

## تقييم قدرة المرضى على اتخاذ القرار:

### أنا لا أرغب في فعل هذا الأمر!

#### Assessing Capacity in the Medically Ill: I Don't Want To!

ماري ج. فيتز - جيرالد

#### السؤال النمطي للاستشارة

#### نرجو إجراء تقييم الأهلية على هذا المريض

هذه المريضة (أنسة أ.)، البالغة من العمر أربعة وثلاثين عاماً، تعاني من فشل كلوي في مراحله النهائية، وقد دخلت المستشفى قبل طلب الاستشارة بعدة أيام؛ بسبب إصابتها بخلل متعدد بالكهارل، والذي حدث بسبب عدم التزامها بجلسات الديال (dialysis) وتناول أدويتها. وفي أثناء إقامتها بالمستشفى رفضت الديال، أو غادرت قبل استكمال علاجها. ورغم زيادة نسبة البوتاسيوم في الدم، رفضت المريضة أن تتبع الأغذية المناسبة لفشل الكلى. وهي تتحدث بعقلانية في الهاتف، ولكنها تتجاهل أسئلة طبييها المعالج. وعندما حاول الفريق الطبي تخريجها من المستشفى ضد النصح الطبي رفضت المريضة (أنسة أ.) مغادرة المستشفى، ولهذا طلب أطباء قسم الكلى استشارة الطبيب النفسي؛ لتقييم أهلية المريضة.

في أثناء المقابلة النفسية، كانت المريضة (أنسة أ.) متجهمة وغير متعاونة، وقامت بالرد على بعض الأسئلة، وليس كلها، مكررة عبارة "أنا لست مجنونة". لقد أخبرت هذه المريضة الفريق المعالج بأنها أم لخمسة أطفال في عمر الدراسة، لكنها لم تكن تعرف من يقوم على رعاية أطفالها في أثناء تواجدها بالمستشفى، بل حتى إذا ما كان أطفالها متواجدين في مدارسهم حالياً أم لا. ولقد سافرت أنسة أ.، وعاشت ما بين مدينتين بينهما مسافة تقارب ٢٠٠ ميل. وعندما تم سؤالها عن سبب رفضها للديال لم تجب، وأخبرتنا أن نتصل بطبييها في المدينة الأخرى. وطبقاً للورقة المرسله بالفاكس من طبييها، ذكر أنه أخرجها من المستشفى بسبب عدم امتثالها للعلاج؛ وأنه قد تم تخريجها من

مراكز الديال في أرجاء المدينة بسبب السلوك نفسه. وأخيراً، أعلنت المريضة أنها ستوافق على الحديث معنا بشرط حضور محامي المستشفى (وليس محاميها هي)، وعندما حضر المحامي رفضت الحديث.

### خلفية الموضوع

إن مبدأ استقلالية المريض في اتخاذ قرار العلاج، ومبدأ اختيار الطبيب لما فيه منفعة المريض؛ جانبان من جوانب أخلاقيات مهنة الطب في القرن الحادي والعشرين. وفي بعض الدول، - في الماضي - كان مبدأ اختيار الطبيب لما فيه منفعة المريض، هو الجانب المهيمن في تعاملات أخلاقيات مهنة الطب، أما الآن فقد نال موضوع استقلالية المريض أهمية خاصة. إن الموافقة المستنيرة من قبل المريض، تعدُّ مؤشراً على الأخذ بمبدأ استقلالية المريض؛ ولذا فإن تقييم القدرة (للمريض) على اتخاذ القرارات الطبية، يرتبط بشدة بمفهوم استقلالية المريض، واختيار الطبيب لما فيه منفعة المريض؛ وهو عامل مهم في الممارسة الطبية الحالية (1).

كثيراً ما يتخذ الأطباء قرارات على الأقل غير رسمية بشأن قدرة المرضى على إعطاء موافقة مستنيرة على القرارات العلاجية. إن وصف الدواء للمريض، والتوصية بمعاودة المتابعة في العيادة، كل ذلك يفترض أنه يمتلك القدرة على فهم التعليمات الطبية. ويقيّم الأطباء القدرة الخاصة بالمريض في أي وقت يستلزم إجراءً طبياً، أو علاجاً، أو قرارات مسبقة عن خياراته العلاجية في المستقبل (advance directives). وربما يُسأل أي طبيب بشأن قدرة مريضه على قيادة السيارة، أو إدارة شؤونه المالية. والمرضى المخلطون، أو الذين يرفضون العلاج، أو يعانون من مرض عقلي، ربما يمثلون تحدياً للطبيب المعالج. وفي هذه الظروف قد يتم الاتصال بطبيب الأمراض النفسية؛ لكي يقيّم بشكل رسمي قدرة المريض على اتخاذ القرارات الطبية. ورغم تعدد المرات التي يتم فيها تقييم القدرات، سواء بشكل رسمي أو غير رسمي، إلا أن هناك الكثير من المغالطات بشأن تحديد القدرة (2).

