

## تعیین میزان مشارکت در درمان بیماران مبتلا به سرطان پستان در ایران

نویسندگان:

فرانک روئین تن<sup>۱</sup>، سمیه حسام<sup>۲\*</sup>، شقایق وحدت<sup>۴</sup>، ایروان مسعودی اصل<sup>۵</sup>

- ۱- دانشجوی دکتری، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، ایران
- ۲- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، ایران
- ۳- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، ایران
- ۴- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.20, No.4, Winter 2023

### چکیده:

**مقدمه:** مشارکت بیماران در تصمیم گیری های درمان با بهبود نتایج درمانی همراه است. با تعیین میزان دانش و آگاهی بیماران از خطرات و مزایای شیوه های درمانی مختلف می توان میزان مشارکت آنان در درمان را تعیین کرد. این مطالعه با هدف تعیین میزان مشارکت در درمان بیماران مبتلا به سرطان پستان انجام شد.

**روش کار:** مطالعه مقطعی حاضر به صورت توصیفی - تحلیلی در سال ۱۳۹۹ انجام شد. جامعه آماری متشکل از ۱۵ نفر پزشک که در زمینه بیماری های پستان فعالیت داشتند و ۳۰۰ نفر بیمار مبتلا به سرطان پستان مراجعه کننده به درمانگاهها و مطب پزشکان در شهرهای شیراز، کرمان، رشت و تبریز بود. نمونه ها به روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. برای سنجش میزان مشارکت از پرسش نامه پژوهش گر ساخته، پس از تایید روایی و پایایی آن استفاده شد. داده ها به کمک نرم افزار SPSS-20 با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های استنباطی مربع کای تحلیل شدند.

**یافته ها:** یافته های پژوهش نشان داد که مشارکت بیماران در درمان با سن، تحصیلات، مدت زمان ابتلا به بیماری و درآمد آنان رابطه معنادار و مستقیم دارد ( $P < 0/05$ ). مشارکت بیماران در سه حیطة فرایند تصمیم گیری (۵۳ درصد)، رفتار عملی پزشک (۶۷/۶ درصد) و ترجیحات بیمار (۶۶/۲ درصد) گزارش و میزان مشارکت در درمان بیماران مبتلا به سرطان پستان در مجموع ۵۲ درصد برآورد شد.

**نتیجه گیری:** توانمندسازی بیماران با افزایش آگاهی نسبت به تشخیص و روش های درمان، همچنین تحت پوشش قرار دادن سرطان پستان به عنوان بیماری خاص و دریافت کمک هزینه های درمانی، می تواند به افزایش مشارکت بیماران کمک کند.

**واژگان کلیدی:** مشارکت بیمار، سرطان پستان، تصمیم گیری در درمان

Pars J Med Sci 2023;20(4):27-34

### مقدمه:

دریافت اطلاعات و خدمات بهتری نسبت به گذشته دارند [۴]. ترجیحات و ارزش های افراد در موقعیت ها و شرایط مختلف متفاوت می باشد، از این رو تصمیم گیری باید بر حسب شرایط و موقعیت انجام شود. فراهم کردن شرایط و موقعیت ایده آل موجب موفقیت آمیز بودن فرایند تصمیم گیری می شود. البته واضح است که بیمار باید توانایی تصمیم گیری برای مشارکت در درمان را داشته باشد [۳].

مشارکت تعاریف متعددی دارد. یکی از تعاریف رایج مشارکت بیمار در درمان، ابراز عقیده و انتخاب گزینه درمانی از بین گزینه های معرفی شده می باشد [۱-۲]. از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، شرط ارائه مراقبت درمانی خوب، مشارکت بیمار در درمان است. به رسمیت شناختن استقلال بیمار و حق اخلاقی و معنوی برای مشارکت بیمار در درمان الزامی است [۳]. با توجه به تغییرات اجتماعی و استفاده گسترده از فناوری و ابزار ارتباطی توقع و انتظارات بیماران تغییر پیدا کرده است. امروزه بیماران توقع

\* نویسنده مسئول، نشانی: دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، ایران.

پست الکترونیکی: Somayehh59@yahoo.com

تلفن تماس: ۰۹۱۲۲۲۶۸۵۳۴

اصلاح: ۱۴۰۲/۰۳/۲۸ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۲۹

دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲۷

در جمهوری اسلامی ایران پس از تصویب منشور حقوق بیمار در سال ۱۳۸۱، مشارکت بیمار در درمان مورد تأکید قرار گرفته است، ولی این حق برای افراد به درستی محقق نشده و بیماران در امر درمان آن چنان که شایسته است مشارکت داده نمی‌شوند [۳]. از آن جا که سرطان پستان شایع ترین سرطان مهاجم در بین زنان است و همچنین به دلیل نقش مهم زنان به عنوان مادر و سرپرستان اصلی خانواده در ایران، این بیماری می‌تواند آسیب قابل توجهی به خانواده بیمار وارد کند [۸]. این موضوع، برنامه ریزی و سیاست گذاری کلان را برای درمان بیماری و کاهش عوارض و مرگ و میر آن را در اولویت اصلی بخش بهداشت عمومی در ایران قرار داده است.

