

## بررسی ادراک بیماران بستری در بخش های بالینی بیمارستان های عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه مشارکت در تصمیمات درمانی و ایمنی بیمار

الهام موحدکر<sup>۱</sup>، محمد عرب<sup>۲\*</sup>، علی اکبری ساری<sup>۳</sup>، مصطفی حسینی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۰/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱/۲۶

### چکیده:

**زمینه و هدف:** تمرکز بر ایجاد فرصت مشارکت بیماران در تمام سطوح سیستم بهداشت و درمان در جهت اعتلای توانائی آنان در ارتقای ایمنی بیمار و کیفیت ارائه خدمات امری ضروری است. هدف پژوهش حاضر «بررسی ادراک بیماران بستری در بخشهای بالینی بیمارستانهای عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه مشارکت در تصمیمات درمانی و ایمنی بیمار» می باشد.

**مواد و روش ها:** این بررسی به صورت مقطعی انجام گرفت. در بهار ۱۳۹۰ لیست ۸ بیمارستان عمومی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و کلیه بخشهای بالینی آن از طریق وبسایت دانشگاه تهیه شد. در نهایت با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای حجم نمونه ۳۰۰ نفر محاسبه شد. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه ساختار یافته ای بود که پایائی و روائی آن در حد قابل قبول بود. در این مطالعه از روشهای آماری توصیفی، رگرسیون خطی و رگرسیون چند متغیره لجستیک برای تحلیل داده ها استفاده گردید.

**نتایج:** ۶۰٪ افراد زن بودند. ۵۹/۷٪ افراد میزان مشارکت در تصمیمات درمانی را زیاد و ۲۷٪ کم ارزیابی کردند. ۶۰٪ افراد میزان ایمنی بیمار را خوب و ۲۶٪ ضعیف ارزیابی کردند. افراد جوانتر و شاغل، میزان مشارکت را بیشتر ارزیابی کردند. افراد با تحصیلات بالاتر یا شاغل یا مجرد امتیاز ایمنی کمتری به بیمارستان دادند. مشارکت بیمار در تصمیمات درمانی تأثیری بر ارزیابی وی از میزان ایمنی بیمار در بیمارستان نداشت.

**نتیجه گیری:** علائمی که ممکن است توسط فرد نابهنجار تفسیر شده، احتمالاً توسط فرد دیگر به گونه متفاوت تفسیر می شود. این اختلاف ناشی از تفاوت های دموگرافیک افراد می باشد

**کلمات کلیدی:** ادراک بیماران بستری، بیمارستانهای عمومی، ایمنی بیمار، مشارکت، تصمیمات درمانی

۱. دانشجوی دکترای تخصصی (PhD) مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران  
 ۲. دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران،  
 \*نویسنده مسئول، تلفن: ۰۲۱-۸۸۹۸۹۱۳۴  
 Email: arabmoha@sina.tums.ac.ir  
 ۳. استادیار گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران.  
 ۴. استاد گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

**مقدمه:**

هر روزه تعداد بسیار زیادی از بیماران در بیمارستان‌های جهان بطور ایمن مورد مداوا و معالجه قرار می‌گیرند اما با ارتقای دانش و تکنولوژی در دهه‌های اخیر ارائه خدمات درمانی بسیار پیچیده تر گردیده است (۱).

ایمنی بیمار به اجتناب از صدمات وارده به بیمار یا حوادث ناخواسته ناشی از فرایندهای ارائه مراقبت گفته می‌شود. ایمنی بیمار برای شاغلین حوزه سلامت مفهوم جدیدی نبوده است. اما گزارش ولکات و همکاران تحت عنوان «انسان موجودی خطا کار است»، سبب شد که توجه ویژه‌ای از سوی رسانه‌ها، سیاستگذاران و عموم مردم به این مقوله منعطف گردد. از دیدگاه ارائه‌کننده مراقبت، وجود خطا و عوارض ناخواسته در مراقبت سلامت تا حدی قابل تحمل است، اما ممکن است این نگرش با دیدگاه بیماران مغایر باشد. عوارض ناخواسته تشخیصی و درمانی در زمره مهمترین ابعادی است که باید در مقوله ایمنی بیمار مورد توجه قرار گیرد. عوارض ناخواسته تشخیصی و درمانی عبارتند از: «صدمه یا جراحات وارده به بیمار در نتیجه فرآیندهای تشخیصی درمانی که منجر به ناتوانی مشهود می‌گردد» (۲).

آمارها حاکی از آن است که درصد زیادی از بیماران در مواجهه با سیستم‌های بهداشتی بخصوص بیمارستان‌ها دچار عوارض و صدمات ناشی از ارائه خدمات می‌گردند و مشکلی بر مشکلات اولیه آنها افزوده می‌شود. بالطبع در چنین شرایطی احتمال ایجاد خطر در ارائه خدمات درمانی افزایش یافته و مستندات تجربی نیز نشان دهنده این است که تعداد بیمارانی که به علت خطاهای پزشکی دچار عارضه می‌گردند غیرقابل چشم‌پوشی می‌باشد. بنابراین توجه به مسئله ایمنی بیمار بعنوان یک موضوع بسیار مهم و حیاتی در نظام‌های سلامت کشورهای مختلف به شمار می‌رود و تعدادی از کشورهای توسعه یافته در این زمینه بعنوان پیشاهنگ عمل می‌نمایند. اما فعالیتهای سیستمیک و نظام‌مندی در جهت کاهش این موارد بخصوص در کشورهای در حال توسعه موجود نمی‌باشد (۱).

