

میزان آگاهانه بودن و کیفیت اخذ رضایت نامه در بیماران بستری تحت عمل جراحی در بیمارستان های منتخب شهر اصفهان، سال ۱۳۸۸

ندا میرباقر آجرپز^۱، سعیده حیدری^۲، نرگس رنجبر^۳، محمد افشار^۱

^۱ مربی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

^۲ مربی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

^۳ کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: رضایت آگاهانه بیمار اساس اخلاق پزشکی است. رعایت فرآیند استاندارد اخذ رضایت آگاهانه از بیمار در فعالیت های درمانی تأثیر مستقیم بر رضایت بیمار در طی فرآیند درمان، کاهش شکایت از کادر درمانی و در نتیجه کاهش مداخلات حقوقی دارد. این پژوهش با هدف بررسی میزان آگاهانه بودن و کیفیت اخذ رضایت نامه در بیماران بستری تحت عمل جراحی در بیمارستان های منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۸۸ صورت گرفت.

روش بررسی: این پژوهش به صورت توصیفی - تحلیلی در بیمارستان های منتخب اصفهان، سال ۱۳۸۸ انجام شد. در این بررسی، ۲۰۰ بیمار (رضایت دهنده) بستری در بخش های جراحی با روش نمونه گیری مستمر و آسان انتخاب شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه ای که براساس کدهای بین المللی اخلاق پزشکی و رضایت آگاهانه و با استفاده از مقالات متعدد داخلی و خارجی طراحی شده بود، جمع آوری شد. تجزیه و تحلیل داده ها به کمک آمار توصیفی (درصد، فراوانی، میانگین و انحراف معیار) صورت گرفت.

یافته ها: در این مطالعه، رضایت دهندگان معتقد بودند اطلاعاتی در مورد منافع (۴۵٪)، عوارض (۶۱/۵٪) و سایر درمان ها (۶۶٪)، طول دوره بستری (۶۵/۵٪)، پیگیری بعد از ترخیص (۷۵/۵٪)، دریافت نکرده اند، و ۵۰٪ فرم رضایت نامه را قابل درک نمی دانستند. ۵۹٪ از منافع و ۵۹/۵٪ از مضرات سایر درمان ها آگاه نبودند و امکان انتخاب درمان دیگری را (۶۰/۵٪) نیز نداشتند. ۶۴/۵٪ بیماران از ارتباط با پزشک راضی بوده و بیان نمودند به سؤالات آنها به خوبی پاسخ داده شده است.

نتیجه گیری: پژوهش حاضر نشان دهنده پایین بودن کیفیت رضایت آگاهانه قبل از عمل جراحی در بیماران می باشد. لذا لازم است منافع و عوارض احتمالی عمل، سایر گزینه های درمانی، منافع و عوارض آنها، طول مدت بستری، پیگیری بعد از ترخیص برای بیماران توضیح داده شود. به علاوه، توضیح در مورد فرم رضایت نامه برای بیمار نیز ضروری است.

کلید واژه ها: رضایت آگاهانه؛ کیفیت رضایت آگاهانه؛ جراحی؛ بیماران بستری.

نویسنده مسئول مکاتبات: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی: heidari_saeide@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۰/۲۰

تاریخ دریافت: ۸۹/۹/۸

مقدمه

پژوهش های مراقبت های بهداشتی به کار می رود (۲). در واقع علت وجود این فرم، استقلال و خودمختاری بیمار است (۴،۳). رضایت آگاهانه عبارت از موافقت آزادانه و ابطال پذیر فرد واجد

رضایت آگاهانه بیمار اساس اخلاق پزشکی است (۱)، و جهت رعایت حقوق بیماران برای مشارکت اختیاری در طبابت و

