

کیفیت اخذ رضایت آگاهانه در بیماران بستری تحت عمل جراحی

عباس شیخ طاهری* - دکتر مهرداد فرزندی پور**

* دانشجوی دکترای مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
** دکترای مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی کاشان

چکیده

زمینه و هدف: رضایت آگاهانه بیمار اساس اخلاق پزشکی است. این پژوهش با هدف بررسی کیفیت اخذ رضایت آگاهانه در بیماران تحت عمل جراحی در بیمارستان‌های آموزشی شهرستان کاشان انجام گردید.

روش بررسی: در این پژوهش توصیفی مقطعی ۳۰۰ بیمار (رضایت دهنده) بخش جراحی بصورت تصادفی ساده و با توجه به برنامه زمانی پذیرش بیماران وارد مطالعه شدند. داده‌ها بوسیله پرسشنامه‌ای که بعد از پذیرش و قبل از جراحی تکمیل گردید، جمع‌آوری شد. داده‌ها با کمک آمار توصیفی (درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار امتیازات) تحلیل گردید.

یافته‌ها: رضایت‌دهندگان معتقد بودند اطلاعاتی در مورد منافع (۴۵٪)، عوارض (۵۵٪)، سایر درمان‌ها (۶۷٪)، طول دوره بستری (۵۰٪) و پیگیری بعد از ترخیص (۶۶٪) دریافت نکرده‌اند. اکثر ایشان فرم رضایت نامه را قابل درک نمی‌دانستند (۶۹٪) و معتقد بودند محتویات فرم توضیح داده نمی‌شود (۸۲٪). اکثر آنها اعلام کردند از منافع (۷۰٪) و عوارض (۶۹٪) سایر درمان‌ها آگاه نشده و امکان انتخاب درمان دیگر را نداشته‌اند (۶۷٪). حق امتناع از عمل برای ۴۳٪ آنان توضیح داده شده بود. اکثریت آنها معتقد بودند که زمان کافی برای فکر کردن و سؤال پرسیدن (۶۸٪) و تماس با پزشک یا همکاران وی را داشته‌اند (۵۹٪) و پاسخ سؤال‌آنها به طور کامل داده شده (۷۲٪) و توضیحات پزشک برای آنها قابل فهم بوده است (۷۷٪).

نتیجه‌گیری: به جز در مورد تعامل و ارتباط پزشک و بیمار، رعایت سایر ابعاد رضایت آگاهانه کافی بنظر نمی‌رسد. ضروری است منافع و عوارض احتمالی عمل، سایر گزینه‌های درمانی، منافع و عوارض آنها، طول دوره بستری، پیگیری‌های بعد از ترخیص و محتویات رضایت‌نامه برای بیماران توضیح داده شود.

واژگان کلیدی: رضایت آگاهانه، کیفیت، جراحی، بیمار بستری

تأیید مقاله: ۸۷/۹/۲۶

وصول مقاله: ۸۷/۶/۲۰

نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان ولی عصر، بالاتر از ظفر، کوچه بابک بهرامی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، گروه مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی taheri@iums.ac.ir

مقدمه

درمانی مناسب را با ذکر فواید و خطرات هر یک مطرح کند. پزشک باید، ضمن ارایه اطلاعات لازم، به بیمار اجازه دهد تا از قدرت قضاوت خود استفاده کند. در این راستا توضیحات باید قابل فهم و بدون اعمال نفوذ و توصیه‌های شخصی پزشک باشد (۶).

در این خصوص مطالعات مختلفی انجام شده است. در مطالعه‌ای مشخص گردید که ۹۷/۵٪ بیماران از نوع روش جراحی، ۹۵٪ از دلایل جراحی، ۹۹٪ از طول مدت اقامت در بیمارستان، ۸۹٪ از مراقبت‌های بعد از عمل آگاهی داشتند (۷). در مطالعه دیگری در انگلستان مشخص شد ۹۵٪ بیماران از توضیحات ارایه شده قبل از اخذ رضایت‌نامه، رضایت داشتند (۸). مطالعاتی نیز وضعیت نامطلوب اخذ رضایت‌نامه را گزارش کرده است. در مطالعه‌ای در کراچی اخذ

رضایت آگاهانه بیمار اساس اخلاق پزشکی است (۱). در ایران ۴ بند از ۱۰ بند منشور حقوقی بیمار بطور مشخص به موضوع رضایت آگاهانه مربوط می‌شود (۲). رضایت آگاهانه تنها امضا کردن فرم رضایت‌نامه نیست. در رضایت آگاهانه، شش شرط باید رعایت شود که عبارتند از: ارایه اطلاعات، درک کردن، داوطلبانه بودن، صلاحیت تصمیم‌گیری، امضا رضایت‌نامه (یا رضایت شفاهی) و عوامل مربوط به تعامل و ارتباط بین پزشک و بیمار (۳-۵). پزشک موظف است اطلاعات لازم را در مورد اقدامات تشخیصی درمانی بطور صریح، روشن و دقیق در اختیار بیمار یا نماینده وی قرار داده و اثرات و عوارض آن و یا روش‌های

رضایت نامه نامطلوب بوده و ذکر شده است که باید آموزش پزشک، پرستار و پیراپزشکان در این زمینه مد نظر قرار گرفته و اقدامات لازم برای قانونی کردن اخذ رضایت نامه انجام شود (۹). در مطالعه‌ای نیز مشخص شد بیماران به اطلاعاتی مانند ماهیت عمل جراحی، عوارض و سایر روش‌ها قبل از پذیرش در بیمارستان و از طرف پزشک ارجح نیاز دارند (۱۰). در مطالعه‌ای نیز بیماران آرایه اطلاعات را ناکافی می‌دانستند و معتقد بودند که به تعداد کمی از آنان اجازه داده شده است تا تردیدهای خود را بیان کنند (۱۱).