در ایمنی بیمار، تاکید اصلی بر ایجاد سیستمی جهت ارائه مراقبت می‌باشد که:

- ۱- از بروز خطا یا اشتباه جلوگیری کند؛
  - ۲- بر یادگیری از خطاهای گذشته متمرکز باشد؛
  - ۳- بر ابعاد گوناگون فرهنگ ایمنی بیمار در جهت مشارکت متخصصان نظام سلامت، سازمان‌ها و بیماران متمرکز باشد (۳).
- عوارض ناخواسته تشخیصی درمانی از نظر رنج فردی و هزینه بار زیادی را بر جامعه تحمیل می‌کند. بنابراین باید به هر دو بعد توجه ویژه‌ای مبذول داشت (۴).

در تمام مبادلاتی که در نظام مراقبت سلامت رخ می‌دهد، باید بین خطرات و منافع حاصل از درمان بیماران یا افراد در معرض خطر تعادل برقرار گردد. به هر حال عوارض ناخواسته بیش از سایر آسیب‌ها منجر به بروز ناتوانی و مرگ می‌گردند (۵).

با توجه به مسائل مطرح شده، می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت: «تمرکز بر ایجاد فرصت به منظور آگاهی و مشارکت بیماران و جامعه در تمام سطوح سیستم بهداشت و درمان در جهت اعتلای توانائی آنان در ارتقای ایمنی بیمار و کیفیت ارائه خدمات امری ضروری و اجتناب ناپذیر است» (۶).

حاکمیت بالینی چارچوبی است که در آن، متولیان بهداشت و سلامت جامعه، خود را موظف به اجرای آن دانسته و نسبت به عملکرد خود پاسخگو می‌شوند. یکی از مهمترین محورهای حاکمیت بالینی، مشارکت بیمار و جامعه می‌باشد. 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 (۷).

سازمانهای سلامت باید چگونگی استفاده از اطلاعات و باز خوردهای بیماران قبلی و کنونی را در ارزیابی و ارتقای کیفیت خدمات، روشن نمایند. تقویت نقش بیماران با ارائه اطلاعات و افزایش مشارکت آنها در برنامه‌ریزی و ارائه و بهره‌مندی از خدمات می‌تواند بر توسعه حاکمیت بالینی تاثیر زیادی بگذارد. مشارکت بیماران نه تنها پاسخگویی و عملکرد خدمات را تحت تاثیر قرار می‌دهد، بلکه فرآیندی است که از طریق آن طرح‌های بدیع توسعه و ارتقا شناسایی و اولویت بندی می‌شوند. بنابراین همه کارکنان باید در ایفای نقش خود، بیمار محور باشند. این امر در تمام سطوح خدمات صادق است (۸).

به نظر می‌رسد که بیمارستان‌ها می‌توانند با انتقال اطلاعات مورد نیاز به بیماران برای آگاهی از حقوق، امکانات، توانمندی تیم بالینی، طرح درمان، و گماردن واحدهای متولی و افراد مسئول برای پاسخگویی به نیازهای آموزشی، اجتماعی، حقوقی و فردی بیمار حین بستری و دوره مورد نیاز پس از آن مشارکت بیمار و جامعه را افزایش دهند (۷).

تجویز و ارائه اطلاعات مبتنی بر شواهد پزشکی به بیمار، از شیوه‌هایی است که می‌تواند بیمار را نسبت به مشارکت آگاهانه و فعال در فرآیند درمان و مراقبت پزشکی خود توانمند کند. ارائه اطلاعات به بیمار نه تنها موجب بهبود فرآیند کنترل و مراقبت بیمار و تسریع درمان شده، بلکه برای سیستم سلامت نیز از دیدگاه اقتصادی و اثربخشی حائز اهمیت بوده و موجب کاهش خطاهای پزشکی، کاهش مراجعات و بستری‌های

با در نظر گرفتن اطمینان آماری ۹۵٪ ( $\alpha=0.05$ ) و حداکثر اشتباه ۷/۵٪ ( $d=0.075$ ) اندازه نمونه لازم برای هر یک از موارد ادراک در تصمیمات درمانی و یا ایمنی در قدم اول ۱۸۰ محاسبه گردید. از آنجائی مطالعه کلارک (۲۰۰۱) حداقل  $r=0.40$  را در مطالعه ارتباطات گزارش نموده است، یعنی حداقل  $r=0.16$  برای عوامل مختلف تاثیرگذار (شامل مشخصات دموگرافیک، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال و ...) بوده است. اندازه نمونه به دست آمده بر این ضریب همبستگی تقسیم شد. بنابراین اندازه نمونه مطلوب برای انجام مطالعه ۳۰۰ نفر محاسبه شد.

در بهار ۱۳۹۰ لیست ۸ بیمارستان عمومی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و کلیه بخشهای بالینی آن از طریق وب سایت دانشگاه علوم پزشکی تهران تهیه شد. در نهایت تصمیم گرفته شد که از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای جهت نمونه گیری استفاده شود. به این صورت که مجموع ۱۲۰ بخش با توجه به تجانس وظایف، به ۳ بخش کلی (طبقه) به شرح زیر تقسیم شد:

۱- مراقبت ویژه (ICU و CCU)، قلب و عروق (۳۸ بخش)؛

۲- جراحی، پیوند، زنان و زایمان (۳۸ بخش)؛

۳- داخلی، عفونی، گوش و حلق و بینی، عمومی (۴۴ بخش).  
نمونه ۳۰۰ نفری با توجه به تعداد بخشهای زیر مجموعه هر یک از ۳ طبقه اصلی، بین ۳ طبقه تقسیم به نسبت شد. تعداد نمونه در هر یک از طبقات به شرح زیر است:

