

## بررسی میزان رضایت آگاهانه بیماران پیش از عمل جراحی در بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره) سال ۱۳۹۲

نفیسہ ظفرقندی<sup>۱\*</sup>، علی دواتی<sup>۲</sup>، فاطمه سرو<sup>۳</sup>

۱. دانشیار، گروه اخلاق پزشکی دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران  
۲. دانشیار، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران  
۳. دانشجوی پزشکی عمومی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: nafis\_zafar@ymail.com

دریافت: ۱۳۹۲/۰۶/۰۳ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۱/۰۹

### چکیده

**مقدمه:** رضایت بیمار نه تنها تضمین کننده محافظت وی از عوارض ناخواسته پزشکی است، بلکه باعث می شود بیمار در فرایند مراقبت پزشکی فعالانه شرکت کند. این تحقیق با هدف بررسی ابعاد رضایت آگاهانه اخذ شده پیش از اعمال جراحی انجام شد.

**روش:** تحقیق حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی است. در این بررسی ۳۸۰ بیمار بستری در بخش های جراحی بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره) به صورت نمونه گیری تصادفی از طریق پرسشنامه نظرسنجی شدند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۱۶) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که ۲۹/۷ درصد از بیماران، خودشان فرم رضایت نامه را امضا کرده؛ ۲۲ درصد فرم را مطالعه و ۱۹/۵ درصد معتقد بودند فرم رضایت نامه برای آنها قابل درک بوده است. بیماران درباره تشخیص بیماری (۸/۹ درصد)، نوع درمان (۱۱/۸ درصد)، میزان موفقیت درمان (۲۲ درصد)، میزان شکست درمان (۳۶/۳ درصد)، سایر روش های درمانی (۳۷/۷ درصد)، عوارض احتمالی جراحی (۴۷/۳ درصد)، هزینه ها (۵۰/۷ درصد)، پیش آگهی درمان (۲۰/۷ درصد) و مدت زمان بستری (۲۷/۳ درصد) هیچ توضیحی را دریافت نکرده بودند. فقط ۴۲/۱ درصد بیماران به کسب اطلاعات بیشتر تمایل نشان دادند.

**نتیجه گیری:** با توجه به تأثیر روند رضایت آگاهانه بر روند درمان و ارتباط پزشک با بیماران، لازم است نقص های موجود در این زمینه مورد عنایت قرار گرفته و برنامه ای جهت تقویت ارتباط پزشک با بیماران برای اخذ رضایت آگاهانه مطلوب در نظر گرفته شود.

**واژگان کلیدی:** اخلاق پزشکی، رضایت آگاهانه، جراحی.

## مقدمه

رضایت آگاهانه اساس اخلاق پزشکی است (۱). رضایت بیمار نه تنها تضمین کننده محافظت وی از عوارض ناخواسته پزشکی است، بلکه باعث می شود بیمار در فرایند مراقبت پزشکی فعالانه شرکت کند (۲). تأمل در مبانی و ابعاد رضایت آگاهانه بیانگر این حقیقت است که این موضوع در تمامی سطوح اقدامات پزشکی سایه افکنده است و بسیاری از موضوعات اخلاق پزشکی مانند حقیقت گویی و روابط پزشک و بیمار تحت تأثیر بحث رضایت آگاهانه هستند (۳). در ایران ۴ بند از ۱۰ بند منشور حقوقی بیمار به موضوع رضایت آگاهانه مربوط می شود (۱). طی چند دهه اخیر الگوی قییم مآبانه و سنتی مراقبت از بیمار جای خود را به استقلال و توانمندسازی بیمار داده و ارتباط پزشک با بیمار دچار تغییرات قابل توجهی شده است به طوری که در بیشتر جوامع نگرش پدرسالاری پزشک، دیگر مورد قبول نیست و بیمار در تصمیم گیری های مربوط به مراقبت های سلامت و درمان نقشی عمده ایفا می کند. دادن اطلاعات لازم درباره بیماری، اکنون برای بسیاری از جوامع حق مسلم و قانونی بیمار تلقی می شود (۵-۴). به طور کلی فرایند رضایت آگاهانه راهی برای مقابله با پدرسالاری است و میان قدرت، آگاهی و اتونومی در انتخاب بیمار یا شرکت کننده در پژوهش از یک سو و قدرت پدرسالاری از سوی دیگر تضادی تطبیقی وجود دارد (۶). اخلاق زیستی، رضایت آگاهانه را تجسم عملی احترام به افراد و خودمختاری فردی تعریف می کند (۷). نیاز اخلاقی به رضایت آگاهانه در اعمال پزشکی یک یادآوری مفید برای پزشکان است که بیماران انسان هستند و رابطه پزشک و بیمار، صداقت در تشخیص و احترام به اتونومی بیمار را نیاز دارد (۸). در نگاهی کلی، کسب رضایت از بیمار به معنی اجازه مداخله پزشکی با استقلال کامل از طرف بیمار و موافقت آزادانه و ابطال پذیر فرد واجد صلاحیت مبنی بر مشارکت در تصمیم گیری 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 است (۹-۱۰). آشکارسازی (افشای اطلاعات)؛ درک اطلاعات؛ داوطلبانه بودن (اراده و اختیار)؛ صلاحیت؛ رضایت و عوامل مربوط به تعامل و ارتباط میان پزشک و بیمار عناصر اساسی مفهوم رضایت آگاهانه هستند (۱۱-۱۳). بنابراین از بیماری پیش از مداخله طبی رضایت آگاهانه گرفته می شود که برای

