Globethics Repository



1387 ### ## ##### ##### [Assessment of informed consent of patients: a survey in selected hospitals by Tehran University of Medical Sciences, 1387]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Amini, Milad;Moosavi, Seyyed Mohammadhadi;Mohammadnejad, Seyyed Mohsen
Publisher	Tehran University of Medical Sciences
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-11-18 21:27:12
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/173745

بررسی میزان آگاهانه بودن رضایت کسب شده از بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۷

میلاد امینی[*1] ، سید محمدهادی موسوی[2]، سیدمحسن محمدنژاد[1]

چکیده

یکی از موارد مندرجه در حقوق جدید بیماران، مبحث رضایت آگاهانه در اعمال پزشکی است که در طی چند دهه‌ی گذشته موضوع و محور اصلی بحث‌های اخلاق پزشکی را به خود اختصاص داده است. رضایت آگاهانه ازجمله کلیدی‌ترین مفاهیم مطرح اخلاق پزشکی و حقوق بیمار در جهان بوده به‌نحوی که حضور واقعی آن قبل از انجام فعالیت‌های تشخیصی و درمانی، منتج به نتایج مثبت اخلاقی و بالینی خواهد شد.

پژوهش حاضر، از نوع توصیفی- تحلیلی بوده است. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای که بر اساس کدهای بین‌المللی اخلاق پزشکی و رضایت آگاهانه و با استفاده از مقالات و کتب متعدد داخلی و خارجی طراحی گردید، از ۸۰ بیمار بستری جمع‌آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی تحلیل گردیدند.

نتایج حاصله نشان می‌دهند که میزان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های بالینی در حد متوسط بوده است. میزان فهم و درک بیماران از اطلاعات ارائه شده به آن‌ها، میزان اطلاعات (مطلع بودن) بیماران در هنگام تصمیم‌گیری و رضایت دادن و در مجموع میزان آگاهانه بودن رضایت کسب شده از بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب همگی در سطح نامطلوب و نامناسب قرار داشتند. هم‌چنین وضعیت و میزان آگاهانه بودن رضایت کسب شده از بیماران بر حسب وضعیت تأهل، تحصیلات بیماران و بخش‌های بستری اختلاف معنی‌دار نشان دادند.

یافته‌های پژوهش نشان‌دهنده‌ی وضعیت نامناسب و پایین آگاهانه بودن رضایت کسب شده از بیماران در بیمارستان‌های مورد مطالعه بود. هم‌چنین مشخص گردید که فرایند، نحوه و شیوه‌های کسب رضایت آگاهانه می‌بایست بر اساس شرایط مکانی و زمانی تغییرات اساسی داشته باشد تا انشاءالله روند اخلاقی خدمت‌رسانی در بخش بهداشت پررنگ‌تر گردد. لذا در پایان در این مطالعه پیشنهاداتی برای بهبود وضعیت کسب رضایت آگاهانه، بر اساس یافته‌های پژوهش ارائه گردیده است.

واژگان کلیدی: رضایت آگاهانه، صلاحیت، مشارکت بیمار، تصمیم‌گیری بالینی، افشا اطلاعات

[1] کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران

[2] مربی و عضو هیأت علمی دانشکده‌ی پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

* **نشانی**: تهران، شهرک اکباتان فاز ۱، بلوک ۱۰، پلاک ۱۳، تلفن ۰۹۱۲۴۱۸۲۲۸۴، Email:amini.milad@gmail.com

مقدمه

در چند دهه‌ی اخیر تغییرات فراوان و چشمگیری در اعمال و رفتارهای پزشکی ایجاد شده که یکی از این تغییرات در نوع و روش تعامل میان پزشکان و بیماران بوده است (۱). در گذشته پزشک و دیگر افراد تیم بهداشتی – درمانی برای بیماران تصمیم‌گیری می‌کردند و نقش بیمار معرف محرومیت از استقلال و قدرت تصمیم‌گیری بود و پزشک و دیگر افراد تیم بهداشتی – درمانی به تنهایی برای بیمار تصمیم‌گیری کرده و او نیز با اعتماد به آن‌ها این تصمیم‌گیری‌ها را می‌پذیرفت. پس حقوق بیمار همان بود که تیم بهداشتی–درمانی برای او تعیین می‌کرد؛ در حالی که در تعاریف جدید از «حقوق بیمار» تغییر اساسی در برداشت عمومی از نقش بیمار، حیطه‌ی اختیارات و تصمیم‌گیری بیماران ایجاد شده است. مبحث رضایت آگاهانه[1] یکی از مهم‌ترین اجزای حقوق بیماران بر اساس چنین تعاریف جدیدی است (۲).