بسیاری از مطالعات انجام شده در راستای تعیین میزان مشارکت در تصمیم گیری درمان، از یک جنبه به بررسی میزان مشارکت پرداخته‌اند. در حالی که با شناسایی موانع موثر بر مشارکت بیماران می‌توان میزان مشارکت را از جوانب مختلف مورد بررسی قرار داد تا آمار ارایه شده دقیق تر و به واقعیت نزدیک تر باشد [۱۳]. بر این اساس، مطالعه حاضر به منظور تعیین میزان مشارکت در درمان بیماران مبتلا به سرطان پستان در ایران در سال ۱۳۹۹ در سه حیطة پزشک، فرایند تصمیم گیری و ترجیحات بیمار انجام شد.

## روش کار:

این مطالعه مقطعی به صورت توصیفی - تحلیلی قسمتی از رساله دکترا با عنوان "طراحی الگوی مشارکت در درمان بیماران مبتلا به سرطان پستان در سال ۱۳۹۹ در ایران" می‌باشد. در ابتدا طی فرایند طراحی الگو، مولفه‌های موثر بر میزان مشارکت بیماران در درمان از الگوهای رایج استخراج و با استفاده از تکنیک دلفی فازی (امتیاز ۷ و بیشتر) در سه حیطة ترجیحات بیمار، رفتار عملی پزشک و فرایند تصمیم‌گیری مورد تأیید نهایی خبرگان قرار گرفت. سه پرسش نامه رفتار عملی پزشک با ۲۰ سؤال، پرسش نامه فرایند تصمیم‌گیری با ۹ سؤال و پرسش نامه ترجیحات بیمار با ۸ سؤال بر اساس طیف لیکرت ۵ قسمتی (امتیاز ۵-۴-۳-۲-۱) تهیه و پس از تأیید روایی و پایایی آن‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

گویه‌های پرسش‌نامه‌ها رفتار عملی پزشک شامل مواردی همچون رعایت نوبت بیمار، خوش آمدگویی دوستانه، حفظ حریم بیمار، بررسی علایم بیماری، بررسی وضعیت تغذیه، بررسی مصرف دارو، بررسی عوارض ناخواسته، بررسی فعالیت فیزیکی، بررسی رفتارهای پرخطر، معاینه فیزیکی، تشویق به پرسیدن سؤال، ارتباط چشمی با بیمار، ارتباط با زبان بدن و تشویق به صحبت کردن، توصیه سبک زندگی، تأکید بر کنترل درد بیمار،

با مشارکت بیماران در درمان، انگیزه بیمار ارتقا یافته و تشویق می‌شود که به طور جدی در امور درمانی خود شرکت کند، از دستورات تیم درمان پیروی کند که در نهایت باعث ارتقا سلامت فرد خواهد شد. تمرکز مراقبت بیمارمحور بر توانمندسازی و توسعه نقش بیمار در تعیین مراقبت‌های بهداشتی درمانی بر رفاه عمومی می‌باشد [۵].

از آن جا که مشارکت فعال بیماران در درمان موجب کسب نتیجه درمانی بهتر، ارتقا سلامتی، افزایش کیفیت خدمات و رضایت‌مندی می‌شود، از این رو متخصصان نسبت به این موضوع نگرش مثبتی دارند. شرط اصلی برای مشارکت بیمار در درمان داشتن دانش و آگاهی است که می‌تواند از طریق در اختیار قرار دادن کتاب، جزوه، لوح آموزشی و آموزش چهره به چهره به آن دست یافت. هدف اصلی از آموزش بیمار کمک به تصمیم گیری نهایی و انتخاب گزینه درمانی مناسب توسط وی است [۲].

با توجه به تأثیر سرطان بر سلامت جسمی، روحی و اجتماعی، مراقبت بیمارمحور می‌تواند یکی از رویکردهای مناسب در بیماران مبتلا به سرطان باشد [۶]. سرطان پستان، شایع ترین سرطان مهاجم در بین زنان بوده و به دلیل وضعیت اجتماعی - اقتصادی خاص ایران و همچنین نقش مهم زنان به عنوان مادر و سرپرستان اصلی خانواده، سرطان پستان می‌تواند آسیب قابل توجهی به بیمار و خانواده وی وارد کند [۷]. این امر برنامه ریزی و سیاست گذاری کلان برای درمان این بیماری و کاهش عوارض و مرگ و میر آن را در اولویت اصلی بخش بهداشت عمومی در ایران قرار داده است [۸].

