

بررسی میزان آگاهانه‌بودن رضایت کسب شده از بیماران تحت عمل جراحی زنان در یکی از بیمارستان‌های شیراز در سال ۱۳۹۳

حسین محمودیان^۱، حمیده برزگر^{۲*}

تاریخ انتشار: ۹۶/۱۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۳۰

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۶

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

بیماران حق دارند درباره‌ی مراقبت پزشکی خود تصمیم بگیرند؛ بنابراین باید تمامی اطلاعات مرتبط با تصمیم‌گیری در اختیارشان قرار گیرد. رضایت آگاهانه مبنای رابطه‌ی درمانی بیمار و جراح است و باعث برقراری اعتماد و پیشبرد مسئولیت مشترک برای تصمیم‌گیری می‌شود. لذا باید اطلاعات لازم و کافی درباره‌ی بیماری، روش‌های درمانی در دسترس، فواید و مضرات هر کدام در اختیار بیمار قرار گیرد تا بتواند تصمیم درستی اتخاذ کند. در این پژوهش توصیفی تحلیلی، دویست نفر از بیماران تحت عمل جراحی زنان در یکی از بیمارستان‌های شیراز در سال ۱۳۹۳ به صورت مقطعی مورد مطالعه قرار گرفتند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده شد؛ همچنین اعتبار علمی پرسشنامه با استفاده از روش روایی صوری و پایابی آن با استفاده از آزمون تعیین میزان پایابی نرم‌افزار spss ارزیابی شد. بررسی و تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار آماری spss ویراست ۱۶ انجام گرفت. بین سن، تأهل، شغل، محل سکونت، اورژانسی یا غیراورژانسی بودن عمل جراحی با میزان آگاهانه‌بودن رضایت، رابطه‌ی معنادار وجود نداشت. در بین گروه‌های مختلف تحصیلات ابتدایی و افراد تحصیل کرده با مدرک دیپلم و بالاتر تفاوتی معناداری دیده می‌شد. مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری بالینی ۵۷٪ بود. همچنین، اطلاعات بیمار درباره‌ی حقوق خود در بیمارستان و میزان خواندن فرم رضایت‌نامه در نامناسب‌ترین وضعیت قرار داشتند. یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده‌ی وضعیت نامناسب و میزان اندک آگاهانه‌بودن رضایت کسب شده از بیماران است.

واژگان کلیدی: اخلاق، اخلاق پزشکی، بیماران، رضایت، زنان

۱. مریم اخلاق پزشکی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

۲. دانشجوی تخصص کودکان، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.

*نویسنده‌ی مسؤول: شیراز، میدان نمازی، بیمارستان نمازی، دفتر گروه کودکان ، تلفن: ۰۹۱۷۳۳۶۸۷۲۵

ابتدا به خود جلب کرد و راهنمایی سازمان‌های حرفه‌ای، بیشتر بر آن تمرکز داشته‌اند. سه مفهوم کلیدی «رضایت»، «رازداری» و «حقیقت‌گویی» این رابطه را شکل می‌دهند (۲۰).

رضایت را می‌توان «اجازه‌دادن خودمختارانه به انجام یک مداخله‌ی پزشکی از سوی شخص بیمار» تعریف کرد. گرفتن رضایت فرآیندی است که باید در تمامی طول رابطه میان بالین‌گر و بیمار تداوم داشته باشد (۱۱ و ۱۲). رضایت آگاهانه از اساسی‌ترین مفاهیم مطرح در اخلاق پزشکی و حقوق بیمار در جهان است و تنظیم آگاهانه‌ی آن قبل از آغاز هر فعالیت تشخیصی و درمانی، به کسب نتایج مثبت اخلاقی و بالینی منجر می‌شود (۱۳ و ۱۴). در اخلاق و حقوق بر سر این موضوع اتفاق نظر فراگیری وجود دارد که بیماران حق دارند درباره‌ی مراقبت پزشکی خودشان تصمیم بگیرند و تمامی اطلاعات در دسترس مرتبط با آن تصمیم‌گیری به آنان داده شود (۱۵ و ۱۶). اعلام رضایت قبل از درمان از حقوق بدیهی و قانونی بیماران است (۱۶ و ۱۷). رضایت آگاهانه‌ی کامل، یک ایدئال اخلاقی است که در عمل کمتر محقق می‌شود؛ عدم قطعیت تشخیص، پیچیدگی اطلاعات پزشکی، تفاوت‌های زبانی و فرهنگی میان بالینی‌گران و بیماران، کار بیش از حد پرسنل پزشکی و موانع روان‌شناسختی در برابر تصمیم‌گیری منطقی از موانع تحقق این ایدئال اخلاقی هستند (۱۷ و ۱۸)؛ اما با توجه به اهمیت بنیادین اتونومی بیمار و احترام به شخص، این وضعیه‌ی اخلاقی بالینی‌گران است که بالاترین درجه‌ی از رضایت آگاهانه را که به طور منطقی می‌توان به آن رسید، در هر وضعیت خاص اخذ کنند (۱۹).

رضایت شامل «ارائه‌ی اطلاعات»، «ظرفیت» و «تصمیم‌گیری داوطلبانه» می‌شود. ارائه‌ی اطلاعات، در میان گذاشتن اطلاعات مرتبط توسط بالین‌گر و درک آن‌ها از سوی بیمار است. ارائه‌ی اطلاعات فرآیندی است که در طی آن

مقدمه

اخلاق و نحوه‌ی سلوک انسان با همنوعان خود در جامعه مهم‌ترین بحران زندگی اجتماعی انسان‌ها در دوران‌های مختلف تاریخ بشر بوده است. اخلاق شاخه‌ای از حکمت عملی است؛ حکمت عملی دانشی است که با بحث و گفت‌و‌گو درباره‌ی افعال اختیاری و تحت قدرت انسان، بیان می‌کند کدام فعل و عمل شایسته‌ی تحقق و انجام‌دادن است و کدام یک چنین شایستگی را ندارد (۲۱ و ۲۲).

