

Disclosure of truth to patients in end of life: attitude of patient's family in South east of Iran

Malihe Seidabadi, MSc
Hakime Hoseinrezaee, MSc
Javad Kazemi, MS

ABSTRACT

Introduction: patient in end of life is potentially threatening and disease is family event. Truth telling is quite related to culture. In Iran Role of family is important in care of end of life patients.

Objective: The object of this study was to determine attitude of patient's family towards truth telling in hospitals supervised by Kerman University of Medical Science in 2014.

Materials and methods: This study employed an analytical cross sectional design. 124 patient's family members enrolled. A self-designed questionnaire was developed. It consisted two parts: demographic information and attitude questions. Data were analyzed using SPSS 19 software and some statistical tests.

Results: results found attitude of family members toward truth telling in end of life is moderately positive ($3/23 \pm 0/30$). spouse and sister and brother of patient had more positive attitude toward truth telling ($p=0/03$)

Conclusion: truth telling has psychological, social, ethical and cultural aspect. Today there is more positive attitude toward truth telling because of progress in medical science and people knowledge. Good family relations decrease distress of truth telling.

Keywords: attitude, cancer, truth telling, family of patient in end of life

بررسی دیدگاه خانواده بیماران بستری در مراحل پایانی عمر در زمینه دادن اطلاعات واقعی به بیمار در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان

ملیحه سیدآبادی

کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه دانشگاه علوم پزشکی کرمان

جواد کاظمی

دانشجوی کارشنای ارشد مهندسی تغذیه دام دانشگاه آزاد کاشمر

حکیمه حسین‌رضایی^۱

Mph بحران و فوریت‌ها و کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

^۱ نویسندهٔ مسؤول: h_m5664@yahoo.com

چکیده

داشتن بیمار در مراحل پایانی عمر یک وضعیت بالقوه تهدید کننده و رویداد سخت خانوادگی است. حقیقت‌گویی کاملاً وابسته به فرهنگ است. در ایران نقش خانواده در حقیقت‌گویی بیماران مراحل پایانی عمر مهم است. لذا این مطالعه با هدف تعیین نگرش خانواده بیماران در مراحل انتهایی زندگی درباره حقیقت‌گویی در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان در نیمه دوم سال ۱۳۹۳ انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی ۱۲۴ نفر از اعضاء درجه یک خانواده بیماران مبتلا به سرطان انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه پژوهشگر ساخته متشکل از دو بخش اطلاعات دموگرافیک و نگرش خانواده‌ها در مورد حقیقت‌گویی بود. در نهایت تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار آماري ۱۹ SPSS و با آمار توصیفی و استنباطی انجام شد.

یافته‌ها: نتایج این مطالعه نشان داد نگرش خانواده بیماران بدحال مراحل پایانی عمر نسبت به حقیقت‌گویی ($3/23 \pm 0/30$) نسبتاً مثبت بوده است. خواهر و برادر و همسر بیمار نسبت به والدین و فرزندان بیمار مبتلا به سرطان نگرش مثبت‌تری در حیطه نحوه گفتن حقیقت ($p=0/03$) و نمره کل داشتند ($p=0/03$).

بحث و نتیجه‌گیری: حقیقت‌گویی جنبه‌های اخلاقی، روانی، فرهنگی و اجتماعی دارد. امروزه به دلیل پیشرفت‌های علم پزشکی و افزایش دانش عمومی جامعه نگرش مثبتی در مورد حقیقت‌گویی وجود دارد. ارتباطات خوب خانوادگی با دیسترس روانی کمتری ناشی از حقیقت‌گویی همراه است.

کل واژگان: نگرش، سرطان، حقیقت‌گویی، خانواده بیمار در مراحل پایانی

مقدمه

بستری شدن در مراحل پایانی عمر صرفاً یک رویداد با پایان معین نیست، بلکه موقعیت دائمی و مبهمی است که با تأثیرات دیررس ناشی از بیماری، درمان و مسائل روان‌شناختی ناشی از آن مشخص می‌شود (۱). سالانه بیش از ۳۰۰۰۰ نفر در ایران در اثر بیماری‌های صعب‌العلاج جان خود را از دست می‌دهند و حدود ۵۱۰۰۰ مورد جدید رخ می‌دهد (۲). حقیقت‌گویی رفتاری اخلاقی است که توسط پزشکان طبق سوگندنامه آنها برای انجام استانداردهای حرفه‌ای تعریف می‌شود. حق بیمار برای دانستن (استقلال طلبی)، به حق شخص برای گرفتن تصمیم آگاهانه درباره مراقبت و درمان او است. از نظر اخلاقی احترام گذاشتن به استقلال طلبی بیمار لازم است (۳). در ایران مخالفان حقیقت‌گویی به این استدلال متوسل می‌شوند که حقیقت‌گویی در فرهنگ مردم ما جایی ندارد و باید حقیقت تلخ با همراهان یا بستگان بیمار در میان گذاشته شود. این گروه از صاحب نظران، حقیقت‌گویی را مصداق تفاوت‌های فرهنگی مجاز در اخلاق پزشکی می‌دانستند و با توجه به اهمیت اصل استقلال فردی در جوامع پیشرفته، بیان می‌کردند که در فرهنگ ما استقلال فردی چندان اهمیتی ندارد و برعکس، نقش خانواده پررنگ است (۴). نقش پزشک به عنوان تصمیم‌گیرنده اصلی کم‌رنگ شده است و بیماران باید ضمن دریافت اطلاعات لازم در مورد سلامت خود و اقدامات درمانی لازم تصمیم آگاهانه بگیرند. در عین حال در برخی جوامع شرقی خانواده و نه فرد بیمار به تنهایی هسته اصلی تصمیم‌گیری را تشکیل می‌دهد (۵). حقیقت‌گویی به بیمار و خانواده برای پزشکان پراسترس است (۶). اصل اخلاقی مهم این است که اطلاعات پزشکی باید اول به بیمار و سپس در صورت اجازه وی به خویشاوندان داده شود (۷). اگرچه ممکن است به دلیل ارزش‌های فرهنگی و حفاظت بیمار، اعضاء خانواده بخواهند حقیقت به بیمار گفته نشود، پزشک باید بداند که این



