

Original Article

بررسی تاثیر بسته کمک به تصمیم‌گیری بر درمان انتخاب شده توسط بیماران مبتلا به سرطان پستان و پیامدهای آن

شهرزاد غیاثوندیان، سیده نرجس موسوی زاده^{*}، ناهید دهقان نیری، حمید حقانی

گروه پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۵/۱۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۱/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: یکی از اصول اساسی حمایت از بیمار، اعطای حق وی؛ در تصمیم‌گیری برای سلامت خویش است. در این پژوهش تاثیر بکارگیری بسته‌ی کمک به تصمیم‌گیری بر انتخاب درمان و پیامدهای تصمیم‌گیری توسط بیماران مبتلا به سرطان پستان است؛ که در این مقاله مراحل اولیه‌ی آن بررسی گردیده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر؛ از نوع «کارآزمایی بالینی»، بر روی ۳۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان مرحله ۱ یا ۲ بیماری، مراجعه کننده به «انستیتو کانسر» بیمارستان امام خمینی (ره) تهران انجام گرفت. مراجعان به طور تصادفی در دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه مداخله بسته‌ی کمک به تصمیم‌گیری را دریافت کردند و در گروه کنترل روش «مراقبت روتین» انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل سه پرسشنامه: اطلاعات دموگرافیک، روش درمانی و تضاد تصمیم‌گیری، رضایت یا پشیمانی از تصمیم بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها؛ به کمک نرم افزار spss نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری فیشر و تی مستقل انجام گردید.

نتایج: نوع گزینه درمانی انتخابی بیماران، مشارکت در تصمیم‌گیری و تضاد در تصمیم‌گیری، بین دو گروه اختلاف معنی‌دار داشت ($p < 0.05$). رضایت یا پشیمانی از تصمیم بین دو گروه، اختلاف معنی‌دار نداشت ($P = 0.087$).

نتیجه‌گیری: در روند درمان ملاحظه گردید؛ مداخله کمک به تصمیم‌گیری، با مشارکت دادن بیماران در تصمیم‌گیری درمانی مربوط به خود، باعث بهبود آگاهی بیماران، احساس اطمینان برای شروع درمان و انتخاب گزینه درمانی منطبق با ارزش‌ها و الویت‌های آنان گردید.

کلمات کلیدی: کمک به تصمیم‌گیری، سرطان پستان، انتخاب مراقبت پزشکی، پیامدهای تصمیم‌گیری.

مقدمه

در کشور ما؛ به رغم تصویب «منشور حقوق بیمار» توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۱؛ هنوز این حقوق نزد برخی عوامل به درستی شناخته و پذیرفته نشده است (۳). به گونه‌ای که دیده می‌شود، در اغلب مواقع اعضای تیم درمان به تنهایی برای بیمار تصمیم‌گیری کرده و او نیز با اعتماد به آن‌ها این تصمیم‌گیری‌ها را می‌پذیرد؛ در حالی که در تعاریف جدید از حقوق بیمار، تغییرات اساسی در برداشت عمومی از نقش بیمار، حیطة اختیارات و تصمیم‌گیری بیماران به وجود آمده است (۴). به لحاظ حقوقی؛ این بیمار است که باید پیش از امضای رضایت نامه؛ نسبت به مداخله مقرر اطلاع کافی کسب نموده و سپس آن را تأیید نماید (۵).

بر اساس یک مطالعه ۷۴٪ اساتید و رزیدنت‌های بیمارستان‌های آموزشی شیراز؛ تشخیص بیماری مزمن لاعلاج را به هیچ وجه به بیمار خود اطلاع نمی‌دهند و بیماران از پیش‌آگهی بیماری و تصمیماتی که برای آن‌ها گرفته می‌شود بی‌اطلاعند (۶). در مطالعه دیگری که روی ۲۰۰ بیمار بستری در بیمارستان‌های آموزشی تهران انجام شد، تنها ۴۱ درصد ایشان از اطلاعاتی که در مورد بیماریشان داده شده بود اظهار

سیستم بهداشت و درمان در کشور ما؛ ایران اسلامی؛ مانند سایر سیستم‌های بهداشتی درمانی جهان؛ برای اطمینان از اینکه مراقبت‌های سلامت، با بالاترین استانداردهای مراقبت ممکن به جامعه ارائه می‌شود؛ به سمت «حاکمیت بالینی» حرکت نموده است. در این نظام؛ بیماران و مشتریان در قلب فرآیندها قرار گرفته و تلاش می‌شود تا با بهبود استانداردهای کار، خدماتی با کیفیت و منطبق با استانداردهای مطلوب به جامعه ارائه شود. نظام حاکمیت بالینی؛ دارای هفت محور مهم می‌باشد؛ که در محور مشارکت عمومی و بیماران (Patient and pu-lic involvement) به مسائلی نظیر؛ اهمیت ارائه مشاوره به بیماران و مدیریت خدمات ارتباطی، توجه به بیمار بعنوان شریک و درگیر کردن او در امر درمان؛ ایجاد فرهنگ انعطاف پذیر و مشارکتی پرداخته می‌شود (۱). همه می‌دانیم؛ بیماران به عنوان مصرف کنندگان خدمات بهداشتی دارای حقوقی هستند که پرستاران، پزشکان و سایر حرف بهداشتی مسئول حفظ و صیانت از آن می‌باشند. از جمله این حقوق، می‌توان به مراقبت فردی، احترام به باورها، ارزش‌ها، حق دانستن و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی اشاره نمود (۲).

* نویسنده مسئول: سیده نرجس موسوی زاده، دانشکده پرستاری و مامایی و پردیس بین الملل دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱۶۶۹۴۳۱۸۷. Email: mousavi201089@yahoo.com

بنابراین، تصمیم‌گیری‌های درمانی سرطان پستان محور توجه بوده و بیماران باید بتوانند تعادلی بین فواید بالقوه‌ی مداخلات، در برابر خطرات و اثرات جانبی آن‌ها و کاهش کیفیت زندگی ایجاد کنند (۱۳). قبل از اینکه بیماران بتوانند تصمیم مناسب بگیرند به خوبی باید آگاه شده و به طور کامل از فواید و خطرات همراه با گزینه‌های در دسترس؛ درکی درست داشته باشند (۱۴).

