

## Patients Participation in Health Care Decision Makings in Hospitals Affiliated with Saveh School of Medical Sciences, 2016

Manouchehri H<sup>1</sup>, Zagheri-Tafreshi M<sup>2</sup>, Nasiri M<sup>3</sup>, Ashrafi H\*<sup>4</sup>

1. Department of Basic Sciences, Faculty of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Department of Nursing Management, Faculty of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Department of Statistics, Faculty of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. Department of Nursing Management, Faculty of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\* *Corresponding author.* Tel: +989127559613, E-mail: hashrafy462@gmail.com

Received: Jul 29, 2017 Accepted: Jan 21, 2018

### ABSTRACT

**Background & Aim:** Patients' participation in decision-making for healthcare and disease management is related to their high satisfaction and improvement of treatment outcomes in chronic conditions. This study aimed to measure patients' participation in healthcare decision-making at hospitals affiliated with Saveh School of Medical Sciences in 2016.

**Methods:** In this descriptive cross-sectional study, 220 hospitalized patients in internal-surgical wards of two general hospitals in Saveh city were selected by simple random sampling method. Considering the previous studies and tools to measure patients' participation in decision making, a researcher-made questionnaire was used to assess admission, inpatient and discharge periods. Content Validity Ratio (CVR) of questionnaire was 0.72 and its Content Validity Index (CVI) was 0.95. Cronbach's alpha was measured for reliability (0.934). Pearson and Spearman correlation coefficient, ANOVA and t-test in SPSS v20 software were used for data analysis.

**Results:** Findings showed that patients' participation were 46.96% in admission and 54.54% in inpatient and 58.63% in discharge periods. In addition, relationships were found between occupation ( $p=0.011$ ) and previous hospitalization ( $p=0.013$ ) with participation.

**Conclusion:** In this study, despite the high rate of overall participation of patients, participation in admission period was moderate. According to patient's condition, it is not possible to provide information and request for decision and participation for all patient at the time of admission. However, it seems that some serious involvements are needed to improve patients' participation.

**Keywords:** Patients' Participation, Health Care, Decision Making.

## بررسی میزان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی- درمانی در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی ساوه در سال ۱۳۹۴

هومان منوچهری<sup>۱</sup>، منصوره زاغری تفرشی<sup>۲</sup>، ملیحه نصیری<sup>۳</sup>، حجت اشرفی<sup>۴\*</sup>

۱. گروه علوم پایه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
  ۲. گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
  ۳. گروه آمار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
  ۴. گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- \* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۲۷۵۵۹۶۱۳ ایمیل: hashrafy462@gmail.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی و مدیریت بیماری، با میزان بالای رضایتمندی بیمار و بهبود نتایج درمانی در بیماری‌های مزمن ارتباط دارد. این مطالعه با هدف تعیین میزان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی- درمانی در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی ساوه در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

**روش کار:** در این مطالعه توصیفی مقطعی، تعداد ۲۲۰ نفر از بیماران بستری در بخش‌های داخلی- جراحی دو بیمارستان عمومی شهر ساوه با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار پژوهش، یک پرسشنامه پژوهشگر ساخته بود که با در نظر گرفتن مطالعات پیشین و ابزارهای قبلی در زمینه بررسی میزان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری، در سه مرحله پذیرش، بستری و ترخیص ساخته شد. نسبت روایی محتوای پرسشنامه ۰/۷۲ و شاخص روایی محتوای آن ۰/۹۵ به دست آمد. پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳۴ محاسبه شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن، تی مستقل و آنوا در نرم افزار SPSS-20 تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میزان مشارکت بیماران در زمان پذیرش، ۴۶/۹۶ درصد و در زمان‌های بستری و ترخیص به ترتیب، ۵۴/۵۴ درصد و ۵۸/۶۳ درصد بود. ارتباط معنی‌داری بین نوع شغل ( $p=۰/۰۱۱$ ) و سابقه بستری ( $p=۰/۰۱۳$ ) با میزان مشارکت بیماران دیده شد.

**نتیجه‌گیری:** در این مطالعه علیرغم مشارکت کلی بالای بیماران، مشارکت در زمان پذیرش، متوسط بود. 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 مناسب تری برای بهبود مشارکت آنها در تصمیم‌گیری‌های درمانی انجام گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** مشارکت بیماران، نظام مراقبتی- درمانی، تصمیم‌گیری

پذیرش: ۹۶/۱۱/۱

دریافت: ۹۶/۵/۷

### مقدمه

رسمیت شناخته شده است، به طوری که برای احترام به استقلال بیمار و به خصوص در مواجهه با تصمیم‌گیری‌های پیچیده، ضروری می‌باشد (۲). مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی و مدیریت بیماری با رضایتمندی بالای بیمار و بهبود

به استناد سازمان بهداشت جهانی، مشارکت بیمار شرط اساسی در ارائه مراقبت خوب، تلقی می‌شود (۱). تصمیم‌گیری مشارکتی به عنوان استاندارد اخلاقی و معنوی در تصمیم‌گیری‌های پزشکی به