### المفاهيم الخاطئة

إن الفرق بين مصطلحي الأهلية (Competency) والقدرة (Capacity)، غالباً ما يُفهم بشكل خاطئ. وغالباً ما يُستخدم هذين المصطلحين بشكل تبادلي في طلبات الاستشارة. إن لفظة "الأهلية" لفظ قانوني، يشير إلى القدرة على التعامل مع الشؤون الشخصية وصنع القرارات، والقاضي فقط هو الشخص القادر على أن يعلن أن شخصاً ما غير مؤهل لأداء وظائف معينة، أو غير مؤهل لأداء أو اتخاذ قرار في كل شؤون حياته بلا استثناء. والأصل العام أن كل الناس يملكون الأهلية الكاملة، أما عبء إثبات عدم الأهلية، فيقع على عاتق من يدعي عدم أهلية هذا الشخص المريض. أما بالنسبة لتحديد قدرة المريض على اتخاذ القرارات الطبية، فيمكن أن يقوم بها أي طبيب

مرخص له بمزاولة مهنة الطب. ولا بأس أن يتم استخدام مصطلحي الأهلية والقدرة بشكل تبادلي، إذا ما سلّمت كل الأطراف بأن هذا القرار لا يعد قراراً قانونياً، ولكنه محدد بإجراء أو نشاط معين (3).

غالباً ما يُشار إلى القدرة على أنها "إما كل شيء، أو لا شيء"، وقد يكون هذا أكثر المغالطات شيوعاً في هذا الموضوع (2). وبالإضافة إلى القدرة على إعطاء الموافقة للقرارات العلاجية، فهناك جوانب أخرى للقدرة تشمل مثلاً القدرة على رعاية الذات، والعيش بشكل مستقل داخل المنزل، أو اتخاذ القرارات المالية. وقد تنشأ قضايا عديدة بشأن القدرة على اتخاذ قرار الخروج من المستشفى ضد النصح الطبي، أو رفض التداوي.

وكل هذه القرارات تحتاج إلى تقييم حجم الأضرار ومقدار المنافع التي ستعود على المريض. فالمريض قد يستطيع اتخاذ بعض القرارات دون أخرى. ومن الأدوات التي يستخدمها الأطباء لتقييم القدرة، تحليل مقدار "الخطورة" في مقابل "المنفعة". فالإجراءات الطبية التي تنطوي على مخاطرة قليلة مقابل مكسب كبير محتمل، تحتاج لمستوى أقل من الفهم والقدرة من أمور تحتوي على مخاطرة أعلى. فمثلاً قد يكون لدى الفرد القدرة على قبول على البزل القطني (lumbar puncture) في حالة الشك في وجود الالتهاب السحائي، لكن قد لا يملك القدرة على رفض البزل القطني، أو أن يغادر المستشفى ضد النصح الطبي، إذا كان الالتهاب السحائي مشكوكاً فيه. وفي هذا المثال، فإن فوائد البزل القطني تفوق بمراحل أي مخاطر محتملة. وعلى العكس من ذلك، فإن مخاطر قرار مغادرة المستشفى ضد النصح الطبي عند مريض حالته الصحية غير مستقرة، يفوق بمراحل أي فوائد قد يجنيها المريض من قراره بمغادرة المستشفى. إن هذا المنهج المتدرج له سلبياته، لكنه يقدم أفضل طريقة عملية للسماح للمريض بممارسة استقلاله ما أمكن (4، 5).

وهناك مغالطة أخرى تتمثل في أن الكثيرين يعتقدون أن أي قرار يتم اتخاذه بخصوص القدرة، يعدُّ قراراً مؤبداً (2). إن على الأطباء أن يدركوا أن القدرة على صنع القرارات تتأرجح طبقاً لظروف المريض الصحية. إن المريض الذي يعاني من اضطراب الهذيان، قد تنقصه في البداية القدرة على الموافقة على إجراء معين، ولكن ربما يعود ويمتلك هذه القدرة، عندما يستعيد التوجه الصحيح للزمان والمكان والأشخاص، وتتحسّن حالته العقلية. والعكس صحيح أيضاً، فقد يمتلك أحد المرضى في البداية القدرة على الموافقة على إجراء طبي معين، لكن قد يفقد هذه القدرة لاحقاً، إذا ما تدهورت حالته الصحية (6). وينبغي على الطبيب أن يُحلّل قدرة المريض على اتخاذ القرار مع كل إجراء طبي. ولاشك أن فشل الطبيب في عمل ذلك، قد يزيد التبعات القانونية عليه، ويُفقد المريض الثقة في علاقه العلاجية مع طبيبه. كما أن من مسؤوليّة الطبيب أن يساعد المريض على استرداد قدرته، إذا كان ذلك ممكناً بأي شكل من الأشكال، وفي هذا الشأن، فإن جهود استشاري الطب النفسي ذات أهمية بالغة.