ابزارهای متعددی برای سنجش مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری تدوین شده است. ابزارهایی به عنوان مواد آموزشی برای استفاده قبل از مشاوره در راستای ارتقاء آگاهی بیمار و ابزارهایی برای ترویج تعامل آگاهانه بین بیمار و پزشک در طول مصاحبه طراحی شده‌اند [۹]. بر اساس میزان دانش بیمار، توانایی تعامل بیمار با ارائه دهندگان خدمت، سهولت دسترسی به پزشک و تیم درمان، آگاهی از خطرات و مزایای مرتبط با تصمیمات و همچنین توانایی مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌ها می‌توان میزان مشارکت بیماران را سنجید [۱۰].

مطالعه وسکوپی نشان داد که مشارکت بیمار در درمان بیماری دیابت، بیماری‌های روماتیسمی، اقدامات پیشگیرانه انفارکتوس میوکارد باعث عملکرد بهتر و بازبایی سلامتی بیماران شده است [۱۱]. در مطالعه ای که ناکایاما انجام داد، پزشکان گزینه‌های متفاوت درمان را برای بیماران تشریح می‌کردند. نتایج این پژوهش نشان داد هر چه تعامل بین بیمار و پزشک بیشتر باشد، کیفیت مراقبت‌های درمانی و نتایج بهبودی بیماری بیشتر خواهد بود [۱۲].

داده‌ها به جامعه آماری ایران، از حداقل چهار دانشگاه قطب پزشکی (شیراز، کرمان، تبریز و گیلان) با توجه به همکاری و پراکندگی جغرافیایی انتخاب شدند.

داده‌ها توسط ده نفر از دانشجویان رشته‌های پرستاری و مامایی که اطلاعات پزشکی داشتند پس از آموزش و دوره توجیهی جمع آوری شد. جمع آوری داده‌ها همزمان با پاندمی کرونا در بازه زمانی بهمن ۱۳۹۸ لغایت اسفند ۱۳۹۹ انجام شد. پرسشگران پس از حضور در مطب یا درمانگاه، ابتدا مصاحبه مختصری با پزشکان شرکت کننده در طرح انجام داده و سپس پرسش نامه رفتار عملی پزشک را هنگام ویزیت بیمار به روش مشاهده تکمیل کردند. به منظور راستی آزمایی پرسش نامه مذکور، تعدادی از پرسشنامه‌ها در خارج از زمان ویزیت و با مصاحبه با بیماران تکمیل شد. پزشکان از مندرجات پرسش نامه رفتار عملی پزشک اطلاع نداشتند و تنها از میزان مشارکت مشخص شده کلی توسط پرسشگر مطلع می شدند. در مرحله بعد، پس از اخذ رضایت از بیماران، ابتدا اطلاعات جمعیت شناختی آنان ثبت و سپس دو پرسش نامه ترجیحات بیمار و فرایند تصمیم‌گیری تکمیل شد. با توجه به تک مرحله‌ای بودن تکمیل پرسش نامه‌ها ریزش نمونه مطرح نبود.

با عنایت به حجم نمونه و قضیه حد مرکزی، توزیع داده‌ها نرمال فرض شده و از آزمون‌های پارامتری برای استنتاج آماری استفاده شد. با توجه به امتیاز بندی پرسش نامه بر اساس طیف لیکرت از آزمون تی تک نمونه‌ای برای آزمون مطلوبیت و اثربخش بودن مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری استفاده شد. مقدار میانگین پاسخ‌های به دست آمده با مقدار میانگین مفروض [۳] در سطح خطای مفروض (۰/۰۵) مقایسه شدند. در این خصوص، ابتدا به آزمون ابعاد مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری پرداخته و در نهایت مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری درمان تعیین شد. برای تفسیر داده‌ها، طبق نظر خبرگان میانگین امتیازات نهایی پرسش نامه‌ها در سه گروه (ضعیف: امتیاز کمتر از ۳۰، متوسط: امتیاز ۳۱-۶۰ و خوب: امتیاز بیشتر از ۶۰) دسته بندی شدند.

