

بررسی نحوه اخذ رضایت نامه و برائت نامه از بیماران بستری در بخش‌های جراحی بیمارستان امام خمینی

دکتر فخرالدین تقاضی نژاد * - دکتر میترا اخلاقی ** - دکتر اسدالله یغمائی *** - دکتر علیرضا حجتی ****

* متخصص پزشکی قانونی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

** متخصص پزشکی قانونی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

*** دستیار تخصصی پزشکی قانونی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

**** پزشک عمومی

چکیده

زمینه و هدف: رضایت آگاهانه، فرآیندی است که طی آن بیمار و یا قائم مقام قانونی وی، طرح درمانی را درک کرده، با آن موافقت می‌نماید. جهت استحکام رابطه پزشک و بیمار و احترام به حقوق فردی، علاوه بر رضایت، اخذ برائت از بیمار نیز ضروری است. هدف این مطالعه بررسی تفصیلی نحوه اخذ رضایت نامه و برائت نامه از بیماران بستری در یکی از بیمارستان‌های آموزشی تهران است.

روش بررسی: مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی (Descriptive Cross-Sectional) و جمعیت مورد مطالعه شامل کلیه بیماران بستری شده در بخش‌های جراحی ۱، ۳، ۴ و ۵ بیمارستان امام خمینی تهران در سه ماهه چهارم سال ۱۳۸۵ بوده است. اطلاعات مورد نیاز با مراجعت به بیمارستان امام، مصاحبه حضوری با بیماران، پاسخ آنها به سوالات تدوین شده در پرسشنامه و همچنین بررسی رضایت نامه و برائت نامه‌های موجود در پروندهای آنان جمع‌آوری و با نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها: رضایت نامه از تمام ۲۵۰ بیمار مورد بررسی، اخذ شده بود. بیشتر بیماران (۴۲٪) بی‌سواد بودند و اغلب آنها (۴۸٪) بیکار. تمام رضایت-نامه‌ها توسط منشی بخش گرفته شده بود. اغلب اطلاعاتی که به بیماران داده شده بود در مورد درمان آنها بود (۹۶٪). از نظر بیماران بیشترین اطلاعاتی که اهمیت داشت در مورد میزان موقوفیت درمان بود (۹۴٪). بیشتر بیماران، بهترین فرد برای گرفتن رضایت نامه را پزشک جراح و اغلب، بهترین زمان گرفتن رضایت و برائت را در زمان بستری می‌دانستند.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج بدست آمده، اغلب موارد رضایت نامه و تمام موارد برائت نامه توسط فردی بجز پزشک و در زمان پذیرش اخذ می‌شود، در صورتی که باید دادن اطلاعات در مورد بیماری و گرفتن رضایت و برائت در زمان بستری که تنش کمی وجود دارد و توسط پزشک جراح معالج به بیمار انجام شود و احتمال موقوفیت درمان هم تا حدودی به بیمار توضیح داده شود.

واژگان کلیدی: رضایت آگاهانه، برائت، جراحی، بیمار.

تأثید مقاله: ۱۳۸۷/۳/۱۹

وصول مقاله: ۱۳۸۶/۱۲/۱۹

نویسنده پاسخ‌گو: تهران، خیابان قدس، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی قانونی

peimanyaghmaei@yahoo.com

مقدمه

درمان بدون رضایت بیمار عاقب قانونی خواهد داشت و پزشکان موظفند اطلاعات مربوط به بیماری و درمان را به طوری که کاملاً متوجه شوند در اختیار بیماران بگذارند. از نظر قانونی مسؤولیت درک کامل موضوع توسط بیمار بر عهده پزشک است نه خود بیمار. رضایت-نامه‌ای که با اکراه یا ترس یا اجبار یا فریب گرفته شود معتبر نخواهد بود. برای آن دسته از بیمارانی که فاقد اهلیت قانونی می‌باشند ولی یا قیم باید رضایت دهد.

قانون گذار در بند ۲ ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی سه شرط را

در آثار بجا مانده از کتبیه حمورابی - مربوط به ۲۲۰۰ سال قبل از میلاد مسیح که در سال ۱۹۰۲ در شوش کشف شد - اولین قانون بشری برای کنترل اعمال پزشکی دیده می‌شود. برای اولین بار در سال ۱۹۸۱ بود که انجمن پزشکان آمریکا به رضایت آگاهانه به مثابه یک حق اجتماعی ضروری برای توانا ساختن بیمار در انتخاب درمان یا آزمایش حتی علی رغم تمایل پزشک تأکید ورزید.

خود و انتساب خطر به عامل خارج معاف کند. با وجود چنین شرطی بیمار یا بازماندگان او باید بی مبالغی و عدم پزشک را مطابق قواعد عدم ثابت کنند و گرنه طرفی از دعوی خسارت نمی بندند. ولی اثر برائت از این فراتر نمی رود و به ویژه در مورد تقصیرهای سنگین و عدم اثربار ندارد (۷، ۵).