انجام عمل ظرفیت داشته باشد، اطلاعات عمل برای وی آشکار شود، اطلاعات بیان شده را بفهمد، داوطلبانه و با اختیار رفتار کرده و رضایت خود را بیان کند. اطلاعات پیش نیاز مهمی برای رضایت آگاهانه است و افراد فقط زمانی می توانند رضایت آگاهانه بدهند که اطلاعات کافی داشته باشند و اطلاعات عرضه شده باید صحیح، مناسب، کافی و قابل فهم بیمار باشند (۱۴-۱۵). ظرفیت تصمیم گیری (صلاحیت) دربرگیرنده توانایی ارتباط، فهم و کارکردن منطقی با اطلاعات و فهم معنی تصمیم گیری در بستر زندگی فردی است و تصمیم گیری داوطلبانه به معنی حق بیمار در انتخاب آزادانه مراقبت های پزشکی فارغ از هرگونه تأثیر خارجی است. فاکتورهای داخلی مانند درد و فاکتورهای خارجی مانند فشار، اجبار و فریب می توانند بر انتخاب آزاد بیمار تأثیر بگذارند (۹ و ۱۶). عملکرد فرد در حوزه ای داوطلبانه است که خارج از کنترل و نفوذ دیگری باشد (۱۷).

از دیگر دلایل غیر قابل انکار رضایت آگاهانه به عنوان بخشی از حقوق بیمار، ارتباط معنی دار میان اخذ رضایت آگاهانه مطلوب (رضایت همراه با آگاهی بخشی کافی) و نتیجه بالینی مناسب شامل بهبود سلامت روانی، برطرف شدن علایم و درد و بهبود عملکرد بیمار و معیارهای فیزیولوژیک است (۱۱). در ایران، موضوع رضایت آگاهانه برای اقدامات جراحی مطالعاتی اندک شده و از طرفی، بیشتر مطالعات فقط ارائه اطلاعات به بیماران را بررسی کرده و درباره سایر ابعاد رضایت آگاهانه اطلاعات کافی وجود ندارد (۱۸). برای بیشتر جراحان هدف از نظریه رضایت آگاهانه مغشوش و ناواضح بوده و آنان درباره اطلاعاتی که ضرورت دارد به بیماران منتقل شود سردرگم هستند و به نظرمی رسد بسیاری از موارد در کشور ما، اخذ رضایت آگاهانه به طور کامل و استاندارد انجام نمی شود (۱۹-۲۰). به طور مسلم انجام پژوهش در این زمینه و شناخت نواقص احتمالی می تواند برای رفع این نواقص، افزایش آگاهی بیماران و مشارکت بیشتر آنان در درمان مفید باشد. به همین دلیل پژوهش حاضر در راستای بررسی میزان آگاهانه بودن رضایت اخذ شده از بیماران که تحت عمل جراحی قرار می گیرند طراحی و انجام شد.

