

کیفیت رضایت آگاهانه در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

از دیدگاه بیماران بستری؛ مطالعه‌ای کیفی

امید آسمانی^۱، مریم شبانی آباذه^۲، صدیقه ابراهیمی^{۳*}

تاریخ انتشار: 98/12/6

تاریخ پذیرش: 98/10/25

تاریخ دریافت: 98/8/3

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

اخذ رضایت آگاهانه، از حقوق بیماران است. هدف از آن، کاهش مسئولیت پزشک نیست؛ بلکه کمک به بیمار برای گرفتن بهترین تصمیم، افزایش رضایتمندی او و کاهش مداخلات حقوقی است. این مطالعه، نظر بیماران را درباره‌ی کیفیت رضایت آگاهانه و چالش‌های آن در محیط‌های آموزشی درمانی بررسی می‌کند. پانزده مصاحبه‌ی انجام‌شده، با روش تحلیل محتوای ساده، تجزیه و تحلیل شدند. نمونه‌گیری هدفمند و با در نظر گرفتن تنوع در نوع و شدت بیماری، جنسیت، سن و رضایت به درمان یا نارضایتی از آن صورت گرفت. یافته‌ها، با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA 2007، در قالب کدها و طبقات اولیه، طبقات اصلی و طبقه‌ی مرکزی، دسته‌بندی و ارائه شدند. مقوله‌های اصلی استخراج‌شده، عبارت بودند از: «مفهوم، اهمیت و جایگاه رضایت به درمان»، «آثار اخذ رضایت»، «نقش آفرینی‌های بیمار و درمانگر در فرایند رضایت آگاهانه»، «چالش‌های اخذ رضایت» و «عوامل تسهیل‌کننده در فرایند رضایت آگاهانه». این مقوله‌ها، همگی، در راستای تدوین متغیر مرکزی، یعنی «درمانگر، بیمار و عوامل فرایندی، سه رکن رضایت آگاهانه» بودند. کافی نبودن توضیحات ارائه‌شده به بیماران، امضای رضایت‌نامه بدون خوانده‌شدن، کم‌رنگ‌بودن اعتماد به پزشک، در نظر نگرفتن وضعیت روحی بیمار و اخذ رضایت توسط غیردرمانگر، از مهم‌ترین چالش‌های بیان‌شده‌اند. اصلاح و استانداردسازی فرهنگ اخذ رضایت از بیمار، مستلزم شناخت وضعیت موجود و به دنبال آن، به‌کارگیری مؤلفه‌های آموزش، قانون‌گذاری، نظارت، تشویق و تنبیه است. جلب همکاری کادر درمان نیز، به درک ضرورت و اهمیت موضوع و آشنایی با آثار و تبعات آن نیاز دارد.

واژگان کلیدی: بیمارستان آموزشی، تحلیل محتوای ساده، رضایت آگاهانه، مطالعه‌ی کیفی

1. استادیار، گروه اخلاق پزشکی و فلسفه‌ی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

2. پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

3. دانشیار، گروه اخلاق پزشکی و فلسفه‌ی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: شیراز، خیابان کریم‌خان زند، دانشکده‌ی پزشکی، ساختمان شماره‌ی دو، گروه اخلاق پزشکی و فلسفه‌ی سلامت،

تلفن: ۰۷۱۲۲۳۴۸۹۸۰، Email: sedighebrahimi@gmail.com

مقدمه

احترام به کرامت انسانی و حرمت جسم و جان اشخاص، ایجاب می‌کند اقدامات پزشکی برای حفظ تندرستی و درمان بیماران، با گرفتن رضایت آگاهانه همراه باشد. به‌طور کلی، منظور از رضایت آگاهانه آن است که بیمار با کسب اطلاع لازم از ماهیت، هدف و پیامدهای معالجه‌ای که قرار است انجام گیرد، آزادانه و آگاهانه، در تصمیم‌گیری درمانی مشارکت فعال کند (۱).

در نظام‌های حقوقی معاصر و بر اساس تعاریف جدید از نقش بیمار، یکی از مهم‌ترین حقوق بیماران، لزوم اطلاع‌رسانی شایسته به آن‌ها در امر درمان و تحقق حیطه‌ی اختیارات و تصمیم‌گیری آنان است (۲). در بند ۱-۲-۳ در منشور حقوق بیمار ایران، مصوب ۱۳۸۸، بر این نکته تأکید شده است که انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار، باید آزادانه و آگاهانه و مبتنی بر دریافت اطلاعات کامل و جامع باشد. با توجه به بند ۱-۲-۴ این منشور، روش‌های تشخیصی و درمانی، نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش‌آگهی و عوارض آن و نیز، همه‌ی اطلاعات اثرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار، از مسائلی است که باید با او مطرح شود. این اطلاعات، مطابق با آنچه در بند ۱-۲-۲ این منشور آمده، باید در زمان مناسب و متناسب با وضعیت بیمار، از جمله زبان، تحصیلات و توان درک وی، در اختیارش قرار گیرد؛ مگر اینکه تأخیر در شروع درمان، به دلیل دادن این اطلاعات، سبب آسیب به بیمار شود که در این صورت، انتقال اطلاعات پس از انجام اقدام ضروری باید در زمان مناسب صورت پذیرد؛ همچنین، بند ۳-۲-۲ این منشور، مقرر می‌دارد که پس از دادن اطلاعات، لازم است زمان کافی به بیمار برای تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود (۳). از نظر قانونی، مسئولیت درک کامل موضوع توسط بیمار بر عهده‌ی پزشک است، نه خود بیمار (۴). در این زمینه، توضیحات

پزشک باید فهمیدنی و بدون اعمال نفوذ و فاقد توصیه‌های شخصی باشد. پزشکان باید در همه‌ی فرایندهای پزشکی، تشخیصی و درمانی، اطلاعات اساسی مؤثر بر تصمیم‌گیری بیمار را در اختیار او قرار دهند؛ زیرا فقط با دسترسی بیمار به این‌گونه اطلاعات است که می‌توان ادعا کرد او از فرایند درمان، رضایت آگاهانه داشته است (۳).

رعایت نکردن حقوق بیماران و رضایت‌نداشتن آنان از خدمات ارائه‌شده، باعث کندی بهبودی، افزایش روزهای بستری، تحریک‌پذیری و افزایش هزینه‌های درمان می‌شود (۵)؛ به همین دلیل، رفع مشکلات مربوط به اخذ رضایت‌نامه، مستلزم شناخت عوامل مرتبط با این موضوع است. در این خصوص، در پژوهش‌ها، درباره‌ی عواملی مانند ناتوانی بیمار در درک اطلاعات، بی‌میلی وی برای مشارکت در درمان، ترس، اضطراب، احتمال وجود افسردگی، تصمیم‌گیری نامناسب، خواسته‌های خانواده‌ی بیمار، محدودیت‌های زمانی، اخذ رضایت‌نامه توسط افراد کم‌تجربه، کمبود کارکنان درمانی و میزان پذیرش بیمار، بحث شده است (۶).

از آنجاکه بین اخذ رضایت آگاهانه‌ی مطلوب و کسب نتیجه‌ی بالینی مناسب، ارتباط وجود دارد، لازم است درخصوص نحوه و شیوه‌ی کسب رضایت آگاهانه، با دقت و ظرافتی بیشتر، عمل شود. با توجه به ضرورت بررسی عمیق دیدگاه بیماران، در این مطالعه، قصد داریم میزان آگاهی و درک آن‌ها از فرایند رضایت آگاهانه، جایگاه و نقش اعتماد در فرایند رضایت به درمان و نیز، عوامل مؤثر بر فرایند رضایت‌دادن/ ندادن را با انجام مصاحبه‌های عمیق با بیماران تبیین کنیم.

روش کار

این مطالعه‌ی کیفی، در سال ۱۳۹۶، اجرا و با روش تحلیل محتوای ساده انجام شده است. جامعه‌ی پژوهش، شامل همه‌ی بیماران بستری در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم

مصاحبه به شرح ذیل است:

- آیا می‌دانید تا الان چه کارهایی برای درمان شما انجام شده است؟ آیا برای انجام آن، فرم رضایت‌نامه امضا کردید؟ لطفاً، در این باره برای من توضیح دهید؟

- آیا شما خودتان فرم رضایت‌نامه را خواندید؟ آیا خاطرتان است در این رابطه سؤالی از پزشک یا پرستار یا... پرسیده باشید؟ برداشت شما از توضیحات ارائه شده چگونه بود؟

- آیا اطلاعاتی که پزشک درباره‌ی بیماری‌تان و روش درمان برای شما گفتند، در تصمیم‌گیری‌تان مؤثر بود؟ بالأخره، چه تصمیمی گرفتید؟

- وقتی رضایت نداشتید، چه چیز باعث شد که رضایت ندهید؟ در این باره، تیم درمان چه کار کردند؟ فکر می‌کنید در چه شرایطی می‌توانستید رضایت بدهید؟

ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان

شرکت‌کنندگان در پژوهش، از طریق نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، انتخاب شدند. محققان، با کمک کادر درمان و با توجه به مسائلی مانند آگاهی بیمار به موضوع و داشتن حداقل معیارهای لازم برای مصاحبه، میزان در دسترس بودن و تمایل به مشارکت، مصاحبه‌شوندگان را انتخاب کردند. درباره‌ی تعداد شرکت‌کنندگان، با توجه به هدف پژوهشگر، یعنی رسیدن به درک عمیق و کلی درباره‌ی موضوع، نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها (جایی که از آن به بعد، اطلاعاتی جدید از پژوهش به دست نیاید) ادامه یافت. بدین‌منظور، تولیدنشدن کد جدید و تکرارشدن کدهای قبلی در دو مصاحبه‌ی اخیر، ملاک حصول اشباع اطلاعاتی بود. در مجموع، پانزده نفر از بیماران بستری، مصاحبه شدند. با توجه به محدودیت‌های مطالعه و نیز، بر اساس هدف و فراوانی و اهمیت رضایت آگاهانه در بالین، انتخاب بیمار به بخش‌های داخلی، جراحی و یورولوژی محدود شد. بیماران مذکور، در زمان مصاحبه، برای انجام اقدامات تشخیصی یا درمانی، در دو بیمارستان

پزشکی شیراز بوده که انجام فرایندهای پزشکی آن‌ها، مشمول اخذ رضایت آگاهانه‌ی کتبی بوده و موافقت یا عدم موافقت خود را به درمان پیشنهادی اعلام کرده‌اند. نمونه‌ها از دو بیمارستان آموزشی‌درمانی نمازی و شهیدفقیهی و درمانگاه آموزشی‌درمانی شهیدمطهری شیراز جمع‌آوری شدند.

