

کمک به تصمیم‌گیری آگاهانه بیماران و پیامدهای اجرای آن در محیط‌های بالینی: یک مقاله مروری

سیده نرجس موسوی زاده^{۱*}، مهناز ایلخانی^۲

۱. دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: آدرس پست الکترونیکی: mousavi201089@yahoo.com

چکیده:

زمینه و هدف:

یکی از اصول اساسی حمایت از بیمار، حق بیمار در تصمیم‌گیری برای سلامت خویش است. بیش از دو دهه است که مطالعات از تأثیرات مثبت مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های درمانی و مداخلات "کمک به تصمیم‌گیری بیمار" سخن می‌گویند؛ ولی تاکنون تأثیر اجرای این مداخلات به صورت فعالیتی معمول در محیط‌های بالینی، به روشنی بیان نشده است. هدف این مطالعه بررسی و تحلیل مطالعات انجام شده در این زمینه است تا روش‌ها، کاربردها و موانع و تسهیل‌کننده‌های اجرای این رویکرد را نشان دهد.

مواد و روش‌ها:

این مقاله یک مطالعه مروری می‌باشد. جستجوی مقالات در منابع الکترونیک و پایگاه‌های اطلاعاتی نظیر CINAHL, Embase, Medline, Scopus, Science Direct, MDConsult, OVID, Google Scholar موضوع "کمک به تصمیم‌گیری بیمار" پرداخته‌اند انجام شد.

یافته‌ها:

چالش مهم در اجرای این مداخلات، بی‌توجهی و عدم همکاری برخی از اعضای تیم درمانی می‌باشد، که ناشی از عدم اعتماد به محتوای تصمیم‌گیری مشارکتی، نگرانی در مورد اختلال در روند کار و برهم زدن سکون و سازگاری در روند مراقبت بهداشتی و نهایتاً عملکرد بر اساس خط‌مشی‌های سازمانی می‌باشد.

نتیجه‌گیری:

به نظر می‌رسد خیلی زود باشد که توقع اجرای مداخلات "حمایت از تصمیم‌گیری بیمار" را به عنوان یک فعالیت روتین مراقبتی داشته باشیم؛ چون تیم‌هایی که از این مداخلات استفاده کرده‌اند دائماً مشکلات اجرایی را گزارش می‌کنند. به نظر می‌رسد مسائل اساسی بر سر راه استفاده از این مداخلات قرار دارند که اجرای آن را محدود کرده و نیاز به بررسی بیشتر و ویژه دارند.

واژگان کلیدی: تصمیم‌گیری، کمک به تصمیم‌گیری، بررسی پیامد برای بیمار

و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی را نام برد (Yoder-

Wise, 2004). در کشور ما به رغم تصویب منشور حقوق بیمار

توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۱

هنوز این حقوق به درستی شناخته و پذیرفته نشده‌اند

مقدمه:

بیماران به عنوان مصرف‌کنندگان خدمات بهداشتی دارای حقوقی هستند که پرستاران، پزشکان و سایر حرف بهداشتی مسؤول حفظ و صیانت از آن می‌باشند. از جمله این حقوق می‌توان مراقبت فردی، احترام به باورها، ارزش‌ها و حق دانستن

قضایوت نهایی به آنان سپرده شود، بسیار منصفانه بود (Silvia, et al., 2008).

"انجمن بین المللی کمک به تصمیم‌گیری بیمار"^۳، استانداردهای کمک به تصمیم‌گیری را از سال ۲۰۰۳ به نمایندگی از بیش از صد شرکت‌کننده از چهارده کشور جهان منتشر کرده است. ارزش استفاده از ابزارهای کمک به تصمیم‌گیری بیمار امروزه در سراسر دنیا به رسمیت شناخته شده است (O'Connor and Stacey, 2005). بر اساس شواهد موجود از سال ۲۰۰۷، انواع ابزارهای کمک به تصمیم‌گیری بیماری‌های منحصراً به فرد در طیف وسیعی از مناطق درمانی توسعه یافته‌اند و بیش از ده‌ها ابزار کمک به تصمیم‌گیری بیمار چند زبانه در حال حاضر برای دانلود و استفاده‌های درمانی مربوطه، در فضای الکترونیکی قابل دسترسی می‌باشند. همچنین حمایت از این مداخلات در سال‌های اخیر به تدریج با اتخاذ سیاست‌های زمینه‌ای بیشتر شده است. از سال ۲۰۱۰ در ایالات متحده امریکا "تصمیم‌گیری مشارکتی پزشک و بیمار" به عنوان رویکردی مقرون به صرفه در خدمات بهداشت ملی، با توجه به انتخاب آگاهانه، پیگیری درمان بدلیل افزایش آگاهی، و کاهش هزینه‌های مراقبت بهداشتی، صراحتاً جهت پیشرفت و اجرا، مورد تأکید قرار گرفته است. به طور مشابه در انگلستان، مرکز توسعه سیاست و سرمایه‌گذاری بهداشت، مداخلات آنلاین کمک به تصمیم‌گیری برای بیماران را توسعه داده است. دولت کانادا نیز از استفاده از این مداخلات در سطح استان‌های خود حمایت می‌کند. تعدادی از کشورهای دیگر نیز به فواید و مزایای این مداخلات آگاه بوده و سیاست توسعه آن را در پیش گرفته‌اند.

دشواری انتقال دانش تئوری به عمل، به خوبی شناخته شده است و پدیده آشنایی در بین تمامی افرادی است که در زمینه مسائل بالینی مطالعه می‌کنند. به همین دلیل، مداخلات "کمک به تصمیم‌گیری بیمار" نیز با وجود اینکه بیش از دو دهه از تحقیق بر روی آن می‌گذرد و با وجود خط‌مشی‌های توسعه آن و وجود حدود ۱۰۰ کارآزمایی بالینی که اثر بخشی این مداخلات را نشان داده‌اند، هنوز به صورت مراقبت‌های بالینی اصلی و معمول به اجرا در نیامده‌اند و حتی مدل‌های مؤثر اجرایی آن به خوبی شناخته نشده‌اند (O'Connor and Stacey, 2005). در محیط‌های درمانی کشور ایران مطالعه‌ای

(Hooshmand, et al., 2006). در اغلب مواقع اعضای تیم درمان به تنهایی برای بیمار تصمیم‌گیری کرده و او نیز با اعتماد به آنها این تصمیم‌گیری‌ها را می‌پذیرد. این در حالی است که در تعاریف جدید از حقوق بیمار تغییر اساسی در برداشت عمومی از نقش بیمار، حیطه اختیارات و تصمیم‌گیری آنان ایجاد شده است (O'Neill, 2003).