رضایت آگاهانه عبارت است از موافقت آزادانه و ابطال پذیر فرد واجد صلاحیت (بیمار) مبنی بر مشارکت در تصمیم‌گیری درمانی (یا تحقیقاتی) به دنبال آگاهی از ماهیت، هدف و پیامدهای آن با اعتقاد بر تأثیر این مشارکت در انتخاب مؤثرترین و مفیدترین روش درمانی (۳). بنابراین «رضایت و آگاهی» دو عنصر مهم در رضایت آگاهانه هستند که خود آن‌ها نیز به بخش‌های مختلفی تقسیم می‌شوند (۴).

رضایت از بیمار به‌نحوی از انحاء از بیمار کسب می‌شود و این توجه به میزان آگاهانه بودن آن است که از اهمیت زیادی برخوردار است. لذا محدودیت‌ها و موانع موجود بر سر راه اخذ رضایت آگاهانه عمدتاً تأثیر خود را بر روی میزان آگاهی بیماران از رضایت داده شده می‌گذارد؛ و رضایت بدون آگاهی مفهوم اخلاقی و حقوقی خود را از دست می‌دهد (۵).

بنابراین، وقتی بیمار فرم رضایت آگاهانه را امضا می‌کند نمی‌تواند دلیل بر آگاهی مناسب او از بیماری خود، روش درمانی خود و مزایا و منافع این روش و روش‌های جایگزین و... باشد. در مطالعه‌ای توسط Cassileth و همکارانش با عنوان «رضایت آگاهانه: چرا اهداف آن به‌صورت ناقص درک شده‌اند؟»، مشخص شد که تنها ۴۰ درصد از بیماران فرم رضایت‌نامه را خوانده‌اند و هنگامی که آن‌ها بعضی از مندرجات فرم رضایت‌نامه را نمی‌فهمیدند اغلب از دریافت اطلاعات بیش‌تر خودداری می‌کردند و می‌گفتند ما به جراح خود اعتماد داریم (۶).

رعایت فرآیند استاندارد اخذ رضایت آگاهانه از بیمار در زمینه‌ها و فعالیت‌های درمانی و پژوهشی علاوه بر آن‌که تأثیر مستقیم بر روی رشد پایدار و رضایت بیمار در طی فرآیند درمان و پژوهش دارد(۷)، در کاهش شکایت از پزشکان و سایر کادر درمانی مؤثر بوده و در نتیجه کاهش مداخلات حقوقی و انتظامی را در پی خواهد داشت. آمارها نشان می‌دهد که از سال ۸۴ تا پایان اردیبهشت ماه سال ۸۷ حدود ۶ هزار شکایت علیه پزشکان در ایران صورت گرفته است که باعث درگیر کردن دستگاه‌های قضایی و انتظامی، وزارت بهداشت، سازمان نظام پزشکی و سایر سازمان‌های مرتبط با حرف پزشکی می‌گردد (۸).

از جمله دلایل دیگر غیرقابل انکار رضایت آگاهانه به‌عنوان بخشی از حقوق بیمار، ارتباط معنی‌دار میان اخذ رضایت آگاهانه‌ی مطلوب (رضایت همراه با آگاهی مکفی) و نتیجه‌ی بالینی مناسب شامل بهبود سلامت روانی، برطرف شدن علائم و درد، بهبود عملکرد بیمار و معیارهای فیزیولوژیک است (۹).

طبق آن‌چه در طلیعه‌ی این مقاله در باب اهمیت مبحث رضایت آگاهانه گفته شد، نوشته‌ی حاضر تمرکز خود را بر روی جزء دوم رضایت آگاهانه یعنی میزان آگاهی بیماران در هنگام رضایت دادن قرار داده و ضمن تعیین این میزان، در نهایت پیشنهاداتی را که مبتنی بر نتایج و یافته‌های به‌دست آمده است، جهت بهبود وضعیت کسب رضایت آگاهانه و

[1] informed consent

افزایش آگاهی بیماران ارائه می‌دهد.

روش کار

پژوهش حاضر، از نوع توصیفی - تحلیلی بوده که به‌صورت مقطعی (cross sectional) صورت گرفته است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل بیماران بستری شده در بیمارستان‌های دکتر شریعتی، سینا و بیمارستان ولیعصر(عج) وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشند، که از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، ۸۰ بیمار به‌عنوان نمونه‌ی آماری انتخاب گردیدند.

روش گردآوری داده‌ها از طریق مطالعه‌ی کتابخانه‌ای، استفاده از منابع الکترونیکی و ابزار پرسشنامه بوده است. پرسشنامه‌ی استفاده شده در این پژوهش بر اساس کدهای بین‌المللی اخلاق پزشکی و رضایت آگاهانه و پس از مطالعه‌ی چندین مقاله و کتاب داخلی و خارجی درباره رضایت آگاهانه، در دو بخش عمومی و اختصاصی تدوین شد که قسمت عمومی شامل خصوصیات زمینه‌ای (مشخصات دموگرافیک) بیماران و قسمت اختصاصی شامل ۱۹ سؤال بود که ۱۷ سؤال آن بر اساس طیف لیکرت تدوین گردید [بسیار کم (با ارزش ۱)، کم (با ارزش ۲)، متوسط (با ارزش ۳)، زیاد (با ارزش ۴) و بسیار زیاد (با ارزش ۵)] و ۲ سؤال دیگر بخش اختصاصی پرسشنامه به شیوه‌ی تستی اما متفاوت با طیف درجه‌بندی لیکرت تدوین گردیدند و پژوهشگر سعی کرد تا برحسب مقیاس لیکرت آن‌ها را تجزیه و تحلیل کند.

