



Patient Sheared Decision-Making Models: A Comparative Study

Khorshid Vaskouei Eshkevarei ¹, Kamran Hajinabi ^{2,*}, Leila Riahi ²,
Mohammadreza Maleki ³

¹ PhD Candidate, Department of Health Services Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Department of Health Services Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

³ Professor, Department of Health Services Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Kamran Hajinabi, Assistant Professor, Department of Health Services Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: hajinabi@srbiau.ac.ir

Received: 29 Oct 2018

Accepted: 26 Nov 2019

Abstract

Introduction: Health policies and medical approaches have been changed with respect to the spread of chronic diseases. Patient participation in clinical decision-making promotes health indicators and results. Despite, this concept and its operational implementation strategies are unfamiliar in most countries. The aim of this study was to compare the models of patient participation in clinical decision-making, to present executive strategies to improve this process in the country.

Methods: A comparative descriptive design was adopted based on the Beredy, method. So, four stages were presented: description, interpretation, juxtaposition, and comparison. This study has compared 14 models for patient participation in clinical decision-making in different aspects. Eight clinical experts who participated in the qualitative research have determined the evaluation indicators.

Results: In examining the fourteen models in the field of patient shared decision-making, the results indicate that these models are based on the context, the relationship between physician and patient, patient preferences 100%, practitioner's behavior, patient empowerment 64%, beliefs and The patient's values, the existence of different treatment options of 57%, control over decision-making 50%, patient outcome implications 43%, patient characteristics 36% The role of physician in the community and supporting patient decision-making in the society were 21%.

Conclusions: Based on this study, effective components of patient participation in decision-making have been extracted. The results of this study will be used to design sheared decision-making model.

Keywords: Participation, Decision-making, Treatment, Patient, Model



بررسی تطبیقی مدل‌های مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمان

خورشید وسکویی اشکوری^۱، کامران حاجی‌نبی^{۲*}، لیلا ریاحی^۲، محمدرضا ملکی^۳

^۱ دانشجوی دکترای تخصصی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
^۲ استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
^۳ استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
 * نویسنده مسئول: کامران حاجی‌نبی، استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ایمیل: hajinabi@srbiau.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۹/۰۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۰۷

چکیده

مقدمه: با گسترش بیماری‌های مزمن، رویکرد پزشکی و سیاست‌های حوزه سلامت در درمان بیماران تغییر کرده است. علیرغم اهمیت فراوان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری درمان که موجب ارتقای شاخص‌ها و پیامدهای سلامتی می‌گردد، این مفهوم و راهکارهای عملیاتی پیاده‌سازی آن در اکثر کشورها از نظر فرهنگی شناخته شده نیست. هدف از این مطالعه بررسی مقایسه‌ای مدل‌های مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمان است تا با استفاده از نتایج آن، مؤلفه‌های مؤثر در مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمان استخراج گردد. **روش کار:** این مطالعه به شیوه توصیفی-تطبیقی (مقایسه‌ای) بر اساس روش بردی انجام شده است. بر مبنای این مدل چهار مرحله توصیف اطلاعات، تفسیر اطلاعات، همجواری اطلاعات و مقایسه اطلاعات صورت گرفته است. نمونه‌های این پژوهش شامل چهارده مدل منتخب در زمینه مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمان می‌باشد که از جنبه‌های مختلف مورد مقایسه قرار گرفت و در مرحله بعد در پانل خبرگان مؤلفه‌های مؤثر بر مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمان استخراج شده است. **یافته‌ها:** در بررسی چهارده مدل مطرح در زمینه مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری درمان، نتایج بدست آمده حاکی از آن است که مدل‌های مذکور در مورد زمینه، ارتباط بین پزشک و بیمار، ترجیحات بیمار ۱۰۰٪، رفتار عملی پزشک، توانمندسازی بیمار ۶۴٪، عقاید و ارزشهای بیمار، وجود گزینه‌های مختلف درمان ۵۷٪، کنترل بر تصمیم‌گیری ۵۰٪، پیامدهای تصمیم‌گیری بیمار ۴۳٪، ویژگیهای بیمار ۳۶٪ نقش پزشک در جامعه و حمایت از تصمیم‌گیری بیمار در جامعه ۲۱٪ با هم همخوانی داشتند. **نتیجه‌گیری:** بر اساس مطالعه فوق، مؤلفه‌های مؤثر بر مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری درمان استخراج شده است از نتایج این تحقیق در طراحی الگوی مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمان استفاده خواهد شد. **واژگان کلیدی:** مشارکت، تصمیم‌گیری، تصمیم‌گیری مشارکتی، بیمار، مدل

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

می‌شود [۲]. انواع: سه نوع مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمان وجود دارد
 ۱- بیمارانی که دیدگاهها و یا ترجیحات خود را بدون تأثیرپذیری از تلقین و اشاره دیگران مطرح می‌کنند. این افراد بیشترین تمایل را برای مشارکت کردن دارند و ترجیح می‌دهند حرف آخر را بزنند.
 ۲- بیمارانی که دیدگاهها و ترجیحات خود را در صورت درخواست دیگران مطرح می‌کنند. این افراد ممکن است مایل به داشتن

گر چه مفهوم مشارکت استفاده‌کنندگان از خدمات درمانی موضوع جدیدی نیست، اما ایجاد فرصت برای بیماران و عموم مردم به منظور مشارکت در اتخاذ تصمیمات مؤثر بر سلامت و سیاست‌های مرتبط به آن نسبتاً جدید است. کلسون مشارکت بیمار در سطوح فردی را تبیین کرده است. از دیدگاه وی مشارکت فرد اشاره به اتخاذ تصمیمات درمانی در خصوص جوانب سلامتی خود دارد [۱]. مشارکت بیماران و جامعه در امر سلامت منجر به افزایش رضایتمندی و جلب اعتماد بیشتر مددجویان، کاهش اضطراب و هیجانات بیماران، درک بیشتر نیازهای فردی، ارتباط مثبت و بهتر متخصصان و اثرات پایا و مثبت بر سلامتی

اضافه کردن اطلاعات خاص بیماران مشابه، اقدام می‌نماید و موجب بهبود کیفیت تصمیم و دانش و اطلاعات بیمار، تصمیم‌گیری بر اساس ارزشهای هر فرد و رفع تضادهای حل نشده در تصمیم‌گیری می‌شود. این ابزارها می‌توانند در فرمتهای مختلف از قبیل جزوات، رسانه‌های نوشتاری، ویدیو یا نوارهای صوتی در دسترس باشند، ولی جایگزین مشاوره با پزشک نبوده بلکه مکمل آن می‌باشند [۶]. در صورت تحقق مشارکت بیماران و تلقی آنان بعنوان شریک درمانی با حقوق مساوی، بیماران در فرآیند درمان خود بطور فعال شرکت می‌نمایند و با دقت بیشتری طرح درمانی خود را پی‌گیری خواهند نمود و در نتیجه توانمند سازی و حفظ سلامت بیمار بهتر تأمین می‌شود. به همین علت، عموماً متخصصان نگرش مثبتی نسبت به مشارکت بیماران در امور درمان دارند و این مفهوم را امتیاز خاصی برای خود و بیماران بشمار می‌آورند. مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری با واژه‌های دیگری مانند درگیر کردن بیماران، مراقبت بیمار محور، توانمند سازی بیماران و خود مدیریتی در تحقیقات مختلف آمده است و همگی این تحقیقات اذعان دارند که مشارکت بیماران با نتایج بهتر و مراقبت‌های موثرتر همراه است.