فرایند انجام مصاحبه

قبل از شروع هر مصاحبه، موضوع کلی به مصاحبه‌شونده توضیح داده و پس از اخذ رضایت به شرکت در پژوهش، زمان و مکان انجام مصاحبه هماهنگ می‌شد. مصاحبه‌ها با استفاده از سؤالات نیمه‌ساختاریافته انجام شدند. سؤالات، همسو با هدف مطالعه و به‌صورت کلی مطرح می‌شد و سپس، مصاحبه‌شوندگان بر اساس دیدگاه و تجربیات خود، به آن‌ها پاسخ می‌دادند. پس از اتمام پاسخ، محقق با توجه به محتوای ارائه‌شده، به سراغ سؤالات کاوشگر می‌رفت تا به عمق موضوع پی ببرد و دامنه‌ی توصیفات را گسترش دهد (مثال: لطفاً در این باره بیشتر توضیح دهید؛ اگر درست متوجه شده باشم، نظر شما این است که...؛ با توجه به نظری که بیان فرمودید، این‌طور متوجه شدم که شما دوست داشتید آن موقع...). مصاحبه‌ها در جلسات پانزده تا سی دقیقه‌ای انجام شدند. مصاحبه‌شوندگان برای ادامه یا انصراف از شرکت در مصاحبه، در هر زمان از پژوهش، مختار بودند.

شروع مصاحبه‌ها با سؤالی کلی و باز در ارتباط با بیمارستان و مسائل کلی درمان بود تا مصاحبه‌شونده بهتر و بیشتر با فضای مصاحبه آشنا شود و در ادامه، او به سمت موضوع و هدف مطالعه سوق داده می‌شد. مصاحبه‌کننده، در طول مصاحبه، از بیان نظرات شخصی و اظهارنظر درباره‌ی گفته‌ها، خودداری می‌کرد تا مصاحبه‌شونده فارغ از نگرانی برای جبهه‌گیری طرف مقابل، آزادانه، نظرات خود را بیان کند. در پایان هر قسمت، محقق پاسخ‌های مصاحبه‌شونده را جمع‌بندی می‌کرد تا هم صحت برداشت خود را بیازماید و هم طرح سؤالات بعدی، آسان‌تر شود. برخی از سؤالات

ادامه یافتن پژوهش تا رسیدن به اشیاع اطلاعاتی؛ بررسی و مرور مداوم کدها، کدگذاری توسط چند محقق؛ تأیید انجام مصاحبه و کدگذاری داده‌ها، توسط همه‌ی محققان موجود در طرح؛ تحلیل داده‌ها، بلافاصله پس از انجام مصاحبه؛ درگیری طولانی مدت با داده‌ها و اختصاص دادن زمان کافی برای جمع‌آوری و تحلیل آن‌ها (شش ماه)؛ همچنین، محقق (مریم شبانی آبا‌ده)، با حضور مستمر و انجام فعالیت پزشکی برای این گروه از بیماران، تلاش کرد تا درکی عمیق از محیط پژوهش و تجربه‌ی شرکت‌کنندگان به دست آورد. به‌علاوه، محقق کوشید تا در پایان هر مصاحبه، خلاصه‌ای از مصاحبه را با مصاحبه‌شوندگان مطرح کند تا درباره‌ی درک خود از تجربیات آنان، اطمینان یابد. از سوی دیگر، تلاش شد تا قبل از شروع پژوهش، ذهنیات و نظرات محققان درباره‌ی موضوع مطالعه نوشته و کنار گذاشته شود^۱ تا از مداخله‌ی آن‌ها در فرایند مصاحبه و تحلیل داده‌ها خودداری گردد.

افزون‌براین، محقق سعی کرد تا ضمن ارائه‌ی گزارشی مفصل، عمیق و همراه با جزئیات از یافته‌های پژوهش و در نظر گرفتن تجربیات موفق و ناموفق در اخذ رضایت آگاهانه از بیماران و لحاظ کردن تنوع مصاحبه‌شوندگان از نظر تحصیلات، جنسیت، نوع و شدت بیماری و همچنین، در نظر گرفتن نمونه‌گیری هدفمند، قابلیت تعمیم‌پذیری داده‌ها را فراهم آورد. علاوه‌براین، به منظور ثبات و تأیید داده‌ها، تلاش شد تا همه‌ی مراحل انجام پژوهش، همراه با جزئیات، نگاشته شود تا امکان دنبال کردن داده‌ها برای محققان دیگر نیز فراهم گردد.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش، از مصاحبه‌شوندگان برای شرکت در مطالعه، رضایت آگاهانه گرفته و به آن‌ها توضیح داده شد که در هر زمان از فرایند مطالعه، در صورت نارضایتی، می‌توانند از پژوهش خارج شوند. ضبط مصاحبه‌ها، تنها، در صورت

آموزشی درمانی مطالعه شده بستری بودند. همه‌ی آن‌ها پس از انجام شدن اقدامات پزشکی، مصاحبه شدند. از تعدادی اندک از بیماران نیز، پس از اعلام نارضایتی به انجام یک فرایند پزشکی، درحالی‌که هنوز بستری بودند یا روش پزشکی دیگری را برای ایشان آغاز کرده بودند، مصاحبه شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

هر یک از مصاحبه‌ها، به صورت کلمه‌به‌کلمه، پیاده‌سازی و متن پیاده‌شده، در نرم‌افزار تحلیل داده‌های کیفی MAXQDA 2007 وارد شد. مصاحبه‌ها با استفاده از روش تحلیل محتوای ساده، کدگذاری و کدها، مفاهیم و طبقه‌بندی‌های اولیه، استخراج شدند. در راستای تأیید ارتباط داده‌های جمع‌آوری شده و فرایند تحلیل آن‌ها با موضوع و هدف مطالعه و اینکه داده‌ها چقدر توانسته‌اند منظور مصاحبه‌شونده را برسانند، محققان کدها را به صورت مستقل و گروهی، بازخوانی کردند. با تکمیل فرایند مصاحبه و کدگذاری، مفاهیم و طبقه‌بندی‌های بزرگ‌تر و بالاتر، استخراج شد و تا اشیاع اطلاعاتی، ادامه یافت. در مجموع، حدود ۶۴۲ کد اولیه، از متن مصاحبه‌ها برداشت شد. کدهای مشابه، در حدود هفتاد طبقه‌ی اولیه، دسته‌بندی شد؛ سپس، طبقات اولیه در قالب شانزده طبقه‌ی ثانویه و در مرحله‌ی بعد، به صورت پنج مقوله یا طبقه‌ی اصلی، دسته‌بندی گردید. در نهایت، متغیر مرکزی نیز، با استفاده از مقوله‌های اصلی و مرور مکرر کدها و طبقات اولیه و ثانویه، استخراج شد.

صحت و استحکام یافته‌های پژوهش

اعتبار پژوهش کیفی به این نکته مربوط می‌شود که داده‌ها و فرایند تحلیل آن‌ها، تا چه حد با موضوع مرتبط بوده‌اند و می‌توانند منظور شرکت‌کنندگان را برسانند. در این مطالعه، سعی شد تا مصاحبه‌شوندگان دارای تنوع تحصیلات، جنسیت، نوع و شدت بیماری باشند که همگی، با هدف افزایش دقت مطالعه اجرا شدند. به‌علاوه، به منظور افزایش اعتبار یافته‌ها، نکاتی در کانون توجه قرار گرفت؛ نکاتی مانند

1. Bracketing

نتایج

از پانزده شرکت‌کننده در این پژوهش، نه نفر مرد بودند. محدوده‌ی سنی شرکت‌کنندگان، ۲۵ تا ۵۵ سال بود و آن‌ها دچار بیماری‌هایی چون: سنگ کلیه، آپاندیس، رفاکس مثانه، بی‌اختیاری اداری، التهاب روده، فیستول، سرطان روده، لوپوس، اختلال حاد کلیه و سرطان سینه بودند. در جدول شماره‌ی یک، طبقه‌ی مرکزی، طبقات اصلی، زیرطبقات و مقوله‌های اولیه که از داده‌ها استخراج شده‌اند، نمایش داده شده است.

