

اتونومی و

رضایت آگاهانه

کسب رضایت از بیمار چیست؟

کسب رضایت از بیمار به معنی دادن اجازه مداخله پزشکی با استقلال کامل از طرف بیمار می باشد. بیماران حق دارند در ارتباط با مراقبت های پزشکی خود تصمیم بگیرند و حق دارند تا تمام اطلاعات موجود و مرتبط جهت این تصمیم گیری در اختیارشان قرار گیرد. کسب رضایت یک اتفاق مقطعی نیست، بلکه روندی است که در سراسر مدت ارتباط بین پزشک و بیمار بروز می یابد.

آقای «الف» یک مرد ۸۵ ساله است که با همسرش زندگی می‌کند. او از همسرش که بیماری آلزایمر نسبتاً شدید دارد مراقبت می‌کند. آقای «الف» یک آنوریسم ۸/۵ سانتی متری در آئورت شکمی دارد. ۳ ماه قبل وی با یک جراح عروق مشورت کرد که به او پیشنهاد داد آنوریسم شکمی او را نرمیم کند. ولی پزشک دیگری به آقای «الف» گفت که او هرگز از جراحی جان سالم به در نخواهد برد. آقای «الف» تصمیم گرفت شانس خود را امتحان کند و از جراحی امتناع کرد که این امر عمدتاً به علت تمایل او به متوقف نشدن نگهداری از همسرش بود. معیناً او قبول کرد که یک بار دیگر با جراح خود جهت تصمیم‌گیری درمانی مذاکره کند. اما قبل از انجام چنین جلسه‌ای آقای «الف» به علت درد شکم و کلاپس از خانه به اورژانس منتقل می‌شود. در معاینه فیزیکی فشار سیستولیک ۵۰ میلی‌متر جیوه بود و در شکم توده حساس و ضربان دار لمس می‌شد. آقای «الف» ناله کرده و هوشیار نیست. جراح تشخیص پارگی آنوریسم شکمی را می‌دهد و معتقد است بیمار بدون جراحی اورژانس خواهد مرد. هیچ‌یک از خویشاوندان جهت مذاکره در دسترس نمی‌باشند.

آقای «ب» ۶۹ سال دارد و در خانه سالمندان زندگی کرده و از بیماری آلزایمر شدید رنج می برد. او در انجام فعالیت های روزمره زندگی به دیگران وابسته بوده و بی اختیاری ادرار و مدفوع دارد. وی اعضای خانواده اش را نشناخته و تکلم او به ناله و گریه محدود می باشد. او ۴۸ ساعت است که تب، سرفه با خلط سبز و تنگی تنفس پیدا کرده است. آقای «ب» جهت درمان پنومونی مشکوک به بیمارستان منتقل می شود. نظر مستندی از او در ارتباط با درمان پنومونی در دست نمی باشد. بیماری آقای «ب» به همسرش اطلاع داده شده و او در راه بیمارستان است و ظرف ۳۰ دقیقه به آنجا می رسد.

مفهوم کسب رضایت به معنی امتناع از درمان نیز
به کار می رود. بیماران حق دارند از درمان امتناع
ورزند و باید همه اطلاعات موجود و مرتبط جهت
تصمیم گیری در اختیارشان قرار داده شود.

رضایت سه جزء دارد:

۱- ارائه اطلاعات ۲- ظرفیت تصمیم گیری ۳- تصمیم گیری داوطلبانه

□ ارائه اطلاعات عبارت است از در اختیار قرار دادن اطلاعات مربوطه از سوی پزشک و فهم آنها به وسیله بیمار،

□ ظرفیت تصمیم گیری عبارت است از توانایی بیمار برای فهم اطلاعات مربوطه و درک پیامدهای تصمیم گیری تا حدی که به شکل منطقی قابل پیش بینی باشد.

□ داوطلبانه بودن تصمیم گیری عبارت است از حق بیمار در تصمیم گیری آزادانه بدون فشار، اجبار، یا فریب

کسب رضایت ممکن است صریح یا ضمنی انجام شود.
کسب رضایت صریح می تواند شفاهی یا کتبی باشد.
کسب رضایت وقتی ضمنی است که بیمار تمایل برای
انجام عمل یا درمانی را با رفتار خود نمایش دهد. بعنوان
مثال رضایت دادن برای خونگیری با بالازدن آستین و جلو
بردن دست حاصل می شود.

رضایت نامه امضاء شده با اینکه سند محسوب می شود،
نمی تواند جایگزین روند کسب رضایت از بیمار گردد.
بعلاوه قوانین ثابتی وجود ندارد تا مشخص کند چه موقع
نیاز به کسب رضایت نامه امضاء شده می باشد.
در بعضی بیمارستانها رضایت نامه امضاء شده برای
اعمال جراحی لازم است ولی برای برخی مداخلات با ریسک
مشابه لزومی ندارد.

اهمیت کسب رضایت

❖ اخلاق

احترام به اشخاص متضمن این است که کادر پزشکی از انجام مداخلات بدون اجازه خودداری کرده و بیماران را جهت اعمال کنترل خود بر زندگیشان تشویق کنند.

❖ قانون

طبق قوانین عام، درمان بیمار بدون رضایت وی
نوعی ضرب و جرح تلقی می شود، ولی درمان
بیماری که از او رضایت آگاهانه درست دریافت
نشده نوعی قصور می باشد.