این است که پزشک بیماری و شرایط احساسی بیمار را درک کرده و می‌تواند توضیحات کاملی به او ارائه کند (۱۷). بیمارانی که اطلاعات را مستقیم از پزشک دریافت نمی‌کنند دچار پریشانی روانی می‌شوند (۱). در بیشتر کشورهای آسیایی اعضاء خانواده موافق هستند که خودشان تصمیم بگیرند، بنابراین آنها اولین نفرات برای دریافت اطلاعات کامل پزشکی هستند و بیماران اطلاعات نسی را دریافت می‌کنند (۱۸). اکثر پزشکان در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه ترجیح می‌دهند به تمایلات خانواده احترام بگذارند ولی در این مورد دچار معضل و موانع فرهنگی می‌شوند (۳ و ۱۹)

مروری بر مطالعات نشان می‌دهد مطالعه‌ای توسط یوشیدا^۲ و همکاران (۲۰۱۱) درباره تجربه خانواده بیماران ژاپنی انجام و بیان شد $86/3\%$ خانواده‌ها افساء پروگنوز می‌کنند و $60/1\%$ بیان کردند شیوه حقیقت‌گویی نیاز به بهبود و در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی دارد (۱۸). مطالعه‌ای توسط جوید^۳ و همکاران (۲۰۱۰) در پاکستان درباره دیدگاه بیماران مبتلا به سرطان انجام شد، بیشتر اعضاء خانواده بیماران تمایل نداشتند که بیمار از تشخیص خود مطلع باشد، در حالی که بیشتر بیماران می‌خواستند تشخیص سرطان به خود بیمار گفته شود و $91/5\%$ بیماران می‌خواستند توسط اعضاء خانواده از تشخیص بیماری خود مطلع شوند (۱۹). یون^۴ و همکاران (۲۰۰۴) مطالعه‌ای درباره نگرش بیماران و خانواده بیماران در بخش انتهایی سرطان در کره انجام دادند. $76/9\%$ افراد خانواده تمایل به حقیقت‌گویی در مراحل انتهایی عمر داشتند. همسران نسبت به دیگر اعضاء خانواده تمایل بیشتری به حقیقت‌گویی داشتند. آنها پزشک را مناسب‌ترین شخص در حقیقت‌گویی می‌دانستند (۲۰). مطالعه‌ای توسط هیلتون^۵ و همکاران (۲۰۰۹) در بریتانیای کبیر در این باره روی خانواده

خواسته‌ها همچنین از طرف بیمار هم منعکس می‌شود (۸).

اعتقادات فرهنگی در زمینه استقلال طلبی بیمار و مرگ متفاوت است (۹ و ۱۰). موضوع حقیقت‌گویی درباره تشخیص، پیشرفت، درمان و عوارض جانبی سرطان در کشورهای مختلف متفاوت است (۱۱). در کشورهای غربی، اکثر پزشکان افساء حقیقت می‌کنند و به استقلال طلبی بیمار احترام می‌گذارند. بر خلاف آن، فرهنگ سنتی غالب در شرق بر نقش خانواده در تصمیم‌گیری‌ها تأکید دارد. در کشورهای آسیایی، نگرش پزشکان درباره این موضوع به قدرت خانواده وابسته است و در این کشورها از جمله ایران هنوز حقیقت افشا نمی‌شود (۱۲ و ۱۳). نقش خانواده در حقیقت‌گویی و تصمیم‌گیری در کشورهای غیر غربی مثل عربستان سعودی و سنگاپور مهم است (۱۴). در عربستان 75% پزشکان اطلاعاتی درباره بیماری به خویشاوندان نزدیک می‌دهند و اکثر مراقبان سلامت یونانی معتقدند اعضاء خانواده باید از حقیقت آگاه باشند (۹). در هند و ژاپن که اعضاء خانواده در مراقبت از بیمار دخیل می‌شوند دادن اطلاعات به بیمار محدود می‌شود (۱۴). در ترکیه کسی که غالباً تصمیم‌گیری می‌کند خانواده و اطرافیان هستند نه خود بیمار؛ به طوری که گاه همه بجز بیمار تشخیص بیماری را می‌دانند. در ترکیه که فرهنگ اسلامی غالب است خانواده نقش پررنگی در تصمیم‌گیری‌های پزشکی دارد (۱۵). در ایران خانواده‌ها از مهم‌ترین موانع افساء حقیقت هستند و آنها در گذشته به منظور حفاظت بیمار، از پزشک درخواست می‌کردند که اطلاعات بیماری از بیمار پنهان بماند چون معتقد بودند بیمار توان روبرو شدن با حقایق را نخواهد داشت (۱ و ۱۲). آنها تصور می‌کنند افساء حقیقت باعث از دست دادن امید بیماران شده و مرگ آنها تسریع خواهد شد (۶ و ۱۶).