## روش

تحقیق حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی است که به شکل مقطعی در بخش های جراحی بیمارستان شهید مصطفی

عدم رضایت بیمار برای شرکت در آن بود. برای بیماران هدف از پژوهش توضیح داده شد و پس از رضایت آنها به شرکت در سنجش، مصاحبه شد. داده‌ها پس از تکمیل پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۱) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

در این تحقیق، ۳۸۰ بیمار شرکت کردند. از این تعداد، ۲۴۴ نفر زن (۶۴/۲ درصد)، ۲۵۹ نفر (۸۷/۷ درصد) متأهل و ۳۷۰ نفر (۹۷/۳۶ درصد) بالای ۱۸ سال بودند؛ ۱۰ نفر (۲/۶۳ درصد) هم زیر ۱۸ سال به رضایت ولی قهری نیاز داشتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان  $50/47 \pm 12$  و دامنه سنی میان ۲ تا ۹۰ سال بود. ۱۳۹ نفر (۳۶/۵ درصد) تحصیلات زیر دیپلم و کمترین میزان به تحصیلات بالای لیسانس (۱/۵۷ درصد) اختصاص داشت. از نظر پوشش بیمه‌ای ۲۴۸ نفر (۶۵/۲۶ درصد) بیمه تکمیلی داشتند و ۱۱ نفر (۲/۸۹ درصد) از هیچ بیمه‌ای استفاده نمی‌کردند. در ۸ مورد (۲/۱۰ درصد) نیز وضعیت بیمه نامشخص بود. در بررسی حاضر، ۱۱۳ نفر (۲۹/۷ درصد) فرم رضایت‌نامه به‌وسیله خودشان و ۲۶۷ نفر (۷۰/۲ درصد) از طرف شخص دیگری امضا شده بود. ۹۹/۳ درصد از بیماران تمایل داشتند اطلاعات به‌وسیله پزشک معالج ارائه شود.

خمینی (ره) در نیمه دوم سال ۱۳۹۱ و نیمه اول ۱۳۹۲ انجام شده است. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه و از طریق مصاحبه جمع‌آوری شد. پرسشنامه بر اساس معیارهای ارزیابی رضایت آگاهانه بر مبنای منابع اخلاق پزشکی و استفاده از پرسشنامه‌های معتبر موجود در مقالات طراحی شد و برای ارزیابی روی ۳۰ بیمار به صورت پایلوت در نظر گرفته شد. پس از ارزیابی مجدد و بررسی پایایی و روایی آن به‌وسیله اساتید صاحب‌نظر، به‌عنوان ابزار جمع‌آوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه علاوه بر سؤالات دموگرافیک شامل دو بخش دیگر بود. پرسش‌ها مربوط به نحوه دریافت اطلاعات به‌وسیله بیمار حاوی نه گویه (تشخیص بیماری، نوع درمان، میزان موفقیت درمان، میزان شکست درمان، سایر روش‌های درمانی، عوارض جراحی، هزینه‌ها، پیش‌آگهی درمان و مدت زمان بستری) با گزینه‌های هیچ توضیحی، کم، متوسط و زیاد بودند. به واسطه ده پرسش با پنج گزینه به‌طور کامل موافق؛ تا حدی موافق؛ تا حدی مخالف؛ به‌طور کامل مخالف و بدون نظر، جنبه‌های مختلف دیدگاه بیماران درباره رضایت آگاهانه ارزیابی شدند. در این مطالعه ۳۸۰ بیمار بستری در بخش‌های زنان، اورولوژی، ارتوپدی و جراحی عمومی به شکل نمونه‌گیری تصادفی ساده مورد مصاحبه قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تحت عمل جراحی الکتیو قرار گرفتن و تمایل بیمار به شرکت در سنجش بود. معیار خروج از مطالعه،

