

سوگیری های شناختی در تخصص های مختلف پزشکی در پزشکان بیمارستان های استان مازندران

تاریخ دریافت: ۹۷/۰۹/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۰۱

خلاصه

مقدمه

توجه به سوگیری های شناختی در پزشکی حائز اهمیت می باشد به طوری که می تواند تاثیرات معناداری بر تصمیم گیری پزشکی به جای گذارد که سرنوشت زندگی یک انسان را تعیین می کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی سوگیری های شناختی در تخصص های مختلف پزشکی در پزشکان بیمارستان های استان مازندران انجام شد.

روش کار

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه پزشکان استان مازندران بود و حجم نمونه شامل ۱۷۹ پزشک متخصص در ۹ گروه پزشکی مختلف بود که به صورت نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه محقق ساخته (دموگرافیک) و آزمون سوء گیری های شناختی در پزشکی هرشبرگر و همکاران (۱۹۹۴) بود. به منظور تحلیل داده ها از آزمون میانگین رتبه ای استفاده شد.

نتایج

نتایج نشان داد پزشکان اطفال کمترین سوگیری های پزشکی و متخصصین بیهوشی بیشترین خطای شناختی را دارند که شامل خطاهای عدم حساسیت به اندازه نمونه، خطای به گزینی معرف، غفلت نرخ پایه، سوگیری تایید می باشد. همچنین مشخص شد در برخی بروز سوگیری های شناختی تفاوت های جنسیتی وجود دارد.

نتیجه گیری

هر خطای شناختی می تواند یک تصمیم گیری اشتباه جبران ناپذیر در پزشکی را شامل شود. لذا افزایش درک و آگاهی از سوگیری های شناختی یک گام موثر در تصمیم گیری بالین درست، بهبود مراقبت از بیمار، ارائه پیشنهادات به تحقیقات آینده و تجهیز پزشکان برای تشخیص خطاهای شناختی در طب بالینی می باشد.

کلمات کلیدی

سوگیری شناختی، پزشک، بیمارستان

حمید شفیعی^۱

جواد حاتمی^{۲*}

عذرا جهانی تابش^۳

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی شناختی، موسسه آموزش عالی علوم شناختی

۲- دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تهران، موسسه آموزش عالی علوم شناختی

۳- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تهران

Email: hatamijm@gmail.com

مقدمه

ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به بیماران همواره با هدف ارتقای سطح سلامت انسان ها طراحی و اجرا می شود و مسلماً، ارائه دهندگان چنین خدماتی سهم بسزایی در پیاده سازی صحیح این برنامه دارند؛ از این رو، به موازات افزایش اهمیت ارائه صحیح خدمات درمانی در ارتقای سطح سلامت جامعه، خطای انسانی از سوی ارائه دهندگان این خدمات می تواند مشکلات متعددی (مانند، خطاهای قبل و بعد از عمل جراحی، خطا در تجویز، جراحی روی موضع اشتباه) را در حوزه سلامت بوجود آورد (۱). موضوع ایمنی بیمار^۱ جایگاه ویژه ای در نظام بهداشت و درمان دارد. به همین خاطر، در حیطه بهداشت و درمان همواره راهکارهای گوناگونی متعددی برای ارتقاء سطح ایمنی بیمار به کار گرفته می شود. با این که در موارد چندی این راهکارها به پیشرفت هایی در زمینه ایجاد نظام سلامت ایمن تر منتهی شده اند، اما همچنان بعضی از خطاها دست نخورده باقی مانده است و در حوزه بهداشت و درمان مشابه سایر نظام های پیچیده دیگر (مانند فرودگاه ها و واحدهای بزرگ ارائه کننده خدمات و محصولات خاص) این خطاها همچنان غیر قابل اجتناب می نمایند (۲). ایمنی بیمار موضوعی چندوجهی و پیچیده است که عوامل متعددی در افزایش آن اثر می گذارند. به همین خاطر، مطالعه و برنامه ریزی در جهت کاهش آن مستلزم به کارگیری رویکردی چندجانبه می باشد (۳). یکی از اولین اقدامات پژوهشی در این خصوص به جهت کاهش این نوع خطاها، پایش و مشاهده انواع این خطاها در شرایط کنترل شده آزمایشگاهی است. به عبارتی دیگر می توان از وقوع این خطاها به عنوان فرصتی مغتنم برای کسب تجربه و یادگیری در جهت جلوگیری از عدم بروز مجدد آنها، ارتقا سیستم بهداشتی - درمانی، ریشه یابی و درنهایت افزایش ایمنی بیمار بهره برد (۴) (روانشناسی شناختی کمک کرده تا بدانیم موجوداتی کاملاً منطقی نیستیم و تصمیمات ما کاملاً بر مبنای ارزیابی های صحیح نمی باشد. بنابراین وقوع اشتباه در عملکردهای انسانی یک

پدیده طبیعی تلقی می شود و حتی در عملکردهای مطلوب نیز گاهی ممکن است خطایی رخ دهد (۵) در حوزه ایمنی بیمار، اخیراً توجه ها بر خطای تشخیصی متأثر از سوگیری های شناختی متمرکز شده است (۶) کاهش خطای تشخیصی هدف بسیار مهمی است زیرا با میزان مرگ و میر و امکان پیشگیری احتمالی مرتبط می باشد. زیرمجموعه ای بحرانی از خطاها، مخصوصاً آنهایی که با شکست در تشخیص، عدم شناسایی درست عامل بیماری و سوءگیری همراه هستند، ناشی از اشتباهات شناختی می باشد (۷).

