

تصمیم‌گیری مشترک در سلامت روان: چشم‌انداز پزشکی شخصی

چکیده

این مقاله مدل تصمیم‌گیری مشترک را توصیف می‌کند، وضعیت فعلی آن را در زمینه سلامت روان بررسی می‌کند، و تاثیر بالقوه آن را بر پزشکی شخصی مورد بحث قرار می‌دهد. تصمیم‌گیری مشترک بیانگر فرآیند ساختاری است که مشارکت کامل بیمار و ارائه دهنده را تشویق می‌کند. تحقیقات کنونی نشان می‌دهد که تصمیم‌گیری مشترک می‌تواند مشارکت بیماران سلامت روان و کیفیت تصمیم‌گیری را از نظر دانش و ارزش بهبود بخشد. تأثیر تصمیم‌گیری مشترک بر پایبندی، خود مدیریت بیماری و پیامدهای سلامت هنوز مورد مطالعه قرار می‌گیرد. اجرای تصمیم‌گیری مشترک به طور گسترده نیازمند مهندسی مجدد جریان مراقبت‌های بالینی در تنظیمات معمول و استفاده بیشتر از فناوری اطلاعات است. تغییرات مشابهی برای ترکیب داده‌های ژنومی و سایر داده‌های بیولوژیکی با ارزش‌ها و ترجیحات بیماران و با تخصص پزشکان مورد نیاز است. آینده پزشکی شخصی شده با توانایی ما برای ایجاد زیرساخت و پذیرش فرهنگی نسبت به این تغییرات بسیار مرتبط است.

مقدمه:

پیچیدگی فعلی درمان‌ها و نتایج در پزشکی مدرن یک معضل اساسی را ارائه می‌دهد. تعداد کمی از تصمیمات درمانی پزشکی شامل بهترین انتخاب واضح است. تصمیم پزشکی معمولی شامل معاوضه بین چندین مداخله تا حدی موثر با خطرات مختلف است. مورد مداخلات جراحی را در نظر بگیرید. قرار دادن سنجاق در لگن شکسته یک مورد نادر از بهترین درمان توافقی



وحید رضا اصفهانی^۱

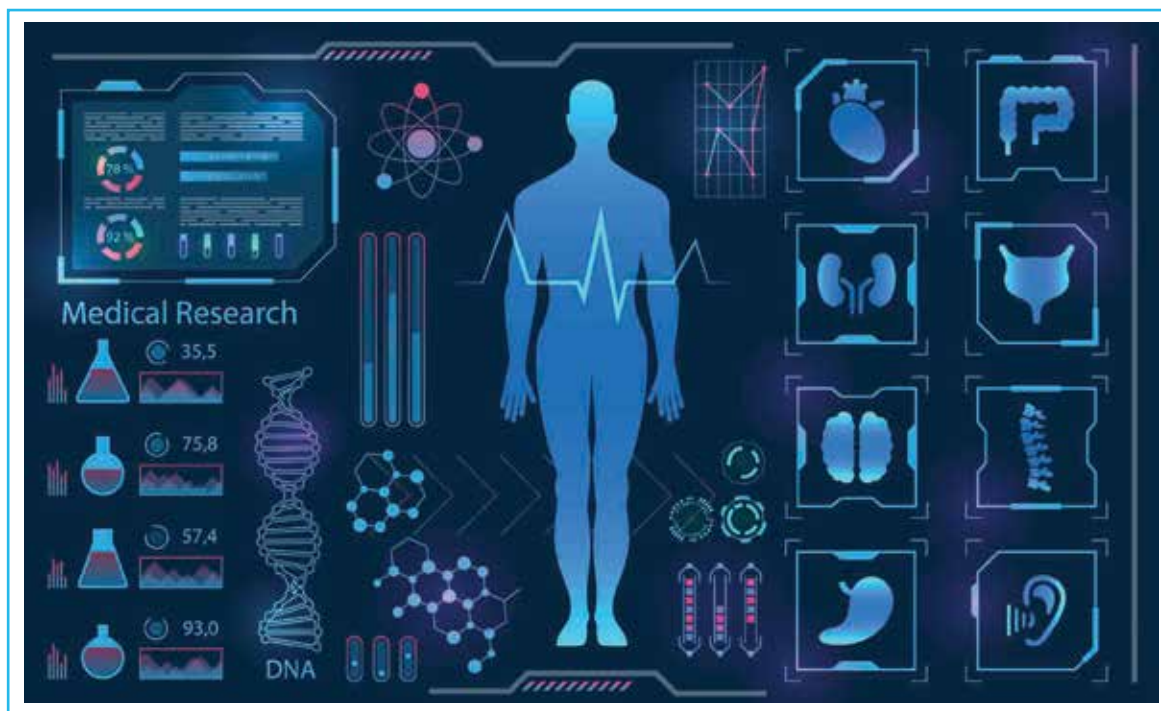
۱- کارشناسی ارشد سلولی مولکولی دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
پژوهشگر مرکز تحقیقات پزشکی شخصی آمیتیس ژن