در ایران اغلب بیماران تمایل دارند توسط پزشک از تشخیص خود مطلع شوند (۶). دلیل این انتخاب

² . Yoshida

³ . Jwaid

⁴ . Yun

⁵ . Hilton

بیماران انجام شد. آنها گفتند حقیقت‌گویی به دوستان و خانواده از سخت‌ترین موضوعات است و زنان بیشتر درخواست پنهان کردن حقیقت از فامیل را داشتند ولی جوانان ترجیح می‌دادند این اطلاعات با خانواده درمیان گذاشته شود (۲۱)

با توجه به شرایط پراضطراب خانواده بیماران دارای بیمار در مرحله پایانی عمر و لزوم توجه به آنها بایستی شرایط آنها به بهترین نحو درک شود و بر اساس نظر آنها حقیقت اتفاق افتاده با بیمار و خانواده در میان گذاشته شود. از آنجا که فرهنگ مردم ایران به ویژه در جنوب شرق کشور بر این امر تأثیرگذار است پژوهشگران لزوم این مطالعه را مورد بررسی قرار دادند.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی در نیمه دوم سال ۱۳۹۳ در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل اعضاء خانواده بیماران بود که مراحل پایانی عمر خود را به صورت بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه می‌گذراندند. برای برآورد حجم نمونه، با فرض متوسط بودن سطح نگرش خانواده بیماران $p=0.5$ و با توجه به فرمول اندازه نمونه ۱۰۰ نفر به دست آمد که برای اطمینان بیشتر حجم نمونه‌گیری افزایش داده شد و ۱۲۴ نفر از اعضاء درجه یک خانواده بیماران مراحل پایانی عمر به روش در دسترس انتخاب و وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود برای خانواده بیماران شامل عضو درجه یک خانواده بیمار بودن (۱۸)، تمایل به شرکت در پژوهش، عدم ابتلا به اختلالات روان‌شناختی (طبق خوداظهاری شرکت کننده)، آگاهی از ابتلاء عضو خانواده به بیماری غیر قابل برگشت (۱۱) بوده است.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه شامل پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه پژوهشگر ساخته بوده و با توجه به مرور کتب و مطالعات قبلی از جمله مطالعه لشکری‌زاده و همکاران (۱۳۹۱)،

زمانی و همکاران (۱۳۹۰) و نیلیتابک^۶ و همکاران (۲۰۱۲) و همچنین با توجه به دانش و تجربیات محققان در این زمینه، طراحی گردید. این پرسشنامه شامل بخش‌های زیر بود:

- ۱- اطلاعات دموگرافیک خانواده بیماران
- مراحل پایانی عمر شامل ۱۵ سؤال
- ۳- نگرش نسبت به حقیقت‌گویی: این بخش از پرسشنامه از ۲۲ گویه در ۲ حیطه تشکیل شده بود. حیطه‌های این مطالعه شامل حقیقت‌گویی و تأثیرات آن (۱۰ گویه) و نحوه حقیقت گفتن (۱۲ گویه) بوده است. ۱۴ مورد از گویه‌ها به صورت مثبت و ۸ مورد از گویه‌ها به صورت منفی طراحی شده بودند. نحوه امتیازدهی طبق مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم بود. امتیاز کل حاصل از این پرسشنامه عددی بین ۲۲ تا ۱۱۰ بود. نمره بالاتر نشان دهنده نگرش مثبت‌تر نسبت به حقیقت‌گویی بود. برای بررسی روایی محتوی و صوری این پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اعضاء هیأت علمی دانشگاه گذاشته شد. نظرات اصلاحی ایشان اعمال شد و شاخص روایی محتوای پرسشنامه ۹۸/۸۰ محاسبه گردید. برای بررسی پایایی پرسشنامه پس از جمع‌آوری ۱۵ نمونه پایلوت آلفا کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه گردید.
- پرسشنامه‌ها بعد از توضیح شفاهی مختصر درباره اهداف طرح، بین خانواده‌های بیماران مبتلا به سرطان در بخش‌های مربوط توزیع شد. به شرکت کنندگان توضیح داده شد که تکمیل پرسشنامه توسط آنان به منزله رضایت آنها برای شرکت در مطالعه است. در صورتی که اعضاء خانواده بیماران مبتلا به سرطان سواد کافی برای تکمیل پرسشنامه را نداشته باشند، توسط پژوهشگر راهنمایی می‌شدند. پژوهشگر با برقراری ارتباط مؤثر مناسب با آزمودنی‌ها در جهت افزایش علاقه و انگیزه‌شان برای پاسخ‌گویی به سؤالات تلاش کرد.