بر آنکه تأثیر مستقیم بر روی رشد پایدار و رضایت بیمار در طی فرآیند درمان و پژوهش دارد (۱۶)؛ در کاهش شکایت از پزشکان و سایر کادر درمانی نیز مؤثر است که در نتیجه کاهش مداخلات حقوقی و انتظامی را در پی خواهد داشت. آمارها نشان می‌دهد از سال ۱۳۸۴ تا اردیبهشت سال ۱۳۸۷ حدود ۶ هزار شکایت علیه پزشکان در ایران صورت گرفته است که باعث درگیر شدن دستگاه‌های قضایی و انتظامی، وزارت بهداشت، سازمان نظام پزشکی و سایر سازمان‌های مرتبط با حرفه پزشکی شده است (۵). مطالعه Vohra و همکارانش در سال ۲۰۰۳، نشان داد 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 (۱۸). در مطالعه دیگری در انگلستان مشخص گردید ۹۵٪ بیماران از توضیحات ارائه شده قبل از اخذ رضایت‌نامه، رضایت داشتند (۱۹). در مقابل، در مطالعه‌ای که توسط Bhurgri در کراچی انجام شد، اخذ رضایت‌نامه از بیماران نامطلوب بود، در این بررسی بیان گردید بایستی با آموزش دادن به پزشکان، پرستاران و پیراپزشکان، اقدامات لازم برای قانونی کردن اخذ رضایت‌نامه انجام شود (۲۰). همچنین در یک مطالعه دیگر مشاهده گردید که بیماران به اطلاعاتی مانند ماهیت عمل جراحی، عوارض و سایر روش‌ها قبل از پذیرش در بیمارستان از طرف پزشک نیاز دارند (۲۱). تحقیقات انجام شده در زمینه اخذ رضایت آگاهانه در ایران کم می‌باشد. در برخی مطالعات از دیدگاه منشور حقوق بیمار به این بحث پرداخته شده است. تحقیقی در یزد نیز نشان داد رعایت حقوق بیمار در خصوص آگاهی از طرف پرستاران متوسط می‌باشد (۲۲). همچنین در مطالعه‌ای که در کاشان انجام گرفت، ۱۹/۱٪ افراد معتقد بودند به درخواست آنها در خصوص اطلاع از تشخیص و درمان توجهی نشده و فقط ۵۳/۸٪ اعلام کردند که به درخواست آنها در مورد عدم قبول درمان پاسخ داده شده است (۲۳). با توجه به اینکه اکثر مطالعات انجام شده در ایران فقط ارائه اطلاعات به بیماران را بررسی نموده و اطلاعات کمی در مورد سایر ابعاد رضایت آگاهانه وجود دارد؛ لذا این پژوهش با هدف بررسی میزان آگاهانه بودن و کیفیت اخذ

صلاحیت (بیمار) مبنی بر مشارکت در تصمیم‌گیری درمانی در پی آگاهی از ماهیت، هدف و پیامدهای آن با اعتقاد بر تأثیر این مشارکت در انتخاب مؤثرترین روش درمانی است (۵). در ایران ۲ بند از ۱۰ بند منشور حقوقی بیمار به‌طور مشخص به موضوع رضایت آگاهانه مربوط می‌شود (۶). رضایت‌نامه آگاهانه تنها امضا کردن فرم رضایت‌نامه نیست؛ بلکه در رضایت‌نامه آگاهانه باید ۶ شرط: "ارائه اطلاعات، درک کردن، صلاحیت تصمیم‌گیری، امضای رضایت‌نامه یا رضایت شفاهی و عوامل مربوط به تعامل و ارتباط بین پزشک و بیمار" رعایت شود (۷-۹). پزشک موظف است اطلاعات لازم را در مورد اقدامات تشخیصی و درمانی به‌صورت روشن و دقیق در اختیار بیمار یا نماینده وی قرار داده و اثرات و عوارض آن و یا روش‌های درمانی مناسب را با ذکر فواید و خطرات هر یک مطرح نماید و به بیمار اجازه دهد از قدرت قضاوت خود استفاده کند (۱۰). در فرآیند گرفتن رضایت نیز باید از اصول اخلاقی پیروی کرد و با حمایت از حق هر فرد برای تصمیم‌گیری پیرامون درمان خود، برای حق استقلال او احترام قایل شد. اعلام رضایت باید آزادانه باشد و لازم است بیمار ماهیت درمان پیشنهادی را به‌خوبی درک کند. این حقوق تحت حمایت قانون قرار داشته، و هرگونه درمان بدون رضایت تجاوز به حقوق دیگران اطلاق می‌شود (۱۱). براساس ماده ۶۰ قانون مجازات اسلامی، چنانچه طیب قبل از شروع درمان یا عمل جراحی از بیمار یا ولی او براءت حاصل کند؛ ضامن خسارت مالی یا جانی و یا نقص عضوی نمی‌باشد (۱۲). برای گرفتن رضایت‌نامه بایستی یک ارتباط منطقی همراه با حفظ اعتماد متقابل بین پزشک و بیمار وجود داشته باشد. گرفتن رضایت‌نامه برای اقدامات غیرقانونی نظیر سقط جنین معتبر نیست (۱۳، ۱۴). در مطالعه‌ای که توسط Cassileth و همکارانش با عنوان "رضایت آگاهانه: چرا اهداف آن به‌صورت ناقص درک شده‌اند؟" مشاهده گردید تنها ۴۰٪ از بیماران فرم رضایت‌نامه را خوانده‌اند و هنگامی که آنها بعضی از مندرجات فرم رضایت‌نامه را نمی‌فهمیدند اغلب از دریافت اطلاعات بیشتر خودداری کرده و می‌گفتند که به جراح خود اطمینان دارند (۱۵). رعایت فرآیند استاندارد اخذ رضایت آگاهانه از بیمار در زمینه‌ها و فعالیت‌های درمانی، پژوهشی علاوه