هر زن مبتلا به مراحل اولیه سرطان پستان (DCIS) یا مرحله I^a، I^b، I^c می‌تواند نوع جراحی پستان را که قرار است برای انجام شود انتخاب نماید. اغلب باید بین جراحی حفظ پستان (خارج کردن تومور و حفظ اکثر بافت پستان - Lumpectomy) و برداشتن کامل پستان (Mastectomy) انتخاب کنند. در صورت انتخاب روش اول، ممکن است نیاز به پرتودرمانی یا شیمی درمانی مکمل جهت اطمینان از عدم عود تومور وجود داشته باشد (نیاز به مراجعات مکرر جهت پرتو درمانی یا شیمی درمانی و نیز کنترل عوارض پروسجرها). در صورت انتخاب روش دوم، ممکن است بنا به تمایل بیمار، جراحی بازسازی پستان نیاز شود (جراحی زیبایی پرهزینه). نوع جراحی که فرد انتخاب می‌کند، بر تناسب ظاهر وی و طوری که به نظر می‌رسد؛ تاثیر دارد. نشان داده شده است؛ اکثر مبتلایان به این مراحل سرطان پستان تا مدت طولانی بعد از درمان امکان زندگی سالمی خواهند داشت. درمان معمولاً چند روز تا چند هفته پس از تشخیص شروع می‌شود. در این مدت مبتلایان باید با جراح ملاقات کرده و حقایق را درباره روش‌های مختلف جراحی بدانند و راجع به آنچه برایشان حائز اهمیت است خوب فکر کرده (سلامتی و عدم عود بیماری، تصویر ذهنی، هزینه‌ها، دسترسی به مراکز درمانی و امکان مراجعات مکرر و ...) را بررسی؛ سپس بهترین گزینه را انتخاب کنند (۱۵).

با توجه به اینکه در ایران تحقیقی در این زمینه انجام نشده بود و با علم به این که بر اساس مطالعات منتشر شده؛ زنان مبتلا به سرطان پستان نیازمند اطلاعات فراوان بوده و اغلب خواهان نقش مشارکتی در تصمیم‌گیری می‌باشند، از این رو مطالعه‌ی حاضر به بررسی تاثیر «بسته کمک به تصمیم‌گیری» بر پیامدهای تصمیم‌گیری بیماران مبتلا به سرطان پستان مراحل اولیه پرداخت تا شاید گامی در اجرای کار تیمی موفق در جهت رعایت حقوق بیماران و بالا بردن کیفیت درمان آنان برداشته شود و این امر بتواند به عنوان یک سرویس و خدمت حمایتی در کشور ما نیز مطرح گردد.

مواد و روش‌ها

نوع پژوهش «مداخله‌ای از نوع کارآزمایی بالینی» بوده و در دوره زمانی ۹۰/۹/۲۳ تا ۹۱/۱۲/۲۶ انجام شده است. نمونه‌گیری به روش آسان و در دسترس صورت گرفته است. حجم نمونه ۳۰ بیمار و جامعه‌ی پژوهش؛ بیماران مبتلا به سرطان پستان مراحل اولیه؛ مراجعه کننده به درمانگاه جراحی انستیتو کانسر بیمارستان امام خمینی دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند؛ که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بوده و با تخصیص

رضایت کردند (۷). در یکی دیگر از مطالعات که به صورت مقایسه‌ای؛ نگرش بیماران، پزشکان و پرستاران در خصوص ضرورت رعایت مفاد منشور حقوق بیمار؛ میان سه بیمارستان آموزشی، خصوصی و دولتی را بررسی نمود؛ مشخص گردید که میزان رعایت سوالات مرتبط با حق دریافت اطلاعات و حق انتخاب و تصمیم‌گیری در هر سه مدل بیمارستان به مراتب کمتر از میزان ضرورت آن خصوصاً از دیدگاه بیماران بود (۵).

شرط اول برای مشارکت در تصمیم‌گیری، «داشتن اطلاعات کافی» از روش‌ها و اقدامات پزشکی است. کمک‌های تصمیم‌گیری به بیمار (P-tient Decision Aids)، در واقع ابزارهای پشتیبانی مؤثر طراحی شده، برای ارائه‌ی اطلاعات کافی به بیماران در زمینه‌ی تصمیم‌گیری‌های مشکل‌درمانی و یا غربالگری‌اند. تلاش اصلی در کمک به تصمیم‌گیری (Decision Aid)، شفاف‌سازی سیستماتیک و بدون سوگیری اطلاعات ارائه شده به بیماران است؛ تا بر اساس ترجیحات خود تصمیم بگیرند (۸). کمک به تصمیم‌گیری (DA)، متفاوت از آموزش‌های سنتی و با تاکید بر گزینه‌های پیش رو، شرح دقیق خطرات و فواید، استفاده از احتمالات صریح و روشن و تا جایی که امکان داشته باشد؛ اضافه کردن اطلاعات خاص بیماران دیگر اقدام می‌نماید و موجب بهبود کیفیت تصمیم و دانش و اطلاعات، روشن شدن ارزش‌ها و رفع تضادهای حل نشده در تصمیم‌گیری می‌شود، که این اطلاعات می‌تواند در فرمت‌های مختلف از قبیل جزوات، رسانه‌های تعاملی، ویدیو یا نوارهای صوتی در دسترس باشد. لازم به ذکر است که این خدمات دهی؛ جایگزین مشاوره با پزشک نبوده، بلکه مکمل یا حمایت کننده آن است (۹).

McCaffery و همکاران (۲۰۰۷) در یک بررسی سیستماتیک، مداخلات کمک به تصمیم‌گیری بیمار (PDA) را بررسی کردند و نتایج چند کارآزمایی بالینی را خلاصه کردند (۱۰). بررسی مطالعه‌ها نشان داد که بیماران و پزشکانی که از کمک به تصمیم‌گیری (DA) استفاده کردند، تصمیمات بهتری گرفتند. بیماران با مشارکت بیشتر در تصمیم‌گیری‌های درمانی، بیشتر می‌دانستند و انتظارات واقعی‌تری از آنچه ممکن است اتفاق بیفتد داشتند. اغلب آن‌ها یک گزینه با ویژگی‌هایی که برای آن‌ها ارزش بیشتری داشت را انتخاب کردند. انجمن بین‌المللی کمک به تصمیم‌گیری بیمار (IPDAS)، استانداردهای کمک به تصمیم‌گیری را از سال ۲۰۰۳ به نمایندگی بیش از صد شرکت کننده از چهارده کشور جهان منتشر نموده است. ارزش استفاده از PDA امروزه در سراسر دنیا به رسمیت شناخته شده است (۱۱). بر اساس بهترین شواهد موجود از سال ۲۰۰۷، انواع PDAهای منحصر به فرد در طیف وسیعی از مناطق درمانی توسعه یافته‌اند و بیش از ده‌ها PDAی چندزبانه در حال حاضر برای دانلود و استفاده‌های درمانی مرتبط، در فضای الکترونیکی قابل دسترسی می‌باشند. همچنین شواهد موجود، حاکی از آن است که در ایالات متحده آمریکا، قانون الزامی بودن استفاده از این مداخلات در حال توسعه یافتن است (۱۲).

