

رضایت آگاهانه، مفهوم، شرایط و راهکارهای اجرایی

علیرضا پارساپور*^۱، محمدباقر پارساپور^۲، باقر لاریجانی^۳

چکیده

مقدمه: «رضایت آگاهانه» از جمله کلیدی‌ترین مفاهیم مطرح اخلاق پزشکی در جهان است. دیدگاه‌های مختلف به فراخور مبانی نظری خویش، مواضع متفاوتی در برابر موضوع اتخاذ نموده‌اند. در این مقاله 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 مقاله آمده است. **روش‌ها:** بعد از جستجوی و بررسی پژوهش‌ها، مقالات، دستورالعمل‌ها و کتاب‌های مرتبط و مشورت با صاحب نظران مطالب ارائه شده است.

بحث و نتیجه‌گیری: تعامل مناسب و شفاف سازی ماهیت اقدام درمانی صورت گرفته بین پزشک و بیمار تاثیر به سزایی در ایجاد اعتماد، اطمینان بیمار و ارتقای سطح همکاری با تیم درمانگر و بهبود نتایج اقدام درمانی خواهد داشت. با ارزیابی وضعیت شاخص‌های پیشنهادی در سه سطح دانش، نگرش و عملکرد در مراکز درمانی کشور و اندازه‌گیری اختلافات احتمالی میان این سه سطح (KAP Gap)، می‌توان برنامه ریزی مناسب را جهت مداخله آموزشی و مدیریتی لازم در جهت رفع مشکلات شناسایی شده به عمل آورد.

واژگان کلیدی: رضایت آگاهانه، اهلیت، انتقال اطلاعات، مصونیت درمانی، اسلام

۱- مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- عضو هیأت علمی گروه حقوق دانشگاه قم

۳- مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* **نشانی:** تهران - بلوار کشاورز، خ شانزده آذر، نبش کوچه عقاب، پلاک ۲۱، طبقه چهارم، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، تلفن و

نمبر: ۶۶۴۱۹۶۶۱، پست الکترونیک: aliparsa@tums.ac.ir

مقدمه

واژه «رضایت آگاهانه» در عرصه بهداشت و درمان یاد آور فرم بلند و بالایی است که پشت درب اتاق عمل در مقابل همراه مریض قرار گرفته و انجام عمل را منوط بر امضای آن می‌نماید. در تلقی دیگر رضایت آگاهانه یادآور پزشکی محتاطی است که برای سلب مسئولیت از خود و پیشگیری از ددرسهای قانونی پیش از مداخلات پزشکی از بیمار کتباً اخذ رضایت می‌کند. از منظر پژوهشی این واژه می‌تواند تداعی کننده فرم رضایت نامه‌ای باشد که در پژوهش‌های مداخله‌ای با سوژه انسانی باید به همراه طرحنامه ارائه شود و در نهایت رضایت آگاهانه می‌تواند پزشک نوع دوستی را که برای آزادی و حق انتخاب بیمار احترام قائل بوده و به خود اجازه نمی‌دهد پیش از اطلاع وی از ماهیت و اهداف اقدام درمانی، مداخله‌ای را انجام دهد به ذهن متبادر نماید.

مطالعات در خصوص موضوع رضایت آگاهانه می‌تواند نگرش حاکم در جامعه، مشکلات مرتبط و تأثیر آن بر نتایج را نمایان سازد. مطالعات متعددی نشان داده است که بیماران مایلند از وضعیت طبی خود مطلع شده و در تصمیمات مربوط به درمان خود شرکت کنند [۱]. در مطالعه‌ای که درباره تمایل بیماران به مشارکت در تصمیم‌گیری انجام شده هشتاد درصد از بیماران اظهار داشتند که مایلند در تصمیم‌گیری‌های درمانی سهیم باشند و یا خود چنین تصمیماتی را اتخاذ نمایند. با این حال، قرائن موجود حاکی از آنست که به طور معمول پزشکان، بیماران را در تصمیم‌گیری‌های بالینی شرکت نمی‌دهند.

لوئیس و همکارانش گزارش‌های شخصی پزشکان را درباره موارد اخذ رضایت آگاهانه ارزیابی کرده و دریافتند که اگرچه ۹۶ درصد از پزشکان به طور معمول رضایت آگاهانه را برای اعمال جراحی اخذ می‌کنند ولی کمتر از نیمی از آنها چنین کاری را برای آزمایش‌های ساده خون، گرافی‌های تشخیصی یا عمل‌های کوچک در مطب انجام می‌دهند. (۱)

سولماس و همکارانش دریافتند که اطلاعات ارائه شده از سوی پزشکان به بیمارانی که تحت روش‌های درمانی معمول طبی قرار می‌گیرند، بین ۹۰ درصد برای توضیح

روش مربوطه تا ۵۳ درصد برای توضیح روش‌های جایگزین متغیر است [۲].