نتایج درمانی در بیماری‌های مزمن ارتباط دارد (۳). از نظر فلورین<sup>۱</sup> و همکاران، مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری بالینی بسیار با ارزش بوده و در کیفیت مراقبت مؤثر است (۴). به اعتقاد صاحب نظران، دادن فرصت مشارکت به بیماران در موقعیت‌های مراقبتی، باعث ارتقای مراقبت خواهد شد (۵). با توجه به اصل اخلاقی خودمختاری و محترم شمردن اشخاص، ارائه اطلاعات به بیماران باعث می‌شود تا آنان در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با مراقبت‌های درمانی، مشارکتی آگاهانه و متقابل داشته باشند و علاوه بر آن، می‌تواند بخش مهمی از ارتباط موفق بین پزشک و بیمار را تشکیل دهد (۶). افزایش مشارکت بیمار در مراقبت‌های پرستاری، مسئولیت و تعهد بیمار را نسبت به رفتارهای سلامتی افزایش داده و امر مراقبت و درمان را تسهیل می‌کند (۷). اغلب مطالعات نشان می‌دهند که علیرغم اذعان پرستاران به تأثیر مثبت مشارکت بیماران، با این حال، عملاً فرصت مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌ها داده نمی‌شود. بنابراین، پرستاران موظف هستند استقلال بیماران خود را با ارائه اطلاعات لازم به آنان و تشویق آنها به شرکت در فرآیند تصمیم‌گیری‌های درمانی حفظ نمایند (۸). از نظر اسدی جنتی و همکاران، چهار وضعیت در ایجاد قدرت تصمیم‌گیری مراقبتی در بیمار وجود دارد: دادن اطلاعات به بیمار، مشاوره دادن، درگیر کردن بیمار در تصمیم‌گیری‌ها و اختیار دادن به بیمار جهت انتخاب (۹). یکی از مهمترین محورهای حاکمیت بالینی، مشارکت بیمار و جامعه است. مشارکت بیمار 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 می‌گردد (۱۰). اهمیت مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی درمانی تا آنجایی است که در محور سوم

منشور حقوق بیمار در ایران به این مطلب به عنوان بخشی از حقوق بیماران چنین اشاره شده است: «حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود» (۱۱). علیرغم الزام مراکز بهداشتی درمانی کشور به رعایت مفاد منشور حقوق بیمار از سال ۱۳۸۱ توسط وزارت متبوع، بابامحمودی و همکاران در مطالعه خود نتیجه گرفتند که میزان رعایت حقوق بیمار در حیطه حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه، فقط ۱۴/۱۵ درصد بوده است (۱۲). مطالعه رحمانی و همکاران نیز نشان داد که استقلال بیماران طی مراقبت‌های پرستاری رعایت نمی‌شود و آنان در فرایند تصمیم‌گیری درمانی شرکت داده نمی‌شوند (۸). بیشترین میزان مشارکت گزارش شده توسط بیماران در مطالعه داداشی و همکاران بود که در آن ۶۰ درصد بیماران ابراز کردند که در تصمیم‌گیری‌های درمانی شرکت داده شده اند (۱۳). نظر به اهمیت موضوع و کمبود مطالعات مرتبط در کشور، این مطالعه با هدف تعیین میزان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی- درمانی از دیدگاه بیماران در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی ساوه در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

### روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی- مقطعی بود که در سال ۱۳۹۴ در دو بیمارستان عمومی دانشکده علوم پزشکی ساوه انجام شد. بیماران بستری در بخش‌های جراحی و داخلی به صورت تصادفی مورد بررسی قرار گرفتند. شرایط ورود به مطالعه شامل تمایل به همکاری با پژوهشگر، سن بالای ۱۸ سال، اقامت حداقل ۴۸ ساعت در بیمارستان و نداشتن اختلال ذهنی به تشخیص پزشک معالج بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها از یک پرسشنامه دو قسمتی استفاده شد. بخش اول شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل و...) و

<sup>1</sup> Florin

اندکی مهم است (امتیاز ۲) و اصلاً مهم نیست (امتیاز ۱) صورت گرفت. امتیاز نهایی پرسشنامه، با توجه به فرمول زیر محاسبه شد:

میزان اهمیت  $\times$  فراوانی (درصد) = نمره تاثیر آیتم

بر اساس این فرمول، عبارات دارای نمره ۱/۵ و بالاتر، حفظ و نمرات کمتر از آن حذف شدند که ۴ عبارت با نمره کمتر از ۱/۵ (دو عبارت در بعد بستری و دو عبارت در بعد ترخیص) حذف و ۳۲ عبارت باقی ماندند و روایی صوری آن تایید شد.

روایی محتوای ابزار نیز به دو صورت کیفی و کمی بررسی شد. برای بررسی روایی محتوای ابزار، ابتدا نسبت روایی محتوای<sup>۲</sup> پرسشنامه مشخص گردید. به این منظور، پرسشنامه در اختیار ۱۲ نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی و نیز مدیران بیمارستان قرار داده شد و از آنان خواسته شد تا نظرات خود را بر اساس عبارات «ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست و ضرورتی ندارد» ثبت نمایند. دو عبارت (یک عبارت در بعد پذیرش و یک عبارت در بعد بستری) که نمره کمتر از ۰/۵۶ کسب کردند، حذف شدند و مقدار نسبت روایی محتوای پرسشنامه از ۰/۶۴ تا ۱ به دست آمد. همچنین جهت محاسبه شاخص روایی محتوا<sup>۳</sup>، پرسشنامه در اختیار ۱۲ نفر از اساتید بالینی دانشکده پرستاری و مامایی قرار گرفت و از آنان درخواست شد عبارات پرسشنامه را از نظر مربوط بودن بر اساس طیف «مربوط نیست، نسبتاً مربوط است، مربوط است اما نیاز به اصلاح دارد و کاملاً مربوط است» ارزیابی نمایند. عبارات با نمره کمتر از ۰/۷ غیر قابل قبول تشخیص داده شد که هیچ عبارتی در این رده قرار نگرفت. دو عبارت با نمره بین ۰/۷ تا ۰/۷۹ قرار داشت و بقیه عبارات بالاتر از ۰/۷۹ محاسبه شد. تغییراتی در دو سوال داده شد و مجدداً ارزیابی توسط متخصصین صورت