هدف میان بره های شناختی، که "قوانین سرانگشتی" هم خوانده می شوند، این است که تصمیمات افراد را به درست ترین شکل ممکن نزدیک کند (۸). در عمل بالینی فرایند اکتشاف شناختی به پزشکان کمک می کند گزینه های خود را در مورد درصد زیادی از بیماران به درستی انتخاب کنند (۹) با این وجود، مواردی هست که زمان کافی برای اکتشاف شناختی وجود ندارد و از این رو، استفاده روش استدلال سریع سبب می شود بدون فکر عمل شود که هم خود و هم سایرین را در معرض مقادیر مختلفی از خطر قرار می دهد. این همان جایی است که خطای شناختی رخ می دهد. خطاهای شناختی به آن دسته از افکار گفته می شود که بر پایه فرضیاتی نادرست شکل گرفته و منجر به سوگیری در تفکر می شوند. به بیانی دیگر، خطاهای شناختی، همان الگوهای تفکر اغراق آمیز و یا غیر منطقی باشند که در فرد نهادینه شده اند و باعث ایجاد وضعیت ناخوشایند روانی او می شوند. با چنین تعریفی می توان تصور کرد که تحریفات شناختی از درک درست و منطقی مسائل جلوگیری کرده و اغلب افکار و احساسات منفی را تقویت می کنند (الیس، ۲۰۱۰). خطاهای شناختی نظامدار و قابل پیش بینی هستند و می توان آن ها را با توهومات بینایی، که تقریباً از رفتار مشابهی ناشی می شود، مقایسه کرد. در حقیقت، ویژگی شگفت انگیز سوگیری های شناختی این است که می توان آن ها را با توجه به فرهنگ، آموزش، سن، جنسیت، تجربیات گذشته، و فعالیت های اجتماعی شخص، پیش بینی کرد.

¹ Patient Safety

سوء گیری شناختی در دسترس بودن در تشخیص بیماری‌ها و تصمیم گیری پزشکان تداخل ایجاد می‌کنند.

در یک مطالعه مروری بر روی سوگیری‌های شناختی در تصمیمات پزشکی اسپونسیک، ردلمیر، راف و توبلر^۴ (۱۶) گزارش دادند همه پژوهش‌ها نشان می‌دهند حداقل یک سوء گیری شناختی یا ویژگی شخصیتی، تشخیص پزشکان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. اعتماد به نفس بیش از حد، ریسک پذیری پایین و تحمل ابهام پایین در شرایط بحرانی از عواملی بودند که تصمیمات پزشکی را تحت تاثیر قرار داده بودند. این پژوهش که مطالعات از سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۵ را مورد بررسی قرار داده بود، نشان داد در ۷۱٪ مطالعات، بین سوء گیری‌های شناختی و خطاهای درمانی یا مدیریتی ارتباط معنادار وجود داشت. با توجه به مطالب فوق و اهمیت بررسی عوامل مرتبط با تصمیمات پزشکی، مطالعه حاضر به بررسی فراوانی سوگیری‌های پزشکی در گروه‌های مختلف پزشکی می‌پردازد. همچنین در پژوهش حاضر به مطالعه تفکیکی سوگیری‌های شناختی در بین رشته‌های مختلف پزشکی پرداخته می‌شود که تاکنون در این خصوص پژوهشی گزارش نشده است.

روش کار

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه پزشکان استان مازندران بود و حجم نمونه شامل ۱۷۹ پزشک متخصص در گروه‌های پزشکی مختلف (روانپزشک، اطفال، ارتوپد، چشم پزشک، داخلی، جراح عمومی، قلب، زنان، بیهوشی) بود که به صورت نمونه گیری تصادفی در دسترس انتخاب شدند. به منظور اجرای پژوهش نخست مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه گرفته شد. سپس معرفی نامه برای بیمارستان‌ها جهت همکاری پزشکان مورد نظر اخذ شد. جهت دسترسی به پزشکان و با در نظر گرفتن ترافیک کاری آنها جهت انجام پژوهش، ابتدا لیست تمام پزشکان تهیه و هماهنگی‌های لازم جهت دعوت برای حضور در پژوهش انجام شد. اهداف پژوهش تا حد ممکن برای آنها تشریح شد و رضایت نامه درج و استفاده از اطلاعات از آنها گرفته شد.

