

# میزان آگاهانه بودن امتناع از درمان در بیمارستان‌های آموزشی شهر کاشان\*

مهرداد فرزندی پور<sup>۱</sup>، عباس شیخ طاهری<sup>۲</sup>، منیره صادقی جبلی<sup>۳</sup>

## چکیده

**مقدمه:** بیماران بر اساس حق استقلال فردی می‌توانند پس از دریافت اطلاعات کامل، آگاهانه و داوطلبانه از درمان یا ادامه‌ی آن امتناع نمایند. این پژوهش با هدف شناسایی دلایل امتناع از درمان، میزان امتناع و آگاهانه بودن امتناع از درمان انجام شد.

**روش بررسی:** این مطالعه از نوع توصیفی-مقطعی بود. جامعه‌ی پژوهش تمامی ۱۳۵ بیمار امتناع کننده از درمان در بیمارستان‌های آموزشی شهر کاشان (به استثنای مرکز روانپزشکی) در سه ماهه‌ی تابستان ۱۳۸۹ بودند. داده‌ها به وسیله‌ی پرسش‌نامه‌ای شامل ۳۵ سؤال که روایی و پایایی آن کنترل شده بود، به روش مصاحبه جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با آمار توصیفی مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** مهم‌ترین دلایل ترخیص با رضایت شخصی بیماران، نداشتن شرایط روحی مناسب (۸۳ درصد)، کیفیت کم مراقبت‌ها (۴۹ درصد) و توصیه‌ی دوستان و خویشاوندان (۳۵/۵ درصد) بود. در رابطه با ابعاد اخذ رضایت آگاهانه در ترخیص با رضایت شخصی، بیماران معتقد بودند که رایج‌ترین دلایل امتناع از درمان، قابل درک بودن فرم ترخیص با میل شخصی در ۶۹/۲ درصد موارد و تعامل و ارتباط پزشک با بیمار در زمان دریافت رضایت‌نامه‌ی ترخیص با میل شخصی در ۷۲ درصد موارد، مناسب یا به طور تقریبی مناسب بوده است.

**نتیجه‌گیری:** بهبود شرایط روحی بیمار و ارتقای سطح کیفی خدمات پزشکی و امکانات درمانی می‌تواند منجر به کاهش میزان ترخیص با رضایت شخصی شود. به منظور بهبود کیفیت اخذ رضایت‌نامه، ترخیص با رضایت شخصی، لازم است سایر گزینه‌های درمانی به همراه منافع و عوارض هر یک و همچنین محتویات فرم رضایت‌نامه برای بیماران توضیح داده شود و پزشکان ضمن پی بردن به دلایل امتناع بیماران از درمان و درک آن‌ها، سعی در برطرف نمودن دلایل و منصرف نمودن بیمار نمایند.

**واژه‌های کلیدی:** ترخیص بیمار؛ فرم‌های رضایت‌نامه؛ رضایت آگاهانه؛ حقوق بیمار

**نوع مقاله:** پژوهشی

پذیرش مقاله: ۹۱/۶/۸

اصلاح نهایی: ۹۱/۴/۱۱

دریافت مقاله: ۹۰/۷/۶

**ارجاع:** فرزندی پور مهرداد، شیخ طاهری عباس، صادقی جبلی منیره. میزان آگاهانه بودن امتناع از درمان در بیمارستان‌های آموزشی شهر کاشان. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۵): ۶۴۶-۶۵۴

\* این مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی می‌باشد.

۱- دانشیار، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی

کاشان، کاشان، ایران

۲- استادیار، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی

تهران، تهران، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، آموزش مدارک پزشکی، دانشگاه علوم

پزشکی کاشان، کاشان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: msadeqi2005@gmail.com

## مقدمه

امتناع از درمان یکی از حقوق اولیه‌ی بیماران و یک مفهوم پزشکی- قانونی است که به موجب آن بیمار می‌تواند بعد از دریافت اطلاعات کامل و کافی از عوارض، خطرات و مزایای درمان/ عدم درمان بر اساس حق استقلال فردی

پیامدهای عدم دریافت درمان و سایر اطلاعات لازم به بیمار ارایه گردد و در صورت لزوم، در این مذاکره باید از کمک خانواده، دوستان، روحانی و هر شخصی که بتواند با بیمار صحبت کند، استفاده شود. در صورتی که با وجود تمام این تلاش‌ها بیمار به امتناع ادامه دهد، باید تمام آزادی‌ها و اختیارات معقول را برای وی در نظر گرفت و شرایطی را فراهم آورد که بیمار بتواند طبق حق قانونی خود و پس از اطلاع کامل از عواقب رد درمان، داوطلبانه و آزادانه تصمیم‌گیری و فرم رضایت‌نامه‌ی ترخیص با میل شخصی را امضا نماید (۲۶).

مطالعات نشان داده است که کسب رضایت‌نامه‌ی آگاهانه مستلزم رعایت شش شرط زیر است: ارایه‌ی اطلاعات کامل به بیمار، داوطلبانه بودن تصمیم‌گیری، درک اطلاعات داده شده، صلاحیت داشتن بیمار برای تصمیم‌گیری، برقراری ارتباط صحیح با بیمار در فرایند اخذ رضایت‌نامه و امضای فرم رضایت‌نامه (۲۷).

به طور معمول، پزشکان خواسته‌ی بیماران مبنی بر دریافت اطلاعات را کم اهمیت می‌پندارند و معتقدند بیماران قادر به درک و فهم اطلاعات نیستند و یا ارایه‌ی اطلاعات سبب نگرانی بیماران می‌شود و برای آن‌ها پیچیده و گیج‌کننده است (۲۸).