اخلاق پزشکی از هر دو جنبه‌ی نظری و عملی ویژگی‌های خاص خود را دارد. در دهه‌ی اخیر، اخلاق پزشکی نوین تغییر و تحولات زیادی یافته و آن را از اخلاق پزشکی سنتی تمایز کرده است (۲۳ و ۲۴). اخلاق پزشکی نوین، اخلاقیات را به صورت کاربردی در حیطه‌ی عمل پزشکان و کادر پزشکی و در حوزه‌ی تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در طب وارد می‌کند (۲۵). اخلاق پزشکی نوین علمی است که موضوع آن بررسی مجموعه‌ی آداب و رفتار پسندیده یا ناپسندیدی است که صحابان مشاغل پزشکی باید رعایت نمایند و منطبق‌کننده‌ی روابط و رفتار صحابان مشاغل پزشکی با کلیات اخلاق است (۲۶)؛ بنابراین اخلاق پزشکی امروزه صرفاً بیان صفات اخلاقی پسندیده برای پزشکان یا نحوه‌ی برخورد پزشک با بیمار یا صرفاً تدوین یا تنظیم قوانین حرفه‌ای در باب رفتار، سلوک و آداب معاهشت پزشکان در حیطه‌ی طبابت یا بیان قواعد مذهبی یا احساسات بشری نیست (۲۷ و ۲۸).

نقش بالینی‌گران در مراقبت‌های مرتبط با سلامت، مراقبت از فرد بیمار، اقدامات سلامت عمومی، مدیریت خدمات سلامت و سیاست‌گذاری را شامل می‌شود. هر کدام از این نقش‌ها مستلزم تأملات اخلاقی‌اند (۲۸ و ۲۹). برای اغلب بالینی‌گران این رابطه با فرد فرد بیماران است که محور حرفه‌ای و اخلاقی کارشان را شکل می‌دهد (۲۷ و ۲۸). این رابطه هنگام پیدایش رشته‌ی اخلاق بالینی توجه اخلاق‌دانان را از

برقراری ارتباط متقابل و پیشبرد مستولیت مشترک برای تصمیم‌گیری می‌شود. آشکارسازی که از اجزای اساسی رضایت آگاهانه‌ی معتبر است، لزوم گفت و گوهای پیش از جراحی، بیان گزینه‌های درمانی در دسترس بیمار و پیامدهای مورد انتظار و خطرات و فواید هر کدام از گزینه‌ها را نشان می‌دهد (۶). هر کدام از گزینه‌ها باید از نظر سازگاری با نیازهای بیمار، ترجیحات او از حیث سبک زندگی و ارزش‌های او بررسی شوند (۱۹و۲۰).

پژوهش حاضر برای تعیین میزان آگاهانه بودن رضایت کسب شده از بیمارانی که تحت عمل جراحی زنان قرار گرفته‌اند، انجام گرفته است. اهمیتی که هر نوع جراحی، به خصوص جراحی زنان در زندگی بیمار دارد و از آن‌جاكه می‌تواند به‌شدت بر زندگی آینده‌ی فرد اثر بگذارد، سبب شد نگارندگان پژوهش حاضر این موضوع را برای مطالعه انتخاب کنند. میزان فهم و درک بیماران از اطلاعات ارائه شده به آن‌ها، میزان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های بالینی، میزان اطلاعات آنان در هنگام تصمیم‌گیری و در کل میزان آگاهانه بودن رضایت کسب شده از آن‌ها، با توزیع پرسشنامه‌ای بین بیماران تحت عمل جراحی زنان سنجیده شد؛ پرسشنامه‌ای که اعتبار آن قبل از توزیع، توسط استادان و صاحب‌نظران تأیید و پایایی آن با روش الگای کرونباخ سنجیده شده بود. از آن‌جاكه آگاهانه بودن رضایت برای عمل جراحی می‌تواند بیمار را با منافع و مضرات روش پیشنهادی و سایر روش‌های درمان جایگزین آشنا کند و سبب شود بیمار با تصمیم‌گیری بهتر، بتواند بهترین روش درمانی را برگزیند، در پایان این پژوهش پیشنهاداتی برای بهبود کیفیت اخذ رضایت آگاهانه و بالاتر بردن آگاهی بیماران ارائه می‌شود.

روش کار

نمونه‌ها از طریق نمونه‌گیری در دسترس یا آسان، از بین بیماران تحت عمل جراحی زنان، در یکی از بیمارستان‌های شیراز انتخاب شدند. پرسشنامه‌ها میان بیماران تحت عمل

پزشکان اطلاعاتی را درباره‌ی یک مداخله‌ی پزشکی یا درمان پیشنهادی در اختیار بیمار می‌گذارند. ظرفیت، به وجود مجموعه‌ای مشخص از «توانایی‌های عملکردی» گفته می‌شود که فرد برای گرفتن یک تصمیم خاص به داشتن آن‌ها نیاز دارد (۶و۱۷)؛ در واقع ظرفیت، توانایی بیمار را در درک اطلاعات و درک پیامدهای پیش‌بینی‌پذیر تصمیمی که می‌گیرد، نشان می‌دهد. تصمیم‌گیری داوطلبانه نیز، حق بیمار در تصمیم‌گیری آزادانه، بدون فشار، اجبار یا فریب است (۲و۳). ارائه‌ی اطلاعات در کنار ظرفیت، درک، تصمیم‌گیری داوطلبانه و رضایت اجزای اصلی رضایت آگاهانه را شکل می‌دهند. در محیط‌های درمانی، به دادن یا ندادن رضایت به انجام بررسی یا درمان، «تصمیم‌گیری کلیدی» گفته می‌شود (۱۷و۶).

جراح، پیش و پیش از همه با این معضل اخلاقی مواجه است که هر عمل جراحی پیش از آنکه بهبودی را به بیمار هدیه دهد، به او آسیب وارد می‌سازد. عوارض جانبی بعد از جراحی مثل درد، زخم و بهجاماندن اثر آن برای بیمار بسیار محتمل است و همه انتظار آن را دارند؛ بنابراین، علاقه‌ی جراحان به کم‌کردن آسیب به بیمار، در عین بیشترکردن اثر درمان‌کننده‌ی جراحی، ایشان را همواره در معرض پرسش‌ها و چالش‌های اخلاقی قرار می‌دهد (۱۸و۶).