در این زمینه در ایران مطالعات کمی وجود دارد. در برخی مطالعات از دیدگاه منشور حقوق بیمار تا حدودی به این بحث پرداخته شده است. مطالعه‌ای در یزد رعایت حق بیمار در خصوص آگاهی از طرف پرستاران را متوسط گزارش کرده است (۱۲). طبق مطالعه‌ای فقط ۷۸/۵٪ پزشکان حق بیمار برای آگاهی از روش درمانی را قبول داشتند و این میزان در مورد آگاهی از سایر روش‌های درمانی و تشخیصی به ترتیب ۷۳/۳ و ۷۱/۴٪ بود (۱۳). تحقیقی در کاشان نشان داد که ۱۹/۱٪ بیماران معتقد بودند حق آنان برای اطلاع یافتن از تشخیص و درمان رعایت نشده و فقط ۵۳/۸٪ بیماران اعلام کردند که به درخواست آنان در خصوص عدم قبول درمان توجه می‌شود (۱۴). برخی مطالعات ایرانی نیز اطلاع‌رسانی به بیماران سرطانی را ناکافی گزارش نموده‌اند (۱۶-۱۴). در مطالعاتی نیز نحوه عملکرد پزشکان در گفتن اخبار بد (۱۷)، برخورد با بیماران رو به موت (terminal) (۱۸)، دیدگاه آنان نسبت به حقیقت گویی به بیماران صعب‌العلاج (۱۹)، و آگاهی بیماران از بیهوشی (۲۰) بررسی شده است.

با توجه به بررسی پایگاه‌های SID و Iranmedex به نظر می‌رسد تاکنون در ایران، مطالعه چندانی به طور مشخص به موضوع رضایت‌نامه آگاهانه در اقدامات جراحی نپرداخته است. از طرفی، اکثر مطالعات فقط آرایه اطلاعات به بیماران را بررسی نموده و اطلاعات کمی در مورد سایر ابعاد رضایت آگاهانه وجود دارد. از آنجایی که طبق مطالعات، مشاوره با پزشکان (انکولوژیست‌ها) و سهیم بودن بیمار در تصمیم‌گیری‌های مربوط به خود می‌تواند به بهبودی آنان سرعت بخشد (۲۲، ۲۱)، بنابراین انجام پژوهش در این زمینه و شناخت نواقص احتمالی می‌تواند در رفع این نواقص، افزایش آگاهی بیماران و مشارکت بیشتر آنان در درمان مفید باشد. بدین منظور این پژوهش با هدف بررسی کیفیت ابعاد مختلف رضایت آگاهانه در اقدامات جراحی در بیمارستان‌های آموزشی کاشان انجام گرفت.

روش بررسی

این پژوهش بصورت توصیفی مقطعی در سه بیمارستان آموزشی، درمانی شهرستان کاشان (یک بیمارستان عمومی و دو تخصصی) انجام گرفت. با توجه به تحقیقات انجام شده و با در نظر گرفتن دقت ۰/۰۵ و سطح اطمینان ۰/۹۵ و $p=0/732$ (۱۳)، تعداد ۳۰۰ بیمار

که در زمستان ۱۳۸۶ برای پذیرش جهت انجام اقدام جراحی به بیمارستان‌های آموزشی کاشان (بجز بیمارستان روان پزشکی) مراجعه و بستری گردیدند، وارد مطالعه شدند. این تعداد متناسب با بزرگی بیمارستان‌ها توزیع گردید. نمونه‌ها به شکل تصادفی ساده، در زمان پذیرش شدن و طی ساعات و روزهای مختلف هفته (شیفت‌های صبح و عصر) با توجه به برنامه زمانی پذیرش بیماران جراحی هر بیمارستان انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه و روش گردآوری داده‌ها، مصاحبه بود. پرسشنامه شامل سه بخش (سؤالات دموگرافیک، سؤالات عمومی و سؤالات اختصاصی) بود. سؤالات عمومی شامل ۸ سؤال و سؤالات اختصاصی شامل ۲۲ سؤال (۹ سؤال آرایه اطلاعات، ۲ سؤال قابل درک بودن فرم رضایت نامه، ۴ سؤال داوطلبانه بودن، ۷ سؤال تعامل پزشک با بیمار) بود. پرسشنامه توسط دو نفر جراح، یک نفر عضو هیأت علمی رشته پرستاری، یک نفر پزشک متخصص و یک نفر عضو کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کاشان بررسی شده و طبق نظرات ایشان اصلاحاتی در آن انجام گردید.

قبل از گردآوری داده‌ها، پرسشنامه بر روی ۱۳ بیمار به صورت تصادفی (۶ بیمار در زمان پذیرش و ۷ بیمار در زمان ترخیص) آزمایش شد. با توجه به پاسخ‌های بیماران، ابهامات پرسشنامه رفع گردید و زمان توزیع پرسشنامه تعیین شد. بدین ترتیب پرسشنامه بعد از ورود بیمار به بخش و قبل از عمل جراحی به بیمار یا شخص رضایت دهنده داده شده و در همان زمان و با حضور پژوهشگر تحویل گرفته می‌شد. در صورت نیاز، سؤالات برای فرد توضیح داده می‌شد. این مطالعه به تایید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی کاشان رسید و سعی شد در طول مدت گردآوری داده‌ها اخلاقی در درمان بیماران ایجاد نگردد.

پاسخ‌های آرایه شده امتیاز بندی شد. پاسخ "بله" دارای ۲ امتیاز و "تأخوری" دارای ۱ امتیاز بود. به پاسخ‌های "خیر" امتیاز "صفر" داده شد. به موارد بدون پاسخ یا با پاسخ "به یاد ندارم" امتیازی تعلق نگرفت. بدین ترتیب مجموع سؤالات مربوط به آرایه اطلاعات دارای ۱۸ امتیاز، درک کردن فرم ۴ امتیاز، داوطلبانه بودن ۸ امتیاز، و تعامل و ارتباط ۱۴ امتیاز بود. میانگین امتیازات زیر ۲۵٪ بعنوان ضعیف، ۲۵ تا ۵۰٪ متوسط، ۵۰ تا ۷۵٪ خوب و ۷۵٪ و بیش از آن عالی در نظر گرفته شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و در قالب جداول فراوانی و با استفاده از آمار توصیفی (درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار امتیازات) تحلیل گردید.

