

تجارب پرستاران در مورد مشارکت بیماران در مراقبت‌های پرستاری و عوامل مربوط به آن: یک تحلیل محتوای کیفی

سمیرا اروجلو* و حیدر زمانزاده* لیلیا ولیزاده**

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

زمینه و هدف: مشارکت بیمار جزء مهم در رویکرد مراقبتی بیمار محور و بخشی از حقوق بیماران می‌باشد، که با پیامدهای مثبت در سیستم بهداشتی درمانی همراه است. این مطالعه با هدف تبیین تجارب پرستاران در مورد مشارکت بیماران در مراقبت‌های پرستاری و عوامل مربوط به آن انجام گرفته است. روش بررسی: این مطالعه کیفی با مشارکت ۱۸ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی تبریز در سال ۱۳۹۸ انجام یافت. از نمونه‌گیری هدفمند طی مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته و جلسات گروه متمرکز و مصاحبه انفرادی برای جمع‌آوری داده‌ها بهره گرفته شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل محتوای قراردادی انجام یافت. برای دستیابی به صحت و پایایی داده‌ها از معیارهای Guba و Lincoln استفاده شد. یافته‌ها: تحلیل داده‌ها منجر به استخراج چهار طبقه اصلی ارایه اطلاعات، دخیل نمودن بیماران در تصمیم‌گیری، همکاری و احترام شد. مشارکت بیمار از دیدگاه پرستاران چنین بود: یک فرآیند تعاملی تصمیم‌گیری و همکاری بین پرستار و مددجو توأم با تبادل اطلاعات، احترام و کسب اجازه از بیمار. همچنین نتایج شامل ملزومات و پیش‌آیندها، حیطه‌ها، پیامدها، موانع و راهکارهای مربوط به مشارکت بیمار در مراقبت‌های پرستاری بود.

نتیجه‌گیری: امروزه مشارکت بیمار به عنوان حق قانونی بیمار و نیز به عنوان استاندارد طلایی بین‌المللی سیستم‌های مراقبت سلامت در نظر گرفته می‌شود. بنابراین پرستاران، سیاست‌گذاران سیستم سلامت، بیماران و مراکز دانشگاهی می‌توانند از این نتایج در ارتقای مشارکت بیمار در مراقبت بهره جویند.

نویسنده مسئول: لیلیا ولیزاده؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

e-mail: valizadehl@tbzmed.ac.ir

واژه‌های کلیدی: مشارکت بیمار، مراقبت پرستاری، پرستار

دریافت مقاله: مهر ماه ۱۳۹۸ - پذیرش مقاله: آذر ماه ۱۳۹۸ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۸/۱۱/۶

مقدمه

سازمان و دیگر سازمان‌های ملی سراسر جهان است (۲). مشارکت بیمار مفهوم مرکزی سیستم‌های مراقبتی و بخشی از حقوق بیمار است (۳). پژوهشگران نشان داده‌اند که مشارکت بیمار نقش قابل توجهی در بهبود خدمات سیستم بهداشتی درمانی از قبیل رابطه پرستار بیمار، تصمیم‌گیری مشترک، درمان بیماری‌های مزمن و طراحی مجدد سیستم‌های مراقبتی ایفا می‌کند (۴). اهمیت مشارکت بیماران در سیستم‌های مراقبتی درمانی تا آن جا است

جایگاه بیمار در درمان و مراقبت بهداشتی در طول دو دهه اخیر تغییر یافته است و رویکرد پدرمآبانه سنتی با رویکرد مراقبتی بیمار محور جایگزین شده است (۱). به استناد سازمان بهداشت جهانی، مشارکت بیمار شرط اساسی در ارایه مراقبت خوب تلقی می‌شود و ارتقای آن در مراقبت، اولویت بین‌المللی این

* گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
** گروه آموزشی پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

زمان، دانش و نگرش پرستاران و ارتباط بیان کردند (۱۰).

مشارکت بیماران در مراقبت با پیامدهای مثبت درمانی در سیستم بهداشتی درمانی همراه است. از جمله افزایش رضایت و اعتماد بیمار، افزایش کیفیت زندگی بیماران، کاهش اضطراب بیماران، ارتباط حرفه‌ای خوب و مستقیم، توانمند شدن بیمار، دریافت عقاید بیماران در مورد یک موضوع، بهبود تصمیم‌گیری از طریق ترکیب با عقاید بیماران، ارتقای شغلی به دلیل بازخوردهای مثبت به تیم حرفه‌ای (۱۱)، کاهش میزان اقامت در بیمارستان، کاهش عود مجدد بیماری، کاهش میزان مرگ و میر، کاهش خطاهای پزشکی، بهبود خودمدیریتی در بیماران و افزایش ابقای شغلی (۱۲). نتایج پژوهش‌های متعدد در این زمینه نیز نشان‌دهنده تأثیر مثبت مشارکت بیمار بر رضایت آنان، ایمنی بیماران، کیفیت مراقبت، سلامت روانی بیماران و پیامدهای بالینی است (۱۳ و ۱۴). نتایج مطالعه Yang و Wu نشان داد که مشارکت بیمار یک متغیر پیش‌بین برای قرارداد روانی و جلب اعتماد بیمار است (۱۵). مطالعه فراتحلیل Chewing و همکاران، نشان داد طبق مطالعات انجام یافته افرادی که در تصمیم‌گیری‌های مشترک شرکت می‌کنند، احساس امنیت بیشتری می‌کنند و تعهد بیشتری نسبت به بهبودی خود دارند. همچنین مشارکت بیمار منجر به قضاوت‌های بهتر در مورد کیفیت مراقبت می‌شود. علاوه بر این مشارکت بیمار منجر به خودکارآمدی بیشتر وی می‌گردد که به نوبه خود منجر به پیامدهای سلامت بهتر می‌شود (۱۶).

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 (۵).