جایگزین‌ها، تخصص به ارمغان می‌آورد. بیمار (اغلب) توسط خانواده یا اعضای شبکه حمایتی کمک می‌کند) تخصص مربوط به درک ارزش‌ها، اهداف، حمایت‌ها و ترجیحات فرد را به همراه دارد. تصمیم‌گیری مشترک عموماً شامل ارائه دیدگاه‌های مربوط به هر دو طرف و سپس مذاکره در مورد طرحی است که هر دو موافق اخلاقی، مطابق با شواهد، مطابق با ترجیحات بیمار و عملی است. از لحاظ مفهومی، تصمیم‌گیری مشترک بین دو رویکرد افراطی برای تصمیم‌گیری پزشکی قرار می‌گیرد: مدل‌های تصمیم‌گیری پدران‌ه و خودمختار. در مدل سنتی پدران‌ه، پزشک بر اساس شواهد علمی و قضاوت بالینی بهترین را برای یک بیمار خاص ارزیابی می‌کند و تصمیم می‌گیرد. در مدل تصمیم‌گیری خودمختار، اطلاعات به بیمار ارائه می‌شود، اطلاعات را وزن می‌کند و به صورت یک طرفه انتخاب می‌کند. به عنوان یک مثال ساده از تصمیم‌گیری مشترک، زن جوانی را در نظر بگیرید که به طور ناگهانی در نتیجه آسیب کمر دچار درد شدید می‌شود. معاینه پزشکی و تصویربرداری رزونانس مغناطیسی او بیرون‌زدگی دیسک کمر را نشان می‌دهد. پزشک او روش‌های جایگزین را توصیف می‌کند که شامل جراحی، بلوک‌های عصبی،

برای تقریباً هر بیمار است. در بسیاری از موقعیت‌های رایج جراحی دیگر، شواهد به طور قابل توجهی پیچیده تر است. به عنوان مثال، جراحی برای هیپرتروفی خوش خیم پروستات، جریان ادرار بهتری را در خطر بی‌اختیاری و ناتوانی جنسی ایجاد می‌کند. هنگامی که مردان به طور دقیق این معاوضه را درک می‌کنند، بسیاری داروها یا انتظار هوشیارانه را ترجیح می‌دهند. به طور مشابه، برای سرطان پستان اولیه، آسیب دیسک ستون فقرات، سرطان پروستات، صدمات روتاتور کاف، فیبروم رحم، بیماری عروق کرونر، و بسیاری از شرایط جراحی دیگر، انتخاب از میان مداخلات مختلف وجود دارد. با پیامدهای پیچیده و اثرات نامطلوب قاعده است. این معضل اساسی این باور را ایجاد می‌کند که بیماران باید به طور کلی در تصمیم‌گیری‌های پزشکی مشارکت داشته باشند و به طور خاص به پارادایم تصمیم‌گیری مشترک منجر می‌شود.

تصمیم‌گیری مشترک فرض می‌کند که دو متخصص (یا تیم‌های متخصص) باید در تصمیم‌گیری‌های پیچیده پزشکی با یکدیگر همکاری کنند. ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی (اغلب تیمی از متخصصان) در درک مشکل پزشکی، مداخلات احتمالی و مزایا و خطرات بالقوه



از سلامت روان باید فرد محور باشد. همانطور که در مورد سایر بیماری‌های درازمدت صادق است، توانمندسازی افراد برای آگاهی و فعال بودن در مدیریت بیماری‌های روانی خود حیاتی است. تصمیمات مربوط به بیماری‌های مزمن از چندین جهت با تصمیمات مراقبت‌های حاد متفاوت است: به عنوان مثال، فرصت‌های زیادی برای تصمیم‌گیری و بازبینی مجدد وجود دارد و بیمار باید مسئولیت بسیار بیشتری را در اجرای تصمیمات روزانه به عهده بگیرد. به دلیل ارزش‌های شخصی و پاسخ‌های ذهنی، خود بیماران می‌توانند به بهترین وجه معاوضه در اثربخشی و عوارض جانبی را ارزیابی کنند. در سلامت روان، تصمیم‌گیری مشترک، روابط کاری مورد نیاز برای بهینه‌سازی نتایج بلندمدت را افزایش می‌دهد. برای مثال، یادگیری مدیریت بیماری با داروها شامل فرآیندی پویا و طولی است که شامل حل تعارضات تصمیم‌گیری، انجام آزمایش‌ها، ایجاد تعادل بین اثرات مثبت و منفی و ایجاد تغییرات می‌شود. یک اتحاد کاری نزدیک بین پزشک و مشتری شرط اساسی موفقیت است. علاوه بر این نگرانی‌های عملی، دیگران استدلال‌های اخلاقی و قانونی برای تصمیم‌گیری مشترک ارائه کرده‌اند. خودمختاری - حق تصمیم‌گیری در مورد بدن خود - از دیرباز یک اصل اساسی اخلاق پزشکی غربی بوده است. با توجه به اهمیت استقلال، استاندارد قانونی مراقبت پزشکی از رضایت آگاهانه به انتخاب آگاهانه در میان گزینه‌های معقول تغییر می‌کند.