جهت اخذ هرچه بهتر برائت و رضایت‌نامه از بیماران می‌توان ابتدا مريض را پذيرش کرد و در بيمارستان بستري نمود (کاري که در ايران انجام نمي شود بلکه اول از همه قبل از بستري کردن مريض و در هنگام پذيرش از وي برائت‌نامه‌اي کسب مي شود و سپس اقدام به بستري کردن بيمار مي گردد) سپس در موقع مناسبی قبل از اينکه اقدامات درمانی شروع شود توضيحات نسبتاً كامل و مفيدی راجع به نحوه درمان، راههای درمانی موجود برای علاج بيماري شخص، عوارض درمان و شناسنامه موقفيت درمان به مريض اريه گردد. به نظر مي‌رسد چنانچه اين توضيحات توسط خود شخص پزشك به بيمار اريه شود و بيمار در حضور وي فرم را امضاء کند آرامش خاطر بيشتری بهره‌مند خواهد شد و به پزشك خود بيشتر اعتماد خواهد کرد. در مطالعه‌اي که در واشنگتن آمريكا صورت گرفته است روش انتخابي بر اين اساس بوده است که بيماران خود خواستار دريافت چه نوع اطلاعاتي هستند که تحت عنوان Reasonable patient standard معروف است (۸).

اصول مربوط به رضایت‌نامه، برائت‌نامه و سایر حقوق قانوني و اخلاقی بيماران به طور معمول در قالب دروس پزشكى قانوني و اخلاقى پزشكى در دانشکده‌های پزشكى و پيراپزشكى برای دانشجويان رشته- های علوم پزشكى تدریس مي شود. با اين حال تجارب نويسندهان در كميسيون‌های پزشكى سازمان‌های نظام پزشكى و پزشكى قانوني حاکى از وجود موارد قابل توجهی از دعاوی قضائي و حقوقی است که بيماران با استناد به عدم رضایت و عدم اطلاع کافی از روند امور تشخيصي و درمانی عليه قادر معالج خويش اقامه دعوي نموده‌اند. هر چند منابع علمي متعددی در مورد رضایت‌نامه و حقوق بيماران به زبان انگلیسي موجود است (۱-۱۱)، ولی در بررسی تحقیقات مربوطه در کشور، پژوهش منتشر شده چندانی وجود نداشت، بنابراین محققین برای اطلاع دقیق‌تر از کم و کيف نحوه اخذ رضایت و برائت‌نامه در بالین بيماران، تصمیم به انجام این پژوهش در يك بيمارستان آموزشي گرفتند.

روش بررسی

روش مطالعه از نوع توصيفي- مقطعي و جمعيت مورد مطالعه شامل کليه بيماران بستري شده در بخش‌های جراحی، ۱، ۳، ۴ و ۵ بيمارستان امام خميني در سه ماهه چهارم سال ۱۳۸۵ بود که نگرش ۲۵۰ بيمار، مورد مطالعه قرار گرفت. ابتدا برسشنامه‌اي طراحی و قبل از نمونه‌گيري، بر روی ۱۵ نفر از بيمارانی که در نمونه نهايی قرار نداشتند پايلوت شد و اعتبار آن بررسی گردید. سپس با حضور

برای رفع مسؤوليت كيفري پزشك لازم دانسته که يكى از آنها جلب رضایت بيمار يا ولی قانوني او قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی است و فقط در موارد اورژانسى که امكان کسب اجازه از بيمار يا ولی او وجود ندارد اخذ رضایت ضروري نیست. بنابراین وجود رضایت قبل از درمان از حقوق بدبيهي و قانوني بيماران محسوب مي گردد. از نظر حقوقی نيز رضایت‌نامه زمانی معتبر است که آگاهانه و با اراده و اختيار، توسط خود بيمار يا ولی و يا نماینده قانوني او صادر شده باشد. لذا فردي که رضایت‌نامه را امضا مي کند باید هوشيار بوده و بالغ و عاقل باشد. در مورد بيماران غير هوشيار اغلب از خوشاوندان نزديك رضایت‌نامه گرفته مي شود. در مورد افرادي که به حد بلوغ نرسيده‌اند نيز بايستى از قيم يا والدين بيمار رضایت گرفته شود. گرفتن رضایت باید در حالی انجام شود که بيمار از سلامت عقل برخوردار باشد. در مورد افرادي که از نظر روانی نامتعادل هستند رضایت‌نامه را باید سرپرست قانوني آنها امضاء کند. در اشخاص عقب مانده ذهنی (سفيه) نيز باید از ولی آنان اجازه گرفت. نحوه اظهار رضایت بيمار، به دو صورت تلوبيحی و صريح مقدور است. بدبيهي است در مواردي که شخص داوطلبانه به پزشك مراجعه نکرده و بنابر اين رضایت تلوبيحی وجود ندارد، باید اجازه صريح (شفاهي يا كتبى) گرفته شود و توصيه شده است که يك شخص ثالث هنگام گرفتن رضایت‌نامه شفاهي يا كتبى - به عنوان شاهد - حاضر باشد (۱، ۲).

در فرآيند گرفتن رضایت نيز باید از اصول اخلاقى پيروي کرد و با حمایت از حق هر فرد برای تصميم گيري پيرامون درمان خود، برای حق استقلال او احترام قابل شد. اعلام رضایت باید آزادانه باشد و لازم است بيمار ماهيت درمان پيشنهادى را به خوبى درک کند. اين حقوق تحت حمایت قانون قرار داشته، هرگونه درمان بدون رضایت تجاوز به حقوق ديگران محسوب مي شود (۳).