برادک و همکارانش به منظور ارزیابی میزان اخذ رضایت آگاهانه در تصمیم‌های بالینی سرپایی، به ضبط نوارهای صوتی از ویزیت‌هایی که به طور معمول در مطب و برای مراقبت‌های اولیه صورت می‌گرفت پرداخته و دریافتند که ارائه توضیح در خصوص روش‌های جایگزین در ۱۴ درصد تصمیم‌گیری‌ها، بحث درباره خطرات و مزایا در ۹ درصد و ارزیابی میزان درک بیمار در ۲ درصد موارد انجام شده است [۱].

مطالعات متعددی ارتباط معنی‌داری میان اخذ رضایت آگاهانه مطلوب و نتیجه بالینی مناسب شامل بهبود سلامت روانی، برطرف شدن علایم و درد، بهبود عملکرد بیمار و معیارهای فیزیولوژیک را به اثبات رسانده‌اند. این امر شامل همکاری بهتر بیمار در مصرف دارو و رضایتمندی بیشتر وی از درمان نیز می‌شود [۳ - ۶].

در ایران براساس یک مطالعه ۷۴٪ اساتید و دستیاران بیمارستان‌های آموزشی شیراز تشخیص بیماری مزمن لاعلاج را به هیچ وجه به بیمار خود نمی‌گویند و بیماران از پیش آگهی بیماری و تصمیماتی که برای آن‌ها گرفته می‌شوند، بی‌اطلاعتند [۷].

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 [۸].

روش‌ها

برای نگارش این مقاله، بعد از جستجوی مقالات مرتبط با موضوع، با استفاده از کلید واژه‌های Informed Consent، Shared Decision making، Assent، participation، رضایت، آگاهانه، حقیقت‌گویی، مشارکت در تصمیم‌گیری در منابع فارسی عنوانی و چکیده مقالات مناسب انتخاب شدند و از طریق سایت کتابخانه الکترونیک دانشگاه علوم پزشکی تهران که حاوی بیش از ۵۰۰۰ عنوان مجله تمام متن موجود در بانک‌های Elsevier، Springer، Proquest

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 گستره بسیار وسیعتری از تقسیم‌های بالینی از جمله تجویز دارو یا انجام آزمایش دخالت داشته باشند [۱۰].

یکم: مفهوم رضایت آگاهانه

رضایت در لغت به معنی خرسندی باطنی، خشنودی قلبی، پسندیدگی، میل و موافقت آمده است [۱۱] و «رضایت» مصدر جعلی است که به جای «رضا» و «رضایت» استعمال می‌شود و استعمال صحیح آن در زبان عربی باید به صورت «رضایت» باشد، زیرا ریشه کلمه «واوی» است و دلیلی بر تبدیل «واو» به «یاء» وجود ندارد [۱۲].

در اصطلاح بنابر تعریفی رضا عبارتست از: «قصد انجام عملی بدون شائبه اکراه و اجبار» [۱۳] تعریف یاد شده به لحاظ این‌که در آن رضا با قصد خلط شده است قابل ایراد است. رضا، همیشه مقدمه قصد است. بنابراین تعریف رضا به قصد تعریف مقدمه به ذوالمقدمه است.

برخی دیگر در تعریف رضا گفته‌اند: رضا عبارت از میل و اشتیاق شخص به انجام دادن عمل است، پس از خطور و تصور عملی و سنجش منافع و مضار آن و برتری منافع بر مضار. بر این اساس رضا حالت انفعالی است که در مرحله سوم روانی پس از خطور و سنجش ممکن است در شخص تحقق پیدا کند [۱۴].

از دیدگاه نگارنده: رضایت آگاهانه عبارتست از «موافقت آزادانه و ابطال پذیر فرد واجد صلاحیت (بیمار) مبنی بر مشارکت در تصمیم‌گیری درمانی^۲ (یا تحقیقاتی) به دنبال آگاهی از ماهیت، هدف و پیامدهای آن با اعتقاد بر تأثیر این مشارکت در انتخاب مؤثرترین و مفیدترین روش درمانی.»

Oxford, Ovid, EBSCO, John Willey, Blackwell, Iran Medex است، متن کامل مقالات منتخب استخراج گردید. هم چنین دستور العمل‌ها و کتاب‌های مرتبط اعم از فقهی، حقوقی و اخلاقی از طریق کتابخانه تخصصی مرکز اخلاق و تاریخ پزشکی بررسی شدند. مقاله حاضر حاصل جمع بندی بررسی‌های به عمل آمده از منابع فوق است.