چگونگی روند کسب رضایت در عمل

حل مشکل و تصمیم گیری

مطالعات متعدد نشان داده اند که تمایل بیماران برای قبول مسئولیت تصمیم گیری متفاوت است. حتی بیماری که فعالانه به دنبال کسب اطلاعات می باشد لزوماً تمایل ندارد در انتخاب گزینه درمانی تصمیم گیرنده باشد. بعضی بیماران به ویژه افراد مسن یا شدیداً بیمار مستعد دنبال روی از توصیه های پزشکان می باشند.

بیماران باید بتوانند در ارتباط با گزینه های درمانی که به وسیله پزشک مطرح نشده آزادانه سوالات خود را طرح کرده و پاسخ لازم را دریافت نمایند.

در روند کسب رضایت همچنین، مشارکت فعال بیمار در تصمیم گیری و تصدیق نهایی آن لازم است. حتی اگر بیمار مستعد پذیرش توصیه های پزشک می باشد. باید سعی کرد او را به نمو فعالی در روند کسب رضایت درگیر نمود.

استثنائات

طبق قوانین عام درمان اورژانس یک فرد ناتوان، یک استثناء برای کسب رضایت می باشد.

اگر بیماری از نظر ذهنی ظرفیت تصمیم گیری درمانی برای خود را ندارد، پزشک باید رضایت از فرد جایگزین کسب کند.

در بستری بیماران روانی بدون رضایت آنها
و یا درمان بیماران مبتلا به امراض مسری
که غیر مسئولانه برخورد می کنند.

استثنائات

موارد استثناء بالقوه دیگری برای کسب رضایت وجود دارد (مصونیت درمانی) عبارتست از خودداری پزشک در ارائه بعضی اطلاعات به بیمار در روند کسب رضایت با این فکر که دادن این اطلاعات موجب آسیب یا رنج روحی بیمار می شود. (صرف نظرکردن) عبارتست از تمایل داوطلبانه بیمار برای مطرح نشدن یک یا چند جنبه اطلاعات.

آقای «الف»، ۶۱ سال دارد و بعنوان یک مدیر کارخانه ماشین سازی فعالیت می کند. او با همسرش زندگی می کند. وی از نظر سلامت شرایط مساعدی دارد ولی روزانه یک پاکت سیگار می کشد. پزشک در یک معاینه معمول متوجه سوفل بلندی در سمع شریان کاروتید می شود. آقای «الف» راست دست می باشد و هیچگونه سابقه قبلی سکته مغزی یا حملات گذرای ایسکمی^(۱) مغز را ندارد. سونوگرافی داپلر تنگی شدید شریان کاروتید داخلی چپ را گزارش می کند. آنژیوگرافی میزان تنگی را ۹۵٪ نشان می دهد. به بیمار انداز سرگرمی کاروتید پیشنهاد می شود. آقای «الف» این موضوع را با جراح عروق در میان می گذارد.

خانم «ب»، ۷۵ سال دارد و با همسرش زندگی می کند. او سابقه طولانی زخم معده داشته و بعلت هیپرتانسیون نارسایی خفیف کلیه نیز دارد. وی بعلت بدتر شدن آرتریت مزمن شانه راست، در بلند کردن و حمل اشیا مشکل دارد. پزشک خانوادگی برای درمان به او داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی را پیشنهاد می کند.

خانم «ج»، ۸۰ سال دارد و در یک آپارتمان به تنهایی زندگی می‌کند. او کاملاً مستقل بوده، هیچوقت بیماری جدی نداشته است و ترجیح می‌دهد کمتر به پزشک مراجعه کند. به علت افتادن از پله و شکستگی گردن استخوان ران او را به بیمارستان منتقل می‌کنند. متخصص داخلی تشخیص تنگی شدید در سجه آئورت را می‌دهد و اکوکاردیوگرافی آن را تأیید می‌کند. متخصص بیهوشی خانم «ج» را معاینه کرده و جراحی پیشنهادی و بیهوشی را برای او توضیح می‌دهد. وقتی عوارض جدی مرتبط با جراحی برای او توضیح داده شد، خانم «ج» می‌گوید که نمی‌خواهد راجع به این مسائل چیزی بداند. او از پزشکان می‌خواهد استخوان ران او را فیکس کنند زیرا در صورت ناتوانی در راه رفتن قادر به ادامه زندگی نیست. از طرفی متخصص بیهوشی وظیفه خود می‌بیند که عوارض بیهوشی را برای او بیان کند.

خانم «د»، ۲۸ سال دارد. از ۶ هفته قبل به علت تشدید آسم در بیمارستان بستری شده است. به علت پاسخ بد به درمان متخصص داخلی برای او کورتیکواستروئید خوراکی طولانی مدت تجویز می‌کند. خانم «د» هم اکنون پردنیزون (روزانه بیست میلی‌گرم) مصرف می‌کند و متوجه افزایش وزن و اختلالات خلقی خود شده است. او فکر می‌کند باید مصرف دارو را متوقف کند. پزشک خانوادگی او اخیراً مقاله‌ای در ارتباط با نیکروز آواسکولر سر استخوان ران بدنبال مصرف پردنیزون مطالعه کرده ولی معتقد است که مصرف پردنیزون برای کنترل آسم خانم «د» لازم است. او نگران است که در صورت مطلع کردن خانم «د» از خطر نیکروز آواسکولر، وی ممکن است مصرف پردنیزون را متوقف کند.

