مقاله پژوهشی

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 (۵۵/۷٪)، سایر درمان‌ها (۶۷٪)، طول دوره بستری (۵۰/۷٪) و پیگیری بعد از ترخیص(۶۶/۳٪) دریافت نکرده اند. اکثر ایشان فرم رضایت نامه را قابل درک نمی‌دانستند(۶۹٪) و معتقد بودند محتویات فرم توضیح داده نمی‌شود (۸۲/۷٪). اکثر آنها اعلام کردند از منافع (۷۰/۷٪) و عوارض (۶۹/۷٪) سایر درمان‌ها آگاه نشده و امکان انتخاب درمان دیگر را نداشته‌اند (۶۷/۳٪). حق امتناع از عمل برای ۴۳٪ آنان توضیح داده شده بود. اکثریت آنها معتقد بودند که زمان کافی برای فکر کردن و سؤال پرسیدن (۶۸/۷٪) و تماس با پزشک یا همکاران وی را داشته اند(۵۹/۷٪) و پاسخ سؤالاتشان به طور کامل داده شده (۷۲/۷٪) 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 فرم رضایت‌نامه برای بیماران توضیح داده شود.

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

وصول مقاله: ۸۷/۶/۲۰ تأیید مقاله: ۸۷/۹/۲۶

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

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 رضایت-نامه 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 (۵-۳). 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 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

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-16]

رضایت نامه نامطلوب بوده و ذکر شـده اسـت که باید آموزش پزشک، پرسـتار و پیراپزشکان در این زمینه مد نظر قرار گرفته و اقدامات لازم برای قانونی کردن اخذ رضایت نامه انجام شـود (۹). در مطالعه‌ای نیز مشخص شـد بیماران به اطلاعاتی مانند ماهیت عمل جراحی، عوارض و سـایر روش‌ها قبل از پذیرش در بیمارسـتان و از طرف پزشک ارجح نیاز دارند (۱۰). در مطالعه‌ای نیز بیماران ارایه 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 ایـن زمینـه در ایران مطالعـات کمی وجـود دارد. در برخی مطالعات از دیدگاه منشور حقوق بیمار تا حدودی به این بحث پرداخته شـده اسـت. مطالعه‌ای در یزد رعایت حق بیمـار در خصوص آگاهی از طرف پرستاران را متوسـط گزارش کرده است (۱۲). طبق مطالعه‌ای فقـط ۷۸/۵٪ پزشـکان حق بیمار برای آگاهـی از روش درمانی را قبول داشـتند و این میزان در مورد آگاهی از سـایر روش‌های درمانی و تشـخیصی به ترتیب ۷۳/۳ و ۷۱/۴٪ بود (۱۳). تحقیقی در کاشـان 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 درخواسـت آنان در خصوص عدم قبول درمان توجه می‌شود (۱۳). برخی مطالعات ایرانی نیز اطلاع‌رسـانی به بیماران سـرطانی را ناکافی گزارش نموده‌اند (۱۶-۱۴). در مطالعاتی نیز نحوه عملکرد پزشـکان در گفتن اخبار بد (۱۷)، برخورد با بیماران رو به موت (terminal) (۱۸)، دیدگاه آنان نسـبت به حقیقت گویی به بیماران صعب العلاج (۱۹)، و آگاهی بیماران از بیهوشی (۲۰) بررسی شده است.

با توجه به بررسـی پایگاه‌هـای SID و Iranmedex به نظر می‌رسـد تاکنون در ایران، مطالعـه چندانی به طور مشـخص به موضوع رضایت‌نامه آگاهانه در اقدامات جراحی نپرداخته اسـت. از طرفی، اکثر مطالعـات فقط ارایـه اطلاعات به بیماران را بررسـی نموده و اطلاعات کمی در مورد سـایر ابعاد رضایـت آگاهانه وجـود دارد. از آنجایی که طبق مطالعات، مشاوره با پزشکان (انکولوژیست‌ها) و سهیم بودن بیمار در تصمیم‌گیری‌هـای مربوط به خود می‌تواند به بهبودی آنان سـرعت بخشد (۲۲، ۲۱)، بنابراین انجام پژوهش در این زمینه و شناخت نواقص احتمالی می‌تواند در رفع این نواقص، افزایش آگاهی بیماران و مشارکت بیشـتر آنان در درمان مفید باشـد. بدین منظـور این پژوهش با هدف بررسـی کیفیت ابعاد مختلف رضایت آگاهانـه در اقدامات جراحی در بیمارستان‌های آموزشی کاشان انجام گرفت.