### یافته‌ها:

جامعه آماری شامل ۳۰۰ بیمار زن مبتلا به سرطان پستان با میانگین سنی ۴۳/۶۱ و انحراف معیار ۳/۶۷ سال بود. جوان ترین فرد ۲۵ سال و مسن ترین ۶۴ سال سن داشتند. مدت زمان ابتلا به بیماری بین ۱ ماه تا ۷ سال با میانگین مدت زمان ابتلا ۴/۵۳ سال و انحراف معیار ۰/۷۲۸ بود. ده درصد (۳۰ نفر) از شرکت کنندگان بی‌سواد یا سواد ابتدایی و ۵۵ درصد (۱۵۸ نفر) مدرک دانشگاهی داشتند. در جدول ۳، میانگین امتیاز و انحراف معیار

تاکید بر کنترل چربی خون، ارجاع بیمار به متخصص تغذیه و ورزش، مصرف دارو، پایان دویستانه مکالمه و رعایت حداقل ۱۵ دقیقه ویزیت در نظر گرفته شد. پرسش نامه فرآیند تصمیم‌گیری نیز شامل شفاف بودن تصمیم درمان برای پزشک، در نظر گرفتن ارزش‌ها و عقاید بیمار، بررسی گزینه‌های درمان، توانمندسازی و اطمینان از آگاهی بیمار، انتخاب گزینه ترجیحی بیمار، وزن دهی به گزینه‌ها، تصمیم‌سازی مشترک، صحبت در باره ادامه درمان، برنامه‌ریزی مشترک برای اجرای تصمیم بود. پرسش نامه ترجیحات بیمار نیز شامل طیف گسترده‌ای از تصمیم‌گیری توسط پزشک، حق عدم دخالت در تصمیم‌گیری، کسب اطلاعات کامل از پزشک قبل از درمان، تصمیم‌گیری با پزشک در صورت عدم تفاهم در زمینه درمان، بدون دریافت هیچ اطلاعاتی اعتماد به پزشک، اعتماد به دانسته‌های بیمار در مورد عوارض بیماری، احترام به انتخاب و تصمیم بیمار، تصمیم‌گیری توسط بیمار از مقوله‌های این پرسش نامه بود. روایی و پایایی هر یک از پرسش نامه‌ها به طور جداگانه بررسی شد. در جدول ۱، پایایی هر یک از پرسش نامه‌ها نمایش داده شده است.

برای بررسی ثبات هر یک از سازه‌های پژوهش با استفاده از روش آزمون مجدد، تعداد ۳۰ آزمودنی با فاصله زمانی معین دو مرتبه ارزیابی شدند. در ادامه با روش‌های ضریب همبستگی پیرسون، ضریب همبستگی درون‌خوشه‌ای (ICC) و آزمون تی زوجی ثبات هر یک از سازه‌های پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج در جدول ۲ آورده شده است.

در نهایت پرسش نامه‌ها با آلفای کرونباخ بیشتر از ۰/۷ و روایی بیش‌تر از ۰/۴۹ مورد تایید قرار گرفتند.

تعیین حجم نمونه بر اساس استانداردهای آماری توسط خبرگان شرکت کننده در پژوهش تعیین شد. طبق نظر خبرگان، تعداد پزشکان شرکت کننده در پژوهش ۱۵ نفر از پزشکان متخصص که در زمینه بیماری‌های پستان فعالیت می‌کنند بر اساس سهولت دسترسی و همکاری و به ازای هر گویه بین ۸-۴ نمونه که با توجه به وجود حدود ۴۰ گویه در پرسش نامه‌ها، تعداد بیماران شرکت کننده در پژوهش ۳۰۰ بیمار در نظر گرفته شد. بیماران به روش تصادفی خوشه‌ای به ازای هر پزشک حدود ۱۵ بیمار در پژوهش شرکت داده شدند. برای تایید کفایت تعداد نمونه از آزمون بارتلت و شاخص KMO استفاده شد. مقدار شاخص KMO برابر با ۰/۷۶ به دست آمد.

انتخاب بیماران کاملاً تصادفی و بدون در نظر گرفتن مدت زمان ابتلا، دفعات مراجعه و مرحله بیماری بود. شرط ورود به مطالعه ابتلا به بیماری سرطان پستان بود. با توجه به تک مرحله‌ای بودن تکمیل پرسش نامه، معیار دیگری برای ورود و خروج بیماران در نظر گرفته نشد. برای پوشش جامع و امکان تعمیم

پرسش نامه‌های پژوهش به تفکیک هر پرسش‌نامه نشان داده شده است.