در تصمیم‌گیری مشترک ضروریست بیمار با فرآیند تصمیم‌گیری آشنا باشد و مراحل آن را بشناسد و بر اساس اصول مربوطه مداخله نماید. از طرفی در مطالعات انجام شده، حجم نمونه کم می‌باشد و امکان تسری این مطالعات به جمعیت‌های بزرگتر امکان پذیر نیست تمام این محدودیت‌ها موجب می‌شود که امکان نتیجه‌گیری در مورد مشارکت در تصمیم‌گیری و در نتیجه امکان پذیرش و اجرای مداخلات تصمیم‌گیری مشترک، در مراقبت از افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله دیابت وجود نداشته باشد. لذا نیاز به مطالعات تطبیقی اثربخشی انواع الگوهای مشارکت در تصمیم‌گیری وجود دارد و این مستلزم کار جدید است. در جمهوری اسلامی ایران به رغم تصویب منشور حقوق بیمار توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۱ هنوز این حقوق به درستی شناخته و پذیرفته نشده است. به عبارتی با توجه به اینکه مراقبت بیمار محور و مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری به یک عنصر کلیدی در مراقبت بهداشتی مدرن با کیفیت بالا تبدیل شده است، این مقوله در کشور به شدت نادیده انگاشته شده است. بر این اساس در شرایط کنونی کشور توجه به این مقوله بر حسب نیازهای روز حوزه سلامت کشور الزامی است. با توجه به اهمیت موارد فوق درصدد برآمدیم تا با انجام یک مطالعه تطبیقی به بررسی مدل‌های مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری درمان پرداخته و مؤلفه‌های مؤثر بر مشارکت بیمار بر تصمیم‌گیری درمان را استخراج نماییم.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی- تطبیقی (مقایسه‌ای) است. الگوی مورد استفاده در پژوهش حاضر، الگوی معروف بردی (Beredy) می‌باشد [۷]. این الگو یک روش مطلق و انتزاعی از روش‌های مطالعات تطبیقی است که چهار مرحله توصیف اطلاعات، تفسیر اطلاعات، همجواری اطلاعات و مقایسه اطلاعات را در مطالعات تطبیقی را مشخص می‌نماید. بر اساس الگوی بردی، در مرحله توصیف اطلاعات به جستجو و یافتن مدل‌های مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمان پرداخته شد. جهت انتخاب مدل‌های مورد نظر به عنوان نمونه‌های پژوهش، مروری

نقش فعال باشند و یا به نقشی که احساس کنند از آنها خواسته شده است، پاسخ دهند.

۳- بیمارانی که تصمیمات اخذ شده در رابطه با خود را می‌پذیرند، این افراد ترجیح می‌دهند ارائه دهندگان خدمت از طرف آنان تصمیم بگیرند [۳].

ورود عقاید و دیدگاههای بیمار محور و انسان‌گرایانه به سیستم مراقبت بهداشتی و درمانی سبب شده تا جایگاه خاصی برای بیمار در درمان و مراقبت بهداشتی در نظر گرفته شود و بیماران به طور فعال در امر مراقبت و درمان درگیر شوند و این جریان کلی سیاسی اجتماعی، فلسفه جدیدی رادر پرستاری و پزشکی ایجاد کرده است که شامل حرکت از حیطه مراقبت زیست پزشکی به سمت رویکرد مراقبتی بیمار محوری می‌باشد [۴].

تصمیم‌گیری: در علوم اجتماعی و مدیریت برای تصمیم‌گیری تعاریف مختلفی بیان شده است که در اینجا به دو تعریف اشاره می‌شود:

۱- تصمیم‌گیری، نوعی بررسی و انتخاب گزینه‌ها، بر مبنای ارزش‌ها و ترجیحات فردی شخصی که تصمیم می‌گیرد تعریف می‌شود. تصمیم‌گیری مبتنی است بر تشخیص و انتخاب از میان گزینه‌ها، در این حالت علاوه بر آنکه گزینه‌ها باید معین شوند بلکه یکی از آنها که احتمال بیشتری برای موفقیت دارد یا موثرتر است و با اهداف، علایق، روش زندگی، ارزش‌ها و نظایر آن تطبیق دارد، برگزیده شود.

۲- تصمیم‌گیری فرایندی است برای کاهش عدم اطمینان و رفع شک و شبهه در باره گزینه‌ها در حد کافی، به نحوی که بتوان از میان گزینه‌ها، انتخاب منطقی را برگزید. این تعریف بر گردآوری اطلاعات و اتخاذ تصمیم در مرحله بعد تاکید دارد. به این نکته باید توجه شود که عدم اطمینان را می‌توان کاهش داد نمی‌توان به صورت کلی آنرا حذف کرد. تعداد کمی از تصمیمات را می‌توان با اطمینان قاطع اتخاذ کرد زیرا جمع‌آوری اطلاعات در مورد همه گزینه‌ها بندرت امکان پذیر است. بنابراین هر تصمیمی با مقداری مخاطره همراه است. وقتی عدم اطمینان وجود نداشته باشد اتخاذ تصمیم با در نظر گرفتن یک الگوریتم یا انجام چند مرحله ساده، عملی است [۵].

محیط و فضای تصمیم: هر تصمیمی در فضای خاص اتخاذ می‌شود، که جمع‌آوری اطلاعات، گزینه‌ها، ارزش‌ها و ترجیحات مطرح در زمان تصمیم از مشخصه‌های آن است. محیط و فضای ایده آل برای تصمیم‌گیری فضایی است که در آن همه اطلاعات ممکن، تمام نکات دقیق، و هر نوع گزینه‌ها محتمل موجود باشد. به هر حال، هم اطلاعات و هم گزینه‌ها عامل فشار بر اخذ تصمیم است زیرا زمان، سعی و تلاش برای گردآوری اطلاعات و طرح و بررسی گزینه‌ها دارای محدودیت است.

شرط اول برای مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری "داشتن اطلاعات کافی" از روشها و اقدامات پزشکی است. برای تسهیل ارائه "ابزارهای کمک به تصمیم‌گیری بیمار" اطلاعات به بیماران و پشتیبانی از آنان برای تصمیم‌گیریهای مشکل‌درمانی و یا غربالگری طراحی شده‌اند. تلاش اصلی "کمک به تصمیم‌گیری"، شفاف سازی سیستماتیک و بدون سوگیری اطلاعات ارائه شده به بیماران است تا بر اساس ترجیحات خود تصمیم بگیرند. کمک به تصمیم‌گیری متفاوت از آموزشهای سنتی بوده و با تأکید بر گزینه‌های پیش روی هر بیمار، تشریح دقیق خطرات و فواید هر روش درمانی، تصریح احتمال بروز عوارض در هر روش و در صورت لزوم

پژوهش، انتخاب شدند. در مرحله تفسیر اطلاعات، اعضای تیم پژوهش تشابهات و تفاوت‌ها در هر یک از مدل‌ها را مورد بررسی و تحلیل قرار دادند در مرحله همجواری، اطلاعات حاصل شده به منظور ایجاد چارچوبی برای مقایسه شباهت‌ها و تفاوت‌ها، مؤلفه‌های مؤثر بر مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمان استخراج شد و در مرحله مقایسه، به منظور پاسخ دادن به سؤال تحقیق درصد تکرار هر مؤلفه در الگوهای مختلف تعیین گردید [۸]. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل رعایت اصول اخلاقی در استفاده و نشر متون علمی بود. همچنین نویسندگان تعارض منافع در انجام مراحل مختلف این پژوهش نداشتند. این پژوهش بخشی از رساله دکتری با عنوان طراحی الگوی مشارکت بیماران دیابتی در تصمیم‌گیری درمان در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران است و دارای کد اخلاق با شماره IR.IAU.SRB.REC.1396.69 می‌باشد.

یافته‌ها

بر مبنای نتایج این مطالعه، ۱۴ الگو که شرایط ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند و بر اساس نام نویسنده یا نام الگو (تعدادی از الگوها عنوان اختصاصی دارند و تعدادی دیگر، با نام نویسنده و عنوان کلی مشارکت در تصمیم‌گیری درمان در متون آمده است)، جدول ۱ مشخصات الگوهای مورد بررسی را نشان می‌دهد.

