

ترجیحات تصمیم‌گیری و مشارکت ادراک‌شده بیماران در مراقبت: مطالعه موردی در بیمارستان‌های آموزشی یزد

محمد امین بهرامی^۱، حسن جعفری^۲، سارا جام‌برسنگ^۳، سمانه انتظاریان اردکانی^{۴*}

^۱ دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و منابع انسانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، شیراز، ایران
^۲ استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت و سیاستگذاری سلامت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
^۳ استادیار، مرکز تحقیقات مدل‌سازی داده‌های سلامت، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
^۴ کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، پردیس بین‌الملل، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
^۵ کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

* نویسنده مسؤول: سمانه انتظاریان اردکانی

s.entezariana@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: ترجیحات بیمار برای تصمیم‌گیری به معنی تمایل وی به مشارکت در مدیریت مراقبت از خود و تصمیم‌گیری می‌باشد. هدف این مطالعه، بررسی ترجیحات تصمیم‌گیری و مشارکت ادراک‌شده بیماران در مراقبت و ارتباط این دو با متغیرهای زمینه‌ای در بیمارستان‌های منتخب آموزشی یزد بود.

روش پژوهش: مطالعه حاضر از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۸ انجام گردید. جامعه آن را بیماران بستری در بخش‌های زنان، داخلی و جراحی بیمارستان‌های آموزشی یزد تشکیل دادند. حجم نمونه ۱۹۵ نفر محاسبه شد و روش نمونه‌گیری به صورت طبقه‌ای- تصادفی بود. داده‌های مورد نیاز به وسیله پرسشنامه‌های استاندارد "کنترل ترجیحات دگنر و اسلوان" و "مشارکت ادراک‌شده بیماران در مراقبت لرمن و همکاران" جمع‌آوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 20 و با توجه به نرمال نبودن داده‌ها، از معادل‌های ناپارامتری آزمون‌ها (من‌ویتنی، کروسکال‌والیس، دقیق‌فیشر، همبستگی اسپیرمن) استفاده گردید.

یافته‌ها: ۴۹/۲۰ درصد از مشارکت‌کنندگان در پژوهش، نقش نسبتاً منفعل در تصمیم‌گیری را ترجیح دادند؛ یعنی تمایل داشتند که پزشک در مورد مراقبت پزشکی ایشان، تصمیم‌گیرنده اصلی باشد. ۳۶/۴۰ درصد نیز تمایل داشتند که تصمیم‌گیری در مورد مراقبت پزشکی‌شان به صورت مشارکتی باشد. تفاوت درصدها بین انواع ترجیحات تصمیم‌گیری بیماران بر اساس متغیرهای زمینه‌ای فقط بر حسب سطح تحصیلات، نوع بیمارستان و بخش بستری، نوع بیمه پایه، معنی‌دار بود ($p \leq 0/05$). میانگین نمره مشارکت ادراک‌شده بیماران در مراقبت نیز به طور کلی $14/92 \pm 62/08$ به دست آمد. تفاوت مشاهده شده در میانگین نمره مشارکت ادراک‌شده بیماران در مراقبت بر حسب متغیرهای زمینه‌ای در یک یا چند بعد مشارکت تنها از لحاظ جنسیت، نوع بیماری، نوع بیمارستان، سابقه بستری، نوع بیمه پایه معنی‌دار بود ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: درصد زیادی از بیماران در مطالعه حاضر نقش نسبتاً منفعل در تصمیم‌گیری را ترجیح دادند. بنابراین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت بهتر است اطلاعات قابل فهم راجع به گزینه‌های درمانی موجود و مزایا / خطرات مرتبط با آن انتخاب‌ها را برای بیماران ارائه دهند. همچنین، مداخلات لازم برای ارتقاء تصمیم‌گیری مشترک به ویژه برای کمک به بیماران زن و بیمارانی که بیماری حادتری دارند و نیز حمایت از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت برای مشارکت در فرایند تصمیم‌گیری مشترک با بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: ترجیحات تصمیم‌گیری، مشارکت ادراک‌شده در مراقبت، بیمارستان، بیمار

ارجاع: بهرامی محمد امین، جعفری حسن، جام‌برسنگ سارا، انتظاریان اردکانی سمانه. ترجیحات تصمیم‌گیری و مشارکت ادراک‌شده بیماران در مراقبت: مطالعه موردی در بیمارستان‌های آموزشی یزد. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۰؛ ۲(۶): ۱۱۷-۱۲۲.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۱۳

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۰۶/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۰۸

مقدمه

فرآیند تصمیم‌گیری یک عمل ذهنی است که به‌عنوان یک مهارت به آن نگریسته می‌شود. تصمیم‌گیری به معنی مدیریت شرایطی است که ممکن است ایجاد گردد؛ بنابراین فرد نتایج احتمالی را باید ارزیابی نموده و به دنبال مقایسه به بهترین راه‌حل، دست‌یابد. حق بیماران و نقش آن‌ها در تصمیم‌گیری‌های پزشکی در تمام مفاد قانونی و اخلاقی در سراسر جهان محترم شمرده شده است. بیمار حق دارد به صورت آزادانه تصمیم گرفته و سرنوشت خود را تعیین کند و یک فرد بالغ از نظر ذهنی، حق اعلام رضایت یا عدم رضایت برای مداخله تشخیصی و درمانی را دارد. البته با این فرض که بیمار هدف از اقدام و پیامد آن را به طور واضح بداند (۱).

پیدایش واژه پزشکی بیمارمحور با هدف جلب توجه متخصصین و کارکنان بالینی و نظام‌های سلامت برای توجه به بیمار و خانواده به جای تمرکز بر بیماری بود. پزشکی بیمارمحور تأمین مراقبتی است که ترجیحات، نیازها و ارزش‌های فردی بیمار در آن محترم بوده، نسبت به آن‌ها پاسخگو باشد و تضمین نماید که ارزش‌های بیمار، راهنمای تمام تصمیمات بالینی باشد. مهمترین بعد پزشکی بیمارمحور، تصمیم‌گیری مشترک است (۲). همچنین با تغییر ارتباطات پزشک و بیمار در سالیان اخیر، تصمیم‌گیری مشترک، شهرت بسیاری پیدا کرده است. به‌عبارتی بسیاری از بیماران به‌طور کامل به نظر پزشک در مورد بهترین درمان تکیه نکرده و خواهان مشارکت در تصمیم‌گیری برای انتخاب درمان مناسب هستند (۳،۴). تصمیم‌گیری مشترک یک فرآیند مبتنی بر همکاری است که به بیماران و ارائه‌دهندگان خدمت این اجازه را می‌دهد تا تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت سلامت را باهم و با در نظر گرفتن بهترین شواهد علمی موجود، ارزش‌ها و ترجیحات بیماران اتخاذ نمایند. در واقع هدف، مشارکت بیمار و ارائه‌دهنده خدمت در تصمیمات مرتبط با تشخیص بیماری و درمان آن است (۳).

مهمترین بعد پزشکی بیمارمحور و اولین هدف نظام نوین سلامت در قرن ۲۱، تصمیم‌گیری مشترک است. تصمیم‌گیری مشترک یکی از سه رکن اصلی در پزشکی مبتنی بر شواهد است، پزشکی مبتنی بر شواهد به گستردگی مورد پذیرش قرار گرفته اما متأسفانه عمدتاً ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به

قسمت یافتن و استفاده از شواهد می‌پردازند و محوریت بیمار اغلب نادیده گرفته می‌شود. بعضی، تصمیم‌گیری مشترک را رأس پزشکی بیمارمحور می‌دانند. همچنین لین و دادلی معتقدند بهترین معیار اندازه‌گیری وصول به پزشکی بیمارمحور، دانش کافی بیمار از گزینه‌های تشخیصی و درمانی پیش‌رو و تصمیماتی است که هم بازتاب تمایلات مشارکتی و هم ترجیحات و ارزش‌های بیمار باشد که این در واقع همان تعریف تصمیم‌گیری مشترک می‌باشد (۳،۵،۶). در پژوهش‌های انجام شده در جهان، پیامدهای مختلفی برای مدل تصمیم‌گیری مشترک مشاهده شده است که از جمله آن‌ها افزایش و بهبود پارامترهایی همچون میزان رضایت بیماران، کیفیت زندگی و مقبولیت درمان می‌باشد. همچنین این رویکرد می‌تواند دانش مربوط به بیماری و روش‌های مختلف درمانی را در بیماران افزایش دهد. مدیریت و کنترل درک شده بیماری و نشانه‌های آن توسط بیمار که خود سبب بهبود روند درمان است و نیز کاهش تعارض در تصمیمات، اضطراب و نگرانی نیز از پیامدهای دیگر این رویکرد می‌باشد (۴،۷،۸).

مشارکت بیمار در فرآیندهای مراقبت و تصمیم‌گیری درمانی تحت عنوان حق بیمار برای دخالت در تصمیمی که خودش را تحت تأثیر قرار خواهد داد و یا به عنوان تغییر نقش بیمار از یک دریافت‌کننده خدمت منفعل تا مشارکت‌کننده فعال تعریف می‌شود (۹). شرط اول برای مشارکت در تصمیم‌گیری درمانی، داشتن اطلاعات کافی از روش‌ها و اقدامات پزشکی است. تلاش اصلی در کمک به تصمیم‌گیری بیمار، شفاف‌سازی سیستماتیک و بدون سوگیری اطلاعات ارائه شده به بیماران است تا بیماران بر اساس ترجیحات خود تصمیم بگیرند. کمک به تصمیم‌گیری با تأکید بر گزینه‌های پیش‌رو، شرح دقیق خطرات و فواید و استفاده از احتمالات صریح و روشن باعث افزایش اطلاعات خاص بیماران و مشارکت آن‌ها شده و در نتیجه بهبود کیفیت تصمیمات درمانی را به همراه دارد. این اطلاعات می‌تواند در شکل‌های مختلف از قبیل جزوات و غیره در دسترس باشد. البته این خدمات نباید سبب عدم مشاوره با پزشک شود بلکه نقش مکمل را در درمان ایفا می‌کند (۱۰). لذا مهم است که درک نماییم چگونه بیماران در مورد تصمیم‌گیری عمل می‌نمایند و همچنین چگونه متخصصان سلامت می‌توانند



بیماران و در مطالعه‌ای دیگر (۱۳۹۲) در تهران نزدیک به ۸۷ درصد از بیماران مورد پژوهش مشارکت کمی در تصمیم‌گیری‌های مربوط به درمان خود داشته‌اند (۱۴،۱۵). البته مطالعات دیگری نیز در ایران وجود دارند که مشارکت بیماران را نسبتاً بالا گزارش نموده است (۱۶،۱۷).

