

تأثیر ارائه ی برگه های اطلاعات بر آگاهی و رضایت مندی بیماران جراحی: یک کار آزمایی بالینی

مریم عباسی نژاد^۱، علی جعفریان^۲، فریبا اصغری^{۳*}، علیرضا پارساپور^۴، محمدرضا ظفرقندی^۵

مقاله ی پژوهشی

چکیده

یکی از تظاهرات رعایت حق اتونومی بیماران در عمل اخذ رضایت آگاهانه قبل از هر اقدام تهاجمی است. در حال حاضر در ایران، فرایند اخذ رضایت آگاهانه پیش از اقدامات جراحی، محدود به امضای یک برگه است و این برگه اغلب اطلاعات اختصاصی هر عمل جراحی را تشریح نمی کند و فرصت کافی برای مطالعه ی آن به بیماران داده نمی شود. نویسندگان برای اصلاح این رویه برگه های اطلاعات اختصاصی را برای هر یک از انواع عمل جراحی تدوین کرده اند که با هدف بررسی اثر بخشی ارائه ی این برگه ها به بیماران در ارتقاء دانش و رضایت مندی آن ها این مطالعه اجرا شد. به ۱۱۰ نفر از بیمارانی که جهت انجام جراحی های الکتیو، در بخش های جراحی ۱ و ۳ و ۴ و ۵ بیمارستان امام خمینی (ره) و جراحی ۳ بیمارستان سینا بستری شده بودند، پیش از انجام عمل جراحی، برگه هایی حاوی اطلاعات اختصاصی پیرامون عمل های جراحی مختلف ارائه شد و نحوه ی استفاده از آن به عهده ی خود بیمار گذاشته شد؛ سپس بعد از عمل جراحی و در نزدیک ترین زمان ممکن به ترخیص، با استفاده از پرسشنامه ی شفاهی، با آنان مصاحبه به عمل آمد. در مقطع زمانی دیگری با ۱۱۰ بیمار دیگر مشابه از نظر شرایط مکانی و بیماری بدون دادن برگه ی حاوی اطلاعات، بعد از عمل جراحی، و در نزدیک ترین زمان ممکن به ترخیص، مصاحبه شد. پرسشنامه شامل سؤالات تشریحی پیرامون آگاهی آنان از بیماری شان و عمل جراحی مورد نظر بود و نیز از میزان رضایت آن ها از اطلاعاتی که در اختیارشان قرار گرفته بود سؤال شد.

میانگین نمره ی آگاهی کلی در بیماران گروه مداخله، معادل ۴۸/۸ درصد، و در بیماران گروه کنترل، معادل ۴۴/۶ درصد از ۱۰۰ درصد بود. ارائه ی برگه های اطلاعات اختصاصی عمل جراحی به بیماران گروه مداخله، تأثیر معنی داری بر آگاهی کلی بیماران نداشت ($P=0/140$) و فقط آگاهی آنان را نسبت به عوارض جانبی عمل جراحی خود بالا برد ($P<0/001$). هم چنین، رضایت مندی کلی در بیماران گروه مداخله، معادل ۶۰/۲، و در بیماران گروه کنترل، معادل ۵۶/۴ از ۱۰۰ بود و ارائه ی برگه های اطلاعات تأثیر معنی داری بر رضایت مندی کلی بیماران نداشت ($P=0/166$) و رضایت مندی آنان را فقط در مورد اطلاعاتی که در خصوص دوره ی نقاهت پس از عمل جراحی در اختیارشان گذارده شده بود، افزایش داد ($P=0/033$). با توجه به این که ارائه ی برگه های اطلاعات اختصاصی موضوع این مطالعه، در مجموع نمی تواند به تنهایی باعث افزایش آگاهی و رضایت مندی بیماران شود، پیشنهاد می شود که پزشکان در روند اخذ رضایت از بیماران، به ارائه ی یک برگه بسنده نکرده و وقت کافی جهت توضیح پیرامون نوع بیماری و جنبه های مختلف آن به بیماران اختصاص دهند.

واژگان کلیدی: رضایت آگاهانه، جراحی، آگاهی، رضایت مندی

^۱ پزشک عمومی

^۲ دانشیار، گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره)

^۳ استادیار، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۴ دانشجوی PhD اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۵ استاد، گروه جراحی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بخش جراحی عروق بیمارستان سینا

* نشانی: تهران، بلوار کشاورز، خیابان ۱۶ آذر، نرسیده به خیابان پورسینا، پلاک ۲۳، طبقه چهارم، تلفن: ۰۹۱۲۳۳۵۸۵۵۳،

