

بررسی میزان آگاهانه بودن رضایت کسب شده از بیماران تحت عمل جراحی زنان

در یکی از بیمارستان های شیراز در سال ۱۳۹۳

حسین محمودیان^۱، حمیده برزگر^{۲*}

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۶

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۳۰

تاریخ انتشار: ۹۶/۱۲/۱۰

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 پایایی آن با استفاده از آزمون تعیین میزان پایایی 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 آگاهانه بودن رضایت، رابطه‌ی معنادار وجود نداشت. در بین گروه‌های مختلف تحصیلی بین 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 آگاهانه بودن رضایت کسب شده از بیماران است.

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

۱. مربی 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.

مقدمه

اخلاق و نحوه‌ی سلوک انسان با هموعان 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 (۲و۱).

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 متمایز کرده است (۳و۴). اخلاق پزشکی نوین، اخلاقیات را به‌صورت کاربردی در حیطه‌ی عمل پزشکان و کادر پزشکی و در حوزه‌ی تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در طب وارد می‌کند (۵و۶). اخلاق پزشکی نوین علمی است که موضوع آن بررسی مجموعه‌ی آداب و رفتار پسندیده یا ناپسندی است که صاحبان مشاغل پزشکی باید رعایت نمایند و منطبق‌کننده‌ی روابط و رفتار صاحبان مشاغل پزشکی با کلیات اخلاق است (۳و۶)؛ 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 معاشرت پزشکان در حیطه‌ی طبابت یا بیان قواعد مذهبی یا احساسات بشری نیست (۲و۷).

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 (۷و۸). برای اغلب بالینی‌گران این رابطه با فرد فرد بیمار است که محور حرفه‌ای و اخلاقی کارشان را شکل می‌دهد (۷و۹). این رابطه هنگام پیدایش رشته‌ی اخلاق بالینی توجه اخلاق‌دانان را از

ابتدا به خود جلب کرد و راهنماهای سازمان‌های حرفه‌ای، بیشتر بر آن تمرکز داشته‌اند. سه مفهوم کلیدی «رضایت»، «رازداری» و «حقیقت‌گویی» این رابطه را شکل می‌دهند (۲و۱۰).

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 (۱۱و۱۲). 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 (۱۳و۱۴). 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 (۵و۱۶).

اعلام رضایت قبل از درمان از حقوق بدیهی و قانونی بیماران است (۳و۱۲). 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 روان‌شناختی در برابر تصمیم‌گیری منطقی از موانع تحقق این ایدئال اخلاقی هستند (۴و۵)؛ اما با توجه به اهمیت بنیادین اتونومی بیمار و احترام به شخص، این وظیفه‌ی اخلاقی بالینی‌گران است که بالاترین درجه‌ای از رضایت آگاهانه را که به‌طور منطقی می‌توان به آن رسید، در هر وضعیت خاص اخذ کنند (۳).

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

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 (۱۷و۶)؛ 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 (۳و۲). 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، بیش 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 کم کردن آسیب به بیمار، در عین بیشترکردن اثر درمان‌کننده‌ی جراحی، ایشان را همواره در معرض پرسش‌ها و چالش‌های اخلاقی قرار می‌دهد (۱۸و۸).

گفت‌وگوی 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 گفت‌وگوها نقشی تعیین‌کننده و بسزا دارد (۱۲و۳). برقراری ارتباط مؤثر، ارزیابی ظرفیت و آشکارسازی کافی، اصولی هستند که مبنای یک گفت‌وگوی موفق را شکل می‌دهند. بسیاری از این مقوله‌ها، زیر عنوان فراگیرتر رضایت آگاهانه قرار می‌گیرند که موضوعی بنیادین در اخلاق جراحی است. در واقع رضایت آگاهانه مبنای رابطه‌ی درمانی بیمار و جراح است که باعث

برقراری ارتباط متقابل و پیشبرد مسئولیت مشترک برای تصمیم‌گیری می‌شود. آشکارسازی که از اجزای اساسی رضایت آگاهانه‌ی معتبر است، لزوم گفت‌وگوهای 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 (۱۹و۶).

