

اتونومی و رضایت^۱ آگاهانه

۱- بخش عمده انی بخش برگرفته از مقاله رضایت آگاهانه، مفهوم، شرایط و راهکارهای اجرایی منتشر شده در ویژه نامه ۱- دوره ۵ - سال ۱۳۸۴ مجله دیابت و لیپید ایران می باشد.

مقدمه:

«رضایت آگاهانه» از جمله کلیدی ترین مفاهیم مطرح اخلاق پزشکی در جهان است. دیدگاه های مختلف به فراخور مبانی نظری خویش، مواضع متفاوتی در برابر موضوع اتخاذ نموده اند. در این بخش با مروری بر نظرات ارائه شده، به بحث پیرامون موضوع بر اساس مبانی کشور اسلامی ایران پرداخته است. مروری بر تاریخچه و مطالعات گذشته، عناصر رضایت آگاهانه و پیشنهاد رویکردی منطقی در برابر موضوع رضایت آگاهانه در روند درمان بیماران در این مبحث ارائه می شود. معمولاً واژه «رضایت آگاهانه» در عرصه بهداشت و درمان یادآور فرم بلند و بالایی است که پشت درب اتاق عمل در مقابل همراه مریض قرار گرفته و انجام عمل را منوط بر امضای آن می نمایند. در تلقی دیگر رضایت آگاهانه یادآور پزشک محتاطی است که برای سلب مسئولیت از خود و پیشگیری از دردهای قانونی پیش از مداخلات پزشکی از بیمار کتباً اخذ رضایت می کند. از منظر پژوهشی این واژه می تواند تداعی کننده فرم رضایت نامه ای باشد که در پژوهش های مداخله ای با سوژه انسانی باید به همراه طرحنامه ارائه شود و نهایتاً رضایت آگاهانه می تواند پزشک نوع دوستی را که برای آزادی و حق انتخاب بیمار احترام قائل بوده و به خود اجازه نمی دهد پیش از اطلاع وی از ماهیت و اهداف اقدام درمانی، مداخله ای را انجام دهد به ذهن متبادر نماید.

معرفی Case:

آقای دبیری ۵۵ ساله معلم بازنشسته آموزش و پرورش با تشخیص سرطان مری با اندازه ۱۵ سانت و تهاجم به خارج از عضله مری و شرایط مناسب قلبی ریوی بستری شده است. درمان های ذیل برای وی مطرح است:

الف) Lover Lewis

ب) ازوفاگوژونوستومی توراسیک

ج) ازوفاگوگاسترکتومی + کولون اینترپوزیشن

د) کمورادیاسیون

سوال:

- برای اقدام به درمان چه اطلاعاتی به چه میزان و چگونه باید در اختیار آقای دبیری قرار گیرد؟
- اگر آقای دبیری با درمان های جراحی و شیمی درمانی موافقت نداشت و تنها خواهان رادیوتراپی بود وظیفه دکتر درمانگر چیست؟
- پدر دکتر درمانگر نیز بازنشسته آموزش و پرورش بوده است و سیزده سال پیش در اثر ابتلای به کانسر معده و عدم درمان به موقع در شرایط سختی فوت نموده است. دکتر درمانگر نگران است که آقای دبیری تصمیم درستی در مورد خود نگیرد و لذا با امیدوار کردن وی نسبت به تاثیر بالای درمان جیم و ذکر عوارض و ریسک کمتر از واقع آن وی را نسبت به درمان متقاعد می کند. اقدام دکتر درمانگر را چگونه تحلیل می کنید؟

تاریخچه

در عموم اسناد و مدارکی که از پیشینیان (نوشتجات بقراط در قرن ۵ - ۴ قبل از میلاد) تا اولین کدهای اخلاقی انجمن پزشکی امریکا^۱ (۴۷ - ۱۸۴۶) در دست است، پزشکان معمولاً برای جلوگیری از آسیب به بیماران واقعیت ها را در خصوص بیماری به اطلاع وی نمی رساندند. توماس پرسیوال وضعیت را در قرن نوزدهم بدین گونه ترسیم می کند: «در این زمان توجه خاصی به جلب رضایت بیماران و احترام به تصمیمات وی اعمال نمی شد.» وی مدافع حقیقت گویی بود اما با این وجود معتقد بود که حقیقت گویی باید در جهت انجام وظیفه پزشک در نفع رسانی به بیمار باشد. درحوزه تحقیقات، پژوهش روی

۱. American Medical Association

بردگان را بدون رضایت آنان امری عادی می‌شمردند.

طرح جدی اصطلاح رضایت آگاهانه در دهه پنجاه میلادی و به دنبال سوء استفاده‌های بعمل آمده توسط پژوهشگران آلمانی از اسرای جنگی در انجام پژوهش‌های انسانی بود. تا دهه هفتاد رضایت آگاهانه غالباً در زمینه پژوهش‌ها مطرح بود اما در دهه هفتاد به دنبال اقبال عمومی به مباحثی چون آزادی فردی و تساوی اجتماعی و حقوق بشر این واژه وارد عرصه درمان گردید. برای نخستین بار در سال ۱۹۸۱ توسط انجمن پزشکی امریکا ضرورت کسب رضایت آگاهانه به عنوان یک حق اجتماعی و ضروری برای توانمند ساختن بیمار برای انتخاب، علی‌رغم میل پزشک مطرح گردید.

