

تجربه‌های متخصصین پزشکی در ارتباط با تصمیم‌گیری در موقعیت‌های دشوار اخلاقی

اطهرامید، نیکو یمانی، فرحناز کمالی*

چکیده

مقدمه: در حال حاضر علی‌رغم وجود قوانین و مقررات و راهنماهای درمانی مختلف، اتخاذ تصمیم‌های تشخیصی و درمانی پزشکان با وجود تلاش برای احترام به اعتقادات و هنجارهای فرهنگی بیمار، با دشواری‌هایی همراه است که می‌تواند درمان بیماران و رضایت آنها را تحت تأثیر قرار دهد. این مطالعه با هدف تبیین تجارب متخصصین پزشکی از تصمیم‌گیری در موقعیت‌های دشوار اخلاقی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت.

روش‌ها: این مطالعه با استفاده از رویکرد کیفی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. جامعه پژوهش متخصصین پزشکی و نمونه‌ها با نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و با حداکثر تنوع انتخاب شدند. روش گردآوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختارمند فردی بود. روش تجزیه و تحلیل به کار رفته، تحلیل محتوای مصاحبه‌های پیاده شده بود. پس از مرور مکرر متن مصاحبه‌ها، مضامین اصلی و فرعی استخراج شد.

نتایج: ۸ نفر از اساتید و متخصصین پزشکی در این مطالعه شرکت کردند. مضامین استخراج شده شامل ۳ مضمون اصلی "آگاه‌سازی تدریجی بیمار"، "اعتمادسازی متقابل پزشک و بیمار" و "تصمیم‌سازی مشترک پزشک و بیمار" و ۱۳ مضمون فرعی بود. **نتیجه‌گیری:** پزشکان در شرایط دشوار، تصمیم‌گیری‌ها را به صورت مشترک با بیمار انجام می‌دهند و اعتقاد دارند که باید پس از آگاه‌سازی بیمار و ایجاد اعتماد در وی، با امید به بهبودی بیمار هرچه در توان دارند، را به انجام برسانند.

واژه‌های کلیدی: تصمیم‌گیری اخلاقی، پزشکان متخصص، مطالعه کیفی، موقعیت دشوار اخلاقی

مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی / خرداد ۱۳۹۷؛ ۱۸(۱۱): ۹۴ تا ۱۰۵

مقدمه

در دهه‌های اخیر با وجود پیشرفت‌های سریع در علوم پزشکی و فناوری‌های زیستی جدید، تیم درمان در تصمیم‌گیری برای بیماران با موقعیت‌های پیچیده‌ای مواجه می‌شود. مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری، یکی از

ویژگی‌های مرغوبیت مراقبت بیمار شناخته می‌شود (۱). اکنون تصمیم‌های تشخیصی و درمانی پزشکان با احترام به اعتقادات و هنجارهای فرهنگی بیماران و نظر موافق آنان اتخاذ می‌گردد. در این روند تصمیم‌گیری مشترک، ممکن است پزشک و بیمار نتوانند در مورد بهترین انتخاب به توافق برسند. به علاوه عدم توانایی بیمار برای تصمیم‌گیری به دلیل ابتلا به بیماری و دخالت اطرافیان می‌تواند این روند را مختل کند (۲).

تعارض بین استدلال بالینی و اخلاقی نیز موقعیت‌های تصمیم‌گیری برای درمان بیمار را پیچیده‌تر می‌کند. ارائه بهترین مراقبت درمانی به بیمار یکی از اهداف تصمیم‌گیری است، اما اغلب به سادگی نمی‌توان گفت که

* نویسنده مسؤول: فرحناز کمالی، دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. kamalifarahnaz@yahoo.com
دکتر اطهر امید (استادیار)، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (athar_omid@yahoo.com)
دکتر نیکو یمانی (دانشیار)، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، مدیریت مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (yamani@edc.mui.ac.ir)
تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۱/۲۹، تاریخ اصلاحیه: ۹۶/۸/۱۰، تاریخ پذیرش: ۹۶/۸/۳۰

اهداف درمانی و استدلال اخلاقی در موقعیت‌های دشوار بالینی ممکن است در تضاد با هم قرار گیرند و همه‌ی این اهداف با هم محقق نشود و نتیجه‌گیری کرد که شناخت موقعیت و جنبه‌های مختلف این اهداف می‌تواند در موفقیت تصمیم‌گیری کمک‌کننده باشد (۱۰). کنی (Kenny) و همکاران وی در یک مطالعه کیفی نشان دادند که متخصصین پزشکی سعی می‌کنند با به کارگیری اصول اخلاقی و توجه به حقوق بیمار با موقعیت‌های دشوار اخلاقی روبرو شوند (۱۱). بوکر (Bowker) نیز در بررسی تجارب پزشکان برای احیای بیماران مسن دریافت که بسیاری از پزشکان توانایی تصمیم‌گیری و تطابق با این موقعیت‌های دشوار اخلاقی را ندارند و بر آموزش مهارت‌های ارتباطی و استدلال اخلاقی به دانشجویان پزشکی تأکید کرد (۱۲).

مطالعاتی که تاکنون در ایران در زمینه استدلال اخلاقی انجام گرفته است، بیش‌تر در حوزه پرستاری و با اهدافی از قبیل بررسی سطح تکامل اخلاقی دانشجویان (۱۳ و ۱۴)، چالش‌های آموزش تصمیم‌گیری اخلاقی (۱۵) و تأثیر آموزش اصول اخلاق پرستاری بر حساسیت اخلاقی دانشجویان در تصمیم‌گیری (۱۶) بوده است. ولی در جستجوهای انجام شده در منابع داخلی توسط محققین این پژوهش، مطالعه‌ای مرتبط با استدلال اخلاقی در حوزه پزشکی یافت نشد؛ لذا این مطالعه که با هدف بررسی تجارب متخصصین پزشکی در تصمیم‌گیری در موقعیت‌های دشوار اخلاقی انجام پذیرفت به دنبال تبیین درک ایشان از این موقعیت‌ها و بررسی فرایند تصمیم‌گیری و عوامل مؤثر در آن بود.