شرط اول برای مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری "داشتن اطلاعات کافی" از روش‌ها و اقدامات پزشکی است. "ابزارهای کمک به تصمیم‌گیری بیمار"^۱ برای تسهیل ارائه اطلاعات به بیماران و پشتیبانی از آنان برای تصمیم‌گیری‌های مشکل‌درمانی و یا غربالگری طراحی شده‌اند. تلاش اصلی "کمک به تصمیم‌گیری"^۲، شفاف‌سازی سیستماتیک و بدون سوگیری اطلاعات ارائه شده به بیماران است تا بر اساس ترجیحات خود تصمیم بگیرند (Levine, et al., 1992). کمک به تصمیم‌گیری متفاوت از آموزش‌های سنتی بوده و با تأکید بر گزینه‌های پیش روی هر بیمار، تشریح دقیق خطرات و فواید هر روش درمانی، تشریح احتمال بروز عوارض در هر روش و در صورت لزوم اضافه کردن اطلاعات خاص بیماران مشابه، اقدام می‌نماید و موجب بهبود کیفیت تصمیم و دانش و اطلاعات بیمار، تصمیم‌گیری بر اساس ارزش‌های هر فرد و رفع تضادهای حل نشده در تصمیم‌گیری می‌شود. این ابزارها می‌توانند در فرمت‌های مختلف از قبیل جزوات، رسانه‌های تعاملی، ویدیو یا نوارهای صوتی در دسترس باشند، ولی جایگزین مشاوره با پزشک نبوده بلکه مکمل آن می‌باشند (Stacey, et al., 2005). (McCaffery, et al. (2007). در یک بررسی سیستماتیک متمرکز بر ابزارهای کمک به تصمیم‌گیری بیمار، نتایج چند کارآزمایی بالینی را خلاصه کردند. بررسی مطالعات نشان دادند که بیماران و پزشکانی که از کمک به تصمیم‌گیری استفاده کردند، تصمیمات بهتری گرفتند؛ بیماران با مشارکت بیشتر در تصمیم‌گیری‌های درمانی، بیشتر می‌دانستند و انتظارات واقعی‌تری از آنچه ممکن است اتفاق بیفتد داشتند؛ بیشتر آنها گزینه‌ای که بیشتر برای آنها ارزش داشت و متناسب با شرایط آنان بود را انتخاب کردند. از نظر بیماران اینکه آنان شخصی را داشته باشند که می‌داند و آنان را بدون سوگیری هدایت می‌کند تا به آسانی شرایط و گزینه‌های پیش رو را درک کنند و بعد از نشان دادن تمام واقعیت‌ها،

³. International Patient Decision Aid Standards collaboration

¹. Patient Decision Aids

². Decision Aids

تعهد افراد در استفاده از آن بالا می‌رود. در این مطالعه منظور انواع مداخلات کمک به تصمیم‌گیری است، شامل: مداخلات مختصر برای مشکلات نیازمند مداخله فوری (آموزش چهره به چهره یا با واسطه) یا مداخلات گسترده‌تر (کتابچه، ویدئو، دی وی دی، وب سایت) که پزشکان بیماران را برای استفاده از آنها، چه قبل و چه بعد از مشکلات بالینی، ارجاع می‌دهند. منظور از بیمار واجد شرایط برای کمک به تصمیم‌گیری، بیماری است که در مراحل اولیه بیماری مراجعه کرده و بیش از یک انتخاب برای درمان، پیش رو دارد و مانند بیمارانی که در مراحل پیشرفته مراجعه می‌کنند مجبور به پذیرش یک روش درمانی جهت رفع مشکل نمی‌باشد. بنابراین با راه حل‌ها در چالش است تا بداند کدامشان بهتر است، چرا که هر انتخاب فواید و مضراتی دارد و انتخاب درست وجود ندارد و آنچه فرد انتخاب می‌کند به آنچه برای وی مهم است بستگی دارد. بیمار برای انتخاب نیاز به اطلاعات دارد تا بداند کدام راه حل بهداشتی بهتر و کدام ضرررسان است. گاهی اطلاعات کمی دارد و ریسک می‌کند و گاهی همه نوع اطلاعاتی دارد و با اطمینان و یقین بالا تصمیم می‌گیرد.

شرایط ورود مقالات به مطالعه حاضر شامل موارد زیر بودند: مقالاتی که دو بار داوری شده بودند، در صورتی که به موضوع استفاده یا توسعه مداخلات کمک به تصمیم‌گیری در محیط‌های بالینی پرداخته بودند، در الویت بودند. مطالعاتی که موانع و تسهیل‌کننده‌های اجرای این مداخلات را بررسی کرده بودند و مطالعاتی که فرآیند سازماندهی برای شروع استفاده از این مداخلات را دربر داشتند، وارد مطالعه شدند. همچنین کارآزمایی‌های بالینی که استراتژی‌های اجرا و پیامدهای اجرا را بررسی کردند، شامل بررسی اینکه آیا این مداخلات می‌توانند در سطح یک سیستم بصورت یکپارچه و روتین درآیند، وارد مرور حاضر شدند. همه محیط‌های ارائه مراقبت بهداشتی درمانی و همه گروه‌های بیماران مورد توجه بودند؛ حتی مراکز اطلاع‌رسانی تلفنی و یا اینترنتی. در عین حال، مطالعاتی که به زبان غیر انگلیسی بودند یا تاریخ انتشار قبل از ۱۹۹۰ داشتند و مطالعاتی که در آنها تلاشی برای اجرای این مداخلات در محیط‌های بالینی نشده بود و تنها به بررسی اثر بخشی کمک به تصمیم‌گیری برای بیماران پرداخته بودند و مطالعاتی که هدف شان ارزیابی مداخلات کلی (نه اختصاصاً مداخلات کمک به تصمیم‌گیری) برای فعال کردن بیماران در محیط‌های بالینی بودند، از مرور حاضر خارج شدند. با توجه به جدید بودن موضوع در ایران، ۳۲ مقاله خارجی مرتبط مورد بررسی قرار گرفتند.