علی‌رغم این‌که رضایت عامه به طور کلی مورد پذیرش گسترده جامعه پزشکی می‌باشد اما در بسیاری از شرایط چون روش‌های تهاجمی خطرناک، پزشکان برای قضاوت درباره این‌که کدامیک از تصمیم‌های بالینی نیازمند جلب رضایت آگاهانه می‌باشند، راهبردی فرا روی خویش ندارند. از سوی دیگر بسیاری از صاحب‌نظران معتقدند که مبانی رضایت آگاهانه ایجاب می‌کند که بیماران در گستره‌ی بسیار وسیعتری از تقسیم‌های بالینی از جمله تجویز دارو یا انجام آزمایش دخالت داشته باشند. (۱)

تعریف رضایت آگاهانه:

رضایت در لغت به معنی خرسندی باطنی، خشنودی قلبی، پسندیدگی، میل و موافقت آمده است. (۲)

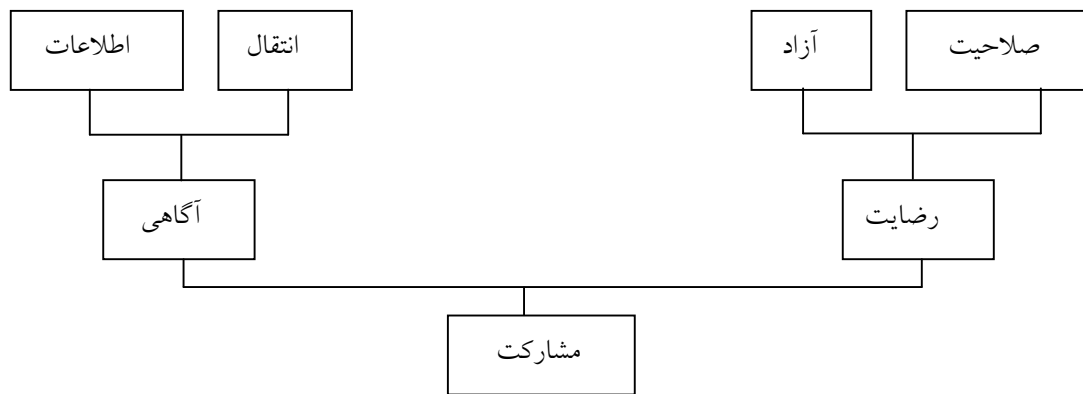
رضا در اصطلاح «قصد انجام عملی بدون شائبه اکراه و اجبار» می‌باشد. (۴)

برخی دیگر در تعریف رضا گفته‌اند: رضا در اصطلاح حقوقی، میل و اشتیاق شخص به انجام دادن عمل است هنگامی که منافع و مضار آن و برتری منافع بر مضار آن سنجیده شود و منافع بر مضار برتری داشته باشد اشتیاق و تمایل به انجام آن عمل پدید می‌آید که به این اشتیاق رضا گفته می‌شود. (۵)

با این همه رضایت به درمان، از رضایی که شرط اعتبار قراردادها است و حتی در قرارداد بیمار و پزشک نیز باید وجود داشته باشد، متفاوت است. منظور از رضایت به درمان، رضایتی است که دخالت پزشک را برای درمان بیماری مشروع می‌سازد (۶).

در جامع‌ترین تعریف، رضایت آگاهانه عبارتست از «موافقت آزادانه و ابطال پذیر فرد واجد صلاحیت (بیمار) مبنی بر مشارکت در تصمیم‌گیری درمانی^۱ (یا تحقیقاتی) به دنبال آگاهی از ماهیت، هدف و پیامدهای آن با اعتقاد بر تأثیر این مشارکت در انتخاب مؤثرترین و مفیدترین روش درمانی.»

الگوریتم ذیل عناصر دخیل در رضایت آگاهانه را نمایان می‌سازد.



اگرچه رضایت به انواع مختلفی چون صریح [رضایتی که بیمار با گفتار یا نوشتار بدون هیچگونه ابهامی ابراز می‌دارد]، ضمنی یا تلویحی [رضایتی که با رفتاری چون بالازدن لباس برای معاینه آنرا ابراز می‌دارد] تقسیم می‌شود، اما آنچه شرط لازم برای نفوذ رضایت است آگاهانه بودن آنست. اگرچه آگاهانه بودن جزء رضایت نیست اما شرط نفوذ و اعتبار آن است به این معنی که این رضایت از روی آگاهی است که به امر درمان مشروعیت می‌بخشد.

عناصر اصلی رضایت در رضایت آگاهانه

ارکان رضایت آگاهانه شامل صلاحیت، آزادی و آگاهی است. صلاحیت یا ظرفیت توانایی دریافت اطلاعات، فهم و پردازش آن، تأمل و مشورت کردن و نهایتاً بیان انتخاب اول از سوی بیمار می‌باشد. این موضوع به طور جداگانه در فصل کتاب مورد بررسی قرار گرفته است.

آزادی

دومین شرط برای اعتبار رضایت، آزادی رضایت دهنده است. بدون تردید اخذ رضایت در شرایطی که آزادی فرد تأمین نگردیده است، نافذ نمی‌باشد. همچنانکه رضایت فرد فاقد صلاحیت بی‌حاصل است. آزادی فرد تحت تأثیر دو دسته عمده عوامل داخلی و خارجی می‌باشد.

۱ - ۲) عوامل داخلی: عواملی را که وابسته به خود بیمار می‌باشد و از جسم و یا ذهنیت وی سرچشمه می‌گیرد عوامل داخلی گویند. اهم این عوامل عبارتند از:

۱-۱-۲) درد: معمولاً فردی که از درد شدید رنج می‌برد برای خلاصی از آن ممکن است به هر اقدامی رضایت دهد. رضایت در چنین هنگامی تنها در مواردی نافذ است که تأخیر اخذ آن به پس از کنترل درد ممکن نباشد. به عنوان مثال به نظر می‌رسد اجازه اقدام جراحی برای بیماری که دچار حملات کولیکی شدید سنگ کلیه است مقبولیت نداشته و چنین مجوزی پس از کنترل درد بیمار از نفوذ بیشتری برخوردار است.

۲-۱-۲) اضطراب: بسیاری از افراد به دلیل عدم آگاهی نسبت به بیماری و یا شکایت خویش دچار اضطراب نامتناسب با مشکل خویش می‌شوند. این بیماران به دلیل مشابه درد امکان دارد نسبت به هر مداخله‌ای پاسخ مثبت داده و یا به دلیل نگرانی بیش از حد متقاضی اقدامات غیرمعمول طبی باشند. به عنوان مثال خانمی که دردهای زایمانی را در اولین زایمان تجربه می‌کند به دلیل اضطراب زیاد ممکن است به سرعت به پیشنهاد سزارین جواب مثبت داده و یا اصرار بر انجام آن نماید. به نظر نمی‌رسد چنین رضایتی مقبولیت داشته باشد چرا که آزادی وی در این تصمیم‌گیری مخدوش شده است.