وقد أظهرت الدراسات أن الأطباء يميلون لأن يتشككوا في مقدرة المريض على رفض التوصيات العلاجية، أكثر من تشككهم عما إذا كان بإمكانه الموافقة على تلك التوصيات (7). وينبغي أن يركّز قسم من عملية تقييم القدرة، على تحليل الوسيلة التي استخدمها المريض للوصول للقرار. لكن كثيراً من الأطباء يقيّمون القرار النهائي فقط، وليس الأساس المنطقي الذي قاد المريض لاتخاذ القرار (2). وربما يوافق المريض على توصيات الطبيب، بل قد يستطيع سرد المخاطر والفوائد والبدائل الخاصة بالعلاج المقترح، ومع ذلك فقد يعتبر هذا المريض فاقداً للقدرة إذا وجدت الحالات التي تضعف القدرة لديه. وللتمثيل على ذلك، فقد أظهرت الدراسات أن ٥٢٪ من المرضى الذين يعانون من الفصام العقلي لديهم خلل في القدرات؛ لكي يستطيعوا اتخاذ القرار الطبي (8). وربما تساهم الابتكارات الانتحارية والاكئاب في رفض المريض لتناول الأدوية التي قد تنقذ حياته (9).

### أسباب طلب تقييم القدرة

تُظهر الدراسات أن الطلب على تقييم القدرات يقع في فئات متعددة. ففي إحدى الدراسات فحص "فانسورث" (6) تسعين طلباً للأهلية بين عامي ١٩٨٣ و ١٩٨٦، وكانت النسبة العليا (ما يقرب من النصف)، تتكوّن من طلبات لتقييم قدرة المريض على أداء وظائفه بشكل مستقل، عند الخروج من المستشفى، ويلي ذلك تقييم قدرة المريض على رفض العلاج الطبي. وكان ١٧٪ من الطلبات تطلب تحديد إذا ما كان المريض قادراً على إعطاء موافقة مستنيرة، وقد شكّلت طلبات تقييم القدرة على اتخاذ قرار الخروج من المستشفى ضد النصح الطبي قرابة ٥٪ من الاستشارات (6).

كان أكثر التشخيصات شيوعاً، إذ أدت لطلب تقييم القدرة؛ هما: اضطرابا الخرف والهذيان. وأما باقي التشخيصات الأخرى، فقد شملت إساءة استعمال المواد، والاضطرابات المزاجية، والعوامل الشخصية، واضطرابات الذهان. ومما يثير الانتباه أن نوع التشخيص قد أثر أيضاً على سبب الاستشارة، فمن بين الاستشارات التي تُقيم القدرة على إعطاء موافقة مستنيرة، كان قرابة الربع يحملون تشخيص مرض الفصام. وكذلك كان السبب الأكثر تكراراً للاستشارة بالنسبة للمرضى الذين يعانون من اضطراب عضوي عقلي؛ هو تقييم القدرة على العودة إلى المنزل (6).

وفي إحدى الدراسات، فحص "مايرز" و "باريت" (10) مئة طلب لتقييم القدرة بطريقة استيعادية (retrospective)، ومئة طلب أخرى بطريقة استباقية (prospective). وقد كشفت دراستهما عن ثلاث فئات أساسية، المجموعة الأولى: قد تم تنويمها بالمستشفى؛ بسبب محاولة إيذاء النفس، ثم رفضت استمرار تلقي العلاج، أو طلبت الخروج من المستشفى بشكل سابق لأوانه. والمجموعة الثانية: كانت تتألف من كبار السن، أو ممن يعانون من عجز

في القدرات المعرفية. وأما المجموعة الثالثة: فتتكون من أفراد ذوي خصائص شخصية معتلة، وهناك صعوبات في التعامل معهم. وقد توصل ميبان وروتش في دراسة أخرى لنتائج مقارنة (11).