روش‌ها

این مطالعه با هدف تبیین تجارب متخصصین پزشکی در هنگام تصمیم‌گیری در موقعیت‌های دشوار اخلاقی انجام پذیرفت؛ لذا استفاده از رویکرد کیفی به این منظور مناسب بود. پژوهش کیفی به منظور درک و شناخت پدیده‌ها که متأثر از ارزش‌ها، فرهنگ‌ها و ارتباطات انسانی است بکار می‌رود و هدف از آن بررسی عمیق تجارب، اعمال بالینی، رفتارها، عقاید و طرز فکر افراد و گروه‌ها به همان نحوی

درمان بیمار، مناسب‌ترین انتخاب است. گاهی بیماران قطع درمان را برای پایان دادن به درد و رنج بیماری ترجیح می‌دهند و یا عوارض و خطرات ناشی از درمان، پزشک را نگران غیر اخلاقی بودن تصمیم‌گیری خود می‌کند (۲). بنابراین پزشک و بیمار در موقعیت‌های تصمیم‌گیری باید با ارزیابی گزینه‌های مختلف درمانی، علاوه بر انتخاب بهترین مراقبت پزشکی به مراقبت اخلاقی نیز توجه کنند تا به یک تصمیم‌گیری اخلاقی بالینی منجر شود (۳). به همین منظور در مدل‌های مختلفی که برای اتخاذ یک تصمیم‌گیری اخلاقی ارائه شده است توصیه شده که پس از جمع‌آوری و سازمان‌دهی اطلاعات مربوط به شواهد پزشکی، اهداف درمانی و منافع و ترجیحات بیمار، براساس اصول اخلاقی و قوانین و مقررات، تصمیم‌گیری انجام شود (۴ تا ۶). در این روند، استفاده از بهترین شواهد و استدلال بالینی خود به عنوان یک اقدام اخلاقی و از ویژگی‌های حرفه‌ای‌گری ذکر می‌شود (۷). تسای (Tsai) و همکاران در مطالعه‌ای با استفاده از مرور متون و مصاحبه با متخصصین پزشکی روند تصمیم‌گیری برای حل یک مشکل اخلاقی را در یک مدل شناختی با سه حیطه عاطفی، مهارتی و دانشی ارائه داده‌اند و به اساتید پیشنهاد کرده‌اند از این مدل برای آموزش دانشجویان استفاده کنند. در حیطه دانشی یک پزشک به دانش پزشکی و علم اخلاق پزشکی نیاز دارد و مهارت تصمیم‌گیری اخلاقی و بالینی که شامل تعیین مشکل، جمع‌آوری اطلاعات، تصمیم‌گیری و برنامه ریزی برای تشخیص درمان بیمار است را باید کسب کند به علاوه ارزش‌ها، باورها و رشد اخلاقی فرد نیز در این تصمیم‌گیری تأثیرگذار است (۸).

در یک مطالعه کیفی در بررسی تجارب تصمیم‌گیری اخلاقی در پزشکان برای جراحی قلب بیماران مشخص شد که یکی از بزرگترین نگرانی‌های پزشکان عدم قطعیت پاسخ‌گویی تصمیم‌های درمانی اتخاذ شده و احتمال مورتالیتی آن و همچنین مسؤولیتی است که در قبال بیمار و اعتماد وی داشتند و این نگرانی‌ها بر تصمیم‌گیری آنان تأثیرگذار بود (۹). هورست (Hurst) نیز در مطالعه‌ی خود با تجزیه و تحلیل توضیحات پزشکان نشان داد که

استخراج گردید. در مرحله بعد معانی به صورت کد یادداشت شدند. در ادامه کار کدها به صورت دسته‌هایی سازمان‌دهی شد و در پایان یافته‌ها جهت اعتباربخشی به شرکت‌کنندگان ارجاع داده شد و موثق بودن نتایج بدست آمده به تأیید آنان رسید. اطمینان از صحت و دقت داده‌ها یکی از مسائل مهم در تحقیقات کیفی است. انصاری به نقل از گوبا و لینکلن (Lincoln & Guba) چهار روش را برای تأیید صحت و درستی داده‌ها پیشنهاد نموده‌اند که این چهار روش عبارتند از اعتبار (Credibility)، قابلیت اطمینان (Dependability)، تأییدپذیری (Confirmability) و انتقال‌پذیری (Transferability) (۱۷). در این پژوهش، محقق با در نظر گرفتن این معیارها، از روش‌های مختلفی مانند کمک گرفتن از سه نفر از همکاران آشنا با تحقیق کیفی در مرحله کد بندی، رجوع به مشارکت‌کنندگان جهت تأیید یافته‌ها، دقیق بودن در تمام مراحل پژوهش و درگیری و بررسی مداوم سعی در اعتبار هر چه بیشتر یافته‌ها داشت.

ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل کسب رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان جهت شرکت در پژوهش و ضبط صدای آنان، عدم درج نام مصاحبه‌شوندگان روی نوارها و متون پیاده شده، رعایت اصل راز داری و محرمانه بودن اطلاعات و حفظ حق کناره‌گیری در هر مرحله از پژوهش بود.

نتایج

در این مطالعه ۸ نفر از متخصصین پزشکی شهرستان اصفهان نمونه پژوهش را تشکیل دادند. تمام متخصصین مشارکت‌کننده سابقه کار بالای ۵ سال داشتند و ۴ نفر زن و ۴ نفر مرد نمونه‌های مطالعه را تشکیل دادند. ۲ نفر تخصص زنان و زایمان، ۱ نفر تخصص جراحی اعصاب، ۱ نفر تخصص بیهوشی، ۲ نفر فوق تخصص‌های خون و سرطان، ۱ نفر متخصص رادیوتراپی و ۱ نفر تخصص خون اطفال داشتند. از بین آنان، ۳ نفر استادیار، ۳ نفر دانشیار و ۲ نفر استاد دانشگاه بودند. بنابراین طیف مناسبی از مشارکت‌کنندگان برای مصاحبه دعوت شدند. کدهای حاصل از تحلیل اولیه ۹۵۰ کد بود که پس از ادغام کدهای مشابه و حذف کدهای تکراری ۴۳۱ کد باقی ماند.

است که در زندگی واقعی آن‌ها روی می‌دهد (۱۷). محیط پژوهش بیمارستان‌ها و مراکز درمانی خصوصی پزشکان متخصص شهرستان اصفهان و جامعه پژوهش شامل متخصصین پزشکی بود. نمونه‌ها با نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و با حداکثر تنوع از متخصصین پزشکی که با احتمال بیشتری در موقعیت‌های دشوار اخلاقی برای تصمیم‌گیری قرار می‌گرفتند، مانند متخصصین خون و سرطان، متخصصین جراحی اعصاب و متخصصین بیهوشی، انتخاب شدند به طوری که بتوان هدف تحقیق را پوشش داد. به علاوه سعی شد از متخصصین با سابقه فعالیت درمانی بیش از ۵ سال و کسانی که در ارائه خدمات درمانی به بیماران مؤثر شناخته شده بودند و بیشترین اطلاعات را در مورد فرایند تصمیم‌گیری برای بیماران بازگو می‌کردند، استفاده شود. نمونه‌گیری تا زمان اطمینان از اشباع داده‌ها انجام گرفت. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه ساختارمند (semi structured interview) فردی جمع‌آوری شد. مصاحبه‌ها با موضوعات ساده و کلی مانند: "تجارب خود را در ارتباط با موقعیت‌هایی که شواهد پزشکی برای تصمیم‌گیری کافی نیست و ارزش‌های انسانی در تضاد با هم قرار می‌گیرد بیان نمایید و چه عواملی در تصمیم‌گیری شما دخالت دارد؟" شروع می‌شد. اما در حین مصاحبه بنابر اطلاعاتی که مصاحبه‌شونده در اختیار می‌گذاشت و با توجه به پیشرفت مصاحبه سؤالات بیشتر (Probing questions) مطرح می‌گردید.