تاریخچه

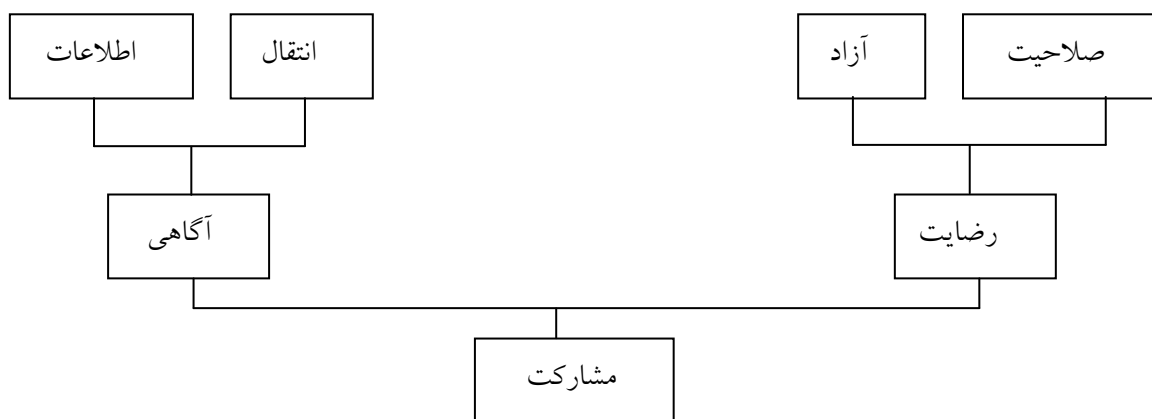
در عموم اسناد و مدارکی که از پیشینیان (نوشتجات بقراط در قرن ۵ - ۴ قبل از میلاد) تا اولین کدهای اخلاقی انجمن پزشکی آمریکا^۱ (۴۷ - ۱۸۴۶) در دست است، پزشکان موظف بودند برای جلوگیری از آسیب به بیماران واقعیت‌ها را در خصوص بیماری به اطلاع وی نرسانند. **توماس پرسووال** وضعیت را در قرن نوزدهم بدین‌گونه ترسیم می‌کند: «در این زمان توجه خاصی به جلب رضایت بیماران و احترام به تصمیمات وی اعمال نمی‌شد.» وی مدافع حقیقت‌گویی بود اما با این وجود معتقد بود که حقیقت‌گویی باید در جهت انجام وظیفه پزشک در نفع رسانی به بیمار باشد. درحوزه تحقیقات، پژوهش روی بردگان و نوکرها را بدون رضایت آنان امری عادی می‌شمردند.

ظهور 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 آمریکا ضرورت کسب رضایت آگاهانه به عنوان یک حق اجتماعی و ضروری برای توانمند ساختن بیمار برای انتخاب، علی‌رغم میل پزشک مطرح گردید [۹].

علی‌رغم این‌که رضایت عامه به طور کلی مورد پذیرش

2. Shared Decision Making

1. American Medical Association



شکل ۱- الگوریتم عناصر دخیل در رضایت آگاهانه

مندی از حقوق مدنی خویش را دارد. اما در مورد تصمیم گیری در قبال حقوق خویش و به اجرا گذاشتن آن (اهلیت استیفا) شخص باید بالغ، عاقل و رشید باشد. (ماده ۹۵۸ قانون مدنی) در حال حاضر با توجه به ماده ۱۲۱۰ قانون مدنی و تبصره دو آن و نیز رأی وحدت رویه هیأت عمومی دیوان عالی کشور (ش ۳۰- مورخ ۱۳۶۴/۱۰/۳) در امور غیر مالی اصل در صغیری که به سن بلوغ می رسد بر رشید بودن اوست مگر این که خلاف آن ثابت شود.

۱- ۱) سن و اهلیت:

با توجه به مراتب بالا از مهمترین شاخصه‌هایی که برای احراز اهلیت افراد بیان می گردد سن است. قانون پزشک را موظف نموده که اقدامات درمانی برای کودکان را با اذن ولی ایشان انجام دهد. (بند دوم ماده ۵۹، قانون مجازات اسلامی) رابطه سن و اهلیت را می توان به دو لحاظ حقوقی و اخلاقی مورد توجه قرار داد.

