

تحلیل عوامل موثر بر حقیقت‌گویی پزشکان به بیماران سرطانی ایران

چکیده

دریافت: ۱۳۹۵/۰۸/۲۸ ویرایش: ۱۳۹۶/۰۳/۲۴ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۳/۳۰ آنلاین: ۱۳۹۶/۰۳/۳۱

راضیه اکبری^۱مهدی عقیلی^{۲*}^۱- گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران.^۲- گروه رادیوتراپی انکولوژی، مرکز تحقیقات پرتودرمانی سرطان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

زمینه و هدف: در زمینه‌ی ارتباط پزشک و بیمار، راستگویی به بیمار از مباحث مهم به‌شمار می‌رود. باتوجه به اینکه بیان یا کتمان حقیقت علاوه بر مسایل اخلاقی از نظر قانونی نیز مشکلاتی را ایجاد می‌کند، در نتیجه شیوه‌ی برخورد درست با این موضوع و عواملی که بر این موضوع تأثیرگذارند، به‌ویژه در بیماری‌های سخت‌درمان مانند سرطان اهمیت زیادی دارد. هدف این پژوهش تحلیل عوامل موثر بر حقیقت‌گویی پزشکان به بیماران سرطانی ایران از دیدگاه متخصصان حوزه سرطان در دانشگاه علوم پزشکی تهران بود.

روش بررسی: این پژوهش به‌صورت توصیفی - پیمایشی انجام شد که نمونه‌ی آماری آن را ۱۶۱ تن از متخصصان مرتبط با سرطان در شهر تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران (اسفند ۱۳۹۴) تشکیل می‌داد که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از بین آنان در زمینه‌های مختلف انتخاب شدند. ابزار بررسی پرسشنامه‌ای بود که بر اساس ادبیات پژوهش تنظیم و روایی آن توسط اساتید کارآموزده و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ (Cronbach's alpha coefficient) تأیید شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، تفاوت معناداری بین نگرش پزشکان مرد و زن در بیان حقیقت وجود نداشت ($P=0/481$)، اما در زمینه‌ی تمایل تفاوت معناداری بین متخصصان و غیر متخصصان سرطان وجود داشت. همچنین نشان داد که تفاوت بین رفتار پزشکان وجود داشت. بین رفتار پزشکان بخش خصوصی (میانگین $8/87$)، با پزشکانی که در بخش خصوص-دولتی مشغول فعالیت بودند ($8/62$) تفاوت مشاهده شد ($P=0/014$).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که بین دیدگاه برخی متخصصان در بیان حقیقت تفاوت وجود دارد، ولی این مسئله دلیلی بر کتمان حقیقت نیست و پزشکان باید در بیان حقیقت به عوامل مختلف توجه کنند.

کلمات کلیدی: راست‌گویی، ارتباط پزشک و بیمار، بیماران، نگرش.

* نویسنده مسئول: تهران، بلوار کشاورز، مرکز تحقیقات پرتودرمانی سرطان، گروه رادیوتراپی انکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

تلفن: ۶۶۹۳۰۰۴۰-۰۲۱

E-mail: aghili@tums.ac.ir

مقدمه

روانی و سایر بخش‌ها فعالیت می‌کنند اشاره کردند که حقیقت‌گویی به یک مسئله‌ی اخلاقی تبدیل شده است.^{۳-۵} مطالعات مختلفی درباره‌ی نگرش پزشکان درباره‌ی خواسته‌ها و نظرات بیماران درباره‌ی راستگویی انجام شده است،^۶ به‌طوری‌که اوایل دهه‌ی ۱۹۵۰ نگرش بیماران درباره راستگویی و تشخیص سرطان پرسیده می‌شد. Tuckett به نقل از Kelly and Friesen, Bowen and AitkenSwan and Easson نشان داد که بیماران ترجیح می‌دادند آگاهی‌های لازم را

راستگویی و حقیقت‌گویی به بیمار درباره‌ی تشخیص بیماری و پیش‌آگهی از آن مسئله‌ی مهمی در بین مدیران، پزشکان و پرستاران است.^۱ پزشکان عمومی در گذشته بر این باور بودند که حقیقت‌گویی و افشای دانسته‌ها می‌تواند به مسئله‌ای اخلاقی تبدیل شود.^۲ افرادی که در بخش‌های حیاتی مانند سرطان، مراقبت‌های دارویی، سلامت

بیماران حقیقت را می‌گویند. درحالی‌که برآوردهای موجود نشان می‌دهد واکنش‌های منفی برخی از بیماران دلیل خودداری از افشای چنین اطلاعاتی است. نتایج بررسی Beyraghi و همکاران در زمینه‌ی حقیقت‌گویی به بیماران سرطانی در ایران نشان داد بیشتر پزشکان و پرستاران معتقدند که افشای تشخیص بیماری کاری اشتباه است.^{۱۷} خانواده بیماران بر این باور بودند بایستی اطلاعات را به تدریج بر اساس وضعیت روانشناختی بیمار به آن‌ها ارایه داد، اما بسیاری از بیماران بر این باور بودند که گفتن حقیقت بهترین راه است. تمام پزشکان، اغلب پرستاران و تمام بیماران معتقد بودند که پزشک بهترین فردی است که باید به افشای حقیقت بپردازد. Tieying و همکاران به بررسی نظرات ۶۳۴ متخصص پرداختند.^{۱۸} نتایج آن‌ها نشان داد به‌منظور بهبود وضعیت دانش بیماران سرطانی، متخصصان بایستی داده‌های بیشتری در زمینه‌ی نحوه آگاه‌سازی بیماران دریافت کنند و روش‌های خاص و کتاب راهنما ضروری است. همچنین نتایج پژوهشی نشان داد، حقیقت‌گویی ممکن است با توجه به نوع موسسه‌ی حمایتی و مراقبتی متفاوت باشد.^{۱۹}

در حقیقت نظر یکسانی در زمینه‌ی حقیقت‌گویی وجود ندارد و دیدگاه‌های مختلفی در این زمینه وجود دارد.^{۲۰} با توجه به این مسئله هدف تحقیق حاضر تحلیل دیدگاه پزشکان متخصص دانشگاه علوم پزشکی تهران درباره‌ی حقیقت‌گویی به بیماران سرطانی است.