مشارکت بیمار به معنی درگیر کردن بیمار در تصمیم‌گیری یا بیان عقاید در مورد روش‌های درمانی مختلف شامل تبادل اطلاعات، احساسات و پذیرش دستورالعمل‌های تیم مراقبت است (۶). Tutton مشارکت بیمار را همکاری فعال بین مراقبت‌کننده و بیمار در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی خدمات تعریف کرد. فرآیندی پویا که در طول زمان تغییر می‌کند و جزء جدا نشدنی فعالیت پرستاران است (۷). در تعریفی دیگر، Bauman و همکاران مشارکت بیمار را تعاملات و مشارکت بین متخصصان و بیمار براساس ارتباط و تمرکز بر شرایط خاصی با هدف ارتقای سلامتی و کیفیت زندگی سالم تعریف کردند (۸). در کل مشارکت بیمار به عنوان یک سازه رفتاری تعریف می‌شود که میزان تبادل اطلاعات، رایه پیشنهادها و مشارکت در مراقبت از طرف بیماران را اندازه‌گیری می‌کند (۴).

سطوح مختلفی برای مشارکت بیمار وجود دارد: ۱. سطح کوچک (مراقبت فردی)، ۲. سطح میانی (توسعه خدمات، برنامه‌ریزی، رایه و ارزشیابی مراقبت، آموزش و تربیت افراد رایه‌دهنده مراقبت)، ۳. سطح وسیع (سیاست)، که هر سطح نیازمند محدوده‌ای از انواع فعالیت‌های مشارکت است (۹). Angel و Frederiksen در نتایج یک مطالعه مروری، پنج مؤلفه کلیدی مشارکت بیمار را شرایط بیمار،

مورد مشارکت بیمار و عوامل مربوط با آن انجام گرفته است.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع کیفی به روش تحلیل محتوای قراردادی (Conventional) است. تحلیل محتوای کیفی به عنوان روش تحقیق کیفی و به منظور تفسیر ذهنی محتوای داده‌های متنی است که از طریق فرآیند طبقه‌بندی منظم، درون‌مایه‌ها یا الگوهای آشکار و پنهان در متن را مورد شناسایی قرار می‌دهد (۲۰). شرکت‌کنندگان به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف طی یک دوره یک ماهه انتخاب شدند. معیارهای انتخاب مشارکت‌کنندگان، پرستارانی با گرایش‌های مختلف (پرستاری کودکان، روان، ویژه نوزادان، داخلی- جراحی، سالمندی، مراقبت‌های ویژه و سلامت جامعه) و شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های تبریز در سال ۱۳۹۸ بودند که سابقه کاری حداقل پنج سال داشتند و مایل به مشارکت در مطالعه و بیان تجارب بودند.

جهت در نظر داشتن حداکثر تنوع، تلاش شد نمونه‌گیری در بخش‌های مختلف و بهره‌مندی از نظریات اکثریت پرستاران با سوابق مختلف حرفه‌ای صورت پذیرد. مشخصات جمعیت‌شناختی ۱۸ مشارکت‌کننده و نوع جلسات، در جدول شماره ۱ به نمایش درآمده است. جمع‌آوری داده‌ها از طریق برگزاری جلسات گروه متمرکز تا زمان اشباع داده‌ها صورت گرفت. جمع‌آوری داده‌ها با روش بحث‌های متمرکز گروهی نوعی مصاحبه با تأکید بر تعامل بین شرکت‌کنندگان است و

اغلب مطالعات نشان می‌دهند که علی‌رغم آثار مثبت مشارکت بیمار و نیز اذعان پرستاران به تأثیر مثبت مشارکت بیماران، با این حال مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌ها به عنوان یک چالش باقی‌مانده است. 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٪ بیماران تمایل داشتند در سطح اول تصمیم‌گیری (آگاهی از اقدامات درمانی و مراقبتی) مشارکت داشته باشند، اما ۸۹/۴٪ بیان کرده بودند که پرستاران، آنان را در تصمیم‌گیری‌ها مشارکت نمی‌دهند (۱۷). مطالعه رحمانی و همکاران نیز نشان داد که استقلال بیماران طی مراقبت‌های پرستاری رعایت نمی‌شود و آنان در فرآیند تصمیم‌گیری درمانی شرکت داده نمی‌شوند (۱۸). بیش‌ترین میزان مشارکت بیماران در مطالعه داداشی و همکاران بود که در آن ۶۰٪ بیماران ابراز کردند که در تصمیم‌گیری‌های درمانی شرکت داده شده‌اند (۱۹).

علی‌رغم اهمیت فراوان این مفهوم در حرفه پرستاری و پزشکی و استفاده روزمره و گسترده از واژه مشارکت بیمار، این مفهوم هنوز هم مبهم و پیچیده است (۱۷). نظر به اهمیت موضوع و کمبود مطالعات مرتبط در کشور و با توجه به این که درک دیدگاه پرستاران در مورد مشارکت بیمار، پیش شرط اجرای آن در سیستم‌های مراقبتی است، این مطالعه با هدف تبیین تجارب پرستاران در

گروه متمرکز در یکی از سالن‌های کنفرانس دانشکده پرستاری و مامایی تبریز که دارای میز U شکل بود و در محیطی آرام انجام یافت. محل مصاحبه انفرادی در یک کلاس در دانشکده بود.

روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها گروه متمرکز و مصاحبه نیمه ساختار یافته با سؤالات باز بود. سؤالات مصاحبه دربرگیرنده دیدگاه پرستاران در مورد مفهوم مشارکت بیمار در مراقبت‌های پرستاری بود. از قبیل «تعریف مشارکت بیمار در مراقبت از دیدگاه شما چیست؟»، «حیطه‌های مشارکت بیمار در مراقبت از دیدگاه شما چه می‌باشد؟»، «از تجارب خود در مورد مشارکت بیمار در مراقبت بگویید، به نظر شما چه چالش‌هایی در زمینه مشارکت بیمار در مراقبت وجود دارد؟»، «راهکارهای پیشنهادی شما جهت بهبود و ارتقای مشارکت بیمار در مراقبت چیست؟». در مصاحبه، پرستاران تشویق می‌شدند که تجربیات خود پیرامون مفهوم مشارکت بیمار را به اشتراک بگذارند. طول مدت جلسات گروه‌های متمرکز حدود ۲ ساعت و طول مدت مصاحبه‌های فردی ۴۵ دقیقه بود. زمان مصاحبه و جلسات با توافق شرکت‌کنندگان انتخاب می‌شد.