با توجه به مطالب پیشگفته و با عنایت به اینکه برای حرکت از وضع موجود به وضعیت مطلوب، اطلاع از وضعیت موجود الزامی است، لازم است که ترجیحات بیماران برای تصمیم‌گیری مورد بررسی قرار گیرد تا علاوه بر شناسایی وضعیت موجود بتوان جهت بهبود آن در جهت ارتقای کیفیت مراقبت بهداشتی و درمانی گام برداشت. لذا نظر به اهمیت موضوع و کمبود مطالعات مرتبط در کشور، این مطالعه با هدف بررسی ترجیحات تصمیم‌گیری و مشارکت ادراک‌شده بیماران در مراقبت و ارتباط این دو با متغیرهای زمینه‌ای در بیمارستان‌های منتخب آموزشی یزد در سال ۱۳۹۸ انجام گردید.

روش پژوهش

مطالعه حاضر، پژوهشی از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه هدف را بیماران بستری در بخش‌های زنان، داخلی و جراحی بیمارستان‌های آموزشی یزد (بیمارستان شهید صدوقی، شهید رهنمون و افشار) تشکیل دادند. حجم نمونه ۱۹۵ نفر محاسبه شد. روش نمونه‌گیری به صورت طبقه‌ای بوده و بخش‌های بیمارستان به عنوان طبقات در نظر گرفته شدند. نمونه‌های انتخاب شده می‌بایست حداقل ۴۸ ساعت در بیمارستان بستری بوده باشند، تمایل و توانایی به پاسخگویی و مشارکت در پژوهش داشته باشند و سن بیمار در محدوده ۶۵-۱۸ سال قرار داشته باشد.

داده‌های مورد نیاز توسط دو پرسشنامه مقیاس ترجیحات کنترل (۱۸) و مقیاس مشارکت ادراک‌شده بیمار در مراقبت (۱۹) جمع‌آوری شد. مقیاس کنترل ترجیحات یا The Control Preferences Scale (CPS) دگنر و اسلوان (۱۹۹۷) (۱۸) بر روی طیف ۵ گزینه‌ای، ترجیح تصمیم‌گیری بیمار در مورد مراقبت را بررسی کرد.

مقیاس مشارکت ادراک‌شده بیمار در مراقبت یا Patients' Perceived Involvement in Care Scale به وسیله لرنر و همکاران (۱۹۹۰) (۱۹) طراحی شده و شامل ۱۳ سؤال در ۳ بعد ارزیابی کمک پزشک برای مشارکت بیمار (سوالات ۱ تا ۵)،

این روند را تسهیل نمایند، همچنین دنبال کردن این روند، نیاز به تغییر در قدرت و رویکردهای نوآورانه در جهت توانمندسازی بیماران به عنوان کاربران خدمات سلامت دارد (۱۱). کمبود وقت پرسنل درمانی و فقدان مهارت لازم برای ارتباط و اخذ مشارکت فعال از بیمار، نیز از موانع مسیر مشارکت‌دهی بیمار در تصمیم‌گیری‌های پزشکی است (۱۲).

ترجیحات بیمار برای تصمیم‌گیری به معنی تمایل وی به مشارکت فعال تا غیرفعال در مدیریت مراقبت از خود و تصمیم‌گیری می‌باشد. مطالعات مختلف نشان‌دهنده ترجیحات تصمیم‌گیری متفاوت بیماران در انواع درمان‌ها و مراقبت‌ها می‌باشد. در عین حال در غالب مطالعات انجام‌شده، اکثریت بیماران تمایل به ایفای نقش منفعل در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با مراقبت خود داشته‌اند. با توجه به اینکه ارتقای مشارکت در مراقبت و درمان از سیاست‌های کلان غالب نظام‌های سلامت می‌باشد و در ایران نیز به عنوان یکی از حقوق بیمار مورد تأکید قرار گرفته است لذا گزارش‌های موجود در مورد ترجیح غالب بیماران به ایفای نقش منفعل نگران‌کننده بوده و محققین و سیاست‌گذاران را ملزم به پرداختن به این موضوع مهم نموده است (۱۳).

مطالعات متعددی درجه پایین مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری را در سرتاسر جهان نشان می‌دهند. اما در کشورهای دنیا به ویژه آمریکا و انگلستان بر افزایش مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های بالینی تأکید می‌شود. شواهد نمایانگر افزایش ترجیحات بیماران برای مشارکت در تصمیم‌گیری‌های بالینی در سه دهه گذشته است. مطالعات نشان می‌دهند که بیماران جوان‌تر، با تحصیلات بالاتر و زنان رغبت بیشتری به مشارکت در تصمیم‌گیری دارند همچنین تمایل بیماران مسن، به سمت پزشک سالاری است (۲). نظام سلامت ایران در منشور حقوق بیمار خود و هم در طرح حاکمیت بالینی، مشارکت بیماران را مطرح و مورد تأکید قرار داده است (۱۴). میزان مشارکت‌دهی بیماران در تصمیم‌گیری‌های مربوط به درمان، توسط ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در ایران متفاوت است. برخی شواهد نشان می‌دهند بیشتر بیماران در تصمیم‌گیری‌های مربوط به درمان بیماری خودشان مشارکتی ندارند و تیم درمان به جای بیمار در مقام تصمیم‌گیری قرار دارد. طبق مطالعه‌ای (۱۳۹۵) در سیستان و بلوچستان بیش از نیمی از

با مراجعه حضوری به بیمارستان‌ها و بخش‌های مورد مطالعه نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام شد. زمان پرکردن پرسشنامه‌ها برای حفظ آرامش بیمار و دسترسی مناسب پژوهشگر در شیفت صبح بود. مشارکت در پژوهش آگاهانه و با رضایت شخصی بوده و به‌گونه‌ای اقدام شد که جمع‌آوری داده‌ها تداخلی با برنامه مراقبت بیمار نداشته و مزاحمتی برای بیمار و تیم درمان ایجاد نکند.

بعد از بررسی داده‌ها از نظر توزیع با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی مثل فراوانی، میانگین و انحراف معیار و آزمون‌های مناسب (تی تست، آنووا، ضریب همبستگی، کای اسکوئر) استفاده شد. همچنین در صورتیکه داده‌ها نرمال نبود، از معادل‌های ناپارامتری آزمون‌ها (من ویتنی، کروسکال والیس، دقیق فیشر، ضریب همبستگی اسپیرمن) استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS 20 تحلیل شد. این پژوهش با کد اخلاق (IR.SSU.SPH.REC.1397.110) توسط دانشگاه علوم پزشکی یزد تایید شده است.

یافته‌ها

بیشترین تعداد نمونه مربوط به بیمارستان شماره یک با ۱۰۲ نفر (۵۲/۳۱ درصد) و کمترین تعداد مربوط به بیمارستان شماره سه با ۴۲ نفر (۲۱/۵۴ درصد) بود. ۹۳ نفر (۴۷/۷۰ درصد) از کل نمونه مورد مطالعه در بخش جراحی و ۳۰ نفر (۱۵/۴۰ درصد) در بخش زنان بستری بوده‌اند. از بین ۱۸۹ نفر پاسخ داده به متغیر نوع بیماری یا علت بستری، بیشترین تعداد مربوط به بیماری‌های دستگاه گوارش (۳۶ نفر، ۱۸/۸۰ درصد) و کمترین تعداد مربوط به بیماری‌های عفونی (۲ نفر، ۱/۱۰ درصد) بوده است. ۹۹ نفر (۵۰/۸۰ درصد) از کل نمونه مورد مطالعه را زنان و ۹۶ نفر (۴۹/۲۰ درصد) را مردان تشکیل داده‌اند. از بین ۱۹۱ نفر پاسخ داده به متغیر وضعیت تأهل (۴ نفر پاسخ ندادند)، ۱۵۶ نفر (۸۱/۷۰ درصد) را متأهلین و ۳۴ نفر (۱۷/۸۰ درصد) را مجردها تشکیل داده‌اند. از بین ۱۸۹ نفر پاسخ داده به متغیر سطح تحصیلات (۶ نفر پاسخ ندادند)، بیشترین آن‌ها با تعداد ۹۴ نفر (۴۹/۷۰ درصد) زیر دیپلم بوده‌اند و کمترین آن‌ها ۲ نفر (۱/۱۰ درصد) دارای مدرک فوق لیسانس بوده‌اند. ۱۰۴ نفر (۵۳/۳۰ درصد) از کل نمونه مورد مطالعه سابقه بستری قبلی داشته‌اند و ۹۱ نفر (۴۶/۷۰ درصد)

میزان تبادل اطلاعات بیمار (سؤالات ۶ تا ۹) و مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری (سؤالات ۱۰ تا ۱۳) بود. پاسخ‌های بیماران به سؤالات این پرسشنامه با مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت در بازه همیشه (۵) تا هرگز (۱) سنجیده شد. نمره هر بعد توسط مجموع نمرات سؤالات همان بعد به‌دست‌آمد. سپس تمامی نمرات تبدیل به مقیاس ۰ تا ۱۰۰ شده که نمره ۱۰۰ نشان-دهنده بالاترین مشارکت ادراک‌شده بود.

پیش از شروع مطالعه ابزار مورد استفاده، ترجمه شد. برای بررسی روایی محتوای پرسشنامه مشارکت ادراک‌شده در مراقبت با استفاده از روش پیشنهادی لاوشه، پرسشنامه در اختیار تیم پایلوت متخصصان (متشکل از ۱۰ متخصص رشته مدیریت سلامت) قرار گرفت. با ثبت نظرات متخصصان برای هر سؤال به تفکیک ۳ گزینه غیر ضروری، مفید و ضروری، مقدار شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) محاسبه گردید. همچنین میانگین CVRها به عنوان شاخص روایی محتوا (CVI) محاسبه شد (۲۰). هر سوالی که CVR، ۰/۶۲ و بیشتر داشت، پذیرفته شد (سوال‌های ۱، ۲، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۲) و برای سوال‌هایی که CVR آن بین ۰ و ۰/۶۲ بود (سوال‌های ۳، ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۱۳) به جای ضروری، کد ۳، به جای مفید کد ۲ و به جای غیر ضروری کد ۱ گذاشته شد و میانگین برای این سوال‌ها گرفته شد. با توجه به مقدار میانگین به‌دست‌آمده که همگی بیش از ۲ شد، این سؤال‌ها نیز باقی ماند. شاخص CVI نیز ۰/۹۵ به‌دست‌آمد.