بر اساس نتیجه آزمون مربع کای، میزان مشارکت بیماران در درمان با سن رابطه معنادار آماری دارد ( $P < /0.01$ ). بدین معنی که افراد کمتر از ۳۰ سال بیشترین و افراد بالای ۵۰ سال کمترین میزان مشارکت در درمان را داشتند. از طرفی بین میزان مشارکت در درمان با سطح تحصیلات و میزان درآمد بیماران رابطه مستقیم و معنادار وجود داشت ( $P < /0.01$ ). به بیان دیگر، افراد کم سواد و درآمد کمتر به دلیل سطح اجتماعی پایین تر، آگاهی و تمایل کمتری به مشارکت در درمان داشتند. همچنین میزان مشارکت با مدت زمان ابتلا به بیماری رابطه معناداری داشت ( $P < /0.01$ ). بیماران در سال اول تشخیص بیماری به دلیل ترس و اضطراب، تمایل کمتری برای شرکت در تصمیم‌گیری درمان خود داشتند.

در بررسی موردی پرسش نامه‌ها، بیشترین میانگین امتیازات (۶۷/۶ درصد) مربوط به پرسش نامه رفتار عملی پزشک و کمترین امتیاز (۵۳ درصد) مربوط به پرسش نامه فرایند تصمیم‌گیری بود. بالا بودن میانگین پرسش نامه رفتار عملی پزشک ناشی از بهبودی است که در سالیان اخیر در نحوه برخورد با بیماران به دلیل توجه و رعایت حقوق گیرنده خدمت حاصل شده است. علت پایین بودن امتیاز پرسش نامه فرایند تصمیم‌گیری، عدم اخذ تصمیم نهایی توسط بیماران بود. میانگین امتیاز پرسش نامه ترجیحات بیمار نیز ۶۶/۲ درصد بود. در نهایت میزان مشارکت بیماران مبتلا به سرطان پستان در ایران ۵۲ درصد برآورد شد. در جدول ۴، ارتباط میزان مشارکت بیماران با میزان تحصیلات، مدت زمان ابتلا به بیماری، میزان درآمد، سن و همچنین داشتن یا نداشتن بیمه تکمیلی آورده شده است.

جدول ۱: بررسی سازگاری درونی (پایایی) پرسش نامه‌های پژوهش

نام سازه	تعداد سوالات	مقدار آلفای کربناخ
ترجیحات بیمار در مشارکت در تصمیم‌گیری	۸	۰/۸۵
رفتار عملی پزشک در تصمیم‌گیری درمان	۲۰	۰/۸۹
فرآیند مشارکت در تصمیم‌گیری	۹	۰/۷۷

جدول شماره ۲: بررسی ثبات هر یک از مولفه‌های الگو

نام سازه	تعداد سوالات	ضریب همبستگی پیرسون	ضریب همبستگی درون خوشه‌ای	آزمون تی زوجی
ترجیحات بیمار در مشارکت در تصمیم‌گیری	۸	۰/۶۶	۰/۷۸	۰/۴۳
رفتار عملی پزشک در تصمیم‌گیری درمان	۲۰	۰/۶۱	۰/۶۸	۰/۴۳
فرآیند مشارکت در تصمیم‌گیری	۹	۰/۶۹	۰/۷۰	۰/۵۴

جدول شماره ۳: میانگین امتیاز و انحراف معیار پرسشنامه‌های پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
ترجیحات بیمار	۳/۳۱	۱/۱۲۲
مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری	۲/۶۰	۱/۲۲۷
رفتار عملی پزشکان	۳/۳۸	۱/۱۴۰
فرایند تصمیم‌گیری مشارکتی	۲/۶۵	۱/۱۴۵

جدول شماره ۴: میزان مشارکت بیماران در تصمیم گیری درمان

سطح معناداری	میزان مشارکت در تصمیم گیری			سن	کمتر از ۳۰ سال ۳۰-۵۰ بالاتر ۵۰	تحصیلات	مدت زمان ابتلا	میزان درآمد	وضعیت بیمه تکمیلی
	بیشتر از ۶۰	۳۰-۶۰	کمتر از ۳۰						
	خوب	متوسط	ضعیف						
	۴۲	۲۰	۱۶	۷۸	کمتر از ۳۰ سال				
*P < /۰.۰۱	۲۶	۷۴	۴۶	۱۴۶	۳۰-۵۰				
	۱۱	۱۴	۵۱	۷۶	بالاتر ۵۰				
	۵	۸	۱۷	۳۰	کم سواد				
*P < /۰.۰۱	۳۳	۶۸	۲	۱۰۳	دیپلم				
	۴۲	۹۴	۲۲	۱۵۸	دانشگاهی				
	۲۸	۷۴	۲۶	۱۲۸	کمتر از یک سال				
*P < /۰.۰۱	۸۰	۵۳	۳۹	۱۷۲	بیشتر از یک سال				
	۵۹	۹۴	۲۲	۱۷۷	کمتر از ۵ میلیون				
*P < /۰.۰۱	۱۵	۷۹	۳۱	۱۲۳	بالای ۵ میلیون				
	۰/۵۹۱	۳۲	۶۶	۴۰	بلی				