بر اساس ماده ۶۰ قانون مجازات اسلامي، چنانچه طبيب قبل از شروع درمان يا عمل جراحى از بيمار يا ولی او برائت حاصل کند ضامن خسارت مالي يا جاني و يا نقص عضوي نمي باشد (۲). برای گرفتن رضایت‌نامه بایستى يك ارتباط منطقى همراه با حفظ اعتماد متقابل بين پزشك و بيمار وجود داشته باشد. گرفتن رضایت‌نامه برای اقدامات غير قانوني و غير اخلاقى نظير سقط جين معتبر نیست (۴، ۵).

جهت استحکام رايشه پزشك و بيمار و احترام به حقوق فردي، علاوه بر رضایت، اخذ برائت نيز از بيمار ضروري است. بيماري که طبيب معالج خود را از مسؤوليت مبرى مي نماید در حقیقت پزشك را از نتایج زيانبار عملش که ناشي از طبیعت اعمال و اقدامات پزشكى است مبرى مي نماید. در ماهيت حقوقی برائت باید گفت که در واقع برائت يكى از مصاديق هاي شرط عدم مسؤوليت است و تا زمانی نافذ خواهد بود که پزشك در انجام اعمال خود مرتکب تقصیر نشده باشد (۶، ۵).

شرط برائت به معنى معاف شدن از ضمان ناشي از احتمال خطرات است و باعث مي شود تا طبيب را از اثبات احتياط به وسیله

ارایه شده بود. به ۲۳۴ نفر (۹۳/۶٪) راجع به میزان موفقیت، به ۲۳۱ نفر (۹۲/۴٪) راجع به سایر روش‌های درمانی، به ۲۲۹ نفر (۹۱/۶٪) راجع به پیش‌آگهی، به ۲۲۱ نفر (۸۸/۴٪) راجع به میزان شکست، به ۴۳ نفر (۱۷/۲٪) راجع به عوارض عمل، به ۲۱ نفر (۸/۴٪) راجع به تشخیص و به ۱۶ نفر (۶/۴٪) راجع به هزینه‌ها در هنگام اخذ فرم رضایت‌نامه اطلاعات ارایه شده بود. در مورد برائت‌نامه، اطلاعات ارایه شده در هنگام اخذ فرم به این ترتیب بوده است به ۶۵ نفر (۲۶٪) راجع به هزینه‌ها، به ۱۸ نفر (۷/۲٪) راجع به میزان موفقیت، به ۱۱ نفر (۴/۴٪) راجع به نوع درمان و به ۳ نفر (۱/۲٪) راجع به تشخیص، به مریض یا همراه وی، اطلاعات ارایه شده بود و راجع به سایر موارد اطلاعاتی داده نشده بود.

از دید ۲۳۵ نفر (۹۴٪) مهم‌ترین اطلاعاتی که برای تصمیم‌گیری و رضایت به درمان لازم بود به آنها ارایه شود، اطلاعاتی راجع به میزان موفقیت درمان بوده است. ۲۲۳ نفر (۸۹/۲٪) اطلاعاتی مربوط به هزینه‌ها، ۱۶۶ نفر (۶۶/۴٪) اطلاعات مربوط به تشخیص بیماری، ۱۳۱ نفر (۵۲/۴٪) اطلاعات مربوط به نوع درمان، ۱۰۱ نفر (۴۰/۴٪) اطلاعات مربوط به پیش‌آگهی، ۸۲ نفر (۳۲/۸٪) اطلاعات مربوط به عوارض عمل، ۶۷ نفر (۲۶/۸٪) اطلاعات مربوط به سایر روش‌های درمانی، ۵۳ نفر (۲۱/۲٪) اطلاعات مربوط به میزان شکست را جزء مهم‌ترین اطلاعاتی دانسته‌اند که می‌بایستی به آنها ارایه شود تا تصمیم‌گیری درست و با اطمینانی داشته باشند. بهترین فرد جهت اخذ رضایت از دید ۲۳۲ نفر (۹۲/۸٪) پزشک جراح مربوطه بوده است در حالیکه ۱۴ نفر (۵/۶٪) پرستار بخش، ۳ نفر (۱/۲٪) متخصص بیهوشی و ۱ نفر (۰/۴٪) هم کارمند مسؤول پذیرش را بهترین افراد معرفی کرده‌اند. در مورد فرد گیرنده برائت‌نامه، ۲۰۱ نفر (۸۰/۴٪) پزشک جراح مربوطه را بهترین فرد معرفی کردن، ۳۳ نفر (۱۲/۲٪) کارمند مسؤول پذیرش و ۱۶ نفر (۶/۴٪) هم پرستار بخش را بهترین افراد دانسته‌اند. بهترین زمان جهت اخذ رضایت‌نامه از دید ۲۴۲ نفر (۹۶/۸٪) موقع بستری زمان در بخش مربوط بوده است، ۵ نفر (۲٪) بهترین زمان را موقع پذیرش معرفی کرده‌اند و ۳ نفر (۱/۲٪) هم ترجیح می‌دادند که رضایت‌نامه درست قبل از عمل گرفته شود. این موضوع در مورد برائت به این صورت است: ۲۳۹ نفر (۹۵/۶٪) بهترین زمان را موقع بستری بودن در بخش، ۱۰ نفر (۴٪) هنگام پذیرش و ۱ نفر (۰/۴٪) هم بهترین موقع را درست قبل از عمل ذکر کردن. در ضمن ۲۳۸ نفر (۹۵/۲٪) تفاوت بین رضایت‌نامه و برائت‌نامه را نمی‌دانستند و ۱۲ نفر باقی مانده از ۴/۸٪ از تفاوت این دو آگاهی داشتند. ۹۱/۴٪ افراد بی‌سواد به لزوم آگاهی از هزینه‌ها پاسخ مثبت داده بودند و ۳/۸٪ آنها اطلاعات راجع به سایر روش‌های درمانی را لازم دانسته بودند. ۱۰۰٪ افراد با تحصیلات در حد سیکل (سوم راهنمایی یا نهم متوسطه در نظام قدیم آموزشی)، اطلاعات مربوط به میزان موفقیت و هزینه‌ها را لازم دانسته بودند در حالیکه ۲۵/۸٪ آنها اطلاعات راجع به سایر روش‌های درمانی را لازم دانسته بودند. ۱۰۰٪ افراد با مدرک تحصیلی بالاتر از دیپلم اطلاعات