برای تعیین اعتبار علمی (validity) ابزار جمع‌آوری داده‌ها از روش اعتبار محتوا استفاده شد و بدین منظور، پرسشنامه‌ها در میان تعدادی از اساتید و صاحبنظران توزیع گردید و با بهره‌گیری از نظرات و راهنمایی‌های ایشان، سؤالات پرسشنامه مورد بررسی محتوایی قرار گرفته و ابهامات آن برطرف گردید تا اعتبار (validity) آن مورد تائید قرار گیرد. برای محاسبه‌ی قابلیت اعتماد ابزار اندازه‌گیری، شیوه‌های مختلفی به کار برده می‌شود؛ از جمله: اجرای دوباره‌ی آزمون یا روش بازآزمایی، روش موازی یا روش آزمون‌های همتا، روش آلفای کرونباخ (۱۰).

لذا با توجه به شرایط پژوهش محققان از روش آلفا کرونباخ جهت تعیین اعتماد و پایایی (reliability) پرسشنامه استفاده کردند. بدین منظور پرسشنامه‌ی اولیه پیش از انجام مرحله‌ی اصلی پژوهش میان تعدادی از بیماران توزیع گردید و پس از جمع‌آوری، داده‌های پرسشنامه با استفاده از آزمون تعیین میزان پایایی نرم‌افزار SPSS مورد ارزیابی و سنجش قرار گرفت. میزان آلفا کرونباخ برای ابزار پژوهش حاضر حدود ۰/۸۵ به‌دست آمد که این میزان نشان‌دهنده‌ی قابلیت مناسب پرسشنامه از لحاظ پایایی و اعتماد است.

برای تجزیه و تحلیل پرسشنامه‌ها نیز از نرم‌افزار آماری تخصصی SPSS v_{13} استفاده شده است که آمارهای استخراج شده به دو دسته آمارهای توصیفی و استنباطی تقسیم شدند. در سطح آمار توصیفی از درصد فراوانی خالص و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی برای بررسی و مقایسه وضعیت میانگین‌های به‌دست آمده درباره‌ی میزان آگاهانه بودن رضایت برحسب هر خصوصیت زمینه‌ای (متغییر دموگرافیک)، از آزمون برابری میانگین‌های چند گروه مستقل (آنالیز واریانس یک راهه) (One-Way ANOVA)، استفاده شده است. سطح معنی‌داری آزمون‌ها (α =۰/۱) با احتمال ۹۰ درصد است.

سؤالات پرسشنامه (۱۹ سؤال) در این پژوهش می‌بایست به ۳ هدف فرعی که عبارتند از: ۱- تعیین میزان فهم و درک بیمار از اطلاعات ارائه شده به آن‌ها ۲- تعیین میزان مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های بالینی ۳- تعیین میزان اطلاعات (مطلع بودن) بیماران در هنگام تصمیم‌گیری و رضایت دادن، پاسخ دهند. لذا سؤالات مربوط به هر یک از این اهداف توسط نرم‌افزار با هم تجمیع گردید و پاسخ هر هدف با استفاده از مشخصه‌ی آماری میانگین به‌دست آمد. در نهایت، برای استنباط و تعیین وضعیت هر هدف تجمیعی، از مقایسه‌ی نمره‌ی میانگین با شاخص ترتیبی که در ادامه‌ی این پاراگراف آمده، استفاده گردید. [۱ – ۰] بسیار کم (بسیار نامناسب)، [۲

– ۱] کم (نامناسب)، [۳ – ۲] متوسط، [۴ – ۳] زیاد (مناسب)، [۵ – ۴] بسیار زیاد (بسیار نامناسب).

در نهایت، این سه هدف فرعی نیز تجمیع شد تا پاسخ هدف اصلی پژوهش یعنی میزان آگاهانه بودن رضایت کسب شده از بیماران تعیین گردید.