طبقه ۱: ۹۵ نفر

طبقه ۲: ۹۵ نفر

طبقه ۳: ۱۱۰ نفر

با توجه به این که محققین در نظر داشتند از هر بخش ۲۰ نمونه جمع آوری شود، حجم نمونه در هر طبقه بر ۲۰ تقسیم شد. تعداد بخش های انتخابی در هر طبقه به شرح زیر می باشد:

طبقه ۱: ۵ بخش

طبقه ۲: ۵ بخش

طبقه ۳: ۶ بخش

در نهایت با توجه به تعداد بخش های هر طبقه، برای هر یک از طبقات سه گانه، از طریق نمونه گیری تصادفی طبقه ای، نمونه ای به شرح زیر تهیه شد:

طبقه ۱: CCU امام، CCU بهارلو، CCU شریعتی، ICU جنرال امام، CCU و Post CCU ضیائیان؛

طبقه ۲: جراحی ۵ امام، جراحی امیر اعلم، جراحی عمومی ۱ سینا، جراحی عمومی شریعتی و جراحی مردان ضیائیان؛

غیرضروری، افزایش رضایتمندی بیماران از درمان و در نهایت موجب بازگشت سرمایه به نظام می شود (۹).

هدف پژوهش حاضر «بررسی ادراک بیماران بستری در بخش های بالینی بیمارستان های عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه مشارکت در تصمیمات درمانی و ایمنی بیمار» می باشد.

## مواد و روش ها:

به منظور تدوین پرسشنامه مشارکت در تصمیمات درمانی و ایمنی بیمار جستجوی اینترنتی و کتابخانه ای انجام شد و پرسشنامه کلارک (۲۰۰۱) مورد استفاده قرار گرفت (۱۰). پس از ترجمه و بازنگری سوالات پرسشنامه مذکور سوالات نامربوط حذف و یک پرسشنامه جدید تدوین شد. سپس نسبت به بومی سازی پرسشنامه اقدام شد و سوالات طوری تنظیم شدند که جوابگوی پژوهش حاضر باشند. روائی پرسشنامه توسط متخصصین مدیریت خدمات بهداشتی بعد از جمع آوری سوالات نامفهوم و بازنگری سوالات پرسشنامه انجام شد. همچنین برای تعیین پایایی پرسشنامه، تعداد ۲۰ عدد پرسشنامه در خارج از جامعه آماری تکمیل و با آزمون آفا کروناک، ضریب اعتبار پرسشنامه ۰/۷۸ بدست آمد. پرسشنامه تدوین شده ۳۷ سوال در ۴ بخش به شرح ذیل را شامل می شد: مشخصات دموگرافیک (۸ سوال شامل ۲ سوال باز و ۶ سوال بسته)، اطلاعات کلی در زمینه مراجعه به پزشک و بیمارستان (۶ سوال شامل ۱ سوال باز و ۵ سوال بسته)، مشارکت در تصمیمات درمانی (۱۲ سوال بسته در مقیاس لیکرت ۵ رتبه ای)، ایمنی بیمار و مواجهه با عوارض ناخواسته (۱۱ سوال بسته در مقیاس لیکرت ۵ رتبه ای). طیف پاسخگوئی به سوالات در مقیاس لیکرت ۵ رتبه ای به این نحو بود که از بسیار موافق (۵) تا بسیار مخالف (۱) امتیازدهی می شد.

جهت تعیین حجم نمونه برای مطالعه حاضر در دو مرحله اندازه نمونه لازم برای تعیین ادراک بیماران در مورد مشارکت و همچنین ایمنی را به دست آورده و ماکزیمم آن برای این مطالعه به کار برده شد. از آنجائی که تا کنون چنین تحقیقی در کشور ما انجام نشده است، میزان ادراک مطلوب در مورد مشارکت در تصمیمات درمانی و یا ایمنی را حدود ۵۰٪ ( $p=0.5$ ) در نظر گرفته و با استفاده از فرمول زیر اندازه نمونه را محاسبه شد:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p \times (1-p)}{d^2}$$

جنسیت، میزان تحصیلات، قومیت، وضعیت تاهل، نوع بیمه، وضعیت اشتغال و سطح درآمد)، مدت زمان مراجعه به پزشک خانواده یا پزشک عمومی، زمان آخرین مشاوره پزشکی، تعداد دفعات بستری در سال گذشته، زمان آخرین بستری و نوع بیمارستان. همچنین متغیرهای مورد مطالعه در زمینه ایمنی بیمار عبارتند از: متغیرهای دموگرافیک (شامل سن، جنسیت، میزان تحصیلات، قومیت، وضعیت تاهل، نوع بیمه، وضعیت اشتغال و سطح درآمد)، مدت زمان مراجعه به پزشک خانواده یا پزشک عمومی، زمان آخرین مشاوره پزشکی، تعداد دفعات بستری در سال گذشته، زمان آخرین بستری، نوع بیمارستان، زمان مواجهه با عوارض ناخواسته تشخیصی درمانی و میزان مشارکت بیماران در تصمیمات درمانی. جداول ۱ و ۲ نتایج حاصل از رگرسیون خطی و جداول ۳ و ۴ نتایج حاصل از رگرسیون چند متغیره لجستیک را نمایش می دهد.