پژوهش حاضر برای تعیین میزان آگاهانه‌بودن رضایت کسب‌شده از بیمارانی که تحت عمل جراحی زنان قرار گرفته‌اند، انجام گرفته است. اهمیتی که هر نوع جراحی، به‌خصوص جراحی زنان در زندگی بیمار دارد و از آنجاکه 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 ارائه‌شده به آن‌ها، میزان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های بالینی، میزان اطلاعات آنان در هنگام تصمیم‌گیری و در کل میزان آگاهانه‌بودن رضایت کسب‌شده 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 آلفای کرونباخ سنجیده شده بود. از آنجاکه آگاهانه‌بودن 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

بیماران ۸۵/۰ محاسبه 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 امضاکننده‌ی فرم رضایت‌نامه‌ی بیمار است؛ قسمت دوم دربردارنده‌ی 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 ارائه‌شده 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 به‌کارگیری 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 ارائه‌شده 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 تجمیع 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. علاوه‌براین، 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 بیان‌شده، کاملاً به‌صورت محرمانه 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 به‌عنوان 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 به‌صورت 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 به‌صورت 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 کسب‌شده 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 محاسبه‌ی آن با روش آلفای کرونباخ، میزان آگاهانه‌بودن رضایت کسب‌شده از

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 تجمیع 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 ۲۲/۳۳ سال بود. ده نفر از افراد شرکت‌کننده (۵٪) مجرد و ۱۹۰ نفر (۹۵٪) متأهل بودند. همچنین از میان شرکت‌کنندگان، ۱۷۳ نفر (۸۶٪/۵) خانه‌دار، ۱۰ نفر (۵٪) کارمند و ۱۷ نفر (۵٪/۸) به حرفه‌های 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 دیپلم و ۳۳ نفر (۵٪/۱۶) دارای مدرک فوق‌دیپلم و بالاتر بودند. افزون‌براین، ۹۵ نفر (۵٪/۴۷) در مرکز استان، 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،

ارتباط معنادار وجود ندارد ($P \text{ value} = ۰/۰۰۵$).

نتایج آزمون توکی نشان داد که میزان همبستگی سطح رضایت بیماران در مقایسه‌ی افراد دارای تحصیلات ابتدایی و افراد دارای مدرک دیپلم و فوق دیپلم به‌طور شایان توجهی معنی‌دار شده است ($P \text{ value} = ۰/۰۰۰$)؛ اما مقایسه‌ی سایر افراد با یکدیگر در این زمینه معنی‌دار نشده است ($p \text{ value} > ۰/۰۵$). 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 ($p \text{ value} > ۰/۰۵$). به‌منظور بررسی ارتباط میان شغل بیمار و آگاهانه بودن رضایت او از آزمون یک‌طرفه‌ی آنووا استفاده و روشن شد، بین گروه‌های شغلی مختلف تفاوت معناداری وجود نداشت ($p \text{ value} > ۰/۰۵$).

بررسی ارتباط بین محل سکونت بیماران و میزان آگاهانه بودن رضایت آنان، براساس آزمون یک‌طرفه‌ی آنووا نیز نشان داد بین این دو مؤلفه ارتباط معناداری وجود ندارد ($p \text{ value} > ۰/۰۵$). بررسی ارتباط بین آگاهانه بودن رضایت کسب‌شده و اورژانسی یا غیراورژانسی بودن عمل جراحی با استفاده از آزمون تی مستقل نیز نشانگر نبود ارتباط معنی‌دار میان این دو بود ($p \text{ value} > ۰/۰۵$).

وضعیت پاسخ‌دهی بیماران به سؤالات قسمت دوم

پرسش‌نامه به تفکیک هر سؤال

۱۹۸ نفر از افراد (۹۹٪) دوست داشتند پزشک به‌طور کامل درباره‌ی بیماری و روش درمان آن به آن‌ها توضیح دهد؛ تنها ۲ 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 (۴۴٪) می‌دانستند که حق رد کردن روش درمانی تجویز شده از طرف کادر درمانی را دارند و ۱۱۲ نفر (۵۶٪) در این باره اطلاعی نداشتند. ۱۴۱ نفر از بیماران (۵٪/۷۰) اظهار داشته‌اند

