

# بررسی سطح آگاهی جراحان و متخصصین بیهوشی شهر کرمان از رضایت و برائت در سال ۱۳۸۹

مسعود قادی پاشا<sup>۱</sup>

نوذرنخعی

آسیه سنجری پور

سید مهدی مرعشی

مریم تیموری

## چکیده

زمینه و هدف: امروزه علی رغم تلاش‌های پزشکان میزان شکایت بیماران رو به افزایش می باشد. یکی از مهمترین تنش‌های شغلی در حرف پزشکی شکایت بیمار است. مسأله نارضایتی، شکایت و دادخواهی بیماران از پزشکان معالج به علت تخلفات و خطاهای تشخیصی درمانی از مسائل مهم جامعه می باشد. این مطالعه به منظور ارزیابی سطح آگاهی جراحان و متخصصین بیهوشی شهر کرمان را از برائت و رضایت انجام شده است.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی که در سال ۱۳۸۹ صورت گرفت، آگاهی ۱۲۰ نفر از جراحان و متخصصین بیهوشی شهر کرمان از رضایت و برائت مورد ارزیابی قرار گرفته است. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه خود ساخته و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار spss ۱۷ و آزمون‌های مجذور کای و تی استفاده گردید.

یافته‌ها: در این مطالعه ۸۳٪ شرکت‌کنندگان متخصص جراحی و ۱۶/۷٪ متخصص بیهوشی بودند. ۷۳/۴٪ افراد آگاهی خوب و ۱۰/۸٪ سطح آگاهی غیرقابل قبول داشته‌اند. نمره آگاهی متخصصین بیهوشی  $14/9 \pm 2$  به‌طور معنی‌داری بیشتر از متخصصین جراحی  $12/9 \pm 3/8$  بود ( $p=0/024$ ). براساس جنس و سابقه کار تفاوتی در نمره آگاهی

---

۱. متخصص پزشکی قانونی، استادیار مرکز تحقیقات پزشکی قانونی (نویسنده مسؤول)

پزشکان ملاحظه نشد.

**نتیجه گیری:** مشخص گردید میزان آگاهی خوب افراد مورد مطالعه مطلوب نبوده است و عدم آشنایی به امر رضایت و براءت می تواند مشکلاتی را برای جامعه پزشکی ایجاد نماید و سلامت جامعه را به خطر بیندازد؛ فلذا لازم است آموزه های قانونی به صورت برنامه های بازآموزی و کارگاه های آموزشی مدون جهت افزایش اطلاعات کادر درمان انجام گیرد.

#### واژگان کلیدی

رضایت بیمار، مسؤولیت پزشک، خطای پزشکی، براءت

## بررسی سطح آگاهی جراحان و متخصصین بیهوشی شهر کرمان از رضایت و برائت در سال ۱۳۸۹

نارضایتی، شکایات و دادخواهی بیماران از پزشکان معالج به علت تخلفات و خطاهای تشخیصی درمانی از مسائل مهم جامعه می‌باشد. امروزه علی‌رغم تلاش‌های پزشکان و دندانپزشکان و سایر کارکنان بهداشت درمان و با وجود بهره‌وری از امکانات در دسترس میزان نارضایتی و شکایت بیماران رو به افزایش نهاده است. این امر از یک‌سو ریشه در عدم موفقیت پزشکان در برقراری رابطه با بیماران دارد ولی از سوی دیگر به دلیل خطاهای پزشکی می‌باشد که تقریباً عمده‌ترین دلیل اقامه دعاوی علیه پزشکان در مسائل اخیر بوده است (قادی پاشا و همکاران، ۱۳۹۱، صص ۳۶ و ۳۷ و قادی پاشا، ۱۳۷۹). میزان شکایت از پزشکان در آمریکا از حدود ۳-۴ درصد در سال ۱۹۷۰ به ۸ درصد در سال ۱۹۸۰ و ۲۰ درصد در سال ۱۹۸۶ و ۲۷ درصد در سال ۱۹۹۰ رسیده است. در ایران میزان شکایت از کادر درمانی از ۱۸۶ مورد در سال ۱۳۷۴ به ۲۹۹ مورد در سال ۱۳۸۸ رسیده است (Pison GJ, Gee, 1985; 1-5).