روش بررسی

این پژوهش از نظر هدف کاربردی، از نظر درجه و میزان کنترل متغیرها توصیفی-تحلیلی و از نظر گردآوری داده‌ها پیمایشی بود که در بین متخصصان شهر تهران انجام شد. جامعه‌ی آماری پژوهش را متخصصان و فوق‌تخصصان مرتبط با سرطان در دانشگاه علوم پزشکی تهران در اسفندماه سال ۱۳۹۴ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده بود. در مجموع ۱۶۱ پرسشنامه گردآوری و تجزیه و تحلیل شد.

برای گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای طراحی و تدوین شد و برای تأیید روایی براساس نظرات اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های تهران و علوم پزشکی اقدام شد. پرسشنامه شامل چندین بخش بود. بخش اول سوالات مرتبط با ویژگی‌های فردی و حرفه‌ای پاسخگویان بود.

درباره‌ی بیماری دریافت کنند و از دریافت حقیقت تشخیص راضی بودند.^۷

در زمینه‌ی نگرش پزشکان به‌عنوان یکی از گروه‌های درگیر در این فرایند نیز بررسی‌های مختلفی انجام شده است. همچنین Tuckett به نقل از Fitts and Ravdin نشان داد در صورتی‌که پزشکان بخواهند حقیقت تشخیص را به بیماران بگویند، بیش از نیمی از پزشکان اشاره کردند که همواره حقیقت را نمی‌گویند.^۷ پژوهش‌های اخیر در زمینه‌ی نگرش پزشکان درباره‌ی راستگویی بیماری سرطان نشان داد که عوامل مختلفی در این زمینه دخالت دارد و تحت تأثیر فرهنگ جامعه قرار دارد.^۹

نتایج بررسی‌های Zamani و همکاران نشان داد که در زمینه‌ی حقیقت‌گویی، ۸۸٪ از بیماران و ۹۰٪ از پزشکان موافق حقیقت‌گویی به بیماران مبتلا به سرطان در مرحله‌ی اولیه بودند همچنین بهترین فرد برای گفتن تشخیص سرطان را پزشک و بهترین مکان از نظر بیمار، مطب بود.^{۱۰}

مطالعه‌ی Kazemi و همکاران در بررسی ۲۰۰ پزشک نشان داد که ۲۰٪ پزشکان بر این باورند گفتن تشخیص بیماری به مرگ بیماران منجر می‌شود.^{۱۱} همچنین مطالعه‌ی Montazeri و همکاران نشان داد، حدود ۸۰٪ پزشکان تشخیص سرطان را به بیماران خود نمی‌گویند و این درحالی است که بیشتر بیماران خواهان دانستن تشخیص بیماری خود هستند.^{۱۲} پژوهش Blazeković-Milaković و همکاران به بررسی دیدگاه پزشکان خانواده درباره‌ی حقیقت‌گویی به بیماران سرطانی پرداخت.^{۱۳}

بررسی Grassi و همکاران نشان داد حدود ۴۵٪ اشاره کرده‌اند که بیماران بایستی از تشخیص خود آگاهی داشته باشند.^{۱۴} همواره همه‌ی پزشکان به مفیدبودن مداخله‌ی اعضای خانواده در هنگام بیان تشخیص تأیید کرده‌اند.

در مطالعه‌ی Seo و همکاران انجام دادند، ۵۳٪ پزشکان بر این باور بودند که بایستی حقیقت به بیمار گفته شود و در همین مطالعه نشان داده شد هنوز ۴۶٪ از ژاپنی‌ها معتقدند که خانواده باید پیش از بیمار تشخیص را بدانند.^{۱۵} Fielding و همکاران به بررسی راه‌هایی بیان حقیقت به بیماران سرطانی پرداختند.^{۱۶} حدود ۴۶٪ از افراد مصاحبه‌شده بیان کردند که افشای حقیقت یک واقعیت غیرمنتظره است. بیش از نیمی از آن‌ها اشاره کرده‌اند که از طریق خانواده به

جدول ۱: توزیع فراوانی متخصصان مشارکت‌کننده در تحقیق

| تخصص | فراوانی | درصد | درصد تجمعی |
|----------------|---------|------|------------|
| گوش، حلق، بینی | ۸ | ۵/۳ | ۵/۳ |
| انکولوژی | ۳۳ | ۲۱/۹ | ۲۷/۲ |
| جراحی | ۲۷ | ۱۷/۹ | ۴۵ |
| پوست | ۱۱ | ۷/۳ | ۵۲/۳ |
| مغز و اعصاب | ۵ | ۳/۳ | ۵۵/۶ |
| زنان | ۱۵ | ۹/۹ | ۶۵/۶ |
| داخلی | ۳۸ | ۲۵/۲ | ۹۰/۷ |
| چشم | ۴ | ۲/۶ | ۹۳/۴ |
| ارولوژی | ۶ | ۴ | ۹۷/۴ |
| ارتوپدی | ۴ | ۲/۶ | ۱۰۰ |