در بیمارستان و پرسیدن حضوری سوالات پرسش‌نامه از بیماران و همچنین بررسی رضایت‌نامه‌های موجود در پرونده آنها اطلاعات جمع-آوری و پس از ورود اطلاعات به کامپیوتر با نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

همه بیماران بطور داوطلبانه مایل به همکاری بوده و همگی قادر به پاسخگویی به سوالات بودند. اطلاعات مربوط به سن از شناسنامه یا دفترچه بیمه بیماران، جنس بیماران از فنوتیپ آنها و نوع عمل براساس اطلاعات پرونده بیمارستانی و میزان آگاهی بیماران در زمینه هر یک از موضوعات مورد پرسش (مانند: شخص گیرنده و زمان تکمیل رضایت یا برائت‌نامه) یا روز جواب‌های داده شده به پرسشنامه گرفته شد. تمام سوالات در پرسشنامه طراحی شده بصورت نیمه باز، دارای چند گزینه بودند و در پایان هر سؤال امکان پاسخگویی بصورت باز نیز پیش‌بینی شده بود. پرسشنامه‌ها در اغلب موارد توسط خود بیمار (در ۷۷/۶٪) و در تعدادی از موارد هم توسط همراه مطلع (۲۲/۴٪) پر شدند.

یافته‌ها

از ۲۵۰ بیمار که در این مطالعه شرکت کردند، ۶۲٪ موارد بین ۱۸ تا ۶۵ سال و ۳۸٪ هم بالای ۶۵ سال سن داشتند (تمامی افرادی که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفته‌اند سن بالای ۱۸ سال داشتند). ۱۵۸ نفر (۶۲/۲٪) مذکور ۹۶ نفر (۳۷/۸٪) مؤنث بودند. بیشتر این افراد ۱۲۱ مورد (۴۸/۴٪) شغل آزاد، ۶۲ نفر (۲۴/۸٪) خانه‌دار، ۴۴ نفر (۱۷/۶٪) کارمند و ۲۳ نفر (۹/۲٪) بیکار بودند. تعداد افراد بی‌سواد ۱۰۵ نفر (۴۲٪)، بالاتر از دیپلم ۶۹ نفر (۲۷/۶٪)، دیپلم ۴۵ نفر (۱۸٪) و سیکل ۳۱ نفر (۱۲/۴٪) بود. از نظر نوع عمل جراحی که مريض متحمل شده بود تعداد ۱۸۲ نفر (۷۲/۸٪) تحت جراحی الکتیو و ۶۱ مورد (۲۷/۲٪) هم بعد از جراحی اورژانس در بخش بستری شده بودند. اخذ رضایت در ۱۰۰٪ موارد (تمام ۲۵۰ نفر) توسط منشی بخش که در پرسش‌نامه تحت عنوان کارمند مسؤول اداری قید شده، اخذ شده بود. در مورد برائت‌نامه نیز تمام موارد یعنی ۱۰۰٪ برائت‌نامه‌ها توسط کارمندی که در اتاق پذیرش فعالیت می‌کند اخذ شده بود (پرونده پزشکی تمام بیماران مورد مطالعه حاوی فرم رضایت‌نامه و برائت‌نامه امضا شده بود).

از ۱۹۳ مورد (۷۷/۲٪) رضایت‌نامه در زمان بستری در بخش اخذ شده بود و از ۵۷ نفر (۲۲/۸٪) درست قبل از عمل جراحی یعنی صبح روز عمل، رضایت‌نامه گرفته شده بود. این در حالیست که فرم برائت‌نامه در ۱۰۰٪ موارد درست در هنگام پذیرش و در حین تشکیل پرونده اولیه گرفته شده بود.