آشکار سازی چیست؟

آشکار سازی عبارت است از دادن اطلاعات مرتبط با بیماری از سوی پزشک و درک آنها بوسیله بیمار.

هر دو قسمت برای اعتبار داشتن رضایت گرفته شده لازم است.

اهمیت آشکار سازی اطلاعات

❖ اخلاق

❖ قانون

❖ اجزاء آشکار سازی :

توضیح دادن درمان و اثرات قابل انتظار آن (مثلاً مدت اقامت در بیمارستان، مدت زمان لازم برای بهبودی، محدود شدن فعالیت های روزانه، اسکار) دادن اطلاعات راجع به دیگر اقدامات درمانی و منافع و مضرات احتمالی مرتبط با آنها و گفتن عوارض سرپیچی از درمان یا تأخیر در شروع آن

به بیمار باید فرصت داد تا سؤالات خود را بپرسد
و پزشک باید به سؤالات و درخواست های بیمار پاسخ
داده و اطلاعات مورد نظر را به او ارائه کند.

جایگاه آشکار سازی

این یک معیار عینی است بدین معنی که پزشک باید اطلاعات مورد نیاز یک فرد محقول و منطقی در جایگاه بیمار را برای تصمیم گیری آگاهانه در ارتباط با درمان به او ارائه کند.

جایگاه آشکار سازی

انصراف :

ممکن است بیمار داوطلبانه بخواهد که یک یا چند بخش از اطلاعات به وی ارائه نشود.

به عنوان مثال ممکنست بیمار نخواهد پیش آگهی و فیه بیماریش را بداند (مثل سرطان)، یا چیز زیادی راجع به عوارض درمان به او گفته شود.

مصونیت درمانی

مصونیت درمانی عبارت است از اینکه پزشک در جریان کسب رضایت از بیمار به او اطلاعات لازم را ارائه نکند به این دلیل که گفتن اطلاعات باعث آسیب یا رنج بیمار می شود.

بیشتر مطالعات نشان داده اند که ارائه اطلاعات به بیماران تنها به صورت شفاهی خیلی مؤثر نیست.

ولی ارائه اطلاعات مکتوب یا ارائه اطلاعات بصورت توأم کتبی و شفاهی می تواند اطلاعات بیماران را افزایش دهد.

استفاده از وسائل و تجهیزات مناسب مانند لوح فشرده یا نوار ویدئو نیز کمک کننده است.

چگونگی آشکارسازی اطلاعات در عمل

آشکارسازی اطلاعات برای بیمار را باید بعنوان یک روند در نظر گرفت نه یک رخداد مقطعی.

ممکنست لازم شود پزشک و بیمار چندین جلسه با یکدیگر گفتگو کنند تا آرائه اطلاعات کامل شود.

در روند ارائه اطلاعات ارتباط پزشکی و بیمار باید مؤثر
و کارا باشد.

اگر پزشکی ارتباط خوبی با بیمار برقرار کند، بیمار
تشویق می شود تا اطلاعات شخصی خود را مطرح
کرده و امیدها و نگرانی های خود را بیان کند.

در روند کسب رضایت از بیمار، پزشک باید تمام اجزاء لازم
برای ارائه اطلاعات را در نظر داشته باشد.

همانطور که گفته شد هدف این است که هر گونه
اطلاعاتی که یک فرد منطقی در جایگاه بیمار نیاز به
دانستن آن دارد به وی ارائه شود.

پزشک لازم است تأثیر درمان مورد نظر یا انتخابهای دیگر
درمانی بر شغل، درآمد، زندگی خانوادگی و دیگر جنبه های
شخصی بیمار را به وی متذکر گردد.

در آشکارسازی، باورهای فرهنگی و مذهبی افراد را باید مدنظر داشت. مثلاً در بعضی فرهنگها مدل تصمیم گیری مبتنی بر خانواده مقبول تر است تا تصمیم گیری فردی. پزشک می تواند بیمار را تشویق کند تا افراد خانواده اش را در روند کسب رضایت مشارکت دهد.

در هر جلسهٔ ارائهٔ اطلاعات پزشکی باید طرح سؤال را تشویق کند.
تشویق بیمار به بیان اطلاعات گفته شده از زبان خود او یک راه
برای اطمینان پیدا کردن از درک اطلاعات ارائه شده است.
پزشکی باید مذاکرات هر جلسه را ثبت کرده و سوالات بیمار و
پاسخ‌های داده شده را ذکر نماید.
ملاحظات خاص فرهنگی و مذهبی در این مکتوبات اهمیت
ویژه‌ای دارند.

آقای «الف» ۴۲ سال دارد و بعلت اسکیزوفرنی مزمن با داروهای نورولپتیک درمان می شود. او با اینکه بیکار است در جامعه بی نیاز از کمک دیگران زندگی می کند. از آنجایی که وی تصور می کند در غیاب او همسایه ها به منزلش آمده و اموالش را به سرقت می برند، به ندرت آپارتمانش را ترک می کند. آقای «الف» بعلت گلودرد با پزشک خانوادگیش تماس می گیرد. پزشک او را در منزل معاینه کرده و از حلق وی کشت تهیه می کند که مبین عفونت استرپتوککی پیوزن می باشد. پزشک برای بیمار آنتی بیوتیک تجویز می کند.