بخش دوم، سوالات مربوط به وضعیت مشارکت بیمار در تصمیم گیری‌های درمانی- مراقبتی بود. با توجه به اینکه پژوهش‌های قبلی انجام شده در سطح بین‌المللی و کشوری، به تنهایی پاسخگوی اهداف و سوالات پژوهش نبودند، به همین دلیل با بهره‌گیری از مطالعات قبلی (۲۶-۱۵،۱۴،۳)، ابزار جدیدی برای این منظور طراحی و ساخته شد. این پرسشنامه با ۳۰ سوال، میزان مشارکت بیمار را در تصمیم‌گیری‌های درمانی- مراقبتی در سه بعد زمانی پذیرش (۹ سوال)، بستری (۱۵ سوال) و ترخیص (۹ سوال) بررسی می‌کند.

ارزیابی سوالات با استفاده از مقیاس چهارگزینه‌ای کاملاً موافقم، تا حدی موافقم، تا حدی مخالفم و کاملاً مخالفم بوده و میزان کلی مشارکت بیماران بر اساس امتیاز نهایی پرسشنامه؛ به سه بخش مشارکت بالا (۹۰-۶۱)، متوسط (۶۰-۳۱) و پائین (۳۰-۰) تقسیم شدند. در بخش پذیرش، نمره ۶-۰ مشارکت کم؛ ۱۲-۷ مشارکت متوسط و ۱۸-۱۳ مشارکت بالا، در بخش بستری، نمره ۱۵-۰ مشارکت کم؛ ۳۰-۱۶ مشارکت متوسط و ۴۵-۳۱ مشارکت بالا و در بخش ترخیص، نمره ۹-۰ مشارکت کم؛ ۱۸-۱۰ مشارکت متوسط و ۲۷-۱۹ مشارکت بالا را نشان می‌داد.

روایی صوری به دو صورت کیفی و کمی بررسی شد. به منظور بررسی کیفی، نظر پنج نفر از بیمارانی که در نمونه‌ها شرکت نداشتند در مورد ساده و قابل درک بودن عبارات پرسشنامه، سنجیده و بررسی شد. جهت تعیین روایی صوری، عبارات پرسشنامه در اختیار ۱۲ نفر از صاحب‌نظران دانشکده پرستاری و مامایی و نیز مدیران بیمارستان قرار گرفت و برای تعیین اهمیت عبارات، از روش کمی تاثیر آیتم<sup>۱</sup> استفاده شد. ارزیابی سوالات بر اساس طیف لیکرت ۵ قسمتی کاملاً مهم است (امتیاز ۵)، تا اندازه‌ای مهم است (امتیاز ۴)، به طور متوسط مهم است (امتیاز ۳)،

<sup>2</sup> Content Validity Ratio (CVR)

<sup>3</sup> Content Validity Index (CVI)

<sup>1</sup> Item Impact Method

گرفت. بر این اساس، نمرات شاخص روایی محتوا بین ۰/۸۲ تا ۱ بدست آمد و روایی محتوای پرسشنامه تایید گردید. همچنین برای سنجش میزان پایایی ابزار، از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ<sup>۱</sup> استفاده گردید که این میزان برای کل پرسشنامه ۰/۹۳ به دست آمد.

نمونه‌ها به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. برای تعیین حجم نمونه با در نظر گرفتن مطالعات مشابه قبلی (۲۷)، میانگین نمره مشارکت بیماران، ۱/۵ در نظر گرفته شد. با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۰/۹۵ نتایج مطالعه و مقدار اشتباه ( $d=0.2$ )، حجم نمونه، ۲۱۷ نفر به دست آمد که در نهایت ۲۲۰ نفر در نظر گرفته شد.

داده‌ها پس از جمع‌آوری، توسط نرم افزار SPSS-20 تجزیه و تحلیل شدند. آمار توصیفی و نسبت‌ها به صورت میانگین، انحراف معیار و درصد نشان داده شد. برای بررسی ارتباط بین متغیرها و میزان مشارکت کلی از ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن استفاده شد و آزمون تی مستقل و آنوا برای بررسی اختلاف میانگین چند متغیر به کار رفت.

### یافته‌ها

بر اساس جدول ۱، از ۲۲۰ بیمار شرکت‌کننده در این مطالعه، ۱۳۲ نفر (۶۰٪) مرد بودند و بیشتر شرکت‌کنندگان (۳۰/۵٪) در گروه سنی ۲۰-۳۹ سال قرار داشتند. بیماران بیسواد با ۲۷/۳ درصد و افراد دارای تحصیلات دانشگاهی با ۷/۷ درصد، بیشترین و کمترین سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان را به خود اختصاص دادند. اکثر شرکت‌کنندگان (۶۳/۶٪) متأهل و بیکار (۲۸/۶٪) بودند. در خصوص میزان مشارکت

بیماران در تصمیم‌گیری‌های درمانی- مراقبتی، نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمرات بیماران در زمان پذیرش  $10/66 \pm 4/96$ ، زمان بستری  $31/24 \pm 10/07$  و زمان ترخیص  $19/28 \pm 6/91$  بود که نشان‌دهنده میزان مشارکت متوسط بیماران در زمان پذیرش و مشارکت بالای آنها در زمان بستری و ترخیص بود. همچنین میانگین نمرات مشارکت کلی نمونه‌ها  $61/20 \pm 18/92$  برآورد شد که حاکی از میزان مشارکت بالای آنها در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی درمانی بود (جدول ۲).