در این خصوص انجام نشده است. تنها موضوع مرتبط با آن در کشور، اخذ رضایت آگاهانه از بیماران می‌باشد، که شواهد نشان می‌دهند فرآیند اخذ رضایت آگاهانه در محیط‌های بالینی معمولاً نامناسب است و اغلب حتی اطلاعات اساسی پایه برای دادن رضایت آگاهانه به مددجو داده نمی‌شوند.

(Gravel, et al. (2006 در مطالعه خود، بی‌میلی پزشکان به استفاده از مداخلات "حمایت از تصمیم‌گیری"^۱ را گزارش کرده است. چرا که پزشکان بر این باورند که خودشان برای بیماران خود و شرایط بالینی مختلف، کافی هستند و نیاز به چنین رویکردهایی ندارند. (Légaré, et al. (2010 در مطالعه خود ۶۷۶۴ عنوان و چکیده مقاله را بررسی کرده و ۵ کارآزمایی بالینی تصادفی را تجزیه و تحلیل کردند و به این نتیجه رسیدند که توسعه تصمیم‌گیری مشارکتی ممکن است به عواملی چون: آموزش کارکنان حرفه‌ای تیم درمان در این زمینه و تصویب اجرای این مداخلات در مراکز درمانی بستگی داشته باشد.

به دنبال اقدامات و مطالعات انجام شده در این زمینه، سؤال پژوهش حاضر این بود که آیا می‌توان شواهدی را برای چگونگی استفاده و اجرای بهتر "مداخلات کمک به تصمیم‌گیری" در عمل شناسایی کرد؟ همچنین ما می‌خواستیم نیاز به انجام تحقیقات فراگیر در مورد اجرا یا بهبود این علم را مورد تأکید قرار دهیم. بنابراین هدف این مطالعه، بررسی و تحلیل مطالعاتی بود که تأثیر روش‌ها و رویکردهای اجرای مداخلات حمایت از تصمیم‌گیری و موانع و تسهیل‌کننده‌ها و پیامدهای اجرای آن را در عملکردهای معمول بالینی بررسی کرده بودند.

مواد و روش‌ها:

جستجوی الکترونیک برای بررسی پایگاه‌های اطلاعاتی و وب سایت‌های: CINAHL, Embase, Medline Scopus, ScienceDirect, MDConsult, OVID, Google Scholar با کلید واژه‌های "مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری" و "کمک به تصمیم‌گیری بیمار" انجام شد. تمرکز این مطالعه بر طراحی عملی اجرای مداخلات کمک به تصمیم‌گیری بیمار، به عنوان فعالیتی معمول در محیط‌های بالینی بود. بنابراین مقالات مرتبط با اجرای این مداخلات، مورد توجه قرار گرفتند. منظور از واژه اجرا، مجموعه‌ای از فرآیندهای در نظر گرفته شده برای بکارگیری یک مداخله در سازمان است (Rabin, et al., 2008). این فرآیندها از یک تصمیم‌سازمانی برای تصویب یک مداخله، تا استفاده معمول از آن مداخله را شامل می‌شوند. در استفاده معمول از یک مداخله، به طور فزاینده‌ای مهارت، سازگاری و

^۱. Decision Support Interventions

یافته‌ها

در این مطالعات، اجرای مداخلات در هر سه سطح ارائه مراقبت: مقدماتی (غربالگری و تشخیص)، اولیه (کلینیک و درمانگاه سرپایی) و ثانویه (بخش‌های بستری)، بررسی شده‌اند. اغلب مطالعات به کار تیمی در این زمینه تأکید داشته و فعالیت حرفه‌های متعدد بهداشتی را در نظر داشتند (جراح عمومی، اونکولوژیست، متخصص جراحی پلاستیک، پرستار، مددکار اجتماعی، کارشناس تغذیه، روانشناس و ...). موضوعات بالینی مطرح شده در این مطالعات متنوع بودند: سرطان پستان، سرطان پروستات، سرطان کولورکتال، بیماری‌های قلبی-عروقی، سایر بیماری‌های مزمن. با وجود تمرکز مشترک همه مطالعات بر موضوع کمک به تصمیم‌گیری آگاهانه بیماران، تنوع قابل توجهی در رویکردها و نحوه ارزیابی آنها وجود داشت. ارزیابی اغلب مداخلات، بر اساس تعداد مداخلات کمک به تصمیم‌گیری ارائه شده به بیماران و تعداد بیماران استفاده کننده از این خدمات با استفاده از پیگیری بیماران بود.

اگر چه روش اکثر مطالعات، ارجاع بیماران به تیم کمک به تصمیم‌گیری جهت استفاده از مداخلات کمک به تصمیم‌گیری بود، در جاهایی نیز بیماران به وسیله پست بسته کمک به تصمیم‌گیری را دریافت کرده و از آنان خواسته می‌شد تا آن را مطالعه کنند، یا به طور مستقیم مداخلات کمک به تصمیم‌گیری در منزل یا کلینیک به وسیله تیم بهداشتی برای بیماران ارائه می‌شد. یک مطالعه، روش‌های مختلف ارائه مداخلات کمک به تصمیم‌گیری را به بیماران واجد شرایط برای تصمیم‌گیری‌های پیشگیرانه (روش‌های غربالگری تهاجمی و غیرتهاجمی سرطان کولورکتال) مقایسه کرده بود؛ نویسنده در نهایت دریافته است که سیستم ارائه اتوماتیک (دریافت اطلاعات بیماران توسط سامانه، بررسی اطلاعات و تشخیص نیاز بیمار و ارسال بسته کمک به تصمیم‌گیری مربوطه)، در رسیدن به بیشترین تعداد بیمار واجد شرایط، کارآمدتر بود؛ اگر چه منجر به ارائه مداخلات نامناسب به ۲۰٪ از بیماران گردید و تنها ۲۵٪ از کل بیماران که بسته‌ها برایشان ارسال شده بود آن را مطالعه و استفاده کردند (Brackett, et al., 2010). رویکرد Belkora, et al. (2011) نیز برای بکارگیری دانشجویان پزشکی جهت آموزش بیماران برای استفاده از مداخلات کمک به تصمیم‌گیری و آماده کردن بیماران قبل از مشاوره با پزشک، نوعی از روش‌های ارجاع بود که بر اساس تشخیص بیماران

واجد شرایط مشارکت در تصمیم‌گیری، قبل از مواجهه با پزشک معالج انجام می‌شد.