برای بررسی روایی ظاهری، پرسشنامه مرحله قبل در اختیار ۱۰ بیمار قرار گرفت و انتخاب افراد برای هر سؤال، برای هر یک از موارد میزان مرتبط بودن، ساده بودن و واضح بودن ثبت شد. با بررسی پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط بیماران، مشخص شد با توجه به اینکه تمام سؤالات ۵۰ درصد آرا را در گزینه اول یا ۷۰ درصد آرا در گزینه دوم و اول به دست آوردند (۲۱، ۲۲)، لذا تمام سؤالات بدون تغییر باقی ماند و روایی ظاهری پرسشنامه تایید گردید.

در ابتدای مطالعه با استفاده از پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط ۲۱ نفر از شرکت‌کنندگان، پایایی درونی ابعاد و کل پرسشنامه مشارکت ادراک‌شده در مراقبت به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار ۰/۹۴۶ برای کل پرسشنامه به‌دست‌آمد و پایایی درونی پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت.

نیز برای اولین بار بوده است که بستری شده‌اند. از بین ۱۹۲ نفر پاسخ داده به متغیر نوع بیمه پایه (۳ نفر پاسخ ندادند)، ۹۴ نفر (۴۹/۰۰ درصد) دارای بیمه تامین اجتماعی، ۸۴ نفر (۴۳/۸۰ درصد) دارای بیمه خدمات درمانی و ۱۱ نفر (۵/۷۰ درصد) نیز دارای بیمه پایه به غیر از ۲ بیمه مذکور (نیروهای مسلح، دانا، بانک، سنگ آهن بافق، ایران) بوده‌اند (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی نمونه بر حسب برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی

متغیر	تعداد	درصد	نوع بیماری	تعداد	درصد
بیمارستان	یک	۱۰۲	بیماری‌های زنان و زایمان	۵۲/۳۱	۵۱
	دو	۵۱	بیماری‌های دستگاه گوارش	۲۶/۱۵	۴۲
	سه	۴۲	بیماری‌های دستگاه تنفسی	۲۱/۵۴	۹۶
جنسیت	مرد	۹۶	بیماری‌های متابولیک و غدد	۴۹/۲۰	۹۹
	زن	۹۹	بیماری‌های دستگاه تناسلی- ادراری	۵۰/۸۰	۳۴
وضعیت تأهل	مجرد	۳۴	بیماری‌های سیستم عصبی	۱۷/۸۰	۱۵۶
	متأهل	۱۵۶	بیماری‌های خود ایمنی	۸۱/۷۰	۱
سطح تحصیلات	سایر	۱	بیماری‌های ناشی از حوادث و علت‌های خارجی	۰/۵۰	۱۶
	بی‌سواد	۱۶	بیماری‌های قلبی	۸/۵۰	۹۴
تحصیلات	زیر دیپلم	۹۴	بیماری‌های عفونی	۴۹/۷۰	۴۷
	دیپلم	۴۷	نامشخص (پاسخ ناقص)	۲۴/۹۰	۱۲
سابقه بستری	فوق دیپلم	۱۲	تأمین اجتماعی	۶/۳۰	۱۸
	لیسانس	۱۸	خدمات درمانی	۹/۵۰	۲
سابقه بستری	فوق لیسانس	۲	سایر	۱/۱۰	-
	دکتری	-	بیمه ندارد	-	۱۰۴
سابقه بستری	سابقه بستری قبلی دارد	۱۰۴	بخش داخلی	۵۳/۳۰	۹۱
	سابقه بستری قبلی ندارد	۹۱	بخش جراحی	۴۶/۷۰	-
	-	-	بخش زنان	-	-

داشتند که پزشک در مورد مراقبت پزشکی ایشان، تصمیم‌گیرنده اصلی باشد ترجیح نقش نسبتاً منفعل در تصمیم‌گیری) و ۷۱ نفر (۳۶/۴۰ درصد) از بیماران مورد مطالعه نیز تمایل داشتند که تصمیم‌گیری در مورد مراقبت پزشکی‌شان به صورت مشارکتی باشد (ترجیح نقش مشارکتی در تصمیم‌گیری) (جدول ۲).

طبق یافته‌ها در رابطه با مشارکت ادراک‌شده بیماران در مراقبت، بعد میزان تبادل اطلاعات بیمار با میانگین (انحراف معیار) $۱۹/۳۹ \pm ۸۰/۷۹$ بیشترین نمره را به خود اختصاص داد. بعد مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری کمترین نمره با میانگین (انحراف معیار) $۱۸/۹۴ \pm ۳۷/۶۴$ را به دست آورد (جدول ۳).

۱۹۲ نفر از پاسخ‌دهندگان سن خود را عنوان نموده‌اند (۳ نفر پاسخ ندادند) که میانگین (انحراف معیار) سنی آن‌ها $۴۲/۲۹ \pm ۱۵/۱۵$ و میانه سنی پاسخ‌دهندگان $۴۳/۵$ به‌دست آمد. ۱۹۰ نفر از پاسخ‌دهندگان مدت بستری خود را ذکر کردند (۵ نفر پاسخ ندادند) که میانگین (انحراف معیار) آن $۳/۳۶ \pm ۴/۲۷$ و میانه مدت بستری پاسخ‌دهندگان $۳/۰$ بود. همچنین ۱۸۹ نفر از پاسخ‌دهندگان تعداد دفعات بستری خود را عنوان نموده‌اند (۲ نفر پاسخ ندادند و ۴ نفر نیز تعداد دفعات بستری خود را زیاد عنوان نمودند) که میانگین (انحراف معیار) آن $۲/۱۱ \pm ۱/۵۷$ و همچنین میانه مدت بستری پاسخ‌دهندگان $۲/۰$ به‌دست‌آمد.

۹۶ نفر از بیماران مورد مطالعه (۴۹/۲۰ درصد) تمایل

جدول ۲: توزیع فراوانی ترجیحات تصمیم‌گیری نمونه مورد مطالعه

گروه	تعداد	درصد
ترجیح می‌دهم در مورد مراقبت پزشکی خود به تنهایی تصمیم بگیرم.	۷	۳/۶۰
تمایل دارم تصمیم‌گیرنده اصلی در مورد مراقبت پزشکی خود باشم.	۱	۰/۵۰
تمایل دارم که پزشک در مورد مراقبت پزشکی من به تنهایی تصمیم بگیرد.	۲۰	۱۰/۳۰
تمایل دارم که پزشک در مورد مراقبت پزشکی من تصمیم‌گیرنده اصلی باشد.	۹۶	۴۹/۲۰
تمایل دارم که تصمیم‌گیری در مورد مراقبت پزشکی من به صورت مشارکتی باشد.	۷۱	۳۶/۴۰
کل	۱۹۵	۱۰۰

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی پرسشنامه مشارکت ادراک‌شده در مراقبت و ابعاد آن در نمونه مورد مطالعه (درصد)

بعد	میانگین	انحراف معیار	میان
ارزیابی کمک پزشک برای مشارکت بیمار	۶۶/۶۷	۱۸/۹۰	۶۸
میزان تبادل اطلاعات بیمار	۸۰/۷۹	۱۹/۳۹	۸۰
مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری	۳۷/۶۴	۱۸/۹۴	۳۵
مشارکت ادراک‌شده در مراقبت	۶۲/۰۸	۱۴/۹۲	۶۳/۱

نتایج مطالعه در رابطه با مقایسه انواع ترجیحات تصمیم‌گیری بیماران بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان داد بر حسب سطح تحصیلات، تفاوت درصدها معنی‌دار بوده است ($p \leq 0/05$) و در مجموع ۴۸/۷۰ درصد بیماران بر حسب سطح تحصیلات (که بیشتر آن‌ها دارای مدرک زیردیپلم و دیپلم بودند) تمایل داشتند که پزشک در مورد مراقبت پزشکی ایشان تصمیم‌گیرنده اصلی باشد. بر حسب میزان تبادل اطلاعات بیمار، میانگین نمره مشارکت ادراک‌شده بیماران در مراقبت بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی بیانگر این بود که تفاوت مشاهده شده بر حسب جنسیت معنی‌دار نبود ($p > 0/05$)؛ فقط در بعد میزان تبادل اطلاعات بیمار، تفاوت میانگین نمره مردان و زنان از نظر آماری معنی‌دار بوده ($p < 0/05$) و میانگین نمره مردان

تصمیم‌گیرنده اصلی باشد؛ ولی بیش از نیمی از افرادی که در بخش زنان (۵۳/۳۰ درصد) بستری بوده‌اند تمایل داشتند که تصمیم‌گیری در مورد مراقبت پزشکی ایشان به صورت مشارکتی باشد. بر حسب بیمه پایه هم تفاوت درصدها بین انواع ترجیحات تصمیم‌گیری بیماران معنی‌دار بوده است ($p < 0/05$) و کمتر از نیمی از افرادی که دارای بیمه تامین اجتماعی (۴۷/۹۰ درصد) و بیشتر افرادی که دارای بیمه خدمات درمانی (۵۶/۰۰ درصد) بوده‌اند تمایل داشتند که پزشک در مورد مراقبت پزشکی ایشان تصمیم‌گیرنده اصلی باشد؛ ولی اکثریت افرادی که دارای بیمه پایه به غیر از موارد مذکور بوده‌اند (۶۳/۶۰ درصد) تمایل داشتند که تصمیم‌گیری در مورد مراقبت پزشکی ایشان به صورت مشارکتی باشد. در مجموع کمتر از نیمی از بیماران بر حسب پایه تمایل داشتند که پزشک در مورد مراقبت پزشکی ایشان تصمیم‌گیرنده اصلی باشد (۴۹/۰۰ درصد).

دیگر یافته‌های مطالعه در رابطه با مقایسه میانگین نمره مشارکت ادراک‌شده بیماران در مراقبت بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی بیانگر این بود که تفاوت مشاهده شده بر حسب جنسیت معنی‌دار نبود ($p > 0/05$)؛ فقط در بعد میزان تبادل اطلاعات بیمار، تفاوت میانگین نمره مردان و زنان از نظر آماری معنی‌دار بوده ($p < 0/05$) و میانگین نمره مردان



ترجیحات و مشارکت ادراک‌شده در تصمیم‌گیری درمانی بیماران چینی مبتلا به هیپاتیت مزمن» نشان داد که ۴۵ درصد بیماران نقش مشترک در تصمیم‌گیری را ترجیح می‌دهند، ۴۴ درصد ترجیح می‌دهند نقشی در تصمیم‌گیری نداشته باشند و تنها ۱۱ درصد از آن‌ها نقش فعال را ترجیح می‌دادند. به طور کلی، ترجیحات بیماران برای مشارکت در تصمیم‌گیری درمانی، نسبتاً منفعلانه بود (۲۴). در این دو مطالعه، مشابه مطالعه حاضر نسبت افرادی که نقش نسبتاً منفعل و منفعل را ترجیح می‌دادند ۴۰ درصد و یا بیشتر بوده است. همبستگی معنی‌دار بین رضایتمندی بیماران از ارائه اطلاعات و نقش ترجیحی بیماران حاکی از آن است که مشارکت نسبتاً منفعل بیماران در تصمیم‌گیری در مورد درمان با ارائه اطلاعات ناکافی همراه است و ترجیحات بیماران برای مشارکت در تصمیم‌گیری در مورد درمان باید توسط پزشکان در حین برخورد جدی گرفته شود (۲۴).