در این مطالعه، برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوای قراردادی استفاده شد. فرآیند تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی براساس مراحل پیشنهادی Graneheim و Lundman انجام گرفت (۲۲). در پایان هر جلسه، مصاحبه‌های ضبط شده کلمه به کلمه رونویسی و سپس تجزیه و تحلیل می‌شد. جهت

داده‌هایی را تولید می‌کند که دستیابی به آن‌ها از طریق مصاحبه فردی یا مشاهده شرکت‌کنندگان بسیار مشکل است. یکی از دلایل انجام این نوع مصاحبه، کسب اطلاعات نه تنها درباره گرایش‌ها و عقاید شرکت‌کنندگان، بلکه در مورد تجارب و دیدگاه‌های آنان است (۲۱). در این مطالعه سه گروه متمرکز (شامل دو گروه شش نفره و یک گروه چهار نفره) انتخاب شد و برای هر گروه دو جلسه گروه متمرکز (هر جلسه ۱۲۰ دقیقه) تشکیل گردید. بنابراین در کل شش جلسه گروه متمرکز برگزار شد. جمع‌آوری داده‌ها طی دوره یک ماهه و برگزاری هفتگی جلسات انجام گرفت. در گروه بحث متمرکز دو نفر از محققان حضور داشتند، یکی به عنوان تسهیلگر و دیگری اداره کننده جلسه بود. در ادامه جلسات مصاحبه انفرادی توسط یک محقق ادامه یافت. مصاحبه‌گر بحث را هدایت می‌نمود و اطمینان می‌یافت که طی بحث عنوان تحقیق به خوبی پوشش داده می‌شود. نقش مصاحبه‌گر تشویق کلیه شرکت‌کنندگان به شرکت در بحث، تحریک بحث در گروه، تسهیل ارتباطات در گروه، ایجاد تعامل و حفظ پویایی گروه بود. تسهیلگر نیز به ثبت یادداشت اقدام نموده و با ارایه نظرات جهت هدایت و تمرکز بحث پیرامون موضوع کمک می‌کرد. همچنین تمامی مصاحبه‌ها ضبط می‌شد. در این مطالعه به دنبال برگزاری جلسات گروه متمرکز با ۱۶ نفر، اشباع داده‌ها حاصل شد. در ادامه دو مصاحبه انفرادی با دو پرستار دیگر برای اطمینان بیشتر انجام یافت، اما اطلاعات حاصل از این مصاحبه‌ها تکرار مجدد اطلاعات به دست آمده قبلی بود. جلسات

فایل صدا داده شد و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش و ضبط صدا از آن‌ها کسب شد. در طول مطالعه از معیارهای دقت علمی در تحقیقات کیفی که توسط Lincoln و Guba ارایه شده‌اند، استفاده شد (۲۳). جهت تأمین این معیارها پژوهشگر با تماس طولانی مدت با مشارکت‌کنندگان و جلب اعتماد آنان، تلفیق گروه‌های مختلف پرستاری در گرایش‌ها و بخش‌های مختلف، استفاده از راهنمای مصاحبه، تخصیص زمان کافی برای انجام مصاحبه‌ها، بررسی و مقایسه مداوم داده‌ها و طبقات از نظر تشابهات و تفاوت‌ها، چک کردن مجدد یافته‌ها با مشارکت‌کنندگان، ارایه تحلیل داده‌ها به صورت مشروح و مبسوط و توصیفات عمیق و غنی از پژوهش برای خوانندگان، سعی در تأمین این معیارها نمود.

غوطه‌ور شدن در داده‌ها، متن هر مصاحبه چندین بار مطالعه می‌شد. متن نوشته شده مصاحبه‌ها پس از چندین بار مرور، به واحدهای معنایی تشکیل‌دهنده و کوچک‌ترین واحدهای معنادار شکسته می‌شد. سپس کدها بازخوانی می‌شد تا براساس تشابه معنایی در زیرطبقات قرار گیرد و در ادامه طبقات اصلی تشکیل شود (۲۰).

به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، پژوهشگر بعد از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه برای انجام مصاحبه‌ها اقدام نمود. در ابتدای مصاحبه اطلاعات اصلی در مورد مطالعه از قبیل هدف مطالعه، روش مصاحبه، اطمینان دادن از محرمانه بودن اطلاعات، حق آن‌ها برای شرکت یا در صورت تمایل خروج از مطالعه و اطمینان از نگاه‌داری

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان و نوع جلسات

میانگین سابقه خدمت (سال)	سطح تحصیلات			میانگین سن (سال)	جنس		تعداد	
	دکتری	کارشناسی ارشد	کارشناسی		مؤنث	مذکر		
۱۵	-	۲	۴	۳۹/۵	۴	۲	۶	گروه یک جلسه گروه متمرکز
۱۷	۱	۲	۳	۴۰/۸	۴	۲	۶	گروه دو جلسه گروه متمرکز
۹	-	۲	۲	۳۱/۱۶	۲	۲	۴	گروه سه جلسه گروه متمرکز
*۷	-	۱	-	*۳۵	-	۱	۱	مصاحبه انفرادی اول
*۱۰	-	-	۱	*۴۲	۱	-	۱	مصاحبه انفرادی دوم

* سن و سابقه خدمت گزارش شده است.

یافته‌ها

بیمار در مراقبت، به چهار مقوله اصلی ارایه اطلاعات (آموزش به بیمار، انتقال دانش، توضیح درمان‌ها به بیمار)، دخیل کردن در

تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان داد که مشارکت‌کنندگان در مورد تعریف مشارکت

سطح آگاهی و اطلاعات بیمار را بالا ببریم. بیماری که از حقوق خودش آگاه نباشد یا هیچ اطلاعاتی در زمینه بیماری و درمان‌های آن نداشته باشد، پس چگونه انتظار داریم که بیمار در مراقبت از خودش تصمیم بگیرد؟»، «لازمه مشارکت بیمار، آگاهی دادن به بیمار است. به زبان خودشان به آن‌ها اطلاعات دهیم تا خودشان تصمیم بگیرند»، «ما باید با بیماران جوری رفتار کنیم که اعتماد آن‌ها را به خودمان جلب کنیم. بیماری که به پرستارش اعتماد نداشته باشد، در مراقبتش هم شرکت نمی‌کند».