رضایت مصاحبه‌شونده انجام می‌گرفت؛ در یک مورد که مصاحبه‌شونده رضایت به ضبط نداشت، یادداشت‌برداری صورت گرفت. زمان و مکان انجام هر مصاحبه، با صلاحدید و نظر شرکت‌کنندگان، تعیین می‌شد. مصاحبه‌ها در فضای ترجیحاً آرام و با توجه به نظر مصاحبه‌شوندگان، در مکان‌هایی از جمله سالن‌های کنفرانس بخش، اتاق بیماران یا حیاط بیمارستان (با هماهنگی بخش) انجام شدند. محقق، متعهد به رعایت اصل رازداری و امانت در ضبط و نگهداری و معدوم‌سازی فایل‌ها پس از اتمام پژوهش و پیاده‌کردن متن مصاحبه‌ها بود.

جدول شماره‌ی ۱- طبقه‌ی مرکزی، طبقات اصلی، زیرطبقات و مقوله‌های اولیه‌ی استخراج‌شده از داده‌های پژوهش

زیرطبقات	طبقات اصلی	طبقه‌ی مرکزی
مفهوم رضایت آگاهانه، از نظر بیمار اهمیت رضایت آگاهانه شرایط اخذ رضایت	مفهوم، اهمیت و جایگاه رضایت به درمان	
نتایج اخذ رضایت صحیح نتایج اخذ رضایت ناکامل / ناصحیح	آثار اخذ رضایت	
نقش درمانگر در فرایند رضایت درمانی نقش بیمار در فرایند رضایت درمانی	نقش‌آفرینی‌های بیمار و درمانگر در فرایند رضایت آگاهانه	درمانگر، بیمار و عوامل فرایندی، سه رکن رضایت آگاهانه
چالش‌های تیم پزشکی در فرایند اخذ رضایت درمانی از بیمار چالش‌های فرایند اخذ رضایت درمانی از دید بیمار چالش‌های فرایندی اعتماد به پزشک	چالش‌های اخذ رضایت	
وضعیت روحی و روانی مناسب بیمار آگاهی بیمار برآورده‌شدن انتظارات بیمار	عوامل تسهیل‌کننده در فرایند رضایت آگاهانه	

بیمار و سلب مسئولیت از پزشک و به‌وجودنیامدن مشکل قانونی برای کارکنان درمانی است؛ باین‌حال، عده‌ای دیگر معتقد بودند که رضایت، به‌معنی یک‌طرفه‌نبودن مسئولیت با توجه به آگاه‌شدن بیمار است. عده‌ای رضایت آگاهانه را به‌معنی آگاه‌شدن همراه بیمار و عدم ادعای خانواده، در صورت

در ادامه، طبقات اصلی، بر اساس زیرطبقات استخراج‌شده از داده‌ها، به‌اختصار، توضیح داده می‌شوند:

مفهوم، اهمیت و جایگاه رضایت به درمان

مفهوم رضایت آگاهانه، از نظر بیمار: بیشتر بیماران معتقد بودند پرکردن فرم رضایت آگاهانه، به‌معنی مسئول‌بودن خود

- «دکتر گفت اگر رضایت ندهی، ممکن است بچه‌تان کلیه‌اش را از دست بدهد.»

- «دکتر گفت به خاطر اینکه پالس ریه‌ات بالاست، احتمال دارد بروی داخل آی‌سی‌یو. احتمال دارد اکو داپلر بخواهی. احتمال خطر زیاده، رضایت می‌دهی یا نه؟»

شرایط اخذ رضایت: غالب بیماران، فرم رضایت‌نامه را قبل از انجام عمل تشخیصی یا درمانی امضا کرده بودند. عده‌ای در بخش، عده‌ای دیگر در اتاق عمل و قبل از انجام فرایند پزشکی و عده‌ای نیز، در هر دو مکان، این فرم را امضا کرده بودند؛ با این حال، از دید بیماران، مکان رضایت‌گرفتن اهمیتی نداشت و مشکلی با این قضیه نداشتند. بیماران معتقد بودند که محتوای فرم رضایت اتاق عمل و بخش، یکی بوده؛ ولی سمت فرد رضایت‌گیرنده، فرق می‌کرده است؛ در بخش، غالباً، دستیار سال پایین و در اتاق عمل، معمولاً، دستیار ارشد رضایت می‌گرفته است:

- «همان‌جا در رادیولوژی که می‌خواستند نفروستومی را وصل کنند، یک رضایت‌نامه از ما گرفتند.»

- «اذیت نشدم؛ روی برانکاردم و انگشت زدم و رفتم، همین. خدا رو شکر خیلی خوب بود.»

درباره‌ی کیفیت درک بیمار از توضیحات پزشک، چنین برداشت می‌شود که صحبت‌های پزشک برای بیشتر بیماران، مفهوم بوده است و تعدادی کم از آنان اشاره کردند که صحبت‌های درمانگر را متوجه نشده‌اند. برخی بیماران معتقد بودند که پزشک، موقع توضیح دادن، از اصطلاحات و کلمات نامفهوم استفاده نکرده است؛ با وجود این، تعدادی نیز گفتند که صحبت‌های پزشک را متوجه نشده‌اند و پزشکان، از کلمات پزشکی استفاده می‌کرده‌اند:

- «همه‌ی چیزهایی که گفتند مفهوم بود؛ حتی یک آدم عامی هم متوجه می‌شد.»

- «من صحبت‌های پزشک درباره‌ی بیماری و سیر درمان را متوجه نشدم.»

بروز مشکل، می‌دانستند و عده‌ای نیز، معتقد بودند فرم رضایت آگاهانه، به معنی آگاه کردن بیمار از عوارض و روش‌های جایگزین و انجام عمل، در صورت راضی بودن اوست:

- «این جور خیلی خوبه؛ اتفاقی هم افتاد، واقعاً، مسئولیتش یک طرفه نمی‌شه و تو می‌دونستی و با آگاهی بوده؛ از این لحاظ خیلی خوبه.»

- «فرم رضایت آگاهانه، بیشتر هدفش اینه که بیمار رو از عوارض درمان آگاه کنه و اینکه جایگزین‌ها رو براش توضیح بدیم.»

اهمیت فرم رضایت آگاهانه: مصاحبه‌شوندگان اظهار کردند که تیم درمان برای خواندن فرم رضایت، تأکیدی ویژه داشته‌اند؛ البته، عده‌ای نیز، معتقد بودند خود بیمار، موظف به خواندن فرم رضایت است. برخی مصاحبه‌شوندگان خود را مجبور به امضا کردن فرم رضایت می‌دانستند؛ زیرا در صورت امضا نکردن فرم، درمان برای آن‌ها انجام نمی‌شد. از دید بیماران، رضایت دادن، به نوعی، به معنای تعیین تکلیف شدن برای ادامه‌ی درمان نیز، قلمداد می‌شد:

- «من هیچ وقت نخواندمش؛ ولی این دفعه، خانم پرستار به من گفت بخوانمش.»

- «آمدی جراحی بشوی، اگر رضایت‌نامه را امضا نکنی، عملت نمی‌کنند؛ اگر می‌خواهی کارت انجام شود، باید امضا کنی.»

بیشتر بیماران اظهار کردند که پزشک، عوارض احتمالی درمان را برای آن‌ها توضیح داده است. حتی تعدادی از بیماران گفتند که پزشک برای همه‌ی خطرات احتمالی، امضا و بعد از گفتن همه‌ی عوارض، رضایت گرفته است. برخی بیماران اظهار کردند که پزشک، مجدداً، درباره‌ی عوارض درمان توضیح داده است. در عین حال، دو نفر از بیماران نیز، اعلام کردند که پزشک، درباره‌ی عوارض احتمالی به آن‌ها توضیحی نداده است:

آثار و نتایج اخذ رضایت آگاهانه

بنا بر نظر مصاحبه‌شوندگان، چنانچه اخذ رضایت آگاهانه از بیمار، صحیح، انجام شده بود، منجر به «افزایش رضایتمندی بیمار از تیم درمان و وضعیت بیمارستان» و «افزایش آمادگی بیمار برای قبول مشکلات بیماری» می‌شد: «خوب، وقتی شنیدم، شرایط روحی‌ام برای قبول عوارض و ناراحتی‌ها تغییر کرد»

درعین حال، اشاره‌ی مصاحبه‌شوندگان به آثار و نتایج اخذ ناصحیح یا ناکامل رضایت آگاهانه، بسیار بیشتر بود؛ از آن جمله می‌توان به نکاتی چون: «احساس سردرگمی درباره‌ی بیماری و درمان»، «تشدیدشدن درد و عوارض درمان، توأم با احساس ناراحتی و اذیت‌شدن»، «ادامه‌یافتن دغدغه‌های ذهنی بیمار، درباره‌ی بیماری‌اش» و «نارضایتی از رفتار و عملکرد تیم درمانی» اشاره کرد: «ما برای کولستومی و کارهایی که قبلاً برایشون انجام شده است، خیلی لطمه دیدیم و دکتر هم، به بهانه‌های مختلف، خودش را کنار کشید!»