برخی مطالعات، تفاوت معناداری را بین تعداد بیماران واجد شرایط کمک به تصمیم‌گیری و تعدادی که این مداخلات برایشان با موفقیت ارائه می‌شد و تعدادی که توانستند از آن‌ها استفاده کنند نشان دادند (Edwards, Charles, et al., 2004, Stacey, et al., 2004, Groel and Wensing, 2004, et al., 2004, Brackett, 2011) و همکاران ۲۰۱۰ در مطالعه خود بیان می‌کنند که میزان استفاده از مداخلات کمک به تصمیم‌گیری ارسال شده برای بیماران ۲۵٪ بوده و Uy و همکاران ۲۰۱۴ نیز در مطالعه خود گزارش می‌کنند که میزان استفاده از این مداخلات در مدل ارجاع، ۳۷٪ بوده است. دعوت بیماران به استفاده از مداخلات کمک به تصمیم‌گیری در کلینیک قبل از مشاوره با پزشک نیز، نیاز به فضا، تجهیزات و سیستم برنامه‌ریزی و زمانبندی سازماندهی شده دارد. به طور کلی اجرای همه روش‌ها به تعهد سازمانی نیاز داشت.

موضوع غالب در تعدادی از مقالات، بررسی موانع و تسهیل‌کننده‌های اجرای مؤثر این مداخلات بود. در چند مطالعه درخواست اعضای حرفه‌ای تیم درمان (پزشک و پرستار)، برای آموزش بیشتر کارکنان در مورد چگونگی حمایت از تصمیم‌گیری بیماران و استفاده از مداخلات کمک به تصمیم‌گیری گزارش شده بود (Holmes-Rovner, et al., 2000, Stacey, et al., 2006). چند مطالعه نیز گزارش کرده بودند که پزشکان به محتوای مداخلات کمک به تصمیم‌گیری اعتماد ندارند یا با اجرای آن موافق نیستند (Silvia, Feibelmann, et al., 2011, Stacey, et al., 2005 and Sepucha, 2006).

پزشکان تصور نمی‌کنند که وظیفه ارجاع بیماران برای استفاده از مداخلات کمک به تصمیم‌گیری، به عنوان بخشی از نقش آنان محسوب می‌شود و اغلب بیان می‌کنند که به دلیل تقاضاهای زیاد، فشار کاری و کمبود وقت، نمی‌توانند این وظیفه را در مراقبت‌های معمول خود بگنجانند (Elwyn, et al., 2012). Brackett, et al., (2010) می‌گویند: وقتی پزشکان مسئول تشخیص مشکلات بهداشتی بیماران هستند، ارائه مداخلات کمک به تصمیم‌گیری فراموش می‌شود، چون آنها به اندازه کافی درگیر سایر وظایف خود هستند. Frosch, et al. (2011) نیز در مطالعه خود، مشخصه اساسی شکست در اجرا را کار گروهی ضعیف در سازمان توصیف کردند. از طرفی بعضی از مطالعات این دیدگاه را گزارش کردند که بیماران به هنگام مواجهه با مشکلات بالینی، نمی‌خواهند مسئولیت تصمیم را بر عهده بگیرند (Holmes-Rovner, et al., 2011, Miller, et al.,

ابزارهای گسترده‌تر هموار سازد. مدل‌های دیگری نیز که ممکن است پزشکان را علاقمند سازد از این مداخلات استفاده کنند و مسئولیت بیشتری را برای شروع فرآیند تصمیم‌گیری مشارکتی با بیماران بر عهده بگیرند، شایسته تحقیقات بیشتر است. با اینکه بررسی امکان استفاده از این مداخلات، هدف اولیه اغلب مطالعات بوده است، ولی مطالعات به روشنی چگونگی استفاده پایدار و دائمی از مداخلات کمک به تصمیم‌گیری را گزارش نکرده‌اند. طبق تقسیم‌بندی Grol and Wensing (2004) برای دستیابی به سطح پایدار اجرای یک مراقبت مبتنی بر شواهد، طی کردن مراحل ضروری است که شامل: آگاهی از موضوع، رسیدن به بصیرت لازم، پذیرش، تغییر و در نهایت نگهداری تغییر است (جدول ۱). سطح اجرای به دست آمده در اکثر مطالعات، برای اجرای مدل کمک به تصمیم‌گیری، دستیابی به بصیرت لازم در مورد این رویکرد بود و در چند مطالعه، در نهایت به سطحی از تغییر دست یافته بودند (Belkora, et al., 2010, Brackett, et al., 2011, Feibelman, et al., 2012, Miller, et al., 2011). ولی هیچ مطالعه‌ای نشان نداده که سازماندهی‌ها قادر به دستیابی به سطح نگهدارنده این مداخلات بوده‌اند، تا استفاده از مداخلات کمک به تصمیم‌گیری پایدار گردد. این ممکن است به دلیل موانع شناخته شده در مطالعات باشد، که به طور مثال استفاده از الگوهایی که کمتر کارآمد یا مورد علاقه بوده‌اند منجر به ارائه کمتر این مداخلات به بیماران شده‌اند. در واقع در همه این مطالعات، اجرا در مراحل اولیه بوده و صرفاً برای معرفی و یادگیری استفاده از این ابزارها انجام شده است. با این وجود، هدف ضمنی اکثر مطالعات تشویق به تصویب مداخلات ابزارهای کمک به تصمیم‌گیری بیمار و یافتن یک مدل اجرا بوده است.