در مورد نوع اطلاعات ارایه شده به بیمار در موقع اخذ رضایت‌نامه، بیشترین درصد (معادل ۹۶/۸٪) راجع به نوع درمان بود یعنی به ۲۴۲ نفر راجع به نوع درمان در هنگام اخذ رضایت‌نامه اطلاعات

بخش‌های مذکور همانطور که از نتایج بر می‌آید به صورت ارایه فرم رضایت نامه توسط منشی بخش به بیماران بود که تمام ۲۵۰ مورد مطالعه به همین صورت رضایت به عمل داده بودند و این در حالی است که طبق نظرسنجی به عمل آمده، اکثربت قریب به اتفاق یعنی ۲۳۲ نفر معادل ۹۲/۸٪ اذعان داشتند که تمایل دارند فرم رضایت‌نامه توسط پزشک جراح مربوطه به آنها ارایه شود و تنها یک نفر منشی را مناسب دانسته بود. در مورد نحوه اخذ فرم برائت روند جاری به این صورت بود که کارمند مسؤول تشکیل پرونده‌ها در همان ابتدای امر در ضمن تشکیل پرونده فرم برائت نامه را به بیمار داد و بیمار یا همراه مطلع او، با امضاء و اثر انگشت‌گذاری فرم را کامل می‌کرد؛ این در حالی است که ۳۳ نفر معادل ۱۳/۲٪ با این روند موافق بودند و ۲۰۱ نفر معادل ۸۰/۴٪ موارد پزشک جراح مربوطه را بهترین فرد جهت اخذ برائت نامه عنوان کردند.

برخلاف این دو مورد که خواست بیماران چیزی غیر از روند جاری بود موضوع در مورد زمان اخذ رضایت‌نامه به نظر مطلوب می‌رسد چرا که ۱۹۳ مورد رضایت‌نامه‌ها معادل ۷۷/۲٪ موارد در زمان بستری بودن بیمار در بخش گرفته شده بود و ۵۷ مورد یعنی ۲۲/۸٪ موارد هم درست قبل از عمل یعنی در روزی که قرار بود بیمار عمل شود اخذ شده بودند که در مقایسه با ۲۴۲ نفری که (۹۶/۸٪) خواستار اخذ رضایت‌نامه در هنگام بستری بودن در بخش بودند به نظر قابل قبول است هر چند می‌باشد تلاش بیشتری در جهت کاهش تعداد موارد رضایت‌نامه اخذ شده درست قبل از عمل جراحی به عمل آید. برخی از صاحب‌نظران معتقدند رضایت بیمار باید قبل از بستری در بخش گرفته شود چرا که در هنگام بستری بودن اضطراب و تنش ناشی از بستری در بیمارستان ممکن است بیمار را تحت تأثیر قرار دهد. برای زمان اخذ برائت نامه روند برخلاف خواست بیماران در حال اجرا است، به این صورت که ۱۰۰٪ موارد برائت نامه در هنگام پذیرش بیمار گرفته می‌شود در حالی که ۲۳۹ نفر یعنی ۹۵/۶٪ بیماران خواستار مواجهه با فرم برائت‌نامه در هنگام بستری در بخش بوده‌اند یعنی ترجیح می‌دهند در وضعیت پایدارتری فرم را پر کنند و فقط ۱۰ نفر یعنی ۴٪ روند فعلی را مناسب دانسته‌اند.

به بیماران موقع پر کردن فرم رضایت اطلاعاتی ارایه می‌شود که مطالعه ما نشان می‌دهد به ۲۴۲ نفر (۹۶/۸٪) راجع به نوع درمان آگاهی داده شده است و این در حالیست که ۱۳۱ نفر (۵۲/۴٪) بیماران اخذ اطلاعاتی درمورد نوع درمان را به عنوان یکی از مهم‌ترین انواع آگاهی‌های لازم جهت تصمیم‌گیری و رضایت به درمان اعلام داشته‌اند که البته ایرادی عده به این قسمت وارد نیست. در بررسی به عمل آمده ۲۳۵ نفر (۹۴٪) ارایه اطلاعاتی مبنی بر میزان موفقیت روش درمانی را به عنوان یکی از مهم‌ترین انواع آگاهی‌ها جهت تصمیم‌گیری و رضایت به درمان اعلام داشته‌اند و ما با آمار قابل قبول ارایه اطلاعاتی از این دست به ۲۳۴ نفر (۹۳/۶٪) موارد مواجهیم که کاملاً امیدوار کننده است؛ البته در مطالعه‌ای در بیمارستان Christ church اکثر

مربوط به سایر روش‌های درمانی و همچنین میزان موفقیت را لازم دانسته بودند و ۲۲/۲٪ هم اطلاعات مربوط به میزان شکست را مهم می‌دانستند. ۱۰۰٪ دیپلم به بالاترها اطلاعات مربوط به میزان موفقیت را لازم دانسته بودند در حالی که ۳۰٪ آنها اطلاعات مربوط به میزان شکست را لازم می‌دانستند.

در ۹۱/۹٪ موارد اورژانس، افراد خواستار ارایه اطلاعاتی راجع به میزان موفقیت عمل جراحی بوده‌اند و این در مقابل درصد حداقلی معادل ۲۲٪ برای کسب اطلاعاتی در مورد سایر روش‌های درمانی بود که از سوی افراد در موارد اورژانس درخواست شده بود.

بیشترین اطلاعاتی که افراد در موارد غیر اورژانس (الکتیو) درخواست کرده بودند راجع به تشخیص و همچنین میزان موفقیت روش درمانی بود که ۱۰۰٪ موارد الکتیو، آگاهی از این موارد را لازم دانسته بودند و حداقل درخواست برای ارایه اطلاعات در زمینه میزان شکست نیز با فراوانی ۰٪ در موارد الکتیو وجود داشت.