لازم به ذکر است که حدود نیمی از مصاحبه‌شوندگان، اشاره کردند که فرم رضایت را بدون خواندن آن امضا کرده یا اینکه آن را کامل و درست نخوانده‌اند؛ حتی یکی از بیماران، معتقد بود که فرم رضایت را اکثر بیماران نمی‌خوانند: «نمی‌دانم شما اطلاع داشته باشید یا نه! ولی، اکثراً، این فرم را نمی‌خوانند!» از دلایل خوانده‌نشدن فرم رضایت که تعدادی از شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند، درد زیاد هنگام اخذ رضایت است: «این قدر دردم زیاد بود که هیچی نخواندم!». به علاوه، یکی از بیماران معتقد بود که با خواندن فرم رضایت، نگرانی او بیشتر می‌شده و به همین دلیل، آن را نخوانده است. چند تن از مصاحبه‌شوندگان، بیان کردند که فرصتی برای خواندن فرم وجود نداشته است؛ زیرا یا پزشک عجله داشته یا خود بیمار، تا سریع‌تر درمان شروع شود: «دکتر که میاد اینجا، می‌خواهد سریع برود. دیگر این جور نیست که بخواهد بایستد من ده دقیقه فرم را بخوانم!» بیماران هم بودند که

دلیل آن‌ها، خواندن فرم در مراجعه‌ی قبلی بود یا اینکه خواندن و نخواندن آن، برایشان تفاوتی نداشت. یکی از بیماران گفت که چون پزشک قبلاً فرم را برای او توضیح داده، آن را نخوانده است و بیماری دیگری، بیان کرد چون بچه بغلش بوده نتوانسته فرم را بخواند. به‌طور کلی، آنچه از متن مصاحبه‌ها برمی‌آید، این است که حدود نیمی از بیماران، فرم رضایت را نخوانده‌اند.

نقش آفرینی‌های بیمار و درمانگر در فرایند رضایت

آگاهانه

بیمار و درمانگر، دو رکن مهم و اساسی در فرایند اخذ رضایت آگاهانه‌اند. در ادامه، دیدگاه بیماران درباره‌ی این نقش آفرینی بیان می‌شود:

نقش درمانگر در فرایند رضایت درمانی

توضیح‌دادن فرم رضایت برای بیمار: بیماران اظهار کردند که فرم رضایت را رده‌های مختلف تیم درمان، از جمله استاد، دستیار ارشد، دستیار سال اول و دوم و پرستار اتاق عمل، برای آن‌ها توضیح داده‌اند:

- «فرمی را که در اتاق عمل بود، دستیار ارشد توضیح می‌داد.»

- «تأحدودی، فرم را پرستار اتاق عمل برایمان توضیح داد.»

توضیح‌دادن روش جایگزین درمان توسط درمانگر: تعدادی از بیماران اظهار کردند پزشکان درباره‌ی روش‌های جایگزین و دلیل انجام‌ندادن آن‌ها توضیح داده‌اند. یکی از بیماران، معتقد بود حتی اگر بیمار سؤالی درباره‌ی روش‌های جایگزین نداشته باشد، پزشک باید روش درمان جایگزین را ارائه دهد: «گزینه‌هایی را که ما می‌خواستیم، رد می‌کردند و با توجه به رشته‌شان، گزینه‌ی مدنظر نهایی را می‌گفتند و ما هم گزینه‌های مدنظرمان را می‌گفتیم و می‌گفتند به چه دلیل نمی‌شود آن‌ها را انجام بدهیم.»

توضیح‌دادن هزینه‌های درمانی توسط درمانگر: نتیجه‌ی مصاحبه‌ها نشان می‌دهد هزینه‌های درمان برای اکثر بیماران

اتفاقاتی می‌افتد مربوط به خانواده که بعد از کار است.» پیگیری کردن بیمار یا همراه: غالب مصاحبه‌شوندگان، اعلام کردند که خود یا همراهشان، برای پیگیری درمان، زیاد تلاش کرده‌اند؛ از جمله کسب اطلاع از روند درمان؛ مراجعه به چندین بیمارستان یا تعویض بیمارستان، به دلیل نبود امکانات درمانی؛ درخواست متعدد برای توضیح پزشک درباره‌ی روند بیماری و داشتن استرس برای پیگیری درمان. نتیجه‌ی این پیگیری‌ها، افزایش آگاهی، کاهش استرس و مدیریت بهتر بیماری و درمان بوده است: «یک بار، نامه داده بودند بیارم بیمارستان نمازی که به ما گفتند دکتر شش ماهه رفته مرخصی و اینجا جراحی نمی‌کنند. جراحی ایشان خیلی اورژانسی بود؛ به خاطر همین، خیلی پافشاری کردیم که زودتر انجام شود.»

اطلاع بیمار از هزینه‌های درمان: اطلاعات قبلی بیماران درباره‌ی هزینه‌ی درمان، به مشارکت آن‌ها در فرایند رضایت آگاهانه، کمکی شایان توجه می‌کند. با توجه به اطلاع آن‌ها از کاهش چشمگیر هزینه‌ها در بیمارستان دولتی و گاهی، مشخص بودن هزینه‌ی درمان برایشان، برخی مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که نیازی به توضیح‌دادن پزشک، در این باره، احساس نکرده‌اند: «چون قبلاً هم جای دیگری عمل شده بودم و می‌دانستم چون دفترچه‌ام تأمین اجتماعی است و بیمه‌ی تکمیلی دارم، چه جوریه تقریباً هزینه‌ها.»

سؤال پرسیدن بیمار: بنا به نظر مصاحبه‌شوندگان، تمایل بیمار یا همراه وی به پرسیدن سؤال، نقشی مهم در تکمیل فرایند رضایت آگاهانه دارد:

- «درباره‌ی اینکه چقدر احتمال داره خوب شوم، سؤال پرسیدم.»

- «سؤالی اگر داشته باشم، می‌پرسم.»

چالش‌های اخذ رضایت

در ادامه، چالش‌های مربوط به فرایند اخذ رضایت آگاهانه از نظر مصاحبه‌شوندگان، در سه محور اصلی ارائه می‌شود:

مهم بوده است. به نظر می‌رسد پزشکان در مراکز آموزشی، وارد جزئیات هزینه‌ای نمی‌شوند؛ اما بیمار را به حسابداری ارجاع می‌دهند یا به صورت کلی، راهنمایی لازم را برای کاهش هزینه‌ها ارائه می‌کنند: «گفتند هزینه‌اش بالاست؛ با توجه به شرایطی که شما دارید و باید آمپول، بعد از عمل، تزریق شود، بهتر است که در [بیمارستان] نمازی انجام شود.» توضیح‌دادن میزان موفقیت یا شکست درمان توسط درمانگر: تعدادی از مصاحبه‌شوندگان گفتند که پزشک، درباره‌ی احتمال موفقیت یا شکست روش درمانی، برای آن‌ها توضیح داده است. در عین حال، بعضی دیگر اظهار کردند که پزشک درباره‌ی این مسأله صحبت نکرده یا کامل در این باره توضیح نداده است: «گفتند این سنگ دو میلی‌متر باقی‌مانده را می‌خواهیم بشکنیم و دریاوریم. گفتند این کار انجام می‌شود و آن را درمی‌آوریم.»

توضیح‌دادن درباره‌ی بیماری و روش درمان آن توسط درمانگر: بیماران معتقد بودند پزشک درباره‌ی بیماری و روش درمان، توضیحاتی پذیرفتنی به آن‌ها داده است: «روی کاغذ برای من می‌کشیدند که [تومور] اینجاست و از این طرف شروع شده و به کجا رسیده.»

نقش بیمار در فرایند رضایت درمانی

بیمار می‌تواند در فرایند کسب رضایت آگاهانه، نقشی اثرگذار داشته باشد. در ادامه، عوامل مؤثر در این فرایند بیان می‌شود:

توجه بیمار به متن رضایت‌نامه: تعدادی از بیماران اظهار کردند که فرم رضایت‌نامه را خود یا پدر یا همسرشان، در اتاق عمل یا اتاق بیمار، خوانده‌اند. آن‌ها معتقد بودند که برای آگاه‌شدن، فرم را خوانده‌اند و باید از اتفاقاتی که برایشان می‌افتد، آگاه باشند: «با اون رضایت‌نامه توی یک سفر هستی؛ من این‌جوری می‌بینم؛ داری می‌روی سفر، باید حداقل آخر سر ببینی چه گزینه‌هایی برای تو می‌گذارند و چه حقی به خانواده‌ی تو تعلق می‌گیرد؛ بعد که تو می‌روی اتاق عمل،

چالش‌های مربوط به بیمار: از چالش‌های دیگر فرایند رضایت آگاهانه، مربوط به فرد رضایت‌دهنده است. مهم‌ترین دلایل مصاحبه‌شوندگان برای اعلام نارضایتی، عبارت بودند از: ترس از کارآمدی پزشک یا عمل پزشکی، ترس از اتفاق ناگوار در حین عمل، بی‌اعتمادی به پزشک به دلیل تشخیص اشتباه یا دیر هنگام بیماری، انجام دادن قبلی همین روش درمانی و حل‌نشدن مشکل پزشکی بیمار و اعتقاد به اینکه مانند تجربه‌ی قبلی، ممکن است بیماری یا علائم، به‌خودی خود، خوب شود:

- «چون از دکتر و عمل می‌ترسم، رضایت ندادم.»