۱- ۱- ۱) ارتباط سن و اهلیت از دیدگاه حقوق:

صغیر در لغت به معنی خرد و کوچک است و در اصطلاح فقهی و حقوقی به کسی گفته می شود که به سن بلوغ نرسیده و کبیر نشده باشد. صغیر به دو نوع غیرممیز و ممیز تقسیم می شود. صغیر غیر ممیز، شخص نابالغی است که دارای قوه درک و تمیز نیست و زشت را از زیبا و سود را از زیان تشخیص نمی دهد. اما صغیر ممیز قوه درک و تمیز فوق را به طور نسبی دارد. در فقه اسلامی برخی سن هفت سالگی را برای تمیز ذکر کرده اند و در تأیید آن به سخنی از پیامبر اکرم استناد شده که فرموده اند «فرزندانتان را در ۷ سالگی به نماز عادت دهید یا امرکنید» [۱۵]. در

شکل ۱ عناصر دخیل در رضایت آگاهانه را نمایان می سازد.

اگرچه رضایت به انواع مختلفی چون صریح [رضایتی که بیمار با گفتار یا نوشتار بدون هیچگونه ابهامی ابراز می دارد]، ضمنی یا تلویحی [رضایتی که با رفتاری چون بالازدن لباس برای معاینه آنرا ابراز می دارد] تقسیم می شود، 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 می بخشد.

دوم؛ شرایط

در یک رضایت آگاهانه رضایت دهنده باید اهلیت داشته، آزاد بوده و آگاهانه تمایل پیدا کند.

۱) اهلیت: "Capacity"

مقصود از اهلیت، قابلیت و توانایی دریافت اطلاعات، فهم و پردازش آن، تأمل و مشورت کردن و در نهایت بیان انتخاب اول از سوی بیمار می باشد. اهلیت به معنی یاد شده که در عالم حقوق از آن به اهلیت استیفا تعبیر شده است با رسیدن شخص به سن بلوغ، عقل و رشد تحقق می یابد. با این توضیح که به لحاظ حقوقی اهلیت دو مرحله دارد مرحله تمتع و مرحله استیفا. اهلیت تمتع با زنده متولد شدن انسان شروع می شود. (ماده ۹۵۶ قانون مدنی) البته در حقوق ایران حمل نیز در دوران جنینی دارای اهلیت هرچند به صورت متزلزل است مشروط بر این که زنده متولد شود. (ماده ۹۵۷ قانون مدنی) لذا هر انسانی حق بهره

حقوق مصر، سوریه و عراق سن تمیز ۷ سال، در مراکش ۱۲ و در تونس ۱۳ سال است. در حقوق ایران مانند فرانسه سن خاصی برای تمیز مشخص نشده و تشخیص آن با دادگاه است.

بلوغ در لغت به معنی رسیدن است و بالغ کسی است که دوره صغر (کودکی) را پشت سر گذاشته و قوای جسمی و غریزه جنسی او نمو کافی یافته است. شافعیان و حنبلیان سن بلوغ را در دختر و پسر ۱۵ سال قمری، مالکیان ۱۷ سال، حنفیان ۱۷ سال در دختر و ۱۸ سال در پسر می‌دانند. قانون مدنی ایران به پیروی از قول مشهور فقهای شیعه در تبصره یک ماده «۱۲۱۰» اصلاحی سن بلوغ را در پسر ۱۵ سال تمام قمری و در دختر ۹ سال تمام قمری اعلام کرده است.

برای خروج صغیر از حالت حجر [عدم اهلیت] حصول بلوغ کافی نبوده بلکه رشد نیز معتبر است. مرحوم صاحب جواهر در این زمینه می‌گوید «ما صغیر تا زمانی که دو صفت بلوغ و رشد برای او حاصل نشده محجور است و در آن اختلافی نیافته‌ام، بلکه اجماع به هر دو گونه‌اش (منقول و محصل) بر آن است و کتاب و سنت نیز بر آن دلالت دارند» [۱۶].

مقصود از رشد در امور مالی این است که شخص توانایی اداره اموالش را به نحو عقلایی داشته باشد. بنا به تعریف برخی از فقها «رشد یک ملکه نفسانی است که مقتضی اصلاح مال و مانع افساد آن است» [۱۷].

قانون مدنی ایران نیز در ماده ۱۲۰۸ غیر رشید را چنین تعریف کرده است: «غیر رشید کسی است که تصرفات او در اموال و حقوق مالی خود عقلایی نباشد». در حقوق اسلام سن خاصی به عنوان سن رشد معین نشده است و علت آن نیز تفاوت زمان رشد در افراد مختلف به فراخور وضع جسمی و روحی و اوضاع و احوال اجتماعی و اقتصادی و حتی تعلیم و تربیت است. تعیین سن رشد به ولی و یا قاضی واگذار شده است که بر حسب مقتضیات زمان و اوضاع و احوال فردی و اجتماعی اقدام به احراز آن کند. در حال حاضر در بیشتر کشورهای اروپایی سن رشد ۱۸ سالگی می‌باشد. کمیسیون حقوقی انگلیس در حال بررسی این مطلب است که این سن را به ۱۶ سالگی