اکثر بیماران سلامت روان تمایل خود را برای مشارکت در تصمیم‌گیری در مورد داروها و بستری شدن در بیمارستان ابراز می‌کنند. با این وجود، تصمیم‌گیری مشترک در الگوریتم‌های دارویی روانپزشکی که به طور گسترده منتشر شده است برجسته نیست و معمولاً در مدیریت روزانه دارو اعمال نمی‌شود. بیماران مبتلا به بیماری‌های روانی شدید و مداوم گزارش می‌دهند که نقش درک شده آنها در تصمیم‌گیری‌های پزشکی معمولاً منفعل است. علاوه بر این، بسیاری از روانپزشکان به طور مداوم گزارش می‌دهند که تصمیم‌گیری مشترک برای تصمیم‌گیری در مورد داروها و بستری شدن در بیمارستان به دلیل ناتوانی در تصمیم‌گیری بیماران قابل اعمال نیست.

در عین حال، شواهد در حمایت از تصمیم‌گیری

بریس پشت، فیزیوتراپی و انتظار مراقبه است. بیمار و والدینش از جراحی بیزار هستند، به خصوص زمانی که خطرات آن را درک می‌کنند و درمان محافظه کارانه را ترجیح می‌دهند. پزشک موافقت می‌کند که پوشیدن بریس و انتظار ۲ ماهه برای ارزیابی مجدد آسیب منطقی است. دو ماه بعد، او بسیار بهبود یافته است، و آنها موافقت می‌کنند که ورزش بهترین استراتژی است.

حالا یک تصمیم پیچیده‌تر را در نظر بگیرید. زن جوان دومی دچار توده سینه می‌شود و سرطان پستان اولیه بدون عارضه تشخیص داده می‌شود. پزشک او جایگزین‌های جراحی (لومپکتومی در مقابل برداشتن سینه) و همچنین شیمی‌درمانی و پرتودرمانی کمکی را با او مرور می‌کند و خطرات و مزایای هر کدام را شرح می‌دهد. با توجه به مراحل اولیه بیماری، پزشک به وضوح معتقد است که بیمار یک کاندید عالی برای لامپکتومی است. به دلیل سابقه خانوادگی قوی و تجربه تماشای مرگ مادرش بر اثر سرطان سینه، اما زن جوان ماستکتومی دوطرفه را ترجیح می‌دهد پس از بحث بیشتر با بیمار و همسرش، پزشک تصمیم بیمار را درک کرده و می‌پذیرد و عمل جراحی رادیکال‌تری را انجام می‌دهد. در این حالت، پزشک ابتدا با انتخاب بیمار مخالف است اما ترجیح و حق تصمیم‌گیری بیمار را می‌پذیرد.

ادبیات پزشکی و شواهد تحقیقاتی در مورد تصمیم‌گیری مشترک، پشتیبانی تصمیم‌گیری و کمک‌های تصمیم‌گیری گسترده و به سرعت در حال رشد هستند. به عنوان مثال، در حال حاضر به معنای واقعی کلمه صدها وسیله کمکی برای تصمیم‌گیری برای کمک به بیماران در تصمیم‌گیری پزشکی وجود دارد. تنوع این ابزارها اخیراً منجر به توسعه استانداردهای بین‌المللی شده است. شواهد نشان می‌دهد که کمک‌های تصمیم‌گیری به بیماران کمک می‌کند تا تصمیمات آگاهانه‌تری اتخاذ کنند که با ارزش‌ها و ترجیحات آنها همخوانی بیشتری دارد. اثرات بلندمدت بر پیامدهای اولیه سلامت هنوز به خوبی مورد مطالعه قرار نگرفته است.

تصمیم‌گیری مشترک در سلامت روان: وضعیت فعلی

چندین استدلال حاکی از اهمیت تصمیم‌گیری مشترک در سلامت روان است. اول و مهمتر از همه، مراقبت موثر