گفت و گویی پیش از عمل، به بیمار و جراح این فرصت را می‌دهد که درباره‌ی گزینه‌های درمانی موجود بحث و مکالمه کنند و تصمیم بگیرند که کدام گزینه با نیازهای بیمار سازگارتر است. ارزش‌ها، باورها و ترجیحات بیمار، در این گفت و گویها نقشی تعیین‌کننده و بسزا دارد (۱۲و۳). برقراری ارتباط مؤثر، ارزیابی ظرفیت و آشکارسازی کافی، اصولی هستند که مبنای یک گفت و گویی موفق را شکل می‌دهند. بسیاری از این مقوله‌ها، زیر عنوان فرآگیرتر رضایت آگاهانه قرار می‌گیرند که موضوعی بنیادین در اخلاق جراحی است. در واقع رضایت آگاهانه مبنای رابطه‌ی درمانی بیمار و جراح است که باعث

بیماران ۸۵/۰ محسوبه و تأیید شده بود (۱۱). این پرسشنامه شامل سه قسمت است: قسمت اول مشخصات فردی بیمار شامل سن، وضعیت تأهل، شغل، میزان تحصیلات، محل سکونت و چگونگی بستری شدن او و هویت امضاکننده فرم رضایت‌نامه‌ی بیمار است؛ قسمت دوم دربردارنده شش پرسش با پاسخ بلی و خیر و قسمت سوم شامل نوزده پرسش با پاسخ خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم، بسیار کم و هیچ است. این پرسشنامه براساس مطالعات قبلی و برای بررسی میزان فهم و درک بیماران از اطلاعات ارائه شده به آنها، بررسی میزان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های بالینی و میزان آگاهی آنان در هنگام تصمیم‌گیری انتخاب و تهیه شده است. در این پرسشنامه که براساس طیف لیکرت تدوین شده، در نوزده پرسش، هیچ با ارزش صفر، بسیار کم با ارزش یک، کم با ارزش دو، متوسط با ارزش سه، زیاد با ارزش چهار، بسیار زیاد با ارزش پنج و شش سؤال دیگر با پاسخ بلی و خیر مطرح شده است (۱۱).

بعد از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات مهم با استفاده از نرم‌افزار آماری spss ویراست شانزدهم و براساس روش‌های آماری توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شده‌اند. در قسمت‌های آمار توصیفی از میانگین، درصد و انحراف معیار استفاده شده و به توصیف متغیرهای مختلف بررسی شده در پژوهش پرداخته شده است. با استفاده از آمار استنباطی و با به کارگیری روش‌های آماری آنالیز واریانس یک‌طرفه و تست تی مستقل، توکی و دو دنباله‌ی همبستگی سطح رضایت بیماران با متغیرهای مورد مطالعه بررسی شده است.

سؤالات پرسشنامه در این پژوهش برای سه هدف تعیین میزان فهم و درک بیماران از اطلاعات ارائه شده به آنها، تعیین میزان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های بالینی و تعیین میزان اطلاعات بیماران در هنگام تصمیم‌گیری و رضایت‌دادن بررسی شدند. پرسش‌های مربوط به هر هدف، توسط نرم‌افزار تجمعی و پاسخ هر هدف با استفاده از

جراحی در بخش توزیع شد. بیماران با میل خود پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند و در صورت عدم تمایل از طرح خارج شدند. علاوه‌بر این، قبل از اینکه شرکت‌کنندگان پاسخ‌گویی به پرسش‌ها را آغاز کنند، به آن‌ها اطمینان داده شد که پاسخ‌هایشان به سؤالات، تنها برای طرح تحقیقات پایان‌نامه‌ای به کار گرفته شده و نظرات بیان شده، کاملاً به صورت محترمانه حفظ می‌شود.

حجم نهایی نمونه با همکاری مشاور آمار، براساس مطالعات قبلی و در سطح معناداری پنج درصد، حداقل ۱۴۵ نفر برآورد گردید که ما در این پژوهش دویست بیمار را به عنوان نمونه‌ی آماری انتخاب کردیم. ملاک‌های ورود بیماران به طرح، ابتلا به بیماری زنانگی نیازمند به عمل جراحی و داشتن حداقل شش کلاس سواد بود. همچنین بیمارانی که به شرکت در طرح تمایل نداشتند یا مبتلایان به بیماری روانی یا آلزایمر از طرح خارج شدند.

نمونه‌گیری به صورت در دسترس یا آسان صورت گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها پرسشگر به یکی از بیمارستان‌های شیراز مراجعه کرد و در بخش جراحی زنان، به توزیع پرسشنامه بین افراد واجد شرایط پرداخت. بیماران با تمایل شخصی پرسشنامه را تکمیل کردند و برای بیمارانی که پس از عمل، قادر به تکمیل پرسشنامه نبودند سؤالات خوانده شد و پاسخ‌های آنان در پرسشنامه درج شد.

این مطالعه به صورت میدانی و با توزیع پرسشنامه میان بیماران واجد شرایط انجام گرفت؛ پرسشنامه‌ای که روایی آن به تأیید استادان و صاحب‌نظران علم اخلاق پزشکی رسیده و پایایی آن نیز در پژوهشی با عنوان «بررسی میزان آگاهانه‌بودن رضایت کسب شده از بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران» (۱۳۸۷) اثبات شده بود. در پژوهش نامبرده، پس از توزیع پرسشنامه میان بیماران و ارائه‌ی اطلاعات آن به برنامه‌ی spss و محسوبه‌ی آن با روش آلفای کرونباخ، میزان آگاهانه‌بودن رضایت کسب شده از

ارتباط معنادار وجود ندارد ($P\text{ value} = 0.005$).

نتایج آزمون توکی نشان داد که میزان همبستگی سطح رضایت بیماران در مقایسه افراد دارای تحصیلات ابتدایی و افراد دارای مدرک دبیلم و فوق دبیلم به طور شایان توجهی معنی دار شده است ($P\text{ value}=0.000$); اما مقایسه سایر افراد با یکدیگر در این زمینه معنی دار نشده است ($P\text{ value}>0.05$). برای بررسی همبستگی میزان آگاهانه بودن رضایت بیماران با وضعیت تأهل آنان، از آزمون تی مستقل استفاده شد؛ براساس نتایج آن، بین وضعیت تأهل و آگاهانه بودن رضایت ارتباط معناداری وجود نداشت ($P\text{ value}>0.05$). به منظور بررسی ارتباط میان شغل بیمار و آگاهانه بودن رضایت او از آزمون یک طرفه‌ی آنوا استفاده و روشن شد، بین گروه‌های شغلی مختلف تفاوت معناداری وجود نداشت ($P\text{ value}>0.05$).