بر ادبیات مرتبط انجام گردید. بدین منظور مقالات چاپ شده در زمینه مشارکت بیمار با استفاده از پایگاه داده با واژه‌های کلیدی Shared Decision Making و Participation همراه با واژه‌های Patient و Client بدون محدودیت زمانی جستجو شد. معیار جستجوی اولیه برای به دست آوردن مقالات، مطالعاتی بود که به مشارکت در تصمیم‌گیری، الگوهای مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری اشاره شده بود. از ۱۲۰۰ مقاله استخراج شده، ۱۳۰ مقاله به نوعی با معیارهای تحقیق مرتبط بود. ۶۱ مقاله (۴۷/۲٪) مطالعه توصیفی، ۵۰ مقاله (۳۸/۵٪) تحقیق مداخله‌ای و ۱۹ مقاله (۱۴/۳٪) به عنوان نامه به سردبیر طبقه بندی شد. از مقالات ۲۰ مطالعه به الگوهای مشارکت اشاره شده بود. نمونه‌گیری هدفمند بود و ۱۴ الگو منتخب در پژوهش استفاده شده است که مرتبط با مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری درمان بود.

در مرحله بررسی الگوهای مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری درمان، پانل متخصصین متشکل از هشت نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه که در درمان بیماران فعالیت داشتند، در جلسات جداگانه چهارده الگو که محتوای هر الگو در جدولی وارد شده بود و با سه معیار مورد بررسی قرار گرفت، معیارها عبارت بود از الگوی فوق، مرتبط با مشارکت بیماران است، مرتبط است اما کامل نیست، مرتبط نیست. امتیاز دهی گردید و از ۲۰ الگو، ۱۴ مورد، با توجه به جامعیت مفهومی به عنوان نمونه‌های

جدول ۱: مشخصات مدل‌های مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمان

نام الگو	محتوای الگو
الگوی تالکوت پارسونز (۱۹۵۱) [۹]	نظریه کلاسیک در حوزه جامعه‌شناسی و متمرکز بر نظام اجتماعی روابط پزشک و بیمار؛ برآورده نمودن انتظارات بیماران از نقش پزشکان در جامعه نقش پزشک به عنوان "فرد حرفه‌ای حرفه ای" و نقش بیمار به عنوان "بیمار" تمرکز بر نقش پزشک در جامعه در سطح بالا (۹)
الگوی فریدسن (۱۹۷۰)	قرار دادن تفاوت بنیادین ما بین حقوق و مسئولیت‌های بیماران نقش‌های متفاوت پزشک و بیمار وضعیت اقتصادی - اجتماعی بیمار وجود تضاد منافع بین پزشک و بیمار مالکیت دانش پزشکی، تعیین‌کننده تعیین‌کننده ارتباط پزشک و بیمار تلقی نمودن بیمار به عنوان یک "شی" تا یک فرد تمرکز بر نقش پزشک در جامعه در سطح بالا [۱۰]
الگوی پیتر (۲۰۰۲)	ویژگی‌های بیمار: کنترل کم - امکانات کم بیماران پیرتر از نظر طبی غیر فعال، عدم درخواست اطلاعات، راحتی با نقش غیر فعال، پذیرفتن یا استقبال از تصمیم‌گیری پزشک، احتمالاً بدلیل بیماری جدی عاصی می‌شود.
الگوی پیتر (۲۰۰۲)	سبک عملکرد پزشک: پدرمابانه پزشک برای بیمار تصمیم‌گیری می‌کند، اطلاعات فقط در حد پایه ارائه می‌شود. مشارکت بیماران برای پزشک چالش است. دکتر بهتر می‌فهمد. ویژگی‌های بیمار: کنترل کم - امکانات زیاد
الگوی پیتر (۲۰۰۲)	خواست و درک اطلاعات پزشکی، عقاید بیمار برای تصمیم‌گیری پرسیده نمی‌شود، تصور می‌شود اینکار چالشی با تجربیات پزشک است و اعتماد به پزشک مخدوش می‌شود سبک عملکرد پزشک: سبک تمایز یافته
الگوی پیتر (۲۰۰۲)	درباره جزئیات مشکل بیمار توضیح داده می‌شود. تلاش برای مطلع نگه داشتن بیمار درباره تمام مسائل مرتبط با بیماری، تصمیم‌گیری برای بیمار، اما بحث کامل درباره این که چرا این انتخاب‌ها بهترین است. تاکید روی نقش اطلاعاتی پزشک ویژگی‌های بیمار: کنترل زیاد - امکانات زیاد
الگوی پیتر (۲۰۰۲)	مشتری مداری، مریض جوانتر، تحصیل کرده دانشگاه، نیاز به قانع شدن قبل از موافقت با هر روش درمانی، اگر جزئیات اطلاعات و طیف انتخاب‌ها کامل ارائه نشود عصبانی می‌شود، اعتقاد به اینکه او حق دارد با پزشک چالش داشته باشد. بیمار نقش فعال در تصمیم‌گیری دارد. سبک عملکرد پزشک: رویکرد مشارکتی
الگوی پیتر (۲۰۰۲)	پزشک درباره اطلاعات مرتبط با بیماری صحبت می‌کند پیشنهادات ارائه می‌شود، اما تصمیم‌گیری نهایی با بیمار است، قبل از هر کاری با بیمار مشاوره می‌شود، اطلاعات بیمار ارزیابی می‌شود و نیاز به مشارکت بیمار وجود دارد. تاکید روی کار تیمی است. ویژگی‌های بیمار: کنترل زیاد - امکانات کم
الگوی پیتر (۲۰۰۲)	بیمار ناآگاه بوده و یا نمی‌خواهد عدم دانش پزشکی را بپذیرد و یا نمی‌تواند فرایند دانش پزشکی را درک کند. سبک عملکرد پزشک: سبک هدایت شده