پزشکان قبل از شروع درمان باید از بیماران رضایت بگیرند. فرم‌های رضایت‌نامه باید در دسترس بیمارانی که صلاحیت دارند قرار بگیرد (Appelbaum PS, Grisso T, 1998; 319(22):1635-38). بیماران برای رد یا پذیرش درمان پیشنهاد شده باید رضایت کامل داشته باشند (Robertd, Rabinson walter. 1999; 340(10): 804-807). فرم‌های رضایت‌نامه کلی یا اختصاصی هستند. بیماران فرم‌های رضایت‌نامه را به عنوان بخشی از برقراری رابطه با ثبات بین پزشک و بیمار پر می‌کنند (Noth LH. 1997;134 10: 279.28) شرایط اخذ رضایت در کشور ایران شامل: سن بلوغ (بالای ۱۸ سال)،

آگاهانه بودن و اهلیت قانونی می باشد (umberli T, mariumA A, Elhadi MA, Vol 5, No 3, 2010). رضایت آگاهانه فقط این نیست که بیمار را به امضای فرم رضایت نامه واداریم بلکه فرایند پویایی از ارتباط مناسب بین بیمار و پزشک است که منجر به تصدیق و موافقت یک مداخله پزشکی خاص می شود. بیمار باید فرصتی را برای پرسش سؤال بیابد تا درک بهتری از درمان و فرایند انجام شده به دست آورد و بتواند آگاهانه درمورد پذیرش یا رد مداخله مشخصی تصمیم گیری کند (Ibid). در کشور انگلیس پزشک موظف به دریافت رضایت می باشد و افراد بالای ۱۸ سال صاحب صلاحیت می باشد. گرفتن رضایت از بیمار در واقع یک فرم امضا شده نمی باشد. برای عوارض با شیوع بالای ۱٪ باید رضایت اخذ گردد (Stuart, Mark. white SM, Baldwin. 2006;61:381-9) رضایت کودکان توسط پدر و مادر انجام می شود و رضایت نامه ای معتبر می باشد که قبل از اقدامات درمانی اخذ گردد (Marcela, Steven. 2005;10: 636-641 & Department of Health. 2009).

اطلاعات برای رضایت آگاهانه به دانش پزشک و این که چگونه به بیمار انتقال داده شده است و آنچه بیمار برای درک تصمیم باید بداند، بستگی دارد. در مطالعه ای مشکلات عمده برای اخذ رضایت آگاهانه را محدودیت زمانی، محدودیت زبانی، استرس همه جانبه و محدودیت ظرفیت بیماران می داند (Akkad A, Jackson c, Kenyon s etal 2004 ; 111(10):1133-8) دریافت رضایت مسؤلیت کیفری را از پزشک سلب می نماید و براءت در واقع آگاهی دادن بیمار از عوارض درمان و جراحی می باشد و دریافت براءت مسؤلیت مدنی را از پزشک سلب می نماید (شجاع پوریان، ۱۳۷۳، ۳۱-۲۳۰).

به نظر می رسد جامعه پزشکی اطلاعات کافی از رضایت و براءت ندارد. هنوز میزان آگاهی، از نظرات واقعی پزشکان درباره رضایت آگاهانه و یا نحوه ارزیابی

و یا تجربه‌ی خود بسیار اندک و نیازمند به تبیین روزافزون دارد. از این رو بر آن شدیم تا میزان آگاهی جراحان و متخصصین بیهوشی شهر کرمان از براءت و رضایت در سال ۱۳۸۸ را بررسی کنیم.

### روش بررسی

مطالعه حاضر پس از تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شده است. این مطالعه به منظور ارزیابی میزان آگاهی متخصصین جراحی و بیهوشی شهر کرمان طی سال ۱۳۸۹ در مطب‌های خصوصی و بیمارستان‌های آموزشی از اصول اخذ رضایت و براءت انجام شده است. معیار ورود به مطالعه پذیرش همکاری جهت تکمیل فرم پرسشنامه توسط پزشکان بود و نهایتاً ۱۲۰ نفر به سؤالات پاسخ دادند.

پرسشنامه ارایه شده مشتمل بر ۲۱ سؤال آگاهی‌سنجی بود. جهت محاسبه نمره آگاهی به کسانی که گزینه‌ی صحیح را انتخاب کردند نمره یک و کسانی که گزینه‌ی غلط یا اطلاعی ندارم نمره صفر و به این ترتیب حداقل و حداکثر نمره قابل انتساب بین ۰-۲۱ بود. اطلاعات به صورت ( میانگین  $\pm$  انحراف معیار) گزارش داده شد. جهت مقایسه میانگین بین دو گروه و بیشتر به ترتیب از آزمون t مستقل و ANOVA استفاده شد. برای محاسبه آگاهی افراد به‌طور قراردادی کسانی که نمره‌شان ( $\pm 1$  انحراف معیار) از میانگین داشتند به عنوان آگاهی در حد متوسط و کسانی که نمره‌شان بیش از یک انحراف معیار از میانگین بود به عنوان آگاهی قابل قبول و کسانی که نمره کمتر از یک انحراف معیار از میانگین بود به عنوان آگاهی در حد غیرقابل قبول در نظر گرفته شدند.