- «مثلاً، من رو می‌خواستن اکو داخلی کنند، رضایت ندادم و گفتم انجام نمی‌دهم؛ چون قبلاً انجام داده‌ام؛ چهار بار انجام دادم و دیگر انجام نمی‌دهم.»

یکی از بیماران نیز، به این نکته اشاره کرد که نارضایتی هم، مانند رضایت‌دادن، از حقوق بیماران است و نباید تلقی منفی به آن در کادر درمان وجود داشته باشد و در مقابل آن، جبهه‌گیری شود: «این از ناهنجاری‌های جامعه است که فکر می‌کنند ما رضایت نمی‌دهیم؛ [چون] که اگر بلایی سر ما آمد، خانواده‌ی ما بتوانند شکایت کنند و دیه بگیرند و سر و صدا کنند!»

از دیگر چالش‌ها از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان، احساس اجبار به قبول روش درمانی بود که مانع از این می‌شد که آن‌ها بخواهند درباره‌ی رضایت آگاهانه، حتی، فکر کنند. آن‌ها دلایلی را برای این اجبار بیان کردند که مهم‌ترین آن، وجود نداشتن درمان جایگزین و سپس، تشخیص پیشرفت بیماری، وجود درد شدید، امکان‌پذیر نبودن مراجعه به بیمارستان‌های دیگر و تمایل زیاد به خوب شدن بیماری بود:

«راه دیگری وجود نداشت؛ اگر الان انجام نمی‌دادم، باید سه‌چهار ماه دیگر، عمل سخت‌تری انجام می‌دادم که عوارض بیشتری دارد.»

توجه به همراه بیمار و نقش‌آفرینی او در فرایند رضایت

چالش‌های مربوط به تیم پزشکی: بیماران معتقد بودند که پاسخ‌ندادن پزشک به سؤالات بیمار؛ کافی و قانع‌کننده نبودن اطلاعات ارائه‌شده به آن‌ها درباره‌ی بیماری، روند درمان یا هزینه‌ها؛ استفاده از لغات تخصصی و پاسخ‌های گنگ و سردرگم‌کننده، به خاطر اظهارنظرهای متفاوت پزشکان، می‌تواند در فرایند آگاهی‌بخشی، مهم و چالش‌برانگیز باشد:

- «در جریان تصمیمات نبودیم؛ از این اتاق می‌گفتند برو سونو، برو آزمایش خون بده. آخر هم گفتند برو اتاق عمل!»

- «همش از لغات پزشکی استفاده می‌کردند و گرنه من اطلاع داشتم و به شما می‌گفتم.»

آن‌ها معتقد بودند که ناآگاهی، باعث اجبار آن‌ها به قبول صحبت‌های اطرافیان‌شان درباره‌ی خوب انجام‌نشدن کار در بیمارستان دولتی، انجام‌شدن اکثر عمل‌ها توسط دستیاران و تجربه‌نداشتن دانشجویان و تمیزتر و سریع‌تر انجام‌شدن کار در بیمارستان خصوصی، شده است. برخی بیماران نیز، در این وضعیت، با اعلام نارضایتی، حاضر به تحمل درد شده و زیر بار عمل جراحی نرفته بودند یا با اذعان به خوردن داروهای گیاهی، سعی در کنترل علائم خود داشتند:

- «اگر اطلاعات نداشته باشیم، مجبوریم هر چی دکتر گفت، بگیریم درسته!»

- «رضایت ندادم و رفتم؛ یک ماه داشتم درد می‌کشیدم.»

رغبت‌نداشتن پزشک به ادامه‌ی درمان، به علت پذیرفتن‌نشدن درمان توسط بیمار یا مخالفت پزشک با پیشنهاد بیمار درباره‌ی روش درمان، به علت عود بیماری و تمایل‌نداشتن پزشک به توضیح مجدد شرایط به علت توضیحات قبلی، از دیگر چالش‌هایی است که برخی بیماران به آن اشاره کرده بودند. توضیح‌داده‌نشدن فرم رضایت یا سایر روش‌های درمانی جایگزین برای بیمار نیز، یکی دیگر از این چالش‌هاست: «جراح، وقتی مریض را تا این مرحله آورده و گفته باید عمل شود، ولی بیمار نمی‌خواهد، دیگر جراح رغبتی به ادامه‌ی درمان ندارد!»

با بیماران، برای کاهش نگرانی آن‌ها، اشاره و تأکید کرد:

- «حالم خیلی بد بود، درد می‌کشیدم و اصلاً قدرت تصمیم‌گیری نداشتم.»

- «خب، نگرانی‌هایی داشتم که اگر، واقعاً، خودم سؤال نمی‌کردم، شاید استرس، خیلی وجودم را می‌گرفت.»

چالش‌های فرایندی: چالش‌های فرایندی، به‌نوعی، در فرایند اخذ رضایت آگاهانه مؤثر است و کیفیت یا نتیجه‌ی آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در دسترس نبودن پزشک مورد نظر بیمار، کمبود وسایل و تجهیزات اتاق عمل و مشکلات کاری و خانودگی کارکنان و تأثیر آن در فرایند درمان بیمار، برخی از چالش‌هایی است که مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کرده‌اند:

- «اتاق عمل، لوله‌ی سایز ۳/۲ نداشت یا مثلاً نخ از جنس خاصی را نداشت؟! چهارپنج مورد بود که من با گوش خودم در اتاق عمل شنیدم که نداشتند.»

- «دارد سرم را می‌بندد، حواسش به این است که معلم بچه‌اش گفته فردا مدارنگی بیار! نداره بخره براش. می‌دونید اتفاقات از این دست که می‌افتد، بالأخره این مشکلات هم پیش می‌آید.»

ثابت‌نبودن فرد رضایت‌گیرنده و رضایت‌گرفتن رده‌های مختلف تیم درمان نیز، از دیگر مشکلات فرایندی است که شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند. انجام‌نشدن عمل مورد نظر بیمار در شیراز یا نداشتن قدرت انتخاب از بین جایگزین‌های درمانی، از دیگر چالش‌های مطرح‌شده است؛ البته، گاهی، شدت و پیشرفت بیماری، منجر به محدودشدن درمان به یک گزینه شده که می‌توانست ناشی از مراجعه‌ی دیرهنگام بیمار برای تشخیص و مداوا باشد: «چون من سنگم بزرگ بود، کار به جایی رسیده بود که از راه دیگر نمی‌شد کاری کرد؛ باید، سریعاً، عمل می‌شد.»

کم‌رنگ‌شدن اعتماد بیمار به پزشک معالج نیز، از چالش‌هایی دیگر است که تعدادی از مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کردند. بنا به نظر بیماران، شنیدن صحبت‌های منفی

آگاهانه، از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان، حائز اهمیت است. برخی از آن‌ها اظهار کردند که از همراه آن‌ها نیز، رضایت گرفته شده است. بیشتر بیماران به نقش مثبت و کمک‌کننده‌ی همراه خود اشاره و اظهار کردند که با خانواده‌شان مشورت کرده و آن‌ها در تصمیم‌گیری به بیمار کمک کرده‌اند. برخی هم، به تنهایی، تصمیم گرفته بودند.

از چالش‌های دیگر مربوط به بیمار، تمایل یا توانایی او برای سؤال‌پرسیدن درباره‌ی بیماری و درمان بود. تعدادی از مصاحبه‌شوندگان گفتند که درباره‌ی روش درمان اطلاع داشته و تحقیق کرده‌اند و لذا، سؤال برای پرسیدن نداشته‌اند یا برعکس، چون اصلاً اطلاعی نداشتند یا قبلاً، همین عمل را انجام داده یا در حین انجام درمان خود، همه‌چیز را مشاهده کرده‌اند، سؤال نپرسیده یا نیازی به پرسیدن، احساس نکرده‌اند. اهمیت‌داشتن رهایی از بیماری، درد شدید و اطلاع قبلی از محاسبات بیمه نیز، از دلایل نپرسیدن درباره‌ی هزینه‌ی عمل بوده است:

- «من پیش چند تا جراح دیگر هم رفته بودم و نظر همه را پرسیدم و خودم هم تحقیقات را انجام داده بودم؛ به خاطر همین، نیازی نمی‌دیدم بخوام سؤال بپرسم.»

- «چون اطلاعاتی نداشتم، سؤال هم برایم پیش نیامد.»

تعدادی از شرکت‌کنندگان نیز، به تأثیر وضعیت روحی و روانی نامناسب بیمار یا استرس و درد زیاد، در قدرت تصمیم‌گیری هنگام رضایت‌دادن اشاره کردند. عده‌ای از بیماران، معتقد بودند که ترس و نگرانی آن‌ها با توضیحات پزشک، بیشتر شده است و عده‌ای دیگر، بی‌اطلاعی، نپرسیدن و پیگیری نکردن درباره‌ی بیماری و عوارض درمان را باعث نگرانی و استرس بیشتر می‌دانستند. برخی از بیماران هم، ترس از شنیدن خبر عود بیماری، نبود تخت خالی بستری و احتمال انجام‌نشدن عمل، ترس از عوارض عمل و آگاهی از وضعیت جسمی نامناسب خود را عامل استرس و نگرانی معرفی کردند. یکی از مصاحبه‌شوندگان، به ضرورت صحبت

مسئول بخش، از بیماری خود آگاهی یافته‌اند. سؤال پرسیدن، تجربه‌ی قبلی خود بیمار، خواندن مقالات و پرس‌وجو و تحقیق از اطرافیان و پزشکان دیگر، پزشک‌بودن همراه بیمار و پیگیری‌های خود بیمار نیز، به آگاهی مصاحبه‌شوندگان کمک کرده است. یکی از بیماران اشاره کرد که اطلاعات او، بعد از درمان، کامل شده است:

- «ما قبل از شروع شیمی درمانی، مسیرمان مشخص بود و می‌دانستیم چه کارهایی قرار است، بکنیم و بعد از نمونه‌برداری هم می‌دانستیم چه چیزهایی قرار است اتفاق بیافتد.»