آقای «ب» بعلت عدم تعادل حاد و احساس سنگینی در دست چپ در بیمارستان بستری می شود. تشخیص فیبریلاسیون دهلیزی و آنفارکتوس نیمکره چپ مخچه برای بیمار داده می شود. پزشک درمان با وارفارین را تجویز می کند ولی آقای «ب» مکرراً امتناع می کند.

خانم «ج» ۷۹ سال دارد. او در زمینه دیابت قندی غیر وابسته به انسولین بعثت گانگرن انگشتان اول و دوم پای راستش در بیمارستان بستری می شود. او به تنهایی زندگی می کند و علاقه ای به پزشکان ندارد. علیرغم دریافت یک هفته آنتی بیوتیک وریدی بهبودی مشاهده نمی شود. پزشکان به خانم «ج» می گویند انگشتان مبتلای او باید قطع شود ولی او در جواب می گوید: «من نمی دانم شما بعد از قطع انگشتان با آنها چه خواهید کرد؟»

آقای «د» ۷۴ سال دارد و مبتلا به بیماری شدید پارکینسون است. وی بعثت سایکوز ناشی از درمان با بروموکرپتین در بیمارستان بستری می شود. پزشک او تمایل دارد از کلوزاپین در درمان استفاده کند که یک داروی آنتی سایکوتیک با عوارض جانبی خفیف اکسیرا پیرامیدال و بالقوه شدید خونی است. بیمار قادر نیست به هیچیک از سوالات پزشکان پاسخ دهد.

ظرفیت چیست؟

ظرفیت تصمیم گیری عبارتست از توانایی درک اطلاعات مرتبط با تصمیم گیری و فهم عوارض قابل پیش بینی یک تصمیم گیری

ظرفیت می تواند به مرور زمان تخیر کند، بعنوان مثال فردی ممکن است بحالت هذیان موقتاً قادر به تصمیم گیری نباشد ولی بعداً ظرفیت خود را بازیابد.

اهمیت ظرفیت تصمیم گیری

اخلاق

مطابق اصل اخلاقی سود رسانی پزشکی باید افراد بدون ظرفیت را از تصمیماتی که برای آنها مضر است و یا در صورت داشتن ظرفیت از آن احتراز می‌کردند محافظت کند.

قانون

در قانون بیماران دارای ظرفیت این حق را دارند که آگاهانه تصمیمات خویش را بگیرند. اگر بیماری ظرفیت ندارد، پزشک باید رضایت را از تصمیم گیرنده جایگزین بیمار کسب کند. در قانون عام تمام بیماران دارای ظرفیت تصمیم گیری فرض می شوند. اگر بیمار فاقد ظرفیت بنظر می رسد، باید از وی ارزیابی ظرفیت تصمیم گیری بعمل آید.

اگر بیمار بتواند اطلاعات مربوط به درمان را بفهمد و
خطرات و نتایج احتمالی درمان را درک کند می تواند
رضایت خود را اعلام نماید.

چگونگی برخورد با موضوع ظرفیت در عمل

در بیشتر موارد پزشکی دلیلی برای سؤال پیرامون ظرفیت بیمار نمی بیند و لذا بر دیگر جنبه های روند کسب رضایت متمرکز می شود.

اما در بعضی بیماران، مثلاً بیماران در حال کوما یا بیمار مبتلا به جنون شدید ظرفیت تصمیم گیری به وضوح وجود ندارد. در این موارد ارزیابی بالینی ظرفیت صریح بوده و رضایت باید از فرد جایگزین کسب شود.

سه شیوه مختلف برای ارزیابی ظرفیت وجود دارد:

❖ تست های عملکرد شناختی

❖ ارزیابی عمومی ظرفیت

❖ ارزیابی اختصاصی ظرفیت.

ارزیابی اختصاصی ظرفیت چندین نقطه قوت دارد

❖ اولاً عملکرد واقعی بیمار حین تصمیم گیری مستقیماً ارزیابی می شود که عیناً همان تعریف قانونی مورد نیاز برای ظرفیت است.

❖ ثانیاً از نظر بالینی عملی و سریع است. زمان لازم برای انجام طرح (کمک به ارزیابی ظرفیت) دوازده دقیقه می باشد.

❖ نکته آخر اینکه ارزیابی اختصاصی ظرفیت قابل انعطاف بوده و می تواند به آسانی با شرایط بالینی خاص تطبیق داده شود.

❖ از طرف دیگر ارزیابی اختصاصی ظرفیت، نقاط ضعفی هم دارد.

❖ اولاً درست بودن آن وابسته به کیفیت ارائه اطلاعات به بیمار است. اگر ارائه اطلاعات به بیمار مؤثر نباشد. ارزیابی ظرفیت دقیق نخواهد بود.

❖ بنابراین برای یک ارزیابی دقیق نیاز به مهارت‌های عالی برقراری ارتباط با بیمار وجود دارد.