<p>بحث درباره اطلاعات ساده که پذیرش انتخاب را تقویت کند، محدود کردن انتخابها به چند مورد، دور نگه داشتن بیمار از انتخابهای غیر قابل توجیه [۱۱]</p>	
<p>ویژگی های بیمار: کنترل زیاد - امکانات کم بیمار ناآگاه بوده و یا نمی خواهد عدم دانش پزشکی را بپذیرد و یا نمی تواند فرایند دانش پزشکی را درک کند. سبک عملکرد پزشک: سبک هدایت شده بحث درباره اطلاعات ساده که پذیرش انتخاب را تقویت کند ، محدود کردن انتخابها به چند مورد، دور نگه داشتن بیمار از انتخابهای غیر قابل توجیه [۱۱]</p>	<p>الگوی بیتز (۲۰۰۲)</p>
<p>تمرکز بر تغییرات فرهنگی پزشک یک نوع درمان یا غربالگری را انتخاب می کند بدون اینکه فواید و یا مضرات آن را توضیح دهد. خطرات و فواید انتخابها/انتخاب های موجود و ترجیحات بیماران مورد توجه قرار می گیرد پیامدهای مثبت و منفی آن بر روی بیماران به بحث گذاشته می شود [۱۲].</p>	<p>الگوی دوراند (۲۰۱۵)</p>
<p>عوامل مؤثر موثر در مشارکت بیماران در تصمیم گیری/تصمیم گیری به بحث گذاشته شده است. ارتباط بین عوامل توانمندساز مانند آموزش و سیستم خدمات، مشارکت بیماران و پیامدهای حاصل مانند رضایت بیماران، صرفه جویی در هزینه و پیامدهای سلامت مورد بررسی قرار گرفته است (است [۱۳].</p>	<p>الگوی اینگرستوم (۲۰۱۴)</p>
<p>توجه به عوامل مرتبط با بیماران و عوامل مرتبط با ارائه دهنده خدمت بررسی طیف ما بین ترجیحات اولیه بیمار و ترجیحات آگاهانه بیمار توجه به عامل حمایت درست و گسترده از تصمیم گیری [۱۴].</p>	<p>الگوی الوین و فروش (۲۰۱۲)</p>
<p>مدل مفهومی عوامل مؤثر موثر در مشارکت بیماران در تصمیم گیری درمان توجه به عوامل مؤثر موثر در مشارکت بیماران در تصمیم گیری درمان (عوامل مرتبط با بیماران، عوامل مرتبط با ارائه دهنده خدمت) توجه به متغیرهای دموگرافیک و زمینه توجه به حمایت جامعه از بیمار توجه به فرهنگ [۱۵]</p>	<p>الگوی لانگتین یا مدل مفهومی سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۰)</p>
<p>توجه به دامنه متغیر ارتباطات پزشک و بیمار تمرکز بر میزان کنترل بیمار بر روی فرایند ارتباط پزشک و بیمار [۱۶، ۱۷]</p>	<p>الگوی روتر و هال، کنترل کنترل بیمار بر روی فرایند تصمیم گیری تصمیم گیری (۱۹۹۲)</p>
<p>رویکرد حد واسط در تصمیم گیری توجه به اشتراک اطلاعات همراه با تصمیم گیری آگاهانه و حرفه ای توجه به نقطه نظرات بیمار و پزشک (پزشک) (۱۸)</p>	<p>الگوی چارلز و همکاران (۱۹۹۷)</p>
<p>توجه به مراحل تغییر به منظور اجرای یک مراقبت پایدار توجه به حمایت جامعه از بیمار توجه به آموزش بیمار و جامعه توجه به ارتباطات و ارائه بازخورد مؤثر [۱۸].</p>	<p>الگوی گرال و وین سینگ (۲۰۰۴)</p>
<p>مفاهیم معاصر تصمیم گیری رفتاری و مفاهیم اخلاقی رابطه پزشک - بیمار که به عوامل زیر بستگی دارد: زمینه ایجاد ارتباط جو ارتباطی ایجاد شده توسط پزشک و بیمار ترجیحات درمان، از دیدگاه پزشک و بیمار -تصمیم گیری یک فرایند اجتماعی افراد یا هم وارد رابطه می شوند اطلاعات را مبادله می کنند ترجیحات ایجاد می کنند مسیری را انتخاب می کنند [۱۹].</p>	<p>الگوی سی می نوف و همکاران (۲۰۰۵)</p>
<p>آموزشی: ارزش های ارزشهای بیمار مشخص و تعیین شده است - اقدامات پزشک انتقال اطلاعات مبتنی بر واقعیت به بیمار و اجرای مداخلات انتخابی بیمار - بیمار حق انتخاب و کنترل بر درمان را دارد - پزشک نقش یک فرد صاحب تخصص فنی و صلاحیت را دارد. توصیفی: ارزش های ارزشهای بیمار نا مشخص و فهم ارزشها مشکل و نیاز به شفاف سازی - اقدامات پزشک شفاف سازی و مداخله کردن ارزش های ارزشهای بیمار به علاوه مطلع کردن بیمار و اجرای مداخلات انتخابی بیمار - بیمار دارای خودآگاهی مبتنی بر درمان می باشد - پزشک نقش مشاور یا توصیه گر را دارد</p>	<p>امانوئل و همکاران، چهار مدل ارتباط پزشک با بیمار - (۱۹۹۲)</p>
<p>مشورتی: بیمار مشتاق به بهتر کردن و بازبینی ارزشها در یک بحث سالم و اخلاقی است - اقدام پزشک بیان ، اطلاع رسانی و متقاعد کردن بیمار در خصوص ارزش ها ارزشها اجرای مداخلات انتخابی بیمار بیمار تمایل به توانمند سازی روحی متناسب با درمان دارد نقش پزشک به عنوان دوست و معلم است پدرانه: ارزش های ارزشهای بیمار به صورت موضوعی و تقسیم شده توسط بیمار و پزشک - اقدام پزشک ارتقای سلامت بیمار بدون در نظر گرفتن ترجیحات در حال حاضر او - بیمار هم بر ارزش های ارزشهای عینی توجه دارد و نقش پزشک به عنوان قیّم بیمار است [۲۰]. گفتگو با بیمار در سه مرحله انجام می شود: تشکیل تیم و صحبت در باره انتخاب ها و اهداف صحبت در باره گزینه ها گزینه ها و تشریح گزینه ها گزینه ها با استفاده از قواعد صحبت در باره تصمیم - به سراغ الویت های مشخص و معین رفته و بر اساس اولویت تصمیم گیری می شود گوش دادن فعال و مشورت با بیمار از الزامات این مدل است [۲۱]</p>	<p>الوین و همکاران مدل تری تالک در مشارکت در تصمیم گیری: فرآیند مشورتی سه مرحله ایمرحله ای،</p>
<p>توجه به محیط (هنجارهای اجتماعی - روش های روشهای اجرایی و روتین های روتین های سازمان - ساختار سازمانی) ارائه مشورت به بیمار و خانواده منتج به فهم بهتر موضوع مشارکت بین تیم بین حرفه ای شامل (ارائه دهندگان خدمات سلامتی - مربیان تصمیم گیری - آغاز کنندگان فرایند مشارکت در تصمیم گیری) و بیماران و خانواده آنان بیمار در تعامل با این تیم اقدام به: تصمیم سازی - تغییر در اطلاعات - رعایت ارزشها و ترجیحات - بررسی امکان پذیری گزینه ها گزینه ها - انتخاب ترجیحی - انتخاب واقعی - اجرای تصمیمات و در نهایت پیامدهای ناشی از اجرای آن در انتخاب مجدد یک گزینه یا تغییر آن تأثیرات گذار است [۲۲].</p>	<p>لگری و همکاران مدل ادراکی تصمیم گیری بین حرفه ای حرفه ای - ای - (IP-SDM model) (۲۰۱۰)</p>

۹- نقش پزشک در جامعه: در جوامع مختلف پزشکان جایگاه متفاوتی با هم دارند در بعضی از جوامع به پزشک در سطح بسیار بالای توجه می‌شود و این موضوع باعث فاصله زیاد بین پزشک و بیمار می‌گردد اما پزشک باید بتواند با ویژگیهای یاز قبیل احترام، همدلی، تحمل، صادق بودن، پاسخگو، دلسوز و متعهد به بیمار قادر باشد واکنش‌های عاطفی خود را منعکس کند و با تخصص حرفه‌ای، تعهد به عمل مبتنی بر شواهد و شناخت مهارتهای روانشناختی جایگاه بیمار را به عنوان یک همراه در درمان مورد توجه قرار دهد [۲۳].

۱۰- پیامدهای تصمیم‌گیری بیمار: مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری موجب کاهش ترس و افسردگی بیمار [۶]، بهبود کیفیت زندگی [۳]، افزایش رضایت بیمار [۱]، کاهش مصرف بیش از حد گزینه‌های درمان و اشکال مختلف روش‌های غیر استاندارد [۲۵] و کمک به رضایت شغلی در میان پزشکان می‌گردد [۲۶، ۲۷].

۱۱- حمایت از تصمیم‌گیری بیمار در جامعه: حمایت جسمی و عاطفی بیمار از موارد مهمی است که در صورتیکه تحقق پیدا کند موجب مدیریت درد، کمک به فعالیت‌های روزانه، نیازهای زندگی مانند غذای مغذی و فرصتهای ورزشی در طول سال، اطمینان از مراقبت‌های بهداشتی مانند امکانات ایمن، پاسخ به مسائل عاطفی، اضطراب زیاد از وضعیت فیزیکی، درمان و پیش‌آگهی، اضطراب در اثر بیماری به بیمار یا خود و خانواده، اضطراب زیاد از تأثیر مالی بیماری را شامل می‌گردد. ۱۲- کنترل بیمار بر تصمیم‌گیری: یکی از ابعاد در مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمان می‌باشد. مشارکت فعال در مراقبت در نوشته‌های قدیمی‌تر از واژه‌هایی مانند "رضایت آگاهانه" و "یا" به اشتراک‌گذاری قدرت و مسئولیت"، تعریف شده است. تشویق بیمار به مشارکت فعال در مشاوره و درگیر کردن بیمار در تصمیم‌گیری، کمک در انتخاب گزینه‌های آگاهانه می‌کند.

مرحله همجواری

در مرحله همجواری اطلاعات، درالگوهای منتخب، وجود یا عدم وجود یک مؤلفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و در نهایت درصد تکرار هر مؤلفه در مدل‌های مختلف استخراج شد. مقایسه مدل‌های مورد نظر بر اساس شاخص‌های تعیین شده در جدول ۲ به نمایش گذاشته شده است. به منظور پاسخ دادن به سؤال پژوهش درصد تکرار هر مؤلفه در الگوهای مختلف استخراج گردید. در جدول ۳ به نمایش گذاشته شده است.