مورد حفظ اطلاعات مندرج، پرسشنامه را بین آنان توزیع نمود. پرسشنامه‌ها بعد از ورود بیمار به بخش و دادن توضیحات پزشک و جراح در مورد جراحی و اخذ رضایت‌نامه بیمار برای جراحی مورد نظر، توسط پژوهشگر با مصاحبه تکمیل گردید. بیمارانی که سطح سواد بالایی داشتند، خودشان آن را تکمیل نمودند. در صورت نیاز در مورد هریک از سؤالات به بیمار توضیح داده می‌شد. بعد از تکمیل حجم نمونه، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آمار توصیفی (درصد، میانگین، انحراف معیار) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۲۲ نفر (۶۱٪) از شرکت کنندگان مرد بودند. ۹۸ نفر (۴۹٪) جهت انجام جراحی‌های عمومی مراجعه کرده بودند. ۹۱ نفر (۴۵/۵٪) تحصیلات زیردیپلم داشتند. ۸۰٪ بیماران در میانگین سنی ۴۵ سال بودند. در ۶۵٪ موارد اطلاعات توسط جراح و ۲۰٪ توسط پزشک معالج و ۱۵٪ به‌وسیله کارکنان و پرستاران به بیمار داده شد. اکثر بیماران معتقد بودند منافع عمل (۴۵٪)، عوارض عمل (۶۱/۵٪)، سایر گزینه‌های درمانی (۶۶٪)، طول دوره بستری (۶۵/۵٪)، پیگیری بعد از ترخیص (۷۵/۵٪) و هزینه‌های عمل جراحی (۷۱٪) برای آنها توضیح داده نشده است. در مجموع، میانگین امتیاز ارائه اطلاعات $6/5 \pm 2/34$ از ۱۸ نمره (بین ۵۰-۲۵٪ امتیاز کل) در حد متوسط بود (جدول شماره ۱).
نیمی از بیماران (۵۰٪) بیان نمودند فرم رضایت‌نامه برای آنها قابل درک نبوده است. ۷۰٪ از رضایت‌دهندگان اظهار داشتند در هنگام پذیرش توضیحی در مورد فرم دریافت نکرده‌اند. در مجموع، میانگین امتیازات قابلیت درک بودن فرم رضایت $0/45 \pm 0/69$ از ۴ نمره بود و در کل ضعیف گزارش شد (جدول شماره ۱). ۵۹٪ بیماران معتقد بودند منافع و عوارض سایر درمان‌ها برای آنها توضیح داده نشده و امکان انتخاب درمان‌های دیگر را نداشته‌اند. در کل، میانگین امتیازات داوطلبانه بودن اخذ رضایت‌نامه $1/1 \pm 1/12$ از ۸ نمره و به‌طور کلی ضعیف بود (جدول شماره ۱).

رضایت‌نامه در بیماران بستری تحت عمل جراحی در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان در سال ۱۳۸۷ صورت گرفت.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی است که در زمستان سال ۱۳۸۸ در ۲ بیمارستان شهر اصفهان انجام گردید. اطلاعات این پژوهش با استفاده از پرسشنامه به صورت خودگزارش‌دهی جمع‌آوری شد. پرسشنامه از طریق مطالعه منابع و متون علمی تهیه گردید. این پرسشنامه در مطالعه شیخ طاهری نیز استفاده شده است (۲۴). پس از تهیه پرسشنامه، اعتبار آنها از طریق به‌کارگیری روش اعتبار محتوا (Content Validity) توسط ۱۰ نفر از اساتید تعیین شد. اعتماد علمی پرسشنامه نیز با استفاده از روش انسجام و تناسب داخلی آلفا کرونباخ بعد از تکمیل پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از بیماران بستری در بخش جراحی تعیین گردید، و ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه شامل ۳ بخش اطلاعات دموگرافیک، سؤالات عمومی و اختصاصی بود. سؤالات عمومی ۸ سؤال و سؤالات اختصاصی ۲۲ سؤال (۹ سؤال ارائه اطلاعات در خصوص رضایت‌نامه، ۲ سؤال قابل درک بودن فرم رضایت‌نامه، ۴ سؤال داوطلبانه بودن، ۷ سؤال در خصوص (تعامل پزشک با بیمار) بود. امتیاز سؤالات براساس پاسخ‌های بله (۲ نمره)، تا حدودی (۱ نمره) و خیر (نمره صفر) داده می‌شد، به گزینه‌های "بدون پاسخ" یا گزینه به "یاد ندارم" امتیازی تعلق نمی‌گرفت. بدین ترتیب طیف نمره سؤالات مربوط به ابعاد ارائه اطلاعات (۱۸-۰)، تعامل پزشک و بیمار (۱۴-۰)، قابل درک بودن فرم رضایت‌نامه (۴-۰) و داوطلبانه بودن (۸-۰) بود. نمره کل پرسشنامه بین (۴۴-۰) برآورد گردید. میانگین امتیازات هریک از ابعاد و نمره کل زیر ۲۵٪ ضعیف، بین ۲۵-۵۰٪ متوسط، بین ۵۰-۷۵٪ خوب و بیش از آن عالی در نظر گرفته شد (۲۴). در این مطالعه، ۲۰۰ بیمار بستری در بخش جراحی واجد شرایط با روش نمونه‌گیری مستمر و آسان انتخاب شدند. پژوهشگر بعد از حضور در بخش‌های جراحی بیمارستان‌ها و انتخاب بیماران واجد شرایط، خود را به آنها معرفی نموده و هدف از انجام این پژوهش و روش کار را بیان کرد و بعد از کسب رضایت و دادن اطمینان به آنها در