- «من خودم یک چیزی که برایم پیش می‌آید، زیاد سؤال می‌کنم؛ به خاطر همین، بالأخره رسیده بودم به یک چیزهایی و متوجه شدم جریان چیه.»

از نتایج مثبت آگاهی‌بخشی به بیماران، می‌توان به فهمیدن توضیحات قبلی و بی‌نیازی به شنیدن توضیحات بیشتر، قانع‌شدن، کمک به تصمیم‌گیری بهتر و آزادانه‌تر، فراهم‌شدن امکان اعتماد به پزشک، کاهش استرس و پذیرش عوارض درمان، اشاره کرد. تعدادی از بیماران هم، باور داشتند که نگرانی و اضطراب آن‌ها، با توجه به صحبت‌های پزشک، کمتر شده و امیدوارتر شده‌اند:

- «من می‌دانستم دکتر آدم سالمیه و اعتماد داشتم.»

- «با صحبت‌های پزشک، نگرانی‌ام بیشتر نشد، کمتر شد.»

از داده‌ها چنین برمی‌آید که اعتماد، از عوامل تسهیل‌کننده در فرایند رضایت آگاهانه است. حدود نیمی از بیماران به پزشک خود اعتماد داشتند و دلایلی برای این اعتماد بیان کردند که از آن جمله می‌توان به نمونه‌های زیر اشاره کرد: معرفی پزشک توسط پزشک یا فرد دیگر؛ توضیحات کامل پزشک درباره‌ی پیشرفت یا بهبود بیماری؛ نگرانی زیاد بیمار؛ ترس از بدترشدن بیماری؛ تشخیص پیشرفت بیماری؛ منظم‌بودن معاینه‌ی بیمار؛ معروف‌بودن پزشک؛ پیگیربودن و کم‌کاری‌نکردن پزشک؛ انجام عمل برای چندمین دفعه، توسط

بیماران دیگر، خطا در عمل قبلی پزشک و معاینه‌نشدن بیمار توسط پزشک در ساعات بعد از عمل، از عوامل مؤثرند: «چون دفعه‌ی پیش، دکترم اشتباهی به جای اینکه بزنه تو کلیه‌ی چپم، زد تو کلیه‌ی راستم! دیگه شک کردم بهش.»

اعتمادداشتن به پزشک، نتایج و عواقبی را برای بیماران و خانواده‌شان در پی داشته است که از آن جمله می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد: عوض‌کردن پزشک؛ اصرار خانواده برای رفتن به بیمارستان خصوصی یا مراجعه به پزشک بهتر در تهران؛ افسردگی و خراب‌شدن روحیه‌ی بیمار؛ شک‌داشتن بیمار به اطلاعات پزشک؛ بررسی نظر پزشک با تحقیق از پزشک دیگر یا بررسی خود بیمار درباره‌ی آن پیشنهاد؛ انجام‌شدن مجدد مراحل درمان، میانه‌ی فرایند درمان، به علت عوض‌کردن پزشک؛ یادآوری مرتب بیمار به تیم درمان برای انجام وظایف و تأکیدکردن او برای انجام عمل توسط خود پزشک، نه دستیار یا دیگران:

«توصیه می‌کنیم آقا، هپارین یادت نره یا وارفارین را پنج روز قبل عمل، قطع می‌کنند. خودمان، هی، مرتب یادآوری می‌کنیم.»

حدود نیمی از شرکت‌کنندگان نیز، ناتوانایی بیمار در پرداخت هزینه‌های بیمارستان خصوصی و اجبار برای مراجعه به بیمارستان دولتی را به‌عنوان یکی دیگر از چالش‌های فرایندی مطرح کردند:

- «به خاطر هزینه‌اش، مجبور بودم پیام اینجا.»

- «اگر پول داشتم، اصلاً، اینجا نمی‌آمدم.»

عوامل تسهیل‌کننده در فرایند رضایت آگاهانه

بیماران مصاحبه‌شونده، گفتند که آگاهی آنان، نقشی مهم در پذیرش بیماری و احساس تسلطشان بر وضعیت داشته است. نام بیماری، علت آن، مراحل درمان، عوارض و خطرات درمان و عوارض بیماری، از موضوعات مهم در این زمینه بود. در این باره، تعدادی کم از بیماران بیان کردند که موقع عمل، استاد یا رزیدنت با آن‌ها صحبت کرده یا از طریق پرستار و

نوشته شود و این موضوع، وابسته به بیمار و سواد او نباشد. آن‌ها، همچنین، به لزوم جداگانه‌نوشته‌شدن روش جایگزین درمان، هدف و عوارض درمان در فرم رضایت و پرهیز از کلی‌گویی و سربسته‌مطرح‌کردن تأکید داشتند:

«نه اینکه مثلاً من اگر فرم پر کنم، هفت تا عارضه بنویسم، شما ده تا بنویسین! حالا با توجه به سوادمان؛ این‌جوری قشنگ نیست! باید به‌صورت کلینیکال مشخص باشد که همه‌ی بیماری‌ها عوارضشان چیه؟»

از متن مصاحبه‌ها چنین برمی‌آید که غالب بیماران، به مکان و زمان اخذ رضایت، حساسیت چندانی ندارند؛ برخی معتقد بودند نیازی به پرکردن فرم رضایت، در بخش، نیست. برخی دیگر، اتاق عمل و قبل از انجام عمل جراحی و برخی دیگر، مطب پزشک و هنگام مشخص‌شدن برنامه‌ی جراحی و برخی نیز، شروع درمان را زمان مناسب برای اخذ رضایت می‌دانستند:

- «به نظر من باید آخرین روزی که بیمار به مطب می‌رود و برنامه‌ی جراحی برای او مشخص می‌شود، رضایت گرفته شود.»

- «به نظرم این فرم باید در شروع فرایند درمان مد نظر قرار گیرد، نه اینکه در مرحله‌ی آخر، قبل از عمل باشد.»

طبقه‌ی مرکزی: درمانگر، بیمار و عوامل فرایندی، سه رکن رضایت آگاهانه

بر اساس داده‌های پژوهش، بیمار و درمانگر، علاوه بر نقش‌های ارتباطی متقابل، نقش‌هایی جداگانه نیز، در فرایند رضایت آگاهانه دارند. آگاهی‌دادن به بیمار، غالباً، تحت تأثیر عواملی مانند توانایی و تمایل پزشک به ارائه‌ی اطلاعات، تمایل و حساسیت بیمار به دانستن، میزان اعتماد به پزشک، قدرت بیمار در انتخاب پزشک معالج و بیمارستان محل ارائه‌ی خدمت قرار می‌گیرد. در انتهای این فرایند، بیمار و درصورت لزوم، همراه وی، بنا به ضرورت یا تشخیص فرد رضایت‌گیرنده، باید فرم رضایت آگاهانه را امضا کند تا درمان

همان پزشک؛ مناسب‌نبودن وضعیت جسمی بیمار؛ آرام‌بودن پزشک؛ خوش‌اخلاق‌بودن پزشک و گفتن واقعیت و مسلط‌بودن او. از نظر مصاحبه‌شوندگان، این اعتماد باعث سریع‌تر و راحت‌تر انجام‌شدن سیر درمان و مثبت‌شدن نگاه بیمار به پزشک و نیت او شده است:

- «آدم خوبی بود، خوش‌اخلاق بود؛ نه بداخلاق بود، نه گرفته بود؛ خیلی آرامش داشت، خیلی با لطافت حرف می‌زد، مثل بعضی پرستارا و دکترا که داد می‌زدند، نبود!»

- «پزشک می‌داند مریضی من در چه حد است و در جریان بیماری‌ام بوده است و می‌داند تا چه حد پیشرفت کرده؛ بنابراین، من حق ندارم بگویم نمی‌خواهم این کار را برایم انجام دهید!»

دیگر عوامل مؤثر در فرایند رضایت آگاهانه، عبارت‌اند از: شناختن صحیح انتظارات بیماران از پزشک و تیم معالج؛ تمایل بیماران برای شنیدن توضیحات بیشتر و کافی درباره‌ی بیماری و روش درمان؛ توضیح‌دادن و خواندن فرم رضایت برای بیمار؛ ارائه‌ی توضیحات و اخذ رضایت توسط کسانی که در زمان جراحی، حضور خواهند داشت و نه دانشجویان پزشکی؛ روحیه‌دادن پزشک معالج به بیمار؛ توجه به خواسته‌های بیمار برای انتخاب و اجرای شیوه‌ی درمانی دلخواه و توجه به دغدغه‌ی اصلی او درباره‌ی بیماری و درمان:

- «چون مریض هم درد دارد و هزار جور برنامه و فکر در ذهنش هست و خیلی دوست دارد بیاید برایش بگویند و تسکینی به او بدهند که نه این‌جوری نیست.»