بحث

- در الگوی پیتر، با توجه به ویژه گیهای بیمار سبک عملکرد پزشک تعیین می‌گردد. اگر بیمار دارای ویژگی اطلاعات کم و تمایل به مشارکت کم داشته باشد، سبک پزشک پدرمابانه است. اگر بیمار تمایل به مشارکت ندارد اما اطلاعات خوبی دارد، سبک پزشک تمایز یافته است و (پزشک اطلاعات زیادی به بیمار می‌دهد اما طبق تمایل پزشک تصمیم‌گیری را خود انجام می‌دهد). اگر بیمار هم اطلاعات خوب داشته باشد و هم تمایل به مشارکت پزشک از سبک مشارکتی استفاده می‌کند. در انتها اگر بیمار اطلاعات کافی ندارد اما فقط می‌خواهد مداخله نماید، پزشک سبک هدایت شده را انتخاب می‌کند و دایره انتخابها را

با بررسی دقیق الگوها، مؤلفه‌های مؤثر در مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمان استخراج شد و در مرحله بعد با حذف موارد مشابه، ۱۲ مؤلفه بیشترین موارد تکرار و اشتراک را در الگوهای منتخب داشتند.

مرحله تفسیر

مؤلفه‌های دوازده‌گانه

۱- زمینه: کلیه مدلها در چارچوب بیمار، پزشک، بیماری و استانداردهای تصمیم‌گیری با هم مشابه بودند و در واقع تصمیم‌گیری مشترک به عنوان نقطه اوج مراقبت بیمار محور است [۲].

۲- ارتباط بین پزشک و بیمار: در مراقبت بیمار محور ارتباط پزشک و بیمار اهمیت ویژه دارد که از طریق ایجاد همکاری با بیمار قابل دسترسی است. در ارتباط با بیمار پایداری، اعتماد، ارتباط، مراقبت متقابل، دانش متقابل، ایجاد ارتباط مثبت، راهنمایی و همچنین درک متقابل اهمیت برجسته می‌شود [۲۳].

۳- ترجیحات بیمار: در تصمیم‌گیری مشارکتی توجه به انتخاب‌های بیمار موجب افزایش اعتماد به نفس و خود باوری بیماری گردد. در این صورت تعامل بین پزشک و بیمار را با تبادل اطلاعات و ترجیحات فردی تشویق می‌کند [۲۴].

۴- در نظر گرفتن عقاید و ارزشهای بیمار در تصمیم‌گیری: این مورد نیز همانند ترجیحات بیمار باعث تداوم درمان می‌گردد. بعضی از بیماران به درست یا غلط اعتقاداتی در خصوص بعضی از روشهای درمانی دارند کار پزشک شفاف سازی و دادن اطلاعات به بیمار است [۲۳].

۵- توانمندسازی بیمار: جنبه دیگر بیماری محوری مراقبت‌ها که در متون به آن اشاره شده است توانمندسازی بیمار، توانایی درک شده بیمار به خود مدیریت و شناسایی جنبه‌های مهم بیماری وی می‌باشد. بیمار باید قادر باشد مسئولیت حل مشکلات مربوط به سلامت را بر عهده بگیرد و اقداماتی برای بهبود سلامت خود و تبدیل شدن به یک متخصص در زمینه مدیریت وضعیت سلامتی خود انجام می‌دهد. این امر مستلزم حمایت از استقلال بیمار با ارائه برنامه‌های آموزشی، فعال سازی بیمار و ارتقاء سلامت می‌باشد.

۶- ویژگیهای بیمار: بعد دیگری که از تجزیه و تحلیل مدلها پدید آمد اهمیت هر یک از بیماران به عنوان یک انسان منحصر به فرد می‌باشد شناسایی نیازهای و انتظارات هر بیمار با توجه به وضعیت سن، جنس، تحصیلات و وضعیت اجتماعی و اقتصادی، فرهنگی و تأثیر عوامل فوق بر تصمیم‌گیری درمان از مؤلفه‌های مهم می‌باشد [۲۳].

۷- وجود گزینه‌های مختلف جهت انتخابی: یکی از مؤلفه‌های تأثیر گذار در مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری وجود انتخاب‌های متعدد درمان می‌باشد در مواقعی که به دلیل وضعیت بحرانی بیمار فقط یک روش درمانی شناخته شده وجود دارد عملاً مشارکت بیشتر به صورت جلب حمایت بیمار انجام می‌شود و توانمندسازی بیمار

۸- رفتار عملی پزشک در مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری: اگر چه دانش و نگرش پزشک جهت مشارکت دادن بیمار در تصمیم‌گیری لازم است اما کافی نیست. در عمل ممکن است پزشک بین مدل‌های مختلف تصمیم‌گیری یکی از روشهای پدرمابانه، توصیفی، تشریحی، آموزشی، مشورتی یا مشارکتی را انتخاب نمایند.

نوع درمان یا غربالگری را انتخاب می‌کند بدون اینکه فواید و یا مضرات آن را توضیح دهد که پیامدهای منفی به دنبال دارد. در روش دوم بین پزشک و بیمار، بحث آگاهانه درباره خطرات و فواید انتخاب‌های موجود و ترجیحات بیماران صورت می‌گیرد که پیامدهای مثبت به همراه دارد [۱۲].

محدود می‌کند چون بیمار تا حدودی از بین گزینه‌های زیاد نمی‌تواند بهترین را انتخاب نماید [۱۱].

- الگوی دیگری که مورد بررسی قرار گرفت الگوی دوراند است در الگوی دوراند، بر اساس تئوری تغییر طراحی شده که از آن دو روش تصمیم‌گیری به اشتراک گذاشته شده است در یک روش پزشک یک

جدول ۲: مقایسه مؤلفه‌ها موجود در الگوهای مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمان

مؤلفه‌ها	پیتر	دوراند	اینگرستوم	الوین و فروش	لانگتین	تالکوت پارسونز	فریدسن و هال	روتز و هال	چارلز	گزال و وینسینگ	سیمینوف	امانوتل	الوین	لگری
زمینه	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ارتباط با بیمار	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ترجیحات بیمار	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
عقاید و ارزشها	+	+	-	-	-	-	+	+	+	-	+	+	-	+
رفتار عملی	+	+	-	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	+
پزشک	+	+	-	-	-	-	+	+	+	-	-	+	+	+
وجود گزینه‌های درمان	+	-	-	+	-	+	-	+	+	-	-	+	+	+
کنترل بیمار بر تصمیم‌گیری	+	+	-	+	-	-	+	+	+	-	-	+	-	-
توانمند سازی بیمار	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	-	-	-	+
پیامدهای تصمیم‌گیری	+	+	+	+	+	-	+	-	-	-	-	-	-	+
بیمار ویژه گیهای بیمار	+	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	+
نقش پزشک در جامعه	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	+	-	-
حمایت از تصمیم‌گیری بیمار در جامعه	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-

جدول ۳: درصد اشتراک مؤلفه‌های مؤثر بر مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمان در الگوهای منتخب

ردیف	مؤلفه‌ها	درصد	نام الگو بر اساس مؤلفه‌های مشارکت
۱	زمینه - ارتباط بین پزشک و بیمار - ترجیحات بیمار	۱۰۰٪	پیتر - دوراند - اینگرستوم - الوین و فروش - لانگتین - تالکوت پارسونز - فریدسن - روتز و هال - چارلز - گزال و وین سینگ - سی می نوف - امانوتل - الوین - لگری
۲	رفتار عملی پزشک - توانمند سازی بیمار	۶۴٪	پیتر - تالکوت پارسونز - فریدسن - روتز و هال - چارلز - امانوتل - الوین - لگری - پیتر - اینگرستوم - الوین و فروش - لانگتین - فریدسن - روتز و هال - چارلز - گزال و وین سینگ - لگری
۳	عقاید و ارزشهای بیمار	۵۷٪	پیتر - دوراند - فریدسن - روتز و هال - چارلز - سی می نوف - امانوتل - لگری
۴	گزینه‌های درمان - کنترل بیمار بر تصمیم‌گیری	۵۰٪	پیتر - دوراند - الوین و فروش - تالکوت پارسونز - روتز و هال - امانوتل
۵	پیامدهای مشارکت	۴۳٪	پیتر - دوراند - الوین و فروش - لانگتین - فریدسن - لگری
۶	ویژگیهای بیمار	۳۶٪	پیتر - لانگتین - فریدسن - گزال و وین سینگ - لگری
۷	نقش پزشک در جامعه - حمایت از تصمیم‌گیری بیمار در جامعه	۲۱٪	فریدسن - سی می نوف - امانوتل
			اینگرستوم - الوین و فروش - گزال و وین سینگ