جدول شماره (۱) متغیرهای معنی دار موثر بر مشارکت در تصمیمات درمانی را در آنالیزهای تک متغیره به نمایش می گذارد. برای بررسی نهائی می بایستی این متغیرها را در یک مدل رگرسیون چند متغیره لجستیک وارد نمود تا بتوان فاکتورهای مستقل را پس از حذف اثر مخدوش کننده های احتمالی به دست آورد. حاصل این مدل در جدول شماره (۳) خلاصه شده است. چنانچه مشاهده می شود افراد جوانتر (کمتر از ۴۵ سال) شانس بیشتری در مشارکت در تصمیمات درمانی نسبت به افراد مسن تر (بیش از ۴۵ سال)  $OR=14/2$  دارند. یعنی هرچه بیمار جوانتر (زیر ۴۵ سال) باشد، به میزان مشارکت در تصمیمات درمانی امتیاز بیشتری خواهد داد. در مقابل با افزایش سن وضعیت مشارکت در تصمیمات درمانی را در بیمارستان ها ضعیف تر ارزیابی خواهد نمود. همچنین افراد شاغل (خانه دار، کارمند و سایر مشاغل) نیز شانس بیشتری نسبت به بیکاران (بیکار، بازنشسته) دارا می باشند. یعنی در صورتی که بیمار شاغل باشد (خانه دار، کارمند و سایر مشاغل) به میزان مشارکت در تصمیمات درمانی امتیاز بیشتری خواهد داد. در مقابل افراد بیکار و بازنشسته (که به هیچ حرفه ای مشغول به کار نمی باشند) وضعیت مشارکت در تصمیمات درمانی را در بیمارستان ها ضعیف تر ارزیابی خواهد نمود.

جدول شماره (۲) متغیرهای معنی دار موثر بر امتیاز ایمنی بیمار را در آنالیزهای تک متغیره به نمایش می گذارد. برای بررسی نهائی می بایستی این متغیرها را در یک مدل رگرسیون چند متغیره لجستیک رتبه ای (روش گام به گام) وارد نمود تا بتوان فاکتورهای مستقل را پس از حذف اثر مخدوش کننده های احتمالی به دست آورد. در این مرحله اقدام به روش گام به گام نمودیم که حاصل این مدل در جدول شماره (۴) خلاصه شده است.

طبقه ۳: داخلی جنرال امام، بیماری های داخلی امیر اعلم، جنرال زنان بهارلو، داخلی ریه شریعتی، عمومی شریعتی و داخلی زنان ضیائیان.

پرسشنامه ها در بازه زمانی ۶ ماهه از خرداد ماه تا آذر ماه ۱۳۹۰ بین بیماران بستری در بخش های بالینی توزیع شد. اطلاعات مربوط به پرسشنامه پس از اجرا وارد نرم افزارهای SPSS و STATA گردید و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. روش های آماری مورد استفاده عبارت بودند از روش های آماری توصیفی، رگرسیون خطی و رگرسیون چند متغیره لجستیک.

#### ملاحظات اخلاقی:

حفظ احترام، رعایت حقوق و کسب اعتماد پرسش شوندگان، کسب اجازه از پرسش شوندگان و حفظ احترام آن ها در هنگام تکمیل پرسشنامه، حفظ و محرمانه نگه داشتن اطلاعات بیمار و رعایت منشور حقوق بیمار در رابطه با پژوهش جزء تعهدات محققان بوده است.

#### یافته ها:

اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه بدین قرار بود: ۶۰٪ جمعیت مورد مطالعه مونث و مابقی (۴۰٪) مذکر بودند. افراد گروه های سنی ۴۴-۳۵، ۲۴-۱۸ سال، ۵۵ سال و بالاتر به ترتیب ۲۳٪، ۲۰٪ و ۲۰٪ جمعیت مورد مطالعه را تشکیل می دادند. درصد افراد قومیت های آذری، کرد و لر به ترتیب عبارتند از: ۳۲٪، ۲۴٪/۳ و ۲۱٪. همچنین ۴۷٪ جمعیت مورد مطالعه متاهل، ۳۱٪/۷ مجرد و مابقی (۲۱٪/۳) مطلقه و بیوه بودند. افراد لیسانس، فوق لیسانس و دکتری به ترتیب ۲۶٪، ۱۹٪/۷ و ۲۰٪/۳ جمعیت مورد مطالعه را تشکیل می دادند. درصد افراد تحت پوشش بیمه های خدمات درمانی، تامین اجتماعی و سایر پوشش های بیمه ای به ترتیب عبارتند از: ۳۷٪، ۲۳٪ و ۲۵٪/۷. افراد محصل/دانشجو، خانه دار و شاغل به ترتیب ۲۲٪/۷، ۱۶٪/۳ و ۱۶٪/۳ جمعیت مورد مطالعه را تشکیل می دادند. ۴۲٪/۳ جمعیت مورد مطالعه وضعیت درآمدی خود را خوب و ۳۳٪ ضعیف ارزیابی کرده اند. مابقی (۲۴٪/۳) سطح در آمد خود را متوسط ارزیابی کرده اند.

۵۹٪/۷ جمعیت مورد مطالعه میزان مشارکت در تصمیمات درمانی را زیاد و ۲۷٪ کم ارزیابی کردند. مابقی (۱۳٪/۳) میزان مشارکت در تصمیمات درمانی را متوسط ارزیابی کردند. همچنین ۶۰٪ جمعیت مورد مطالعه میزان ایمنی بیمار را خوب و ۲۶٪ ضعیف ارزیابی کردند. مابقی (۱۴٪) میزان ایمنی بیمار را متوسط ارزیابی کردند.