نتایج

از ۸۰ پرسشنامه‌ی توزیع شده بین بیماران تمامی آن‌ها توسط بیماران تکمیل شده جمع‌آوری و درصد فراوانی مشخصات زمینه‌ای (دموگرافیک) بیماران از پرسشنامه‌ها احصاء و به‌طور کامل در بخشی از جدول شماره‌ی ۲ آورده شده است. در میان نوزده سؤال پرسشنامه بهترین نمره‌ی میانگین (یا بهترین وضعیت) به‌دست آمده مربوط به میزان درک کلی بیمار از صحبت‌های پزشک درباره بیماری و روش درمانی آن، با میانگین ۲/۹۴ و میزان پاسخگویی پزشک به سؤالات بیمار درباره بیماری و روش درمان آن با میانگین ۲/۹۲ است. در مقابل سؤالات مربوط به میزان آگاهی بیمار از هزینه‌های درمانی با میانگین ۱/۱۳ و میزان اطلاع و آگاهی بیمار از عوارض احتمالی روش درمانی با میانگین ۱/۳۲ در پایین‌ترین وضعیت قرار داشتند (قسمتی از جدول شماره‌ی ۱).

جدول شماره‌ی ۱- وضعیت نمره‌ی میانگین و درصد فراوانی پاسخ بیماران به تفکیک هر سؤال

سؤالات پرسشنامه برای تعیین میزان آگاهانه بودن	بر حسب درصد بیماران				میانگین نمرات	وضعیت
	هیچ	کم	متوسط	زیاد		
میزان خواندن فرم رضایت‌نامه توسط بیمار	٤٦/٧	٩/٣	٢٦/٧	١٧/٣	١/٧٦	نامناسب
میزان درک و فهم بیمار بعد از خواندن فرم رضایتنامه	٩/٢٩	١٤/٩	٢٦/٩	٢٨/٤	٢/٣٣	متوسط
میزان استفاده پزشک از لغات نامفهوم	٣٣/٣	٣٢/١	١٥/٤	١٩/٢	١/٨٢	نامناسب
میزان درک کلی بیمار از صحبت‌های پزشک درباره بیماری و روش درمانی آن	٥	٢٧/٥	٣٥	٣٢/٥	٢/٩٤	متوسط
میزان یادآوری صحبت‌های پزشک توسط بیمار	١٦/٣	٢١/٣	٣٧/٥	٣٥	٢/٧١	متوسط
میزان اطلاع و آگاهی بیمار از هزینه درمانی	٥٥/٧	٢١/٥	١٣/٩	٨/٩	١/١٣	نامناسب
میزان پاسخگویی پزشک به سؤالات بیمار درباره بیماری و روش درمان آن و...	٧/٧	٢١/٨	٣٧/٢	٣٣/٣	٢/٩٢	متوسط
اطلاع و آگاهی بیمار درباره داشتن حق رد روش درمانی تجویز شده از طرف کادر درمانی	٤٨/١	٢٨/٦	٦/٥	١٦/٩	١/٤٤	نامناسب
اطلاع و آگاهی بیمار از بیماری خود	٦/٥	٢٧/٣	٣٥/١	٣١/٢	٢/٨٢	متوسط
اطلاع و آگاهی بیمار درباره روش درمانی صورت گرفته	١٦/٥	٣٦/٧	٢٧/٨	١٩	٢/٢٣	متوسط
اطلاع و آگاهی بیمار از داروهای مصرفی خود	٣٤/٢	٣٩/٥	١٣/٢	١٣/٢	١/٥٨	نامناسب
اطلاع و آگاهی بیمار از نتیجه روش درمانی	٣٩/٥	٣٤/٢	١٤/٥	١١/٨	١/٤٩	نامناسب
اطلاع و آگاهی بیمار از میزان موفقیت و شکست روش درمانی	٣٠/٨	٣٥/٩	١٥/٤	١٧/٩	١/٧٨	نامناسب

اطلاع و آگاهی بیمار از عوارض احتمالی روش درمانی	٤٤/٧	٣٥/٥	٧/٩	١١/٨	١/٣٢	نامناسب
اطلاع و آگاهی بیمار درباره کادر درمانی (به‌ویژه پزشک)	٣١/٣	٤١/٣	٥/١٢	١٥	١/٧٦	نامناسب
اطلاع و آگاهی بیمار از سایر روش‌های درمانی	٣٨	٤٠/٥	١٥/٢	٦/٣	٣٤/١	نامناسب
میزان مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های بالینی	٥٣/٢	٣/٩	٢٢/١	٢٠/٨	٢/٤٥	متوسط

ادامه سؤالات پرسشنامه برای تعیین میزان آگاهانه بودن	نمی‌دانم	می‌دانم ولی مطمئن نیستم / می‌دانم	می‌دانم	میانگین نمرات	وضعیت
اطلاع و آگاهی بیمار درباره مسؤول عواقب و نتایج عمل جراحی	٦١/٥	١٧/٩	٢٠/٥	١/٤٧	نامناسب
اطلاع و آگاهی بیمار درباره داشتن حق رد روش درمانی تجویز شده از طرف کادر درمانی	٥٩	١٥/٤	٢٥/٦	١/٦٨	نامناسب

جدول شماره‌ی ۲ – درصد فراوانی خصوصیات زمینه‌ای بیماران مورد مطالعه و مقایسه میانگین نمره (میزان) آگاهانه بودن رضایت کسب شده بر حسب خصوصیات زمینه‌ای بیماران

