

的医学生在相当长时期内只有基本工资,没有其他奖金与津贴,且前途并不明朗的情况下,很难避免人才的流失,这样势必会影响医生队伍建设的长远发展。

**4.5 加强舆论的宣传与引导作用** 中国目前媒体舆论的力量达到了前所未有的高度,其对一些社会问题的报道将对公众的认知产生深刻的影响。因此,媒体舆论部门在对涉及到医患关系的事件报道中,必须充分考虑到医疗行业的特殊性、高风险性,站在公正公平的立场,充分考虑医患双方的合法权益,理性成熟地做客观、公正的报道,正确引导社会舆论,唤醒社会大众对医生保护的集体意识,避免恶意的跟随与效仿。

另外,公安机关应秉公执法,在法律框架内解决医疗纠纷,对那些以暴力胁迫、威胁恐吓、伤害医务人员或医疗机构而扰乱正常医疗秩序的行为及时果断地予以依法处理,确保正常的医疗秩序及医务人员的人身安全不受侵害<sup>[13]</sup>。一旦医疗纠纷发生过激行为,公安机关要及时出警,按照科学合理的应急处理程序,积极作为,坚决制止医疗纠纷中的过激行为,保护医疗机构和医务人员的合法权益。

作者认为,在当前医患纠纷凸显的背景下,在充分保障患者合法权益的同时,中国加快对医生保护的立法及制度建设显得尤为重要和迫切,它不仅直接关系到医护人员的切身利益,也关系到中国新医改的成果及中国医药卫生事件的长足发展。中国医生保护制度的建立,需要推动相应的医生保护立法建设;政府应当加大财政倾斜力度来支持医疗卫生事业;医院可以成立专门的部门来调解医疗纠纷争议事件及加强对患方的人文关怀;媒体对医疗纠纷的报道需要有专业监督部门的新闻学术把关,以免造成负面影响;构建完善的医生培养和保障体系则是着眼于中国医药卫生事业人才的长远战略计划。

#### 参考文献:

[1] 吴曾. 能改斋漫录[M]. 上海:上海古籍出版社,1979:  
• 卫生管理 •

381.

- [2] 中国价值网. 中国医生属于高危职业[EB/OL]. <http://focus.chinavalue.net/Finance/2011-12-31/381731.html>, 2011-12-31/2012-5-18
- [3] 王英.《侵权责任法》对我国医疗纠纷重大影响的思考[J]. 法制与社会:旬刊,2010,(18):76-78.
- [4] 宋发彬,姚瑶,方鹏骞. 转型期医患关系中医务人员法律地位研究[J]. 医学与社会,2008,21(4):44-46.
- [5] 卫生部统计信息中心. 2003~2007年中国卫生事业发展统计公报[R]. 北京:中华人民共和国卫生部,2008.
- [6] 陈晓青,伊力野. 医疗纠纷现状及相关法律分析[J]. 医学与社会,2009,22(12):56-57.
- [7] 陶短房. 国外如何避免医患冲突[J]. 党政干部参考,2012,13(5):46-47.
- [8] 冷传莉. 从医疗事故案件举证倒置看制度设计中的利益权衡[J]. 中国卫生产业,2006,4(10):56-59.
- [9] 罗洪,吴小珊. 美国医院对工作场所暴力的防范[J]. 实用护理杂志,2003,19(12):65-66.
- [10] 宋国鑫,董礼枫,袁芳. 论医患利益冲突[J]. 中国卫生产业,2011,8(8/9):126.
- [11] 刘璟洁. 当代中国医患关系的伦理本质及其调适[D]. 江苏:东南大学,2007.
- [12] 新华网. 温家宝主持国务院常务会议决定建立全科医生制度[EB/OL]. [http://news.xinhuanet.com/politics/2011-06/22/c\\_121571010.htm](http://news.xinhuanet.com/politics/2011-06/22/c_121571010.htm),2011-6-22/2012-6-3.
- [13] 郑力,金恒光. 论医疗纠纷协商解决的利弊及完善[J]. 中国医院,2003,7(11):47-49.