۳-۱-۲) تمایل به مورد تقدیر یا توجه واقع شدن: تیم درمانی با موارد بسیاری مواجه می‌شود که بیمار به دلیل نگرانی از

اینکه عدم رضایت به پیشنهاد درمانی باعث خشم پزشک یا اطرافیان وی شود و یا از سوی دیگر علاقه بیمار به این که اطاعت و تسلیم کامل وی در برابر خواست اطرافیان و تیم درمانی باعث تقدیر ایشان از وی شود علی‌رغم خواست باطنی رضایت خویش را نسبت به اقدام پیشنهادی اعلام می‌کند. به عنوان مثال، مردی با چهار فرزند به واسطه نگرانی از شماتت اطرافیان نسبت به بستن لوله‌های رحمی همسر خویش رضایت داده و همسر وی به واسطه جلب رضایت شوهر خویش و یا نگرانی از ناراحتی وی علی‌رغم میل باطنی به این امر تن در می‌دهد.

۴-۱-۲) حس احترام و قدرشناسی به پزشک: احساس قدرشناسی بیمار نسبت به پزشک به‌ویژه در مورد بیماران مزمن که دیرزمانی با پزشک خویش در ارتباط می‌باشند عامل تعیین‌کننده‌ای برای احساس این بیمار نسبت به پزشک است. از مهمترین مظاهر این احساس زمانی است که پزشک برای اقدامی که منافع مستقیم بیمار را در پی ندارد همچون یک پژوهش در مورد آن بیماری نیاز به همکاری وی دارد. در این شرایط بیمار به خاطر حس قدرشناسی نسبت به هر گونه همکاری رضایت داده و خود را در اختیار پزشک قرار می‌دهد علی‌رغم این که در ذهن خویش منافعی را برای خویش در این همکاری متصور ندیده و حتی ممکن است از زیان‌های محتمل نیز چشم‌پوشی کند. این احساس قدرشناسی می‌تواند از سوی یک دانشجو نسبت به استاد و یا حتی از سوی یک بیمار به جامعه باشد. چنین رضایتی نیز مقبول نیست.

۵-۱-۲) ذهنیت نادرست نسبت به امکان مداخله در تصمیم‌گیری: بسیاری از بیماران متوجه صلاحیت خویش برای مشارکت و مداخله در تصمیم‌گیری درمانی نیستند. اطاعت محض از پزشک و تیم درمانی به عنوان پیش فرض ذهنی این گروه می‌باشد. در واقع ایشان نسبت به آزادی خویش در انتخاب درمان واقف نیستند. نکته ظریف این است که البته بسیاری از افراد معتقدند که مراجعه بیمار به پزشک از جنس مراجعه جاهل به عالم است و مصلحت بیمار در انجام توصیه‌های پزشک است. این گروه علی‌رغم علم به آزادی انتخاب خویش خود را در اختیار درمانگر می‌گذارند. این گروه موضوع بحث نیستند بلکه افرادی مدنظر می‌باشند که با ذهنیت غلط خویش خود را مجبور به اطاعت از خواسته‌های پزشک می‌دانند. رضایت این گروه نیز مقبول نیست.

برای حذف عوامل داخلی سلب‌کننده آزادی به فراخور عامل باید عمل کرد. تعویق تصمیم‌گیری به پس از کنترل درد و اضطراب، حمایت روانی از بیمار و رفع نگرانی وی از ناراحتی دیگران، اخذ رضایت توسط فردی که بیمار نسبت به آن احساس دین ندارد و آگاهی دادن بیمار نسبت به حیطه آزادی‌های فردی وی از جمله راهکارهای حذف عوامل فوق می‌باشد.

۲ - ۲) عوامل خارجی: عواملی هستند که سرچشمه‌ای غیر از بیمار دارند.

۱-۲-۲) زور و اجبار: این امر می‌تواند تجلی فیزیکی داشته باشد مانند بستن بیمار به تخت و گرفتن دست و پای بیمار و یا بار روانی باشد که اختیار را از بیمار سلب کرده است. مثلاً فشار خانواده، عصبانیت پزشک. در مثال زنی که به بستن لوله‌ها رضایت می‌دهد اگر پزشک با تحکم چنین توصیه‌ای به بیمار کند و یا شوهر بیمار به همسر خود دستور چنین اقدامی را بدهد عامل خارجی ظهور می‌یابد.

۲-۲-۲) تهدید: آسیب‌پذیری بیمار در مواجهه با بیماری و عدم توازن قدرتی که همواره بر روابط پزشک و بیمار حکم‌فرماست، جو اجبار و تهدید را ایجاد می‌کند. به عنوان مثال اگر پزشک به بیمار بگوید که داروی A بسیار مؤثر و ایمن است ولی داروی B مشکلات زیادی به دنبال دارد، هر بیماری اجازه انتخاب داروی B را به خود نمی‌دهد. چنین عاملی وقتی در اوج خود تجلی می‌یابد که پزشک بیمار را تهدید می‌کند که در صورت عدم موافقت با درمان وی رابطه‌اش را با بیمار خاتمه خواهد داد (۱).

در پایان این قسمت ذکر این مهم ضروری است که بر اساس نگرش الهی، رضایت زمانی نافذ است که انگیزه اصلی آن

۱. force and coercion

۲. Threat

حفظ سلامت و منافع فرد باشد. به عبارت دیگر همان‌طور که ولایت پدر بر فرزند صغیر تا زمانی نافذ است که ولی در تصمیم‌گیری خویش منافع صغیر را مدنظر قرار داده و در صورت احراز بر خلاف آن ولایت ساقط خواهد شد، در تصمیم‌گیری فرد نسبت به خویش نیز پیش فرض فوق وجود دارد.

شرع مقدس علی‌رغم احترام ویژه به حق انتخاب و اختیار انسان برای شخصیت جسمی وی نه تنها در زمان حیات بلکه پس از مرگ نیز حرمت ویژه‌ای قائل است (۷) و هیچ انسانی حتی خود فرد مجاز به آسیب به آن نیست. بر این مبنا رضایت فرد با هدف آسیب به خود علی‌رغم داشتن شرایط صلاحیت و آزادی نافذ نمی‌باشد.