نتایج نشان داد که بیشترین مشارکت بیماران در زمان پذیرش (۵۷/۷٪) مربوط به گزینه «برگه‌های بستری و رضایتنامه را آگاهانه امضا کردم»، در زمان بستری (۵۷/۲٪) مربوط به گزینه «در زمان بستری به پزشک دسترسی داشتم» و در زمان ترخیص (۵۷/۷٪) مربوط به گزینه «در مورد مراقبت‌های پس از ترخیص، اطلاعات کافی دریافت کردم» بود. در حالی که کمترین نمرات مشارکت در زمان‌های پذیرش، بستری و ترخیص به گزینه‌های «از من در انتخاب تخت و اطاق نظرخواهی شد» (۴۰/۴٪)، «پزشک در تصمیم‌گیری برای نوع درمان انتخابی از من نظرخواهی کرد» (۲۰/۹٪) و «در زمان بستری، پزشک و پرستاران قبل از ورود به اطاق اجازه می‌گرفتند» (۱۶/۸٪) اختصاص داشت (جدول ۳).

بررسی ارتباط بین متغیرهای فردی اجتماعی و میزان مشارکت کلی بیماران نشان داد که بین نوع شغل ( $p=0/011$ ) و سابقه بستری ( $p=0/013$ ) با میزان مشارکت کلی بیماران، ارتباط وجود دارد. بین سایر متغیرها و میزان مشارکت کلی بیماران، ارتباطی مشاهده نشد.

<sup>1</sup> Chronbach's Alpha

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات فردی اجتماعی شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر	فراوانی (درصد)	متغیر	فراوانی (درصد)
وضعیت تاهل	مجرد (۳۱/۴) ۶۹	بیکار	۶۳ (۲۸/۶)
	متاهل (۶۳/۶) ۱۴۰	بازنشسته	۳۹ (۱۷/۷)
	سایر موارد (۵/۰) ۱۱	شاغل	۵۴ (۲۴/۵)
بخش بستری	داخلی (۴۳/۶) ۹۶	محصل	۱۲ (۵/۵)
	جراحی (۵۶/۴) ۱۲۴	خانه دار	۵۲ (۲۳/۶)
جنس	مرد (۶۰) ۱۳۲	ناکافی	۹۴ (۴۲/۷)
	زن (۴۰) ۸۸	متوسط	۱۰۴ (۴۷/۳)
	کمتر از ۲۰ سال (۹/۱) ۲۰	کافی	۲۲ (۱۰/۰)
سن	۲۰ تا ۳۹ سال (۳۰/۷) ۶۷	۳ تا ۶ روز	۱۶۰ (۷۲/۷)
	۴۰ تا ۵۹ سال (۲۳/۲) ۵۱	۷ تا ۱۰ روز	۴۳ (۱۹/۵)
	۶۰ تا ۷۹ سال (۳۰/۰) ۶۶	بستری	۹ (۴/۱)
	بیشتر از ۸۰ سال (۷/۳) ۱۶	بیشتر از ۱۵ روز	۸ (۳/۶)
تحصیلات	بیسواد (۲۷/۳) ۶۰	فارس	۱۱۲ (۵۰/۹)
	ابتدایی (۲۶/۴) ۵۸	آذری	۶۸ (۳۰/۹)
	سیکل (۱۹/۱) ۴۲	کرد	۲۰ (۹/۱)
	دیپلم (۱۹/۵) ۴۳	لر	۸ (۳/۶)
	دانشگاهی (۷/۷) ۱۷	غیره	۱۲ (۵/۵)
سابقه بستری	بله (۶۰) ۱۳۲		
	خیر (۴۰) ۸۸		

جدول ۲. توزیع فراوانی میزان مشارکت کلی و میزان مشارکت بیماران شرکت‌کننده در مطالعه در سه زمان پذیرش، بستری و ترخیص

میزان مشارکت	کلی		زمان پذیرش		زمان بستری		زمان ترخیص	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
کم	۴/۰۹	۹	۲۰/۴۵	۴۵	۵/۴۵	۱۲	۹/۰۹	۲۰
متوسط	۴۳/۶۳	۹۶	۴۶/۳۶	۱۰۲	۴۰	۸۸	۳۲/۲۷	۷۱
زیاد	۵۲/۲۷	۱۱۵	۳۳/۱۸	۷۳	۵۴/۵۴	۱۲۰	۵۸/۶۳	۱۲۹
جمع	۱۰۰	۲۲۰	۱۰۰	۲۲۰	۱۰۰	۲۲۰	۱۰۰	۲۲۰
میانگین	۶۱/۲۰±۱۸/۹۲		۱۰/۶۶±۴/۹۶		۳۱/۲۴±۱۰/۰۷		۱۹/۲۸±۶/۹۱	

جدول ۳. توزیع فراوانی دیدگاه افراد شرکت‌کننده در مطالعه در مورد مشارکت آنها در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی و درمانی