محل انجام مصاحبه‌ها با نظر متخصصین در اتاق پزشک در بیمارستان بود و مصاحبه‌ها با موافقت شرکت‌کنندگان ضبط گردید. هر مصاحبه در حدود ۶۰-۳۰ دقیقه بطول انجامید و برای هر نفر یک جلسه در نظر گرفته شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوا استقرایی استفاده شد. مصاحبه‌ها کلمه به کلمه و بدون کم و کاست بر روی کاغذ پیاده شد و در نهایت تجزیه و تحلیل داده‌ها روی آنها انجام پذیرفت. ابتدا جهت هم احساس شدن با شرکت‌کنندگان و کسب فهم عمیق‌تر از تجارب آنان، همه مطالب مصاحبه‌ها به دقت خوانده شد و عبارات مهم

"به نظر من این مریضا خودشون تحت فشار هستند مریض تو این شرایط، تحت فشارای روحی و فشارای اقتصادی بتونند این وضعیت را تحمل کنند تازه ما هم باشون همکاری نکنیم و یا باهاشون بد برخورد کنیم خوب خیلی سخته" و نقل قول مشارکت‌کننده شماره ۳ با مضمون:

"ما نمی‌تونیم احساس اونا رو داشته باشیم بالاخره یک فاصله بین ما و بچه اونا هست اونا که بچه ما نیستند و اگر یک کم ۵٪ و ۱۰٪ خودمون رو جای اونا بذاریم می‌بینیم که چقدر مشکله اما باید یک کم سعی کنیم احساس اونا رو درک کنیم".

- انتخاب فرد مناسب در تصمیم‌سازی مشترک از نظر مشارکت‌کنندگان در مطالعه فرد مناسب برای دریافت اطلاعات فردی است که توانایی درک اطلاعات را دارد به گونه‌ای که ظرفیت تصمیم‌گیری را داشته باشد. آنان بیان می‌کردند هنگامی که خود بیمار توانایی درک اطلاعات را نداشته باشند باید از تصمیم‌گیرنده جایگزین استفاده کرد که مواردی مانند عدم هوشیاری بیمار، بیماران نابالغ و عدم سواد اطلاعاتی بیمار در بیانات مشارکت‌کنندگان ذکر می‌شد. نقل قول مشارکت‌کننده شماره ۱ با مضمون:

"در مواردی که سطح فرهنگی پایین‌تره معمولاً همراهانی هستند که سطح فرهنگی بالاتری دارند اینجور وقتا کم‌تر شما درگیر خود مریض به صورت مستقیم می‌شید" و درجایی مشارکت‌کننده شماره ۱ چنین بیان نمود:

"مریض اگر هوشیار باشه و فردی باشه که بتونه به اختیار تصمیم بگیره لازمه که خودش برای خودش قضاوت کنه و خودش برای آینده خودش تصمیم بگیره. حتی نزدیک‌ترین افرادشم نمی‌تونن دخالت کنن. ممکنه کمکش بکنن تو این موارد ولی تصمیم‌گیری اصلی با خودشه".

- توجه به روش مناسب روش مناسب از نظر مشارکت‌کنندگان باید با توجه به سن بیمار، مورتالیتی و موربیدیته بیماری، سطح تحصیلات و سطح فرهنگی بیمار و اعتقادات و ارزش‌های وی انتخاب شود به علاوه یکی از مواردی که بسیار بر

یافته‌های حاصل از تحلیل این کدها، در ۳ طبقه اصلی "آگاه‌سازی تدریجی بیمار"، "اعتمادسازی متقابل پزشک و بیمار" و "تصمیم‌سازی مشترک پزشک و بیمار" تقسیم بندی شد (جدول ۱).

جدول ۱: طبقات اصلی و فرعی حاصل از تحلیل مصاحبه‌ها

طبقه‌های اصلی	طبقه‌های فرعی
آگاه‌سازی تدریجی بیمار	هم دلی و شروع ارتباط انتخاب فرد مناسب توجه به روش مناسب
اعتمادسازی متقابل پزشک و بیمار	دادن حق انتخاب اجرای عدالت امید به بهبودی بیمار
تصمیم‌سازی مشترک پزشک و بیمار	اعتقادات و ارزش‌ها ویژگی‌های فردی کمیت و کیفیت زندگی محدودیت منابع ممنوعیت‌های قانونی حمایت‌های اجتماعی ارائه حداکثر تلاش

۱- آگاه‌سازی تدریجی

منظور از آگاه‌سازی تدریجی مرحله‌ای از فرایند مواجهه با شرایط دشوار اخلاقی است که مشارکت‌کنندگان مطالعه، عبور از آنرا برای حضور در فرایند تصمیم‌گیری اقدامات تشخیصی و درمانی بیمار لازم می‌دانستند و در آن اطلاعات صادقانه در مورد شرایط بیماری، پیش آگهی و درمان در اختیار خود بیمار یا فرد جایگزین قرار می‌گیرد به گونه‌ای که فرد بیمار بتواند در بهترین شرایط و به طور مستقل تصمیم‌گیری داشته باشد. این مفهوم خود به زیر مفهوم‌های "هم دلی و شروع ارتباط"، "انتخاب فرد مناسب" و "توجه به روش مناسب" تقسیم شد.