(\* P- value &lt; /۰.۰۵)

**بحث:**

توسط وسکویی و همکاران تحت عنوان " الگوی مشارکت بیمار " تصمیم گیری و مشارکت بیماران دیابتی از سه منظر بیمار، فرایند تصمیم گیری و بررسی رفتار عملی پزشک مورد بررسی قرار گرفت، ولی میزان مشارکت و موانع مشارکت بیمار در تصمیم گیری درمان در این پژوهش بررسی نشده است [۱۱]. مطالعه تیپور و همکاران نشان داد که رابطه مؤثر ارائه دهنده خدمت با بیماران عامل مهم ورود بیماران در تصمیم گیری است. از طرفی مشارکت در تصمیم گیری زمانی معنا پیدا می کند که شرایط مراقبت ها به گونه ای باشد که دو یا چند روش درمان به لحاظ پزشکی در درمان بیمار مؤثر باشند. برای مشارکت بیماران، ارتباط متقابل بین تیم درمان و بیمار ضروری است [۱۴]. در مطالعه ای که تینلی و همکاران انجام دادند پایین بودن سطح آگاهی بیمار، ارایه خدمات درمانی نامناسب و عدم اعتقاد به تصمیم گیری مشارکتی از عوامل مؤثر بر میزان مشارکت بیماران در درمان گزارش شده بود که با مطالعه حاضر هم سو نیست [۱۵]. همچنین در مطالعه ای که توسط گیاتوندیان و همکاران با موضوع " بررسی تاثیر بسته کمک به تصمیم گیری بر درمان انتخاب شده توسط بیماران مبتلا به سرطان پستان و پیامدهای آن " به روش کارآزمایی بالینی انجام شد، یافته ها حاکی از آن بود که مداخله کمک به تصمیم گیری، با مشارکت دادن بیماران در تصمیم گیری درمانی مربوط به خود، باعث بهبود آگاهی بیماران، احساس اطمینان برای شروع درمان و انتخاب گزینه درمانی منطبق با ارزش ها و الویت های آنان می شود. در این مطالعه نیز به آموزش و توانمندسازی بیمار، افزایش آگاهی در انتخاب بهترین گزینه درمان از مراحل تصمیم گیری بوده که به آن اشاره شده است، اما

در این مطالعه مشارکت بیماران مبتلا به سرطان پستان از سه جنبه ترجیحات بیمار، رفتار عملی پزشک و فرایند تصمیم گیری مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که میزان مشارکت بیماران با متغیرهای سن، تحصیلات، مدت زمان بیماری و درآمد رابطه معنادار دارد و با وضعیت بیمه تکمیلی رابطه معناداری ندارد.

بیمارانی که در مراحل اولیه تشخیص قطعی بیماری هستند، به دلیل مساعد نبودن شرایط روحی و روانی با وجود داشتن سواد و تحصیلات دانشگاهی و یا حتی سن پایین تمایلی به مشارکت در درمان نداشتند. معنادار نبودن وضعیت بیمه تکمیلی با مشارکت بیماران می تواند به دلیل سطح بندی بیمه تکمیلی و عدم پوشش مناسب هزینه های مربوط به شیمی درمانی و پرتودرمانی باشد که بیشترین هزینه در بیماری سرطان پستان را به خود اختصاص می دهند.

در مطالعه روئین تن و همکاران موانع مشارکت بیماران در درمان مورد بررسی قرار گرفت. میزان سواد و اطلاعات بیماران، سن، مدت زمان ابتلا به بیماری، اضطراب و مشکلات روحی و روانی بیماران از مهمترین موانع مشارکت بیماران در درمان بود. نتیجه پژوهش نشان داد که ترس و اضطراب بیماران مهمترین عامل در عدم همکاری و مشارکت ضعیف بیماران در درمان است. عدم آگاهی و اطلاعات ناکافی بیماران دومین مانع در مشارکت ضعیف در تصمیم گیری درمان بود. همچنین یافته ها حاکی از آن بود که هزینه های درمانی با وجود ایجاد مشکلات فراوان برای بیماران تاثیری در ادامه روند درمان و نوع درمان انتخابی نداشته که با نتایج مطالعه حاضر هم خوانی دارد [۱۳]. در مطالعه انجام شده

بیماران و پزشکان تمایل کمی برای شرکت در فرایند مصاحبه و تکمیل پرسش نامه‌ها داشتند.

