

بررسی نگرش اساتید و دستیاران بالینی دانشکده پزشکی شیراز در رابطه با گفتن تشخیص به بیماران غیر قابل درمان

دکتر سید مسعود موسوی نسب

دانشیار بخش روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

دکتر مریم جلالی جهرمی

پزشک عمومی

چکیده

زمینه: هدف از این بررسی آگاهی از نگرش و چگونگی عملکرد اساتید و دستیاران بخش های بالینی دانشکده پزشکی شیراز در رابطه با گفتن تشخیص به بیماران غیر قابل درمان منجر به مرگ بوده است.

روشها: در این مطالعه ۱۰۰ نفر از پزشکان بخشهای بالینی (۵۰ نفر هیات علمی و ۵۰ نفر دستیار) که به صورت تصادفی انتخاب گردیده بودند، در یک مصاحبه حضوری شرکت کردند و به ۶ سؤال پاسخ گفتند. سوالات شامل گفتن و یا نگفتن تشخیص، تبعات آشکار سازی تشخیص و اطلاع از موارد قانونی مربوطه بودند. یافته ها: بر این اساس ۷۴ درصد از پاسخ دهندگان تشخیص را به بیماران نمی گویند. لذا این بیماران از پیش آگهی بیماری و تصمیمات درمانی که برای آنها گرفته می شود اطلاع درستی ندارند. ترس پزشکان از تبعات ناگوار و غیر قابل پیش بینی، عمده ترین علت اجتناب از آشکار سازی تشخیص می باشد.

نتیجه گیری: به نظر می رسد با تغییر نگرشی که در کشورهای دیگر بوجود آمده، بررسی دقیقتر جنبه های اخلاقی و قانونی آشکار سازی تشخیص با در نظر گرفتن عوامل اجتماعی و فرهنگی و آموزشی آن در بخش های بالینی مورد نیاز است.

واژگان کلیدی: نگرش، بیماران غیر قابل درمان، رابطه پزشک با بیمار

مقدمه

فرهنگی اختلافاتی نیز مشاهده می شود. هدف از انجام این مطالعه، بررسی نگرش و چگونگی عملکرد اساتید و دستیاران تعدادی از بخش های بالینی دانشکده پزشکی دانشگاه شیراز در رابطه با گفتن تشخیص به بیماران غیر قابل درمان منجر به مرگ بوده است.

مواد و روشها

مطالعه حاضر یک بررسی توصیفی و ابزار گردآوری داده ها مصاحبه حضوری با نمونه های مورد بررسی است. در این بررسی تعداد ۵۰ نفر از اساتید (۲۵ نفر مرد و ۲۵ نفر زن با میانگین سنی ۴۵ و میانگین سابقه کار ۱۷/۵ سال) همچنین ۵۰ نفر از دستیاران (۲۵ نفر مرد و ۲۵ نفر زن با میانگین سنی ۲۹/۵ و میانگین سابقه کار ۳ سال) از بخش های زنان، جراحی، داخلی و سرطان شناسی بصورت تصادفی انتخاب شده، در یک مصاحبه حضوری سئوالات زیر از آنها پرسیده شد:

۱. آیا تا بحال با مواردی از بیماران غیر قابل درمان منجر به مرگ که هنوز خود بیمار تشخیص رانمی داند روبرو بوده اید؟
۲. آیا تشخیص بیماری را به خود بیمار می گویند، علت بیان و یا عدم بیان تشخیص چیست؟
۳. در صورت نگفتن تشخیص به خود بیمار آیا خانواده او را از تشخیص آگاه می سازید؟
۴. به نظر شما چه تبعاتی در گفتن تشخیص به بیمار وجود دارد و چگونه می توان از آنها جلوگیری کرد؟
۵. آیا از آنچه قانون در مورد گفتن تشخیص به بیمار غیر قابل درمان می گوید اطلاع دارید؟
۶. اگر بیمار مشرف به مرگ از شما سوال کند تا چه مدت دیگر زنده خواهد بود چه جوابی به او می دهید؟
- شرکت کنندگان در این پژوهش محدودیتی برای پاسخ نداشتند. از آنها خواسته شد که آنچه را در عمل انجام می دهند بیان کنند. با اینکه در ابتدا مقایسه پزشکان زن و مرد نیز مورد توجه بود ولی در تحلیل نهایی فقط اساتید و دستیاران مورد مقایسه قرار گرفتند.