جدول ۲: شاخص‌های سنجش متغیرها

| نگرش |
|--|
| اغلب بیماران سرطانی دوست دارند اطلاعات کافی در مورد بیماری خود داشته باشند. |
| بیشتر بیماران به طور کامل اطلاعاتی در مورد وضعیت بیماری خود ندارند. |
| حق اولیه بیمار این است که اطلاعاتی در مورد بیماری خود داشته باشد. |
| نباید به بیمار حقیقت تشخیص گفته شود، حتی اگر بیمار پافشاری بر دانستن اطلاعاتی در مورد بیماری خود داشته باشد. |
| اطلاعات واقعی باید به خانواده بیمار گفته شود. |
| اطلاعات واقعی باید به خود بیمار گفته شود. |
| با توجه به وظیفه حرفه‌ای پزشکی باید حقیقت به بیمار گفته شود. |
| گفتن حقیقت، روند درمانی را بهتر می‌کند. |
| گفتن دروغ مصلحتی در مورد این بیماری نسبت به گفتن حقیقت ارجحیت دارد. |
| مشارکت خانواده در گفتن حقیقت به بیمار بسیار کارآمد و پرفایده است. |
| گفتن حقیقت به مردم ایران با توجه به شرایط فرهنگی موجود، روند بیماری را مشکل‌تر می‌کند. |

تمایل

به نظر پیامدهای نگفتن حقیقت به بیمار یا خانواده آن برعهده پزشک معالج است.

در زمینه بیان حقیقت باید به ابعاد مختلف توجه داشت و سپس با توجه به آن حقیقت را به خانواده گفت.

با توجه به شرایط فعلی جامعه به نظر نگفتن حقیقت به بیمار اشکال ندارد.

رفتار

با توجه به تمام جوانب حقیقت‌گویی، حاضرم حقیقت تشخیص را به بیماران بگویم.

حاضرم حقیقت تشخیص را به خانواده بیمار بگویم.

حاضرم اطلاعات را به تدریج بر اساس وضعیت روانشناختی بیمار به وی بگویم.

اساس "نگرش" با ۱۱ پرسش، "تمایل" با سه پرسش و "رفتار" با دو پرسش ارزیابی شد. پرسش‌های این بخش به صورت طیف پنج گزینه‌ای لیکرت (Likert scale) از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) ارزیابی شد (جدول ۲). برای سنجش پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ (Cronbach's alpha coefficient) استفاده شد. ضرایب آلفا به ترتیب برای نگرش، تمایل و رفتار برابر ۰/۷۶، ۰/۶۷ و ۰/۵۱ بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی مانند Student's t-test و تحلیل واریانس و SPSS statistical

ویژگی‌هایی مانند سن، جنس، تخصص یا فوق‌تخصص بودن، محل خدمت (بخش دولتی، خصوصی)، زمینه فعالیت حرفه‌ای، سابقه‌ی فعالیت، متوسط تعداد بیماران سرطانی در سال، بهترین گزینه برای بیان راستی، اولویت گفتن مراحل بیماری بود. بخش دوم سوالات مرتبط با نگرش، تمایل و رفتار پاسخگویان درباره راستگویی به بیماران بود که این پرسش‌ها بر اساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده‌ی آجزن (Ajzen) طراحی شدند.^{۲۱} مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده یکی از معتبرترین مدل‌های پیش‌بینی رفتار است که به سبب داشتن سازه‌هایی که ابعاد مهم رفتار را مورد توجه قرار می‌دهند می‌تواند در بررسی عقاید، ارزش‌ها و نگرش‌هایی که در درون رفتار راستگویی وجود دارد مورد استفاده قرار گیرد. نظریه‌ی رفتار برنامه‌ریزی‌شده یک نظریه‌ی شناختی-اجتماعی است که به‌منظور درک و پیش‌بینی انجام یا عدم انجام رفتار انسان طراحی شده است و شکل توسعه‌یافته نظریه عمل منطقی است. نظریه‌ی رفتار برنامه‌ریزی‌شده، که توسط آجزن مطرح شده است، مبتنی بر نظریه‌ی عمل منطقی است. این نظریه وقوع یک رفتار ویژه را پیش‌بینی می‌کند، مشروط بر اینکه فرد قصد انجام آن را داشته باشد. منظور از «نگرش» یعنی رفتار موردنظر تا چه حد نزد فرد مطلوب، خوشایند، مفید یا لذت‌بخش است، که به قضاوت فرد در مورد اثرات و پیامدهای رفتار بستگی دارد.^{۲۲} "تمایل" میزان قصد و نیتی که فرد در رابطه با آن موضوع دارد را نشان می‌دهد و متغیر رفتار، عملکرد و رفتار واقعی فرد را نشان می‌دهد. بر این

software, version 22 (IBM, Armonk, NY, USA) استفاده شده است.