بررسی ارتباط بین محل سکونت بیماران و میزان آگاهانه بودن رضایت آنان، براساس آزمون یک طرفه‌ی آنوا بین نشان داد بین این دو مؤلفه ارتباط معناداری وجود ندارد ($P\text{ value}>0.05$). بررسی ارتباط بین آگاهانه بودن رضایت کسب شده و اورژانسی یا غیراورژانسی بودن عمل جراحی با استفاده از آزمون تی مستقل نیز نشانگر نبود ارتباط معنی دار میان این دو بود ($P\text{ value}>0.05$).

وضعیت پاسخ‌دهی بیماران به سوالات قسمت دوم پرسش‌نامه به تفکیک هر سؤال

۱۹۸ نفر از افراد (۹۹٪) دوست داشتند پیش‌شک به طور کامل درباره‌ی بیماری و روش درمان آن به آن‌ها توضیح دهد؛ تنها ۳۷ نفر (۱٪) به دانستن این اطلاعات علاقه‌ای نداشتند. ۷۱ نفر از بیماران (۵٪/۳۵٪) می‌دانستند که پس از عمل جراحی چه کسی مسئول عواقب و نتایج آن خواهد بود و ۱۲۹ نفر (۵٪/۶۴٪) از این موضوع بی‌اطلاع بودند. ۸۸ نفر از بیماران (۴٪/۴۴٪) می‌دانستند که حق رد کردن روش درمانی تجویز شده از طرف کادر درمانی را دارند و ۱۱۲ نفر (۵٪/۵۶٪) در این باره اطلاعی نداشتند. ۱۴۱ نفر از بیماران (۵٪/۷۰٪) اظهار داشته‌اند

مشخصه‌ی آماری میانگین به دست آمد. در نهایت برای تعیین وضعیت هر هدف، از مقایسه‌ی نمره‌ی میانگین با شاخص ترتیبی که در ادامه آمده است استفاده شد: صفر تا یک؛ بسیار نامناسب، یک تا دو؛ نامناسب، دو تا سه؛ متوسط، سه تا چهار؛ مناسب و چهار تا پنج؛ بسیار مناسب. در نهایت این سه هدف فرعی نیز تجمعی شد تا پاسخ هدف اصلی پژوهش، یعنی میزان آگاهانه بودن رضایت کسب شده از بیماران مشخص شود.

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک

در این مطالعه، دویست نفر از افراد واجد شرایط پرسش‌نامه را تکمیل کردند. سن پاسخ‌دهندگان از ۱۷ تا ۶۵ سال متغیر بود و میانگین سنی افراد شرکت‌کننده ۲۲۳۳ سال بود. ده نفر از افراد شرکت‌کننده (۵٪) مجرد و ۱۹۰ نفر (۹۵٪) متاهل بودند. همچنین از میان شرکت‌کنندگان، ۱۷۳ نفر (۸۶٪/۵) خانه‌دار، ۱۰ نفر (۵٪) کارمند و ۱۷ نفر (۵٪/۸) به حرفة‌های دیگر مشغول بودند. از نظر تحصیلات ۵۵ نفر (۵٪/۲۷٪) دارای مدرک ابتدایی، ۵۷ نفر (۵٪/۲۸٪) دارای مدرک سیکل، ۵۵ نفر (۵٪/۲۷٪) دارای مدرک دبیلم و ۳۳ نفر (۵٪/۱۶٪) دارای مدرک فوق‌دبیلم و بالاتر بودند. افزون‌براین، ۹۵ نفر (۵٪/۴۷٪) در مرکز استان و ۷۰ نفر (۳۵٪) در شهرستان و ۳۵ نفر (۵٪/۱۷٪) در روستا زندگی می‌کردند. از میان این بیماران، ۱۲۸ نفر (۶۴٪) عمل غیراورژانسی و ۷۲ نفر (۳۶٪) عمل اورژانسی داشته‌اند. امضای فرم رضایت‌نامه‌ی ۱۲ بیمار (۶٪) توسط خود فرد، ۱۶۸ بیمار (۸۴٪) توسط همسر، ۱۱ بیمار (۵٪/۵) توسط پدر و ۹ نفر (۵٪/۴) توسط سایر افراد صورت گرفته بود.

در این پژوهش میزان همبستگی آگاهانه بودن رضایت بیماران و فاکتورهای مورد مطالعه مانند سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، محل سکونت، نوع جراحی (اورژانسی یا غیراورژانسی بودن جراحی) بررسی شد. با استفاده از آزمون دو دنباله مشخص شد بین سن و میزان آگاهانه بودن رضایت،

وضعیت پاسخ‌دهی بیماران به سؤالات قسمت سوم پرسشنامه به تفکیک هر سؤال

نتایج به دست آمده از پاسخ بیماران به پرسش‌های قسمت سوم پرسشنامه در جدول شماره‌ی ۱ آورده شده است. برای بررسی میانگین پاسخ به هر سؤال از قسمت سوم پرسشنامه، پاسخ هیچ با ارزش صفر، خیلی کم با ارزش یک، کم با ارزش دو، متوسط با ارزش سه، زیاد با ارزش چهار و خیلی زیاد با ارزش پنج در نظر گرفته شده است. همچنین در انتهای کار، برای تفسیر نتایج، وضعیت پاسخ به سؤالات بدین‌گونه مشخص می‌شود: صفر تا یک: بسیار نامناسب، یک تا دو: نامناسب، دو تا سه: متوسط، سه تا چهار: مناسب و چهار تا پنج: بسیار مناسب.