در مجموع نسبت به سایر پروتکل‌های ارائه اطلاعات به بیماران، هدف در نظر گرفته شده برای پروتکل حمایت از تصمیم‌گیری بیماران، معمولاً درک نمی‌شود (Uy, et al., 2014). در یک مطالعه به هزینه‌های اجرا اشاره شده بود، که بر اساس برآورد زمان صرف شده توسط کارکنان برای شناسایی بیماران واجد شرایط بود (Elwyn, et al., 2010). مطالعه Uy, et al., (2014) نیز نشان داد که عدم علاقمندی به اجرای این مداخلات، با تأمین منافع مالی تیم بهداشتی در حد متوسط، برای تشویق آنان به ارائه مداخلات کمک به تصمیم‌گیری به بیماران، برطرف می‌شود.

مراکز اطلاع‌رسانی تلفنی امکان ایجاد تنش سازمانی را با اجرای این مداخلات گزارش کردند و نگرانی ویژه‌شان این بود که مدیریت و نظم مناسب در اداره تماس‌ها ممکن است با تصویب پروتکل‌های حمایت از تصمیم‌گیری بر هم خورده و مختل شود (Stacey, et al., 2008). بنابراین همه این رویکردها نیاز به کمیته‌های سازمانی دارد. همچنین آموزش کارکنان و توسعه مهارت‌ها و یافتن یک مدافع بالینی، به خصوص اگر در موقعیت رهبری تیم باشد، در موفقیت اجرا مؤثر است (Holmes-Rovner, et al., 2004, Grol and Wensing, 2011, Stacey, et al., 2006). پیاده‌سازی سیستمی که از طریق آن بیماران واجد شرایط، به طور سیستماتیک شناسایی شده و برای استفاده از مداخلات کمک به تصمیم‌گیری حمایت شوند مفید است. همچنین روش‌های ارائه‌ای که برای شروع دسترسی به ابزارها، به پزشکان متکی نیستند، اغلب تا حد زیادی مؤثر اند. پیشنهاد استفاده از ابزارهای مختصر نیز می‌تواند مسیر را برای استفاده از

جدول ۱. مراحل دستیابی به سطح پایدار اجرای یک مراقبت مبتنی بر شواهد، بر اساس مدل سازگاری (Grol and Wensing, 2004).

مرحله	توصیف	معیارهای ارزیابی
۱ آگاهی	اطلاع از موضوع و علاقه به نوآوری	انتشار پیام، ایجاد شبکه‌های اطلاع‌رسانی قابل دسترسی
۲ بصیرت	درک و بینش به محتوای موضوع برای اجرا	ارائه مواد آموزشی، استفاده از روش ممیزی و بازخورد بر عملکرد
۳ پذیرش	نگرش مثبت به موضوع، تمایل و تصمیم به تغییر	انطباق گروه هدف با نوآوری‌ها، شناسایی مقاومت در برابر تغییر، درگیر شدن افراد کلیدی، مطالعه مقدماتی و بررسی امکان‌سنجی، تشخیص موانع و تعیین راه‌حل‌ها
۴ تغییر	پذیرش و سازگاری قطعی، پیاده‌سازی تغییر	ارائه منابع پشتیبانی موقت، حمایت برای آموزش مهارت‌ها، توسعه مجدد فرآیندها، مشخص کردن موانع و تلاش برای حل آنها
۵ نگهداری	یکپارچه‌سازی فعالیت جدید در سازمان، جای گذاری فعالیت جدید در فعالیت‌های روتین، پایداری اجرا در طول زمان	نظارت و کنترل طولانی مدت بر عملکرد، وجود بازخورد و سیستم‌های یادآور در سازمان، یکپارچه‌سازی در فعالیت‌های معمول، تأمین منابع و حمایت از مدیریت.

بحث و نتیجه گیری

با وجود افزایش علاقمندی در حرکت از سمت تئوری به عمل و آوردن ابزارهای کمک به تصمیم‌گیری بیمار از دنیای کارآزمایی‌های بالینی به فعالیت‌های عملی، این مطالعه به چالش‌های بزرگی که هنوز بر سر راه اجرای ابزارهای کمک به تصمیم‌گیری بیمار وجود دارند، اشاره دارد. با وجود یافته‌های مثبت گزارش شده در کارآزمایی‌ها، مطالعات بررسی شده در مرور حاضر تصویری از سهل‌انگاری‌های حرفه‌ای و مقاومت سازمانی را نشان می‌دهند. تعدادی از موانع اجرای ابزارهای کمک به تصمیم‌گیری بیمار، همان موانعی هستند که معمولاً در سایر اقداماتی که تلاش می‌شود برای بهبود کیفیت مراقبت در محیط‌های درمانی انجام شوند نیز با آن‌ها مواجه هستیم. از سوی دیگر، با توجه به این که در این مطالعات سازمان‌های اجرا کننده این مداخلات، خودشان داوطلب اجرای آن بوده‌اند، بنابراین پیاده‌سازی این مداخلات در محیط‌های دیگر ممکن است حتی سخت‌تر هم باشند.

اگر چه تعدادی از کشورها سیاست توسعه این مداخلات را در دستور کار اقدامات بهداشتی خود قرار داده‌اند، اما قسمت اعظم کار اجرای این مداخلات تا به امروز (در حوزه پژوهش)، در آمریکای شمالی انجام شده است و به طور کلی تولیدکنندگان اصلی این مداخلات در شمال آمریکا هستند؛ از جمله بنیاد تصمیم‌گیری آگاهانه پزشکی و انجمن اطلاع‌رسانی بهداشتی درمانی، همچنین بسیاری از گروه‌های تحقیقاتی فعال در این زمینه از جمله دانشگاه اتاوا کانادا، کالج دارتموث آمریکا، دانشگاه کاردیف انگلستان و انجمن بین‌المللی استانداردهای کمک به تصمیم‌گیری بیمار کانادا. در مطالعات انجام شده، مسائل خاصی که چالش پیاده‌سازی مداخلات کمک به تصمیم‌گیری بیمار محسوب می‌شوند، نشان داده شده‌اند. از جمله، اعتماد به پزشکان برای ارجاع بیماران، که منجر به استفاده محدود از این مداخلات شده است.