در این مطالعه پرستاران حیطه‌های مراقبت پرستاری را که می‌شود بیماران را در آن‌ها مشارکت داد، بیان نمودند. حیطه‌ها شامل «حمایت روانی، کاهش استرس، انتخاب نوع سرگرمی، تسکین درد، انتخاب پزشک و پرستار، انتخاب تخت و محل انجام رویه و فرد اجراکننده، هر رویه پرستاری که بیش از یک گزینه دارد، مانند محل تعبیه آنژیوکت و دارو درمانی، مراقبت از خود، مراقبت پایان عمر، مراقبت سایر بیماران، اداره کارهای غیرتخصصی بخش، به اشتراک گذاشتن تجربیات خود با بیماران مشابه، حفظ ایمنی، مشارکت مادر به صورت مراقبت آغوشی و مکیدن انگشت مادر و لمس نوزاد» بود. نتایج نشان داد که پرستاران بر این باور بودند که مشارکت بیمار نباید فقط به محیط بیمارستان محدود شود، بلکه مشارکت بیمار در محیط قبل و بعد بیمارستان نیز باید مورد توجه قرار گیرد.

بخشی از بیانات شرکت‌کنندگان در این مورد چنین بود: «مثلاً زمانی که می‌خواهیم استرس بیمار را کم کنیم، می‌توانیم انواع

تصمیم‌گیری (انتخاب یکی از گزینه‌های درمانی توسط بیمار، قبول یا رد انجام رویه، تصمیم‌گیری مراقبتی، تبعیت بیمار از رژیم‌های درمانی)، همکاری (همکاری مددجو و پرستار، به تعامل طلبیدن بیمار، مشارکت پدر و مادر و خانواده) و احترام (اجازه گرفتن از بیمار در انجام رویه، انجام کار با اطلاع و رغبت بیمار، جلب اعتماد بیمار) اشاره نمودند. بنابراین مشارکت بیمار از دیدگاه پرستاران چنین بود: «یک فرآیند تعاملی تصمیم‌گیری و همکاری بین پرستار و مددجو توأم با تبادل اطلاعات، احترام و کسب اجازه از بیمار».

بخشی از بیانات شرکت‌کنندگان در مورد تعریف مشارکت بیمار چنین بود: «به نظر من آگاه کردن بیمار در مورد نحوه مراقبت از خودش یک نوع مشارکت است»، «وقتی ما به عنوان پرستار به مددجو اطلاعات می‌دهیم تا خودش تصمیم بگیرد که آن کار برایش انجام شود یا نه، این یعنی مشارکت دادن بیمار»، «مشارکت بیمار یعنی دخالت دادن بیمار در همه اموری که بیمار می‌تواند تصمیم‌گیری و انتخاب کند»، «مشارکت بیمار همیشه به معنای انتخاب گزینه درمانی یا تصمیم‌گیری نیست، بلکه هر کاری که با اطلاع و رغبت بیمار انجام گیرد، یعنی بیمار در آن کار مشارکت داده شده است».

پرستاران در این مطالعه چهار مؤلفه را به عنوان ملزومات و پیش‌آیندهای اجرای مشارکت بیمار بیان کردند که شامل برقراری ارتباط خوب، آرایه اطلاعات به بیماران، آگاه کردن بیماران از حقوق خود و ایجاد حس اعتماد بود. در این زمینه بخشی از بیانات شرکت‌کنندگان به این شکل بود: «قبل از مشارکت بیمار، باید

گزینه‌ها از قبیل یوگا، موزیک درمانی، لمس درمانی، طب فشاری، تنفس‌های عمیق، روشن کردن تلویزیون و دعا به بیمار ارائه بدهیم تا بیمار خودش انتخاب کند که بیش‌تر از کدام لذت می‌برد.» «باید از بیمار بپرسیم که کجا رگ بهتری داری یا کدام ناحیه می‌خواهی آنژیوکت بزنی. مثلاً برای بیماری که وضو می‌گیرد مهمه که از رو دستش زده نشه. وقتی از بیمار نظر می‌خواهیم، بیمار راحت‌تر می‌شه و غر زدنش کم‌تر میشه».

پرستاران در این مطالعه بیان کردند که عوامل مختلفی از جمله عوامل مربوط به بیمار (گروه سنی، میزان توانمندی، دانش، نگرش، فرهنگ، وضعیت جسمانی و روانی)، عوامل مربوط به بیماری (حاد یا مزمن بودن، اورژانسی یا غیراورژانسی بودن، طول مدت ابتلا به بیماری، تهاجمی یا غیرتهاجمی بودن رویه) و عوامل مربوط به تیم درمان (دانش و نگرش پزشکان و پرستاران، ارتباطات بین فردی مناسب، شایستگی فرهنگی) می‌توانند بر میزان مشارکت بیمار تأثیرگذار باشند.

همچنین پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه به آثار و پیامدهای مثبت مشارکت بیمار در مراقبت‌های پرستاری هم برای بیمار و هم برای پرستار اذعان داشتند (جدول شماره ۲).

بخشی از بیانات شرکت‌کنندگان در این مورد چنین بود: «در بخش وقتی بیمار را در مورد فضای فیزیکی، امکانات بخش، زمان ملاقات، زمان معاینه پزشک و سایر موارد آگاه می‌کنیم، بیماران دیگر سردرگم نمی‌شن، اعتمادشون به پرستار زیاد می‌شه و وقت پرستارم کم‌تر گرفته می‌شه.» «وقتی بیمار را

در مراقبت از خودش مشارکت می‌دیم، مثلاً در بیمار دیابتیک تازه تشخیص داده شده، تزریق انسولین و چک قندخون را آموزش می‌دیم و روز قبل ترخیص مجاز به انجام تزریق توسط خودش می‌باشد، اون موقع مریض اظهار می‌کنه که الان دیگه استرسی ندارم و راحت‌تر با بیماری دیابت کنار میاد.» «وقتی رعایت رژیم غذایی را به بیمار آموزش می‌دیم و بعد از خود بیمار می‌خواهیم که نظرش رو بگه و نظراتشو در برنامه درمانیش اعمال می‌کنیم، بهتر پیروی می‌کنه. ولی اگه برنامه سفت و سخت باشه بیمار احساس اجبار می‌کنه و دیگه از درمان پیروی نمی‌کنه.» پرستاران در این مطالعه اظهار کردند که موانع و چالش‌های موجود در زمینه مشارکت دادن بیمار در مراقبت، مانع اجرای آن در سیستم‌های مراقبتی می‌شود که این موانع در جدول شماره ۳ لیست شده است.

