

بررسی جوانب حقیقت‌گویی از دیدگاه مجموعه‌ی کادر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

عبدالحسن کاظمی^{۱*}، علیرضا پور سلیمانی^۲، علی فنخاری^۳، کاظم مداین^۴

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

از نظر مبانی اخلاق پزشکی، مطلع شدن بیمار از شرایط بیماری خود جزو حقوق اولیه‌ی بیماران محسوب می‌شود ولی تصمیم‌گیری در مورد بیان حقایق مربوط به وضعیت سلامتی و ناخوشی بیمار به خود وی یا اطرافیان ذیحق بیمار، عملاً با محدودیت‌های متعددی روبه‌رو می‌شود. در این بررسی با استفاده از منابع تخصصی و مساعدت اساتید صاحب‌نظر اخلاق زیستی - پزشکی، پرسشی پایا و معتبر در ارتباط با مسائل حرفه‌ای شایع در مورد حقیقت‌گویی و بیان حقایق بیماری به بیمار تنظیم گردید و نظرات ۲۰۰ نفر از شاغلان پزشکی در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در مورد این پرسش جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل نظرات جمع‌آوری شده نشان می‌دهد که برای بیان حقایق بیماری به بیمار در بیش‌تر زمینه‌هایی که تصور ضرری برای بیمار یا مصالح عمومی وی وجود داشت، پزشکان مورد سؤال، برای بیمار «حق ندانستن» را بر «حق دانستن» اولی تشخیص می‌دادند و اجماً بر این نکته اذعان داشتند که خلأ آموزش رسمی در این زمینه در نظام آموزش پزشکی، احساس می‌شود.

مواجهه با مسائل تلخ مربوط به بیماری و نحوه‌ی بیان این حقایق به بیمار و اطرافیانش نقش تعیین‌کننده‌ای در روابط پزشک و بیمار یا اساساً پزشک و جامعه ایفا می‌کند و با توجه به نظرات پزشکان شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در این مورد، به‌عنوان نمونه‌ای از جامعه‌ی پزشکی کشور، بررسی حاضر می‌تواند زمینه‌ساز تحقیقات بیش‌تر در این زمینه و نگرش نوین به مسائل اخلاق پزشکی در نظام آموزش پزشکی کشور باشد.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، حقیقت‌گویی، اخلاق حرفه‌ای، محیط پزشکی

^۱ دانشیار و عضو شورای پژوهشی تیم تحقیقاتی اخلاق و تاریخ پزشکی و مرکز تحقیقات بیوتکنولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۲ پزشک عمومی، عضو تیم تحقیقاتی اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۳ دانشیار، عضو تیم تحقیقاتی اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۴ استاد، عضو تیم تحقیقاتی اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

*نشانی: تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده‌ی پزشکی، گروه انگل‌شناسی، تلفن: ۰۴۱۱-۳۳۷۳۳۷۴۵

مقدمه

با توجه به این که فعالیت‌ها و تصمیم‌گیری‌های پزشکی با جسم و جان انسان سروکار دارد، مطرح شدن موضوعاتی مانند رازداری پزشکی، ادامه‌ی حیات بیماران صعب‌العلاج و لاعلاج، اتانازی، خودکشی با همکاری پزشک، باروری مصنوعی، رحم اجاره‌ای و ... در حوزه‌ی پزشکی، مباحث مهمی با عناوین «حق دانستن right to know» و «حق ندانستن right not to know» در حوزه‌ی اخلاق پزشکی به‌وجود آورده است (۱، ۲).

یکی از مشکل‌ترین جنبه‌های حرفه‌ای مشاغل پزشکی، مسئولیت اعلام شرایط ناخوشایند و اخبار بد به بیمار و اطرافیان وی می‌باشد. آنچه مشاهده می‌شود عدم وجود مهارت و آموزش قبلی و کافی پزشکان برای مواجهه با حقایق مرتبط با بیماری - علی‌الخصوص شرایط ناخوشایند و اخبار بد- و ارائه‌ی این اخبار به بیماران و اطرافیان وی است که این موضوع به‌ویژه در مورد بیماران صعب‌العلاج و لاعلاج بیش‌تر مطرح است. مواردی از قبیل اولویت اعلام اولیه‌ی بیماری به خود بیمار یا اطرافیان وی، اعلام دفعی یا مرحله به مرحله بیماری، کیفیت اعلام خبر برای کاستن از فشار روحی و روانی، ایجاد رابطه‌ی عاطفی و انسانی با بیمار، ارائه‌ی اطلاعات تخصصی به زبان ساده و در شرایط و فضای مناسب ... همگی قابل آموزش برای کادر پزشکی است تا از تبعات منفی ناخواسته این‌گونه چالش‌ها در محیط پزشکی کشور کاسته شود و البته توجه به این موضوع گره‌گشا خواهد بود که توجه نماییم در کنار حق دانستن و حق مطلع شدن، حق ندانستن و مطلع نشدن نیز برای بیمار و اطرافیانش و احیاناً حتی سیستم پزشکی در مواردی خاص قابل تصور است (۶-۱).

روان‌پزشک معالج بیمار شکاک بدبین به حیات و آفرینش و فاقد ثبات شخصیتی و تعادل تصمیم‌گیری را در نظر بگیریم که به‌وسیله‌ی همکار انکولوژیست خود از وجود سرطان

خونی پیشرفته و غیرقابل کنترل و علاج در همین بیمار مطلع می‌شود. این بیمار بدبین و شکاک از سرطان خونی خود مطلع نشده است و روان‌پزشک معالج نیز با توجه به دستورالعمل‌های تخصصی و تجارب حرفه‌ای خود صلاح در این می‌بیند که از بیان بیماری خونی این مریض به خود وی اجتناب نماید زیرا ممکن است بیمار، با اطلاع از مرگ قریب الوقوع خود به‌علت سرطان خونی، احتمالاً دست به خودکشی یا احیاناً به قصد انتقام‌جویی از آفرینش دست به کشتار دیگران بزند. در چنین شرایطی به‌نظر می‌رسد «حق ندانستن» اولی بر «حق دانستن» باشد (۸-۴).

کودکی که به‌علت زمینه‌ی ژنتیکی مربوط به جهش در DNA میتوکندری (mtDNA) دچار ضعف بینایی مفرط یا کوری (سندرم لبر یا Leber's Hereditary Optic Neuropathy (LHON) خواهد شد، قبل از بروز علائم ضعف بینایی آیا بهتر است او را حائز «حق ندانستن» در این مورد فرض کنیم یا حائز «حق دانستن» (۱۰، ۹، ۳)؟

پزشک حاذق، مجرب و خداترسی که علیرغم تبحر کامل و اشتها وی به این امر در جامعه‌ی پزشکی، به‌علت اشتباهی ظریف و نامشهود و البته غیرعمدی در تشخیص و درمان، موجب مرگ یک بیمار را فراهم آورده است، آیا باید با علنی شدن کامل موضوع در محاکم قضایی حداکثر تاوان مربوطه را متحمل شود؟ و آیا می‌باید وقوع یک شرایط غیراخلاقی در محیط بیمارستانی تحت هر شرایطی به بیمار و اطرافیان وی اطلاع داده شود؟ (۱۶-۱۱) «حق دانستن» ذینفع و اطرافیان وی به مصلحت و اخلاق حرفه‌ای professional ethics نزدیک است یا «حق ندانستن» (۲۱-۱۷)؟

مسلم است که در حوزه‌ی اخلاق حرفه‌ای پزشکی، حالات عدیده‌ای در زمینه‌ی استعدادهای ژنتیکی ابتلاء به امراض خاص ارثی، امکان یا عدم امکان باروری، ابتلا به بیماری‌های مسری یا غیر مسری و ... قابل تصور است که برای همه‌ی آن موارد امکان تردید و مداخله برای ارزیابی

روش کار

با استفاده از رفرانس‌های معتبر علمی و مطابق نظر تخصصی افراد صاحب نظر در اخلاق پزشکی و همچنین روانشناسی و تأیید کمیته‌ی منطقی‌ای اخلاق پزشکی، سؤال: «به‌نظر شما مریضی که بیماری مهلکی دارد، آیا می‌بایست در جریان بیماری خود و حقایق تلخ مرتبط با آن قرار گیرد؟» برای نظرسنجی از شاغلان پزشکی تهیه و تنظیم گردید که حاوی پرسشی با مضمون حقیقت‌گویی (trust telling)، حق دانستن (right to know) و حق ندانستن (right not to know) بود (۷-۱).

مطابق نظر متخصصان آمار تعداد ۲۰۰ نفر که برای اعتبار نتایج حاصل از تحقیق کفایت می‌نمود، مورد سؤال قرار گرفتند.

شاغلان پزشکی مورد سؤال همگی از اساتید و دستیاران رشته‌های بالینی رشته‌های مختلف پزشکی بودند و حضور در محیط بالینی، تماس حرفه‌ای و روزمره با بیماران، قرار داشتن در شرایط تصمیم‌گیری برای بیان یا عدم بیان حقایق پزشکی به بیمار یا اطرافیان ذیصلاح و ذیحق بیمار جزو معیارهایی بود که برای انتخاب پاسخگویان به سؤال مورد نظر، مورد توجه قرار گرفتند و پرسشنامه و متن ضمیمه‌ی آن در اختیار افرادی که دارای شرایط فوق نبودند، قرار نگرفت. تعداد قابل توجهی از پاسخگویان دارای تخصص‌های پزشکی مرتبط با بیماری‌هایی بودند که در آن زمینه‌ها تماس و مواجهه با بیماران end stage وجود داشت (انکولوژی، گوارش، ریه، رادیوتراپی، ارولوژی و...). مضمون و محتوای سؤال به نحوی بود که پاسخ‌های دریافت شده مجموعه نگرش و نظرات کادر پزشکی را در زمینه‌ی سؤال مورد مطالعه در اختیار پرسشگر قرار دهد. این پرسش به ضمیمه‌ی متنی واضح در مورد بیان و توضیح موضوع مورد مطالعه و اهداف سؤال در اختیار گروه‌های هدف قرار گرفت که حاوی توضیحاتی واضح در مورد مفهوم حقیقت‌گویی، اعلام خبر بد، حقوق بیمار برای دانستن حقایق مرتبط با بیماری خود و ... بود. عدم ضرورت

اولویت «حق دانستن» یا «حق ندانستن» وجود دارد. در چنین مواردی انتخاب «حق دانستن یا حق ندانستن» و عمل بر مبنای یکی از این دو حق یا در شرایط خاص عمل بر مبنای درصدهای متفاوتی از دو حق فوق، چشم‌انداز و شرایط کاملاً متفاوتی را برای پروسه‌ی اعمال و تصمیمات پزشکی در پی خواهد داشت (۱۶، ۱۵). البته هر گونه پاسخی به سؤالات فوق و سؤالات مشابه، از این موضوع فلسفی سنگین و دامنه‌دار متأثر خواهد بود که: آیا منشأ و مصدر تصمیمات ما نسبت به موضوع و شرایط خاص، علم ما نسبت به آن موضوع است یا جهل ما نسبت به جنبه‌های خاص و ناشناخته‌ای از آن موضوع در کنار علم ناقص ما نسبت به جنبه‌های شناخته شده‌ای از آن موضوع (۱۹-۱۷)؟

اگر ما به وجوه بیشتر و دقیق و ظریف کامل‌تری از هر موضوع مطرح برای تصمیم‌گیری اشراف داشتیم، مسلماً تصمیم دیگری اتخاذ می‌کردیم و این همان موضوعی است که از آن به‌عنوان تصمیم‌گیری بر مبنای علم یا تصمیم‌گیری بر مبنای علم ناقص یا جهل نسبی یاد می‌گردد (۲۲-۱۷). بدیهی است که تکلیف «مالایطاق» برای انسان معین نشده است و غرض آن نیست اساس تصمیم‌گیری‌های پزشکی را مخدوش و متزلزل نماییم، بلکه هدف بیان و توضیح این مسأله است که مجموعه انسان‌ها به تبع آن کادر پزشکی نیز براساس علم و معرفت و آموزه‌های تخصصی تصمیم می‌گیرند که اولاً کامل نیستند و ما را بر همه‌ی وجوه مرتبط با موضوع تصمیم‌گیری مشرف نمی‌نمایند و ثانیاً امکان اشتباه در آن‌ها و خطا در تعیین مصداق برای آن‌ها وجود دارد و به تبع چنین مسایلی، این موضوعات محل مذاقه و تردید در مورد «حق دانستن» و «حق ندانستن» برای موارد تخصصی مفروض و واقع در حوزه‌ی پزشکی و اخلاق پزشکی تبدیل می‌گردند (۲۳، ۲۲). این بررسی توصیفی و پرسشنامه‌ای، نگاهی به نگرش اخلاقی شاغلان پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز در مورد جنبه‌های انتخابی از عناوین «حق دانستن» و «حق ندانستن» بیمار و «بیان حقیقت به بیمار» در محیط پزشکی دارد.

نتایج

با توجه به نسبت پاسخ‌های انتخابی و نحوه توزیع و پراکندگی پاسخ‌ها در مورد سؤال مطرح شده، یافته‌های این بررسی، بیش‌تر «حق دانستن یا ندانستن» و «حقیقت‌گویی» را منوط به شرایط خود بیمار دانسته‌اند و هم‌چنین برای اطرافیان ذی‌صلاح بیمار در جریان بیماری‌اش نقشی اساسی قائل شده‌اند که مجموعه نتایج به‌دست آمده در جدول شماره ۱ مندرج است. مجموعه‌ی نتایج مندرج در جدول در عین نشان دادن جنبه‌هایی از مهارت حرفه‌ای و پختگی تخصصی در مواجهه با بیماران و نحوه‌ی بیان حقایق، اطلاعات و شرایط سلامتی و ناخوشی بیمار به خود وی یا اطرافیان ذی‌حق بیمار، حاوی مواردی از گسیختگی اطلاعاتی پاسخ‌گویان، عدم آموزش کافی مسائل اخلاق پزشکی و... است که می‌تواند منشأ پیامدهای ناگوار و جوانب ناخواسته‌ی سوء از جهت اعتماد عمومی به سیستم درمانی و رعایت حقوق بیماران و حتی پزشکان باشد که این موارد به تفصیل در قسمت بحث مقاله مورد کنکاش قرار گرفته‌اند.

ذکر مشخصات پاسخ‌گویان نیز جهت تأمین آرامش ذهنی و روانی پزشکان و رعایت موازین اخلاقی تحقیق، به تصریح به پزشکان پاسخگو اعلام گردید.

با توجه به رعایت اصل بنیادین اخلاقی برای عدم شناسایی هویت پاسخ‌گویان به پرسشنامه، از پاسخ‌گویان هیچ نوع اطلاعات هویتی اخذ نگردید ولی همگی آنان کادر پزشکی بالینی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بودند. موضوع تحقیق، پایایی و روایی مطالعه و رعایت موازین اخلاق پزشکی در این بررسی مورد تأیید کمیته‌ی منطقه‌ای اخلاق پزشکی و ۵ نفر از افراد بصیر و صاحب‌نظر در زمینه‌ی اخلاق پزشکی قرار گرفت.

متعاقباً، نظرات پاسخ‌گویان استخراج، دسته‌بندی و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. این نوشتار نیز در بر دارنده‌ی نظرات ۲۰۰ نفر از شاغلان پزشکی در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز می‌باشد (در سطح اطمینان ۹۵ درصد).

جدول شماره ۱ - توزیع جواب‌های پاسخ‌گویان به سؤال

سؤال	فراوانی پاسخ‌گویی به گزینه‌ها			
به‌نظر شما مرضی که بیماری مهلکی دارد، آیا می‌باید در جریان بیماری خود و حقایق تلخ مرتبط با آن قرار گیرد؟	د (بسته به عوامل فرهنگی و مذهبی هر جامعه فرق می‌کند.)	ج (بسته به شرایط مختلف هر بیمار فرق می‌کند.)	ب (خیر)	الف (بله)
	۴۰	۱۰۴	۱۶	۴۰

بحث

یافته و عکس‌العملی حاکی از احساس نارضایتی نسبت به استماع یا مواجهه با آن‌ها نشان می‌دهند (۲۷-۲۴) و به تبع آن، وضعیت بیمار را وخیم و بیماری او را مهلک قلمداد می‌نمایند و چه بسا که به‌علت عدم اشراف بیمار و اطرافیان وی به دقایق علمی و ظرافت‌های تخصصی، ارزیابی آنان از وخامت بیماری مریض، برآوردی غیر واقع‌بینانه و اغراق‌آمیز و در واقع غیر منطبق با ارزیابی تخصصی پزشک یا تیم پزشکی

یکی از مشکل‌ترین جنبه‌های حرفه‌ای مشاغل پزشکی، اظهار و اعلام حقایق تشخیصی و بالینی مربوط به هر بیمار به خود او و اطرافیان وی توسط پزشک یا سایر کارکنان پزشکی به‌ویژه در شرایطی می‌باشد که عرف زندگی، ارزش‌های مرسوم، عادات اجتماعی و... آن حقایق تشخیصی و بالینی را «خبر بد» و «شرایط ناخوشایند» ارزیابی کرده، آن‌ها را نامطبوع

از شرایط بیمار باشد (۳۰-۲۸). روشن است که بر اساس موازین اخلاق پزشکی بیمار حق دارد که از حقایق بیماری خود اعم از نوع بیماری، پیش‌آگهی بیماری، پروتکل‌های درمانی موجود، میزان اثربخشی درمان‌ها، هزینه‌ی درمان‌های متفاوت موجود و تفاوت اثر بخشی آن‌ها در قیاس با هزینه‌ی هر کدام، عوارض جانبی سوء هر کدام از درمان‌ها و... مطلع گردد و این حق، قسمتی از موضوع اتونومی^۱ به‌عنوان یکی از سرفصل‌های عمده در اخلاق پزشکی محسوب می‌گردد (۳۱-۲۹). اما در عرصه‌ی عمل و واقعیت، برخورداری بیمار از این حق و تکلیف حرفه‌ای پزشکان برای ارائه‌ی این اطلاعات به بیمار و اطرافیان وی با سدها و موانع عدیده‌ی حرفه‌ای، فرهنگی، عاطفی، روانشناختی و... روبه‌رو می‌گردد (۳۲). در سؤال ارائه شده در این بررسی در حقیقت از پرسش‌شوندگان که نمونه‌ای از جامعه‌ی پزشکی کشور است در مورد «حق دانستن» بیمار سؤال شده است (۴-۱) و گزینه‌های آن طوری طراحی شده است که بتوانیم سنجشی از درصد کسانی که حق دانستن را به‌صورت عمومی و بدون در نظر گرفتن شرایط بیمار و شرایط فرهنگی، مذهبی و اجتماعی و کسانی که اساساً در این مورد بیمار را حائز «حق ندانستن» می‌دانند (۱۶) و نیز درصد افرادی که لحاظ نمودن شرایط بیمار و شرایط فرهنگی را ضروری می‌دانند؛ و... به‌دست آوریم. بر اساس نتایج به‌دست آمده ۴۰ نفر از پاسخگویان (۲۰ درصد جمعیت سؤال‌شونده) گزینه‌ی الف را انتخاب کرده‌اند که در این گزینه، بیمار بدون هیچ قید و شرطی حائز «حق دانستن» است و می‌بایست او را در جریان بیماری و حقایق تلخ مرتبط با آن قرار داد. گزینه‌ی ب که ۱۶ نفر (۸ درصد سؤال‌شوندگان) آن را انتخاب کرده‌اند کلاً بیمار را واجد «حق ندانستن» می‌داند و او را از هر گونه اطلاع در مورد بیماری و حقایق تلخ مرتبط با آن محروم می‌سازد.

در گزینه‌ی ج شرایط خود بیمار لحاظ شده است و حق دانستن یا ندانستن او را منوط به شرایط خود بیمار دانسته

است که ۱۰۴ نفر از پاسخ‌گویان (۵۲ درصد پرسش‌شوندگان) این گزینه را انتخاب کرده‌اند. این شرایط یعنی شرایط خود بیمار، می‌تواند شامل عواملی مانند سن بیمار، ثبات و استحکام شخصیتی و روانی بیمار با توجه به سن وی، نگرش و بینش بیمار به زندگی، آفرینش، فلسفه‌ی حیات، سلامتی و بیماری، رضایت‌مندی درونی و عاطفی وی از موقعیت خود، حکمت الهی در اعطای سلامتی و حدوث مشکلات و بیماری‌ها، انتظارات و توقعات بیمار از زندگی و حداقل تمتعات لازم و... باشد. در گزینه‌ی د عوامل فرهنگی و مذهبی جامعه عامل تعیین‌کننده در احراز حق دانستن بیمار دانسته شده که ۴۰ نفر (۲۰ درصد پاسخگویان) این گزینه را مورد انتخاب قرار داده‌اند و روشن است که محیط فرهنگی، ارزشی و فکری زندگی بیمار و تربیت عقلانی و فکری آنان از نظر شکل‌گیری شخصیت و چهارچوب بینشی بیمار نسبت به مجموعه شرایط زندگی و همچنین محیط خانوادگی، میزان برخورداری بیمار از حمایت‌های عاطفی و روحی، تسلی‌های فکری و درونی، تلقین حالات شادابی و سرزندگی و امید به زندگی و آینده و... در انتخاب بیان یا عدم بیان حقایق بیماری به آنان تأثیر گذار خواهد بود (۳۲، ۳۱)، زیرا:

اولاً، بسیاری از پزشکان و کادر پیراپزشکی، به‌شدت خود را در قبال بیمار به‌عنوان یک انسان و شخص دارای هویت انسانی مشخص، درمان بیماری، اعاده‌ی سلامتی، سیر بیماری، خانواده‌ی بیمار و... مسؤول و حساس می‌یابند و سؤالات پی در پی خانواده و اطرافیان بیمار، نگاه‌های منتظرانه و معصومانه‌ی فرزندان بیمار بزرگسال و چشمان ملتمس والدین بیمار خردسال، احساسات درونی، عاطفی و روانی کادر پزشکی و شاغلان حرفه‌های پزشکی را معمولاً به‌صورتی سنگین، عمیق، مستمر و پایدار تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۸).

ثانیاً، یک پزشک آینده‌نگر و مسؤولیت‌پذیر، چه به‌صورت مستقیم و چه به‌صورت غیرمستقیم به لحاظ مسؤولیت‌های حرفه‌ای و اخلاقی در عرصه‌ی پزشکی، مسؤولیت کنترل عکس‌العمل‌های اعلام شرایط و اخبار ناخوشایند به بیمار و

¹ Autonomy

مقایسه‌ی این میزان ۷۲ درصد با تنها ۲۰ درصد از پاسخگویانی که حق دانستن را بدون لحاظ نمودن عوامل دیگر امری مطلق به حساب می‌آورند؛ و هم‌چنین مقایسه‌ی این درصد بالا و معنی دار با جمعیت قلیل ۸ درصد که اساساً در این گونه موارد حق ندانستن را برای بیمار در مورد حقایق تلخ مرتبط با بیماری مهلک امری مطلق می‌دانند، نشان‌دهنده‌ی این معنا است که جامعه‌ی مورد مطالعه از شاغلان پزشکی، سعی در لحاظ نمودن واقعیت‌های عینی، ملاحظات اجتماعی، شرایط فرهنگی جامعه، توجه به ظرفیت‌های روحی و عاطفی و ... بیماران و اطرافیان بیماران برای مواجهه با شرایط و اخبار و شنیدن حقایق را دارند که عموماً «خبر بد» و «شرایط ناخوشایند» ارزیابی می‌گردند. چنین رویکردی به موضوع از جانب پزشکان البته به نوعی نشان‌دهنده‌ی شکلی از مهارت حرفه‌ای برای مدیریت عاطفی و روانی بیمار و اطرافیان وی می‌تواند قلمداد گردد و البته چنین مدیریتی به‌ویژه در مورد بیماران مبتلا به امراض مهلک و end stage ضرورت تام دارد. در واقع، توجه به موارد مورد اشاره، اعلام مدبرانه، دوراندیشانه و معقول شرایط و اخبار ناخوشایند به بیمار و اطرافیان وی، ضمن تسکین و تخفیف رنج و آلام بیمار، به بیمار قدرت مواجهه‌ی منطقی و مسئولانه با خود (خویشتن)، پزشک، بیماری، پروتکل‌های درمانی یا نگه‌دارنده‌ی مناسب، حفظ شادابی و نشاط برای باقی‌مانده‌ی عمر (کیفیت زندگی) (۳۳-۳۵) را داده و حتی گاهی می‌تواند منجر به تصحیح اشتباهات فاحش عقیدتی، فکری، رفتاری، اجتماعی و اخلاقی بیماران گردد که اعلام خبر بد آنان را به بی‌وفایی دنیا و زود گذر بودن ایام عمر فانی آگاه می‌نماید و درهایی از حکمت و بصیرت و اشراق را بر روی آنان می‌گشاید و ای بسا که از تبعات نیک و خدایسندانه‌ی چنین رویکردی، خیر دنیا و آخرت مضاعفی نیز نصیب پزشک و سایر کادرهای درمانی گردد. اضافه می‌نماید که البته برای اعلام مدبرانه و دوراندیشانه‌ی شرایط و اخبار ناخوشایند، مواردی از قبیل اولویت اعلام اولیه‌ی بیماری به خود بیمار یا اطرافیان وی

اطرافیان وی همراه با مسئولیت کاهش و مدیریت فشار روانی و عاطفی بیمار برای مواجهه با «خبر بد» را بر عهده دارد و البته در چنین مواقعی فشار عاطفی و روانی بسیار زیادی بر کادر پزشکی تحمیل می‌شود و این در حالی است که در چنین مواقعی، نه تنها کسی با کادر پزشکی همدردی و همدلی نمی‌کند و از بار و فشار روانی آنان نمی‌کاهد، بلکه همگان توقع دارند که کادر پزشکی در آن شرایط روانی متلاطم و ناآرام، به آرامش‌بخشی برای دیگران نیز اقدام نمایند (۳۴، ۳۳).

ثالثاً، اعلام ماهرانه، مدبرانه، متبحرانه، دور اندیشانه و جامع‌نگرانه‌ی شرایط و اخبار ناخوشایند به بیمار و اطرافیان وی، تسکین خاطر عمده‌ای را به‌وجود می‌آورد و کنترل پزشکی و درمانی تبعات آنی و آتی شرایط را بسیار آسان می‌نماید (۲۱-۱۸، ۱۳، ۷)؛ ضمن این‌که اعتماد به نفس در خود کادر پزشکی هم بدین ترتیب تقویت گشته و در کنار آن حس اعتماد بیمار و اطرافیان وی به پزشک، سرمایه‌ی گرانبهایی است که ادامه‌ی پروتکل درمانی، پذیرش توصیه‌های پزشکی، کیفیت مواجهه بیمار با شرایط آینده و سیر بیماری و ... را به‌صورتی مثبت و نافع تحت تأثیر قرار می‌دهد و بنابراین اعلام مدبرانه و دوراندیشانه‌ی موضوع به بیمار یا اطرافیان وی، نقشی اساسی در پذیرش توصیه‌های آتی پزشک خواهد داشت (۱۲، ۱۱)؛ که این دوراندیشی مدبرانه، فی‌المثل برای اعلام جواب مثبت یک تست آلودگی به ویروس ایدز، نازایی یک زوج جوان، اطلاع‌دهی از سیر پیشرونده‌ی یک بیماری دژنراتیو عصبی، ضرورت سقط جنین به‌علت ارگانوژنز غیر طبیعی یا ناقص و ... قطعاً هم ضرورت حرفه‌ای و هم ضرورت اخلاقی دارد و البته موجبات رضای الهی و اجر معنوی را هم فراهم خواهد آورد.

جمع‌بندی مجموعه نظرات اخذ شده نشان می‌دهد که مجموعاً ۷۲ درصد افراد مورد سؤال از جامعه‌ی پزشکی «حق دانستن» همه‌ی اطلاعات پرونده بالینی بیمار را برای خود بیمار یا حتی همه اطرافیان بیمار یک «حق مطلق» نمی‌دانند.

برگیرنده‌ی S= Setting, P= Perception, I= Invitation, K= Knowledge, E= Empathy, S= Strategy and summary می‌باشد (۲۱).

البته چنین دور اندیشی‌ها و آینده‌نگری‌ها برای در نظر گرفتن شرایط عاطفی و روانی بیمار و هم‌چنین ظرفیت روحی وی برای استماع شرایط و اخبار ناخوشایند و هم‌چنین توجه به رسوم و فرهنگ جامعه در همه محافل پزشکی کما بیش وجود دارد که نشان از پختگی حرفه‌ای پزشکان و آزمودگی آنان در عرصه‌ی عمل دارد (۳۸، ۳۷). در مطالعه‌ای که در استرالیا به صورت systematic review انجام شده روشن شده است علیرغم اذعان پزشکان به «حق دانستن» برای بیمار، در بیش‌تر موارد به علت استرس و نبودن زمان کافی برای رسیدگی به نیازهای عاطفی و روحی بیمار، ترس از گذاشتن اثر منفی روی بیمار، درخواست اطرافیان بیمار و ترس از ترک درمان، معمولاً حقایق تلخ مرتبط با بیماری یا همه‌ی حقایق تلخ و اخبار ناخوشایند به بیمار گفته نمی‌شود. البته در پایان این مطالعه‌ی سیستماتیک، مؤلفین پیشنهادهای در مورد توجه به تفاوت‌های فرهنگی برای بیان مناسب حقایق مرتبط با بیماری برای جلوگیری از اثرات منفی حقایق تلخ ارائه داده‌اند (۳۱).

در مطالعه‌ای که Surbone انجام داده است تأثیر عوامل فرهنگی در بیان حقایق مرتبط با بیماری سرطان بررسی شده است و به این نتیجه رسیده است که تفاوت‌های فرهنگی در رویکرد بیان حقایق به بیمار و نیز در درمان و تصمیم‌گیری برای بیمار و نقش خانواده تأثیر بسزایی دارد (۳۲).

در تحقیقی که در شفیلد (انگلستان) نیز انجام شده از ۶۴ انکولوژیست، ۱۴۰ پرستار بخش انکولوژی و نیز ۸۴ بیمار مبتلا به کانسر در این مورد سؤال شده است که همه‌ی افراد مورد سؤال به داشتن حق قانونی و اخلاقی بیمار از جهت «حق دانستن» اطلاعات دقیق و قابل اعتماد در مورد تشخیص و پیش‌آگهی بیماری اذعان داشته‌اند (۳۳).

حسب شرایط، اعلام دفعی یا مرحله به مرحله‌ی بیماری با مقدمه‌چینی‌های مناسب، کیفیت اعلام شرایط و اخبار ناخوشایند برای کاستن از فشار روحی و روانی، اجتناب از به‌کارگیری اصطلاحات ثقیل و نامفهوم تخصصی برای عموم مردم، ایجاد یک رابطه‌ی عاطفی و انسانی شایسته، ارائه‌ی اطلاعات تخصصی و علمی لازم با زبان ساده در مورد بیماری و تبعات و سیر آتی آن به بیمار، اعلام بیماری در شرایطی خصوصی و فضایی دلچسب و آرامش‌بخش، توجه و تنبه دادن بیمار به حکمت و مصلحت الهی و احیاء قوی حس مذهبی در وی، مقابله‌ی آگاهانه با مکانیسم‌های انکاری شایع در بیماران در هنگام اعلام شرایط و اخبار ناخوشایند، داشتن آمادگی برای مواجهه با اتهاماتی از قبیل امکان عدم تشخیص صحیح، بیسوادی، به رخ کشیدن اشتباهات فاحش پزشکان و ... (۳۶، ۳۵)، استفاده از جملات و تعابیر روشن و صریح برای اعلام شرایط و اخبار ناخوشایند و پرهیز از سردرگم نمودن بیمار با بیان جملات دو پهلو یا چند پهلو، کسب اطمینان از درک مفهوم و معنای واقعی شرایط و تشخیص پزشکی داده شده توسط بیمار و اطرافیان وی، ارائه‌ی مشاوره پزشکی برای راهنمایی بیمار و اطرافیان وی جهت مراجعه به سایر پزشکان و مراکز درمانی برای حصول اطمینان از صحت شرایط و اخبار ناخوشایند و تشخیص اعلام شده، اعلام همدردی و نشان دادن احساسات و واکنش‌های عاطفی واقعی (نه تصنعی و بازیگرانه) به بیمار جهت مشارکت در غم و اضطراب وی در نهایت آمادگی لازم برای اعلام یک برنامه‌ی حمایت‌گرانه و نگاه‌دارنده برای بیمار جهت کمک به تخفیف رنج و درد وی و کنترل پیشرفت بیماری و ... از موارد نکات مهمی است که یک پزشک حاذق و ماهر و مدبر خود را برای به‌کارگیری همزمان و هوشمندانه‌ی آن‌ها در هنگام اعلام شرایط و اخبار ناخوشایند به بیمار و اطرافیان وی آماده می‌نماید (۳۴، ۳۱، ۲۵، ۲۴، ۲۰-۱۶، ۶) و این موارد همان‌هایی هستند که تحت عنوان استراتژی یا پروتکل S-P-I-K-E-S در متون پزشکی از آن یاد می‌گردد که در

نتیجه‌گیری

همان‌طور که ملاحظه می‌شود مجموعاً ۷۲ درصد افراد مورد سؤال از جامعه‌ی پزشکی «حق دانستن» همه‌ی اطلاعات پرونده‌ی بالینی بیمار را برای خود بیمار یا حتی همه‌ی اطرافیان بیمار یک «حق مطلق» نمی‌دانند. مطابق نظر افراد مورد سؤال، عواملی چون شرایط فرهنگی، مذهبی و عرفی جامعه و شرایط خود بیمار از عوامل تعیین‌کننده برای این امر هستند. نتایج به‌دست آمده نیز نشان دهنده‌ی اهمیت علایق عاطفی و تعلقات خانوادگی و روابط انسانی و هم‌چنین مجموعه شرایط فرهنگی و اجتماعی از نظر پاسخگویان در شرایط بحرانی یا نامساعد زندگی و حیات انسان‌هاست.

مجموعه‌ی این عوامل و موارد، در واقع همان سدها و موانع مورد اشاره در قسمت بحث و البته سایر عوامل تسهیل‌کننده برای ارائه‌ی اطلاعات به بیمار در عرصه‌ی واقعیت‌های حرفه‌ای پزشکی می‌باشند. مقایسه‌ی این میزان ۷۲ درصد با درصد اندک سایر نظرات، نشان می‌دهد که جامعه‌ی مورد مطالعه از شاغلان پزشکی در این تحقیق، سعی در لحاظ نمودن واقعیت‌های معقول، برای بیان حقایق مربوط به بیماری به خود بیمار و اطرافیان وی دارند.

چنین رویکردی به موضوع از جانب شاغلان پزشکی، البته به نوعی نشان‌دهنده‌ی میزانی از مهارت حرفه‌ای برای مدیریت عاطفی و روانی بیمار و اطرافیان وی محسوب می‌گردد. البته در مجموع نتایج بررسی، نشانه‌هایی از گسیختگی اطلاعاتی پاسخگویان به‌علت عدم وجود انسجام اطلاعات و آموزش کافی در زمینه‌ی اخلاق پزشکی به‌طور عام و اخلاق پزشکی حرفه‌ای وجود دارد که نشان از عدم آموزش کافی درباره‌ی مسائل بسیار مهم و اساسی اخلاق حرفه‌ای پزشکی دارد که این گسیختگی‌های آموزشی و اطلاعاتی می‌تواند منشأ پیامدهای ناگوار و جوانب ناخواسته‌ی سوء از جهت اعتماد عمومی به سیستم درمانی و رعایت حقوق بیماران و حتی پزشکان باشد و به نظر می‌رسد که چاره‌اندیشی مناسب برای رفع این خلأها با تدریس عالمانه‌تر موضوعات اخلاق حرفه‌ای پزشکی و دوره‌های بازآموزی، کنگره‌های تخصصی و... ضرورت دارد که چنین رویکردی نیز در مجموعه سیاست‌های وزارتی و فعالان دانشمند حوزه‌ی اخلاق پزشکی در سالیان اخیر قابل مشاهده است.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از مساعدت و تشریک مساعی جمیع متخصصان و دستیاران بالینی رشته‌های مختلف دانشگاه علوم پزشکی تبریز در انجام و اتمام این مطالعه سپاسگزاری می‌گردد.

منابع

- exploratory study. *J Clin Oncol* 2002; 20(8): 2189-96.
- 15- Sullivan M, Paice JA, Benedetti F. Placebos and treatment of pain. *Pain Med* 2004; 5(3): 325-8.
- 16- Da Silva CH, Cunha RL, Tonaco RB, et al. Not telling the truth in the patient-physician relationship. *Bioethics* 2003; 17(5-6): 417-24.
- ۱۷- کاظمی ع، عباسی م. ریشه‌های مکتوم قصور و تقصیر پزشکی در ایران. چکیده‌نامه اولین کنگره کشوری قصور و تقصیر پزشکی؛ ۳-۵ دی ۱۳۸۷؛ بندر عباس، ایران.
- 18- Clayton JM, Butow PN, Arnold RM, Tattersall MH. Fostering coping and nurturing hope when discussing the future with terminally cancer patients and their caregivers. *Cancer* 2005; 103(9): 1965-75.
- 19- Gabutt J, Brownstein DR, Klein EJ, Waterman A. Reporting and disclosing medical errors: pediatricians attitudes and behaviors. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161(2): 179-85.
- 20- Taylor SM, Eaves GL, Weatherford DA, McAlhany JC Jr, Russell HF, Langan EM 3rd. Results and complications of arteriovenous access dialysis grafts in the lower extremity: a five year review. *Am Surg* 1996; 62(3): 188-91.
- 21- Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients and physicians attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA* 2003; 289(8): 1001-7.
- ۲۲- کاظمی ع. خلوت ژنتیکی. چکیده مقالات ششمین کنگره کشوری بیوتکنولوژی ایران؛ ۱۳-۱۵ مرداد ۱۳۸۸؛ تهران، ایران.
- ۲۳- کاظمی ع. اخلاق زیستی، مهندسی ژنتیک و انتخاب جنسیت جنین. چکیده مقالات اولین کنگره بین‌المللی حقوق پزشکی؛ ۱۴-۱۵ آبان ۱۳۷۷؛ تهران، ایران.
- 24- Pélacier N. Breaking bad news: cancer diagnosis. *Rev Prat* 2006; 56(18): 1997-2003.
- 25- Voelter V, Mirimanoff RO, Stiefel F, Rousselle I, Leyvraz S. Breaking bad news: an exploratory study. *J Clin Oncol* 2002; 20(8): 2189-96.
- 1- Wilson J. To know or not to know? Genetic ignorance, autonomy and paternalism. *Bioethics* 2005; 19(5-6): 492-504.
- 2- Kramer RM. Rethinking trust. *Harv Bus Rev* 2009; 87(6): 68-77, 113.
- 3- Strasser M. Mill and the right remain uniformed. *J Med Philos* 1986; 11(3): 265-84.
- 4- Ost DE. The right not to know. *J Med Philos* 1984; 9(3): 301-12.
- 5- Surbone A. Telling the truth to patients with cancer: what is the truth? *Lancet Oncol* 2006; 7(11): 944-50.
- 6- Ozdogan M, Samur M, Artac M, Yildiz M, Savas B, Bozucuk HS. Factors related to truth-telling practice of physicians treating with cancer in Turkey. *J Palliat Med* 2006; 9(5): 1114-9.
- 7- Ozdogan M, Samur M, Bozucuk HS, et al. Do not tell": what factors affect relatives' attitudes to honest disclosure of diagnosis to cancer patients? *Support Care Cancer* 2004; 12(7): 497-502.
- 8- Jiang Y, Li JY, Liu C, et al. Different attitudes of oncology clinicians toward truth telling of different stages of cancer. *Support Care Cancer* 2006; 14(11): 1119-25.
- 9- Elger BS, Harding TW. Should cancer patients be informed about their diagnosis and prognosis? Future doctors and lawyers differ. *J Med Ethics* 2002; 28(4): 258-65.
- 10- Goldie J, Schwartz L, Morrison J. Whose information is it anyway? Informing a 12-year-old patient of her terminal prognosis. *J Med Ethics* 2005; 31(7): 427-34.
- 11- Surbone A, Ritossa C, Spagnolo AG. Evolution of truth-telling attitudes and practices in Italy. *Crit Rev Oncol Hematol* 2004; 52(3): 165-72.
- 12- Tuckett AG. Truth-telling clinical practice and the arguments for and against: a review of the literature. *Nurs Ethics* 2004; 11(5): 500-13.
- 13- Räikkä J. Freedom and a right (not) to know. *Bioethics* 1998; 12(1): 49-63.
- 14- Baile WF, Lenzi R, Parker PA, Buckman R, Cohen L. Oncologists attitudes toward and practices in giving bad news: an

- communication in cancer care. *Recent Results Cancer Res* 2006; 168: 91-104.
- 33- Grigis A, Sanson-Fisher RW, Schofield MJ. Is there consensus between breast cancer patients and providers on guideline for breaking bad news? *Behav Med* 1999; 25(2): 69-77.
- 34- Girgis A, Sanson -Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995; 13(9): 2449-56.
- 35- Anonymous. Summaries for patients. The effects of telling patients about medical errors. *Ann Intern Med* 2004; 140(6): 117.
- 36- Meert KL, Eggly S, Pollack M, et al. Parents perspectives on physician- parent communication near the time of a child's death in the pediatric intensive care unit. *Pediatr Crit Care Med* 2008; 9(1): 2-7.
- 37- Parsons SK, Saiki- Craighill S, Mayer DK, et al. Telling children and adolescents about their cancer diagnosis: cross cultural comparisons between pediatric oncologists in the US and Japan. *Psycooncology* 2007; 16(1): 60-8.
- 38- Baile WF, Lenzi R, Kudelka AP, et al. Improving physician- patient communication in cancer care: outcome of a workshop for oncologists. *J Cancer Educ* 1997; 12(3): 166-73.
- news. *Rev Med Suisse* 2005; 1(20): 1352-3.
- 26- Gonçalves F, Marques A, Rocha S, Leitão P, Mesquita T, Moutinho S. Breaking bad news: experiences and preferences of advanced cancer patients at a Portuguese oncology centre. *Palliat Med* 2005; 19(7): 526-31.
- ۲۷- کاظمی ع. محیط پزشکی، بیمار و خبر بد. گام‌های توسعه در آموزش پزشکی ۱۳۸۶؛ دوره ۴ (شماره ۲): ۳۸-۱۳۳.
- 28- Tavakol M, Murphy R, Torabi S. Educating doctors about breaking bad news: an Iranian perspective. *J Cancer Educ* 2008; 23(4): 260-3.
- 29- Ptacek JT, McIntosh EG. Physician challenges in communicating bad news. *J Behav Med* 2009; 32(4): 380-7.
- 30- Supiot S, Bonnaud-Antignac A. Using simulated interviews to teach junior medical students to disclose the diagnosis of cancer. *J Cancer Educ* 2008; 23(2): 102-7.
- 31- Hancock K, Clayton JM, Parker SM, et al. Truth- telling in discussing prognosis in advanced life – limiting illnesses: a systematic review. *Palliat Med* 2007; 21(6): 507-17.
- 32- Surbone A. Cultural aspects of