⁶. Nilitabak

جدول ۱: دیدگاه خانواده‌های بیماران در رابطه با گفتن واقعیت به بیمار

گویه‌ها	نگرش خانواده‌ها میانگین (انحراف معیار)	سطح معنی داری (من ویتنی یو)
۱- ترجیح می‌دهید خانواده از تشخیص بیماری آگاه باشد	۳/۵۹(۱/۱۱)	U=۷۲۵۵/۰ p=۰/۷۲
۲- بیمار حق دارد حقیقت را در مورد بیماریش بداند.	۳/۵۵(۱/۱۰)	U=۶۷۹۱/۵۰ p=۰/۲۰
۳- بیمار حق دارد همه چیز را در مورد شرایط و موقعیت خود بداند.	۳/۶۱(۱/۰۱)	U=۶۹۵۸/۰ p=۰/۳۴
۴- گروه درمانی اجازه دارد بدون توجیه بیماری درمان را شروع کند.	۳/۲۴(۱/۲۳)	U=۶۷۸۸/۰ p=۰/۲۲
۵- گفتن حقیقت باعث همکاری بهتر بیمار با پزشک در طول درمان می‌شود	۳/۷۱(۱/۳۶)	U=۷۴۰۰/۵۰ p=۰/۹۴
۶- گفتن حقیقت باعث می‌شود بیمار مسایل و مشکلات خود را بهتر حل نماید.	۳/۶۹(۱/۱۳)	U=۷۳۸۲/۰ p=۰/۹۱
۷- برای حفظ کیفیت زندگی بیمار نباید حقیقت را به وی گفت.	۲/۹۹(۱/۲۲)	U=۶۶۹۲/۵ p=۰/۱۵
۸- گفتن حقیقت ممکن است باعث پریشانی روحی و روانی بیمار شده و بر نتایج درمان وی تأثیر منفی بگذارد.	۲/۹۰(۱/۲۱)	U=۷۳۵۲/۵ p=۰/۸۷
۹- دانستن تشخیص باعث می‌شود تا بیمار امید خود را از دست داده، قدرت مبارزه را از وی گرفته و مرگ او را تسریع کند.	۳/۰۰(۱/۱۷)	U=۷۲۸۲/۰ p=۰/۷۶
۱۰- گفتن حقیقت باعث می‌شود تا بیمار تحت درمان‌های غیر ضروری قرار نگیرند.	۳/۳۳(۱/۰۵)	U=۰/۸۳۷۵ p=۰/۹۰
نمره کل حیطه حقیقت‌گویی و تأثیرات آن		
۱۱- پزشک قابل اعتمادترین فردی است که می‌تواند حقیقت را به بیمار بگوید	۳/۷۲(۱/۰۳)	U=۷۲۰۵/۰ p=۰/۶۴
۱۲- پرستاران به عنوان مراقب کننده بهترین فرد جهت گفتن حقیقت به بیمار می‌باشند.	۳/۰۰(۱/۲۰)	U=۷۰۲۴/۵ p=۰/۴۳
۱۳- این وظیفه افراد خانواده است که حقیقت را به بیمار بگویند.	۲/۶۷(۱/۰۹)	U=۶۵۲۲/۰ p=۰/۸
۱۴- باید حقایق در مورد تشخیص، پیش‌آگهی و شرایط بیماری به طور کامل برای بیمار افشاء شود.	۳/۳۳(۱/۱۳)	U=۶۹۰۱/۰ p=۰/۲۹
۱۵- گفتن بخشی از حقایق در مورد تشخیص بیماری، پیش‌آگهی و شرایط بیماری کفایت می‌کند.	۲/۸۳(۱/۰۸)	U=۶۴۱۵/۰ p=۰/۵۲
۱۶- بیمار باید در مراحل اولیه از وضعیت واقعی خود آگاه شود.	۳/۱۴(۱/۰۹)	U=۷۲۰۸/۰ p=۰/۶۵
۱۷- باید به تدریج و در طول درمان حقیقت افشاء شود.	۲/۷۷(۱/۰۹)	U=۶۸۰۲/۵ p=۰/۲۱
۱۸- بیمار باید در مراحل انتهایی از وضعیت واقعی خود آگاه شود.	۳/۳۱(۱/۰۵)	U=۷۳۹۲/۰ p=۰/۹۲
۱۹- باید حقایق مربوط به بیماری در بیمارستان و در بالین به بیمار گفته شود.	۲/۷۱(۱/۱۰)	U=۷۳۰۱/۵ p=۰/۷۹
۲۰- باید حقایق مربوط به بیماری در مطب به بیمار گفته شود.	۲/۸۶(۱/۰۶)	U=۷۱۴۸/۵ p=۰/۵۸
۲۱- افشاء حقیقت باید با توجه به شرایط روحی و روانی بیمار صورت گیرد.	۳/۶۹(۰/۹۰)	U=۷۲۳۱/۵ p=۰/۶۸
۲۲- پرستار یا پزشکی که حقیقت را افشاء می‌کند، باید در زمینه حقیقت‌گویی آموزش دیده باشد.	۳/۳۹(۱/۰۰)	U=۵۸۹۶/۵ p=۰/۰۰
نمره کل حیطه نحوه گفتن حقیقت		
نمره کل پرسشنامه		
	۳/۲۳ (۰/۳۰)	U=۶۶۳۷/۵ p=۰/۱۴

بررسی دیدگاه خانواده بیماران بستری در مراحل پایانی عمر در...