یافته‌ها

اکثر بیماران (۶۱/۷٪) در بیمارستان عمومی بستری شدند و ۱۲۲ نفر (۴۰/۷٪) جراحی عمومی داشتند. اقدامات ژنیکولوژی (۲۲٪) در مرتبه بعدی قرار داشت. ۱۵۲ نفر از پاسخ دهندگان (۵۰/۷٪) مرد

بیان شده است ولی عمدتاً معتقد بودند که منافع عمل (۴۵٪)، عوارض عمل (۵۵/۷٪)، سایر گزینه‌های درمانی (۶۷٪)، طول دوره بستری (۵۰/۷٪)، پیگیری بعد از ترخیص (۶۶/۳٪) و هزینه عمل جراحی (۶۶٪) برای آن‌ها توضیح داده نشده است. در مجموع میانگین امتیاز ارایه اطلاعات (۴/۹ ± ۷/۹۶ از ۱۸ امتیاز) نشان داد که وضعیت ارایه اطلاعات به بیماران در حد متوسط است.

اکثر رضایت دهندگان (۷۵/۸٪) بیان داشتند که فرم رضایت نامه برای آن‌ها قابل درک نبوده است. در این زمینه اکثر ایشان (۸۲/۷٪) معتقد بودند که هیچ توضیحی در مورد این فرم در هنگام امضا آن (زمان پذیرش) دریافت نکرده و نتوانستند اطلاعات ثبت شده در این فرم را درک نمایند (۶۹٪). در مجموع میانگین امتیازات (۱/۱ ± ۵۵/۵) از ۴ امتیاز) نشان می‌دهد که قابلیت درک فرم در حد ضعیف بوده است (جدول ۲).

طبق جدول ۳، فقط ۱۸/۸٪ افراد انتخاب درمان را داوطلبانه

بودند. ۱۶۱ نفر (۵۳/۷٪) تحصیلات زیر دیپلم و ۶۵ نفر (۲۱/۷٪) نیز تحصیلات دیپلم داشتند. ۲۶۲ نفر (۸۷/۳٪) متأهل و ۱۴۸ نفر (۴۹/۳٪) در گروه سنی ۵۰-۳۱ سال قرار داشتند. ۹۷ نفر (۳۲/۳٪) نیز در گروه سنی ۳۰-۱۸ سال قرار داشتند. میانگین سن افراد (۱۶/۵۴ ± ۳۹/۵۴) سال بود. فاصله زمانی ارایه اطلاعات تا تکمیل پرسشنامه برای اکثر افراد (۱۵۶ نفر معادل ۵۲٪) ۱ تا ۷ روز بود. این فاصله زمانی برای ۴۷ نفر (۱۵/۷٪) بیش از یک ماه بود. میانگین این فاصله زمانی (۱۵/۰۵ ± ۳۴/۴) روز و میانه آن ۴ روز بود. در ۸۵٪ موارد اطلاعات توسط جراح و در ۱۱/۷٪ توسط پزشک معالج به بیماران داده شده بود. در موارد بسیار کمی بیماران، کارکنان واحد پذیرش و پرستار را عامل ارایه اطلاعات معرفی کردند.

با توجه به جدول ۱، اکثر افراد (۴۸/۱٪) بیان داشتند اطلاعات کافی به آن‌ها ارایه نشده است. اکثر بیماران معتقد بودند ماهیت بیماری، دلیل جراحی انتخابی و ماهیت کلی عمل جراحی برای آنها

جدول ۱ - نظرات رضایت دهندگان درباره ارایه اطلاعات در فرآیند اخذ رضایت جراحی در بیمارستان‌های آموزشی کاشان ۱۳۸۶

سوالات	پاسخ‌ها	بله	تا حدودی	خیر	به یاد ندارم	بدون پاسخ	جمع
توضیح بیماری	۱۹۴ (۶۴/۷)	۴۹ (۱۶/۳)	۵۵ (۱۸/۳)	۱ (۰/۳)	۳۰۰		
توضیح عمل جراحی	۱۶۴ (۵۴/۷)	۴۶ (۱۵/۳)	۸۹ (۲۹/۷)	۱ (۰/۳)	۳۰۰	-	
منافع عمل	۱۱۸ (۳۹/۳)	۴۳ (۱۴/۳)	۱۳۵ (۴۵/۴)	۳ (۱/۳)	۳۰۰	۱ (۰/۳)	
عوارض عمل	۱۰۱ (۳۳/۷)	۲۹ (۹/۷)	۱۶۷ (۵۵/۷)	۲ (۰/۷)	۳۰۰	۱ (۰/۳)	
دلیل جراحی انتخاب شده	۱۳۹ (۴۶/۳)	۳۲ (۱۰/۷)	۱۰۳ (۳۴/۳)	۲۰ (۶/۷)	۳۰۰	۶ (۲/۲)	
معرفی سایر گزینه‌های درمانی	۵۵ (۱۸/۳)	۱۱ (۳/۷)	۲۰۱ (۶۷/۲)	۲۵ (۸/۳)	۳۰۰	۸ (۲/۷)	
طول دوره بستری	۱۳۱ (۴۳/۷)	۱۵ (۵/۱)	۱۵۲ (۵۰/۷)	۱ (۰/۳)	۳۰۰	۱ (۰/۳)	
پیگیری بعد از ترخیص	۸۲ (۲۷/۳)	۱۴ (۴/۷)	۱۹۹ (۶۶/۳)	۳ (۱/۳)	۳۰۰	۲ (۰/۷)	
هزینه عمل جراحی	۸۱ (۲۷/۳)	۲۰ (۶/۷)	۱۹۸ (۶۶/۳)	۱ (۰/۳)	۳۰۰	-	
جمع	۱۰۶۵ (۳۹/۴)	۲۵۹ (۹/۲)	۱۲۹۹ (۴۸/۱)	۵۷ (۲/۱)	۲۷۰۰	۲۰ (۰/۷)	

اعداد داخل پرانتز نشانه درصد است.