آگاهی:

رضایت به درمان باید از روی آگاهی باشد. این آگاهی محصول ارائه اطلاعات لازم و انتقال مناسب آن به بیمار است به لحاظ اخلاقی رضایتی مقبول است که بر پایه آگاهی مطلوب رضایت دهنده نسبت به مداخله پزشکی حاصل شده باشد. تفاوت ظریف و اساسی منظر حقوقی و اخلاقی به مقوله رضایت آگاهانه نیز در همین حقیقت نمایان می‌گردد. اگرچه پزشکی که پیش از جراحی فرم رضایت نامه و برائت جهت انجام عمل مورد نظر را از بیمار اخذ می‌کند، به لحاظ حقوقی در برابر عوارض اقدام خویش منوط بر این‌که نتیجه سهل‌انگاری یا اشتباه وی نباشد مسؤول نیست اما به لحاظ اخلاقی این سلب مسؤولیت تنها زمانی حاصل می‌گردد که پزشک آگاهی مناسب و متناسب را در اختیار بیمار گذاشته باشد.

به بیان دیگر به لحاظ حقوقی، این بیمار است که باید پیش از امضای رضایت‌نامه نسبت به مداخله مقرر اطلاع کافی کسب نموده و سپس آنرا تأیید نماید. در حالی‌که به لحاظ اخلاقی این پزشک است که باید پیش از اقدام نسبت به آگاهی کافی بیمار^۱ به مداخله اذعان شود. این نکته مسؤولیت پزشک را مضاعف می‌نماید. راهکارهای پیشنهادی برای احراز این اطمینان و اذعان اخلاقی پزشک نسبت به ارائه مناسب اطلاعات و کسب آگاهی کافی بیمار نسبت به مداخله به شرح ذیل است.

۱ - ۳) تبیین نقش و اهمیت خواست بیمار در تصمیم‌گیری:

فلسفه این شاخص عدم اطلاع بسیاری از بیماران نسبت به حق خویش برای تصمیم‌گیری در خصوص روند مداخله پزشکی است. این موضوع به‌ویژه در جامعه ما برجسته است نکته درخور توجه تفکیک این امر از متابعت بیمار از پزشک است. به بیان دیگر بسیاری از بیماران با علم به این‌که حق انتخاب برای ایشان مفروض است، از آنجایی که مراجعه خود را به طبیب از سنخ مراجعه جاهل به عالم می‌دانند از دستورات پزشک تبعیت می‌کنند. این امر متفاوت است با بیماری که اصولاً برای خود حق انتخاب قائل نیست. ضمن این‌که در گروه اول پزشک به لحاظ اخلاقی موظف است با کسب اطلاعات شخصیتی و اجتماعی بیمار به نحو احسن از این اعتماد در تصمیم‌گیری خویش استفاده نماید. به عنوان مثال در انتخاب دو متد درمانی که از لحاظ کارایی تفاوت فاحشی با هم ندارند، تنها به علم خویش متکی نبوده و شرایط اقتصادی بیمار و باورهای فرهنگی و مذهبی وی را نیز مدنظر قرار دهد.

برای تبیین نقش بیمار در تصمیم‌گیری، عبارت‌های ذیل پیشنهاد می‌شود:

- مایلیم با هم در مورد درمان تصمیم‌گیری کنیم.

- خواست و تمایل شما در تصمیم‌گیری من مهم است.

۲ - ۳) گفتگو در خصوص جنبه‌های بالینی و ماهیت تصمیمی^۲ که باید گرفته شود.

۱. Adequate Information

۲. Nature of the Decision

بیان شفاف مسأله کمک زیادی به تصمیم‌گیری بیمار می‌کند و پزشک را از نگرش بیمار به مسأله مطلع می‌سازد.

- این چیزی است که باید راجع به آن تصمیم بگیریم.

- مسأله امروز، این است که

عبارتهای فوق می‌تواند تأمین‌کننده نیاز فوق باشند.

۳ - ۳) بحث درباره راه‌های جایگزین^۱

عمده مشکلات طبی راه‌حل‌های متفاوتی دارند. از ساده‌ترین مداخله گرفته که تجویز دارو به صورت قرص، شربت یا آمپول می‌باشد تا پیچیده‌ترین آنها مانند جراحی باز، بالون و اغلب پزشک با چند گزینه درمانی روبروست. این حق بیمار است که از این گزینه‌ها مطلع و در انتخاب هر کدام با پزشک همفکری نماید.

۴ - ۳) بحث درباره نظرات موافق و مخالف موجود درباره راه‌های جایگزین^۲:

در بسیاری موارد پزشکان روش‌های جایگزین را ذکر می‌کنند اما در بیان منافع و کاستی‌های هر روش، سهل‌انگاری می‌نمایند. غالباً بنا بر سلیقه خویش روشی را انتخاب و بیشتر منافع آن روش و کاستی‌های سایر روش‌ها را بازگو می‌نمایند. رعایت امانت و صداقت در بیان نقاط ضعف و قوت هر روش به بیمار امکان می‌دهد تصمیم آگاهانه‌تری بگیرد.

به عنوان مثال «داروی جدید گرانتر است اما باید یکبار در روز مصرف شود.» یا غربالگری سرطان روده بزرگ با استفاده از نوار مدفوع برای شما آسان‌تر است، اما انجام سیگموئیدوسکوپی از دقت بیشتری برخوردار است.

۵ - ۳) گفتگو در خصوص ابهامات موجود^۳:

علی‌رغم این‌که بیان ابهامات و تردیدهای موجود در مورد مداخله‌های درمانی دشوار است اما به نحو مؤثری باعث افزایش اطمینان و ترغیب بیمار به متابعت از پزشک می‌شود. عبارت‌های ذیل اشاره به نکته فوق دارد.

- احتمال سودمند شدن این دارو بسیار زیاد است.

- بیشتر بیمارانی که دچار چنین وضعی هستند به این دارو خوب جواب می‌دهند اما نه همه آنها.