### نتیجه‌گیری:

میزان تحصیلات و آگاهی بیماران از جمله موارد مهمی هستند که با میزان مشارکت در تصمیم‌گیری رابطه مستقیم دارند. هر چه میزان تحصیلات و آگاهی بیماران افزایش یابد، میزان مشارکت نیز افزایش می‌یابد. اطلاع‌رسانی همگانی در زمینه پیشگیری و درمان می‌تواند زمینه‌ساز مشارکت بیماران را فراهم کند. از طرفی، به دلیل کم بودن میزان مشارکت بیماران در ابتدای تشخیص بیماری، برنامه‌ریزی جلسات مشاوره و روان‌درمانی توسط روان‌شناس مراکز بهداشتی می‌تواند موجب کاهش ترس و اضطراب بیماران و در نهایت افزایش مشارکت در درمان را فراهم کند.

### تشکر و قدردانی:

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی پایان‌نام دکترای دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب به شماره IR.IAU.CTB.REC.1400.115 می‌باشد. از همه عزیزانی که از دانشگاه‌های علوم پزشکی شیراز، کرمان، گیلان و تبریز در جمع‌آوری داده‌ها همکاری داشته‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

### تعارض منافع:

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

به ترجیحات بیمار، ارزش‌ها و عقاید و ارتباط مناسب بین پزشک و بیمار و سایر مقوله‌های مشارکت اشاره‌ای نشده است [۱۶].

در مطالعه وحدت و همکاران، ارتباط بیمار و پزشک، بحث در مورد گزینه‌های درمان، نشانه‌های بیماری، روند بیماری، آمادگی بیمار برای شرکت فعالانه بر اساس دانش و توانایی‌های فیزیکی، عوامل شناختی و روابط احساسی، سازمانی عوامل، اعتماد متقابل، توافق بین تیم درمان و بیمار، تسهیل زمینه، دادن مسئولیت به بیمار و همچنین توانمندسازی بیمار از عوامل مرتبط با مشارکت بیمار در درمان عنوان شده‌اند [۳].

در مطالعه لیوادیس و همکاران میزان مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری درمان ۷۲ درصد گزارش شده که بیشترین میزان مشارکت در مطالعات انجام شده می‌باشد [۱۷]. در مطالعه میرسعیدی و همکاران تصمیم‌گیری بالینی با سن ارتباط آماری معناداری داشت، اما با میزان تحصیلات ارتباط آماری معناداری نشان نداد [۱۸]. بیشترین میزان مشارکت اعلام شده توسط بیماران در مطالعه داداشی و همکاران گزارش شده است که در آن ۶۰ درصد بیماران ابراز کردند که در تصمیم‌گیری‌های درمانی شرکت داده شده‌اند [۱۹].

با توجه به ارایه خدمات فوق تخصصی مرتبط با درمان سرطان پستان، جامعه آماری باید حداقل از چهار دانشگاه قطب پزشکی انتخاب و به سطح کشور تعمیم داده می‌شود. با توجه به تفاوت در پیشگامی ارایه خدمات فوق تخصصی در برخی از مراکز، پزشکان بیشتری در زمینه درمان و جراحی پستان فعالیت می‌کردند. بنابر این، تعداد پزشکان شرکت‌کننده در پژوهش در دانشگاه‌ها یکسان نبود. همچنین به علت اختیاری بودن شرکت در پژوهش،

## References:

1. Camerini A-L, Schulz PJ. Patients' need for information provision and perceived participation in decision making in doctor-patient consultation: Micro-cultural differences between French-and Italian-speaking Switzerland. *Patient Educ Couns* 2016;99(3):462-9.
2. Weingart SN, Zhu J, Chiappetta L, Stuver SO, Schneider EC, Epstein AM, et al. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. *Int J Qual Health Care* 2011;23(3):269-77.
3. 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).
4. Souliotis K, Agapidaki E, Peppou LE, Tzavara C, Varvas D, Buonomo OC, et al. Assessing patient organization participation in health policy: a comparative study in France and Italy. *Int J Health Policy Manag*. 2018;7(1):48.
5. Delaney LJ. Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian* 2018;25(1):119-23.
6. Légaré F, Ratté 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 12;(5):CD006732
7. Smith RA, Andrews KS, Brooks D, Fedewa SA, Manassaram-Baptiste D, Saslow D, et al. Cancer screening in the United States, 2018: a review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin* 2018;68(4):297-316.

