

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

دکتر فخرالدین تقدسی 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 رضایت‌نامه و برائت‌نامه 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 مراجعه به بیمارستان امام، مصاحبه حضوری با بیماران، پاسخ آنها به سؤالات تدوین شده در پرسشنامه و همچنین بررسی رضایت‌نامه و برائت‌نامه‌های موجود در پرونده‌های آنان جمع‌آوری و با نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

یافته‌ها: رضایت‌نامه از تمام ۲۵۰ بیمار مورد بررسی، اخذ شده بود. بیشتر بیماران (۴۲٪) بی‌سواد بودند و اغلب آنها (۴۸٪) بیکار. تمام رضایت‌نامه‌ها توسط منشی بخش گرفته شده بود. اغلب اطلاعاتی که به بیماران داده شده بود در مورد درمان آنها بود (۹۶/۸٪). از نظر بیماران بیشترین اطلاعاتی که اهمیت داشت در مورد میزان موفقیت درمان بود (۹۴٪). بیشتر بیماران، بهترین فرد برای گرفتن رضایت‌نامه را پزشک جراح و اغلب، بهترین زمان گرفتن رضایت و برائت را در زمان بستری می‌دانستند.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج بدست آمده، اغلب موارد رضایت‌نامه و تمام موارد برائت‌نامه 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 موفقیت درمان هم تا حدودی به بیمار توضیح داده شود. واژگان کلیدی: رضایت آگاهانه، برائت، جراحی، بیمار.

تأیید 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 عواقب 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. قانون‌گذار در بند ۲ ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی سه شرط را

در آثار بجا مانده از کتیبه 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 علی‌رغم تمایل پزشک تأکید ورزید.

خود و انتساب خطر به عامل خارج معاف کند. با وجود چنین شرطی بیمار یا بازماندگان او باید بی‌مبالاتی و عمد پزشک را مطابق قواعد عمد ثابت کنند و گرنه طرفی از دعوی خسارت نمی‌بندند. ولی اثر برائت از این فراتر نمی‌رود و به ویژه در مورد تقصیرهای سنگین و عمد اثری ندارد (۷، ۵).

جهت اخذ هرچه بهتر برائت و رضایت‌نامه از بیماران می‌توان ابتدا مریض را پذیرش کرد و در بیمارستان بستری نمود (کاری که در ایران انجام نمی‌شود بلکه اول از همه قبل از بستری کردن مریض و در هنگام پذیرش از وی برائت‌نامه‌ای کسب می‌شود و سپس اقدام به بستری کردن بیمار می‌گردد) سپس در موقع مناسبی قبل از اینکه اقدامات درمانی شروع شود توضیحات نسبتاً کامل و مفیدی راجع به نحوه درمان، راه‌های درمانی موجود برای علاج بیماری شخص، عوارض درمان و شناسن موفقیت درمان به مریض ارائه گردد. به نظر می‌رسد چنانچه این توضیحات توسط خود شخص پزشک به بیمار ارائه شود و بیمار در حضور وی فرم را امضاء کند از آرامش خاطر بیشتری بهره‌مند خواهد شد و به پزشک خود بیشتر اعتماد خواهد کرد. در مطالعه‌ای که در واشنگتن آمریکا صورت گرفته است روش انتخابی بر این اساس بوده است که بیماران خود خواستار دریافت چه نوع اطلاعاتی هستند که تحت عنوان Reasonable patient standard معروف است (۸).

اصول مربوط به رضایت‌نامه، برائت‌نامه و سایر حقوق قانونی و اخلاقی بیماران به طور معمول در قالب دروس پزشکی قانونی و اخلاق پزشکی در دانشکده‌های پزشکی و پیراپزشکی برای دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی تدریس می‌شود. با این حال تجارب نویسندگان در کمیسیون‌های پزشکی سازمان‌های نظام پزشکی و پزشکی قانونی حاکی از وجود موارد قابل توجهی از دعوی قضایی و حقوقی است که بیماران با استناد به عدم رضایت و عدم اطلاع کافی از روند امور تشخیصی و درمانی علیه کادر معالج خویش اقامه دعوی نموده‌اند. هر چند منابع علمی متعددی در مورد رضایت‌نامه و حقوق بیماران به زبان انگلیسی موجود است (۱۱-۸)، ولی در بررسی تحقیقات مربوطه در کشور، پژوهش منتشر شده چندانی وجود نداشت، بنابراین محققین برای اطلاع دقیق‌تر از کم و کیف نحوه اخذ رضایت و برائت‌نامه در بالین بیماران، تصمیم به انجام این پژوهش در یک بیمارستان آموزشی گرفتند.