موثرترین گزینه‌های کنونی مداخله برای کنترل پیشرفت و درمان سرطان پستان که شایع‌ترین سرطان و دومین سرطان کشنده در زنان است و عملاً هر زن در معرض خطر ابتلا به آن است؛ شامل شیوه‌های تهاجمی است. این گزینه‌ها دارای خطرات ناشی از عوارض جانبی جدی بوده و ممکن است به طور دائم کیفیت زندگی فرد را تغییر دهند.

1. Ductal Carcinoma In Situ

- ۲- اندازه تومور کمتر از 2cm، بدون انتشار به گره‌های لنفاوی و سایر قسمت‌ها
- ۳- اندازه تومور 2-5cm، گسترش به غدد لنفاوی زیر بغل
- ۴- تومور بزرگتر از 5cm، و به غدد لنفاوی زیر بغل رسیده است

منابع، کتب و مقالات مختلف (۱۲، ۱۰، ۷) و نظرات اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی تهران استفاده گردید. برای روایی مقیاس اندازه‌گیری تضاد تصمیم‌گیری و پشیمانی از تصمیم‌گیری، با استفاده از روش ترجمه باز ترجمه، تطبیق فرهنگی و سنجش استفهام مبتلایان، نسخه فارسی پرسشنامه مذکور تهیه گردید. جهت روایی صوری ابزار در اختیار ۱۰ بیمار مبتلا به سرطان پستان قرار گرفت و تغییرات لازم صورت گرفت. برای پایایی از «روش بازآزمایی» استفاده شد و ابزار در اختیار ۱۰ بیمار قرار گرفت و مجدداً دو هفته بعد به آنان داده شد و ضریب آلفای کرونباخ محاسبه گردید که

$$n = \frac{(z_{(1-\frac{\alpha}{2})} + z_{(1-\beta)})^2 \times (s_1^2 + s_2^2)}{d^2}$$

برای پرسشنامه تضاد و تردید در تصمیم‌گیری معادل ۰/۹۴ و برای پرسشنامه پشیمانی از تصمیم‌گیری معادل ۰/۹ به دست آمد.

جهت اجرای تحقیق، پژوهشگر با در دست داشتن معرفی نامه به مرکز مربوطه مراجعه نموده و پس از کسب اجازه از مدیریت مرکز، با همکاری پزشک متخصص جراحی پستان، نمونه‌های واجد شرایط را انتخاب و پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و مشخصات بیماری را تکمیل نمود. بیماران گروه مداخله پس از مشاوره با پزشک، بسته کمک به تصمیم‌گیری شامل کتابچه اطلاعاتی، سی دی صوتی و کار برگ شخصی را دریافت کردند. کتابچه حاوی اطلاعات کلیدی مربوط به بیماری، گزینه‌های درمانی، مزایا و معایب هر روش درمانی و اثرات آن بر روی بیمار، بقا و کیفیت زندگی و نیازهای اطلاعاتی بیماران برای تصمیم‌گیری بوده و بیماران را بین دو گزینه درمانی (ماسکتومی یا لامپکتومی همراه با رادیوتراپی) هدایت می‌نمود. سی دی صوتی مکمل کتابچه بوده و در مدت ۲۰ دقیقه، در قالب روایت؛ به ارائه‌ی جزئیات بیشتر در مورد کتابچه و نکات مهم اطلاعاتی آن جهت جلب توجه بیماران پرداخته و کار برگ شخصی برای یادداشت کردن تصمیم نهایی و هر نوع سوال، نظریا ابهام احتمالی بیماران پس از مطالعه بسته اطلاعاتی بود. در زمان تحویل بسته، اطلاعات موجود در کتابچه و سی دی توسط پژوهشگر برای هر بیمار شرح و آموزش چهره به چهره داده می‌شد. از بیماران خواسته شد حداکثر ۴-۱ روز بعد از مطالعه بسته و مشورت با افراد مورد اعتماد، به پزشک مراجعه نموده و نظر قطعی خود را در مورد نوع درمان اعلام کنند. در طول این مدت پیگیری تلفنی توسط پرستار طرح پرستار طرح؛ جهت جلوگیری از خروج نمونه‌ها و پاسخ به سوالات و ابهامات آنان (بخصوص برای بیماران کم سواد و بیمارانی که امکان استفاده از سی دی در منزل را نداشتند) یک‌بار برای هر بیمار انجام گرفت. در بازدید، پرسشنامه مربوط به روش درمانی انتخابی بیمار و تضاد و تردید در تصمیم‌گیری تکمیل گردید. ۸ هفته پس از شروع درمان، پرسشنامه پشیمانی یا رضایت از تصمیم‌گیری با هماهنگی بیماران تکمیل گردید. گروه کنترل مراقبت‌ها و روش روتین درمانی را دریافت کردند و پرسشنامه‌ها به همان ترتیب تکمیل گردیدند. جهت انجام تجزیه و تحلیل آماری داده‌های به دست آمده، از نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری فیشر و تی مستقل استفاده گردید.