8. Akbari ME, Sayad S, Sayad S, Khayamzadeh M, Shojaee L, Shormaji Z, et al. Breast cancer status in Iran: Statistical analysis of 3010 cases between 1998 and 2014. *Int J Breast Cancer* 2017;2017 :2481021.
9. Friese CR, Harrison JM, Janz NK, Jagsi R, Morrow M, Li Y, et al. Treatment-associated toxicities reported by patients with early-stage invasive breast cancer. *Cancer*. 2017;123(11):1925-34.
10. Elwyn G, Frosch D, Vollandes AE, Edwards A, Montori VM. Investing in deliberation: a definition and classification of decision support interventions for people facing difficult health decisions. *Med Decid Making*. 2010;30(6):701-11.
11. Vaskouei Eshkevarei K, Hajinab K, Riahi L, Maleki M. Patient sheared decision-making models: a comparative study. *Iranian J Nurs Res*. 2019 Feb 10;13(6):83-93.
12. Nakayama T. Evidence-based risk and benefit communication for shared decision making. *Yakugaku Zasshi: J Pharmaceut Health Care Sci*. 2018 1;138(3):331-4.
13. Rooeintan F, Hessam S, Vahdat SH, Massoudi Asl I. Determining barriers to participating in the treatment of breast cancer patients in Iran (2022). *Armaghane Danesh*. 27(4). [Persian]
14. Taylor YJ, Tapp H, Shade LE, Liu TL, Mowrer JL, Dulin MF. Impact of shared decision making on asthma quality of life and asthma control among children. *J asthma*. 2018 3;55(6):675-83.
15. Tinelli M, Petrou P, Samoutis G, Traynor V, Olympios G, McGuire A. Implementing shared-decision-making for diabetes care across country settings: what really matters to people?. *Health Pol*. 2017 1;121(7):786-92.
16. Ghiathundian Sh, Zadeh M, Neiri D, Haqqani SH. Investigating the impact of the decision support package on the treatment chosen by breast cancer patients and its consequences. *JABS*. 2013. 3(3), 271-9. [Persian]
17. Livaudais JC, Franco R, Fei K, Bickell NA. Breast cancer patients? *J Gen Intern Med*. 2013 May1;28(5):630-6.
18. Mirsaidi G, Lakdizaji S, Ghojazadeh M. How nurses participate in clinical decision-making process. *J App Environ Biol Sci*. 2012;2:620-4.
19. Dadashi M, Andarzhahabi R, Habibimoghdam A, Jilani M. Private clinic client's satisfaction of observing the patient's rights bill. *J Med Ethics Hist*. 2010;3:61-8.

## Determining the level of participation in the treatment of breast cancer patients in Iran

Faranak Rooeintan<sup>1</sup>, Somayeh Hesam<sup>\*2</sup>, Shaghayegh Vahdat<sup>2</sup>, Iravan Masoudi Asl<sup>3</sup>

Received: 2023.03.18

Revised: 2023.06.18

Accepted: 2023.06.19

1. PhD Student, Health Services Administration, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Associated Professor, Health Services Administration, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
3. Assistant Professor, Health Services Administration, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
4. Associate Professor of Health Services Management, Department of Healthcare Services Management, School of Health Management & Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.20, No.4, Winter 2023

Pars J Med Sci 2023;20(4):27-34

### *Abstract:*

#### **Introduction:**

Patient participation in treatment decisions has been associated with improved treatment results. By checking the level of knowledge of patients and informing patients about the risks and benefits of treatment methods, the level of participation of patients in treatment can be checked. This study was conducted with the aim of determining the participation rate in the treatment of breast cancer patients.

#### **Materials and Methods:**

The current cross-sectional study was conducted in descriptive and analytical form in 2019. The statistical population includes 15 doctors who worked in the field of breast diseases and 300 patients with breast cancer who visited clinics and doctor's offices in the cities of Shiraz, Kerman, Rasht and Tabriz, who were selected by cluster random sampling. In order to measure the level of participation, a researcher-made questionnaire was used after validity and reliability. The data were analyzed using SPSS 20 software with the help of descriptive statistics and chi-square inferential tests.

#### **Results:**

The findings of the research showed that patients' participation in treatment has a significant and direct relationship with age, education, duration of illness and income of patients ( $P$  value  $< 0.05$ ). Based on the findings of this study, patient participation was reported in three areas (decision-making process (53%), doctor's practical behavior (67.6) and patient preferences (66.2)) and in general, the level of participation in the treatment of patients with Breast cancer was estimated at 52%.

#### **Conclusion:**

Empowering patients by increasing awareness about diagnosis and treatment, as well as covering breast cancer as a special disease and receiving treatment allowances, can help increase patient participation.

**Keywords:** Patient Participation, Breast Cancer, Decision Making in Treatment

\* .Corresponding author Email: Somayehh59@yahoo.com