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

نتایج به‌دست‌آمده از پاسخ بیماران به پرسش‌های قسمت سوم پرسش‌نامه در جدول شماره 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 شماره 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؟	۱۸ (۹٪)	۱۱ (۵٪/۵)	۱۹ (۵٪/۹)	۱۰ (۵٪)	۹ (۵٪/۴)	۱۳۳ (۵٪/۶۶)	۱۰/۱
بعد از خواندن متن رضایت‌نامه چه میزان از محتوای آن را فهمیدید؟	۱۴ (۷٪)	۱۶ (۸٪)	۲۹ (۵٪/۱۴)	۷ (۵٪/۳)	۶ (۳٪)	۱۲۸ (۶۴٪)	۲۰/۱
پزشک هنگام صحبت کردن با شما چقدر از لغات نامفهوم (مثلاً کلمات انگلیسی) استفاده می‌کرد؟	۱۲ (۶٪)	۳۰ (۱۵٪)	۲۱ (۵٪/۱۰)	۳۵ (۵٪/۱۷)	۲۶ (۱۳٪)	۷۶ (۳۸٪)	۷۰/۱
در کل چه مقدار از صحبت‌های پزشک خود را درباره‌ی بیماری‌تان و روش درمانی آن متوجه شدید؟	۵۴ (۲۷٪)	۴۱ (۵٪/۲۰)	۵۰ (۲۵٪)	۳۴ (۱۷٪)	۱۵ (۵٪/۷)	۶ (۳٪)	۳۴/۳
چه میزان از صحبت‌های پزشک خود را درباره‌ی بیماری‌تان و روش درمانی آن به یاد می‌آورید؟	۶۴ (۳۲٪)	۳۱ (۵٪/۱۵)	۳۸ (۱۹٪)	۴۸ (۲۴٪)	۱۰ (۵٪)	۹ (۵٪/۴)	۳۲/۳
قبل از بستری شدن چه مقدار درباره‌ی هزینه‌ی درمانتان می‌دانستید؟	۲۵ (۵٪/۱۲)	۲۱ (۱۰٪)	۲۱ (۵٪/۱۰)	۱۴ (۷٪)	۷ (۵٪/۳)	۱۱۲ (۵۶٪)	۵۴/۱
میزان پاسخ‌گویی پزشک به سؤالات شما درباره‌ی بیماری و روش درمان آن چقدر بود؟	۵۳ (۵٪/۲۶)	۵۲ (۲۶٪)	۳۹ (۵٪/۱۹)	۳۵ (۵٪/۱۷)	۸ (۴٪)	۱۳ (۵٪/۶)	۳۴/۳
چقدر درباره‌ی حق و حقوق خود در بیمارستان اطلاع دارید؟	۵ (۵٪/۲)	۱۰ (۵٪)	۲۲ (۱۱٪)	۳۲ (۱۶٪)	۲۲ (۱۱٪)	۱۰۹ (۵٪/۵۴)	۰/۸
چقدر درباره‌ی بیماری‌تان اطلاع دارید؟	۲۴ (۱۲٪)	۵۰ (۲۵٪)	۵۷ (۵٪/۲۸)	۲۸ (۱۴٪)	۱۸ (۹٪)	۲۳ (۵٪/۱۱)	۸۲/۲
اطلاعات شما درباره‌ی روشی که برای درمانتان به کار گرفته شده (یا به کار گرفته خواهد شد)	۱۱ (۵٪/۵)	۲۹ (۵٪/۱۴)	۵۳ (۵٪/۲۶)	۴۶ (۲۳٪)	۱۴ (۷٪)	۴۷ (۵٪/۲۳)	۱۸/۲

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

بررسی میزان فهم و درک بیماران از اطلاعات ارائه‌شده

به آن‌ها

پاسخ سؤالات ۷، ۸، ۹ و ۱۰ برای بررسی میزان فهم و درک بیماران از اطلاعات ارائه‌شده به آن‌ها در نرم افزار، جمع شد (نک: جدول شماره ۲)؛ همچنین میانگین پاسخ به این سؤالات ۸۳/۱ محاسبه گردید. افزون‌براین، میانگین پاسخ به سؤالات ۱ تا ۲۲ برای بررسی وضعیت اطلاعات بیماران، هنگام تصمیم‌گیری و رضایت‌دادن محاسبه شد $\text{mean} = 98/1$.

جدول شماره ۲- میزان فهم و درک بیماران از اطلاعات

ارائه‌شده به آن‌ها

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

نتیجه‌گیری

هدف از انجام‌دادن این پژوهش، بررسی سه موضوع میزان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری بالینی، میزان فهم و درک بیماران از اطلاعات ارائه‌شده به آن‌ها و میزان اطلاعات بیماران در هنگام تصمیم‌گیری بالینی بود. در این پژوهش بین سن، تأهل، شغل، محل سکونت، اورژانسی یا غیراورژانسی بودن عمل جراحی با میزان آگاهانه‌بودن رضایت، رابطه‌ی معنادار وجود نداشت. در مطالعه‌ای هم که عباس شیخ‌طاهری 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 (ارائه‌ی اطلاعات، داوطلبانه‌بودن، قابل درک بودن فرم و تعامل پزشک و بیمار) با متغیرهای سن، وضع تأهل، شخص رضایت‌دهنده و فاصله‌ی زمانی ارائه‌ی اطلاعات ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (۲۰).