❖ ارائه اطلاعات بايد در طول ارزيابي ظرفيت ادامه
يابد. بعنوان مثال اگر بيمار ابتداً نفهمد كه بعد از
قطع پا از زير زانو ممكن است قادر به راه رفتن
نباشد، اين مطلب بايد دوباره به وي گفته شود.
سپس پزشك مي تواند دوباره ارزيابي كند كه آيا پي
آمد قطع پا از زير زانو توسط بيمار دري شده است
يا خير؟

❖ دومین مشکل مرتبط با ارزیابی اختصاصی مربوط به ارزیابی علل تصمیم گیری بیمار می باشد. اگر بیمار فاقد ظرفیت به نظر می رسد، پزشک باید مطمئن شود. تصمیم او اساساً متأثر از توهم یا در نتیجه افسردگی نیست.

❖ مشکل سوم این است که ظرفیت بیمار ممکن است نوسان داشته باشد. اگر بنظر می رسد بیمار ظرفیت لازم برای تصمیم گیری را ندارد، پزشک باید مشخص کند آیا عوامل قابل برگشت مانند دلیریوم یا واکنش های دارویی دخالت دارند یا خیر.

❖ اگر این عوامل تشخیص داده شوند، پزشک باید سعی کند آنها را حذف کند یا به حداقل برساند و سپس ارزیابی را تکرار کند.

❖ فاکتورهای دیگری نیز ممکن است باعث شود بیمار نتواند بخوبی با پزشک ارتباط برقرار کند، مثل اختلاف زبان یا اختلالات تکلمی. این فاکتورها باید اصلاح شوند تا از دقت ارزیابی ظرفیت اطمینان حاصل شود.

❖ نکته آخر اینکه پزشک ممکن است متوجه شود انجام ارزیابی ظرفیت بدون آموزش مشکل است، بویژه وقتی که انتخابهای بیمار مخالف توصیه های درمانی باشد.

❖ این نکته اهمیت دارد که بخاطر داشته باشیم موافق بودن یا نبودن تصمیم گیری بیمار با توصیه پزشک مطرح نیست بلکه هدف از ارزیابی ظرفیت، بررسی توانایی بیمار در درک اطلاعات مرتبط با بیماری و تشخیص پیامدهای تصمیم گیری می باشد.

❖ اگر نتیجه بررسی اولیه نشان داد بیمار ظرفیت لازم برای تصمیم گیری را ندارد، توصیه می شود ارزیابی جامعتری بعمل آید، بویژه اگر پزشک از ارزیابی انجام شده مطمئن نیست یا اگر بیمار در مقام مقابله با تشخیص عدم ظرفیت برآید.

❖ اگر تشخیص عدم ظرفیت بیمار صرفاً بر تفسیر پزشکی از علت تصمیم گیری بیمار مبتنی باشد، او باید از افراد دیگر مانند خانواده بیمار یا نماینده ای از همان طبقه فرهنگی یا مذهبی اطلاعات بیشتری کسب کند.

❖ اگر پزشک تصور می کند تصمیم گیری بیمار کاملاً متأثر از توهمات یا افسردگی اوست، مشاوره روانپزشکی توصیه می شود.

خانم «الف» ۸۵ سال دارد، در آلمان متولد شده است ولی انگلیسی را به خوبی صحبت می کند. او به تنهایی زندگی می کند و بیشتر فعالیت های روزمره را خودش انجام می دهد. خانم «الف» یک روز در مسیر خواربار فروشی بیهوش می شود. وی را به بیمارستانی منتقل می کنند و تشخیص خونریزی وسیع ساب آراکنوئید داده می شود. خانم «الف» ۳ روز در کوما بسر می برد. بیمار زمانی که شب سوم به هوش می آید شدیداً گیج بوده و فقط آلمانی صحبت می کند. او مرتب خود را از تخت پرت می کند و سوند ادراری خود را می کشد. پزشک در مورد بستن فیزیکی بیمار تردید دارد.

آقای «ب» ۶۵ سال دارد و بعلت کم خونی شدید فقر آهن در بیمارستان بستری شده است. بعد از تزریق خون وضعیت بیمار تثبیت شده و دستور آندوسکوپی داده می شود. پزشک به آقای «ب» می گوید که او نیاز به بررسی بیشتر دارد زیرا به احتمال زیاد منشأ خونریزی وی دستگاه گوارش می باشد. او اضافه می کند که تمایل دارد بیمار قبل از ترخیص آندوسکوپی شود. آقای «ب» در حالیکه لباس بیمارستان را پوشیده در بیرون اطاق آندوسکوپی منتظر است که آندوسکوپیست وارد می شود.

آقای «ج» ۹۰ سال دارد و با همسرش در آپارتمان زندگی می کند. او در بیشتر فعالیت های روزمره مستقل است.

آقای «ج» به علت آنفارکتوس حاد قلبی همراه با نارسائی خفیف در بیمارستان بستری می شود. پزشک اورژانس

احیاء قلبی ریوی را به وی توضیح می دهد. در طی گفتگو پزشک تأکید می کند عملیات احیاء باعث شکستگی

دنده ها شده و حتی در صورت موفقیت، بیمار دچار نقائص شدید عصبی می شود. آقای «ج» احیاء قلبی ریوی را رد

کرده و از اینرو به بخش منتقل می شود. بدون اینکه تحت مانیتورینگ قلبی باشد.

تصمیم گیری داوطلبانه چیست؟

❖ تصمیم گیری داوطلبانه به معنی حق بیمار در تصمیم گیری درمانی فارغ از هر گونه تأثیر خارجی می باشد.