یافته‌ها

نتایج حاصل از جدول توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس سن نشان داد که میانگین سن پاسخگویان $43/4 \pm 11/27$ سال بود. $27/4\%$ پاسخگویان زیر ۳۵ سال، $56/7\%$ بین ۳۶-۵۰ سال و حدود 16% بالای ۵۱ سال بودند. 59% از پاسخگویان را پزشکان مرد و 41% را پزشکان زن تشکیل می‌داد. ۱۱۲ نفر دارای تخصص و ۴۴ نفر هم فوق تخصص بودند. $19/5\%$ پاسخگویان در بخش خصوصی، $46/5\%$ در بخش دولتی و 34% در هر دو بخش مشغول فعالیت بودند. سابقه‌ی فعالیت 50% پاسخگویان کمتر از ۱۰ سال بود، $36/2\%$ بین ۱۱-۲۰ سال و $13/8\%$ بالای ۲۱ سال سابقه داشتند. 43% پاسخگویان کمتر از ۵۰ بیمار سرطانی در سال داشتند، حدود 25% بین ۵۱-۱۰۰ بیمار سرطانی، 13% بین ۱۰۱-۱۵۱ بیمار و $17/4\%$ بالای ۱۵۱ بیمار در سال داشتند. نتایج نشان داد که پاسخگویان $34/8\%$ پاسخگویان حقیقت را به کمتر از $25/5\%$ بیماران گفته‌اند. پزشکان به بیشتر از 76% بیماران خود حقیقت را گفته‌اند.

بر اساس تمایل برای راستگویی به گروه‌های سنی مختلف، 34% پزشکان ترجیح می‌دهند حقیقت را به بیماران کمتر از ۵۰ سال بگویند، 51% به بیماران ۵۱-۷۰ سال و 15% به بیماران بالای ۷۱ سال. در ادامه از پزشکان خواسته شد که روش کلی‌شان را در مواجهه با بیماری سرطان مشخص کنند که $87/6\%$ آن‌ها بیان حقیقت به بیمار و $12/4\%$ نیز پنهان کردن حقیقت به بیمار را اشاره کردند. در زمینه‌ی تغییر روش کلی در مواجهه با بیماری سرطان، نتایج بیانگر آن است که 66% پزشکان کم، 27% متوسط و 7% زیاد علاقه‌مند به تغییر رویه خود بودند.

در زمینه بهترین فرد برای بیان حقیقت به بیماران پاسخگویان بر این باور بودند که بهترین گزینه برای بیان حقیقت پزشک و روان‌شناس متخصص در این زمینه است. خانواده و سیستم حمایتی نیز در مرتبه‌ی بعدی قرار داشتند. به‌منظور مشخص شدن اولویت گفتن مراحل بیماری از نگاه پزشکان، نتایج نشان داد که اولویت اول را روش درمان با $62/2\%$ به خود اختصاص داد. اولویت دوم را

عوارض درمان با $39/3\%$ ، اولویت سوم را پیش‌آگهی و اولویت چهارم را تشخیص به خود اختصاص داد. یکی از مواردی که امروز می‌تواند به پزشکان کمک کند، داشتن کتاب راهنما در زمینه تخصص موردنظر است، نتایج این بررسی نشان داد که 92% موافق داشتن راهنمای آموزشی به بیماران بودند.

نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون (Pearson's correlation coefficient statistical test) بین سن پاسخگویان و سابقه طبابت آن‌ها با نگرش و تمایل آن‌ها به حقیقت‌گویی نشان داد که هیچکدام از این روابط معنادار نبود. (رابطه سن و تمایل به حقیقت‌گویی $r=0/192$)، رابطه سابقه طبابت و تمایل به حقیقت‌گویی $r=0/831$)، رابطه سن و نگرش $r=0/646$)، رابطه سابقه طبابت و نگرش $r=0/432$).

نتایج بررسی تفاوت بین نگرش پزشکان بر اساس جنسیت با استفاده از Student's t-test نشان داد بین نگرش پزشکان مرد و زن در بیان حقیقت تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج حاصل از آزمون مقایسات میانگین بین نگرش پزشکان مرد و زن داد که تفاوت معناداری بین نگرش پزشکان مرد $(9/47 \pm 59/79)$ و زن $(7/88 \pm 46/73)$ در بیان حقیقت وجود ندارد $(P=0/481)$. نتایج حاصل از آزمون مقایسه میانگین نشان داده که Student's t-test برای نگرش پزشکان در سطح 5% معنادار نبوده و فرض پژوهش رد می‌شود.

نتایج بررسی تفاوت بین نگرش پزشکان بر اساس تخصص با استفاده از Student's t-test نشان داد بین نگرش پزشکان متخصص و فوق تخصص در بیان حقیقت تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج حاصل از آزمون مقایسه میانگین بین نگرش پزشکان متخصص و فوق تخصص نشان داد که تفاوت معناداری بین نگرش پزشکان متخصص $(8/47 \pm 93/61)$ و فوق تخصص $(9/46 \pm 16/43)$ در بیان حقیقت وجود ندارد $(P=0/487)$. نتایج حاصل از آزمون مقایسه میانگین نشان داد که Student's t-test برای نگرش پزشکان در سطح 5% معنادار نبوده و فرض تحقیق رد می‌شود.

بررسی تفاوت بین تمایل پزشکان بر اساس تخصص انکولوژی و غیر انکولوژی با استفاده از Student's t-test بیانگر این بود که بین تمایل پزشکان انکولوژیست و غیر انکولوژیست تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج بررسی‌ها نشان داد که تنها در زمینه‌ی تمایل تفاوت

تشخیص واقعی بیماری به بیماران سرطانی در مطالعات دیگری نیز مشخص شده است.^{۲۳، ۲۴} بر اساس تمایل برای گفتن حقیقت به گروه‌های سنی مختلف، ۳۴٪ پزشکان ترجیح می‌دهند حقیقت را به بیماران کمتر از ۵۰ سال بگویند، ۵۱٪ به بیماران ۷۰-۵۱ سال و ۱۵٪ به بیماران بالای ۷۱ سال. برای مثال، نتایج تحقیق Ab Rahman و همکاران نشان دادند، تنها متغیر سن با تمایل برای درخواست خبرهای خوب درباره‌ی بیماری سرطان ارتباط دارد.^{۲۵}