متغیرهای مورد مطالعه در زمینه مشارکت در تصمیمات درمانی عبارتند از: متغیرهای دموگرافیک (شامل سن،

جدول شماره (۱): نتایج حاصل از رگرسیون خطی در زمینه

متغیرهای معنی دار موثر بر امتیاز مشارکت در تصمیمات درمانی

متغیر	P_Value
سن	< ۰/۱
جنسیت	< ۰/۱
قومیت	< ۰/۱
تاهل	< ۰/۱
میزان تحصیلات	< ۰/۱
نوع بیمه	< ۰/۱
وضعیت اشتغال	< ۰/۱
مدت زمان مراجعه به پزشک	< ۰/۱
زمان آخرین مشاوره پزشکی	< ۰/۱
درآمد	< ۰/۱
زمان آخرین بستری	< ۰/۱
نوع بیمارستان	< ۰/۱
تعداد دفعات بستری در سال گذشته	< ۰/۱

جدول شماره (۲): نتایج حاصل از رگرسیون خطی در زمینه

متغیرهای معنی دار موثر بر امتیاز ایمنی بیمار

متغیر	P-Value
زمان مواجهه با عوارض ناخواسته تشخیصی درمانی	< ۰/۱
مشارکت در تصمیمات درمانی	< ۰/۱
زمان آخرین بستری	< ۰/۱
سن	< ۰/۱
جنسیت	< ۰/۱
قومیت	< ۰/۱
تاهل	< ۰/۱
میزان تحصیلات	< ۰/۱
نوع بیمه	< ۰/۱
وضعیت اشتغال	< ۰/۱
مدت زمان مراجعه به پزشک	< ۰/۱
زمان آخرین مشاوره پزشکی	< ۰/۱
تعداد دفعات بستری در سال گذشته	< ۰/۱
درآمد	< ۰/۱

جدول شماره (۳): نتایج آنالیز رگرسیون چند متغیره لجستیک در مطالعه عوامل موثر بر امتیاز مشارکت در تصمیمات درمانی

با تعدیل برای اثر مخدوش کننده ها

عوامل موثر	زیر گروه ها	OR (SE)	فاصله اطمینان %95 OR	P-Value
سن	بیش از ۴۵ سال کمتر از ۴۵ سال	۱ ۱۴/۲ (۱۵/۲)	۱/۷۳-۱۱۶/۲	< ۰/۰۱۴
شغل	بیکار و بازنشسته خانه دار، کارمند و سایر مشاغل	۱ ۲۲/۴ (۲۳/۹)	۲/۷۶-۱۸۱/۵	۰/۰۰۴

جدول شماره (۴): نتایج آنالیز رگرسیون چند متغیره لجستیک رتبه ای (روش گام به گام) در مطالعه عوامل موثر بر امتیاز ایمنی بیمار

با تعدیل برای اثر مخدوش کننده ها

عوامل موثر	زیر گروه ها	OR (SE)	فاصله اطمینان %۹۵ OR	P-Value
تحصیلات	دیپلم و کمتر لیسانس و بالاتر	۱ ۰/۰۱۴ (۰/۰۰۵)	۰/۰۰۷-۰/۰۳۱	< ۰/۰۰۰۱
شغل	بیکار و بازنشسته خانه دار، کارمند و سایر مشاغل	۱ ۰/۳۲ (۰/۱۱)	۰/۱۶۰-۰/۶۲۰	۰/۰۰۱
وضعیت تاهل	متاهل مجرد و سایر	۱ ۰/۱۹ (۰/۰۶۷)	۰/۰۹۸-۰/۳۸۱	< ۰/۰۰۰۱

همچنین ۶۰٪ جمعیت مورد مطالعه میزان ایمنی بیمار را خوب ارزیابی کردند. یافته‌های حاصل با نتایج تحقیق شیخ بیکلو و همکاران با عنوان «ارتباط پرستار-بیمار و ایمنی بیماران بخش‌های مراقبت ویژه» تطابق دارد. نتایج این پژوهش که یک مطالعه توصیفی همبستگی بود نشان داد اکثریت پرستاران وضعیت ایمنی بیماران را در سطح خوبی ارزیابی کرده‌اند (۱۱). هرچه بیمار جوانتر (زیر ۴۵ سال) باشد، به میزان مشارکت در تصمیمات درمانی امتیاز بیشتری خواهد داد. در مقابل با افزایش سن وضعیت ایمنی بیمار را در بیمارستان‌ها ضعیف‌تر ارزیابی خواهد نمود. مطالعه اسکوتی و زارع با عنوان «بررسی رضایتمندی بیمار از ارائه نسخه اطلاعاتی و مشارکت در درمان» نشان داد از نظر آماری ارتباط معنی داری بین برخی ویژگی‌های فردی اجتماعی بیماران و همچنین میزان مشارکت آنها در درمان خود وجود دارد (۹). همچنین نتایج مطالعه هاشمی و همکاران با عنوان «بررسی کیفیت ارتباط پزشک و بیمار از دیدگاه بیمار در کلینیک شیخ رئیس تبریز در سال ۱۳۹۰» حاکی از آن است که کیفیت ارتباط پزشک و بیمار تحت تاثیر فاکتورهای سطح تحصیلات، سن و تعداد دفعات مراجعه بوده و تحت تاثیر جنس، محل سکونت، سابقه مراجعه بیمار به پزشک و وضعیت بیمه ای نمی باشد. شناخت عوامل موثر در ارتباط بین پزشک و بیمار و تقویت و یا حذف این عوامل موجب ارتقای رضایت بیماران و کیفیت خدمات می شود (۱۲). این امر می تواند بیانگر این موضوع باشد که گروه‌های جوانتر (<۵۵ سال) خودشان را دارای اختیار و قدرت بیشتر در موقعیتهای تصمیم گیری مراقبت سلامت در مقایسه با گروه‌های مسن تر مشاهده می کنند. در صورتی که بیمار شاغل باشد (خانه دار، کارمند و سایر مشاغل) به میزان مشارکت در تصمیمات درمانی امتیاز بیشتری خواهد داد. در مقابل افراد بیکار و باننشسته (که به هیچ حرفه ای مشغول به کار نمی باشند) وضعیت مشارکت در تصمیمات درمانی را در بیمارستان‌ها ضعیف تر ارزیابی خواهد نمود. نتایج حاصل با یافته‌های مطالعات اسکوتی و زارع (۹)، لونتال (۱۳) و پیوولسکی (۱۴) مطابقت دارد. علت این امر را می توان این گونه توضیح داد که افراد شاغل، از سطح آگاهی بالاتری در زمینه مشارکت در تصمیمات درمانی برخوردارند. یعنی داشتن شغل و ارتباط با سایر افراد منجر به افزایش سطح آگاهی و ادراک بیمار می شود.