مطالعات مختلف در مورد کسب رضایت‌نامه نشان داده است که در بسیاری از موارد، اخذ رضایت‌نامه‌ها از کیفیت لازم برخوردار نیست و بیماران به اندازه‌ی کافی برای تصمیم‌گیری مطلع نمی‌شوند و گزینه‌های مختلف درمانی و مزایا و معایب آن‌ها برایشان توضیح داده نمی‌شود. برای نمونه، مطالعه‌ی در کراچی اخذ رضایت‌نامه را نامطلوب گزارش کرده است (۲۹). در مطالعه‌ی نیز مشخص شد که بیماران به اطلاعات بیشتری مانند ماهیت عمل، عوارض و سایر روش‌های درمانی قبل از تصمیم‌گیری نیاز دارند (۳۰). در مطالعه‌ی نیز بیماران ارایه‌ی اطلاعات را ناکافی می‌دانستند و به تعداد کمی از آن‌ها اجازه داده شده بود تا تردیدهای خود را بیان کنند (۳۱). مطالعاتی نیز اهمیت مطمئن شدن از میزان درک بیمار و فراهم کردن امکان سؤال

(Autonomy) از مداخلات درمانی یا ادامه‌ی درمان امتناع نماید (۱). در این راستا مشکلی که پزشکان با آن رو به رو می‌شوند، این است که با وجود عقیده‌ی حرفه‌ای ایشان در ضروری بودن درمان، بیماران از درمان امتناع می‌کنند (۲). در هر حال از لحاظ قانونی، بیماران حق دارند درمان‌های پیشنهادی را نپذیرند (۳، ۴). ترخیص با میل شخصی در ایالات متحده‌ی آمریکا ۲/۲-۰/۸ درصد ترخیص‌ها گزارش شده است (۵، ۶). این میزان در مطالعات مختلف انجام شده در نیجریه بین ۱/۵ تا ۷/۴ درصد گزارش شده است (۷-۱۰). در ایران نیز مطالعات متعددی در این زمینه انجام شده است، مطالعه‌ی در کاشان نشان داد که میزان ترخیص با رضایت شخصی ۱۰ درصد از کل ترخیص‌ها است (۱۱). مطالعه‌ی دیگری در ساری این میزان را ۲/۲ درصد نشان داده است (۱۲).

از طرفی، مطالعات نشان داده است که بیماران به دلایلی از قبیل زمان انتظار طولانی، سیستم پذیرش ناعادلانه، نامناسب بودن رفتار پرسنل، اقامت طولانی مدت در بیمارستان، احساس بهبودی، دوست نداشتن محیط بیمارستان، آموزشی بودن بیمارستان و یا ترس از انجام اقدامات درمانی، از درمان امتناع می‌کنند (۱۷-۱۳، ۷). امتناع از درمان از نظر قانونی می‌تواند مشکلاتی را برای تیم درمان به همراه داشته باشد که دلیل آن مغایرت بین حق استقلال فردی بیماران با وظیفه‌ی سود رسانی به بیمار است (۱۸). علاوه بر این، مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که در صورت امتناع از درمان توسط بیمار، درمان پزشکی ناقص می‌ماند و این سبب افزایش ناخوشی، مرگ و میر، بستری مجدد و نیز افزایش هزینه‌ها می‌شود (۲۴-۱۹).

با توجه به پیامدهای ترخیص با میل شخصی، پزشک در برخورد با امتناع بیمار از درمان باید سعی کند تا دلایل بیمار برای امتناع از درمان را به طور کامل بشناسد و تمامی موانع تصمیم‌گیری صحیح بیمار را رفع کند و با ایجاد فضای مناسب، به تصمیم‌گیری صحیح بیمار کمک کند (۲۵). امتناع آگاهانه به این معنی است که باید فضایی برای مذاکره با بیمار امتناع‌کننده وجود داشته باشد. در این مذاکره باید بهترین پیشنهادهای درمانی همراه با مزایا و معایب هر یک و

پرسیدن را برای وی نشان داده است (۳۰). مطالعه‌ای نیز در کاشان وضعیت نامطلوب اخذ رضایت‌نامه را گزارش کرده است (۲۷). همچنین طبق برخی مطالعات، در بیشتر موارد صلاحیت بیمار برای امتناع از درمان مورد بررسی قرار نمی‌گیرد و تصمیم بیمار با آگاهی کامل نیست (۴).

از آن جا که پیشگیری از پیامدهای نامطلوب بالینی و قانونی امتناع از درمان، مستلزم شناخت دلایل بیماران برای امتناع از درمان و همچنین نواقص موجود در فرایند اخذ رضایت‌نامه‌ی امتناع از درمان است، بنابراین مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین دلایل امتناع از ادامه‌ی درمان و میزان آگاهانه بودن این امتناع در بیمارستان‌های آموزشی کاشان انجام گردید.

### روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی بود. جامعه‌ی پژوهش شامل بیماران امتناع کننده از درمان (ترخیص با میل شخصی) در ۴ مرکز آموزشی درمانی شهر کاشان (به استثنای مرکز روانپزشکی) در سه ماهه‌ی تابستان ۱۳۸۹ بود. نمونه‌گیری به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد و طی سه ماه تمام بیماران امتناع کننده از درمان شامل ۱۳۵ نفر وارد مطالعه شدند.