در زمینه بهترین فرد برای بیان حقیقت به بیماران، پاسخگویان معتقد بودند که بهترین گزینه پزشک و روان‌شناس متخصص در این زمینه است. این موافق نتایج بررسی Beyraghi و همکاران است که پزشک بهترین فردی است که باید به افشای حقیقت بپردازد.^{۱۳} همچنین همسو نتایج پژوهش Zamani و همکاران است که بهترین فرد برای گفتن تشخیص سرطان را پزشک می‌دانند و بهترین مکان از نظر بیماران مطب و از نظر پزشکان مکان ساکت و بدون مزاحم بود.^{۱۱} Grassi و همکاران نشان دادند، ۹۵٪ پزشکان اشاره کرده‌اند که پزشک عمومی بایستی در فرایند تشخیص و ارتباط، و ۴۸٪ اشاره کرده‌اند که پزشک بایستی حقیقت تشخیص را به بیمار منتقل کند.^{۱۴}

از طرفی، مخالف مطالعه Blazeković-Milaković و همکاران است که به بررسی دیدگاه پزشکان خانواده درباره‌ی راستگویی به بیماران سرطانی پرداخته‌اند.^{۱۳} در این پیمایش ۱۳۴ پزشک مطالعه شدند. ۷۱/۶٪ اشاره کردند که حقیقت بیماری را گاهی به بیماران گفته‌اند و ۵۱/۵٪ نیز حقیقت بیماری را بدون آگاهی و اجازته‌ی خانواده به بیماران گفته‌اند. ۷۰/۳٪ بیان کردند که خانواده بیمار بهترین فرد برای گفتن حقیقت بیماری است و ۸۰/۵٪ نیز خانه‌ی بیمار را بهترین مکان برای مراقبت‌های نهایی دانستند. در کارکردن با بیمارانی که در مراحل پایانی هستند، ۴۲ نفر (۳۲/۱٪) از پاسخ‌دهندگان بیان کرده‌اند ارتباط با بیماران دشوار است. آن‌ها اشاره کرده‌اند که پزشک خانواده بهترین فرد برای گفتن حقیقت بیماری است.^{۱۳}

به منظور مشخص شدن اولویت گفتن مراحل بیماری از نگاه پزشکان، نتایج نشان داد که اولویت اول را روش درمان با ۶۲/۲٪ به خود اختصاص داد. اولویت دوم را عوارض درمان با ۳۹/۳٪، اولویت سوم را پیش‌آگهی و چهارم را تشخیص به خود اختصاص داد. بنابراین باید توجه داشت شناخت چرایی، میزان و زمان ارائه آگاهی‌های مرتبط با تشخیص یا پیش‌آگهی، عامل مهمی در ارائه

معناداری بین انکولوژیست‌ها (۱۰/۱±۸۷/۸۲) و غیر انکولوژیست‌ها (۲/۱۵±۱۱/۸۳) وجود دارد و با توجه به یافته‌ها غیر انکولوژیست‌ها تمایل بیشتری برای بیان حقیقت داشتند.

برای بررسی تفاوت بین رفتار پزشکان بر اساس محل خدمت (خصوصی، دولتی و هر دو) با استفاده از آزمون تحلیل واریانس، فرضیه زیر را مورد آزمون قرار داده شد: بین رفتار پزشکان بر اساس محل خدمت تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد که بین رفتار پزشکان شاغل در سه بخش تفاوت مثبت و معناداری وجود دارد، بنابراین فرض صفر پژوهش رد می‌شود (P=۰/۰۱۴). نتایج آزمون‌های تعقیبی دانکن (Duncan's multiple range test) نشان داد که تفاوت بین رفتار پزشکان بخش خصوصی (میانگین ۸/۸۷)، با پزشکیانی که در بخش خصوص-دولتی مشغول فعالیت بودند (۸/۶۲) وجود دارد (P=۰/۰۰۴).

در ادامه، برای بررسی تفاوت بین نگرش پزشکان بر اساس محل خدمت (خصوصی، دولتی هر دو) با استفاده از آزمون تحلیل واریانس فرضیه زیر را مورد آزمون قرار دادیم: بین نگرش پزشکان بر اساس محل خدمت تفاوت معنی‌دار وجود دارد (P<۰/۰۰۱).

نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد که بین نگرش پزشکان شاغل در سه بخش تفاوت مثبت و معناداری وجود دارد، بنابراین فرض صفر پژوهش رد می‌شود. نتایج آزمون‌های دانکن نشان داد که بین نگرش پزشکیانی که در بخش دولتی-خصوصی فعالیت می‌کنند (۴۴/۱۴) با نگرش پزشکان بخش دولتی (۴۱/۵۷) و بخش خصوصی (۳۹/۹۲) تفاوت وجود دارد (P<۰/۰۰۱).