(收稿日期:2013-01-08 修回日期:2013-03-21)

## 医院落实知情同意权的满意度及影响因素研究

黄琼,蒲川<sup>△</sup>

(重庆医科大学公共卫生与管理学院医事法学教研室 400016)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2013.19.048

文献标识码:B

文章编号:1671-8348(2013)19-2298-03

知情同意权是一项由自然人所享有的独立的具体人格权,它是由医患关系所具有的人身属性所决定的,以人的生理活动的安全利益为权利客体,以患者在医方提供医疗信息的基础上做出是否允许医方对患者身体实施医疗行为的决定为权利内容<sup>[1]</sup>,主要目的在于通过自主决定权这一手段,射向患者福利这一终极目的<sup>[2]</sup>。概括起来,只要和患者疾病相关的内容,患者都有知情权,在需要作出决定时,在充分知情的情况下,患者都有自主选择权<sup>[3]</sup>。通过此次调查,了解患者对知情同意权的态度及实际享有情况,并提出相关完善对策。

### 1 对象与方法

**1.1 调查对象** 以兰州市某三甲医院为样本,在样本医院住院3 d以上,能够理解并能配合独立完成调查问卷的患者。

**1.2 调查方法** 采用无记名问卷调查,由调查员对调查对象

进行问卷的发放与回收,调查对象根据自身情况当场填写,对疑问之处当面给予解答。本次调查共发放400份问卷,收回374份,回收率为93.5%,其中有效问卷353份,有效应答率为94.4%。

**1.3 统计学处理** 采用Epidate3.1统计软件录入数据,并应用SPSS17.0统计软件对数据进行分析。计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 $t$ 检验;计数资料采用率表示,组间采用 $\chi^2$ 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ ,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

### 2 结果

**2.1 调查对象基本情况** 其中男116人(32.9%);女237人(67.1%)。城市居住人数158人(44.8%);农村居住人数195人(55.2%)。年龄18~60岁,涉及学生、教师、工人等不同领域,学历涉及小学、初中、高中、大专等不同文化程度。

**2.2 调查对象基本情况对知情同意权知晓的影响** 通过调查发现,有 67 人(19.0%)完全知晓知情同意权,286 人(81.0%)不完全知晓。表 1 中,调查对象的年龄和居住环境对知情同意权知晓情况的影响差异有统计学意义( $P < 0.05$ );而调查对象的性别和文化程度差异对知情同意权知晓的影响差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。对此,本研究将知晓情况设为因变量,调查对象的年龄和居住环境设为自变量,进行的 Logistic 回归分析结果,见表 2。

**表 1 调查对象基本情况对知情同意权知晓的影响[n(%)]**

组别	完全知晓	不完全知晓	$\chi^2$	$P$
年龄(岁)	18~30	20(5.7)	71(20.1)	6.934 0.031
	30~50	41(11.6)	148(41.9)	
	>50	6(1.7)	67(19.0)	
性别	男	28(7.9)	88(24.9)	2.989 0.084
	女	39(11.0)	198(56.1)	
居住环境	城市	48(13.6)	110(31.2)	24.170 0.000
	农村	19(5.4)	176(49.9)	
文化程度	小学	6(1.7)	25(7.1)	1.519 0.678
	初中	14(4.0)	73(20.7)	
	高中	23(6.5)	78(22.1)	
	大专以上	24(6.8)	110(31.2)	

**表 2 Logistic 回归分析结果**

项目	B	P	Exp(B)
年龄	0.394	0.061	1.483
居住环境	1.379	0.000	3.969

**表 5 医务人员保障患者知情同意权情况[n(%)]**

告知内容	详细告知	简单告知	没有告知
1. 诊断结果、病情说明及预后情况	181(51.3)	151(42.8)	21(5.9)
2. 拟定的治疗措施和治疗方案	166(47.0)	171(48.4)	16(4.5)
3. 多个治疗方案的利弊	156(44.2)	152(43.1)	45(12.7)
4. 治疗期间预期费用	88(24.9)	169(47.9)	96(27.2)
5. 治疗期间注意事项	188(53.3)	148(41.9)	17(4.8)
6. 预计治疗周期	71(20.1)	203(57.5)	79(22.4)
7. 手术中的适应证、禁忌证、风险及并发症	154(43.6)	188(53.3)	11(3.1)
8. 手术效果和预后情况	134(38.0)	184(52.1)	35(9.9)
9. 特殊检查、特殊治疗的适应证、禁忌证、并发症、疗效、危险性及可能发生的其他情况	141(39.9)	167(47.3)	45(12.7)
10. 大型检查项目的费用,注意事项	92(26.1)	159(45.0)	102(28.9)
11. 病情发生变化时紧急的治疗方案	134(38.0)	191(54.1)	28(7.9)
12. 非基本药物使用的必要性和使用方案、不良反应	137(38.8)	199(56.4)	17(4.8)