جهت گردآوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ای شامل سه محور (۱) سؤالات مربوط به اطلاعات دموگرافیک، (۲) سؤالات مربوط به دلایل ترخیص با میل شخصی و (۳) سؤالات تخصصی تنظیم گردید. سؤالات مربوط به دلایل ترخیص با میل شخصی شامل ۱۲ سؤال و سؤالات تخصصی (۲۳ سؤال) در سه بخش شامل ۱۳ سؤال آرایه‌ی اطلاعات، ۲ سؤال مربوط به قابل درک بودن فرم ترخیص با میل شخصی و ۸ سؤال مربوط به تعامل و ارتباط پزشک و بیمار بود. اعتبار پرسش‌نامه به روش سنجش اعتبار محتوا توسط دو نفر متخصص مربوط بررسی و پس از انجام اصلاحات، مورد تأیید قرار گرفت. پایایی پرسش‌نامه نیز با محاسبه‌ی ضریب Cronbach's alpha (۰/۹۵) مورد تأیید قرار گرفت.

گردآوری داده‌ها به روش مصاحبه و پرسش با مراجعه به بیماران یا همراه آن‌ها (در صورت صغیر بودن بیمار) به هنگام ترخیص گردآوری شد. گردآوری داده‌ها در مورد برخی از بیماران از طریق تماس تلفنی پس از ترخیص بیمار یا مراجعه‌ی حضوری به منزل بیماران انجام شد. جهت تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS استفاده شد. تحلیل داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی انجام شد.

### یافته‌ها

از بین ۱۳۵ نفر، ۵۲ درصد مرد و ۴۸ درصد زن بودند. اکثر افراد (۶۷ درصد) تحصیلات زیر دیپلم داشتند. اکثر امتناع کنندگان از درمان (۳۱/۸ درصد) در گروه سنی ۳۰-۲۰ سال بودند. ۱۹ درصد افراد بیش از ۵۰ سال و ۱۸ درصد زیر ۱۰ سال سن داشتند. میانگین سن افراد ۲۲/۵ سال بود.

در ۵۰/۳ درصد موارد، خود بیمار فرم ترخیص با میل شخصی را امضا کرده بود. در سایر موارد، پدر (۱۶ درصد)، همسر (۱۳ درصد)، فرزند (۱۰ درصد)، مادر و خواهر (۱۰ درصد) بیماران نسبت به این موضوع اقدام کرده بودند.

دلایل ترخیص با میل شخصی بیماران در جدول ۱ نشان داده شده است. طبق این جدول، ۸۳ درصد بیماران دلیل خود را برای امتناع از ادامه‌ی درمان، نداشتن شرایط روحی مناسب برای اقامت در بیمارستان عنوان کردند. حدود ۴۹ درصد بیماران نیز معتقد بودند که در بیمارستان مورد نظر به خوبی به بیماران رسیدگی نمی‌شود. در مرتبه‌ی سوم، ۳۵/۵ درصد بیماران دلیل امتناع از درمان خود را توصیه‌ی دوستان و خانواده به انجام این کار بیان داشتند.

در زمینه‌ی آرایه‌ی اطلاعات قبل از تکمیل فرم رضایت‌نامه، ۳۵ درصد پاسخ‌ها نشان می‌داد که به بیماران اطلاعات کافی آرایه نشده بود. اکثر بیماران نیز بیان نمودند که در مورد سایر گزینه‌های درمانی (۸۴/۴ درصد)، منافع (۸۷/۴ درصد) و عوارض سایر گزینه‌های درمانی (۸۶ درصد) مطلع نشده‌اند. همچنین اکثر افراد معتقد بودند که حق آن‌ها برای رد درمان به آن‌ها توضیح داده شده است (جدول ۲).

جدول ۱: دلایل ترخیص با میل شخصی در بیماران

دلایل	بله تعداد (درصد)	تا حدودی تعداد (درصد)	خیر تعداد (درصد)	بی نظر تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
به پزشک معالجم اعتماد نداشتم.	۱۴ (۱۰/۳)	۲۲ (۱۶/۳)	۹۵ (۷۰/۴)	۴ (۳/۰۰)	۱۳۵ (۱۰۰)
مطمئن نبودم که درمان‌های پیشنهادی باعث بهبود من شود.	۱۸ (۱۳/۳)	۲۵ (۱۸/۵)	۹۱ (۶۷/۴)	۱ (۰/۷۴)	۱۳۵ (۱۰۰)
در موارد مشابه، عدم بهبودی بیماران را دیده بودم.	۵ (۳/۷)	۱۳ (۹/۶)	۱۱۶ (۸۵/۹)	۱ (۰/۷۴)	۱۳۵ (۱۰۰)
درمان پیشنهادی با اعتقادات دینی من سازگاری نداشت.	۳ (۲/۲)	۲ (۱/۴)	۱۲۲ (۹۰/۴)	۸ (۵/۹۰)	۱۳۵ (۱۰۰)
اطلاعات کافی در مورد درمان پیشنهادی نداشتم.	۱۶ (۱۱/۸)	۳۹ (۲۸/۸)	۷۸ (۵۷/۷)	۲ (۱/۴۸)	۱۳۵ (۱۰۰)
ناراحتی‌های جسمی ناشی از درمان پیشنهادی برایم قابل تحمل نبود.	۳۹ (۲۸/۸)	۲۹ (۲۱/۴)	۵۹ (۴۳/۷)	۸ (۵/۹۲)	۱۳۵ (۱۰۰)
شرایط روحی مناسبی برای درمان نداشتم.	۱۰۰ (۷۴/۱)	۱۲ (۸/۸)	۲۴ (۱۷/۷)	-	۱۳۵ (۱۰۰)
به کیفیت مراقبت‌های درمانی این بیمارستان اطمینان نداشتم.	۲۱ (۱۵/۵)	۴۲ (۳۱/۱)	۷۰ (۵۱/۸)	۲ (۱/۴۰)	۱۳۵ (۱۰۰)
پرداخت هزینه‌های درمان برایم مقدور نبود.	۲۴ (۱۷/۷)	۴ (۳/۰)	۱۰۵ (۷۷/۷)	۲ (۱/۴۰)	۱۳۵ (۱۰۰)
با توصیه‌ی دوستان یا خانواده تصمیم گرفتم این بیمارستان را ترک کنم.	۴۲ (۳۱/۱)	۶ (۴/۴)	۸۶ (۶۳/۷)	۱ (۰/۷۴)	۱۳۵ (۱۰۰)
در این بیمارستان به بیماران به خوبی رسیدگی نمی‌شود.	۶۰ (۴۴/۴)	۶ (۴/۴)	۶۸ (۵۰/۴)	۱ (۰/۷۴)	۱۳۵ (۱۰۰)
قصد دارم در بیمارستان دیگری به درمان خود بپردازم.	۳۰ (۲۲/۲)	۴ (۳/۰)	۱۰۱ (۷۴/۸)	-	۱۳۵ (۱۰۰)