کاهش دهد. اما بیشتر کارشناسانی که طرف مشاوره قرار گرفته‌اند بر این عقیده‌اند که بعضی حمایت‌ها در سنین ما بین ۱۶ و ۱۸ سالگی در مقابل قراردادهای عجولانه و شتابزده هنوز مورد نیاز است. بنابراین آن‌ها تصمیم گرفتند که چنین توصیه‌ای نداشته باشند [۱۸]. در حقوق ایران در ماده ۱۲۰۹ قانون مدنی چنین آمده بود «هر کس دارای ۱۸ سال تمام نباشد در حکم غیر رشید است. با این حال در صورتی که بعد از ۱۵ سال تمام رشد کسی در محکمه ثابت شود از تحت قیمومیت خارج می‌شود». این ماده ابتدا به موجب قانون مصوب ۸ / ۱۰ / ۶۱ و سپس به موجب اصلاح موادی از قانون مدنی مصوب ۱۴ / ۸ / ۷۰ حذف گردید. به هر حال در حقوق کنونی ایران در امور مالی سن خاصی برای رشد وجود ندارد، هر چند که در عمل سن ۱۸ سال تمام را مبنای رشد و خروج از حجر می‌دانند.

در یک جمع بندی از مطالب بالا می‌توان رشد را به دو نوع، رشد در امور غیر مالی و رشد در امور مالی تقسیم کرد. به نظر می‌رسد که در اصل رضایت بیمار به امر درمان، داشتن رشد در امور غیر مالی کافی است و رسیدن شخص به سن بلوغ می‌تواند اماره رشد به حساب آید. (بند یک ماده ۱۲۱۰ قانون مدنی) اما از آنجا که موضوع عقد قرارداد با پزشک به منظور تعیین حق الزحمه درمان مطرح می‌شود رضایت باید از جانب کسی صادر شود که رشدش در امور مالی احراز شود.

۲ - ۱ - ارتباط سن و اهلیت از دیدگاه اخلاق:

از دیدگاه اخلاقی کودک به فراخور درک و فهم خود باید در تصمیم‌گیری‌های پزشکی مشارکت یابد و پزشک باید به ظرفیت‌های اختصاصی کودک حساس باشد. از سوی دیگر واجد سن قانونی شدن فرد به معنی جواز انجام هر گونه اقدام پزشکی پس از اخذ رضایت از وی نیست. چرا که بسیاری از افراد علی‌رغم داشتن سن قانونی صلاحیت تصمیم‌گیری برای طیفی از اقدامات را نداشته و از سوی دیگر بسیاری از اقدامات طبی طیفی از افراد اعم از اطرافیان و حتی جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

برای تصمیم‌گیری مناسب برای افراد فاقد سن قانونی این افراد را به سه گروه تقسیم می‌نمایند:

الف) نوزادان و خردسالان: در این سنین معمولاً والدین

به نظر می‌رسد با عنایت به استقلال مالی زوجه و نبودن دلیلی مبنی بر این که زن با عقد زوجیت از حق طبیعی خویش در محافظت از سلامتی‌اش صرف‌نظر کرده است، رضایت زن برای انجام هر عملی از انواع معالجه کفایت می‌کند. دین مبین اسلام نیز در این زمینه قائل به تساوی حقوق برای زوجین است گرچه برای زوج ریاست خانواده و حق تدبیر را در نظر گرفته است. اگر زوج نسبت به امر معالجه زوج مخالفت نماید، از آنجایی که شوهر حق صدمه زدن به همسر خود را ندارد مخالفت وی نافذ نیست. از سوی دیگر زوج ولایتی بر اموال زوجه نداشته و زوجه می‌تواند از محل اموال خویش بدون اذن شوهر نسبت به امر درمان خود اقدام کند. (۲۰)

این امر در مورد اقدامات پزشکی که جنبه درمانی نداشته (مانند جراحی زیبایی) یا در ارتباط با امور زناشویی می‌باشد (مانند بستن لوله‌های رحمی که جنبه درمانی ندارد) صادق نیست. چرا که صرف‌نظر از بحثی که در ارتباط با اصل مشروعیت این قبیل موارد مطرح است، به لحاظ لزوم شرعی و قانونی تمکین زن از مرد، اخذ رضایت شوهر جهت این اقدامات ضروری به نظر می‌رسد. در این مورد به لحاظ حقوقی می‌توان گفت که با اذن شوهر اهلیت زن برای دادن رضایت کامل می‌گردد.