- هم دلی و شروع ارتباط

منظور از این زیر مفهوم برقراری ارتباط همراه با هم دلی و احترام به بیمار است به گونه‌ای که احترام متقابل بیمار و همراهان وی را به دنبال داشته باشد. از نظر مشارکت‌کنندگان این ارتباط زمینه ساز دادن اطلاعات به بیمار و جلب اعتماد وی جهت آماده شدن برای تصمیم‌گیری است. نقل قول مشارکت‌کننده شماره ۳:

- دادن حق انتخاب:

از نظر مشارکت‌کنندگان در مطالعه حق بیمار برای تصمیم‌گیری داوطلبانه برای روند درمان و انتخاب پزشک مسؤول درمان، باید محفوظ باشد و باید بیمار فرصت فکر کردن و رد پیشنهاد پزشک را داشته باشد. نقل قول مشارکت‌کننده شماره ۳ با مضمون:

"من به خانواده بیمار می‌گم خوب فکراتو بکنید و بعد همکاری دیگه و مراکز دیگه درمانی رو هم بهشون معرفی می‌کنیم من بهشون می‌گم شما بین کجا راحتی شما حق انتخاب دارید و بهشون دو سه روز فرصت فکر کردن میدم. اونا تو این دو سه روز میرند با دیگران مشاوره میکنند" نقل قول مشارکت‌کننده شماره ۱ با مضمون:

"این افراد اکثراً می‌گند که خب کجا میشه کار بهتری برامون انجام بشه؟ و اینجا پزشک خیلی مهمه که در عین حال که فرد را ترغیب بکنه به این که درمانش رو ادامه بده این سوءظنش رو هم تبدیل بکنه به یک حسن ظن".

- اجرای عدالت

رعایت عدالت در برخورد با بیماران توسط مشارکت‌کنندگان مورد تأکید بود و آنان این نحوه برخورد را برای جلب اعتماد بیمار لازم می‌دانستند. نقل قول مشارکت‌کننده شماره ۳ با مضمون:

"مریضا وقتی که ببینه من به عنوان یک پزشک همه تلاشم رو می‌کنم حتی اگر سفارششو بکنند یا نکنند من براش همون کارا رو براش انجام میدم که باید براش انجام بدم یک اعتمادی نسبت به من پیدا میکنند".

امید به بهبودی بیمار

در مرحله اطلاع‌رسانی به بیمار و برای جلب اعتماد وی، یک پزشک به گونه‌ای با بیمار و همراهان صحبت می‌کند که به آنان امید به بهبودی بدهند و تأکید می‌کردند که این امید نباید واهی باشد. در این مرحله بیماران نیز دریافت چنین امیدی را دارند. در مرحله تصمیم‌گیری نیز یک پزشک با امید به بهبودی بیمار روند درمانی بیمار را اتخاذ می‌کند و بر این اساس تصمیم می‌گیرد و تا آخرین

آن تأکید می‌شد مرحله بیماری بود که اگر بیمار در مرحله انکار بیماری خود یا مرحله حاد باشد به نظر مشارکت‌کنندگان باید سیر اطلاع‌رسانی به بیمار تدریجی باشد. نقل قول مشارکت‌کننده شماره ۱ با مضمون:

"در بعضی از مریض‌های مغزی، استرسی که ناشی از خبر بیماریشون بهشون ممکنه برسه سبب بدتر شدن حالشون بشه برا همین خیلی باید با دقت و فراست خاصی با این مریض‌ها برخورد کرد و سعی کرد در عین حال که بیماریشون را براشون تا حدی توضیح میدیم ایجاد استرس نکنیم" و یا نقل قول دیگری از مشارکت‌کننده شماره ۱ با مضمون:

"تو کشور ما مردم یک حالت احساسی دارند و فرهنگی حاکمه که همیشه خیلی باز و عریان برای مریض صحبت کنیم یا بعضی از مواقع مثلاً یک مادریه که فرزندش این اتفاق براش افتاده خوب نمیشه به مادر سریع بگیم مثلاً بچه ات فلج شده" نقل قول مشارکت‌کننده شماره ۱ با مضمون:

خیلی از مریضا که سطح علمی‌شون بالا باشه به دلیل ارتباطی که با اینترنت و غیره دارند بلافاصله حتی شما هم که صحبت نکنید میره اطلاعاتش رو راجع به بیماریش در میاره و بعد میاد با شما روبرو می‌کنه و می‌خواد مواردی رو که بهش نگفتید بهش بگید و سؤالاتش رو پاسخ بدید. در این گونه موارد من سعی می‌کنم که مریض‌ها رو با توجه به سطح فرهنگی که دارند توجیه کنم"

۲- اعتمادسازی متقابل پزشک و بیمار

مشارکت‌کنندگان در مطالعه اعتمادسازی متقابل پزشک و بیمار را برای تصمیم‌سازی لازم می‌دانستند آنها ذکر می‌کردند که اگر بیماران به پزشک خود اعتماد نکنند مکرراً پزشک خود را عوض می‌کنند و پیگیر روند درمان‌های تجویز شده نیستند و از طرفی پزشک باید به بیمار خود اعتماد کند و مطمئن شود که بیمار داروها و روش درمانی پیشنهاد شده آنان را پذیرفته است و مورد استفاده قرار می‌دهد. این مفهوم خود به زیر مفهوم‌های "دادن حق انتخاب"، "اجرای عدالت" و "امید به بهبودی بیمار" تقسیم شد.

باز نقل قول مشارکت‌کننده شماره ۱ با مضمون:
باید نهایت تلاشمونو در ادامه درمان بیمار انجام بدیم
پزشکی دو دوتا ۴ تا نیست که نت از نظر علمی و کتابی
برخورد کنم من مریض GCS 4 و 5 داشتم که راه می‌افته
اینجا بحث فرهنگی و مذهبی پیش میاد که می‌گیم بحث
توکل به خداست این که شما باید به هر حال امید داشته
باشی به خدا و ادامه کار درمانیت رو انجام بدی"

- ویژگی‌های فردی

مشارکت‌کنندگان در مطالعه بیان داشتند که سن پایین‌تر
یک بیمار به نسبت بیمار دیگر می‌تواند وی را در اولویت
برای ارائه خدمات مراقبت قرار دهد و فرهنگ و
تحصیلات بیمار نیز به عنوان عامل تأثیرگذار در همکاری
بیماران برای ادامه درمان ذکر شد. فاصله جغرافیای زیاد
بیمار با محل ارائه خدمات درمانی نیز یکی دیگر از
ویژگی‌های فردی تأثیرگذار در تصمیم‌گیری بود که در
این دسته گنجانده شد. نقل قول مشارکت‌کننده شماره ۴
با مضمون:

"من مریضی داشتم مال روستاهای اردبیل کانسر
پیشرفته داشت براش درمان یکبار انجام دادم و بعد
مقاوم به درمان شد اگر درمانشو عوض می‌کردم خیلی کم
تو کیفیت زندگیش تأثیر داشت و از لحاظ بعد مسافتی
براش نمی‌صرفید که ادامه بدم گفتم ببرند همون
روستاشون و یک پزشک عمومی برا دردم مسکن
بنویسه و درمان شیمی درمانیشو قطع کردم" نقل قول
مشارکت‌کننده شماره ۳ با مضمون:

"الان من دو تا مریض دارم تو بیمارستان در شرایط
یکسان یکی شون تحصیلات مادر و پدرش آنچنانی نیست
و از یکی از روستاهاست وقتی من میرم بالا سرش من
که بهش میگم این اینجوریه و باید این کارارو واسش کرد
اونا راحت می‌پذیرند نه این که ما تحکیم کنیم حرفمون رو
ولی اون می‌پذیره و درمان رو ادامه میده و یک مریض
دیگه داریم با همون شرایط بیست و چهار ساعت نق
میزنه و درمان می‌خواد قطع کنه این فرهنگش اینجوریه و
تورفتارش نشون میده".