نتایج

- ۱- آیا تا به حال با مواردی از بیماران غیر قابل درمان که هنوز تشخیص بیماری خود را نمی دانند روبرو شده اید؟
- همه اساتید و همه دستیاران با چنین مواردی روبرو بوده اند.
- ۲- آیا تشخیص بیماری غیر قابل درمان را به خود بیمار می گویند، علت بیان تشخیص بیماری به خود بیمار چیست؟

اشکار کردن تشخیص بیماری غیر قابل درمان منجر به مرگ مثل سرطان و یا ایدز از مسائل بسیار مشکل اخلاق پزشکی است که هر درمانگری ممکن است در طول طبابت خود با آن مواجه شود. این موضوع از طرفی با اصل حقیقت گویی و از طرفی با عدم تمایل پزشک به آسیب زدن به بیمار ارتباط پیدا می کند. بهمین دلیل ممکن است پزشک با در نظر گرفتن عواملی از جمله طبقه اجتماعی، سن و سطح سواد بیمار و یابی آمدهای احتمالی افشای تشخیص، اقدام به این کار کند. در نهایت این وظیفه پزشک است که میان گفتن حقیقت و یا کتمان آن یکی را انتخاب کند (۱-۵).

به نظر می رسد در چند دهه گذشته تغییر قابل ملاحظه ای در نگرش پزشکان غرب در رابطه با گفتن تشخیص بوجود آمده است (۶). یکی از پژوهش های انجام شده در سال ۱۹۶۱ نشان داد ۴۰ درصد پزشکان، از گفتن تشخیص سرطان به بیماران خودداری می کنند. تکرار همان تحقیق در سال ۱۹۷۷ نشان داد ۹۷ درصد پزشکان نگرش کاملاً متفاوتی پیدا کرده اند و تشخیص را به بیماران می گویند. علت این تغییر نگرش را چنین بیان کردند: در سال ۱۹۶۱ بیشتر تجربه بالینی، احساسات و عقاید شخصی تعیین کننده بوده اند.

در صورتیکه در سال ۱۹۷۷ آگاهی از حقوق بیمار، موارد قانونی و آموزشهای داده شده تعیین کننده رفتار آنها بوده است (۷). الیس و همکاران (۸) نیز طی تحقیقی که در سال ۱۹۹۹ انجام گرفت نشان دادند که اکثر پزشکان در آمریکای شمالی، استرالیا و اروپا واقعیت را به بیمار در مورد تشخیص سرطان می گفتند اما آنرا کاری مشکل بحساب می آوردند.

مطالعات اخیر در رابطه با واکنش بیماران به نزدیک بودن مرگ که با کارهای الیزابت کوبلر راس (۸) شروع گردید، نشان داد با وجود اینکه بیمار از مراحل مانند شوک و ناپاوری، خشم، چانه زدن، افسردگی و پذیرش عبور می کند به ندرت ممکن است یک رشته پاسخهای منظم که به وضوح قابل شناسایی باشند نشان دهد و هیچ الگوی قابل انطباقی برای همه وجود ندارد. ریزوز و همکاران (۹) معتقدند هر پزشکی می باید با مراحل مختلف واکنش به مرگ و تظاهرات آن آشنا و راه برخورد با آنها بداند تا کمترین آسیب جسمی و روحی به بیمار وارد شود. از طرف دیگر توانایی پزشک برای مراقبت مؤثر و مهرآمیز از بیماران ناعلاج تا حدود زیادی بستگی به نگرش او به مرگ دارد. برخی از پزشکان نسبت به مرگ و بیماران مشرف به مرگ، نگرش معیوبی دارند که ممکن است در طول آموزش پزشکی اصلاح نشوند (۱۰ و ۱۱).

حقوق بیماران و توجه قانونگذاران به تعریف و مدون کردن قوانینی که این بخش از رابطه پزشک و بیمار را در بر گیرد از عوامل مؤثر در چگونگی رفتار و یا تغییر نگرش پزشکان کشورهای مختلف بوده، در منابع پزشکی قانونی از جمله کشور خودمان بخشی به این امر اختصاص یافته است (۱۲). ولی علی رغم اشتراکات زیاد به دلیل تفاوت های

نگرش اساتید و دستیاران پیرامون این موضوع به شرح مندرج در جدول ۱ می باشد.