پژوهش حاضر دست یافته‌اند و میزان درک‌پذیری بودن رضایت‌نامه‌ها را ضعیف گزارش کرده‌اند (۲۲). همچنین در پژوهشی که با هدف بررسی کیفیت اخذ رضایت آگاهانه در سه بیمارستان آموزشی‌درمانی کاشان در سال ۱۳۸۷ انجام شده، اکثر رضایت‌دهندگان بیان داشته‌اند 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 درباره‌ی جراحی نامطلوب و ناکافی است (۱۵).

در بین سؤالات قسمت سوم پرسش‌نامه، میزان پاسخ‌گویی پزشک به سؤالات بیمار، میزان فهم بیمار از صحبت‌های پزشک درباره‌ی بیماری و روش درمان آن و میزان به یاد آوردن این صحبت‌ها در وضعیت مناسب قرار داشتند. اطلاعات بیمار درباره‌ی بیماری، روش درمانی و کادر درمانی به‌ویژه پزشک 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 درباره‌ی رضایت آگاهانه‌ی بیماران جراحی‌شده در بیمارستان «آکلند» انجام شده، ۴۷٪ از بیماران معتقد بودند راجع به عوارض و ریسک عمل جراحی، به آن‌ها اطلاعات کافی داده شده است. ۲۳٪ به خاطر نمی‌آوردند چیزی درباره‌ی 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 کسب‌شده 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 کسب‌شده 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؛ درحالی‌که 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 ۲٪/۵۳ 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 سؤالات مربوط به این قسمت نشان‌دهنده‌ی وضعیت نامناسب میزان فهم و درک بیماران از اطلاعات ارائه‌شده به آن‌ها بود. ندا میرباقر آجریز 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

همچنین ۷۹٪ از بیماران بیان داشتند که راجع به روش جایگزین با آن‌ها صحبتی نشده است (۷).

نتایج پژوهش آدیس^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٪/۲۵ آنان از روش‌های جایگزین اطلاع داشتند. همچنین ۳۶٪/۲۵ 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 درباره‌ی بیماری و روش درمان آن و میزان پاسخ‌گویی پزشک به سؤالات بیمار درباره‌ی 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 اقشار 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.

پیشنهادهای

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 آگاهانه‌تربودن این امر

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 درباره‌ی بیماری و درمان تشویق کنند. بدین‌ترتیب افراد با اشتیاق بیشتری سؤالات خود را درباره‌ی بیماری و درمان مطرح می‌کنند.
- به تمامی بیماران بستری، در بدو ورود به بیمارستان، بروشورهایی درباره‌ی حق و حقوق بیماران در بیمارستان داده شود.
- امضای فرم رضایت‌نامه تا حد ممکن توسط شخص بیمار و پس از ارائه‌ی 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 سؤالات بیمار تا حد امکان پاسخ کامل داده شود تا بهتر و بیشتر بتواند در تصمیم‌گیری درباره‌ی درمان مشارکت کند. در صورت امکان در ویزیت قبل از جراحی، وقت بیشتری برای توضیح به بیمار و پاسخ به سؤالات او اختصاص داده شود. افزون‌براین، درباره‌ی مدت بستری، در همان ویزیت به بیمار توضیح داده شود.
- قبل از جراحی، بروشورهایی درباره‌ی بیماری و روش‌های درمان آن، در اختیار بیمار گذاشته شود.
- بروشورهایی حاوی اطلاعات درباره‌ی داروها و عوارض شایع آن‌ها تهیه و در اختیار بیماران گذاشته شود.
- سی‌دی‌های آموزشی و فیلم‌های ویدئویی درباره‌ی بیماری و روش‌های درمان آن در اختیار بیماران گذاشته شود.
- در بیمارستان‌ها کارشناسانی برای توضیحات بیشتر درباره‌ی بیماری و پاسخ به سؤالات بیماران، در دسترس باشند.

- 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 استثنا که در قانون آمده است) باشد و رضایت را با آگاهی کامل از او کسب کنند.
- از رسانه‌ها برای آگاهی‌بخشی 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 Molahezate 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 Molahezate 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, Zendeheel 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

² Pediatric 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