بحث

نتایج نشان داد که پاسخگویان ۳۴/۸٪ پاسخگویان حقیقت را به کمتر از ۲۵٪ بیماران گفته‌اند. ۲۵/۵٪ پزشکان به بیشتر از ۷۶٪ بیماران خود حقیقت را گفته‌اند. در تأیید این یافته، نتایج مطالعه‌ی نشان داد که پزشکان مورد مطالعه ابراز داشتند که در واقع به ۲۵٪ از بیمارانشان تشخیص واقعی بیماری را منتقل کردند.^{۱۴} بنابراین با در نظر داشتن عوامل زمینه‌ای که بر امر آگاهی‌رسانی به بیماران سرطانی در هر جامعه تأثیرگذار است، محدودیت‌های این مسئله در کشور مشخص‌تر می‌شود. چنانچه تأثیر بافت فرهنگی و اعتقادی بر انتقال

نتایج نشان داد که بین نگرش پزشکانی که در بخش دولتی - خصوصی فعالیت می‌کنند با نگرش پزشکان بخش دولتی و بخش خصوصی تفاوت وجود دارد. این همسو با نتایج Field است که نشان داد حقیقت‌گویی ممکن است مرتبط به موسسه‌ی حمایتی و مراقبتی باشد.^{۱۹}

نتایج پژوهش‌ها نشان داد که تنها در زمینه‌ی تمایل تفاوت معناداری بین انکولوژیست‌ها و غیر انکولوژیست‌ها وجود دارد و با توجه به یافته‌ها غیر انکولوژیست‌ها تمایل بیشتری برای بیان حقیقت داشتند. اما نتایج حاصل بین نگرش پزشکان متخصص و فوق تخصص و بین نگرش پزشکان مرد و زن نشان داد که تفاوت معناداری بین نگرش این دو گروه در بیان حقیقت وجود ندارد. هر چند پاسخگویان بر این باور بودند که بهترین گزینه برای بیان حقیقت پزشک و روان‌شناس متخصص در این زمینه است و خانواده و سیستم حمایتی در مرتبه‌ی بعدی قرار داشتند (این یافته موافق مطالعه Blazeković-Milaković و همکاران است که اشاره کرده‌اند پزشک خانواده بهترین فرد برای گفتن حقیقت بیماری است).^{۱۳} بنابراین به‌منظور اینکه داشتن کتاب راهنما در این زمینه می‌تواند به پزشکان و خانواده‌ها کمک شایانی نماید، پیشنهاد می‌شود متخصصان برجسته و مراکز دانشگاهی کتاب آموزشی راهنمایی را در این خصوص تدوین کنند تا خانواده‌ها و پزشکان بتوانند هر چه بهتر در مواجهه با این بیماری بازخورد ارایه دهند.

اما در زمینه‌ی نقش خانواده برای حقیقت‌گویی مباحثی در ادبیات وجود دارد.^{۳۵} مطالعه Grassi نشان داد تقریباً همه‌ی پزشکان مفید بودن مداخله‌ی اعضای خانواده در هنگام بیان تشخیص را تأیید کرده‌اند، اما در همان زمان آن‌ها اشاره کرده‌اند که خانواده‌ها بیشتر ترجیح می‌دهند بیمارشان آگاهی در مورد بیماری خود نداشته باشد.^{۱۴} همچنین نتایج Fielding نشان داد بیش از نیمی از پزشکان اشاره کرده‌اند که از طریق خانواده به بیماران حقیقت را می‌گویند.^{۱۶} برخی بر این باورند خانواده‌ها باید در این فرایند درگیر شوند، چرا که بهتر از پزشکان بیماران را درک می‌کنند و در برخی مواقع بیماران تحت تأثیر نگرش و عقاید خانواده خود هستند. از سوی دیگر اعضای خانواده‌ها ممکن است با مسائلی در زمینه‌ی حقیقت‌گویی مواجه شوند. بنابراین خانواده‌ها برای حفاظت و حمایت از بیمار ممکن است تمایلی به افشای حقیقت نداشته باشند.

اطلاعات است. بیماران ممکن نیست مقدار زیادی از دانسته‌ها را در یک زمان دریافت کنند.^{۳۶} آن‌ها نیازمند این هستند که ابتدا شرایط خود را درک کنند و سپس اطلاعات باید بر اساس نیازها و انتظارات آن‌ها ارایه شود.^{۲۸}

همانطور که Gadow اشاره کرده است، بحث واقعیت از آن متخصصان نیست و بنابراین آن‌ها نمی‌توانند تصمیم بگیرند که هرگاه خواستند اطلاعات را به بیماران بدهند. حقیقت مرتبط به بیمار است و آن‌ها نیاز دارند که حقیقت را بر اساس ارزش‌ها و تفسیرشان از واقعیت تشکیل بدهند.^{۳۷} بسیاری از بیماران می‌توانند مشخص کنند چه چیزی برای آن‌ها مهم است و به چه نوع داده‌هایی مرتبط با تشخیص یا پیش‌آگهی نیاز دارند. در این زمینه مطالعه‌ی نشان داد راست‌گویی به‌عنوان روشی برای کمک به بیماران به‌منظور معنابخشی به تجربیاتشان و سازگاری چیزی که در نظام سلامت اتفاق افتاده با شناخت آن‌ها از تجربیاتشان بوده است.

در ادبیات، به نقش دانش تأکید زیادی شده است که به‌عنوان عاملی برای حمایت فعالیت‌ها مطرح شده است.^{۲۹} حوزه‌های مختلف دانش شامل دانش و تجربه‌ی تخصصی، نظام سلامت و فرهنگ خاص آن، راهبردهای حمایتی، و شناخت خود و دیگران است.^{۳۳-۲۹} بنابراین، یکی از مواردی که امروز می‌تواند به پزشکان کمک کند، داشتن گایدلاین در زمینه تخصص موردنظر است، نتایج این پژوهش نشان داد که ۹۲٪ موافق داشتن راهنمای آموزشی به بیماران بودند. اما نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد هیچگونه کتاب راهنما مشخص یا آموزشی در این زمینه وجود ندارد.^{۳۴-۲۷}