کلیه اطلاعات حاصل جمع‌آوری شده توسط نرم‌افزار SPSS 17 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

### ملاحظات اخلاقی

پزشکان پس از آگاهی از هدف انجام این بررسی به‌طور داوطلبانه وارد مطالعه شدند. ضمناً پرسشنامه‌ها بدون نام بوده، اطلاعات مربوطه محرمانه باقی ماند.

### یافته‌ها

در این مطالعه جمعاً ۱۲۰ نفر جراح و متخصص بیهوشی در پرسشنامه شرکت کردند. از این میان ۸۳/۳ درصد متخصص جراحی و ۱۶/۷ درصد متخصص بیهوشی بوده، ۶۳/۳ درصد (۴۴ نفر) پزشکان مرد ۳۶/۷ درصد (۷۶ نفر) زن بودند (نمودار ۱). از تعداد افراد مورد مطالعه ۳۸.۳٪ (۴۶ نفر) دانشجوی، ۴۹.۲٪ (۵۹ نفر) غیردانشگاهی و ۱۲.۵٪ (۱۵ نفر) نامعلوم بودند (نمودار ۲). افراد با سابقه کار بالای ۱۰ سال (۴۶.۶ درصد) (۵۶ نفر) بیشترین جمعیت مورد مطالعه را تشکیل می‌دادند. (نمودار ۳)

توصیف سایر متغیرهای زمینه‌ای در جدول ۱ آمده است.

بیشترین درصد پاسخ صحیح در سه عبارت دیده شد:

"رضایت کتبی برای انجام عمل جراحی الزامی است" کلیه متخصصین بیهوشی

و ۹۲٪ متخصصین جراحی به آن پاسخ صحیح داده بودند.

"اگر پزشکی رضایت اخذ نماید و بیمار دچار خسارت شود مجازات آن

پرداخت دیه است" کلیه متخصصین بیهوشی و ۸۹٪ متخصصین جراحی به آن

پاسخ صحیح داده بودند.

"اگر پزشک براءت اخذ نماید و اقدامات درمانی را مطابق موازین علمی انجام

دهد، ولی عارضه بیماری ایجاد شود، دیگر ضامن نمی‌باشد." کلیه متخصصین بیهوشی و ۸۳٪ متخصصین جراحی به آن پاسخ صحیح داده بودند. در جدول شماره ۲ میزان صحت پاسخ‌دهی به سؤالات مطرح شده، در هر گروه نشان داده شده است.

در بررسی سطح آگاهی متخصصین بیهوشی  $14/9 \pm 2$  بود، از این میان ۱۰ درصد سطح آگاهی خوب، ۷۰ درصد سطح آگاهی متوسط و ۲۰ درصد سطح آگاهی ضعیف داشتند. در مقایسه میزان آگاهی متخصصین جراحی  $12/9 \pm 3/8$  بود. از این میان ۱۴ درصد از سطح آگاهی خوب، ۷۳ درصد از سطح آگاهی متوسط و ۱۳ درصد سطح آگاهی ضعیف داشتند. به‌طور کلی میانگین سطح آگاهی شرکت‌کنندگان  $13/2 \pm 3/6$  بود.  $15/8$  درصد سطح آگاهی خوب،  $73/4$  سطح آگاهی متوسط و  $10/8$  درصد سطح آگاهی ضعیف داشتند. سطح آگاهی متخصصین بیهوشی در مقایسه با جراحان به‌طور معنی‌داری بیشتر بود ( $p=0/024$ ) در بررسی سایر متغیرها اختلاف معنی‌داری میان دو گروه دیده نشد. متوسط نمره کل پرسشنامه  $13/3 \pm 7/3$  بود. میانگین نمره آگاهی برحسب متغیرهای زمینه‌ای در جدول ۳ نشان داده شده است.