لحظات زندگی بیمار ناامید نمی‌شود و تمام تلاش خود را
انجام می‌دهد نقل قول مشارکت‌کننده شماره ۱ با
مضمون:

"در برخورد با این مریض‌های صعب‌العلاج اولین کاری
که ما می‌کنیم اینه که بیماریشونو توجیهش می‌کنیم،
بیشتر می‌ریم سمت این که این بیماری این که میگن
صعب‌العلاج، این مشخصات رو داره ما باید نهایت
تلاشمونو در ادامه درمان شما انجام بدیم و می‌گیم شما
باید به هر حال امید داشته باشی به خدا و ادامه کار
درمانیت رو انجام بدی و وقتی که خانواده مریض تلاش
منو برا درمان مریضشون می‌بینند اعتماد می‌کنند".

۳- تصمیم‌سازی مشترک پزشک و بیمار

مشارکت‌کنندگان بیان می‌کردند که تصمیم‌گیری آنها به
دنبال اخذ رضایت آگاهانه از بیمار یا فرد جایگزین انجام
می‌شود و بدون اخذ این رضایت تصمیم‌گیری اتفاق
نمی‌افتد. آنان در بیانات خود مواردی را به عنوان عوامل
تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری خود ذکر می‌کردند که با
زیر مفهوم‌های "ارزش‌ها و اعتقادات"، "ویژگی‌های فردی
بیمار"، "مورتالیتی و موربیدیتی بیماری"، "محدودیت
امکانات"، "ممنوعیت‌های قانونی"، "حمایت‌های اجتماعی"
و "ارائه حداکثر تلاش" مشخص گردید.

- اعتقادات و ارزش‌ها

یکی از عوامل تأثیرگذار در تصمیم‌گیری از نظر
مشارکت‌کنندگان در مطالعه اعتقادات و ارزش‌های پزشک
و بیمار بود. به نظر آنان یک پزشک معتقد به خدا به ادامه
درمان بیمار امیدوار است و اعتقادات مذهبی بیماران نیز
به آنان روحیه می‌دهد و تحمل مواجهه با بیماری را برای
آنان راحت‌تر می‌کند. نقل قول مشارکت‌کننده شماره ۱ با
مضمون:

"خیلی از مواقع ما وقتی که طرف را ببینیم به اعتقادی
داره، به ایمان خاصی داره می‌تونیم از طریق مسائل
مذهبی و فرهنگ مذهبی به مقداری قضیه رو براش توجیه
کنیم و امیدوارش بکنیم و این خب خیلی مهمه. فرد رو
امیدوار به زندگی‌اش نگه میداره و درمانشو ادامه میده
این کمک می‌کنه که وضعیت درمانی‌شون بهتر بشه"، و

هزینه برای همراهان بیمار داره، کلی تجهیزات باید بخرن و پرستار ۳ شیفت باید داشته باشند وقتی همراه مریض ببینه نمی‌تونه رضایت میده". نقل قول مشارکت‌کننده شماره ۳ با مضمون:

"اگر بعد از همه تلاش‌ها مومن به این نتیجه برسیم که دیگه همیشه با امکاناتی که ما توی ایران داریم هیچ کاری همیشه برا مریض کرد می‌گیم دیگه فایده‌ای نداره و هزینه خرج کردن برا این مریض درواقع اتلاف داره و اتلاف وقته و میگم شیمی درمانیش رو ادامه ندید".

- حمایت‌های اجتماعی
از موارد دیگر تأثیرگذار در تصمیم‌گیری برای بیمار که در بیانات مشارکت‌کنندگان شنیده می‌شد وجود حمایت‌های جامعه بود؛ حمایت مؤسسه و انجمن‌های خیریه مانند مؤسسه‌های کمک به بیماران سرطانی و همچنین حمایت‌های خانواده‌ها و روانشناسان در انجمن‌های بیماران نخاعی که با روحیه بخشیدن به بیمار و کمک در ادامه درمان، تصمیم‌گیری برای بیمار را تسهیل کرده بود. نقل قول مشارکت‌کننده شماره ۳ با مضمون:

"مؤسسه‌های خیریه‌ای هستند برای بچه‌های زیر ۱۴-۱۵ سال که به اون معرفی میکنیم که هزینه‌ها رو با فاکتور و امضا تأییدیه ما تا ۱۰۰٪-۷۵٪ هزینه رو پرداخت میکنه اونایی که ما تأیید کرده باشیم حتی این مؤسسه برای خانواده‌های بی‌بضاعت کمک مالی برای تأمین غذا هم میکنه".

- ممنوعیت‌های قانونی
از نظر مشارکت‌کنندگان در مطالعه ممنوعیت‌های قانونی و مسائل حقوقی بیمار، تصمیم‌گیری برای ادامه درمان بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد و یک پزشک به دلیل پاسخگو بودن در قبال قوانین و مقررات باید در تصمیم‌گیری‌های خود به این ممنوعیت‌ها توجه کند. نقل قول مشارکت‌کننده شماره ۲ با مضمون:

"در مورد مرگ مغزی‌ها علیرغم این که از نظر علمی وقتی تأیید شد، شما می‌تونید مریض رو مرخص کنید. به

- موربیدیته و مورتالیتی بیماری
تأثیر درمان در افزایش طول عمر و بهبود کیفیت زندگی بیمار به عنوان عامل تأثیرگذار در تصمیم‌گیری برای ادامه درمان، در بیانات مشارکت‌کنندگان در مطالعه شنیده می‌شد. نقل قول مشارکت‌کننده شماره ۳ با مضمون:

"وقتی مریضه انتهای حیات توقف قلبی داره و کادر مغز و اعصاب و متخصص کلیه و متخصص ریه می‌یاد می‌نویسه که غیرقابل برگشته، و مشخص میشه که مریض از لحاظ پزشکی غیرقابل برگشته این چنین مریض‌ها از نظر ما دیگه نباید احیاء بشند" نقل قول مشارکت‌کننده شماره ۴ با مضمون:

"من یک ۷۰ ساله با کانسر داشتم که همه اساتید اونو ردش کرده بودند من قبول کردم و با درمان ۷-۸ ماه زنده موند و خانواده اون بعدش گفتند که ایشون توی این مدت به یکسری کارای عقب افتاده داشت و رسید که انجام بده متولی ساخت یک مدرسه بود. این نمونه مریض زیاد داریم با درمان یکی دو سال زنده می‌موندن و مسائل مالی دورو بر خودشون رو جمع می‌کنند و این مدت حتی اگر ۶ ماه باشه براشون مؤثره".

