

موازن اخلاق پزشکی و اعلام خبر بد به بیماران

دکتر کامبیز بنی‌هاشمی*

بنیاد دانشنامه بزرگ فارسی

چکیده

زمینه: ابتلا به عوارض وخیم ناشی از بیماریهای بدخیم و اعلام خبر بد در مورد این قبیل بیماریها به افراد در تمامی فرهنگها و در میان تمامی اقوام و ملل با واکنشهای حاوی اضطراب و آسیب‌زا، هم برای پزشک و هم برای بیمار است. کاستن از شدت واکنشها و آسیبهای مربوط بدانها همواره مورد توجه پزشکان است.

روش کار: در این بررسی، چینی ملاحظاتی اخلاقی ویژه در چگونگی اعلام خبر در کنار مهارتهای روانشناختی و ارتباطی پزشک با بیمار و نیز تحلیل شرایط محیطی غالب بر نشست میان پزشک و بیمار ارزیابی شده است.

یافته ها: طبقه بندی انواع واکنشهای درون‌شناختی پزشک در قالب برون‌دادهای اولیه و ثانوی، ارائه الگویی از فرایند پالایش برون‌دادهای ذهنی و رفتاری پزشک برای کاستن از شدت اضطراب و نمودار تعاملات اضطراب آور در این زمینه در سه مقطع زمانی پیش از اعلام خبر، هنگام اعلام خبر و پس از اعلام آن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

نتیجه گیری: برون‌دادهای اولیه و ثانوی ذهنی پزشک شامل واکنشهای جسمی و روانی است که در زمان اعلام خبر یعنی مرحله میانی واکنشها به اوج می‌رسد و حتی نمود آن به بیمار انتقال می‌یابد. واکنشهای سازمان‌یافته پزشک در این مرحله مستقیماً بر کاهش اضطراب طرفین مؤثر واقع می‌شود و ارزشی خاص در کاستن و مهار واکنشهای آسیب‌زا دارد.

کلید واژه ها: خبر بد، تعامل اضطراب آور، اخلاق پزشکی، مهارتهای پزشک.

سرآغاز

چرخه روابط پزشک و بیمار در چارچوب معیارهای اخلاق پزشکی می‌انجامد.

باید توجه داشت در اغلب موارد، شناخت انسان از پدیده‌های بیرونی به واقع نوعی شناخت منضم به عناصر اخلاقی است و همین شناخت باعث می‌شود تا پزشکان از هر نژاد و مذهب و در هر نقطه از جهان با الگویی اخلاق مدارانه به کرامت انسان و ارزش حیات وی باور داشته باشند. در واقع کرامت سایر پدیده‌های هستی نشأت‌یافته از باور به کرامت آدمی و خلقت اوست که در

مفهوم خبر ناخوشایند همواره و در تمامی فرهنگها و در میان ملل مختلف به طور یکسان با واکنشی مشابه از سوی دریافت‌کننده خبر روبه‌رو می‌شود، بنابراین در تحلیل ناخوشایندی خبرهایی این چنین، امکان یافتن عناصر مشترک روانی و جسمانی بسیار فراوان است. در عین حال همواره میزانی از اضطراب نیز بر فرد اعلام‌کننده خبر بد تحمیل می‌شود (۱).

در مواردی ارائه تحلیل از تأثیرگذاری و تأثیرپذیری این گونه خبرها به تبع عناصر مشترک مورد اشاره به شناخت اجزای تشکیل‌دهنده

فرایند پالایش ذهن

با درک مسؤولیت ارزشمند پزشک در این میان و لزوم رعایت حقوق بیمار در آگاهی از عوارض بیماری خود، دیگر نمی‌توان ضرورت اعلام حقایق به بیمار را کتمان کرد، بدین ترتیب در ذهن طبیب فرایندی پیچیده شکل می‌گیرد که بیانگر صورتی از پالایش داده‌ها، نظم بخشی به آنها و نیز چینش احتمالات متفاوت مواجهه با بیمار و الگوهای مختلف کنش و واکنش بیمار و پزشک است. رفتارشناسی نهایی پزشک را بدین ترتیب می‌توان در قالب شکل ۱

قالب احترام به جهان هستی تجلی می‌یابد و طبیعی است در پی باور به کرامت انسان، آن دسته پدیده‌های علمی که با ماهیت وجودی انسان سروکار دارند نیز واجد کرامت اعتباری خواهند شد. این معنا را می‌توان به صورت کرامت شغلی برای پزشکان نیز تعریف کرد. از دیگر سو یکی از ضروریات حفظ و ارتقای کرامت انسانی، ارتقای سطح دانش و آگاهی است و این یکی از وظایفی است که در سطوح مختلف از جمله تشخیص، درمان و پیشگیری بر عهده پزشک گذاشته شده است (۱، ۲).