### بحث

انواع تست‌هایی که برای صلاحیت رضایت دادن به کار می‌روند شامل ویژگی‌های پایه‌ای می‌باشند که این ویژگی‌های پایه عبارتند از: ۱- حق انتخاب داشتن ۲- مسئول عواقب انتخاب بودن ۳- توانایی درک بالفعل داشتن (عباسی، ۱۳۸۵، ص ۴). به‌طور کلی مگر در موارد اورژانس، هیچ پزشکی بدون اخذ رضایت بیمار یا نمایندگان قانونی او، حق تصرف در جسم و روان بیمار را ندارد. رضایت باید از

شخصی که اذن او معتبر است، صادر شده باشد و نیز آگاهانه باشد؛ یعنی پزشک آگاهی‌های لازم در مورد درمان و عواقب آن را به بیمار گوشزد کند و اگر بخواهد با رفتار یا گفتار خلاف واقع موجب جلب رضایت بیمار شود، به عنوان طبیب فریبنده مسؤول خواهد بود.

در صورت اخذ رضایت براساس بند ۲ قانون ۵۹ مجازات اسلامی مسؤولیت از پزشک سلب می‌شود (قادی پاشا، ۱۳۸۷، ص ۸۱). اما در مورد شکل رضایت به نظر می‌رسد در هر صورت که باشد اعم از شفاهی و کتبی به هر صورت که مبین رضایت بیمار باشد، کفایت می‌کند (شجاع‌پوریان، ۱۳۷۳، ۳۱-۲۳۰). برائت خالی بودن ذمه شخص معین از تعهد را گویند ماده (۲۸۹ ق.م) ابرا را چنین تعریف می‌کند "ابرا، عبارت از این است که دائن از حق خود به اختیار صرف نظر کند" نیاز عمومی به معالجه و خودداری پزشکان از معالجه در صورت مطالبه مسؤولیت، اقتضا می‌کند که شرایط برائت پذیرفته شود؛ چرا که: اگر امکان برائت پزشک وجود نداشته باشد، هیچ پزشکی از ترس مسؤولیت بعدی اقدام به معالجه بیماران نخواهد کرد. چنانچه پزشکان با اطلاع و مهارت کافی نسبت به اخذ برائت اقدام نمایند، به شرط عدم سهل‌انگاری و قصور در وظیفه در برابر خطرات احتمالی ضامن محسوب نمی‌شوند. با این حال اگر پزشک دارای اطلاعات و خلاقیت‌های لازم بوده و در انجام عمل خود نیز دقت لازم و احتیاط و مراقبت به خرج داده باشد، ولی از بیمار یا اولیا او اخذ برائت نکرده باشد، در این صورت در قبال خطرات ضامن خواهد بود. رضایت از بیمار تنها رافع مسؤولیت کیفری پزشک است و برای رفع مسؤولیت مدنی حتماً باید قبل از شروع معالجه از بیمار یا ولی او برائت عمل آید (عباسی، ۱۳۸۵، ص ۴).

در این مطالعه که آگاهی ۱۲۰ نفر از متخصصین جراحی و متخصصین بیهوشی



شهر کرمان از برائت و رضایت مورد ارزیابی قرار گرفت؛ ۷۳/۴ درصد افراد آگاهی متوسط و ۱۵/۸ درصد سطح آگاهی خوب و ۱۰/۸ درصد سطح آگاهی غیرقابل قبول داشتند. این نتایج مشابه سایر مطالعات در خصوص آگاهی پزشکان از قوانین موجود در حیطه کارشان بوده است؛ به عنوان مثال: در مطالعه دکتر دارابی (Darabi A. 2005) در خصوص آگاهی پزشکان شهر کرمان در مورد قوانین و مقررات متداول نشان داده شد ۱۸/۱ درصد پزشکان عمومی آگاهی کم و ۷۴/۳ درصد آگاهی متوسط و تنها ۷/۶ درصد آگاهی مطلوب داشتند.