آیین امر موجب رضایت بیمار، کاهش هزینه‌های درمان و پیامدهای مثبت سلامتی خواهد شد [۱۳].
- در الگوی الوین و فروش [۲، ۲۸] توجه به عوامل مرتبط با بیماران و عوامل مرتبط با ارائه دهندگان خدمت شده است. بررسی طیف ما بین ترجیحات اولیه بیمار و ترجیحات آگاهانه بیمار در صورت صحبت کردن با بیمار و مشارکت وی در تصمیم‌گیری اتفاق می‌افتد. توجه به عامل حمایت درست و گسترده از تصمیم‌گیری وجود دارد. در این الگو

- در الگوی اینگرستوم ارتباط بین عوامل توانمندساز (آموزش و سیستم خدمات، مشارکت بیماران)، پیامدهای حاصل (رضایت بیماران، صرفه جویی در هزینه و پیامدهای سلامت) مورد بررسی قرار گرفته است. اگر به بیمار آموزش مناسب داده شود موجب توانمندی وی می‌گردد. اگر کارکنان آموزش ارتباط مؤثر را دیده باشند و در سازمان نیز شرایط خدمت رسانی و سیستم مناسبی طراحی شده باشد، بیماران در تصمیم‌گیری، اجرای تصمیمات و تحقیق و پژوهش مشارکت خواهند کرد و

گذاشتن اطلاعات- توافق درباره درمان ترجیحی- اجرای درمان پس از موافقت می‌باشد [۳۰].

- در الگوی گروول و وینسینگ که در تصمیم‌گیری درمان بیماران دیابتی به وفور استفاده شده است. مراحل اجرای یک مراقبت پایدار را به آگاهی، بصیرت، پذیرش، تغییر و نگهداری تقسیم نموده است که در هر مرحله با توجه به توصیفی هر مرحله دارای روش ارزیابی مربوط به خود می‌باشد [۱۸].

- در الگوی سیمینوف و همکاران که به الگوی ارتباطی تصمیم‌گیری مشترک در درمان بیماران سرطان اشاره دارد. ارائه یک الگوی ارتباطی تصمیم‌گیری مشترک که به صراحت روند ارتباط را به عنوان وسیله‌ای برای تصمیم‌گیری در درمان سرطان شناسایی می‌کند. در این دیدگاه، تصمیم‌گیری یک فرایند اجتماعی است که به موجب آن افراد با هم وارد رابطه می‌شوند، اطلاعات را مبادله می‌کنند، ترجیحات ایجاد می‌کنند، و مسیری را انتخاب می‌کنند. این الگو از مفاهیم معاصر تصمیم‌گیری رفتاری و مفاهیم اخلاقی رابطه پزشک و بیمار حاصل می‌شود و یک فرایند اجتماعی مبتنی بر پویایی روابط بین پزشک و بیمار می‌باشد. تصمیمات اخذ شده به زمینه ایجاد ارتباط، جو ارتباطی ایجاد شده توسط پزشک و بیمار و ترجیحات درمان، از دیدگاه پزشک و بیمار بستگی دارد [۱۹].

- در الگوی امانوئل و همکاران که به چهار الگو ارتباط پزشک با بیمار معروف است، الگوهای آموزشی، توصیفی، مشورتی و پدران در خصوص ارتباط بین پزشک و بیمار پرداخته است. در هر یک از الگوها به ارزش‌های بیمار، تعهدات و اقدامات پزشک، مفهوم اختیار بیمار در آن الگو و مفهوم نقش پزشک در الگو مذکور اشاره کرده است و در یک جدول قرار داده است [۲۰].

- در الگوی الوین و همکاران که به الگوی تری تالک (مشارکت در تصمیم‌گیری یا فرآیند مشورتی چند مرحله‌ای) معروف است، که یک الگو سه مرحله‌ای مشاوره به افراد داده می‌شود تا در تصمیم‌گیری مشارکت نمایند در واقع بر پایه توجه و گوش دادن فعال به نظرات فرد و ارائه پاسخ دقیق به سؤالات وی استوار است و همه گزینه‌های محتمل در تصمیم‌گیری به افراد ارائه می‌گردد و نهایتاً تصمیم‌گیری مشارکتی اتفاق می‌افتد. با تیم‌سازی در باره اهداف صحبت می‌شود، در باره گزینه‌ها صحبت می‌شود و در نهایت در باره تصمیم بهتر صحبت می‌شود و منجر به تصمیم‌گیری بر اساس ترجیحات فرد اخذ می‌گردد [۲۱].

- در الگوی لگری و همکاران که به الگو ادراکی تصمیم‌گیری بین حرفه‌ای معروف است، با توجه به محیط سازمانی که در آن تصمیم‌گیری اتفاق می‌افتد، هنجارهای اجتماعی، روش‌های اجرایی و روتین‌های سازمان و ساختار سازمانی را در تصمیم‌گیری مؤثر دانسته و بیان می‌دارد که ارائه مشورت به بیمار و خانواده منتج به فهم بهتر موضوع می‌گردد [۲۲].

بر پایه مطالعه حاضر، ضروریست به ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی آموزش‌های لازم ارائه داده شود. روتر و هال در سال ۱۹۹۲ پیشنهاد کردند که رویکرد بیمار محوری، مشارکت ما بین پزشک و بیمار را به حداکثر می‌رساند و در تبعیت بیمار از رژیم درمانی مؤثر است [۳۱]. در یک مرور سیستماتیک که توسط شای و همکاران در سال ۲۰۱۵ انجام شد، محققان به این نتیجه رسیدند که مشارکت بیمار

در صورتیکه با بیمار در باره انتخاب‌هایش صحبت شود و گزینه‌ها مختلف بیان گردد اگر از تصمیمات گرفته شده حمایت درستی به عمل آید، ترجیحات اولیه بیمار به ترجیحات آگاهانه تبدیل می‌شود و این امر موجب تصمیم‌گیری مناسب می‌گردد [۱۴].

- در الگوی مفهومی لانگتین عوامل مؤثر در مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری درمان مورد توجه قرار گرفته است. توجه به عوامل مرتبط با بیماران، عوامل مرتبط با ارائه دهندگان خدمت، به اشتراک گذاشتن مسئولیت‌پذیری و قدرت، استفاده از سبک‌های ارتباطی که موجب اثربخشی تصمیمات می‌گردد و نقش بازخورد حائز اهمیت است. این الگو توسط سازمان بهداشت جهانی بعنوان الگوی مفهومی در مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری درمان ارائه شده است [۱۵].

- در الگو تالکوت پارسونز یکی از اولین نظریه‌های روابط پزشک-بیمار در جامعه مدرن در حوزه جامعه‌شناسی ارائه شد. روابط پزشک و بیمار به عنوان نقش روان پزشک و بیمار اجتماعی مطرح شده است. یعنی نقش دکتر "حرفه‌ای" و نقش بیمار "بیمار" توصیف می‌کند. پارسونز به نقش‌های مختلف پزشکان و بیماران با هدف ایجاد یک جامعه خوب اشاره می‌کند که در آن مسئولیت پزشکان برای رفاه بیماران اولویت اول می‌باشد. این دیدگاه نوعی پترنالیسم یا پدرمآبانه است که کنترل پزشک بالا و کنترل بیمار کم می‌باشد [۲۹].