روش بررسی

روش مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی و جمعیت مورد مطالعه شامل کلیه بیماران بستری شده در بخش‌های جراحی ۱، ۳، ۴ و ۵ بیمارستان امام خمینی در سه ماهه چهارم سال ۱۳۸۵ بود که نگرش ۲۵۰ بیمار، مورد مطالعه قرار گرفت. ابتدا پرسشنامه‌ای طراحی و قبل از نمونه‌گیری، بر روی ۱۵ نفر از بیمارانی که در نمونه نهایی قرار نداشتند پایلوت شد و اعتبار آن بررسی گردید. سپس با حضور

برای رفع مسؤولیت کیفری پزشک لازم دانسته که یکی از آنها جلب رضایت بیمار یا ولی قانونی او قبل از انجام هرگونه اقدام درمانی است و فقط در موارد اورژانسی که امکان کسب اجازه از بیمار یا ولی او وجود ندارد اخذ رضایت ضروری نیست. بنابراین وجود رضایت قبل از درمان از حقوق بدیهی و قانونی بیماران محسوب می‌گردد. از نظر حقوقی نیز رضایت‌نامه زمانی معتبر است که آگاهانه و با اراده و اختیار، توسط خود بیمار یا ولی و یا نماینده قانونی او صادر شده باشد. لذا فردی که رضایت‌نامه را امضا می‌کند باید هوشیار بوده و بالغ و عاقل باشد. در مورد بیماران غیر هوشیار اغلب از خویشاوندان نزدیک رضایت‌نامه گرفته می‌شود. در مورد افرادی که به حد بلوغ نرسیده‌اند نیز بایستی از قیم یا والدین بیمار رضایت گرفته شود. گرفتن رضایت باید در حالی انجام شود که بیمار از سلامت عقل برخوردار باشد. در مورد افرادی که از نظر روانی نامتعادل هستند رضایت‌نامه را باید سرپرست قانونی آنها امضاء کند. در اشخاص عقب مانده ذهنی (سفیه) نیز باید از ولی آنان اجازه گرفت. نحوه اظهار رضایت بیمار، به دو صورت تلویحی و صریح مقدر است. بدیهی است در مواردی که شخص داوطلبانه به پزشک مراجعه نکرده و بنابر این رضایت تلویحی وجود ندارد، باید اجازه صریح (شفاهی یا کتبی) گرفته شود و توصیه شده است که یک شخص ثالث هنگام گرفتن رضایت نامه شفاهی یا کتبی - به عنوان شاهد - حاضر باشد (۲، ۱).

در فرآیند گرفتن رضایت نیز باید از اصول اخلاقی پیروی کرد و با حمایت از حق هر فرد برای تصمیم‌گیری پیرامون درمان خود، برای حق استقلال او احترام قایل شد. اعلام رضایت باید آزادانه باشد و لازم است بیمار ماهیت درمان پیشنهادی را به خوبی درک کند. این حقوق تحت حمایت قانون قرار داشته، هرگونه درمان بدون رضایت تجاوز به حقوق دیگران محسوب می‌شود (۳).

بر اساس ماده ۶۰ قانون مجازات اسلامی، چنانچه طبیب قبل از شروع درمان یا عمل جراحی از بیمار یا ولی او برائت حاصل کند ضمن خسارت مالی یا جانی و یا نقص عضوی نمی‌باشد (۲). برای گرفتن رضایت‌نامه بایستی یک ارتباط منطقی همراه با حفظ اعتماد متقابل بین پزشک و بیمار وجود داشته باشد. گرفتن رضایت‌نامه برای اقدامات غیر قانونی و غیر اخلاقی نظیر سقط جنین معتبر نیست (۵، ۴).