۳- ۱) اهلیت مادر جنین:

بر اساس *قانون کانادا* زن حق دارد که اقدام درمانی را پذیرفته و یا رد کند. این قانون برای جنین تا زمان به دنیا نیامدن به عنوان موجود مستقل حقی قائل نشده است. بر این اساس قانون حمایت از کودکان که در برخی شرایط دولت را مجاز به مداخله می‌کند، برای جنین قابل تعمیم نیست. به عبارت دیگر مادر به عنوان ولی کودک موظف نیست که در تصمیم‌گیری پزشکی منافع جنین خود را مد نظر قرار دهد و تصمیمات یک زن باردار در مورد جنین او نباید مورد پیگرد قانونی قرار گیرد. چنان‌که در مورد کودک این وظیفه وجود داشته و در صورت احراز عدم توجه ولی، به منافع کودک سرپرستی وی مخدوش می‌گردد. این در حالی است که بر اساس معارف اسلامی جنین انسان ناتوانی است که حیاتش وابسته به مادر است و از شانزده

کاملاً نقش تصمیم‌گیرنده را دارند البته این امر به معنی مالکیت فرزند نیست. تصمیم‌گیری باید بر اساس ارزیابی منافع فرزند و نه منافع تصمیم‌گیرنده باشد. در صورت احراز خلاف این مهم اختیار تصمیم‌گیری از ایشان سلب می‌شود.

ب) *کودکان دبستانی*: اگرچه تصمیم‌گیرنده نهایی در این گروه والدین می‌باشند اما ضروری است مشارکت کودکان نیز در این تصمیم‌گیری جلب شود. در این سنین ضروری است موافقت کودک حتی الامکان و با روش‌های گوناگون جلب و مخالفت‌های پایدار و شدید وی جدی گرفته شود. جلب نظر کودک با دادن هدیه و مشارکت دادن وی در انتخاب روش‌های موجود و معتبر درمانی «به عنوان مثال داروی خوراکی و تزریقی» از جمله اقداماتی است که والدین و تیم درمانگر به لحاظ اخلاقی ملزم به انجام آن می‌باشند.

ج) *نوجوانی*: در این سنین با پیچیده‌ترین تصمیم‌گیری‌ها روبرو هستیم، صلاحیت نوجوان کاملاً وابسته به توانایی‌های فردی وی در درک، تحلیل، تفکر، انتخاب و ارزیابی سود و زیان است. بلوغ و رشد عقلی نوجوان به فراخور زمینه‌های تربیتی و محیطی در این سنین کامل می‌شود. اگرچه قانون‌گذار سن مشخصی را به عنوان سن قانونی برگزیده است اما بسیاری از نوجوانان پیش از این سن به صلاحیت تصمیم‌گیری می‌رسند و البته برخی دیگر علی‌رغم رسیدن به سن قانونی فاقد این صلاحیت می‌باشند. بدون تردید به لحاظ اخلاقی توجه به خواست نوجوان در این سنین متناسب با رشد درک وی از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. اگرچه پزشک به لحاظ قانونی رضایت والدین را جهت اقدامات پزشکی در این سنین نیاز دارد اما این امر به هیچ عنوان تعهد اخلاقی او در خصوص مشارکت دادن نوجوان در تصمیم‌گیری‌ها و جلب موافقت وی برای این اقدام را سلب نمی‌نماید.

بهره‌گیری از کمک والدین، مربیان، روحانیون و سایر اقشار ذی نفوذ در نوجوان تیم درمانگر را در جهت جلب نظر وی یاری می‌دهد [۱۹].

۲- ۱) زوجیت و اهلیت:

جدی به این حقیقت است که هیچ فردی به طور مطلق ذی صلاح و یا فاقد آن نیست. صلاحیت و عدم آن معادله‌ای است که تنها پس از ارزیابی توانایی‌های درکی و ذهنی فرد از یک سو و مشخص شدن اهمیت، پیچیدگی و ضرورت مداخله طبی به پاسخ می‌رسد. به عبارت دیگر صلاحیت در یک اقدام خاص و برای یک فرد خاص قابل بررسی است.

۲) 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 بی حاصل 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

هفتگی حقوقی برابر با سایر انسان‌ها داشته و تأمین منافع مادر توجیه کننده صدمه به منافع جنین نیست [۱۹]. در حقوق ایران سقط جنین صرفاً پیش از دمیدن روح، مشروط بر این‌که تداوم حاملگی یقین و یا خوف عقلایی برای تلف شدن مادر داشته و حفظ نفس مادر متوقف بر سقط جنین باشد تجویز شده است و پس از دمیده شدن روح سقط جنین برای حفظ جان مادر محل اشکال است [۲۲].