جدول ۲ - نظرات رضایت دهندگان درباره قابل درک بودن فرم رضایت نامه معالجه و عمل جراحی در بیمارستان‌های آموزشی کاشان ۱۳۸۶

سوالات		پاسخ‌ها	بله	تا حدودی	خیر	به یاد ندارم	بدون پاسخ	جمع
توضیح محتویات رضایت نامه		۱۸(۶)	۱۷(۵/۷)	۳۴۸(۸۲/۷)	۱۴(۴/۷)	۳(۱)	۳۰۰	
درک اطلاعات فرم رضایت نامه		۴۲(۱۴)	۱۸(۶)	۲۰۷(۶۹)	۳۰(۱۰)	۳(۱)	۳۰۰	
جمع		۶۰(۱۰)	۳۵(۵/۸)	۴۵۵(۷۵/۸)	۴۴(۷/۳)	۶(۱)	۶۰۰	

اعداد داخل پرانتز نشانه درصد است.

جدول ۳- نظرات رضایت دهندگان درباره داوطلبانه بودن فرایند اخذ رضایت جراحی در بیمارستان‌های آموزشی کاشان ۱۳۸۶

سوالات		پاسخ‌ها				
جمع	بدون پاسخ	به یاد ندارم	خیر	تا حدودی	بله	
۳۰۰	۱ (۰/۳)	۱۴ (۴/۷)	۱۲۹ (۴۳/۴۳)	۱۹ (۶/۳)	۱۳۷ (۷/۴۵)	آگاهی از حق امتناع از عمل
۳۰۰	۶ (۲/۲)	۴۷ (۱۵/۷)	۲۰۲ (۶۷/۳۲)	۱۱ (۳/۷)	۳۴ (۱۱/۳)	امکان انتخاب سایر درمان‌ها
۳۰۰	۶ (۲/۲)	۴۷ (۱۵/۷)	۲۱۲ (۷۰/۷)	۱۱ (۳/۷)	۲۴ (۸/۸)	بیان منافع سایر درمان‌ها
۳۰۰	۶ (۲/۲)	۴۵ (۱۵/۱۵)	۲۰۹ (۶۹/۷)	۹ (۳/۳)	۳۱ (۱۰/۳)	بیان عوارض سایر درمان‌ها
۱۲۰۰	۱۹ (۱/۶)	۱۵۳ (۱۲/۷)	۷۵۲ (۶۲/۷)	۵۰ (۴/۲)	۲۲۶ (۱۸/۸)	جمع

اعداد داخل پرانتز نشان درصد است.

جدول ۴- نظرات رضایت دهندگان درباره ارتباط پزشک و بیمار در فرایند اخذ رضایت جراحی در بیمارستان‌های آموزشی کاشان ۱۳۸۶

سوالات	پاسخ‌ها	بله	تا حدودی	خیر	به یاد ندارم	بدون پاسخ	جمع
انتخاب پزشک توسط خود بیمار	۲۱۵ (۷۱ / ۷)	۲۷ (۹ / ۹)	۵۸ (۳۰ / ۱۹)	-	-	-	۳۰۰
افزایش اعتماد به پزشک	۲۱۷ (۷۲ / ۳)	۵۶ (۱۸ / ۷)	۱۹ (۶ / ۳)	۷ (۳ / ۲)	۱ (۳ / ۰)	-	۳۰۰
زمان کافی برای تفکر و طرح سؤال	۲۰۶ (۶۸ / ۷)	۳۲ (۱۰ / ۷)	۴۷ (۱۵ / ۷)	۱۲ (۴ / ۴)	۳ (۱ / ۱)	-	۳۰۰
امکان تماس با پزشک یا همکاران	۱۷۹ (۵۹ / ۷)	۲۳ (۷ / ۷)	۹۰ (۳۰ / ۳۰)	۷ (۳ / ۲)	۱ (۳ / ۰)	-	۳۰۰
دریافت پاسخ کامل سؤالات	۲۱۸ (۷۲ / ۷)	۳۸ (۱۲ / ۷)	۳۱ (۱۰ / ۳)	۱۰ (۳ / ۳)	۳ (۱ / ۱)	-	۳۰۰
کافی بودن مدت زمان ارائه اطلاعات	۱۹۸ (۶۶ / ۶)	۵۰ (۱۶ / ۷)	۳۳ (۱۰ / ۷)	۱۸ (۶ / ۶)	۲ (۰ / ۷)	-	۳۰۰
قابل فهم بودن توضیحات پزشک	۲۳۱ (۷۷ / ۷)	۳۱ (۱۰ / ۳)	۲۳ (۷ / ۷)	۱۱ (۳ / ۷)	۴ (۱ / ۳)	-	۳۰۰
جمع	۱۴۶۴ (۶۹ / ۷)	۲۵۷ (۱۲ / ۲)	۳۰۰ (۱۴ / ۳)	۶۵ (۳ / ۱)	۱۴ (۰ / ۷)	-	۲۱۰۰

اعداد داخل پرانتز نشان درصد است.

در حد متوسط، از لحاظ قابل درک بودن فرم و داوطلبانه بودن در حد ضعیف و از نظر تعامل پزشک با بیماران در حد عالی است. در مطالعه حاضر یافته‌ها نشان داد که ۴۸/۱٪ افراد معتقد بودند ارایه اطلاعات برای درمان انتخاب شده آن‌ها یا بیماری آن‌ها کافی نبوده است. اکثر ایشان معتقد بودند در مورد بیماری، عمل جراحی و دلیل درمان انتخابی آگاه شده اند اما ارایه اطلاعات در مورد منافع عمل، عوارض عمل، سایر گزینه‌های درمانی، طول دوره بستری، پیگیری بعد از ترخیص و هزینه عمل را نامناسب می‌دانستند. مطالعاتی در ایران نشان داده است که عموماً اطلاعات کافی در مورد تشخیص یا درمان در اختیار بیماران قرار نمی‌گیرد و بیماران نیز ارایه اطلاعات را کافی نمی‌دانند (۱۵-۱۲) که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. بر خلاف مطالعه حاضر، مطالعات سایر کشورها نشان می‌دهد که بیماران عموماً اطلاعات بیشتری دریافت می‌کنند (۲۴، ۲۳، ۲۲، ۲۱). برای نمونه، مطالعه‌ای در سیدنی نشان داد که ۷۴/۶٪ بیماران سرطانی می‌دانند که بیماریشان