در ضمن پاسخ‌دهی افراد به سوال اورژانس بودن یا الکتیو بودن عمل جراحی، مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت و تفاوت در جواب‌هایی که داده بودند معنی دار بود به این معنی که اورژانسی بودن یا الکتیو بودن عمل جراحی به نوع درخواست افراد مبنی بر نوع اطلاعات ارایه شده بستگی داشت.

در تحلیلی دیگر، معنی‌داری تفاوت در پاسخ‌دهی افراد به گزینه‌های سؤال با سطح تحصیلات افراد مورد بررسی قرار گرفت که شرح نتایج به این صورت است: تفاوت در پاسخ‌دهی افراد با سطح تحصیلات متفاوت راجع به اطلاعات مربوط به تشخیص بیماری معنی‌دار نبود. تفاوت بین پاسخ‌های افراد با سطح تحصیلات بالاتر از دیپلم و پاسخ‌های افراد بی‌سواد به نوع درمان معنی‌دار بود. تفاوت بین پاسخ افراد بی‌سواد به اطلاعات مربوط به عوارض عمل و میزان موفقیت با پاسخ افراد سیکل، دیپلم و بالاتر از دیپلم معنی‌دار بود. تفاوت معنی‌داری بین پاسخ افراد بی‌سواد نسبت به پاسخ افراد سیکل و بالاتر از دیپلم به اطلاعات مربوط به میزان شکست وجود داشت. تفاوت بین پاسخ افراد دیپلم و بالاتر از دیپلم نسبت به اطلاعات مربوط به سایر روش‌های درمانی با پاسخ افراد بی‌سواد معنی‌دار بود. در ضمن تفاوت بین پاسخ افراد سیکل به این اطلاعات با پاسخ افراد دیپلم معنی‌دار بود. تفاوت بین پاسخ افراد بالاتر از دیپلم با پاسخ افراد دیپلم، سیکل و بی‌سواد راجع به هزینه‌ها معنی‌دار بود. تفاوت بین پاسخ افراد بی‌سواد با پاسخ افراد بالاتر از دیپلم راجع به پیش‌آگهی معنی‌دار بود.

بحث

با بررسی نتایج این مطالعه که در زمستان ۸۵ بر روی ۲۵۰ نفر از بیماران بستری در بخش‌های جراحی ۱، ۳، ۴ و ۵ بیمارستان امام خمینی تهران صورت گرفت می‌توان دریافت که اکثر بیماران بستری در این بخش‌ها بالای ۱۸ سال سن داشتند. روند اخذ رضایت‌نامه در

اطلاعات لازم به ترتیب حداکثر تقاضا عبارتند از: الف- ارایه اطلاعات لازم درمورد میزان موفقیت و ب- ارایه اطلاعات لازم درمورد هزینه‌ها در موارد الکتیو الف- ارایه اطلاعات لازم در مورد تشخیص بیماری و ب- ارایه اطلاعات لازم راجع به میزان موفقیت، مهم‌ترین نوع اطلاعات درخواستی، بودند (۲۰-۱۰).

براساس اطلاعات موجود، تفاوت در پاسخ‌ها به پرسش‌های مربوط به تشخیص بیماری براساس سطح سواد، معنی دار نیست و این تفاوت به علت تفاوت در سطح تحصیلات نمی‌باشد. افراد بالاتر از دیپلم در ارتباط با اطلاعات مربوط به نوع درمان، پاسخ‌های متفاوتی نسبت به افراد بی‌سواد داده بودند که کاملاً معنی‌دار بود. این گزینه راجع به نوع روش درمانی بود که بالاتر از دیپلم‌ها مسلمان است. علت سطح تحصیلات بالاتر کنجدکواتر از بی‌سوادها بودند و اطلاعات راجع به روش درمانی را مهم دانسته بودند. اینکه بی‌سوادها اطلاعات کمتری راجع به عوارض نسبت به سیکل، دیپلم و بالاتر از دیپلم درخواست کرده بودند معنی‌دار بود که آن هم می‌تواند ناشی از نقش تحصیلات در درک ماهیت عوارض عمل باشد چرا که برای شخص بی‌سواد ممکن است عوارض بعد از عمل مفهوم خاصی را تداعی ننماید. راجع به میزان موفقیت هم پاسخ افراد با سواد با بی‌سواد تفاوت معنی‌دار داشت، تفاوت معنی‌دار بین پاسخ افراد بی‌سواد در مورد اطلاعات راجع به میزان شکست با پاسخ افراد سیکل و بالاتر از دیپلم وجود داشت که این نیز نقش سواد را مشخص می‌کند. اینکه تفاوت بین پاسخ افراد در حد دیپلم و بالاتر از دیپلم نسبت به پاسخ افراد بی‌سواد راجع به سایر روش‌های درمانی وجود دارد نیز دلیل دیگری است بر نقش تحصیلات بالاتر از سیکل در میزان علاقه به آگاهی از سایر روش‌های درمانی. یعنی افرادی که بالاتر از سیکل بوده‌اند علاقه بیشتری به مطلع شدن از سایر روش‌های درمانی داشته‌اند. در اینجا با اطلاعات مربوط به هزینه‌ها، تفاوت معنی‌دار به این صورت است که افراد بالاتر از دیپلم درخواست کمتری جهت برخورداری از این نوع اطلاعات نسبت به دیپلم، سیکل و بی‌سوادها داشته‌اند. نکته جالب درمورد برخورداری از اطلاعات راجع به پیش‌آگاهی این است که افراد بالاتر از دیپلم تقاضای بیشتری جهت ارایه اطلاعاتی از این دست هنگام اخذ رضایت و برائت داشته‌اند، در حالی که افراد بی‌سواد درخواست کمتری داشته‌اند و این تفاوت هم معنی‌دار است که مسلمان توجیه می‌شود که هرچه سطح تحصیلات بیشتر باشد، درک افراد از پیش‌آگاهی بیشتر و بهتر می‌شود و در نتیجه توقع بیشتری جهت ارایه این نوع اطلاعات دارند.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان می‌دهد که اکثر قریب به اتفاق بیماران خواستار ارایه فرم رضایت‌نامه و برائت‌نامه از طرف پزشک جراح مربوطه خود می‌باشند و ترجیح می‌دهند جراحی که مسؤولیت عمل آنها را به عهده دارد خود شخصاً فرم‌های لازم را در اختیار بیماران قرار داده و ضمن