که برای انتخاب روش درمانی خود آزاد و راحت بوده‌اند؛ اما ۵۹ نفر (۵٪/۲۹) این طور ابراز کرده‌اند که برای انتخاب روش درمانی خود آزاد و راحت نبوده‌اند. پاسخ ۱۱۴ نفر (۵۷٪) به این پرسش که آیا پزشک از شما خواست تا در مراحل مختلف تصمیم‌گیری درمان، با او مشارکت و همکاری کنید؟ مثبت و پاسخ ۸۶ نفر (۴۳٪) منفی بود. ۸۷ نفر از بیماران (۵٪/۴۳) از عواقب و نتایج نپذیرفتن درمان پیشنهادی پزشک اطلاع داشتند؛ اما ۱۱۳ نفر (۵٪/۵۶) مطلع نبودند.

جدول شماره‌ی ۱- وضعیت پاسخ‌دهی بیماران به سؤالات قسمت سوم پرسشنامه به تفکیک هر سؤال

سؤال	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	هیچ	میانگین
قبل از امضای فرم رضایت‌نامه چه مقدار از فرم را خوانده‌اید؟	۹٪/۱۸	۱۱	۱۹	۱۰	(۵٪/۴۹)	(۵٪/۶۶)	۱۳۳
بعد از خواندن متن رضایت‌نامه چه میزان از محتوای آن را فهمیدید؟	۱۴	۱۶	۲۹	۷	(۵٪/۳۷)	(۶۴٪/۱۲۸)	۲۰/۱
پزشک هنگام صحبت‌کردن با شما چقدر از لغات نامفهوم (مثلاً کلمات انگلیسی) استفاده می‌کرد؟	۱۲	۳۰	۲۱	۳۵	(۵٪/۱۷)	(۱۳٪/۲۶)	۷۰/۱
در کل چه مقدار از صحبت‌های پزشک خود را درباره‌ی بیماری‌تان و روش درمانی آن متوجه شدید؟	۵۴	۴۱	۵۰	۳۴	(۱۷٪/۱۵)	(۵٪/۷)	۳۴/۳
چه میزان از صحبت‌های پزشک خود را درباره بیماری‌تان و روش درمانی آن به یاد می‌آورید؟	۶۴	۳۱	۱۵	۴۸	(۲۴٪/۱۰)	(۵٪/۴)	۳۲/۳
قبل از بستری شدن چه مقدار درباره‌ی هزینه درمانتان می‌دانستید؟	۲۵	۲۱	۲۱	۱۴	(۷٪/۷)	(۵٪/۱۱۲)	۵۴/۱
میزان پاسخ‌گویی پزشک به سؤالات شما درباره‌ی بیماری و روش درمان آن چقدر بود؟	۵۳	۵۲	۳۹	۳۵	(۵٪/۱۷)	(۴٪/۸)	۳۴/۳
چقدر درباره‌ی حق و حقوق خود در بیمارستان اطلاع دارید؟	۵	۱۰	۲۲	۳۲	(۱۶٪/۲۲)	(۱۱٪/۲۲)	۰۸/۱
چقدر درباره‌ی بیماری‌تان اطلاع دارید؟	۲۴	۵۰	۵۷	۲۸	(۱۴٪/۲۸)	(۹٪/۱۸)	۸۲/۲
اطلاعات شما درباره‌ی روشی که برای درمانتان به کار گرفته شده (یا به کار گرفته خواهد شد)	۱۱	۲۹	۵۳	۴۶	(۲۳٪/۴۷)	(۷٪/۱۴)	۱۸/۲

سؤال	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	هیچ	میانگین
چقدر است؟							
۱۷/۱	(۵۷٪) ۱۱۴	(۵٪/۸) ۱۷	(۹٪) ۱۸	(۱۵٪) ۳۰	(۷٪) ۱۴	(۵٪/۳) ۷	چقدر درباره داروهایی که مصرف می کنید و عوارض آنها می دانید؟
۶۵/۱	(۳۸٪) ۷۶	(۷٪) ۱۴	(۵٪/۲۳) ۴۷	(۵٪/۱۷) ۳۵	(۵٪/۱۱) ۲۳	(۵٪/۲) ۵	چقدر درباره نتیجه هی روش درمانی تان اطلاع دارید؟
۷۶/۱	(۵٪/۳۵) ۶۷	(۱۰٪) ۲۰	(۲۲٪) ۴۴	(۵٪/۱۸) ۳۷	(۵٪/۱۳) ۲۷	(۵٪/۲) ۵	چقدر درباره میزان موفقیت و شکست روش درمانتان می دانید؟
۴۲/۱	(۴۷٪) ۹۴	(۹٪) ۱۸	(۱۶٪) ۳۲	(۱۵٪) ۳۰	(۹٪) ۱۸	(۴٪) ۸	چقدر درباره عوارض احتمالی عمل جراحی تان اطلاع دارید؟
۱۸/۲	(۵٪/۲۰) ۴۱	۲۵ (۵٪/۱۲)	(۵٪/۲۲) ۴۵	(۲۲٪) ۴۴	(۵٪/۱۷) ۳۵	(۵٪) ۱۰	چقدر درباره کادر درمانی به ویژه پزشکتان اطلاع دارید؟
۴۰/۱	(۵٪/۴۷) ۹۵	(۸٪) ۱۶	(۵٪/۱۴) ۲۹	(۵٪/۱۹) ۳۸	(۵٪/۹) ۱۹	(۵٪/۱) ۳	چقدر درباره سایر روش های درمان بیماری تان اطلاع دارید؟
۴۶/۱	(۵٪/۵۱) ۱۰۳	(۵٪/۸) ۱۷	(۵٪/۱۳) ۲۷	(۸٪) ۱۶	(۵٪/۶) ۱۳	(۱۲٪) ۲۴	هنگام دادن رضایت چقدر درد داشتید؟
۲۰/۳	(۲۰٪) ۴۰	(۳٪) ۶	(۱۴٪) ۲۸	(۵٪/۵) ۱۱	(۱۵٪) ۳۰	(۵٪/۴۲) ۸۵	هنگام دادن رضایت چقدر ترس و اضطراب داشتید؟
۸۲/۴	(۵٪/۰) ۱	۰	(۱٪) ۲	(۴٪) ۸	(۵٪/۴) ۹	(۹۰٪) ۱۹۰	هوشیاری شما هنگام رضایت دادن به چه میزان بود؟