❖ فاکتورهای درونی برخاسته از خود بیمار یا وضعیت فعلی وی و فاکتورهای بیرونی می توانند بر انتخاب آزاد بیمار تأثیر بگذارند.

❖ فاکتورهای بیرونی مورد بحث ما بوده و شامل اعمال کنترل بر بیمار از طریق فشار، اجبار یا فریب می باشد. استفاده از زور در اقدام به درمان، به صورت مهارکننده های فیزیکی یا آرام بخش ها است.

❖ اجبار شیوه دیگری است که با آن می توان از پذیرش درمان توسط بیمار اطمینان پیدا کرد (مثلا اگر شما به ما اجازه انجام این آزمایشات را ندهید ما شما را از بیمارستان ترخیص می کنیم. فریب یا بازی دادن عبارت است از دستکاری یا حذف تعمدی اطلاعات داده شده به بیمار به منظور وادار کردن بیمار به قبول یک درمان

❖ لزوم داوطلبانه بودن تصمیم گیری توسط بیمار به معنی این نیست که پزشک از ترغیب بیمار برای قبول توصیه درمانی خودداری کند.

❖ ترغیب به معنی این است که پزشک با در نظر گرفتن دلائل بیمار سعی می کند او را به انجام یک توصیه درمانی متقاعد سازد.

❖ در ضمن ترغیب بیمار به قبول یک سری از کارها، پزشک باید او را در تصمیم گیری برای قبول یا رد پیشنهادش آزاد بگذارد.

اهمیت تصمیم گیری داوطلبانه

❖ اخلاق

❖ قانون

❖ از نظر قانون داوطلبانه بودن تصمیم گیری شرط لازم برای یک رضایت نامه معتبر است.

❖ کسب رضایت از بیمار درست قبل از یک اقدام بزرگ مشکل ساز است زیرا شرایط و فوریت مداخله پزشکی برخلاف تصمیم گیری آزادانه و ارادی بیمار می باشد.

❖ بعضی قوانین اجازه شروع درمان بدون تمایل بیمار را در بعضی شرایط می دهند. مثلاً می توان افراد مبتلا به بیماریهای مسری که غیرمسئولانه درمان لازم را نمی پذیرند مداوا کرد، مانند بیماران مبتلا به سل که از درمان سرباز می زنند به علاوه تمام ایالت ها در مواردیکه بیمار ممکن است به خود یا دیگران آسیب فوری وارد کند یا قادر نیست از خودش مراقبت کند، انتقال اجباری او به مراکز روانپزشکی را مجاز می شمارند.

❖ به علت وجود اجبار در ماهیت چنین شرایطی،
باید حداکثر تلاش را در کسب رضایت از بیماری
که غیر داوطلبانه بستری شده است بعمل آورد.

❖ بیماران بستری در بخش روانپزشکی ممکن است در معرض اجبار بیرونی و درونی قرار گیرند حتی اگر پذیرش آنها بصورت داوطلبانه انجام شده باشد.

❖ در بیمارانی که پذیرش آنها بصورت غیرداوطلبانه انجام می شود هم می توان به بیماران اجازه داد تا با انتخاب شیوه محدودسازی تا مدی موقعیت خود را کنترل کنند.

❖ اقامت طولانی در بیمارستانهای غیر دولتی یا اقدامات مراقبتی طولانی نیز می تواند نوعی اجبار باشد، حتی دستور ساده ای مانند (تا خوردن صبحانه از تخت بیرون نیایید) می تواند احساس محدود شدن آزادی را در بیمار ایجاد کند.

❖ اقداماتی که توانایی افراد برای کنترل موقعیت خود را افزایش می دهد، احساس مسئولیت و نشاط بیشتری به بیمار بخشیده است.

❖ بیماران سرپائی کمتر از بیماران بستری در معرض فشار و اجبار می باشند. ولی ممکن است فریب بخورند.

❖ اگرچه ما اطلاعاتی در مورد میزان فریب خوردن بیماران در دست نداریم، بسیاری از مطالعات نشان می دهند که شیوه ارائه اطلاعات به آسانی بر تصمیم گیری افراد تأثیر می گذارد. احتمال فریب دادن بیماران به این صورت در کار بالینی وجود دارد.

چگونگی برخورد با تصمیم گیری داوطلبانه در عمل

❖ فاکتورهای کنترل کننده درونی و بیرونی میتوانند بر تصمیم بیمار در ارتباط با درمان اثر بگذارند.

❖ بعنوان مثال بیمار مبتلا به سرطان پروستات و درد استخوان در معرض فاکتورهای کنترل کننده درونی می باشد.

❖ منشأ این فاکتورهای درونی وضعیت طبی بیمار می باشد نه کانونهای بیرونی مانند عملکرد پزشک، وظیفه پزشک به حداقل رساندن تأثیر بالقوه این فاکتورها می باشد.

❖ بعنوان مثال یک پزشک می تواند تصمیم گیریهای غیرورژانسی را تا بهبود درد بیمار به تأخیر اندازد تا از تأثیر درد ماد بر تصمیم گیری او بکاهد.

❖ فاکتورهای کنترل کننده بیرونی می توانند از جانب پزشک، سیستم مراقبت های درمانی یا افراد دیگر مانند خانواده و دوستان باشند.