تصادفی در دو گروه مداخله (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. تعداد نمونه‌ی لازم با توجه به نتایج مطالعه Wakefield و همکاران (۲۰۰۷) که بیانگر انحراف معیار کمک به تصمیم‌گیری بیماران در گروه مداخله ۰/۹ و در گروه کنترل ۱/۱ در سطح اطمینان ۰/۹۵ و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۸ است (۱۶)، و با فرض اینکه کمک به تصمیم‌گیری بیماران مبتلا به سرطان مراحل اولیه بتواند حداقل $Id=1$ نمره بر پیامدهای تصمیم‌گیری تأثیر داشته باشد تا این تأثیر از نظر آماری معنی‌دار تلقی گردد، پس از مقدار گذاری در فرمول زیر حجم نمونه لازم در هر گروه $n=15$ برآورد گردید.

$$n = \frac{(1.96 + 0.84)^2 \times ((1.1)^2 + (0.9)^2)}{(1)^2} = 15$$

معیارهای ورود نمونه‌ها شامل: ابتلا به مرحله بالینی I یا II سرطان جدید پستان که توسط سیتولوژی و یا بررسی بافت شناسی تایید شده باشد و واجد شرایط درمان با ماسکتومی یا لامپکتومی باشند، نداشتن سابقه سرطان قبلی، نداشتن بیماری جدی غیر بدخیم مانند بیماری قلبی عروقی، تنفسی، کلیوی، که مانع جراحی قطعی باشد. نداشتن بی‌کفایتی ذهنی شامل هر نوع اختلال روانی تشخیص داده شده و یا اعتیاد که مانع شرکت در فرایند تصمیم‌گیری مشترک و پایبندی به پروتکل و دادن رضایت آگاهانه برای شرکت در این مطالعه باشد. داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن زبان گویش فارسی. ارائه‌ی معرفی نامه کتبی از سوی پژوهشگر، تأکید به اختیاری بودن شرکت در پژوهش برای بیماران، عدم ثبت نام و نام خانوادگی و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و در صورت تمایل؛ در اختیار گذاشتن نتایج پژوهش، با هدف در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی انجام شده است. روش گردآوری اطلاعات، خودگزارش دهی و مطالعه گزارش پاتولوژی بیماران، با تکنیک مصاحبه حضوری و ثبت اطلاعات در پرسشنامه بوده است. از سه پرسشنامه استفاده گردیده: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به بیماری محقق ساخته، پرسشنامه روش درمانی و تضاد و تردید در تصمیم‌گیری (Decisional Conflict Scale) اوکانر، شامل یک سوال در مورد روش درمانی انتخابی بیمار، یک سوال در مورد فرد تصمیم‌گیری کننده برای بیمار (خود بیمار یا پزشک) و ۱۶ سوال در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از عدد ۰ به معنی کاملاً موافق تا عدد ۴ به معنی کاملاً مخالف، که عدم اطمینان بیمار در انتخاب یکی از گزینه‌ها، عوامل موثر در عدم قطعیت مانند احساس ناآگاهی در مورد مزایا و خطرات هر روش درمانی، ارزش‌های فردی، حمایت اجتماعی و درک تصمیم‌گیری مناسب را نشان می‌دهند، امتیاز ۰ به معنی نداشتن تضاد در تصمیم‌گیری و امتیاز ۴ به معنی داشتن بیشترین تضاد و دودلی در تصمیم‌گیری می‌باشد. پرسشنامه پشیمانی یا رضایت از تصمیم گرفته شده (Decisional Regret Scale) اوکانر، با ۵ سوال در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای که از عدد ۱ به معنی کاملاً موافق تا عدد ۵ به معنی کاملاً مخالف نمره گذاری شده‌اند و سوال ۲ و ۴ بصورت معکوس نمره بندی می‌شوند، بیشترین نمره نشان دهنده بیشترین پشیمانی خواهد بود. برای روایی ابزار گردآوری اطلاعات محقق ساخته، از روایی محتوی استفاده شد، به این ترتیب که از

نتایج

در این مطالعه بر حسب معیارهای ورود و خروج، ۳۰ بیمار از ابتدا وارد مطالعه شدند که تمام این افراد مطالعه را به اتمام رساندند. در واقع میزان مشارکت افراد در مطالعه حاضر ۱۰۰٪ بود و هیچگونه ریزشی وجود نداشت. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش نشان داد که دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک و مرحله بیماری، قبل از مداخله، همگن و یکسان بودند. از نظر سن، بیشترین تعداد بیماران این مطالعه را محدوده سنی بالای ۵۰ سال تشکیل داده بودند. بیشتر بیماران هر دو گروه متاهل و خانه دار بودند و سطح تحصیلات خواندن و نوشتن داشتند. اکثریت بیماران وضعیت اقتصادی متوسط داشتند و طبق گزارش پاتولوژی تومور پستانی مرحله ۲ داشتند. بیشتر بیماران سابقه ابتلا به سرطان پستان در خانواده خود نداشتند و سابقه آموزش رسمی یا آگاهی قبلی در مورد بیماری سرطان پستان نداشتند (جدول شماره ۱).

روش درمانی لامپکتومی همراه با رادیوتراپی را انتخاب کردند (۶۶٪). در بررسی مشارکت بیماران در فرآیند تصمیم‌گیری با استفاده از آزمون فیشر، در دو گروه تفاوت معنی‌دار مشاهده شد ($P < 0.001$). به طوری که در گروه مداخله اکثریت بیماران (۸۶٪) نقش فعال در تصمیم‌گیری در مورد انتخاب گزینه درمانی خود داشتند، در حالی که اکثریت بیماران گروه کنترل (۸۶٪) نقشی در تصمیم‌گیری درمانی خود نداشتند و پزشک به جای آنان تصمیم‌گیری کرده بود.

در جدول ۳، توزیع فراوانی امتیازات پشیمانی از تصمیم‌گیری در دو گروه مداخله و کنترل نشان داده شده است. بررسی پشیمانی از تصمیم‌گیری هشت هفته پس از تصمیم‌گیری و شروع درمان، با استفاده از آزمون t-test بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نشان نداد ($p = 0.087$). به طوری که پشیمانی یا رضایت از تصمیم گرفته شده در هیچ یک از آیت‌ها، بین دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت.