در مطالعه ماه و همکاران (۲۰۱۶) در رابطه با میزان مشارکت ادراک‌شده بیماران مبتلا به فشار خون و نقش ترجیحی آن‌ها در تصمیم‌گیری درمانی در مالزی نیز همانند مطالعه حاضر ترجیحات مربوط به مشارکت در تصمیم‌گیری در بین بیماران متفاوت است و ۵۱ درصد تمایل به مشارکت مبتنی بر همکاری با پزشک داشتند، ۴۵ درصد ترجیح می‌دهند تصمیم‌گیری منفعلانه داشته باشند یعنی یا پزشک تصمیم‌گیرنده باشد (۲۶ درصد) و یا بعد از صحبت با بیمار تصمیم بگیرد (۱۹ درصد). تنها ۲ درصد از بیماران مشارکت فعال را ترجیح خود می‌دانستند. در این مطالعه بر خلاف مطالعه حاضر بیش از نیمی از مشارکت‌کنندگان تصمیم‌گیری را ترجیح می‌دهند و همچنین بیش از ۴۰ درصد مشابه مطالعه حاضر تصمیم‌گیری منفعلانه را ترجیح می‌دهند. وقتی ترجیحات برای مشارکت در تصمیم‌گیری مشترک به عنوان اولویت در تصمیم‌گیری درمانی تصور می‌شود نه فرایندی دارای چند گام، بعضی بیماران نقش منفعل را در تصمیم‌گیری ترجیح می‌دهند (۲۵).

چیو و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه ارتباط ترجیحات کنترل تصمیم، برنامه ریزی مراقبت پیشرفته و رضایت از ارتباط پزشک-بیمار بین افراد سالخورده در امریکا عنوان کردند ۴۸ درصد از مشارکت‌کنندگان دارای ترجیحات کنترل تصمیم بالا

(۸۴/۳۲) در این بعد از زنان (۷۷/۳۷) به طور معنی‌داری بالاتر بوده است. از لحاظ نوع بیماری، تفاوت مشاهده شده در بعدهای ارزیابی کمک پزشک برای مشارکت بیمار و مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری معنی‌دار بوده است ($p < 0/05$). بر حسب بیمارستان مورد بستری نیز، در بعدهای ارزیابی کمک پزشک برای مشارکت بیمار، مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری و همچنین کل مشارکت ادراک‌شده در مراقبت، به ترتیب افرادی که در بیمارستان‌های یک (۷۱/۸۰)، دو (۸۳/۹۲) و یک (۴۱/۸۱) بستری بوده‌اند، میانگین نمره بالاتری به دست آوردند و این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/05$). بر حسب سابقه بستری هم، تفاوت‌ها، فقط در بعدهای میزان تبادل اطلاعات بیمار و کل مشارکت ادراک‌شده بیماران در مراقبت از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/05$). همچنین بر حسب بیمه پایه، تفاوت مشاهده شده فقط در بعد مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری و کل مشارکت ادراک‌شده در مراقبت، معنی‌دار بوده است ($p < 0/05$). بر این اساس افرادی که دارای بیمه پایه خدمات درمانی بوده‌اند در کل مشارکت ادراک‌شده در مراقبت، میانگین نمره بالاتری را کسب کردند و در بعد مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری، کسانی که بیمه پایه آن‌ها بیمه ای به جز تامین اجتماعی و خدمات درمانی بوده، میانگین نمره بالاتری را کسب کردند.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی ترجیحات تصمیم‌گیری و مشارکت ادراک‌شده بیماران در مراقبت و ارتباط این دو با متغیرهای زمینه‌ای در بیمارستان‌های منتخب آموزشی یزد انجام گردید. ۴۹/۲۰ درصد از بیماران در مطالعه حاضر نقش نسبتاً منفعل، ۳۶/۴۰ درصد نقش مشارکتی، ۱۰/۳۰ درصد نقش منفعل، ۳/۶۰ درصد نقش فعال و تنها ۰/۵۰ درصد نقش نسبتاً فعال در تصمیم‌گیری را ترجیح دادند.

دی‌امیکو و همکاران (۲۰۱۶) نیز در بررسی اینکه آیا ناتوانی در تمایل بیمار برای مشارکت در تصمیم‌گیری در مورد روش اول درمان بیماری ام اس اثر می‌گذارد در یک مرکز ام اس در ایتالیا نشان دادند از ۱۰۰ بیمار مبتلا به ام اس، ۴۰ نفر دارای نگرش منفعل، ۳۵ نفر تمایل به مشارکت داشتند و ۲۵ نفر می‌خواستند در فرایند تصمیم‌گیری نقش فعال داشته باشند (۲۳). همچنین ژانگ (۲۰۱۱) در پژوهشی با عنوان «

بیمار ترجیح می‌دهد که خود تصمیم بگیرد)، ۳۴ درصد متوسط (ترجیح تصمیم مشارکتی) و ۱۸ درصد پایین (بیمار ترجیح می‌دهد پزشک تمام تصمیمات را اخذ کند) بودند (۲۶). در مطالعه چیو و همچنین مطالعه حاضر نیز حدود ۳۵ درصد از مشارکت‌کنندگان تصمیم‌گیری مشترک را ترجیح داده‌اند.

دارداس و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه ترجیحات تصمیم‌گیری بیماران مسن با مشکل جراحی دست گزارش کردند ۸۱ درصد از بیماران بیشتر نقش بیمارمحور (فعال) را در تصمیم‌گیری ترجیح می‌دهند (۲۷). در اکثر مطالعات مذکور بسیار بیشتر از مطالعه حاضر، مشارکت‌کنندگان، نقش فعال را در تصمیم‌گیری ترجیح داده‌اند در حالیکه در مطالعه حاضر فقط ۳/۶۰ درصد نقش فعال را ترجیح دادند. این میزان تفاوت در ترجیحات احتمالاً به علت تفاوت فرهنگی در جامعه مطالعه حاضر با دیگر مطالعات می‌باشد و همین طور سواد سلامت بیماران. به نظر بیماران در سایر کشورها نسبت به جامعه مطالعه حاضر در مورد بیماری خود و روش‌های درمان آن اطلاعات بیشتری کسب می‌کنند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد تفاوت میانگین سنی بین بیماران با ترجیحات متفاوت معنی‌دار نبوده است. همچنین تفاوت درصدها بین انواع ترجیحات تصمیم‌گیری بیماران بر حسب جنسیت، وضعیت تأهل، نوع بیماری، مدت، سابقه و تعداد دفعات بستری نیز معنی‌دار نبوده است. دیگر نتایج مطالعه حاضر نشان داد تفاوت درصدها بین انواع ترجیحات تصمیم‌گیری بیماران بر حسب سطح تحصیلات، بیمارستان، بخش بستری، بیمه پایه معنی‌دار بوده است. با افزایش سطح تحصیلات تمایل بیماران برای ترجیح نقش مشارکتی در تصمیم‌گیری افزایش یافته است.

در مطالعه ماه و همکاران (۲۰۱۶) نیز رابطه معنی‌داری بین ترجیحات و جنسیت و وضعیت تاهل مشاهده نشد ولی سن و سطح تحصیلات به طور معنی‌داری با ترجیحات بیماران برای مشارکت در تصمیم‌گیری مشترک یا تصمیم‌گیری منفعل مرتبط بوده است. احتمالاً بیماران با سن بالاتر و تحصیلات کمتر به خاطر سواد سلامت پایین، دانش کافی پزشکی برای تصمیم‌گیری مشترک با پزشکشان در مورد درمان ندارند. برای همین ممکن است تصمیم‌گیری منفعل را ترجیح دهند (۲۵).

در مطالعه حاضر بین ترجیح تصمیم‌گیری با جنسیت و وضعیت تاهل ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ولی با سطح تحصیلات ارتباط معنی‌دار وجود داشت که از این نظر با مطالعه ماه و همکاران همراستا می‌باشد. در مطالعه ماه و همکاران بین سن و ترجیح تصمیم‌گیری رابطه معنی‌دار به‌دست‌آمده (۲۵) که از این نظر با مطالعه حاضر متفاوت می‌باشد. تقریباً تمام مطالعات قبلی نشان می‌دهد که سطح تحصیلات عاملی اثرگذار بر ترجیحات بیماران است. آموزش بهتر این امکان را به بیماران می‌دهد تا بیشتر در تصمیم‌گیری‌های درمانی مشارکت داشته باشند (۲۸-۳۱).

در مطالعه آمبیگپاتی و همکاران (۲۰۱۶) با عنوان «مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری: مطالعه مقطعی در یک کلینیک مراقبت‌های اولیه در مالزی» با پاسخ بیماران به یک پرسشنامه خودساخته که شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی و نقش ترجیحی و واقعی آن‌ها قبل و بعد از مشاوره بود، نیز مانند مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین نقش ترجیحی بیماران در تصمیم‌گیری با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آنان شامل سن، جنسیت، وضعیت تاهل مشاهده نشد. در این مطالعه بین سطح درآمد و ترجیحات ارتباط معنی‌دار مشاهده شد (۳۲). در مطالعه مایکلیس و همکاران (۲۰۱۷) با هدف مشخص کردن ترجیحات بیماران روانی در تصمیم‌گیری‌های درمانی و همچنین مشخص کردن متغیرهای پیش‌بینی‌کننده ترجیحات بیماران روانی در آلمان مشاهده شد متغیرهای سن، جنسیت، تشخیص، وضعیت اشتغال با ترجیحات بیماران در مورد مشارکت در تصمیم‌گیری‌های درمانی ارتباط داشتند. زنان، بیماران مسن‌تر، بیماران شاغل در مقایسه با نقش مشترک، نقش مستقل را کمتر ترجیح می‌دادند (۳۳). نتایج مطالعه مایکلیس و همکاران متفاوت از نتایج مطالعه حاضر بود.