❖ در موارد کمی که استفاده از زور برای پزشک مجاز است باید از تکنیک های با حداقل محدودیت استفاده کرد. مثلاً اگر بیماری ممکن است خطر آنی برای خود یا دیگران ایجاد کند، تحت نظر نگه داشتن ساده در یک محیط مراقبت شده می تواند کافی باشد. لازم نیست بیمار را به تخت بسته یا به او آرامبخش داد.

❖ در مراکز روانپزشکی یا مراقبت های طولانی
وکیل بیمار می تواند به پزشک کمک کند تا
اطمینان حاصل شود رضایت گرفته شده از روی
اجبار نیست.

❖ همچنین پزشکان می توانند با اقداماتی در
جهت افزودن احساس انتخاب در بیمار، طبیعت
اجبار در این مراکز را به حداقل برسانند.

استراتژیهای مفید در این جهت عبارتند از:

❖ تشویق بیماران به دخالت دادن خانواده آنها در تصمیم گیریها، تشویق به پرسیدن سؤال و افزودن اطلاعات آنها در مورد انتخابهای موجود:

❖ مثلاً من می خواهم فردا برای شما آزمایش انجام دهم، آیا می خواهید راجع به آن با خانوادهتان صحبت کنید؟ آیا مایلید این کار به تأخیر افتد؟

❖ پزشکان می توانند برای کم کردن امکان فریب خوردن بیماران نیز اقداماتی صورت دهند. اولاً از آنجایی که دادن اطلاعات ناقص به بیماران می تواند باعث فریب آنها شود، پزشک باید مطمئن باشد که اطلاعات بصورت کامل به بیمار ارائه شده است.

❖ ثانیاً اگر اطلاعات بصورت جهت دار ارائه شود. فریب خوردن بیماران بسیار متحمل است. یک راه خوب این است که بیمار با کلمات خود اطلاعاتش را مرور کند.

❖ همچنین اگر بیمار بعزت منافع بالقوه، درمانی را پذیرفته و علیرغم تأکید بر خطرات بالقوه برانجام آن اصرار دارد، پزشک مطمئن خواهد شد که او در این تصمیم گیری فریب نخورده است.

آقای «ن»، یک مرد ۳۵ ساله مبتلا به بیماری ایدز پیشرفته می باشد که اخیراً برای او تشخیص دمانس مرتبط با ایدز داده شده است. او زمانی که هنوز ظرفیت تصمیم گیری داشت به همسر و دیگر اعضا، خانواده اش گفت که اگر در اثر عفونت HIV قدرت فکر کردن را از دست داد، مایل است در صورت بروز مشکلات جدید طبی فقط اقدامات تسکین بخش برایش انجام شود. طی دو هفته اخیر تیم درمانی آقای «ن» متوجه بروز مشکلات تنفسی پیشرونده در او شده اند. با توجه به سابقه پزشکی احتمال عود پنومونی پنوموسیستیس کاربسی^(۱) مطرح است. در عکس قفسه سینه این احتمال تقویت می شود. پزشک می داند آقای «الف» در گذشته مشکلات زیادی در ارتباط با عوارض دارویی داشته و مردد است آیا او را برای بررسی و درمان بیشتر به بیمارستان معرفی کند یا خیر؟

آقای «پ» یک مرد ۸۵ ساله است که همسرش را از دست داده و از ۱۰ سال قبل مبتلا به بیماری آلزایمر می باشد. اخیراً وضعیت بالینی آقای «پ» بهم خورده و دیگر قادر نیست از راه دهان انرژی کافی را تأمین کند. تغذیه بوسیله لوله معده امتحان شد ولی بیمار مرتباً لوله را خارج می کند. مراقبین او جراحی و قرار دادن لوله تغذیه از این راه را مطرح می کنند. خانواده او شامل ۵ بچه بزرگ می باشد که همه در دسترس هستند. دوتا از آنها فکر می کنند این کار برای پدرشان لازم است. دوتای دیگر فکر می کنند پدرشان با این کار موافق نیست. دیگری نمی داند تعامل پدرش در این باره چیست.

خانم «م» یک بیوه ۷۳ ساله است که بیماری انسدادی ریوی مزمن^(۲) و استئوپوروز دارد و اخیراً بعلت بدتر شدن وضعیت سلامت به سرای سالمندان منتقل شده است. نزدیکترین اعضای خانواده او سه فرزند ازدواج کرده می باشند. یک دختر او در همان شهر زندگی می کند و دوتای دیگر با ماشین یکساعت فاصله دارند. نفس خانم «م» ناگهان بدتر شده و او برای ارزیابی و درمان به بیمارستان منتقل می شود. بیمار در اورژانس بعلت نارسائی تنفسی یا اثرات فوکسبک عفونت هوشیار نیست. در تجزیه گازهای خونی هیپوکسمی شدید و اسیدوز تنفسی وجود دارد. پزشک مقیم مردد است آیا برای خانم «م» لوله گذاری انجام شود یا خیر. او در گذشته هرگز به لوله گذاری نیاز نداشته و مدارک بیمارستانی او در ارتباط با احیاء هیچگونه کمکی نمی کند. دختر خانم «م» تازه وارد شده و منتظر گفتگو با پزشک می باشد.