**表 6 患者对医院落实医师说明义务的满意度**

满意度	患者数量(n)	累计构成比(%)
非常好	53	15.0
比较好	96	27.2
一般	132	37.4
比较差	46	13.0
很差	26	7.4

**2.3 知晓途径** 调查过程中,调查对象可以选择多种知晓的途径。调查对象知晓途径的百分比人数,见图 1。

**2.4 知情同意权重要性及关心程度** 调查对象对知情同意权的总体看法,见表 3~4。

**表 3 保障患者知情同意权重要性的认识**

保障患者知情同意权重要性	患者数量(n)	累计构成比(%)
非常重要	167	47.3
比较重要	141	39.9
不太重要	42	11.9
不重要	3	0.8

**表 4 就医过程中患者对知情同意权关心程度**

患者对知情同意权的关心程度	患者数量(n)	累计构成比(%)
非常关心	140	39.7
比较关心	159	45.0
不太关心	52	14.7
不关心	2	0.6

**2.5 医院落实知情同意权的情况** 根据相关法律法规及其规定,患者有权了解有关自己疾病的所有信息,包括疾病的诊断、检查、医疗措施及其效果、预后、风险、医疗费用等;患者有权对治疗、护理等做出接受或拒绝的决定;患者有权自由选择医院、医生、护士、医疗护理方案<sup>[4]</sup>。样本医院对患者知情同意权的落实情况,在结果分析中医务人员对各项告知内容的说明程度上的差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 5。

**表 7 医患沟通中,患者易于理解告知内容的程度[n(%)]**

组别	易于理解	不易于理解	$\chi^2$	$P$
农村患者	97(27.5)	98(27.8)	29.359	0.000
城市患者	123(34.8)	35(9.9)		

**2.6 医院落实知情同意权的效果** 患者对医院落实说明义务的满意度的调查(表 6)。农村患者和城市患者对告知内容的

理解程度的差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 7。

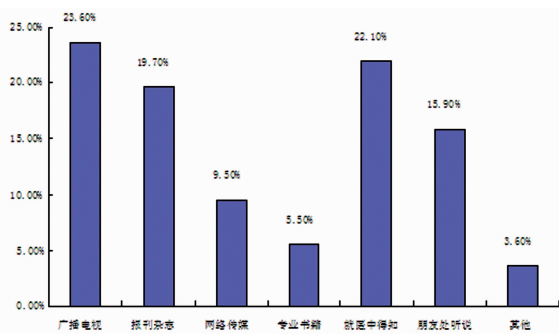


图 1 知情同意的知晓途径(人)

### 3 讨论

无论是患者、家属,还是医务人员,正确认识并深入理解知情同意的内容、目的和归属等问题,是确保患者知情同意权真正落实的重要前提<sup>[5]</sup>。因问卷调查方法本身的局限性,调查对象也针对住院患者,所以调查结果并不全面,为此本研究访谈了相关医疗负责人和个别患者,并查阅有关文献资料,对医疗机构履行告知说明义务的各个环节和细节上提出有关政策性建议。

**3.1 加大公共宣传力度** 因患者对其知情同意权知晓的差异性与其年龄和居住环境有关,所以针对城市和农村两类患者群体,因地制宜通过广播电视、报刊杂志等多种群体关注度较高的媒体对患者相关权利进行宣传教育。在就医过程中,医疗机构可以适当为患者和医务人员举办诊疗中的权利和义务的相关宣讲活动,既能拉近医患之间的距离又能将维权意识深入人心。美国生命伦理顾问委员会曾特别指出,知情同意强调的是获得同意的过程,而不是用书面或签字等形式获得同意文件<sup>[6]</sup>。同时提倡患者积极参与医患沟通的整个过程。患者可以提出各种有关病情的问题,可以根据医生提供的信息自主的取舍,接受或许可,同意的人必须表达他们领会了所建议的内容<sup>[7]</sup>。医生应该承认患者个人偏好的合理性,患者应分担有关治疗决定的责任,因此对医生的工作时间、沟通技巧和能力提出挑战<sup>[8]</sup>。

**3.2 加强医务人员的沟通技能培训** 患者知情同意权是否充分、有效的落实,关键是医务人员是否向患者进行了有效告知,是否能让毫无专业基础的患者通俗易懂地了解疾病相关情况。本研究认为,在医患沟通中尽量避免医学专业术语,以通俗易懂的词汇作解释,并且针对不同居住环境和年龄阶段的患者采取具体适宜的沟通方式,使其尽可能的理解并接受疾病告知内容,更有益于实现医患沟通的有效性,让患者满意并顺利配合治疗过程。