Benbow (Benbow SJ, King D, Barrett JA. 1992, 46(1):28-9) در مطالعه‌ای با هدف بررسی آگاهی پزشکان شاغل در لیورپول از جوانب اجتماعی قانونی مراقبت بیمار بر روی ۴۰۰ پزشک عمومی و ۲۵۰ پزشک بیمارستانی انجام داد، نشان داد سطح آگاهی از قوانین متداول حقوق پزشکی کمتر از حد انتظار است. در مطالعه دیگری که در استرالیا انجام شد تنها یک سوم پزشکان مورد بررسی آگاهی مطلوب و قابل قبول داشتند ( Darvall, Mc Mahon Piterman L. (1995;47(1):5-12). در مطالعه‌ای در کشور سودان ۹۰ درصد رضایت آگاهانه را مهم شمرده و ۹/۷ درصد اهمیت آن را برای عمل درمان یا جنبه‌های پزشکی قانونی نمی‌دانستند. ۶۶/۹ درصد به طور کامل یا نسبی با محتوای آن آشنا بودند و ۷۵/۸ درصد از کادر درمان در اعمال جراحی از آن بهره گرفته‌اند. تمام کادر درمانی هیچ تعلیمی برای مهارت‌های ارتباطی رضایت آگاهانه قبل از فارغ‌التحصیلی ندیده‌اند (نوروزپور، قادی پاشا و الهی‌منش، ۹۱). در مطالعه‌ای در کشور هند و مالزی اغلب پزشکان رضایت آگاهانه را به عنوان یک مدل استاندارد و معقول پزشکی و به عنوان انتخاب غالب در پزشکی در نظر گرفته بودند. سن، سواد و وضعیت ذهنی به عنوان شاخص‌های مهم در توانایی رضایت دادن در نظر گرفته

شده بودند (Yousuf RM, Fauzi A RM, 2007; 45 (6): 559).

در این مطالعه سطح آگاهی قابل قبول کل جامعه ۱۵/۸ درصد در نظر گرفته شد. هرچند سطح آگاهی جراحان از برائت و رضایت در محدوده قابل قبول ۱۴ درصد بود، این میزان به طور قابل ملاحظه‌ای کمتر از سطح آگاهی متخصصین بیهوشی (۲۵ درصد) می‌باشد.

برخلاف انتظار میان سطح آگاهی افراد و محل خدمت ( $p=0.128$ ) و نیز مدت زمان اشتغال ( $p=0.19$ ) هیچ رابطه معنی‌داری وجود نداشت. این امر نشان می‌دهد، نحوه اطلاع‌رسانی و دسترسی به متخصصین پزشکی قانونی حتی در مراکز دولتی و دانشگاهی بسیار محدود است و برنامه‌ریزی‌های انجام شده جهت آگاهی‌بخشی به پزشکان تاکنون کافی نبوده است.

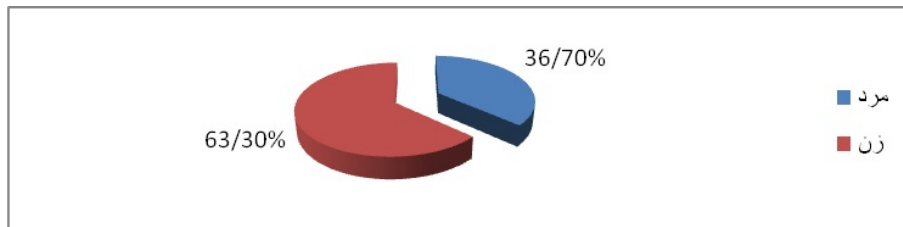
این مطالعه نشان داد بیشترین میزان آگاهی در مورد الزامی بودن رضایت کتبی برای انجام عمل جراحی است. ۱۰۰ درصد متخصصین بیهوشی و ۹۲ درصد متخصصین جراحی در این خصوص آگاهی داشتند. با این حال بسیاری از شرکت‌کنندگان اشتباهاً بر این باور بودند که اعتبار رضایت کتبی از شفاهی بیشتر است. اطلاع گروه جراحی در خصوص عدم لزوم اخذ رضایت گرفتن در موارد فوری و اورژانسی چندان قابل قبول نبود (۱۵/۸ درصد). این مسأله باعث می‌شود پزشک بدون رضایت ریسک عمل جراحی را نپذیرد.

## نتیجه

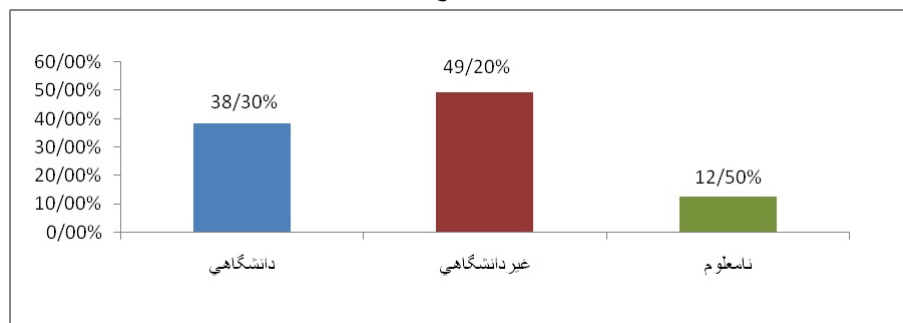
با توجه به پژوهش انجام شده، مشخص گردید میزان آگاهی خوب افراد مورد مطالعه مطلوب نبوده است و عدم آشنایی به امر رضایت و براءت می‌تواند مشکلاتی را برای جامعه پزشکی ایجاد نماید و سلامت جامعه را به خطر بیندازد. پزشکان باید بدانند که گرفتن رضایت از بیمار در واقع یک فرم امضاء شده نمی‌باشد و مهمترین رکن آگاهی بیمار به اقدامات درمانی و جراحی می‌باشد.