جدول ۲: آرایه‌ی اطلاعات به بیماران ترخیص با میل شخصی

سؤالات	پاسخ‌ها تعداد (درصد)	بله تعداد (درصد)	تا حدودی تعداد (درصد)	خیر تعداد (درصد)	به یاد ندارم / بدون پاسخ تعداد (درصد)	جمع تعداد (درصد)
توضیح بیماری	۷۵ (۵۵/۶)	۳۷ (۲۷/۴)	۲۳ (۱۷/۱)	-	-	۱۳۵ (۱۰۰)
توضیح درمان پیشنهادی	۵۷ (۴۲/۲)	۴۳ (۳۱/۹)	۳۵ (۲۵/۹)	-	-	۱۳۵ (۱۰۰)
منافع درمان	۵۵ (۴۰/۷)	۳۸ (۲۸/۱)	۴۲ (۳۱/۱)	-	-	۱۳۵ (۱۰۰)
عوارض درمان	۶۰ (۴۴/۴)	۳۴ (۲۵/۲)	۴۱ (۳۰/۴)	-	-	۱۳۵ (۱۰۰)
دلیل درمان انتخاب شده	۵۱ (۳۷/۸)	۴۲ (۳۱/۱)	۴۲ (۳۱/۱)	-	-	۱۳۵ (۱۰۰)
معرفی سایر گزینه‌های درمانی	۱۱ (۸/۱)	۱۰ (۷/۴)	۱۱۴ (۸۴/۴)	-	-	۱۳۵ (۱۰۰)
منافع سایر گزینه‌های درمانی	۹ (۶/۷)	۸ (۵/۹)	۱۱۸ (۸۷/۴)	-	-	۱۳۵ (۱۰۰)
عوارض سایر گزینه‌های درمانی	۱۰ (۷/۴)	۹ (۶/۷)	۱۶ (۸۵/۹)	-	-	۱۳۵ (۱۰۰)
توضیح پیامد ترخیص زود هنگام	۵۳ (۳۹/۳)	۴۳ (۳۱/۹)	۳۸ (۲۸/۱)	۱ (۰/۷۴)	-	۱۳۵ (۱۰۰)
پیگیری‌های لازم بعد از ترخیص	۶۳ (۴۶/۷)	۳۵ (۲۵/۹)	۳۶ (۲۶/۷)	۱ (۰/۷۴)	-	۱۳۵ (۱۰۰)
توضیح هزینه‌های احتمالی عدم درمان	۶۱ (۴۵/۲)	۲۹ (۲۱/۵)	۴۵ (۳۳/۳)	-	-	۱۳۵ (۱۰۰)
توضیح حق امتناع از عمل	۹۳ (۶۸/۹)	۲۱ (۱۵/۵)	۱۹ (۱۴/۱)	۲ (۱/۵۰)	-	۱۳۵ (۱۰۰)
توضیح حق امتناع از دارو درمانی	۹۵ (۷۰/۳)	۲۳ (۱۷/۳)	۱۷ (۱۲/۵)	-	-	۱۳۵ (۱۰۰)
جمع	۶۹۳ (۴۱/۸)	۳۷۲ (۲۲/۴)	۵۸۶ (۳۵/۴)	۶ (۰/۴۰)	-	۱۶۵۷ (۱۰۰)

نشده است اما تنها ۲۱ درصد عنوان کردند که این فرم برای آن‌ها قابل درک نبوده است.

۴۱/۸ درصد بیماران بیان کردند که محتوای فرم رضایت‌نامه ترخیص با میل شخصی برای آن‌ها توضیح داده

اکثر امتناع کنندگان (۷۲ درصد) بیان کردند که در فرایند امتناع از درمان ارتباط پزشک با ایشان مناسب یا به طور تقریبی مناسب بوده است. اکثر آن‌ها (۶۳ درصد) بیان کردند که پزشک از دلایل بی‌میلی آن‌ها به درمان سؤال کرده است. در اکثر موارد نیز امکان تماس با پزشک (۴۱/۵ درصد) و زمان کافی برای فکر کردن در مورد توضیحات پزشک (۴۳/۷ درصد) قبل از امضای فرم رضایت‌نامه وجود داشته است (جدول ۳).