استفاده از رویکردهای سیستمی، دستیابی بیشتر بیماران به این مداخلات را امکان‌پذیر می‌سازد؛ ولی متأسفانه رویکردهای سیستمی متکی بر شناخت بیماران واجد شرایط قبل از ویزیت و اجرای این مداخلات، تنها در تعداد محدودی از شرایط و محیط‌ها امکان‌پذیر است. حتی وقتی امکان‌پذیر باشد نیز، چالش‌های زیر ساختی و تدارکاتی (سازمانی)، مانع از ادغام این مداخلات در فعالیت‌های روتین بالینی می‌شود. مطالعات نشان دادند که برای شروع و حفظ چنین مداخلاتی، نیاز به سرمایه‌گذاری ثابت و پایدار وجود دارد و این حد از سرمایه و

زیر ساخت تدارکاتی، بسیار بحث‌برانگیز است (Belkora, et al., 2009, 2008, Frosch, et al., 2011).

بنابراین بدلیل محدودیت‌های رویکرد مبتنی بر سیستم، این واقعیت مورد تأکید قرار می‌گیرد که لازم است حداقل برای بسیاری از مسائل بالینی که برنامه کمک به تصمیم‌گیری برای آنها موجود است، از روش ارجاع توسط پزشکان استفاده شود. همچنین یک مدل دیگر که به وسیله پزشکان می‌تواند انجام شود، استفاده از مداخلات کمک به تصمیم‌گیری مختصرتر برای تسریع گفت و گو راجع به گزینه‌هاست که به تدریج خود منجر به استفاده از ابزارهای گسترده تر می‌شود (Elwyn, et al., 2012).

اکثر مطالعات از روش ارجاع برای ارائه مداخلات کمک به تصمیم‌گیری استفاده کرده‌اند. بدین صورت که که پزشکان یا کارکنان درمانی، بیماران واجد شرایط برای حمایت از تصمیم‌گیری را شناسایی می‌کردند و برای استفاده از این مداخلات به تیم خاص یا برنامه خاصی ارجاع می‌دادند. مدل ارجاع نشان می‌دهد که انواع ابزارهای مورد استفاده، کمکی برای حمایت از تصمیم‌گیری مشارکتی هستند. ولی این مسئله که این ابزارها با دید مثبت به وسیله پزشکان به عنوان کمکی استفاده شوند، هنوز در عمل مورد حمایت قرار نمی‌گیرد. تعدادی از مطالعات گزارش کردند که تیم درمانی به محتوی مبتنی بر شواهد این ابزارها بی‌اعتماداند و معتقدند که این ابزارها نمی‌توانند اطلاعات مورد تایید و بومی هر منطقه‌ای را منعکس کنند.

پزشکان اغلب فکر می‌کنند که تعداد بیماران شان با مشارکت در تصمیم‌گیری کاهش خواهند یافت و با آگاهی کسب شده ممکن است برای مشاوره یا درمان به سایر پزشکان مراجعه کنند؛ به همین دلیل، ارائه گزینه‌های انتخابی به بیماران را بهترین عملکرد نمی‌دانند. بنابراین این یافته‌ها نشان می‌دهند که بی میلی به استفاده از مداخلات کمک به تصمیم‌گیری دلایلی عمیق تر از یک مقاومت عمومی به تغییر دارد. تصمیم‌گیری مشارکتی بر اساس اصل حق بیمار برای دانستن و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی است که معمولاً توسط پزشکان و مراقبین بیمار به اشتراک گذاشته نمی‌شود (Caldon, et al., 2011).

منتقدان رضایت آگاهانه ضرورت اخذ آن را به دلایل ذیل زیر سؤال می‌برند: از آنجایی که عمده بیماران متوجه اطلاعات داده شده پزشکی نمی‌شوند، بیان مسایل به ایشان به جز سردرگمی بیشتر نفعی برای ایشان نخواهد داشت؛ بسیاری از بیماران تمایلی برای مشارکت در تصمیم‌گیری ندارند؛ گاه بیماران در

که این مداخلات نتایج مثبتی برای بیماران داشته باشند (نه به طور کلی در سطح سیستم).

بیماران و تیم درمانی هنوز بطور کامل تأثیر اجرای این مداخلات را درک نکرده‌اند و این موضوع شایسته کار بیشتر است. استفاده بیشتر از این مداخلات در گرو استفاده از نتایج مطالعات، اجرا و ارزیابی مداخلات پیچیده و **بررسی عوامل زمینه‌ای** است؛ چرا که مداخلاتی که تأثیر خوبی در برخی محیط‌ها دارند، در صورتی که تلاش می‌شود در سایر محیط‌های بالینی انجام شوند، شکست می‌خورند. به عنوان مثال (Damschroder, et al. (2009 یک چارچوب محکم و ثابت را برای پیشبرد اجرای عملی این مداخلات توصیف کردند، که شامل توجه به هماهنگی ۵ حیطه در هر مدل اجرایی بود: ویژگی مداخلات، محیط خارجی، محیط داخلی، ویژگی افراد شرکت کننده و فرآیند اجرا.

هدف این مطالعه، فراهم کردن توصیه‌هایی برای اجرای بهتر مداخلات کمک به تصمیم‌گیری مبتنی بر بیمار، در عمل بود. با بررسی مطالعات موجود، به نظر می‌رسد برای چنین توصیه‌هایی خیلی زود باشد. شاید تلاش برای پیاده‌سازی این مداخلات خیلی زود انجام شده‌اند، یعنی قبل از هر اقدامی برای دستیابی به سطح اول و دوم مدل Grol and Wensing (۲۰۰۴) (آگاهی و بصیرت) برای تقویت سازمان‌دهی و آمادگی سازمان‌ها. بدون این گام‌های اولیه، بعید است که سطح ۳ یعنی پذیرش اتفاق بیفتد و بنابراین انگیزه استفاده از مداخلات کمک به تصمیم‌گیری برای بیماران، به وجود نخواهد آمد. انجام مطالعات بیشتر در زمینه موانع و تسهیل‌کننده‌های اجرای این مداخلات از جنبه حرفه‌ای و سازمانی و ارائه راهکار در این زمینه، ممکن است بتواند کمبود انگیزه و شرایط اجرا را بهبود بخشد.