بیان کرد.



شکل ۱. الگوریتم رفتارشناسی پزشک در اعلام خبر بد به بیمار از آغاز تا برونداد تهایی

از میان سلسله واکنشهای جسمی و روانی بیمار در مرحله اول می‌توان به واکنشهای اضطرابی و جابه‌جایی اشاره کرد که با تغییراتی همانند افزایش ضربان قلب، تعریق، آژیتاسیون و بی‌قراری در کنار کنجکاوی همراه می‌گردد. برخی از این واکنشها در مرحله دوم به اوج می‌رسند و بیمار براساس احساس ذهنی خود دچار انواعی از واکنشهای متفاوت و گاه متناقض درست به مانند واکنشهای خود پزشک پیش از مرحله پالایش رفتار حرفه‌ای خواهد شد. از جمله آنکه افزایش تعداد ضربانات قلب به اوج می‌رسد و بیمار، دچار تنش بالایی می‌شود در این میان فشار خون وی ممکن است با افزایش یابد و بر بی‌قراری او افزوده شود.

نکته بسیار مهم در این مرحله هوشیاری کامل پزشک در حرکت و گفتار و تداوم اعلام اطلاعات به شکلی متناسب با مجموعه واکنشهای این مرحله است. این مرحله، سلسله‌ای از مهارت‌های ارتباطی و کلامی و رفتاری کاملاً سنجیده را از سوی پزشک می‌طلبد. بدیهی است پایش دقیق تغییرات فوق از سوی پزشک و انطباق میزان اطلاعات ارائه شده، شکل و الگوی گفتاری و نیز حالت صورت و اندامها و جهت‌دهی کلام متبادل میان طرفین می‌باید کاملاً منطبق با تغییرات وضعیت بیمار باشد. به عبارت دیگر پزشک در این مرحله ارتباط با بیمار، به اوج انعطاف کلامی و رفتاری می‌رسد. مرحله پایانی یعنی پس از اعلام خبر بد با ظهور انواعی از نیازهای جدید در ذهن بیمار و همراهانش همراه می‌گردد و واکنشهای بیمار در این مرحله ممکن است تشدید یافته واکنشهای پزشک در مرحله پیش از پالایش برون داد رفتاری باشد و یا در نقطه‌ای مقابل با افسردگی، بی‌تفاوتی، خونسردی و یا حتی غش همراه گردد (۳، ۵).

در این مرحله است که عناصر اساسی رفتاری فارغ از تأثیرات شدید و خارج از عرف ذهنی و رفتاری اولیه شکل می‌گیرد و شامل مفهوم مبنایی حرمت ارزش زندگی در کنار باور پدیده‌ها و حقایق است. از این لحظه به بعد پزشک وارد مرحله حرفه‌ای رفتاری خود شده است که بر آن الزامات ویژه‌ای همانند الزام اعلام وضعیت بیمار به وی قرار دارد. از دیگر الزامات این مرحله می‌توان به انتخاب زمان، مکان و شخصی که موضوع باید با وی در میان گذارده شود اشاره کرد. گزینش چگونگی اعلام نیز خود عناصر ویژه‌ای را در بر دارد که از آن میان می‌توان به سنجش مفاهیم و مبانی ارزشی اجتماعی، گزینش و چینش واژه‌ها و مفاهیم کنار یکدیگر و نیز حالات رفتاری صورت، چشمان و دست‌ها پزشک اشاره کرد (۳، ۴).