مقدمه

یکی از تظاهرات رعایت حق اتونومی بیماران، در عمل اخذ رضایت آگاهانه قبل از هر اقدام تهاجمی است. تأمل در مبانی و ابعاد رضایت آگاهانه بیانگر این حقیقت است که موضوع فوق سایه بر تمامی سطوح اقدامات پزشکی افکنده است. از سوی دیگر نیز بسیاری از موضوعات مهم دیگر اخلاق پزشکی مانند حقیقت‌گویی، و روابط پزشک و بیمار در ارتباط تنگاتنگ با موضوعات مطروحه در بحث رضایت آگاهانه است. با تأملی در ساختار نظام درمانی کشور و آمار پزشکان، درمی‌یابیم که خصوصاً در شهرهای بزرگ، تعدد پزشکان متخصص و مراکز ارائه‌ی خدمات درمانی، قدرت انتخاب بهترین سرویس را به مراجعان داده است و این به معنی افزایش مطالبات جامعه از ارائه‌کننده‌ی خدمات درمانی است. در مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۵، درباره‌ی تمایل بیماران ایرانی به کسب اطلاع از شرایط خود و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های درمانی انجام شده، نشان داده شد که بیماران ایرانی تمایل به دریافت اطلاعات پیرامون شرایط خود و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های درمانی را دارند و تنها راه تشخیص آن، پرسش واضح از بیماران می‌باشد (۱). هم‌چنین، مطالعات متعددی ارتباط معنی‌داری میان اخذ رضایت آگاهانه‌ی مطلوب و نتیجه‌ی بالینی مناسب شامل بهبود سلامت روانی، برطرف شدن علایم و درد، بهبود عملکرد بیمار و معیارهای فیزیولوژیک را به اثبات رسانده‌اند (۲-۵). اگرچه حق دریافت اطلاعات بیماری و تصمیم‌گیری در انتخاب روش درمانی، امروزه مورد توافق قاطبه‌ی جامعه‌ی پزشکی است، به‌نظر می‌رسد در مقام اجرا، فرایند ارائه‌ی اطلاعات به بیماران به لحاظ کمی و کیفی مناسب نیست. در مطالعه‌ای در انگلستان بر روی بیماران کاندید عمل جراحی قلب، مشاهده شد که اطلاعات کمی در مورد درمان‌های جایگزین، الگوی زندگی در آینده و داروهای مصرفی پس از عمل جراحی در اختیار بیماران گذاشته شده است (۶). در

مطالعه‌ای در پاکستان بر روی ۱۰۶ بیمار کاندید عمل جراحی، تنها ۳۸ درصد بیماران ذکر کرده بودند که اطلاعات داده شده را واقعاً درک کرده‌اند، و هیچ‌کدام از آنها از عوارض عمل جراحی خود مطلع نبودند (۷).

در حال حاضر، برای ثبت قانونی مرحله‌ی اخذ رضایت در همه‌ی بیمارستان‌ها، پیش از عمل جراحی برگه‌ای تحت عنوان رضایتنامه در اختیار بیماران گذارده می‌شود و از بیمار خواسته می‌شود که با امضای آن، رضایت خود را از ادامه‌ی فرایند درمان طبق آنچه نوشته شده، اعلام دارد. واقعیت آن است که فرم‌های رایج، حاوی اطلاعاتی محدود است که برای همه‌ی اعمال جراحی عمومیت داشته و اغلب بیماران موقع امضاء، تمایلی به مطالعه و پرسش در مورد آن ندارند. در حالی که یک بیمار مطلع، در خصوص جراحی و عوارض جانبی ناخواسته، انتظارات واقعی‌تری خواهد داشت. چنین بیمارانی، رضایتمندی بیش‌تری خواهند داشت و شکایات کم‌تری را مطرح خواهند کرد (۸). مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۱ در زلاند نو نشان داده است که پنج موضوع مهمی که از دیدگاه بیماران باید در فرم‌های رضایت آگاهانه عمل جراحی وجود داشته باشند، عبارتند از: ۱. عوارض جانبی مهم، ۲. کیفیت زندگی پس از آن، ۳. نتیجه‌ی عمل جراحی، ۴. خطرات عدم انجام عمل جراحی، ۵. طول عمر پس از عمل جراحی (۹).

در حال حاضر در ایران، فرایند اخذ رضایت آگاهانه پیش از اقدامات جراحی، محدود به امضای یک برگه است و این برگه اغلب اطلاعات اختصاصی هر عمل جراحی را تشریح نمی‌کند و فرصت کافی برای مطالعه‌ی آن به بیماران داده نمی‌شود. نویسندگان برای اصلاح این رویه برگه‌های اطلاعات اختصاصی را برای هر یک از انواع عمل جراحی تدوین کرده‌اند که با هدف بررسی اثربخشی ارائه‌ی این برگه‌ها به بیماران در ارتقاء دانش و رضایتمندی آنها این مطالعه اجرا شد.