آموزش کارکنان و توسعه مهارت‌ها در این زمینه می‌تواند در تغییر الگوی حرفه‌ای فعلی در محیط‌های درمانی از یک روش "پدر سالارانه" به یک روش "مشارکتی" مؤثر واقع شود. اگر چه مشکل است که اصول کلی پذیرش موفق این مداخلات را پیشنهاد کنیم، ولی می‌توانیم بیان کنیم که مسائل زمینه‌ای خاصی که در برابر استفاده از کمک به تصمیم‌گیری بیمار مقاومت می‌کنند و به طور کلی، اتخاذ چنین تدابیری را محدود می‌سازند، مشخص شده و تحت بررسی هستند (Greenhalgh, et al., 2004).

صورت مشارکت در تصمیم‌گیری تصمیماتی را می‌گیرند که به مصلحت ایشان نبوده و اصل سوردسانی بر این اساس مخدوش می‌گردد؛ و برخی معتقدند مقوله رضایت آگاهانه جنبه تشریفاتی و شعاری داشته و در عمل قابل اجرا نیست. با تأمل در مطالب ارائه شده در این نوشتار، به نظر می‌رسد دیدگاه‌های منفی ارائه شده در خصوص رضایت آگاهانه مبنای منطقی ندارند، چرا که اگر چه غالب بیماران اطلاعات زیادی در زمینه مسایل پزشکی ندارند و به طور اولیه قادر به تصمیم‌گیری نیستند اما این هنر و وظیفه پزشک است که مشکل و راه حل‌های ممکن را به زبان قابل درک بیان کرده و بیماران را در تصمیم‌گیری مشارکت دهد. عدم تمایل بسیاری از بیماران جهت مشارکت در تصمیم‌گیری نتیجه عدم اطلاع ایشان از امکان این مشارکت است.

از سوی دیگر پزشک موظف است با توضیحات خود و بیان منافعی که این مشارکت در پی دارد زمینه آن را مهیا سازد. از سوی دیگر اگر چه از دید پزشک، بیمار ممکن است تصمیمی را اتخاذ کند که به زبان 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. و در آخر ذکر این حقیقت ضروری است که انجام اصولی هر اقدامی در نظر اول ممکن است پیچیده‌تر و مشکل‌تر از روش‌های غیر اصولی به نظر برسد، اما به واسطه مبنای قوی‌تر آن، در دراز مدت ثبات بیشتر و عوارض سوء کمتری را متوجه فاعل آن خواهد کرد. مثل بنایی که زمان و هزینه زیادی را صرف ایجاد پایه‌های آن می‌نمایند اما در عوض به مرور زمان دوام و بقای بیشتری دارد (Jafari Tabar, 2005).

چالش‌های اجرای مداخلات کمک به تصمیم‌گیری، در حال حاضر به خوبی بررسی شده و دارای شواهد و مستندات کافی است (Gravel, et al., 2006, Légaré, et al., 2008)، همچنین ما می‌دانیم که پزشکان تصمیم‌گیری مشارکتی را انجام نمی‌دهند (Couët, et al., 2013)؛ ولی باید توجه داشته باشیم که صرفاً معرفی موفق مداخلات کمک به تصمیم‌گیری در محیط‌های بالینی، به تصمیم‌گیری مشارکتی موفق نمی‌انجامد. برای مثال (Frosch, et al., (2011 در مطالعه خود دریافتند که استفاده از مداخلات کمک به تصمیم‌گیری برای غربالگری سرطان پروستات، قبل از بروز مشکل بالینی در بیماران، در صورتی که بیماران نفعی از غربالگری نبرند یا نفع آن را احساس نکنند منجر به تصمیم‌گیری مشارکتی کمتر بیماران می‌گردد و در صورتی می‌توان به اجرای موفق آن مطمئن بود

References:

- Belkora J K, Loth M K, Volz S and Rugo H S (2009) Implementing decision and communication aids to facilitate patient-centered care in breast cancer: a case study. *Patient Education and Counseling*. 77 (3) 360-368.
- Belkora J K, Teng A, Volz S, Loth M K and Esserman L J (2011) Expanding the reach of decision and communication aids in a breast care center: a quality improvement study. *Patient Education and Counseling*. 83 (2) 234-239.
- Brackett C, Kearing S, Cochran N, Tosteson A N and Brooks W B (2010) Strategies for distributing cancer screening decision aids in primary care. *Patient Education and Counseling*. 78 (2) 166-168.
- Caldron L J, Collins K A, Reed M W, Sivell S, Austoker J, Clements A M, Patnick J and Elwyn G (2011) Clinicians' concerns about decision support interventions for patients facing breast cancer surgery options: understanding the challenge of implementing shared decision-making. *Health Expectations*. 14 (2) 133-146.
- Charles C, Gafni A and Whelan T (2004) Self-reported use of shared decision-making among breast cancer specialists and perceived barriers and facilitators to implementing this approach. *Health Expectations*. 7 (4) 338-348.
- Couët N, Desroches S, Robitaille H, Vaillancourt H, Leblanc A, Turcotte S, Elwyn G and Légaré F (2013) Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument. *Health Expectations*. 18 (4) 542-61.
- Damschroder L J, Aron D C, Keith R E, Kirsh S R, Alexander J A and Lowery J C (2009) Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*. 4 (1) 50.
- Edwards A, Elwyn G, Hood K, Atwell C, Robling M, Houston H, Kinnersley P, Russell I and Group S S (2004) Patient-based outcome results from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. *Family Practice*. 21 (4) 347-354.
- Elwyn G, Frosch D, Volandes A E, Edwards A and Montori V M (2010) Investing in deliberation: a definition and classification of decision support interventions for people facing difficult health decisions. *Medical Decision Making*. 30 (6) 701-711.
- Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C and Rollnick S (2012) Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*. 27 (10) 1361-1367.
- Feibelmann S, Yang T S, Uzogara E E and Sepucha K (2011) What does it take to have sustained use of decision aids? A programme evaluation for the Breast Cancer Initiative. *Health Expectations*. 14 (s1) 85-95.
- Frosch D L, Légaré F and Mangione C M (2008) Using decision aids in community-based primary care: a theory-driven evaluation with ethnically diverse patients. *Patient Education and Counseling*. 73 (3) 490-496.
- Frosch D L, Singer K J and Timmermans S (2011) Conducting implementation research in community-based primary care: a qualitative study on integrating patient decision support interventions for cancer screening into routine practice. *Health Expectations*. 14 (s1) 73-84.
- Gravel K, Légaré F and Graham I D (2006) Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implementation Science*. 1 (1) 16.
- Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P and Kyriakidou O (2004) Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*. 82 (4) 581-629.
- Grol R and Wensing M (2004) What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Medical Journal of Australia*. 180 (6 Suppl) S57.
- Holmes-Rovner M, Kelly-Blake K, Dwamena F, Dontje K, Henry R C, Olomu A, Rovner D R and Rothert M L (2011) Shared decision making guidance reminders in practice (SDM-GRIP). *Patient Education and Counseling*. 85 (2) 219-224.