بیماران ارایه اطلاعاتی راجع به خطرات و عوارض عمدۀ جراحی را مهم‌ترین نوع اطلاعات ذکر کردند (۹۳٪). دومین مطلب پراهمیت از دید بیماران، ارایه اطلاعاتی در مورد هزینه درمان در موقع پر کردن فرم‌های مربوطه می‌باشد؛ درصد قابل توجه ۸۹/۲٪ یعنی ۲۲۳ نفر، و این درحالیست که به ۱۶ نفر یعنی ۴٪ موارد اطلاعاتی در این مورد ارایه شده است که لزوم اصلاح این روند را نشان می‌دهد.

۱۶ نفر (۶۶٪) خواستار ارایه اطلاعاتی راجع به تشخیص بیماری‌شان شده بودند که آمار در روند مطالعه، ۸٪ بود یعنی تنها ۲۱ نفر راجع به تشخیص، آگاهی‌های لازم ارایه شده بود که لازم است مشکل موجود مرفوع شود. البته منظور ما ارایه اطلاعات در موقع اخذ فرم رضایت است که بالتبع چنانچه اطلاعات در درمانگاه، در بخش و در زمانی غیر از زمان اخذ رضایت به بیمار داده شده است از آن صرف نظر کرده‌ایم و منظورمان دقیقاً این بوده است که در هنگام ارایه برگ رضایت آیا اطلاعاتی در مورد تشخیص، به بیمار ارایه شده است یا خیر؟

در مورد ارایه اطلاعاتی در مورد پیش‌آگاهی و سایر روش‌های درمانی مشکلی وجود ندارد و بالای ۹۰٪ بیماران، اطلاعاتی را در این مورد دریافت کرده‌اند در حالی که ۵۳٪ بیماران اطلاعات راجع به میزان شکست و ۲۶٪ آنها اطلاعات مربوط به سایر روش‌های درمانی را لازم دانسته‌اند.

روند موجود درمورد ارایه اطلاعات هنگام اخذ برائت قابل قبول نیست، به ۲۶٪ بیماران اطلاعاتی مربوط به هزینه‌های درمانی، به ۷/۲٪ بیماران راجع به میزان موفقیت روش درمانی، به ۴/۴٪ موارد راجع به نوع درمان و به ۱/۲٪ موارد راجع به تشخیص آنها اطلاعات ارایه شده است و در مورد به عوارض عمل یا روش‌های درمانی دیگر یا میزان شکست و پیش‌آگاهی، اصلًاً بیماران مسائله‌ای در میان گذاشته نشده است و آگاهی‌های ارایه شده معادل صفر است. این آمار نسبت به آنچه بیماران توقع داشتند - همانگونه که پیش‌تر ذکر شد - قابل قبول نیست و روند موجود باید، اصلاح شود.

نکته دیگر در این مطالعه عدم آگاهی ۲۳۸ نفر از ۲۵۰ نفر مطالعه شده (۹۵٪) از تفاوت بین رضایت‌نامه و برائت‌نامه بود و تنها ۱۲ نفر معادل ۴٪ از اختلاف این دو آگاهی داشتند.

تفاوت در پاسخ افراد در موارد اورژانس نسبت به ارایه اطلاعات راجع به تشخیص بیماری با پاسخ افراد در موارد الکتیو به همین گزینه (۱۰۰٪) با معیار $\chi^2 = 0,000$ Fisher's exact test به این معنی است که در موارد الکتیو درخواست افراد جهت ارایه اطلاعات راجع به تشخیص نسبت به موارد اورژانس بیشتر است و این تفاوت معنی‌دار هم هست به این احتمال که در موارد اورژانس افراد کمتر راجع به تشخیص بیماری‌شان فکر می‌کنند و در موارد الکتیو شخص، احتمالاً علت داشتن فرصت کافی، ارایه اطلاعات لازم در این زمینه را ضروری می‌داند (۱۰٪). در مجموع در موارد اورژانس ۲ مورد از مهم‌ترین

ارایه این سه نوع آگاهی کوتاهی ننماید. نکته دیگر ماحصل بررسی داده‌های این مطالعه، ارایه اطلاعات لازم به بیماران درمورد تفاوت بین رضایت‌نامه و برائت‌نامه می‌باشد که می‌بایستی جراح وظیفه انجام این امر را تقلیل نماید.