دادند و دریافتند که بیماران آزمایشی بهبودهایی را در کیفیت ارتباط پزشک بیمار گزارش کردند و مداخله بلافاصله تغییراتی را در مدیریت دارو ایجاد کرد. Hamann و همکاران یک کارآزمایی تصادفی سازی و کنترل شده را با بیماران بستری اسکیزوفرنی انجام دادند و متوجه افزایش دانش و مشارکت درک شده در تصمیم گیری های گروه آزمایش در طول بستری شدند. Priebe و همکاران از یک طرح تصادفی خوشه ای برای مطالعه استفاده از یک مداخله با واسطه کامپیوتری برای ساختار دادن به تعاملات بیمار و پزشک در رابطه با کیفیت زندگی و نیاز به مراقبت هر ۲ ماه به مدت یک سال استفاده کردند. بیماران اسکیزوفرنی در گروه آزمایش کیفیت ذهنی زندگی بهتر، نیازهای برآورده نشده کمتر و رضایت بیشتری از درمان در یک سال داشتند. Loh و همکاران از یک طرح تصادفی خوشه ای برای مطالعه یک مداخله تصمیم گیری مشترک با بیماران افسرده استفاده کردند. در پیگیری ۶ تا ۸ هفته ای، بیماران گروه آزمایش مشارکت بیشتری در تصمیم گیری و رضایت بیشتر از مراقبت را گزارش کردند، اگرچه مداخله بر شدت علائم افسردگی تأثیری نداشت. Joosten و همکاران از یک طرح تصادفی خوشه ای برای مطالعه تصمیم گیری مشترک در برنامه های درمان اعتیاد بستری استفاده کردند. بیمارانی که تصمیم گیری مشترک را به جای تصمیم گیری سنتی دریافت کردند، کاهش بیشتری در مصرف مواد مخدر و علائم روانپزشکی در پیگیری ۳ ماهه داشتند. Woltmann از یک طرح تصادفی خوشه ای برای مطالعه تصمیم گیری مشترک در طول یک جلسه برنامه ریزی درمان بین مدیران پرونده و مراجعان مبتلا به بیماری های روانی شدید و پایدار استفاده کرد. مشتریان و مدیران پرونده در گروه تصمیم گیری مشترک بیشتر گزارش می دهند که تصمیمات مشارکتی بوده است. بنابراین، مانند پزشکی عمومی، تحقیقات اولیه در سلامت روان نشان می دهد که تصمیم گیری مشترک کیفیت تصمیم ها (دانش، مشارکت و تطابق با ارزش ها) را افزایش می دهد، اما حداقل شواهدی در مورد نتایج عینی سلامت وجود دارد. مطالعات بلندمدت پیامدهای سلامت مرتبط با دانش بیشتر، مشارکت در خود مدیریتی بیماری و روابط بهتر با پزشکان باید ارزیابی شوند.

مشترک در سلامت روان به سرعت در حال گسترش است. اولاً، تقریباً همه بیماران روانپزشکی، حتی اکثریت بزرگی از بیماران مبتلا به شدیدترین اختلالات مانند اسکیزوفرنی، قادر به درک انتخاب های درمانی و تصمیم گیری منطقی هستند. مانند بسیاری از بیماران دیگر با تحصیلات محدود، اختلالات یادگیری یا سایر معایب، برخی نیاز به تکرار اطلاعات یا منابع اطلاعاتی چندوجهی دارند. همچنین، برخی از بیماران روانپزشکی ناتوانی موقت در تصمیم گیری را تجربه می کنند، مانند دوره های روان پریشی، و ممکن است تصمیم بگیرند که دستورالعمل های پیشرفته روانپزشکی را برای پوشش چنین دوره هایی از ناتوانی تصمیم گیری ایجاد کنند.

دوم، تصمیم گیری مشترک یک اصل اصلی بسیاری از شیوه های مؤثر سلامت روان را تشکیل می دهد و ممکن است تا حدی اثربخشی آنها را توضیح دهد. به عنوان مثال، احترام به ترجیح مشتری برای نوع شغل، یک اصل اساسی برای اشتغال حمایتی است، و کل مدل از تصمیمات مشتری در مورد زمان جستجوی شغل، چند ساعت کار، افشای یا عدم افشای بیماری به افراد بالقوه پیروی می کند. تأکید بر تصمیم گیری مشترک نیز در مدیریت بیماری و بهبودی، خانواده درمانی رفتاری، درمان اختلالات دوگانه یکپارچه، و مدیریت سیستماتیک دارو است. رفتار قاطعانه جامعه، که از لحاظ تاریخی به دلیل پدرگرایی مورد انتقاد قرار می گرفت، نیز مشتری محورتر می شود.

سوم، اگرچه تحقیقات در مورد تصمیم گیری مشترک در سلامت روان در مراحل اولیه است، هفت کارآزمایی تصادفی سازی شده اولیه کنترل شده از اثربخشی آن حمایت می کنند. Malm و همکاران چندین جلسه تصمیم گیری مشترک را در یک برنامه درمانی برای بیماران اسکیزوفرنی ارائه کردند و دریافتند که گروه آزمایشی در ۲ سال از رضایت بیمار نسبت به گروه شاهد بالاتر بود. Van Korff و همکاران چندین جلسه تصمیم گیری مشترک را برای بیماران افسرده ارائه کردند و نتایج بهتری را برای پایداری و علائم افسردگی به نفع شرکت کنندگان تجربی نسبت به گروه کنترل در ۳، ۶، ۹ و ۱۲ ماهگی یافتند. Van Os و همکاران در یک کارآزمایی بالینی تصادفی یک جلسه تصمیم گیری مشترک را به بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و پزشکانشان