نتیجه گیری

هدف از انجام دادن این پژوهش، بررسی سه موضوع میزان مشارکت بیماران در تصمیم گیری بالینی، میزان فهم و درک بیماران از اطلاعات ارائه شده به آنها و میزان اطلاعات بیماران در هنگام تصمیم گیری بالینی بود. در این پژوهش بین سن، تأهل، شغل، محل سکونت، اورژانسی یا غیر اورژانسی بودن عمل جراحی با میزان آگاهانه بودن رضایت، رابطه‌ی معنادار وجود نداشت. در مطالعه‌ای هم که عباس شیخ‌طاہری و همکارانش با عنوان «عوامل مرتبط با کیفیت اخذ رضایت آگاهانه در بیماران بستری تحت عمل جراحی» در سال ۱۳۸۶ در بیمارستان‌های شهر کاشان انجام داده‌اند، بین هیچ یک از عوامل مورد مطالعه (ارائه اطلاعات، داوطلبانه بودن، قابل درک بودن فرم و تعامل پزشک و بیمار) با متغیرهای سن، وضع تأهل، شخص رضایت‌دهنده و فاصله‌ی زمانی ارائه اطلاعات ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (۲۰).

بررسی میزان فهم و درک بیماران از اطلاعات ارائه شده به آنها

پاسخ سوالات ۷، ۸ و ۱۰ برای بررسی میزان فهم و درک بیماران از اطلاعات ارائه شده به آنها در نرم افزار، تجمعی شد (نک: جدول شماره ۲)؛ همچنین میانگین پاسخ به این سوالات ۸۳/۱ محاسبه گردید. افزون براین، میانگین پاسخ به سوالات ۱۱ تا ۲۲ برای بررسی وضعیت اطلاعات بیماران، هنگام تصمیم گیری و رضایت دادن محاسبه شد $\text{mean} = ۹۸/۱$.

جدول شماره ۲ - میزان فهم و درک بیماران از اطلاعات ارائه شده به آنها

وضعیت	تعداد	درصد
۰-۱	۵۰	۲۵
۱-۲	۸۷	۵/۴۳
۲-۳	۳۱	۵/۱۵
۳-۴	۲۷	۵/۱۳
۴-۵	۵	۵/۲

پژوهش حاضر دست یافته‌اند و میزان درک‌پذیربودن رضایت‌نامه‌ها را ضعیف گزارش کرده‌اند (۲۲). همچنین در پژوهشی که با هدف بررسی کیفیت اخذ رضایت آگاهانه در سه بیمارستان آموزشی درمانی کاشان در سال ۱۳۸۷ انجام شده، اکثر رضایت‌دهندگان بیان داده‌اند که فهم و درک فرم رضایت‌نامه برای آن‌ها دشوار و ناممکن بوده است (۲۳).

میزان اطلاعات بیماران هنگام تصمیم‌گیری و رضایت‌دادن، در ۳۵٪ از بیماران در وضعیت نامناسب و در ۳۶٪ از آنان در وضعیت متوسط قرار داشت. در کل با توجه به میانگین به‌دست‌آمده، می‌توان گفت میزان اطلاعات بیماران زمان تصمیم‌گیری در وضعیت نامناسب قرار داشت. در پژوهشی که مسعود جاوید و همکاران در پاکستان انجام داده‌اند مشخص شد که اطلاعات بیماران دربارهٔ جراحی نامطلوب و ناکافی است (۱۵).

در بین سوالات قسمت سوم پرسش‌نامه، میزان پاسخ‌گویی پژوهشک به سوالات بیمار، میزان فهم بیمار از صحبت‌های پژوهشک دربارهٔ بیماری و روش درمان آن و میزان به یاد آوردن این صحبت‌ها در وضعیت مناسب قرار داشتن. اطلاعات بیمار دربارهٔ بیماری، روش درمانی و کادر درمانی به‌ویژه پژوهشک متوسط بود. میزان آگاهی بیمار از هزینه‌ی بستری، حق و حقوقش در بیمارستان، داروها و عوارض آن‌ها، میزان موفقیت و شکست روش درمانی، نتیجه‌ی روش درمان، عوارض عمل جراحی، سایر روش‌های درمانی و میزان فهم بیمار از محتوای رضایت‌نامه در وضعیت نامناسب قرار داشت. در پژوهشی که دربارهٔ رضایت آگاهانهٔ بیماران جراحی‌شده در بیمارستان «آکلن» انجام شده، ۴۷٪ از بیماران معتقد بودند راجع به عوارض و ریسک عمل جراحی، به آن‌ها اطلاعات کافی داده شده است. ۲۳٪ به خاطر نمی‌آوردن چیزی دربارهٔ عوارض و ریسک عمل به آن‌ها گفته شده باشد و ۴۸٪ نمی‌توانستند یک ریسک جراحی را بیان کنند؛ اما ۸۸٪ قادر بودند عواقب انجام‌دادن عمل جراحی را بیان کنند.

افراد دارای تحصیلات ابتدایی، نسبت به گروه‌های تحصیلی دیپلم، فوق دیپلم و بالاتر، در پاسخ به پرسش‌ها تفاوت معناداری داشتند؛ اما بین سایر گروه‌های تحصیلی تفاوت معنادار وجود نداشت. نتایج پژوهش می‌لاد امینی و همکاران با عنوان «بررسی میزان آگاهانه‌بودن رضایت کسب شده از بیماران بستری در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۷»، نشان‌دهنده‌ی این است که میزان تحصیلات بیماران بر رضایت آگاهانه‌ی آنان اثرگذار است (۲۱). ارتباط میان این دو عامل به گونه‌ای است که با افزایش سطح تحصیلات بیماران، میزان آگاهانه‌بودن رضایت کسب شده از آن‌ها بیشتر و نافذتر می‌شود. 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 گروه‌های بی‌سواد و سیکل و دیپلم و فوق دیپلم در وضعیت نامطلوب قرار داشتند.

براساس نتایج این پژوهش، میزان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری بالینی ۵۷٪ بوده است. پژوهش امینی و همکاران نیز میزان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های بالینی در حد متوسط اعلام شده است؛ به بیان دیگر ۵۳٪/۲٪ از بیماران اظهار کرده‌اند که هیچ گونه مشارکتی در تصمیم‌گیری‌ها نداشته‌اند (۲۱).