- در الگو فریدسن تفاوت‌های بنیادی در حقوق و مسئولیت‌های پزشکان و بیماران دیده می‌شود که به وضعیت اقتصادی- اجتماعی بیمار، وجود تضاد منافع بین پزشک و بیمار اشاره دارد و با توجه به مالکیت دانش پزشکی در اختیار پزشک، ارتباط پزشک و بیمار را تعیین‌کننده می‌داند. تلقی نمودن بیمار به عنوان یک "شی" تا یک فرد و تمرکز بر نقش پزشک در جامعه در سطح بالا دارد. این دیدگاه نوعی پترنالیسم یا پدرمآبانه است که کنترل پزشک بالا و کنترل بیمار کم می‌باشد [۱۰].

- در الگوی روتر و هال، دید کلی در رابطه پزشک و بیمار که یک رابطه پیشگیرانه است را ارائه می‌کند و در آن هر دو طرف کنترل کمتری در رابطه با توانایی تغییر ماهیت رابطه خود دارند نمونه اولیه روابط دکتر-بیمار که توسط روتر و هال توصیف شده است؛ فرض می‌شود که دانش فنی و پزشکی مورد نیاز در تصمیم‌گیری را داشته باشد، و ترجیحات بیمار را در روند تصمیم‌گیری لحاظ می‌کند. الگو تصمیم‌گیری آگاهانه در پیوستگی قدرت، یک قدم بیشتر می‌شود. تصمیم‌گیری را به عنوان یک فرآیند مشخص می‌کند که در آن پزشک تمام اطلاعات لازم، مربوطه و گزینه‌های درمان را به بیمار ارائه می‌کند که پس از آن تصمیم‌گیری نهایی را مطابق با خواسته‌های خود انجام می‌دهد. در این الگو توجه به دامنه متغیر ارتباطات پزشک و بیمار شده است و بر میزان کنترل بیمار بر روی فرایند ارتباط پزشک و بیمار تمرکز دارد [۱۶].

- در الگو تصمیم‌گیری اشتراکی چارلز و همکاران، به تصمیم‌گیری مشترک، آگاهانه و حرفه‌ای اشاره می‌کند که بر طبق آنها روند فرایند تصمیم‌گیری را غیر از تقسیم اطلاعات توصیف نمی‌کند. بر این اساس آنها یک الگو برای تصمیم‌گیری ایده آل مشترک در تعاملات پزشکی ایجاد می‌کنند که شامل هر دو ویژگی می‌شود. به اشتراک گذاری اطلاعات و تصمیم‌گیری. در این الگو اجزای مشارکت بین پزشک و بیمار در تصمیم‌گیری را شامل: ارتباط بین پزشک و بیمار- به اشتراک

و بیمار باید ارتباطی مشارکتی تر و متعادل تر باشد و جامعه باید به سمت ارتباط مشارکتی پزشک و بیمار پیش رود که در الگوهای مورد مطالعه هم به آن اشاره شده بود [۷].

نتیجه گیری

از نتایج این پژوهش در حیطه‌های مختلف آموزش، پژوهش و مدیریت و عملکرد بالین ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمان از جمله پزشکان و پرستاران می‌توان استفاده کرد. در حوزه آموزش، با توجه به اهمیت مؤلفه‌های مؤثر بر مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری درمان آموزش این مؤلفه‌ها به دانشجویان پزشکی و پرستاری در کمک به بیمار در تصمیم‌گیری مؤثر است. از طرفی ارتباط مناسب با بیمار بعنوان یکی از مؤلفه‌های مهم می‌باشد که ضروریست در به دانشجویان آموزش داده شود. در حیطه عملکرد بالین با توجه به نتایج حاصل از بررسی مدل‌های مورد مطالعه در این پژوهش، تمام مدل‌ها به وجود زمینه و بستر لازم جهت اجرای فرآیند مشارکت در تصمیم‌گیری اشاره داشتند، که ضروریست در محیط‌های درمانی و جامعه، زمینه فوق فراهم گردد. تمام مدلها به ارتباط بین بیمار و ارائه‌کننده خدمات بهداشتی درمانی از جمله پزشک و پرستار اشاره شده است که آموزش مهارت‌های ارتباطی به پزشکان و پرستاران در این خصوص ضروریست، در نظر گرفتن ترجیحات بیمار، توانمندسازی بیماران، در نظر گرفتن عقاید و ارزشهای بیمار نیز از موارد اشاره شده در الگوها می‌باشد که از دیگر مفادمنشور حقوق بیمار است؛ با توجه به اینکه منشور حقوق بیمار از سال ۱۳۸۸ به کلیه دانشگاه‌ها ابلاغ شده است، رعایت آن مورد انتظار است. رفتار عملی پزشکان و پرستاران در مشارکت بیماران بر گرفته از دانش و نگرش آنان است که نیاز به انجام کار آموزشی و فرهنگی و نظارت بر اجرای قوانین دارد. در بعد مدیریت پرستاری نیز می‌توان با توجه به نتایج پژوهش، به عوامل مؤثر بر ارتقای نقش بیمار در تصمیم‌گیری درمان پرداخته شده است که می‌توان از این عوامل به منظور سیاست‌گذاری در این حوزه مدیریتی استفاده نمود [۳۶، ۳۷].

محدودیت این مطالعه ناقص بودن اطلاعات مربوط به برخی از مدل‌ها داخل کشور بود. با توجه به اینکه پژوهش حاضر بر اساس مستندات موجود انجام شده است، ممکن است مدل‌های دیگری وجود داشته باشد که بدلیل عدم جامعیت الگو یا مستندات کم، در پژوهش استفاده نشده است. از دیدگاه پژوهش‌گر از نتایج این پژوهش به صورت اختصاصی می‌توان در طراحی الگوی مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری درمان استفاده نمود. همچنین تدوین راهنمای بالینی مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمان از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ابلاغ به دانشگاهها ضرورت دارد.

سپاسگزاری

از همکاری صمیمانه اساتید محترم گروه داخلی و فوق تخصص غدد دانشگاه علوم پزشکی تهران که در این تحقیق مشارکت نمودند و با علاقه پیگیری نتایج طرح جهت استفاده از الگوی مناسب در مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری درمان هستند، قدردانی می‌نمایم.

در تصمیم‌گیری درمان، منتج به افزایش دانش بیمار و بهبود نتایج می‌شود [۳۲]. بر اساس مدل‌های مورد بررسی در این مطالعه و بررسی متون صورت گرفته مشخص شد که دشواری انتقال دانش تئوری به عمل، به خوبی شناخته شده است و پدیده آشنایی در بین تمامی افرادی است که در زمینه مسائل بالینی مطالعه می‌کنند. به عبارتی، با بررسی مدل‌های موجود و مروری بر متون مرتبط مشخص گردید که کمک به تصمیم‌گیری بیمار با وجود اینکه بیش از دو دهه از تحقیق جدی بر روی آن می‌گذرد و با وجود مدل‌ها و خط‌مشی‌های توسعه آن هنوز به صورت مراقبت‌های بالینی اصلی و معمول به اجرا در نیامده‌اند و عملیاتی نشده‌اند و حتی مدل‌های مؤثر اجرایی آن به خوبی شناخته نشده‌اند. در اکثریت مدل‌های مورد مطالعه مشخص گردید که برخی از انواع مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمان خود به خودی است و یا به عبارتی به صورت نظام‌مند نمی‌باشد که توجه به نظام‌مند بودن و استفاده از نظریه‌های مرتبط به منظور سیاست‌گذاری در امر بیمار محوری و مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری دارای اهمیت است. همچنین بر اساس نتایج مطالعه ما مشخص گردید که مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری درمان پدیده‌ای پیچیده و همه‌جانبه است و مشارکت نهادهای مختلف در سطح جامعه، پزشکان و بیماران را می‌طلبد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، در مدل‌های مختلف، عوامل مختلفی در خصوص مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری نقش دارند. به عبارتی تعدادی از مدل‌ها، صرف نظر از رویکرد فلسفی خود به صورت کاربردی به عوامل مؤثر در این خصوص پرداخته‌اند. کولووس و همکاران (۲۰۱۵) نیز درباره عوامل تأثیرگذار بر روی مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمان پرداخته‌اند. بر اساس مطالعه آن‌ها مشخص گردید که ساختار سازمانی، میزان دانش بیمار و تمایل بیمار جهت مشارکت در درمان دارای اهمیت فراوانی است [۳۳]. همچنین در مطالعات مختلف دیگری به عوامل مؤثر بر مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری درمان، با توجه به زمینه مورد بررسی، پیشامدها و پیامدها پرداخته شده است [۳۴، ۳۵].