نقش پزشک در تصمیم گیری مشترک

در این بخش، برخی از موانع اجرای تصمیم گیری مشترک در سلامت روان را با بررسی نقش روانپزشک سرپایی نشان می‌دهیم. نکته اصلی این است که تمرین تصمیم گیری مشترک بسیار بیشتر از تایید مفهوم است. ساختار پیچیده و فرآیند مراقبت باید از عمل مورد نظر پشتیبانی کند. برای دستیابی به تصمیمات مشترک، روانپزشکان و بیماران به زمان قابل توجهی، ارتباطات تسهیل شده و دسترسی آسان به دانش علمی مفید بالینی نیاز دارند. این شرایط در حال حاضر در مطب روانپزشکی در ایالات متحده وجود ندارد. بنابراین، فرآیند مراقبت باید دوباره طراحی شود تا تصمیم گیری مشترک به روشی آسان و طبیعی انجام شود.

مراجعه به مطب روانپزشکی، تعاملات پیچیده و پویایی است که مملو از وظایف روانی، بین فردی و عملی است. اینها شامل ایجاد یک رابطه قابل اعتماد است. شناسایی اهداف برای رویارویی؛ جمع آوری اطلاعات مورد نیاز، مانند ارزیابی و رسیدگی به علائم، عملکرد و یا عوارض جانبی درمان؛ برنامه ریزی مراحل بعدی؛ مستندسازی برخورد؛ تجویز داروها؛ ارتباط با سایر ارائه دهندگان؛ و پر کردن فرم‌ها زمان برای تصمیم گیری مشترک باید از زمانی باشد که معمولاً برای این وظایف دیگر صرف می‌شود زیرا افزایش طول بازدید در حال حاضر به دلیل هزینه‌ها ممنوع است. رسیدگی به معضل زمانی مستلزم مهندسی مجدد تمرین اداری و استفاده از فناوری اطلاعات است. در سطح میکروسیستم، یک تیم آموزش دیده و سازماندهی شده (یک بیمار فعال، پشتیبانی از سایر کارکنان، و یک سیستم اطلاعاتی به خوبی طراحی شده) می‌تواند در جریان بازدید از مطب کارایی ایجاد کند. اعضای تیم به غیر از روانپزشک می‌توانند نگرانی‌ها، تجربیات و ارزش‌های فعلی بیماران را استخراج و ثبت کنند. آن‌ها همچنین می‌توانند علائم حیاتی مورد نیاز را به دست آورند، ارزش‌های آزمایشگاهی را ردیابی کنند، بخش‌هایی از فرم‌هایی را که روانپزشک باید امضا کند، تهیه کنند، نسخه‌هایی را برای بررسی و امضای پزشک تهیه کنند و به بیمار کمک کنند تا حد امکان فعال باشد،

از جمله مشارکت مستقیم در جمع آوری اطلاعات از طریق پورتال‌های بیمار به پرونده الکترونیکی پزشکی یک پرونده پزشکی الکترونیکی که به خوبی طراحی شده باشد می‌تواند کارایی (و بهبود مراقبت) را با جمع‌آوری و نمایش گرافیکی اطلاعات وارد شده توسط بیمار، طرح الگوریتم‌های درمانی مبتنی بر شواهد، و ساده‌سازی وظایف رایج مورد نیاز مانند مستندات بالینی، نوشتن نسخه‌ها و ارتباطات بالینی سایر ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی افزایش دهد.

بسیاری از افراد، از جمله آن‌هایی که علائم روانپزشکی دارند یا بدون علائم روانپزشکی، ابراز وجود خود را در مطب پزشکان دشوار می‌دانند. فرآیند مراقبت‌های پزشکی شفاف نیست و مردم به طور طبیعی نمی‌دانند چه اطلاعاتی برای برقراری ارتباط مرتبط و مهم است. علاوه بر این، تنظیمات پزشکی اغلب ترسناک هستند و مردم عصبی هستند. با این وجود، صدای بیمار باید در قلب فرآیند تصمیم گیری باشد. بدون شنیدن نگرانی‌های اصلی بیمار، تجربیات ذهنی زندگی و ارزش‌های اصلی، تصمیم‌ها فاقد داده‌ها و اهمیت زندگی بیمار هستند. در حال حاضر، تمام اطلاعات در مورد دیدگاه بیمار از گفتگوی بین روانپزشک و بیمار در طول ویزیت شلوغ مطب حاصل می‌شود. مسائل مهم، مانند اینکه آیا نگرانی‌های اصلی بیمار برای جلسه به طور معمول بیان می‌شود و اینکه آیا تجربه بیمار به شیوه‌ای معتبر و قابل اعتماد جمع‌آوری شده است یا خیر، به عادات تمرینی خود طراحی شده توسط روانپزشک بستگی دارد. بدون سیستمی که برای برانگیختن، سازماندهی و تقویت صدای بیمار طراحی شده باشد، روانپزشک به راحتی می‌تواند اطلاعاتی را که تصمیمات بالینی را آگاهانه‌تر، مرتبط‌تر و مشارکتی‌تر می‌کند، از دست بدهد. مهندسی مجدد دفتر می‌تواند ارتباط را از سه طریق تسهیل کند. اول، طراحی مجدد می‌تواند اعتماد و توانایی بیماران را برای مشارکت فعال در فرآیند مراقبت با استقبال صریح از آن‌ها در هنگام رسیدن به خدمات، جهت‌دهی آن‌ها به فرآیند مراقبت و ارائه آموزش در دسترس در مورد بیماری‌ها و گزینه‌های