جدول شماره ۱: درصد و فراوانی پاسخ بیماران به ابعاد ارائه اطلاعات، درک بیمار و داوطلبانه بودن اخذ رضایت نامه

ابعاد	سوالات	پاسخها		
		بله	تا حدودی	خیر
ارائه اطلاعات به بیمار	توضیح بیماری	۱۱۸ (۵۹٪)	۴۲ (۲۱٪)	۳۸ (۱۹٪)
	توضیح عمل جراحی	۱۲۱ (۶۰٪)	۳۰ (۱۵٪)	۴۹ (۲۴٪)
	منافع عمل	۷۵ (۳۷٪)	۳۱ (۱۵٪)	۹۰ (۴۵٪)
	عوارض عمل	۵۴ (۲۷٪)	۲۰ (۱۰٪)	۱۲۳ (۶۱٪)
	دلیل جراحی انتخاب شده	۹۹ (۴۹٪)	۲۴ (۱۲٪)	۶۸ (۳۴٪)
	معرفی سایر گزینه‌های درمانی	۲۵ (۱۲٪)	۱۶ (۸٪)	۱۳۲ (۶۶٪)
	طول دوره بستری	۵۶ (۲۸٪)	۱۱ (۵٪)	۱۳۱ (۶۵٪)
	پیگیری بعد از ترخیص	۳۲ (۱۶٪)	۱۴ (۷٪)	۱۵۱ (۷۵٪)
	هزینه عمل جراحی	۴۳ (۲۱٪)	۱۴ (۷٪)	۱۴۲ (۷۱٪)
	قابل درک بودن فرم رضایت نامه	۲۷ (۱۳٪)	۲۷ (۱۳٪)	۱۴۰ (۷۰٪)
داوطلبانه بودن اخذ رضایت نامه	درک اطلاعات فرم رضایت نامه	۴۵ (۲۲٪)	۹ (۴٪)	۱۰۰ (۵۰٪)
	آگاهی از حق امتناع از عمل	۹۰ (۴۵٪)	۱۷ (۸٪)	۸۱ (۴۰٪)
	امکان انتخاب سایر درمان‌ها	۳۶ (۱۸٪)	۲۰ (۱۰٪)	۱۲۱ (۶۰٪)
ارائه اطلاعات به بیمار	بیان منافع سایر درمان‌ها	۲۸ (۱۴٪)	۱۸ (۹٪)	۱۱۸ (۵۹٪)
	بیان عوارض سایر درمان‌ها	۳۰ (۱۵٪)	۱۰ (۵٪)	۱۱۹ (۵۹٪)

پزشک و بیمار $9/78 \pm 2/1$ از ۱۴ نمره بوده است و در کل عالی می‌باشد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد ۶۴/۵٪ رضایت دهندگان بیان کردند پزشک توانسته ارتباط مناسبی در زمان اخذ رضایت نامه با آنان برقرار کند که در مجموع، میانگین و انحراف معیار امتیاز ارتباط

جدول شماره ۲: درصد و فراوانی پاسخ بیماران درباره ارتباط پزشک و بیمار در فرآیند اخذ رضایت آگاهانه