۴- ۱) سایر موارد:

عقب افتادگان ذهنی، بیماران روانی و در بیماران با کاهش سطح هشیاری صلاحیت تصمیم‌گیری متناسب با شدت درگیری هر فرد مخدوش می‌باشد و قانون‌گذار رضایت ولی قانونی یا قیم فرد را ضروری می‌داند. عدم صلاحیت، با نگاه دیگر به سه نوع موقتی، متناوب و دائمی تقسیم می‌شود. توجه به این امر در اتخاذ تصمیمات پزشکی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. به عنوان مثال بیماران الکلی تنها در مقاطع آلودگی به شرب الکل (مستی) فاقد صلاحیت می‌باشند (موقتی). از سوی دیگر صلاحیت بیمارانی با اختلالات روانی چون افسردگی تنها در زمانی که بیماری فعال می‌باشد مختل است (متناوب). این در حالی است که اختلال صلاحیت در بیماران دارای زندگی نباتی و یا عقب افتادگان ذهنی دائمی می‌باشد.

۵- ۱) تعارض در ارزیابی صلاحیت:

در احراز صلاحیت و ظرفیت فرد برای تصمیم‌گیری دو رویکرد وجود دارد. گروهی از اخلاقیون که بیشتر بر اصل حفظ استقلال و خود مختاری تکیه دارند از آنجایی که بیشتر نگران آزادی‌های فردی می‌باشند بیشتر از تساهل و تسامح در این ارزیابی دفاع می‌کنند و آزمون‌های ساده‌تر را برای احراز آن ترجیح می‌دهند. از سوی دیگر گروهی که بر مبنای اصل سودرسانی و عدم ضرر رساندن توجه دارند طرفدار سختگیری بیشتر در این ارزیابی و آزمون‌های دقیق‌تر هستند. آنچه که به نظر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است توجه

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^۱: 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^۲: 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 [۱۰].

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

1. force and coercion

2. Threat

راهکارهای پیشنهادی برای احراز این اطمینان و اقتناع 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:

- مایلم 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.

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^۳
عمده مشکلات طبی راه‌حل‌های متفاوتی دارند. از

اصلی آن 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 [۲۱] 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.

۳) 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 رضایت‌نامه و براثت 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 مسؤلیت تنها زمانی حاصل می‌گردد که پزشک آگاهی مناسب و متناسب را در اختیار بیمار گذاشته باشد.

سوم: راهکارها

پیش از این گفتیم که 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 اقتناع شود. این نکته مسؤلیت پزشک را مضاعف می‌نماید.

1. Adequate Information

2. Nature of the Decision
3. Relevant Decision Alternatives

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 بیماران از نقش خود در تصمیم‌گیری است. اگر تلاشی برای تفهیم صریح نقش 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^۴:

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].

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^۱:

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 «غریبالگری 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^۲:

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^۳

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

1. Pros and Cons (Risk or Benefits)
2. Proposed Intervention
3. Assessment of Understanding

4. Opportunity to express a preference

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

میزان اطلاع رسانی:

ضروری است اطلاعات لازم برای مشارکت بیمار در اتخاذ تصمیم‌های درمانی به وی ارائه شود.^۱ سؤالی که در اینجا مطرح می‌شود میزان و نوع این اطلاعات ضروری می‌باشد. برای پاسخ به این سؤال 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 آمریکا 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 می‌کند. 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.

4. Subjective Standard
5. Transparency Standard
6. Haward Brody

1. Disclosure
2. Professional Practice Standard
3. Reasonable Person Standard

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.

چهارم: 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^۵ نیست بلکه یک رویکرد فرآیندی^۶ 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 فرم را امضا کند. تفاوت این دو مدل مانند تفاوت میان پزشک بیمار و پزشک کشیک است. پزشک بیمار موظف است در تمام فرایند 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.

پنجم: 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.

5. Event Model

6. Process Model

* نکته درخور توجه در مورد بیمارانی 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

تفاوت این رویکرد با رویکرد فردی در اینست که در رویکرد فردی پزشک با ارائه اطلاعات متناسب بیمار را در تصمیم‌گیری کمک می‌کند در حالی که 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^۱:

انتخاب واژه رضایت^۲ که مفهوم مشارکت آگاهانه دارد به جای واژه موافقت^۳ که مفهوم اجازه دهی منفعلانه^۴ دارد حاکی 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

1. Informed participation

2. consent

3. Assent

4. Passive Authorization

ششم: 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 منافی 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.