هرچه بیمار سطح تحصیلات بالاتری داشته باشد (لیسانس و بالاتر)، به ایمنی بیمار امتیاز کمتری خواهد داد. در مقابل با هرچه سطح تحصیلات بیمار پائین تر باشد، وضعیت ایمنی بیمار را در بیمارستان‌ها بهتر ارزیابی خواهد نمود. نتایج حاصل با یافته‌های کلارک و همکاران تطابق دارد (۱۰). علت این امر

چنانچه دیده می شود افرادی که تحصیلات لیسانس و بالاتر و همچنین شاغل بودند و یا مجرد بوده امتیاز ایمنی کمتری به بیمارستان می دادند. به طور مثال شانس امتیاز بالا دادن افراد شاغل نسبت به بیکاران ۶۸٪ (۳۲/۱۰) کمتر می باشد. شانس امتیاز بالا دادن افراد با تحصیلات لیسانس و بالاتر نسبت به دیپلم کمتر می باشد. یعنی هرچه بیمار سطح تحصیلات بالاتری داشته باشد (لیسانس و بالاتر)، به ایمنی بیمار امتیاز کمتری خواهد داد. در مقابل هرچه سطح تحصیلات بیمار پائین تر باشد، وضعیت ایمنی بیمار را در بیمارستان‌ها بهتر ارزیابی خواهد نمود. همچنین افراد شاغل (خانه دار، کارمند و سایر مشاغل) نیز شانس کمتری نسبت به بیکاران (بیکار، باننشسته) دارا می باشند. یعنی در صورتی که بیمار شاغل باشد (خانه دار، کارمند و سایر مشاغل) به ایمنی بیمار امتیاز کمتری خواهد داد. در مقابل افراد بیکار و باننشسته (که به هیچ حرفه ای مشغول به کار نمی باشند) وضعیت ایمنی بیمار را در بیمارستان‌ها بهتر ارزیابی خواهد نمود. همچنین شانس امتیاز بالا دادن افراد مجرد و مطلقه و ... به ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها نسبت به متاهلین کمتر می باشد. یعنی افراد متاهل به ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها امتیاز بیشتری خواهد داد. در مقابل افراد مجرد وضعیت ایمنی بیمار را در بیمارستان‌ها ضعیف تر ارزیابی خواهند نمود.

### بحث و نتیجه گیری:

با توجه به نقش مشارکت بیمار در فرآیند درمان بر بهبود فرآیند کنترل، مراقبت بیمار، اثربخشی سیستم سلامت و تاثیر آن بر کاهش خطاهای پزشکی، کاهش مراجعات و بستری های غیرضروری، افزایش رضایتمندی بیماران از درمان و بازگشت سرمایه به نظام سلامت، این پژوهش با هدف «بررسی ادراک بیماران بستری در بخش‌های بالینی بیمارستان‌های عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه مشارکت در تصمیمات درمانی و ایمنی بیمار» اجرا گردید.

۵۹/۷٪ جمعیت مورد مطالعه میزان مشارکت در تصمیمات درمانی را زیاد ارزیابی کردند. یافته‌های حاصل با نتایج تحقیق عادل و همکاران (۱۳۸۹) با عنوان «ارزیابی وضعیت حاکمیت بالینی در حوزه مشارکت بیمار و جامعه: بررسی مقطعی بیمارستان‌های منتخب شهر تهران» تطابق دارد. این پژوهش که به صورت توصیفی-مقطعی در مراکز درمانی هاشمی نژاد، رجائی، مطهری و حضرت رسول در سال ۱۳۸۹ انجام گرفت، نشان داد در بین بیمارستان‌های حاضر بیمارستان شهید رجائی در بعد مشارکت بیمار و جامعه دارای بیشترین میزان رعایت (۶۸٪) و بیمارستان شهید مطهری دارای کمترین میزان رعایت (۵۳/۵٪) می باشد (۷).

تفاوت افراد در ادراک متغیرهائی چون مشارکت و ایمنی صرفاً ناشی از تفاوت در عواملی چون مدت زمان مراجعه به پزشک، تعداد دفعات بستری در بیمارستان و ... نمی باشد. علائمی که ممکن است از سوی یک فرد، نابهنجار تفسیر شده، احتمالاً توسط فرد دیگر به شکل متفاوت تفسیر می شود. این اختلاف ناشی از تفاوت های دموگرافیک افراد (منجمله سن و وضعیت اشتغال) می باشد.