از آنجا که اقدامات عملیاتی، سازمانی و اورژانسی همه در جهت نجات بیمار روی می‌دهند (استراثوس، فاگرهاگ، سوزک، و وینر، ۱۰)، شناخت بالینی نیز به همین شکل، یک فرایند پیشرونده است که در دوره مراقبت روی می‌دهد. به این ترتیب، مسیر شناختی در توازی با مسیر بیماری بیمار پیش می‌رود. تصمیمات شناختی پزشکی دقیقاً زمانی روی می‌دهند که مسیر فعلی نیاز به اصلاح دارد، و این سبب می‌شود پزشکان و بیماران احساس کنند باید اطلاعات خود را باهم در میان بگذارند و به یکدیگر کمک کنند (۱۱).

برخی سوگیری‌های شناختی قابل پیش‌بینی در پردازش انسانی اطلاعات می‌توانند تاثیرات عمیقی بر تصمیم گیری به جای گذارد (۱۲). از این رو، مستندسازی و بررسی این فرایند می‌تواند به بهبود وضعیت بیماران، پیگیری استفاده نامناسب از منابع پزشکی، و کاهش هزینه‌های مراقبت از سلامت کمک کند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سوگیری‌های شناختی اغلب در نتیجه استدلال نادرست حاصل می‌شوند، نه در نتیجه کمبود دانش (۱۳). برای مثال در توضیح اینکه چطور مغز پزشکان اورژانس تحت تاثیر ازدحام قرار می‌گیرد، باید ادبیات روانشناسی شناختی، جایی که تاثیر استرس بر عملکرد و قضاوت سال‌ها مورد مطالعه قرار گرفته است، بررسی شود (۱۴).

تاکنون به عملکرد شناختی در تشخیص پزشکی و فراوانی آن پرداخته نشده و در گزارش‌های اخیر از سوی آکادمی ملی علوم، مهندسی و پزشکی^۱ (۲۰) که در مورد بهبود تشخیص در مراقبت از سلامت^۲ می‌باشد نیز بسیار کم به آن پرداخته شده است. با این حال شواهد به قدری هستند که بتوان نیاز به بررسی موضوع سوء گیری‌های شناختی در بافت اشتباهات تشخیصی را احساس کرد. نورمن^۳ و همکاران (۱۵) در پژوهشی با عنوان علل اشتباهات در استدلال بالینی: تعصبات شناختی، ضعف دانش و تفکر فرآیند دوگانه نشان دادند سوگیری‌های شناختی از جمله

1- National Academies of Sciences, Engineering and Medicine

2- Improving Diagnosis in Healthcare

3- Norman

4- Saposnik, Redelmeier, Ruff & Tobler

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه محقق ساخته (دموگرافیک): این پرسشنامه اطلاعاتی از قبیل: سن، وضعیت تاهل، جنسیت، وضعیت اجتماعی اقتصادی، تخصص پزشکی، دانشگاه محل تحصیل و دوره های فلوشیپ و سابقه کاری آزمودنی ها را ثبت می کند.

۲- آزمون سوءگیری های شناختی در پزشکی^۱: این آزمون شامل ۲۲ سناریوی بالینی و تشخیصی است که طبق استدلال آماری فقط یک گزینه به عنوان گزینه درست مدنظر می باشد و گزینه های دیگر به عنوان پاسخ های با سوءگیری (یا مستعد سوءگیری) در تصمیم گیری پزشکی می باشند (هرشبرگر و همکاران، ۱۹۹۴). ICBM برای پزشکان و متخصصان سلامت و ریزدنت ها طراحی شده است تا سوءگیری های شناختی را پیش بینی کند. نمرات به دست آمده نشان دهنده کل پاسخ های درست می باشند (۰-۲۲). برای مثال، سوال ۸، توصیف کننده یک پزشک متخصص اطفال است که چهار بیمار آخرش دختر بودند، آزمودنی باید پاسخ دهد بیمار بعدی دختر خواهد بود یا پسر، یا اینکه شانس مساوی برای هر یک وجود دارد. مطالعه هرشبرگر و همکاران (۱۹۹۴) ضریب پایایی درونی متوسط (۰/۶۲) برای این ابزار گزارش داده اند. همچنین پژوهش اسلادک، فیلیس و باند (۲۰۰۸) ضریب پایایی درونی این آزمون را در دانشجویان پزشکی (۰/۶۸)، پزشکان کارآموز ارشد (۰/۵۱) و پزشکان مشاور (۰/۴۱) را نشان داده است.