بخشی از بیانات شرکت‌کنندگان در این مورد چنین بود: «برخی از ما پرستاران و پزشکان خودمان را خیلی قدرتمند و صاحب بیمار می‌دونیم به خصوص پزشکان. به نظر من چون از دید بالا به بیمار نگاه می‌کنند. سوادشان را به رخ بیمار می‌کشند. در هر حال بیمار را به عنوان عددی به حساب نمی‌ارند.» «ما در مشارکت بیمار قوانین محدودکننده داریم. مثلاً بیماری که دیابتیک است و خودش می‌تونه تزریق انسولین را انجام بده، چرا من باید انجام بدم؟ یا وقتی بیمار چک قندخون را خودش بلد است، چرا من باید انجام بدم؟» «امتیازدهی برای پرستاران براساس کار است، نه ارتباط با بیمار. سیستم ارزشیابی ما مشکل داره.» «مسئولیت قانونی مشارکت بیمار بر

مشارکت بیمار در سیستم‌های مراقبتی بیان کردند که به صورت راهکارهای مربوط به پرستار و پزشک، بیمار، سیستم مراقبتی و آموزش دانشگاهی در جدول شماره ۴ آمده است.

عهده پرستاره، درحالی که کل سیستم باید پاسخگو باشد. پس چرا پرستار خواهد برای خودش مسؤولیت اضافی بیاره». پرستاران در این مطالعه راهکارهایی را جهت غلبه بر موانع موجود بر سر راه اجرای

جدول ۲- پیامدهای مثبت مشارکت بیمار در مراقبت‌های پرستاری

پیامدهای مثبت در پرستار	پیامدهای مثبت در بیمار
صرفه‌جویی در وقت پرستار	افزایش همکاری بیمار با پرستار و اعتماد بیمار به پرستار
کاهش مصرف انرژی پرستار	بهبود برآیندهای مربوط به بیمار
بهبود فضای بخش	توانمندی بیمار و خانواده
کاهش تنش	افزایش اعتماد به نفس بیمار و احساس شغف و ارزشمندی
کاهش بارکاری	تبعیت بیماران از رژیم درمانی خود بعد از ترخیص
ارضای وجدان کاری	راحت کنار آمدن با بیماری و آثار روانی مثبت
افزایش رضایت پرستار	افزایش انگیزه مراقبتی بیمار و روند بهبودی بهتر
	حفظ شأن و حرمت بیمار
	افزایش حس کنترل در بیمار
	تسریع مرخصی
	افزایش رضایت بیمار و رضایت والدین مراقبت‌کننده
	کاهش سردرگمی بیمار
	کاهش عوارض بعد از ترخیص مانند عود مجدد
	کاهش استرس و کاهش نیازهای آموزشی بیمار
	کاهش هزینه‌های بیمارستانی
	کاهش عوارض ناشی از غفلت در مراقبت

جدول ۳- موانع مشارکت بیمار در مراقبت‌های پرستاری

موانع مشارکت بیمار	موانع مشارکت بیمار
عدم آگاهی بیماران از حقوق خود	حاکمیت مدل مراقبتی پزشک سالارانه در سیستم بهداشتی درمانی
دید ابزاری کادر درمان به بیمار	برخورد خشک و سخت پزشکان با بیماران
عدم احترام گذاشتن به بیمار	نگرش منفی تیم درمان و بیماران به مشارکت بیمار
ندانستن بیمار به عنوان صاحب حق	عدم آگاهی پرستاران و پزشکان از حقوق بیمار
فقدان فرهنگ مشارکت بیمار	ترس برخی کارکنان از آگاهی بیماران از حقوق خود
فقدان قدرت تصمیم‌گیری در بیماران	وجود قوانین محدودکننده بیمارستانی
عوامل مربوط به شرایط کاری پرستار (کمبود وقت، بار کاری زیاد، نوبت‌های کاری فشرده)	عواقب قانونی مشارکت بیمار برای پرستار و حس ایجاد مسؤولیت اضافی توسط پرستار
نبود جایگاه مفهوم مشارکت بیمار در درس پرستاری	سیستم نامناسب ارزشیابی پرستاران و در نظر نگرفتن بعد مشارکت بیمار
فقدان جایگاه مشارکت بیمار در تدوین برنامه مراقبت پرستاری و استقرار فرآیند پرستاری	فقدان چارچوب و راهنمایی برای مشارکت بیمار

جدول ۴- راهکارهای مربوط به ارتقای مشارکت بیمار در مراقبت‌های پرستاری

ارتقای دانش و نگرش پرستاران و پزشکان نسبت به مفهوم مشارکت بیمار اصلاح فرهنگ پزشکی و پرستار و پذیرفتن بیمار به عنوان شریک سیستم‌های درمانی ایجاد حس اعتماد و روابط متقابل بین بیمار و پرستار و پزشک برگزاری کارگاه‌های آموزشی و دوره‌های ضمن خدمت به پزشکان و پرستاران افزایش حقوق و مزایا و افزایش تعداد پرستاران	راهکارهای مربوط به پزشک و پرستار
ارتقای دانش و نگرش بیماران نسبت به مفهوم مشارکت بیمار تقویت قدرت تصمیم‌گیری مردم در زمینه مدیریت سلامت خود تبلیغ مفهوم مشارکت بیمار در رسانه‌های جمعی با هدف افزایش آگاهی مردم از حقوق خود کاهش محدودیت‌های بیمارستانی برای محدود نکردن مشارکت بیمار در بیمارستان و توسعه کاربرد آن در تمامی مراحل قبل و بعد بیمارستانی وضع قوانینی که عواقب قانونی مربوط به مشارکت بیمار در مراقبت‌های پرستاری را از بین ببرد. وارد کردن مفهوم مشارکت بیمار در سیستم ارزشیابی کادر بهداشتی همکاری تمام اعضای حرف بهداشتی در مشارکت بیمار (نه فقط پرستار) افزایش امکانات بیمارستانی اجرای اقداماتی جهت بهبود دیدگاه مردم به پرستاری جهت افزایش اعتماد بیماران به پرستاران وضع سیستمی با هدف پاسخگو کردن پرستاران و پزشکان در مورد اجرا یا عدم اجرای مشارکت بیمار اصلاح فرهنگ سازمانی و تعریف مفهوم مشارکت بیمار در ساختار سازمانی الزام وجود برهه‌های مشارکت بیمار در بالاسر بیمار	راهکارهای مربوط به بیمار
وارد کردن مفهوم مشارکت بیمار در آموزش تدوین فرآیند پرستاری و طراحی برنامه مراقبتی وارد کردن مفهوم مشارکت بیمار در دروس داخلی- جراحی و سالمندان تأکید بر نقش کلیدی بیمار در فرآیند مراقبت و درمان در آموزش بالینی	راهکارهای مربوط به آموزش دانشجویان