جهت استحکام رابطه پزشک و بیمار و احترام به حقوق فردی، علاوه بر رضایت، اخذ برائت نیز از بیمار ضروری است. بیماری که طبیب معالج خود را از مسؤولیت مبری می‌نماید در حقیقت پزشک را از نتایج زینبایر عملش که ناشی از طبیعت اعمال و اقدامات پزشکی است مبری می‌نماید. در ماهیت حقوقی برائت باید گفت که در واقع برائت یکی از مصداق‌های شرط عدم مسؤولیت است و تا زمانی نافذ خواهد بود که پزشک در انجام اعمال خود مرتکب تقصیر نشده باشد (۶، ۵).

شرط برائت به معنی معاف شدن از ضمان ناشی از احتمال خطرات است و باعث می‌شود تا طبیب را از اثبات احتیاط به وسیله

ارایه شده بود. به ۲۳۴ (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 (۸۸/۴۱٪) 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 هزینه-ها، 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 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 کردند، ۳۳ نفر (۱۳/۲٪) 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 بودن 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 کردند. در ضمن ۲۳۸ نفر (۹۵/۲٪) تفاوت بین رضایت‌نامه و برائت‌نامه را نمی‌دانستند و ۱۲ نفر باقی مانده معادل 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 سؤالات 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 سؤالات بودند. اطلاعات مربوط به سن از شناسنامه یا دفترچه بیمه بیماران، جنس بیماران از فوتیپ آنها و نوع عمل براساس اطلاعات پرونده بیمارستانی و میزان آگاهی بیماران در زمینه هر یک از موضوع‌های مورد پرسش (مانند: شخص گیرنده و زمان تکمیل رضایت یا برائت نامه و نوع اطلاعات ارایه شده هنگام اخذ رضایت یا برائت‌نامه)، از روی جواب‌های داده شده به پرسشنامه گرفته شد. تمام سؤالات 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٪) مذکر و ۹۶ نفر (۳۷/۸٪) مؤنث بودند. بیشتر این افراد ۱۲۱ مورد (۴۸/۴٪) شغل آزاد، ۶۲ نفر (۲۴/۸٪) خانه-دار، 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 مریض 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٪ برائت‌نامه-ها 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 رضایت-نامه، 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 درحالی است که طبق نظرسنجی به عمل آمده، اکثریت 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 براثت روند جاری به این صورت بود که کارمند مسؤؤل تشکیل پرونده‌ها در همان ابتدای امر در ضمن تشکیل پرونده فرم براثت 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 براثت 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٪ 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 می‌بایست 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 براثت نامه روند برخلاف خواست بیماران در حال اجرا است، به این صورت که ۱۰۰٪ موارد براثت نامه در هنگام پذیرش بیمار گرفته می‌شود در حالی که ۲۳۹ نفر یعنی ۹۵/۶٪ بیماران خواستار مواجهه با فرم براثت‌نامه 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 عمده 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 امیدوارکننده 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. ۱۰٪ دیپلم به بالاترهای 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 معنی‌دار 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 سوال 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 پاسخ‌دهی افراد با سطح تحصیلات بالاتر از دیپلم و پاسخ‌دهی افراد بی‌سواد به نوع درمان معنی‌دار بود. تفاوت بین پاسخ‌دهی افراد بی‌سواد به اطلاعات مربوط به عوارض عمل و میزان موفقیت با پاسخ‌دهی افراد سیکل، دیپلم و بالاتر از دیپلم معنی‌دار بود. تفاوت معنی‌داری بین پاسخ‌دهی افراد بی‌سواد نسبت به پاسخ‌دهی افراد سیکل و بالاتر از دیپلم به اطلاعات مربوط به میزان شکست وجود داشت. تفاوت بین پاسخ‌دهی افراد دیپلم و بالاتر از دیپلم نسبت به سایر روش‌های درمانی با پاسخ‌دهی افراد بی‌سواد معنی‌دار بود. در ضمن تفاوت بین پاسخ‌دهی افراد سیکل به این اطلاعات با پاسخ‌دهی افراد دیپلم معنی‌دار بود. تفاوت بین پاسخ‌دهی افراد بالاتر از دیپلم با پاسخ‌دهی افراد سیکل و بی‌سواد راجع به هزینه‌ها معنی‌دار بود. تفاوت بین پاسخ‌دهی افراد بی‌سواد با پاسخ‌دهی 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 در مورد میزان موفقیت و ب- ارایه اطلاعات لازم در مورد 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، معنی‌دار 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 مسلماً به علت سطح تحصیلات بالاتر کنجکوتر 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 رابطه 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 در مورد برخورداری از اطلاعات راجع به پیش‌آگهی 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 مسلماً توجیه می‌شود که هرچه سطح تحصیلات بیشتر باشد، درک افراد از پیش‌آگهی 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 عمده جراحی را مهم‌ترین نوع اطلاعات ذکر کرده‌اند (۹۳٪) (۹).