روش کار

برگه‌های حاوی اطلاعات اختصاصی رضایت آگاهانه عمل‌های جراحی طراحی شده توسط مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، شامل اطلاعاتی پیرامون نوع بیماری، خطرات عدم انجام عمل جراحی، روش‌های درمانی دیگر، عوارض عمومی و اختصاصی عمل جراحی، و دوره‌ی نقاهت پس از عمل جراحی در مورد پانزده جراحی الکتیو شایع می‌باشند که با نظر اساتید گروه جراحی و کارشناسان حوزه‌ی اخلاق پزشکی، و با در نظر گرفتن سطح متوسط سواد جمعیت مورد مطالعه طراحی و تدوین گردیده‌اند. برگه‌ها طوری طراحی شده‌اند که پاسخگوی سؤالات متداول بیماران از جراحان بوده باشند. این فرم‌ها، متناسب با نوع عمل جراحی، تا حدود چهار صفحه را در بر گرفته بود. خاطر نشان می‌شود که مداخله‌ی مورد اشاره در این مطالعه، صرفاً ارائه‌ی ساده‌ی این برگه‌ها به بیماران و توضیح مختصری پیرامون ماهیت آن بود و کیفیت و کمیت استفاده‌ی بیماران از آن‌ها به عهده‌ی خود آنان گذاشته شد و هیچ الزامی در مطالعه‌ی آن توسط بیماران وجود نداشت.

بیماران هنگام دریافت برگه‌ها، ملزم به امضای هیچ برگه‌ای نبودند، و فرایند اخذ رضایت طبق ضوابط بیمارستان و با همان برگه‌های متداول توسط کادر بیمارستان انجام می‌پذیرفت. کلیه‌ی اصول اخلاق در پژوهش طبق بیانیه‌ی هلسینکی رعایت شد و از کلیه‌ی شرکت‌کنندگان در مطالعه، رضایت شفاهی گرفته شد.

در این مطالعه، برای خطای آلفای پنج درصد و میزان خطای برآورد ۲۰ درصد حجم نمونه ۱۰۰ نفر لازم است که در این مطالعه ۱۱۰ نفر در هر یک از گروه‌های مداخله و کنترل وارد مطالعه شدند. نمونه‌ها از بیماران بالای ۱۸ سال بستری در بخش‌های جراحی ۱ و ۳ و ۴ و ۵ بیمارستان امام خمینی (ره) و جراحی ۳ بیمارستان سینا وارد مطالعه شدند. به دلیل احتمال اطلاع یافتن بیماران گروه کنترل به واسطه‌ی صحبت با بیماران گروه مداخله و نیز به دلیل متفاوت بودن

نوع عمل‌های جراحی که در هر یک از بخش‌ها اجرا می‌شد امکان رندوم نمودن نمونه‌ها بر اساس تخت و بخش میسر نبود و نمونه‌ها بر اساس تاریخ بستری به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. در بازه‌ی زمانی خرداد تا مهر ۱۳۸۹، تمام بیماران بستری این بخش‌ها در گروه کنترل قرار گرفتند و سپس در بازه‌ی زمانی آبان تا اسفند ۱۳۸۹ بیماران که در این بخش‌ها پذیرش شدند وارد گروه مداخله شدند. افرادی وارد مطالعه شدند که واجد توانایی تکلم به زبان فارسی بوده یا همراه مسلط به زبان فارسی به عنوان مترجم داشتند و هر یک از پانزده عمل جراحی الکتیو شایع تیروئیدکتومی، پاراتیروئیدکتومی، گاسترکتومی، کوله سیستکتومی باز، کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی، ترمیم هرنی اینگوئینال به روش باز، ترمیم هرنی شکمی، هموروئیدکتومی، جراحی بر روی سینوس پیلونیدال، جراحی بر روی فیستول آنال، رزکشن کولون یا رکتوم، بستن ایلئوستومی یا کولوستومی، قطع اندام، جراحی بر روی واریس اندام تحتانی، و جراحی بر روی توده‌ی بدخیم پستان برایشان انجام گرفته بود، در صورتی که حال مساعدی داشتند، در نزدیک‌ترین زمان ممکن به ترخیص، به شیوه‌ی مصاحبه توسط پرسشگر پرسشنامه‌ی مطالعه تکمیل می‌شد.

از آن‌جا که مطالعه رندوم نبود و تخصیص نمونه‌ها به گروه‌های مطالعه بر اساس مقطع زمانی ورود به مطالعه بود، برای کاستن از تفاوت‌های سیستماتیک بین دو گروه در مورد متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات، و نوع عمل جراحی، نمونه‌های گروه دوم بر اساس گروه اول مطابقت داده شدند.

اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌ی طراحی شده بدین منظور گردآوری شدند. این پرسشنامه شامل یک بخش مشخصات دموگرافیک و زمینه‌ای بود. بخش ارزیابی مداخله نیز شامل پنج سؤال تشریحی در خصوص آگاهی بیماران از نوع بیماری، خطرات عدم انجام عمل جراحی، روش‌های درمانی دیگر، عوارض جانبی عمل جراحی، و دوره‌ی نقاهت

پنج بیمار، به صورت آزمایشی (pilot) مورد استفاده قرار گرفت. در هر نوبت اصلاحاتی برای قابلیت فهم سوالات پرسشنامه اعمال شد.