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف تبیین تجارب پرستاران در مورد مشارکت بیمار در مراقبت‌های پرستاری و عوامل مربوط به آن انجام گرفت. یافته‌های این مطالعه در بردارنده چهار طبقه اصلی مشتمل بر ارایه اطلاعات، دخیل نمودن در تصمیم‌گیری، همکاری و احترام بود. مشارکت بیمار از دیدگاه پرستاران به صورت «یک فرآیند تعاملی تصمیم‌گیری و همکاری بین پرستار و مددجو توأم با تبادل اطلاعات، احترام و کسب اجازه از بیمار» تعریف شد. در پژوهشی در سوئد نیز مشارکت بیمار به عنوان مفهومی شناخته شد که شامل

سه مقوله علم مراقبتی (یادگیری)، رابطه مراقبتی و رابطه متقابل) بود (۲۴). در پژوهشی دیگر در سال ۲۰۱۵، مشارکت بیمار از دیدگاه پرستاران به عنوان فرآیند انتقال اطلاعات به بیماران، ارتباط و پیروی از دستورات کادر درمان تعریف شد (۲۵). مطالعه Oxelmark و همکاران نیز نشان داد که مشارکت بیمار به معنی گوش دادن به صحبت‌های بیمار، شرکت دادن بیمار، دادن برخی مسؤلیت‌ها به بیمار و تقسیم قدرت و همکاری با بیماران است (۲۶). پرستاران در مطالعه حاضر چهار مؤلفه برقراری ارتباط خوب، ارایه اطلاعات به بیماران، آگاه کردن بیماران از حقوق خود و

راستا دست یافتند (۱۱). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مشارکت بیمار مفهومی است که میزان آن بسته به شرایط گوناگون تغییر می‌کند و یک امر ثابت و لایتغیر نیست.

همچنین پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه به آثار و پیامدهای مثبت مشارکت بیمار در مراقبت‌های پرستاری هم برای بیمار و هم برای پرستار اذعان داشتند. نتایج مطالعه Ding و همکاران نشان داد که مشارکت بیمار باعث افزایش رضایت شغلی، تعامل حرفه‌ای و رفتارهای یاری‌رسان پرستار می‌شود (۴) که در راستای نتایج مطالعه حاضر است. وحدت و همکاران و Phillips و همکاران نیز در مطالعه خود به پیامدهای مثبت مشارکت بیمار هم برای بیمار و هم برای پرستار مشابه آنچه در مطالعه حاضر ذکر شد، دست یافتند (۱۱ و ۱۲). Yang و Wu نیز در مطالعه خود مشارکت بیمار را به عنوان متغیر پیش‌بینی‌کننده قرارداد روانی و اعتماد بیمار دانستند (۱۵). منظور از قرارداد روانی، باورهای فردی است که به وسیله سازمان شکل می‌گیرد و راجع به شرایط مبادله‌ای است که بین کارکنان و سازمان صورت می‌گیرد. در صورتی که فرد احساس کند در این مبادله انتظاراتش برآورده نشده و سازمان به طریق مناسب با وی رفتار نکند، اعتمادش به سازمان کم شده و تعهداتش در قبال سازمان رو به کاستی می‌رود (۲۹). اگرچه تأثیر مثبت مشارکت بیمار بر رضایت بیمار در محیط‌ها و نمونه‌های گوناگون تأیید شده است، اما چند مطالعه نتایج معناداری را در این رابطه نشان نداده است (۳۰ و ۳۱).

پرستاران در این مطالعه اظهار کردند که موانع و چالش‌های موجود در زمینه مشارکت

ایجاد حس اعتماد را به عنوان پیش‌نیازها یا پیش‌آیندهای مشارکت بیمار بیان کردند. در همین راستا Splaine Wiggins در مطالعه خود پیشنهاد کرد که پرستاران برای اجرای مشارکت بیمار نیاز به اشتراک گذاشتن مسئولیت، اطلاعات و تصمیم‌گیری دارند که جزء ویژگی‌های اصلی مشارکت بیمار است (۲۷). همچنین Nilsson و همکاران جوهره مشارکت بیمار را یادگیری، برقراری ارتباط درمانی و تعامل بیان کردند و وجود دانش، مهارت و نگرش را برای مشارکت فعالانه بیمار در همکاری با مراقبت‌دهنده ضروری دانستند (۲۴). با توجه به نتایج مطالعه حاضر در زمینه دیدگاه پرستاران نسبت به مشارکت بیمار و مروری بر نتایج مطالعات مختلف می‌توان اذعان کرد که مشارکت بیمار یک فرآیند است که در آن به برقراری ارتباط، به اشتراک گذاشتن اطلاعات و افزایش دانش بیمار، دادن حق انتخاب و تصمیم‌گیری به بیمار تأکید شده است. بنابراین پرستاران و سایر مشاغل مراقبتی برای اجرای مشارکت بیمار، بایستی به این مؤلفه‌ها آگاهی داشته باشند.

پرستاران در این مطالعه بیان کردند که عوامل مختلفی از جمله عوامل مربوط به بیمار، عوامل مربوط به بیماری و عوامل مربوط به تیم درمان بر میزان مشارکت بیمار تأثیرگذار هستند. مطالعه سلیمانی و همکاران نشان داد که نگرش مثبت پرستاران به ظرفیت‌های بیماران و روابط صمیمانه آن‌ها، مشارکت بیمار را ارتقا می‌دهد (۲۸). وحدت و همکاران نیز در مطالعه مروری خود که مشتمل بر ۳۵ مقاله بود، به نتایج مشابه نتایج مطالعه حاضر در این

شرکت‌کننده در این مطالعه در سطوح مختلف فردی و سازمانی می‌تواند گامی جهت ارتقای مشارکت بیمار باشد.

این پژوهش به بررسی مشارکت بیمار از دیدگاه پرستاران پرداخت که توصیه می‌شود مفهوم مشارکت بیمار از دیدگاه حرفه‌های بهداشتی دیگر بخصوص پزشکان و بیماران مورد بررسی قرار گیرد. همچنین دیدگاه پرستاران از طریق مصاحبه و جلسات گروه متمرکز جمع‌آوری گردید که شاید انعکاس واقعی رفتارهای آن‌ها نباشد. لذا استفاده از روش‌های دیگر جمع‌آوری داده‌ها توصیه می‌گردد.