ارتباط فرآیندی پویا بین انسانهاست که از آن برای تأثیر گذاری، کسب حمایت متقابل، کسب آنچه که جهت تندرستی، رشد و بقا ضروری است، استفاده می شود. ارتباط یک بخش اساسی در اقدامات پزشکی بوده و برای ایمنی بیماران ضروری است، چرا که ارتباط یک عامل مهم در پیش گیری از مخاطرات ایمنی بیمار است. از طرف دیگر حفظ ایمنی بیمار منجر به اطمینان بیمار در مورد کامل شدن دوره درمان و احتمال موفقیت بالا در دسترسی به نتایج درمان می شود (۱۱).

با این وجود، در بیمارستان های کشور ارائه خدمت به بیمار بدون توجه به مسائلی از قبیل فرهنگ مشارکت بیمار در تصمیمات درمانی و آگاه کردن بیمار در زمینه نوع درمان انجام می شود و به مشارکت در تصمیمات درمانی در بالین بیمار توجه نمی شود. بیماران علیرغم تمایل به کسب اطلاعات در زمینه درمان و عوارض ناشی از آن، در اتخاذ تصمیمات درمانی کمتر مشارکت می کنند. بنابراین مداخلات بیشتری توسط افراد حرفه ای نظام سلامت لازم است تا بیماران بیشتر درصدد مشارکت در تصمیم گیری برآیند.

تحقیق حاضر دارای ۲ محدودیت روش تحقیقی نیز بوده است: عدم همکاری برخی از بیمارستانها جهت انجام پژوهش و بدحال بودن برخی بیماران جهت پرکردن پرسشنامه.

بر اساس یافته ها، انجام اقداماتی در راستای بهبود ادراک بیماران در زمینه ایمنی بیمار و مشارکت در تصمیمات درمانی ضروری است؛ از آن جمله می توان به موارد زیر اشاره داشت:

۱. انجام تحقیقات وسیع تر به منظور شناسایی عوامل موثر بر ادراک بیمار در زمینه ایمنی بیمار و مداخله در بهبود آن؛
۲. شناسایی علائق و سوالات در هر بیمار به صورت جداگانه با توجه به ویژگی های فردی، نگرش، فرهنگ و وضعیت روحی بیمار؛
۳. ارائه آموزش های تکمیلی به ارائه کنندگان خدمت خصوصاً پزشکان در خصوص رعایت حقوق بیمار در محور مرتبط با ارائه اطلاعات به بیماران، حق انتخاب و تصمیم گیری ایشان؛
۴. تدوین راهکارهای عملی جهت ارائه اطلاعات در زمینه ایمنی بیمار در هنگام پذیرش بیماران و در جریان انجام اقدامات درمانی؛

ان است که افرادی با تحصیلات بیشتر و درآمد بالاتر بیشتر ریسک می کنند که ظاهراً خود ارزیابی از توانایی خود برای تصمیم در ریسک را نشان می دهد و یا از تحصیلات پیشرفته تر یا طولانی تر ناشی می شود یا شاید با موفقیت در حیطه مادی شرح داده می شود.

در صورتی که بیمار شاغل باشد (خانه دار، کارمند و سایر مشاغل) به ایمنی بیمار امتیاز کمتری خواهد داد. در مقابل افراد بیکار و بازنشسته (که به هیچ حرفه ای مشغول به کار نمی باشند) وضعیت ایمنی بیمار را در بیمارستان ها بهتر ارزیابی خواهد نمود. نتایج مطالعه ای دیگر نشان داد شغل به عنوان متغیر پیش بینی کننده امتیاز ایمنی بیمار بدون تغییر باقی می ماند (۱۰). علت این امر را می توان این گونه توضیح داد که افراد شاغل، از سطح آگاهی بالاتری در زمینه ایمنی بیمار برخوردارند. یعنی داشتن شغل و ارتباط با سایر افراد منجر به افزایش سطح آگاهی و ادراک بیمار می شود.

افراد متاهل به ایمنی بیمار در بیمارستان ها امتیاز بیشتری خواهد داد. در مقابل افراد مجرد وضعیت ایمنی بیمار را در بیمارستان ها ضعیف تر ارزیابی خواهند نمود. این نتایج با یافته های مطالعه کلارک و همکاران (۱۰) و تیلور (۱۵) تطابق دارد. مطالعات نشان داده اند که برخورد افراد مختلف با زمینه های اجتماعی- فرهنگی (مانند سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و وضعیت تاهل) در فرایند ادراک ایمنی، متفاوت است. آن ها بر حسب آن که در چه شرایط اجتماعی، فرهنگی و تاریخی، اجتماعی (Socialized) شده باشند، از تظاهرات شناختی و هیجانی متفاوت، از در نظر گرفتن معنای متفاوت (۱۵) برای علائم و پیامدها و از شیوه های مختلف بیان و انتقال علائم برخوردارند. شاید علت این امر را بتوان این گونه توضیح داد که افرادی که از نظر تاهل موفقیت بهتری دارند، نسبت به افرادی که در زندگی خانوادگی خود دچار مشکل شده اند (مطلقه و بیوه) وضعیت ایمنی بیمار را بهتر ارزیابی کرده اند.