### قضايا قانونية

السيدة (ب) عمرها ١٨ سنة، وحامل للمرة الأولى ( $G_1P_0$ )، دخلت مستشفى "لوزيانا" وهي حامل في الأسبوع الرابع والعشرين، وتعاني من داء الحمض الكيتوني السكري، وحالة ذهانية حادة. وكذلك كان لديها سابقة الإصابة بداء السكري المعتمد على الأنسولين، واضطراب الفصام الوجداني، ولم تكن ممثلة لأخذ علاجات كل من المرضين. واعتقد فريق النساء والتوليد وفريق الطب النفسي، أنه يجب إجبار المريضة على التنويم في المستشفى؛ من أجل حمايتها وحماية جنينها. وافق القاضي على التماس التنويم، وفي الأسبوع الرابع والثلاثين من الحمل طلب فريق أطباء التوليد من المحكمة أن تسمح بأي جراحة ضرورية خاصة بالتوليد.

ونظراً لأن الموافقة المستنيرة تمثل إحدى القضايا المهمة في تقييم الأهلية، يجب أن نلاحظ أن هناك استثناءات بشأن الحاجة إلى الموافقة المستنيرة. فهناك في بعض الولايات قوانين تقيّد القدرة على إعطاء الموافقة على العلاج الطبي لمجموعات معينة من المرضى، مثل المرضى الملزمون إجباراً على الإقامة في المستشفى بسبب مرضهم العقلي. في "لوزيانا" قد لا تقبل موافقتهم على إجراء الجراحات الكبرى دون أمر قضائي، وحتى لو كان لدى المريض القدرة على اتخاذ القرار، ووافق على العملية، إلا أنه من الضروري وجود حكم قضائي.

وفي الحالة السابقة، كانت المريضة على دراية باحتمال ولادة قيصرية، وكانت تعرف المخاطر والمنافع المحتملة منها، وكانت موافقة على إجرائها لو استدعى الأمر، ولكن بسبب إقامتها الجبرية بالمستشفى، كان من الواجب سماع رأي المحكمة للحصول على الموافقة (12). وقد أجرت مؤلفة هذا الفصل من الكتاب دراسة غير رسمية على الأطباء المقيمين وأعضاء هيئة التدريس في المنشأة التي تعمل بها، وأظهرت هذه الدراسة أن العديد من الأطباء غير النفسيين ليسوا على دراية بهذا المتطلب.

وهناك استثناءات أخرى. فالأشخاص الذين تنقصهم القدرة على إعطاء موافقة مستنيرة، أو الذين اتضح سابقاً أنهم فاقدون للأهلية القانونية، يتم الحصول على الموافقة من متخذ قرار بديل، على أن يكون هذا الشخص البديل مقبولاً قانونياً. وأيضاً، هناك استثناء آخر يمكن ملاحظته في حالة علاج الطوارئ، وذلك لإنقاذ الحياة، أو طرف من الأطراف، أو لمنع ضرر بليغ. والخطر يجب أن يكون وشيكاً، وأن يكون سببه هو حالة المريض، وعلى الطبيب أن يؤثّق الحالة الطارئة، وعدم القدرة على الحصول على موافقة من الفرد، أو من الشخص البديل قانوناً (13).

وكذلك هناك أمران آخران يُقبلان غالباً؛ لتبرير فقدان الموافقة المستنيرة للمريض على العلاج، أحدهما امتلاك الطبيب النفسي لحق امتياز المعالجة (Therapeutic privilege)، والذي يخوّله أن يقرر أن الكشف الكامل لكل المعلومات العلاجية - في سبيل تحقيق متطلبات الموافقة المستنيرة - سيكون ضاراً بالمريض. والأمر الآخر أن يتنازل المريض عن حقه في الحصول على كامل المعلومات (13). وتختلف الدراسات في تحديد كمية المعلومات التي يريدها المريض فعلياً عن التدخلات العلاجية (14-16).

### الإنكار غير المتكيف (Maladaptive Denial)

يبلغ السيد (س) من العمر اثنين وستين عاماً، وقد أُدخل المستشفى بسبب غرغرينا في إبهام القدم. وبمراجعة سجله الطبي تبين خلوه من أي مراجعات للطب النفسي، لكن تمّ تشخيصه بمرض السكري منذ سنين عديدة، ولم يكن ملتزماً بتناول علاجاته ولا بالتابعة. ورغم عمله مساعد ممرض سابقاً، فقد أنكر إصابته بمرض السكري، وقد رفض البتر بحجة "أنا لست بحاجة لذلك". ولكن تم إجراء الجراحة من خلال موافقة شخص بديل محدد قانوناً، وعلى أساس أنها حالة طارئة. وبعدئذٍ رفض سيد (س) تناول أدوية السكر قائلاً: "هناك الكثير من الناس خارج المستشفى يمشون هنا وهناك، ونسبة السكر لديهم أعلى مني، ومع ذلك فهم لا يتناولون أي أدوية".