- «بیمار باید با دستگیری که سر عمل می‌رود، حداقل، ارتباط چشمی در اتاق عمل داشته باشد و بداند آن کسی که آمده رضایت را از او گرفته، همان کسی است که می‌آید سر عملش.»

مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که با ملاک‌قراردادن نوع بیماری، باید همه‌ی آنچه لازم است، برای بیماران گفته و

فهم بوده و بیشتر، معطوف به عوارض و همچنین، روش‌های جایگزین درمانی می‌شده است؛ اما، این توضیحات درباره‌ی طبیعت بیماری، روش درمان و انتظاری که از انجام آن وجود دارد و ارتباط آن با کیفیت زندگی و طول عمر بیمار (۷۳) و هزینه‌ها، کمتر در کانون توجه بوده است. آگاهانه‌بودن رضایت، مستلزم آن است تا بیماران از سیر درمان آگاه شوند، فرم رضایت را بخوانند و بفهمند و برای سؤالات خود، پاسخی مناسب دریافت کنند. این در حالی است که تقریباً، نیمی از بیماران مصاحبه‌شده، فرم رضایت را نخوانده و سؤالات خود را به‌شکل رضایت‌بخش از تیم درمان نرسیده بودند. به‌علاوه، درد زیاد، شلوغی بیمارستان و نبود فرصت کافی و اکتفا به توضیحات قبلی ارائه‌شده به بیمار نیز، از دیگر دلایل خوانده‌نشدن فرم رضایت بودند. در این وضعیت، لازم است تا پزشکان، ضمن آشنایی با این عوامل زمینه‌ای و مخدوش‌کننده، با چگونگی کنترل و مدیریت بهینه‌ی آن‌ها آشنا شوند و با به‌کارگیری راهکارهایی مانند تهیه‌ی سی‌دی و بروشورهای اطلاع‌رسان، مدیریت پذیرش بیمار و مدیریت زمان ملاقات او، از شدت این مشکلات بکاهند. به این مشکل، در مطالعات گذشته‌ی غربی، مانند مطالعه‌ی کاسیلت^۱ و همکاران (۱۹۸۰) نیز، اشاره شده است (۸)؛ لذا، تمهیدات اندیشیده‌شده در غرب برای رشد آگاهی بیماران، می‌تواند الگو قرار گیرد. ایجاد فرصت کافی برای خواندن فرم، خواندن فرم توسط پزشک یا پرستار برای بیمار، تشویق به پرسیدن سؤالات و ترغیب به خواندن فرم، از این تمهیدات است.

همان‌طور که اشاره شد، آگاهی‌دادن به بیمار می‌تواند به وی کمک کند تا تصمیم درمانی مناسب‌تری بگیرد و به تیم درمان، اعتمادی بیشتر داشته باشد. برعکس، آگاهی ناکافی، عامل احساس اجبار بیماران در قبول صحبت‌های پزشک و اثرپذیری از اطرافیان، تحمل درد برای مدت‌زمان طولانی و

یا تشخیص لازم برای او انجام شود. اینکه امضای فرم در چه مکان و زمانی اتفاق می‌افتد و چه کسی و با چه کیفیتی به ارائه‌ی توضیحات می‌پردازد و به سؤالات بیمار، چگونه پاسخ داده می‌شود، علاوه بر نکات مذکور، غالباً، وابسته به روش درمان، رویه‌ی پزشک معالج برای اخذ رضایت و شیوه‌ی معمول بخش آموزشی در محل بستری نیز، است. فرد رضایت‌گیرنده، بسته به تجربه‌ی حرفه‌ای خود و برداشتش از وضعیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و روحی و روانی بیمار و امکان کمک‌گرفتن از همراه او در بالین، کمیت و کیفیت توضیحات مربوط به بیماری، روش درمانی و... را در فرایند رضایت آگاهانه، تنظیم می‌کند. هماهنگی بین سه رکن بیمار، درمانگر و عوامل فرایندی که بر پایه‌ی شناخت و مدیریت درست عوامل انسانی و محیطی و اجرایی اتفاق می‌افتد، منجر به اخذ رضایت صحیح از بیمار می‌شود. نتیجه‌ی این مهم نیز، افزایش اعتماد و رضایت‌مندی بیمار از تیم درمان، بهبود وضعیت روحی و روانی وی، آمادگی بیشتر بیمار برای پذیرش شرایط و وضعیت خود و متقابلاً، آزمایش بیشتر تیم درمان در انجام فرایندهای پزشکی خواهد بود. کیفیت نقش‌آفرینی هر یک از اجزای سه‌گانه‌ی این مثلث (بیمار و درمانگر و فرایند)، با تأثیر متقابل بر کیفیت عملکرد دیگر اجزا، می‌تواند منجر به تقویت، جبران، کنترل یا تضعیف کل فرایند یا نقش اجزای دیگر در فرایند رضایت آگاهانه شود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تبیین مفهوم رضایت درمانی و عوامل مؤثر بر آن از نظر بیماران بستری در دو بیمارستان آموزشی منتخب در دانشگاه علوم پزشکی شیراز اجرا شد. همان‌طور که اشاره گردید، پزشک، بیمار و عوامل فرایندی، سه رکن مهم در فرایند رضایت آگاهانه بودند. عوامل و شاخص‌های مؤثر و مربوط به هر یک از این عوامل، در این پژوهش بررسی شد.

از داده‌ها چنین برمی‌آید که توضیحات تیم مراقبتی، قابل

1. Cassileth

آموزشی برای درمانگران و با پوشش اهداف پیش‌گفته، می‌تواند از وظایف گروه‌های آموزشی و درمانی باشد. مشارکت دادن خانواده و مشارکت بیماران زیر سن قانونی در فرایند رضایت آگاهانه و امضای فرم، توسط آن‌ها نیز، می‌تواند به مدیریت تشش و استرس و کنترل وضعیت و بهبود تصمیم‌گیری‌ها کمک کند (۱۳).

چنانچه در این پژوهش هم اشاره شد، در متون و مقالات علمی، در باب اهمیت اعتماد به پزشک و کادر درمان و آثار و نتایج آن، سخن، فراوان است (۱۱و۸). با توجه به دلایل بیماران مصاحبه‌شونده در راستای اعتماد یا بی‌اعتمادی به پزشک، پیشنهادهای ذیل ارائه می‌شود: در میان‌گذشتن خطاهای پزشکی با بیمار به‌صورت حرفه‌ای و پرهیز از پنهان‌کاری و انکار؛ اجتناب از تخریب همکاران خود، حتی در زمان بروز خطا، ارجاع درست و به‌موقع به همکاران پزشک، هنگام ناتوانی در تشخیص و ادامه‌ی درمان؛ نشان‌دادن تسلط خود به بیماری و درمان، با ارائه‌ی توضیحات و راهنمایی‌های کافی و به‌موقع و گفتن واقعیت؛ میدان‌دادن به بیمار برای صحبت‌کردن، سؤال‌پرسیدن و بیان دغدغه‌ها؛ برنامه‌ریزی برای معاینه‌کردن بیمار، بعد از انجام عمل و مدیریت محترمانه‌ی خواسته‌های او.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، رضایت به درمان، توسط رده‌های گوناگون تیم درمان گرفته شده و باعث کاهش کیفیت رضایت اخذشده و در نتیجه، کاهش رضایتمندی بیماران گردیده بود؛ لذا، انجام این مهم توسط افراد آگاه و مسلط به بیماری و روش درمان، نیازمند توجه و برنامه‌ریزی است. این مسأله از چند جهت نیز، حائز اهمیت است: اول اینکه، فرد رضایت‌گیرنده باید اشرافی کامل یا پذیرفتنی به بیماری و روش درمان داشته باشد و بتواند به سؤالات بیمار، به‌نحو شایسته، پاسخ دهد. دوم، اخذ رضایت توسط رده‌های بالاتر، به‌خصوص استادان و دستیاران ارشد، باعث اطمینان و آرامش بیشتر در بیماران و همراه آنان شده بود؛ از این‌رو، علاوه بر

انتخاب روش نادرست برای درمان بوده است. به نقاط ضعف آگاهی‌دادن به بیمار، در مطالعات مختلف، اشاره شده است. به ناکافی‌بودن آگاهی بیمار از نوع و اهمیت بیماری خود (۹)، از عوارض احتمالی و منافع روش درمانی (۱۰و۵،۹،۱)، از درصد موفقیت آن (۵)، از روش‌های جایگزین (۱)، از معایب و مزایای هر کدام (۱۱و۵) و از هزینه‌ی عمل (۵و۱) نیز، در این مطالعات توجه شده است. به‌طور کلی، با توجه به نتایج این مطالعه و مطالعات دیگر، نامناسب و ضعیف بودن میزان اطلاعات بیماران در هنگام تصمیم‌گیری و رضایت‌دادن (۱۲و۸،۲)، از چالش‌های مهم در فرایند رضایت آگاهانه محسوب می‌شود.