می‌دانستند. اکثر رضایت دهندگان معتقد بودند که منافع و عوارض سایر درمان‌ها برای آنها توضیح داده نشده و امکان انتخاب درمان‌های دیگر را نداشته اند. با این وجود ۴۵/۷٪ از ایشان از حق خود نسبت به امتناع از درمان مطلع بوده‌اند. امتیاز $2/1 \pm 1/73$ از ۸ امتیاز نشان می‌دهد وضعیت اخذ رضایت نامه از نظر داوطلبانه بودن ضعیف است. همان طور که جدول ۴ نشان می‌دهد اکثر رضایت دهندگان (۶۹/۷٪) بیان کردند که پزشک توانسته است ارتباط مناسبی در فرایند اخذ رضایت نامه با آنان برقرار نماید. در مجموع امتیاز $4/1 \pm 1/6$ از ۱۴ امتیاز نشان می‌دهد رابطه پزشک با بیمار در اخذ رضایت نامه‌ها در حد عالی است.

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که رضایت‌نامه‌ها از بعد ارایه اطلاعات

رضایت نامه تأثیری بر دانش و آگاهی بیماران ندارد (۲۹). در مطالعه دیگری فقط ۱۲٪ بیماران اعلام کردند که فرم رضایت نامه برای آن‌ها قابل درک است (۳۳). طبق مطالعه ای در کاشان، بیماران معتقد بودند توضیحاتی در مورد فرم رضایت نامه در زمان تکمیل آن دریافت نمی‌کنند (۳۴). Carmen و Joffe نیز استفاده از فرم‌های رضایت‌نامه با کیفیت‌تر و تشویق بیماران به خواندن دقیق فرم رضایت‌نامه را از راه کارهایی می‌دانند که می‌توان از آن‌ها برای بهبود کیفیت فرآیند اخذ رضایت‌نامه استفاده نمود (۳۵). از آنجا که فرم‌های مورد مطالعه در این بررسی همگی چاپی و استاندارد (پشت فرم پذیرش) بوده است نمی‌توان دلیل ضعف در قابلیت درک فرم‌ها را به ناخوانایی آنها نسبت داد، بلکه توضیح ناکافی این فرم توسط کارکنان واحد پذیرش، شفاف نبودن توضیحات، مطالعه نکردن کامل و دقیق فرم‌ها و سطح سواد رضایت دهندگان را می‌توان عامل این موضوع دانست که لازم است مد نظر کارکنان قرار گیرد.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد اکثر رضایت دهندگان انتخاب درمانشان را داوطلبانه نمی‌دانند (۶۲/۷٪). هر چند بیماران تاحدودی می‌دانستند حق امتناع از عمل را دارند ولی معتقد بودند امکان انتخاب سایر گزینه‌های درمانی برای آنها فراهم نبوده و همچنین از عوارض و منافع سایر درمان‌ها مطلع نمی‌شوند در مطالعه ای در کاشان عدم رعایت حقوقی از جمله مشورت در خصوص انتخاب روش درمانی و حق تعویض پزشک معالج و رد درمان بترتیب توسط ۲۲/۸ و ۳۲/۱٪ بیماران گزارش شده است و فقط ۵۳/۸٪ آن‌ها اعلام کردند که به درخواستشان در خصوص عدم قبول درمان توجه می‌شود (۱۳). در مطالعه Gatellari در استرالیا مشخص شد که هشدارهای درمانی فقط در مورد ۴۴/۱٪ بیماران انجام می‌گیرد (۲۱). مطالعات دیگری در سایر کشورها نشان می‌دهد که بیماران از سایر گزینه‌های درمانی و عوارض و پیامدهای آنها مطلع نمی‌شوند (۲۷، ۲۴، ۷). زالی می‌نویسد: دست یافتن به هدف رضایت آگاهانه مشکل است. بعد از ذکر تمام عوارض و خطرات عمل، برای بیمار بسیار مشکل است که آن را بپذیرد. این امر بستگی به سن بیمار، حالت روحی و روانی وی، رشد ذهن، هوش و میل بیمار به کسب اطلاعات در مورد درمان دارد (۶). شاید بتوان عنوان نمود که همین دیدگاه در بین پزشکان باعث می‌شود که اطلاعات کمتری در مورد سایر گزینه‌های درمانی و عوارض آنها در اختیار بیماران قرار دهند.

باید توجه داشت که ممکن است برخی بیماری‌ها درمان دیگری بجز جراحی نداشته باشد، لذا ضروری است که پزشکان این موضوع را خاطر نشان کنند. در این مطالعه موضوع داوطلبانه بودن از لحاظ دریافت اطلاعات مربوط به سایر گزینه‌های درمانی بررسی شده است. داوطلبانه بودن می‌تواند تحت تأثیر درک ناکافی، عدم صلاحیت تصمیم‌گیری یا عدم آرایه اطلاعات کافی و بی‌طرفانه، احترام بیمار به پزشک، و درد یا اضطراب مخدوش شود. همچنین پرهیز از اجبار، تطمیع و فریب از جمله ارکان داوطلبانه بودن است (۴۱-۵، ۳۶) که در این مطالعه مورد

غیر قابل درمان است (۲۱). مطالعه Howlader نیز نشان داد که اکثر بیماران از عوارض عمل و حتی احتمال مرگ آگاه می‌شوند (۲۵). همچنین مطالعه ای در سوییس نشان داد که بیماران میزان آرایه اطلاعات (هم کتبی و هم شفاهی) را خوب می‌دانند (۲۶). با این حال، برخی مطالعات انجام شده در سایر کشورها نشان می‌دهد که بیماران از میزان آرایه اطلاعات رضایت ندارند. برای نمونه، از نظر ۴۴/۶٪ بیماران ایتالیایی، اطلاعات آرایه شده ناکافی است (۱۱). همچنین طبق مطالعه ای در آفریقای جنوبی، بیماران از سایر روش‌های درمانی و مخاطرات درمانی جدی و هزینه‌های درمان مطلع نمی‌شوند (۲۳).

