

تجربیات پرستاران از حقیقت‌گویی: مطالعه‌ی پدیدارشناسی

احمد ایزدی^۱، اسمعیل محمدنژاد^{۲*}، سیده رقیه احسانی^۳

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

حقیقت‌گویی به منزله‌ی ارائه‌ی اطلاعات مناسب به بیمار جهت تصمیم‌گیری آگاهانه راجع به روند مراقبتی درمانی است. حقیقت‌گویی تمامی ابعاد مربوط به سلامت فردی را در بر می‌گیرد. به دلیل کمبود مطالعات این پژوهش با هدف تبیین پدیدارشناسی حقیقت‌گویی براساس تجربیات پرستاران انجام شد. پژوهش حاضر کیفی و روش آن پدیدارشناسی است. در این روش تجربیات ۱۴ پرستار بالینی شاغل در بیمارستان آموزشی شهر تهران در سال ۹۱-۱۳۹۰ با استفاده از مصاحبه جمع‌آوری شد. نمونه‌گیری به صورت مبتنی بر هدف انجام شد و با استفاده از روش کلایزی داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌های حاصل از تجارب پرستاران از حقیقت‌گویی با ۱۲ زیر مفهوم و دو درون مایه اصلی پیامدهای تقویت‌کننده و موانع حقیقت‌گویی استخراج شد. نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد پرستاران باید ضمن آگاهی از شرایط بیمار جهت تصمیم‌گیری، با شیوه‌های صحیح ارتباط و انتقال خبر بد آشنایی داشته باشند تا بتوانند بهترین مراقبت را به آن‌ها ارائه دهند و این خود گامی در ارتقاء عملکرد پرستاران است.

واژگان کلیدی: پدیدارشناسی، تجربیات، حقیقت‌گویی

^۱ استادیار گروه علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه امام حسین (ع) تهران

^۲ دانشجوی دکتری پرستاری، واحد بین‌الملل، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

^۳ کارشناس پرستاری، مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره)، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نشانی: تهران خیابان اسکندری جنوبی خیابان ارومیه شرقی کوچه کاوسی پلاک ۹، طبقه اول، تلفن: ۰۹۱۲۶۱۲۴۱۷۶

مقدمه

در اخلاق پزشکی نوین یکی از مهم‌ترین حقوق بیمار احترام به اختیار فرد است که بر آن اساس پزشک ملزم به ارائه‌ی اطلاعات لازم به بیمار است به‌نحوی که بتواند بر اساس اطلاعات دریافتی در مورد بیماری خود و شیوه‌ی پیگیری مراحل تشخیصی و درمانی تصمیم بگیرد. در دهه‌های اخیر ارتباط پزشک و بیمار دچار تغییرات قابل توجهی شده است، به‌طوری که در اکثر جوامع نگرش پدربسالارانه‌ی پزشک دیگر مورد قبول واقع نشده و بیمار نقش عمده‌ای در تصمیم‌گیری‌های مربوط به واقعیت‌های سلامت و درمانی ایفا می‌کند (۱). یکی از مسائل مهم و چالش‌برانگیز در رابطه‌ی کادر درمان و بیمار مسأله‌ی حقیقت‌گویی به بیمار است. راستگویی و بیان حقیقت به دیگران نخستین اصل اخلاقی است و کادر درمانی هم به لحاظ اخلاقی و هم به لحاظ حرفه‌ای موظف به بیان حقیقت به بیمار خویش است (۲). حقیقت‌گویی در حرفه پزشکی از ارائه‌ی اطلاعات مناسب و لازم به بیمار برای ایجاد توانایی جهت اخذ تصمیم‌های آگاهانه راجع به مراقبت‌های پزشکی - درمانی و سایر جنبه‌های زندگی و آگاه کردن وی از موقعیتی که در آن قرار دارد تعریف می‌شود. واژه‌ی حقیقت‌گویی در زمینه‌ی بیان اطلاعات لازم برای تصمیم‌گیری به‌کار نمی‌رود بلکه تمامی ابعاد مربوط به سلامت فردی حتی اگر از فرد منجر به تصمیم‌گیری درمانی نشود، در بر می‌گیرد (۳). روزگاری نه چندان دور اغلب پزشکان اعتقاد داشتند که هر چه بیمار آگاهی کم‌تری از وضعیت خود داشته باشد شانس بهبودی او بیش‌تر خواهد بود و بسیاری از اطلاعات مربوط به مرگ‌های قریب‌الوقوع را از ترس این‌که دستیابی به اطلاعات توسط بیمار موجب ناامیدی ویاس می‌شود، کتمان می‌کردند (۴). در جامعه‌ی ایرانی فرهنگ غالب حمایت جدی از بیمار غیرقابل درمان و ناخوشی است و پزشکان ترجیح می‌دهند اطلاعات