سؤال	کاملاً موافقم			کاملاً مخالفم		
	فراوانی (%)	تا حدی موافقم فراوانی (%)	تا حدی مخالفم فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)
۱ در زمان پذیرش، اطلاعات لازم را در مورد شرایط بیمارستان، هزینه‌ها، تعهدات بیمه‌ها و اسامی پزشکان دریافت کردم.	۸۹(۴۰/۴)	۶۵(۲۹/۵)	۳۶(۱۱/۸)	۴۰(۱۸/۱)		
۲ در زمان پذیرش، از منشور حقوق خود (به عنوان بیمار) آگاه شدم.	۸۰(۳۶/۳)	۷۲(۳۲/۷)	۲۸(۱۲/۷)	۴۰(۱۸/۱)		
۳ در انتخاب پزشک و سایر اعضای تیم مراقبتی- درمانی با من مشورت شد.	۷۶(۳۴/۵)	۵۱(۲۳/۱)	۴۵(۲۰/۴)	۴۸(۲۱/۸)		
۴ برکه‌های بستری و رضایت نامه را آگاهانه امضاء کردم.	۱۲۷(۵۷/۷)	۳۹(۱۷/۷)	۲۸(۱۲/۷)	۲۶(۱۱/۸)		
۵ از من در انتخاب تخت و اطاق نظرخواهی شد.	۵۰(۲۲/۷)	۴۷(۲۱/۳)	۳۴(۱۵/۴)	۸۹(۴۰/۴)		
۶ اطلاعات ارائه شده در مورد بیمارستان و هزینه‌ها کافی بود.	۶۵(۲۹/۵)	۶۷(۳۰/۴)	۴۳(۱۹/۵)	۴۵(۲۰/۴)		
۷ اطلاعات کافی در مورد بیماری و روش‌های درمانی و عوارض آنها را از پزشکم دریافت کردم.	۱۰۶(۴۸/۱)	۵۳(۲۴/۱)	۲۲(۱۰)	۳۹(۱۷/۷)		
۸ پزشک در تصمیم‌گیری برای نوع درمان انتخابی از من نظرخواهی کرد.	۹۲(۴۱/۸)	۵۱(۲۳/۱)	۳۱(۱۴/۱)	۴۶(۲۰/۹)		
۹ پزشک در اجرای فعالیت‌های درمانی با من مشورت کرد.	۱۰۷(۴۸/۶)	۴۹(۲۲/۲)	۲۳(۱۰/۴)	۴۱(۱۸/۶)		
۱۰ پرستاران اطلاعات کافی در مورد نوع مراقبتی که می‌خواهند انجام دهند، در اختیارم قرار دادند.	۱۰۶(۴۸/۱)	۵۲(۲۳/۶)	۲۸(۱۲/۷)	۳۴(۱۵/۴)		
۱۱ پرستاران هنگام تصمیم‌گیری برای اجرای فعالیت مراقبتی از من نظرخواهی کردند.	۱۰۱(۴۵/۹)	۵۷(۲۵/۹)	۲۷(۱۲/۲)	۳۵(۱۵/۹)		
۱۲ در تصمیم‌گیری برای درمان و مراقبت از خود، احساس آزادی کامل داشتم.	۱۰۸(۴۹)	۶۲(۲۸/۱)	۳۶(۱۱/۸)	۲۴(۱۰/۹)		
۱۳ مهمترین تصمیمات درمانی توسط پزشکم اتخاذ شد.	۱۲۵(۵۶/۸)	۵۷(۲۵/۹)	۱۸(۸/۱)	۲۰(۹/۱)		
۱۴ اگر با تصمیمات پزشک موافق نبودم، همچنان باید از آن پیروی می‌کردم.	۱۱۱(۵۰/۴)	۴۷(۲۱/۳)	۲۹(۱۳/۱)	۳۳(۱۵)		
۱۵ در زمان بستری به پزشک دسترسی داشتم.	۱۲۶(۵۷/۲)	۴۸(۲۱/۸)	۲۳(۱۰/۴)	۲۳(۱۰/۴)		
۱۶ پزشک و سایر اعضای تیم درمانی قبل از شروع درمان و مراقبت از من اجازه گرفتند.	۱۱۴(۵۱/۸)	۶۱(۲۷/۷)	۲۱(۹/۵)	۲۴(۱۰/۹)		
۱۷ زمان کافی برای تصمیم‌گیری‌های مراقبتی و درمانی به من داده شد.	۱۱۷(۵۳/۱)	۵۲(۲۳/۶)	۲۹(۱۳/۱)	۲۲(۱۰)		
۱۸ به نظرات من در انتخاب روش درمانی اهمیت داده شد.	۱۰۱(۴۵/۹)	۵۲(۲۳/۶)	۳۹(۱۷/۷)	۲۸(۱۲/۷)		
۱۹ در تصمیم‌گیری‌ها به فرهنگ و اعتقادات من اهمیت دادند.	۱۰۷(۴۸/۶)	۵۵(۲۵)	۳۶(۱۱/۸)	۳۲(۱۴/۵)		
۲۰ اطلاعاتی در زمینه درمان به من ارائه شد، اما مخاطرات و مزایای آن را درک نکردم.	۷۴(۳۳/۶)	۶۷(۳۰/۴)	۴۳(۱۹/۵)	۳۶(۱۶/۳)		
۲۱ اطلاعات داده شده به من برای اتخاذ تصمیمات درمانی کافی بود.	۱۰۵(۴۷/۷)	۵۱(۲۳/۱)	۴۲(۱۹/۱)	۲۲(۱۰)		
۲۲ از زمان ترخیص خود خبر داشتم.	۱۱۹(۵۴/۱)	۴۸(۲۱/۸)	۲۴(۱۰/۹)	۲۹(۱۳/۱)		
۲۳ در مورد زمان ترخیص از من نظر خواهی شد.	۹۷(۴۴/۱)	۶۶(۳۰)	۲۱(۹/۵)	۳۶(۱۶/۳)		
۲۴ به نظرات من در زمینه ترخیص اهمیت دادند.	۱۰۰(۴۵/۴)	۶۴(۲۹/۱)	۲۵(۱۱/۳)	۳۱(۱۴/۱)		
۲۵ در برنامه ریزی مراقبت‌های پس از ترخیص با من مشورت شد.	۱۱۷(۵۳/۱)	۵۲(۲۳/۶)	۲۵(۱۱/۳)	۲۶(۱۱/۸)		
۲۶ در مورد مراقبت‌های پس از ترخیص اطلاعات کافی دریافت کردم.	۱۲۷(۵۷/۷)	۴۵(۲۰/۴)	۲۷(۱۲/۲)	۲۱(۹/۵)		
۲۷ پزشک در مورد مصرف دارو و عوارض آن در منزل به من اطلاعات لازم را داد.	۱۱۹(۵۴/۱)	۴۷(۲۱/۳)	۲۵(۱۱/۳)	۲۹(۱۳/۱)		
۲۸ در زمان ترخیص به پزشک خود دسترسی داشتم.	۱۱۲(۵۰/۹)	۴۷(۲۱/۳)	۳۴(۱۵/۴)	۲۷(۱۲/۲)		
۲۹ در طول حضور در بیمارستان، شأن انسانی و احترام من رعایت شد.	۱۲۹(۵۸/۶)	۴۹(۲۲/۲)	۲۸(۱۲/۷)	۱۴(۶/۳)		
۳۰ در زمان بستری، پزشک و پرستاران قبل از ورود به اطاق اجازه می‌گرفتند.	۱۰۱(۴۵/۹)	۵۰(۲۲/۷)	۳۳(۱۴/۵)	۳۷(۱۶/۸)		