نتایج تحقیق Tying و همکاران نشان داد، به‌منظور بهبود وضعیت دانش بیماران سرطانی، متخصصان بایستی اطلاعاتی بیشتری در زمینه‌ی نحوه آگاه‌سازی بیماران دریافت کنند و روش‌های خاص و گایدلاین ضروری است.^{۱۸} همچنین Grassi نشان داد ۸۶٪ پزشکان داشتن کتاب راهنما برای دریافت آگاهی‌های بیشتر را لازم دانسته‌اند.^{۱۴}

نتایج نشان داد که بین رفتار پزشکان شاغل در بخش‌های مختلف تفاوت مثبت و معناداری وجود دارد، تفاوت بین رفتار پزشکان بخش خصوصی، با پزشکانی که در بخش خصوص-دولتی مشغول فعالیت بودند وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که بین نگرش پزشکان شاغل در بخش‌های مختلف تفاوت مثبت و معناداری وجود دارد،

بیان حقیقت را داشتند (۷۴/۱-۹۱/۴)؛ CI/۹۵: ۸۴/۶) اما حدود
نیمی از پزشکان تشخیص را گفته‌اند (۳۶/۴-۶۲/۳)؛ CI/۹۵:
۴۹/۳) این نتایج بیانگر شکاف بین خواسته‌های بیماران و میزان
واقعی اطلاعات دریافت‌شده از سوی آن‌ها است که نیازمند
بررسی‌های بیشتری در این زمینه است.^{۳۷}

سپاسگزاری: پژوهش حاضر بخشی از پایان‌نامه دوره دکتری
دانشگاه علوم پزشکی تهران با عنوان "بررسی میزان حقیقت‌گویی
پزشکان ایرانی به بیماران سرطانی و عوامل موثر بر آن" در سال
۱۳۹۴ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی
تهران اجرا شده است.

نکته‌ای که باید به آن توجه کرد این است که هنگام ارتباط با
بیمار پزشکان نباید حمایت‌های عاطفی را در طی مرحله بیان حقیقت
نادیده بگیرند. پزشکان می‌خواهند خانواده‌ها به صورت مشترک راهی
را برای بیان حقیقت پیدا کنند و در طی این مرحله پزشکان به دنبال
روش‌های درمانی مختلف باشند تا بتوانند مزایا و اثرات جانبی هر
درمان را مشخص کنند.^{۳۶}

نتایج این مطالعه نشان داد که بسیاری از پزشکان در حال حاضر
ترجیح می‌دهند حقیقت را به بیماران سرطانی بگویند و روش کلی در
مواجهه با آنان در آینده بیان حقیقت به بیمار است. چنانچه نتایج
تحقیقات هم بیانگر این است که بیشتر بیماران سرطانی درخواست

References

- McNeill PM, Walters JD, Webster IW. Ethical issues in Australian hospitals. *Med J Aust* 1994;160(2):63-5.
- Brody H, Tomlinson T. Commentary. *J Fam Pract* 1988;26(4):404-406.
- Jones T, FitzGerald M. Withdrawal of life-support treatment: the experience of critical care nurses. *Aust Crit Care* 1998;11(4):117-21.
- Taylor EJ, Ferrell BR, Grant M, Cheyney L. Managing cancer pain at home: the decisions and ethical conflicts of patients, family caregivers, and homecare nurses. *Oncol Nurs Forum* 1993;20(6):919-27.
- Tuckett A. 'Bending the truth': professionals' narratives about lying and deception in nursing practice. *Int J Nurs Stud* 1998;35(5):292-302.
- Drickamer MA, Lachs MS. Should patients with Alzheimer's disease be told their diagnosis? *N Engl J Med* 1992;326(14):947-51.
- Tuckett AG. Truth-telling in clinical practice and the arguments for and against: a review of the literature. *Nurs Ethics* 2004;11(5):500-13.
- Surborne A, Zwitter M. Communication with the cancer patient: information and truth. *Ann N Y Acad Sci* 1997;809.
- Levy LM. Communication with the cancer patient in Zimbabwe. *Ann N Y Acad Sci* 1997;809:133-41.
- Zamani A, Shahsanaei A, Kivan S, Hematti S, Mokarian F. Iranian physicians and patients attitude toward truth telling of cancer. *J Isfahan Med Sch* 2011;29(143):752-9.
- Kazemi A, Poursoleimani A, Madayen K. Truth telling in medical filed in Tabriz university of medical sciences. *J Med Ethics Hist Med* 2010;3(2):54-63. [Persian]
- Montazeri A, Vahdani M, Haji-Mahmoodi M, Jarvandi S, Ebrahimi M. Cancer patient education in Iran: a descriptive study. *Support Care Cancer* 2002;10(2):169-73.
- Blazeković-Milaković S, Matijević I, Stojanović-Spehar S, Supe S. Family physicians' views on disclosure of a diagnosis of cancer and care of terminally ill patients in Croatia. *Psychiatr Danub* 2006;18(1-2):19-29.
- Grassi L, Giraldi T, Messina EG, Magnani K, Valle E, Cartei G. Physicians' attitudes to and problems with truth-telling to cancer patients. *Support Care Cancer* 2000;8(1):40-5.
- Seo M, Tamura K, Shijo H, Morioka E, Ikegame C, Hirasako K. Telling the diagnosis to cancer patients in Japan: attitude and perception of patients, physicians and nurses. *Palliat Med* 2000;14(2):105-10.
- Fielding R, Wong L, Ko L. Strategies of information disclosure to Chinese cancer patients in an Asian community. *Psychooncology* 1998;7(3):240-51.
- Beyraghi N, Mottaghipour Y, Mehraban A, Eslamian E, Esfahani F. Disclosure of cancer information in iran: a perspective of patients, family members, and health professionals. *Iran J Cancer Prev* 2011;4(3):130-4.
- Tieying Z, Haishan H, Meizhen Z, Yan L, Pengqian F. Health professionals' attitude towards information disclosure to cancer patients in China. *Nurs Ethics* 2011;18(3):356-63.
- Field D. Communication with dying patients in coronary care units. *Intensive Crit Care Nurs* 1992;8(1):24-32.
- Mo'tamedi GH. If a person has a fatal illness, the doctor should tell him whether death or not. [Internet] 2015 [cited 2017 May 15]. Available from: <http://www.persianv.com/ravan/104679.php> [Persian] Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* 1991;50(2):179-211.
- Elwyn TS, Fetters MD, Gorenflo W, Tsuda T. Cancer disclosure in Japan: historical comparisons, current practices. *Soc Sci Med* 1998;46(9):1151-63.
- Vahdaninia M, Montazeri A. Truth-telling to cancer patient: a cross-sectional study. *Payesh* 2003;2(4):259-68. [Persian]
- Ab Rahman S, Mahmud M, Ton Mohamed AS, Mohd Rashid SN, Bachok N. Disclosure of cancer diagnosis and prognosis from patients' perspectives at Hospital Universiti Sains Malaysia (HUSM). *Proc Reg Conf Stat Sci* 2010;256-63.
- Curtin IH. The nurse as advocate: a philosophical foundation for nursing. *ANS Adv Nurs Sci* 1979;1(3):1-10.
- Gadow SA. Truth-telling revisited: Two approaches to the disclosure dilemma. In: Leininger MM, editor. *Ethical and Moral Dimensions of Care*. Detroit, MI: Wayne State University Press; 1990. P. 33-8.
- Bu X, Jezewski MA. Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *J Adv Nurs* 2007;57(1):101-10.