تصمیم‌گیری در قالب تداخلات دارو و دارو است که به عنوان هشدارهای ایمنی در سوابق الکترونیکی ظاهر می‌شود. به زودی، پزشکی فردی را شامل می‌شود: اطلاعات تاریخی، پزشکی، فیزیولوژیکی و ژنتیکی که عوامل خطر خاص بیمار را خلاصه می‌کند.

نیازهای افراد مبتلا به بیماری‌های روانی شدید و مداوم از سائیتی به سایت دیگر تفاوت اساسی ندارد. بنابراین، یک فرآیند دگرگونی ویزیت مطب روانپزشک که تمام عناصر مورد نیاز برای عملکرد کارآمد روانپزشکی مبتنی بر شواهد را با هم ترکیب می‌کند، می‌تواند به طور گسترده طراحی، آزمایش، بسته‌بندی و اجرا شود. انجام این کار فرآیند بازدید از مطب را به سمتی سوق می‌دهد که به طور خاص برای رفع نیازهای افرادی که دارای یک بیماری روانپزشکی یا آسیب‌پذیری مداوم هستند، با استفاده از اصولی طراحی شده است که نشان داده شده است در بهبود مراقبت از افراد با سایر مشکلات سلامتی مداوم مفید است.

مراقبت از سلامت روان شخصی و تصمیم‌گیری مشترک

ایجاد یک جریان مراقبتی که تصمیمات به اشتراک گذاری را طبیعی و کارآمد می‌کند، زمانی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند که ما به آزمایش‌هایی دسترسی داشته باشیم که اطلاعاتی در سطح فرد و مرتبط با تصمیمات مراقبت از سلامت روان در اختیار ما قرار می‌دهد. وضعیت فعلی انتخاب درمان در سلامت روان با انتخاب‌های متعدد مشخص می‌شود، با شواهد کمی برای تصمیم‌گیری برای انتخاب درمان‌های اولیه یا بعدی. عوامل ژنتیکی یا مولکولی ممکن است با شناسایی افراد پیشینی که احتمالاً دارای عوارض جانبی هستند، مانند افکار خودکشی فوری در پاسخ به داروهای ضدافسردگی یا سندرم‌های متابولیک با درمان ضد روان‌پریشی، به انتخاب درمان کمک کند. آزمایشات ژنتیکی همچنین ممکن است افرادی را که به دوزهای کم یا زیاد دارو نیاز دارند، افرادی که احتمال بهبودی بیماری دارند یا حتی افرادی که احتمال بیشتری دارد به مکانیسم اثر دارویی خاصی پاسخ دهند را شناسایی کند.

درمانی افزایش دهد. دوم، صدای بیمار را می‌توان با برانگیختن و مستندسازی صریح نگرانی‌ها، تجربیات و ارزش‌های اصلی تقویت کرد. اگر این پرس و جو قبل از برخورد واقعی رخ دهد، اطلاعات به احتمال زیاد کامل می‌شود، سوالات بیمار مکتوب می‌شود، بنابراین آن‌ها فراموش نمی‌شوند، و زمان ویزیت برای درک مجدد بررسی و برای بحث عمیق آزاد می‌شود. در نهایت، علائم، عوارض جانبی دارو، و سوالات وضعیت عملکردی را می‌توان به صورت سیستماتیک با استفاده از ابزار استاندارد شده توسط کامپیوتر پرسید و نتایج طولی را می‌توان به صورت گرافیکی نمایش داد. کامپیوتری شدن به بیمار و روانپزشک اجازه می‌دهد تا پیشرفت را بررسی کرده و بحث‌ها را بر اساس داده‌های استاندارد شده طولی به عنوان یک تیم، تمرین پزشکی مبتنی بر شواهد فردی انجام دهند.