- محدودیت منابع
یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار در تصمیم‌گیری برای بیمار از نظر مشارکت‌کنندگان در مطالعه وجود محدودیت‌های تجهیزاتی و مالی برای ادامه درمان بیمار است. آنان کمبود تجهیزات بیمارستانی مانند تخت در بخش‌های مراقبت ویژه، کمبود بعضی از داروها و هزینه بالای درمان بیماری‌هایی مانند سرطان و محدودیت‌های ناشی از وضعیت اقتصادی نامطلوب خانواده‌ها را در تصمیم‌گیری برای بیمار مؤثر می‌دانستند. نقل قول مشارکت‌کننده شماره ۲ با مضمون:

"بیماری که غیرقابل برگشته برا همراه بیمار توضیح میدیم، دیگه ادامه درمان سودی نداره و ما مدت محدودی می‌تونیم بیمار رو در بیمارستان نگه داریم، باید ادامه درمان در منزل باشه. که خب مسلم هست که باید دستگاه ساکشن بخره، پزشک باید هر هفته بیمار رو ببینه، کلی

مهارت‌های ارتباطی، نگرش و ویژگی‌های فردی ارائه دهنده خدمت مرتبط بوده است (۱۹).

به دلیل وجود مسائل قانونی و اخلاقی، یکی از چالش‌های اساسی در حرفه پزشکی، انتخاب این موضوع است که آیا اطلاعات شخصی و مهم بیمار را در اختیار خودش قرار دهیم یا خیر (۱۸). آن چه مسلم است این است که بیمار حق دارد در مورد بیماری خود بداند. ولی در مواردی مانند مشکلات روانی بیمار، پیشنهاد می‌شود با فرد دیگری از نزدیکان وی برای آگاه‌سازی استفاده شود. روش مناسب نیز در دادن اطلاعات بسیار اهمیت دارد. استفاده از مشورت همکاران برای انتخاب روش مناسب می‌تواند کمک‌کننده باشد. مناقب به این نکته اشاره می‌کند که در مواقعی که یک بیماری مزمن یا ناقص الخلقه بودن یک نوزاد تشخیص داده شده ولی هنوز کاملاً آشکار نیست یکی از بهترین روش‌ها، آگاه‌سازی تدریجی بیمار یا خانواده وی است (۱۸). برقراری ارتباط مناسب یکی از مهارت‌های فرایندی است که پزشکان در حین طبابت باید به آن بپردازند. یکی از مهارت‌های اصلی در ایجاد ارتباط بین پزشک و بیمار، هم دلی با بیمار است، که به معنای درک احساس بیمار و نشان دادن این درک به وی است (۱۸). سلطانی عربشاهی و همکاران در کتاب مهارت‌های ارتباطی به نقل از کورتس (Kurtz)، هم دلی را از "مهارت‌های ترغیب به آشکارسازی" دانسته و آن را برای کسب اطلاعات دقیق‌تر از علائم بیماری و مشکلات بیمار مفید می‌داند (۲۰).

دومین مضمون اصلی استخراج شده از مصاحبه‌ها، اعتمادسازی متقابل پزشک و بیمار بود که دارای سه زیر مضمون "دادن حق انتخاب"، "اجرای عدالت" و "امید به بهبودی بیمار" می‌شد. از اصول کلی برقراری ارتباط پزشک با بیمار و مصاحبه کردن با او، پس از اهمیت دادن به بیمار و وقت شناسی، اعتمادسازی و جلب مشارکت بیمار است. اهمیت دادن به مصاحبه با بیمار و برقراری ارتباط با او، باعث می‌شود که او به پزشک اطمینان بیشتری پیدا کند و با او همکاری بهتری داشته باشد. جلب اعتماد اولیه بیمار با گفتگوی مقدماتی برای این منظور بسیار لازم و ضروری است (۱۹). اکثر

خانواده هم اعلام بکنید اعضا شو برای پیوند اهدا کنند، اما عدم ادامه درمان مجازات داره از نظر فقهی و نظام پزشکی. لذا شما به هیچ عنوان مریض مرگ مغزیو حتی اگر هم تأیید شد نمی‌تونید شما ادامه مراقبتشو حذف کنید و یا off کنید".

- ارائه حداکثر تلاش

آنچه که مشارکت‌کنندگان بسیار بر آن تأکید داشتند این بود که آنها برای بیمار باید حداکثر تلاش را داشته باشند و باید بیماران و همراهان آنان از سوی پزشک به پیگیری برای درمان ترغیب شوند و از نظر آنان این امر در بهبود اعتماد بیماران به پزشک مؤثر است. نقل قول مشارکت‌کننده شماره ۳ با مضمون:

"تا جایی که امکان داشته باشد و عقم برسه هر کاری بتونم برا مریض انجام می‌دم. حتی اگر شانس بهبودی مریض یک درصد باشه چون معتقدم حالا شاید این همون یک نفر باشه".

بحث

همان گونه که در نتایج حاصل از این مطالعه کیفی نشان داده شد، یکی از مضمون‌های استخراج شده از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها "آگاه‌سازی تدریجی" بود که شرکت‌کنندگان آن را مرحله‌ای از فرایند مواجهه پزشک با شرایط دشوار اخلاقی می‌دانستند. این مضمون دارای سه زیر مضمون "هم دلی و شروع ارتباط"، "انتخاب فرد مناسب در تصمیم‌سازی مشترک" و "توجه به روش مناسب" می‌شد. مناقب نیز در کتاب برقراری ارتباط مؤثر با بیماران، نکاتی را برای اداره شرایط دشوار به پزشکان پیشنهاد می‌کند که یکی انتخاب فرد مناسب برای دادن خبر و برقراری ارتباط، هم چنین انتخاب گیرنده‌ی مناسب برای دریافت خبر است (۱۸). هالوران (Halloran) در مطالعه‌ی کیفی مشاهده‌ای که به منظور بررسی عوامل محیطی مؤثر بر ارتباط بیمار و مراقبین، در بیمارستان تخصصی بیماران سکته مغزی انجام داد به این نتیجه رسید که چهار تم از ۷ تم اصلی استخراج شده، با دانش،

مذهبی و میزان اعتقاد آنها در میزان امید و متعاقباً بهبودی آنها مؤثر بوده است (۲۴).