روش بررسی

این پژوهش بصورت توصیفی مقطعی در سه بیمارستان آموزشی، درمانی شهرسـتان کاشـان (یک بیمارسـتان عمومی و دو تخصصی) انجام گرفت. با توجه به تحقیقات انجام شـده و با در نظر گرفتن دقت ۰/۰۵ و سـطح اطمینـان ۰/۹۵ و p=۰/۷۳۲ (۱۳)، تعـداد ۳۰۰ بیمار کـه در زمسـتان ۱۳۸۶ برای پذیـرش جهت انجام اقـدام جراحی به بیمارستان‌های آموزشی کاشان (بجز بیمارستان روان پزشکی) مراجعه و بسـتری گردیدند، وارد مطالعه شـدند. این تعداد متناسب با بزرگی بیمارسـتان‌ها توزیع گردید. نمونه‌ها به شـکل تصادفی ساده، در زمان پذیرش شـدن 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 سـؤالات اختصاصی) بود. سؤالات عمومی شـامل ۸ سؤال و سؤالات اختصاصی شـامل ۲۲سؤال (۹ سؤال ارایه 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 دانشـگاه علوم پزشکی کاشـان بررسی شده و طبق نظرات ایشان اصلاحاتی در آن انجام گردید.

قبـل از گردآوری داده‌ها، پرسشـنامه بـر روی ۱۳ بیمار به صورت تصادفی (۶ بیمار در زمان پذیرش و ۷ بیمار در زمان ترخیص) آزمایش شـد. با توجه به پاسـخ‌های بیماران، ابهامات پرسشـنامه رفع گردید و زمان توزیع پرسشـنامه تعیین شـد. بدین ترتیب پرسشنامه بعـد از ورود بیمار به بخش و قبل از عمل جراحی به بیمار یا شـخص رضایت دهنده داده شـده و در همان زمان و با حضور پژوهشگر تحویل گرفته می‌شـد. در صورت نیاز، سـؤالات برای فرد توضیح داده می‌شد. این مطالعه به تایید کمیته اخلاق در پژوهش دانشـگاه علوم پزشـکی کاشـان رسید و سعی شـد در طول مدت گردآوری داده‌ها اخلالی در درمان بیماران ایجاد نگردد.

پاسخ‌های ارایه شده امتیاز بندی شد. پاسخ "بله" دارای ۲ امتیاز و "تاحدودی" 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 سوالات مربوط به ارایه اطلاعات دارای ۱۸ امتیاز، درک کـردن فرم ۴ امتیاز، داوطلبانه بودن ۸ امتیاز، و تعامل و ارتباط ۱۴ امتیـاز بود. میانگین امتیازات زیر ۲۵٪ بعنوان ضعیف، ۲۵ تا ۵۰٪ متوسـط، ۵۰ تـا ۷۵٪ خوب و ۷۵٪ و بیـش از آن عالی درنظر گرفته شـد. داده‌ها با اسـتفاده از نرم افزار SPSS و در قالب جداول فراوانی و با اسـتفاده از آمـار توصیفی (درصد فراوانی، میانگیـن و انحراف معیار امتیازات) تحلیل گردید.

یافته‌ها

اکثر بیماران (۶۱/۷٪) در بیمارسـتان عمومی بسـتری شـدند و ۱۲۲ نفر (۴۰/۷٪) جراحی عمومی داشتند. اقدامات ژنیکولوژی (۲۲٪) در مرتبه بعدی قرار داشـت. ۱۵۲ نفر از پاسخ دهندگان (۵۰/۷٪) مرد

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-16]

بودنـد. ۱۶۱ نفـر (۵۳/۷٪) تحصیلات زیر دیپلـم و ۶۵ نفر (۲۱/۷٪) نیـز تحصیلات دیپلم داشـتند. ۲۶۲ نفـر (۸۷/۳٪) متأهل و ۱۴۸ نفر (۴۹/۳٪) در گروه سـنی ۵۰-۳۱ سـال قرار داشتند. ۹۷ نفر (۳۲/۳٪) نیز در گروه سنی ۳۰-۱۸سال قرار داشتند. میانگین سن افراد (۱۶/۵۴ ± ۳۹/۵۴) سـال بود. فاصله زمانی ارایه اطلاعات تا تکمیل پرسشـنامه برای اکثر افراد (۱۵۶ نفر معادل ۵۲٪) ۱تا ۷ روز بود. این فاصله زمانی بـرای ۴۷نفر (۱۵/۷٪) بیش از یـک ماه بود. میانگین این فاصله زمانی (۳۴/۶±۱۵/۰۵) روز و میانـه آن ۴ روز بـود. در ۸۵٪ مـوارد اطلاعات توسـط جراح و در ۱۱/۷٪ توسط پزشـک معالج به بیماران داده شده بود. در موارد بسـیار کمی بیماران، کارکنان واحد پذیرش و پرسـتار را عامل ارایه اطلاعات معرفی کردند.