**3.3 规范院内相关管理制度** 国际上对于患者的知情同意采取推定同意和书面同意两种方式,即对患者无侵袭性的治疗,当患者没有反对意见时,视为同意,无需签署书面同意书;对于一些危险性较大或对患者身体造成侵袭性和创伤性的治疗时应征得患者的书面同意<sup>[9]</sup>。

医院应当制定相应的履行规范,以保证医师全面、恰当地与患者沟通,实现患者的知情同意权。本研究对此提出以下几点建议:(1)具体划分告知的内容为需要签署《知情同意书》的告知和无需签署的口头告知。制定适用于不同科室病种的《知情同意书》,并由主治医师详细解释其内容,患者理解并同意后签署并注明医师已详细解释内容。需要进行口头说明的诊疗内容或诊疗进程,应当将医患谈话的主要内容记录于病例中,

并由患者签字“注明经主治医师详细说明,已知晓诊疗情况”。

(2)明确医师履行告知义务的内容、对象,给医师一个统一的履行标准。因《医院工作条例》和《医疗机构管理条例》中规定的告知对象与《医疗事故处理条例》和《病历书写基本规范(试行)》中的有出入,而从中国现行法律法规看来,知情同意权的主体应当是患者本人,所以应该明确患者本人是第一告知对象。(3)未履行告知义务或履行不充分时,医师应承担相应的惩罚。由医院伦理委员会对医师告知义务履行情况作考核和评估,确保患者知情同意权的实现和医患沟通的有效进行,提高患者满意度,建立良好的医患关系,实现权利、义务、责任的有效统一。(4)对于未履行告知义务的免责事由。由于医疗活动本身特殊性的考虑,学说和立法都承认:在一定情况下医师说明义务可以免除。这些特殊情况包括:医疗紧急情况、患者自动放弃、医疗裁量权和强制医疗等,统称为说明义务的例外<sup>[10]</sup>。

**3.4 规范知情同意书文本** 有研究认为,导致知情同意书文本不规范的根本原因是医院知情同意缺乏程序化、专业化、法律化的过程,医院领导对此不够重视,没有把知情同意告知纳入到医院质量管理的重点上来<sup>[11]</sup>。统一告知义务相关标准和基本原则,对于特殊患者或特殊病情,具体事宜具体处理。本研究认为,知情同意书为病历的一部分作为法律证据,在司法实践中只能证明医务人员是否履行了相关告知义务,但不是发生医疗责任的免责条款,所以国家应统一针对不同病种和手术制定知情同意书规范文本,为医院提供参考。并且知情同意书应当由医患双方当事人签署,一式两份,双方各执 1 份,以此保护双方当事人的合法权益。

### 参考文献:

- [1] 冯杰,黄河.从《侵权责任法》的视角解读医疗知情同意权[J].法制与社会,2008,8(12):136-137.
- [2] 杨玮崑.医师告知义务的法律解构和重构[J].中国医院管理,2010,30(10):49-51.
- [3] 朱朝阳.我国医疗知情同意的现状及存在的问题探讨[J].中外医疗,2008,28(35):151-152.
- [4] 刘宇,王北京,邓利强,等.医疗知情同意权概述[J].中国医院,2008,12(4):2-3.
- [5] 周婵,苏银利,丁小玲.医患双方队知情同意权的认知调查[J].护理学杂志,2009,24(9):63-64.
- [6] 夏媛媛.从知情同意的发展史正确认识知情同意权[J].医学与社会,2007,20(2):44-46.
- [7] Neill OO.知情同意权:从纽伦堡到赫尔辛基[J].张斌,赵明志,译.医学与哲学:人文社会医学版,2006,27(11):10-14.
- [8] King JS, Moulton BW. Rethinking Informed Consent: The Case for Shared Medical Decision-Making[J]. Am J Law Med, 2006, 32, 445, 464.
- [9] 薛满全,赵继顺.临床医疗中知情同意的实践与思考[J].医学与哲学,2008,29(9):4-6.
- [10] 罗秀,蒲川.紧急医疗时说明义务的履行[J].中国医院管理,2010,30(1):55-56.
- [11] 陈方,谢君辉,邓利强,等.我国医疗知情同意及告知方面存在的问题[J].中国医院,2008,12(4):4-6.