آگاهی در هر یک از پنج حوزه، به صورت پاسخ‌های تشریحی بود که می‌بایست با استفاده از یک مقیاس واحد نمره‌بندی گردد. آگاهی بیماران با استفاده از یک مقیاس کمی متناسب با هر یک از عمل‌های جراحی، نمره بندی گردید که نحوه‌ی نمره‌بندی در جدول شماره‌ی ۱ آمده است.

پس از عمل جراحی و پنج سؤال سه گزینه‌ای در خصوص رضایتمندی آنان از اطلاعات ارائه شده در خصوص هر یک از موارد مذکور بود. پاسخ‌های بیماران، توسط پرسشگر در پرسشنامه درج می‌شد.

روایی محتوای پرسشنامه مورد تأیید خبرگان گروه جراحی و اخلاق پزشکی قرار گرفت. امکان دسترسی به بیماران جهت ارزیابی پایایی پاسخ‌های بیماران در آزمون مجدد وجود نداشت، برای بررسی شفافیت سوالات و ارتقاء پایایی سوالات، پرسشنامه اولیه در پنج نوبت، هر بار بر روی

جدول شماره‌ی ۱ - نمره‌بندی آگاهی بیماران از اطلاعاتی که در انواع حوزه‌ها دریافت نموده‌اند

نمره آگاهی				
۴	۳	۲	۱	
ذکر اطلاعات بیش‌تر	ذکر نام بیماری	ذکر عضو بیمار	اطلاعاتی نداشت یا ذکر اطلاعات غلط	نوع بیماری
-	دارای اطلاعات کامل	دارای اطلاعات نسبی	اطلاعاتی نداشت یا ذکر اطلاعات غلط	خطرات عدم انجام جراحی*
-	ذکر بیش از یک روش	ذکر یک روش	اطلاعاتی نداشت یا ذکر اطلاعات غلط	روش‌های درمانی دیگر*
ذکر بیش از دو عارضه	ذکر دو عارضه	ذکر یک عارضه	اطلاعاتی نداشت یا ذکر اطلاعات غلط	عوارض جانبی
ذکر بیش از دو نکته	ذکر دو نکته	ذکر یک نکته	اطلاعاتی نداشت یا ذکر اطلاعات غلط	دوره نقاهت

*. نمره بندی آگاهی از خطرات عدم انجام جراحی و روش‌های درمانی دیگر از ۱ تا ۳ بود.

بیماران از هر پنج سؤال به دست آمده است که مقیاسی بود که حداقل نمره آن ۵ (معادل صفر درصد آگاهی)، و حداکثر آن ۱۸ (معادل ۱۰۰ درصد آگاهی) بود. رضایت کلی بیماران نیز، با محاسبه‌ی میانگین میزان رضایت، تنها در بیمارانی که حداقل به چهار مورد از پنج مورد پرسش‌های ما پیرامون رضایت در خصوص اطلاعات دریافت شده پاسخ داده بودند، به دست آمد که مقیاسی بود که حداقل آن ۵ (معادل صفر درصد رضایت) و حداکثر آن ۱۵ (معادل ۱۰۰ درصد رضایت) بود.

میزان رضایتمندی بیماران از اطلاعات ارائه شده در خصوص هر یک از پنج حوزه‌ی آگاهی، توسط گروه پزشکی مرکزی که در آن بستری بودند، با استفاده از پنج سؤال شامل سه گزینه‌ی «راضی نبودم»، «نظری ندارم»، و «راضی بودم»، پرسیده شد. خاطر نشان می‌شود تنها بیمارانی به این سؤال پاسخ می‌دادند که منبع اطلاعات خود را در هر یک از آن حوزه‌های آگاهی گروه پزشکی مرکزی که در آن بستری بودند، ذکر می‌کردند.

آگاهی کلی بیماران، با محاسبه‌ی جمع نمرات آگاهی

نتایج

مشخصات دموگرافیک دو گروه مداخله و کنترل شامل جنس، سن، سطح تحصیلات، سابقه عمل جراحی، و بخش بستری آنها در جدول شماره ۲ آمده است. دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی داری از نظر هیچیک از متغیرهای دموگرافیک نداشتند. هم‌چنین دو گروه از نظر نوع عمل جراحی تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشتند.

از آزمون Pearson Correlation, Chi-square برای تحلیل متغیرهای کیفی آگاهی از نوع بیماری، خطرات عدم انجام عمل جراحی، روش‌های درمانی دیگر، عوارض جانبی عمل جراحی، و دوره‌ی نقاهت پس از عمل جراحی، و رضایت از اطلاعاتی که در خصوص هر یک از این حوزه‌ها در اختیارشان گذارده شده است، استفاده شد و از آزمون Oneway ANOVA برای تحلیل متغیرهای کمی آگاهی کلی و رضایت‌مندی کلی استفاده شد.