در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌داری بین ترجیح تصمیم‌گیری و سن مشاهده نشد ولی یافته‌های برخی مطالعات بررسی شده با اینکه ارتباط معنی‌دار بین سن و ترجیحات را تایید کردند ولی نتایج متفاوتی را ارائه داده‌اند. در برخی مطالعات با افزایش سن، بیماران نقش منفعل‌تر را در تصمیم‌گیری ترجیح می‌دهند (۲۴، ۲۵، ۳۴). ولی در مطالعات دیگر با افزایش سن تمایل برای تصمیم‌گیری مشترک افزایش می‌یابد (۳۳، ۳۵). این نتایج متفاوت تایید می‌کند عوامل متعددی و شاید بسیار مهمتر از



عامل سن ممکن است در ترجیحات تصمیم‌گیری بیماران نقش داشته باشد، احتمالاً عواملی چون پیشینه جمعیت و فرهنگ جامعه، سواد سلامت، رابطه بیمار و ارائه‌دهنده خدمت، تشویق ارائه‌دهنده به بیان ترجیحات و زمان مشاوره کافی با پزشک، روش ارائه اطلاعات سلامت و توضیح به زبان غیر تخصصی، اعتماد به پزشک، اعتماد به نفس بیماران، ویژگی‌های شخصیتی بیماران و سیستم مراقبت سلامت که بسیاری از این عوامل در مطالعات مذکور بحث شده است. در رابطه با سطح تحصیلات اکثر مطالعات همچون مطالعه حاضر تصدیق کرده‌اند که با افزایش سطح تحصیلات تمایل برای تصمیم‌گیری مشترک افزایش می‌یابد (۲۵، ۳۴، ۳۶).

در مطالعه حاضر مشارکت ادراک‌شده بیماران در مراقبت به طور کلی $14/92 \pm 62/08$ به دست آمد. بعد میزان تبادل اطلاعات بیمار بیشترین نمره، بعد ارزیابی کمک پزشک برای مشارکت بیمار رتبه بعدی و بعد مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری کمترین نمره را به دست آورد. در مطالعه گولانو و همکاران (۲۰۱۹)، با هدف بررسی ادراکات بیماران از مشارکتشان در انتخاب‌های مربوط به درمان خود و مشخص کردن عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری درمانی که با استفاده از پرسشنامه و با داده‌هایی از بیماران بستری دو بیمارستان شهر تورین ایتالیا انجام شد، بیش از نیمی از بیماران مورد مطالعه، رویکرد تصمیم‌گیری مشترک را گزارش کردند. زن‌ها ($0/27$) و همچنین بیماران با سن و سال کمتر ($p = 0/47$)، بیشتر تصمیم‌گیری مشترک را گزارش نمودند. همچنین دریافت اطلاعات خوب و یا عالی، برآورده کردن تقاضای بیماران و در نظر گرفته شدن نظرات ایشان به وسیله متخصصین سلامت از عوامل پیش بینی کننده رویکرد تصمیم‌گیری مشترک تشخیص داده شدند ($p \leq 0/05$). در اختیار گذاشتن زمان کافی توسط پزشکان و استفاده از یک زبان قابل فهم، به عنوان عواملی که شانس مشارکت را در فرآیند تصمیم‌گیری افزایش می‌دهند، مشخص شدند ($p \leq 0/05$) (۳۷).

در مطالعه ماه و همکاران (۲۰۱۶) نیز سطح مشارکت ادراک‌شده در تصمیم‌گیری مراقبت گزارش شده توسط پاسخ‌دهندگان با توجه به گام‌های تصمیم‌گیری مشترک متفاوت بود. اکثر پاسخ‌دهندگان موافق بودند که پزشکشان تشخیص داده که نیاز است یک تصمیم درمانی گرفته شود

(۸۹/۵ درصد) و آنان را از گزینه‌های مختلف درمانی در دسترس آگاه کرده است (۷۷ درصد). اما مشارکت ادراک‌شده بیماران در بخش‌های دیگر فرآیند مثل انتخاب نوع درمان و رسیدن به یک توافق با پزشک برای پیش‌برد درمان، پایین گزارش شد. با این وجود فقط حدود یک سوم از پاسخ‌دهندگان موافق بودند که پزشکشان می‌خواهد از مشارکت ترجیحی آنان در تصمیم‌گیری اطلاع داشته باشد. به علاوه، گرچه تقریباً نیمی از پاسخ‌دهندگان درک کردند که پزشکشان به آن‌ها در فهم اطلاعات کمک می‌کند، تنها تعداد معدودی از آن‌ها موافق بودند که در مورد گزینه‌های ترجیحی (۱۱/۴ درصد) از آن‌ها سؤال شده است، یا اینکه پزشک گزینه‌های مختلف را همراه با آن‌ها سنجیده است (۱۱ درصد). حتی کمتر پاسخ‌دهندگان موافق بودند که در انتخاب گزینه‌های درمانی (۸ درصد) مشارکت داده شده‌اند یا اینکه با پزشک خود در مورد چگونگی ادامه درمان (۱۰/۵ درصد) به توافق رسیده‌اند. بیشتر پاسخ‌دهندگان گزارش کرده‌اند که گام‌های تصمیم‌گیری مشترک توسط پزشک مورد تاکید قرار نمی‌گیرد. مشخص نیست که این یافته‌ها بیانگر نگرش پزشکان در مورد تصمیم‌گیری مشترک یا نقش ترجیحی بیماران در گام‌های مختلف تصمیم‌گیری مشترک یا هر دوی آن‌ها می‌باشد. پزشکان ممکن است هنگام رسیدن به مراحل مشخصی از فرآیند تصمیم‌گیری، نقش پدران را اتخاذ کنند. اما، از طرف دیگر، همه اجزای فرآیند تصمیم‌گیری مشترک به یک اندازه مورد تمایل بیماران نمی‌باشد. به عنوان مثال، بیماران ممکن است یک تمایل جدی برای دریافت اطلاعات در مورد گزینه‌های درمانی داشته باشند اما نه لزوماً برای داشتن مسئولیت تصمیم‌گیری. مشارکت بیماران در فرآیند تصمیم‌گیری مشترک از پیچیدگی برخوردار است و نیاز است ترجیحات بیماران و مشارکت تجربه شده آن‌ها در هر مرحله از فرآیند تصمیم‌گیری مشترک در نظر گرفته شود و نه فقط در گام‌های پایانی تصمیم‌گیری درمانی. تشویق ارائه دهنده خدمت به مشارکت بیماران (۹۱ درصد) و همچنین داشتن دانش کافی از بیماری (۷۱ درصد) و اختصاص وقت کافی به بیماران برای مشاوره (۷۰ درصد) به ترتیب از دید بیماران قوی‌ترین انگیزاننده‌ها برای مشارکت در تصمیم‌گیری مشخص شدند (۲۵).

آموزش ارائه‌دهندگان خدمت و بیماران در مورد تصمیم‌گیری مشترک (۴۴) از دیگر مواردی است که برای بالابردن مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری بایستی مد نظر قرار گیرد.

نتایج مطالعه حاضر در میزان مشارکت ادراک‌شده بیماران در مراقبت در مقایسه با سایر مطالعات نشان داد با مطالعات گوالانو و همکاران (۲۰۱۹)، ماه و همکاران (۲۰۱۶)، آمبیگاپاتی و همکاران (۲۰۱۶)، تقریباً مطابقت دارد ولی بیشتر از میزان گزارش شده در مطالعات ژانگ (۲۰۱۱)، منوچهری و همکاران (۱۳۹۶) و خمرنیا و همکاران (۱۳۹۵) می‌باشد. مشارکت بیمار در فرایند تصمیم‌گیری مشترک پیچیده می‌باشد (۲۵) و بیماران به قدرت و دانش برای شرکت در فرایند تصمیم‌گیری درمانی نیاز دارند (۴۵). این تفاوت در میزان مشارکت ادراک‌شده می‌تواند به فرهنگ حاکم بر نظام سلامت، میزان موافقت ارائه‌دهنده خدمت به مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری و نوع ارتباط بیمار با ارائه‌دهنده خدمت و یا حتی سواد سلامت‌گیرنده خدمت مرتبط باشد. البته محدودیت زمانی در اخذ تصمیم درمانی و ارائه مراقبت، ویژگی‌های بیماران، وضعیت بالینی و توانایی تصمیم‌گیری آن‌ها با توجه به نوع بیماری، اعتماد به پزشک و ارائه خدمت در بیمارستان‌ها در برخی موارد بدون توجه به مسائلی از قبیل فرهنگ مشارکت بیمار در تصمیمات درمانی می‌تواند به عنوان موانعی برای استفاده از تصمیم‌گیری مشترک باشد. ضمن اینکه باید برای افزایش مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های درمانی تلاش نمود. چرا که بسیاری از مطالعات من جمله مطالعه متاآنالیز چونینگ و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد طبق مطالعات انجام شده فرادیکه در تصمیم‌گیری‌های مشترک شرکت می‌کنند، احساس امنیت بیشتری می‌کنند و تعهد بیشتری به بهبودی خود دارند (۴۶). همچنین مشارکت بیمار منجر به قضاوت‌های بهتر در مورد کیفیت مراقبت می‌شود (۴۷). با توجه به اینکه رابطه پزشک و بیمار به مدلی تغییر کرده است که در آن پزشک و بیمار در تصمیم‌گیری بهینه درمان همکاری می‌کنند (۲۷) و همچنین استقلال بیمار به عنوان یک ایده‌آل برای تصمیم‌گیری پزشکی مورد تاکید قرار گرفته است (۲۳)، رویکرد تصمیم‌گیری مشترک و ارتباط مناسب پزشک و بیمار در این زمینه ممکن است رضایت بیمار را افزایش دهد (۳۷). چرا که تصمیم‌گیری مشترک فرآیندی است که طی آن بیماران و پزشکان با هدف

آمبیگاپاتی و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود عنوان کردند ۷۰ درصد بیماران احساس می‌کردند نقش تصمیم‌گیری فعال یا مشترک را در طول مشاوره بازی می‌کنند (۳۲). نتایج به‌دست‌آمده در مطالعه ژانگ (۲۰۱۱) در مورد نقش بیمار در تصمیم‌گیری درمانی نشان داد که تنها ۵ درصد نقش فعال، ۳۰ درصد نقش مبتنی بر همکاری و ۶۵ درصد نقش منفعل یا به عبارتی عدم مشارکت را تجربه و درک کرده بودند. اکثر بیماران گزارش دادند که در مورد درمان با پزشکان خود ابراز نظر می‌کنند، اما اکثریت نقش‌های تصمیم‌گیری نسبتاً منفعلی را درک کردند. ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت باید تلاش بیشتری برای بهبود ارتباط پزشک-بیمار و کاهش ناسازگاری بین نقش تصمیم‌گیری شده ادراک شده و ترجیحی بیماران انجام دهند (۲۴).