۶ - ۲) ارزیابی میزان درک بیمار^۴

هدف نهایی از بیان اطلاعات با ویژگی‌های مذکور آگاه کرده بیمار است. پزشک باید نسبت به میزان دریافت بیمار از مطالب ارائه شده و نقش خود در تصمیم‌گیری آگاه شود. تأکید بر درک بیمار به شکل بنیادین ماهیت تصمیم‌گیری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اگر هدف از رضایت آگاهانه صرفاً مطلع ساختن بیمار به اندازه کافی باشد، آنگاه یک مکالمه یک طرفه که در آن پزشک به شرح خطرات، منافع و گزینه‌های موجود می‌پردازد نیز ممکن است کفایت کند. اما اگر درک بیمار مدنظر باشد، ملاک عمل مکالمه‌ای خواهد بود که در آن پزشک میزان درک بیمار را سنجیده ضمن پرسش از او به تشریح و شفاف سازی آنچه گفته شده است می‌پردازد. غالباً می‌توان میزان این نوع درک را با پرسیدن پرسش‌های ساده‌ای نظیر «آیا متوجه معنی این می‌شوید؟» سنجید. سؤالهای عمیق‌تر چون «با کلام خود برایم توضیح بده که از آنچه که گفتم چه فهمیدی؟» به‌طور دقیق‌تری میزان درک بیمار را مشخص می‌کند.

دومین سطح درک، مربوط به لزوم فهم بیمار از نقش خود در تصمیم‌گیری است. اگر تلاشی برای تفهیم صریح نقش

۱. Relevant Decision Alternatives

۲. Pros and Cons (Risk or Benefits)

۳. Proposed Intervention

۴. Assessment of Understanding

بیماران انجام نگیرد، بسیاری از بیماران چنین تصور می‌کنند که نقش آنها در تصمیم‌گیری نقشی منفعلانه است. در مراقبت‌های اولیه، پزشک قادر است در ابتدای رابطه خود با بیمار دیدگاه خود را راجع به نقش بیمار در تصمیم‌گیری مطرح و بدین ترتیب الگویی برای تصمیم‌گیری‌های بعدی ایجاد کند.

۷-۲) پی بردن به تمایل بیمار^۱:

پزشک نباید تصور کند که بیماران در صورت مخالفت با یک تصمیم آشکارا نظر خود را بیان می‌کنند. غالباً باید نظر بیماران را جویا شد و به وی فهماند که مخالفت وی یا در خواست زمان بیشتر برای تصمیم‌گیری نهایی مشکلی در رابطه پزشک و بیمار ایجاد نمی‌کند. به عنوان مثال «آیا به نظر شما این منطقی است؟» یا «شما چه فکر می‌کنید؟»

تناسب آگاهی دادن با پیچیدگی تصمیم بالینی:

اگرچه وجود رضایت آگاهانه در هر مداخله طبی ضروری است ولی میزان آگاهی دادن به تناسب پیچیدگی مداخله متفاوت است. جدول یک این رابطه را در اقدامات ساده، متوسط و پیچیده نشان می‌دهد (۱۰)

جدول شماره ۱- رابطه میزان آگاهی دادن با پیچیدگی مداخله پزشکی

پیچیده	متوسط	ساده	
+	+	+	تبیین نقش و اهمیت خواست بیمار در تصمیم‌گیری
+	+	+	گفتگو در خصوص جنبه‌های بالینی و ماهیت تصمیمی که باید گرفته شود
+	+		بحث درباره راه‌های جایگزین
+	+		بحث درباره نظرات موافق و مخالف موجود درباره راه‌های جایگزین
+			گفتگو در خصوص ابهامات خود
+	+		ارزیابی میزان درک بیمار
+	+	+	پی‌بردن به تمایل بیمار

جدول شماره ۱: رابطه میزان آگاهی دادن با پیچیدگی مداخله پزشکی

بر اساس یک مطالعه ۷۴٪ اساتید و رزیدنت‌های بیمارستان‌های آموزشی شیراز تشخیص بیماری مزمن لاعلاج را به هیچ وجه به بیمار خود نمی‌گویند و بیماران از پیش‌آگهی بیماری و تصمیماتی که برای آن‌ها گرفته می‌شوند بی‌اطلاعند (۸). در مطالعه دیگری که روی ۲۰۰ بیمار بستری در بیمارستان‌های آموزشی تهران انجام شد تنها ۴۱ درصد ایشان از اطلاعاتی که در مورد بیماریشان داده شده بود اظهار رضایت کردند (۹).

مروری بر مطالعات صورت گرفته در ایران بیانگر لزوم توجه به این بعد از حقوق بیمار است. در مطالعه دیگری که به صورت مقایسه‌ای در خصوص نگرش بیماران، پزشکان و پرستاران در خصوص ضرورت رعایت - مفاد منشور حقوق بیمار میان سه بیمارستان آموزشی، خصوصی و دولتی صورت گرفت مشخص گردید که میزان رعایت سوالات مرتبط با حق دریافت اطلاعات و حق انتخاب و تصمیم‌گیری در هر سه مدل بیمارستان به مراتب کمتر از میزان ضرورت آن خصوصاً از دیدگاه بیماران است. (۱۰)

۱. Opportunity to express a preference

میزان اطلاع‌رسانی:

ضروری است اطلاعات لازم برای مشارکت بیمار در اتخاذ تصمیم‌های درمانی به وی ارائه شود.^۱ سوالی که در اینجا مطرح می‌شود میزان و نوع این اطلاعات ضروری می‌باشد برای پاسخ به این سوال مدل‌های مختلفی ارائه شده است:

الف) جامعه متخصصین «معیار طبابت حرفه‌ای»^۲: در این مدل میزانی از اطلاعات که در عرف جامعه متخصصان در آن رشته توصیه می‌شود به عنوان ملاک معرفی می‌گردد. مهمترین نقد این مدل عدم توجه به نیاز هر بیمار به مقتضای دانش و سطح اجتماعی اقتصادی می‌باشد. از دیگر سو ممکن است جامعه متخصصان ضرورت کمتری برای ارائه اطلاعات به بیمار احساس می‌کنند و در واقع به شراکت گذاشتن ناکافی اطلاعات مبدل به ملاک عمل شود. استاندارد فوق در انگلستان و بیشتر ایالت‌های امریکا مورد استفاده قانون قرار می‌گیرد.