## بحث

در مطالعه حاضر، میزان مشارکت در زمان پذیرش متوسط و در زمان بستری و ترخیص بالا گزارش شد. با وجودی که میزان مشارکت بیماران در مراحل سه گانه این مطالعه متفاوت بود، ولی به طور کلی، میزان مشارکت بیماران، بالا گزارش شد. این موضوع با مطالعات انجام شده توسط سایر پژوهشگران مطابقت دارد (۲۸،۱۵،۱۳،۹). مشارکت در تصمیم گیری‌های مرتبط با درمان در مطالعه داداشی و همکاران ۶۰ درصد گزارش شد (۱۳). این مطالعه در مورد مشارکت بیمار بر پایه منشور حقوق بیمار می‌باشد که یکی از محورهای آن (محور سوم) به حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه پرداخته است. مطالعه مقطعی بررسی مشارکت بیمار از طریق ارزیابی وضعیت حاکمیت بالینی در حوزه مشارکت بیمار و جامعه در بیمارستان‌های منتخب تهران در سال ۱۳۸۹ توسط عادل و همکاران نشان داد که میزان مشارکت بیماران در حداکثر و حداقل میزان آن در بین بیماران چهار بیمارستان شهر تهران ۵۳/۵ تا ۶۸ درصد بود. بر اساس توصیه‌های ایشان برای انتقال اطلاعات مورد نیاز به بیماران جهت آگاهی از حقوق، امکانات، توانمندی تیم بالینی و طرح درمان و گماردن واحدهای متولی و افراد مسئول برای پاسخگویی به نیازهای آموزشی، اجتماعی، حقوقی و فردی بیمار حین بستری و دوره پس از آن، مشارکت بیمار و جامعه لازم است (۱۰). بررسی موحد کر و همکاران نشان داد علیرغم این که به نظر محققین، ارائه خدمت در بیمارستان‌های کشور بدون توجه به مسائلی از قبیل فرهنگ مشارکت بیمار در تصمیمات درمانی و آگاه کردن وی در زمینه نوع درمان انجام می‌شود و به مشارکت در تصمیمات درمانی در بالین توجه نمی‌شود، ولی ۵۹/۷ درصد افراد، میزان مشارکت در تصمیمات درمانی را زیاد و ۲۷ درصد کم ارزیابی کردند (۱۵). مقایسه دیدگاه بیماران آلمانی و انگلیسی از اولویت‌هایشان در تصمیم‌گیری

مشارکتی نشان می‌دهد که هر دو گروه بدون توجه به نژاد، میزان مشارکت را بالا گزارش کردند (۲۸). در مقابل نتایج برخی مطالعات، میزان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی و درمانی را متوسط و کم گزارش کرده‌اند. عاقبتی و همکاران در مطالعه‌ای با هدف ارزیابی میزان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی درمانی در بخش‌های انکولوژی، داخلی و جراحی نشان دادند که علیرغم این که ۸۵/۱ درصد بیماران تمایل داشتند در سطح اول تصمیم‌گیری (آگاهی از اقدامات درمانی و مراقبتی) مشارکت داشته باشند، اما بیشتر آنها (۸۹/۴٪) بیان کرده بودند که پرستاران، آنان را در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت نمی‌دهند (۱۴). در مطالعه‌ای که در بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران با موضوع آگاهی از حقوق بیمار و رعایت آن از دیدگاه بیمار صورت گرفت، نشان داده شد که فقط ۳۴ درصد بیماران در تصمیم‌گیری‌های درمانی خود مشارکت داشتند (۲۹). این میزان در مطالعه رحمانی و همکاران نیز دیده شد، به طوری که به اعتقاد اغلب بیماران، استقلال آنها طی مراقبت‌های پرستاری به خوبی رعایت نشده و در فرآیند تصمیم‌گیری درمانی مشارکت داده نمی‌شوند (۸). وضعیت نامطلوب رعایت حقوق بیمار در ارتباط با حق انتخاب و تصمیم‌گیری از دیدگاه سه گروه مورد مطالعه شامل پزشکان، پرستاران و بیماران، در مطالعه پارساپور و همکاران نیز به چشم می‌خورد (۳۰).