تصمیم‌گیری توسط فرد جایگزین چیست؟

❖ تصمیم‌گیری توسط جایگزین یک شیوه
اتخاذ تصمیم راجع به مراقبت‌های پزشکی
از بیمارانی است که ظرفیت لازم را ندارند.

اهمیت تصمیم گیری توسط فرد جایگزین

❖ اخلاق

تصمیم گیرندگان جایگزین شخص یا اشخاصی هستند که با تمایلات شخصی، ارزشها و باروهای بیمار بخصوص در ارتباط با وضعیت حاضر بیش از همه آشنایند.

در کل خویشاوندان نزدیک جهت تصمیم گیری جایگزین ترجیح داده می شوند با این تفکر که آنها با بیمار آنقدر آشنا هستند که بتوانند تصمیم بیمار را اگر او ظرفیت تصمیم گیری می داشت منعکس کنند.

البته بیمار ممکنست از همسر، والدین، فرزندان یا نوه هایش بدور بوده و در بعضی موارد نهاد دولتی یا حتی پزشکی یا پرستار مراقب او بهتر از تمایل او آگاه باشند.

وظیفه تصمیم گیرنده جایگزین این نیست که بیان کند اگر در موقعیت بیمار قرار می داشت برای درمان چه تصمیمی را اتخاذ می کرد، بلکه وظیفه او این است که مشخص کند بیمار در این موقعیت چه تصمیمی می گرفت، وقتی اطلاعات درستی در مورد تمایلات بیمار، ارزشها و باروهای او وجود نداشته باشد یا وقتی اطلاعات موجود متناقض باشد، تصمیم گیرنده جایگزین ممکن است مجبور باشد در یک موقعیت خاص با توجه به مصالح عالیۀ بیمار تصمیم گیری نماید.

وقتی خویشاوندان بیمار با هم توافق ندارند
باید تشویق شوند تا به این نکته توجه نمایند
که خود بیمار می خواهد چه کاری برایش
انجام شود و مصالح عالیّه او چیست؟

❖ قانون

احتمالاً علت این است که اعضاء خانواده از نظر قانون این حق را ندارند که برای بیمار بالغ بدون ظرفیت تصمیم گیری نمایند بلکه قیّم قانونی چنین حقی را دارد.

معهدا در عمل، اغلب با افراد خانواده مشاوره شده و آنها مسئول تصمیم گیری قلمداد می شوند.

چگونگی برخورد با تصمیم گیری توسط فرد جایگزین در عمل

روند تصمیم گیری توسط جایگزین با دو سؤال مهم روبروست:

❖ چه کسی باید برای شخص ناتوان تصمیم گیری کند؟

❖ این تصمیم گیری چگونه انجام شود.

❖ مناسبترین فرد برای تصمیم گیری بجای بیمار شخصی است که بیمار در زمان داشتن ظرفیت او را انتخاب کرده باشد، یا وکیل بیمار، یا دادگاه. دیگر تصمیم گیرندگان بجای بیمار به ترتیب اولویت عبارتند از:

❖ همسر، فرزند، والدین ، نوه یا دیگر خویشاوندان. در بعضی مکاتب در موارد که این افراد در دسترس نباشند، مراجع قانونی تصمیم گیری می نمایند.

❖ معیارهایی که براساس آن تصمیم گیری باید انجام شود عبارتند از :

تمایلات شخصی بیمار که قبلاً ابراز شده است، ارزشها و باورهای شناخته شده او و مصالح عالیۀ وی.

❖ تمایلات بیمار عبارتند از :

خواست وی که در زمان داشتن ظرفیت توسط خود او ابراز شده و قابل انطباق با تصمیم گیری مورد نیاز می باشد. بعضی بیماران پیشاپیش نوشته ای تهیه می کنند و خواست خود را در آن بیان می کنند.

❖ ارزشها و باورها نسبت به خواست بیمار ویژگی کمتری دارد ولی به تصمیم گیرنده جایگزین اجازه می دهد تا با در نظرگرفتن همه انتخابهایی که برای بیمار وجود دارد و براساس نحوه برخورد کلی او در زندگی، آنچه را که بیمار در چنین وضعیتی انتخاب می کرد مشخص کند.

❖ یافتن آنچه که بیش از همه به مصلحت بیمار است براساس ارزیابی واقعی از منافع و مضرات درمانی می باشد.

❖ نقش کادرپزشکی، تسهیل روند تصمیم گیری توسط فرد جایگزین می باشد و این کار از طریق دادن اطلاعات به منظور انتخاب آگاهانه و در جهت منافع بیمار صورت می گیرد، کادرپزشکی باید جایگزین بیمار را راهنمایی کنند تا خواست های قلبی ابراز شده بیمار، ارزشها و اعتقادات او و مصالح عالیه وی را (به ترتیب) در نظر داشته باشند.

❖ وقتی مشاهده شود تصمیمی که فرد جایگزین گرفته اساساً با آنچه بیمار ممکن بود انتخاب کند متفاوت است.

❖ کادر پزشکی در موقعیت دشواری قرار می گیرند و باید از همکاران یا کمیته های اخلاق پزشکی یا مسئولین قانونی کمک بگیرند.

❖ به نظر می رسد چگونگی برخورد در این موارد براساس فرهنگ های متفاوت گوناگون است، ولی در معارف اسلامی مصالح عالیه بیمار که با مشورت پزشک با افراد هاذق کسب شده اولویت اصلی برای بیمار است.