ب) معیار فرد معقول^۳: این معیار که گاه به عنوان معیار فرد معقول یا معیار عموم بیماران تعبیر می‌شود در کانادا و بعضی ایالت‌های آمریکا رسمیت قانونی دارد. بر این اساس میزان اطلاعاتی که یک انسان معقول دانستن آن را ضروری می‌داند، به عنوان ملاک شناخته می‌شود. اشکال عمده وارد به این معیار اینست که باورها و اولویت‌های اطلاعاتی مختلف افراد را در نظر نگرفته و به بیمار به عنوان یک فرد احترام قایل نمی‌شود. گرچه این معیار نسبت به معیار قبلی فضای به شراکت‌گذاری اطلاعات بیشتری را داشته و در راستای منافع بیمار است.

ج) معیار فردی^۴: در این معیار بسته به ویژگی‌های فردی هر بیمار اطلاعات لازم در اختیار وی قرار می‌گیرد. به عنوان مثال در فردی که احتیاط و حساسیت بیش از معمول دارد بیان اطلاعاتی که به طور معمول ضروری به نظر نمی‌رسد مانند عوارض نادر ضروری است.

استاندارد فوق منطبق با تفسیر دقیق الگوی تصمیم‌گیری مشترک در رضایت آگاهانه است و چنین اقتضا می‌کند که نیازهای اطلاعات منحصر به فرد، مبنای شراکت‌گذاری اطلاعات قرار گیرد.

د) معیار شفاف‌سازی^۵: نخستین بار توسط هاروارد برودی^۶ پیشنهاد شد. مطابق این استاندارد، فراهم‌سازی اطلاعات هنگامی کافی تلقی می‌شود که تفکر پزشک برای بیمار شفاف گردد به نحوی که بیمار بتواند استدلال پزشک را در تصمیم‌گیری فهمیده و آنرا دنبال کند. در عمل پزشکان فرآیند تصمیم‌گیری خود را با بیماران در میان گذاشته، آنان را از تصمیم‌های جایگزین و نیز برتری‌ها، کاستی‌ها و ابهامات موجود در هر یک با خبر می‌سازد و سپس توصیه حرفه‌ای خود را به بیمار ابراز می‌کنند. پزشک در این رویکرد از طریق «شفاف‌سازی» منطق و ملاحظات مربوط به تصمیم خویش به تعهد اخلاقی خود در جلب رضایت بیمار عمل کرده است.

تفاوت این رویکرد با رویکرد فردی در اینست که در رویکرد فردی پزشک با ارائه اطلاعات متناسب بیمار را در تصمیم‌گیری کمک می‌کند در حالی‌که در رویکرد شفاف‌سازی پزشک با ارائه توضیحات متناسب، استدلال و نحوه تفکر خویش را برای بیمار شفاف می‌سازد و بیمار را در موضع قضاوت و نهایت رضایت قرار می‌دهد.

مشارکت در تصمیم‌گیری هدف نهایی رضایت آگاهانه^۷:

انتخاب واژه رضایت^۱ که مفهوم مشارکت آگاهانه دارد به جای واژه موافقت^۲ که مفهوم اجازه دهی منفعلانه^۳ دارد حاکی از

۱. Disclosure

۲. Professional Practice Standard

۳. Reasonable Person Standard

۴. Subjective Standard

۵. Transparency Standard

۶. Haward Brody

۷. Informed participation

از اینست که مشارکت فعال هدف نهایی رضایت فعالانه است. اگرچه اخذ موافقت بیمار برای هر مداخله‌ای ضروری است اما کافی نیست و هنگامی این ضرورت محقق می‌شود که این موافقت ریشه در یک تعامل عمیق و مشارکت در تصمیم‌گیری میان پزشک و بیمار داشته که محصول آن رضایت است. مشارکت در رضایت آگاهانه یک ارتباط متقابل است نه یک تشریفات و تبادل اطلاعات و گفتگوها در آن زاینده تعهدی است که درمانگر جهت تقویت حس مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمانی حس می‌کند. منشأ این تعهد باور درمانگر به این حقیقت است که منافع بیمار در پرتو این امر به بهترین نحو محقق می‌شود. این مشارکت به بیمار اجازه می‌دهد سود و ضرر هر مداخله‌ای را از دیدگاه خود ارزیابی نموده و با همفکری پزشک در مورد درمان خویش تصمیم‌گیری کند. بر این اساس واژه رضایت آگاهانه را می‌توان با عبارت مشارکت در تصمیم‌گیری معادل گرفت.

تصمیم‌گیری مشترک علاوه بر این که توجه ویژه به اصل خود مختاری و احترام به آزادی فردی دارد به بیمار اجازه می‌دهد تا در تعیین مفهوم «سودمند بودن» و ماهیت انتفاع بالینی از یک مداخله پزشکی تصمیم‌گیری کنند. به عنوان مثال اگرچه کنترل فشار خون خطر بیماری‌های قلبی عروقی را به طور چشمگیر کاهش می‌دهد اما در برخی شرایط عوارض جانبی دارو آن چنان کیفیت زندگی را تغییر می‌دهد که دیگر بیمار تلقی «سودمندی» از آن ندارد.

نقدی بر فرم‌های رضایت‌نامه:

باید بین رضایت آگاهانه و امضای صرف یک فرم رضایت‌نامه تمایز جدی قائل شد. مسلماً امضای یک فرم رضایت‌نامه از این لحاظ که می‌تواند مبنایی برای از سر گرفتن گفتگویی برای مشارکت در تصمیم‌گیری باشد ارزشمند است اما قلمداد کردن آن به عنوان رضایت آگاهانه اشتباه است.

رویکرد اخلاقی به رضایت آگاهانه رویکرد رخدادی^۴ نیست بلکه یک رویکرد فرآیندی^۵ می‌باشد که نگاه آن به اخذ رضایت به عنوان یکی از مراحل درمان نیست که در آن بیمار باید مطالبی از یک فرم رضایت‌نامه را بخواند و یا اطلاعاتی را بشنود و در نهایت پایین فرم را امضا کند. تفاوت این دو مدل مانند تفاوت میان پزشک بیمار و پزشک کشیک است. پزشک بیمار موظف است در تمام فرایندهای درمان سایه رضایت آگاهانه را بگستراند و این تعامل سازنده را در تمامی مراحل حفظ کند. فرم رضایت‌نامه عمدتاً برای مقاصد حقوقی کاربرد داشته و هرگز به عنوان جایگزینی برای رضایت آگاهانه معنی‌دار نیست.