بـا توجه به جدول ۱، اکثر افراد (۴۸/۱٪) بیان داشـتند اطلاعات کافی به آن‌ها ارایه نشـده اسـت. اکثـر بیماران معتقـد بودند ماهیت بیمـاری، دلیل جراحی انتخابی و ماهیـت کلی عمل جراحی برای آنها بیان شده است ولی عمدتاً معتقد بودند که منافع عمل (۴۵٪)، عوارض عمل (۵۵/۷٪)، سـایر گزینه‌های درمانی (۶۷٪)، طول دوره بسـتری (۵۰/۷٪)، پیگیـری بعد از ترخیـص (۶۶/۳٪)، و هزینه عمل جراحی (۶۶٪) برای آن‌ها توضیح داده نشـده است. در مجموع میانگین امتیاز ارایه اطلاعات (۴/۹ ± ۷/۹۶ از ۱۸ امتیاز) نشـان 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 اسـت. در این زمینه اکثر ایشان (۸۲/۷٪) معتقـد بودند کـه هیچ توضیحی در مورد این فـرم در هنگام امضا آن (زمان پذیرش) دریافت نکرده و نتوانسـتند اطلاعات ثبت شده در این فرم را درک نمایند (۶۹٪). در مجموع میانگین امتیازات (۱/۱ ± ۰/۵۵ از ۴ امتیـاز) نشـان می‌دهد که قابلیت درک فـرم در حد ضعیف بوده است (جدول ۲).

طبـق جدول ۳، فقـط ۱۸/۸٪ افراد انتخاب درمـان را داوطلبانه

جـدول ۱ - نظـرات رضایت دهندگان دربـاره ارایه اطلاعات در فرآیند اخذ رضایت جراحی در بیمارسـتان‌های آموزشـی کاشان۱۳۸۶

سؤالات / 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)	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)	۳ (۱)	۱ (۰/۳)	۳۰۰
عوارض عمل	۱۰۱ (۳۳/۷)	۲۹ (۹/۷)	۱۶۷ (۵۵/۷)	۲ (۰/۷)	۱ (۰/۳)	۳۰۰
دلیل جراحی انتخاب شده	۱۳۹ (۴۶/۳)	۳۲ (۱۰/۷)	۱۰۳ (۳۴/۳)	۲۰ (۶/۷)	۶ (۲)	۳۰۰
معرفی سایر گزینه‌های درمانی	۵۵ (۱۸/۳)	۱۱ (۳/۷)	۲۰۱ (۶۷)	۲۵ (۸/۳)	۸ (۲/۷)	۳۰۰
طول دوره بستری	۱۳۱ (۴۳/۷)	۱۵ (۵)	۱۵۲ (۵۰/۷)	۱ (۰/۳)	۱ (۰/۳)	۳۰۰
پیگیری بعد از ترخیص	۸۲ (۲۷/۳)	۱۴ (۴/۷)	۱۹۹ (۶۶/۳)	۳ (۱)	۲ (۰/۷)	۳۰۰
هزینه عمل جراحی	۸۱ (۲۷)	۲۰ (۶/۷)	۱۹۸ (۶۶)	۱ (۰/۳)	–	۳۰۰
جمع	۱۰۶۵ (۳۹/۴)	۲۵۹ (۹/۶)	۱۲۹۹ (۴۸/۱)	۵۷ (۲/۱)	۲۰ (۰/۷)	۲۷۰۰

اعداد داخل پرانتز نشانه درصد است.

جدول۲- نظرات رضایت دهندگان درباره قابل درک بودن فرم رضایت نامه معالجه و عمل جراحی در بیمارستان‌های آموزشی کاشان۱۳۸۶

سؤالات / پاسخ‌ها	بله	تا حدودی	خیر	به یاد ندارم	بدون پاسخ	جمع
توضیح محتویات رضایت نامه	۱۸ (۶)	۱۷ (۵/۷)	۲۴۸ (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.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-16]

جدول ۳- نظرات رضایت دهندگان درباره داوطلبانه بودن فرایند اخذ رضایت جراحی در بیمارستان‌های آموزشی کاشان۱۳۸٦

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

اعداد داخل پرانتز نشانه درصد است.