سوالات	پاسخها		
	بله	تا حدودی	خیر
انتخاب پزشک توسط بیمار	۱۵۳ (۷۶٪)	۱۱ (۵٪)	۳۶ (۱۸٪)
افزایش اعتماد به پزشک	۱۳۹ (۶۹٪)	۲۳ (۱۱٪)	۳۰ (۱۵٪)
زمان کافی برای تفکر و طرح سؤال	۱۴۱ (۷۰٪)	۲۳ (۱۱٪)	۳۳ (۱۶٪)
امکان تماس با پزشک یا همکاران	۱۳۷ (۶۸٪)	۱۲ (۶٪)	۵۱ (۲۵٪)
دریافت پاسخ کامل سوالات	۱۲۹ (۶۴٪)	۳۸ (۱۹٪)	۲۲ (۱۱٪)
کافی بودن مدت زمان ارائه اطلاعات	۹۵ (۴۷٪)	۶۱ (۳۰٪)	۳۹ (۱۹٪)
قابل فهم بودن توضیحات پزشک	۹۸ (۴۹٪)	۵۹ (۲۹٪)	۳۱ (۱۵٪)

بحث

بیماران بیان کردند در مورد بیماری، عمل جراحی و دلیل درمان انتخابی آگاهی یافته‌اند، اما ارائه اطلاعات در مورد منافع و عوارض عمل، سایر گزینه‌های درمانی، طول دوره بستری، پیگیری بعد از ترخیص و هزینه عمل را نامناسب دانستند. مطالعه آمینی نشان داد عموماً اطلاعات کافی در مورد تشخیص یا درمان در اختیار بیماران قرار نمی‌گیرد و بیماران نیز ارائه اطلاعات را کافی نمی‌دانند (۲۶)،

در مطالعه حاضر، افراد معتقد بودند ارائه اطلاعات برای درمان انتخابی آنها و یا بیماری کافی نبوده است. در پژوهش Siddiqui، ضمن همخوانی نسبی با یافته‌های مطالعه حاضر، مشخص گردید تنها ۳۸٪ از بیماران مورد بررسی اعلام داشتند که اطلاعات دریافتی را فهمیده و درک کرده‌اند (۲۵). در مطالعه حاضر، اکثر

دریافت نمی‌کنند و اصلاً در تصمیم‌گیری برای درمان مشارکت داده نمی‌شوند. این در حالی است که ۸۰٪ بیماران تمایل به مشارکت در تصمیم‌گیری برای درمان را دارند (۱۶). شرکت در تصمیم‌گیری منجر به افزایش دانش آنان و ارتقا نتایج درمانی می‌شود، ولی با وجود فواید تصمیمات مشارکتی، بسیاری از بیماران در سطحی که تمایل دارند مشارکت داده نمی‌شوند (۳۷). خورشیدی و همکارانش نیز در بررسی میزان رعایت حقوق بیمار توسط پزشکان و پرستاران بیمارستان امیرالمؤمنین شهر زابل، میزان رعایت حقوق بیماران در مورد انتخاب روش درمانی را ۵۱٪ گزارش نمودند (۳۸). این مطالعه نیز با پژوهش حاضر همخوانی داشت. تحقیقات دیگر در سایر کشورها نیز نشان داد بیماران از سایر گزینه‌های درمانی، عوارض و پیامدهای آنها مطلع نمی‌شوند (۲۸). در این مطالعه موضوع داوطلبانه بودن از لحاظ دریافت اطلاعات مربوط به سایر گزینه‌های درمانی نیز بررسی گردید. داوطلبانه بودن می‌تواند تحت تأثیر درک ناکافی، عدم صلاحیت تصمیم‌گیری یا عدم ارائه 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 (۳۹، ۴۰). ۶۴٪ بیماران اظهار داشتند پزشک توانسته است ارتباط مناسبی با آنان برقرار کند. اکثر آنان معتقد بودند توضیحات پزشک کافی و قابل فهم بوده و به سؤالات آنها به خوبی پاسخ داده شده است. در مطالعه یغمایی و همکارانش نیز مشخص گردید ۳/۶۷٪ بیماران توضیحات پزشک را کافی و قابل فهم دانسته‌اند (۴۱)، که این مطالعه با پژوهش حاضر همخوانی داشت. همچنین مطالعه Howlader نیز نشان داد فقط ۳۱٪ بیماران می‌توانند عوارض گفته شده را بیان نمایند (۴۲). این تحقیقات نشانه ضعف در برقراری ارتباط با بیمار در جهت اطمینان از درک بیمار است. در مطالعه Vohra، بیماران انتظار داشتند پزشکان با آنها بهتر ارتباط برقرار کنند. بنابراین پزشکان بایستی از روش‌های مناسب‌تر برای اخذ رضایت‌نامه و اطمینان از درک بیمار استفاده نمایند (۲۱).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده، پیشنهاد می‌شود پزشکان و جراحان در یک زمان مناسب قبل از جراحی اطلاعات کافی در مورد منافع