منبع اصلی اطلاعات در مطالعه حاضر (۹۷٪) پزشک و جراح بوده و اکثر بیماران از منبع دیگری استفاده نکرده بودند که با سایر مطالعات همخوانی دارد (۲۷، ۲۳، ۱۵، ۱۴). به نظر می‌رسد فرهنگ جامعه (بیماران) و دیدگاه پزشکان در مورد آرایه اطلاعات بر میزان آرایه اطلاعات مؤثر است (۲۸). همچنان که مطالعات فوق نشان می‌دهد پزشکان کشورهای غربی عموماً اطلاعات بیشتری در اختیار بیماران قرار می‌دهند اما پزشکان ایرانی عمدتاً اطلاعات کلی در مورد بیماری و اقدام بیان می‌نمایند و میزان آرایه اطلاعات در مورد سایر مسایل کمتر است. همچنین به نظر می‌رسد پزشکان در بیان اطلاعات مربوط به عوارض و سایر گزینه‌های درمانی محتاطانه‌تر عمل می‌کنند. در این خصوص، طبق مطالعه وحدانی نیا در کمتر از ۱۰٪ موارد این اطلاعات بیان می‌شود (۱۴).

یافته‌ها نشان داد که اکثر رضایت دهندگان (۷۵/۸٪) معتقد بودند فرم رضایت‌نامه برای آن‌ها قابل درک نیست. Daugherty ضمن بررسی مقالات متعدد نتیجه گرفته است که بین آنچه به بیماران گفته می‌شود، آنچه آن‌ها فکر می‌کنند که آن را درک نموده‌اند، و آنچه که واقعاً درک کرده‌اند، تناقض زیادی وجود دارد. وی معتقد است که رضایت‌نامه‌های نامناسب و فراهم نکردن اطلاعات کافی در زمان اخذ رضایت نامه از جمله دلایل تناقض بین میزان درک واقعی و انتظارات بیمار است (۲۹). خوانایی فرم‌ها از دو نظر می‌تواند بر درک فرم‌ها تأثیر گذار باشد. موضوع اول مربوط به دست خط و خوانایی فرم بوده و دیگری اصول نگارشی و گرامری یا عبارتی ساده بودن و قابل فهم بودن متن فرم‌ها است. سطح سواد رضایت دهندگان، مطالعه دقیق فرم، توضیح محتویات فرم توسط فرد آگاه و شفاف بودن این توضیحات نیز می‌تواند بر درک فرم تأثیر گذار باشد. اکثر مطالعات انجام شده، قابلیت درک فرم‌های رضایت نامه را کم گزارش نموده‌اند. هر چند مطالعه Joff در آمریکا نشان داد که ۸۶٪ بیماران فرم رضایت‌نامه را قابل درک می‌دانند (۳۰) اما مطالعات Philipson و Paasche-Orlow مشکلاتی را در رابطه با قابلیت خواندن و درک فرم‌های رضایت نامه نشان داده است (۳۱، ۳۲). همچنین مطالعه ای نشان داد که فرم‌های رضایت‌نامه باید ساده‌تر طراحی گردد تا افراد با سواد کمتر نیز آن را درک کنند (۹). در مطالعه ای ضمن بررسی مقالات متعدد مشخص شده است که حداکثر ۷٪ فرم‌ها قابل درک است و همچنین فرم‌های

گردید. مقایسه یافته‌های این گروه با سایر گروه‌ها نشان داد که هیچ تفاوت معنی داری در مورد هیچ یک از ابعاد این مطالعه بین این دو گروه وجود نداشت. سوم- این مطالعه در مورد تمام انواع بیماری‌ها انجام شده است و پژوهشگران پرشی در مورد تشخیص بیماران نداشتند. بعضی بیماری‌ها ممکن است شیوه درمان دیگری بجز جراحی نداشته باشند. در نتیجه منفی بودن پاسخ بیماران در قسمت داوطلبانه بودن می‌تواند به این دلیل باشد که درمان دیگری وجود نداشته است. ضمن اینکه ممکن است نحوه برخورد پزشکان با بیماران با توجه به نوع بیماری و شرایطی که بیماری بر فرد ایجاد می‌کند، متفاوت باشد که مستلزم مطالعات بیشتری است.

نتیجه گیری

به جز تعامل و ارتباط پزشک با بیماران، سایر ابعاد رضایت آگاهانه در اعمال جراحی مطلوب به نظر نمی‌رسد. با توجه به نتایج بدست آمده پیشنهاد می‌گردد بیماران (نمایندگان ایشان) در مورد منافع عمل، عوارض عمل، سایر گزینه‌های درمانی، و طول دوره بستری و هزینه‌های عمل اطلاعات بیشتری دریافت نمایند. همچنین پیشنهاد می‌شود پزشکان (جراحان) در هنگام ارائه اطلاعات به بیماران خود با توجه به شرایط بیمار و بیماری و توجه به مسایلی مانند نگرانی بیمار و حفظ روابط مناسب با بیمار، سایر گزینه‌های درمانی و منافع و عوارض آن را به بیماران خود معرفی کنند تا ایشان بهتر بتوانند در مورد انتخاب نوع درمانشان مشارکت نمایند. همچنین لازم است پزشکان (جراحان) امکان تماس بیشتری را برای بیماران خود قبل از جراحی فراهم نمایند. کارکنان پذیرش نیز می‌بایست جهت افزایش درک بیماران از محتویات فرم رضایت نامه، توضیحات لازم را در هنگام امضا فرم در اختیار ایشان (به خصوص افراد کم سوادتر) قرار دهند. همچنین میزان درک بیماران از اطلاعات داده شده، صلاحیت بیماران در زمان تصمیم‌گیری و سایر ابعاد داوطلبانه بودن درمان می‌تواند مبنایی برای سایر پژوهش‌ها باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی کاشان (شماره ۸۶۱۰) است. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان جهت تامین هزینه انجام پژوهش و همچنین خانم‌ها: فاطمه حسینی، سمیه پارسایی و معصومه کشتکار که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر را داریم.

بررسی قرار نگرفته است. بنابراین مطالعات بیشتر در مورد سایر ابعاد داوطلبانه بودن توصیه می‌شود.