نتایج

سوگیری های شناختی در پژوهش حاضر شامل سوگیری عدم حساسیت به اندازه نمونه، در دسترس بودن، سوگیری به گزینی معرف، غفلت نرخ پایه، سوگیری تایید، سوگیری احتمال خلفی، سوگیری نسبت به درمان غیرتهاجمی، سوگیری اعتماد به قضاوت ذهنی نسبت به قضاوت عینی، عدم حساسیت به اصل رگرسیون و سوگیری لنگر اندازی بود. برای بررسی فرضیه حاضر و مقایسه میانگین سوگیری های شناختی با توجه به ویژگی های دموگرافیک از روش تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد. پیش فرض استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل

واریانس یکطرفه نرمال بودن توزیع متغیر وابسته است. لذا به همین منظور آزمون کلموگروف اسمیرنوف برای هر ۱۰ سوگیری شناختی گرفته شد، نتایج آزمون نشان دادند که توزیع متغیرها نرمال نمی باشد. لذا برای تحلیل از روش ناپارامتریک استفاده گردید. برای مقایسه میانگین سوگیری های شناختی با توجه به متغیر جنسیت از آزمون کروسکال والیس استفاده شد. جدول ۱ رتبه سوگیری های شناختی را در دو جنسیت زن/مرد بررسی می کند.

جدول ۱- رتبه‌های سوگیری شناختی با تفکیک جنسیت

جنسیت	تعداد	میانگین رتبه‌ای
۱	مرد	۹۲/۴۲
	زن	۸۷/۶۱
۲	مرد	۹۱/۱۲
	زن	۸۸/۸۹
۳	مرد	۸۷/۲۶
	زن	۹۲/۷۱
۴	مرد	۹۱/۴۳
	زن	۸۸/۵۸
۵	مرد	۸۹/۶۹
	زن	۹۰/۳۱
۶	مرد	۸۹/۵۰
	زن	۹۰/۴۹
۷	مرد	۹۲/۶۹
	زن	۸۷/۳۴
۸	مرد	۹۲/۷۰
	زن	۸۷/۳۳
۹	مرد	۹۲/۶۹
	زن	۸۷/۳۴
۱۰	مرد	۸۹/۷۳
	زن	۹۰/۲۷

جدول ۲ رتبه خطاهای شناختی را در سه گروه سنی ۳۰ تا ۴۰، ۴۱ تا ۵۰ و بالاتر از ۵۱ سال بررسی می‌کند. خطای به گزینی معرف با میانگین ۱۰۹/۳۶ در گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال بیشتر است و خطای در دسترس بودن با میانگین ۹۲/۲۷ در گروه سنی ۴۱ تا ۵۰ سال و نیز سوگیری نسبت به درمان غیرتهاجمی با میانگین ۹۸/۰۵ در گروه سنی ۵۱ سال به بالا بیشتر است.

جدول ۱ نشان می‌دهد، در سوگیری‌های شناختی عدم حساسیت به اندازه نمونه، در دسترس بودن، سوگیری نسبت به درمان غیرتهاجمی، غفلت نرخ پایه، سوگیری اعتماد به قضاوت ذهنی نسبت به قضاوت عینی، عدم حساسیت به اصل رگرسیون در مردان بیشتر از زنان می‌باشد. همچنین سوگیری به گزینی معرف، سوگیری تایید، سوگیری احتمال خلفی و سوگیری لنگر اندازی در زنان بیشتر از مردان می‌باشد.

جدول ۲- رتبه های خطای شناختی به تفکیک گروه های سنی

رتبه	تعداد	میانگین رتبه ای
۱	۴۵	۹۴/۷۲
	۹۱	۸۷/۳۰
	۴۳	۹۰/۷۷
۲	۴۵	۱۰۰/۷۴
	۹۱	۹۲/۲۷
	۴۳	۷۳/۹۵
۳	۴۵	۱۰۹/۳۶
	۹۱	۷۹/۸۵
	۴۳	۹۱/۲۲
۴	۴۵	۱۰۱/۹۲
	۹۱	۸۶/۸۳
	۴۳	۸۴/۲۳
۵	۴۵	۱۰۱/۲۴
	۹۱	۸۷/۹۶
	۴۳	۸۲/۵۶
۶	۴۵	۸۹/۵۰
	۹۱	۹۰/۴۸
	۴۳	۸۹/۵۰
۷	۴۵	۹۴/۳۰
	۹۱	۸۴/۰۷
	۴۳	۹۸/۰۵
۸	۴۵	۹۳/۳۰
	۹۱	۸۶/۰۲
	۴۳	۹۴/۹۷
۹	۴۵	۹۹/۲۸
	۹۱	۸۹/۰۱
	۴۳	۸۲/۴۰
۱۰	۴۵	۱۰۰/۲۱
	۹۱	۸۶/۸۶
	۴۳	۸۵/۹۷

۹۰/۴۸ و خطای شناختی عدم حساسیت به اندازه نمونه در گروه های سابقه شغلی ۲۰ سال به بالا با میانگین ۱۳۱/۵ بیشتر از سایر خطاهاست.