با در نظر گرفتن ارایه اطلاعات لازم و کافی طبق اصول پزشکی (reasonable patient standard) و با توجه به اینکه به علت مشغله‌های ذهنی مختلف و تنش‌های کاری جراحان ممکن است در ارایه اطلاعات تداخل ایجاد نماید، پیشنهاد می‌شود اطلاعات به شکل مکتوب، CD... راجع به یکسری از بیماری‌های شایع به بیماران ارایه شود که با مطالعه آن به یک دید کلی مفید دست یابند که این موضوع هم اعتبار رضایت‌نامه‌ها و برائت‌نامه‌های اخذ شده را بالا می‌برد و هم به نوعی صرفه‌جویی در وقت به حساب می‌آید ضمن اینکه این کار در بیمارستان‌های معتبر دنیا انجام می‌شود (۱۱) و به علاوه با این روش می‌توان بر روی نوع اطلاعات به خصوصی که هر بیمار لازم می‌داند تأکید بیشتر نمود و در این رابطه توضیحات بیشتری ارایه نمود.

پیشنهاد می‌شود کسب رضایت و برائت در حضور شاهد انجام گیرد، ضمن اینکه هم رضایت و هم برائت‌نامه را می‌توان در یک زمان از بیمار اخذ کرد و لزومی ندارد که این دو با فاصله زمانی از یکدیگر گرفته شود.

ارایه توضیحات لازم رضایت و برائت را از آنها بگیرد. بنابراین پژوهش جراح مربوطه باید خود فرم رضایت‌نامه و برائت‌نامه را به بیماران تحويل دهد و در ضمن به ارایه اطلاعات لازم بپردازد. بیش از ۹۰٪ بیماران بهترین زمان جهت اخذ رضایت و برائت نامه را موقع بسترن بودندشان در بخش‌های جراحی ذکر کرده‌اند یعنی موقعی که تا عمل جراحی فرصت و مهلت کافی دارند و مدتی هم از زمان بسترن آنها گذشته باشد. روند موجود در نحوه ارایه اطلاعات به هنگام اخذ برائت نامه نیاز به تغییرات اساسی دارد چرا که آمار موجود قبل اغماض نیست و با خواست بیماران تفاوت فاحشی دارد. ولی در مورد اطلاعات ارایه شده به هنگام اخذ فرم رضایت‌نامه، عملکرد به نظر رضایت بخش است، بخصوص درمورد اطلاعاتی که راجع به میزان موفقیت درمان، نوع درمان، میزان شکست، سایر روش‌های درمانی و پیش‌آگهی ارایه شده، آمار کاملاً قابل قبول است و حتی در بعضی موارد فراتر از حد درخواست بیماران است. تنها در مورد اطلاعات مربوط به هزینه‌ها، تشخیص و عوارض عمل لازم است تلاش بیشتری جهت ارایه آنها به بیماران مبذول گردد تا نقایص جبران شود به طور کلی باید جراح مربوطه که وظیفه اخذ فرم‌های برائت و رضایت را به عهده می‌گیرد به یاد داشته باشد که ۳ مورد از مهم‌ترین انواع اطلاعات لازم از دید بیماران، یعنی: اطلاعات مربوط به میزان موفقیت روش درمانی، هزینه روش درمانی و تشخیص بیماری ایشان را فراموش نکند و در مورد

منابع

- Research. 1994.
- ۷- تقسی محسن. لزوم بدست آوردن رضایت اگاهانه از بیماران از بسترن شدن در بیمارستان‌ها. مجموعه مقالات اخلاق پزشکی. جلد چهارم، تابستان ۱۳۷۳.
 - 8- Informed consents professional resources, American medical association, legal issue, 7 march, 2005.
 - 9- Newton-howes PA, Bedford ND, Dobbs BR, Frizelle FA. what the patients want to know? N Z Med J. 1998 Sep 11; 111(1073): 340-2.
 - 10- Chartier Y. Patient information and medical responsibility. Urol. 1998; 233-9.
 - 11- Anne-Maria Kanarra AM, Suominen T, Leino-Kilpi H. Informed consent for short stay surgery. Nurs Ethics. 1999 Nov; 6(6): 483-93.
- ۱- فتاحی معصوم سید حسین. رضایت‌نامه پزشکی، مجموعه مقالات اخلاق پزشکی. جلد چهارم. تهران، ۱۳۷۳: صفحات ۱۸-۸.
- ۲- قانون مجازات اسلامی. چاپ روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران. تهران. ۱۳۷۳.
- ۳- تقسی نژاد فخرالدین، شیخ آزادی اردشیر، جعفری رمضان. بررسی شناخت و نگرش کارورزان دانشگاه علوم پزشکی تهران از مسائل حقوقی پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان‌نامه دکترای حرفه‌ای پزشکی عمومی. تهران، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۹.
- 4- Bennet B. Law and medicine. 1st. ed. 1999: 32-38.
- ۵- دیباچی سید محسن. مسؤولیت مدنی و مقررات حاکم بر حرفه پزشکی. پایان‌نامه دکترای حرفه‌ای پزشکی عمومی. تهران، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۳۷۸.
- 6- Vojcic J. Muted Consent. Center for Medical Ethics