بر اساس نتایج مطالعه ما و بررسی مدل‌های موجود تغییر پارادیم از رویکردهای مراقبتی سنتی و پدرمابانه که نقش بیمار را به صورت غیرفعال معرفی می‌کند به وضوح مشاهده می‌شود. به عبارتی، در مدل‌های مورد مطالعه توجه به عقاید و دیدگاه‌های مشتری مدارانه و انسان‌گرایانه مشهود است. این جریان به نوعی جریانی سیاسی، فرهنگی و اجتماعی است که باید مورد توجه دست‌اندرکاران حوزه سلامت قرار گیرد [۱۱، ۲۰]. همچنین بر مبنای برخی از مدل‌ها مانند مدل پارسونز، تغییر نقش بیماران و پزشکان در جامعه مفهوم تصمیم‌گیری بیمار در امر مراقبت را تحت تأثیر قرار خواهد داد. به عبارتی، با تغییر نقش پزشکان در جامعه مدرن با توجه به زندگی بیماران در یک جامعه اطلاعاتی و دسترسی به اینترنت و کسب اطلاعات مختلف نسبت به بیماری خود و افزایش تسلط بیماران، افزایش انتظارات بیماران از پزشکان به منظور تصمیم‌گیری مشارکتی و جامعه به منظور تسهیل امر بیمار محوری قابل انتظار است [۴]. همچنین الگوی ارتباط بین پزشکان و بیماران به شدت تحت تأثیر الگوی بیماری‌ها در جامعه است. به عبارتی با تغییر شکل الگوی بیماری از حاد به مزمن ارتباط پزشک

References

- Carlsson C, Nilbert M, Nilsson K. Patients' involvement in improving cancer care: experiences in three years of collaboration between members of patient associations and health care professionals. *Patient Educ Couns*. 2006;61(1):65-71. doi: 10.1016/j.pec.2005.02.008 pmid: 16533678
- Rafii F, Soleimani M, Seyed-Fatemi N. Concept analysis of participation of patient with chronic disease: Use of hybrid model. *Iran j nurs*. 2010;23(67):35-48.
- Rahimi M, Izadi N, Rezvan Madani F, Eghbalian A. [Knowledge and practice level of self-directed care among diabetics in Kermanshah city in 2014: a short report]. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2015;14(2):167-72.
- WHO. Prevalence of Diabetes in the Who Eastern Mediterranean Region: Diabetes Programmer. Geneva: World Health Organization, 2018.
- O'Connor A, Stacey D. Should patient decision aids (Pt DAs) be introduced in the healthcare system. *World Health Organ Region Office for Eur*. 2005;56(4):159-70.
- Legare F, Ratte S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham ID, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(5):CD006732. doi: 10.1002/14651858.CD006732.pub2 pmid: 20464744
- Mills M, van de Bunt GG, de Bruijn J. Comparative Research. *Int Sociol*. 2016;21(5):619-31. doi: 10.1177/0268580906067833
- Bereday GZF. Reflections on Comparative Methodology in Education, 1964-1966. *Compar Educ*. 1967;3(3):169-287. doi: 10.1080/0305006670030304
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social science & medicine*. 1999;49(5):651-61.
- Ijäs-Kallio T. Patient Participation in Decision Making Process in Primary Care. Tampere: University of Tampere; 2011.
- Peters RM. Matching physician practice style to patient informational issues and decision-making preferences. An approach to patient autonomy and medical paternalism issues in clinical practice. *Arch Fam Med*. 1994;3(9):760-3; discussion 4. pmid: 7987509
- Durand MA, Moulton B, Cockle E, Mann M, Elwyn G. Can shared decision-making reduce medical malpractice litigation? A systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:167. doi: 10.1186/s12913-015-0823-2 pmid: 25927953
- Engström J. Patient involvement and service innovation in healthcare: Linköping University Electronic Press; 2014.
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012;27(10):1361-7. doi: 10.1007/s11606-012-2077-6 pmid: 22618581
- Longtin Y, Sax H, Leape LL, Sheridan SE, Donaldson L, Pittet D, editors. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proceedings*; 2010: Elsevier.
- Roter D, Hall JA. Doctors talking with patients/patients talking with doctors: improving communication in medical visits. CT: Praeger Westport; 2006.
- Roter DL, Hall JA. Why physician gender matters in shaping the physician-patient relationship. *J Womens Health*. 1998;7(9):1093-7. doi: 10.1089/jwh.1998.7.1093 pmid: 9861586
- Grol R, Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Med J Aust*. 2004;180(6 Suppl):S57-60. pmid: 15012583
- Siminoff LA, Step MM. A communication model of shared decision making: accounting for cancer treatment decisions. *Health Psychol*. 2005;24(4S):S99-S105. doi: 10.1037/0278-6133.24.4.S99 pmid: 16045427
- Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992;267(16):2221-6. pmid: 1556799
- Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ*. 2017;359:j4891. doi: 10.1136/bmj.j4891 pmid: 29109079
- Legare F, Stacey D, Gagnon S, Dunn S, Pluye P, Frosch D, et al. Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: a mixed methods study. *J Eval Clin Pract*. 2011;17(4):554-64. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01515.x pmid: 20695950
- Scholl I, Zill JM, Harter M, Dirmaier J. An integrative model of patient-centeredness - a systematic review and concept analysis. *PLoS One*. 2014;9(9):e107828. doi: 10.1371/journal.pone.0107828 pmid: 25229640
- Gravel K, Legare F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implement Sci*. 2006;1:16. doi: 10.1186/1748-5908-1-16 pmid: 16899124
- Parham M, Riahin A, Jandaghi M, Darivandpour A. [Self care behaviors of diabetic patients in Qom]. *J Qom Univ Med Sci*. 2013;6(4):81-7.
- Scholl I, Koelewijn-van Loon M, Sepucha K, Elwyn G, Legare F, Harter M, et al. Measurement of shared decision making - a review of instruments. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2011;105(4):313-24. doi: 10.1016/j.zefq.2011.04.012 pmid: 21620327
- Heggland LH, Ogaard T, Mikkelsen A, Hausken K. Patient participation in surgical treatment decision making from the patients' perspective: validation of an instrument. *Nurs Res Pract*. 2012;2012:939675. doi: 10.1155/2012/939675 pmid: 22830010
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*. 2012;27(10):1361-7.
- Parsons T. On the concept of value-commitments. *Sociol Inq*. 1968;38(2):135-60.
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med*. 1999;49(5):651-61. doi: 10.1016/s0277-9536(99)00145-8 pmid: 10452420
- Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Med Decis Making*. 2015;35(1):114-31. doi: 10.1177/0272989X14551638 pmid: 25351843
- Kolovos P, Kaitelidou D, Lemonidou C, Sachlas A, Sourtzi P. Patient Participation in Decision Making During Nursing Care in Greece--A Comparative Study. *Nurs*

- Forum. 2015;50(3):147-57. doi: [10.1111/nuf.12089](https://doi.org/10.1111/nuf.12089) pmid: 24620895
33. 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](https://doi.org/10.1186/1472-6947-14-25) pmid: 24708833
34. Hultberg J, Rudebeck CE. Patient participation in decision-making about cardiovascular preventive drugs - resistance as agency. *Scand J Prim Health Care*. 2017;35(3):231-9. doi: [10.1080/02813432.2017.1288814](https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1288814) pmid: 28277056
35. Vahdat S, Hamzehgardeshi L, Hessam S, Hamzehgardeshi Z. Patient involvement in health care decision making: a review. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16(1):e12454. doi: [10.5812/ircmj.12454](https://doi.org/10.5812/ircmj.12454) pmid: 24719703
36. Hooshmand A, Joolae S, Mehrdad N, Bahrani N. Nurses' information and their view points about patient's rights and practical facilitators in clinics. *J Hayat*. 2007;12(4):57-66.
37. Ghiyasvandian S, 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.