موارد استثنایی کسب رضایت آگاهانه:

اگر مرور مجددی بر تعریف رضایت آگاهانه داشته باشیم موارد استثنایی لزوم کسب رضایت آگاهانه مشخص می‌گردد.^{*} **الف) اورژانس^{xx}:** در موقعیت اورژانس فرد صلاحیت مشارکت در تصمیم‌گیری را نداشته و از سوی دیگر تأخیر اقدام منجر به آسیب به بیمار خواهد شد.

بر اساس ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی، در موارد اورژانس اخذ رضایت ضروری نمی‌باشد.^۱ در این مورد اصل سود

۱. consent

۲. Assent

۳. Passive Authorization

۴. Event Model

۵. Process Model

* نکته درخور توجه در مورد بیماری است که اهلیت رضایت دادن را ندارند مانند کودکان، این موارد استثنای رضایت آگاهانه نیستند چون در هر صورت از ولی یا قیم ایشان رضایت اخذ می‌شود.

* منظور از اورژانس مواردی است که علاوه بر فوریت، بیمار هشیاری و صلاحیت تصمیم‌گیری را ندارد

۱ - ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی: اعمال ذیل جرم محسوب نمی‌شود: هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی آنها و

رسانی، اصل احترام به خود مختاری را تحت الشعاع خویش قرار می‌دهد.

ب) مصونیت درمانی: عبارت است از مواردی که ارائه اطلاعات به بیمار باعث آسیب و رنج جدی بیمار می‌شود (۱۱). استناد به مصونیت درمانی در توجیه عدم ارائه اطلاعات به بیمار بسیار خطیر و لرزان است. این استناد تنها در مواردی توجیه پذیر است که احتمال آسیب بالا و خطر محتمل جدی باشد. به عنوان مثال نمی‌توان به بهانه این که بیمار به واسطه اطلاع از ابتلایش به سرطان نگران و غمگین می‌شود این حقیقت را از وی پنهان نمود. به لحاظ حقوقی اخذ نظر کمیته‌های اخلاقی بیمارستان برای چنین مواردی معقول خواهد بود. ضمن این که هنر پزشک اقتضا می‌کند بنا به شدت استرس خبر و متناسب با ظرفیت بیمار از روش مناسبی برای بیان موضوع بهره‌گیری نماید.

ج) انصراف: بسیاری از بیماران می‌خواهند پزشک نقش تصمیم‌گیرنده را داشته باشد. در موارد نادری که بیمار آشکارا از حق خود برای شرکت در فرآیند رضایت آگاهانه چشم‌پوشی می‌کند، پزشک می‌تواند نسبت به انجام مداخله پیشنهادی خود اقدام نماید. در شرایط غیر معمول و هنگامی که تردیدی وجود دارد، مشاوره با کمیته اخلاق یا وکیل توصیه می‌شود. شایان ذکر است پزشک در چنین شرایطی باید ابتدا اطمینان حاصل نماید که بیمار نسبت به حق خویش جهت مشارکت در تصمیم‌گیری واقف است و امتناع از مشارکت را از بی‌اطلاعی، بی‌علاقگی و دستپاچگی بیمار تفکیک نماید. پزشک علی‌رغم بی‌علاقگی بیمار برای مشارکت و یا پذیرش کامل وی نسبت به توصیه‌ها باید سعی کند در حد مقدور او را به نحو فعال در روند درمانی مشارکت دهد.

دیدگاه‌های منفی نسبت به رضایت آگاهانه:

منتقدان رضایت آگاهانه ضرورت اخذ آنرا به دلایل ذیل، زیر سؤال می‌برند:

از آنجایی که عمده بیماران متوجه اطلاعات داده شده پزشکی نمی‌شوند بیان مسایل به ایشان به جز سردرگمی بیشتر نفعی برای ایشان نخواهد داشت، بسیاری از بیماران تمایلی برای مشارکت در تصمیم‌گیری ندارند؛ گاه بیماران در صورت مشارکت در تصمیم‌گیری، تصمیماتی را می‌گیرند که به مصلحت ایشان نبوده و اصل سودرسانی بر این اساس مخدوش می‌گردد و برخی می‌گویند مقوله رضایت آگاهانه جنبه‌ی تشریفاتی و شعاری داشته و در عمل قابل اجرا نیست. با تأمل در مطالب ارائه شده در این نوشتار، به نظر می‌رسد دیدگاه‌های منفی ارائه شده در خصوص رضایت آگاهانه مبنای منطقی ندارند. چرا که اگرچه غالب بیماران اطلاعات زیادی از مسایل پزشکی ندارند و به طور اولیه قادر به تصمیم‌گیری نیستند اما این هنر و وظیفه پزشک است که مشکل و راه حل‌های ممکن را به زبان قابل درک بیان و وی را در تصمیم‌گیری مشارکت دهد. عدم تمایل بسیاری از بیماران جهت مشارکت در تصمیم‌گیری نتیجه عدم اطلاع ایشان از امکان این مشارکت است. از سوی دیگر پزشک موظف است با توضیحات خود و بیان منافعی که این مشارکت در پی دارد زمینه آنرا مهیا سازد. از سوی دیگر اگرچه از دید پزشک بیمار ممکن است تصمیمی را اتخاذ کند که به زیان اوست اما در واقع این تصمیم بر اساس معیارهای سود و زیان بیمار می‌تواند به نفع او باشد. از جنبه دیگر پزشک می‌تواند با بیان نقاط ضعف و قوت هر انتخاب از این امر پیشگیری نماید. و در آخر ذکر این حقیقت ضروری است که انجام اصولی هر اقدامی در نظر اول ممکن است پیچیده‌تر و مشکل‌تر از روشهای غیر اصولی به نظر برسد. اما به واسطه مبنای قوی‌تر آن در دراز مدت ثبات بیشتر و عوارض سوء کمتری را متوجه فاعل آن خواهد کرد. مثل بنایی که زمان و هزینه زیادی را صرف ایجاد پایه‌های آن می‌نمایند اما در عوض به مرور زمان دوام و بقای بیشتری دارد.