پزشکان باید وضعیت روحی و روانی بیماران و دغدغه‌های آن‌ها را هم در نظر بگیرند و زمینه‌ی اعتماد بیشتر را فراهم کنند؛ چراکه به اذعان حدود نیمی از بیماران در این پژوهش، هنگام اخذ رضایت، وضعیت روحی و روانی مناسبی نداشته‌اند و نتوانسته بودند به‌طور شایسته، به پزشکان خود اعتماد کنند. در مطالعات دیگر نیز، گرچه برخی بیماران، به دریافت اطلاعات بیشتر (حتی عوارض شدید) تمایل داشته‌اند (۶)؛ ارائه‌ی اطلاعات بیشتر، عامل افزایش نگرانی برخی بیماران بوده است (۵)؛ در این وضعیت و به‌صورت کلی، می‌توان تدابیری متناسب با وضعیت روحی و روانی بیماران، لحاظ کرد که از آن جمله، ارائه‌ی اطلاعات متناسب با وضعیت درک بیماران و درخواست آن‌ها برای دریافت این اطلاعات است. به‌علاوه، مشاوره‌ی روان‌پزشکی، طراحی و استفاده از نقش مثبت همراه بیمار نیز، می‌تواند برای بیمارانی که استرسی زیاد برای انجام روش درمانی دارند، مد نظر قرار گیرد. در این راستا، بیشترین علت اعلام عدم رضایت به انجام درمان از جانب بیماران هم، ترس و ناآگاهی و قانع‌نشدن از روش درمان اعلام شد که عموماً، می‌تواند با مدیریت آگاهی‌بخشی به بیمار و به‌کارگرفتن راهکارهای ایجاد اعتماد بین درمانگر و بیمار، برطرف شود. برگزاری دوره‌های

انجام این مطالعه با محدودیت‌هایی چون: دشواری دسترسی به موقع به بیمارانی که نارضایتی‌شان را برای انجام فرایندهای درمانی اعلام کرده بودند، راحت نبودن انجام مصاحبه با توجه به وضعیت جسمی و روحی بیماران و تلاش برای جلب اعتماد بیماران برای ارائه‌ی اطلاعات صحیح به پژوهشگر، همراه بود. نتایج این مطالعه‌ی کیفی که با انجام مصاحبه با صاحبان اصلی فرایند رضایت آگاهانه، یعنی بیماران، انجام شده است، می‌تواند به شناخت بهتر و عمیق‌تر مشکلات و دغدغه‌های این حوزه از زبان بیماران، کمک کند و باعث بهبود کیفیت اخذ رضایت آگاهانه در بیمارستان‌های آموزشی شود. نتایج این پژوهش، می‌تواند برای آموزش پزشکان درباره‌ی کیفیت اخذ رضایت آگاهانه استفاده گردد.

تقدیر و تشکر

از بیمارانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، بسیار سپاسگزاریم. این پژوهش مربوط به پایان‌نامه‌ی دکترای عمومی است که با کد ۹۵-۰۱-۰۱-۱۱۸۱۳، در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز ثبت شده و از کمیته‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه، مجوز گرفته است.

توصیه برای معرفی درمانگر به بیمار، برنامه‌ریزی برای حضور پزشک ارشد بر بالین بیمار برای اخذ رضایت، موضوعی پراهمیت است (۴). این مسأله، در پژوهش حاجوی و همکاران (۱۳۸۲) نیز، در کانون توجه قرار گرفته است؛ نتایج این پژوهش نشان داده که رضایت‌نامه را اغلب، متصدی پذیرش می‌گیرد و محدود به امضای فرم رضایت است (۱۳). نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه‌ی تقدسی‌نژاد و همکاران (۱۳۸۷) هم نشان می‌دهد که در اغلب مواقع، رضایت و براثت‌نامه را فردی به‌جز پزشک گرفته است (۴).

از آنجاکه بیمار، باید کافی، به‌موقع و به‌نحو شایسته، در جریان ویژگی‌ها و خصوصیات بیماری و سیر درمان قرار گیرد و فرصت کافی برای آمادگی برای انجام درمان را پیدا کند، اخذ رضایت در مکان و زمان مناسب، اهمیت دارد. نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد رضایت در زمان پذیرش بیمار اخذ می‌شود (۴)؛ اما بر اساس نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود فرم رضایت، هنگام مشخص‌شدن روش درمان اخذ گردد تا بیمار، درکی مناسب را از وضعیت خود و روش درمان پیدا کند و فرصت کافی را برای بررسی و آمادگی برای شروع درمان داشته باشد. احساس اجبار به امضای فرم رضایت نیز که عده‌ای از مصاحبه‌شوندگان به آن اشاره کردند، با ارتقای توانایی درمانگر در برقراری تعامل سازنده و اصولی با بیمار و رعایت اصول اخذ رضایت، از جمله ارائه‌ی توضیحات کافی، ساده و فهمیدنی و پاسخ‌گویی مناسب و به‌موقع به سؤالات بیماران، تا حدودی زیاد، برطرف خواهد شد (۱).

منابع

- 1- Mirbagher Ajorpaz N, Heidari S, Ranjbar N, Afshar M. Assessment rate of being conscious and quality of informed consent process in inpatients undergoing surgery in selected hospitals of Isfahan in 2009. Qom Univ Med Sci J. 2011; 5(S1): 53-60. [in Persian]
- 2- Amini M, Moosavi SM, Mohammadnejad SM. The informatory of the inpatients' informed consent: A survey in selected hospitals. Medical Ethics and History of Medicine. 2009; 2(3) :61-70.
- 3- Ghaderi A, Malek F. Principles of informed consent in medicine. Koomesh Journal. 2014; 15(2): 133-7. [in Persian]
- 4- Taghaddosinejad F, Akhlaghi M, Yaghmaei A, Hojjati A. A survey of obtaining informed consent and acquit from admitted patients in Imam Khomeini hospital. Iranian Journal of Forensic Medicine. 2008; 14(1), 12-7. [in Persian]
- 5- Zafarghandi N Sarv F. Study of Informed consent prior to surgery In Shahid Mostafa Khomeini Hospital. Journal of Ethics and Culture in Nursing and Midwifery. 2014; 1(1): 1-8.
- 6- Sheikhtaheri A, Farzandipour M. Quality of informed consent process and factors affecting it among patients undergoing surgery, an empirical study in hospitals of Kashan, Iran. Hakim Research Journal. 2010; 12(4): 33-41. [in Persian]
- 7- Dawes P, Davison P. Informed consent: What do patients want to know?. Journal of the Royal Society of Medicine. 1994; 87(3): 149-62.
- 8- Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Informed consent: Why are its goals imperfectly realized?. New England journal of Medicine. 1980; 302(16): 896-900.
- 9- Meysimi V, Ebrahim Nia M, Saberi EsfidWahani M, Khalaji K. Quality of informed consent in patients hospitalized in surgical wards of a military hospital in Tehran in 2006 and its improvement strategies. Journal of Military Medicine. 2006; 19(5): 513-22.
- 10- Zare R, Ebrahimi S. The status of informed consent process in pediatrics' wards of an educational Hospital. Medical Ethics and History of Medicine. 2018; 11(1): 189-205. [in Persian]
- 11- Nematollahi M, Sakhdari A. Determining the level of consciousness of satisfaction obtained from hospitalized patients in selected hospitals in Shiraz in 2015. Health information management. 2016; (6): 689-98.
- 12- Byrne DJ, Napier A, Cuschieri A. How informed is signed consent?. British Medical Journal. 1988; 296(6625): 839-47.
- 13- Khazaei T, Khazaei T, Hedayati H, Barat Zadeh Z. Evaluation of the level of informed consent of patients undergoing surgery in hospitals affiliated to Birjand University of Medical Sciences. Journal of Medical Ethics. 1391; 6(21): 85-169.

The Quality of Informed Consent from Inpatients' Viewpoint at Educational Hospitals of Shiraz University of Medical Sciences: A Qualitative Study

OmidAsemani¹, Maryam Shabani Abadeh,² Sedigheh Ebrahimi^{*3}

¹Assistant Professor, Department of Medical Ethics & Philosophy of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

²General physician, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

³Associate Professor, Department of Medical Ethics & Philosophy of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

Abstract

Obtaining informed consent is for protection of patients' rights. The aim of informed consent is not decreasing physicians' responsibility. Informed consent assists the patient in making a decision concerning their care, improve their satisfaction, and decrease legal litigations. This study examined patients' attitude toward the quality of informed consent and its challenges in educational -clinical settings. Current qualitative research was simple content analysis. Semi-structured interviews were conducted with 15 hospitalized patients who were selected by purposeful sampling method considering type and severity of the disease, gender, age, and satisfaction or dissatisfaction from the management. The data was analyzed using MAXQDA 2007 software. Primary codes and categories were extracted then the findings were presented based on the main. Five themes were extracted from the data: "meaning, importance and status of consent in medicine", "consequences of obtaining consent", "the role of patient and therapist in the process of informed consent", "challenges of making informed consents" and "facilitators in the process of informed consent"; all could define and compile the main theme "doctor, patient, and procedural elements, three pillars of informed consent". Inadequate explanation to the patient, signing the form prior to read it, lack of trust to the practitioner, disregarding patients' psychologic needs and stress and obtaining the consent by someone other than the physician was among the main reported challenges of informed consent. Correction and standardization of obtaining informed consent's culture requires knowledge about current situation followed by training, enforcement, supervision, encouragement, and punishment. Collaboration of health care team needs comprehension of necessity and importance of this issue and its consequences.

Keywords: Educational hospital, Simple content analysis, Informed consent, Qualitative study

* Corresponding Author: sedighebrahimi@gmail.com