خصوصیات زمینه‌ای	درصد	نمره (میزان) آگاهانه بودن رضایت کسب شده بر حسب خصوصیات زمینه‌ای	
		میانگین	*P*-value
سن			٠/١٦٦
کم‌تر از ٣١ سال	٪٢٨/٢	١/٧١	
٣٢–٤٧ سال	٪ ١/٢٣	٢/٠٩	
٤٨–٦٢ سال	٪ ٣٧/٢	١/٨٥	
بیش‌تر از ٦٣ سال	٪١١/٥	٢/٥١	
جنس			٠/٣٦٢
مرد	٪٦٨/٨	١/٩٠	
زن	٪ ٣١/٣	٢/١٢	
وضعیت تأهل			٠/٠٦١
مجرد	٪ ٢٨/٢	١/٦٣	
متأهل	٪ ٧١/٨	٢/١١	
تحصیلات			٠/٠١٣
بی‌سواد و سیکل	٪٥٠	١/٧٧	
دیپلم و فوق دیپلم	٪ ٤٤/٧	٢	
کارشناسی و بالاتر	٪ ٥/٣	٣/٢٤	
تعداد دفعات بستری			٠/٢١١
کمتر از ٣ بار	٪ ٦٢/٩	١/٨٧	
٣ تا ٦ بار	٪ ١١/٤	١/٨٣	
بیش از ٦ بار	٪ ٢٥/٧	٢/٣٥	

نوع بستری			۰/۲۷٤
عادی	٪ ۳۸/۸	۲/۱۲	
اورژانس	٪ ۳/۶۱	۱/۸۸	
بخش بستری			۰/۰٤۸
غدد- (نورولوژی)	٪۲۰-(٪ ۷/۵)	(۱/۵۳)-۲/۳۱	
ریه- (زنان)- [گوش]	٪۱۱/۳-(٪۶/۳)-[٪۱۵]	۲/۲۱- (۱/۷۲)-[۱/۸۲]	
ارتوپدی- (جراحی عمومی)	٪۲۰-(٪۲۰)	(۲/۳۷)-۱/٤٦	

هم‌چنین میانگین‌های به‌دست آمده درباره‌ی میزان فهم و درک بیماران از اطلاعات ارائه شده به آن‌ها حدود ۱/۹۷ (با انحراف معیار ۱/۹۶)، درباره‌ی میزان رعایت اصل مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های بالینی ۲/۴۵ (با انحراف معیار ۰/۹۶)، درباره‌ی میزان اطلاعات (مطلع بودن) بیماران در هنگام تصمیم‌گیری و رضایت دادن ۱/۶۹ (با انحراف معیار ۱/۹۰) و درباره‌ی میزان آگاهانه بودن رضایت کسب شده از بیماران بستری شده در بیمارستان‌های منتخب در حدود ۱/۷۶ (با انحراف معیار ۰/۹۸) است.

در مجموع، نمره‌ی میانگین آگاهانه بودن رضایت کسب شده بر حسب وضعیت تأهل، تحصیلات بیماران و بخش‌های بستری اختلاف معنی‌دار نشان دادند (جدول شماره‌ی ۲). نمره‌ی میانگین به‌دست آمده برای بیماران مجرد ۱/۶۳ و برای بیماران متأهل ۲/۱۱ بوده است. در میان گروه‌های میزان تحصیلات بیماران، کم‌ترین میزان میانگین با مقدار ۳/۲۴ مربوط به بیماران بیسواد و سیکل و بیش‌ترین آن با مقدار ۳/۲۴ متعلق به گروه تحصیلی کارشناسی و بالاتر است. هم‌چنین در بین بخش‌های بستری کم‌ترین میزان میانگین با مقدار ۱/۴۶ مربوط به بخش ارتوپدی و بیش‌ترین مقدار یعنی حدود ۲/۳۷ مربوط به بخش جراحی عمومی است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج حاصله مشخص گردید که میزان فهم و درک بیماران از اطلاعات ارائه‌شده به آن‌ها در وضعیت نامناسب قرار داشت به طوری که تنها در حدود ۲۰ درصد از بیماران میزان فهم و درک خود را زیاد توصیف کردند. پژوهش Siddiqui ضمن هم‌خوانی نسبی با یافته‌های پژوهش حاضر، مشخص کرد که تنها ۳۸ درصد از بیماران مورد مطالعه‌ی وی اعلام داشته‌اند که کاملا اطلاعات داده شده به آن‌ها را فهمیده و درک کرده‌اند (۱۱).

هم‌چنین میزان اطلاعات (مطلع بودن) بیماران در هنگام تصمیم‌گیری و رضایت دادن در وضع نامناسب قرار داشت به طوریکه حدود ۶۰ درصد بیماران اطلاعات مکفی و قابل قبول برای رضایت دادن دریافت نکرده بودند. Barnett در پژوهش خود به این نتیجه رسید که ۳۶ درصد از بیماران مورد مطالعه‌اش در حد قابل قبول اطلاعات دریافت نکرده بودند و اعلام داشت که برای آگاهانه‌تر بودن رضایت بیماران باید اطلاعات بیش‌تری به آنان داده شود(۱۲).