از نظر ۶۹/۷٪ بیماران، پزشک توانسته است ارتباط مناسبی با آنان برقرار کند. اکثر پاسخ دهندگان معتقد بودند که توضیحات پزشک قابل فهم بوده و باعث افزایش اعتماد آنان به پزشک شده است. اکثر ایشان زمان کافی برای فکر کردن و سؤال پرسیدن داشتند، مدت زمان صرف شده برای ارایه اطلاعات را کافی می‌دانستند و معتقد بودند پاسخ سوالاتشان بطور کامل داده شده است. مطالعه Mckeague اهمیت فراهم کردن امکان سؤال پرسیدن برای بیماران را اثبات کرده است (۱۰). مطالعات دیگری نیز مناسب بودن ارتباط پزشک با بیمار در زمان اخذ رضایت نامه را نشان داده است (۲۵، ۳۰، ۷). اهمیت ارتباط مناسب با بیماران در تامین نیازهای اطلاعاتی بیمار و اطمینان از درک بیمار است. مطالعه حاضر نشان داد که اکثر بیماران معتقدند توضیحات پزشک قابل فهم بوده است اما مطالعه Houghton نشان داد ۴۸٪ بیماران معتقد بودند که جراحی بزرگ داشته‌اند ولی در واقع ۸۱٪ اقدامات، بزرگ بوده است (۸). همچنین مطالعه Howlader نشان داده است که فقط ۳۱٪ بیماران می‌توانند عوارض گفته شده را بیان نمایند (۲۵). این مطالعات نشانه ضعف در برقراری ارتباط با بیمار در جهت اطمینان از درک بیمار است. در همین راستا مطالعاتی نشان داده‌اند که بیماران انتظارات برقراری ارتباط بهتری از طرف پزشک دارند و همچنین پزشکان باید مهارت‌های ارتباطی خود را برای اخذ رضایت نامه بهبود دهند و از روش‌های مناسب‌تر برای اخذ رضایت نامه و اطمینان از درک بیمار استفاده نمایند (۴۲، ۲۹، ۱۰). هر چند در بیمارستان‌های آموزشی کاشان، پزشکان در حد مطلوبی توانسته‌اند با بیمار خود ارتباط برقرار کنند اما در این مطالعه میزان درک واقعی بیماران و موفقیت پزشکان در این زمینه مطالعه نشده است که مستلزم تحقیقات بیشتری است.

در تفسیر یافته‌های پژوهش حاضر می‌بایست محدودیت‌هایی در نظر گرفته شود. اول- در مطالعه حاضر زمان تکمیل پرسشنامه‌ها قبل از انجام جراحی بوده و لذا فاصله زمانی بین تکمیل پرسشنامه تا زمان جراحی و احتمالاً اطلاعات داده شده به بیماران در این فاصله زمانی بررسی نشده است که خود مستلزم مطالعات بیشتری در این زمینه است. دوم- در یکی از بیمارستان‌ها، بیمارانی با دستور زایمان طبیعی (NVD) مراجعه می‌کردند و سپس از بخش زایمان به جراحی (جهت سزارین) منتقل می‌شدند، در نتیجه امکان وارد نمودن این افراد در مطالعه به مانند سایر افراد (انتخاب در زمان پذیرش و مراجعه جهت تکمیل پرسشنامه بعد از پذیرش) وجود نداشت. بنابراین در خصوص موارد سزارین (۴۲ نفر معادل ۱۴٪)، پرسشنامه بعد از جراحی تکمیل

References

- 1- Baligh N. In translation of Muted consent, Vojcic J (Author) Tehran: Iranian Center for Research of Medical Ethics and History; 1994. 1, 22. [Persian]
- 2- Iranian Center for Research of Medical Ethics and History. Iranian patient rights. 2004 [cited 2007 Oct 31]; Available from: URL: <http://mehr.tums.ac.ir> [Persian]
- 3- Khazanedari S. In translation of Medical ethics: Patients' rights, Pier M (Author).Tehran: EDC of Shaheed Beheshti University of Medical Sciences; 2003. 81-93. [Persian]
- 4- Simon CM, Siminoff LA, Kodish ED, Burant C. Comparison of the informed consent process for randomized clinical trials in pediatric and adult oncology. *J Clin Oncol* 2004 Jul; 22(13): 2078-17.
- 5- Parsapour A, Parsapour MB, Larijani B, Informed consent, contents, conditions and practical methods. *Medical Ethics and History of Medicine* [serial online] 2005 [cited 15 Jul 2008]; 5 Sup: 1-14. Available from URL: <http://journals.tums.ac.ir> [Persian].
- 6- Zali M.. New aspects of patient-physician relationships. Tehran: Iranian Academy of Medical Sciences; 1999. [Persian]
- 7- Vohra HA, Ledsham J, Vohra H, Patel RL. Issues concerning consent in patients undergoing cardiac surgery, the need for patient-directed improvements: a UK perspective. *Cardiovasc Surg* 2003 Feb; 11(1):64-9.
- 8- Houghton DJ, Williams S, Bennett JD, Back G, Jones AS. Informed consent: patients' and junior doctors' perceptions of the consent procedure. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 1997 Dec; 22(6):515-8.
- 9- Bhurgri H, Qidwai W. Awareness of the process of informed consent among family practice patients in Karachi. *J Pak Med Assoc* 2004 Jul; 54(7):398-401.
- 10-McKeague M, Windsor J. Patients' perception of the adequacy of informed consent: a pilot study of elective general surgical patients in Auckland. *N Z Med J* 2003 Mar 14; 116(1170): U355.
- 11-San JA, San JR, Zuza B, Zunzarren F, Luri T. Aspects of pre-operational information of the patient in emergency surgery. *An Sist Sanit Navar* 2000 Sep; 23(3):509-16.
- 12-Nasiriani KH, Farnia F, Nasiriani F. Study of respecting patients rights from nurses point of view employed in Yazd hospitals. *Scientific Journal of Forensic Medicine* 2007; 13(1):33-7. [Persian]
- 13-Rangraz Jedi F, Rabiee R. A study on the attitude of physicians and nurses of Kashan hospitals about the charter of patients' right, 2003. *Feyz* 2006; 10(3): 40-6. [Persian]
- 14-Vahdani Nia M, Montazeri A. Cancer patient education in Iran: attitudes of health professionals. *Payesh* 2003 Oct; 2(4):259-65. [Persian]
- 15-Tarighat Saber G, Zare Sh, Etemadi A, Mohammadi MR, Giti Sh. Knowledge and satisfaction of cancer patients about given information and its relations to depression and anxiety. *Tehran University Medical Journal* 2006 May; 64(2):165-71. [Persian]
- 16-Larizade MH, Malekpour Afshar R. Knowledge of cancer patients about their diagnosis in Shafa hospital in Kerman. *Research in Medicine* 2007; 31(1): 85-90. [Persian]
- 17-Ghafari Nezhad AR, Salari P, Mirzazadeh Ali. Study on breaking bad news to patients among physicians of Kerman University of Medical Sciences. *Medical Journal of Hormozgan Unive rsity* 2006; 10(2):179-84. [Persian]
- 18-Kazemian A. Evaluating physicians points of view about terminally ill patients. *Medical Ethics and History of Medicine* [serial online] 2008 [cited 18 Oct 2008]; 1(2): 61-7. Available from URL: <http://journals.tums.ac.ir> [Persian].
- 19-Kazemian A, Parsapour A. Study on physician's point of view about right telling to terminal patients. *Ethics in Science and Technology* [serial online] 2006 [cited Jul 2008]; 1(1): 61-7. Available from URL: <http://iranethics.irost.org> [Persian]
- 20-Najafi A, Kohan F, Sotoudeh G, Khajavi M, Barkhordari KH. Evaluation of patient's knowledge about anesthesia and responsibilities of anesthesiologist. *Iranian Journal of Anesthesiology and Intensive Care* 2004; 25(45):57-69. [Persian]
- 21-Gattellari M, Voigt KJ, Butow PN, Tattersall MH. When the treatment goal is not cure: are cancer patients equipped to make informed decisions? *J Clin Oncol* 2002 Jan 15; 20(2):503-13.