كما ذكرنا آنفاً، فإن الطريقة التي يستخدمها المريض في صنع القرار، تعدّ أهم من القرار الفعلي الذي يتخذه في النهاية. و"الإنكار"، وهو آلية دفاعية تُستخدم لتجنب تأثيرات بغیضة، وذلك بإنكار جوانب من الواقع (17)؛ قد يكون مفيداً للمرضى في بعض الحالات. وعلى سبيل المثال، فإن بعض الأشخاص المصابين بالسرطان، قد يقللون من خطورة حالتهم، ويعتقدون أن كل شيء سيكون على ما يرام إذا مارسوا الرياضة، واتبعوا توصيات الطبيب، وتمارين التأمل، وهكذا. وفي هذه الحالة، لم يؤثر "الإنكار" سلباً على عملية العلاج، بل قدّم فائدة نفسية للمريض.

إن الحالة التي تسمى "الإنكار غير المتكيف"، ربما تُلاحظ أحياناً في بعض المرضى الذين يتم تحويلهم لتقييم قدراتهم. وبسبب إنكار المرض وعواقبه، فإن المريض يفتقر إلى البصيرة لكي يتخذ قرارات العلاج (18). وقد يحدث إنكار المرض، رغم إعلان المريض أنه يعلم بمرضه وعواقب مرضه. وللتمثيل على ذلك، فإن أي شخص يعالج مدمني المخدرات، يدرك أن بعضهم قد ينطق بالكلمات الرنانة، لكن أفعالهم لا تتسق مع أقوالهم. وقد أقرّ النظام القانوني بأن الإنكار غير المتكيف للمرض، قد يضعف قدرة الفرد على اتخاذ القرارات الطبية (18).

### الإجراءات التشخيصية

إن الاستشارة بشأن أهلية المريض ، غالباً ما يتم طلبها على أساس أنها حالة طارئة (11). وإن التقييم المبدي مثلته مثل أي طلب لاستشارة من استشارات الطب النفسي ، يتضمّن المناقشة مع الطبيب الطالب للاستشارة. ما طبيعة الحالة الجسمية للمريض؟ لماذا تشكك الطبيب في قدرة مريضه على اتخاذ القرار الصائب بشأن رعايته الصحية؟ هل ناقش الطبيب خيارات العلاج الموصى بها مع المريض وأسرته؟ وكذلك البدائل العلاجية والمخاطر والمنافع لهذه الخيارات؟ ماذا يتوقع الطبيب المعالج من استشاري الطب النفسي أن يركّز عليه في استشارته؟ ولكي يستطيع الطبيب النفسي مناقشة المريض ، يجب أن يكون لديه فهم كامل لطبيعة الحالة الجسمية للمريض والعلاجات المتاحة. وكذلك تساعد بعض الأسئلة الأخرى الاستشاري ؛ على فهم طبيعة العلاقة بين الطبيب المعالج والمريض.

وتشمل مقابلات تحديد الكفاءة أو الأهلية الاطلاع على الملف الطبي للمريض ، وتاريخه المرضي ، وكذا اختبار حالته العقلية ، إضافة إلى سؤال المريض فيما يختص بالقدرة على إعطاء الموافقة على إجراء معين. وينمي الطبيب النفسي علاقته الحميمة بالمريض من خلال التعريف بنفسه ، ومناقشة ماهية دوره ضمن الفريق المعالج للمريض. وتوفّر الأسئلة المفتوحة معلومات قيّمة عن مدى إدراك المريض لطبيعة مرضه وعلاجه. وغالباً ما يؤثر سوء الفهم بين الطرفين (الطبيب المعالج والمريض) على تحفيز طلب الاستشارة ، ولهذا يستخدم استشاري الطب النفسي دوره التواصلي في تسهيل توافق الطرفين (19).

وتشمل قدرة المريض على اتخاذ القرارات الطبية ، القدرة على إبلاغ الآخرين باختياره ، وكذا فهم المعلومات ذات الصلة بالموضوع ، وتقدير أهمية الموقف وعواقبه ، والقدرة على المقارنة المنطقية بين الاختيارات المختلفة (20). وكذلك فإن هناك جوانب إضافية ، تشمل رضا المريض عند اتخاذه لقراره وثباته. وستظهر مقابلة المريض مدى قدرته على فهم حالته الجسمية والعلاجات المقترحة ، كما أنه ينبغي أن تشمل المقابلة أسئلة للمريض عن رغباته. وأحياناً فإن أسر المرضى قد تؤثر على قراراتهم ، سواء بشكل واعٍ أو غير واعٍ. وإذا لم يكن الطبيب المعالج مُكرهاً للمريض على اتخاذ قرار ما ، فإن نفوذ العائلة على المريض لا يمكن تفاديه ، وفي الوقت نفسه فهو لا يبطل صلاحية موافقته المستنيرة على ذلك القرار (20).