جدول٤- نظرات رضایت دهندگان درباره ارتباط پزشک و بیمار در فرایند اخذ رضایت جراحی در بیمارستان‌های آموزشی کاشان ۱۳۸٦

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

اعداد داخل پرانتز نشانه درصد است.

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 ۲/۱ ± ۱/۷۳ 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 ۱/ ۴ ± ۶/ ۱۰ 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 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 عموما 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 عموما اطلاعات بیشتری دریافت می‌کنند(۱۱،۲۳،۲۴، ۷). برای نمونه، مطالعه ای در سیدنی نشان داد که ۷۴/۶٪ بیماران سرطانی می‌دانند که بیماریشان

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-16]

غیر قابل درمان اســت(۲۱). مطالعهHowlader نیز نشان داد که اکثر بیمــاران از عوارض عمــل و حتی احتمال مرگ آگاه می‌شــوند (۲۵). همچنین مطالعه ای در ســوییس نشــان داد که بیمــاران میزان ارایه 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 ارایه اطلاعات رضایت ندارند. برای نمونه، از نظر ۴۴/۶٪ بیماران ایتالیایی، اطلاعات ارایه شده ناکافی است (۱۱). همچنین طبق مطالعه ای در آفریقای جنوبی، بیماران از ســایر روش‌های درمانی و مخاطرات درمانی جدی و هزینه‌های درمان مطلع نمی‌شوند (۲۳).

منبــع اصلی اطلاعــات در مطالعه حاضر (۹۷٪) پزشــک و جراح بوده و اکثر بیماران از منبع دیگری اســتفاده نکرده بودند که با ســایر مطالعات همخوانــی دارد (۱۵،۲۳،۲۷، ۱۴). به نظر می‌رســد فرهنگ جامعه (بیماران) و دیدگاه پزشــکان در مورد ارایــه اطلاعات بر میزان ارایــه اطلاعات مؤثر اســت (۲۸). همچنــان که مطالعات فوق نشــان می‌دهد پزشــکان کشــورهای غربی عموما اطلاعات بیشتری در اختیار بیماران قرار می‌دهند اما پزشــکان ایرانی عمدتا اطلاعات کلی در مورد بیمــاری و اقدام بیان می‌نمایند و میزان ارایه اطلاعات در مورد ســایر مسایل کمتر است. همچنین به نظر می‌رسد پزشکان در بیان اطلاعات مربوط به عوارض و سایر گزینه‌های درمانی محتاطانه تر عمل می‌کنند. در این خصوص، طبــق مطالعه وحدانی نیا در کمتر از ۱۰٪ موارد این اطلاعات بیان می‌شود(۱۴).

یافته‌ها نشان داد که اکثر رضایت دهندگان (۷۵/۸٪) معتقد بودند فــرم رضایت‌نامه برای آن‌هــا قابل درک نیســت. Daugherty ضمن بررســی مقالات متعدد نتیجه گرفته اســت که بین آنچــه به بیماران گفته می‌شود، آنچه آن‌ها فکر می‌کنند که آن را درک نموده‌اند، و آنچه که واقعاً درک کرده اند، تناقض زیادی وجود دارد. وی معتقد است که رضایت نامه‌های نامناســب و فراهم نکردن اطلاعات کافی در زمان اخذ رضایــت 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 باشــد. موضوع اول مربوط به دســت خط و خوانایــی فرم بوده و دیگری اصول نگارشی و گرامری یا بعبارتی ساده بودن و قابل فهم بودن متن فرم‌ها اســت. ســطح ســواد 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 فرم‌هــای رضایت نامه را کم گزارش نمــوده اند. هر چند مطالعه Joff در آمریــکا نشــان داد که ۸۶٪ بیماران فــرم رضایت‌نامه را قابل درک می‌داننــد (۳۰) اما مطالعــات Philipsonو Paasche-Orlow مشــکلاتی را در رابطه با قابلیت خوانــدن و درک فرم‌های رضایت نامه نشــان داده است(۳۱،۳۲). همچنین مطالعه ای نشان داد که فرم‌های رضایت‌نامه باید ســاده‌تر طراحی گردد تا افراد با ســواد کمتر نیز آن را درک کنند (۹). در مطالعه ای ضمن بررســی مقالات متعدد مشــخص شــده است که حداکثر ۷٪ فرم‌ها قابل درک است و همچنین فرم‌های رضایت نامه تاثیری بــر دانش و آگاهی بیماران ندارد (۲۹). در مطالعه دیگری فقط ۱۲٪ بیماران اعلام کردند که فرم رضایت نامه برای آن‌ها قابل درک اســت (۳۳). طبــق مطالعه ای در کاشــان، 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 تشــویق بیماران به خواندن دقیق فــرم رضایت‌نامه را از راه‌کارهایــی می‌داننــد که می‌توان از آن‌ها برای بهبــود کیفیت فرآیند اخذ رضایت‌نامه اســتفاده 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 نســبت داد، بلکه توضیح ناکافی این فرم توســط کارکنان واحد پذیرش، شفاف نبودن توضیحات، مطالعه نکردن کامل و دقیق فرم‌ها و ســطح ســواد رضایت دهندگان را می‌توان عامل این موضوع دانست که لازم است مد نظر کارکنان قرار گیرد.