جدول ۱ - مقایسه ویژگی‌های دموگرافیک دو گروه مداخله و کنترل

مشخصات	گروه		مداخله		کنترل	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
سن: بالاتر از ۵۰	۶	۴۰	۵	۳۳٫۳	۵	۳۳٫۳
تاهل: متاهل	۱۱	۷۳٫۳	۱۲	۸۰	۱۲	۸۰
تحصیلات: خواندن و نوشتن	۷	۴۶٫۷	۷	۴۶٫۷	۷	۴۶٫۷
وضعیت اشتغال: خانه دار	۱۴	۹۳٫۳	۱۴	۹۳٫۳	۱۴	۹۳٫۳
وضعیت اقتصادی: متوسط	۱۰	۶۶٫۷	۱۰	۶۶٫۷	۱۰	۶۶٫۷
مرحله بالینی بیماری: مرحله ۲	۱۲	۸۰	۹	۶۰	۹	۶۰
عدم سابقه ابتلا به سرطان پستان در خانواده	۹	۶۰	۱۳	۸۶٫۷	۱۳	۸۶٫۷
عدم سابقه آگاهی یا آموزش قبلی در مورد بیماری	۸	۵۳٫۳	۹	۶۰	۹	۶۰

بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر؛ بررسی تأثیر بسته کمک به تصمیم‌گیری بیماران مبتلا به سرطان پستان مراحل اولیه بر انتخاب گزینه درمانی و پیامدهای تصمیم‌گیری (شامل میزان مشارکت در تصمیم‌گیری، تضاد در تصمیم‌گیری، پشیمانی یا رضایت از تصمیم‌گیری درمانی) بوده است. نتایج نشان داده است که اکثریت واحدهای مورد مطالعه گروه مداخله، روش درمانی ماستکتومی را انتخاب کردند، در حالی که اکثریت واحدهای مورد مطالعه گروه کنترل، روش درمانی لامپکتومی همراه با رادیوتراپی را انتخاب نموده‌اند. در مطالعه کارآزمایی بالینی که توسط Whelan و همکاران در سال ۲۰۰۴ جهت کمک به تصمیم‌گیری در بیماران مبتلا به سرطان پستان گرید I و II انجام شد (۱۷)، اکثریت واحدهای مورد مطالعه گروه مداخله (۹۴٪) ماستکتومی را انتخاب کردند و اکثریت بیماران گروه کنترل (۷۶٪) لامپکتومی را انتخاب کردند و از این نظر بین دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت ($p = 0.003$) در حالی که با توجه به شواهد، بیماران قبل از مداخله روش‌های کمتر تهاجمی را ترجیح می‌دهند، به نظر می‌رسد علت تأثیر مداخله بر انتخاب این نوع درمان توسط بیماران، تفاوت بیماران گروه مداخله از نظر داشتن اطلاعات بالا در مورد مزایای روش‌های

با توجه به جدول شماره ۲، در بررسی تضاد و تردید در زمان تصمیم‌گیری؛ در هر چهار زیر مقیاس آن، با استفاده از آزمون t-test بین دو گروه تفاوت معنی‌دار مشاهده شد ($P < 0.001$). به طوری که در بعد آگاهی (Informed)، آگاهی بیماران گروه مداخله در مقایسه با بیماران گروه کنترل، در مورد بیماری و روش‌های درمانی و مزایا و معایب درمان‌ها، بالاتر بود. در بعد ارزشی (Values)، در گروه مداخله؛ ارزش‌های فردی بیماران مشخص گردیده و منجر به تصمیم‌گیری مطابق با ارزش‌های فردی آنان گردید. در بعد حمایت اجتماعی (Social support)، برخورداری از حمایت اجتماعی در بیماران گروه مداخله بالاتر بود و در بعد اطمینان (Certainty)، احساس اطمینان در تصمیم‌گیری و انتخاب درمان در بیماران گروه مداخله بیشتر بود. در نتیجه تضاد و تردید و دودلی بیماران گروه مداخله در زمان تصمیم‌گیری در مقایسه با گروه کنترل کمتر بود. مقایسه نوع گزینه درمانی انتخابی توسط بیماران، پس از مداخله بین دو گروه کنترل و مداخله، با استفاده از آزمون فیشر، نتیجه معنی‌دار نشان داد ($p = 0.003$)، بدین ترتیب که اکثریت واحدهای مورد مطالعه گروه مداخله، روش درمانی ماستکتومی همراه با تصمیم پستان را انتخاب کردند (۷۳٪)، در حالی که اکثریت واحدهای مورد مطالعه گروه کنترل،

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار امتیازات تضاد و تردید در تصمیم‌گیری، توزیع فراوانی نوع گزینه درمانی انتخابی و مشارکت بیمار در فرآیند تصمیم‌گیری در دو گروه مداخله و کنترل

P value	کنترل	مداخله	گروه Decisional Conflict Scale
	Mean (SD)	Mean (SD)	خرده مقیاس‌ها:
P<0.001	۳/۱۵ (۹/۶۷)	۱/۴۲ (۱/۲۰)	آگاهی در مورد بیماری و روش‌های درمان
P<0.001	۳/۱۸ (۸/۲۰)	۱/۶۷ (۱/۳۳)	تصمیم‌گیری بر اساس ارزش‌های فردی
P<0.001	۲/۷۲ (۱۰/۱۳)	۲/۱۲ (۱/۹۳)	برخورداری از حمایت اجتماعی
P<0.001	۶/۱۱ (۲۲/۴۷)	۵/۴۷ (۸/۰۷)	اطمینان در تصمیم‌گیری
	n (%)	n (%)	گزینه درمانی انتخابی بیمار:
P=0.003	۲ (۱۳/۳)	۱۱ (۷۳/۳)	ماستکتومی (جراحی برداشتن کامل پستان)
P=0.003	۱۰ (۶۶/۷)	۳ (۲۰)	لامپکتومی (جراحی برداشتن قسمتی از پستان)
P=0.003	۳ (۲۰)	۱ (۶/۷)	مطمئن نیستم
	n (%)	n (%)	مشارکت بیمار در فرآیند تصمیم‌گیری:
P<0.001	۲ (۱۳/۳)	۱۳ (۸۶/۷)	بله (تصمیم‌گیری توسط خود بیمار)
P<0.001	۱۳ (۸۶/۷)	۲ (۱۳/۳)	خیر (تصمیم‌گیری توسط پزشک)

جدول ۳- توزیع فراوانی امتیازات پشیمانی از تصمیم‌گیری در دو گروه مداخله و کنترل

P value	کنترل	مداخله	گروه Decisional Regret Items
	n (%)	n (%)	پاسخ بیماران: کاملاً موافقم/ موافقم
۰/۵۰۲	۵ (۳۳/۳)	۹ (۶۰)	این تصمیم درست بود.
۰/۶۶۳	۳ (۲۰)	۱ (۶/۷)	من از انتخابی که کردم، متأسفم.
۰/۲۶۰	۶ (۴۰)	۱۱ (۷۳/۴)	اگر قرار بود دوباره انتخاب کنم، همین تصمیم را می‌گرفتم.
۰/۵۵۰	۲ (۱۳/۳)	۱ (۶/۷)	این انتخاب، صدمه زیادی به من زد.
۰/۳۸۴	۶ (۴۰)	۱۰ (۶۶/۷)	تصمیم من عاقلانه بود.