جدول ۱. نگرش اساتید و دستیاران بالینی دانشکده پزشکی شیراز پیرامون گفتن تشخیص به بیماران غیر قابل درمان

گروه مورد بررسی			نوع نگرش
جمع کل	دستیاران	اساتید	
۱۹	۷ (۱۴٪)	۱۲ (۲۴٪)	افرادی که تشخیص را به خود بیمار می گفتند
۶	۳ (۶٪)	۳ (۶٪)	افرادی که بر اساس سطح سواد و فرهنگ فرد تصمیم می گرفتند
۷۵	۴۰ (۸۰٪)	۳۵ (۷۰٪)	افرادی که تشخیص را به خود بیمار نمی گفتند
۱۰۰	۵۰	۵۰	جمع کل

- ۱۲ نفر اساتید و ۷ نفر دستیارانی که تشخیص را به خود بیمار می گفتند ۴ نفر (۲ نفر از اساتید و ۲ نفر از دستیاران) بدون مشورت با خانواده بیمار تشخیص را می گفتند و علت آنرا چنین ذکر کرده اند که این «حق طبیعی هر بیمار است که در مورد بیماری خود اطلاع داشته باشد و این خود بیمار است که باید تصمیم بگیرد که آیا تشخیص را به سایرین بگوید یا نه؟ شاید بیمار کارهای عقب مانده ای داشته باشد که باید زمانی که در قید حیات است به آنها سر و سامان دهد.»
- ۳- در صورت نگفتن تشخیص بیماری به خود بیمار آیا خانواده او را از تشخیص آگاه می سازید؟
- تعداد ۳۵ نفر (۷۰ درصد) از اساتید و ۴۰ نفر (۸۰ درصد) از دستیاران تشخیص را به اطرافیان و یا دوستان بیمار می گفتند.
- ۴- نظر شما در مورد تبعاتی که گفتن تشخیص بیماری به خود بیمار به دنبال خواهد داشت چیست و چطور می توان از آنها جلوگیری کرد؟
- همه اساتید و دستیاران به این سوال پاسخ داده اند که خلاصه پ آن بصورت زیر می باشد:
- ۱- ناامیدی و افسردگی بیمار
 ۲- احتمال اقدام به خودکشی و یا پرخاشگری
 ۳- تأثیر منفی بر بیماری کنونی
 ۴- آیا از آنچه که قانون در مورد گفتن تشخیص بیماری می گوید مطلع هستید؟
 ۱۴ نفر از اساتید (۲۸ درصد) و ۱۳ نفر از دستیاران (۲۶ درصد) از وجود و یا عدم وجود قانون در رابطه با آشکارسازی تشخیص اطلاعی نداشتند، بقیه افراد اظهار می داشتند که در موارد زیر قانون وجود دارد ولی از میزان نفوذ آن و پیامدهای آن اطلاعی نداشتند.
 - هنگام انجام روشها و یا اعمال جراحی که خطرناک هستند.
 - مواردی که بیمار مشکلات قضایی، مالی، حقوقی و یا اقتصادی دارد و باید به آنها بپردازد.
 - مواردی که ادامه درمان و یا انجام آزمایشها، هزینه اضافی به بیمار تحمیل می کند و تأثیری بر پیش آگهی ندارد.
 ۶- اگر بیمار سوال کند تا چه مدت دیگر زنده خواهد بود چه پاسخی می دهید؟
 نگرش اساتید و دستیاران در این ارتباط در جدول ۲ مندرج می باشد.

جدول ۲. نگرش اساتید و دستیاران بالینی دانشکده پزشکی شیراز در رابطه با اعلام زمان زنده ماندن به بیماران غیر قابل درمان

گروه مورد بررسی			نوع نگرش
جمع کل	دستیاران	اساتید	
۶	۲ (۴٪)	۴ (۸٪)	افرادی که متوجه زمان زنده ماندن بیمار را صراحتاً می گفتند
۳	۲ (۴٪)	۱ (۲٪)	افرادی که شدیداً بیمار را امیدوار می کردند و زمان مشخصی را به او نمی گفتند
۹۱	۴۶ (۴۲٪)	۴۵ (۹۰٪)	افرادی که پاسخ مهم به بیمار می دهند در عین حال امیدواری بهبودی بوجود نمی آورند
۱۰۰	۵۰ (۱۰۰٪)	۵۰ (۱۰۰٪)	جمع کل

این تحقیق نشان می‌دهد که ۷۴ درصد پاسخ دهندگان، تشخیص بیماری ناعلاج را به هیچ وجه به بیماران خود نمی‌گویند. اینگونه بیماران نه تنها از پیش آگهی بیماری خود مطلع نمی‌شوند بلکه در تصمیماتی که برای درمان آنها نیز اتخاذ می‌شود هیچگونه دخالتی ندارند.