نتایج جدول ۳ نشان می دهد خطای شناختی نرخ پایه در گروه سابقه شغلی ۱ تا ۱۰ سال با میانگین ۱۱۰/۵۶، خطای احتمال خلفی خطای پایه در گروه سابقه شغلی ۱۰ تا ۲۰ سال با میانگین

جدول ۳- رتبه‌های خطای شناختی به تفکیک سابقه شغلی

رتبه	تعداد	میانگین رتبه‌ای		
۱	عدم حساسیت به اندازه نمونه	۱ تا ۱۰ سال	۴۵	۱۰۳/۷۰
		۱۱ تا ۲۰ سال	۹۱	۸۲/۲۵
		۲۱ سال به بالا	۴۳	۹۱/۶۹
۲	در دسترس بودن	۱ تا ۱۰ سال	۴۵	۱۰۱/۰۲
		۱۱ تا ۲۰ سال	۹۱	۹۰/۳۰
		۲۱ سال به بالا	۴۳	۷۷/۵۷
۳	خطای به گزینی معرف	۱ تا ۱۰ سال	۴۵	۱۰۷/۱۴
		۱۱ تا ۲۰ سال	۹۱	۸۳/۸۶
		۲۱ سال به بالا	۴۳	۸۶/۴۵
۴	غفلت نرخ پایه	۱ تا ۱۰ سال	۴۵	۱۱۰/۵۶
		۱۱ تا ۲۰ سال	۹۱	۸۲/۴۳
		۲۱ سال به بالا	۴۳	۸۵/۵۲
۵	سوگیری تایید	۱ تا ۱۰ سال	۴۵	۱۰۱/۲۹
		۱۱ تا ۲۰ سال	۹۱	۸۶/۹۷
		۲۱ سال به بالا	۴۳	۸۶/۰۱
۶	خطای احتمال خلفی	۱ تا ۱۰ سال	۴۵	۸۹/۵۰
		۱۱ تا ۲۰ سال	۹۱	۹۰/۴۸
		۲۱ سال به بالا	۴۳	۸۹/۵۰
۷	سوگیری نسبت به درمان غیرتهاجمی	۱ تا ۱۰ سال	۴۵	۹۳/۸۸
		۱۱ تا ۲۰ سال	۹۱	۸۷/۰۲
		۲۱ سال به بالا	۴۳	۹۳/۰۸
۸	سوگیری اعتماد به قضاوت ذهنی نسبت به قضاوت عینی	۱ تا ۱۰ سال	۴۵	۹۹/۱۳
		۱۱ تا ۲۰ سال	۹۱	۸۳/۰۷
		۲۱ سال به بالا	۴۳	۹۶/۱۵
۹	عدم حساسیت به اصل رگرسیون	۱ تا ۱۰ سال	۴۵	۱۰۵/۲۹
		۱۱ تا ۲۰ سال	۹۱	۸۵/۰۷
		۲۱ سال به بالا	۴۳	۸۵/۹۴
۱۰	سوگیری لنگر اندازی	۱ تا ۱۰ سال	۴۵	۱۰۴/۷۰
		۱۱ تا ۲۰ سال	۹۱	۸۱/۹۴
		۲۱ سال به بالا	۴۳	۹۳/۲۵

قلب، جراحی عمومی، زنان، روان پزشکی، چشم و بیهوشی بررسی می‌کند. جدول ۵ نتایج آزمون معناداری میانگین رتبه‌ای سوگیری‌های شناختی را نشان می‌دهد.

برای مقایسه میانگین سوگیری‌های شناختی با توجه به متغیر رشته پزشکی از آزمون کروسکال والیس استفاده شد. جدول ۴ رتبه سوگیری‌های شناختی را در ۹ رشته پزشکی اطفال، ارتوپد، داخلی،