ملیحه سیدآبادی و همکاران



جدول ۲: ارتباط اطلاعات زمینه‌ای خانواده‌های بیماران مبتلا به سرطان و نگرش آنها در مورد حقیقت‌گویی

نمره کل	حیطه نحوه گفتن حقیقت	حیطه حقیقت‌گویی و تأثیرات آن	نگرش نسبت به حقیقت‌گویی
			اطلاعات زمینه‌ای
			نسبت با بیمار مبتلا به سرطان
۶۲/۷۵	۵۷/۷۱	۶۴/۹۲	والدین
۴۷/۹۷	۵۱/۰۶	۵۳/۲۱	فرزند
۷۲/۱۹	۷۲/۹۶	۶۶/۹۲	خواهر و برادر
۷۰/۹۲	۷۲/۸۵	۶۶/۶۰	همسر
H=۸/۹۷ P=۰/۰۳	H=۸/۶۸ P=۰/۰۳	H=۳/۲۰ P=۰/۳۶	کروسکال والیس P-value

آنالیز داده‌ها

بعد از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS 19 و با توجه به اهداف پژوهش تجزیه و تحلیل شدند.

برای تعیین ویژگی‌های دموگرافیک آزمودنی‌ها و نگرش آنان نسبت به حقیقت‌گویی از آمار توصیفی (میانگین، فراوانی و...) استفاده شد.

نحوه توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولمو گروف-اسمیرنوف بررسی شد. به دلیل اینکه توزیع داده‌ها از توزیع نرمال پیروی نمی‌کرد برای تعیین نگرش شرکت‌کنندگان برحسب ویژگی‌های دموگرافیک آنان، با توجه به نوع متغیر دموگرافیک مورد نظر، از آزمون‌های آماری نان پارامتریک شامل من-وینتی یو، کروسکال والیس و یا اسپیرمن استفاده شد.

نتایج

یافته‌های دموگرافیک: در این مطالعه ۱۲۴ نفر از اعضای درجه یک خانواده بیماران مراحل پایانی عمر وارد شدند. سن اعضای خانواده‌های مورد بررسی بین ۱۹ تا ۷۸ سال بود. اکثر اعضای خانواده شرکت کننده در پژوهش مذکور (۵۴/۸٪) بودند تعداد افراد متأهل (۷۴/۲٪) و دارای تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم (۶۳/۷٪) بود. ۲۹٪ از افراد مورد بررسی

والدین افراد مبتلا به سرطان و سایر افراد فرزند، خواهر و برادر و یا همسر بیمار سرطانی بودند. بیشترین عضو مبتلا به بیماری گوارشی (۲۵/۸٪) و کمترین آن پوست (۲/۴٪ و ۲/۴٪) بود. ۴۵/۲٪ از اعضای خانواده بیماران مراحل پایانی عمر علت بروز را ارثی بیان کردند. نیمی از اعضای خانواده‌های مورد بررسی بیان کردند که در خانواده‌شان سابقه فوت به علت بیماری غیر قابل برگشت را داشتند و اکثریت اعضای خانواده‌های مورد مطالعه اظهار کردند که به اشکال مختلف فعالیت‌های مذهبی انجام می‌دهند.

یافته‌های تحلیلی: در این مطالعه نگرش با میانگین نمره ۳ متوسط، بیش از ۳ مثبت و کمتر از ۳ منفی در نظر گرفته شد. لذا طبق اطلاعات نمایش داده شده در جدول ۱ نگرش خانواده نسبت به حقیقت‌گویی نسبتاً مثبت بوده است. میانگین نمرات حاصل از نگرش خانواده‌ها نسبت به حقیقت‌گویی و تأثیرات آن (۳/۲۳±۰/۳۰) و میانگین نمرات حاصل از نگرش در حیطه نحوه حقیقت‌گویی (۳/۳۶±۰/۴۸) بود. اطلاعات زمینه‌ای شخصی خانواده بیماران مبتلا به سرطان نشان می‌دهد هیچ ارتباط معنی‌داری بین نگرش آنها نسبت به حقیقت‌گویی و این فاکتورها وجود ندارد. خواهر و برادر و همسر بیماران مبتلا به سرطان