### بحث

طبق نتایج مطالعه، رایج‌ترین علت امتناع از درمان نداشتن روحیه‌ی مناسب (۸۳ درصد) بود. در مرتبه‌ی بعدی، عدم رسیدگی مناسب به بیماران (۴۹ درصد) قرار داشت. در مطالعه‌ی انجام شده در کانادا از ۵۷ بیمار ترخیص شده بر خلاف دستور پزشک و با رضایت شخصی ۲۸ درصد به علت احساس بهبودی و ۲۸ درصد به علت مشکلات خانوادگی بیمارستان را ترک کرده بودند و تنها ۱۹/۳ درصد بیماران بی‌حوصلگی و ۱۴/۳ درصد دوست نداشتن محیط بیمارستان را دلیل ترک بیمارستان بیان کرده بودند (۵). در مطالعه‌ی دیگری در Rhode Island نیز مهم‌ترین دلیل امتناع

کنندگان از درمان، احساس بهبودی ایشان بوده است (۳۲). نتایج مطالعه‌ی دیگری در نیجریه نشان داد که اصلی‌ترین علت ترخیص با رضایت شخصی نداشتن بیمه و وضعیت پایین اقتصادی بیماران بوده است (۸). این نتایج با نتایج تحقیق حاضر همخوانی ندارد. بی‌میلی به اقامت در بیمارستان و بی‌حوصلگی می‌تواند به دلیل عدم آرامش بیماران در هنگام استراحت در بیمارستان، نبود محیطی با طراحی مناسب و از طرف دیگر فرهنگ ایرانیان جهت حضور در محیط خانواده باشد که این امکان در بیمارستان برای خانواده‌ی آن‌ها فراهم نیست. بنابراین، به نظر می‌رسد که با ایجاد محیطی مناسب و خوشایند برای استراحت بیماران و حضور خانواده در کنار آن‌ها، می‌توان از ترخیص زود هنگام و بر خلاف دستور پزشک معالج بیمار پیشگیری نمود. از سوی دیگر، جامعه‌ی تحقیق حاضر را بیماران مراجعه کننده به مراکز دولتی تشکیل می‌دهند که اغلب هزینه‌های بیمارستانی در آن‌ها خیلی بالا و خارج از حد توان پرداخت بیماران نیست. ممکن است در کشورهای دیگر مسایل و مشکلاتی که در تحقیق حاضر عمده‌تر می‌باشند رفع شده باشد و در نتیجه، نقش مسایل مالی در آن‌جا پررنگ‌تر باشد. همچنین انجام مطالعه در مراکز خصوصی و غیر دانشگاهی نیز برای تأیید این یافته‌ها توصیه می‌شود.

جدول ۳: ارتباط پزشک با بیمار در فرایند ترخیص با میل شخصی

سؤالات	پاسخ‌ها	بله	تا حدودی	خیر	به یاد ندارم/ بدون پاسخ	جمع
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
زمان کافی برای تفکر و طرح سؤال	۵۹ (۴۳/۷)	۴۳ (۳۱/۸)	۳۱ (۲۲/۹)	۲ (۱/۵)	۱۳۵ (۱۰۰)	
امکان تماس با پزشک یا همکاران	۵۶ (۴۱/۵)	۵۳ (۳۹/۲)	۲۵ (۱۸/۵)	۱ (۰/۷)	۱۳۵ (۱۰۰)	
دریافت پاسخ کامل سؤالات	۳۶ (۲۶/۷)	۶۲ (۴۵/۹)	۳۵ (۲۵/۹)	۲ (۱/۵)	۱۳۵ (۱۰۰)	
کافی بودن مدت زمان ارایه‌ی اطلاعات	۳۷ (۲۷/۴)	۶۶ (۴۸/۹)	۳۱ (۲۲/۹)	۱ (۰/۷)	۱۳۵ (۱۰۰)	
قابل فهم بودن توضیحات پزشک	۴۷ (۳۴/۸)	۶۰ (۴۴/۴)	۲۶ (۱۹/۲)	۲ (۱/۵)	۱۳۵ (۱۰۰)	
سؤال کردن پزشک از دلیل امتناع	۸۵ (۶۲/۹)	۱۲ (۸/۸)	۳۶ (۲۶/۷)	۲ (۱/۵)	۱۳۵ (۱۰۰)	
تلاش پزشک برای درک دلیل امتناع بیمار	۵۱ (۳۷/۸)	۳۸ (۲۸/۱)	۴۱ (۳۰/۴)	۵ (۳/۷)	۱۳۵ (۱۰۰)	
تلاش پزشک برای منصرف کردن بیمار از امتناع	۶۴ (۴۷/۴)	۹ (۶/۶)	۶۱ (۴۵/۲)	۱ (۰/۷)	۱۳۵ (۱۰۰)	
جمع	۴۳۵ (۴۰/۳)	۳۴۳ (۳۱/۷)	۲۸۶ (۲۶/۵)	۱۶ (۱/۵)	۱۰۸۰ (۱۰۰)	