- Holmes-Rovner M, Valade D, Orlowski C, Draus C, Nabozny-Valerio B and Keiser S (2000) Implementing shared decision-making in routine practice: barriers and opportunities. *Health Expectations*. 3 (3) 182-191.
- Hooshmand A, Joolae S, Mehrdad N and Bahrani N (2006) [Nurses' information and their view points about patient's rights and practical facilitators in clinics]. *Hayat*. 12 (4) 57-66. (Persian)
- Jafari Tabar H (2005) [The physician's civil liability]. edition. Tehran, Baraye Farda Publication.(Persian)
- Légaré F, Ratté S, Gravel K and Graham I D (2008) Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Education and Counseling*. 73 (3) 526-535.
- Légaré F, Ratté S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham I D and Turcotte S (2010) Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *The Cochrane Library*. 12 (5) CD006732.
- Levine M N, Gafni A, Markham B and MacFarlane D (1992) A bedside decision instrument to elicit a patient's preference concerning adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Annals of Internal Medicine*. 117 (1) 53-58.
- McCaffery K, Irwig L and Bossuyt P (2007) Patient decision aids to support clinical decision making: evaluating the decision or the outcomes of the decision. *Medical Decision Making*. 27 (5) 619-625.
- Miller K M, Brenner A, Griffith J M, Pignone M P and Lewis C L (2012) Promoting decision aid use in primary care using a staff member for delivery. *Patient Education and Counseling*. 86 (2) 189-194.
- O'Connor A M and Stacey D (2005) Should patient decision aids (PtDAs) be introduced in the health care system? edition. WHO Regional Office for Europe.(
- O'Neill O (2003) Some limits of informed consent. *Journal of Medical Ethics*. 29 (1) 4-7.
- Rabin B A, Brownson R C, Haire-Joshu D, Kreuter M W and Weaver N L (2008) A glossary for dissemination and implementation research in health. *Journal of Public Health Management and Practice*. 14 (2) 117-123.
- Silvia K A and Sepucha K R (2006) Decision aids in routine practice: lessons from the breast cancer initiative. *Health Expectations*. 9 (3) 255-264.
- Silvia K A, Ozanne E M and Sepucha K R (2008) Implementing breast cancer decision aids in community sites: barriers and resources. *Health Expectations*. 11 (1) 46-53.
- Stacey D, Graham I D, O'Connor A M and Pomey M P (2005) Barriers and Facilitators Influencing Call Center Nurses' Decision Support for Callers Facing Values-Sensitive Decisions: A Mixed Methods Study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2 (4) 184-195.
- Stacey D, O'Connor A M, Graham I D and Pomey M-P (2006) Randomized controlled trial of the effectiveness of an intervention to implement evidence-based patient decision support in a nursing call centre. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 12 (8) 410-415.
- Stacey D, Chambers S K, Jacobsen M J and Dunn J. Overcoming barriers to cancer-helpline professionals providing decision support for callers: an implementation study. In: *Overcoming barriers to cancer-helpline professionals providing decision support for callers: an implementation study*. *Oncology Nursing Forum*. Year P: 961-969.(
- Stacey D, Bennett C L, Barry M J, Col N F, Eden K B, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Légaré F and Thomson R (2011) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Systematic Review*. 5 (10) CD001431.
- Uy V, May S G, Tietbohl C and Frosch D L (2014) Barriers and facilitators to routine distribution of patient decision support interventions: a preliminary study in community-based primary care settings. *Health Expectations*. 17 (3) 353-364.
- Yoder-Wise P S (2004) *Leading and managing in nursing*. 3th edition. St. Louis, Mo., Mosby/Elsevier.

Patient decision aids and outcomes of its performance into routine clinical settings: A review article

Seyedeh Narjes Mousavizadeh^{1*}, Mahnaz Ilkhani²

1. (*Corresponding author) PhD student of nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: Mousavi201089@yahoo.com
2. Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract:

Background and aim:

One of the basic principle of patient protection is the patient's right to make decisions for their health. Over two decades, results of the studies have showed the positive effects of patient participation in decisions about their treatment and application of "patient decision aid". But so far, the impact of implementing of these interventions in routine practice in clinical settings, is not clear. The aim of this study was to analyze the findings of published studies that investigated the effectiveness of strategies, methods or approaches to implement IDEs into routine clinical settings.

Materials and methods:

This is a review article. Electronic resources and databases such as CINAHL, Embase, Medline, Scopus, Science Direct, MD Consult, OVID and Google Scholar were searched to find all studies that have investigated various aspects of the subject of "patient decision aids".

Findings:

There are significant challenges to the implementation of patient decision support. The study results showed indifference and noncooperation between health professionals. The noncooperation was stemmed in lack of confidence in the content of IDEs and concerns about disruption of workflows.

Conclusion:

It is too soon to make firm recommendations about the best way of implementation of patient decision support methods into routine practice. Because teams that use this model consistently report difficulties. It seems that the major problems against the use of these interventions are their limit implementation and they need further and special investigation.

Keywords:

Decision-Making; Decision Support Techniques; Patient Outcome Assessment