جدول شماره ۲ - مشخصات دموگرافیک گروه‌های مداخله و کنترل

P	گروه کنترل (تعداد کل: ۱۱۰)	گروه مداخله (تعداد کل: ۱۱۰)		
۳/۳۴۳	۵۲ (۴۷/۳٪)	۵۶ (۵۰/۹٪)	مرد	جنس
	۵۸ (۵۲/۷٪)	۵۴ (۴۹/۱٪)	زن	
۰/۲۷۹	۴۵/۵۱ ± ۱۵/۰۰۹	۴۷/۴ ± ۱۵/۴۱۶	میانگین ± انحراف معیار	سن
۰/۸۳۶	۲۳ (۲۰/۹٪)	۲۳ (۲۰/۹٪)	بی سواد	سطح تحصیلات
	۴۵ (۴۰/۹٪)	۵۰ (۴۵/۵٪)	ابتدایی	
	۳۲ (۲۹/۱٪)	۳۰ (۲۷/۳٪)	متوسطه و دیپلم	
	۱۰ (۹/۱٪)	۷ (۶/۴٪)	بالای دیپلم	
۰/۳۷۹	۸۰ (۷۲/۷٪)	۷۳ (۶۶/۴٪)	سابقه دارد	سابقه عمل جراحی
	۳۰ (۲۷/۳٪)	۳۷ (۳۳/۶٪)	سابقه ندارد	
۰/۵۰۴	۵۷ (۵۱/۸٪)	۵۵ (۵۰٪)	جراحی ۳ و ۴ امام	بخش بستری
	۲۹ (۲۶/۴٪)	۳۶ (۳۲/۷٪)	جراحی ۱ و ۵ امام	
	۲۴ (۲۱/۸٪)	۱۹ (۱۷/۳٪)	جراحی ۳ سینا	

آگاهی بیماران: میانگین (± انحراف معیار) نمره‌ی آگاهی کلی بیماران در گروه مداخله $۲/۸۲ ± ۱۱/۳۵$ معادل $۴۸/۸$ درصد) نسبت به گروه کنترل $۲/۵۴ ± ۱۰/۸$ معادل $۴۴/۶$ درصد) تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری نداشت ($P=۰/۱۴۰$).

هم‌چنین، از بیماران گروه مداخله در مورد نحوه‌ی استفاده از برگه‌های اطلاعات اختصاصی سؤال شد که ۵۲ نفر (۴۷/۳ درصد) ذکر کرده بودند که خودشان آنها را مطالعه کرده‌اند، ۲۷ نفر (۲۴/۵ درصد) ذکر کرده بودند که فرد دیگری آن را برایشان خوانده است و ۳۱ نفر (۲۸/۲ درصد) نیز ذکر کرده بودند که آنها را نخوانده‌اند.

مقایسه‌ی آگاهی بیماران در هر یک از حوزه‌ها بین دو گروه در جدول شماره‌ی ۳ آورده شده است که تنها آگاهی بیماران از عوارض جانبی عمل جراحی خود، در گروه مداخله به میزان معنی‌داری بیش از گروه کنترل بود.

جدول شماره‌ی ۳ - ارتباط آگاهی بیماران در هر یک از حوزه‌ها با دادن برگه اطلاعات

P	نمره آگاهی گروه کنترل (فراوانی و درصد)					نمره آگاهی گروه مداخله (فراوانی و درصد)					نوع بیماری
	کل	۴	۳	۲	۱	کل	۴	۳	۲	۱	
۰/۷۴۹	(/۱۰۰)۱۱۰	(/۴۳/۶)۴۸	(/۴۱/۸)۴۶	(/۱۳/۶)۱۵	(/۱)۱	(/۱۰۰)۱۱۰	(/۴۸/۱)۵۳	(/۳۹/۱)۴۳	(/۱۰/۹)۱۲	(/۱/۸)۲	خطرات
۰/۶۱۰	(/۱۰۰)۱۱۰	-	(/۲۹)۳۲	(/۴۲/۷)۴۷	(/۲۸/۱)۳۱	(/۱۰۰)۱۱۰	-	(/۳۳/۶)۳۷	(/۳۶/۳)۴۰	(/۳۰)۳۳	عدم انجام جراحی*
۰/۸۵۸	(/۱۰۰)۱۱۰	-	(/۱۹)۲۱	(/۳۵/۴)۳۹	(/۴۵/۴)۵۰	(/۱۰۰)۱۱۰	-	(/۱۷/۲)۱۹	(/۳۳/۶)۳۷	(/۴۹)۵۴	روش‌های درمانی دیگر*
<۰/۰۰۱	(/۱۰۰)۱۱۰	(/۹/۰۹)۱۰	(/۱۰/۹)۱۲	(/۲۷/۲)۳۰	(/۵۲/۷)۵۸	(/۱۰۰)۱۱۰	(/۲۰)۲۲	(/۲۰/۹)۲۳	(/۳۳/۶)۳۷	(/۲۵/۴)۲۸	عوارض جانبی
۰/۷۴۸	(/۱۰۰)۱۱۰	(/۱۴/۵)۱۶	(/۱۷/۲)۱۹	(/۲۸/۱)۳۱	(/۴۰)۴۴	(/۱۰۰)۱۱۰	(/۱۲/۷)۱۴	(/۱۲/۷)۱۴	(/۳۰)۳۳	(/۴۴/۵)۴۹	دوره نقاهت

*. نمره بندی آگاهی از خطرات عدم انجام جراحی و روش‌های درمانی دیگر از ۱ تا ۳ بود.