جدول ۱. میزان اطلاعات کسب‌شده از دیدگاه بیماران

میزان اطلاعات حوزه اطلاعات	هیچ توضیحی			
	کم	متوسط	زیاد	پاسخ داده‌نشده
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
تشخیص بیماری	۶۴ (۱۶/۸)	۱۰۰ (۲۶/۳)	۱۸۲ (۴۷/۹)	-
نوع درمان	۸۳ (۲۱/۸)	۹۹ (۲۶/۱)	۱۵۳ (۴۰/۳)	-
میزان موفقیت درمان	۷۵ (۱۹/۷)	۱۱۳ (۲۹/۷)	۱۰۷ (۲۸/۳)	۱ (۰/۳)
میزان شکست درمان	۱۰۰ (۲۶/۳)	۷۲ (۱۹)	۶۹ (۱۸)	۱ (۰/۳)
سایر روش‌ها	۷۱ (۱۸/۷)	۸۰ (۲۱)	۸۲ (۲۱/۷)	۴ (۱)
عوارض جراحی	۸۱ (۲۲)	۶۱ (۱۵/۳)	۵۷ (۱۵)	۱ (۰/۳)
هزینه‌ها	۵۴ (۱۴/۳)	۷۷ (۲۰/۳)	۵۳ (۱۴)	۳ (۰/۷)
پیش‌آگهی درمان	۸۰ (۲۱)	۱۲۳ (۳۲/۳)	۹۴ (۲۵)	۴ (۱)
مدت بستری	۶۷ (۱۷/۷)	۹۸ (۲۵/۷)	۱۰۹ (۲۸/۷)	۱ (۰/۳)

نسبت مشابهی به میزان کم، متوسط و زیاد اطلاعات ارائه شده بود. نزدیک به نیمی از بیماران (۴۷/۳ درصد و ۵۰/۷ درصد) به ترتیب درباره «عوارض احتمالی جراحی و هزینه‌های پیش رو» هیچ اطلاعاتی ارائه نشده بود. حدود ۳۲/۳ درصد از بیماران درباره «پیش‌آگهی درمان» مورد نظر به میزان متوسط و ۲۸/۷ درصد نیز راجع به «مدت بستری» به میزان زیاد اطلاعات کسب کردند. نتایج بررسی نگرش بیماران نسبت به ابعاد مختلف رضایت آگاهانه را می‌توانید در جدول ۲ ببینید.

پاسخ‌های مربوط به نحوه دریافت اطلاعات به وسیله بیمار در جدول ۱ ارائه می‌شود. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌کنید میزان کسب اطلاعات بیماران درباره «تشخیص بیماری» ۴۷/۹ درصد زیاد و ۸/۹ درصد هیچ توضیحی است. اطلاعات بیماران از «میزان موفقیت درمان» ۲۹/۷ درصد متوسط و در خصوص «شکست درمان» ۳۶/۳ درصد هیچ توضیحی نشان داده می‌شود. همچنین درباره سایر روش‌های درمانی بالقوه ۳۷/۷ درصد هیچ اطلاعاتی دریافت نکرده بودند و به بقیه افراد نیز به

جدول ۲. توزیع نگرش بیماران در ابعاد مختلف رضایت آگاهانه

گویه‌های مرتبط با سایر ابعاد رضایت آگاهانه (دیدگاه بیماران)	صددرد صددرصد مخالف	تا حدی مخالف	تا حدی موافق	صددرد صددرصد موافق	پاسخ داده نشده
آزاد بودن در انتخاب درمان	۲۳ (۶/۱)	۲۵ (۶/۶)	۷۷ (۲۰/۳)	۲۴۷ (۶۵)	-
لزوم ارائه اطلاعات بیشتر	۱۳۳ (۳۵)	۴۱ (۹/۱)	۶۸ (۱۷/۹)	۹۲ (۲۴/۲)	-
مؤثر بودن اطلاعات داده شده در تصمیم‌گیری	۱۰ (۲/۶)	۶ (۱/۶)	۷۱ (۱۸/۷)	۲۷۲ (۷۱/۶)	-
افزایش نگرانی بیمار با ارائه اطلاعات بیشتر	۹۱ (۲۴/۳)	۶۸ (۱۸)	۸۱ (۲۱/۳)	۶۸ (۱۸)	۳ (۰/۷)
مطالعه فرم رضایت‌نامه به شکل کامل	۹۱ (۲۳/۹)	۶ (۱/۶)	۲۳ (۶/۱)	۶۱ (۱۶/۱)	-
امضای آزادانه و با اختیار رضایت‌نامه	۱۴ (۳/۷)	۶ (۱/۶)	۹ (۲/۴)	۱۰۶ (۲۷/۹)	-
مفهوم و قابل درک بودن فرم رضایت‌نامه	۱۲ (۳/۲)	۶ (۱/۶)	۲۳ (۶/۱)	۵۱ (۱۳/۴)	-
مقصدانستن پزشک در صورت ایجاد عارضه	۶۵ (۱۷)	۵۴ (۱۴/۳)	۱۴۷ (۳۸/۷)	۸۰ (۲۱)	۱ (۰/۳)
مقصدانستن پزشک در فقدان موفقیت درمان	۵۸ (۱۵/۳)	۵۴ (۱۴/۲)	۱۳۸ (۳۶/۳)	۹۷ (۲۵/۵)	-
پاسخ به پرسش‌های بیمار پیش از جراحی	۳۹ (۱۰/۳)	۲۴ (۶)	۹۵ (۲۵)	۱۹۱ (۵۰/۳)	۳ (۰/۷)