پیش‌آگهی و شرایط بیماری، باعث سهولت پذیرش بیماری، تصمیم‌گیری آگاهانه، برنامه‌ریزی مالی و تبعیت از درمان می‌شود. از سوی دیگر خانواده بیماران مبتلا به سرطان بیان کردند که از دیدگاه ایشان «برای حفظ کیفیت زندگی بیمار نباید حقیقت را به وی گفت.» (۲/۹۹±۱/۲۲)، «گفتن حقیقت ممکن است باعث پریشانی روحی و روانی بیمار شده و بر نتایج درمان وی تأثیر منفی بگذارد.» (۲/۹۰±۱/۲۱) و «دانستن تشخیص باعث می‌شود تا بیمار امید خود را از دست داده، قدرت مبارزه را از وی گرفته و مرگ او را تسریع کند.» (۳/۰۰±۱/۱۷). دو وضعیت عمده که توجیه‌کننده پنهان کردن حقیقت از نظر اخلاقی هستند زمانی است که افشاء حقیقت باعث لطمه واقعی و قابل پیش‌بینی خواهد شد مثل زمانی که یک بیمار افسرده تمایل به خودکشی پیدا کند. دوم حالتی است که بیمار خود اعلام می‌کند آگاهانه ترجیح می‌دهد حقیقت به او گفته نشود. وقتی آگاهانه این تصمیم گرفته می‌شود باید به آن احترام گذاشت و آن را پذیرفت (۲۵).

موضوع حقیقت‌گویی دربارهٔ تشخیص، پیشرفت، درمان و عوارض جانبی سرطان در کشورهای مختلف متفاوت است و در این مورد توافق جهانی نیست (۱۱). در کشورهای غربی، اکثر پزشکان افشاء حقیقت می‌کنند و به استقلال فردی بیمار احترام می‌گذارند. در حالی که در کشورهای آسیایی، نگرش پزشکان دربارهٔ این موضوع به قدرت خانواده وابسته است و در این کشورها از جمله ایران هنوز حقیقت افشاء نمی‌شود (۱۲، ۱۳). مطالعات نشان می‌دهد ۸۹-۸۳٪ مردم جوامع غربی و ۷۴-۲۴٪ مردم سایر کشورها تمایل دارند حقیقت بیماری خود را بدانند (۲۶). در ایران مخالفان حقیقت‌گویی به این استدلال متوسل می‌شدند که حقیقت‌گویی در فرهنگ مردم ما جایی ندارد و فرهنگ ایرانی ترجیح می‌دهد که به بیمار دروغ گفته شود و حقیقت تلخ با همراهان یا بستگان بیمار در میان گذاشته شود و این شیوه را برای بیمار بهتر

نسبت به والدین و فرزندان این بیماران مبتلا نگرش مثبت‌تری نسبت به حقیقت‌گویی در حیطة نحوهٔ گفتن حقیقت (P=۰/۰۳) و نمره کل را داشتند (P=۰/۰۳) (جدول ۲). مقایسهٔ شاخص‌های مذهبی در خانواده‌های بیماران و نگرش آنها نسبت به حقیقت‌گویی نشان می‌دهد هیچ ارتباط معنی‌داری بین نگرش آنها و این فاکتورها وجود ندارد. نگرش اعضاء خانوادهٔ بیماران نسبت به گویهٔ پرستار و یا پزشکی که حقیقت را افشا می‌کند، باید در زمینه حقیقت‌گویی آموزش دیده باشد. مثبت بود (p=۰/۰۰) (جدول ۱).

بحث

در این مطالعه نتیجه گرفته شد نگرش خانوادهٔ بیماران مراحل پایانی عمر نسبت به حقیقت‌گویی نسبتاً مثبت بوده است. اعضاء خانواده بیان کردند «بیمار حق دارد حقیقت را در مورد بیماریش بداند» (۳/۵۵±۱/۱۰)، «گفتن حقیقت باعث همکاری بهتر بیمار با پزشک در طول درمان می‌شود» (۳/۷۱±۱/۳۶) و «گفتن حقیقت باعث می‌شود بیمار مسایل و مشکلات خود را بهتر حل نماید.» (۳/۶۹±۱/۱۳). مطالعهٔ بلک‌هال^۷ و همکارانش در سال ۱۹۹۵ در لوس آنجلس کالیفرنیا روی ۸۰۰ نفر از افراد عادی نشان داد ۴۷٪ آمریکایی‌های کره‌ای تبار و ۶۵٪ مکزیکی الاصل و ۸۷٪ آمریکائیان اروپایی و ۸۸٪ آفریقایی تبار معتقد بودند تشخیص سرطان باید به بیمار گفته شود (۲۲). انسان به طور فطری موجودی حقیقت‌جو و حق طلب است و طبیعت الهی انسان طوری آفریده شده که به سمت امور فطری گرایش دارد و یکی از این فطریات حقیقت‌جویی است (۲۳). از نظر اخلاقی، اصل مهم در حقیقت‌گویی شامل احترام به استقلال فردی است (۲۴). احترام به استقلال فردی، به معنی حق شخص برای گرفتن تصمیم آگاهانه دربارهٔ واقعیت درمانی آنهاست. بر اساس اصل سوردسانی در صورت آگاهی بیمار و خانواده از تشخیص،

^۷. Blackhal

نهایت این امر به بهبود کیفی مراقبت از بیمار و کاهش مسؤلیت مدنی پرستار و پیشگیری از اتلاف هزینه عمومی می‌گردد (۳۰)

خواهر و برادر و همسر بیماران مبتلا به سرطان نسبت به والدین و فرزندان این بیماران نگرش مثبت‌تری نسبت به حقیقت‌گویی در حیطه نحوه گفتن حقیقت ($P=0/03$) و نمره کل داشته‌اند ($P=0/03$). رابطه والد و فرزندی در ایران قوی است و والدین وابستگی شدید به فرزندان خود دارند و مرگ آنها سخت و غیر قابل تحمل است و برعکس این موضوع در رابطه فرزندان با والدین نیز همین‌طور است. این وابستگی بین همسر و خواهر و برادران کمتر است. به همین دلیل والدین تمایل زیادی به حقیقت‌گویی به فرزندان خود ندارند و سعی می‌کنند امید بیماران را تا انتهای عمر حفظ کنند. حقیقت‌گویی توسط خانواده بار روانی زیادی به آنها تحمیل می‌کند و خانواده‌ها نیازمند ارتباطات خوب خانوادگی و سطوح بالای حمایت هستند که حقیقت‌گویی دیسترس روانی کمتری برای آنها به همراه داشته باشد (۲۱).