یافته‌های مطالعه حاضر نشــان داد اکثر رضایت دهندگان انتخاب درمانشــان را داوطلبانه نمی‌دانند (۶۲/۷٪). هر چند بیماران تاحدودی می‌دانستند حق امتناع از عمل را دارند ولی معتقد بودند امکان انتخاب ســایر گزینه‌های درمانی برای آنها فراهم نبــوده و همچنین از عوارض و منافع ســایر درمان‌ها مطلع نمی‌شــونددر مطالعه ای در کاشان عدم رعایت حقوقی از جمله مشــورت در خصــوص انتخاب روش درمانی و حق تعویض پزشــک معالج و رد درمان بترتیب توسط ۲۲/۸ و ۳۲/۱٪ بیماران گزارش شــده اســت و فقط ۵۳/۸٪ آن‌ها اعــلام کردند که به درخواستشــان در خصوص عدم قبول درمان توجه می‌شــود (۱۳). در مطالعه Gatellari در استرالیا مشخص شد که هشدارهای درمانی فقط در مــورد ۴۴/۱٪ بیمــاران انجام می‌گیــرد (۲۱). مطالعات دیگری در ســایر کشورها نشــان می‌دهد که بیماران از سایر گزینه‌های درمانی و عوارض و پیامدهای آنها مطلع نمی‌شــوند(۲۷،۲۴،۷). زالی می‌نویسد: دســت یافتن به هدف رضایت آگاهانه مشــکل اســت. بعد از ذکر تمام عوارض و خطرات عمل، برای بیمار بسیار مشکل است که آن را بپذیرد. این امر بســتگی به ســن بیمار، حالت روحی و روانی وی، رشــد ذهن، هوش و میل بیمار به کســب اطلاعات در مورد درمان دارد (۶). شــاید بتوان عنوان نمود که همین دیدگاه در بین پزشــکان باعث می‌شود که اطلاعات کمتری در مورد ســایر گزینه‌های درمانــی و عوارض آنها در اختیار بیماران قرار دهند.

باید توجه داشــت که ممکن است برخی بیماری‌ها درمان دیگری بجز جراحی نداشــته باشد، لذا ضروری اســت که پزشکان این موضوع را خاطر نشــان کنند. در این مطالعه موضــوع داوطلبانه بودن از لحاظ دریافت اطلاعات مربوط به ســایر گزینه‌های درمانی بررسی شده است. داوطلبانه بودن می‌تواند تحت تاثیر درک ناکافی، عدم صلاحیت تصمیم گیری یا عدم ارایه 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

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-16]