جدول ۳ بیان شده است. در این بررسی، افراد با تحصیلات دیپلم و کمتر از آن اطلاعات بیشتری درباره تشخیص بیماری خود نسبت به افراد با تحصیلات لیسانس و بالاتر دریافت کرده بودند، در حالی که میزان دریافت اطلاعات درباره سایر روش‌های جایگزین در این افراد نسبت به افراد با تحصیلات بالاتر کمتر بود (جدول ۴).

#### بحث

با اینکه بیش از ۹۰ درصد افراد در امضای فرم رضایت‌نامه بدون نیاز به ولی با قییم قانونی صلاحیت و اهلیت داشتند، اما فرم رضایت‌نامه در بیش از دوسوم موارد به وسیله فرد دیگری امضا شده است که در مقایسه با تحقیق شیخ طاهری و

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌کنید ۶۵ درصد از بیماران در انتخاب درمان پیشنهاد شده آزاد و کمتر از نیمی از آنها موافق بودند که ضرورت داشت نسبت به جنبه‌های مختلف تشخیصی - درمانی اطلاعات بیشتری به آنان ارائه شود و در همین حدود نیز مخالف بودند. بیشتر بیماران اعتقاد داشتند که اطلاعات ارائه شده در تصمیم‌گیری آنها برای جراحی و پذیرش درمان پیشنهادی مؤثر بوده است.

بر اساس این تحقیق، میان سن با میزان اطلاعات دریافتی درباره سایر روش‌های درمانی و هزینه‌های احتمالی پیش رو ارتباط معناداری وجود داشت؛ به این ترتیب که افراد بالای ۵۰ سال اطلاعات کمتری درباره سایر روش‌های درمانی و هزینه‌ها دریافت کردند. توزیع پاسخ بیماران و این ارتباط در

جدول ۳. ارتباط میان سن بیماران و میزان اطلاعات دریافتی

P value	میزان اطلاعات حوزه اطلاعات دریافتی						
	مجموع	توضیح زیاد	توضیح متوسط	توضیح کم	هیچ توضیحی	هیچ توضیحی	
۰/۰۱	۵۸	۱۶	۱۰	۸	۲۴	زیر ۳۰ سال	سایر روش‌ها
	۱۱۹	۳۴	۲۸	۱۱	۴۶	۳۰ تا ۵۰ سال	
	۱۹۴	۳۰	۴۰	۵۱	۷۳	بالای ۵۰ سال	
	۳۷۱	۸۰	۷۸	۷۰	۱۴۳	مجموع	
۰/۰۰۰	۵۸	۹	۱۶	۱۰	۲۳	زیر ۳۰ سال	هزینه‌ها
	۱۱۸	۱۸	۳۸	۱۶	۴۶	۳۰ تا ۵۰ سال	
	۱۹۵	۲۵	۲۱	۲۶	۱۲۳	بالای ۵۰ سال	
	۳۷۱	۵۲	۷۵	۵۲	۱۹۲	مجموع	

جدول ۴. ارتباط میان سطح تحصیلات بیماران با میزان اطلاعات دریافتی و توزیع فراوانی پاسخ‌ها