افراد خانواده شرکت کننده در این مطالعه به فواید افشاء حقیقت به بیماران واقف بودند. با وجود این ابراز کردند که گفتن حقیقت ممکن است باعث پریشانی روحی و روانی بیمار شود و کیفیت زندگی وی را کاهش دهد. لذا پیشنهاد می‌شود قبل از حقیقت‌گویی مشاوره روان‌شناسی برای این بیماران انجام شود و شرایط روحی و روانی هر بیمار در مد نظر قرار داده شود. در زمینه گفتن حقیقت، پرستاران و پزشکان در عمل با مسائل اخلاقی چالش برانگیزی مواجه می‌شوند و این امر تصمیم‌گیری را برای آنها سخت می‌کند. لذا توسعه مهارت‌های آموزشی و ارتباطی در انتقال خبرهای بد ضروری است. همچنین ارتقاء آگاهی عمومی جامعه از ماهیت سرطان، سیر بیماری و درمان آن بایستی مورد توجه قرار گیرد. ارتباطات خوب خانوادگی و سطوح بالای حمایت خانوادگی در امر حقیقت‌گویی و مراقبت از بیماران لازم است.

می‌دانند. بنابراین هم پزشکان، هم بیماران و هم خانواده ایشان ترجیح می‌دهند که به جای بیان حقیقت به بیمار، وضعیت او مدیریت شود، یعنی در عین ناآگاهی، سعی شود که درمان هم داده شود (۴).

مطالعه‌ای توسط منتظری و همکارانش در سال ۲۰۰۹ در تهران، میزان حقیقت‌گویی را در مورد تشخیص سرطان و کیفیت زندگی بیماران سرطانی بررسی و بیان کرد ۴۸٪ آنها تشخیص سرطان را می‌دانند و عملکرد اجتماعی و احساسی کمتری دارند (۱۲). مطالعه طاولی و همکارانش سال ۱۳۸۶ روی ۱۴۲ بیمار ایرانی در تهران نشان داد فقط ۴۸٪ بیماران دچار سرطان گوارش از تشخیص سرطان خود مطلع بودند (۲۷).

در نتایج این تحقیق دیده شد نگرش اعضاء خانواده بیماران مراحل پایانی عمر تنها در یک گویه معنی‌دار بوده است. امروزه در دانشکده‌های پزشکی در این مورد خاص به دانشجویان پزشکی آموزش می‌دهند که چگونه باید اخبار ناگوار را به بیمار منتقل کرد، چرا که این امر نیازمند مهارت‌هایی است که باید آموخته شود. حتی در این زمینه توصیه‌هایی درباره فضا و کالبد فیزیکی محل افشاء خبر تشخیص بیماری، به عمل آمده است (۲۸). طبق بررسی به عمل آمده پرستاران فقدان آموزش کافی را مانعی بزرگ برای رسیدن به نیازهای روحی مددجویان می‌دانند چرا که بین جسم، ذهن و روح رابطه متقابلی وجود دارد (۲۹). پاسخ‌گویی اشاره به این امر دارد که یک نفر در حوزه مسؤلیت‌ش هم استقلال و هم قدرت دارد این بدان معنا است که پرستار به دلیل استقلال در عملکردش، مسؤلیت قانونی دارد. در بروز مسؤلیت مدنی و خطا دو عامل مهم، فقدان آموزش کافی و عدم توجه به جزئیات انجام کار صحیح، بیش از همه دخالت دارند. بنابراین امروزه پرستاری می‌تواند با استفاده از بینش جدید در مورد مسؤلیت مدنی و خطاهای پرستاری با بهبود روش‌های آموزشی در مراقبت بهتر از بیمار و کاهش موارد خطا استفاده کند. در



تحقیقات فیزیولوژی که ما را در انجام این پژوهش
باری رساندند نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته از پایان نامه
کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه دانشگاه
علوم پزشکی کرمان با کد ۴۶۰ است. از معاونت
پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان و مرکز