تنها میزان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های بالینی در حد متوسط (و نه مناسب یا خیلی مناسب) قرار داشت، چنان‌چه در حدود ۵۳/۲ درصد از بیماران اعلام داشتند که هیچ‌گونه مشارکتی در تصمیم‌گیری‌ها نداشته‌اند. مطالعه‌ای که توسط Mazur در سال ۱۹۹۷ صورت گرفت ضمن تأیید نتیجه‌ی حاصله، مشخص کرد با وجود این‌که بیش از ۸۰ درصد بیماران تمایل به تصمیم‌گیری دارند، با این وجود پزشکان آنان را در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت نمی‌دهند (۱۳).

بررسی‌ها در حوزه‌ی آمار استنباطی نشان داد که میان وضعیت تأهل بیماران و میزان آگاهانه بودن رضایت کسب شده از بیماران با احتمال ۹۰ درصد ارتباط مستقیم برقرار است، به طوری که افراد متأهل نسبت به افرادی که مجرد هستند رضایت آگاهانه‌تری داده‌اند (P=0.061). در این زمینه

پژوهشگر نتوانست مطالعه‌ای را بیابد که دلیل یا دلایل اصلی این تأثیر را به‌طور مستقیم بیان کرده باشد. اما در پژوهشی که توسط حمید رضا روح افزا و همکارانش صورت گرفت (۱۴) رابطه‌ی منفی میان استرس شدید و وضعیت تأهل تأیید شد. لذا افراد متأهل در شرایط استرس‌زا کم‌تر دچار استرس و اضطراب‌های شدید گشته و چنان‌چه نقش منفی استرس و اضطراب را به‌عنوان عامل داخلی مخل در رضایت آگاهانه در نظر داشته باشیم (۳، ۲)، می‌توان رابطه‌ی غیرمستقیم تأثیر وضعیت تأهل بر میزان آگاهانه بودن رضایت را در نظر گرفت.

در بررسی‌ها مشخص شد که میزان تحصیلات بیماران عامل تأثیرگذار دیگری بر رضایت آگاهانه است (P=0.013). ارتباط میان این دو عامل به گونه‌ای است که با افزایش سطح تحصیلات بیماران میزان آگاهانه بودن رضایت کسب شده از آن‌ها بیش‌تر و نافذتر می‌گردد. در این پژوهش بیمارانی که سطح تحصیلاتشان کارشناسی و بالاتر بوده دارای سطح مناسب و مطلوبی از آگاهی در رضایت خود بوده‌اند؛ در حالی که دو گروه دیگر در وضعیت نامطلوب قرار داشتند. نتیجه‌ی پژوهش Joffe و همکارانش ضمن تأیید این مسأله، اعلام داشت که داشتن تحصیلات دانشگاهی یکی از عواملی است که باعث افزایش میزان آگاهی بیماران در هنگام رضایت دادن می‌شود (۱۵). هم‌چنین مطالعات متعدد دیگری نشان داد که با افزایش سطح تحصیلات افراد میزان فهم و درک آن‌ها از اطلاعات دریافتی افزایش می‌یابد؛ که همین فهم و درک اطلاعات بخشی از آگاهانه بودن رضایت را شامل می‌شود (۱۹ – ۱۶).

هم‌چنین در مطالعه‌ی Minnies و همکارانش، افزایش کیفیت رضایت آگاهانه‌ی کسب شده از بیماران تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله تأثیر مستقیم سطح تحصیلات آنان قرار داشت. البته یک تفاوت اصلی میان پژوهش حاضر و پژوهش Minnies این بود که رضایت آگاهانه‌ی دریافتی از بیماران جهت کار پژوهشی بوده؛ در حالی که ما رضایت آگاهانه‌ی کسب شده از بیماران نیازمند به تشخیص و درمان را بررسی کرده‌ایم (۲۰).

بررسی استنباطی میزان آگاهانه بودن رضایت کسب شده از بیماران بر حسب نوع تخصص بخش بستری بیماران مشخص کرد که آگاهانه بودن رضایت در میان این بخش‌ها از وضعیت یکسانی برخوردار نیست (P=0.02). به طوری که بیماران بخش ارتوپدی در پایین‌ترین سطح و بخش جراحی عمومی در بهترین وضعیت از لحاظ میزان آگاهانه بودن رضایت کسب شده از آن‌ها قرار داشتند (البته باید توجه داشت که تمامی این بخش‌ها از لحاظ میزان آگاهی در رضایت در وضعیت نامطلوب قرار دارند). مطالعه‌ی Bahttacharyya و همکارانش می‌تواند دلیل آن‌که رضایت بیماران بخش جراحی آگاهانه‌تر است را بیان دارد. آن‌ها به این نتیجه دست یافتند که کسب رضایت آگاهانه در بخش‌های بستری با خطر افزایش پرداخت غرامت در ارتباط بوده است (P<0.004) (۲۱). به‌عبارت دیگر، با افزایش میزان ریسک عمل جراحی، تیم درمانی خود را بیش‌تر موظف می‌داند تا اطلاعات را به بیماران بدهد تا در آینده تاوان و غرامت احتمالی کم‌تر دامن گیر آنان گردد.