درمان را به جای امتناع از درمان انتخاب کنند. نتایج به دست آمده نشان داد که ۷۹/۲ درصد امتناع کنندگان از درمان بیان کرده‌اند که فرم رضایت‌نامه‌ی ترخیص با میل شخصی به طور کامل و یا تا حدودی برای آنان قابل درک بوده است. بر اساس نتایج مطالعه‌ی Joffe و همکاران در ایالات متحده‌ی آمریکا میزان قابل درک بودن فرم رضایت‌نامه ۸۶ درصد بوده است (۳۴)، که با نتایج مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد. اما مطالعاتی نشان داده‌اند که در مواردی این فرم‌ها پیچیده‌اند و برای بیماران قابل درک نیستند (۳۵). طبق نتایج مطالعه‌ی حاضر ۴۰ درصد از بیماران عنوان کردند که محتویات فرم رضایت‌نامه برای آن‌ها تشریح نشده است. Gotay در مطالعه‌ی خود نشان داد که فرم رضایت‌نامه تنها برای ۶۸ درصد بیماران تشریح شده است (۳۵). مطالعاتی در ایران نشان داده است که به طور معمول، فرم‌های رضایت‌نامه برای بیماران توضیح داده نمی‌شود و به آن‌ها نیز فرصت کافی برای مطالعه‌ی این فرم‌ها داده نمی‌شود و بسیاری از بیماران (۶۷ درصد) نیز از این موضوع ناراضی هستند (۳۶، ۳۷). به طور کلی، استفاده از فرم‌های رضایت‌نامه‌ی با کیفیت‌تر و ساده‌تر، تشویق بیماران به خواندن دقیق فرم‌ها و تشریح دقیق محتوای فرم‌ها از راه‌کارهایی است که می‌تواند به بهبود کیفیت اخذ رضایت‌نامه‌ها کمک شایان توجهی نماید.

۷۲ درصد امتناع کنندگان از درمان، ارتباط پزشک را در فرایند ترخیص با رضایت شخصی مناسب یا به طور تقریبی مناسب قلمداد کرده‌اند. مطالعه‌ی دیگری نیز نشان داده است که کیفیت رابطه با بیماران در زمان اخذ رضایت‌نامه‌ها به طور معمول مطلوب است (۲۷). نتایج مطالعات دیگر نشان داده است که یکی از دلایل ترخیص بر خلاف دستور پزشک معالج، رابطه‌ی ضعیف بین پزشک و کادر درمانی با بیمار است (۳۸). با توجه به اهمیت ارتباط پزشک با بیمار در فرایند اخذ رضایت‌نامه، شایسته است پزشکان و کادر درمانی به ایجاد ارتباط بهتر با بیماران به خصوص جهت کاهش ترخیص با میل شخصی توجه نمایند.

بر اساس نتایج به دست آمده، در ۴۹ درصد موارد عدم رسیدگی مناسب به بیماران دلیل امتناع بیمار از درمان بوده است. نتایج مطالعه‌ی انجام شده در کانادا نشان داد که ۲۸ درصد ترخیص با میل شخصی به دلیل نارضایتی از درمان ارایه شده بوده است (۵). مطالعه‌ای در ایالات متحده‌ی آمریکا، نارضایتی از درمان (۱۵ درصد) را به عنوان اولین دلیل ترخیص با میل شخصی گزارش کرده است (۲۲). در قزوین، ۳۳ درصد بیماران نارضایتی از خدمات پزشکی را علل ترخیص با میل شخصی خود می‌دانستند (۳۳). در تهران نیز نارضایتی از خدمات، جزء مهم‌ترین علل انصراف از درمان بوده است (۲۸، ۱۷). این نتایج با مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد و نشان می‌دهد که سازمان‌های مراقبت بهداشتی باید بیش از پیش به مقوله‌ی کیفیت مراقبت توجه داشته باشند تا بتوانند میزان نارضایتی از درمان و امتناع از مراقبت به دلیل این نارضایتی را کاهش دهند.

طبق نتایج مطالعه، ۳۵/۴ درصد امتناع کنندگان از درمان بیان کرده‌اند که اطلاعات کافی در زمینه‌ی بیماری، درمان پیشنهادی، منافع و عوارض درمان، دلیل درمان انتخاب شده، سایر گزینه‌های درمانی، منافع و عوارض سایر گزینه‌های درمانی، پیامدهای ترخیص زود هنگام، پیگیری بعد از ترخیص، هزینه‌های احتمالی عدم درمان، حق امتناع از عمل و دارو درمانی به آن‌ها داده نشده است. مطالعه‌ی انجام شده در کاشان نشان داد که بیماران ارایه‌ی اطلاعات در مورد منافع درمان، عوارض درمان، سایر گزینه‌های درمانی، طول دوره‌ی بستری، پیگیری بعد از ترخیص و هزینه‌ی عمل را کافی ندانسته‌اند (۲۷). پزشکان قبل از ترخیص با رضایت شخصی باید اطمینان یابند که بیماران به خوبی از خطرات ترخیص با رضایت شخصی و منافع ادامه‌ی اقامت در بیمارستان و درمان آگاهی دارند (۲۴، ۳). می‌توان انتظار داشت با اطلاعاتی که پزشک در اختیار بیمار می‌گذارد، روند تصمیم‌گیری بیمار تغییر کند. با ارایه‌ی این اطلاعات، پزشک می‌تواند ترس و نگرانی بیمار از ادامه‌ی درمان را برطرف کند و بیمار را در این زمینه توجیه نماید. در این صورت، ممکن است بیماران ادامه‌ی

بیماران، نارضایتی از کیفیت خدمات ارائه شده، توصیه‌ی دوستان و خانواده به ترخیص با رضایت شخصی و قابل تحمل نبودن شرایط بیماری برای بیماران از مهم‌ترین دلایل ترخیص با میل شخصی بیماران بودند. اکثر بیماران معتقد بودند که در فرایند اخذ رضایت‌نامه‌ی ترخیص با رضایت شخصی، تعامل و ارتباط پزشک با آن‌ها مناسب بوده است. همچنین اکثر بیماران فرم ترخیص با رضایت شخصی را قابل درک دانستند و معتقد بودند در مورد بیماری، حق امتناع از درمان، حق امتناع از دارو درمانی، درمان پیشنهادی، عوارض درمان، پیگیری بعد از ترخیص و هزینه‌های احتمالی ناشی از عدم درمان، اطلاعات کافی به آن‌ها ارائه شده است. اکثر بیماران معتقد بودند که در رابطه با سایر گزینه‌های درمانی، منافع و عوارض سایر گزینه‌های درمانی اطلاعات کافی به آن‌ها ارائه نشده است. از این‌رو، لازم است سایر گزینه‌های درمانی به همراه منافع و عوارض هر یک و همچنین محتویات فرم رضایت‌نامه برای بیماران توضیح داده شود و پزشکان ضمن پی بردن به دلایل امتناع بیماران از درمان و درک این دلایل، جهت برطرف نمودن دلایل و تشویق بیمار به ادامه‌ی درمان بکوشند.