یکی دیگر از مضمون‌های استخراج شده از مصاحبه‌ها، تصمیم‌سازی مشترک پزشک و بیمار بود که این تصمیم‌گیری با توجه به عواملی مانند اعتقادات و ارزش‌های بیمار، ویژگی‌های فردی، مورتالیته و موربیدیته بیماری، محدودیت منابع، حمایت‌های اجتماعی و ممنوعیت‌های قانونی اتخاذ می‌شود و مبنای این تصمیم‌گیری ارائه حداکثر تلاش برای بهبودی بیمار است. لوریس (Lauris) و همکاران یک استراتژی نظام مند برای استدلال اخلاقی در موقعیت‌های بالینی ارائه کردند که در این استراتژی، یک پزشک باید چند مرحله برای استدلال و نهایتاً اتخاذ بهترین تصمیم برای بیمار طی کند. در این فرایند اصول اخلاقی از جمله احترام به اتونومی یا اختیار بیمار، خودداری از ضرر بیمار و سود بیمار و قوانین پزشکی باید مورد توجه قرار گیرد. به علاوه پیامدهای حاصل از تصمیم برای بیمار، مانند مورتالیته، موربیدیته و پیش‌آگهی بیماری و هزینه‌ها باید محاسبه شود. این رویکرد یک ابزار کاربردی برای اتخاذ تصمیم در موقعیت‌های دشوار اخلاقی است و جنبه‌های اخلاقی آن موقعیت را شفاف می‌کند (۲۵). در این میان توجه به ترجیحات بیمار که باعث تأثیر بر میزان مصرف دارو و تغییر روند درمانی خواهد شد، به عنوان مهم عامل در انتخاب نوع درمان بیمار ذکر می‌شود (۲۶).

از محدودیت‌های این مطالعه، احتمال تورش و تأثیر نظرات مصاحبه‌کنندگان بر نظرات مشارکت‌کنندگان در هنگام انجام مصاحبه‌ها بود، اما سعی شد این احتمال کاهش یابد. به همین منظور سعی گردید صحبت‌های محققان حین مصاحبه، به پرسش سؤال و شفاف‌سازی بیانات مشارکت‌کنندگان اختصاص یابد و از ارائه دیدگاه‌های خود خودداری شود. از آنجا که این مطالعه یک مطالعه کیفی بود، هرچند که نتایج آن می‌تواند در مورد پزشکان متخصص با رشته‌های مشابه با مشارکت‌کنندگان صدق کند، ولی در مورد سایر تخصص‌ها قابلیت تعمیم وجود ندارد.

پزشکان با توجه به اعتمادی که به پزشک خود پیدا می‌کنند هر گونه تجویز پزشک را می‌پذیرند ولی از آن جا که ممکن است بیماران برخی از گزینه‌های پیشنهادی پزشک را متوجه نشوند، یا با باورهای قبلی وی منافات داشته باشند لذا از پذیرش آن‌ها سر باز می‌زنند در راهنمای کالگری - کمبریج آمده است که در این گونه مواقع ضمن شفاف نمودن موقعیت و گزینه‌های مربوطه، لازم است پزشک نظر خود را به صورت پیشنهاد ارائه دهد و انتخاب را به عهده بیمار بگذارد (۱۸ و ۲۰). در مطالعه‌ای که پروترو (Protheroe) و همکاران بر روی ۲۶۰ بیمار انجام دادند از آنها خواستند بین طول عمر بیشتر با کیفیت کمتر و طول عمر کم‌تر با کیفیت بیشتر یکی را انتخاب کنند سپس پژوهشگران انواع تصمیم‌گیری‌ها را مورد بررسی و مرور قرار دادند. این مطالعه نشان داد هرچند این اقدام یک مطالعه آزمایش بالینی بود، اختیار دادن به بیماران می‌تواند اثرات مثبتی داشته باشد (۲۱). پیچ (page) به نقل از بوچامپ و چیلدرس (Childress (Beauchamp and) به اتونومی یا استقلال بیمار در اتخاذ تصمیم در باره خود به عنوان یک اصل ارتباطی اشاره می‌کند.

یکی دیگر از اصول استاندارد ارتباط با بیمار از دیدگاه آنان که در بسیاری از مطالعات مورد توجه قرار گرفته است، رعایت عدالت است (۲۲). کوکسان (Cookson) و همکار در مطالعه‌ی خود که به بررسی این اصل به طور مجزا پرداخته اند. به برخی از اصول عدالت به شکل کلی و هم چنین در خدمات و مراقبت‌های بهداشتی اشاره می‌کنند. و آن را برای کلیه خدمات لازم می‌دانند (۲۳). شرکت‌کنندگان در این مطالعه نیز بر این عقیده بودند که اگر عدالت را بین بیماران رعایت کنند میزان اعتماد بیماران به آنها بیشتر می‌شود.

یکی از چالش‌های موجود در ارائه خبرهای ناگوار به بیمار یا همراهان وی، میزان امید و امیدواری دادن به آنها است. این میزان به طور مستقیم با میزان احتمال بهبودی بیمار ارتباط دارد (۱۸). ولی آن چه که در فرهنگ افراد معتقد به مذهب وجود دارد، قدری فراتر از این اهمیت است. مطالعاتی وجود دارد که نشان می‌دهد، اعتقادات

پرسشنامه‌های استاندارد موجود، مطالعات کمی با حجم نمونه بالا در همین جامعه آماری انجام شود.

قدردانی

این مقاله منتج از طرح مصوب مرکز تحقیقات مطالعات و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بوده و تحت حمایت مالی معاونت تحقیقات آن دانشگاه انجام شده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند ضمن تشکر از معاونت تحقیقات دانشگاه، از پزشکان محترمی که در اجرای این طرح همکاری داشتند، مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام نمایند.