به طور کلی در این مطالعه مشارکت بیمار از دیدگاه پرستاران مفهومی بود که به عنوان یک فرآیند تعاملی، تصمیم‌گیری و همکاری بین پرستار و مددجو با تأکید بر تبادل اطلاعات، احترام و کسب اجازه از بیمار تعریف شد. همچنین عوامل تأثیرگذار بر مشارکت بیمار، پیامدهای مثبت مشارکت بیمار، موانع مشارکت بیمار و راهکارهای ارتقای مشارکت بیمار به عنوان بخشی از نتایج مطالعه حاضر بودند. از آن‌جا که مفهوم مشارکت بیمار به عنوان یک مفهوم پیچیده و مبهم است، نتایج این مطالعه می‌تواند اطلاعات مفیدی را برای اجرای مشارکت بیمار فراهم آورد. همچنین به دلیل این که امروزه مشارکت بیمار به عنوان حق قانونی بیمار و نیز به عنوان استاندارد طلایی بین‌المللی سیستم‌های مراقبت سلامت در نظر گرفته می‌شود، بنابراین پرستاران و سایر مشاغل مراقبتی، سیاست‌گذاران سیستم سلامت و مراکز دانشگاهی می‌توانند از این نتایج در

بیمار در مراقبت، مانع اجرای آن در سیستم‌های مراقبتی می‌شود. Angel و Frederiksen در مطالعه مروری خود با استناد به مواردی چون: تعاملات منفی پرستاران، عامل کمبود زمان، عامل کمبود دانش و اطلاعات در بیماران، عوامل مرتبط با توانایی بیماران مانند محدودیت مهارت‌های فیزیکی، ادراک، توجه، حافظه و زبان، نگرش منفی پرستار و ارزش قایل نشدن به مشارکت بیمار، چالش‌های مربوط به مشارکت بیمار را در پنج دسته ارتباط بین بیمار و پرستار، زمان، دانش، وضعیت بیمار و نگرش پرستار بیان کرد (۱۰). Kolovos و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که با وجود مشارکت متوسط بیمار در طول مراقبت‌های پرستاری، در فرآیند تصمیم‌گیری تمایل به رویکرد آمرانه (استبدادی) حکمفرما بوده است (۲۵). مطالعات مشابه دیگری تفاوت در میزان آگاهی بیماران از حقوق خود را به عنوان عاملی برای تعیین سطح دخالت بیماران در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با مراقبت بیان کردند (۳۲). Tobiano و همکاران در مطالعه مروری خود به چالش‌ها و راهکارهایی مشابه مطالعه حاضر دست یافتند (۳۳).

با توجه به نتایج مطالعه حاضر در مورد موانع مشارکت بیمار، مرور مقالاتی که میزان مشارکت بیمار را در بیمارستان‌های ایران پایین گزارش کرده است و همچنین مسائلی که شاید ناشناخته باقی مانده است، دستیابی به مفهوم مورد مطالعه یعنی مشارکت بیمار در مراقبت‌های پرستاری مشکل به نظر می‌رسد. راهکارهای آرایه شده توسط پرستاران

بهبود و ارتقای مشارکت بیمار در مراقبت بهره جویند.

پزشکی تبریز مورد حمایت قرار گرفته است. پژوهشگران از تمامی مسئولان دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، همچنین از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش که با صرف وقت بسیار، علاقه‌مندانه در مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی شرکت نمودند و نظرات و تجارب خود را در اختیار پژوهشگران قرار دادند، نهایت تشکر و سپاسگزاری را می‌نماید.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاهی با کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1398.919 و کد گرنت ۶۴۰۰۷ می‌باشد که توسط دانشگاه علوم

منابع

- 1 - Sahlsten MJ, Larsson IE, Lindencrona CS, Plos KA. Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2005; 14(1): 35-42. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00957.x.
- 2 - Delnoij D, Hafner V. Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks. World Health Organisation Regional Office for Europe; 2013.
- 3 - Eldh AC, Ekman I, Ehnfors M. Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nursing Ethics*. 2006; 13(5): 503-14. doi: 10.1191/0969733006nej898oa.
- 4 - Ding B, Liu W, Tsai SB, Gu D, Bian F, Shao X. Effect of patient participation on nurse and patient outcomes in inpatient healthcare. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Apr 15; 16(8): E1344. doi: 10.3390/ijerph16081344.
- 5 - Ministry of Health and Medical Education. [Patient's right charter in Iran]. Available at: <http://behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=291&pageid=34985>. Accessed July 22, 2013. (Persian)
- 6 - Ralii F, Soleimani M, Seyed-Fatemi N. [Concept analysis of participation of patient with chronic disease: use of hybrid model]. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2010; 23(67): 35-48. (Persian)
- 7 - Tutton EM. Patient participation on a ward for frail older people. *J Adv Nurs*. 2005 Apr; 50(2): 143-52. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03373.x.
- 8 - Bauman AE, Fardy HJ, Harris PG. Getting it right: why bother with patient-centred care?. *Med J Aust*. 2003 Sep 1; 179(5): 253-6. doi: 10.5694/j.1326-5377.2003.tb05532.x.
- 9 - Castro EM, Van Regenmortel T, Vanhaecht K, Sermeus W, Van Hecke A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. *Patient Educ Couns*. 2016 Dec; 99(12): 1923-1939. doi: 10.1016/j.pec.2016.07.026.
- 10 - Angel S, Frederiksen KN. Challenges in achieving patient participation: a review of how patient participation is addressed in empirical studies. *Int J Nurs Stud*. 2015 Sep; 52(9): 1525-38. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.04.008.
- 11 - Vahdat S, Hamzehgardeshi L, Hessam S, Hamzehgardeshi Z. Patient involvement in health care decision making: a review. *Iran Red Crescent Med J*. 2014 Jan; 16(1): e12454. doi: 10.5812/ircmj.12454.
- 12 - Phillips NM, Street M, Haesler E. A systematic review of reliable and valid tools for the measurement of patient participation in healthcare. *BMJ Qual Saf*. 2016 Feb; 25(2): 110-7. doi: 10.1136/bmjqs-2015-004357.
- 13 - Hardyman W, Daunt KL, Kitchener M. Value co-creation through patient engagement in health care: a micro-level approach and research agenda. *Public Management Review*. 2015; 17(1): 90-107. doi: 10.1080/14719037.2014.881539.
- 14 - Liang C, Gu D, Tao F, Jain HK, Zhao Y, Ding B. Influence of mechanism of patient-accessible hospital information system implementation on doctor-patient relationships: a service fairness perspective. *Information & Management*. 2017 Jan; 54(1): 57-72. doi: 10.1016/j.im.2016.03.010.