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

از نظر ۶۹/۷٪ بیماران، پزشــک توانســته است ارتباط مناسبی با آنان برقرار کند. اکثرپاسخ دهندگان معتقد بودند که توضیحات پزشک قابل فهم بوده و باعث افزایش اعتماد آنان به پزشــک شــده است. اکثر ایشان زمان کافی برای فکر کردن و سؤال پرسیدن داشتند، مدت زمان صرف شــده برای ارایه اطلاعــات را کافی می‌دانســتند و معتقد بودند پاسخ سوالاتشــان بطور کامل داده شده اســت. مطالعه Mckeague اهمیت فراهم کردن امکان ســؤال پرسیدن برای بیماران را اثبات کرده اســت (۱۰). مطالعات دیگری نیز مناسب بودن ارتباط پزشک با بیمار در زمان اخذ رضایت نامه را نشــان داده است (۱۱،۲۵،۳۰، ۷). اهمیت ارتباط مناســب با بیماران در تامین نیازهای اطلاعاتی بیمار و اطمینان از درک بیمار اســت. مطالعه حاضر نشان داد که اکثر بیماران معتقدند توضیحات پزشــک قابل فهم بوده اســت اما مطالعهHoughton نشان داد ۴۸٪ بیمــاران معتقــد بودند که جراحی بزرگ داشــته اند ولی در واقع ۸۱٪ اقدامات، بزرگ بوده است (۸). همچنین مطالعهHowlader نشــان 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 داده انــد که بیماران انتظارات برقراری ارتباط بهتری از طرف پزشــک دارند و همچنین پزشــکان باید مهارت‌هــای ارتباطی خود را برای اخذ رضایــت نامه بهبود دهند و از روش‌های مناســب تر برای اخذ رضایت نامــه و اطمینان از درک بیمار اســتفاده نمایند (۴۲،۲۹،۱۰). هر چند در بیمارستان‌های آموزشی کاشان، پزشکان در حد مطلوبی توانسته‌اند با بیمار خــود 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 محدودیت هایی در نظر گرفته شــود. اول- در مطالعه حاضر زمان تکمیل پرسشنامه‌ها قبل از انجام جراحی بوده و لذا فاصله زمانی بین تکمیل پرسشنامه تا زمان جراحی و احتمالا اطلاعات داده شــده بــه بیماران در این فاصله زمانی بررســی نشده است که خود مســتلزم مطالعات بیشتری در این زمینه است. دوم- در یکی از بیمارستان ها، بیمارانی با دستور زایمان طبیعی (NVD) مراجعه می‌کردند و ســپس از بخش زایمان به جراحی (جهت ســزارین) منتقل می‌شــدند، در نتیجه امکان وارد نمودن این افراد در مطالعه به مانند ســایر افراد (انتخاب در زمان پذیرش و مراجعه جهت تکمیل پرسشــنامه بعد از پذیرش) وجود نداشت. بنابراین در خصوص موارد سزارین (۴۲ نفر معادل ۱۴٪)، پرسشنامه بعد از جراحی تکمیل گردید. مقایســه یافته‌های این گروه با ســایر گروه‌ها نشان داد که هیچ تفــاوت معنی داری در مورد هیچ یــک از ابعاد این مطالعه بین این دو گروه وجود نداشــت. ســوم- این مطالعه در مورد تمام انواع بیماری‌ها انجام شــده است و پژوهشــگران پرسشی در مورد تشــخیص 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 اســت نحوه برخورد پزشــکان با بیماران با توجه به نوع بیماری و شــرایطی 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 اعمــال جراحی مطلوب به نظر نمی‌رســد. با توجه به نتایج بدســت آمده پیشــنهاد می‌گردد بیمــاران (نمایندگان ایشــان) در مورد منافع عمل، عوارض عمل، ســایر گزینه‌های درمانی، و طول دوره بســتری و هزینه‌های عمل اطلاعات بیشــتری دریافت نمایند. همچنین پیشنهاد می‌شــود پزشــکان (جراحان) در هنگام ارایه اطلاعات به بیماران خود با توجه به شــرایط بیمــار و بیماری و توجه به مســایلی مانند نگرانی بیمار و حفظ روابط مناســب با بیمار، ســایر گزینه‌های درمانی و منافع و عــوارض آن را به بیمــاران خود معرفی کنند تا ایشــان بهتر بتوانند در مورد انتخاب نوع درمانشــان مشــارکت نمایند. همچنین لازم است پزشــکان (جراحان) امکان تماس بیشتری را برای بیماران خود قبل از جراحــی فراهم نمایند. کارکنان پذیرش نیز می‌بایســت جهت افزایش درک بیماران از محتویات فرم رضایت نامه، توضیحات لازم را در هنگام امضا فرم در اختیار ایشــان (به خصوص افراد کم ســوادتر) قرار دهند. همچنین میزان درک بیماران از اطلاعات داده شده، صلاحیت بیماران در زمــان تصمیم گیری و ســایر ابعاد داوطلبانه بــودن درمان می‌تواند مبنایی برای سایر پژوهش‌ها باشد.

تقدیر و تشکر

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

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-16]

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.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-16]

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: Lippinicott; 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- Connelly 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.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-11-16]