واقعیت‌ها را به آنان نشان دادند.

در مطالعه‌ای که توسط Degner و همکاران در سال ۲۰۰۷ جهت بررسی نیازهای اطلاعاتی و ترجیحات تصمیم‌گیری زنان مبتلا به سرطان پستان انجام شد (۱۸)، زنان مبتلا غالباً تمایل به نقش مشارکتی در تصمیم‌گیری‌های درمانی مربوط به خود داشتند. در مطالعه Whelan و همکاران در سال ۲۰۰۴ (۱۷)، نیز اکثریت بیماران گروه مداخله (۸۳٪) قویاً ترجیح می‌دادند خودشان درمان خود را انتخاب کنند و از مشارکت در فرآیند تصمیم‌گیری رضایت داشتند، در حالی که اکثریت بیماران گروه کنترل (۷۲٪) ترجیح می‌دادند فرد دیگری (ترجیحاً پزشک، بدلیل آگاهی و تسلط کافی بر موضوع) به جای آنان انتخاب کند و این تفاوت در دو گروه از نظر آماری معنی‌دار بود ($P<0.05$). همچنین در مطالعه کارآزمایی بالینی Goel و همکاران در سال ۲۰۰۱ (۱۹)، در بیماران مبتلا به سرطان پستان مراحل اولیه، اکثریت بیماران گروه مداخله (۸۵٪)

درمانی و اطلاع از احتمال وقوع عوارض، مقایسه نتایج بیماران مشابه، تمایل به صرفه جویی در هزینه‌ها (بدلیل کاهش احتمال پرتو درمانی یا شیمی درمانی، کاهش خطر عود بیماری و ... پس از انجام ماستکتومی نسبت به لامپکتومی) و روشن شدن ارزش‌های واقعی بیماران و ترجیح سلامتی بر تصویر ذهنی از بدن در بیماران گروه مداخله بوده است. در مورد مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری پس از کارآزمایی، اکثریت واحدهای مورد مطالعه در گروه مداخله ترجیح دادند نقش فعال و مشارکتی در تصمیم‌گیری داشته باشند، برخلاف بیماران گروه کنترل، که ترجیح می‌دادند، جراح به جای آنان تصمیم‌گیری کند. از نظر بیماران مورد مداخله اینکه آنان شخصی را داشته باشند که می‌داند و آنان را هدایت می‌کند تا به آسانی شرایط و گزینه‌های پیش رو را درک کنند، بدون اینکه سوگیری داشته باشد، یک روش حیرت‌انگیز است و این منصفانه است که قضاوت نهایی به آنان سپرده شود، بعد از این که تمام

زنان مواجه با خطر ابتلا به سرطان پستان و تخمدان انجام شد (۱۶)، تفاوت معنی‌دار آماری بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر پشیمانی یا رضایت از تصمیم‌گیری؛ ۶ ماه بعد از مداخله وجود نداشت. همچنین در مطالعه Goel و همکاران در سال ۲۰۰۱ (۱۹)، تفاوت معنی‌دار آماری بین دو گروه مورد پژوهش از نظر پشیمانی از تصمیم‌گیری پس از مداخله وجود نداشت. علت این نتایج می‌تواند کوتاه بودن دوره پیگیری بیماران پس از شروع درمان و بالتبع عدم مشاهده تأثیرات مثبت یا منفی این انتخاب (نوع درمان) بر کیفیت زندگی و پیامدهای سلامت بیماران در طول این مدت کوتاه باشد که بر پشیمانی یا رضایت از تصمیم گرفته شده در دو گروه بی‌تاثیر بوده است.

یافتن نمونه‌های مورد پژوهش برای این مطالعه؛ با توجه به محدودیت زمان نمونه‌گیری، بدلیل طرح پایان نامه، مراجعه اکثریت بیماران مبتلا به سرطان پستان در مراحل پیشرفته بیماری و اجرای تحقیق صرفاً در یک مرکز درمانی، به جهت عدم همکاری سایر مراکز درمانی، بدلیل انجام چنین طرحی برای اولین بار در ایران و نبود زیر ساخت‌های اجرایی آن، بسیار مشکل بود، در حالی که مطالعات انجام شده در خارج از کشور نشان دهنده ضرورت همکاری تیمی و اجرای برنامه در چند مرکز درمانی همزمان می‌باشند. در مطالعه کارآزمایی بالینی Mullan و همکاران در سال ۲۰۰۹ (۲۵)، اجرای برنامه کمک به تصمیم‌گیری در ۱۱ مرکز مراقبت‌های اولیه و مراکز پزشکی خانواده انجام شد و تیم شرکت‌کننده در مطالعه متخصصان واجد شرایط شامل پزشک، دستیار پزشک و پرستار متخصص دیابت بودند، که بیست و یک پزشک بطور تصادفی برای استفاده از کمک به تصمیم‌گیری انتخاب شدند و ۱۹ پزشک در ویزیت بیماران از روش معمول استفاده کردند. همچنین مطالعه Kerry و همکاران در سال ۲۰۰۸، در ۱۲ مرکز شامل ۹ بیمارستان عمومی، یک مرکز اونکولوژی و ۲ مرکز دانشگاهی انجام شد و تیم شرکت‌کننده در مطالعه شامل جراح، پرستار و مددکار اجتماعی بودند (۲۶).