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 ۶/۴٪ موارد اطلاعاتی در این مورد ارایه شده است که لزوم اصلاح این روند را نشان می‌دهد.

۱۶۶ نفر (۶۶/۴٪) خواستار ارایه اطلاعاتی راجع به تشخیص بیماری‌شان شده بودند که آمار در روند مطالعه، ۸/۴٪ بود یعنی تنها به ۲۱ نفر راجع به تشخیص، آگاهی‌های لازم ارایه شده بود که لازم است مشکل موجود مرتفع 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 پیش‌آگهی 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 ۲۶/۸٪ آنها اطلاعات مربوط به سایر روش‌های درمانی را لازم دانسته‌اند.

روند موجود در مورد 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 پیش‌آگهی، اصلاً با بیماران مسأله‌ای 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 (۹۵/۲٪) از تفاوت بین رضایت‌نامه و برائت‌نامه بود و تنها ۱۲ نفر معادل ۴/۸٪ 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 Fisher's exact test = ۰,۰۰۰۰ به این معنی است که در موارد الکتیو درخواست افراد جهت ارایه اطلاعات راجع به تشخیص نسبت به موارد اورژانسی 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 به 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 در مورد تفاوت بین رضایت‌نامه و برائت‌نامه می‌باشد که می‌بایستی جراح وظیفه انجام این امر را تقبل 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 و... 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 پزشک جراح مربوطه باید خود فرم رضایت‌نامه و برائت‌نامه را به بیماران تحویل دهد و در ضمن به ارایه اطلاعات لازم بپردازد. بیش از ۹۰٪ بیماران بهترین زمان جهت اخذ رضایت و برائت نامه را موقع بستری بودنشان در بخش‌های جراحی ذکر کرده‌اند یعنی موقعی که تا عمل جراحی فرصت و مهلت کافی دارند و مدتی هم از زمان بستری آنها گذشته باشد. روند موجود در نحوه ارایه اطلاعات به هنگام اخذ برائت نامه نیاز به تغییرات اساسی دارد چرا که آمار موجود قابل اغماض نیست و با خواست بیماران تفاوت فاحشی دارد. ولی در مورد اطلاعات ارایه شده به هنگام اخذ فرم رضایت نامه، عملکرد به نظر رضایت بخش است، بخصوص در مورد 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 نکنند و در مورد

منابع

- ۱- فتاحی معصوم سید حسین. رضایت‌نامه پزشکی، مجموعه مقالات اخلاق پزشکی. جلد چهارم. تهران، ۱۳۷۳: صفحات ۸-۱۸.
- ۲- قانون مجازات اسلامی. چاپ روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران. تهران. ۱۳۷۳.
- ۳- تقدسی نژاد فخرالدین، شیخ‌آزادی اردشیر، جعفری رمضان. بررسی شناخت و نگرش کارورزان دانشگاه علوم پزشکی تهران از مسایل 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- دیباجی 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
- Research. 1994.
- ۷- تقدسی محسن. لزوم بدست آوردن رضایت آگاهانه از بیماران قبل از بستری 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.