بر اساس ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی، در موارد اورژانس اخذ رضایت ضروری نمی‌باشد^۱. در این مورد اصل سود 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 [۲۱]. استناد به مصونیت درمانی در توجیه عدم ارائه اطلاعات به بیمار بسیار خطیر و لרزان است. این استناد تنها در مواردی توجیه پذیر است که احتمال آسیب بالا و خطر محتمل جدی باشد. به عنوان مثال نمی‌توان به بهانه این‌که 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 این‌که 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 غیرمعمول 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.

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 رعایت موازین علمی و فنی و نظامات دولتی انجام شود. در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نخواهد بود.

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

مآخذ

1. Louis Harris and Associates: Views of informed consent and decision making parallel surveys of and the public, in *Making Health Care Decisions, President's Commissions or the Study of Etbical Problems in Medicimd and Bio-medical and Behavioral Research*. Washington, DC, U.S. Government Printing Office, 1982.
2. -Sulmasy DP, Lehmann LS, Levine DM, et al; Patient's pereception of the quality of informed consent for common medical procedures. *J Clin Ethics* 1994; 5:189-194,
3. Donovan J: Patient decision making the missing ingredient in compliance research. *IntJ Technol Assess Health Care* 1995. 11:443-455,
4. Greenfied S. Kaplan S, Ware J: Epaning pa-tient involvement in care: effect on patient out comes. *Ann Intem Med* 1985; 102:520-528,
5. Kaplan SH, Greenfield S, Ware J: Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med care* 1989; 27: S110-S127,
6. Hulka B: Patient-clincian interactions and compliance, in Haynes R, Taylor D, SackettD (eds)-*compliance in Health Care*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1979, pp 63-77.
7. 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: ۳۴-۳۸.
8. معصومه فلاحیان، شیرزاد ازهری، زهره امیری، مهدی بینا، بررسی وضعیت موجود ارتباط پزشک با بیمار در بیمارستان های آموزشی تهران ۱۳۷۸، *مجله پژوهش حکیم*، ۱۳۷۹، ۳: ۱۹۹-۲۰۵.
9. زهره حقیقی، رضایت آگاهانه در درمان و تحقیق، تهران، دفتر مطالعات علوم انسانی، اسلامی در طب و اخلاق پزشکی، (متن منتشر نشده)
10. Jeremy sugarman, *Ethicsin primary Care*, Mc Grow Hill, 2000.
11. علی بن محمد بن علی الجرجانی، کتاب التعریفات حقه و قدم له ابراهیم الیاباری، بیروت: دارالکتاب العربی، بیروت، ۱۴۱۳ هـ. ق، ص ۱۴۸ و محمدبن منظور مکرم، لسان العرب، علق علیه علی شیری، بیروت: دار احیاء التراث العربی، بیروت ۱۴۰۸ هـ. ق، جلد پنجم، مدخل الرضا، دهخدا،
12. علی اکبر دهخدا، لغت‌نامه، ج ۷، ص ۱۰۶۷۲ تهران، دانشگاه تهران، موسسه لغت نامه ۱۳۲۵ هـ. ش، ج ۷، ص ۱۰۶۷۲.
13. وزاره الاوقاف و الشئون الاسلامیه، الموسوعه الفقهیه، ذات السلاسل، الکویت ۱۴۱۲ هـ. ق، جلد بیست و دوم ص ۲۲۸.
14. 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.
15. محمد محمدی ری شهری، میزان الحکمه، ج ۱، مکتب النشر، مکتب الاعلام الاسلامی، ۱۳۶۳ (هـ.ش)، ص ۷۲۲.
16. شیخ محمد حسن نجفی، جواهر الکلام، ج ۲۶، داراحیاء التراث العربی، بیروت، [بی تاریخ]، ص ۴.
17. شهید ثانی، الروضه البهیة، ج ۴، منشورات الاعلمی للمطبوعات، بیروت، ص ۱۰۱.
18. ولی ... احمدوند، محمدباقر پارساپور و همکاران، حقوق قراردادها در اروپا، جلد اول، موسسه انتشارات جهان جام جم، تهران، ۱۳۸۵، ص ۱۴۲.
19. پزشک ملاحظات اخلاقی، جلد دوم، ۱۳۸۳، باقر لاریجانی و همکاران، انتشارات برای فردا، ص ۸۵، ۱۱۱.
20. سیاوش شجاع پوریان، مسئولیت مدنی ناشی از خطای شغلی پزشک، ۱۳۷۳، سیاوش شجاع پوریان، انتشارات فردوسی، ۱۳۷۳ (هـ.ش)، ص ۱۸۹.
21. سید حسن صفایی و سید مرتضی قاسم زاده، حقوق مدنی (اشخاص و مهجورین)، تهران، سمت، ۱۳۷۵، ص ۱۷۴.