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر، نشان دهنده تأثیر مطلوب «مداخله کمک به تصمیم‌گیری» بر نوع انتخاب بیماران و میزان مشارکت آنان در فرایند تصمیم‌گیری و برخی پیامدهای آنان است. به‌طور کلی نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که ارتباط بیمار و تیم درمانی و کیفیت تصمیم‌گیری‌های درمانی می‌توانند از طریق استفاده از برنامه‌های «کمک به تصمیم‌گیری» بهبود یابند. از آنجایی که روند تغییرات و بروز عوارض احتمالی درمان‌ها و نقش پیگیری بیماران، در دوره‌های زمانی طولانی بعد از عمل قابل مشاهده‌اند، پیشنهاد می‌شود این مطالعه با دوره‌های پیگیری طولانی (حداقل ۱ تا ۲ سال) جهت بررسی تأثیر مشارکت بیماران، بر کیفیت زندگی آنان انجام شود. مهم‌ترین هدف از انجام این پژوهش، بکارگیری نتایج آن به منظور کنترل بیماری در بیماری‌های قابل درمان مراحل اولیه، با افزایش آگاهی بیماران و مشارکت آنان در تصمیم‌گیری‌های درمانی مربوط به خود است تا جهت داشتن انتظارات واقع بینانه در مورد بیماری و عواقب آن و افزایش پیروی از رژیم درمانی، ارتقا سبک زندگی و ایمنی و به تبع آن بهبود کیفیت زندگی مددجویان به آنان کمک نماید. ولی طبق مشاهدات پژوهشگر و مطالعات توصیفی انجام شده در ایران، در بیمارستان‌ها و مراکز دولتی کشور و حتی شهر تهران با وجود مرکزیت

ترجیح دادند تصمیم‌گیری مشارکتی داشته باشند. در حقیقت در این تصمیم‌گیری‌های مشارکتی؛ امکان انجام کارهای متفاوتی وجود دارد که همگی با اصول علمی منطبق هستند و این تشریح مساعی در تصمیم‌گیری باعث گرفتن بهترین تصمیم می‌شود. این موضوع به ویژه در محدوده بیماری‌های پستان که انواع مختلفی از جراحی، بازسازی، شیمی درمانی و اشعه درمانی وجود دارد، بسیار پر اهمیت است. اگر چه از دید برخی پزشکان، بیمار ممکن است تصمیمی را اتخاذ کند که به زیان اوست اما در واقع این تصمیم بر اساس معیارهای سود و زیان بیمار می‌تواند به نفع او باشد. از جنبه دیگر پزشک می‌تواند با بیان نقاط ضعف و قوت هر انتخاب از این امر پیشگیری نماید.

مطالعات آنالیز Chewing و همکاران در سال ۲۰۱۲ (۲۰)، نشان داد طبق مطالعات انجام شده 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 (۲۱). علاوه بر این، مشارکت بیمار منجر به خودکارآمدی بیشتر وی می‌گردد که به نوبه خود منجر به پیامدهای سلامت بهتر می‌گردد (۲۲).

در رابطه با تأثیر کمک به تصمیم‌گیری بر تضاد تصمیم‌گیری بیماران (Decision Conflict) در دو گروه، نتایج نشان داد که تضاد تصمیم‌گیری در گروه مداخله پایین‌تر بود. در مطالعه‌ای که توسط Ozanne و همکاران در سال ۲۰۰۷ جهت بررسی کمک به تصمیم‌گیری در پیگیری از سرطان پستان در زنان پرخطر انجام شد (۲۳)، امتیازات تضاد تصمیم‌گیری در گروه مداخله کمتر از گروه کنترل بود و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0.001$). همچنین Whelan و همکاران در سال ۲۰۰۴ (۱۷)، نیز نشان دادند که امتیازات تضاد تصمیم‌گیری در گروه کمک به تصمیم‌گیری نسبت به گروه کنترل، پس از مداخله پایین‌تر بود. بدین ترتیب که عدم اطمینان بیماران این گروه در انتخاب یکی از گزینه‌ها کمتر، احساس ناآگاهی در مورد مزایا و خطرات درمان‌ها کمتر، حمایت اجتماعی و درک تصمیم‌گیری مناسب و در نظر گرفتن ارزش‌های فردی در تصمیم‌گیری در آنان بیشتر بود. در مطالعه کارآزمایی بالینی که توسط Sawka و همکاران در سال ۲۰۱۰ جهت کمک به تصمیم‌گیری برای انتخاب نوع درمان در بیماران مبتلا به سرطان تیروئید انجام شد (۲۴)، نیز تضاد تصمیم‌گیری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کمتر بود. و در مطالعه Goel و همکاران در سال ۲۰۰۱ (۱۹)، نیز اگر چه تفاوت آماری معنی‌داری در تضاد تصمیم‌گیری بین دو گروه مورد مطالعه دیده نشد؛ ولی تضاد تصمیم‌گیری در گروه مداخله تمایل به کمتر بودن داشت.

در این مطالعات و مطالعه حاضر، از نظر بیماران پروتکل کمک به تصمیم‌گیری سبب کمک به تشخیص نیازهای بیماران، تقویت مثبت عملکرد تیم درمانی، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، کاهش عدم قطعیت بیمار و افزایش درک اطلاعات در مورد گزینه‌های در دسترس، افزایش مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری و بهبود کیفیت تصمیم‌گیری و آماده شدن بیشتر بیمار در مواجهه با شرایط پیش رو گردیده است.

در رابطه با تأثیر کمک به تصمیم‌گیری بیماران بر پشیمانی از تصمیم گرفته شده (Decision Regret) نتایج نشان داد تفاوت آماری معنی‌دار بین دو گروه مورد مطالعه از این نظر وجود ندارد. در مطالعه‌ای که توسط Wakefield و همکاران در سال ۲۰۰۸ جهت کمک به تصمیم‌گیری در



رهبری قوی برای موفقیت آن حیاتی است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه در قالب پایان نامه و طرح تحقیقاتی مصوب با شماره کد/د/۹۱/ک/پ/۶۹۶۶ مورخ ۱۳۹۱/۱۱/۲، با شماره کد کارآزمایی بالینی IRCT201210165987N6، با پشتیبانی مالی پردیس بین الملل دانشگاه علوم پزشکی تهران به انجام رسیده است. نگارندگان بدین وسیله مراتب تقدیر و تشکر خویش را از مسئولین اعلام می نمایند. همچنین از کلیه بیمارانی که در دوره بسیار حساس زندگی خود ما را در اجرا و تکمیل این پژوهش یاری نمودند، تشکر می گردد.