رضایت بیماران از دریافت اطلاعات: تنها ۳۶ نفر (۳۲/۷ درصد) در گروه مداخله و ۲۶ نفر (۲۳/۶ درصد) در گروه کنترل به حداقل چهار مورد از پنج مورد پرسش‌های ما پیرامون رضایت از اطلاعات دریافتی پاسخ داده بودند. میزان رضایت کلی بیماران در گروه مداخله $1/87 \pm 14/03$ معادل ۶۰/۲ درصد) نسبت به گروه کنترل $1/31 \pm 13/46$ معادل ۵۶/۴ درصد) تفاوت معنی‌داری به لحاظ آماری نداشت ($P=0/166$). هرچند که تنها رضایتمندی بیماران از اطلاعاتی که در خصوص دوره‌ی نقاهت در اختیارشان گذارده شده بود، در گروه مداخله بیش‌تر بود (جدول شماره‌ی ۴).

جدول شماره‌ی ۴ - ارتباط رضایت بیماران از اطلاعات دریافتی

P	رضایت گروه کنترل (فراوانی)				رضایت گروه مداخله (فراوانی)				نوع بیماری
	کل	راضی بودم	نظری ندارم	راضی نبودم	کل	راضی بودم	نظری ندارم	راضی نبودم	
۰/۰۵۹	(/۱۰۰)۷۲	(/۷۶/۳)۵۵	(/۱۶/۶)۱۲	(/۶/۹)۵	(/۱۰۰)۷۹	(/۸۲/۲)۶۵	(/۱۷/۷)۱۴	۰	نوع بیماری
۰/۷۴۹	(/۱۰۰)۴۶	(/۷۳/۹)۳۴	(/۱۹/۵)۹	(/۶/۵)۳	(/۱۰۰)۴۶	(/۸۰/۴)۳۷	(/۱۵/۲)۷	(/۴/۳)۲	خطرات عدم انجام جراحی
۰/۶۶۵	(/۱۰۰)۷۰	(/۷۴/۲)۵۲	(/۱۴/۲)۱۰	(/۱۱/۴)۸	(/۱۰۰)۷۱	(/۷۷/۴)۵۵	(/۱۵/۴)۱۱	(/۷/۰۴)۵	روش‌های درمانی دیگر
۰/۷۴۳	(/۱۰۰)۲۴	(/۵۰)۱۲	(/۳۳/۳)۸	(/۱۶/۶)۴	(/۱۰۰)۵۱	(/۵۸/۸)۳۰	(/۲۵/۴)۱۳	(/۱۵/۶)۸	عوارض جانبی
۰/۰۳۳	(/۱۰۰)۵۱	(/۶۸/۶)۳۵	(/۲۱/۵)۱۱	(/۹/۸)۵	(/۱۰۰)۴۳	(/۹۰/۶)۳۹	(/۶/۹)۳	(/۲/۳)۱	دوره نقاهت

بحث

یافته‌ها نشان داد میانگین نمره‌ی آگاهی کلی در بیماران هر دو گروه در حد متوسط بود و ارائه‌ی برگه‌های حاوی اطلاعات اختصاصی عمل جراحی به بیماران مورد مطالعه، تأثیر معنی‌داری بر آگاهی بیماران به‌جز نسبت به عوارض جانبی نداشت. هم‌چنین، رضایت‌مندی بیماران از اطلاعاتی که دریافت کرده بودند در هر دو گروه در حد متوسطی بود و ارائه‌ی برگه‌های حاوی اطلاعات اختصاصی عمل جراحی به بیماران جمعیت مورد مطالعه‌ی ما، در مجموع تأثیر معنی‌داری بر رضایت‌مندی بیماران از دریافت اطلاعات نداشت.