نتیجه‌گیری

مضامین استخراج شده شامل ۳ مضمون اصلی "آگاه‌سازی تدریجی بیمار، اعتمادسازی متقابل پزشک و بیمار و تصمیم‌سازی مشترک پزشک و بیمار" بود، براساس نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌شود پزشکان در هنگام مواجهه با یک موقعیت دشوار، بیمار یا یک فرد مناسب برای تصمیم‌سازی را متناسب با سطح سواد وی از فرایند بیماری آگاه کنند و با جلب اعتماد، حق انتخاب را برای آنان محفوظ دارند و با امید به بهبودی بیمار، روند درمانی مناسب را برای وی اتخاذ کنند. پیشنهاد می‌گردد مطالعات مشابهی در مورد سایر تخصص‌های پزشکی که دارای شرایط دشوار تصمیم‌گیری هستند نیز انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد با استفاده از

منابع

1. Entwistle VA, Watt IS. Patient involvement in treatment decision-making: The case for a broader conceptual framework. *Patient Educ Couns.* 2006; 63(3): 268-78.
2. Devettere RJ. *Practical decision making in health care ethics: Cases and concepts.* 3rd ed. Washington, DC: Georgetown Univ Pr; 2009.
3. Kim S. Development and Initial Psychometric Evaluation of Nurses' Ethical Decision Making Around End-of-Life-Care Scale in Korea. *Journal of Hospice & Palliative Nursing.* 2011; 13(2): 97-105.
4. Marco CA, Shriner C. The ABC framework for ethical decision making. *Med Educ.* 2010; 44(5): 502.
5. Kaldjian LC, Weir RF, Duffy TP. A clinician's approach to clinical ethical reasoning. *J Gen Intern Med.* 2005; 20(3): 306-11.
6. Baumann-holzle R, Maffezzoni M, Ulrich Bucher H. A framework for ethical decision making in neonatal intensive care. *Acta Paediatr.* 2005 ; 94(12): 1777-83..
7. Borry P, Schotsmans P, Dierickx K. Evidence-based medicine and its role in ethical decision-making. *J Eval Clin Pract.* 2006 ; 12(3): 306-11.
8. Tsai TC, Harasym PH. A medical ethical reasoning model and its contributions to medical education. *Med Educ.* 2010; 44(9): 864-873.
9. Schaufel MA, Nordrehaug JE, Malterud K. "So you think I'll survive?": A qualitative study about doctor-patient dialogues preceding high-risk cardiac surgery or intervention. *Heart.* 2009; 95(15): 1245-9.
10. Hurst SA, Hull SC, DuVal G, Danis M. How physicians face ethical difficulties: A qualitative analysis. *Journal of medical ethics.* 2005; 31(1): 7.
11. Kenny B, Lincoln M, Balandin S. Experienced speech-language pathologists' responses to ethical dilemmas: An integrated approach to ethical reasoning. *Am J Speech Lang Pathol.* 2010; 19(2): 121-34.
12. Bowker L. A doctor's experience of resuscitation decision making for older patients: Coping with change. *Postgraduate Medical Journal.* 2009; 85(1009): 569-72.
13. Borhani F, Alhani F, mohammadi E, Abbaszadeh A. Professional Ethical Competence in nursing: the role of nursing instructors . *J Med Ethics Hist Med.* 2010; 3: 3.
14. Zirak M, Moghaddsiyan S, Abdollahzadeh F, Rahmani A. [Moral development of nursing students of Tabriz University of Medical Sciences]. *Medical Ethics and History of Medicine.* 2011; 4 (4) :45-55.[Persian]
15. Vahedian azimi A, Alhani F. [Educational challenges in ethical decision making in nursing]. *Medical Ethics and History of Medicine.* 2008; 1 (4) :21-30.[Persian]

16. Hassanpoor M, Hosseini M, Fallahi Khoshknab M, Abbaszadeh A. [Evaluation of the impact of teaching nursing ethics on nurses' decision making in Kerman social welfare hospitals in 1389]. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2011; 4 (5) :58-64.[Persian]
17. Ansari M, Yamani N, Yousefi A, Yarmohammadian MH. [An introduction to qualitative research]. 1st ed. Isfahan: Isfahan Medical University; 1386
18. Managheb SE. [Effective Communication with Patients for Medical Students and Doctors]. Jahrom: Irsa Publication; 2009: 104-105.[Persian]
19. O'Halloran R, Worrall L, Hickson L. Environmental factors that influence communication between patients and their healthcare providers in acute hospital stroke units: an observational study. *Int J Lang Commun Disord*. 2011 ; 46(1): 30-47.
20. Soltaniarabshahi K, Bahador N. [Doctor- Patient Communication Skills. Medical Education and Development Center Iran University of Medical Sciences]. Tehran: Kanoon Entesharate Payame Edalat; 2006.[Persian]
21. Protheroe J, Fahey T, Montgomery AA, Peters TJ. The impact of patients' preferences on the treatment of atrial fibrillation: observational study of patient based decision analysis. *BMJ*. 2000; 320(7246): 1380-4.
22. Page K. The four principles: Can they be measured and do they predict ethical decision making. *BMC Medical Ethics*. 2012; 13:10.
23. Cookson R, Dolan P. Principles of justice in health care rationing. *J Med Ethics*. 2000 ; 26(5): 323-329.
24. SeyedFatemi N, Rezaei M, Givari A, Hosseini F. [Asare Doa Bar Salamate Manavi Bimarane Mobtala Be Saratan]. *Payesh*. 2006; 5(4): 295-0-304.[Persian]
25. Kaldjian LC, Weir RF, Duffy TP. A Clinician's Approach to Clinical Ethical Reasoning. *J Gen Intern Med*. 2005 ; 20(3): 306-311.

Medical Specialists' Experiences of Decision-Making in Moral Dilemmas

Athar Omid¹, Nikoo Yamani², Farahnaz Kamali³

Abstract

Introduction: *Despite various laws, regulations and therapeutic guidelines, it is difficult for doctors to make diagnostic and therapeutic decisions while trying to respect patients' beliefs and cultural norms. This may affect the treatment of patients and their satisfaction. This study aimed to explore medical specialists' experiences of decision-making in moral dilemmas at Isfahan University of Medical Sciences in 2012.*

Methods: *This qualitative study was conducted at Isfahan University of Medical Sciences. Research population included medical specialists and participants were selected by purposive and maximum variation sampling. Data were gathered through semi-structured individual interviews. Interview transcriptions were analyzed using content analysis method. Review of the transcriptions yielded the main categories and subcategories.*

Results: *Eight medical teachers and specialists participated in this study. Three main categories and 13 subcategories emerged. The main categories included "gradually informing the patient", "building doctor-patient trust", and "doctor-patient joint decision-making".*

Conclusion: *In moral dilemmas, doctors tend to make joint decisions with patients and believe that after informing the patients and building trust, they must do their best for their improvement.*

Keywords: Ethical decision-making, specialist doctors, qualitative study, moral dilemma

Addresses:

1. Assistant professor, Department of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: athar_omid@yahoo.com
2. Associate Professor, Department of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: yamani@edc.mui.ac.ir
3. (✉) PhD student, Department of Medical Education, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: kamalifarahnaz@yahoo.com