منوچهری و همکاران (۱۳۹۶) در بررسی میزان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی-درمانی در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی ساوه نشان دادند میزان مشارکت بیماران در زمان پذیرش، نزدیک به ۴۷ درصد و در زمان‌های بستری و ترخیص به ترتیب، ۵۵ درصد و ۵۹ درصد بود (۱۷). خمرنیا و همکاران (۱۳۹۵) در بررسی میزان مشارکت بیماران مبتلا به سرطان در تصمیمات درمانی در سیستان و بلوچستان نشان دادند بیش از نیمی از نمونه مورد مطالعه، مشارکت کمی در تصمیم‌گیری‌های درمانی داشته، و فقط حدود ۲۰ درصد از بیماران، مشارکت مناسبی در زمینه تصمیم‌گیری درمانی داشتند که از مشارکت ضعیف بیماران سرطانی در تصمیم‌گیری‌های درمانی خبر می‌دهد (۱۵)

شواهدی که تصمیم‌گیری مشترک در بهبود کیفیت، ایمنی و هزینه-اثربخشی مراقبت نقش دارد در حال افزایش است (۳۸-۴۰) و به عنوان یک الزام اخلاقی امروزه مراقبت شناخته شده است (۴۱). این آگاهی بین پزشکان و بیماران در حال افزایش است. تا زمانی که ترجیحات شخصی بیماران تحت تأثیر نظر متخصصی است که مراقب ارائه می‌کند، تصمیم‌گیری مشترک کمتر از هدف مورد انتظار است. تصمیم‌گیری مشترک کمک می‌کند تا بیماران را در مورد روش‌های درمانی مختلف آگاهی یابند و ترجیحات آن‌ها در نظر گرفته شود (۴۲). ترغیب ارائه‌دهندگان برای حمایت از تصمیم‌گیری مشترک (۴۳)،



هماهنگی گزینه‌های درمانی موجود با ارزش‌های شخصی بیمار، تصمیمات درمانی را به همراه می‌آورند (۲۷). با این حال در برخی موارد کاملاً مشخص نیست که آیا بیماران واقعاً می‌خواهند مشارکت کنند، آیا واقعاً تصمیمات مشترکی دارند یا اینکه آن‌ها فقط می‌خواهند احساس کنند که مشارکت دارند.

در مطالعه گوالانو و همکاران (۲۰۱۹) با هدف بررسی رابطه رتبه بندی ارتباط بیمار با ارائه‌دهندگان مراقبت (ضعیف، نسبتاً خوب، خوب، بسیار خوب) و ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی بیماران، این مورد که آیا بیماران مصاحبه شونده روند تشخیصی / درمانی خود را در طول بستری شدن به عنوان یک فرآیند "تصمیم‌گیری مشترک" احساس کرده‌اند نیز مورد ارزیابی قرار گرفته است. ۵۴ درصد بیماران مرد در مقابل ۷۰ درصد از بیماران زن، تجربه خود را به عنوان یک فرآیند تصمیم مشترک گزارش کردند که این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($p = ۰/۰۳$). در این مورد تفاوت مشاهده شده از نظر سن بیماران نیز معنی‌دار مشاهده گردید و درصد بیشتری از افراد زیر ۶۰ سال نسبت به بالای ۶۰ سال تجربه خود را به عنوان رویکرد تصمیم‌گیری مشترک گزارش کرده‌اند. همچنین رابطه‌ای بین طول اقامت در گروهی که رویکرد تصمیم‌گیری مشترک را درک کرده بودند و آن‌هایی که درک نکرده بودند مشاهده نشد. در مطالعه گوالانو و همکاران (۲۰۱۹) همچنین احتمال ارتباط گزارش فرآیند تصمیم‌گیری تشخیصی / درمانی مشترک توسط بیماران با نگرش و دیدگاه آنان در مورد جنبه‌های مختلف اطلاعات دریافتی در مدت بستری (ضعیف، نسبتاً خوب، خوب، بسیار خوب)، کیفیت ادراک‌شده رابطه بیمار و ارائه‌دهنده مراقبت، وضوح اطلاعات، در دسترس بودن ارائه‌دهنده (هرگز، به ندرت، اغلب، همیشه، نظری ندارم) و اعتماد به اطلاعات دریافتی از ارائه‌دهنده و تصمیم‌پزشکان (اصلاً، متوسط، زیاد، بسیار زیاد) مورد آزمون قرار گرفت. همه بیمارانی که به اطلاعات دریافتی خود در مورد وضعیت سلامتی رتبه ضعیف داده بودند تصمیم‌گیری مشترک را احساس نکرده بودند. از طرف دیگر اکثریت کسانی که فکر می‌کردند اطلاعات خوب و خصوصاً بسیار خوبی دریافت کرده‌اند احساس کردند که تصمیمات درمانی بین آن‌ها و پزشکشان به اشتراک گذاشته شده است. احساس فرآیند تصمیم‌گیری مشترک در زمانیکه درخواست‌های پاسخ داده شده بیماران هرگز و به ندرت گزارش

شده نسبت به زمانی بوده که اغلب و همیشه بیان گردیده است کمتر بوده است. علاوه بر این بیشتر بیمارانی که فکر می‌کردند ارائه دهندگان هرگز یا به ندرت از زبان ساده و قابل فهم استفاده می‌کردند، تصمیم‌گیری مشترکی را گزارش نکرده بودند. از طرف دیگر درصد بالای تصمیم‌گیری مشترک مربوط به بیمارانی بوده که ادعا کردند ارائه‌دهنده اغلب یا همیشه از زبان قابل فهم استفاده کرده است. در نظر گرفته شدن نظرات بیمار توسط ارائه‌دهنده وقتی از جانب بیماران هرگز و به ندرت گزارش شده عدم تصمیم‌گیری مشترک نیز احساس شده است. در حالیکه اکثریت کسانی که در نظر گرفته شدن نظرات بیمار توسط ارائه‌دهنده را اغلب یا همیشه دانسته‌اند احساس کردند که در حال تصمیم‌گیری مشترک هستند. اکثر بیمارانی که احساس کردند ارائه‌دهنده هرگز زمان مناسبی را صرف مراقبت از ایشان نمی‌کند، همچنین احساس کردند که تصمیم‌گیری‌ها نیز مشارکتی نبوده است. این در تضاد است با تعداد زیادی از بیماران که زمان صرف شده را اغلب و همیشه مناسب دانسته‌اند و در عین حال احساس می‌کردند که تصمیمات مشترک است. این نتایج از نظر آماری معنی‌دار گزارش شده است. با این وجود هیچ ارتباط معنی‌داری برای تفاوت احساسات بیماران در اعتماد اطلاعات دریافتی از ارائه‌دهنده با گزارش فرآیند تصمیم‌گیری مشترک مشاهده نشد. تصمیم‌گیری مشترک نشان دهنده یک الگوی ارتباط پزشک-بیمار وابسته به مراقبت‌های بیمارمحور است. نتایج مطالعه گوالانو، اهمیت ابعاد مختلف رابطه پزشک-بیمار را نشان می‌دهد و مهمترین عامل یک رویکرد تصمیم‌گیری مشترک ادراک‌شده، بستگی به ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت دارد (۳۷). مقایسه نتایج مطالعه گوالانو و همکاران (۲۰۱۹) (۳۷) با مطالعه حاضر در تفاوت مشاهده شده در میانگین نمره مشارکت ادراک‌شده بیماران در مراقبت و ابعاد آن بر حسب متغیرهای زمینه‌ای نشان داد که نتایج دو مطالعه در زمینه جنسیت، سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و سابقه بستری و طول اقامت تا حد زیادی تطابق دارند.

در مطالعه منوچهری و همکاران (۱۳۹۶) ارتباط معنی‌داری بین نوع شغل و سابقه بستری با میزان مشارکت بیماران دیده شد. بین سایر متغیرها (سن، جنسیت، وضعیت تاهل، بخش بستری، تحصیلات، مدت بستری و غیره) و میزان مشارکت کلی

داشتند (۱۵).

در مورد سطح تحصیلات نیز با مطالعه منوچهری و همکاران (۱۳۹۶) همراستا است و با مطالعات خمرنیا و همکاران (۱۳۹۵) متناقض می‌باشد. در مورد جنسیت نیز با مطالعات منوچهری و همکاران (۱۳۹۶)، خمرنیا و همکاران (۱۳۹۵) متفاوت می‌باشد. دیگر یافته مطالعه حاضر در مورد بخش و مدت بستری با مطالعه منوچهری و همکاران (۱۳۹۶) تطابق داشت. هر چند که در ظاهر به نظر می‌رسد با افزایش سن میزان مشارکت کاهش یابد و سن به عنوان مانعی برای مشارکت عمل کند و یا با افزایش سطح تحصیلات میزان مشارکت افزایش یابد و آموزش نقش تسهیل‌کننده در مشارکت را بازی کند ولی در این مطالعه همچون بعضی دیگر از مطالعات که ذکر شد این مورد ثابت نگردید. این بدان معنی است که عواملی غیر از متغیرهای جمعیت‌شناختی مذکور در توضیح میزان مشارکت بیماران در مراقبت نقش دارند. مثل بستر اجتماعی که فرد در آن رشد کرده و روی رفتار فرد تاثیر می‌گذارد و یا حتی مواردی مثل اعتماد به پزشک منجر خواهد شد که فرد خود تلاشی برای مشارکت در تصمیم‌گیری مراقبت خود نداشته باشد.

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی بود. داده‌های مطالعه خودگزارشی بوده و مشمول محدودیت‌های داده‌های خودگزارشی می‌باشد. همچنین مطالعه از نوع مقطعی بوده و در یک شرایط جغرافیایی و اجتماعی خاص انجام شده است و تعمیم نتایج آن باید با دقت انجام شود.