REFERENCES

1. Lashkarizadeh M, Jahanbakhsh F, Samareh Fekri M, Poorseyedi B, Aghaei Afshar M, Shokohi M. **Views of cancer patients on revealing diagnosis and information to them.** Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2012;5:65-74.
2. موسوی س. بروز سالیانه ۷۰ هزار سرطان و ۳۰ هزار مرگ ناشی از آن در کشور. ۲۰۱۲.
3. Hari D, Mark Z, Bharat D, Khadkha. **Patients attitude towards concept of right to know.** Kathmandu university medical journal. 2007;5:591/5.
4. آرامش دک. هفته نامه سپید. ۱۳۸۷؛ A146485.
5. زاهدی ف، لاریجانی ب. گفتن حقیقت به بیمار در فرهنگ‌های مختلف و بیان دیدگاه‌های اسلام. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی. ۱۳۸۹؛ پاییز.
6. Valizadeh L, Zamanzadeh V, Rhmani A, Howard F, Nianfar AR, Ferguson C. **Cancer disclosure: Experiences of Iranian cancer patients.** Nursing & health sciences. 2012;14:250-6.
7. Kumar M, Goyal S, Singh K, Pandit S, S., DN, Verma AK, , R., GK , Sushma. **Breaking bad news issues: a survey among radiation oncologists.** Indian journal of palliative care. 2009;15:61.
8. Steve P. fast facts. 2008.
9. Kazdaglis G, A. C, Spanos G, P. O. **Disclosing the truth to terminal cancer patients: a discussion of ethical and cultural issues.** EMHJ. 2010;16:442-7.
10. Harris JJ, Shao J, Sugarman J. **Disclosure of cancer diagnosis and prognosis in Northern Tanzania.** Social science & medicine. 2003;56:905-13.
11. Tabak N, Tzhaki M, Sharon D, Barnoy S. **Intentions of nurses and nursing students to tell the whole truth to patients and family members.** Journal of clinical nursing. 2013.;22:1434-41.
12. Montazeri A, Vahdani M, Hajimohammadi M, Jarvandi S, Ebrahimi M. **Cancer patient education in iran: a descriptive study.** Support care cancer. 2002;10:169-73.
13. Li JY, Liu C, Zou L, You GY, Jiang Y, Jiang Y. **To tell or not to tell: attitudes of Chinese oncology nurses towards truth telling of cancer diagnosis.** Journal of clinical nursing. 2008;17:2463-70.
14. Walkzak A, Nbutow P, Mclayton J, Hntattersall M, Mdaavidson P. **Discussing prognosis and end of life care in the final year of life: a randomised controlled trial of a nurse led communication support programme for patients and cregivers.** BMJ. 2014;4.
15. Buken N. **Truth telling information and communication with cancer patients cancer in turkey.** Jishim. 2003; 2:31-6.
16. Aljubran AH. **The attitude towards disclosure of bad news to cancer patients in Saudi Arabia.** Annals of Saudi medicine. 2010;30(141).
17. Zamani A, Armindokht K, Hematti S, Mokarian F. **Iranian Physicians and Patients Attitude toward Truth Telling of Cancer.** J of Isfahan Medical School. 2011:752-60.
18. Yoshida S, Kei, M , Tatsuya, S, Mariko, Miyashita, M, Kazuki, Tsuneto, S, S. Y. **Experience with prognostic disclosure of families of Japanese patients with cancer.** Journal of pain and symptom management. 2011; 41: 594-603.
19. Jwaid M, Qamar B, Masood, Zubia, J, Ali S. **Disclosure of cancer diagnosis: Pakistani patients' perspective.** Middle East Journal of Cancer. 2010.;1:89.
20. Yun YH, Kwon YC, Lee MK, Lee WJ, Jung KH, Do YR, et al. **Experiences and attitudes of patients with terminal cancer and their family caregivers toward the disclosure of terminal illness.** Journal of Clinical Oncology. 2004;28:1950-7.
21. Hilton S, E. C, Hunt K, Chapple, A , Ziebland S. **Disclosing a cancer diagnosis to friends and family: a gendered analysis of young men's and women's experiences.** Qualitative Health Research. 2009;19:744-54.
22. Blackhal L, Murphy S, Frank G, Michelvi V, Azen S. **Ethnicity and attitudes toward patient autonomy.** JAMA. 1995;274(10):820-5.

۲۳ حقیقت‌گویی. المیزان. ۶: ۱۴۹.

24. *Glass E, Cluxton D. Truth-Telling Ethical Issues in Clinical Practice.* journal of hospice and palliative nursing. 2004;6.
25. *Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment.* JAMA: the journal of the American Medical Association 2008;300:1665-73.
26. *Gold M. is honesty always the best policy? ethical aspects of truth telling.* intern med j. 2004;24:578-80.
۲۷. طاوولی آ، منتظری ع، محققى مع، روشن ر، طاوولى ز، ملیانی ز. نقش اطلاع از تشخیص سرطان در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان دستگاه گوارش. فصلنامه پایش. ۱۳۸۶؛ ۲۵۷:۳-۶۴.
۲۸. منتظری ع. حقیقت‌گویی. هفته نامه سپید. ۱۳۸۷؛ کد. A146483(7/8/87).
۲۹. ربابه، معماریان. کاربرد مفاهیم و نظریه‌های پرستاری تهران. مرکز نشر آثار علمی دانشگاه تربیت مدرس. ۱۳۸۷؛ ۲۶۶:۴۹.
۳۰. خدنی. نگاهی به مسئولیت اخلاقی و مدنی پرستار در حقوق ایران. اخلاق و تاریخ پزشکی. ۱۳۹۰؛ ۱۰:۴.