انتظار می‌رود که اطلاع‌رسانی به‌ویژه در مورد دستورالعمل‌های جدید به نحو بهتری صورت گیرد و همچنین لازم است آموزه‌های قانونی به‌صورت برنامه‌های بازآموزی و کارگاه‌های آموزشی مدون جهت افزایش اطلاعات کادر درمان انجام گیرد تا علاوه بر افزایش سطح آگاهی از مشکلات قضایی گروه‌های فوق کاسته شود.

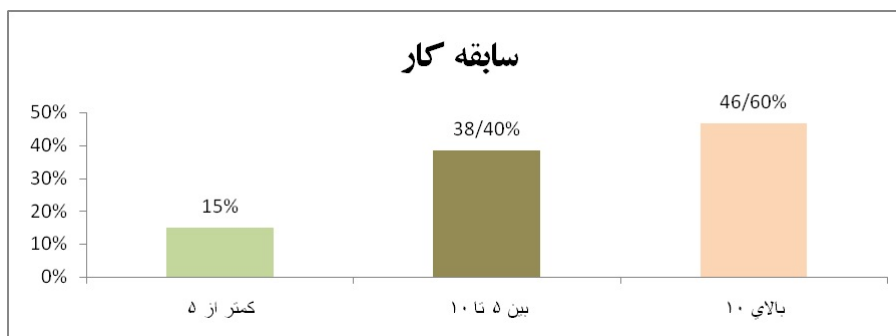
نمودار ۱- جنسیت



نمودار ۲- نوع خدمت



نمودار ۳- سابقه کار



جدول ۱. خصوصیات کلی شرکت کنندگان در بررسی میزان آگاهی متخصصان جراحی و بیهوشی شهر کرمان از براءت و رضایت در سال ۱۳۸۸

درصد	تعداد	جمعیت	
۸۳/۳	۱۰۰	جراحی	تخصص
۱۶/۷	۲۰	بی هوشی	
۵۰	۶۰	دولتی	محل کار
۴۴/۲	۵۳	غیره	
۵/۸	۷	نا معلوم	

جدول ۲. درصد پاسخ صحیح به هر یک از سؤالات آگاهی‌سنجی براءت و رضایت به تفکیک متخصصین جراحی و بیهوشی

درصد پاسخ صحیح		سؤالات
بی‌هوشی n=۲۰	جراح n=۱۰۰	
۹۵	۵۴	۱. در کشور ما رضایت گرفتن از بیمار در مواردی فوری و ضروری الزامی است.
۶۵	۶۱	۲. هنگامی که پزشک موفق شد رضایت بیمار را اخذ نماید مسؤولیت کیفری از پزشک سلب می‌باشد.
۱۰۰	۹۲	۳. رضایت کتبی برای انجام عمل جراحی الزامی است.
۱۰۰	۸۳	۴. اگر پزشک براءت اخذ نماید و اقدامات درمانی موازین علمی انجام دهد ولی عارضه بیماری ایجاد شود دیگر ضامن نمی‌باشد.
۴۰	۳۴	۵. براءت برای شروع درمان می‌باشد.
۶۰	۵۱	۶. در صورت اخذ براءت مسؤولیت مدنی از پزشک سلب می‌شود.
۵	۱۵	۷. اعتبار رضایت کتبی از شفاهی بیشتر است.
۴۵	۴۷	۸. بیماری به علت ترومای منجر به له شدگی به ساق پا به اورژانس مراجعه می‌نماید و پزشک معالج اعلام می‌نماید که پا باید قطع گردد. بیمار هنوز هوشیار می‌باشد ولی رضایت به قطع نمی‌دهد علی‌رغم عدم رضایت پزشکان می‌توانند اقدام جراحی فوق را انجام دهد.
۶۵	۷۳	۹. در صورت اخذ براءت حتی اگر قصور انجام شود پزشک ضامن خسارت انجام شده نمی‌باشد.
۷۰	۵۴	۱۰. اخذ براءت باید حتماً توسط پزشک انجام شود.
۵۵	۵۵	۱۱. طبیبی حین عمل جراحی متوجه می‌شود که بیمار نیاز به عمل جراحی اورژانسی دیگری غیر از عمل جراحی که برای آن از بیمار رضایت گرفته دارد. آیا می‌تواند بدون اذن عمل دیگری را انجام دهد.
۹۰	۸۱	۱۲. بیماری با عفونت دستگاه تنفس فوقانی به بخش اورژانس مراجعه کرده است پس از پرسش در مورد تاریخچه بیماری وی معاینه‌ای روتین به عمل می‌آید اگر پزشک بدون رضایت بیمار برونکوسکوپی انجام دهد مسؤول صدمات وارده به بیمار می‌باشد.