نتیجه‌گیری

این مطالعه شواهدی از ترجیحات تصمیم‌گیری بیماران، مشارکت ادراک‌شده آنان در مراقبت و همچنین مشخصات جمعیت‌شناختی که روی این متغیرها اثر گذار بود را ارائه داد. از آنجا که درصد زیادی از بیماران در مطالعه حاضر نقش نسبتاً منفعل در تصمیم‌گیری را ترجیح دادند، مراقبان سلامت بهتر است اطلاعات قابل فهم راجع به گزینه‌های درمانی موجود و مزایا / خطرات مرتبط با آن انتخاب‌ها (به عنوان یک پیش‌نیاز اساسی برای مشارکت) برای بیماران ارائه دهند. برای ترجیح و ایفای نقش مشارکتی در تصمیم‌گیری توسط بیماران نیاز به ترغیب و تشویق بیماران توسط مراقبان سلامت برای پرسش در مورد روش‌های مراقبت، بیان ترجیحات

بیماران ارتباطی مشاهده نشد. در این مطالعه علی‌رغم مشارکت کلی بالای بیماران، مشارکت در زمان پذیرش، متوسط بود. از نظر منوچهری و همکاران اگرچه ممکن است با توجه به شرایط بیمار در زمان پذیرش، امکان ارائه اطلاعات و درخواست برای تصمیم‌گیری و مشارکت برای همه بیماران میسر نباشد، ولی لازم است اقدامات مناسبتری برای بهبود مشارکت آن‌ها در تصمیم‌گیری‌های درمانی انجام گیرد (۱۷). همچنین مطالعه خمرنیا و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد که افراد باسواد به طور معنی‌داری، نسبت به افراد بی‌سواد مشارکت بیشتری در تصمیمات درمانی خود داشته‌اند. ولی بین سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، جنسیت، وضعیت تاهل و غیره) با میزان مشارکت بیماران در تصمیمات درمانی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد (۱۵). تحلیل داده‌های مطالعه موحدر و همکاران (۱۳۹۱) با هدف بررسی ادراک بیماران بستری در بخش‌های بالینی بیمارستان‌های عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه مشارکت در تصمیم‌های درمانی و ایمنی بیمار نشان داد بیماران جوانتر (کمتر از ۴۵ سال) مشارکت بیشتری در تصمیم‌گیری‌های درمانی دارند و گروه‌های جوان‌تر خودشان را دارای اختیار و قدرت بیشتر در موقعیت‌های تصمیم‌گیری سلامت در مقایسه با افراد مسن‌تر می‌دانند. همچنین افراد شاغل نسبت به بیکاران یا بازنشسته‌ها مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها را بیشتر ارزیابی کردند و افراد شاغل از سطح آگاهی بالاتری در زمینه مشارکت در تصمیمات درمانی برخوردارند یعنی داشتن شغل و ارتباط با سایر افراد منجر به افزایش سطح آگاهی و ادراک می‌شود (۴۸).

مقایسه یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعات مذکور نشان داد عدم وجود ارتباط معنی‌دار بین سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، بخش و مدت بستری با میزان مشارکت ادراک‌شده بیماران در مراقبت و همچنین وجود رابطه معنی‌دار بین جنسیت بیماران و بعد میزان تبادل اطلاعات بیمار و نوع بیماری در بعدهای ارزیابی کمک پزشک و مشارکت بیمار با مطالعات منوچهری و همکاران (۱۳۹۶)، خمرنیا و همکاران (۱۳۹۵) در مورد سن و وضعیت تاهل مطابقت دارد و با مطالعه موحدر و همکاران (۱۳۹۱) در مورد سن تناقض دارد. در مطالعه خمرنیا و همکاران (۱۳۹۵) افراد با افزایش سن میزان مشارکت کمتری داشتند. متاهلین میزان مشارکت بالاتری

کاهش دهد، برای رفع این مانع باید به درستی برنامه ریزی کرد. تعارض بین زمان محدود پزشک و نیاز به "مراقبت حساس به ترجیح" نیاز به ابزارهایی دارد که به ارزیابی اهداف بیمار کمک می‌کند و اطلاعات بی‌طرفانه‌ای بدون ایجاد بار زمانی برای ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت ایجاد می‌کند. استفاده از کمک‌های تصمیم‌گیری بیمار برای تسهیل تصمیم‌گیری مشترک ممکن است به بیماران اجازه دهد تا در مورد درمانی که مطابق با ارزش‌ها و اهداف بلند مدت آن‌ها باشد، تصمیم‌گیری کنند. آموزش بیماران با مواد مکتوب علاوه بر ارائه اطلاعات شفاهی ممکن است باعث افزایش بهره‌وری و کارایی مکالمات در مورد گزینه‌های درمانی شود و باعث شود در نهایت پزشک و بیمار به تصمیمی برسند که با ترجیحات بیمار سازگار است.

سیاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند بدینوسیله از تمامی افرادی که ایشان را در انجام این مطالعه یاری نموده‌اند، تقدیر و تشکر نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: م. الف. ب. ج. ح.

جمع‌آوری داده‌ها: س. الف.

تحلیل داده‌ها: س. ج. ح. الف.

نگارش و اصلاح مقاله: م. الف. ب. س. الف. س. ج. ح. ج.

سازمان حمایت‌کننده

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با کد ۵۴۱۵ می‌باشد که توسط هیچ‌سازمانی مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

- 1) Poorabhari-Langeroodi S, Asadinejad M. Place the patient in medical decisions. *Medical Law Journal* 2013; 7(27): 11-36. [Persian]
- 2) Brom L, Hopmans W, Pasman HR, Timmermans DR, Widdershoven GA, Onwuteaka-Philipsen BD. Congruence between patients' preferred and perceived participation in medical decision-making: a review of the literature. *BMC Med Inform Decis Mak* 2014; 14: 25. doi:10.1186/1472-6947-14-25.
- 3) Savelberg W, Moser A, Smidt M, Boersma L,

و تصمیم‌گیری آگاهانه و حمایت از تصمیمات بیمار می‌باشد. به عبارتی ترجیحات بیمار بایستی مورد ارزیابی قرار گیرد تا زمینه دستیابی به آن برای بیمار فراهم گردد. با معنی‌دار بودن تفاوت درصدها بین انواع ترجیحات تصمیم‌گیری بیماران بر حسب سطح تحصیلات، بیمارستان و بخش بستری لازم است توسط متولیان سلامت به نحوی برنامه‌ریزی گردد که سواد سلامت افراد جامعه افزایش پیدا کند و همچنین بیمارستان‌ها می‌توانند در هر بخش نیز با همکاری پزشکان و کادر درمان اقدام به بررسی و تشخیص ترجیحات بیماران نموده و زمینه لازم برای رعایت ترجیحات بیماران را فراهم نمایند.

در مطالعه حاضر با اینکه مشارکت ادراک‌شده بیماران در مراقبت به طور کلی ۶۲ درصد به دست آمد ولی بعد مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری کمترین نمره را به دست آورد. همچنین با توجه به معنی‌دار بودن تفاوت میانگین نمره کسب شده در برخی ابعاد و کل مشارکت ادراک‌شده برحسب برخی متغیرهای جمعیت‌شناختی به احتمال زیاد مداخلات لازم برای ارتقاء تصمیم‌گیری مشترک به ویژه برای کمک به بیماران زن و بیمارانی که بیماری حادتری دارند و همچنین حمایت از مراقبان سلامت برای مشارکت در فرایند تصمیم‌گیری مشترک با بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. تصمیم‌گیری مشترک با بیماران با چالش‌های زیادی روبرو است من جمله واضح نبودن مفهوم آن به اندازه کافی برای برخی بیماران، برقراری توازن بین مسئولیت حرفه‌ای مراقبان سلامت برای استفاده از تخصص ایشان و ترجیحات بیمار و اعتماد به پزشک که تمایل بیمار برای مشارکت در تصمیم‌گیری را کاهش می‌دهد. لذا تدوین برنامه‌ای برای تسهیل تصمیم‌گیری مشترک در مراقبت‌های بالینی لازم است. حجم تقاضاهای بالینی، می‌تواند میزان زمانی را که پزشکان با بیماران خود می‌گذرانند

- Haekens C, Weijden Tvd. Protocol for a pre-implementation and post-implementation study on shared decision-making in the surgical treatment of women with early-stage breast cancer. *BMJ Open* 2015; 5(3): e007698. doi: 10.1136/bmjopen-2015-007698.
- 4) Müller-Engelmann M, Krones T, Keller H, Donner-Banzhoff N. Decision making preferences in the medical encounter - a factorial survey design. *BMC Health Serv Res* 2008; 8(1): 260. doi: 10.1186/1472-