جوهر عمل مبتنی بر شواهد، استفاده از دانش به دست آمده از طریق تحقیق برای اطلاع‌رسانی انتخاب‌های بالینی خاص است. در صورتی که اطلاعات در جریان منظم بازدید از دفتر در دسترس باشد، از پشتیبانی تصمیم‌گیری استفاده می‌شود. بنابراین، ارتباط بیمار و روانپزشک با شواهدی که در زمان مورد نیاز است و به شکلی که هر دو بتوانند آن را درک کنند، یکی دیگر از عناصر حیاتی طراحی مجدد بازدید از مطب برای تسهیل تصمیم‌گیری مشترک است.

هم بیماران و هم روانپزشکان نیاز به دسترسی به موقع به یافته‌های تحقیقاتی دارند. بیماران می‌توانند از اطلاعات جهت‌گیری در مورد بیماری‌ها و آنچه در مورد گزینه‌هایی برای به حداقل رساندن علائم و به حداکثر رساندن عملکرد شناخته شده است بهره‌مند شوند. روان‌پزشکان و بیماران با هم می‌توانند از نمودارها و الگوریتم‌های پشتیبانی‌شده توسط پژوهش بهره‌مند شوند که زمینه‌های دانش را در مسیرهای مورد حمایت پژوهشی برای مراقبت متراکم می‌کند. روانپزشکان همچنین نیاز به دسترسی مستقیم به اطلاعات دقیق دارند، زمانی که آن‌ها بیش از حد حجیم یا پیچیده برای به خاطر سپردن هستند. در حال حاضر، این شامل حمایت از

شناسایی عوامل ژنتیکی یا مولکولی فردی، در آینده، ممکن است به ایجاد تشخیص در افراد مبتلا به علائم ساب‌سندرمی یا تشخیص‌های نامشخص کمک کند، و همچنین به اطلاع بیشتر بستگان بدون علامت افراد مبتلا به بیماری‌های روانی در تصمیم‌گیری‌های باروری و انتخاب‌های سبک زندگی شخصی کمک کند.

در عین حال، اطلاعات از این نوع ممکن است خطرات اجتماعی و روانی و بدبینی را در رابطه با اثربخشی درمان ایجاد کند. پیامدهای نامطلوب بالقوه می‌تواند بر رفاه عاطفی، روابط خانوادگی، شغل و بیمه تأثیر بگذارد. بنابراین، پتانسیل ژنومیک روانپزشکی به بحث‌های اخلاقی و قانونی ادامه داده است.

در دسترس بودن چنین اطلاعات پیچیده‌ای باید با یک سیستم ساختار یافته از ارتباط دادن مزایا و خطرات آزمایش به بیماران همراه شود تا امکان ادغام موثر آن در فرآیند تصمیم‌گیری پزشکی مشترک فراهم شود. در سایر زمینه‌های پزشکی، مطالعات مربوط به انتقال اطلاعات ژنتیکی به بیماران، اهمیت آموزش، ارتباط ریسک و حمایت عاطفی را مشخص کرده است.

اطلاعات ژنتیکی به طور چشمگیری پیچیدگی خطر را افزایش می‌دهد. در ژنتیک سرطان، Huiart و همکاران. تفاوت بین خطر فردی وراثت یا انتقال ژن‌های مستعد کننده و خطر فردی ابتلا به بیماری را تشریح کرد. این برای سلامت روان بسیار مرتبط است، زیرا بیشتر اختلالات عصبی روانی چند ژنی هستند و هر گونه تنوع ژنی ممکن است کمترین تأثیر را بر خطر فردی داشته باشد. تغییرات ژنی می‌تواند اثرات افزایشی بر بیان یک فنوتیپ داشته باشد، یا یک تنوع ژنی خاص ممکن است تنها از طریق تعامل با محیط بیان شود. توانایی یک آزمایش برای شناسایی تنوع ژنی ممکن است با توانایی آن برای شناسایی فنوتیپ مورد نظر متفاوت باشد. علاوه بر این، برای مثال، در آزمایش سیستم سیتوکروم، شناسایی یک فنوتیپ خاص، مانند متابولیزورهای آهسته، بسته به عوامل دیگر، مانند قومیت یا انتخاب دارو، ممکن است کاربرد بالینی داشته باشد یا نداشته باشد.

مانند سایر حوزه‌های پزشکی، انتقال معانی عدم قطعیت، خطر و آمار در شرایط سلامت روان دشوار است. آموزش بیمار نه تنها باید شامل اطلاعاتی در مورد انتخاب‌ها باشد، بلکه اطلاعاتی را برای افزایش سواد آماری نیز شامل شود. چندین یافته تحقیقاتی به این زمینه کمک کرده است. به عنوان مثال، استفاده از خطرات مطلق به جای خطرات نسبی و تبدیل احتمالات به فرکانس‌های طبیعی که به صورت پیکتوگرام نمایش داده می‌شوند، ارتباط و درک را تسهیل می‌کند.