بنا بر یافته‌های پژوهش حاضر، فهم و درک بیماران از اطلاعات ارائه‌شده به آن‌ها در وضعیت نامناسب قرار داشت؛ به‌طوری‌که تنها ۵٪/۲ در وضعیت بسیار مناسب و ۵٪/۴۳ در وضعیت نامناسب قرار داشتند. میانگین پاسخ به سوالات مربوط به این قسمت نشان‌دهنده‌ی وضعیت نامناسب میزان فهم و درک بیماران از اطلاعات ارائه‌شده به آن‌ها بود. نداشتن میرباقر آجرپیز و همکارانش نیز در مطالعه‌ای با عنوان «میزان آگاهانه‌بودن و کیفیت اخذ رضایت‌نامه در بیماران بستری تحت عمل جراحی در بیمارستان‌های منتخب شهر اصفهان» که در سال ۱۳۸۸ انجام داده‌اند، به نتایجی مشابه یافته‌های

پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

- بیمار نسبت به حق و حقوق خود آگاهی کافی یابد؛ رسانه‌ها می‌توانند در این زمینه کمک‌کننده باشند و افراد را به دانستن درباره بیماری و درمان تشویق کنند. بدین ترتیب افراد با اشتیاق بیشتری سوالات خود را درباره بیماری و درمان مطرح می‌کنند.
- به تمامی بیماران بستری، در بلو ورود به بیمارستان، بروشورهایی درباره حق و حقوق بیماران در بیمارستان داده شود.
- امضا فرم رضایت‌نامه تا حد ممکن توسط شخص بیمار و پس از ارائه اطلاعات لازم و کافی به او و نزد پزشک صورت پذیرد.
- پزشک با توجه به تحصیلات و درک بیمار، توضیحات لازم را به زبانی ساده و فهمیدنی به بیمار ارائه دهد و بیمار را از بیماری، روش‌های درمان، منافع و مضرات هر روش آگاه کند؛ همچنین به بیمار اجازه داده شود روش نهایی درمان را خود انتخاب کند.
- به سوالات بیمار تا حد امکان پاسخ کامل داده شود تا بهتر و بیشتر بتوانند در تصمیم‌گیری درباره درمان مشارکت کند. در صورت امکان در ویزیت قبل از جراحی، وقت بیشتری برای توضیح به بیمار و پاسخ به سوالات او اختصاص داده شود. افزونبراین، درباره مدت بستری، در همان ویزیت به بیمار توضیح داده شود.
- قبل از جراحی، بروشورهایی درباره بیماری و روش‌های درمان آن، در اختیار بیمار گذاشته شود.
- بروشورهایی حاوی اطلاعات درباره داروها و عوارض شایع آن‌ها تهیه و در اختیار بیماران گذاشته شود.
- سیده‌های آموزشی و فیلم‌های ویدئویی درباره بیماری و روش‌های درمان آن در اختیار بیماران گذاشته شود.
- در بیمارستان‌ها کارشناسانی برای توضیحات بیشتر درباره بیماری و پاسخ به سوالات بیماران، در دسترس باشند.

همچنین ۷۹٪ از بیماران بیان داشتند که راجع به روش جایگزین با آن‌ها صحبتی نشده است (۷). نتایج پژوهش آدیسا^۱ و همکاران در نیجریه نشان داد اکثر بیماران تشخیص بیماری را می‌دانستند. ۸۵٪ از آن‌ها از روش درمان جراحی نیز آگاهی داشتند؛ اما تنها ۲۶٪ آنان از روش‌های جایگزین اطلاع داشتند. همچنین ۳۶٪ از بیماران حداقل یک عارضه و پیامد جراحی را می‌دانستند (۲۴). میلاد امینی و همکاران نیز در پژوهشی که در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۷ انجام داده‌اند، به نتایجی مشابه با تحقیق حاضر دست یافته‌اند؛ بنابر یافته‌های آنان، میزان درک کلی بیمار از صحبت‌های پزشک درباره بیماری و روش درمان آن و میزان پاسخ‌گویی پزشک به سوالات بیمار درباره بیماری و روش درمان آن در بهترین وضعیت قرار داشت. در مقابل، میزان آگاهی بیمار از هزینه‌های درمانی و عوارض احتمالی روش درمانی در نامناسب‌ترین وضعیت بود (۲۱).

محدودیت‌های مطالعه

در این پژوهش، تنها بخشی از عوامل مرتبط با رضایت آگاهانه بررسی شد. همچنین بیماران منتخب، بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان آموزشی درمانی بودند؛ معمولاً بیماران مراجعه‌کننده به این مراکز، نسبت به مراجعه‌کنندگان به مراکز خصوصی، سطح اجتماعی اقتصادی پایین‌تری دارند؛ لذا این نتایج را نمی‌توان به همه‌ی اشاره جامعه تعمیم داد. افزونبراین، برخی بیماران پس از جراحی، به علت عوارض پس از عمل مانند درد، به شرکت‌کردن در طرح و تکمیل پرسشنامه تمایلی نداشتند.

پیشنهادها

رضایت آگاهانه از مباحث مهم اخلاق پزشکی و یکی از حقوق مهم بیماران است که در روند درمان آنان، آثار بسیار مثبت و انکارناشدنی دارد؛ لذا بهمنظور آگاهانه‌تر بودن این امر

1. Adisa

- فرم رضایت آگاهانه شامل توضیحی راجع به بیماری، روش‌های درمان، عوارض و منافع آنها باشد. متأسفانه در حال حاضر اکثر بیماران تنها عوارض کلی مربوط به جراحی را در فرم رضایت‌نامه می‌نویسند.
- امضاکننده‌ی فرم حتماً شخص بیمار (به جز در موارد استثنای که در قانون آمده است) باشد و رضایت را با آگاهی کامل از او کسب کنند.
- از رسانه‌ها برای آگاهی بخشی بیشتر به مردم استفاده شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله مربوط به پایان نامه‌ای با کد ۹۱-۰۱-۰۱-۴۷۴۳ در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز است.