- 6963-8-260.
- 5) Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making - the pinnacle of patient-centered care. *The N Engl J Med* 2012; 366(9): 780-1. doi: 10.1056/NEJMp1109283.
 - 6) Livaudais JC, Franco R, Fei K, Bickell NA. Breast cancer treatment decision-making: are we asking too much of patients?. *J Gen Intern Med* 2013; 28(5): 630-6. doi:10.1007/s11606-012-2274-3.
 - 7) Hageman MG, Reddy R, Makarawung DJ, Briet JP, van Dijk CN, Ring D. Do upper extremity trauma patients have different preferences for shared decision-making than patients with nontraumatic conditions?. *Clin Orthop Relat Res* 2015; 473(11): 3542-8. doi: 10.1007/s11999-015-4375-x.
 - 8) Salzburg Global Seminar. Salzburg statement on shared decision making. *BMJ* 2011; 342: d1745. doi: 10.1136/bmj.d1745.
 - 9) Rise MB, Solbjor M, Lara MC, Westerlund H, Grimstad H, Steinsbekk A. Same description, different values. How service users and providers define patient and public involvement in health care. *Health Expectations* 2013; 16(3): 266-76. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00713.x.
 - 10) Levine MN, Gafni A, Markham B, MacFarlane D. A bedside decision instrument to elicit a patient's preference concerning adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Ann Intern Med* 1992; 117(1): 53-8. doi: 10.7326/0003-4819-117-1-53.
 - 11) Carvel D. Patient-partners may be political correctness gone too far. *BMJ* 1999; 319(7212): 783-4. doi: 10.1136/bmj.319.7212.783b.
 - 12) Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997; 44(5): 681-92. doi: 10.1016/S0277-9536(96)00221-3.
 - 13) Beaver K, Jones D, Susnerwala S, Craven O, Tomlinson M, Witham G, et al. Exploring the decision-making preferences of people with colorectal cancer. *Health Expect* 2005; 8(2): 103-13. doi: 10.1111/j.1369-7625.2005.00320.x.
 - 14) Ghiyasvandian S, Mousavizadeh Sn, Dehghan Nayeri N, Haghani H. The effect of decision aid's package in selected treatment by patients with early stage breast cancer and decision making outcomes. *J Fasa Univ Med Sci* 2013; 3(3): 271-9. [Persian]
 - 15) Khammarnia M, Eskandari M, Alinezhade Ranjbar A, Ansari-Moghadam A, Peyvand M. Participation rate of cancer patients in treatment decisions: a cross sectional study. *Journal of Health Literacy* 2017; 2(3): 156-63. doi: 10.29252/jhl.2.3.156. [Persian]
 - 16) AsadiJanati N, Vahdat S, Yazdan Panah A. Studying patient participation in controlling postoperative infection in orthognathic surgery in BouAli Hospital, Tehran in 2012-2013. *Medical Sciences Journal of Islamic Azad University* 2014; 24(3): 189-93. [Persian]
 - 17) Manouchehri H, Zagheri-Tafreshi M, Nasiri M, Ashrafi H. Patients participation in health care decision makings in Hospitals affiliated with saveh school of medical sciences, 2016. *JHC* 2018; 19(4): 251-61. [Persian]
 - 18) Degner LF, Sloan JA, Venkatesh P. The control preferences scale. *Can J Nurs Resour* 1997; 29(3): 21-43. doi: 10.1037/t22188-000.
 - 19) Lerman CE, Brody DS, Caputo GC, Smith DG, Lazaro CG, Wolfson HG. Patients' perceived involvement in care scale: relationship to attitudes about illness and medical care. *J Gen Intern Med* 1990; 5(1): 29-33. doi: 10.1007/BF02602306.
 - 20) Lawshe C. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology* 28(4): 563-75. doi: 10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x.
 - 21) Heidarnia M, Riazzi-Isfahani S, Abadi A, Mohseni M. Cross cultural adaptation and assessing validity and reliability of servqual questionnaire in Hospital service quality. *Research in Medicine* 2014; 38(2): 98-105. [Persian]
 - 22) Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N, Aligol M. Validity and reliability of the instruments and types of measurment in health applied researches. *JRUMS* 2015; 13(12): 1153-70. [Persian]
 - 23) D'Amico E, Leone C, Patti F. Disability may influence patient willingness to participate in decision making on first-line therapy in multiple sclerosis. *Functional Neurology* 2016; 31(1): 21. doi: 10.11138/FNeur/2016.31.1.021.
 - 24) Zhang Y, Su H, Shang L, Li D, Wang R, Zhang R, et al. Preferences and perceived involvement in treatment decision making among Chinese patients with chronic hepatitis. *Med Decis Making* 2011; 31(2): 245-53. doi: 10.1177/0272989X10375990.
 - 25) Mah HC, Muthupalaniappen L, Chong WW. Perceived involvement and preferences in shared decision-making among patients with hypertension. *Family Practice* 2016; 33(3): 296-301. doi: 10.1093/fampra/cmw012.
 - 26) Chiu C, Feuz MA, McMahan RD, Miao Y, Sudore RL. Doctor, make my decisions: decision control preferences, advance care planning, and satisfaction with communication among diverse older adults. *J Pain Symptom Manage* 2016; 51(1): 33-40. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.07.018.
 - 27) Dardas AZ, Stockburger C, Boone S, An T, Calfee RP. Preferences for shared decision making in older adult patients with orthopedic hand conditions. *J Hand Surg Am* 2016; 41(10): 978-87. doi: 10.1016/j.jhsa.2016.07.096.
 - 28) Stewart DE, Wong F, Cheung AM, Dancey J, Meana M, Cameron JI, et al. Information needs and decisional preferences among women with ovarian cancer. *Gynecologic Oncology* 2000; 77(3): 357-61. doi: 10.1006/gyno.2000.5799.

- 29) Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behavioral Medicine* 1998; 24(2): 81-8. doi: 10.1080/08964289809596384.
- 30) Janz NK, Wren PA, Copeland LA, Lowery JC, Goldfarb SL, Wilkins EG. Patient-physician concordance: preferences, perceptions, and factors influencing the breast cancer surgical decision. *J Clin Oncol* 2004; 22(15): 3091-8. doi:10.1200/JCO.2004.09.069.
- 31) Giordano A, Mattarozzi K, Pucci E, Leone M, Casini F, Collimedaglia L, et al. Participation in medical decision-making: attitudes of Italians with multiple sclerosis. *J Neurol Sci* 2008; 275(1-2): 86-91. doi: 10.1016/j.jns.2008.07.026.
- 32) Ambigapathy R, Chia YC, Ng CJ. Patient involvement in decision-making: a cross-sectional study in a Malaysian primary care clinic. *BMJ Open* 2016; 6(1): e010063. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010063.
- 33) Michaelis S, Kriston L, Harter M, Watzke B, Schulz H, Melchior H. Predicting the preferences for involvement in medical decision making among patients with mental disorders. *PLoS One* 2017; 12(8): e0182203. doi:10.1371/journal.pone.0182203.
- 34) Sak G, Rothenfluh F, Schulz PJ. Assessing the predictive power of psychological empowerment and health literacy for older patients' participation in health care: a cross-sectional population-based study. *BMC Geriatrics* 2017; 17(1): 1-15. doi:10.1186/s12877-017-0448-x.
- 35) Kumar R, Korthuis PT, Saha S, Chander G, Sharp V, Cohn J, et al. Decision-making role preferences among patients with HIV: associations with patient and provider characteristics and communication behaviors. *Journal of General Internal Medicine* 2010; 25(6): 517-23. doi:10.1007/s11606-010-1275-3.
- 36) Seo J, Goodman MS, Politi M, Blanchard M, Kaphingst KA. Effect of health literacy on decision-making preferences among medically underserved patients. *Medical Decision Making* 2016; 36(4): 550-6. doi:10.1177/0272989X16632197.
- 37) Gualano MR, Bert F, Passi S, Stillo M, Brescia V, Scaioli G, et al. Could shared decision making affect staying in hospital? a cross-sectional pilot study. *BMC Health Services Research* 2019; 19(1): 174. doi:10.1186/s12913-019-4002-8.
- 38) Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making-the pinnacle patient-centered care. *N Engl J Med* 2012; 366: 780-1. doi:10.1056/NEJMp1109283.
- 39) Glasziou P, Moynihan R, Richards T, Godlee F. Too much medicine; too little care. *BMJ* 2013; f4247. doi:10.1136/bmj.f4247.
- 40) Oshima Lee E, Emanuel EJ. Shared decision making to improve care and reduce costs. *N Engl J Med* 2013; 368(1): 6-8. doi:10.1056/NEJMp1209500.
- 41) Seminar SG. Salzburg statement on shared decision making. *BMJ* 2011; 342. doi.org/10.1136/bmj.d1745.
- 42) Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 12(4): CD001431. doi:10.1002/14651858.CD001431.pub5.
- 43) Elwyn G, Lloyd A, Joseph-Williams N, Cording E, Thomson R, Durand M-A, et al. Option grids: shared decision making made easier. *Patient Educ Couns* 2013; 90(2): 207-12. doi:10.1016/j.pec.2012.06.036.
- 44) Hoffmann TC, Bennett S, Tomsett C, Del Mar C. Brief training of student clinicians in shared decision making: a single-blind randomized controlled trial. *Journal of General Internal Medicine* 2014; 29(6): 844-9. doi: 10.1007/s11606-014-2765-5.
- 45) Santema TBK, Stoffer EA, Kunneman M, Koelemay MJW, Ubbink DT. What are the decision-making preferences of patients in vascular surgery? a mixed-methods study. *BMJ Open* 2017; 7(2): e013272. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013272.
- 46) Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2012; 86(1): 9-18. doi: 10.1016/j.pec.2011.02.004.
- 47) Stacey D, Pomey M-P, O'Connor AM, Graham ID. Adoption and sustainability of decision support for patients facing health decisions: an implementation case study in nursing. *Implementation Science* 2006; 1(1): 17. doi: 10.1186/1748-5908-1-17.
- 48) Movahed Kor E, Arab M, Akbari Sari A, Hosseini M. Inpatient perceptions of participating in cure decision making and safety among public hospitals of tehran medical sciences university. *Hospital* 2012; 11(1): 29-38. [Persian]



Research Article

Patients' Decision Making Preferences and Perceived Participation in Care: A Case Study in Selected Educational Hospitals of Yazd

Mohamad Amin Bahrami ¹ , Hasan Jafari ² , Sara Jambarsang ³ ,
Samane Entezarian Ardakani ^{4,5*} 

¹ Associate Professor, Health Human Resources Research Center, School of Management & Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

² Assistant Professor, Health Policy and Management Research Center, Department of Healthcare Management, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

³ Assistant Professor, Center for Healthcare Data Modeling, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

⁴ MSc in Healthcare Management, International Campus, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

⁵ MSc in Healthcare Management, Department of Healthcare Management, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

* **Corresponding Author:** Samane Entezarian Ardakani
s.entezariana@gmail.com

ABSTRACT

Citation: Bahrami MA, Jafari H, Jambarsang S, Entezarian Ardakani S. Patients' Decision Making Preferences and Perceived Participation in Care: A case study in Selected Educational Hospitals of Yazd. *Manage Strat Health Syst* 2021; 6(2): 117-32.

Received: July 04, 2021

Revised: August 29, 2021

Accepted: August 29, 2021

Funding: The authors have no support or funding to report.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

Background: Patient's preferences in decision-making procedure are defined as the patient's willingness to participate in self-care management and decision-making. The aim of present study was to assess patients' preferences in decision-making procedure and perceived participation in care and their relationship with demographic in selected educational hospitals of Yazd in 2019.

Methods: The study was conducted on 195 inpatients of the gynecology, internal medicine and surgery wards of teaching hospitals in Yazd of Iran. The inpatients were selected through stratified sampling method. The data was collected by 2 questionnaires: Degner and Sloan's control preferences scale and patients' perceived involvement in care scale of Lerman et al. parametric and non-parametric tests used to analyze the data.

Results: In general, 49.20 % of patients preferred a relatively passive role in the decision-making process, and 36.40 % of them had high level of willingness to participate in their medical care decisions. The difference between the types of patients' decision-making preferences was significant for education level, type of hospital and type of inpatient ward, type of basic insurance ($p \leq 0.05$). The mean score of Patients' perceived participation was 62.08 ± 14.92 . The difference observed in the mean score of patients' perceived participation in care for gender, type of disease, type of hospital, history of hospitalization, type of basic insurance was significant ($p < 0.05$).

Conclusion: A large percentage of patients in the present study preferred a relatively passive role in decision-making, so it is best for health care providers to provide patients with understandable information about available treatment options and the benefits / risks associated with those choices. Also, the necessary interventions to promote shared decision-making, especially to help female patients and patients with more acute illnesses, as well as to support health care providers to participate in the shared decision-making process with patients, are of particular importance.

Keywords: Decision making preferences, Perceived participation in care, Hospital, Patient