processes in people with an intellectual disability. *BMJ Publishing Group Ltd*; 2024. p. 277-9.
- [9]. Dunn M, Strnadová I, Scully JL, Hansen J, Loblinzk J, Sarfaraz S, et al. Equitable and accessible informed healthcare consent process for people with intellectual disability: a systematic literature review. *BMJ Quality & Safety*. 2024;33(5):328-39.
- [10]. Moye J, Gurrera RJ, Karel MJ, Edelstein B, O'Connell C. Empirical advances in the assessment of the capacity to consent to medical treatment: clinical implications and research needs. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(8):1054-77.
- [11]. Strickler JG, Havercamp SM. Evaluating an informed consent process designed to improve inclusion of adults with intellectual disability in research. *Research in Developmental Disabilities*. 2023;134:104413.
- [12]. Morena D, Lippi M, Di Fazio N, Delogu G, Rinaldi R, Frati P, Fineschi V. Capacity to consent in healthcare: a systematic review and meta-analysis comparing patients with bipolar disorders and schizophrenia spectrum disorders. *Medicina*. 2024;60(5):764.
- [13]. Berens N, Kim SYH. Rapid-Response Treatments for Depression and Requests for Physician-Assisted Death: An Ethical Analysis. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2022;30(11):1255-62.
- [14]. Scholten M, Gather J, Vollmann J. Equality in the Informed Consent Process: Competence to Consent, Substitute Decision-Making, and Discrimination of Persons with Mental Disorders. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*. 2021;46(1):108-36.
- [15]. Amer AB. Informed consent in adult psychiatry. *Oman Med J*. 2013;28(4):228-31.
- [16]. Marcó-García S, Ariyo K, Owen GS, David AS. Decision making capacity for treatment in psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2024;54(6):1074-83.
- [17]. Dalal PK. Consent in psychiatry - concept, application & implications. *Indian J Med Res*. 2020;151(1):6-9.
- [18]. Morena D, Lippi M, Di Fazio N, Delogu G, Rinaldi R, Frati P, Fineschi V. Capacity to Consent in Healthcare: A Systematic Review and Meta-Analysis Comparing Patients with Bipolar Disorders and Schizophrenia Spectrum Disorders. *Medicina (Kaunas)*. 2024;60.(۵)
- [19]. Jeste DV, Eglit GML, Palmer BW, Martinis JG, Blanck P, Saks ER. Supported Decision Making in Serious Mental Illness. *Psychiatry*. 2018;81(1):28-40.

- [20]. Shamsi-Gooshki E, Parsapoor A, Moosavi S. Ethical challenges in conducting research in low and middle income setting during public health emergencies: a qualitative evidence of a COVID-19 pandemic: the experience of Iran. BMC Medical Ethics. 2025;26(1):38.
- [21]. Davoudi N, Nayeri ND, Zokaei MS, Fazeli N. Challenges of Obtaining Informed Consent in Emergency Ward: A Qualitative Study in One Iranian Hospital. Open Nurs J. 2017;11:263-76.