رفتار شناسی مرحله ای

نکته اساسی در این میان واکنش بیمار یا همراهان وی به خبر بد است. این واکنشها را از نظر زمانی و کیفیت می‌توان به اشکال مختلف طبقه‌بندی کرد به عنوان مثال از نظر زمانی سه مرحله کاملاً متمایز یعنی:

مرحله پیش از اعلام خبر بد؛

مرحله اعلام خبر؛

مرحله پس از اعلام خبر

تقسیم کرد. این طبقه‌بندی زمانی، نسبت روشنی با کیفیت واکنشها نیز دارد و می‌توان چنین پنداشت که از نظر شاخصه‌های جسمی، روانی و نیز محیطی نوعی تغییرات خفیف تا شدید بر بدن بیمار به جای می‌گذارد (۱، ۲، ۴).

دکتر کامبیز بنی‌هاشمی: موازن اخلاق پزشکی و اعلام خبر بد به بیماران

به طور کلی بسیاری از محققان برای مدیریت مناسب و متناسب مراحل مختلف سه‌گانه فوق، توسل به تفاهم نامه ساده‌شش جزئی با نام تفاهم نامه رابرت باکمن را پیشنهاد می‌کنند. به طور ساده شش جزء این تفاهم نامه عبارت‌اند از:

۱. آماده‌سازی خود، محیط و شرایط برای آغاز گفت‌وگو؛
۲. توجه به میزان اطلاعات بیمار تا حال حاضر و ترسیم تصویر مناسب از واکنش‌های پیش رو؛
۳. شناخت میزان اطلاعات مورد نیاز بیمار از این پس؛
۴. مبادرت به مشارکت اطلاعات و داده‌ها با وی؛
۵. بسترسازی مناسب برای پاسخ به احساسات و واکنش‌های بیمار و همراهانش؛

۶. برنامه‌ریزی فعالیتهای پزشکی پیش رو و پیگیریهای لازم. از جمله نکات اساسی در این پروتکل، بازخوانی مجدد و کامل جزئیات پرونده بیمار برای مواجهه با سؤالات متنوع وی و واکنش‌های او است و پس از آن توجه دقیق به محیط مناسب با تمامی ویژگیهای دمایی، آرامش و سکوت و سایر شرایط آرامش بیمار بسیار مهم است. انتخاب فرد مناسبی از اقوام به عنوان همراه، بسیار مهم است این فرد قادر خواهد بود علاوه بر مشارکت در تفهیم اطلاعات به بیمار در کاهش تنش و همراهی حمایتی با وی

مؤثر باشد (۷، ۸، ۹).

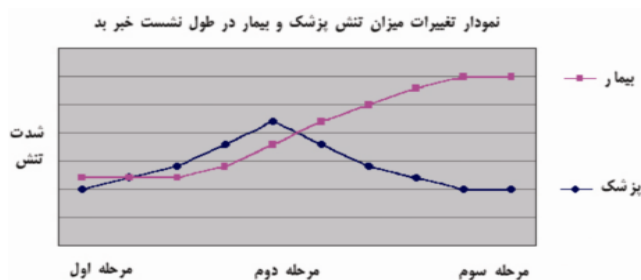
در شکل ۲ نمودار تغییرات میزان اضطراب پزشک و بیمار با الگوی تطبیق همزمانی رویدادها در طول نشست اعلام خبر بد ارائه شده است. با ملاحظه نمودار معلوم می‌شود که در مرحله نخست، و پیش از آگاهی بیمار از خبر بد، میزان اضطراب پزشک بالاتر از بیمار است و در طول مدت گفت‌وگوی این دو، یعنی مرحله دوم بر این میزان به شدت افزوده می‌شود.

اوج اضطراب پزشک در نقطه پایانی این مرحله است که وی اصل موضوع را به بیمار خود بیان می‌دارد و پس از این، از تنش حفظ خبر، رهایی می‌یابد و بدین ترتیب با اعلام آن به سرعت از سطح تنش او کاسته می‌شود.

در نقطه مقابل، میزان تنش بیمار در آغاز کمتر از پزشک است اما به تدریج و با شنیدن مقدمات پزشک و توضیحات او، بر این تنش با سرعتی بالاتر و شیبی تندتر از میزان اضطراب پزشک افزوده می‌شود به نحوی که نقطه اوج تنش برای بیمار با فاصله زمانی بیشتری نسبت به پزشک و در مرحله سوم روی می‌دهد.