السيد "د" شاب يبلغ من العمر ١٩ سنة ، تعرّض لحادث سيارة ؛ مما نتج عنه إصابة رضحية بالدماغ ، وكسر في الكاحل. وقد أدت العدوى في الكسر إلى التهاب العظم والنقي (osteomyelitis). وقد وافق المريض على بتر قدمه ، وكان المريض يعرف مخاطر هذا الإجراء الجراحي وفوائده ، وبدائل هذا الإجراء. وفي الظاهر ، ظهر المريض وكأن لديه القدرة على إعطاء الموافقة المستنيرة لهذا الإجراء الجراحي ، ولكن في أثناء اختبار الحالة العقلية الروتيني ، ذكر

السيد "د" أنه كان يسمع أصواتاً من التليفزيون تنصحه أن يوافق على البتر. السيد "إ" يبلغ من العمر ستين عاماً، وهو مريض بالقلب والأوعية الدموية، وقد أُصيب حديثاً بالتخليط والتعب، وتم إدخاله إلى المستشفى لإجراءات تشخيصية، ووجد أن نسبة الهيموجلوبين في دمه ٥,٩ جرام لكل ديسيلتر، كما أنه حصل في الاختبار المصغّر للحالة العقلية على ١٥ نقطة. وقد رفض نقل الدم إليه، معللاً ذلك بأنه ينتمي لجماعة "شهود يهوه"، وأنه لا يؤمن بأن عمليات نقل الدم تقع ضمن إرادة الله. وقد تمسك بمعتقداته هذه في أثناء المقابلات المتعددة، رغم معارضة الأسرة لرأيه.

إن الحصول على نقاط منخفضة في اختبار فحص الحالة العقلية المصغر (MMSE)، لا يعني تلقائياً أن المريض تنقصه القدرة على اتخاذ القرارات بشأن العلاج (1). إن اختبار الـ MMSE يقيس القدرة المعرفية فقط، وهي لا تساوي في المعنى "القدرة على اتخاذ القرار". فاختبار الحالة العقلية مثلاً في حالة السيد "د"، أظهر أنه حصل على نقاط مقبولة تصل إلى ٢٨، لكن وجود الضلالات (delusions) لديه عرقل قدرته على إعطاء الموافقة. أما السيد "إ"، فرغم نقاطه الضعيفة في اختبار الحالة العقلية المصغر (MMSE)، إلا أنه أظهر منطقاً صحيحاً ثابتاً مع تكرار السؤال، ولذا فإن لديه الأهلية لرفض نقل الدم.

هناك تقييمات إضافية تسهّل تقديرات الأهلية (6)؛ إذ يستطيع أخصائي العلاج الطبيعي أن يعطي رأياً موضوعياً بشأن القدرات الجسمية، وعدم قدرة أي شخص على المشي بأي وسيلة، بناء على تقرير العلاج الطبيعي، مما يعني أن هذا الشخص لن يستطيع العيش وحيداً وبلا مساعدة. كما أن ملاحظات قسم التمريض توضح السلوكيات الإشكالية أو التخليط. ويقيم المعالجون المهنيون قدرة المريض على العناية بالحاجات الأساسية له بشكل مستقل، وكذلك فإن الاختبار العصبي النفسي يجدد بدقة ويقيم أي نقص في القدرات المعرفية. وهذا الدعم المساعد المقدم في هذه المجالات، يساعد على القيام بتقييمات القدرة أو الأهلية بشأن إدارة المال، وقيادة السيارات، والقدرة على المعيشة بشكل مستقل.

### اتخاذ القرار الطبي والعلاج

إن تحليل المعلومات التي يتم الحصول عليها من المقابلات، وأقارب المريض وأصحابه، والخدمات المعاونة؛ تساعد الطبيب النفسي أو الطبيب المعالج على اتخاذ القرار بشأن الأهلية والعلاجات الممكنة. وهناك عوامل أخرى عديدة تؤثر سلباً على قدرة الفرد على اتخاذ القرار الطبي. إن الخوف والشك بعد التشخيص غير المتوقع لمرض مهدد للحياة، قد يسبب رد فعل سلبي غير محسوب على توصيات العلاج. وإن صراعات القوة بين الطبيب والمريض، قد تُعجّل برفض المريض للعلاج، أو طلب مغادرة المستشفى ضد النصح الطبي، كما أن النصائح الطبية

المتناقضة الصادرة من اختصاصين طبيين مختلفين، قد تُحدث إرباكاً للمريض. وقد تحدث هذه الأحداث، مصحوبة كذلك بكل الحواجز الثقافية واللغوية الشائعة جداً. فأحياناً ما تسمع الطبيبة مريضاً يقول: "أنا لا أستمع لامرأة!" وتشير الدراسات إلى أن الأسباب الشائعة لرفض العلاج، تشمل إنكار خطورة المرض، وعدم الثقة في الفريق المعالج، والخوف من الألم، والاعتقاد بأن العلاج ليس له جدوى (19).