در مطالعه‌ی حاضر باید محدودیت‌هایی در نظر گرفته شود. از آن جایی که کسب رضایت‌نامه‌ها از بیماران روانپزشکی مستلزم شرایط و قوانین خاصی است، این بیماران وارد مطالعه نشدند. بنابراین مطالعه‌ی مستقل در مورد این بیماران توصیه می‌شود. در ضمن، به دلیل محدود بودن تعداد بیماران مشارکت‌کننده در تحقیق، امکان تحلیل داده‌ها به تفکیک گروه‌های مختلف (برای نمونه بر اساس بخش یا نوع درمان) وجود نداشت که در این خصوص انجام پژوهش‌های بیشتر ضروری است. همچنین این مطالعه تنها در بیمارستان‌های آموزشی کاشان انجام شد و بنابراین نتایج مطالعه ممکن است به سایر جوامع قابل تعمیم نباشد. همچنین طبق یافته‌ها، در مواردی افرادی که به لحاظ قانونی صلاحیت امضای فرم رضایت‌نامه را نداشتند، نسبت به این موضوع اقدام کرده بودند. مطالعات دیگری در ایران عدم رعایت این موضوع را نشان داده است (۳۶). از آن جا که هدف این مطالعه بررسی صلاحیت افراد در تصمیم‌گیری نبوده است، انجام مطالعات بیشتر در این زمینه توصیه می‌شود.

### نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این پژوهش، نداشتن شرایط روحی مناسب

### References

1. Opala JM, Sanbar SS. Informed consent and informed refusal in Oklahoma. *J Okla State Med Assoc* 2009; 102(3): 86-91.
2. Faden R, Faden A. False belief and the refusal of medical treatment. *J Med Ethics* 1977; 3(3): 133-6.
3. Gerbasi JB, Simon RI. Patients' rights and psychiatrists' duties: discharging patients against medical advice. *Harv Rev Psychiatry* 2003; 11(6): 333-43.
4. Moskop JC. Informed consent and refusal of treatment: challenges for emergency physicians. *Emerg Med Clin North Am* 2006; 24(3): 605-18.
5. Hwang SW, Li J, Gupta R, Chien V, Martin RE. What happens to patients who leave hospital against medical advice? *CMAJ* 2003; 168(4): 417-20.
6. Weingart SN, Davis RB, Phillips RS. Patients discharged against medical advice from a general medicine service. *J Gen Intern Med* 1998; 13(8): 568-71.
7. Ibekwe RC, Muoneke VU, Nnebe-Agumadu UH, Amadife MA. Factors influencing discharge against medical advice among paediatric patients in Abakaliki, Southeastern Nigeria. *J Trop Pediatr* 2009; 55(1): 39-41.
8. Ikefuna AN, Emodi IJ. An Assessment of Factors influencing Hospital Discharges Against Medical Advice of Paediatric Patients in Enugu: A Review of 67 Cases. *Nigerian Journal of Paediatrics* 2002; 29(1): 1-4.
9. Nasir AA, Babalola OM. Clinical spectrum of discharges against medical advice in a developing country. *Indian J Surg* 2008; 70(2): 68-72.
10. Okechukwu A. Discharge against medical advice in children at the University of Abuja Teaching Hospital,