مروری بر تعدادی از مطالعات مشابه در سایر کشورها، نتایجی مغایر با نتایج ما نشان داد. در یک کارآزمایی بالینی در انگلستان، ارائه‌ی یک بروشور حاوی اطلاعات به بیماران، در مقایسه با ارائه‌ی اطلاعات شفاهی، به میزان معنی‌داری باعث افزایش اطلاعات بیماران شده بود (۱۰). در یک کارآزمایی بالینی در کانادا بر روی تعدادی بیمار کاندید تیروئیدکتومی و پاراتیروئیدکتومی، به هر دو گروه مداخله و کنترل اطلاعات شفاهی پیرامون عوارض جانبی احتمالی داده شد و به گروه مداخله، بروشوری حاوی توضیحات کتبی همراه شکل‌های مختلف نیز داده شد و دریافتند که گروه مداخله، اطلاعات بیش‌تری پیرامون عوارض جانبی داشت (۱۱). در یک کارآزمایی بالینی در ایتالیا بر روی تعدادی بیمار کاندید عمل جراحی ستون فقرات، دو روش توضیح شفاهی عوارض ناخواسته جراحی و توضیح شفاهی به همراه ارائه‌ی اطلاعات مکتوب مورد مقایسه قرار گرفت و دیده شد که در گروهی که اطلاعات مکتوب دریافت کرده بودند، بیماران به میزان معنی‌داری، اطلاعات بیش‌تری را دو هفته پس از جراحی، به خاطر آوردند (۱۲).

با توجه به نتایج این مطالعات، باور ما نیز بر آن بود که ارائه‌ی اطلاعات مکتوب در بیماران جمعیت مورد مطالعه‌ی ما نیز تا حدودی می‌تواند کمبود وقت پزشک برای توضیح اطلاعات به بیمار را جبران نماید و بر آگاهی و رضایت‌مندی

بیماران خواهد افزود. اما نتایج این مطالعه نشان داد که ارائه‌ی ساده برگه‌های اطلاعات اختصاصی به بیماران کاندید عمل جراحی، بدون توضیح شفاهی محتوای آن، در مجموع نمی‌تواند باعث افزایش آگاهی و رضایت از دریافت اطلاعات آنان گردد.

این عدم کارایی را می‌توان این‌گونه تفسیر کرد که با توجه به آن‌که بخش قابل توجهی از بیماران مطالعه‌ی ما ذکر کرده‌اند که برگه‌های ارائه شده را مطالعه نکرده‌اند، به‌نظر می‌رسد که جمعیت‌هایی با مشخصات دموگرافیک مشابه آنچه در مطالعه‌ی ما وجود داشت، عادت به دریافت اطلاعات مکتوب ندارند و ترجیح می‌دهند اطلاعات را هرچند که مفصل باشد، به شکل شفاهی دریافت کنند.

در تحلیل نتایج مطالعه، می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که ارائه‌ی ساده‌ی برگه‌های رضایت آگاهانه به تنهایی و بدون کسب اطمینان از چگونگی استفاده بیماران از آن‌ها، و بدون توضیح شفاهی محتوای آن، نمی‌تواند جایگزین دادن اطلاعات لازم برای اخذ رضایت از بیمار گردد، چراکه در بسیاری از موارد، بیماران به علت سطح تحصیلات پایین، آن‌ها را مطالعه نمی‌کنند، یا احتمالاً محتوای برگه‌ها به حدی مفهوم نبوده که بتوانند مطالب آن را به خاطر بسپارند تا در هنگام مصاحبه به یاد بیاورند.

آگاهی بیماران از عوارض جانبی عمل جراحی، با دادن برگه حاوی اطلاعات اختصاصی به آن‌ها، به میزان معنی‌داری افزایش پیدا کرده است. این یافته گویای آن است که بیماران نسبت به اطلاعات پیرامون عوارض جانبی حساس هستند و حتی اگر نمی‌توانند تعداد زیادی از عوارض را نام ببرند، حداقل اطلاعات در این مورد را به خاطر سپرده و هنگام مصاحبه، آن را بیان می‌کنند. این یافته، مشابه یافته‌ی مطالعه‌ای است که در سال ۲۰۰۰ در آلمان بر روی ۱۰۴ بیمار کاندید جراحی‌های مغز و اعصاب انجام گرفت، که ۶۵ درصد بیماران، حداکثر ۲ عارضه از میان ۶ عارضه مهم را به یاد

می‌آوردند (۱۳).

پیشنهاد می‌گردد جراحان تلاش نمایند در روند اخذ رضایت از بیماران خود اطلاعات ارائه شده در مورد بیماری و عمل جراحی مورد نظر را محدود به برگه اطلاعات نکنند و وقت کافی در جهت توضیح محتوای آن به بیماران اختصاص دهند و به سؤالات مختلف آنان در این خصوص پاسخ‌های مناسب بدهند. به نظر می‌رسد ارائه‌ی برگه‌های اطلاعات به بیماران، پیش از عمل جراحی، در جهت ترویج استفاده‌ی بیماران از اطلاعات مکتوب مفید باشد، اما به شرطی که جایگزین توضیحات شفاهی پزشکان نباشد و مکمل آن‌ها محسوب بشود.

پیشنهاد می‌گردد مطالعاتی در آینده انجام گیرد که در آن‌ها، اثر توضیح شفاهی محتوای برگه‌های اطلاعات اختصاصی بر آگاهی و رضایتمندی بیماران نیز بررسی گردد. هم‌چنین، مطالعاتی انجام گیرد که در آن‌ها تأثیر ارائه‌ی شکل در برگه‌های اطلاعات و تأثیر استفاده از روش‌های سمعی و بصری نیز بر روی آگاهی و رضایتمندی بیماران ایرانی بررسی گردد.