بابامحمودی و همکاران به بررسی میزان رعایت منشور حقوق بیمار از دیدگاه بیماران در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران پرداخت. در بُعد رعایت حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه، فقط ۱۴/۱۵ درصد گزارش کردند که به آنان اجازه انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه در امور مربوط به بیماری داده می‌شد (۱۲) که شاید به دلیل آموزشی بودن بیمارستان‌های محیط پژوهش، این میزان دور از انتظار نباشد. به هر



حال، با توجه به لزوم رعایت استقلال و حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیماران که بخشی از حقوق بیمار می‌باشد، به نظر می‌رسد این میزان با استانداردها فاصله بسیاری دارد. همچنین، در راستای اعتبار بخشی و ارتقاء کیفیت خدمات سلامت، باید تلاش‌ها در جهت رسیدن به استانداردهای خدمات سلامت باشد. میزان مشارکت پایین بیماران در حیطه حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه در مطالعات دیگر نیز دیده می‌شود. به عنوان نمونه، مطالعه برهانی و همکاران بر روی زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه‌های شهر کرمان نشان داد که کمترین نمره میانگین مربوط به این موضوع بود، به این معنی که در مورد تصمیم‌گیری برای امور تشخیصی و درمانی، به مادر حق انتخاب کمتری داده شده بود و ماماها بیشتر اعمال نظر می‌کردند (۳۱). کمترین میزان نقش بیمار در انتخاب و تصمیم‌گیری، در مطالعه انجام شده در بیمارستان‌های منتخب نظامی دیده شد که فقط ۸/۱ درصد بود (۳۲).

مطالعه آلمبرگ و همکاران در کشور سوئیس روی ۱۸۸ بیمار با عنوان میزان ادراک بیماران از مشارکت در برنامه‌ریزی ترخیص بعد از سکتة حاد در سه محور دریافت اطلاعات، درمان پزشکی و اهداف و نیازها نشان داد که به گمان اکثر بیماران، اطلاعات لازم به آنان ارائه شده، ولی مشارکت در برنامه‌ریزی درمان پزشکی و نیازهای مراقبتی، خدمات بازتوانی و اهداف، کمتر مورد توجه قرار گرفته است بطوری که ۷۲ تا ۹۰ درصد در دریافت اطلاعات، ۲۹ تا ۳۸ درصد در درمان پزشکی و ۱۵ تا ۴۷ درصد در اهداف و نیازها مشارکت داشته‌اند (۱۸). این میزان در مطالعه کلوئوس و همکاران در یونان نیز دیده می‌شود. پژوهشگران مذکور به مقایسه دیدگاه بیماران و پرستاران با هدف شناسایی مشارکت بیمار در تصمیمات طی مراقبت پرستاری پرداختند. با وجود مشارکت متوسط بیمار در طول مراقبت پرستاری (از دیدگاه هر دو گروه)، در

فرآیند تصمیم‌گیری، تمایل به رویکرد آمرانه (استبدادی) حکمفرما بوده است (۲۶). در مطالعات مشابه دیگری که به بررسی میزان مشارکت بیماران سالمند در فرآیند ترخیص پرداخته اند، نشان داده شد که میزان مشارکت در فرآیند ترخیص، متوسط یا پائین بوده و کمترین میزان مشارکت به ویژه در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری برای ترخیص بود (۳۴-۳۳:۲۱). یکی از مهمترین دلایل اختلاف نتایج، تفاوت میزان آگاهی بیماران از حقوق خود و سطح دخالت آنان در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با مراقبت و درمان از سوی کارکنان نظام سلامت باشد.

یکی از محدودیت‌های مطالعه این بود که زمان تکمیل پرسشنامه، هنگام ترخیص بیماران بود و این مسئله با توجه به انتظار بیمار برای خروج از بخش، می‌توانست در پاسخ‌های وی تاثیرگذار باشد. عوامل دیگری نیز می‌توانند در میزان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی درمانی تاثیرگذار باشند که امکان بررسی تمامی عوامل میسر نبود.

### نتیجه‌گیری

در این مطالعه علیرغم میزان بالای مشارکت کلی بیماران، مشارکت آنها در زمان پذیرش، متوسط بود. شاید در زمان پذیرش با توجه به شرایط بیمار، امکان ارائه اطلاعات و درخواست برای تصمیم‌گیری و مشارکت برای همه بیماران میسر نباشد ولی با در نظر گرفتن این شرایط باید بیماران را در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت داد و با ارائه اطلاعات به صورت عملی و سمعی بصری برای افزایش مشارکت آنها به خصوص در زمان پذیرش اقدام کرد.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری می‌باشد که در شعبه بین‌الملل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شده و با کد اخلاق IR.SBMU.IASB.REC به تصویب رسیده است. از

بیمارستان‌های شرکت‌کننده در پژوهش و بیماران  
عزیز، تقدیر و تشکر می‌گردد.