مشارکت بیمار در تصمیمات درمانی تأثیری بر ارزیابی وی از میزان ایمنی بیمار در بیمارستان ندارد. نتایج حاصل در تضاد با یافته های مطالعه بیکلو و همکاران می باشد. نتایج مطالعه فوق نشان داد که بین ارتباط پرستاران (به عنوان کادر درمانی) با بیماران و ایمنی بیماران رابطه معناداری وجود دارد. بنابراین پرستاران باید در مورد اهمیت و لزوم ارتباط با بیماران بخش های مراقبت ویژه آموزش لازم را ببینند تا ایمنی بیماران حفظ و ارتقا یابد (۱۱). دلیل این امر را می توان این گونه توضیح داد یکی از مسائلی که در حوزه رفتارشناسی شناخت اندکی درباره آن وجود دارد، این است که چرا افرادی که در معرض عوامل مشابه قرار می گیرند و ویژگی های مشابهی دارند به شیوه های مختلف علائم و شرایط را ادراک و تفسیر می کنند (۱۳ و ۱۴).

۶. در نظر گرفتن بخشی از درس اخلاق پزشکی تحت عنوان منشور حقوق بیمار، مشارکت در تصمیمات درمانی و ایمنی بیمار برای دانشجویان پزشکی، پرستاری و مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی.

۵. ارتقای نظام گزارش دهی خطاها و توجه به لزوم مداخله هرچه بیشتر بیماران در فرایند گزارش خطاهای تشخیصی و درمانی.

## References

1. Stary, N. What is Clinical Governance? Center for primary care: University of Derby, 2001.
2. Aspden, P. Corrigan, J. Wolcott, J. Patient Safety: Achieving a New Standard for Care. Washington, DC: National Academies Press; 2004.
3. Shojania, KG. Duncan, BW. McDonald, KM. et al. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Agency for Healthcare Research and Quality; 2001.
4. Haug, MR. Lavin, B. Practitioner or Patient: Who's in Charge? Journal of Health and Social Behavior; 1981.
5. McNeil, J. Report on Patient Safety Monitoring Systems. Department of Health and Aged Care; 1999.
6. Witter, S. Ensor, T. Jowett, M. and Thompson, R. Translated by Dr. Abolghasem Pourreza. Health Economics for Developing Countries. Tehran, Institute for Management and Planning studies, 2008.
7. Adel, A. Khodayari Zarnagh, R. Darzi Ramandi, S. Evaluating Clinical Governance in Patient and Society Participation. Journal of Health Picture; 2012.
8. National Expert Advisory Group on Safety and Quality in Australian Health Care Report 1999: Implementing Safety and Quality Enhancement in Health Care Canberra. Commonwealth of Australia, 1999.
9. Mahami Oskouiee, M. Zare Gavgavni, V. Patient Satisfaction about Participation in Medications. Journal of Health Picture; 2012.
10. Clark, R. Australian Patient Safety Survey: Final Report to the Commonwealth Department of Health and Aged Care. Commonwealth Department of Health and Aged; 2001.
11. Sheikh Beiklou, M. Hemmati Maslak Pak, M. Patient-Nurse relationship and Patient Safety in Intensive Care Unit. Journal of Health Picture; 2012.
12. Hashemi Gordal, M. Sadegh Tabrizi, J. Asghari, M. Quality of Physician-Patient Relationship: the View of Patients in Sheikho Raiees Clinic. Journal of Health Picture; 2012.
13. Leventhal, H. Leventhal, E. Self-regulation, health & behavior: a perceptual cognitive approach. Journal of Psychology & Health; 1998.
14. Pilowsky, I. Pain & illness behavior: Assessment and management. Textbook of pain. New York: Chuchill Livingston; 1984.
15. Taylor, S. Adjustment to treating events: A theory of cognitive adaption. Journal of American Psychologist; 1983.



## Inpatient Perceptions of Participating in cure decision making and safety among public hospitals of Tehran medical sciences university

Movahed Kor E.<sup>1</sup>, Arab M.<sup>2\*</sup>, Akbari Sari A.<sup>3</sup>, Hosseini M.<sup>4</sup>

Submitted: 10.1.2012

Accepted: 14.4.2012

### Abstract

**Background:** Focusing on making opportunities to participate of patients in all levels of health care system is important in order to develop of system capability that could make improving of patients' safety and quality of care services. The aim of this study was to determine inpatient perceptions in general hospitals of Tehran medical university regarding patient participate in treatment decisions and safety.

**Material and methods:** This was a cross-sectional study in 1390. First, the list of eight general hospitals affiliated to Tehran University of medical sciences and all clinical wards were obtained through the university website. Then, stratified random sampling method applied to collect 300 patients as a sample size. Data were collected by using a structured questionnaire that validity and reliability were accepted. Descriptive statistical methods, linear regression and multivariate logistic regression were applied to analyze.

**Results:** From total of 300 patients, 60% of them were female. The level of participating by patients in cure decision making were at high level (59.7%) and 27% in low level. The range of patients' safety was at high (60%) and low (26%). The level of participate in decision making of cure process had high rate among young people and employed participants. The patients who were unmarried, educated, and employed had lower score in patients' safety. The participants' perception had no effect on the patients' safety perceptions.

**Conclusion:** The symptoms that might be interpreted as an abnormal could be interpreted in different ways by the others. These unusual results could come from dissimilarities in demographic features.

**Keywords:** Inpatient perceptions, General hospital, Patients' safety, Participation, Curing decision making

- 
1. PhD Student in Health Care Management, department of Management & Health Economics of Health Sciences, Tehran University of Medical Sciences.
  2. Associate Professor, Department of Management & Health Economics of Health Sciences, Tehran University of Medical Sciences. (\*Corresponding Author) Email: [ahmadiba@sina.tums.ac.ir](mailto:ahmadiba@sina.tums.ac.ir). Tel: 02188989134.
  3. Assistant professor, Department of Management & Health Economics of Health Sciences, Tehran University of Medical Sciences.
  4. PhD, Department of Statistics and Epidemiology of Health Sciences, Tehran University of Medical Sciences.