P value	میزان اطلاعات حوزه اطلاعات دریافتی						
	مجموع	توضیح زیاد	توضیح متوسط	توضیح کم	هیچ توضیحی	هیچ توضیحی	
۰/۰۲	۸۷	۲۳	۲۱	۲۶	۱۷	بی سواد	تشخیص بیماری
	۱۳۹	۵۵	۵۲	۲۴	۸	زیر دیپلم	
	۱۰۷	۷۷	۱۵	۹	۶	دیپلم و فوق دیپلم	
	۳۱	۱۸	۸	۲	۳	لیسانس	
	۶	۲	۳	۱	۰	بالتر از لیسانس	
	۳۷۰	۱۷۵	۹۹	۶۲	۳۴	مجموع	
۰/۰۳	۸۷	۱۱	۱۷	۱۸	۴۱	بی سواد	سایر روش‌ها
	۱۳۹	۲۲	۲۰	۴۱	۵۶	زیر دیپلم	
	۱۰۵	۲۸	۳۲	۶	۳۹	دیپلم و فوق دیپلم	
	۳۱	۱۳	۹	۳	۶	لیسانس	
	۶	۱	۱	۲	۲	بالتر از لیسانس	
	۳۶۸	۷۵	۷۹	۷۰	۱۴۴	مجموع	

(۱۳۸۷) شباهت دارد که کمترین میزان ارائه اطلاعات را در همین سه زمینه گزارش کرده‌اند (۲۳). همچنین در تحقیق کروسین (۲۰۱۱) ۹۳ درصد افراد از عوارض اطلاع نداشتند (۲۴) و تعداد نفراتی که در این زمینه هیچ اطلاعاتی دریافت نکرده بودند بسیار به همین مقادیر در مطالعه میلاد /مینی (۱۳۸۸) نزدیک است (عوارض ۴۷/۳ درصد در مقایسه با ۴۴/۷ درصد، هزینه‌ها ۵۰/۷ درصد در مقایسه با ۵۵/۷ درصد، شکست درمان ۳۶/۳ درصد در مقایسه با ۳۰/۸ درصد)

همکاران وی کمتر بوده و با مطالعه سی دی کویی (۲۰۱۰) مشابه است (۱۸ و ۲۱). بیشترین اطلاعات دریافت شده در زمینه تشخیص (۹۱ درصد) و نوع درمان (۸۸ درصد) بوده که با مطالعه شاهین (۲۰۱۰) همخوانی دارد (۲۲) و این در حالی است که در بررسی تقدسی‌نژاد (۱۳۸۷) نیز بیشترین اطلاعات در زمینه نوع درمان بوده است (۲۳). کمترین اطلاعات به ترتیب راجع به عوارض جراحی، هزینه‌ها و میزان شکست درمان اختصاص داشت و این نتیجه نیز با مطالعه تقدسی‌نژاد

تصمیم‌گیری‌های درمانی مشارکت فعالی ندارند.

### پیشنهادات

تقویت ارتباط پزشک و بیمار و ارزیابی میزان درک و آگاهی بیمار نسبت به جنبه‌های مختلف تشخیصی-درمانی موجب می‌شود که پزشک معالج اطلاعات لازم مانند میزان هزینه‌ها، عوارض و میزان شکست درمان را به بیماران ارائه دهد، بنابراین لازم است تا اینکه اهمیت رضایت آگاهانه میان پزشکان و بیماران تبیین و همچنین بیماران به مشارکت فعال در تصمیم‌گیری درمانی تشویق شوند و فرم‌ها را مطالعه و امضا کنند. پیشنهاد می‌شود فرم‌های رضایت‌نامه مورد بازبینی قرار گیرند تا برای بیماران فهمیدنی‌تر شود و همچنین میزان آگاهانه بودن فرم‌های رضایت‌نامه به‌طور دوره‌ای در بخش‌های جراحی پایش شده تا نقایص آن شناسایی و مرتفع شود.

### تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در تهیه این مقاله با ما همکاری داشتند به‌ویژه خانم دکتر مریم عباسی بی‌نهایت سپاسگزاریم.

### منابع

1. Mirbagher N, Heydari S, Ranjbar N, Afshar M. Quality of informed consent in under surgical inpatient in Isfahan selected hospitals. *IJQM* 2011; 5(3): 8.
2. Committee on ethics. Informed consent. *ACOG* 2009; 439:1-8.
3. Abbasi Nejad M, Jafariyan A, Asghari F, Parsapoor A, Zafarghandi M. Evaluation of information provided to patients before surgery on their satisfaction. *IJME* 2011; 4(5): 49-57.
4. Lashkarizadeh M, Jahanbakhsh F, Samareh Fekri S, PoorSeyyedi B, Aghaei Afshar M, Shokoohi M. Views of cancer patients on revealing diagnosis and information to them. *IJME* 2012; 5(4): 60-68.
5. Zahedi F, Larijani B. Truth telling across cultures: Islamic perspectives. *IJME* 2010; 3: 1-11.
6. Corrigan O. Empty ethics: the problem with informed consent. *SHI* 2003; 25(3): 768-92.