جدول ۴- رتبه‌های سوگیری شناختی به تفکیک رشته پزشکی

			تعداد	میانگین رتبه‌ای
۱	عدم حساسیت به اندازه نمونه	اطفال	۲۰	۸۰/۷۵
		اروتوپدی	۲۲	۹۱/۹۸
		داخلی	۱۸	۹۱/۸۶
		قلب	۲۰	۸۶/۰۰
		جراحی عمومی	۱۹	۹۳/۵۳
		زنان	۲۰	۹۰/۸۳
		روان پزشکی	۲۰	۸۲/۱۰
		چشم	۲۰	۸۴/۹۵
		بیهوشی	۲۰	۱۰۱/۱۸
		۲	در دسترس بودن	اطفال
اروتوپدی	۲۲			۷۵/۱۶
داخلی	۱۸			۸۸/۸۹
قلب	۲۰			۸۲/۹۸
جراحی عمومی	۱۹			۱۰۱/۲۱
زنان	۲۰			۹۷/۶۳
روان پزشکی	۲۰			۸۵/۰۰
چشم	۲۰			۹۳/۱۵
بیهوشی	۲۰			۹۴/۳۸
۳	سوگیری به گزینی معرف			اطفال
		اروتوپدی	۲۲	۶۵/۰۷
		داخلی	۱۸	۸۵/۰۶
		قلب	۲۰	۹۲/۴۵
		جراحی عمومی	۱۹	۷۲/۱۱
		زنان	۲۰	۹۷/۰۳
		روان پزشکی	۲۰	۷۵/۸۵
		چشم	۲۰	۱۱۲/۶۵
		بیهوشی	۲۰	۱۲۱/۶۰
		۴	غفلت نرخ پایه	اطفال
اروتوپدی	۲۲			۹۵/۳۲
داخلی	۱۸			۹۱/۷۵
قلب	۲۰			۱۰۰/۸۰
جراحی عمومی	۱۹			۸۶/۸۹
زنان	۲۰			۷۲/۷۵
روان پزشکی	۲۰			۷۸/۰۸
چشم	۲۰			۹۱/۷۸
بیهوشی	۲۰			۱۱۴/۴۵
۵	سوگیری تایید			اطفال

		اروتوپدی	۲۲	۷۵/۸۴
		داخلی	۱۸	۸۰/۳۶
		قلب	۲۰	۹۵/۷۴
		جراحی عمومی	۱۹	۱۰۲/۶۱
		زنان	۲۰	۱۰۰/۲۵
		روان پزشکی	۲۰	۷۷/۸۸
		چشم	۲۰	۸۲/۳۵
		بیهوشی	۲۰	۱۱۳/۶۸
۶	سوگیری احتمال خلفی	اطفال	۲۰	۸۹/۵۰
		اروتوپدی	۲۲	۸۹/۵۰
		داخلی	۱۸	۸۹/۵۰
		قلب	۲۰	۸۹/۵۰
		جراحی عمومی	۱۹	۸۹/۵۰
		زنان	۲۰	۹۳/۹۸
		روان پزشکی	۲۰	۸۹/۵۰
		چشم	۲۰	۸۹/۵۰
		بیهوشی	۲۰	۸۹/۵۰
۷	سوگیری نسبت به درمان غیرتهاجمی	اطفال	۲۰	۸۰/۸۸
		اروتوپدی	۲۲	۸۶/۹۸
		داخلی	۱۸	۸۸/۳۳
		قلب	۲۰	۷۶/۴۰
		جراحی عمومی	۱۹	۱۲۴/۴۵
		زنان	۲۰	۷۶/۴۰
		روان پزشکی	۲۰	۸۰/۸۸
		چشم	۲۰	۸۵/۳۵
		بیهوشی	۲۰	۱۱۲/۲۰
۸	سوگیری اعتماد به قضاوت ذهنی نسبت به قضاوت عینی	اطفال	۲۰	۸۴/۳۵
		اروتوپدی	۲۲	۸۵/۹۸
		داخلی	۱۸	۱۰۷/۲۲
		قلب	۲۰	۷۹/۸۸
		جراحی عمومی	۱۹	۹۹/۸۹
		زنان	۲۰	۹۷/۷۸
		روان پزشکی	۲۰	۷۹/۸۸
		چشم	۲۰	۹۳/۳۰
		بیهوشی	۲۰	۸۴/۳۵
۹	عدم حساسیت به اصل رگرسیون	اطفال	۲۰	۸۶/۳۵
		اروتوپدی	۲۲	۹۲/۰۵
		داخلی	۱۸	۷۴/۴۲
		قلب	۲۰	۷۷/۴۰

		جراحی عمومی	۱۹	۱۰۱/۸۹
		زنان	۲۰	۹۵/۳۰
		روان پزشکی	۲۰	۹۰/۸۳
		چشم	۲۰	۹۵/۳۰
		بیهوشی	۲۰	۹۵/۳۰
۱۰	سوگیری لنگر اندازی	اطفال	۲۰	۱۰۲/۲۰
		اروتوپدی	۲۲	۸۵/۱۱
		داخلی	۱۸	۱۰۸/۱۷
		قلب	۲۰	۸۴/۳۰
		جراحی عمومی	۱۹	۸۱/۴۷
		زنان	۲۰	۸۴/۳۰
		روان پزشکی	۲۰	۷۵/۳۵
		چشم	۲۰	۸۴/۳۰
		بیهوشی	۲۰	۱۰۶/۶۸
	سوگیری پزشکی کلی	اطفال	۲۰	۵۸/۲۵
		اروتوپدی	۲۲	۷۰/۴۳
		داخلی	۱۸	۷۸/۹۹
		قلب	۲۰	۸۷/۵۸
		جراحی عمومی	۱۹	۱۱۳/۰۸
		زنان	۲۰	۱۰۰/۲۵
		روان پزشکی	۲۰	۱۱۰/۳۸
		چشم	۲۰	۵۹/۶۵
		بیهوشی	۲۰	۱۲۸/۰۸

طبق جدول ۵ کمترین سوگیری پزشکی مربوط به پزشکان اطفال و بیشترین سوگیری پزشکی مربوط به پزشکان بیهوشی می باشد.