که با مطالعه حاضر همخوانی داشت. برخلاف پژوهش حاضر، مطالعات سایر کشورها نشان می‌دهد بیماران به‌هنگام اخذ رضایت‌نامه معمولاً اطلاعات بیشتری را دریافت می‌کنند (۲۷، ۲۸). مطالعه Young نیز در سال ۲۰۱۰ نشان داد بیماران سرطانی شرکت‌کننده در تحقیق از غیرقابل درمان بودن بیماری خود و عوارض ناشی از آن آگاهی داشته‌اند (۲۹). همچنین مطالعه‌ای در سویس نشان داد بیماران میزان ارائه اطلاعات (هم کتبی و هم شفاهی) را خوب و کافی می‌دانند (۳۰). در مطالعه حاضر نیز منبع اصلی اطلاعات پزشک و جراح بود که با مطالعه Macintosh و همکارانش در سال ۲۰۱۰ همخوانی داشت (۳۱).

مطالعات در ایران نشان می‌دهد پزشکان ایرانی عمدتاً اطلاعات کلی را در مورد بیماری در اختیار بیمار قرار می‌دهند. همچنین به نظر می‌رسد پزشکان در بیان اطلاعات مربوط به عوارض و سایر گزینه‌های درمانی محتاطانه‌تر عمل می‌کنند (۳۲). در این مطالعه، ۵۰٪ رضایت‌دهندگان معتقد بودند فرم رضایت‌نامه برای آنها قابل درک نیست. Barnett نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسید که ۳۶٪ بیماران مورد بررسی، درک کافی از آنچه به آنان در زمان گرفتن رضایت‌نامه گفته می‌شود، ندارند. وی می‌نویسد: رضایت‌نامه‌های نامناسب و فراهم نکردن اطلاعات کافی در زمان اخذ رضایت‌نامه از جمله دلایل تناقض بین میزان درک واقعی و انتظارات بیمار است (۳۳). سطح سواد رضایت‌دهندگان، مطالعه دقیق فرم، توضیح محتویات فرم توسط فرد آگاه و شفاف بودن این توضیحات نیز می‌تواند بر درک فرم تأثیرگذار باشد (۲۴). ابراهیمی در مطالعه خود نشان داد تنها ۲۰٪ بیماران فهم و درک خود را از فرم رضایت‌نامه زیاد بیان نموده‌اند و درک ۸۰٪ آنها از فرم بسیار کم بوده است (۳۴). مطالعه Siddiqui نیز به همین مطلب اشاره کرده است (۲۵). هرچند مطالعه Joff در آمریکا گزارش نمود ۸۶٪ بیماران فرم رضایت‌نامه را قابل درک دانسته‌اند (۳۵). Bhurgri نیز در مطالعه خود بیان نمود بهتر است فرم رضایت‌نامه ساده بوده تا برای افراد کم‌سواد و بیسواد خوانا باشد (۲۰). مطالعه حاضر نشان داد اکثر رضایت‌دهندگان انتخاب درمان را داوطلبانه نمی‌دانند. بیماران اظهار می‌داشتند در مورد عوارض و منافع درمان‌ها اطلاعات کافی به آنها داده نشده است. نتایج مطالعه Muzur نیز نشان داد بیماران اطلاعات کافی در مورد درمان‌ها

افزایش درک بیماران از محتویات فرم رضایت‌نامه، توضیحات لازم را قبل از امضا فرم در اختیار آنان (به‌خصوص افراد کم‌سواد) قرار دهند. پیشنهاد می‌شود مطالعاتی کیفی در مورد عوامل مرتبط و تأثیرگذار بر عدم اخذ رضایت آگاهانه از بیماران از سوی پزشکان و متولیان امر، همچنین تأثیر آگاه نمودن کامل بیماران قبل از رضایت گرفتن بر روند جراحی، اضطراب، عوارض درمانی و غیره انجام شود.

و عوارض عمل، سایر گزینه‌های درمانی و طول دوره بستری در اختیار بیماران قرار دهند و زمانی برای پرسش، پاسخ و بیان سؤال به بیماران داده شود. همچنین بهتر است پزشکان (جراحان) در هنگام ارائه اطلاعات به بیماران خود با توجه به شرایط بیمار و بیماری وی، مسائلی مانند نگرانی بیمار، حفظ روابط مناسب با بیمار و سایر گزینه‌های درمانی، منافع و عوارض آن را به بیماران خود معرفی کنند؛ تا ایشان بهتر بتوانند در مورد انتخاب نوع درمان مشارکت نمایند. کارکنان پذیرش و پرستاران نیز می‌بایست جهت

References:

- Baligh N. In Translation of Muted Consent, Vojcic J. Tehran: Iranian Center for Research of Medical Ethics and History; 1994. p. 22. (Vol 1)
- حاجوی ابادر، خوشگام معصومه، موسوی مهناز. مطالعه‌ای درباره آگاهی و رعایت جنبه‌های قانونی مربوط به رضایت‌نامه‌ها در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ ۱۳۸۷. مدیریت سلامت ۱۳۸۸؛ ۱۲(۳۶):۵۲-۴۷.
- Feld AD. Informed Consent: Not Just For Procedures Anymore. *Am J Gastroenterol* 2004;99(6):977-80.
- Macleod U, Watt GC. The Impact of Consent on Observational Research: A Comparison of Outcomes from Consenters and Non Consenters to an Observational Study. *BMC Med Res Methodol* 2008;8:15.
- پارساپور علیرضا، پارساپور محمدباقر، لاریجانی باقر. رضایت آگاهانه، مفهوم، شرایط و راهکارهای اجرایی. مجله دیابت و لیپید ایران. ۱۳۸۴؛ ۵(ویژه‌نامه ۱).
- Iranian Center for Research of Medical Ethics and History. Iranian Patient Rights 2004 [Serial Online]; Available From: URL:<http://mehr.tums.ac.ir>. Accessed Oct, 2007.
- Khazanedari S. In Translation of Medical Ethics: Patients' Rights, Pier M. Tehran: EDC of Shaheed Beheshti University of Medical Sciences; 2003. p. 81-93.
- 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):2078-107.
- کبیرزاده آذر، دلرام اعظم، عباسی مریم، پایسته سمانه، طاهری مریم. بررسی میزان اعتبار رضایت‌های اخذشده از بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی شهر ساری، سال ۱۳۸۷. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران ۱۳۸۸؛ ۱۹(۶۹):۶۷-۶۲.
- Druml C. Informed Consent of Incapable (ICU) Patients in Europe: Existing laws and the EU Directive. *Curr Opin Crit Care* 2004;10(6):570-3.
- تقدسی‌نژاد فخرالدین، اخلاقی میترا، یغمایی اسداله، حاجتی علیرضا. بررسی نحوه اخذ رضایت‌نامه و براءت‌نامه از بیماران بستری در بخش‌های جراحی بیمارستان امام خمینی. مجله علمی پزشکی قانونی ۱۳۸۷؛ ۴۹(۱۴):۱۷-۱۲.
- میراکبری سیدمصطفی، فتحی مهدی، تقدسی‌نژاد فخرالدین، عطری علی. بررسی شکایات قصور پزشکی از جراحی‌های بینی ارجاع‌شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در فاصله سالهای ۱۳۷۳ لغایت ۱۳۷۹. مجله علمی پزشکی قانونی ۱۳۸۲؛ ۹(۳۱):۱۳۸-۱۳۶.
- Bennet B. *Law and Medicine*. 1999. p. 32-38.
- شیخ آزادی اردشیر، قدیانی محمدحسن، کیانی مهرداد. نحوه رسیدگی به قصور و تخلفات حرفه‌ای دندانپزشکی در ایران. مجله علمی پزشکی قانونی ۱۳۸۶؛ ۱۳(۳):۱۸۰-۱۷۱.