۱۱). بررسی آگری (۲۰۱۰) نیز راجع به عوارض نتایجی مشابه داشت (۲۵). در تحقیق شریستا (۲۰۱۰) نیز کمترین میزان ارائه اطلاعات مربوط به عوارض بوده است (۲۶). از این شواهد می‌توان نتیجه گرفت که لازم است پزشکان برای ارائه اطلاعات در این زمینه‌ها بیشتر توجه کنند.

بیشتر بیماران خود را در انتخاب درمان آزاد دانسته‌اند که از میزان به‌دست‌آمده در مطالعه شیخ طاهری (۱۳۸۸) (۱۸) و میر باقر (۱۳۹۰) (۱) فراتر است. بسیاری از بیماران فرم رضایت‌نامه را مطالعه نکرده بودند، چنانکه در بررسی شیخ طاهری (۱۳۸۸) (۱۸) نیز این نتیجه مشهود بوده و نشان‌دهنده ضعف اساسی در روند اخذ رضایت آگاهانه است. همچنین بیشتر بیماران درباره اینکه فرم قابل فهم بوده یا خیر نظری نداشتند که این کم‌اهمیت بودن فرم‌های رضایت آگاهانه در نظر بیماران را نشان می‌دهد. بیش از ۹۰ درصد بیماران تمایل داشتند اطلاعات را از پزشک معالج دریافت کنند که تحقیق تقدسی نژاد (۱۳۸۷) نیز این مطلب را تأیید می‌کند. بسیاری از بیماران مانند مطالعه شریستا (۲۰۱۰) یادآور شدند که اطلاعات ارائه شده در تصمیم‌گیری آنها برای جراحی مؤثر بوده است (۲۶). در این بررسی حدود ۴۰ درصد بیماران معتقد بودند اطلاعات بیشتر نگرانی آنها را افزایش خواهد داد که نسبت به مورد مشابه در مطالعه بورکل اطلاعات بیشتر درباره خطرات درمان باعث افزایش اضطراب در ۲۰ درصد موارد بود (۲۷). گرچه در مقالات متعدد افزایش میزان تحصیلات با افزایش آگاهی بیماران در رضایت همراه بود؛ اما در مطالعه حاضر، چنین نتیجه‌ای به تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم برای دریافت اطلاعات در زمینه تشخیص و تحصیلات لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر از آن برای دریافت اطلاعات در زمینه روش‌های جایگزین درمانی اختصاص دارد (۲۸ و ۱۱). در بررسی تقدسی نژاد این ارتباط میان افزایش سطح تحصیلات با افزایش آگاهی در زمینه نوع درمان، عوارض، میزان موفقیت درمان و هزینه‌ها وجود دارد (۲۳).

### نتیجه‌گیری

مطالعه نشان می‌دهد که روند اخذ رضایت آگاهانه در وضعیت چندان مطلوبی قرار ندارد و برای تبیین اهمیت آن میان پزشکان و بیماران باید بیشتر تلاش شود. به نظر می‌رسد بیماران با حقوق خود به میزان کافی آشنا نبوده و در