- 15 - Yang T, Wu Y. A study on the influence of patient participation on patient trust-based on sample survey in China. *Front Psychol*. 2018 Nov 14; 9: 2189. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02189.
- 16 - Chewing B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2012 Jan; 86(1): 9-18. doi: 10.1016/j.pec.2011.02.004.
- 17 - Aghebati N, Ahmadi F, Tirgari B. [Patients participation in health care decision making (patient perspective)]. *Journal of Kerman, Razi of Nursing and Midwifery Faculty*. 2006; 6(12): 15-23. (Persian)
- 18 - Rahmani A, Gahramanian A, Mohajjalghdam AR, Allahbakhshian A. [Perception of patients regarding respecting to their autonomy during nursing care in hospitals affiliated to Tabriz university of medical sciences]. *Iranian Journal of Nursing Research (IJNR)*. 2008; 3(8,9): 7-14. (Persian)
- 19 - Dadashi M, Andarz Habibi R, Habibi Moghaddam A, Jeylani M. [Patients' satisfaction of observing patients' right charter in private clinics]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2010; 3(5): 61-68. (Persian)
- 20 - Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005 Nov; 15(9): 1277-88. doi: 10.1177/1049732305276687.
- 21 - Khosravi Sh, Abed Saeedi Zh. [Focus group, a data gathering method]. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2011; 23(68): 19-30. (Persian)
- 22 - Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004 Feb; 24(2): 105-12. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.
- 23 - Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. 1st ed. Beverly Hills, Calif. : Sage Publications; 1985.
- 24 - Nilsson M, From I, Lindwall L. The significance of patient participation in nursing care - a concept analysis. *Scand J Caring Sci*. 2019 Mar; 33(1): 244-251. doi: 10.1111/scs.12609.
- 25 - Kolovos P, Kaitelidou D, Lemonidou C, Sachlas A, Zyga S, Sourtzi P. Patient participation in hospital care: nursing staffs' point of view. *Int J Nurs Pract*. 2015 Jun; 21(3): 258-68. doi: 10.1111/ijn.12242.
- 26 - Oxelmark L, Ulin K, Chaboyer W, Bucknall T, Ringdal M. Registered nurses' experiences of patient participation in hospital care: supporting and hindering factors patient participation in care. *Scand J Caring Sci*. 2018 Jun; 32(2): 612-621. doi: 10.1111/scs.12486.
- 27 - Splaine Wiggins M. The partnership care delivery model: an examination of the core concept and the need for a new model of care. *J Nurs Manag*. 2008 Jul; 16(5): 629-38. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00900.x.
- 28 - Soleimani M, Rafii F, Seyedfatemi N. Participation of patients with chronic illness in nursing care: an Iranian perspective. *Nurs Health Sci*. 2010 Sep 1; 12(3): 345-51. doi: 10.1111/j.1442-2018.2010.00536.x.
- 29 - Rousseau DM. *Psychological contract inventory, technical report*. Heinz School of Public Policy and Graduate School of Industrial Administration Carnegie Mellon University Pittsburgh, Pennsylvania 15213 USA, 2000.
- 30 - Dwight-Johnson M, Unutzer J, Sherbourne C, Tang L, Wells KB. Can quality improvement programs for depression in primary care address patient preferences for treatment?. *Med Care*. 2001 Sep; 39(9): 934-44. doi: 10.1097/00005650-200109000-00004.
- 31 - Loh A, Leonhart R, Wills CE, Simon D, Harter M. The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Educ Couns*. 2007 Jan; 65(1): 69-78. doi: 10.1016/j.pec.2006.05.007.
- 32 - Manouchehri H, Zagheri-Tafreshi M, Nasiri M, Ashrafi H. [Patients participation in health care decision makings in hospitals affiliated with saveh school of medical sciences, 2016]. *Journal of Health and Care*. 2018; 19(4): 251-61. (Persian)
- 33 - Tobiano G, Marshall A, Bucknall T, Chaboyer W. Patient participation in nursing care on medical wards: an integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2015 Jun; 52(6): 1107-20. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.010.

Nurses' experiences of patient participation in nursing care and its related factors: A qualitative content analysis

Samira Orujlu; Vahid Zamanzadeh; Leila Valizadeh; ;

Abstract

Article type:
Original Article

Received: Oct. 2019
Accepted: Dec. 2019
e-Published: 26 Jan. 2020

Background & Aim: Patient participation is an important component of the patient-centered care approach and part of patients' rights, with positive outcomes for the health care system. The aim of this study was to explore the nurses' experiences of patient participation in nursing care and its related factors.

Methods & Materials: This qualitative study was carried out with the participation of 18 nurses working in educational hospitals of Tabriz in 2019. The purposeful sampling through semi-structured interviews and focus group sessions was used to collect the data. Data analysis was performed using conventional content analysis. To achieve the accuracy of the data, the Lincoln and Guba criteria were used.

Results: Analysis of the data resulted in four main categories "giving information, decision-making, collaboration and respect". The patient's participation from the nurses' perspectives was: an interactive process of decision-making and collaboration between the nurse and the patient with the exchange of information, respect, and permission from the patient. The results also included the prerequisites, domains, outcomes, barriers, and solutions for patient participation in nursing care.

Conclusion: Patient participation today is considered the legal right of the patient and also the gold standard of international health care systems. So nurses, health system policy makers, patients and academic centers can use these results to improve patient participation in the care.

Corresponding author:
Leila Valizadeh
e-mail:
valizadehl@tbzmed.ac.ir

Key words: patient participation, nursing care, nurse

Please cite this article as:

- Orujlu S, Zamanzadeh V, Valizadeh L. [Nurses' experiences of patient participation in nursing care and its related factors: A qualitative content analysis]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2020; 25(4): 401-414. (Persian)

* Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

** Dept. of Pediatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran