

ارائه‌ی مدل عوامل مؤثر بر رفتار حقیقت‌گویی پزشکان ایرانی به بیماران سرطانی با استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده

مهدی عقیلی^۱، راضیه اکبری^{۲*}، علی کاظمیان^۳

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

یکی از مباحث مهمی که امروزه در زمینه‌ی ارتباط پزشک و بیمار مطرح می‌شود بحث بیان حقیقت از سوی پزشکان به بیماران است. تحقیق حاضر به بررسی رفتار پزشکان در زمینه‌ی بیان حقیقت به بیماران سرطانی بر اساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده پرداخته است. به این منظور پرسشنامه‌ای بر اساس ادبیات تحقیق و نظر متخصصان طراحی شد که شامل ۲۴ سؤال بود. تعداد ۱۶۱ عدد پرسشنامه‌ی قابل تحلیل از متخصصان مرتبط با بیماری سرطان به دست آمد. نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده بود و در کنفرانس‌ها و همایش‌های مرتبط با سرطان جمع‌آوری شد. نتایج اولویت‌بندی گویه‌های تحقیق نشان داد، در زمینه‌ی نگرش، بیش‌تر پزشکان بر این اعتقاد بودند که حق اولیه‌ی بیمار این است که اطلاعاتی در مورد بیماری خود داشته باشد و مشارکت خانواده در گفتن حقیقت به بیمار بسیار کارآمد و پرفایده است. توان پیش‌بینی تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده برای پیش‌بینی رفتار حقیقت‌گویی پزشکان $R^2=0.92$ بود. نتایج نشان داد که بیش‌ترین تأثیر را کنترل رفتار ادراک‌شده (تجربیات خود فرد) و هنجارهای ذهنی (افراد اثرگذار بر فرد) بر تمایل پزشکان بر بیان حقیقت دارند. کنترل رفتار ادراک‌شده با ضریب $\beta=0.90$ بر تمایل تأثیر داشت و نگرش تأثیر معنی‌داری بر تمایل به حقیقت‌گویی نداشت. با توجه به نتایج تحقیق پیشنهاد می‌شود از متخصصان برجسته در راستای آموزش متخصصان تازه‌کار استفاده شود و گایدلاین آموزشی برای آن‌ها تدوین شود و جهت ارتقای رفتار پزشکان، لازم است متولیان بهداشت و درمان کشور اقدامات اصلاحی بهبود نگرش و هنجارهای ذهنی پزشکان را در دستور کار قرار دهند.

واژگان کلیدی: حقیقت‌گویی، سرطان، تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده، نگرش، کنترل رفتار ادراک‌شده

^۱ دانشیار، انستیتوکانسر و مرکز تحقیقات پرتودرمانی سرطان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران، تهران، ایران

^۳ دانشیار، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* نشانی: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی تهران، دانشکده پزشکی، تلفن: ۰۹۱۲۴۷۷۵۶۳۴

مقدمه

سرطان یکی از بیماری‌های اصلی تهدیدکننده‌ی حیات بشری است (۱) که در دهه‌های اخیر نیز از علل اصلی مرگ در ایران (۲)، دومین علت مرگ بعد از بیماری‌های قلبی و عروقی در کشورهای توسعه‌یافته و سومین علت مرگ در کشورهای در حال بوده‌است (۳). بر این اساس، می‌توان بیان کرد که تأثیر زیادی بر زندگی افراد خواهد گذاشت و یکی از سخت‌ترین تصمیم‌های کادر درمان خواهد بود که چگونه و به چه نحوی اطلاعات لازم در مورد تشخیص و درمان را به بیمار بدهند (۲، ۱). حال این سؤال پیش می‌آید که در صورت ابتلای فرد به بیماری‌ای مانند سرطان، پزشک باید حقیقت را به وی عنوان کند یا خیر؟ این سؤال یکی از پیچیده‌ترین مباحث مطرح در پزشکی است که دامنه‌ی آن به جامعه نیز گسترش می‌یابد.

مخالفتان حقیقت‌گویی معتقدند گفتن حقیقت ممکن است باعث از بین رفتن امید در فرد بیمار شود و بیمار تحمل چنین خبری را نخواهد داشت؛ در حقیقت پشت این برخورد که مبتنی بر نفی حقیقت است، انکار مرگ و تعارضات حل‌نشده‌ی اعضای خانواده و حتی کادر درمانی در ارتباط با مرگ نهفته است. در نتیجه، باعث می‌شود بیمار را از دریافت اطلاعات واقعی در مورد شرایط خود محروم کند. اما در اخلاق پزشکی نوین یکی از مهم‌ترین حقوق بیماران، احترام به اختیار فردی است. بر اساس آن، پزشک ملزم به ارائه‌ی اطلاعات به بیمار است تا بتواند بر اساس این اطلاعات در مورد نوع درمان خود تصمیم‌گیری کند (۴). بر مبنای نظریه‌ی مبتنی بر وظیفه‌ی مکتب کانت در بسیاری از کشورها مثل آمریکا و اروپا تأکید بر این است که تمام حقایق به آن‌ها گفته شود. از سوی دیگر، نظریه‌ی اصالت سودمندی نیز گفتن حقایق به بیمار را باعث تقویت ارتباط بین پزشک و بیمار می‌داند (۵). ارتباط بین پزشک و بیمار و چگونگی بیان حقایق

مربوط به بیماری به فرهنگ‌های مختلف وابسته است (۶، ۵، ۳، ۱). برای مثال، در جوامع غربی اصل اختیار فردی باعث می‌شود حقیقت‌گویی به بیمار در اولویت قرار گیرد، در حالی‌که در جوامع شرقی به دلیل ارتباط قوی خانواده، این خانواده هستند که در ابتدا از حال بیمار باخبر شده و گاه بیمار تا مرگ خود از بیماری خبر ندارد (۷).

بسیاری از مطالعات نشان می‌دهند که بیماران سرطانی علاقه‌ی زیادی دارند که اطلاعات کامل از بیماری خود دریافت کنند (۹، ۸، ۶). در این راستا، ارتباط بین پزشک و بیمار در طی سه دهه‌ی اخیر در آمریکا تغییرات اساسی کرده است، به نحوی که مطالعات نشان می‌دهد قبل از سال ۱۹۶۰ پزشکان به بیماران خود اطلاعاتی نمی‌دادند و این در حالی است که مطالعات سال ۱۹۷۷ نشان می‌دهد ۹۷ درصد پزشکان اطلاعات را به بیمار می‌دهند (۱۱، ۱۰). مطالعه‌ی دیگری در ژاپن نشان داد که ۷۶ درصد افراد خواستار دانستن حقیقت در مورد ابتلا به سرطان هستند. در حالی‌که در سال ۱۹۸۹ فقط ۵۹ درصد از افراد تمایل به دانستن حقیقت در مورد ابتلا به بیماری سرطان بودند (۱۲). در حقیقت نظر یکسانی در زمینه‌ی حقیقت‌گویی وجود ندارد و اگر گفتن یا نگفتن حقیقت درباره‌ی مرگ را تحلیل کنیم می‌بینیم که از ده‌ها سؤال دیگر تشکیل شده است که نباید نادیده گرفته شوند (۱۳). برخلاف افزایش میل پزشکان در مورد بیان حقیقت در جهان، تعداد معدودی مطالعه پیرامون نحوه‌ی حقیقت‌گویی پزشکان در ایران انجام شده است (۱۵، ۱۴، ۲). اما هیچ‌کدام از تحقیقات در ایران بر مبنای یک نظریه‌ی علمی صورت نگرفته است.

با توجه به این‌که اکثر نظریه‌ها معتقدند که رفتار هر فرد ناشی از قصد و تمایل اوست و رفتار حقیقت‌گویی پزشکان امری ذهنی است که قابلیت مطالعه‌ی تجربی را داراست و با توجه به پذیرش این نکته که تمایل عامل مهمی در پیش‌بینی

رفتار است (۱۶)، در این تحقیق بر آن شدیم با کمک نظریه‌ی رفتار برنامه‌ریزی‌شده^۱ به‌عنوان یکی از نظریه‌های رایج در حوزه‌ی علوم رفتاری و روان‌شناسی به بررسی رفتار حقیقت‌گویی پزشکان به بیماران سرطانی بپردازیم.

یکی از معتبرترین مدل‌های پیش‌بینی رفتار، مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده است که به سبب داشتن سازه‌هایی که ابعاد مهم رفتار را مورد توجه قرار می‌دهند می‌تواند در بررسی عقاید، ارزش‌ها و نگرش‌هایی که در بطن رفتار حقیقت‌گویی وجود دارد مورد استفاده قرار گیرد. تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده یک تئوری شناختی- اجتماعی است که به منظور درک و پیش‌بینی انجام یا عدم انجام رفتار انسان طراحی شده است و شکل توسعه‌یافته‌ی تئوری عمل منطقی است (۱۶). Ajzen و Fishbein (۱۷) اشاره کردند هدف اصلی این نظریه، پیش‌بینی فعالیت و شناخت دلایل رفتار است. فرضیه‌ی اصلی این نظریه این است که رفتار افراد متأثر از تمایل آن‌هاست. تمایلات تحت تأثیر نگرش^۲، هنجارهای ذهنی^۳ و کنترل رفتار ادراک‌شده^۴ قرار می‌گیرد. نگرش، ارزیابی مثبت یا منفی از انجام رفتار است که تحت تأثیر ارزشیابی فرد از پیامد رفتار (باورهای رفتاری) قرار می‌گیرد. هنجارهای ذهنی تحت تأثیر نظرات و باورهای دیگران است و کنترل رفتار ادراک‌شده مرتبط با درک فرد از توانایی‌های خود برای انجام رفتار (خودکارآمدی فرد و تجربیات گذشته) است.

در رابطه با نظریه‌ی رفتار برنامه‌ریزی‌شده در پزشکی تحقیقات متعددی صورت گرفته است. محمدی‌زیدی و همکاران (۱۸) به اثربخشی آموزش ارگونومی در اصلاح وضعیت بدنی، عوامل خطر ارگونومی و شدت دردهای اسکلتی- عضلانی در کاربران رایانه پرداختند. معینی و

همکاران (۱۹) به بررسی دیدگاه زنان رشت نسبت به انتخاب روش زایمانی پرداختند. محمدی، پاکپور و محمدی (۲۰) در اثربخشی مداخله‌ی آموزشی بر تغذیه‌ی انحصاری با شیر مادر نشان دادند قبل از اجرای برنامه‌ی آموزشی بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر سازه‌های نظریه‌ی رفتار برنامه‌ریزی‌شده تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد. علی‌پور و دولت‌آبادی (۱۶) نشان دادند توان پیش‌بینی مدل رفتار برنامه‌ریزی‌شده برای به‌اشتراک‌گذاری دانش پزشکان ۶۶ درصد است. نتایج نشان داد که تأثیر نگرش بر قصد به‌اشتراک‌گذاری دانش معنی‌دار و مثبت است. اما تأثیر هنجارهای ذهنی و کنترل رفتار ادراک‌شده بر قصد تسهیم دانش تأیید نشد. جلالی و همکاران (۲۱) به تأثیر آموزش مبتنی بر نظریه‌ی رفتار برنامه‌ریزی‌شده در ارتقای رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت اداری در زنان باردار پرداختند. نتایج تحقیق ایشان نشان داد برنامه‌ی آموزش بهداشت طراحی‌شده مبتنی بر نظریه‌ی رفتار برنامه‌ریزی‌شده در ارتقای رفتارهای پیشگیری‌کننده از عفونت اداری مؤثر است. در مطالعه‌ی که نورانی‌سعدالدین و همکاران (۲۲) با استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده به پیش‌بینی رفتار آی‌یودی‌گذاری در زنان سنین باروری پرداختند، نتایج نشان داد سازه‌های تئوری رفتاری برنامه‌ریزی‌شده در مجموع ۳۶ درصد تمایل و ۱۴ درصد رفتار را پیش‌بینی کردند. هنجارهای ذهنی و تمایل، پیش‌بینی‌کننده‌های قوی رفتار بودند. بشیریان و همکاران (۲۳) نیز با استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده به پیش‌بینی فاکتورهای مؤثر بر سوء‌مصرف مواد در نوجوانان پرداختند. نتایج آن‌ها نشان داد که نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری ادراک‌شده پیش‌بینی‌کننده‌های قوی برای قصد مصرف مواد مخدر هستند. با توجه به موارد ارائه‌شده، هدف تحقیق حاضر ارائه‌ی مدل عوامل مؤثر بر رفتار حقیقت‌گویی پزشکان ایرانی به بیماران سرطانی با استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده است.

¹ Theory of Planned Behavior (TPB)

² Attitude

³ Subjective Norms

⁴ Perceived Behavior Control

روش کار

و نرم افزار SPSS و SMART PLS2 انجام شد.

جدول شماره ۱ - ضرایب پایایی متغیرها

متغیرها	ضرایب آلفا
نگرش	۰/۷۶
هنجارهای ذهنی	۰/۶
کنترل رفتار ادراک شده	۰/۶۷
تمایل	۰/۶۸
رفتار	۰/۵۱

نتایج

۵۹ درصد از پاسخگویان را پزشکان مرد و ۴۱ درصد را پزشکان زن تشکیل می‌داد. ۱۱۲ نفر دارای درجه‌ی تخصص و ۴۴ نفر فوق تخصص بودند. ۱۹/۵ درصد در بخش خصوصی، ۴۶/۵ درصد در بخش دولتی و ۳۴ درصد در هر دو بخش مشغول فعالیت بودند. سابقه‌ی فعالیت ۵۰ درصد پاسخگویان کم‌تر از ۱۰ سال، ۳۶/۲ درصد بین ۱۱-۲۰ سال و ۱۳/۸ درصد بالای ۲۱ سال سابقه داشتند.

الف. اولویت‌بندی گویه‌های تحقیق

در زمینه‌ی نگرش اولویت‌های اول پزشکان «حق اولیه‌ی بیمار این است که اطلاعاتی در مورد بیماری خود داشته باشد»، «مشارکت خانواده در گفتن حقیقت به بیمار بسیار کارآمد و پرفایده است» بود و «گفتن دروغ مصلحتی نسبت به گفتن حقیقت ارجحیت دارد» و «گفتن حقیقت به مردم ایران با توجه به شرایط فرهنگی موجود، روند بیماری را مشکل‌تر می‌کند» اولویت‌های آخر را به خود اختصاص دادند. در زمینه‌ی هنجارهای ذهنی بیش‌ترین امتیاز را گویه‌ی «در صورتی که بیمار دارای روحیه‌ی قوی برای غلبه بر مشکلات باشد، گفتن حقیقت آسان‌تر است» و کم‌ترین امتیاز را گویه‌ی «اگر همراهان بیمار مخالف گفتن حقیقت به بیمار باشند، نباید حقیقت را گفت» به خود اختصاص داد. در زمینه‌ی کنترل رفتار ادراک‌شده، گزینه‌ی نخست «برای گفتن حقیقت باید

تحقیق حاضر به‌صورت علی (با استفاده از معادلات ساختاری) و کاربردی انجام شده است. جامعه‌ی آماری تحقیق شامل متخصصان مرتبط با بیماری سرطان (رشته‌های جراحی، رادیوتراپی و انکولوژی، زنان، داخلی (هماتولوژی، گوارش و غدد) پوست، ارولوژی، گوش و حلق و بینی) است که بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و با مراجعه به همایش‌های مرتبط با سرطان در طی سال‌های ۹۳-۱۳۹۲ در شهر تهران گردآوری شدند. در نهایت، تعداد ۱۶۱ پرسشنامه‌ی قابل تحلیل به‌دست آمد. ابزار تحقیق پرسشنامه‌ای بود که بخش اول مربوط به سنجش ویژگی‌ها و مشخصات عمومی پزشکان بود که با ۵ سؤال (سن، جنسیت، سابقه‌ی طبابت، محل خدمت، رشته‌ی تخصصی) ارزیابی شد. عوامل مؤثر در بیان حقیقت با ۱۵ سؤال و در غالب طیف اصلاً (۱) ... خیلی زیاد (۶) ارزیابی شد.

بخش دوم پرسشنامه مربوط به سنجش مؤلفه‌های تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بود که شامل مؤلفه‌های نگرش (۱۱ سؤال)، هنجارهای ذهنی (۴ سؤال)، کنترل رفتاری ادراک‌شده (۴ سؤال)، تمایل (۳ سؤال) و رفتار (۲ سؤال) بود. سؤالات این بخش به‌صورت طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) ارزیابی شد. سؤالات تحقیق بر اساس مطالعات Beyraghi و همکاران (۲)؛ کاظمی و همکاران (۱۵)، زمانی و همکاران (۱۴)؛ Tieying و همکاران (۶)؛ Grassi و همکاران، (۲۴)؛ Hamadeh و همکاران (۲۵)، کاظمیان و پارساپور (۲۶) طراحی شد.

برای تعیین روایی پرسشنامه از نظرات اساتید دانشگاه علوم پزشکی تهران استفاده شد که روایی صوری و محتوایی پرسشنامه چک شد. برای تعیین پایایی پرسشنامه، تعداد ۳۰ پرسشنامه توسط نمونه‌ی مورد مطالعه تکمیل و ضریب آلفای کرونباخ برای بخش‌های مختلف محاسبه شد (جدول شماره‌ی ۱). تحلیل داده‌ها با استفاده از روش مدل معادلات ساختاری

ب. اولویت‌بندی عوامل مؤثر در بیان حقیقت
 نتایج اولویت‌بندی عوامل مؤثر در بیان حقیقت به بیماران نشان داد که ظرفیت بیمار در مورد پذیرش درمان، سطح اطلاعات پزشکی بیمار و پروگنوز بیماری اولویت‌های نخست را به خود اختصاص دادند و مخالفت همراهان علی‌رغم خواست بیمار، جنس بیمار (زن‌بودن) و جنس بیمار (مردبودن) اولویت‌های آخر را به خود اختصاص دادند (جدول شماره‌ی ۲).

پزشک مهارت تخصصی داشته باشد» و «عواقب ننگفتن حقیقت به بیمار یا خانواده‌ی آن برعهده‌ی پزشک معالج است» اولویت آخر را به خود اختصاص داد. در زمینه‌ی تمایل و رفتار به‌ترتیب «برای بیان حقیقت باید به ابعاد مختلف توجه داشت» و «حاضریم حقیقت تشخیص را به خانواده‌ی بیمار بگوییم» اولویت نخست را به خود اختصاص دادند.

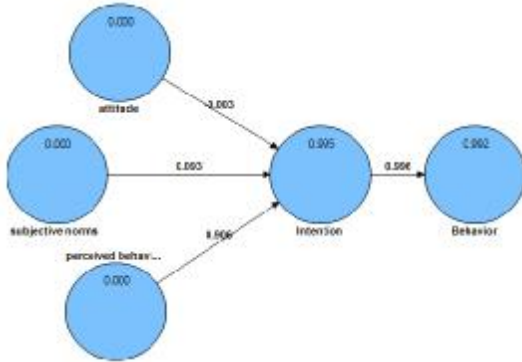
جدول شماره‌ی ۲ - اولویت‌بندی عوامل مؤثر در زمینه بیان حقیقت به بیمار

ضرب تغییرات	انحراف معیار	میانگین رتبه‌ای	خیلی زیاد					اصلاً	
			زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	فراوانی		
۰/۲۰۱	۰/۹۹۶	۴/۹۶۸	۵۵	۵۷	۳۴	۸	۲	۱	ظرفیت بیمار در مورد پذیرش درمان
۰/۲۱۰	۱/۰۱۹	۴/۸۵۹	۵	۴۶	۶۲	۳۳	۱۰	۵	سطح اطلاعات پزشکی بیمار
۰/۲۲۷	۱/۰۸۷	۴/۷۹۹	۴۵	۵۷	۳۵	۱۲	۳	۲	پروگنوز بیماری
۰/۲۲۹	۱/۰۵۵	۴/۵۹۹	۳۲	۵۷	۴۸	۱۵	۳	۲	تجربه‌های کاری شما
۰/۲۲۹	۱/۱۱۹	۴/۸۸۵	۵۳	۵۴	۳۷	۶	۲	۴	تحصیلات بیمار
۰/۵۲۵	۱/۱۹۳	۴/۷۲۸	۴۷	۵۳	۳۹	۱۰	۵	۴	اعتقادات بیمار
۰/۲۶۰	۱/۱۶۷	۴/۴۹۴	۳۰	۵۶	۴۵	۱۴	۸	۳	آموزش‌های تخصصی که گذرانده‌اید.
۰/۲۶۶	۱/۱۸۸	۴/۴۶۸	۲۵	۶۴	۴۳	۱۴	۳	۷	سن بیمار
۰/۲۷۸	۱/۲۱۷	۴/۳۸۲	۳۱	۴۵	۴۹	۲۱	۷	۴	نوع سرطان
۰/۳۰۰	۱/۳۲۶	۴/۴۲۰	۳۴	۵۰	۴۴	۱۵	۵	۹	عقیده و باور شخصی شما
۰/۳۲۵	۱/۳۱۶	۴/۰۵۰	۲۱	۴۰	۵۵	۱۹	۱۷	۷	شغل بیمار
۰/۳۴۱	۱/۳۷۹	۴/۰۴۴	۲۵	۳۶	۵۱	۲۲	۱۵	۹	وضعیت مالی و اجتماعی بیمار
۰/۳۸۸	۱/۵۰۷	۳/۸۸۵	۲۵	۳۴	۴۱	۲۳	۲۰	۱۳	مخالفت همراهان علی‌رغم خواست بیمار
۰/۴۳۰	۱/۵۵۱	۳/۶۰۸	۲۰	۲۸	۴۱	۲۹	۱۹	۲۱	جنس بیمار (زن بودن)
۰/۴۳۱	۱/۵۵۸	۳/۶۱۶	۲۱	۲۷	۴۴	۲۴	۲۳	۲۰	جنس بیمار (مرد بودن)

مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. در این بخش مقدار هر کدام از ضرایب در صورتی که کم‌تر از ۱/۹۶ باشد معنی‌دار نبوده و فرضیه‌ی مربوطه رد می‌شود. فرضیه‌ی ۱: نگرش بر تمایل تأثیر مثبت و معنی‌داری دارد.

ج. تحلیل عوامل مؤثر بر رفتار حقیقت‌گویی پزشکان
 (براساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده)
 در این بخش به منظور تحلیل عوامل مؤثر بر رفتار حقیقت‌گویی پزشکان براساس تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده از

فرضیه ۴: تمایل بر رفتار تأثیر مثبت و معنی‌داری دارد. باتوجه به ضریب تأثیر تمایل بر رفتار (۴/۴۹) این فرضیه نیز تأیید می‌شود. هم‌چنین، خروجی دیگر نرم‌افزار حاوی ضرایب استاندارد شده نیز حاکی از آن است که متغیر تمایل، به میزان ۹۹ درصد از تغییرات متغیر «رفتار» را تبیین می‌کند (شکل شماره ۲).



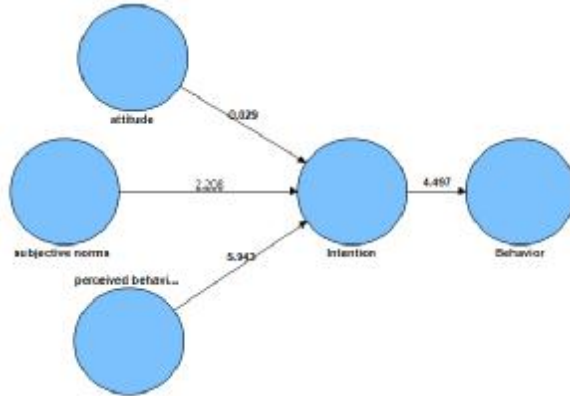
شکل شماره ۲ - ضرایب استاندارد شده بار عاملی برای بررسی فرضیات پژوهش

باتوجه به موارد اشاره شده می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای فوق بیش از ۹۰ درصد رفتار حقیقت‌گویی پزشکان را پیش‌بینی می‌کنند و تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده از کارآمدی بسیار خوبی برای تبیین رفتار حقیقت‌گویی برخوردار است.

بحث و نتیجه‌گیری

در زمینه‌ی ارتباط بین پزشک و بیمار، حقیقت‌گویی از مباحث مهم و قابل تأمل است. با توجه به این‌که بیان یا کتمان حقیقت علاوه بر مسائل اخلاقی از نظر قانونی نیز ایجاد مشکل می‌کند، شیوه‌ی برخورد صحیح با این موضوع به‌خصوص در بیماری‌های صعب‌العلاج مانند سرطان اهمیت زیادی پیدا می‌کند. میزان و نحوه‌ی حقیقت‌گویی به بیماران سرطانی تابع شرایط متنوعی از جمله مرحله‌ی سرطان، شرایط فرهنگی هر جامعه و شرایط اقتصادی است. با توجه به این، هدف تحقیق حاضر بررسی حقیقت‌گویی پزشکان ایرانی به

نتایج تحلیل مدل معادلات ساختاری نشان داد که ضریب معنی‌داری نگرش بر تمایل (۰/۰۲۹) از ۱/۹۶ کم‌تر بوده در نتیجه نتایج نشان داد که نگرش مثبت و منفی تأثیری بر تمایل حقیقت‌گویی پزشکان ندارد (شکل شماره ۱).



شکل شماره ۱ - ضرایب معنی‌داری برای آزمودن فرضیات پژوهش

فرضیه ۲: هنجارها بر تمایل تأثیر مثبت و معنی‌داری دارد.

مطابق با شکل، ضریب معنی‌داری این مسیر (۲/۲) از ۱/۹۶ بیش‌تر بوده و به همین دلیل، تأثیر هنجارها بر تمایل در سطح اطمینان ۹۵٪ تأیید می‌شود. هم‌چنین، خروجی دیگر نرم‌افزار حاوی ضرایب استاندارد شده نیز حاکی از آن است که متغیر هنجارها، به میزان ۹ درصد از تغییرات متغیر «تمایل» را تبیین می‌کند.

فرضیه ۳: کنترل رفتار ادراک شده بر تمایل تأثیر مثبت و معنی‌داری دارد.

ضریب معنی‌داری کنترل رفتار ادراک شده بر تمایل (۵/۹۴) از ۱/۹۶ بیش‌تر بوده و در نتیجه تأثیر کنترل رفتار ادراک شده بر تمایل تأیید می‌شود. هم‌چنین، خروجی دیگر نرم‌افزار حاوی ضرایب استاندارد شده نیز حاکی از آن است که متغیر کنترل رفتار ادراک شده، به میزان ۹۰ درصد از تغییرات متغیر «تمایل» را تبیین می‌کند.

همکاران (۶) است که به بررسی نظرات ۶۳۴ متخصص چین پرداختند و اشاره کردند اگر خانواده‌ی بیمار مانع گفتن حقیقت باشند، گفتن حقیقت به بیمار دشوار است.

نتایج حاصل از مدل‌سازی تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده درخصوص فرضیه‌های تحقیق نشان داد که از بین چهار فرضیه‌ی مطرح در این تحقیق سه فرضیه تأیید و یک فرضیه رد شد. فرضیه‌ی رد شده تأثیر نگرش بر تمایل پزشکان برای بیان حقیقت بود و مخالف تحقیقات قبلی است که نشان داد تأثیر نگرش بر قصد تسهیم دانش، معنی‌دار و مثبت است (۱۶).

فرضیه‌های مورد تأیید نشان داد هنجارهای ذهنی که به‌نوعی مبین تأثیر همکاران و افرادی که پزشکان آن‌ها را به‌عنوان پیشکسوت قبول دارند و کنترل رفتار ادراک‌شده (خودکارآمدی پزشکان) که بیانگر دانش و تجربه‌ی آن‌ها در این زمینه است، بیش از ۹۰ درصد رفتار حقیقت‌گویی آن‌ها را تبیین می‌کند ($R^2=0.92$) که با نتایج تحقیق Sun و Scott که در سال ۲۰۰۵ انجام دادند (۲۷) و اعلام کردند کنترل رفتار ادراک‌شده بیش‌ترین تأثیر را بر رفتار دارد و نورانی‌سعدالدین و همکاران (۲۲) که نشان دادند هنجارهای ذهنی و تمایل پیش‌بینی‌کننده‌های قوی رفتار بودند و هم‌چنین، بشیریان و همکاران (۲۳) که نشان دادند نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتار ادراک‌شده پیش‌بینی‌کننده‌های قوی برای قصد مصرف مواد مخدر هستند هم‌سوست، ولی با تحقیق علی‌پور درویشی و دولت‌آبادی (۱۶) همسو نیست که نشان دادند تأثیر نگرش بر قصد به‌اشتراک‌گذاری دانش معنی‌دار و مثبت است، اما تأثیر هنجارهای ذهنی و کنترل رفتار ادراک‌شده بر قصد تسهیم دانش تأیید نشد.

در آخر با توجه به نتایج به‌دست آمده از این تحقیق استفاده از اساتید برجسته و پیشکسوت در آموزش پزشکان و متخصصان تازه کار و تهیه‌ی راهنمایی برای این منظور می‌تواند کمک شایانی کند. هم‌چنین، باید اشاره شود استفاده

بیماران سرطانی با استفاده از تئوری رفتار برنامه‌ریزی‌شده بود. نتایج نظرات پزشکان در مورد مسأله‌ی حقیقت‌گویی نشان داد، بیش‌تر پزشکان معتقد بودند حق اولیه‌ی بیمار این است که اطلاعاتی در مورد بیماری خود داشته باشد که مطابق با نتایج مطالعه‌ی Seo و همکاران (۱۱) و کاظمیان و پارساپور (۲۴) است. در مطالعه‌ای که Seo و همکاران در ژاپن انجام دادند، ۵۳ درصد پزشکان معتقد بودند که باید حقیقت به بیمار گفته شود. نتایج کاظمیان و پارساپور نشان داد ۳۵ درصد پاسخ‌دهندگان معتقد بودند که بیماران حق دارند راجع به بیماری خود مطلع باشند و ۵۹ درصد حق بیمار را منوط به احراز شرایط خاص و در موارد خاص می‌دانستند.

هم‌چنین، در این مطالعه پزشکان معتقد بودند مشارکت خانواده در گفتن حقیقت به بیمار بسیار کارآمد و پرفایده است که مطابق نتایج Seo و همکاران (۱۱) و Grassi و همکاران (۲۵) است. Seo و همکاران نشان دادند که هنوز ۴۶ درصد از ژاپنی‌ها معتقدند خانواده باید قبل از بیمار تشخیص را بداند و بیش‌تر پزشکان ژاپنی هنوز قبل از گفتن تشخیص با خانواده‌ی او مشورت می‌کنند. هم‌چنین، Grassi و همکاران نشان دادند که پزشکان معتقدند مداخله‌ی اعضای خانواده در هنگام بیان تشخیص مفید است.

اولویت‌بندی عوامل مؤثر در بیان حقیقت به بیماران نشان داد ظرفیت بیمار در مورد پذیرش درمان، سطح اطلاعات پزشکی بیماران و پروگنوز بیماری اولویت‌های نخست را به خود اختصاص دادند. این نتایج مخالف نتایج Suriani و همکاران است (۱) که نشان داد تنها سن افراد عامل مهمی بوده است. هم‌چنین، اولویت‌های آخر را مخالفت همراهان برخلاف خواست بیمار و جنس بیمار به خود اختصاص داد. این نتایج موافق نتایج Hamadeh و همکاران (۲۶) است که اشاره کرده‌اند که حقیقت‌گویی با جنسیت، مکان آموزش پزشکی، نسبت تماس با بیماران و فعالیت‌های تدریسی پزشکان مرتبط نیست. هم‌چنین، موافق نظر Tiewing و

منابع

- 1- Suriani AR, Mahmud M, Mohame AST, Mohd Rashid SN, Norsa'adah Bachok NA. Disclosure of Cancer Diagnosis and Prognosis from Patients' Perspectives at Hospital Universiti Sains Malaysia (HUSM). Proceedings of the Regional Conference on Statistical Sciences; 2010; 256-263.
- 2- 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): 131-135.
- 3- Ranjan R, Dua K.K. Influence of Truth Disclosure on Quality of Life in Cancer Patients. Journal of Asian and International Bioethics. 2000; 10.
- 4- Zahedi F, Larijani B. Truth telling across cultures: Islamic perspectives. Iran J Med Ethics Hist Med 2010; 3(Suppl 2): 1-11. [in Persian]
- 5- Larijani B. [Pezeshk va Molahezate Akhlaghi]. Tehran: Baray Farda Press; 2004, vol 1. [in Persian]
- 6- 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.
- 7- Zahedi F, Larijani B. Common principles and multiculturalism. J Med Ethics Hist Med 2009; 2:6.
- 8- Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer center. Br J Cancer 2001; 84(1): 48-51.
- 9- 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.
- 10- Miyaji NT. The power of compassion: truth-telling among American doctors in the care of dying patients. Soc Sci Med 1993; 36(3): 249-64.
- 11- 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.
- 12- 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.

از این نظریه در حوزه‌ی بیان حقیقت به بیماران سرطانی برای اولین مرتبه است که در ایران انجام شده‌است و نیازمند تحقیقات بیش‌تری بر اساس این نظریه هستیم.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه‌ی تحقیقاتی دوره‌ی پزشکی عمومی بوده که در دانشگاه تهران انجام شده است. بدین‌وسیله از کلیه‌ی پزشکانی که در این تحقیق همکاری داشتند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

- 20- Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Effectiveness of educational intervention on exclusive breast feeding in primipara women: application of planned behavior theory. *Razi J Med Sci* 2015; 21(127): 12-23. [in Persian]
- 21- Jalali M, Shamsi M, Roozbahani N, Kabir K. The effect of education based on the theory of planned behavior in promoting preventive behaviors of urinary tract infections in pregnant women. *Pars J Med Sci* 2014; 12(3): 49-57. [in Persian]
- 22- Saadeddin Norani SH, Goudarzi M, Peyman N, Ismaili H. Predicting the behavior of IUD insertion in women ages fertility using the theory of planned behavior. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013; 16(45): 13-19. [in Persian]
- 23- Bashirian S, Hidarnia A, Allahverdi Pour H, Hajizadeh E. Application of theory of planned behavior to predict drug abuse related behaviors among adolescents. *J Res Health Sci* 2012; 2(1).
- 24- Kazemian A, Parsapour A. [Barrye Nazare Pezeshkan Darbareye bayane Haghayegh Marboot be Bimaran Mobtala be Bimarihaye Sabolelaj]. *Ethics Sci Technol* 2006; (Suppl 1): 61-67. [in Persian].
- 25- Grassi L, Giraldo 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.
- 26- Hamadeh GN, Adib S. Cancer truth disclosure by Lebanese doctors. *Soc Sci Med* 1998; 47(9): 1289-94.
- 27- Sun Peter YT, Scott J. An investigation of barriers of knowledge work-an empirical study. *J Knowl Manag* 2005; 6(5): 420-33.
- 13- Mo'tamedi GH. [Dar soorate ebtelaye fard be bimariye mohlek, pezeshk bayad be ou begooyad marg dar rah ast]. <http://www.persianv.com/ravan/104679.php> (accessed in 2015).[in Persian]
- 14- Zamani A, Shahsanai A, Kivan SH. Iranian physicians and patients attitude toward truth telling of cancer. *J Isfahan Med Sch* 2011; 29(143): 752-60. [in Persian].
- 15- Kazemi A, Poursolemani A, Fakhari A, Madayen K. Truth telling in medicine: views of Tabriz University of Medical Sciences. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2010; 3(2): 54-63. [in Persian]
- 16- Alipourdarvish Z, Dolatabadi R. Offering a model on factors affecting physicians' knowledge-sharing intention based on the theory of planned behavior in teaching hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *J hospital* 2013; 11(4): 35-44. [in Persian]
- 17- Ajzen I, Fishbein M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Michigan: Prentice-Hall; 1980.
- 18- Mohammadi Zeidi I, Farmanbar R, Morshedi H, Mohammadi Zeidi B, Karbord A. Effectiveness of an ergonomic education to modify of body posture, ergonomic risk factors and musculoskeletal pain severity in computer users. *J Guilan Univ Med Sciences* 2010; 19(74): 15-28. [in Persian]
- 19- Moeini B, Besharati F, Hazavehei SMM, Moghimbeigi A. Woman's attitudes toward elective delivery mode based on the theory of planned behavior. *J Guilan University Medical Sciences* 2010; 20(79): 68-76. [in Persian]

Application of theory of planned behavior in predicting Iranian physicians' truth-telling behavior toward cancer patients

Mehdi Aghili¹, Razieh Akbari^{*2}, Ali Kazemian³

¹Associate Professor, Radiation Oncology Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

²MD, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

³Associate Professor, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Truth-telling is considered as an important topic of modern discussion regarding the physician-patient relationship. The present study examined the behavior of physicians in disclosing the truth to patients. For this purpose, a total of 161 cancer specialists were selected using the simple random sampling technique. Research instrument consisted of a 24-item questionnaire based on expert opinion and the review of related literature. The results of item prioritization indicated that the participants ranked the following two items as highest in terms of attitude: "It is the basic right of patients to know about their condition", and "Relatives' participation in disclosing the truth to patients is rather beneficial". Research results also showed a positive and significant correlation between attitude and truth-telling tendency. Furthermore, multiple regression analysis by SMART-PLS software demonstrated that perceived behavioral control (self-efficiency) has the greatest impact on physicians' tendency toward truth-telling. The prediction power of planned behavior theory in predicting physicians' truth-telling behavior was established at 92 percent. Based on these findings, it is recommended to employ experts and adopt relevant guidelines to train novice physicians. Moreover, Iranian health officials are advised to take corrective measures to improve physicians' attitudes and subjective norms.

Keywords: truth-telling, cancer, theory of planned behavior, attitudes, perceived behavioral control

*Email: raziehakbari7@gmail.com