- 22-Larijani B, Abbasi M. In translation of Comparative study on patients right in European countries, Linin G (Author). Tehran: Ahoura; 1999. 45-71.
- 23-Henley L, Benatar SR, Robertson BA, Ensink K. Informed consent, a survey of doctors' practices in South Africa. *S Afr Med J* 1995 Dec; 85(12):1273-8.
- 24-O'Dwyer HM, Lyon SM, Fotheringham T, Lee MJ. Informed consent for interventional radiology procedures: a survey detailing current European practice. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2003 Sep; 26(5):428-33.
- 25-Howlader MH, Dhanji AR, Uppal R, Magee P, Wood AJ, Anyanwu AC. Patients' views of the consent process for adult cardiac surgery: questionnaire survey. *Scand Cardiovasc J* 2004 Dec; 38(6):363-8.
- 26-Ghulam AT, Kessler M, Bachmann LM, Haller U, Kessler TM. Patients' satisfaction with the preoperative informed consent procedure: a multicenter questionnaire survey in Switzerland. *Mayo Clin Proc* 2006 Mar; 81(3):307-12.
- 27-Lee CI, Flaster HV, Haims AH, Monico EP, Forman HP. Diagnostic CT scans: institutional informed consent guidelines and practices at academic medical centers. *AJR Am J Roentgenol* 2006 Aug; 187(2):282-7.
- 28-Tavoli A, Montazeri A, Mohagheghi MA, Roushan R, Tavoli Z, Melyani M. Knowledge of cancer diagnosis and quality of life in patients with gastrointestinal cancer. *Payesh* 2007 Jul; 6(3):257-64. [Persian]
- 29-Daugherty CK. Impact of therapeutic research on informed consent and the ethics of clinical trials: a medical oncology perspective. *J Clin Oncol* 1999 May; 17(5):1601-17.
- 30-Joffe S, Cooke F, Cleary P, Clark J, Weeks J. Quality of informed consent in cancer clinical trials: a cross sectional survey. *Lancet* 2001; 358:1772-7.
- 31-Philipson SJ, Doyle MA, Gabram SG, Nightingale C, Philipson EH. Informed consent for research: a study to evaluate readability and processability to effect change. *J Investig Med* 1995 Oct; 43(5):459-67.
- 32-Paasche-Orlow MK, Taylor HA, Brancati FL. Readability standards for informed consent forms as compared with actual readability. *N Engl J Med* 2003 Feb 20; 348(8):721-6.
- 33-Gotay CC. Perceptions of informed consent by participants in a prostate cancer prevention study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2001 Oct; 10(10):1097-9.
- 34-Sheikhtaheri A, Farzandipour F, Sadoughi F. Consumer's satisfaction with admission services in teaching hospitals affiliated to Kashan University of Medical Sciences 2006. *Journal of Health Administration* 2007; 10 (29):15-24. [Persian]
- 35-del Carmen MG, Joffe S. Informed consent for medical treatment and research: a review. *Oncologist* 2005 Sep; 10(8):636-41.
- 36-Jaafarimehr E, Shahraz S, Zali MR. Getting informed consent from patients consistent legislation is mandatory. *Journal of Research in Medical Sciences* 2003; 7(4):289-92. [Persian]
- 37-Lo Bernard. Resolving ethical dilemmas: a guide for clinicians. 1st ed. USA: Lippincott; 2000. 19-29.
- 38-Braddock CH. Informed consent. In: Sugarman J, Editor. 20 common problems in ethics in primary care. USA: McGraw Hill; 2000. 239-54.
- 39-Connolly J. Refusal of treatment. In: Sugarman J, Editor. 20 common problems in ethics in primary care. USA: McGraw Hill; 2000. 187-97.
- 40-Abbasi M. The articles on medical law. Vol 4. Tehran: Hoghougi Pub; 2000. 46-47. [Persian]
- 41-Abbasi M. The articles on medical law. Vol 5. Tehran: Hoghougi Pub; 2001. 62-64. [Persian]
- 42-Fukui T, Rahman M, Morita S, Sakamoto J. Informed consent in the Candesartan Antihypertensive Survival Evaluation in Japan (CASE-J) trial: a survey of collaborating physicians. *Hypertens Res* 2006 Jul; 29(7):471-4.