19. Lawrence H, Brener JD, Alison Teytell BA, Horowitz D. Beyond informed consent. *CORR* 2009; 467: 348-51.
20. Leclercq W, Keulers B, Houterman S, Weerman M, Legemaate J, Scheltinga M. A survey of the current practice of informed consent process in general surgery in the Netherlands. *Bio Med Central* 2013; 7(4): 1-18.
21. Siddiqui F, Mohammad Shaikh J, Memon M. An audit of informed consent in surgical patient at a university hospital. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2010; 22(1): 133-35.
22. Sahin N, Ozturk A, Ozkan Y, Erdmir A. What do patients recall from informed consent given before orthopedic surgery? *Acta Orthop Traumatol Turc* 2010; 44(6): 469.
23. Taghaddosinejad F, Akhlaghi M, Yaghmaei A, Hojjati A. A survey of obtaining informed consent and acquit from admitted patients in EMAM KHOMEINI hospital. *SJFM* 2008; 14(1): 12-17.
24. Krosin M, Klitzman R, Levin B, Cheng J, Ranney M. Problems in comprehension of informed consent in rural and peri-urban Mail, West Africa. *Clin Trials* 2006; 3(3): 306.
25. Egri M, Celbis O, Karaca M, Ozdemir B, Kok AN. The informed consent status for surgery patients in eastern Turkey: a cross-sectional study. *Indian J Med Ethics* 2008; 5(1): 26-8.
26. Shrestha B. Informed consent in patients undergoing ENT surgery: What do patients want to know? *PJOHNS* 2010; 25(2): 18-22.
27. Burkle C.M, Pasternak J, Armstrong M, Keegan M. Patient perspectives on informed consent for anaesthesia and surgery: American attitudes. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2013; 57: 342-49.
28. Egri M, Celbis O, Karaca M, Ozdemir B, Kok AN. The informed consent status for surgery patients in eastern Turkey: a cross-sectional study. *Indian J Med Ethics* 2008; 5(1): 26-8.
7. Rosental S. Informed consent in the nuclear medicine setting. *J Nucl Med Technol* 2011; 39: 1-4.
8. Kirby JM. Informed consent: what does it mean?. *Medical Ethics* 1983; 9: 69-75.
9. Larijani B. Physician and ethical considerations. 2nd ed. Tehran: Baraye Farda; 1995. P.14.
10. Parsapour A, Parsapour MB, Larijani B. Informed consent, contents, conditions and practical methods. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*. 2005; 5: 1-14.
11. Amini M, Moosavi S.M, Mohammadnejad S.M. The informatory of the inpatient's informed consent: a survey in selected hospitals. *IJME* 2009, 2(3): 61-70.
12. Beachamp TOL. *Medical ethics*. 2nd ed. Sudbury: Jones and Bartlett; 1997. p.190-99.
13. Khazaii T, Khazaii T, Hedayati H, Baratzadeh Z. Study of informed consent obtained from patients undergoing surgery in Birjand hospitals. *Medical Ethics* 2012; 21: 169-85.
14. Leino - Klipi H, Valimaki M, Arndt M, Dassen T, Gassul M, Scott PA, et al. Patient's autonomy, privacy and informed consent. 12th. Netherland: I.p. 65-98.
15. Carmen M, Joffe S. Informed consent for medical treatment and research: A review. *The Oncologist* 2005; 10: 636-41.
16. Roberts L. Informed consent and the capacity for voluntarism. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 705-12.
17. Messer NG. Professional-patient relationships and informed consent. *Postgrad Med J* 2004; 80: 277-83.
18. 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*. 2010; 12 (4) :33-41.

## Evaluation of patient informed consent before surgery in Mostafa Khomeini Hospital in 1392

Zafarghandi, N. <sup>1\*</sup>, Davati, A. <sup>2</sup>, Sarv, F. <sup>3</sup>

1. Associate Professor, Department of Medical Ethics, Faculty of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Department of Public Health and Community Medicine, Faculty of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran.

3. General practitioner student, Shahed University, Tehran, Iran.

\* Corresponding Author, Email: nafis\_zafar@ymail.com

Received on: 25/08/2013 Accepted on: 29/01/2014

### Abstract

**Introduction:** obtaining Informed consent not only ensures the patients protection against unwanted medical complications, but also, causes patients to participate in the process of medical care actively. This paper has been done with the aim of surveying different aspects of obtained consent before surgery.

**Methods:** This is a descriptive analytic study .In this study 380 patients that admitted in surgical wards of Shahid Mostafa Khomeini Hospital were surveyed by random sampling via questionnaire. The data was analyzed by using SPSS software (16th version).

**Results:** the result of the study indicated that only 29.7% of the patients themselves signed consent forms. Only 22% read the forms and 19.5 % believed that consent forms were comprehensible for them. For diagnosis(8.9%), treatment (11.8%), success rate of treatment (22%) , failure rate of treatment (36.3%), alternative treatments (37.7%), possible complications of surgery (47.3%), cost (50.7%) , treatment prognosis (20.7%) and duration of hospitalization( 27.3%).only 42.1 % of the patients desired to obtain more information .

**Conclusions:** Due to the effects of informed consent on the treatment process and relationship between patients and doctor, it is necessary to consider all defects in this field and should be planned for improving relationships between patients and doctors for obtaining proper informed consent.

**Key words:** medical ethics, informed consent, surgery.