به درمان غیرتهاجمی و عدم حساسیت به اصل رگرسیون می باشد. همچنین بیشترین سوگیری اعتماد به قضاوت ذهنی نسبت به قضاوت عینی و لنگر اندازی مربوط به متخصصین داخلی و بیشترین سوگیری احتمال خلفی مربوط به متخصصین زنان می باشد.

نتایج جدول ۶ نشان می دهد متخصصین بیهوشی بیشترین سوگیری شناختی را دارند که شامل سوگیری عدم حساسیت به اندازه نمونه، سوگیری به گزینی معرف، غفلت نرخ پایه، سوگیری تایید می باشد. بعد از متخصصین بیهوشی جراحان عمومی بیشترین سوگیری را نسبت به سایرین دارند، این سوگیری های شناختی شامل در دسترس بودن، سوگیری نسبت

جدول ۶- بیشترین میانگین رتبه ای سوگیری های شناختی

میانگین رتبه ای	رشته پزشکی	عدم حساسیت به اندازه نمونه
۱۰۱/۱۸	بیهوشی	
۱۰۱/۲۱	جراحی عمومی	در دسترس بودن
۱۲۱/۶۰	بیهوشی	سوگیری به گزینی معرف

غفلت نرخ پایه	بیهوشی	۱۱۴/۴۵
سوگیری تایید	بیهوشی	۱۱۳/۶۸
سوگیری احتمال خلفی	زنان	۹۳/۹۸
سوگیری نسبت به درمان غیرتهاجمی	جراحی عمومی	۱۲۴/۴۵
سوگیری اعتماد به قضاوت ذهنی نسبت به قضاوت عینی	داخلی	۱۰۷/۲۲
عدم حساسیت به اصل رگرسیون	جراحی عمومی	۱۰۱/۸۹
سوگیری لنگر اندازی	داخلی	۱۰۸/۱۷

بحث و نتیجه گیری

بی تردید سوگیری شناختی یکی از مهمترین عوامل تاثیرگذار در خطای پزشکی است که در آموزش پزشکی کمتر مورد توجه قرار گرفته است و در تمرینات بالینی نادیده گرفته شده است. ادبیات جاری در حوزه سوگیری‌های شناختی در پزشکی از نظر توصیف دقیق شیوع و اهمیت سوگیری‌های خاص محدود است، که این عامل خود انجام پژوهش‌های بعدی را دشوار می‌سازد (۸). افزایش درک و آگاهی از سوگیری‌های شناختی یک گام موثر در تصمیم‌گیری بالینی درست، بهبود مراقبت از بیمار، ارائه پیشنهادات به تحقیقات آینده و تجهیز پزشکان برای تشخیص خطاهای شناختی در طب بالینی می‌باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد برخی سوگیری‌های شناختی از جمله عدم حساسیت به اندازه نمونه و سوگیری نسبت به درمان در مردان بیشتر از زنان بود. همچنین برخی سوگیری‌های شناختی از جمله سوگیری به‌گزینی معرف و سوگیری تایید در زنان بیشتر از مردان بود. همچنین مشخص شد کمترین سوگیری پزشکی مربوط به پزشکان اطفال و بیشترین سوگیری پزشکی مربوط به پزشکان بیهوشی بود. متخصصین بیهوشی بیشترین سوگیریشناختی را در سوگیری‌های عدم حساسیت به اندازه نمونه، سوگیری به‌گزینی معرف، غفلت نرخ پایه، سوگیری تایید داشتند. همچنین جراحان عمومی بیشترین سوگیری را در سوگیری در دسترس بودن، سوگیری نسبت به درمان و عدم حساسیت به اصل رگرسیون داشتند. در بررسی پیشینه پژوهشی، مطالعه ای مبنی بر مقایسه سوگیری‌های شناختی در پزشکی، در

حوزه‌های مختلف پزشکی یافت نشد. لذا نیاز است تا پژوهش‌های بیشتری در این زمینه انجام شود. به ویژه با توجه به اهمیت و تاثیر دیدگاه‌های فرهنگی، اجتماعی و لحاظ تفاوت‌های شخصیتی در میزان و سطوح بروز سوگیری‌های شناختی، نیاز به پژوهش‌های بیشتری در داخل کشور در این زمینه می‌باشد.