رضایتمندی بیماران از اطلاعاتی که در خصوص دوره‌ی نقاهت در اختیارشان قرار گرفت، با دادن برگه‌ی حاوی اطلاعات اختصاصی، به میزان معنی‌داری افزایش پیدا کرد؛ در حالی که تأثیر معنی‌داری بر آگاهی بیماران در این خصوص نگذاشت. این می‌تواند حاکی از آن باشد که بیماران به صرف این‌که مشاهده کنند برگه‌ای در اختیار دارند که برای اطلاع از مراقبت‌های دوره نقاهت می‌توانند به آن مراجعه کنند، در رضایتمندی آنان تأثیر خواهد گذاشت. این یافته، مشابه یافته‌ی مطالعه‌ای است که در سال ۲۰۱۱ بر روی ۲۰۷ بیمار کاندید جراحی بر روی سیستم گوارشی در فرانسه انجام شد. آن‌ها دریافتند که ارائه‌ی برگه‌ی حاوی اطلاعات پیرامون خطر عفونت محل عمل جراحی، میزان به‌خاطر آوردن اطلاعات را در بیماران، در این خصوص افزایش نمی‌دهد. در حالی که رضایتمندی آنان را از اطلاعات داده شده، افزایش می‌دهد (۱۴).

در تفسیر نتایج باید به محدودیت‌های این مطالعه نیز توجه کرد. حجم کم نمونه می‌تواند علت عدم مشاهده تفاوت معنی‌دار بین آگاهی و رضایتمندی گروه مداخله و کنترل باشد. جمعیت مورد مطالعه‌ی ما، منحصر به دو بیمارستان ارجاعی دانشگاهی بود که در آن، ۲۱ درصد بیماران بی‌سواد و اغلب آن‌ها کم‌سواد هستند؛ بنابراین، نمی‌توان نتایج آن را به همه‌ی جمعیت تعمیم داد. این مطالعه از حیث پرسشگر کور نبود و خطاهای احتمالی در ثبت گفته‌های بیماران هنگام مصاحبه ممکن است موجود باشد که البته این خطای تصادفی در هر دو گروه مداخله و کنترل یکسان بوده است.

- surgical informed consent: past, present, and future. A quest to help patients make better decisions. *World J Surg* 2010; 34(7): 1406-15.
- 9- Newton-Howes PA, Beedford ND, Dobbs BR, Frizelle FA. Informed consent: What do patients want to know? *N Z Med J* 1998; 111(1073): 340-2.
 - 10- Ashraff S, Malawa G, Dolan T, Khanduja V. Prospective randomised controlled trial on the role of patient information leaflets in obtaining informed consent. *ANZ J Surg* 2006; 76(3): 139-41.
 - 11- Chan Y, Irish JC, Wood SJ, et al. Patient education and informed consent in head and neck surgery. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128(11): 1269-74.
 - 12- Mauffrey C, Prempeh EM, John J, Vasario G. The influence of written information during the consenting process on patients' recall of operative risks. A prospective randomised study. *Int Orthop* 2008; 32(4): 425-9.
 - 13- Krupp W, Spanehl O, Laubach W, Seifert V. Informed consent in neurosurgery: patients' recall of preoperative discussion. *Acta Neurochir (Wien)* 2000; 142(3): 233-8; discussion 238-9.
 - 14- Merle V, Marini H, Rongere J, Tavalacci MP, Scotte M, Czernichow P. Does an information leaflet about surgical site infection (SSI) improve recollection of information and satisfaction of patients? A randomized trial in patients scheduled for digestive surgery. *World J Surg* 2011; 35(6): 1202-11; discussion 1212-3.
 - 1- Asghari F, Mirzazadeh A, Fotouhi A. Patients' preferences for receiving clinical information and participating in decision-making in Iran. *J Med Ethics* 2008; 34(5): 348-52.
 - 2- Donovan J. Patient decision making. The missing ingredient in compliance research. *Int J Technol Assess Health Care* 1995; 11(3): 443-55.
 - 3- Greenfield S, Kaplan S, Ware JE Jr. Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Ann Intern Med* 1985; 102(4): 520-8.
 - 4- Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic diseases. *Med Care* 1989; 27(3): S110-27.
 - 5- Hulka B. Patient-clinician interactions and compliance. In: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, eds. *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979, p. 63-77.
 - 6- Vohra HA, Ledsham J, Vohra H, Patel RL. Issues concerning consent in patients undergoing cardiac surgery-the need for patient-directed improvements: a UK perspective. *Cardiovasc Surg* 2003; 11(1): 64-9.
 - 7- Siddiqui FG, Shaikh JM, Memon MM. An audit of informed consent in surgical patients at a university hospital. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2010; 22(1): 133-5.
 - 8- Leclercq W, Keulers B, Scheltinga M, Spauwen P, Van der Wilt GJ. A review of