۷۰	۴۰	۱۳. خانمی سه ماه بارداری باشد و جنین نقص ژنتیکی دارد که طبق مقررات می‌تواند سقط درمانی را انجام دهد ولی خطر جانی برای مادر وجود ندارد. همسر وی رضایت به انجام سقط ندارد پزشک با توجه به مخالفت همسر نمی‌تواند سقط در مانی را انجام دهد.
۶۵	۴۷	۱۴. کودکی به علت بیماری نیاز به ماده تعویض خون اورزانس دارد ولی والدین رضایت نمی‌دهند علی‌رغم عدم رضایت والدین پزشک می‌تواند تعویض خون را انجام دهد.
۸۰	۸۰	۱۵. پزشکی برای عارضه شایع عمل جراحی از بیمار براثت اخذ می‌نماید نامبرده حتی اگر کوتاهی در اقدامات جراحی انجام دهد با توجه به اخذ براثت مرتکب قصوری نشده است.
۸۵	۶۰	۱۶. پزشکی متخصص و جراحی برای انجام عمل جراحی دیسک ناحیه کمری که دارای چسبندگی شدیدی است. براثت اخذ نمی‌نماید. در حین عمل جراحی تمامی اقدامات درمانی را طبق ضوابط علمی انجام می‌دهد ولی بیمار دچار بی‌اختیاری ادرار پس از جراحی می‌گردد با توجه اینکه در کار درمانی کوتاهی نکرده است پس پزشک مسؤول نبوده و ضامن خسارت نمی‌باشد.
۷۰	۶۴	۱۷. پزشکی برای انجام درمان از بیمار رضایت اخذ نمی‌نماید ولی کلیه اقدامات درمانی را طبق مقررات انجام می‌دهد و اقدامات درمان وی نیز طبق مقررات نیز می‌باشد با شرح فوق پزشک دیگر ضامن نمی‌باشد.
۹۰	۷۰	۱۸. پزشک در منزل پس از اخذ رضایت کتبی دارویی را بصورت IM تزریق می‌نماید بدنبال تزریق بیمار دچار شوک آنافیلاکتیک می‌گردد و دچار عوارض cp می‌شود با توجه به اینکه پزشک رضایت کتبی از بیمار اخذ نموده است دیگر مسؤولیتی ندارد.
۸۰	۷۴	۱۹. بیمار به مطب پزشک مراجعه می‌کند و پزشک اقدامات معمول درمانی را برای وی انجام می‌دهد ورود بیمار به مطب رضایت تلویحی محسوب می‌گردد و نیاز به اخذ رضایت کتبی نمی‌باشد.
۶۵	۵۹	۲۰. اگر پزشکی براثت اخذ نماید طبق هر شرایط ضامن نمی‌باشد.
۱۰۰	۸۹	۲۱. اگر پزشک رضایت اخذ ننماید و بیمار دچار خسارت شود مجازات آن پرداخت دیه می‌باشد.

جدول ۳. محاسبه میانگین نمره آگاهی برحسب متغیرهای زمینه‌ای

P	نمره آگاهی $\pm$ انحراف معیار		
۰/۱۸۵	۱۳/۶ $\pm$ ۳/۴	مرد	جنس
	۱۲/۶ $\pm$ ۴/۱۱	زن	
۰/۰۲۴	۱۲/۹ $\pm$ ۳/۸	جراحی	تخصص
	۱۴/۹ $\pm$ ۲	بیهوشی	
۰/۱۹	۱۲/۱ $\pm$ ۲/۷	<۵	سابقه کار
	۱۳/۹ $\pm$ ۲/۷	۵-۱۰	
۰/۱۲۸	۲/۸ $\pm$ ۱۳/۴	۱۰>	محل کار
	۱۳/۱ $\pm$ ۳	دانشگاهی	
	۱۳/۸ $\pm$ ۲/۹	غیره	