تمامی مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی  
شهیدبهشتی، دانشکده علوم پزشکی ساوه و کارکنان

## References

- 1- Wallersten N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006.
- 2- Santema TB, Stubenrouch FE, Koelemay MJW, Vahl AC, Vermeulen CFW, Visser MJT, et al. Shared decision making in vascular surgery: an exploratory study. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2016;51:587-93.
- 3- Hoglund A, Winblad U, Arnetz A, Arnets J. Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personal. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010;24(3):482-89.
- 4- Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15:1498-508.
- 5- Frank C, Asp M, Dahlberg K. Patient participation in emergency care: a phenomenographic analysis of caregivers' conceptions. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;18:2555-562.
- 6- Zali M. New basic relationship between patient and physician. Tehran: Hoghoghi publication, 2009 [Persian].
- 7- Sahlsten M, Larsson I, Sjo Strom B, Plos K. An analysis of the concept of patient participation. *Nursing Forum*. 2008;43(1):2-11.
- 8- Rahmani A, Ghahramanian A, Mahjal Agdam A, Allah Bakhshian A. Observance of patients autonomy (patients perspective) in nursing care in hospitals affiliated with Tabriz University of Medical Sciences. *Nursing Research Journal*. 2009;3(8,9):7-14 [Persian]
- 9- Asadi Janati N, Vahdat SH, Yazdanpanah A. Patient participation in infection control after Orthogonatic surgery in Tehran Booali hospital. *Medicine Journal of Islamic Azad University*. 2014;24(3):189-93 [Persian].
- 10- Adel A, Khodayari Zarnagh R, Darzi Ramandi S. Evaluating clinical governance in patient and society participation. *Journal of Health Picture*. 2012 [Persian].
- 11- Ministry of Health and Medical Education. Patient's Right Charter in Iran. Accessed July 22, 2013. available from: <http://behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=291&pageid=34985>. [Persian].
- 12- Babamahmoodi F, Meftahi M, Khademloo M, Hesamzadeh A. Observance of patients rights charter (patients perspective) in educational hospitals of Mazandaran University of Medical Sciences. *Journal of Medicine Historical & Ethics*. 2011;4(4):38-44 [Persian].
- 13- Dadashi M, Andarzhabi R, Habibimoghadam A. Private clinics client's satisfaction of observing the patient's rights bill. *Journal of Medical Ethics and History*. 2010;(Special Issue):61-68 [Persian].
- 14- Aghebati N, Ahmadi F, Tireghi B. Patients participation in health care decision making (patient perspective). *Journal of Kerman Razi of Nursing and Midwifery Faculty*. 2006;6(12):15 [Persian].
- 15- Movahed kor E, Arab M, Sari E, Hoseini M. Inpatient perceptions of participating in cure decision making and safety among public hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Hospital Journal*. 2011;10:1-9 [Persian].
- 16- Neame R, Hammond A, Deighton C. Need for information and for involvement in decision making among patients with rheumatoid arthritis: a questionnaire survey. *Arthritis & Rheumatism*. 2005;53(2April 15):249-55.
- 17- Eldeh AC, Ekman I, Ehnfors M. Conditions for patient participation and non participation in health care. *Nursing Ethics*. 2006;13:503-14.
- 18- Almborg AH, Ulander K, Thulin A, Berg S. Patients perceptions of their participation in discharge planning after acute stroke. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;18:199-209.
- 19- Kriston L, Scholl I, Holzel L, Simon D, Loh A, Harter M. The 9-item share decision making questionnaire (SDM-Q-9): development and psychometrics properties in a primary care sample. *Patient Education and Counseling*. 2010;80(1):94-99.

- 20- Misae I, Noritoshi T, Sue T. Perceptions of Japanese patients and their family about end decision. *Nursing and Health Sciences*. 2010;12:314-21.
- 21- Foss C, Hofoss D. Elderly persons experiences of participation in hospital discharge process. *Patient Education and Counseling*. 2011;85:68-73.
- 22- Fröjd C, Swenne CL, Rubertsson C, Gunningberg L, Wadensten B. Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care. *Journal of Nursing Management*. 2011;19(2):226-36.
- 23- 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. *Medical Decision Making*. 2011;31:245-53.
- 24- Jangland E, Carlsson M, Lundgren E, Gunningberg L. The impact of an intervention to improve patient participation in a surgical care unit: a quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies*. 2012;49:528-38.
- 25- Bowersox NW, Bohnert ASB, Ganoczy D, Ofeiffer PN. Inpatient psychiatric care experience and its relationship to post hospitalization treatment participation. *Psychiatric Services*. 2013;64:554-62.
- 26- Kolovos P, Kaitelidou D, Lemonidou C, Sachlas A, et al. Patient participation in decision making during nursing care in greece- a comparative study. *Nursing Forum*. 2015;50(3):147-57.
- 27- Rezaee K, Koohestani H, Baghcheghi N, Ebrahimifakhar H. Comparison view points of patients with chronic diseases about desired & perceived participation in medical decision making in Arak, 2009 [Persian].
- 28- Rudell K, Myers L, Newman S. Preferences for involvement in medical decision making: comparing British and Germany views. *Psychology, Health and Medicine*. 2006;11(2):171-89.
- 29- Zarei A, Arab M, Akbari F. Managers' knowledge on patient rights in Tehran hospitals. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2007;11(3):65-71 [Persian].
- 30- Parsapoor AR, Bagheri AR, Larijani B. Patient rights in Iran. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2009;27(special issue):39-47 [Persian].
- 31- Borhani F, Soltan Ahmadi Z, Abbaszadeh A, Kohan M. The Assessment of the rights of pregnant women attending health centers in Kerman in 2011. *Iranian Journal of Medical Law*. 2013;7(26):93-110 [Persian].
- 32- Aghighi E, Amerion A, Tavassoli M. Evaluation of patients' knowledge of their rights at military hospitals. *Journal of Nurse and Physician within War*. 2014;23-24:24-28 [Persian].
- 33- Ekdahl A, Linderholm M, Hellstrom L. Are decisions about discharge of elderly hospital patients mainly about freeing blocked beds? a qualitative observational study. *BMJ open* 2012;2(6): e002027. doi: 10.1136/bmjopen-2012-002027.
- 34- Dyrstad D, Testad I, Aase K, Storm M. A review of the literature on patient participation in transitions of the elderly. *Cognition, Technology and Work*. 2015;17:15-34.