مقایسه نتایج این تحقیق با تحقیقاتی که در سالهای اخیر در کشورهای خارجی انجام شده، تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد. این تحقیقات نشان می‌دهند که نگرش پزشکان در جهت گفتن تشخیص بیماری در چند دهه اخیر تغییر کرده است و عامل این دگرگونی نیز تأثیر مجلات علمی و نتیجه تحقیقات و به خصوص آموزش پزشکان در این زمینه می‌باشد (۶).

همچنین بعضی از بررسی‌ها مؤید این نظر است که اکثر بیماران ترجیح می‌دهند که تا حد امکان در مورد بیماری خود و پیش آگهی آن اطلاع داشته باشند و اکثریت آنها ترجیح می‌دهند که در تصمیماتی که برای درمان آنها اتخاذ می‌شود دخیل باشند (۱۳).

تبعات ناگوار و غیرقابل پیش بینی گفتن تشخیص، یکی از عوامل عمده در اجتناب پزشک از افشای تشخیص به خود بیمار است. بنظر میرسد این نگرانی تا حدی در بین دستیاران شایعتر است و در حال حاضر ۷۰ تا ۸۰ درصد پزشکان با اطرافیان بیمار صحبت می‌کنند تا خود بیمار.

پژوهشهای حاضر نشان می‌دهند تعدادی از پزشکان معتقدند که افشای کامل حقیقت ممکن است باعث اختلال در سیر درمان یا ایجاد مسائل روانی شده، گاهی حتی منجر به خودکشی بیمار گردد (۱۴). با اینحال هر چه روابط پزشک و بیمار نزدیک تر باشد و هر چه پزشک، بیمار خود را بیشتر درک نماید و با او احساس همدردی کند ظرفیت پذیرش بیماران را برای قبول این حقیقت که به بیماری ناعلاج مبتلا شده اند بیشتر خواهد کرد (۳).

در تایید این امر نتایج مطالعه ای که بر روی ۷۰۰ بیمار انجام شده قابل توجه است. همه این بیماران موافق این نظر بودند که پزشکان وقت کافی برای گوش کردن و توجه به احساسات آنها را ندارند و از مسائل هیجانی آنها و زمینه اجتماعی-اقتصادی خانواده آنها مطلع نیستند. آنها با دادن توضیحات به زبان تکنیکی موجب افزایش نگرانی آنها می‌شوند (۱۵).

تحقیق دیگری نشان میدهد که در رابطه با بعضی از بیماران تنها

به یک جلسه اکتفا شده، در صورتیکه در مواردی سالها طول میکشد تا پزشک به شرایط و وضعیت هایی که با بیماری ارتباط دارند کاملاً پی برد و این فقط با ملاقات های مکرر و طولانی با بیمار به دست می آید (۱۶).

این تجربیات و تحقیقات، لزوم آموزش و اهمیت دادن هر چه بیشتر به روابط پزشک و بیمار را می‌رساند چرا که ناتوانی پزشک برای برقراری تفاهم، تلویحاً به این معنی است که پزشک و بیمار همدیگر را درک نمی‌کنند (۱۳).

کلمات و رفتارهای پزشک تأثیری فراتر از حد معمول دارد و چگونگی رفتار پزشک تأثیر مستقیم بر واکنش های هیجانی و حتی فیزیکی بیمار دارد.

همچنین برای کار مؤثرتر با بیماران، پزشکان باید ماهیت واکنش های فرد را نسبت به مرگ بفهمند و نیز باید احساسات و نگرشهای خود را که می‌تواند در چنین موقعیت هیجانی بر روابط پزشک و بیمار تأثیر بگذارد بشناسند (۱۷).

تأثیر فرهنگ در گزارش و نمایش علایم باید ارزیابی شود و نیز رابطه بیماری با فرآیندهای خانوادگی، موقعیت طبقاتی و هویت قومی حائز اهمیت است.