References

1. Boldrini A, Scaramuzzo R. T, Cuttano A. (2013). Errors in Neonatology. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine* 2013;2(2):e020230doi: 10.7363/020230
2. Elwyn G, Lloyd A, May C, van der Weijden T, Stiggelbout A, Edwards A, & Epstein R. Collaborative deliberation: A model for patient care. *Patient Education & Counseling* 2014, 97, 158–164. doi:10.1016/j.pec.2014.07.027.
3. Chone P, Musson D. Individual factors in patient safety. In: Croskerry P, Cosby KS, Schenkel S, Wears R, editors. *Patient Safety in Emergency Medicine*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins 2008. pp, 269–76.
4. Cosby P, Graber K, Hardeep Singh H. *Diagnosis: Interpreting the Shadows* 1st Edition. CRC Press 2017, 147
5. Boldrini A, Scaramuzzo R. T, Cuttano A. Errors in Neonatology. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine* 2013;2(2):e020230.
6. Croskerry P. Clinical cognition and diagnostic error: applications of a dual process theory of reasoning. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2009; 14:27–35.
7. Epstein R. M. Whole mind and shared mind in clinical decision-making. *Patient Education & Counseling* 2013; 90, 200–206.
8. O'Sullivan E. D, Schofield S. J. (2018). Cognitive bias in clinical medicine. *The journal of the Royal College of Physicians of Edinburg* 2018; 48(3), 225-232.
9. Lippa K. D, Feufel M. A, Robinson f. E, Shalin V. L. *Navigating the Decision Space: Shared Medical Decision Making as Distributed Cognition* 2016.
10. Levy P. S, Stolte K. Statistical methods in public health and epidemiology: a look at the recent past and projections for the next decade. *Statistical Methods in Medical Research* 2000; 9: 41-55.
- National Academies of Science, Engineering, and Medicine. *Improving Diagnosis in Health Care*. Washington, DC: National Academies Press 2015.
15. Norman G. R, Monteiro S. D, Sherbino J, Ilgen J. S, Schmidt H. G, Mamede S. The Causes of Errors in Clinical Reasoning: Cognitive Biases, Knowledge Deficits, and Dual Process Thinking. *Journal of Academic Medicine* 2017.92 (1):23-30.
16. Saposnik G, Redelmeier D, Ruff C, Tobler P. (2016). Cognitive biases associated with medical decisions: a systematic review. *Saposnik et al. BMC Medical Informatics and Decision Making* 2016; 16:138.
17. Singh H, Thomas E. J, Khan M. M, Petersen L. A. Identifying diagnostic errors in primary care using an electronic screening algorithm. *Arch Intern Med* 2007; 167: 302–308.
18. Starcke, K., & Brand, M. (2012). Decision making under stress: a selective review. *Neuroscience and Biobehavioral Review* 2007; 36: 1228-48.
19. Wegwarth O, Gaissmaier W, Gigerenzer G. (2009). Smart strategies for doctors and doctors-in-training: heuristics in medicine. *Medicine and Education* 2009; 43: 721–728.
20. Yardley I. E, Yardley S. J, Wu A. W. (2010). How to discuss errors and adverse events with cancer patients. *Current oncology reports* 2010; 12(4): 253-260.

*Original Article***The Relationship between Quality of Life and Sleep Disorders in Patients with Hypertension**

Received: 06/12/2018 - Accepted: 20/02/2019

Hamid Shafiee¹
Javad Hatami^{2*}
Azra Jahanitabesh³

1 PhD student of Cognitive Psychology,
Institute for Cognitive Science Studies
2 Associate Professor of Psychology,
University of Tehran, Institute for
Cognitive Science Studies
3 Assistant Professor of Psychology,
University of Tehran

Email: hatamijm@gmail.com

Abstract

Introduction: Sleep disorder is a common problem in adult quality of life, especially in patients with hypertension, which affects their physical and mental health. Therefore, this study aims to investigate the factors related to sleep disorders in the quality of life of the sample.

Methods: The present study is a descriptive-analytical study on the quality of life of people with essential hypertension. The statistical population of this study included all patients with hypertension residing in Mashhad in order to conduct a study on 125 patients with major hypertension referred to specialized clinics and physicians' offices specialized in this field by non-random sampling method. were chosen. Participants were assessed through a research instrument including the Petersburg Sleep Quality Questionnaire (PSQI) and the 36-item Quality of Life Questionnaire (SF-36), and then the data were analyzed using Pearson correlation. The following is SPSS software.

Results: According to the findings of the study, it was found that high blood pressure in those affected in these physical, psychological and environmental domains generally decreases and decreases the quality of life. To women. Married people are also more likely to have sleep disorders due to their greater responsibility in life. Based on the results, it can be concluded that the economic status has a significant effect on the quality of sleep in people with hypertension, so that the higher the welfare index in their lives, the higher the quality of sleep. According to the findings of the study, socioeconomic status had a greater impact on sleep quality in hypertensive individuals.

Conclusion: Overall, the quality of sleep and hypertension are severely affected by lifestyle, and people with hypertension may have sleep disorders.

Key words: W Sleep Disorders, Quality of Life, Blood Pressure ife abuse