مشاوران تخصصی ژنتیک به طور سنتی اطلاعات خطر را در ژنتیک پزشکی ارائه می‌دهند. اخیراً، کمک‌های تصمیم‌گیری متمرکز بر ارتباطات خطر و آموزش بیمار برجسته شده‌اند. بررسی اخیر مداخلات ارتباط ریسک نشان داد که تصمیم‌گیری به بهبود دانش کمک می‌کند اما لزوماً اضطراب را کاهش نمی‌دهد. با این حال، در دسترس بودن کمک‌های تصمیم‌گیری قبل از مواجهه با پزشک، زمان بحث در مورد خطر شخصی را به جای آموزش افزایش می‌داد. مشاوره فردی به عنوان یک عنصر مهم از ارتباطات ژنتیکی برای بهبود درک خطر و پرداختن به اثرات روانی و اجتماعی آزمایش ژنتیک بر بیمار و خانواده شناسایی شده است. ادراک نادرست از خطر پس از برقراری ارتباط با سلامت روانی فرد مرتبط بود. مشاوره انفرادی با کاهش تعارض تصمیم در پزشکی عمومی همراه بود، اما تحقیقاتی در مورد مشاوره مرتبط با خطر ژنتیکی در سلامت روان هنوز انجام نشده است. مشاوره مشترک روانپزشک و مشاور ژنتیک و رویکردهای خانواده محور در سلامت روان پیشنهاد شده است.

روانپزشکان و همچنین سایر ارائه دهندگان پزشکی در مقیاس‌های مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری نمره پایینی می‌گیرند، شاید تا حدی به این دلیل که مشاوره ژنتیک سنتی بر اساس مدل‌های انتخاب مستقل بوده است. افزایش فعال‌سازی بیمار زمانی توصیف شد که استراتژی‌های خود بیماران سلامت روان برای رفاه و بهبودی شناسایی و پشتیبانی شد. به طور کلی، بیماران انتظار دارند و ترجیح می‌دهند در زمینه تصمیم‌گیری در مطالعات ارتباطات



به سلامت خود مغرضانه هستند، با انتخاب‌های زیاد گیج می‌شوند، در درک خطرات آماری مشکل دارند و تحت تأثیر اطلاعات جانبدارانه صنعت قرار می‌گیرند. این مسائل باید با تحقیقات بیشتر روشن شوند و در سطوح مختلف مورد توجه قرار گیرند: علم تصمیم‌گیری پایه، آموزش پزشک، اجرای ساختاری، زیرساخت الکترونیکی، توانمندسازی بیمار و غیره.

خلاصه و نتیجه‌گیری

اجرای تصمیم‌گیری مشترک در مراقبت‌های روتین بهداشت روان نوید قابل توجهی از نظر اخلاق، کیفیت، تصمیم‌گیری آگاهانه، رضایت بیمار، افزایش توانایی برای خود مدیریت، بهبود پایبندی و نتایج معنادار می‌دهد. قرار دادن این پتانسیل‌ها در تمرین روزمره مملو از مشکلات خواهد بود. اکنون زمان رسیدگی به این موانع از طریق تحقیق در مورد تصمیم‌گیری مشترک است، زیرا انفجار اطلاعات و پزشکی شخصی سازی شده به ساختارهای آموزشی، الگوهای ارتباطی و اشکال تصمیم‌گیری جدید نیاز دارد.

منبع:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181931/>

اطلاعات ژنتیکی کمک کنند. تصمیم‌گیری مشترک در سلامت روان باید در آینده ارتباط مؤثری در مورد آزمایش‌های ژنتیکی و مولکولی داشته باشد. ارزیابی‌های ساختاریافته قبل از مشاوره بیان اهداف و ارزش‌های بیمار از جمله اهداف آزمایش ژنتیک را تسهیل می‌کند. کمک‌های تصمیم‌گیری ارائه شده قبل از مشاوره می‌تواند دانش بیماران را افزایش داده و اطلاعات را فردی کند. برخورد با یک ارائه دهنده باید ارتباط ریسک و تصمیم‌گیری را تسهیل کند.

محدودیت‌ها

موانع تصمیم‌گیری مشترک بسیار زیاد است. پزشکان فاقد آشنایی و آموزش هستند، گاهی اوقات با این مفهوم مخالف هستند و اغلب در مورد ظرفیت تصمیم‌گیری و مسئولیت قانونی نگرانی‌هایی دارند. بیماران اغلب فاقد اطلاعات، توانمندی، انگیزه و خودکارآمدی لازم برای شرکت در تصمیم‌گیری مشترک هستند. سیستم‌های سلامت روان تقریباً به طور کلی فاقد زیرساخت‌های رایانه‌ای مورد نیاز هستند. در سطح علوم پایه، نگرانی‌ها شامل عدم قطعیت و خطر، سوگیری در بسیاری از کمک‌های تصمیم‌گیری و به طور کلی سوگیری‌های انسانی در تصمیم‌گیری است. به عنوان مثال، بیماران سلامت روان، مانند سایرین، با خوش بینی نسبت