References

1. Ravaghy H. Principles of clinical governance. The fourth meeting of the Resource Management and Planning in Organization. 2012;5(4):58-63. [In Persian]
2. Wise Y. Leading and managing in Nursing. ST Louis: Mosby; 2002.
3. Hoshmand A, Julaye S, Mehrdad N, Bohrani N. Awareness of nurses working in teaching hospitals in Tehran of patients rights and facilitating factors of observance the rights of their view. Journal of school of Nursing and Midwifery Tehran University of Medical Sciences (Hayat). 2006;31(9):57-66. [In Persian]
4. Oneill O. Some limit of informed consent. J Med Ethics. 2003;29(6):4-7.
5. Parsapour A, Larijani B. Attitudes of patients, doctors and nurses of Imam Khomeini, Ayat and Ziaieian Hospitals about perform provisions the rights of patients. Journal of school of Nursing and Midwifery Tehran University of Medical Sciences. 2007;33(9):44-49. [In Persian]
6. Musavi Nasab SM, Jalali Jahromi M. Assessment of attitude Shiraz medicine faculty professors and residents to say diagnosis to incurable patients. Journal of Legal Medicine. 2002;27(3):34-38. [In Persian]
7. Falahian M, Azhari SH, Amiri Z, Bina M. Assessment of the relationship between doctor and patient in teaching hospitals of Tehran. Hakim Research Journal. 2001;3(7):199-205. [In Persian]
8. Levine MN, Gafni A, Markham B, MacFarlane D. A bedside decision instrument to elicit a patient's preference concerning adjuvant chemotherapy for breast cancer. Ann Intern Med. 2002;17(1):53-58.
9. O'Connor AM, Stacey D. Should patient decision aids (Pt-DAs) be introduced in the healthcare system. World Health Organisation Regional Office for Europe. 2005;56(4):159-170.
10. McCaffery K, Irwig L, Bossuyt P. Patient Decision Aids to Support Clinical Decision Making: Evaluating the Decision or the Outcomes of the Decision. Society for Medical Decision Making. 2007;14(5):619-625.
11. O'Connor A, Elwyn G. IPDAS Collaboration: IPDAS Checklist. 2005. Available at: <http://www.ipdas.ohri.ca>. Accessed May 3, 2006.
12. Galesic M, Garcia-Retamero R. Do low-numeracy people avoid shared decision making? Health Psychol. 2011;30(3):336-41.
13. Sheppard VB, Adams IF, Lamdan R, Taylor KL. The role of patient-provider communication for black women making decisions about breast cancer treatment. Psycho-Oncology. 2010;12(10):1309-1316.
14. Modern Medicine. Iranian Health Magazine. 2012. Available at: <http://www.npjm.org>. Accessed Feb 23, 2013.
15. U.S Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute. Surgery Choices for Women with Early-Stage Breast Cancer. NIH Publication; 2009.
16. Wakefield E, Meiser B, Homewood J, Peate M, Taylor A, Lobb E, et al. A randomized controlled trial of a decision aid for women considering genetic testing for breast and ovarian cancer risk. Breast Cancer Res Treat. 2007;107(10):289-301.
17. Whelan T, Levin M, Willan A, Gafni A, Sanders K, Mirsky D. Effect of a Decision Aid on Knowledge and Treatment Decision Making for Breast Cancer Surgery. American Medical Association. 2004;28(7):435-441.
18. Degner LF, Kristjanson LJ, Bowman D, Sloan JA, Carriere KC, O'Neil J, et al. Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. JAMA. 2003;277(18):1485-92.
19. Goel V, Sawka C, Thiel E, Gort E, O'Connor A. Randomized Trial of a Patient Decision Aid for Choice of Surgical Treatment for Breast Cancer. Medical Decision Making. 2001;21(9):1-6.
20. Chewning B, Bylund CL, Shah NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions, A systematic review. Patient Education and Counseling. 2012;86(1):9-18.
21. Stacey D, Pomey M, O'Connor AM, Graham I. Adoption and sustainability of decision support for patients facing health decisions, an implementation case study in nursing. Implementation Science. 2006;17(2):1-10.



22. Jafari Tabar H. The physician's civil liability. 3rd ed. Tehran: Baraye Farda Publication; 2005. [In Persian].
23. Ozanne EN, Annis C, Adduci K, Showstack J, Esserman L. Pilot Trial of a Computerized Decision Aid for Breast Cancer Prevention. *The Breast Journal*. 2007;13(2):147-154.
24. Sawka AM, Straus S, Brierley JD, Tsang RW, Rotstein L, Rodin G, et al. Decision aid on radioactive iodine treatment for early stage papillary thyroid cancer-a randomized controlled trial. *Trials*. 2010;11(1):81-87.
25. Mullan RJ, Montori VM, Shah ND, Christianson JH, Bryant SC, Guyat GH, et al. The Diabetes Mellitus Medication Choice Decision Aid. *Health Care Reform*. 2009;169(17):1560-1568.
26. Kerry A, Silvia K, Ozanne E, Sepucha K. Implementing breast cancer decision aids in community sites, barriers and resources. *Journal compilation*. 2008;11(3):46-53.



Original Article

The Effect of Decision Aid's Package in Selected Treatment by Patients with Early Stage Breast Cancer and Decision Making Outcomes

Ghiyasvandian Sh, Mousavizade SN*, Dehghan Nayeri N, Haghani H

Department of Nursing and Midwifery, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 17 Apr 2013

Accepted: 03 Aug 2013

Abstract

Background & Objective: One of the basic principle of the protection of the patient, the patient's right to make decisions for their health. In this study, the effect of using decision aid's package was studied on choice of treatment and decision making outcomes in patients with early-stage breast cancer.

Materials & Methods: This research is a clinical trial, performed on 30 patients with stage 1 or 2 breast cancer admitted to Tehran Hospital of Imam Khomeini Cancer Institute, who were randomly divided into two groups, intervention (15) and control (15). The intervention group received the decision aid package. Routine care method was performed on the control group. Data collection consisted of three questionnaires: demographics, treatment options and decision conflict scale, decision regret scale. Data analysis and statistical was performed using software spss version 16 and fisher's exact test and t-test.

Results: Type of treatment option selected by patients, participating in decision-making and decision conflict was statistically significant between groups ($p < 0.05$). Decision regret did not show a statistically significant difference between the two groups ($p = 0.087$).

Conclusion: Decision aid intervention with participated the patients in decision-making about their, improved patients' knowledge, certainty to start treatment and selecting treatment option according to their values and priorities.

Keywords: Decision Aid, Breast Cancer, Medicare Choice, Decision Making Outcomes.

* **Corresponding author:** Mousavizade Seyede Narjes, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Tel: +98 2166943187
Email: mousavi201089@yahoo.com