ويكمن الخطر في أن الرفض المبدي من المريض، يؤدي إلى الغضب والرفض من جانب الفريق المعالج. ولا شك أن استشارة الطب النفسي ستسهل النقاش بين المريض والفريق المعالج. فالطبيب النفسي يعمل باعتباره لوح ترديد الصوت لكل من المريض والفريق؛ لكي يفرغوا إحباطاتهم. إن إعطاء المريض وقتاً كافياً للتفاعل مع التغيير في حالته الجسدية، سيساعد على تحسين عملية التعاون. وقد ذكر "كاتز" أن ٥٠٪ من المرضى الذين يرفضون العلاج في البداية، يوافقون عليه فيما بعد (19).

ماذا عن المرضى الذين بإمكانهم الحديث، ولكن يرفضون المشاركة الكاملة في المقابلة، كما في حالة السيدة "أ"؟ عادة ما يواجه الأطباء النفسيون بعض الصعوبات عند تقييم المرضى النفسيين الجاموديين (catatonic) أو الذهانيين الذين يرفضون الكلام. وإذا لم يكن المريض مصاباً بالذهان بشكل واضح، وبدا أنه فقط مجرد شخص معارض (oppositional)، فإن اتخاذ قرار بشأن القدرة يعدُّ أمراً مشكلاً. وأحياناً يوافق المريض على الكلام مع أشخاص آخرين. وإذا ما ظل المريض رافضاً للحديث، فإنه يجب على الاستشاري والطبيب المعالج أن يقيّموا المخاطر التي سيواجهها المريض في حال رفضه للعلاج. وفي حالات الخطورة العالية، حيث يستمر المريض في رفض الإجابة عن الأسئلة، أو يرفض أن يتلقى العلاج المناسب، رغم تعدد المحاولات والمطالب والتوضيحات التي تُقدّم إليه؛ عندئذٍ لا غضاضة في اعتبار أن المريض ليس لديه القدرة على اتخاذ القرار، واللجوء لشخص بديل لاتخاذ القرار (21).

لم تكن قادرين على تحديد مكان أقارب السيدة "أ"؛ لمناقشة خيارات العلاج حتى جلسة المحكمة الأولى. وبعد الجلسة الأولى، تعاونت المريضة مع الاختبار النفسي، الذي أظهر أن المريضة تعاني من فصام زوراني، واضطراب معرفي غير مصنف في مكان آخر (not otherwise specified (NOS) ومتوسط الشدة. وفي أثناء جلسة أخرى للمحكمة، أُلزم القاضي السيدة "أ" بالديال بالعيادة الخارجية، كما ألزمها بمراجعة مركز صحة المجتمع. وقد بُدئت بجرعة بسيطة من مضادات الذهان، واستمرت السيدة "أ" في التغيب من حين لآخر عن علاج الديال بالعيادة الخارجية، لكن فريق العلاج قرّر ألا يسعى في طلب تدخل إضافي من المحكمة، إلا إذا ساءت حالتها المرضية نتيجة لعدم تعاونها في موضوع العلاج.

ولا يُعدُّ المرضى العقليون فاقدين للقدرة على اتخاذ القرار الطبي لمجرد وجود المرض العقلي. ولأن الاضطراب الذهاني قد يؤثر على القدرة على اتخاذ القرارات الطبية (انظر أنفاً)، فإن الأدوية المناسبة ستحسن من مآل حالة المريض. إن التعرف إلى اضطراب الهذيان، والذي هو سبب شائع وراء عدم القدرة على اتخاذ القرار (٦)، وغالباً ما يُساء تشخيصه (22)، ثم المبادرة لعلاج بالشكل المطلوب؛ قد يؤثر إيجاباً على قدرة المريض على التعاون في العلاج. وفي المقابل، فقد أظهرت الدراسات أن علاج الاكتئاب، قد لا يؤثر على رغبة الفرد في العلاج (23). ويعد بعض الأفراد ذوي أهلية، رغم رفضهم العلاج، ومعاناتهم من الآثار الضارة نتيجة لذلك. وفي المقابل هناك آخرون يُعتقد أنهم فاقدون للأهلية، رغم أنهم يتلقون العلاج، ويعانون من آثاره الضارة أيضاً. وقد تساور الشكوك كلاً من الأطباء الجدد وذوي الخبرة أيضاً بشأن دورهم في قرار الأهلية. وبلا شك فإن مبدأ الاستقلالية واجب قانوني وأخلاقي، ولا يمكن لأي أحد منا أن يتنبأ بما سيحدث في المستقبل. وباختصار، فإن هناك مبادئ إرشادية لمساعدة أطباء النفس الاستشاريين على صنع القرارات بخصوص تقييم قدرة الأفراد. وعلاوة على ذلك، فإن للطبيب النفسي دوراً محورياً في تحسين الاتصال والتعامل مع العلاقات الصعبة، وكذا تحسين قدرة المرضى الذين يعانون من مشاكل نفسية. وبالرغم من ذلك، يبقى فحص القدرة علماً تنقصه الدقة، وهو مثال جوهري على الحاجة للفن والمهارة في ممارسة الطب النفسي.