اکثر بیماران بخش ارتوپدی به دلیل تصادفات به‌صورت اورژانس در این بخش بستری می‌شدند و با توجه به این‌که بیماران اورژانسی در شرایط خاص جسمی و روحی قرار دارند، موقتاً صلاحیت رضایت دادن به‌صورت آگاهانه را ندارند. (۲)؛ و همین امر باعث کاهش سطح آگاهانه بودن رضایت آن‌ها در میان سایر بخش‌های بستری است.

بررسی میزان آگاهانه بودن رضایت کسب شده از بیماران بر حسب نوع بستری بیماران (عادی یا اورژانس) مشخص کرد که رضایت آگاهانه در میان بیماران غیر اورژانسی و اورژانسی در وضعیت برابر و متشابه قرار دارد! (P=0.027) این مسأله اثبات‌کننده‌ی وضعیت نامطلوب وضعیت رضایت آگاهانه در این بیمارستان‌ها بود؛ زیرا با عنایت به کتب و مطالعات متعدد می‌دانیم که اکثر بیماران اورژانس صلاحیت و

توانایی اخلاقی و حقوقی لازم برای دادن رضایت آگاهانه را ندارند (۳ ، ۲).

در مجموع، میزان آگاهانه بودن رضایت کسب شده از بیماران بستری شده در بیمارستان‌های منتخب مورد پژوهش که هدف اصلی پژوهش حاضر بود، در وضعیت نامناسبی قرار داشت. به دلیل اهمیت حضور و نفوذ رضایت آگاهانه به‌عنوان حقوق بیماران و تأثیرات مثبت غیرقابل انکار آن در فرآیند درمان و سایر مسائل جانبی، و همین‌طور وضعیت نامطلوب و نامناسب رضایت آگاهانه در بیمارستان‌های مورد مطالعه، پیشنهاداتی جهت کسب رضایت آگاهانه‌تر از بیماران بر اساس یافته‌های پژوهش در ذیل ارائه می‌گردد:

۱- امضا فرم رضایت‌نامه حتی‌الامکان در نزد پزشک معالج و بعد از ارائه‌ی توضیحات صورت گیرد و حتی‌المقدور این کار در لحظه‌ی بستری شدن بیماران که ممکن است دچار اضطراب و استرس و همراه با نوعی عجله باشد، صورت نگیرد.

۲- حضور یکی از همراهان بیمار در هنگام رضایت دادن می‌تواند به کاهش استرس و اضطراب بیمار منجر شود.

۳- به مسؤولان دخیل در فرایند کسب رضایت آگاهانه به‌ویژه پزشکان پیشنهاد می‌گردد که حتما از میزان تحصیلات بیماران آگاهی یافته و بر اساس آن اطلاعات مربوط به بیماری و... را در سطحی متناسب با تحصیلات به بیماران ارائه کنند.

۴- اصلاحات کلی و ساختاری فرم رضایت‌نامه بیماران در این سه بیمارستان می‌بایست صورت گیرد. به‌نحوی که از لغات و واژه‌های حقوقی و قضایی و لغات مربوط به بیماری‌ها و لغات نامفهوم خارجی کم‌تر استفاده گردد.

۵- فرم رضایت‌نامه (یا رضایت‌نامه آگاهانه) می‌بایست شامل ماهیت روش درمانی و بیماری مربوطه، خطرات، منافع و معایب روش‌های جایگزین باشد. به‌نحوی که شخص پزشک یا تیم درمانی تمامی این موارد را برای هر بیمار تکمیل نمایند. باید در نظر داشت که حجم مطالب فرم نباید زیاد باشد.

۶- پزشکان می‌بایست در هنگام دادن اطلاعات راجع به بیماری و روش درمانی مربوط به آن و سایر مسائل مرتبط با بیماران تا جایی که ممکن است از لغات نامفهوم به‌ویژه اصطلاحات لاتین پزشکی کمتر استفاده کنند و چنان‌چه این کار لازم بود، پزشکان می‌توانند آن اطلاعات را به یکی از همراهان بیمار که توانایی درک آن اطلاعات و انتقال آن‌ها را به بیمار داشته باشد، اعلام دارند.

۷- پزشکان سعی کنند در جلسات ویزیت بیماران به سؤالات آن‌ها پاسخ داده و بیماران را به نوعی ترغیب به سؤال کردن نمایند تا به نوعی بیمار را در امر تصمیم‌گیری نیز دخیل نمایند.