- Gwagwalada, Nigeria. *Journal of Medicine and Medical Science* 2011; 2(7): 949-54.
11. Rangraz Jeddi F, Rangraz Jeddi M, Rezaeiimofrad M. Patients' Reasons for Discharge against Medical Advice in University Hospitals of Kashan University of Medical Sciences in 2008. *Hakim* 2010; 13(1): 33-9. [In Persian].
  12. Kabirzade A, Rezaade S, Mohseni Saravi B. Prevalence and causes of patient self discharge against medical advice in children of Boo-Ali Hospital in Sari in 2009. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2011; 2(4): 57-62. [In Persian].
  13. Eze B, Agu K, Nwosu J. Discharge against medical advice at a tertiary center in southeastern Nigeria: sociodemographic and clinical dimensions. *Patient Intelligence* 2010; 2: 27-31.
  14. Green P, Watts D, Poole S, Dhopes V. Why patients sign out against medical advice (AMA): factors motivating patients to sign out AMA. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2004; 30(2): 489-93.
  15. Onukwugha E, Saunders E, Mullins CD, Pradel FG, Zuckerman M, Weir MR. Reasons for discharges against medical advice: a qualitative study. *Qual Saf Health Care* 2010; 19(5): 420-4.
  16. Selbst SM. Leaving against medical advice. *Pediatr Emerg Care* 1986; 2(4): 266-8.
  17. Shirani F, Jalili M, Asl-E-Soleimani. Discharge against medical advice from emergency department: results from a tertiary care hospital in Tehran, Iran. *Eur J Emerg Med* 2010; 17(6): 318-21.
  18. Bramstedt KA, Nash PJ. When death is the outcome of informed refusal: dilemma of rejecting ventricular assist device therapy. *J Heart Lung Transplant* 2005; 24(2): 229-30.
  19. Alfandre DJ. "I'm going home": discharges against medical advice. *Mayo Clin Proc* 2009; 84(3): 255-60.
  20. Aliyu ZY. Discharge against medical advice: sociodemographic, clinical and financial perspectives. *Int J Clin Pract* 2002; 56(5): 325-7.
  21. Anis AH, Sun H, Guh DP, Palepu A, Schechter MT, O'Shaughnessy MV. Leaving hospital against medical advice among HIV-positive patients. *CMAJ* 2002; 167(6): 633-7.
  22. Baptist AP, Warriar I, Arora R, Ager J, Massanari RM. Hospitalized patients with asthma who leave against medical advice: characteristics, reasons, and outcomes. *J Allergy Clin Immunol* 2007; 119(4): 924-9.
  23. Choi M, Kim H, Qian H, Palepu A. Readmission rates of patients discharged against medical advice: a matched cohort study. *PLoS One* 2011; 6(9): e24459.
  24. Devitt PJ, Appelbaum PS, Dewan M. Does identifying a discharge as "against medical advice" confer legal protection? *J Fam Pract* 2000; 49(3): 224-7.
  25. Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatr Serv* 1997; 48(11): 1415-9.
  26. Simon JR. Refusal of care: the physician-patient relationship and decisionmaking capacity. *Ann Emerg Med* 2007; 50(4): 456-61.
  27. Sheikhtaheri A, Farzandipour M. Factors Associated with Quality of Informed Consent in Patients Admitted for Surgery: An Iranian Study. *AJOB Primary Research* 2010; 1(4): 9-16.
  28. Roodpeyma S, Eshagh Hoseyni SA. Discharge of children from hospital against medical advice. *World journal of pediatrics* 2010; 6(4): 353-6.
  29. Bhurgri H, Qidwai W. Awareness of the process of informed consent among family practice patients in Karachi. *J Pak Med Assoc* 2004; 54(7): 398-401.
  30. 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; 116(1170): U355.
  31. San JA, San JR, Zusa B, Zunzarren F, Luri T. [Aspects of pre-operational information of the patient in emergency surgery]. *An Sist Sanit Navar* 2000; 23(3): 509-16.
  32. Jeremiah J, O'Sullivan P, Stein MD. Who leaves against medical advice? *J Gen Intern Med* 1995; 10(7): 403-5.
  33. Vahdat SH, Hesam S, Mehrabian F. Effective factors on patient discharge with own agreement in selected Therapeutic Training Centers of Ghazvin Shahid Rajaei. *Journal of Community Nursing* 2011; 20(64): 47-52. [In Persian].
  34. 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.
  35. Gotay CC. Perceptions of informed consent by participants in a prostate cancer prevention study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2001; 10(10): 1097-9.
  36. Sheikhtaheri A, Farzandipour M. Informed Consent Process: Inpatients Competency and Admission Clerks' Performance in Teaching Hospitals in Kashan. *Health Inf Manage* 2009; 6(2): 96-104. [In Persian].
  37. Sheikhtaheri A, Farzandipour M, Sadughi F. Consumer's satisfaction with admission services in teaching hospitals affiliated to Kashan University of Medical Sciences 2006. *J Health Adm* 2007; 10(29): 15-24. [In Persian].
  38. Doescher MP, Saver BG, Franks P, Fiscella K. Racial and ethnic disparities in perceptions of physician style and trust. *Arch Fam Med* 2000; 9(10): 1156-63.



## Rate of Informed Decision-Making for Treatment Refusal in University Hospitals of Kashan, Iran\*

Mehrdad Farzandipour PhD<sup>1</sup>, Abbas Sheikhtaheri PhD<sup>2</sup>,  
Monireh Sadeqi Jabali MSc<sup>3</sup>

### Abstract

**Introduction:** Based on individual independence rights, patients can refrain from being treated or can voluntarily discontinue their treatment after receiving full information. This study aimed to review the reasons of treatment refusal and the status of informed refusals for patients.

**Methods:** This was a cross-sectional descriptive study. The study population included 135 patients who refused to be treated in university hospitals of Kashan (except for the Psychiatric ward) during summer 2010. Data were collected through a 35-item questionnaire by means of interviewing. The data were analyzed using SPSS software.

**Results:** The most important common reasons for treatment refusals were patients' inappropriate feelings for hospitalization continuation (83%), low quality of hospital services (49%) and receiving advices from their friends and families (35.5%). Providing information before signing the consent form (64.2%), understandability of the consent form (69.2%) and interaction between the patient and the physician (72%) were items with adequate or somewhat adequate status mentioned by the patients.

**Conclusion:** Improving status of hospitalization, mental condition, and patient tendency to be hospitalized and also promoting health quality can result in decreasing personal satisfaction for discharges against medical advices. To improve the status of informed refusals, more information about alternatives, their benefits and complications, and content of consent forms should be provided to patients. Physicians should understand patients' reasons to refuse treatment and try to eliminate obstacles and persuade them to continue their treatments.

**Keywords:** Patient Discharge; Consent Form; Informed Consent; Patient Rights

**Type of article:** Original Article

*Received: 28 Sep, 2011*

*Accepted: 29 Agu, 2012*

**Citation:** Farzandipour M, Sheikhtaheri A, Sadeqi Jabali M. **Rate of Informed Decision-Making for Treatment Refusal in University Hospitals of Kashan, Iran.** Health Information Management 2012; 9(5): 654.

\* This article was an independent research with no financial aid.

1- Associate Professor, Health Information Management, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

2- Assistant Professor, Health Information Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- MSc Student, Medical Records, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran (Corresponding Author)

Email: msadeqi2005@gmail.com