مربوط به بیماران را با خانواده‌ی آن‌ها در میان بگذارند (۶)، (۵). حقیقت‌گویی باعث می‌شود که بیمار اقدامات درمانی را به‌طور مناسبی پیگیری کند، تصمیمات مناسبی اتخاذ کند، اعتماد به کادر درمانی پیدا کند و به‌عنوان یک عامل تسهیل‌کننده در روند درمان و مؤثر در کاستن از احتمال شکایات آینده استفاده کند و از بار مسؤلیت‌های پزشکی بکاهد (۳، ۱). کتمان کردن اطلاعات به بیمار باعث عدم امکان تصمیم‌گیری صحیح درمانی منطبق با اهداف شخصی، افزایش هزینه‌ها، تحمل فشار و رنج عاطفی و جسمی غیرضروری به بیمار، افزایش ناامیدی و اضطراب می‌شود (۷). در رابطه با نحوه‌ی برخورد با مسأله‌ی حقیقت‌گویی دو نظریه وجود دارد؛ گروهی معتقدند که در برخورد با بیماران صعب‌العلاج نباید حقایق بیماری را با آن‌ها در میان گذاشت و گروهی معتقدند که باید حقایق و اطلاعات بیماری در اختیار آن‌ها قرار گیرد (۸). اولین وظیفه‌ی پزشک آگاه‌کردن بیمار در مورد شرایط سلامتی است مگر این‌که شواهدی دال بر تشدید آسیب روحی - روانی وجود داشته باشد. یکی از این موارد بیماری است که در صورت شنیدن اخبار ناگوار دست به خودکشی می‌زند (۴). هر چند گفتن همه‌ی حقیقت در همه‌ی موارد توصیه نمی‌شود، بلکه باید با توجه به اعتقادات مذهبی، شخصیت، سنت‌های قومی و فرهنگ حقایق در اختیار بیمار قرار گیرد (۹). پرستاران به‌عنوان مهم‌ترین گروه کادر درمانی می‌توانند اطلاعات لازم را در اختیار بیمار و خانواده‌ی آن‌ها قرار دهند و باید بر مبنای اصول اخلاقی عمومی و اصل نفع‌رسانی تمامی حقایق مربوط به بیماری را با بیماران در میان بگذارند (۱۰). این اصل مدافع بیان حقایق است و بیماران برای تصمیم‌گیری اصولی و آگاهانه، افزایش رضایت‌مندی و تقویت اعتماد بین پرستاران با بیماران نیاز است در مورد بیماری خود اطلاعات لازم را داشته باشند. در مورد این‌که چه میزان اطلاعات باید به بیماران ارائه شود همیشه به راهنمایی

بودن^۱ برای استحکام و کفایت روش تحقیق تعریف شده است. در این پژوهش سعی شده از چهار معیار موثق بودن تحقیقات کیفی یعنی قابلیت اعتبار^۲، قابلیت اطمینان^۳، انتقال^۴ و قابلیت تصدیق^۵ استفاده شود. جهت قابلیت اعتبار پژوهشگر ارتباط کافی با مشارکت‌کنندگان داشت. بازنگری توسط مشارکت‌کنندگان و بازنگری توسط ناظرین خارجی انجام شد و از مشاوره‌های آن‌ها به‌نحو احسن استفاده شد. جهت ثبات بازبینی توسط مشاوران مجرب و اعضای هیأت علمی انجام شد، برای قابلیت تصدیق از هرگونه تعصب و جهت‌گیری در هنگام مصاحبه خودداری شده است.

در این پژوهش روش تجزیه و تحلیل داده‌ها براساس روش ۷ مرحله‌ای کلایزی انجام شد. با توجه به این‌که هدف مطالعه‌ی حاضر توصیف تجارب پرستاران بود روش کلایزی قادر بود به‌روشنی و وضوح مرحله به مرحله پژوهشگر را در رسیدن به جوهره‌ی تجارب هدایت کند. در این روش پس از انجام مصاحبه‌ها و نوشتن اطلاعات ضبط‌شده بر روی کاغذ جهت درک عقاید شرکت‌کنندگان و کسب مفاهیم عمیق‌تری از تجارب آنان، همه‌ی مطالب به‌دقت خوانده شد (مرحله‌ی اول- خواندن کلیه‌ی توصیف‌ها، عبارت پرستاران در چند نوبت)، عبارات مهم حاوی مفاهیم غنی در تجربیات پرستاران از بیان واقعیت استخراج شد (مرحله‌ی دوم- استخراج موضوعات مرتبط با پدیده‌ی مورد نظر از متن مصاحبه). سپس معنای هر عبارت مهم توضیح داده شد و معنای به‌صورت کد یادداشت شدند (مرحله‌ی سوم- مفهوم بخشی به هر یک از موضوعات)، در ادامه کار کدها به‌صورت دسته‌هایی سازمان‌دهی شده و این دسته‌ها جهت اعتباربخشی با توصیفات اصلی شرکت‌کنندگان در مصاحبه مقایسه شدند (مرحله‌ی چهارم- سازمان‌دهی مفاهیم تنظیم‌شده درون دسته‌های موضوعی)، سپس نتایج به‌صورت توصیف کامل از

خود آنان نیاز است و باید همیشه بیمار را به دریافت اطلاعات به فراخور نیازهایش ترغیب کرد که او قادر باشد در فرایند تصمیم‌گیری مشارکت کند. لذا مطالعه‌ی حاضر با هدف تبیین پدیدارشناسی حقیقت‌گویی براساس تجربیات پرستاران انجام شد.

روش کار

این مطالعه یک مطالعه‌ی کیفی از نوع پدیدارشناسی است که با روش توصیفی انجام شد. با توجه به‌عنوان و هدف پژوهش و از آن‌جا که تحقیق کیفی روش مناسب جهت توصیف تجارب زندگی و معنابخشی به آن‌هاست و کاربرد این روش به توسعه‌ی علم پرستاری کمک می‌کند (۱۱) پژوهش حاضر به‌صورت کیفی انجام شده است. محیط پژوهش در این مطالعه مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بوده است. روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بود که در آن ۱۴ پرستار جهت رسیدن به اشباع اطلاعات مورد مصاحبه قرار گرفتند. معیار رسیدن به اشباع داده‌ها عدم دستیابی به اطلاعات بیش‌تر و غیر تکراری در مصاحبه‌های بعدی بود. معیار ورود شرکت‌کنندگان داشتن حداقل سه سال سابقه‌ی کار بالینی و تمایل به بیان تجربیاتشان بود تا قادر به تبادل آزاد تجربیات و احساس خود باشند. تمامی مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر اصلی هدایت شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاری استفاده شد، این مصاحبه به‌دلیل انعطاف‌پذیری و عمیق‌بودن مناسب پژوهش‌های کیفی است. سؤالات اصلی پژوهش عبارت بودند از: ۱- تجربه‌ی پرستاران از حقیقت‌گویی برای بیمار چه بوده است؟ ۲- در بیان واقعیت چه میزان از واقعیت‌های بد را برای بیمار می‌توان بیان کرد؟ طول مدت مصاحبه بین ۳۵ تا ۷۰ دقیقه و به‌طور متوسط ۵۰ دقیقه بود که به‌طور فردی هدایت شدند.

روند تعیین صحت و اعتبار در تحقیقات کیفی متفاوت از کمی است. در این تحقیق صحت و استحکام مطالعه با استفاده از معیارهای پیشنهادی گوبا و لینکلن بررسی شد (۱۱). موثق

¹ Truthworthiness

² Trustworthiness

³ Dependability

⁴ Trasforeability

⁵ Confirmability

مطالعه با محرمانه‌بودن نام اعلام کردند، هر گونه اطلاعاتی که سبب شناسایی افراد می‌شد حذف شد. به افراد اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه نگه‌داری خواهد شد و صداهای ضبط‌شده پس از پایان تحقیق پاک خواهند شد، حق کناره‌گیری در زمان دلخواه مفاد تعهدات اخلاقی رعایت شده است.

نتایج

در این مطالعه از چهارده پرستار مورد مطالعه ۶ زن و ۸ نفر مرد بودند، سن پرستاران بین ۲۸ الی ۴۶ با میانگین ۳۲/۴ سال و میانگین سابقه‌ی کاری ۳/۸ سال بود. یک‌نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد و بقیه تحصیلات کارشناسی داشتند. از میان شرکت‌کنندگان ۱۱ نفر پرستار، ۲ نفر سرپرستار و ۱ نفر سوپروایزر بودند. یافته‌های حاصله در ۱۲ زیر مفهوم و دو مفهوم محوری پیامدهای تقویت‌کننده و موانع حقیقت‌گویی دسته‌بندی شد. (جدول شماره ۱)

تجربه‌ی پرستاران از بیان واقعیت توسط شرکت‌کنندگان در مطالعه ترکیب شد و جهت دستیابی به مفاهیم واضح و بدون ابهام بازنگری شد (مراحل پنجم و ششم - تلفیق یافته‌ها درون یک توصیف جامع و توصیف پدیده به شکل یک بیانیه‌ی صریح و روشن) در پایان یافته‌ها جهت تعیین اعتبار به شرکت‌کنندگان ارجاع داده شده و موثق بودن نتایج به‌دست‌آمده در مصاحبه‌ی پایانی به تأیید آنان رسید (مرحله‌ی هفتم - تأیید نتایج توسط شرکت‌کننده). در جریان فرایند پژوهش از گردآوری داده‌ها تا پایان تجزیه و تحلیل و گزارش یافته‌ها به منظور رعایت اخلاق در پژوهش فرم رضایت‌نامه‌ی آگاهانه توسط تمام شرکت‌کنندگان تکمیل شد.

در این فرم از شرکت‌کنندگان اجازه‌ی ضبط مصاحبه‌ها و استفاده از اطلاعات بدون ذکر نام کسب شد. در پایان هر مصاحبه‌ی فردی نیز مجدداً بر استفاده از مصاحبه‌ها با حفظ محرمانه بودن نام شرکت‌کنندگان تأکید شد و همه‌ی شرکت‌کنندگان موافقت خود را برای استفاده از نظراتشان در این

جدول شماره ۱ - مضمون‌های اصلی و فرعی پدیدار شده در تجربه‌ی پرستاران از حقیقت‌گویی

ردیف	مضمون‌های اصلی	مضمون‌های فرعی
۱	پیامدهای تقویت‌کننده	<ul style="list-style-type: none"> • اعتماد به نفس • رضایت بیماران • حفظ و تقویت اعتماد بین بیمار و پرستار • کاهش و پیشگیری مجازات پزشکی و اقدامات علیه پرستار • تصمیم آگاهانه‌ی مبتنی بر اختیار • همکاری و مشارکت بیمار در درمان و تشخیص بیماری، اجرا کردن دستورات اسلام • آرام‌بخش بیمار • جلوگیری از مخارج بیهوده
۲	موانع حقیقت‌گویی	<ul style="list-style-type: none"> • نگرانی بیمار • عکس‌العمل نامطلوب بیمار و خانواده و عدم حمایت مسئولین • زیر سؤال رفتن رازداری • مخارج بیهوده

الف: پیامدهای تقویت‌کننده

نظر پرستاران برای حقیقت‌گویی حاکی از آن است که گفتن حقیقت موجب افزایش اعتماد به نفس، افزایش رضایت بیماران، حفظ و تقویت اعتماد بین بیمار و پرستار، کاهش مجازات پزشکی و اقدامات علیه پرستار، تصمیم آگاهانه مبتنی بر اختیار، همکاری و مشارکت بیمار در درمان، مشارکت در روند و تشخیص بیماری و اجرا کردن دستورات اسلام می‌شود.

اعتماد به نفس

پرستاری در این‌باره می‌گوید: «حقیقت بیماری را سعی می‌کنم به بیماران بگویم چون باعث افزایش اعتماد به نفس بیمار می‌شود، من سعی می‌کنم بیمارم را به‌عنوان همدم بشناسم، صد درصد حقیقت بیماریش را به او بگویم تا او بهتر بیماریش را بپذیرد و با توضیحات من آرام‌تر شود و اعتمادش بیشتر از قبل افزایش یابد.» [پرستار شماره‌ی ۷]

رضایت بیماران

«امروزه، باید کاری کنیم که بیماران راضی‌تر از قبل از بیمارستان مرخص شوند، بعضی وقت‌ها که حقیقت بیماری را نمی‌گویم یا دورغ می‌گویم احساس می‌کنم رضایتمندی بیمار به نوعی نادیده گرفته می‌شود، واقعیت را بگویم تا رضایت بیماران از من و مراکز درمانی افزایش یابد و آن‌ها با خوشنودی از بیمارستان مرخص شوند.» [پرستار شماره‌ی ۱]

مشارکت در روند و تشخیص بیماری

«دادن اطلاعات درست باعث می‌شود بیمار در روند درمانش بیشتر مشارکت داشته باشد و بیشتر دخالت‌کننده و در درمان خود را دخیل بداند، این باعث می‌شود روزبه‌روز اعتمادش به ما بیشتر بشود، حقیقت را وقتی نگم بیمار فاصله‌اش از ما بیشتر می‌شود و کمتر در روند درمانش دخالت و مشارکت می‌کند، وقتی فاصله بیشتر بشود ما دچار مشکل می‌شویم، بارها و بارها از بیمارانم دیدم که واقعیت را برای آن‌ها و همراهان تعریف کردم آن‌ها را از خودم دانستم، شاهد بهبودی در روند درمان آن‌ها بودم.» [پرستار شماره‌ی ۳]

تصمیم آگاهانه مبتنی بر اختیار

«حقیقت‌گویی به بیمار مثل درست‌گویی در زندگی است من این‌جوری تربیت شدم که حقیقت‌ها را بگویم تا در زندگی موفق شوم برای بیمار هم همین‌طور. اگر واقعیت‌ها را برای بیمار بگویم باعث می‌شود خودش در مورد اقدامات درمانی تصمیم بگیرد، از ضرر و زیان بیشتر جلوگیری کند، واقعاً بعضی زمان‌ها بیماران دارای بیماری بدخیم، غیر قابل‌علاج به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، باید صد درصد واقعیت بیماری را برای آن‌ها شرح دهیم تا تصمیم درست بگیرند، حتی بعضی زمان‌ها با یک راهنمایی درست در بیان حقیقت باعث می‌شود که بیمارش را اطرافیان بپذیرند و در مورد ادامه‌ی بستری در بیمارستان تصمیم درست بگیرند، بعضی از وقت‌ها به دلیل راهنمایی نامناسب من یعنی همان عدم بیان واقعیت ممکن است آینده‌ی یک خاندان را به دلیل هزینه‌ی اضافی فلج کند.» [پرستار شماره‌ی ۶]

پیشگیری و کاهش مجازات پزشکی

«اگر همه‌ی هستی و نیستی بیمارم را برای بیمار و خانواده‌اش بیان کنم و بیمار را خوب متوجه بیماریش کنم، واقعیت‌ها را بگویم، حرافی زیادی و نابجا در مورد بیماریش نداشته باشم و او را کاملاً از بیماریش آگاه کنم اون وقت اگر روزی یک اتفاق ناگواری برای بیمار رخ دهد تبرئه‌ام و در محاکم پزشکی و قضایی حرف‌هایی برای گفتن داشته باشم اگر عکس این اتفاق بیفتد یعنی واقعیت‌ها را نگم باید در دادگاه پزشکی قانونی پاسخگو باشم.» [پرستار شماره‌ی ۱۴]

حفظ و تقویت اعتماد بین بیمار و پرستار

«روزبه‌روز در مراکز درمانی به‌ویژه در بیمارستان‌های دولتی اعتماد بیماران نسبت به ما کاهش پیدا می‌کند، یکی از عللش به‌نظر من همین‌که با مردم روراست نیستیم، واقعیت‌ها را نمی‌گویم، بعضی از تشخیص‌های پزشکی مهم را از بیمار پنهان می‌کنیم، چه می‌شود واقعیت‌ها را به بیمار بگویم و آن‌ها نسبت به ما اعتماد کنند و این دیوار بی‌اعتمادی از بین برود و

مانند اضطراب و ترس در بیمار می‌باشم، واقعا فکر می‌کنم اگر همین‌جوری در کارم باشم تا پایان بازنشستگی کار دست خودم می‌دهم، وقتی به شوهرم گفتم می‌گه تا کی می‌خوای واقعیت‌های بیمار را بگی، آخه گفتن همه‌ی چیزهای بیمار که واقعیت نیست. چون تو کاری می‌کنی که پشت سرت ترس و دل‌وایسی بیمار زیاد می‌شه، این‌ها نه این‌که نشون میده که واقعیت را نباید بگی بلکه باید همیشه کاری بکنی که ترس و نگرانی در بیماران کاهش یابد» [پرستار شماره‌ی ۱۳]

عکس‌العمل نامطلوب بیمار و خانواده و عدم حمایت مسؤلان

«بعضی وقت‌ها با بیمارانی سروکار داشتم که برای اولین‌بار به بیمارستان مراجعه می‌کردند، اولین‌بار با برخی از اصلاحات پزشکی آشنا می‌شدند، اگر بیماری بدخیم باشه باعث می‌شه هزینه‌های زیادی را خرج کنند، حال بهش بگم که هزینه‌ی این جراحی حدودا فلان تومان است شاید یه دفعه از کوره در بره به من حمله کنه. برای همین شاید برای گفتن واقعیت به شرایط و خونسردی بیمار توجه کنم، یادمه اوایل که وضعیت بیمارم را برای بیمار بیان کردم شروع به فحش و ناسزا کرده و با بیان این جمله که شما دزدید، هر چه از دهانش در آمد گفت» [پرستار شماره‌ی ۲]

«من در طول ۸ سال پرستاری در بیمارستان سعی کردم که محتاط باشم چون اگر خیلی روراست باشم و واقعیت‌ها را برای بیماران بگم بعضی از وقت‌ها کاسه‌ی صبر بیماران و همراه آن‌ها پر می‌شه شروع به ناسزا گفتن می‌کنه آن وقت کسی از من دفاع نمی‌کنه، مامور نیروی انتظامی هم در مراکز درمانی به موقع حاضر نمیشه، اگر کار به محاکم قضایی برسه می‌گن، گفتن واقعیت کار شما نبوده، چرا کار پزشک را انجام دادی» [پرستار شماره‌ی ۱۲]

زیر سؤال رفتن رازداری

«اگر اصل بیماری را برای بیمار و همراهانش بگم یعنی این‌که واقعیت‌گویی کردم، وقتی هر زمان واقعیت را بگم

به سمت ارتقا رابطه گام برداریم، اگر می‌خواهیم اعتماد بین پرستار و بیمار حفظ بشه باید همین‌کار را انجام بدیم و واقعیت‌ها را بیان کنیم» [پرستار شماره‌ی ۸]

اجرا کردن دستورات اسلام

«من اگر واقعیت را بگم یعنی واقعیت‌ها را بیان کنم و فریب‌دهی نکنم، چون دینم اسلام است، فکر می‌کنم دستورات اسلام را برای بیمارم اجرا کردم، گفتن واقعیت حق الناس است تا جایی که اجازه داشته باشم از دستورات اسلام برای بهبود بیمارم کوتاهی نمی‌کنم و اعتقاد دارم نگفتن واقعیت یعنی دور زدن و فریب دادن و زیر سؤال بردن حق الناس» [پرستار شماره‌ی ۵]

آرام بخش بیمار

«خودم با چشم خود دیدم وقتی با بیمارانم رو راست بودم آرامش را در نگاه آن‌ها دیدم. ما که برای همین در بیمارستان‌ها شب و روز خدمت می‌کنیم، چرا نیاییم با گفتن حقیقت‌ها در آن‌ها آرامش و آسودگی را بیشتر کنیم» [پرستار شماره‌ی ۱۰]

جلوگیری از مخارج بیهوده

«گفتن واقعیت باعث می‌شه در موارد بیماری‌های خطرناک، کانسر و بدخیم بیمار و همراهان پول بیش‌تری خرج نکنند، برای همین تحت هر شرایطی سعی می‌کنم با احتیاط وضعیت بیماری را تشریح کنم این یکی یعنی برای بیمار خدمت کردن و از حیف و میل بی جهت جلوگیری کردن» [پرستار شماره‌ی ۵]

ب: موانع حقیقت‌گویی به بیمار

نظر پرستاران برای بیان واقعیت حاکی از آن است که حقیقت‌گویی باعث افزایش نگرانی بیمار، عکس‌العمل نامطلوب بیمار و خانواده، زیر سؤال رفتن رازداری، مخارج بیهوده و عدم حمایت مسؤلین می‌شود.

نگرانی بیمار

«هر وقت که واقعیت را بگم منتظر واکنش‌های منفی

نامناسب بیمار و همراهان پس از شنیدن واقعیت بوده است. شنیدن واقعیت به‌ویژه اخبار بد می‌تواند برای بیماری خبری ناخوشایند و دشوار باشد و بیماران را از نظر روحی و روانی دچار آسیب‌هایی نماید و در آن‌ها واکنش‌های نامطلوبی ایجاد کند. همواره حقیقت‌گویی برای کادر درمانی یک دغدغه محسوب می‌شود. شاید یکی از علل اصلی آن عدم آموزش کافی در برنامه‌های آموزشی در مورد نحوه‌ی رسانیدن واقعیت‌ها برای بیماران باشد (۹). ارتباط بین کادر درمانی و بیمار در قلب طبابت جای دارد و محور همه‌ی اقدامات بالینی و سنگ‌زیر بنای فعالیت پزشکی بیان شده است (۲۰-۱۹). در طی ۵۰ سال اخیر، نقش ارتباطات در ارائه‌ی خدمات سلامت به‌طور جدی مورد بحث قرار گرفته است و کسب مهارت‌های ارتباطی صحیح بین پزشک و بیمار نقش به‌سزایی در ارائه‌ی سلامت و احقاق اخلاقی و قانونی دارد (۲۱). برقراری ارتباط مؤثر نقش زیادی در کاهش رفتارهای نامطلوب دارد. برقراری ارتباط با مددجو بخش مهمی از مراقبت روزانه‌ی پرستاری است. ارتباط غنی‌کننده‌ی مراقبت پرستاری مؤثر است و به یک فرایند پیچیده‌ی بین فردی اطلاق شده و سنگ‌بنای مراقبت با کیفیت پرستاری در نظر گرفته شده است (۲۲). برای این‌که واقعیت‌ها برای بیماران گفته شود پرتکل‌ها و دستورالعمل‌های متعددی وجود دارد. Kirshblum و همکارانش یک پرتکل سه‌مرحله‌ای را برای ارائه‌ی واقعیت‌ها بیان نموده است که این مراحل عبارتند از: مهیاسازی، گفت‌وگو و جمع‌بندی (۲۳). افشای واقعیت‌ها به‌ویژه خبر بد مانند دیگر اقدامات درمانی باید طی مراحل انجام شود که موقعیت در هر مرحله بستگی به مراحل قبلی دارد. برای گفتن واقعیت‌ها می‌توان از راهنمای بالینی SPIKES که شامل مراحل: تنظیم شرایط گفتن واقعیت، بررسی درک بیمار از شرایط، فراخواندن بیمار، دادن اطلاعات بیمار، شناخت عواطف بیمار و ابزار پاسخ همدلانه و راهبرد و خلاصه است، استفاده شود (۲۴). یا می‌توان از الگوی Rabow & McPhce که شامل مراحل آماده‌سازی، ایجاد یک محیط آموزشی برای

به‌خصوص برای همراهان باعث می‌شود اسرار بیمار فاش بشود، اگر برای فردی که واقعیت بیماری را بیان کردم مخالف این بیمار باشد باعث می‌شود به‌خاطر عملکرد بد و نادرست من اصل بیماریش فاش شود. اگر هم معتاد باشد یا دچار مشکلات جنسی باشد و واقعیت را بگم یعنی اصل رازداری در پزشکی زیر سؤال رفته و این‌جا یعنی رازداری پرستاری صفر» [پرستار شماره‌ی ۴

مخارج بیهوده

[«خودم دیدم که بیماری پس از شنیدن شرایط بیماری همراهش را صدا کرد و پس از چند دقیقه صحبت گفت به هر قیمتی شده باید خوب بشم، باید زندگی را بفروشم و در بیمارستان خصوصی بستری شوم. اگر از همان اول در بیمارستان خصوصی بستری می‌شدم به این روز نمی‌افتادم، این در حالی بوده که این بیمار چندین ساله که به کانسر کولون مبتلا بوده اما تا کنون از شرایط بیماری و آینده‌ی آن اطلاعی نداشته است.»] پرستار شماره‌ی ۱۱.

بحث

یکی از معضلات اساسی کادر درمان اظهار و بیان حقایق بالینی، تشخیصی و درمانی مربوط به بیماران برای او و سایر اعضای خانواده خواهد بود (۱۷-۱۲). در بسیاری از زمان‌ها بیمار و همراهان او از علت بیماری، فوت یا روند درمان بیمارشان اطلاع دقیقی ندارند (۱۸). از طرفی بر اساس موازین اخلاقی بیمار حق دارد از فرایند درمان مطلع باشد و یکی از حقوق اصلی بیماران محسوب می‌شود.

یکی از پیامدهای تقویت‌کننده حقیقت‌گویی در این پژوهش تصمیم‌گیری مبتنی بر اختیار در اقدامات درمانی بوده است. یکی از مهم‌ترین مسائل موجود در بحث ارتباط کادر درمانی با بیمار و بیان حقایق مربوط به بیماری به‌خصوص در مورد بیماری صعب‌العلاج است. بیان حقایق می‌تواند به بیمار راجع به تصمیم‌گیری و روند درمان کمک کند و از بار مسؤلیت‌های پزشکی بکاهد (۱).

از طبقات به‌دست آمده در مطالعه‌ی حاضر برخوردار

گفتن اخبار بد نباشد. همه‌ی پزشکان در دوران طبابت خود ناگزیر می‌شوند که اخبار نگران‌کننده‌ای را به بیماران خود در مورد وضع سلامتی آن‌ها بازگو کنند که موجب نگرانی و ناراحتی آن‌ها می‌شود (۲۷). یکی از موانع حقیقت‌گویی افزایش نگرانی در بیمار بوده است. گفتن حقیقت برای بیماران به‌ویژه بیمارانی که در وضعیت روحی و روانی مساعدی قرار ندارند ممکن است بر روند بیماری و ارتباطش با کادر درمان تأثیر منفی بگذارد. مطالعات انجام شده در بین بیماران کانسری بیانگر آن است که بیان واقعیت در آن‌ها با عوارضی مانند ناامیدی، ترس، اندوه، افزایش اضطراب همراه بوده است (۲۸). شنیدن خطر ابتلا به سرطان یا یک بیماری صعب‌العلاج یا ناعلاج برای بیماران خبری سخت و ناخوشایند بوده و ممکن است آن‌ها را از نظر روانی آسیب‌پذیر ساخته و واکنش‌های روانی نامطلوبی را به همراه داشته باشد و از طرفی هم در اختیار قرار ندادن اطلاعات باعث دوچندان شدن مشکلات روحی - روانی بیماران می‌شوند (۲۹). باید در گفتن واقعیت به شرایط روحی بیماران توجه شود تا باعث دوچندان کردن مشکلات بیمار نشود.

زیر سؤال رفتن رازداری یکی از مفاهیم استخراج‌شده از این تحقیق است. یکی از مهم‌ترین وظایف اخلاقی در حیطه‌ی پزشکی رعایت اصل رازداری است. رعایت اصل رازداری راجع به کلیه‌ی اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است، مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده است (۳۰). اسرار بیماران برای کادر درمانی واجب و افشای آن ناشایست، حرام و جرم محسوب می‌شود. حقیقت‌گویی و بیان خصوصیت دقیق بیماری امری لازم است و پزشک نباید بیمار را در جهل نگه دارد و حقیقت بیماری را کتمان کند، بلکه باید با فراهم کردن بستر لازم و توضیحات لازم او را به حقیقت امر آگاه کند (۳۱). عدم رعایت رازداری ممکن است صدمات اجتماعی جبران‌ناپذیری را به بیمار وارد کند (۳۲).

ارتباط درمانی، ارتباطات خوب، مواجهه شدن با واکنش‌های بیماران و خانواده‌های آنان و دلگرم کردن بیمار و ایجاد ثبات است استفاده کرد (۲۵).

اجراکردن دستورات اسلام یکی از طبقات این پژوهش بوده است. از دیدگاه اسلام هر فردی این حق را دارد که حقایق مرتبط به خود را بداند و بر اساس آن در آینده تصمیمی معقول و بدون اجبار و با آگاهی کامل بگیرد. قرآن کریم اعمالی را ارزشمند دانسته است که ضمن مطابقت با ارزش‌های الهی با آگاهی کامل به انجام برساند. در حقیقت، از دیدگاه اسلام خود فرد اگر از صلاحیت و اهلیت کافی برخوردار باشد تصمیم‌گیرنده‌ی اصلی است (۳). حقیقت‌گویی به‌عنوان یک حق‌الناس در تصمیم‌گیری آینده‌ی روند درمانی و تشخیصی در صورت عدم ممانعت دارای ارزش فراوانی است. البته در همه‌ی افراد زمینه‌ی لازم جهت پذیرش مرگ وجود ندارد. لذا توجه به وضعیت روحی - روانی بیمار اهمیت دارد، به‌نظر می‌رسد که تصمیم‌گیری در مورد گفتن حقیقت به بیمار بیش‌تر تابع شرایط فرهنگی است تا دستورات دینی (۱).

یکی از طبقات این مطالعه پیشگیری و کاهش مجازات پزشکی بوده است. گفتن حقیقت باعث کاهش اقدامات قانونی علیه کادر درمانی از جانب بیماران می‌شود. بیماران ممکن است در بسیاری از موارد از این‌که اطلاعات کافی و وافی به آن‌ها داده نشده به‌خصوص وقتی که خسارتی متوجه آن‌ها می‌شود کادر درمان را مورد پیگیری قانونی و قضایی قرار بدهند (۴). در برخی از کشورها پیگیری قانونی بر پایه‌ی قرار دادن میزان اطلاعات به بیماران استوار است یعنی بر طبق درخواست بیماران در مورد تشخیص و روند درمان اطلاعات در اختیار بیماران قرار می‌گیرد (۲۶). در ایران پزشک می‌تواند با توجه به شرایط بیماری اطلاعات لازم در اختیار بیمار و همراهان قرار دهد.

شاید هیچ مواجهه‌ای بین پزشک و بیمار پر دغدغه‌تر از

نتیجه‌گیری

دیدگاه متفاوتی در مورد حقیقت‌گویی وجود دارد. میزان اطلاعاتی که در مورد شرایط بیماری به بیمار داده می‌شود باید متناسب با شرایط بیمار باشد. کاهش و افزایش اطلاعات می‌تواند معایبی برای بیمار به همراه داشته باشد و در اختیار قرار دادن به موقع و متناسب با بیمار می‌تواند در روند درمان و تشخیص بیماری نقش مهمی داشته باشد و گامی مهم در ارتقای سلامت بیمار تلقی شود. انتقال اخبار بد به بیماران و بستگان درجه‌ی یک جزو وظایف کادر درمانی به‌ویژه پزشکان محسوب می‌شود. لذا برای کاهش و کنترل آن نیاز است کادر درمانی از مهارت‌های ارتباطی و شیوه‌ی صحیح ارتباط آگاهی داشته و به‌نحو شایسته آن‌ها را اجرا کنند و با توجه به این‌که این مهارت‌ها قابل آموزش هستند برای نهادهای آموزش‌ها در مراکز درمانی باید تلاش کرد.

تشکر و قدردانی

در پایان مراتب سپاس فراوان خود را از دکتر پیروی دانشیار دانشکده‌ی پرستاری و مامایی تهران و دکتر محمدی استادیار دانشکده‌ی پرستاری و مامایی تهران و کلیه‌ی پرستاران دانشگاه علوم پزشکی تهران که در انجام این مطالعه ما را یاری کردند ابراز می‌داریم.

منابع

- ۱- زاهدی ف، لاریجانی ب. گفتن واقعیت به بیمار در فرهنگ‌های مختلف و بیان دیدگاه‌های اسلام. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۹؛ دوره ۳ (شماره ۴ ویژه‌نامه حقوق بیمار): ۱-۱۱.
- ۲- اترک ح، ملابخشی م. دروغ‌گویی به بیمار با انگیزه‌ی خیرخواهانه. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۹۱؛ دوره ۵ (شماره ۴): ۱-۱۲.
- ۳- کاظمی ع، پورسلیمانی ع، فخاری ع، مداین ک. بررسی جوانب حقیقت‌گویی از دیدگاه مجموعه‌ی کادر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۹؛ دوره ۳ (شماره ۲): ۶۳-۵۴.
- ۴- پارسا م، باقری ع، لاریجانی ب. گفتن خبر بد به بیمار و جوانب مختلف آن. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۹۰؛ دوره ۴ (شماره ۶): ۱-۱۴.
- 5- Atighetchi D. Islamic bioethics: problems and perspectives. New York: Springer; 2007, p. 13-29.
- 6- 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.
- 7- Glass E, Cluxton D. Truth-telling: ethical issues in clinical practice. J Hosp Palliat Nurs 2004; 6 (4): 232-42.
- 8- Sullivan RJ, Mena Pace LW, White RM. Truth telling and patient diagnosis. J Med Ethics 2001; 27 (3): 192-7.
- 9- Zahedi F, Larijani B. Cancer ethics from the Islamic point of view. Iran J Allergy Asthma Immunol 2007; 6 (5 supp): 17-24.
- 10- Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad and difficult news in medicine. Lancet 2004; 363 (9405): 312-18.
- 11- Streubert JH, Carpenter D. Qualitative Research in Nursing, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams; 2011.
- 12- Ptacek JT, Fries EA, Eberhardt TL, Ptacek JJ. Breaking bad news to patients: Physicians perception of the process. Support Care Cancer 1999; 7 (3): 113-20.
- 13- Warnock C, Tod A, Foster J, Soreny C. Breaking bad news in inpatient clinical setting: role of the nurse. J Advanced Nurs 2010; 66 (7):

- R, Cohen L. Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *J Clin Oncol*. 2002; 20 (8): 2189-96.
- ۲۷- پارسا م. آیا خبر بد باید به بیمار گفته شود. خلاصه مقالات کنگره سالیانه اخلاق پزشکی، ۱۳۸۹؛ تهران، ایران؛ مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۱۳۸۹.
- 28- Centeno-Cortés C, Núñez-Olarte JM. Questioning diagnosis disclosure in terminal cancer patients: a prospective study evaluating patients' responses. *Palliat Med* 1994; 8 (1): 39-44.
- ۲۹- غفاری نژاد ع، سالاری پ، میرزازاده ع. نحوه اطلاع‌رسانی اخبار بد به بیماران در بین پزشکان دانشگاه علوم پزشکی کرمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان ۱۳۸۵؛ دوره ۱۰ (شماره ۲): ۱۸۴-۱۷۹.
- ۳۰- پارساپور ع، باقری ع، لاریجانی ب. منشور حقوق بیمار در ایران. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۸؛ دوره ۳ (ویژه نامه): ۴۷-۳۹.
- ۳۱- مهدی نژاد غ. رازداری و حدود آن در حرفه‌ی پزشکی. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۷؛ دوره ۱ (شماره ۴): ۱۹-۱۳.
- ۳۲- زرگر مرجانه ت، رئیسی خ. حقوق بیمار و اصل رازداری. خلاصه مقالات سومین کنگره سالیانه بین‌المللی پزشکی قانونی ایران ۱۳۹۱؛ تهران، ایران؛ انجمن پزشکی قانونی ایران؛ ۱۳۹۱.
- 1543-55.
- 14- Hancock K, Clayton JM, Parker SM, Walder S, Butow PN, Carrick S. Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review. *Palliat Med* 2007; 21 (6): 507-17.
- 15- Slowthwr A. Truth-telling in health care. *Clinic Ethics* 2009; 4: 173-5.
- 16- Stewart DE, Wong F, Cheung AM, et al. Information needs and decisional preferences among women with ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2000; 77 (3): 357-61.
- 17- 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.
- 18- Zahedi F. The challenge of truth telling across cultures: a case study. *J Med Ethics Hist Med* 2011; 4:11.
- 19- Lynch DJ, McGrady AV, Nagel RW, Wahl EF. The patient-physician relationship and medical utilization. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007; 9 (4): 266-70.
- ۲۰- معین ا، عنبری اکمل ک. ارتباط پزشک و بیمار. مجله دانشور ۱۳۸۵؛ دوره ۱۷ (شماره ۸۵): ۷۹-۷۱.
- ۲۱- ابن احمدی آ، حیدری ن. آیا راهکار مناسبی جهت تسهیل انتقال خبر بد وجود دارد. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۹؛ دوره سوم (شماره ۲): ۲۸-۱۶.
- ۲۲- آئین ف، الحانی ف، محمدی ع، کاظم نژاد ا. در حاشیه ماندن ارتباط بین فردی: تجربه پرستاران و والدین از ارتباط در بخش‌های کودکان. مجله پژوهش پرستاری ۱۳۸۷؛ دوره ۳ (شماره‌های ۸ و ۹): ۸۳-۷۱.
- 23- Kirshblum S, Fichtenbaum J. Breaking the news in spinal cord injury. *J Spinal Cord Med* 2008; 31 (1): 7-12.
- 24- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5 (4): 302-11.
- 25- Franks A. Breaking bad news and the challenge of communication. *European J Palliat Care* 1997; 4 (2):61-5.
- 26- Baile WF, Lenzi R, Parker PA, Buckman