منابع

- 1- Khodadoost K, Hosseini ST, Mohjal shoja MA. Medical ethics and its importance in ancient Iran and Islam. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine.* 2010; 3(5): 11-1. [in Persian]
- 2- Javadi Kermani M. [Tarikhche va Koliat Akhlagh Pezeshki va Mabani Akhlagh Pezeshki]. Tehran: Markaz Motaleat va Tarikh Akhlagh Pezeshki; 1994. [in Persian]
- 3- Larigani B. [Pezeshk va Molaeze Akhlaghi]. Tehran: Baraye Farda; 2009, V1. [in Persian]
- 4- Zahedi F, Larijani B. Truth telling across cultures: Islamic perspectives. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine.* 2010; 3(2): 1-11. [in Persian]
- 5- Khazaei T, Khazaei T, Hedayate H, Baratzade Z. A Study on the level of awareness in Consents obtained from Patients Undergoing Surgery at the Medical University of Birjand. *Medical Ethics Journal.* 2016; 6(21): 169-185. [in Persian]
- 6- Larigani B. [Pezeshk va Molaeze Akhlaghi]. Tehran: Baraye Farda; 2009, V2. [in Persian]
- 7- McKeague M, Windsor J. Patients' perception of the adequacy of informed consent: A pilot study of elective general surgical patients in Auckland. *The New Zealand Medical Journal.* 2003; 116(1170): U355.
- 8- Ogundiran TO, Adebamowo CA. Surgeons' opinions and practice of informed consent in Nigeria. *Journal of Medical Ethics.* 2010; 36(12): 741-745.
- 9- Akkad A, Jackson C, Kenyon S, Dixon-Woods M, Taub N, Habiba M. Patients' perceptions of written consent: Questionnaire study. *British Medical Journal.* 2006; 333(7567): 528.
- 10- Nematollahi M, Sakhdari A. Amount of obtained informed consent from the Hospitalized patient to selected hospitals in Shiraz city. *Health Information Management.* 2015; 11(6): 689-698. [in Persian]
- 11- Lotfi E. From Informed Consent to Knowingly Choosing: A Study on the Commitment to Information Delivery in Physician- Patient Relationship. *Iranian Journal of Medical Law.* 2010; 3(11): 39-73.[in Persian]
- 12- Joodaki B, Khaleghi A. Patient's consent, legal conditions and their criminal protection. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine.* 2012; 5(6): 14-26.[in Persian]
- 13- Jersi M. Informed consent in pediatric medicine from an Islamic view point. *Ethics in science and technology.* 2007; 1(1): 41-47. [in Persian]
- 14- Bottrell MM, Alpert H, Fischbach RL, Emanuel LL. Hospital informed consent for procedure forms: Facilitating quality patient-physician interaction. *Archives of Surgery.* 2000; 135(1): 26-33.
- 15- Jawaid M, Farhan M, Masood Z, Husnain S. Preoperative informed consent: is it truly informed?. *Iranian Journal of Public Health.* 2012; 41(9): 25-30.
- 16- Mobasher M, Mahdavinia J, Zendehdel K. A review of modifications to the Declaration of Helsinki and differences between the 2004 and 2008 versions. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine.* 2012; 5: 40-50. [in Persian]
- 17- Ghaderi A, Malek F. Principles of informed consent in medicine. *koomesh.* 2014; 15(2) :133-137. [in Persian]
- 18- Habiba M, Jackson C, Akkad A, Kenyon S, Dixon-Woods M. Women's accounts of consenting to surgery: Is consent a quality problem?. *Quality and Safety in Health Care.* 2004; 13(6): 422-427.
- 19- Vollmann J, Winau R. Informed consent in human experimentation before the Nuremberg code. *British Medical Journal.* 1996; 313(7070): 1445-1449.
- 20- 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 Research Journal.* 2010; 12(4): 33-41. [in Persian]

- 21- Amini m, Moosavi SM, Mohammadnejad SM. The informatory of the inpatients' informed consent: A survey in selected hospitals. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2009; 2(3): 61-70. [in Persian]
- 22- Mirbagher Ajorpaz N, Heidari S, Ranjbar N, Afshar M. Assessment Rate of Being Conscious and Quality of Informed Consent Process in Inpatients Undergoing Surgery in Selected Hospitals of Isfahan in 2009. Qom University of Medical Sciences Journal. 2011; 5(S1): 53-60. [in persian]
- 23- 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 Research Journal. 2010; 12(4): 33-41. [in Persian]
- 24- Adisa A, Onakpoya U, Oladele A, Lawal O. Informed consent in surgery: An audit of practice in Ile-Ife, Nigeria. Nigerian Journal of Clinical Practice. 2008; 11(3): 206-210.

Evaluation of obtained informed consents from patients undergoing gynecological surgery in a hospital in shiraz during 2014

Hossein Mahmoodian¹, Hamide Barzegar^{*2}

¹ Instructor of medical education, Medical school, Shiraz University of Medical Science, Shiraz, Iran

²Pediatric resident, Medical school, Shiraz University of Medical Science, Shiraz, Iran

Abstract

Patients have the right to make decision about their medical care. Thus, all the available information regarding decision-making should be provided for them. In surgical context, informed consent is essential for therapeutic relationship between patient and surgeon and sustains mutual trust and shared responsibility for decision making. Thus before surgery, the surgeon should describe available treatments, benefits and harms of them to the patients. So the patient can make a correct decision. In this cross-sectional study, 200 patients underwent gynecological surgery in a hospital in Shiraz during 2014 were recruited. The questionnaire which was used in this study had three parts. The validity and reliability of the questionnaires were evaluated using expert panel and SPSS software. In this study, there was no significant association between age, marriage status, job, home place, emergency or elective surgery and the amount of informed consent. There was significant difference between patients with primary school education and patients with higher education. Patients' participation in decision making was 57%. Patients' information about their rights in hospital and the amount of reading informed consent form were poor. This survey shows that the amount of informed consent obtained from patients is poor. So, we should consider some changes in content and obtaining informed consent.

Keywords: Ethics, Medical ethics, Consent, Patients, Women

* Corresponding Author: Email: Hamide.barzegar@gmail.com