## فهرست منابع

- شجاع پوریان، سیاوش. (۱۳۷۳). مسؤولیت مدنی ناشی از خطاهای شغلی پزشک، چاپ اول، تهران: انتشارات فردوسی.
- عباسی، محمود. (۱۳۸۵). رضایت و براءت. چاپ اول. تهران: انتشارات پژمان، ۴.
- قادی پاشا مسعود. (۱۳۸۷). انجم شعاع محمد مهدی. دکتر قدسی آرش. نجیب زاده هوریه. ضمان و مسؤولیت پزشک اولین همایش سراسری طب و قضا. انتشارات سازمان. صفحه ۸۱
- قادی پاشا مسعود و همکاران. (۱۳۹۱). بررسی میزان آگاهی جراحان و متخصصین شهر کرمان از رضایت و براءت در سال ۱۳۸۹، چکیده خلاصه مقالات، سازمان قضایی نیروهای مسلح، صفحات ۳۶ و ۳۷.
- قادی پاشا مسعود. (۱۳۷۹). بررسی اقدامات درمانی منجر به فوت مطرح شده در جلسات کمیسیونهای پزشکی سازمان پزشکی قانونی کشور از ابتدای سال ۱۳۷۴ لغایت ۱۳۸۷. پایان نامه برای دریافت درجه تخصصی پزشکی قانونی. دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- نوروزپور، علیرضا؛ قادی پاشا، مسعود و الهی‌منش، محمدرضا. (۱۳۹۱). بررسی میزان آگاهی پزشکان شهر یاسوج از قوانین و مقررات متداول حقوق پزشکی در سال ۱۳۸۸. پایان نامه، دانشگاه پیام نور.
- Akkad A, Jackson c, Kenyon s etal Informed consent for elective and emergency surgery questionnaire study BJOG 2004 ; 111(10):1133-8
- Appelbaum PS , Grisso T. Assessing patient's capacities To consent to treatment .NEJM . 1998; 319(22):1635 -38
- Benbow SJ, King D, Barrett JA . Doctor's knowledge of socio –legal aspects of patients care .Br J Clin Pract .1992 ;46(1):28-9
- Darabi A .Doctor's Knowledge of socio-legal aspects of legal medicine. Doctora thesis .Spring 2005 ,Kerman University of Medical Sciences.[Persian]
- DarvalL,Mc Mahon Piterman L.Medico-legal knowledge of general practitioners: disjunctions ,errors and uncertainties.rev invest clin J,1995;47(1):5-12.
- Department of Health .Reference guide of consent for examination of treatment 2<sup>nd</sup> edu July 2009.
- Marcela G, Steven J. Informed consent for medical Treatment and Research: A Review The oncologist 2005;10: 636-641
- Noth LH . Test Of competency to consent to Treatment.Am Pschyciatry . 1997 ;134 (10): 279.28
- Pison GJ,Gee N. The essential of forensic medicine. 5<sup>Th</sup> ed., Oxford. Pergamon press, 1985;1-5
- Robertd, Rabinson walter . Informed consent always necessary for



- randomized control trails. NEJM. 1999; 340(10): 804-807
- Stuart M, Mark A. Consent: Anesthesia and intensive care medicin 2012 Elsevier Ltd all rights resaved.
- umberli T, mariumA A, Elhadi MA, Implementation of Informed consent in obstetrics and Gynecology operations in Khartoum – Sudan 2009, Sudan JMS Vol 5, No 3 sept 2010.
- white SM , Baldwin TJ. the mental capacity Act,2005 implications for anesthesia and intensive care. Anesthesia 2006;61:381-9
- Yousuf RM, Fauzi A RM, How SH, Rasool AG, Rehna K, Awareness, Know legal and attitude to nards informed consent among doctors in tow different cutures in Asia, Singapore med J 2007; 45 (6): 559

#### یادداشت شناسه مؤلفان

مسعود قادی پاشا: متخصص پزشکی قانونی، استادیار مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی کشور (نویسنده مسؤل)

نشانی الکترونیک: m\_ghadipasha@yahoo.com

نودر نخعی: متخصص پزشکی اجتماعی، استاد دانشگاه علوم پزشکی کرمان

آسیه سنجری پور: پزشک عمومی

سید مهدی مرعشی: متخصص پزشکی قانونی

مریم تیموری: پزشک عمومی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۹/۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۱۲