رعایت اخلاق ضامن رشد پایدار و ثبات نهادهای اجتماعی متعهد به آن خواهد بود.

معرفی Case:

آقای دبیری ۵۵ ساله معلم بازنشسته آموزش و پرورش با تشخیص سرطان مری با اندازه ۱۵ سانت و تهاجم به خارج از عضله مری و شرایط مناسب قلبی ریوی بستری شده است. درمان‌های ذیل برای وی مطرح است:

الف) Lover Lewis

ب) ازوفاگوژونوستومی توراسیک

ج) ازوفاگواستریکتومی + کولون ایترپوزیشن

د) کمورادیاسیون

سوال:

- برای اقدام به درمان چه اطلاعاتی به چه میزان و چگونه باید در اختیار آقای دبیری قرار گیرد؟
- اگر آقای دبیری با درمان‌های جراحی و شیمی‌درمانی موافقت نداشت و تنها خواهان رادیوتراپی بود وظیفه دکتر درمانگر چیست؟

پدر دکتر درمانگر نیز بازنشسته آموزش و پرورش بوده است و سیزده سال پیش در اثر ابتلای به کانسر معده و عدم درمان به موقع در شرایط سختی فوت نموده است. دکتر درمانگر نگران است که آقای دبیری تصمیم درستی در مورد خود نگیرد و لذا با امیدوار کردن وی نسبت به تاثیر بالای درمان جیم و ذکر عوارض و ریسک کمتر از واقع آن وی را نسبت به درمان متقاعد می‌کند. اقدام دکتر درمانگر را چگونه تحلیل می‌کنید؟

به نظر میرسد آقای دبیری توانایی کافی دریافت اطلاعات، و فهم و تصمیم‌گیری در خصوص شرایط خود را داشته باشد لذا آقای دکتر درمانگر موظف است ضمن بیان بیماری به ایشان و البته به روش صحیح که درمبحث گفتن خبر بد آمده روشهای معتبر درمانی وی را با وی در میان گذاشته تا بیمار با توجه به شرایط خویش یکی را انتخاب نماید. حداقل بیان اطلاعات استاندارد فرد معقول است اما بسته به علاقه و اهمیتی که آقای دبیری نسبت به دریافت اطلاعات از خود نشان میدهد باید اطلاعات تکمیلی در اختیار وی گذاشته شود.

اگر چه رضایت آگاهانه بیمار شرط لازم برای اقدام به درمان است ولی شرط کافی نیست. به بیان دیگر پزشک تابع بیمار در اقدام به هر روش درمانی نیست بلکه حوزه انتخاب بیمار محدود به روش‌های معتبر و قابل قبول است. در این مورد چون آقای دبیری از رادیوتراپی در قیاس با روش‌های پیشنهادی منافع لازم را نمی‌برد دکتر درمانگر در صورت عدم موفقیت در متقاعد کردن بیمار برای انتخاب یکی از چهار روش قابل قبول میتواند از ادامه رابطه درمانی انصراف دهد.

اقدام آقای درمانگر اگر چه با نیتی خیر خواهانه صورت گرفته ولی غیر قابل قبول است چرا که اصولاً نوعی فریبکاری است و نیز در نهایت باعث کاهش اعتماد عمومی جامعه به ارئه کنندگان خدمات درمانی خواهد شد لذا صحیح نبوده است.

مراجع:

۱. Jeremy sugarman, *Ethics primary Care*, Mc Grow Hill, ۲۰۰۰.
۲. علی بن محمد بن علی الجرجانی، کتاب التعریفات حقه و قدم له ابراهیم الایاری، بیروت: دارالکتاب العربی، بیروت، ۱۴۱۳ هـ. ق، ص ۱۴۸ و محمد بن منظور مکرّم، لسان العرب، علق علیه علی شیری، بیروت: دار احیاء التراث العربی، بیروت ۱۴۰۸ هـ. ق، جلد پنجم، مدخل الرضا،
۳. علی اکبر دهخدا، لغت‌نامه، تهران، دانشگاه تهران، موسسه لغت‌نامه ۱۳۲۵ هـ. ش، ج ۷، ص ۱۰۶۷۲
۴. وزارت الاوقاف و الشؤون الاسلامیه، الموسوعه الفقهیه، ذات السلاسل، الکویت ۱۴۱۲ هـ. ق، جلد بیست و دوم ص ۲۲۸.
۵. جلیل قنوتی، سید حسن وحدتی شبیری، ابراهیم عبدی پور، حقوق قراردادها در فقه امامیه، زیر نظر سید مصطفی محقق داماد، ج ۱: سمت، تهران، ۱۳۷۹، ج ۱، ص ۲۳۱
۶. حسن جعفری تبار، از استین طبیبان، در مسئولیت مدنی پزشکان، ص ۶۲
۷. حقوق مدنی اشخاص و محجورین، ۱۳۷۵، سید حسن صفایی و سید مرتضی قاسم‌زاده، تهران، سازمان مطالعه و تدوین مکتب علوم انسانی دانشگاه‌ها، ص ۱۷۴
۸. سید مسعود موسوی نسب، مریم جلالی جهرمی، بررسی نگرش اساتید و دستیاران بالینی دانشکده پزشکی شیراز در رابطه با گفتن تشخیص به بیماران غیر قابل درمان، مجله پزشکی قانونی، ۱۳۸۱، ۲۷: ۳۸-۳۴.
۹. معصومه فلاحیان، شیرزاد ازهری، زهره امیری، مهدی بینا، بررسی وضعیت موجود ارتباط پزشک با بیمار در بیمارستان‌های آموزشی تهران ۱۳۷۸، مجله پژوهش حکیم، ۱۳۷۹، ۳: ۱۹۹-۲۰۵.
۱۰. دکتر علیرضا پارساپور، دکتر باقر لاریجانی و همکاران، نگرش بیماران، پزشکان و پرستاران بیمارستان‌های امام خمینی، آیه و ضیائیان در خصوص رعایت مفاد منشور حقوق بیمار و میزان رعایت آن در سال ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶، پایان‌نامه دوره MPH، صفحه ۵۸۵
۱۱. پزشک ملاحظات اخلاقی، جلد دوم، ۱۳۸۳، باقر لاریجانی و همکاران، انتشارات برای فردا