### المراجع References

1. Etchells E, Katz MR, Shuchman M, Wong G, Workman S, Choudhry NK, et al. Accuracy of clinical impressions and Mini-Mental State Exam scores for assessing capacity to consent to major medical treatment: comparison with criterion-standard psychiatric assessments. *Psychosomatics*. 1997;38(3):239-45.
2. Ganzini L, Volicer L, Nelson W, Derse A. Pitfalls in assessment of decision-making capacity. *Psychosomatics*. 2003;44(3): 237-43.
3. Resnick PJ, Sorrentino RN. Forensic considerations. In: Blumenfield M, Strain JJ, editors. *Psychosomatic medicine*. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 91-106.
4. Gutheil TG, Appelbaum PS. *Clinical handbook of psychiatry and the law*. 2nd ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
5. Drane JF. Competency to give an informed consent, a model for making clinical assessments. *JAMA*. 1984;252(7):925-7.
6. Farnsworth MG. Competency evaluations in a general hospital. *Psychosomatics*. 1990;31(1):60-6.
7. Weinstock R, Copelan R, Bagheri A. Competence to give informed consent for medical procedures. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1984;12(2):117-25.
8. Grisso T, Appelbaum PS. The MacArthur Treatment Competence Study, III: abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. *Law Hum Behav*. 1995;19(2):149-74.
9. Wear AN, Brahams D. To treat or not to treat: the legal, ethical and therapeutic implications of treatment refusal. *J Med Ethics*. 1991;17(3):131-5.

10. Myers B, Barrett CL. Competency issues in referrals to a consultation-liaison service. *Psychosomatics*. 1986;27(11): 782-8.
11. Mebane AH, Rauch HB. When do physicians request competency evaluations? *Psychosomatics*. 1990; 31(1):40-6.
12. Louisiana. R.S. 2002;28:2.
13. Simon RJ. Legal and ethical issues. In: Wise MG, Rundell JR, editors. *The American Psychiatric Publishing textbook of consultation-liaison psychiatry: psychiatry in the medically ill*. 2nd ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2002. p. 167-86.
14. Strull WB, Lo B, Charles G. Do patients want to participate in medical decision-making? *JAMA*. 1984;252:2990-4.
15. Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Information and participation preferences among cancer patients. *Ann Intern Med* 1980;92(6):832-6.
16. Ende J, Lewis K, Ash A, Moskowitz MA. Measuring patients' desire for autonomy: decision making and information-seeking preferences among medical patients. *J Gen Intern Med*. 1989;4(1):23-30.
17. Freud A. The ego and the mechanisms of defense. In: *Writings of Anna Freud*. Vol 2 (rev ed). New York: International Universities Press; 1967.
18. Simon RI, Schindler BA, Levenson JL. Legal issues. In: Levenson JL, editor. *Textbook of psychosomatic medicine*. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing Co; 2005. p. 37-53.
19. Katz M, Abbey S, Rydall A, Lowy F. Psychiatric consultation for competency to refuse medical treatment: a retrospective study of patient characteristics and outcome. *Psychosomatics*. 1995;36(1): 33-41.
20. Group for the Advancement of Psychiatry Committee on Medical Education. *A casebook in psychiatric ethics*. New York: Brunner/Mazel; 1990. p. 15-7.
21. Hurst SA. When patients refuse assessment of decision-making capacity: how should clinicians respond? *Arch Intern Med*. 2004; 164(16):1757-60.
22. Cole MG. Delirium in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2004;12(1):7-21.
23. Lee M, Ganzini L. The effect of recovery from depression on preferences for life-sustaining therapy in older patients. *J. Gerontol*. 1994;49(1):M15-21.