نگرش های فردی و فرهنگی در مورد وابستگی و درماندگی و نیز سنخ شخصیتی و معنی شخصی تجربه بیمار بودن، تأثیر مهمی در نحوه کمک خواهی دارد. مثلاً افراد مختلف به گونه ای متفاوت نسبت به بیماری واکنش نشان می‌دهند که بستگی به طرز فکر، احساسات و رفتار آنها دارد.

برخی از مردم بیماری را فقدان مغلوب کننده می‌شمارند. در حالیکه گروهی دیگر آن را عقوبت و تنبیهی برای آنچه که احساس گناه در مورد آن می‌کنند، می‌پندارند.

این پژوهش نشان میدهد حدود ۲۷ درصد پزشکان از جنبه های قانونی مربوطه اطلاعی ندارند که خود نکات با اهمیتی را شامل می‌شود.

اول اینکه لازم است موارد قانونی توسط صاحب نظران بصورت مداوم و علمی مورد بررسی، بازنگری و تدوین قرار گیرند و دوم اینکه مطالب بند اول در دانشکده پزشکی تدریس شوند و یا پس از فارغ التحصیلی و اشتغال به کار در اختیار آنها قرار گیرد و به منظور دفاع از حقوق بیمار نظارت کافی در اجرای آنها اعمال گردد.

مراجع

- 9-Rivers PA, Woodard B, Munchus G. Organizational power and conflict regarding the hospital-physician relationship symbolic or substansive? *Ann Med.* 1999; 32: 38-40.
- 10-Kaplan HI, sadock BJ. *Synopsis of Psychiatry.* 8th ed. Baltimore:Williams and Wilkins; 1998.
- 11-Dengler R, Troger M. Impact of riluzle on the relationship between patient and physician. *J Neurol.* 1997; 244 (suppl 2):530-2.
۱۲. یاسمی ر. پزشکی قانونی و طب کار. چاپ سوم. تهران: انتشارات دانشگاه تهران؛ ۱۳۵۶؛ ۱۵-۲۵.
- 13-Pimentel FL, Ferreira JS, Mesquita NF. Quantity and quality of information desired by portuguese cancer patient. *Support Care Cancer.* 1999; 7: 407-12.
- 14 -Hosakat Awazu H, Fukunish I. Disclosure of true diagnosis in japanese cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry.* 1999; 21: 209-13.
- 15-Carnes JW, Brownlee HJ. The disclosure of the diagnosis of cancer. *Med Clin North Am.* 1996; 80: 145-149.
- 16-Jonathan M. The patient-physician relationship: Is there a crowd? *JAMA.* 1999; 65: 812-818.
- 17-Ljubovic S. Psychological and moral problem in physician-patient relations in carcinoma. *Med Arh.* 1995; 49 (3-4 suppl): 89-95.
۱. اشرفی م. بررسی روابط اخلاقی پزشک و بیمار در کتاب مجموعه مقالات سمینار دیدگاههای اسلام در پزشکی. چاپ اول. دبیرخانه دائمی سمینار و با همکاری مؤسسه توسعه دانش و پژوهش ایران؛ ۱۳۷۱
۲. محرری م. تاریخچه و کلیات اخلاق پزشکی در کتاب اخلاق پزشکی. چاپ اول. واحد چاپ معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۶۹.
۳. اشرفی م. مبانی اخلاق پزشکی در کتاب اخلاق پزشکی. چاپ اول. واحد چاپ معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۶۹.
۴. اصفهانی م. وظیفه پزشک در قبال آتیه بیمار در کتاب اخلاقی پزشکی. چاپ اول. واحد چاپ معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۶۹.
- 5- Akayashi A, Kai I, Takemura H. Truth telling in the case of a pessimistic diagnosis in Japan. *Lancet.* 1999; 354: 1263.
- 6- Novack DH, Plumer R, Smith RL. Changes in physicians attitudes toward telling the cancer patient. *JAMA.* 1979; 2411: 897-900.
- 7- Ellis PM, Tatterast MH. How should doctors communicate the diagnosis of cancer to patients? *Ann Med.* 1999; 31: 336-41.
- 8-Hinton J. Coping with terminal illness In: Rajfitz Patrick R, Hinton J, Newman S, Scambler G, Thompson J. *The Experience of Illness.* first ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1984.