15. Cassileth PA, Lee SJ, Litzow MR, Miller KB, Stadtmauer EA, Tallman MS, et al. Intensified Induction Chemotherapy in Adult Acute Myeloid Leukemia Followed by High-Dose Chemotherapy and Autologous Peripheral Blood Stem Cell Transplantation: An Eastern Cooperative Oncology Group Trial (E4995). *Leuk Lymphoma* 2005;46(1):55-61.
16. Mazur DJ. Why the Goals of Informed Consent Are not Realized: Treatise on Informed Consent for the Primary Care Physician. *J Gen Intern Med* 1988; 3(4):370-80.
17. Jafari Mehr E, Shahraz S, Zali MR. Getting Informed Consent from Patients Consistent Legislation Is Mandatory. *Journal of Research In Medical Sciences* 2003;4(7):292-289.
18. 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;11(1):64-9.
19. Houghton E, Maynard S. Some Aspects of Doping and Medication Control in Equine Sports. *Handb Exp Pharmacol* 2010;(195):369-409.
20. Bhurgri H, Qidwai W. Awareness of the Process of Informed Consent Among Family Practice Patients in Karachi. *J Pak Med Assoc* 2004;54(7):398-401.
21. Vora A. Asthma: Awareness and Education. *J Assoc Physicians India* 2009;57:561-2.
22. Nasiriani KH, Farnia F, Nasiriani F. Study of Respecting Patients Rights from Nurse's Point of View Employed in Yazd Hospitals. *Iran Journal of Nursing* 2003;32-33(15-16):8-14.
۲۳. رنگرز جدی فاطمه، ربیعی رضا. بررسی نظرات پزشکان و پرستاران شهرستان کاشان نسبت به منشور حقوق بیماران. سال ۱۳۸۲. فیض ۱۳۸۵؛ ۱۰(۳):۴۶-۴۰.
۲۴. شیخ‌طاهری عباس، فرزندی‌پور مهرداد. کیفیت اخذ رضایت آگاهانه در بیماران بستری تحت عمل جراحی. مجله علمی پزشکی قانونی ۱۳۸۷؛ ۱۴(۳):۱۵۸-۱۵۱.
25. Siddiqui FG. An Audit of Informed Consent in Surgical Patients in a University Hospital. Abstract Book of the 10th ed. Asian Bio Ethics Conference & 4th ed. Unesco Asia-Pacific School of Ethics Round Table. Tehran University of Medical Sciences; 2009.
۲۶. امینی میلاد، موسوی سیدمحمد هادی، محمدنژاد سیدمحسن. بررسی میزان آگاهانه بودن رضایت کسب‌شده از بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۷. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۸؛ ۲(۳):۶۹-۶۱.
27. Jukic M, Kvolik S, Kardum G, Kozina S, Tomic Juraga A. Knowledge and Practices of Obtaining Informed Consent for Medical Procedures Among Specialist Physicians: Questionnaire Study in 6 Croatian Hospitals. *Croat Med J* 2009;50(6):567-74.
28. 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;26(5):428-33.
29. Young AJ, Kim L, Li S, Baker JN, Schmidt M, Camp JW, Barfield RC. Agency and Communication Challenges in Discussions of Informed Consent in Pediatric Cancer Research. *Qual Health Res* 2010;20(5):5628-643.
30. 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;81(3):307-12.
31. Macintosh BJ, Filippini N, Chappell MA, Woolrich MW, Mackay CE, et al. Assessment of Arterial Arrival Times Derived from Multiple Inversion Time Pulsed Arterial Spin Labeling MRI. *Magn Reson Med* 2010;63(3):641-647.
۳۲. وحدانی‌نیا مریم سادات، منتظری علی. اطلاع‌رسانی به بیماران سرطانی از دیدگاه متخصصان پزشکی و بهداشتی: یک مطالعه مقطعی. پایش ۱۳۸۲؛ ۲(۴):۲۶۵-۲۵۹.
33. Barnett AT, Crandon I, Lindo JF, Gordon-Strachan G, Robinson D, et al. An Assessment of the Process of Informed Consent at the University Hospital of the West Indies. *J Med Ethics* 2008;34(5):344-7.

۳۴. ابراهیمی حسین، نیک روش منصوره، اسکویی سیده فاطمه، احمدی فضل‌اله. استرس: واکنش عمده پرستاران به بافت تصمیم‌گیری اخلاقی. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۳۸۶؛۱۴(۵۴):۱۶-۷.

35. 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.

36. Tekola F, Bull S, Farsides B, Newport MJ, Adeyemo A, et al. Impact of Social Stigma on the Process of Obtaining Informed Consent for Genetic Research on Podoconiosis: A Qualitative Study. *BMC Med Ethics* 2009;10:13.

37. Berman L, Curry L, Gusberg R, Dardik A, Fraenkel L. Informed Consent for Abdominal Aortic Aneurysm Repair: The Patient's Perspective. *J Vasc Surg* 2008;48(2):296-302.

۳۸. وسکویی اشکوری خورشید، کریمی محبوبه، اثنی‌عشری حمیده، کهن‌نوشین. بررسی میزان رعایت حقوق بیماران در بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۷. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۸؛۲(۴):۵۳-۴۷.

۳۹. جعفری‌مهر‌الناز، شهرآز سعید، زالی محمدرضا. اصول اخذ رضایت آگاهانه از بیمار ضرورت قانون‌گذاری مدون. پژوهش در علوم پزشکی ۱۳۸۱؛۷(۴):۲۹۲-۲۸۹.

۴۰. عباسی محمود. مجموعه مقالات حقوق پزشکی. تهران: نشر حیان؛ ۱۳۷۶.

۴۱. یغمایی فریده، محفوظ‌پور سعاد، رییس‌اکبری قاسم، کمالی پرویز. میزان رضایت مراجعین از ارائه خدمات بهداشتی در مراکز بهداشتی درمانی شهری تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی اراک. پژوهش پرستاری ۱۳۸۶؛۲(۵-۴):۴۹-۴۵.

42. 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;38(6):363-8.