۸- به مسؤولان بیمارستان‌های مورد مطالعه پیشنهاد می‌گردد که بیماران تمامی بخش‌های بیمارستان اعم از داخلی و جراحی می‌بایست آگاهانه تصمیم گرفته و رضایت درمانی خود را ارائه دهند و این تنها مخصوص بخش‌های جراحی نیست. تدوین سیاست‌ها و خط‌مشی‌های مناسب برای کسب رضایت آگاهانه از بیماران بستری برای بخش‌های مختلف بیمارستان و زیر نظر کمیته‌ی اخلاق پزشکی بیمارستان‌ها در این رابطه نیاز است.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی افرادی که در تهیه‌ی این مقاله با پژوهشگران همکاری صمیمانه داشتند، به‌ویژه بیماران ارجمند، کمال تشکر و سپاسگزاری را داریم.

منابع

1- Everett CR, Novoseletsky D, Cole S, Frank J, Remillard C, Patel RK. Informed consent in interventional spine procedures: how much do patients understand? Pain Physician 2005; 8(3): 251-5.

2- O'Neill O. Some limits of informed consent. J Med Ethics 2003; 29: 4-7.

۳- پارساپور ع، پارساپور م ب، لاریجانی ب. رضایت آگاهانه، مفهوم، شرایط و راهکارهای اجرایی. مجله دیابت و لیپید ایران ۱۳۸۴؛ ویژه نامه اخلاق و تاریخ پزشکی، ۱۴-۱.

٤- اصغری ف. رضایت آگاهانه، راز رضایت‌مندی بیماران. http://www.irimc.org/Magazines/ViewSection.aspx?id=5074. (accessed on: 2008)

۵- امینی، م. بررسی میزان آگاهانه بودن رضایت کسب شده از بیماران بستری در بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی. تهران: دانشکده‌ی پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ سال ۱۳۸۷.

6- Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Informed consent: why are its goals imperfectly realized. N Engl J Med 1980; 302(16): 896-900.

7- Azoulay E, Chevret S, Leleu G, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. Crit Care Med 2000; 28(8): 3044-9.

۸- بدون نام. سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. گزارشی از نخستین همایش انتظامی نظام پزشکی شهرستان‌های کشور http://www.irimc.org/Magazines/ViewSection.aspx?id=4801. (accessed on: 2008)

9- Donovan JL. Patient decision making. The missing ingredient in compliance research. Int J Technol Assess Health Care 1995; 11(3): 443-55.

۱۰- ساروخانی ب. روش‌های تحقیق در علوم انسانی. تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی؛ ۲۰۰۷.

11- Siddiqui FG. An Audit of Informed Consent in Surgical Patients in a University Hospital. Abstract Book of the 10th Asian bioethics conference & 4th UNESCO Asia-pacific School of Ethics Roundtable.Tehran University of Medical Sciences; 2009.

12- Barnett AT, Crandon I, Lindo JF, Gordon-Strachan G, Robinson D, Ranglin D. An assessment of the process of informed consent at the University Hospital of the West Indies. J Med Ethics 2008; 34(5): 344-7.

13- Mazur DJ, Hickham D. Patients' preferences for risk disclosure and role in decision making for invasive medical procedures. J Gen Intern Med 1997; 12(2): 114-7.

14- Roohafza H, Sadeghi M, Sarraf-Zadegan N, et al. Relation between stress and other life style factors. Stress Health 2007; 23(1): 23–9.

15- Joffe S, Cook EF, Cleary PD, Clark JW, Weeks JC. Quality of informed consent in cancer clinical trials: a cross-sectional survey. Lancet 2001; 358(9295): 1772-7.

16- Breese PE, Burman WJ, Goldberg S, Weis SE. Education level, primary language, and comprehension of the informed consent process. J Empir Res Hum Res Ethics 2007; 2(4): 69–79.

17- Lavelle-Jones C, Byrne DJ, Rice P, Cushieri A. Factors affecting quality of informed consent. BMJ 1993; 306(6882): 885-90.

18- Sugarman J, McCrory DC, Hubal RC. Getting meaningful informed consent from older adults: a structured literature review of empirical research. J Am Geriatr Soc 1998; 46(4): 517-24.

19- Taub HA, Baker MT, Sturr JF. Informed consent for research. Effects of readability, patient age, and education. J Am Geriatr Soc 1986; 34(8): 601-6.

20- Minnies D, Hawkridge T, Hanekom W, Ehrlich R, London L, Hussey G. Evaluation of the quality of informed consent in a vaccine field trial in a developing country setting. BMC Med Ethics 2008; 9: 15.

21- Bhattacharyya T, Yeon H, Harris MB. The medical-legal aspects of informed consent in orthopaedic surgery. J Bone Joint Surg Am 2005; 87(11): 2395-400.