در این زمان بیمار به آهستگی از فشار اولیه ناشی از رو به رویی با خبر رهایی می‌یابد و خارج از هیجانات اولیه، حقیقت موضوع را درک می‌کند. تنش پزشک با به سر آمدن مرحله دوم کاهش می‌یابد اما، اضطراب بیمار نه تنها افول نمی‌کند بلکه در سطحی

بالاتر تداوم می‌یابد (۵، ۶).



شکل ۲. نمودار تغییرات میزان تنش پزشک و بیمار در طول نشست اعلام خبر بد (۹)

نتیجه گیری

باید توجه داشت که بر اساس یافته‌های فوق و با تحلیل الگوی میزان تنش پزشک و بیمار، یعنی نمودار سه مرحله‌ای فوق با بررسی دقیق رویدادهای هر مرحله و طراحی ساختار زمانی، گفتاری و رفتاری مناسب از سوی پزشک، می‌توان مستقیماً بر شدت اضطراب و نیز کیفیت آن، چه برای بیمار و چه برای خود پزشک تاثیر گذارد.

طیف واکنشها در برابر آگاهی از خبر بد در میان بیماران متنوع است، اما نکته ای مشترک در سراسر این طیف وجود دارد و آن احساس نیازی است که در تمامی بیماران در فاصله ای کوتاه از آگاهی از خبر ایجاد می‌شود. نیاز به حمایت و همدلی، نیاز به آگاهی بیشتر، نیاز به برنامه‌ریزی برای مدت زمان باقی و نیز اطلاعاتی در مورد احتمالات مختلف پیش رو در شرایط بالینی و درمانی وی از جمله این نیازها محسوب می‌شود. در این میان توجه دقیق به تفاوت‌های اخلاقی، فرهنگی، قومیتی و نیز اجتماعی، عواملی هستند که در برآورده سازی نیاز بیمار بسیار مؤثرند (۶، ۷).

درک و دریافت درست موقعیتها، توجه کامل به عناصر فرهنگی، قومی و ویژگیهای شخصیتی بیمار و در نظر گرفتن سن و جنس بیمار در کنار تمرکز ذهنی پزشک و پالایش رفتارهای او در قالبی پخته و مسلط به عناصر روانشناختی و همچنین وضوح کلام پزشک، انتخاب واژگان، لحن و چگونگی چینش واژه‌ها در پی یکدیگر با سرعتی مناسب و تداوم کلام در هر مرحله پس از اطمینان از ایجاد ادراک متقابل از مفاهیم، از جمله دیگر شروط مؤثر در مهار واکنشهای بیمار خواهد بود (۸، ۱۰).

منابع

1. Doug K, Doug P (2006). To Tell the Truth: Delivering Bad News to Patients, Department of Family Medicine The Ohio State University, Originally available at: http://www.sciencecases.org/bad_news/bad_news_notes.asp.
2. Buckman R (1992). How to Break Bad News. A Guide for Health Care Professions Baltimore: Johns Hopkins Press.
3. Mueller P (2002). Breaking bad news to patients. Post graduate Medicine Online 112(3): 13-18.
4. Vandekieft G (2001). Breaking bad news. American Family Physician, 64: 1975-8.
5. Barclay J, Blackhall L, Tulsy J (2007). Communication Strategies and Cultural Issues in the Delivery of Bad News. Journal of Palliative Medicine 10: 958-977.
6. Rabow M, McPhee S (1999). Beyond Breaking Bad News: How to Help Patients Who Suffer. West J Med 171: 260-63
7. Pauls M, Ackroyd-Stolarz S (2006). Identifying Bioethics Learning Needs: A Survey of Canadian Emergency Medicine Residents. Academic Emergency Medicine 13: 645-52.
8. Zachariae R, Pederson CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, Von der Masse H (2003). Association of perceived physician communications style with patient Satisfaction, distress, cancer related self- efficacy, and perceived control over the disease. British Journal of Cancer 88: 658-65.
9. Baile W, Buckman R (2000). Six Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer, the Oncologist 5: 302-11.
10. Fallowfield L, Jenkins V (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. The Lancet, 363: 312-19.