27. O'Connor T, Kelly B. Bridging the gap: a study of general nurses' perceptions of patient advocacy in Ireland. *Nurs Ethics* 2005;12(5):453-67.
28. Doust JR. The right to know. *Aust Nurs J* 1997;7(2):47-8.
29. Schroeter K. Advocacy in perioperative nursing practice. *AORN J* 2000;71(6):1207-22; quiz 1223-8.
30. Mallik M. Advocacy in nursing: a review of the literature. *J Adv Nurs* 1997;25(1):130-8.
31. Mallik M. Advocacy in nursing: perceptions of practising nurses. *J Clin Nurs* 1997;6(4):303-13.
32. Bu X, Jezewski MA. Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *J Adv Nurs* 2007;57(1):101-10.
33. Code of Ethics for Registered Nurses. Ottawa, ON: Canadian Nurses Association, 2008.
34. Cao W, Qi X, Yao T, Han X, Feng X. How doctors communicate the initial diagnosis of cancer matters: cancer disclosure and its relationship with Patients' hope and trust. *Psycho-Oncology* 2017;26(5):640-8.
35. Chen CH, Tang ST. Prognostic disclosure and its influence on cancer patients. *J Cancer Res Pract* 2014;1(2):103-12.

Analysis of the effective factors in physician's truth telling to cancer patients in Iran

Razieh Akbari M.D.¹
Mehdi Aghili M.D.^{2*}

1- Department of Obstetrics and Gynecology, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

2- Department of Radiotrapy & Oncology, Radiation Oncology Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* Corresponding author: Department of Radiotrapy & Oncology, Radiation Oncology Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Keshavarz Blvd., Tehran, Iran.
Tel: +98- 21- 66930040
E-mail: aghili@tums.ac.ir

Abstract

Received: 18 Nov. 2016 Revised: 13 Jun. 2017 Accepted: 20 Jun. 2017 Available online: 21 Jun. 2017

Background: Cancer is a major life-threatening disease that can evoke deep-rooted fear of death and sense of loss of hope. Even the word, cancer, has powerful connotations of anxiety, pain and suffering. Cancer has a great impact on patients' lives, so the extent to which physicians should inform them of the diagnosis poses a difficult decision in clinical settings. Therefore, truth telling is one of the most important issues in patients-physicians' relationship. Besides the ethical aspect, telling or not telling the truth has some legal aspects, therefore, it is important to know the effective factors and understand how to deal with this issue especially for incurable diseases such as cancer. Therefore, the aim of this research was to analyses the effective factors in physician's truth telling to cancer-patients.

Methods: The samples of this descriptive and analytical study, (survey study) consist of 161 cancer-specialists from Tehran University of Medical Sciences who have been selected by simple random sampling method in 2015 and 2016. The data was obtained by survey approach and the data collected using a questionnaire. In order to evaluate the validity and reliability of the research, expert's opinion and Cronbach alpha coefficient have been used. The questionnaire included scales designed to measure attitude, intention, subjective norms; perceived behavior control. Statistical package for social science software (SPSS) were used to analyses the data. T-test and ANOVA were used to compare groups.

Results: Fifty-nine hudred percent male and 41% female physicians took part in this study. The average age of the participants was 43.4±11.27 years. The best person for truth-telling was physician and psychologist. Results showed that there was no significant difference between attitudes of male and female specialist but there was significant difference between oncologist and non-oncologist tendency to tell the truth. Results also showed that there was difference between physician's behaviors (average 8.87). There was difference between behavior of private and public-private sectors physicians (62.8).

Conclusion: Although the results show that there are differences in specialists' attitude toward truth telling, it is not a good reason for not telling the truth. Although the physicians should consider several factors when telling the truth.

Keywords: attitude, patients, physician-patient relations, truth disclosure.